

Windsorská skupina založila nadstraničká sdružení v České republice, na Slovensku, v Maďarsku a Polsku.

Další informace lze získat na níže uvedených adresách:

KLUB WINDSOR

Ovručská 14
831 02 Bratislava

Slovensko

tel./fax: (42 7) 785 180

tajemník: Boris Strečanský

WINDSOR KLUB

Budapest 1055

Falk Miksa utca 12.I.1a

Maďarsko

tel./fax: (36 1) 112 3701

tajemník: Johnathan Sunley

GRUPA WINDSOR

ul. Piwna 44

00-256 Warszawa

Polsko

tel./fax: (48 22) 313 733

tajemník: Marek Matraszek

**KLUB
MEDIATOR**
ČLEN WINDSORSKÉ SKUPINY

KLUB MEDIATOR

Box 115, 110 01 Praha 1

Česká republika

tel./fax: (42 2) 539 568

IČO: 60437022

Bankovní spojení:

Bank Austria, Havelská 19, Praha 1

č.ú. 572 628 5001/2800

Cíle Windsorské skupiny

Windsorská skupina, která byla založena v roce 1993, je nadstraničká síť politiků a představitelů veřejného života. Windsorská skupina si klade za cíl iniciovat program politické obnovy v zemích střední Evropy. Podporuje politiku založenou na principech svobodného podnikání, omezené vlády a odpovědně formulovaných národních zájmů. Snaží se nejen navrhnout a obhajovat promyšlenou politiku, ale také napomáhat vzniku politických aliancí nutných k jejímu prosazení a vytvářet příznivé názorové ovzduší.

Windsorská skupina se těší plně podpoře těchto organizací:

- The Heritage Foundation, Washington
- The Hudson Institute, Indianapolis
- Institute for European Defence and Strategic Studies, London
- International Republican Institute, Washington

Windsorská skupina bude své analýzy a návrhy zaměřovat zvláště na oblasti:

- tržního hospodářství, zejména v otázkách soukromého vlastnictví v průmyslu, zemědělství a bydlení.
- uplatňování vlády zákona, včetně právních mechanismů kontroly státu a jeho institucí, se zřetelem na potírání korupce a zločinu
- sociální politiky, která chce obnovit odpovědnost jednotlivce a zmenšit jeho závislost na státních institucích
- sekulárního pojetí vlády, spojeného s náboženskou svobodou a respektem k tradiční morálce
- těsnější spolupráce mezi zeměmi střední Evropy, společně s jejich plnou politickou, obrannou a ekonomickou integrací se Západem.

Windsorská skupina podporuje výzkumy a analýzy, vydává politické publikace a studie a pořádá semináře a konference.

ČLENOVÉ KLUBU

PAVEL BRATINKA
náměstek ministra zahraničí
místopředseda ODA

MICHAELA FREIOVÁ
bývalá vládní zmocněnkyně
pro uprchlíky

JIRÍ SCHNEIDER
poradce ministra zahraničí

JIRÍ SKALICKÝ
ministr privatizace
člen politického grémia
a ústř. sněmu ODA

CYRIL SVOBODA
první náměstek
ministra spravedlnosti

JIRÍ VLACH
místopředseda
Poslanecké sněmovny
místopředseda ODS

TAMEMNÍK

JAMIES DE CANDOLLE

Tento materiál připravila pracovní skupina ve složení:

Ing. Pavel Dušek.....ODA

PhDr. Václav Filec.....psycholog, specialista v oblasti pracovní
rehabilitace postižených

Michaela Freiová.....KDS

dr. Milena Kolářová.....ODS, poslankyně PSP ČR

Václav Krása.....ODS, poslanec PSP ČR

MUDr. Jan Šťastný.....odborník v oblasti zdravotně sociální péče
o postižené

Práci skupiny koordinovala a materiál zpracovala Michaela Freiová

Klub Mediator je nadstranická síť politiků, která podporuje politiku založenou na principech svobodného podnikání, omezené vlády a odpovědně formulovaných národních zájmů.

