

N A B Í D K A

na řešení projektu výzkumu a vývoje:

MOŽNOSTI IMPLEMENTACE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍ SCHOPNOSTI A ZDRAVÍ (ICIDH – 2) DO OBLASTI SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

(veřejná zakázka MPSV čís. ZVZ74)

V Praze, dne 16. prosince 2002



MUDr. Antonín Malina Ph.D
ředitel Institutu postgraduálního
Vzdělávání ve zdravotnictví

de. Štášková: nemáte zájem?

7. 5. 12. 02



MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Na poříčním právu 376 / 1
128 01 Praha 2

Institut postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví
Ruská 85
100 05 P r a h a 10

DOPORUČENĚ!

VÁŠ DOPIS ZNAČKY/ZE DNE

NAŠE ZNAČKA
102-43471/02

VYŘIZUJE/LINKA

PRAHA
2. prosince 2002

Věc: Výzva zájemcům o veřejnou zakázku k podání nabídky

Na podkladě ustanovení § 49a zákona č.199/1994 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění,

Vás vyzývám

k podání nabídky na řešení projektu výzkumu a vývoje „**Možnosti implementace Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti a zdraví (ICIDH-2) do oblasti sociálního zabezpečení, zejména – sociální péče, sociálních služeb, státní sociální podpory, zaměstnanosti**“.

Podmínky zadání veřejné zakázky jsou uvedeny v příloze.

S pozdravem

MINISTERSTVO
PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ
ČESKÉ REPUBLIKY
Na poříčním právu 1
128 00 Praha 2
(39)

PhDr. Miroslava Oufedníková
PhDr. Miroslava Oufedníková
vrchní ředitelka Kanceláře ministra

Příloha

PODMÍNKY ZADÁNÍ VEŘEJNÉ ZAKÁZKY

1. **Zadavatelem veřejné zakázky** je Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Na Poříčnickém právu 1, Praha 2, PSČ 128 01
2. **Předmětem veřejné zakázky** je řešení projektu výzkumu a vývoje „Možnosti implementace Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti a zdraví (ICIDH-2) do oblasti sociálního zabezpečení, zejména – sociální péče, sociálních služeb, státní sociální podpory, zaměstnanosti“

3. **Charakteristika problému, specifikace zadání a cíl řešení**

Mezinárodní klasifikace vyvinutá světovou zdravotnickou organizací WHO je víceúčelová klasifikace, jejímž cílem je zanést jednotný popis pohledu na lidské funkční schopnosti a její omezení a poskytuje nástroj pro osoby se zdravotním postižením pro uplatňování jejich práv a vyrovnávání jejich příležitostí. Předpokládá se, že tento materiál WHO bude v letošním roce přijat i v ČR, a že zřejmě v roce 2003, který bude „Rokem osob se zdravotním postižením“, vyplynou požadavky na využívání zmiňovaného systému i v oblasti sociálního zabezpečení.

Specifikace zadání a cíl řešení:

Řešení by mělo potvrdit vhodnost aplikace Mezinárodní klasifikace pro některý ze subsystémů sociálního zabezpečení

- sociální péče
- sociální služby
- státní sociální podpora
- zaměstnanost

a navrhnout v jaké podobě a jakým způsobem Mezinárodní klasifikaci transformovat do posudkově – medicínských hledisek do některého z výše jmenovaných subsystémů, případně, zda z Mezinárodní klasifikace použít jen některé její části pro jednotlivé subsystémy.

Předpokládané výsledky (výstupy řešení):

Výstupy řešení by byly využity např. k novelizaci vyhlášek č. 207/1995 Sb. nebo 182/1991 Sb., případně k vypracování prováděcí vyhlášky k novému zákonu o zaměstnanosti nebo k připravovanému systému sociálních služeb.

4. Doba plnění veřejné zakázky (řešení projektu)

Od 03/2003 do 09/2003

5. Kontaktní osoby zadavatele

MUDr. Alena Budilová, ředitelka odboru 23 a odborný garant projektu; tel. 224918987, 221922680, e-mail: alena.budilova@mpsv.cz;

6. Předkládání nabídek

a) Nabídky se podávají v písemné formě osobně nebo doporučeně poštou, v uzavřených obálkách a opatřených na uzavření razítkem případně podpisem uchazeče, je-li fyzickou osobou, či jeho statutárního zástupce, je-li právnickou osobou.

b) Nabídku v českém jazyce, zpracovanou v originálním znění a pěti kopiích, v obálce označené v levém dolním rohu "Nabídka řešení projektu VaV – ZVZ74", uchazeč o veřejnou zakázku doručí do sídla zadavatele:

- poštou na adresu:

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
odd.601 – státní podpory výzkumu a vývoje
Na Poříčním právu 1
128 01 Praha 2

nebo

- osobně do podatelny MPSV ČR (Na Poříčním právu 1, Praha 2) s vyznačením výše uvedené adresy.

c) Každý zájemce o veřejnou zakázku může podat pouze jednu nabídku; při porušení této povinnosti zadavatel vyloučí příslušného uchazeče ze soutěže. Žádná osoba se nesmí zúčastnit téže soutěže jako uchazeč více než jednou.

7. Lhůta pro podání nabídek končí dnem 18. prosince 2002 v 10:00 hod.

Nabídky předávané poštou musí být odeslány v dostatečném předstihu tak, aby byly doručeny zadavateli do konce lhůty pro podání nabídek. Nabídky doručené po uvedené lhůtě budou zadavatelem neprodleně vráceny uchazeči.

8. Obsah nabídky

Nabídka musí obsahovat:

- a) Název veřejné zakázky (projektu výzkumu a vývoje)
- b) Identifikační údaje uchazeče o veřejnou zakázku¹
název/jméno uchazeče, úplná adresa, právní forma, IČO, bankovní spojení;
kontaktní osoba - jméno, telefon, fax, e-mail
- c) Identifikační údaje o řešiteli² popř. o dalších řešitelích projektu
jméno, rodné číslo, kontaktní adresa, státní příslušnost, telefon, fax, e-mail
- d) Přehled významných zakázek v oblasti výzkumu a vývoje,
uskutečněných uchazečem v posledních letech, reference
- e) Stručný návrh (charakteristika) řešení projektu
- f) Časový harmonogram řešení
- g) Nabídková cena (v tis.Kč) vč.kalkulace nákladů

Cenová kalkulace musí být zpracována dostatečně podrobně tak, aby umožňovala stanovení „uznaných nákladů“. U víceletých projektů musí být náklady členěny na jednotlivá léta řešení. Součástí kalkulace je návrh splátkového kalendáře (u víceletých projektů pouze pro první rok řešení). V rámci poskytované dotace nemohou být zadavatelem hrazeny investiční výdaje!

h) Doplnující údaje pro Centrální evidenci projektů výzkumu a vývoje (CEP)

- Název projektu – česky a anglicky (vždy max. 254 znaků)
- Anotace vystihující předmět řešení – česky a anglicky (vždy max. 1000 znaků)
- Klíčová slova – česky a anglicky (vždy max. 250 znaků)

i) Čestné prohlášení uchazeče,

že jím navržené řešení veřejné zakázky obsažené v nabídce, nepožívá ochranu podle zvláštních předpisů nebo že nositelem těchto práv je on (ochrana podle autorského zákona)

j) Datum a podpis (razítko) statutárního zástupce uchazeče

9. Další podmínky

- a) Nabídka musí být zpracována na kompletní zajištění veřejné zakázky.
- b) Nesplnění požadavků zadavatele uvedených v této výzvě je důvodem k odmítnutí nabídky.
- c) Uchazeč je povinen na žádost zadavatele poskytnout potřebné vysvětlení k předložené nabídce.
- d) Soutěž je omezena na tuzemské osoby.
- e) Uchazeči nepřisluší náhrada za zpracování a podání nabídky.

¹ Uchazeč = předpokládaný příjemce dotace na řešení projektu. Pokud se na řešení projektu má podílet též další subjekt, tzv. spolupříjemce (s nímž příjemce uzavřel smlouvu o řešení části projektu a bude mu poskytovat na základě rozhodnutí zadavatele/poskytovatele dotace na toto řešení část účelových prostředků), je třeba uvést analogicky i odpovídající údaje o spolupříjemci.

