



# SKOK DO REALITY

číslo 4/2005  
6. ročník

speciální noviny o legislativě  
pro zdravotně postižené

vydává Národní rada zdravotně postižených České republiky ([www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz))

## Uživatelům sociálních služeb budou pomáhat takzvaní prostředníci

Schvalování nového zákona o sociálních službách vstoupilo do finále. Naděje i obavy všech zainteresovaných zadavatelů, poskytovatelů i uživatelů služeb nabývají stále konkrétnějších obrysů. Zejména posledně jmenovaní se stále více zabývají otázkou, co dobrého jim nový systém může přinést a jaká rizika naproti tomu hrozí.

Dobře se pamatuji na jeden ze seminářů s tématem transformace sociálních služeb, který se konal v Olomouci před třemi lety. Jeden z diskutujících na něm označil uživatele za největší slabinu v jejich budoucím uspořádání. Jakkoliv může být tento výrok vnímán jako kontroverzní, má své opodstatnění. Sociální služba je nyní klientovi poskytována na základě správného rozhodnutí, které vydá příslušný úřad. Podobu a obsah tohoto rozhodnutí nemůže klient nikterak ovlivnit. V budoucnu se však počítá s modelem, v němž budou uživatel a poskytovatel služby v rovnoprávném postavení a služba bude poskytována na základě smlouvy, kterou mezi sebou uzavřou.

V principu si tak uzavřením smlouvy koupíme sociální službu stejně jako třeba byt nebo služby mobilního operátora. Abychom dokázali uzavřít takovou smlouvu, která nám opravdu zajistí to, co chceme a potřebujeme, je třeba mít řadu znalostí. A právě to může být pro řadu zdravotně postižených i seniorů značným problémem.

**V řadě zemí Evropské unie (severské země, Velká Británie, Irsko, Německo), ale i v Kanadě a jinde proto existuje funkce prostředníka mezi poskytovateli služeb, jejich plátcí a klienty.** Přestože není statisticky zjiš-

těno, kolik procent klientů tyto prostředníky využívá, je zřejmé, že právě osoby se zdravotním postižením je velmi vyhledávají.

**Pro tohoto prostředníka se v angličtině obvykle používají výrazy „advisor“ a „advocate“, které nejsou zaměnitelné.** Advisor je člověk, který není nezávislý, protože je nějakým způsobem napojen na poskytovatele služeb nebo jejich plátce (obec). Jinými slovy – solidní agentury služeb a obce poskytují občanům poradenství, avšak zároveň jim poskytují i kontakty na nezávislé prostředníky.

Advocate je v jiném postavení, je nezávislý. Pomáhá klientům vyjádřit osobní názory a požadavky a domoci se svých práv a nároků. Napomáhá také při zjišťování relevantních informací a vědomostí a tím umožňuje klientům informovaný výběr. Některé zahraniční organizace osob se zdravotním postižením mají podmínku, aby prostředník měl sám zkušenosti jako uživatel služeb. Tato podmínka je sice dobrá, ale příliš se nedodrzuje. Prostě nejsou lidé...

V praxi to vypadá tak, že agentura služeb má na internetu svoji nabídku a kontakty jak na své vlastní, tak na nezávislé poradce (neboli prostředníky). Obec sice nenabízí přímo sociální služby, ale na sociálních odborech poskytuje kontakty na agentury služeb, na své poradce a také na nezávislé poradce.

Obecná shoda panuje v názoru, že pokud je prostředník nezávislý na plátcích služeb, je ke klientovi loajálnější. Prostředníci mají naslouchat; podporovat klienta při vyjadřování jeho názorů a stanovisek při jednání s poskytovateli služeb – a to nejen s obcemi, ale

i pečovateli a rodinnými příslušníky; psát dopisy a telefonovat spolu s klientem nebo za klienta; doprovázet klienta na schůzky a zajistit, aby jeho názory byly vyslechnuty; získávat a zprostředkovávat pro klienta informace; připravovat klienta na jednání; zlepšovat komunikační schopnosti klienta a informovat klienta o jeho právech.

**Služby prostředníka mají nahradit starý model, kdy potřeby uživatele hodnotil zástupce jejich plátce.** Proces hodnocení potřeb je nahrazován procesem „plánování“ individualizovaných služeb za pomoci nezávislého prostředníka. Konečným cílem všech snah prostředníků je posílení role uživatele a jeho možností ovlivňovat poskytované služby, neboť klienti služeb mají právo rozhodovat o svém vlastním životě, dostávat sociální a zdravotní služby, které potřebují, být informováni o svých právech a stěžovat si, pokud je něco špatně.

I v České republice je nutné v souvislosti s přijetím nového zákona o sociálních službách výrazně zlepšit a posílit postavení uživatelů služeb, a to zejména při uzavírání smluv o poskytování služeb a jejich oboustranném plnění. Národní rada zdravotně postižených ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí proto na příští rok připravuje rozsáhlý projekt, jehož výsledkem bude vznik poradenských center, která budou zájemcům o sociální službu poskytovat podporu před uzavřením příslušné smlouvy a uživatelům kontinuální poradenství po celou dobu poskytování služby.

Pavel Dušek

## Je zdravotní péče i pro občany zdravotně postižené?

### Zajímavé postřehy a myšlenky z nedávné konference v Brně

V rámci veletrhu HOSPIMedica proběhla v Brně 13. září zajímavá konference, která se právě na tuto otázku pokoušela odpovědět. Moderoval ji Pavel Dušek, který hned na začátku upozornil na její záměrnou provokativnost.

Jako první vystoupil **Václav Krása, předseda Národní rady zdravotně postižených**, která konferenci uspořádala. Pochválil trend zlepšování podmínek života osob s postižením v mnohých oblastech a to, že k němu často vedou koncepční programy a legislativa. Avšak ve

zdravotnictví se zatím nic zásadního nestalo, chybí v něm cílevědomý a systémový proces, který by zohledňoval potřeby těchto osob.