Nezávislý život

Konservativní pohled na problematiku zdravotně postižených

Dnešní stav

Postavení zdravotně postižených: politický problém

Postavení zdravotně postižených v post-totalitní společnosti je závažný, povýt politický problém. Socialistický stát se u nás snažil na jednu stranu problém zdravotně postižených odklízet ze zorného pole ostatních obyvatel (snažil ostatně z tohoto zorného pole odklízet i postižené samotné), na druhou stranu byl ochoten na zakrytí těchto problémů věnovat značné finanční částky.

Postižení sami požívali určitý standard, který se poměrně málo lišil standardu ostatních občanů: průměrný invalidní důchod byl vůči průměrné mz ojedinele vyrovnaný. V ostatních zemích byl rozdíl těchto standardů zpravidla mnohem větší. - Rozvíjení vlastních možností postižených bylo na druhé straně značně omezeno.

Výrazným negativním dědictvím tohoto období je nízký stupeň vzdělání zvláště u postižených od narození nebo u těch, jejichž postižení vzniklo v raném období života.

Ti z postižených, kteří pracovali, byli často zaměstnáni v segregovaném prostředí, ve specializovaných institucích zaměstnávajících "invalidy", kde vykonávali zpravidla nekvalifikovanou práci.

KLUB
MEDIATOR

Box 115,
110 01 Praha 1
tel. fax. (42 2) 539 568

IČO 60437022

James de Candole
Tajemník

Klub Mediator děkuje Svazu zástupců organizací zdravotně postižených za sponzorskou účast při přípravě tohoto materiálu.

Postižení byli rozdělováni do skupin, které je odlišovaly pouze pro účely státní pomoci - ne pro účely diferencovaného rozvíjení vlastních možností.

Situaci zdravotně postižených v této době by bylo možno charakterizovat jako jakýsi "koncentrovaný reálný socialismus": tito lidé měli ještě méně lidských a občanských práv než ostatní, ale bylo o ně po hmotné stránce poměrně dobře postaráno.

Pro dnešní stav jsou po sociální stránce charakteristické jakési "rozevírající se nůžky", přičemž životní standard velké části postižených klesá. Nová situace klade větší nároky na samostatné řešení vlastních problémů, a je tedy obtížnější na jedné straně pro ty, kdo starému, paternalisticky pojatému systému přivykli, na druhé straně pro ty, kdo objektivně nejsou samostatnější orientace schopni (jde především o mentálně postižené).

Je proto pochopitelné, že se toto téma využívá k tlakům na politickou reprezentaci i na veřejné mínění, mívám k opětnému posílení státního paternalismu. Na druhou stranu se zdá, že politická reprezentace - byť jeví zdvořilý zájem - nepronikla hlouběji do problému; v tomto ohledu ostatně není velký rozdíl mezi vládním a nevládním sektorem, i když nevládní sektor jeví více iniciativy.

Plodem polistopadové vůle k humánnějšímu a modernějšímu řešení problémů je "Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení", vypracovaný předchozí vládou a nyní vládou s úpravami přijatý. Je třeba konstatovat, že měnící se realita (včetně měnících se vztahů) má negativní dopad na plnění jednotlivých úkolů: někdy dochází i k tomu, že legislativní návrhy jsou s tímto plánem v rozporu (systém hodnocení zdravotního postižení pro účely důchodového zabezpečení a pro účely poskytování příspěvku). Zatímco "Národní plán" v čl.10a) ukládá MPSV "vytvořit legislativní rámec pro novou koncepci ústavní i neústavní komunitní sociální péče poskytované státními i nestátními subjekty" a v čl.10c) mu ukládá "navržením vhodného systému financování sociálních služeb vytvořit podmínky pro vznik konkurenčního prostředí při jejich poskytování", podporuje nový návrh zákona o sociální pomoci monopol obcí na poskytování sociálních služeb; nepodporuje tedy tok financí za klientem, ale opět jej směřuje do institucí.