² Řešitel = fyzická osoba, která je uchazeči (předpokládanému příjemci dotace) odpovědná v rámci pracovního právního vztahu za řešení projektu. Dalšími řešiteli jsou další fyzické osoby, které se v rámci svého pracovního právního vztahu s příjemcem podílejí na řešení projektu (a nejsou mu přitom odpovědné za řešení projektu). V případě, že v bodě 8b) je uváděn též tzv. spolupříjemce, uvedou se v bodě 8c) též analogické údaje o spoluřešiteli event. dalších spoluřešitelích.

- f) Zadavatel veřejné zakázky si vyhrazuje právo:
- Ověřit skutečnosti deklarované v nabídkách před dokončením hodnocení nabídek.
 - Vyzvat uchazeče k (písemnému) doplnění nebo upřesnění nabídky před dokončením hodnocení nabídek.
 - Změnit nebo doplnit předmět veřejné zakázky formou písemného oznámení všem uchazečům.
 - Rozdělit plnění veřejné zakázky mezi více uchazečů.
 - Uzavřít smlouvu o plnění veřejné zakázky s uchazečem, který předložil nejvhodnější nabídku, pouze na vybranou část veřejné zakázky.
 - Neodůvodňovat uchazečům výsledek výběru.
 - Nevracet uchazečům nabídky.
 - Odmítnout všechny předložené nabídky.
 - Zrušit vypsanou výzvu bez udání důvodu.
 - Uhradit zakázku nebo její část až po jejím řádném předání.

10. Podmínky poskytnutí finančních prostředků

Vybranému uchazeči mohou být na řešení projektu poskytnuty prostředky neinvestiční dotace ze státního rozpočtu podle zákona č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje a navazujícím nařízením vlády č. 461/2002 Sb., o účelové podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o veřejné soutěži ve výzkumu a vývoji, a sjednanou smlouvou, maximálně však do výše uznaných nákladů.

Uznanými náklady jsou takové náklady, které zadavatel (poskytovatel dotace) schválí jako nutné pro řešení projektu a budou vynaloženy během jeho řešení.

IDENTIFIKAČNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE O UCHAZEČI

Plné obchodní jméno uchazeče: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Právní forma podnikání: Příspěvková organizace

Sídlo: Praha 10, Ruská 85, PSČ 110 05

Jméno statutárního zástupce: MUDr. Antonín Malina - ředitel

IČO: 00023841

DIČ: 010-00023841

Telefon, fax: 02 / 67310754, 02 / 72733886

E-mail: reditel@ipvz.cz

Organizační složka uchazeče pro nabídku:

Škola veřejného zdravotnictví
Vedoucí: doc. MUDr. Ctibor Drbal CSc.

Hlavní řešitel: MUDr. Jan Šťastný,
tel.: 2710 19 320,
mobil: 603 824 602
e-mail: ulja@seznam.cz

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O ŘEŠITELÍCH

I. Řešitelé projektu za dodavatele:

Hlavní řešitel:

MUDr. Jan Šťastný, Škola veřejného zdravotnictví, IPVZ

Spoluřešitelé:

1. doc. MUDr. Ctibor Drbal, CSc., Škola veřejného zdravotnictví IPVZ
2. PhDr. Hana Janečková, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ
3. PhDr. Helena Hnilicová, Škola veřejného zdravotnictví IPVZ

II. Ostatní řešitelé:

Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny

MUDr. Vladislava Miková – předseda sekce
Petrohradská 2380
390 03 Tábor
tel.: 0361233302

PŘEHLED VÝZNAMNÝCH ZAKÁZEK V OBLASTI VÝZKUMU A VÝVOJE

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze je v současné době zainteresován v několika důležitých projektech ovlivňujících transformaci zdravotní a zdravotně sociální péče.

Zejména se jedná o následující projekty:

- Projekt „Implementace systému DRG v České republice“, jehož rozsah a dosah přesahuje hranice zdravotní péče (například v oblasti řešení dalšího pobytu občanů ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů, v oblasti vytváření zdravotně-sociálních lůžek „následné péče“ a podobně).
Reference: Ministerstvo zdravotnictví ČR, které projekt zaštiťuje.
- Projekt „Transformace důchodového systému v České republice“, který se uskutečňuje ve spolupráci Školy veřejného zdravotnictví Institutu (MUDr. Jan Šťastný) a VŠE v Praze.
Reference: prof. Robert Holman, VŠE Praha.
- Institut postgraduálního vzdělávání též vypracoval materiál, se kterým se ucházel o veřejnou zakázku MPSV č. ZVZ 67, „Přístupy k oceňování potřeb osob pro poskytnutí sociálních služeb“. Tato veřejná zakázka však byla v letošním roce stornována.

V oblasti zdravotně sociální, tedy v oblasti, která souvisí se zájmovou oblastí zadavatele této veřejné zakázky je Institut prostřednictvím svých pracovníků velmi aktivní; důkazem je přednášková a publikační činnost pracovníků, kteří jsou uvedeni jako řešitelé.

Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny zahrnuje pracovníky, kteří se problematikou implementace Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti a zdraví zabývají prakticky od doby jejího vzniku – zejména pak v období po roce 1990. Za mnohé materiály je možné uvést následující:

- Vládnímu výboru pro zdravotně postižené občany byl již v roce 1994 předložen materiál “Standardní principy v péči o zdravotně postižené občany”, který z této mezinárodní klasifikace přímo vychází.
- Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictvím byl v roce 1995 vytvořen “Metodický pokyn o provádění ucelené rehabilitace”,
- Na vyžádání Ministerstva práce a sociálních věcí, byl v roce 1999 vytvořen materiál problematiku ucelené rehabilitace ozřejmující – a nastiňující i cesty k její implementaci.
- Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace vypracovala i některé další materiály, které navazují na nařízení vlády České republiky, které ukládá jednotlivým rezortům spolupracovat při zavádění ucelené rehabilitace v České republice a na Národní plan pro vyrovnání příležitostí zdravotně postižených občanů.

Reference: archiv Vládního výboru pro zdravotně postižené občany,
Odbor zdravotně-sociální péče ministerstva zdravotnictví.

STRUČNÝ NÁVRH (CHARAKTERISTIKA) ŘEŠENÍ PROJEKTU

Úvod:

Jsme si vědomi, že transformace sociální sféry, konkrétně v její zdravotně-sociální složce, je velmi obtížná a politicky často těžce průchodná; přesto se domníváme, že je nevyhnutelná, například i z důvodu vstupu České republiky do Evropské unie.

Mezinárodní klasifikace ICIDH-2, kterou prosazuje Světová zdravotnická organizace, je beze sporu jasným signálem, jakým směrem by se transformace sociální sféry měla ubírat; pokud však má být její aplikace účinná, nesmí být pouze formální.

Základem klasifikace ICIDH-2 je princip relativního hodnocení zdravotního postižení; z tohoto hlediska může být její implementace do systému založeném na hodnocení absolutním velmi obtížná - a bez celkové změny filozofie přístupu k řešení sociálních situací vzniklých v souvislosti s poruchami zdraví i nemožná.

Následující graf dokumentuje rozdílnost pohledů na řešení důsledků poruch zdraví a zároveň objasňuje některé zásadní rozdíly mezi pojmy užívanými v ICIDH-2 a v legislativě ČR:

invalidita	-	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti
	-	
	-	
	+	
	+	
	+	
	+	
	+	
	+	
	+	zbytkový pracovní potenciál
aktivita (validita)	+	

Předkladatel projektu doporučuje zavést klasifikaci ICIDH-2 v následujících oblastech:

- v oblasti důchodového pojištění (konkrétně „invalidních“ důchodů),
- v oblasti sociální péče – pomoci,
- v oblasti státní politiky zaměstnanosti,
- v oblasti zdravotní péče (konkrétně fyzioterapie).

O vhodnosti zavedení klasifikace ICIDH-2 v systému státní sociální podpory je možné diskutovat.

Mezinárodní klasifikace ICIDH determinuje individuální přístupy při řešení problémů ve zdravotně sociální oblasti, což koresponduje s předpokladem, že systém sociální péče o občany s poruchou zdraví, pokud má být kvalitativně i ekonomicky efektivní, vyžaduje vysoký stupeň individuálního přístupu.