Lidé s postižením se bojí hospitalizace třeba na interně, kde mnohdy ze schopného vozíčkáře udělají „ležáka“, s neslyšícím se zachází jako s člověkem se sníženou inteligencí a nevidomý raději ani nevyjde z pokoje. Při vzdělávání mediků se nezdůrazňuje, že zdravotní postižení samo o sobě není nemoc, a nejsou informováni, jak zacházet s lidmi, kteří je mají. Ve zdravotnických zařízeních musí být přizpů-

sobené prostředí, příslušné vybavení a vzdělaný personál, který bude vnímat pacienty s postižením nejen jako nositele diagnózy, ale také jako osoby s běžnými lidskými potřebami. I pro zdravotníky by měl být důležitý návrat pacientů do života a jejich uplatnění ve společnosti po ukončení akutní fáze léčby. Zdravotnictví se sice potýká se spoustou jiných závažných problémů, nicméně k této změně v myšlení zdravotníků dojít musí.

Na konferenci nejen promluvila, ale i více než půlce řečníků nasloučala **ministřyně zdravotnictví Milada Emmerová**. Podotkla, že tato konference vhodně doplňuje veletrh HOSPIMedica. Je tu sice vidět pokrok technický i ve farmacii, protetice a v mnohém dalším, ale ačkoliv špičkové vybavení, vědecký pokrok a přístup ke zdravotnickým informacím způsobují prodloužení průměrného věku, vztahy mezi zdravotníky a pacienty nejsou v pořádku.

Zamýšlela se nad tím, jakou úlohu by měl hrát různými aktivisty požadovaný zdravotnický ombudsman. Otázkou je, na jaké úrovni by měl být a zda je schůdné, aby ho mělo každé zařízení. „Podle mne má hájit práva pacienta ošetřující lékař, moji pacienti obhájce nikdy nepotřebovali,“ zakončila.

Podíl chronických pacientů, seniorů a osob se zdravotním postižením v populaci stoupá, už nyní je to asi milion občanů. Jsou to trvalí uživatelé služeb – a tím spíše je žádoucí usilovat o prodloužení jejich života ve všech kvalitách. Ministerstvo zdravotnictví podporuje projekty zaměřené na zvýšení „přívětivosti zdravotnického systému“ a také na edukaci příjemců zdravotní péče.

Dosáhlo se toho, že ve zdravotnických zařízeních jsou zdravotně sociální lůžka, která jsou financována vícezdrojově. Ministerstvo chce, aby se do provozních řádů nemocnic dostala pravidla, která umožní, aby se pacienti se zdravotním postižením a jejich blízcí mohli vyjádřit k péči. Měl by to být takový „připomínkář“. Jde o to, aby pacient přestal být pasivním objektem a začal se stávat aktivním subjektem.

Paní ministřyně vyjádřila své sympatie k připravovanému zákonu o ucelené rehabilitaci, u pacientů musí jít o jejich návrat do života a do práce, o jejich seberealizaci. Cílem rekonstrukcí jsou zařízení „šitá na míru“ příjemců zdravotnické péče, jako jsou hospice a např. zařízení v Žírči. Aktuální je také zařazení nových postupů ošetřování a léčby, jako jsou domácí ventilace a zavádění kochleárních implantátů. Do vzdělávání zdravotníků je zapotřebí začlenit např. i tlumočení pro neslyšící.

Na závěr ministřyně odpověděla na otázku v názvu konference: „Zdravotnictví je pro všechny, tedy i pro občany s postižením, vždyť to vyplývá z ústavy.“

Kratičkým příspěvkem se ke konferenci připojil **náměstek ministra práce a sociálních věcí Marián Hošek**. Zmínil se o možnostech začleňování osob se zdravotním postižením do života a o zákonu o sociálních službách, který se snad blíží ke svému schválení. Připustil, že má slabá místa, a vyjádřil naději, že jednak při projednávání v parlamentu, jednak postupnými novelizacemi se dosáhne žádoucího vylepšení. Pochválil spolupráci s ministerstvem zdravotnictví a zdůraznil, že se musí zlepšit spolupráce státní správy s osobami se zdravotním postižením. Posteskl si, že mnohé výdaje na sociální péči nejsou mandatorní, a tudíž je nutné stále o ně bojovat. Vyslovil svou podporu uzákonění ucelené rehabilitace a své vystoupení zakončil slovy: „Čekám tu na konferenci nové podněty.“

**Přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství I. LF UK Olga Švestková** promluvila na téma „Zdravotní péče a rehabilitace“. Zdůraznila, že jde o kvalitu života: „Moderní pojetí rehabilitace jako celospolečenského systému klade důraz na integraci osob se zdravotním postižením, na to, aby dosáhly co nejvyšší možné samostatnosti, a na jejich aktivní účast na vlastní rehabilitaci. Toto pojetí je obsaženo jak v dokumentech a doporučeních mezinárodních organizací, zejména OSN, Světové zdravotnické organizace (WHO) a Rady Evropy, tak v usnesení vlády ČR.“

Upozornila, že u nás stále ještě panuje zkreslená představa o tom, co je rehabilitace. Snad protože je tu taková tradice lázeňství, považuje se za rehabilitaci zejména fyzioterapie. Rehabilitace však využívá nejen léčebné, ale i sociální, pedagogicko-výchovné a pracovní prostředky, technická opatření a další možnosti. V rehabilitaci, tak jak ji určuje ve světě uznávaná definice WHO (Rehabilitace je obnova nezávislého

a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu či nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka.), jde v počátku o stanovení funkčního postižení. Vzhledem k potřebám ucelené rehabilitace vznikla sice nová klasifikace, ale jsme možná jediný stát v Evropské unii, který ji nepoužívá. Je to škoda, protože z ní vycházejí systémy v dalších oblastech života (např. zaměstnanost a vzdělávání), které umožňují participaci osob se zdravotním postižením na životě společnosti. Navazují na ni také úpravy životního prostředí (odstraňování stavebních bariér) a důležitá je i její klinická aplikace.