Požadavek dne: změnit orientaci pomoci

Z prostředí postižených samotných se dnes rodí řada iniciativ k samostatnému řešení problémů jednotlivců, skupin i celé komunity. Hlavním problémem při těchto řešeních není nedostatek peněz, ale nedostatek lidí k přímému zvládnání jednotlivých úkolů. Někteří z těch, kdo se věnují péči o postižené - jak zdraví, tak postižení - nemají zájem o změnu systému péče, nebo jiné možnosti ani neznají. U postižených samotných je dnes nejaktuálnější otázkou, jak je motivovat k samostatnosti - k tomu, aby se snažili své problémy řešit především sami.

Je totiž třeba otevřeně přiznat, že nejslabším článkem v řetězci pomoci jsou právě postižení sami, resp. jejich rodiny. Proto mají klíčový význam opatření ke zvýšení jejich motivace a především postupná reorientace resp. změna filosofie. Zatím se stále ještě investují prostředky spíše do pomoci - nikoli do postižených. Přitom je třeba investovat především právě do postižených samotných, ne do jejich zaměstnavatelů, škol, nebo dalších institucí.

Koho se to týká?

Přibližně 10 % populace trpí tím či oním handicapem. Většina společnosti se na tuto skupinu dívá jako na někoho, komu je třeba pomáhat. - Existuje ovšem i druhý možný přístup - jako k příležitosti, jíž je třeba se zbavit: podobné excesy se v poslední době objevují např. u skinů.

Není správné vidět zdravotně postiženého člověka jako někoho, kdo je charakterisován především svým postižením. Tak jako u každého jiného, je jeho charakteristikou především jeho individualita; nemá jiný žebříček hodnot, ani není např. více vnímavý k morálním aspektům. Není třeba vidět ho jako hrdinu, ale také není správné se na něj dívat jen jako na pasivní objekt, který potřebuje pomoc.

Člověk s těžkým postižením je člověkem v mezní situaci. Lze ovšem říci, že do určité míry je dnes v mezní situaci celá naše společnost.

Pokud jde o možnosti samostatného řešení vlastních problémů a svobodného zvládnání vlastního života, lze sledovat u zdravotně postižených - velmi zhruba - tři skupiny.

Do první skupiny patří ti, kdo se chtějí co nejvíce osamostatnit a tato samostatnost je v jejich možnostech; do druhé ti, kdo by si možná přáli

totéž, ale jejich možnosti jsou příliš omezené (především mentálně postižení). - Třetí skupinu tvoří ti, kdo se cítí bezpečněji jako osoby závislé na poskytované péči, i když by větší autonomie byla v jejich možnostech. Je třeba jasně říci, že řada - ne-li většina - institucí tento poslední postoj spíše vítá, neboť je pro ně snáze zvladatelný při plošném poskytování pomoci.

V r.1993 bylo u nás poskytováno 517 661 invalidních důchodů (o 8,7 % více než v r.1992); 30 866 plných a 14 217 částečných bylo v tomto roce přiznáno nově.

Porovnáme-li tato čísla např. se Švédskem, jež má srovnatelný počet obyvatel s Českou republikou, vidíme, že v této zemi - navzdory údajně liberálnějšímu přístupu - je počet postižených, jimž se poskytuje péče, dlouhodobě stabilní (120-125 tisíc osob). - Nárůst téže skupiny u nás signalizuje chybu v systému poskytování péče. Nejblíže pravdě bude asi vysvětlení, že se invalidními důchody řeší jiné problémy, než jsou skutečná zdravotní postižení (nezaměstnanost) a státní prostředky se pouze přelévají z jedné kategorie do druhé.

Na nových cestách

Nové hodnocení zdravotního postižení

Za zásadní krok ke změně situace zdravotně postižených lze považovat změnu systému hodnocení zdravotního postižení pro účely důchodového zabezpečení a pro účely poskytování příspěvků.