Otázka ekonomické efektivnosti sociálního systému je v současné době velmi naléhavá; neadekvátně jsou zatíženy všechny tři „pilíře“ tohoto systému v České republice. Implementace klasifikace ICIDH-2 může do značné míry přispět ke zlepšení bilance sociálního systému; pozitivní ekonomický účinek implementace se však může projevit až po určitém časovém odstupu.

Tabulka základních pojmů ICIDH:

Stav:	CHOROBA	PORUCHA	AKTIVITA	SPOLUÚČAST
ICIDH 1976:		Impairment kod "I"	Disabilities kod "D"	Handicap kod "H"
ICIDH 1997:		Impairment	Activity	Participation
Synonyma:	morbus		abilita, validita	vyrovnání
Podstata: = vnitřní situace		= vnější projev	= funkční projev	= sociální důsledek
Metoda zjištění:	diagnostická zdravotní péče	seznam poruch	funkční vyšetření	sociální šetření
Řešení:	terapeutická zdravotní péče	absolutní způsob hodnocení invalidity	relativní způsob hodnocení invalidity	

LÉČBA
ZAJIŠTĚNÍ FYZICKÉ NEZÁVISLOSTI
ZAJIŠTĚNÍ EKONOMICKÉ NEZÁVISLOSTI
UCELENÁ REHABILITACE

Klíčová slova a pojmy:

- absolutní a relativní způsob hodnocení zdravotního postižení
- porucha, aktivita, participace
- pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti
- invalidita
- fyzická nezávislost
- ekonomická nezávislost
- zbytkový pracovní potenciál
- nezaměstnanost
- nezaměstnatelnost
- rehabilitační centrum

Upozornění:

Původní "Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů" (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - **ICIDH - 1**) vydané WHO v roce 1976, byla přejmenována na "Mezinárodní klasifikaci poruch, aktivit a spoluúčasti" (International Classification of Impairments, Activities and Participation - **ICIDH-2**). V květnu 2001 došlo k přejmenování na „International Classification of Functioning, Disability and Health - **ICF**“. Tato nabídka se z praktického hlediska drží klasifikace ICIDH-2, která je uvedena i v názvu veřejné soutěže daným zadavatelem.

Základní cíl předloženého projektu:

Základním cílem předloženého projektu je navrhnout univerzální způsob implementace klasifikace ICIDH-2, využitelný pro více subjektů působících v oblasti zdravotně sociální péče.

Pozitivním důsledkem bude optimalizace „spoluúčasti“, tedy vyrovnávání handicapů při zajišťování fyzické a ekonomické nezávislosti a při integraci osob s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem do jim přirozeného sociálního prostředí.

Předpokládané nezbytné transformační kroky determinované zavedením ICIDH-2 v oblasti zdravotně sociální péče:

1. Změna způsobu hodnocení zdravotního postižení.
2. Změna způsobu poskytování sociální péče – pomoci.
3. Změna způsobu přidělování invalidních důchodů.

Ad 1) Změna způsobu hodnocení zdravotního postižení

Zavedení klasifikace ICIDH, pokud se nebude jednat o pouhé formální plnění mezinárodních závazků, podmíní transformaci sociálního systému vázaného na poruchy zdraví; základní změnou bude zásadní změna ve způsobu hodnocení zdravotního postižení.

Nelze se vyhnout tomu, aby se implementace ICIDH-2 neodrazila na organizaci a činnosti posudkové služby, která je nyní koncentrována v okresních správách sociálního zabezpečení.

Předkladatel nabídky vychází z následujících předpokladů:

- Tak zvaný „absolutní způsob“ hodnocení zdravotního postižení, který je upřednostňován v současně platných právních normách – zejména v zákoně 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, musí být nahrazen systémem, který je upřednostňován v ICIDH-2, tedy „relativním způsobem“:

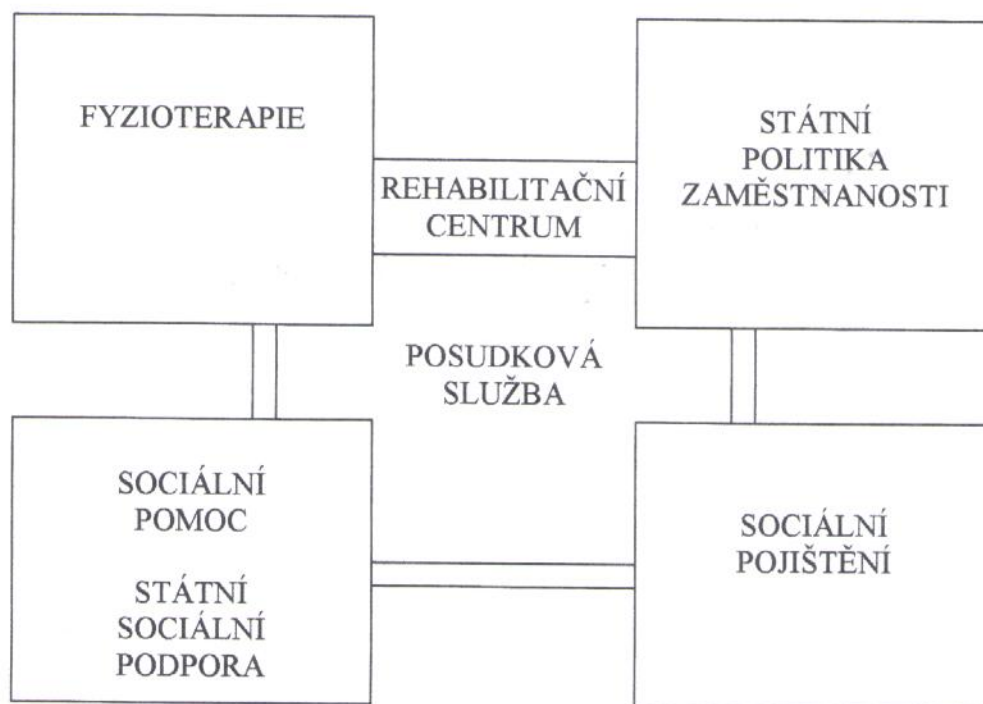
	ABSOLUTNÍ	RELATIVNÍ
Podstata	Stanovování toho, co chybí, tedy INVALIDITY	Stanovování toho, co je zachováno, tedy VALIDITY
Původ	Vychází ze systému odškodňování	Vychází ze systému ergodiagnostiky
Výsledky	procenta poklesu schopnosti	zbytkový potenciál
Způsob měření	tabulky	funkční vyšetření
Místo stanovení	Správa sociálního zabezpečení	Rehabilitační centra

- Posuzovací proces vycházející z ICDH-2 musí být standardní, použitelný pro více účelů a sestávající se z následujících elementárních kroků:
 - I. Objektivní stanovení choroby a poruchy.
 - II. Objektivní stanovení ability (aktivity), včetně pracovního potenciálu.
 - III. Objektivní stanovení velikosti participace (handicapu) a míry schopnosti vyrovnání vlastními silami.

Činnosti uvedené v těchto bodech by, dle názoru předkladatelů, měla zajišťovat tak zvaná **rehabilitační centra**. V současné době je těchto center v České republice více než deset, jejich činnost však není podepřena příslušnou legislativou.

Rehabilitační centra by měla být „nadrezortním“ zařízením pověřeným poskytovat služby pro řadu dalších institucí; zástupci těchto institucí by se aktivně podíleli na činnosti rehabilitačních center.

Situaci zobrazuje následující schema:



Na úrovni rehabilitačních center by se též mohla centralizovat technická pomoc zdravotně postiženým občanům, jejíž realizace je v současné době nekoordinována a poměrně striktně rezortně oddělena. Tato roztržitost má dopady kvalitativní (neefektivní pomoc) i kvantitativní (neefektivní vynakládání finančních prostředků).