Stručně shrnuto, při péči o člověka je nutné, aby fungovaly tyto systémy: 1. podpora zdraví a služeb při prevenci nemocí; 2. primární péče, akutní péče; 3. rehabilitace; 4. dlouhodobé služby a podpory. Když dojde k nějaké závažné nemoci, zranění či má-li člověk vrozenou vadu, ocitne se obvykle v systému číslo 2, tj. začne fungovat primární péče. Člověk se dostává do nemocnice, kde jde o záchranu života, stanovení diagnózy a následně konzervativní nebo operativní terapie. Po stabilizaci stavu by měla následovat rehabilitace, tedy aktivizace. Zdravotní péče je totiž z hlediska pacienta převážně pasivní, avšak rehabilitace je proces aktivizační. Závažný faktor při nástupu rehabilitace je čas! Avšak například jen šestina lidí po mozkové příhodě u nás má plnou rehabilitaci.

Jako jediní v EU nemáme zákon o ucelené rehabilitaci, proto ji u nás neplatí pojišťovny, a tak nefunguje. Ve světě se při včasné rehabilitaci jedna třetina osob po cévních či neurologických onemocněních a úrazech vrací bez následků do běžného života. I v naší zemi máme vyzkoušeno, že by tomu tak mohlo být, v denním stacionáři na Albertově se dějí téměř zázraky. Ale úkony se v něm hradí z projektů jako něco výjimečného.

Přednostka kliniky zakončila svůj příspěvek výkladem o tom, jakými principy se ucelená rehabilitace řídí, jak na ni musí navazovat i následná péče a jak při návratu domů a do práce je nezbytné vše připravit, tedy odstranit bariéry a dodat potřebné vybavení. Na úplný závěr řekla: „Nedostatky jsou v tom hrazení, naši pacienti pro systém pojištění zřejmě mají jenom míchu, ale nemají mozek. Kdyby se hradila oddělení pro rehabilitaci jako spinální jednotky (pro péči o pacienty s poraněnou míchou), pokročili bychom mnohem dál.“

Na paní přednostku navázal její kolega ze stejného pracoviště **Jan Pfeiffer** s přednáškou na téma „Rehabilitace a zdravotní postižení“. Uvedl, že „každý název kohokoliv i čehokoliv je odrazem jazykového prožívání dané skupiny občanů, kteří tvoří řeč, a tím i kulturní a morální prostředí, ve kterém se nacházejí. Neutrální pojmy jako člověk, jedinec, občan, obyvatel se z praktických důvodů mohou dále dělit do různých skupin. Podle humanistických principů bychom se měli vyvarovat označení, která jedince (tedy občany) zařazují do skupin devalvovaných již názvem.“

Profesor Pfeiffer dále upozornil na to, že slova člověka hodnotí a mohou mít vliv na mnohé další záležitosti v životě konkrétního jedince stejně jako těch lidí, s nimiž přichází do styku. V pokrokovém světě se na tuto problematiku pohlíží tak, že člověk zůstává člověkem, ať se mu stalo cokoliv, ale dostává se do omezujících situací. Například člověk pohybovajícího se na vozíku omezují architektonické bariéry, kvůli nimž se nemůže dostat, kam potřebuje. Kdyby tam však nebyly, mohl by uskutečňovat stejné aktivity jako chodící člověk. Důležité tedy je vyloučit omezující situace, zejména používáním kompenzačních prostředků a službami. V tom již bylo dosaženo určitého pokroku, mnohé však je ještě před námi. Pan profesor na závěr zhodnotil situaci takto: „Problémem je oddělení zdravotní a sociální sféry do dvou resortů. Péče je pasivní, rehabilitace je aktivní a hranice mezi oběma je plynulá. Mylně se rehabilitace soustřeďuje pouze na zdravotní problémy. Zde je velké pole působnosti na vytvoření skutečně účinné rehabilitace ve spolupráci všech složek.“

Své vystoupení na téma „Příprava nových lékařů“ zahájila **Jana Šušová z neurologické kliniky I. LF UK a VFN** konstatováním, že horší než architektonické bariéry jsou bariéry v nás. Zdravotníci by o této problematice měli vědět dost, ale nevědí – a když vědí, mávnou rukou, že s tím sami stejně nic neudělají. Přesto se toho hodně změnilo, třeba dříve bývalo nemyslitelné, aby děti s dětskou mozkovou obrnou (DMO) chodily do běžné školy. Ale vážně následná péče. Paní docentka líčila,

jak když zakládali „nervosvalovou“ poradnu, měli v plánu, že v ní bude odborník na alternativní komunikaci a ergoterapeutka. Ale podařilo se jen to, že mají tři doktory a výbornou zdravotní sestřičku, která se vyzná v administrativě a je vstřícná.

Pro pacienty s DMO je velmi složité zajistit si ošetření zejména na stomatologii a gynekologii, kde je potřebné zvláštní vybavení. Je to o to horší, že k prevenci patří pravidelné prohlídky. Dříve bylo vše „pod jednou střechou“, v nemocnicích nebo na velkých poliklinikách mohli lidé absolvovat potřebná vyšetření a ošetření najednou. Teď se situace změnila a lidé s postižením často nemají kam jít. O ordinacích, kde by pro ně byly vytvořeny příhodné podmínky, nevědí nic ani lékaři, natož laici. Bylo by dobré ve větších městech, nejspíše v nemocnicích, zařídit ambulantní ordinace tak, aby byly na jednom místě a aby byly opravdu přístupné pro osoby se zdravotním postižením. Není-li to ihned možné, měla by se zřídit poradenská centra, kde by se člověk dozvěděl, kam se může obrátit.

Docentka dále vyslovila názor, že s osvětou se musí začínat v rodinné výchově, ale že je to těžké, protože mnohé rodiny jsou neúplné a také v nich převládají jiné zájmy. Důležité je vzájemné poznávání; výborné zkušenosti jsou z letních táborů. Někdy je však trochu v rozpacích z důsledků, jaké mají integrované třídy na žáky se zdravotním postižením. Občas jsou tam v jakémsi protekčním prostředí, a když potom pokračují na střední škole v Jedličkově ústavu, nemají dobré znalosti.