V hodnocení je třeba vycházet z parametrů stanovených Světovou zdravotnickou organizací. Schéma SZO pracuje s trojím kódem:

1. kódem postižení (impairment - I)
2. kódem objektivizace omezení (disabilities - D)
3. kódem znevýhodnění, plynoucího z předchozích dvou kategorií (handicap - H)

Pokud bude prováděno komplexní funkční vyšetření, odpadá nutnost zařazování zdravotně postižených do kategorií SPZ, TZP pro účely pracovní

a TP, ZTP, ZTP/P pro účely poskytování příspěvku. Takové funkční vyšetření musí provádět multidisciplinární tým v diagnostickém centru.

Sledujeme bohužel pokusy zakonservovat filosofii stávajícího systému, jak je patrné např. z návrhu zákona o důchodovém pojištění, kde začlenění tabulek kategorisace přímo do zákona je extrémním opakem současného subjektivního rozhodování posudkových lékařů.

Systém hodnocení však musí být zaměřen na jednotlivce a být co nejkompexnější: jen to je předpoklad poskytování individuálně cílených služeb, které pomohou zrovnoprávnění zdravotně postižených.

Důležité je, aby legislativa i praxe vycházela ze shodné koncepce, tedy ze zaměření na individuální rozvoj člověka, a aby tato koncepce byla společná legislativním návrhům i praxi jednotlivých resortů.

Východisko změn: vzdělání

Stupeň vzdělání je u zdravotně postižených ve srovnání s ostatní populací velmi nízký: jen 1 % z těch, kdo jsou postižení od narození, dosahuje vysokoškolského vzdělání.

Příčiny jsou různého rodu: postupně se překonává nezvyk zařazování postižených dětí do normálních škol, přetrvávají však prostorové bariéry; školní budovy nejsou přizpůsobeny, jsou problémy s organizací svozu postižených do školy. - Další příčina často spočívá v rodině postiženého dítěte, jež leckdy v nerealistickém očekávání úzdravy ztrácí cenný čas, který bylo možno věnovat vzdělávání v normálních školách, nebo na své zdravotně postižené dítě klade nízké nároky, resp. od něho mnoho neočekává.

Cílem je umožnit co největšímu počtu zdravotně postižených dětí vzdělávání v normálních školách.

I v oblasti vzdělání je zapotřebí zásadní reorientace: jakékoli zvýhodňování škol je třeba poskytovat na konkrétního žáka na základě komplexní diagnosy. Příspěvky školám mají řešit především problémy bariér a speciálních učitelů.

Investovat je třeba do vyrovnání handicapu: do pomůcek, do osobní asistence, do výcviku předběžných dovedností, aby se dítě mohlo přizpůsobit přirozeným podmínkám. Je třeba, aby dotaci na pomůcky dostával přímo žák, resp. jeho rodina. Nemůže-li škola půjčovat pomůcky

domů, je výsledek pochybný. Investice musejí být orientovány na to, aby se dítě mohlo učit v nesegregované škole, v přirozeném prostředí.

Orientaci na samostatnost postiženého je třeba posilovat už u rodičů postižených dětí, kteří svým rozhodnutím postaví dítě do života určují jeho budoucí postoje.

Důraz na zvýšení vzdělanosti u zdravotně postižených pomůže rozšířit tu skupinu, která chce žít samostatně a nezávisle, a je schopna tento ideál ve svém životě uskutečnit.

Universální řešení: dobrá práce

Dobré pracovní uplatnění je pro zdravotně postiženého klíčem k samostatnému rozhodování, k uchopení odpovědnosti za vlastní život a k osobní svobodě.

Vhodné kompenzační pomůcky a úprava pracovního prostředí musí vést k tomu, aby si zdravotně postižený volil zaměstnání podle svých schopností a přání.

Pojem "změněné pracovní schopnosti" je znám pouze ve dvou zemích světa - v České republice a na Slovensku. Nijak nepodněcuje odstraňování bariér a vyrovnávání handicapů.

Je třeba rozlišit dvojí formu zaměstnávání zdravotně postižených: jednak práci v podnikatelských subjektech, které musejí být odřízeny všem principům tržního hospodářství (s úpravami uvedenými dále), jednak práci v chráněných dílnách, jejichž provoz může být z velké části financován státem za předpokladu přísné kontroly efektivního vydávání prostředků.