Konkrétními činnostmi rehabilitačních center zaměřenými na sociální pomoc by byly zejména:

- a) získání podrobných anamnestických údajů, týkajících se aspektů zdravotních a sociálních, dále pak z podrobné pracovní anamnezy a z anamnestických údajů týkajících se mimopracovních aktivit klienta,

- b) stanovení, zda vlivem úrazu, onemocnění nebo vrozené vady došlo u pacienta k poruše zdraví,
- c) funkční vyšetření stupně poruchy zdraví a v případě potřeby poskytnutí nebo zprostředkování další zdravotní péče, zprostředkování poskytnutí pomůcky zdravotnické techniky, domácí ošetrovatelské péče, popř. jiné adekvátní následné zdravotní péče,
- d) zjištění psycho-senzo-motorického potenciálu,
- e) funkční vyšetření fyzické nezávislosti, včetně zajištění výcviku sebeobsluhy a fyzické nezávislosti,
- f) funkční vyšetření zbytkového pracovního potenciálu,
- g) psychologické vyšetření, jehož cílem je zjištění psychického stavu, inteligenčního, vědomostního a motivačního potenciálu, včetně vyšetření variační adaptability,
- h) sociální šetření v souvislosti se zjištěnými funkčními poruchami, sociální šetření je zaměřeno na ozřejmění údajů o překážkách, které mnohou rehabilitanta omezovat v jeho přirozeném sociálním prostředí, popř. v sociálním prostředí, do kterého se má zařadit.

Výstupním dokumentem rehabilitačního centra by měl být souhrn (balíček) potřeb vyšetřovaného klienta, a to potřeb:

1. zdravotních (návrh další léčebné péče, např. se zaměřením na zajištění fyzické nezávislosti),
2. sociálních (souhrn potřeb zabezpečujících návrat klienta do sociálního prostředí, které je mu blízké),
3. pracovních (souhrn potřeb, které by umožnily zajištění ekonomické nezávislosti klienta vlastní prací),
4. doporučení stacionární, ústavní nebo jiné podobné péče po vyčerpání možností k zařazení do přirozeného sociálního prostředí).

Tento "balíček opatření" by ovšem obsahoval pouze souhrn možností či předpokladů a sloužil by jako podkladový materiál pro další rozhodování orgánů odpovídajících za poskytnutí sociální pomoci.

Ad 2) Změna způsobu poskytování sociální pomoci

V současné době je platný systém sociální péče, který je determinován zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, zákonem 114/1998 Sb., o působnosti orgánů ČSR v sociálním zabezpečení, zákonem 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a navazujícími vyhláškami, zejména vyhláškou 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

Pokud se jedná o případy sociální pomoci související s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, je vyžadováno vyšetření na oddělení posudkového lékařství správy sociálního zabezpečení; posudkový lékař (nikoli skupina odborníků či komise) hodnotí zdravotní stav klienta především na základě srovnávání vyšetření jeho zdravotního stavu s údaji obsaženými v tabulkách, které jsou přílohami výše zmíněných právních norem.

Na základě tohoto tabulkového zařazení vzniká klientovi nárok na jednotlivé složky sociální pomoci, které jsou pak poskytovány nebo zajišťovány jinými institucemi – pověřenými obcemi nebo obvodními úřady.

Výše uvedené legislativní normy – a z nich vyplývající postupy při poskytování sociální pomoci zdravotně postiženým obsahují řadu nedostatků, které lze shrnout do následujících několika bodů:

1. Systém nerespektuje ICIDH-2 a používá chybný způsob hodnocení zdravotního postižení.
2. Systém je často zaměřen na „odškodňování“, méně na vyrovnávání handicapů.
3. Systém neřeší celkovou situace, nýbrž jen dílčí problémy klientů.
4. Systém je složitý a pro klienty obtížně pochopitelný.
5. Systém vede k neefektivnímu využívání prostředků.
6. Systém je nespravedlivý ve smyslu rozdělování zdrojů.
7. Systém rozděluje klienty do nelogických kategorií, malý rozdíl ve zdravotním stavu může znamenat velký rozdíl v přístupu k pomoci.

Vlastní vyrovnání konkrétního handicapu by mělo proběhnout ve dvou fázích:

- a) Zajištění těch opatření, které vyžadují odbornou kvalifikaci poskytovatelů.
Jedná se například o služby rezidenční - či jiné odborné služby, které nejsou financovány ze zdravotního pojištění.
Tyto služby mě měly zajišťovat akreditovaní poskytovatelé na základě nabídky a poptávky, forma vlastnictví poskytující instituce by neměla být při výběru hodnocena. Vhodnou formou zajištění těchto služeb by mohlo být přidělení „kreditů“ přímo klientům, kteří by jimi pak hradili péči poskytovatelům.
Svobodná volba poskytovatele by byla zachována.
- b) V případě zajišťování těch potřeb, které je možno zajišťovat bez akreditací, lze doporučit zrušení současných kategorií a příspěvků a zavedení systému vyrovnávání konkrétních handicapů cílenými příspěvky.
Na tyto příspěvky by neměli mít nárok občané využívající dlouhodobých rezidenčních služeb.
Počet příspěvků by se měl radikálně snížit a tím i zprůhlednit; naopak – výše příspěvků by měla být dostatečně vysoká.
Jednalo by se přibližně o následující typy příspěvků:
 - příspěvek na mobilitu, který by nerozlišoval druh používané dopravy, zohledňoval stupeň postižení a aktivitu jedince (jedná se tedy o „vertikální“ a „horizontální“ hodnocení jedince, přičemž výše příspěvku v jednotlivých „okénkách“ této tabulky by byly konstantní),
 - příspěvek na domácnost odvíjející se od stupně postižení (přímé dotace poskytovatelů služeb by byly eliminovány a inicioval by se vznik trhu poskytovatelů těchto služeb),
 - příspěvek na zajištění fyzické nezávislosti, který by byl odstupňován podle stupně postižení), avšak pravidelný a plošný,
 - příspěvek na zajištění ekonomické nezávislosti, který by mohl nahradit tak zvaný „částečný invalidní důchod“ a který by zohledňoval odstranění bariér znemožňujících pracovní uplatnění.

Popsaný systém kreditů a příspěvků by vedl k poklesu zájmu o dlouhodobou rezidenční péči, která by poté byla poskytována pouze osobám trvale závislým na péči druhé osoby nebo osobám, které tuto péči přímo vyžadují.

Na druhé straně by došlo k masivnímu rozvoji nabídky služeb v oblasti sociální pomoci dle skutečných potřeb.

Ad 3) Změna ve způsobu přidělování invalidních důchodů

Předkladatelé nabídky považují za nezbytné, aby – v případě aplikace ICIDH-2, byly I zde aplikovány prvky relativního způsobu hodnocení zdravotního postižení.

Konkrétně se jedná o zjišťování tak zvaného “zbytkového pracovního potenciálu”, který ve smyslu ICIDH-2 představuje “abilitu” – tedy schopnost výkonu zaměstnání.

Tato schopnost je dynamická, měnící se vlivem stabilizujících a destabilizujících zevních i vnitřních faktorů.

Základními prvky ovlivňujícími možnost pracovního uplatnění, jsou biologický (fyzický) potenciál, psychický potenciál, jehož zevním projevem může být pohoda, strach, stres, funkční či organická porucha psychiky apod., kvalifikační potenciál, projevující se úrovní vědomostí, dovedností, nadáním, zkušenostmi, a možností ovlivnění pedagogickým působením, charakterový potenciál - daný postoji, zájmy a mírou motivace a rehabilitační potenciál, představující možnost záměrných i spontánních změn pracovního potenciálu.

Na vyšetření zbytkového pracovního potenciálu musí navazovat adekvátní pracovní rehabilitace, a to v těsné spolupráci s úřady práce; rehabilitační centra mají i v tomto případě zásadní význam.

Terminální výstupy týkající se pracovního uplatnění, včetně návrhu sociálního či jiného opatření, jsou uvedeny v následující tabulce:

zbytkový pracovní potenciál	pracovní příležitost	opatření	zdroj
dostatečný	existuje	odstranění barier	úřad práce
dostatečný	dočasně neexistuje	příspěvek v nezaměstnanosti	úřad práce
snížený	existuje	odstranění barier	úřad práce
		sociální příspěvek	sociální pomoc
snížený	dočasně neexistuje	příspěvek v nezaměstnanosti,	úřad práce
		sociální příspěvek	sociální pomoc
nedostatečný	trvale neexistuje	důchod	ČSSZ

Z tabulky vyvstává i další problém: zařazení “částečného” invalidního důchodu; jedná se totiž o typickou “vyrovnávací” dávku, která by měla být poskytována spíše ze zdrojů určených pro sociální péči – pomoc. Její výše by pak měla odpovídat nikoli výši předchozích příjmů a odpracovaným létům, nýbrž skutečným potřebám.