Vzdělávání lékařů se vsutku soustřeďuje na diagnózy (jak už bylo řečeno), následná péče se neučí s výjimkou rehabilitace. Paní docentka vidí možnosti nápravy v tom, aby všichni účastníci brněnské konference šířili své znalosti mezi zdravotníky i laiky. Na závěr svého vystoupení si povzdechla nad nedostatkem terénní a ambulantní rehabilitační péče.

Velmi zajímavá byla přednáška **Lenky Krhutové z Ostravské univerzity** na téma „Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty se smyslovým postižením“. Začala konstatováním, že do zdravotnického prostředí nevstupujeme dobrovolně, ale protože nás něco trápí. To samo o sobě je stresující a ještě se k tomu přidává prostředí odlišné, než v kterém běžně žijeme. Navíc se nás dotýkají cizí lidé, vstupují do naší intimní zóny. Zdravotníci jsou vůči nám v postavení převahy, což má vliv na komunikaci. A komunikace samozřejmě působí i na samotnou léčbu...

Zdravotníci podle toho, jak se na konferenci sami vyjádřili, neberou osoby se zdravotním postižením jako někoho zvláštního, nemají prý s nimi problém. Horší však je, že ani na tyto pacienty obvykle nemají dost času. Snad jen někteří z nich jsou nervózní, protože si uvědomují, že vlastně nevědí, jak se mají k pacientům s postižením chovat. Že by měli potíže s komunikací sami tito lidé, nad tím se povětšinou zdravotníci nezamýšlejí.

Magistra Krhutová dále uvedla příklad nevidomé paní Pavly. Ta sama říká, že zdravotníci s ní posunují jako s předmětem, místo průvodcování ji často tlačí před sebou, šeptají si o ní a gestikulují, dokonce jí předávají věci jinam. Zřejmě si neuvědomují, že zatímco oni jsou v tom prostředí doma, tak zejména pacienti se smyslovým znevýhodněním trpí ještě víc informačním deficitem než běžný pacient, protože se v cizím prostředí orientují mnohem, mnohem hůř. Při jakýchkoliv zákrocích by jim měl zdravotník objasňovat všechny prováděné úkony, neboť to potřebují víc než ostatní.

U osob se sluchovými potížemi je nutné si uvědomit, že ne všichni odezírají nebo čtou. Např. lidé neslyšící od raného dětství nemají sice slovní zásobu, ale stydí se přiznat, že nerozumějí: raději všechno odkývají. Zdravotník by se měl zeptat, čemu takový pacient nerozumí, a měl by si také uvědomovat, že tito pacienti mnohdy jen odhadují smysl řečených slov. Dokonce i gestikulace může být zavádějící: vztyčené tři prsty mohou být pochopeny nikoliv jako pokyn brát 3x denně jednu tabletku, ale jako vzít si 3 tablety jednou denně!

Paní magistra dále uvedla některé zásady v komunikaci s osobami se sluchovým znevýhodněním; důležité je zejména, aby pacient na toho, kdo mu chce něco sdělit, viděl. Nejhorší je, když s těmito lidmi zdravotníci mluví jako se slaboduchými, komunikují převážně s průvodcem atp.

Náprava této situace spočívá v systematickém a cíleném vzdělávání zdravotníků a působení na osoby se zdravotním postižením, aby uměly prosazovat svá práva a zájmy. Na závěr magistra Krhutová popřála

pacientům dobře komunikující zdravotníky a naopak zdravotníkům dobře komunikující pacienty.

Následovalo vystoupení **docenta Štěpána Žilky z Česko-německé horské nemocnice Krkonoše** na téma „Život se zdravotním postižením“. Na začátku prohlásil, že „vada je pouze jednou z dalších mnohých charakteristik konkrétního člověka a nic nevyovídá o jeho dalších kvalitách“. Je jasné, že málokdo chce do nemocnice, už jen proto, že je to vybočení z běžného prostředí, náš „lidský motor“ se zastavuje a vynořují se obavy, zda naše důstojnost nebude nějak ponížena.

Dále hovořil o tom, že jeho „nejoblíbenější“ klient je ten, o němž se nic nedozví, který nepotřebuje nic, co nemají standardně. V krkonošské soukromé nestátní nemocnici připadá na 180 lůžek 240 zaměstnanců, kteří si váží všech klientů a věnují se jim. Pan docent uvedl, že nemocnice funguje jen z bodů pojišťoven, z toho renovují i budovy, nezřizuje ji kraj či město. Sdělil účastníkům konference, že chce přidat na platu těm členům personálu, kteří budou znát znakový jazyk, neboť komunikace „rukama nohama“ nevyvolává moc důvěry. Je jasné, že někteří klienti se zdravotním postižením musí mít asistenta. Docent Žilka však neřekl, zda je povinností klienta si ho přivést s sebou, nebo zda ho dostane od nemocnice. Svůj příspěvek zakončil tvrzením, že u nich se zdravotníci ptají klientů, co chtějí, a že sice nemůže posílat personál na školení, ale v nemocnici panuje kolektivní pocit zodpovědnosti a dokonce i klienti spoluvytvářejí prostředí.

Pan **primář Jiří Papoušek z Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského** promluvil na téma „Co ovlivňuje pobyt osob s tělesným postižením v nemocnici“. Podle jeho zkušenosti z práce v soukromé nemocnici Pod Petřínem (280 lůžek, z toho 36 rehabilitačních) je zřejmé, že důležitá je včasná rehabilitace, když jde o akutní zdravotní postižení (např. mozkové příhody), i následná péče, když jde o již stabilizované stavy.