Zvláštní fond ministerstva financí, z něhož jde na podporu zaměstnavatelům 500 milionů Kč, není využíván nejefektivněji. Součet zaměstnanců firem, zaměstnávajících převážně zdravotně postižené, je přitom asi 10 tisíc. Firmy, které zaměstnávají malý počet zdravotně postižených, z tohoto fondu čerpat nemohou; rovněž tak z něj nemají užitek osoby samostatně výdělečně činné z řad zdravotně postižených. - Podle našeho názoru mají částky poskytované státem mít za účel jednak úhradu sociálního pojištění, jednak odstraňování bariér a získávání pomůcek. - Úvěry s nižšími úroky by z tohoto fondu měly být poskytovány jen tam, kde jsou kryty dobrým podnikatelským záměrem.

Dnešní systém velkých výrobních organizací specializovaných na

zaměstnávání zdravotně postižených (výrobní družstva invalidů, Mety apod.) považujeme za problematický; zdravotně postižení zde pracují za nízké mzdy a ztrácejí schopnost pracovat v normálním prostředí resp. přejít na jinou práci. Tyto organizace jsou trvale zvyklé na značné dotace. - Řešení vidíme dvojitě:

Část z nich, pro nejtíže zdravotně postižené, u nichž jde spíše o pracovní rehabilitaci než o výkon, převést na dotované chráněné dílny (zde je ovšem největším problémem zajištění vhodných výrobních programů). Takto segregovaná pracoviště je třeba chápat jako skutečně poslední možnost, když se vyčerpaly všechny ostatní. Právě proto, že chráněné dílny nemohou pracovat na komerčním základě, je třeba státního dohledu, aby věnované prostředky cílily skutečně na zdravotně postižené pracovníky a ne např. na management.

Ostatní pracoviště bude vhodné adaptovat na tržní systém s výše uvedenými způsoby podpory.

Chceme-li podpořit nezávislost zdravotně postižených, nesmíme pominout skutečnost, že - stejně jako u ostatních občanů - v nejhorší finanční situaci jsou ti, kdo se rozhodli samostatně podnikat. Břemeno hospodářské reformy nesou na svých bedrech malí a střední podnikatelé, a u zdravotně postižených tomu není jinak. Přitom právě úspěšný podnikatel z řad zdravotně postižených je do budoucna zdrojem prostředků k řešení problémů ostatních zdravotně postižených.

Od rovnostářství k úspěchu

Socialistický systém podpor, jak jsme o něm referovali na začátku tohoto materiálu, zakořenil sklony k rovnostářství jak u postižených samotných, tak i v pohledu, jímž se na postižené dívá společnost. V zahraničí lze získat značnou podporu - cestou darů - na špičkové výkony zdravotně postižených (cesta vozíčkáře Hansena kolem světa). Díky tomu se posiluje tlak na postižené, aby rozšiřovali oblast svých vlastních možností a kriticky hodnotili jejich meze. Mj. znamenají podobné aktivity povzbuzení pro rodiče, kteří mají zdravotně postižené dítě.

Jde tu o otázku míry, v níž má kolektivní solidarita kompenzovat nižší výkonnost postiženého. Je samozřejmě třeba zajistit určitou základní úroveň, kterou je třeba poskytnout každému zdravotně postiženému,

podobně jako se jiným skupinám obyvatel pomáhá dosáhnout životního minima.

Na to ovšem navazuje otázka speciálních potřeb zdravotně postižených, bez jejichž saturování nelze normálního stylu života dosáhnout; to lze ilustrovat problémem příspěvku na nákup motorového vozidla. - Nebude-li tato částka z dnešních 60 tisíc Kč podstatně zvýšena, bude řada "vozíčkářů" odříznuta od možnosti dopravy do práce a tím i od možnosti samostatné obživy. - Na druhé straně je sporné poskytovat podobnou podporu těm, kdo si mohou automobil zakoupit z vlastních výdělků; zde bude třeba stanovit určitý násobek životního minima, do nějž se příspěvky poskytují. Zvláště problematické je poskytování takových příspěvků osobám, které pro svůj věk nemohou cílenou výhodu využít (příspěvek na automobil osmdesátiletým invalidním důchodcům) a zisk připadá jejich rodinám.