Překážky při implementaci ICIDH-2

Předkladatel nabídky si je plně vědom obtížnosti při zavádění této mezinárodní klasifikace; překážky jejího zavedení jsou trojího druhu: objektivní, subjektivní a politické.

K objektivním překážkám patří následující skutečnosti:

- přestavba legislativy sociální sféry v zájmu klasifikace ICIDH-2 je velmi náročná, jakékoli zjednodušování situace však povede k formalismu a k nefunkčnosti systému,

- vytváření jednotek uskutečňujících hodnocení zdravotního postižení podle ICIDH-2 nebude levné (na úrovni současné posudkové služby OSSZ není možné ICIDH-2 aplikovat, neboť základem klasifikace jsou funkční vyšetření náročná na věcné a personální vybavení těchto jednotek),

K subjektivním překážkám patří zejména skutečnost, že v současné době platný způsob hodnocení zdravotního postižení je relativně nový (zákon o důchodovém pojištění je z roku 1995), avšak v něm upřednostňovaný „absolutní“ způsob hodnocení zdravotního postižení není kompatibilní s ICIDH-2. Lze tedy předpokládat určitý stupeň „neochoty“ legislativců nově zavedené principy měnit.

K politickým překážkám může patřit případná neochota zdravotně postižených občanů a jejich organizací, které představují vlivné loby, ke změnám.

ČASOVÝ HARMONOGRAM ŘEŠENÍ

V otázce časového harmonogramu dominuje skutečnost, že implementace ICIDH-2 znamená poměrně zásadní průnik do současné legislativy, který by měl být schválen vládou České republiky. Z tohoto důvodu je záměr zadavatele na plnění veřejné zakázky od 03/2003 do 09/2003 nereálný.

Předkladatel projektu navrhuje následující časový harmonogram:

03/2003 – 06/2003: Ustanovení Správní rady projektu

Existence Správní rady je nezbytná:

- z důvodu koordinace prací se záměry jednotlivých rezortů,
- z důvodu nutnosti průběžně informovat veřejnost (zejména organizace sdružující zdravotně postižené osoby).

06/2003 – 09/2003: Ustanovení Výkonné pracovní skupiny, která projekt zrealizuje.

Musí se jednat o tým složený z legislativců, ekonomů, pracovníků v oblasti ucelené rehabilitace a posudkové služby.

Pracovní skupina bude mít sídlo v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

09/2003 – 03/2004: Vypracování koncepčního materiálu pro vládu ČR

Tento koncepční materiál musí mít nadrezortní charakter a musí projít širokým připomínkovým řízením; z těchto důvodů není termín jeho realizace nepřiměřený.

Obsahem koncepce musí být:

1. Podrobné zdůvodnění, proč je potřebné klasifikaci ICIDH-2 přijmout.
2. Ekonomický rozbor dopadů aplikace ICIDH-2, a to ve variantách:
 - aplikace ve všech „sloupech“ sociálního systému,
 - aplikace pouze v důchodovém pojištění.
3. Vysvětlení, jak bude zajištěna koordinace aplikování ICIDH-2 s připravovanou transformací důchodového systému.
4. Vysvětlení, jak bude zajištěna koordinace aplikování ICIDH-2 s připravovaným zákonem o rehabilitaci.

5. Ekonomický rozbor nákladů na samotnou implementaci.
6. Plán nutných legislativních změn.
7. Časový harmonogram implementace.

Další kroky ve smyslu implementace mohou být plánovány až po vyjádření Vlády, která určí, v jakém rozsahu a v jakých termínech se klasifikace ICIDH-2 má zavést.

Součástí této nabídky (viz příloha č. 1) je návrh legislativní normy, kterou již před několika lety zpracovala Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny ve spolupráci se Školou veřejného zdravotnictví IPVZ.

Tento návrh dokumentuje jednu z možností implementace ICIDH-2, kterou považuje navrhovatel za reálnou a zpracovatelnou do koncepčního materiálu.

NABÍDKOVÁ CENA – viz příloha č.2

Údaje o řešitelích – viz příloha č. 3

Čestné prohlášení – viz příloha č. 4

Údaje pro Centrální evidenci projektů výzkumu a vývoje – budou doplněny v případě přijetí nabídky Institutu..

Příloha č. 1

**Návrh zásad vyhlášky MPSV ČR č. ... Sb.,
o provádění funkčního vyšetření zdravotního stavu pojištěnců**

Zásada č. 1 - Návaznosti vyhlášky

Ministerstvo práce a sociálních věcí stanoví podle § 39 odst.2 a § 44 odst.1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění způsob provádění funkčního hodnocení.

Vyhláška navazuje na odst.č.2, § 39, zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a na odst.č.3, § 21, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu; vyhláška je též v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi.

Léčebná část rehabilitační péče (dále jen „léčebné rehabilitace“) je na základě hlavy druhé zákona č. 20/1966 Sb.o péči o zdraví lidu, a vyhlášky č.242/1991 Sb.), realizována v ambulantních zařízeních, v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a v lázeňských zařízeních. Zejména rehabilitační oddělení nemocnic a rehabilitační ústavy mohou vytvořit základ systému rehabilitačních center realizujících rehabilitaci ucelenou.

Zákon č.155/199 Sb., musí být v paragrafech č. 39 a 44 novelizován tak, aby MPSV dostalo zmocnění k vytvoření vyhlášky o provádění funkčního hodnocení.

Návrh novelizace:

odst. 2 § 39 a odst. 1 § 44 doplnit odstavcem 2a se zněním: „Způsob provádění funkčního vyšetření stanoví prováděcí předpis“.

Zmocnění pro vydání této vyhlášky obsahuje i odst.č.3, §21, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde je odkaz na zvláštní předpisy upravující posuzování způsobilosti k práci pro účely sociálního zabezpečení.

Tato vyhláška, zejména část definující rehabilitační centra, bude po dohodě mezi MPSV a MZ navazovat i na zákon o zdravotní péči, který musí obsahovat povinnost ošetřujícího lékaře zprostředkovat vyšetření v rehabilitačním centru, pokud lze předpokládat, že úraz, onemocnění či vrozená vada zanechá dlouhodobé nebo trvalé následky. Vyšetření v rehabilitačním centru se uskuteční i tehdy, jestliže o to posuzovaný pojištěnec požádá nebo pokud se jedná o přezkumné řízení dle správního řádu.

Zmocnění pro vydání této vyhlášky obsahuje i odst. Č. 3 §21 zákona č. 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu, kde je odkaz na zvláštní předpisy upravující posuzování způsobilosti k práci pro účely sociálního zabezpečení.

Zásada č. 2 - Definice rehabilitace

Rehabilitace je vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém; jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života.

Jedná se o systém diagnostických, léčebných, sociálních, školicích a pracovních výkonů a služeb, které plynule a koordinovaně umožňují občanům se zdravotním postižením začlenit se do běžného sociálního, popř. pracovního prostředí.

Rehabilitace je určena občanům se zdravotním postižením, kteří nemohou sami toto postižení nebo jeho následky překonat, nebo kterým takové postižení hrozí.

Rehabilitace je zaměřena na všechny věkové skupiny, tedy na děti, dorost, osoby v produktivním věku i staré občany.

(Medicínský obor se nazývá Léčebná rehabilitace)

Definice vychází ze "Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením", která byla přijata Valným shromážděním OSN 20.12.1993 (rezolucí č. 48/96) a je kompatibilní s dalšími mezinárodně uznanými úmluvami (např. "Chartou na 80.léta) i s vládním usnesením č. 493/1994, kterým se schvaluje Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení".

Součástí rehabilitace je v těchto mezinárodně uznávaných normách nejen rehabilitace léčebná včetně ergoterapie, psychoterapie, ale i protetická péče, rekvalifikace, vzdělávání, sociální péče a pracovní rehabilitace.

Tato definice je v souladu s širším chápáním rehabilitace v zemích Evropské unie a v tomto smyslu je důležitou právní normou.

Možnosti rehabilitace jsou limitovány závažností zdravotní poruchy, ekonomickou dostupností zdravotně sociální péče, sociálním prostředím, ve kterém postižený žije, postojem společnosti k řešení problematiky zdravotně postižených osob a subjektivními postoji zdravotně postiženého občana (ke společnosti, k řešení situace ve které se nachází apod.)