Pan primář dále řekl: „Zásadním problémem v léčbě osob se zdravotním postižením jsou architektonické bariéry (schody, malé výtahy, málo místa na pokojích kolem lůžka, úzké chodby, často zastavěné nábytkem, nevyhovující koupelna a WC). Dveře na fotobuňku jsou pro některé jedince moc rychlé, již několikrát někoho skříply. Člověk s těžkým tělesným postižením vyžaduje náročnější ošetrovatelskou péči, je nutný větší personál, lepší technické vybavení oddělení, zahrnující třeba polohovací lůžko a antidekubitní matrace. U nás máme kromě moderních lůžek i nastavitelná jen pomocí kladiva a údržbáře. Často je větší spotřeba léků a zdravotnického materiálu. Jsou větší požadavky na práci fyzioterapeuta, ergoterapeuta a jiných specialistů, kterých je na běžných nemocničních odděleních malý počet. Intenzita rehabilitačního programu je pak nízká a nevede ke zlepšování zdravotního stavu.“

Dle jeho názoru systém, kdy se body snižují s časem a jsou stejné bez ohledu na diagnózu, způsobuje, že nejsou peníze na rozvoj na personál na přístroje. „Máme 18 Kč na den na léky pro člověka,“ posteskl si. „Řešením je diferencovaná platba za lůžko/den nejen podle typu diagnózy (například stav po cévních mozkových příhodách, úrazu, amputaci), ale hlavně podle funkčních schopností pacienta. Nemocnice by získala více finančních prostředků na zaplacení většího počtu potřebných zaměstnanců i na zlepšení technického vybavení oddělení.“ Upozornil také, že pacientům škodí to, že zdravotní materiál a pomůcky, které budou doma používat, jim lze předepsat, až když pacient odchází z nemocnice.

Konferenci uzavřel svým vystoupením **doktor Tomáš Štěpánek ze Všeobecné zdravotní pojišťovny**, který se zabýval tématem „Vývoj nákladů na zdravotnické prostředky“. S úsměvem prohlásil, že je v pořádku, když je kritizována pojišťovna, ale ona nemůže za všechno. Ke stížnosti primáře Papouška podotknul, že VZP dosáhla toho, že před odchodem domů dostane člověk se zdravotním postižením aspoň vozík.

Na otázku, zda je zdravotní péče i pro zdravotně postižené občany, odpověděl: „Kdyby nebyla, tak bych emigroval.“ Ve svém příspěvku sice ukázal pomocí grafů, jak na všechno stoupají náklady, ale zároveň prohlásil, že pokud jsou vydávány účelně, nelze nic namítat. Například počet ročně přidělených elektrických vozíků stoupl z počtu 40 před rokem 1989 na současných 350 až 400. Mnoha lidem se nelíbí postupy pojišťovny, ale ta musí dodržovat zákon 48/1997 Sb., bodový systém

tedy není výmyslem pojišťoven. Stížnosti často vyplývají ze špatné informovanosti lékařů i pacientů. Jejím dalším důsledkem je, že lékaři neumějí předepsat prostředky zdravotní techniky, často jim radí pojišťovny. Zato někteří klienti jsou dobře informovaní od firem a naléhají, že chtějí vybranou pomůcku. „Ale ti nám nevdají tolik jako ti, co nevědí,“ řekl pan doktor. Na druhé straně je potěšitelné, že ze škol už vycházejí i vzdělaní odborníci, kteří se umí pacientů i správně zeptat na to, co potřebují.

Na závěr pan Štěpánek prohlásil, že nesouhlasí s výrokem, že kde končí zdravotnictví, začíná „sociálně“. Svůj názor vyjádřil takto: „Dohodli jsme se a musíme spolupracovat.“

Na konferenci promluvili odborníci, aby popsali nepříznivou situaci, kterou my, lidé s postižením, důvěrně známe. Někteří účastníci z našich řad to komentovali s nevolí: „Mohli se nás zeptat, my bychom jim toho pověděli!“ Vzhledem k tomu, že ne všichni zdravotníci jsou ochotni naslouchat laikům, je však dobré, když se o tom začali bavit mezi sebou, dokonce za přítomnosti ministryně zdravotnictví. A jestliže takovou konferenci připravila Národní rada, je to ještě lepší. Teď jen zbývá, aby odborníci začali brát vážně i náš hlas!

(hr)

## Společné zdanění manželů je výhodné i pro rodiče dítěte s těžkým postižením

Tento institut, zakotvený v zákoně č. 669/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o dani z příjmů, může v případě, že příjmy manželů jsou rozdílné, ušetřit částku, jejíž velikost stoupá v závislosti na výši rozdílu mezi nimi. Nahrazuje dosavadní odpočet od základu daně na nezaopatřené dítě slevou na dani či daňovým bonusem, který nesnižuje daňový základ, ale přímo výslednou daň. Možná je i kombinace slevy a bonusu. Výše slevy či bonusu činí 6 000 Kč; je-li dítě držitelem průkazu ZTP/P, pak 12 000 Kč.

Změnu je vhodné ilustrovat na příkladu. Mějme rodinu s těžce zdravotně postiženým dítětem, držitelem průkazu ZTP/P, kde matka pobírá příspěvek při péči o blízkou osobu a příjem otce po zaplacení zdravotního a sociálního pojištění je 20 000 Kč měsíčně, tedy 240 000 ročně.

	Otec	Matka
příjmy z výdělečné činnosti	240 000 Kč	0 Kč
základ daně	240 000 Kč	0 Kč
základní nezdanitelná částka	38 040 Kč	0 Kč
nezdanitelná částka na manželku	21 720 Kč	0 Kč
základ daně po snížení a zaokrouhlení	180 200 Kč	0 Kč

daň	32 580 Kč	0 Kč
sleva na dítě (ZTP/P)	12 000 Kč	0 Kč
daň po slevě	20 580 Kč	0 Kč

Jestliže využijí společné zdanění, bude výpočet vypadat takto:

společné příjmy	240 000 Kč
společný základ daně	240 000 Kč
nezdanitelné částky otce (38 040 + 21 720 Kč)	59 760 Kč
základní nezdanitelná částka matky	38 040 Kč
společný základ po snížení	142 200 Kč
společný základ po snížení připadající na každého z manželů	71 100 Kč

	Otec	Matka
podíl na společném základu daně po snížení	71 100 Kč	71 100 Kč
základ daně po snížení a zaokrouhlení	71 100 Kč	71 100 Kč
daň	10 665 Kč	10 665 Kč
sleva na dítě (ZTP/P)	12 000 Kč	–
daň po slevě	0 Kč	10 665 Kč

Úspora na dani bude činit 9 915 Kč, což je částka, kterou rodina s postiženým dítětem rozhodně uvítá. Navíc dostane částku 1 335 Kč formou daňového bonusu, protože výše daně je nižší než daňová sleva.