Na druhé straně je ovšem třeba mít na zřeteli, že společenské uplatnění člověka se nevyčerpává pouhou prací v zaměstnání.

Invalidní důchod je dnes stejně vysoký jako důchod starobní: přitom starobní důchodce měl možnost si v produktivním období svého života vytvořit určité materiální i společenské zázemí, které invalidní důchodce zpravidla postrádá. Bude tedy třeba definovat rozdíl mezi potřebami starobního důchodce a potřebami invalidního důchodce v produktivním věku. Klíčovým pojmem je zde soběstačnost (v hodnocení SZO kód H). V této oblasti je skutečně nebezpečí, že individuální hodnocení povede k subjektivnímu rozhodování.

Individuální poskytování nadstandardní pomoci je polem, kde se zvláště může uplatnit iniciativa nevládního sektoru.

Limity lidských možností

V předchozích odstavcích jsme se zabývali možnostmi zdravotně postižených lidí, kteří si přejí žít samostatně a nezávisle, a kteří jsou schopni tento ideál uskutečnit.

Nelze se vyhnout konstatování, že existuje významná skupina zdravotně postižených, jimž rozsah jejich postižení v uskutečnění ideálu nezávislosti brání. - Přitom je velmi ožehavou otázkou, kdo a jak má určit, jaké jsou objektivní meze možností konkrétního postiženého. Zvláště

obtížné je takové posouzení tam, kde je příčinou zdravotního postižení nemoc s nerovnoměrným průběhem (roztřesená sklerosa). Navíc existuje řada postižení, jejichž pociťování je subjektivní a objektivně je lze jen těžko hodnotit (bolestivost stavů).

Bude to patrně tato skupina postižených, pro kterou bude funkční některé prvky starého systému (dávky, segregovaná pracoviště) zachovat.

Cílem opatření pro tyto lidi je zajištění soběstačnosti v běžných denních projevech.

Život mentálně postižených je výzvou pro jejich okolí: jsou schopni hlubokých citových vazeb a bývají schopni i smysluplné práce. I oni mají potřebu uplatnění a trpí, jsou-li této možnosti zbaveni.

Svépomoc zde přichází v úvahu hlavně u zainteresovaného okolí (rodičovské organizace). Oporou jim může být odvaha ostatních občanských institucí, které dokáží komunikovat.

Vůle ke svobodě

Nemalá skupina zdravotně postižených se skládá z lidí, kteří dobrovolně volí cestu závislosti a pasivního přijímání péče. Patří sem bohužel i řada těch, kdo se v průběhu minulých let snažili prosadit samostatné cesty k řešení problémů zdravotně postižených a dnes již ztratili sílu a odvahu.

U postižených této skupiny přistupují k vnějším bariérám (architektonickým, komunikačním, ekonomickým atd.) ještě také bariéry vnitřní, které jim brání v plném převzetí samostatné odpovědnosti. - Odpovědí je zajištění životního minima formou sociálního příspěvku doplněné vyrovnáním handicapu.

Nepochybně do této skupiny patří pobíratelé "částečného invalidního důchodu", jejichž postižení má nevelký rozsah a kteří by mohli dostávat pouze sociální příspěvek na vyrovnání handicapu.

Zásadně důležité je, aby se formou podpory zdravotně postiženým neřešily jiné problémy (tzv. profesní invalidita, nezaměstnanost apod.). Hrozilo by pak, že by zájem na udržení sociálního smíru brzdil řešení skutečných sociálních problémů zdravotně postižených.

Co je třeba?

Garantovat služby

Postiženým je třeba garantovat výběr služeb, které směřují k dosažení soběstačnosti, např. překonávání bariér: kompenzační a rehabilitační pomůcky, bezbariérové přístupy, poskytování osobní asistence. Tam, kde se bariéry překonají, mizí důvod k poskytování sociálních dávek.