Zásada č. 3 - Činnosti rehabilitačních center

Rehabilitační centrum zabezpečuje následující činnosti u vyjmenovaných indikací daných přílohou této vyhlášky.

1. pro účely další zdravotní a sociální péče stanovuje postupy k zajištění fyzické nezávislosti zdravotně postižených občanů a hodnotí zbytkový psycho-senzo-motorický potenciál
2. pro účely důchodového pojištění hodnotí zbytkový pracovní potenciál občanů se zdravotním postižením
3. pro účely zdravotního a nemocenského pojištění hodnotí zdravotní stav a způsob léčby osob, jejichž dočasná pracovní neschopnost přesáhla ... kalendářních dní,
4. pro účely státní sociální podpory hodnotí stupeň zdravotního postižení na základě vyšetření zbytkového psycho-senzo-motorického potenciálu
5. pro účely úřadů práce hodnotí předpoklady pracovního zařazení či rekvalifikace nezaměstnaných občanů, možnosti úpravy pracovního prostředí
6. pro účely národního informačního systému zabezpečuje informace z oblasti zdravotního postižení
7. zprostředkovává kontakt osob uvedených v zásadě č.2 s neinstitucionálními formami zdravotní péče a navazující sociální péče (dále jen „zdravotně-sociální péče“; např. s aktivitami realizujícími komunitně orientovanou rehabilitaci)
8. může vydávat doporučení i pro jiné orgány státní správy či fyzické a právnické osoby

Rehabilitační centrum zajišťuje výše uvedené činnosti pro spádovou oblast stanovenou jeho zřizovatelem.

Legislativní normy umožňující existenci rehabilitačních center byly uvedeny v zásadě č.1.

Vymezení spádové oblasti je v případě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady dáno § 2, vyhl.č.242/1991 Sb.),

Rehabilitační centra vyvíjí činnost ze zdravotní, sociální či jiné indikace.

Výstupy rehabilitačního centra jsou pro příslušné orgány státní správy podkladem pro rozhodování v rámci jejich působnosti, rehabilitační centrum vyšetří zbytkový psychosenzo-motorický a zbytkový pracovní potenciál, na základě tohoto vyšetření stanoví lékař OSSZ schopnost výdělečné činnosti.

Centralizace činností rehabilitačního centra uvedených v této zásadě je vhodná z hlediska funkčního i finančního. Funkční hledisko je reprezentováno možností aplikace skutečné návazné a skutečně intenzivní péče propojením zdravotních, sociálních a dalších složek (komunitně orientovaná rehabilitace), možností stanovit přesný a individuálně zaměřený rehabilitační plán s nezbytnou nutností standardizace postupů, zejména při hodnocení zdravotního postižení. Finanční hledisko tkví v možnosti koordinace čerpání prostředků z různých finančních zdrojů.

Financování je dáno právními normami jednotlivých rezortů; zdravotní péče realizovaná v rehabilitačních centrech se tedy hradí ze zdravotního pojištění, popř. z veřejných rozpočtů v těch případech, kdy zdravotní péči ze zdravotního pojištění hradit nelze a jiné aktivity pak ze zdrojů toho subjektu, kam přísluší nebo který o ně požádal.

Zásada č. 4: Součástí rehabilitačního centra

Základní součástí rehabilitačního centra je pracoviště fyzioterapie, ergoterapie (včetně ergotestingu), psychodiagnostika a psychoterapie, pracoviště zabezpečující vybavení pacientů prostředky zdravotnické techniky, kompenzačními a rehabilitačními pomůckami. Rehabilitační centrum může mít i jiná pracoviště.

V rehabilitačním centru mohou mít sídlo:

- a) oddělení posudkové služby okresních správ sociálního zabezpečení,
- b) složky revizní činnosti zdravotních pojišťoven.

Vedoucím rehabilitačního centra je lékař s atestací z fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace nebo s jinou vhodnou atestací (veřejného zdravotnictví, posudkového lékařství apod.) Při jiné kvalifikaci než fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace je podmínkou, aby v rehabilitačním centru pracoval lékař s atestací fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace. Je-li rehabilitační centrum součástí zdravotnického zařízení zřizovaného okresním úřadem (MZ ČR) je vedoucí rehabilitačního centra jmenován a odvoláván statutárním zástupcem tohoto zdravotnického zařízení.

Vedoucí rehabilitačního centra při diagnostice či posuzování vytváří odborné týmy a komise.

Základní součástí rehabilitačního centra jsou dány direktivně, ostatní pouze rámcově; důvodem tohoto přístupu je skutečnost, že centrum může řadu činností pouze zajišťovat např. konziliárně, nikoli provádět vlastním personálem .

Návrh zásad této vyhlášky nepřenáší proces posuzování ze správ sociálního zabezpečení na rehabilitační centra a nestanovuje, že se každé posouzení musí realizovat

prostřednictvím „komise“, resp. „rehabilitační konference“. Není též narušena kompetence přiznání dávky, rehabilitační centrum vydává pouze podklady. Velmi důležitým faktorem je přímý kontakt mezi pracovníky jednotlivých rezortů na půdě rehabilitačního centra, který umožňuje operativní a rychlé řešení úkolů. Jak již bylo konstatováno: proces posuzování se v rehabilitačním centru tedy neřídí správním řádem, výsledky odborného vyšetření však - v souladu se zákonem o důchodovém zabezpečení, jsou podkladem lékaři posudkové služby OSSZ.

Zásada č. 5: Věcné vybavení rehabilitačních center

Věcné vybavení diagnostického oddělení rehabilitačního centra a těch částí rehabilitačního centra, ve kterých se realizuje zdravotní péče, je dáno zvláštní právní normou MZ. Podmínkou je vybavení pro léčebnou rehabilitaci včetně ergoterapie, vybavení pro nácvik denních činností, vybavení pro poskytování technické pomoci, vybavení pracoviště psychologa a bezbariérové prostředí.

Jedná se o vyhlášku o personálních a věcných požadavcích na činnost zdravotnických zařízení.

Zásada č. 6: Diagnostická péče v rehabilitačních centrech

Rehabilitační centrum určí stupeň validity pacienta nebo občana se zdravotním postižením (dále jen „rehabilitant“).

Zjišťování validity se skládá:

- a) z provedení standardizovaných vyšetření, šetření či jiných metod zjišťování,
- b) z provedení rehabilitační konference.

V průběhu diagnostiky musí být pozitivně ovlivňována motivace rehabilitanta ke spolupráci a k potřebě sociální, popř. pracovní seberealizace.

Diagnostika musí být v rehabilitačním centru organizována tak, aby její jednotlivé části na sebe navazovaly a nedocházelo k čekacím dobám či jiným prodlevám, které působí na rehabilitanta demotivačně.

V případě rehabilitantů, u nichž se předpokládá zpětné zařazení do zaměstnání nebo rekvalifikace, spolupracuje rehabilitační centrum s příslušným úřadem práce.

Zásada č.7: Druhy standardizovaných vyšetření, šetření či jiných metod zjišťování

a) získání podrobných anamnestických údajů, týkajících se zejména aspektů zdravotních a sociálních, dále pak podrobné pracovní anamnézy a anamnestické údajů týkající se mimopracovních aktivit rehabilitanta,

b) stanovení, zda vlivem úrazu, onemocnění nebo vrozené vady došlo u pacienta k poruše zdraví a jaké,

c) v případě potřeby poskytnutí nebo zprostředkování adekvátní léčebné rehabilitace , zprostředkování poskytnutí prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, domácí ošetrovatelské péče, popř. jiné adekvátní následné zdravotní péče,

d) zjištění fyzického (motorického) potenciálu,

e) funkční vyšetření soběstačnosti pacienta, včetně výcviku sebeobsluhy a fyzické nezávislosti,

f) funkční vyšetření smyslových schopností pacienta a jeho prostorové orientace, včetně zajištění následné péče v případě zjištění funkčních změn,

g) funkční vyšetření zbytkového pracovního potenciálu, součástí zjišťování tohoto potenciálu může být i pracovní pokus se zaměřením na různé typy pracovních činností,

h) vyšetření klinickým psychologem, které se provádí u každého rehabilitanta a jeho cílem je zjištění:

- 1) motivace rehabilitanta k zařazení do sociálního a pracovního prostředí,
- 2) psychického stavu rehabilitanta,
- 3) inteligenčního a vědomostního potenciálu rehabilitanta,
- 4) adaptability rehabilitanta
- 5) psychomotorického tempa

ch) sociální šetření v souvislosti se zjištěnými funkčními poruchami, sociální šetření je zaměřeno na ozřejmení údajů o překážkách, které mnohou rehabilitanta omezovat v jeho přirozeném sociálním prostředí, popř. v sociálním prostředí, do kterého se má zařadit

Sociální šetření zpravidla vykonává sociální pracovník (pracovnice), který je v pracovním poměru s rehabilitačním centrem.