Společné zdanění však nemohou využít všichni poplatníci. Tento postup nemohou manželé uplatnit, zejména pokud:

- alespoň na jednoho z manželů se vztahuje povinnost použití minimálního základu daně;

- alespoň jeden z manželů je spolupracující osobou nebo rozděluje příjmy na spolupracující osobu;

- alespoň jeden z manželů rozděluje na několik částí příjmy dosažené za více zdaňovacích období;

- alespoň jeden z manželů uplatňuje slevu na zaměstnance se změnou pracovní schopností (nově se zdravotním postižením).

**Při společném zdanění musí oba manželé podat daňové přiznání, v jehož příloze uvedou údaje za společný základ daně a nezdanitelné části či odčitatelné položky. Platí pro ně dále povinnost, že musí podat daňové přiznání v jednom termínu.** Není tedy možné, aby jeden podával daňové přiznání do konce března a druhý prostřednictvím daňového poradce až do konce června, nebo aby druhý na základě žádosti podával daňové přiznání např. do konce dubna.

(hut)

## Na cestě zákona o sociálních službách do parlamentu bylo nutné zdolat několik velkých překážek

Na začátku října, kdy je zákon o sociálních službách již ve druhém čtení v Poslanecké sněmovně, se zdá, že jeho příprava a prosazování probíhaly celkem bez problémů, ale opak je pravdou. Bylo nutné vést mnoho složitých jednání a dohlížet na to, aby celý proces neuvízl na mrtvém bodě.

Po jednání s vedením vládní koalice loni v dubnu, kdy byly nastaveny základní parametry zákona, jsem se svými spolupracovníky z Národní rady neustále jednal na ministerstvu práce a sociálních věcí, aby přípravné práce pokračovaly co nejrychleji. Dobře jsme si uvědomovali, že pokud zákon nebude schválen v tomto volebním období, tak se reforma sociálních služeb odkládá nadlouho.

První krize nastala loni na počátku listopadu, kdy věcný záměr zákona o sociálních službách neobsahoval všechny principy, které byly dohodnuty v dubnu. Po jednání s místopředsedou vlády a ministrem práce a sociálních věcí Zdeňkem Škromachem se nám podařilo prorazit úřednický pohled na přípravu zákona a na konci roku byl vlada schválila jeho věcný záměr. Před klíčovým jednáním vlády jsem telefonicky mluvil s řadou ministrů a snažil jsem se zajistit, aby nedošlo k nějakému „zádrhelu“.

Vláda sice věcný návrh zákona schválila, avšak zároveň určila, že ministr práce a sociálních věcí má předložit jeho paragrafované znění do 31. prosince 2005. To by znemožnilo jeho projednání v Parlamentu.

Proto jsem se opět sešel s ministrem Škromachem a dohodli jsme se, že se společně pokusíme přípravu zákona urychlit tak, aby jej mohl předat vládě v polovině roku.

Pak začal kolotoč jednání s náměstkem ministra práce a sociálních věcí Mariánem Hoškem, s řediteli odborů ministerstva Martinem Žárským a s Rostislavem Čvelou a mnoha ostatními pracovníky ministerstva. Zároveň jsme jednali s představiteli Svazu měst a obcí, Asociace krajů a mnoha dalšími zainteresovanými subjekty. Klíčovým obdobím bylo tzv. vnější připomínkové řízení, během něhož mohly k zákonu předkládat připomínky ministerstva, státní instituce, odbory, humanitární sdružení a četné další organizace: byly vzneseny stovky návrhů. Podařilo se nám obhájit základní parametry zákona a počátkem letošního července ministr Škromach odevzdal návrh zákona do vlády.

Nejprve se jím musela zabývat Legislativní rada vlády, která by jej mohla velmi pozdržet. Proto jsem požádal o schůzku předsedu vlády Jiřího Paroubka, který mě přijal 14. července: vyhověl mé žádosti, aby vláda

projednala návrh zákona o sociálních službách hned po návratu ministrů z dovolených. Vláda skutečně návrh zákona schválila už 24. srpna.

Poslední důležitou záležitostí na cestě legislativním procesem bylo včasné zařazení návrhu zákona na jednání Poslanecké sněmovny. Potřebovali jsme, aby jej v prvním čtení projednala ještě v září. Oslovil jsem všechny předsedy politických stran zastoupených v dolní komoře parlamentu a předsedy klubů, aby zákonu o sociálních službách dali prioritu a zařadili ho již na zářijovou schůzku. To se nakonec podařilo a Poslanecká sněmovna ve čtvrtek 22. září propustila zákon do druhého čtení.

Jsme tudíž blízko našeho cíle, kterým je schválení zákona v parlamentu. Ještě nás však čeká mnoho práce jak v souvislosti se samotným zákonem, tak s přípravou důležitých prováděcích předpisů.

Všem, kteří se na přípravě a prosazování zákona o sociálních službách podíleli, upřímně děkuji.

*Václav Krása, předseda Národní rady*

## Do poloviny prosince probíhá důležitá informační kampaň NRZP

V našich novinách průběžně informujeme o tom, jak pokračuje tvorba nového zákona o sociálních službách a co tento důležitý předpis přinese nového. Předpokládáme, že zákon bude schválen v roce 2006 tak, aby mohl platit od 1. ledna 2007. Jde o nezbytný legislativní pilíř pro zahájení rozsáhlé reformy v oblasti sociálních služeb, dávek a příspěvků, které se bezprostředně týkají velkého počtu občanů se zdravotním postižením.