Je třeba si uvědomit, že zdravotně postižený člověk nemusí být nutně nemocen, že má tytéž lidské možnosti a potřeby jako kdokoli jiný; může-li překonat bariéry okolo sebe, je schopen žít svobodně a samostatně jako ti, kdo podobně postižení nejsou.

Kromě toho odstranění některých prostorových a komunikačních bariér zlidší a usnadní život celé řadě dalších občanů, kteří mezi zdravotně postižené nepatří.

Investovat do jednotlivce

Program aktivisace zdravotně postižených a jejich samostatnosti nebyl dosud předložen; předkládají se však stále další modely, jak prostřednictvím sociálních institucí zachraňovat situace, které již nastaly.

Nejdůležitější investicí do jednotlivce je investice do jeho vzdělání resp. rekvalifikace. Klíčový je výcvik k samostatnosti; zde už dnes hrají klíčovou úlohu sdružení lidí s různými typy postižení. Postižení sami nejlépe vědí, co je jim zapotřebí a jak toho dosáhnout. Zprostředkující úloha těchto sdružení, která umožňují cílenou, individuálně zaměřenou pomoc, v budoucnu ještě poroste.

Jedním ze životaschopných systémů k osamostatnění zdravotně postižených je systém osobních asistentů. Zdravotně postižený, který má na základě funkčního hodnocení nárok na asistenta, obdrží příspěvek, díky němuž asistenta sám zaměstnává. Jen tak si může svobodně určit kvalitu a rozsah služeb. Práce asistenta je v jiných zemích běžnou prací pro studenty; využívání civilní služby považujeme za méně vhodné.

V hodnocení konkrétních situací se skutečně nelze obejít bez dobrovolných aktivit z řad podobně postižených, kde jsou lidé nejspíše schopni hodnotit váhu subjektivního prožívání a objektivní meze uplatnění. Takové spolky jsou jedním z nejučinnějších prostředků, jimiž mohou

zdravotně postižení přebírat svůj osud do vlastních rukou.

K tomu je třeba vytvořit mechanismy služeb a pomůcek, které umožní zdravotně postiženému srovnatelné postavení a srovnatelné výkony s ostatními. Úhelným kamenem při poskytování pomůcek je rozlišování mezi pomůckami, které nahrazují funkci určitých orgánů, a těmi, které umožňují integraci. Je zde rozdíl v charakterisaci v pohledu jednotlivých ministerstev: přitom poskytování prostředků na tyto pomůcky by mělo být spíše sloučeno.

Nárok na financování těchto služeb a pomůcek je třeba zakotvit do zákonů o sociálním zabezpečení. V zásadě by nikdo neměl dostávat dávku za to, že je postižený: dávky i úlevy musejí cílit k tomu, aby se mu umožnil normální, svobodný život. Kompensační a rehabilitační pomůcky jsou předpokladem přirozené integrace.

Otázka nákladů

Náš systém sociálních podpor pro zdravotně postižené patří k nejdražším na světě. O jeho efektivnosti lze však mít pochybnosti. 5-6 % naší populace se vyplácí invalidní důchod (plný invalidní důchod odpovídá výši starobního důchodu) a ti, kdo pracují, mají navíc výraznou slevu na daních. Dávky se poskytují plošně.

Na druhé straně jdou další velké částky peněz spíše institucím, jež zdravotně postiženým mají to či ono poskytovat, zejména např. zaměstnavatelům. Tím se otevírají možnosti zneužití a podvodů, jimž by se předešlo, kdyby byly dotace cíleny přímo na konkrétní pracovníky resp. žáky apod.

Podle údajů SZO asi 70% finančních prostředků vynakládaných na zdravotně sociální péči jde na péči o chronická onemocnění. Jestliže se vytvoří systém celkové péče vyrovnávající handicap, snižují se tyto výdaje až o 30%. V důsledku vyhodnocování zbytkového pracovního potenciálu nachází v evropských zemích práci 80% postižených. Jen asi 5-7% postižených je nezačlenitelných do společnosti.