Sociální pracovník ověřuje a doplňuje údaje rehabilitanta o jeho vztazích k rodině, pracovišti, přátelům a nejbližšímu okolí, pomáhá řešit sociálně právní problémy, obstarání dávek podle závěrů rehabilitační konference a zajišťuje propojení rehabilitačního centra s úřadem práce a institucemi organizujícími či poskytujícími sociální péči.

Rehabilitační centrum vyvíjí činnost v souladu s "Mezinárodní klasifikací poruch, disabilit a handicapů", přijatou na 29. shromážděním WHO. Rehabilitační centrum musí být schopno zajistit poskytnutí prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, poradenství v oblasti zdravotní, sociální, pracovní a v oblasti vzdělávání, návaznost rehabilitace v působnosti MZ ČR na rehabilitaci prováděnou orgány a organizacemi v působnosti jiných rezortů, zejména MPSV a MŠMT, (umístění do rehabilitačního ústavu, home care, osobní asistenci atd.)

Financování poskytovatelů realizujících konkrétní opatření je vícezdrojové: opatření umožňující získání nezávislosti v obecném slova smyslu, tedy bez ohledu na sociální prostředí, v němž se bude rehabilitant pohybovat (tedy plošná opatření ze zdravotní indikace) by měla být financována z pojištění zdravotního; opatření zaměřená na

opatření v konkrétním sociálním prostředí by měla být financována ze zdrojů sociálního pojištění (zabezpečení).

Opatření ze zdravotní indikace mohou realizovat pouze zdravotnická zařízení zřizovaná na základě platných právních norem (tzn. zák.č. 160/1992 Sb., o zdravotné péči v nestátních zdravotnických zařízeních a vyhl. č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi). Opatření sociálního charakteru prováděná v konkrétním sociálním prostředí mohou realizovat poskytovatelé, kteří získají oprávnění na základě právních norem MPSV (tzn. zejména vyhl. MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení).

Zásada č. 8: Rehabilitační konference

Rehabilitační konference je proces vyhodnocování získaných informací.

Rehabilitační konference hodnotí zejména faktory ovlivňující fyzickou a ekonomickou soběstačnost rehabilitanta a vyslovuje doporučení.

Doporučení rehabilitační konference je doručeno rehabilitantovi, lékaři OSSZ (jedná-li se o rehabilitanta posuzovaného pro účely sociálního zabezpečení), lékaři, který rehabilitanta registruje nebo dispenzarizuje a příslušnému úřadu práce, (jedná-li se o rehabilitanta, u něhož je doporučena změna pracovního zařazení nebo úprava pracovního prostředí).

Doporučení registrujícímu či dispenzarizujícímu lékaři musí obsahovat návrh na další postup rehabilitace.

Výstupy rehabilitační konference jsou podkladem pro rozhodování orgánů sociálního zabezpečení, úřadů práce, okresních úřadů či jiných právnických nebo fyzických osob.

Postupy a způsoby hodnocení fyzické nezávislosti jsou obsahem přílohy č. 1 této vyhlášky.

Postupy a způsoby hodnocení zbytkového pracovního potenciálu jsou obsahem přílohy č.2 této vyhlášky.

Při určování typu poruchy či zdravotního postižení se vychází ze seznamu přílohy č.2 vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém zabezpečení.

Zásada č. 9: Informační systém rehabilitačního centra

Rehabilitační centrum provádí sběr statistických informací o počtech zdravotně postižených, druzích poruch, popř. o dalších statisticky sledovatelných ukazatelích.

Sběr statistických informací se provádí na základě všeobecně platných právních norem.

Informace o počtech zdravotně postižených, druzích postižení a jejich závažnosti jsou v České republice nedokonalé. Rehabilitační centra jsou optimálním místem pro sběr těchto informací, který by měl být uskutečňován stejným způsobem jako sběr jiných dat pro účely zdravotnické statistiky.

Zásada č. 10: Komunitně orientovaná rehabilitace v rehabilitačním centru

Rehabilitační centrum spolupracuje s občanskými sdruženími sdružujícími zdravotně postižené občany, a to zejména při zabezpečování:

- a) sociální integrace zdravotně postižených,
- b) vzdělávání rodičů, zákonných zástupců nebo jiných osob, které mohou mít vliv na sociální či pracovní integraci postiženého,
- c) komunitní péče a komunitně orientované rehabilitace.

Komunitně orientovaná rehabilitace se v rozvinutých zemích stává samozřejmostí a též u nás již vznikají iniciativy, které hodlají tento typ péče prosazovat a realizovat. Rehabilitace neznamena jen legislativní či jiné zajištění dostupnosti, nýbrž i propojení institucionálních a neinstitutcionálních (občanských, rodičovských apod.) aktivit, které jsou nezbytnou složkou komplexní péče; komunitní péče může přeměnit postoj rodičů postižených dětí, popř. i zdravotně postižených občanů - z prostých konzumentů péče se stávají aktivní poskytovatelé, podílející se na vytváření i realizaci rehabilitačních programů.

Zásada č. 11:

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem ...

Příloha č. 1
K vyhlášece o provádění funkčního vyšetření zdravotního stavu pojištěnců:
Vyšetření a hodnocení fyzické nezávislosti

Rehabilitační vyšetření fyzické nezávislosti se provádí:

- 1) v obecné rovině (plošně, bez ohledu na konkrétní sociální prostředí, ve kterém se rehabilitant bude pohybovat),
- 2) v návaznosti na životní prostředí pacienta, které se vyhodnocuje návštěvou ergoterapeuta a sociálního pracovníka, hodnotí se zejména byt, rodina, příbuzní, sousedé, komunita - typ obce).

Při vyšetřování osobní nezávislosti se sleduje zejména:

- a) oblékání a svlékání horní a dolní poloviny těla,
- b) hygiena vyměšování, očista perineální krajiny, ovládání sfinkterů, rehabilitační centrum zajišťuje poradenskou službu pro tuto problematiku,
- c) hygiena těla (česání, čištění zubů, mytí obličeje, krku, rukou, trupu, nohou, stříhání nehtů na rukách a na nohách, holení a stříhání vlasů)
- d) obstarávání potravy (nákup potravin, jejich zpracování včetně tepelné přípravy pokrmů a vlastní požití jídla),
- e) údržba bytu se zvláštním zřetelem na kuchyň a její využití,
- f) lokomoce (chůze, stoupání do schodů a se schodů, chůze po nerovném terénu, plazení po zemi k signálnímu zařízení, např. po pádu z vozíku),
- g) komunikace (zrak, sluch, řeč, rozumění, neverbální komunikace).

Hodnocení osobní nezávislosti v rehabilitační konferenci vychází z bodové stupnice uvedené v Mezinárodní klasifikaci Poruch Disabilit a Handicapů WHO:

- 0 - svede bez obtíží
- 1 - svede s mírnými obtížemi, ale bez pomoci druhé osoby a bez technických pomůcek
- 2 - svede s technickou pomůckou
- 3 - svede s malou dopomocí druhé osoby (jednoduchá pomoc "podání ruky", která nevyžaduje soustavnou přítomnost druhé osoby)
- 4 - nesvede některé výkony, které za něho musí vykonat druhá osoba (jde o aktivity většího rozsahu)
- 5 - závislý na druhé osobě a technických pomůckách
- 6 - zcela závislý na druhé osobě a technickém vybavení (většinou nezbytný dlouhodobý pobyt v ústavu nebo zcela přizpůsobeném bytovém prostředí).