Zákon o sociálních službách je rozsáhlým předpisem, který obsahuje řadu zcela nových pojmů včetně způsobů úhrad a finančních pří-

spěvků. Každá velká změna s sebou přináší i řadu obav o budoucnost. Jinak tomu není ani v případě tohoto zákona, který může vzhledem ke své složitosti a zcela novému pojetí evokovat určité obavy.

Předsednictvo republikového výboru NRZP ČR proto na svém zasedání dne 14. července 2005 rozhodlo o zahájení rozsáhlé informační kampaně ke zmiňovanému zákonu. V jejím rámci se uskuteční celkem 13 seminářů pro 14 krajů ČR (Praha a Středočeský kraj budou dohromady). Všechny semináře budou mít stejný program a jsou určeny pro nejširší

okruh zainteresovaných osob: pracovníky státní správy a samosprávy, poskytovatele sociálních služeb, občanská sdružení zdravotně postižených a pro samotné uživatele – občany se zdravotním postižením.

**Semináře probíhají obvykle v úterý či středu v období od 21. září do 14. prosince 2005, a to v době mezi 10. až 17. hodinou.** Konkrétní termíny a místa konání naleznete na webových stránkách [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz). Můžete si je také zjistit prostřednictvím krajských rad zdravotně postižených a Center pro zdravotně postižené.

*Jiří Vencl, kancléř Národní rady*

## Časté dotazy k sociálním službám

Přestože zákon o sociálních službách je v současnosti teprve ve druhém čtení v Poslanecké sněmovně, již nyní přicházejí do Národní rady dotazy na toto téma. Je to nejen pochopitelné, ale i potěšující.

Některé závažné dotazy jsem vybral a spolu s odpověďmi zahrnul do tohoto článku. Upozorňuji na to, že otázky k sociálním službám můžete, vážení čtenáři, posílat na e-mailovou adresu [poradna@nrzp.cz](mailto:poradna@nrzp.cz). Odpovědi budeme průběžně zveřejňovat na webových stránkách [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz).

**– Ani nejvyšší možná přiznaná částka nově zavedeného příspěvku na péči, tedy avizovaných 11 tisíc korun, nebude stačit klientovi aby si zaplatil měsíční pobyt v ústavu. Je přece notoricky známo, že pobyt klienta vyjde měsíčně stát na částku kolem třiceti tisíc korun. Odkud dostane ústav další finanční prostředky?**

Zákon počítá s vícezdrojovým financováním sociálních služeb. Kromě příspěvku na péči se počítá s dotacemi pro registrované poskytovatele a s možností využívat programy financované v rámci strukturálních fondů a dalších programů Evropských společenství.

**– Moje dítě, které má nejvyšší stupeň zdravotního postižení, dostane hypoteticky nejvyšší možnou částku na úhradu péče, tedy zhruba jedenáct tisíc korun. Já budu rozhodovat o její útratě za služby: stacionář, moji péči, asistenta atd. Pokud i nadále zůstanu doma, bude mi stát hradit zdravotní a sociální pojištění a vypočítá můj event. důchod (tak jako dnes) ze zákonem stanovené minimální mzdy?**

Nejprve je nutno sdělit tazateli, že oněch 11 tisíc korun nebude dítě dostávat hned, jakmile zákon o sociálních službách vstoupí v účinnost. Zákon počítá s tím, že po dobu, než bude osoba posouzena podle v něm uvedených kritérií, budou děti, o něž je pečováno podle

zákona č 100/1988 Sb. (příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu), zařazeny do stupně III. (těžká závislost) s výší příspěvku na péči 9000 Kč měsíčně.

Podle chystaného doprovodného zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, bude za pečující osoby platit zdravotní pojištění stát a doba péče bude započítávána do důchodového pojištění. Zákony nepočítají se změnou způsobu výpočtu výše důchodu oproti současnému stavu.

**– Pokud se mi podaří uchytit se na pracovním trhu, budu si moci vydělat neomezenou částku, aniž by můj syn přišel o svůj příspěvek na péči?**

Zánikem příspěvku při péči o blízkou a jinou osobu zaniknou i omezení, která v tomto směru dosud existují, mj. i v oblasti výše výdělku. Je pochopitelné nutné, aby péče byla zajištěna na patřičné úrovni.

**– V jaké části zákona je uvedeno, jaké služby budu moci svému synovi koupit?**

Služby sociální péče jsou upraveny v § 32 až 52 zákona. Jedná se o následující služby: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

**– Existuje nějaká pojistka proti tomu, aby služby nebyly předražené? Aby například stacionář z dnešních třech tisíc korun nestál najednou osm?**

Ano. U pobytových služeb s výjimkou týdenních stacionářů je výše

úhrady totožná s výší příspěvku; u těchto služeb v týdenních stacionářích činí maximálně 75 % přiznaného příspěvku. U pobytových služeb se počítá i s úhradou za pobyt a stravu: její výši stanoví prováděcí předpis. Také u ostatních služeb poskytovaných za úplatu stanoví nejvyšší cenu prováděcí předpis.

#### – Počítá se s valorizací příspěvku na péči?

Ano. Částky příspěvku vláda zvyšuje nařízením v pravidelném termínu od 1. ledna, a to podle růstu indexu spotřebitelských cen sociální péče ve stanoveném rozhodném období za podmínky, že tento růst dosáhne od počátku rozhodného období alespoň 5 %.

#### – Co se stane s bezmocností?

Ke dni účinnosti zákona zanikne institut zvýšení důchodu pro bezmocnost. Do doby posouzení podle nového zákona budou osoby, kterým ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona náleželo zvýšení důchodu pro bezmocnost podle dosavadních právních předpisů, ode dne jeho účinnosti považovány za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby

- a) ve stupni I (lehká závislost), jde-li o osoby částečně bezmocné,
- b) ve stupni II (středně těžká závislost), jde-li o osoby převážně bezmocné,
- c) ve stupni III (těžká závislost), jde-li o osoby úplně bezmocné.