Bylo zjištěno, že zdravotně postižení, kteří našli práci a jejichž handicap byl vyrovnán, sedmkrát méně zatěžují systém zdravotní péče.

Velmi dobrou investicí je podpora projektů, které předkládají sdružení zdravotně postižených. Tímto směrem se financování rozvíjí už od r.1990.

Aktivity takových sdružení napomáhají tomu, aby se postižení přesunovali ze situace závislého objektu péče do postavení subjektu, který reguluje množství a formu péče, jíž se mu dostává. V r.1989 šlo na činnost Svazu invalidů 40 milionů Kč, v r.1994 činí podpora svépomocných aktivit přibližně půl miliardy. Jen s resortem zdravotnictví spolupracuje přes 130 občanských sdružení s relevantním zaměřením. Podporu získávají na základě předložených projektů alternativních, resp. nových způsobů péče. - Zvýšená státní podpora si vyžaduje vytvoření obligatorních kontrolních mechanismů.

S financováním péče o zdravotně postižené souvisí otázka pojištění. Zatímco v jiných státech bývá péče o zdravotně postižené kryta z jednoho pojištění, je u nás pojištění zdravotní a sociální rozděleno; tím dochází k financování ze dvou zdrojů a k prolínání dvojích postojů - ke škodě věci. V systému pojištění u nás navíc některé složky chybějí (úrazové pojištění).

Systém, jehož východiska v tomto materiálu vysvětlujeme, nemusí být nutně levnější; představuje ale přesměrování prostředků k samostatné orientaci a odpovědnosti zdravotně postižených. V oblasti péče o zdravotně postižené si dost slibujeme od nestátních služeb, jejichž podíl bude s rozvojem podnikání narůstat. Očekáváme také, že tento rozvoj umožní úspěšným podnikatelům z řad zdravotně postižených cílenou podporu nevládních snah. Nevládní aktivity a soukromí dárci by měli řešit potřeby zdravotně postižených v oblasti nadstandardu.

Je totiž třeba přijmout jako daný fakt, že relativně nejdražší jsou ty prvotní investice, které umožňují postiženým aktivitu. Přesto je podpora samostatnosti a činnosti zdravotně postižených cílem, k němuž je třeba se zaměřovat nejvíce, a který v žádném případě nesmí být zaměňován za prostředek. Kromě toho lze aktivitu přesměrovat tak, aby byla i z hlediska materiálního určitým přínosem (návrtné investice).

V celkové strategii investic je však třeba stanovit jasné rozlišení mezi investicemi do člověka a investicemi do institucí, přičemž investice do člověka mají jednoznačně přednost. Investice druhého typu nastupují teprve tehdy, selže-li typ první.

Úměrně s velikostí částek, které jdou do péče o zdravotně postižené, bude zapotřebí rozvíjet i mechanismy účinné kontroly.

Státní orgány a péče o zdravotně postižené

Poskytování péče zdravotně postiženým bývá značně komplikováno tím, že je poskytováno z několika resortů, jejichž pohledy se liší. Navíc se ústřední státní orgán orientuje spíše na instituce, i když v polistopadové době vystupují stále více sdružení postižených jako zprostředkující struktura mezi jednotlivci resp. skupinami a orgány státní správy.

Tyto iniciativy jsou praktickou realizací myšlenky o účasti občana na jeho zdravotním stavu i zdravotním stavu podobně postižených, na životním prostředí atp. Občanská sdružení zdravotně postižených významně aktivisují populaci zdravotně postižených a jejich rozvoj je jednoznačně pozitivním faktem.

Považujeme za nezbytné propojit sociální a zdravotní péči o postižené do jednoho systému s přehledným státním financováním. Předpokládáme, že takovýto systém bude možno vybudovat na úrovni regionů.

Na druhé straně podporujeme návrh na vytvoření Národní rady pro zdravotně postižené, která by mohla být partnerem dotujících subjektů při rozhodování o strategii investic do této oblasti.