Příloha č. 2
k vyhlášce o provádění funkčního vyšetření zdravotního stavu pojištěnců:
Vyšetření a hodnocení pracovního potenciálu

Vyšetření pracovního potenciálu se v rehabilitačním centru provádí obecně, bez ohledu na konkrétní pracovní prostředí.

Postup při zjišťování zbytkového pracovního potenciálu:

- a) Sestavení podrobné pracovní anamnezy a anamnezy dalších zájmů a dovedností, dosaženého vzdělání, praxe apod.
- b) Zjištění pracovních funkcí fyzické části pracovního potenciálu:
 - 1) celková tělesná zdatnost - vyšetření kardiopulmonálního systému, termoregulace, popř. dalších funkcí ovlivňujících zdatnost,
 - 2) vyšetření motorické zdatnosti - pro dopravu do zaměstnání, pro výkon samotného zaměstnání,
 - 3) vyšetření zdatnosti sensorických orgánů,
 - 4) algometrické vyšetření,
 - 5) aplikace a vyhodnocení ergoterapie,
 - 6) zdatnost odolávat vlivům pracovního prostředí,
 - 7) obecná zdatnost odolávat náhlým a dlouhodobým stresům.
- c) Zjištění pracovních funkcí kvalifikační části pracovního potenciálu, tzn. vyšetření talentu, inteligence, pozornosti, schopnosti koncentrace, vůle, tvůrčího myšlení apod.
- d) Vyšetření psychického, charakterového a motivačního potenciálu se zaměřením na možné ovlivnění pracovních funkcí, např. zjištění adaptability, temperamentu, paměti, emocí, sociálních návyků apod.
- e) Jednání rehabilitační komise, které má dvě části:
 1. Část posuzovací:
 - a) Identifikace poruchy:
Poruchou se pro účely hodnocení v rehabilitační konferenci označuje zdravotní postižení uvedené v příloze č.2 vyhl. MPSV č. 284/1995, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.
 - b) Standardizace a objektivizace diagnózy:
 1. Rehabilitační konference prověří věrohodnost diagnóz a terapeutických postupů na základě údajů, které jsou k dispozici ve zdravotní dokumentaci rehabilitanta.
 2. Konference stanoví, které diagnostické postupy jsou nutné a nezbytné pro objektivizaci diagnózy a v případě nedostatků rozhodne o jejich doplnění tak, aby byly mohly být zcela jednoznačně stanoveny funkční důsledky identifikované poruchy.

c) Vyhodnocení biologického (fyzického), psychického a vědomostního, charakterového a motivačního potenciálu, zhodnocení variační adaptability:

1. Jednotliví účastníci rehabilitační konference informují o závěrech, ke kterým došli při vyšetřování jednotlivých typů potenciálu.
2. Konference posoudí rozsah variační adaptability.

d) Zhodnocení prognostických hledisek a faktorů, které mohou dynamiku pracovního potenciálu ovlivňovat pozitivně a negativně.

2. Část doporučovací:

- a) doporučení absolutní a relativní pracovní indikace,
- b) doporučení absolutní a relativní pracovní kontraindikace.

Příloha č. 2

NABÍDKOVÁ CENA**KALKULACE NÁKLADŮ
NA ŘEŠENÍ PROJEKTU VÝZKUMU A ROZVOJE**Číslo veřejné zakázky: **ZVZ74**

Název:

Možnosti implementace Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti a zdraví (ICIDH-2) do oblasti sociálního zabezpečení, zejména sociální péče, sociálních služeb, státní sociální podpory, zaměstnanosti

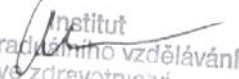
Uchazeč o veřejnou zakázku:

**Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 85
Praha 10**

Náklady:

CUN (celkové náklady na projekt) 2 950 tis
z toho:**Osobní náklady** 2 600 tis

Pozn.: Rozvaha počítá z celkovým úvazkem řešitelů 6,0 po dobu trvání projektu cca 2 roky (viz „časový harmonogram“ nabídky)

Náklady na pořízení hmotného majetku 0 Kč.**Náklady na pořízení nehmotného majetku** 0 Kč**Náklady na provoz a údržbu dlouhodobého hmotného majetku** 100 tis Kč**Další provozní náklady** 100 tis. Kč**Náklady na služby** 50 tis Kč**Cestovní náklady** 50 tis. Kč**Doplňkové (režijní) náklady** 50 tis. Kč**Datum:** 16. prosince 2002**Vypracoval:** MUDr. Jan Šťastný**Telefon:** 603 824 602**Razítko a podpis uchazeče**


Institut
postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví
ředitelství
100 05 Praha 10, Ruská 85

Příloha č.3 – Řešitelé projektu

Hlavní řešitel: MUDr. Jan Šťastný

Věk: 48 let

Adresa: Na Spojce 1038, 250 82 Úvaly

Vzdělání:

1973 - maturita, Gymnasium Karlovy Vary

1979 - promoce, Lékařská fakulta UK v Plzni

1980 - pedagogická zkouška pro učitele SZŠ

1983 - atestace I. stupně, obor patologická anatomie

1987 - atestace II. stupně, obor patologická anatomie

1998 – nástavbová atestace, obor veřejné zdravotnictví

Pracovní anamneza:

1979 - patolog, Krajská nemocnice v Ústí nad Labem, souběžně pedagog, SZŠ

1984 - zástupce přednosta patologie, KN v Ústí n.Labem

1990 - ředitel KÚNZ Severočeského kraje

1991 - ředitel Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

1992 - I. náměstek ministra zdravotnictví

1993 - ředitel odboru zdravotně-sociální péče MZ ČR

1995 - asistent Ústavu posudkového lékařství IPVZ

1996 - ekonomický manager, Ambulantní onkologie - IPVZ

1999 - lektor Školy veřejného zdravotnictví IPVZ, externí pedagog VZŠ Duškova - obor zdravotnické právo

Některé významnější publikace a přednášky:

- Aplikace individuálních přístupů v péči o postižené (Liberální institut Pha 1996, ISBN 80-85341-54-9),
- Model financování, organizace a řízení komprehenzivní zdravotní a zdravotně sociální péče (materiál pro Národohospodářský ústav, 1997),
- Základy komprehenzivní rehabilitace (Atestační práce z veřejného zdravotnictví, IPVZ, 1998)
- Zdravotní a zdravotně sociální péče - vývoj, stav a budoucnost (Zdravotnické noviny č.31/1998),
- Změna zdravotnictví potřebuje především shodu (Hospodářské noviny, 1.března 2000),
- Transformace zdravotnictví potřebuje nadřezortní pohled, jinak dosáhneme jen kosmetických změn (Zdravotnické noviny, duben 2000),
- Sociální hospitalizace - kontinuální problém (Zdravotnické právo a legislativa, 2000),
- DRG - poznámky k některým problémům (Zdravotnické noviny č. 34/2001)
- Lůžka následné péče – zavádějící problém (Zdravotnické noviny 39/2001)
- Úskalí propojování zdravotního a sociálního pojištění (Zdravotnické noviny č. 32/2002)
- Zdravotnictví je obětí „pseudoliberalismu“ (Zdravotnické noviny č. 45/2002)
- Oponentský posudek ke grantu VŠE, prof. R. Holman „Projekt reformy zdravotního a penzijního pojištění“ se zaměřením na problematiku osobních zdravotních účtů (2001-2)
- Obor ošetřovatelství očima lékaře (přednáška pro sjezd asociace porodních asistentek, jaro 2002)
- MPSV č. ZVZ 67: Přístupy k oceňování potřeb osob pro poskytnutí sociálních služeb
- Řešení grantu „Transformace důchodového systému v České republice“ (spoluřešitelé – např. prof.Holman - VŠE, ing Schwarz – Liberální institut a další)

Příloha č. 4

Čestné prohlášení

Prohlašujeme, že řešení veřejné zakázky obsažené v nabídce nepožívá ochranu podle zvláštních předpisů.

Dále prohlašujeme, že sami nejsme nositeli těchto práv.,

Za Institut postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví:

 12 -12- 2002

Datum a podpis

Příloha č. 4

Čestné prohlášení

Prohlašujeme, že řešení veřejné zakázky obsažené v nabídce nepožívá ochranu podle zvláštních předpisů.

Dále prohlašujeme, že sami nejsme nositeli těchto práv.,

Za Institut postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví:

 12 -12- 2002

Datum a podpis