#### – Jaká je výše příspěvku u dětí a jaká u dospělých?

Výše příspěvku je upravena v § 11 následovně:

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 1 500 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

(hut)

## Národní plán podpory a integrace schválen

Vláda ČR ve středu 17. srpna svým usnesením č. 1004 schválila Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na léta 2006 až 2009. Tento dokument nahrazuje Národní plán na vyrovnávání příležitostí pro

občany se zdravotním postižením, který byl schválen v roce 1998.

Nový národní plán najdou zájemci na webových stránkách [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz). Národní rada také chystá jeho vydání v písemné podobě.

Dokument výrazně posiluje úlohu občanských sdružení zdravotně postižených při formování politiky obhajující zájmy občanů se zdravotním postižením.

Václav Krása

## Soutěž o MOSTY 2005 finišuje, zapojit se můžete do 30. listopadu!

V pondělí 5. září se v Praze uskutečnila společná tisková konference předsedy vlády Jiřího Paroubka, primátora města Olomouc Martina Tesaříka a předsedy Národní rady Václava Krásy k vyhlášení III. ročníku ceny MOSTY. Slavnostní předání cen se uskuteční příští rok 23. února v Olomouci. Účastníci budou moci použít vlakové soupravy doplněné o bezbariérové vagonky.

Uzávěrka pro nominaci projektů do soutěže je 30. listopadu 2005. Podrobnosti o ceně Mosty 2005 a přihláškový formulář najdete v minulém čísle Skoku a také na webových stránkách [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz). Čekáme na vaše návrhy!

Václav Krása

## Parkovací znaky jsou velkým problémem, avšak návrh senátorky jen přilévá olej do ohně

Často se setkávám s tvrzením, že vyhrazených parkovišť pro občany se zdravotním postižením je příliš mnoho a že označení umožňující parkovat na vyhrazených parkovištích mají často lidé, kteří je nepotřebují. Celý systém je údajně zneužíván, protože dříve jich tolik nebylo.

Dříve tolik vyhrazených parkovišť skutečně nebylo a je také pravda, že označení motorových vozidel opravňující k parkování na vyhrazených místech má dnes podstatně více lidí. Příčina většího počtu však není způsobena podvodným jednáním. Málo si uvědomujeme, že náš svět se za posledních patnáct let výrazně proměnil. Zdravotně postižení nejsou vytěšňováni ze společnosti, mají svojí reprezentaci, která efektivně hájí jejich práva v demokratickém státě; vyrůstá nová generace lidí se zdravotním postižením, kteří měli možnost studovat a chtějí se prosadit ve společnosti; systém dávek a daňových odpočtů umožňuje si snadněji pořídit automobil než dříve atd.

Lidé se zdravotním postižením jsou zkrátka

více vidět, a protože auto je často jediným dopravním prostředkem, který jim umožní volný pohyb, tak i vyhrazených parkovišť a vydávaných oprávnění je více. Tím nechci tvrdit, že někdy nedochází ke zneužívání vyhrazených parkovišť a oprávnění na nich parkovat... Rozšířenému názoru, že mnozí lidé s postižením jsou podvodníci, pravděpodobně podlehla i senátorka Daniela Filipiová (ODS), když prosadila v Senátu pozměňovací návrh k zákonu o provozu na pozemních komunikacích, který redukuje dosavadní vydávání označení O 1 tak, že by mělo být vydáváno pouze osobám s postižením pohybového aparátu, tedy tělesně postiženým, zatímco označení O 2 by mělo poskytováno v případě postižení úplnou nebo praktickou hluchotou.

**Paní senátorka vůbec nepochopila smysl označení vozidel zvláštním označením pro občany se zdravotním postižením.** Na jejím návrhu je velmi znepokojující to, že je v rozporu se současnou legislativou – především se

zákonem 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v pozdějších zněních. Označení O 1 a O 2 jsou totiž vydávány pouze tomu občanovi, kterému byly přiznány tzv. mimořádné výhody II. a III. stupně. Tyto výhody jsou udělovány ve správním řízení po posouzení rozsahu postižení. **Rozhodující je přitom rozsah omezení pohybových a orientačních schopností, které občanovi způsobuje zdravotní postižení.**

Senátorka úplně zapoměla na druhou část podmínky přiznání výhod II. či III. stupně – tedy na rozsah omezení **orientačních** schopností! Pokud by návrh paní senátorky vstoupil v účinnost, musel by každý držitel mimořádných výhod projít novým posouzením odborného lékaře, zda se v jeho případě jedná o pohybové či jiné zdravotní postižení. Toto posouzení by mohlo vést například k tomu, že u kombinovaných postižení, kde převažuje mentální retardace a pohybové postižení je považováno za méně závažné, by nebylo možné používat označení O 1 – ačkoliv celko-

vý rozsah a dopad zdravotního postižení jednoznačně odůvodňuje používání tohoto označení! Označení by nemohli obdržet ani těžcí kardiaci či lidé s roztroušenou sklerózou, protože v těchto případech se jedná o postižení srdce a nervové postižení, a nikoliv o postižení pohybového aparátu. Je tedy velkou chybou, že pozměňovací návrh senátorky Filipiové vůbec nepočítá s kombinacemi zdravotních postižení, které jsou velmi časté. Je také zaráže-

jící, že nebyl konzultován s představiteli všech druhů zdravotního postižení a má diskriminační charakter vůči ostatním typům zdravotního postižení.

**Vůbec největší pochybení návrhu vidím právě v tom, že rozděluje komunitu občanů se zdravotním postižením na privilegované a méně privilegované.** Jako kdyby se paní senátorka snažila získat pro „svoji“ skupinu zdravotně postižených lepší podmínky, aniž

by k tomu byl věcný důvod. Její návrh poškozují ty skupiny lidí se zdravotním postižením, kteří se nedokáží sami tak výrazně prosadit.

Rozumím tomu, že paní senátorka nechce být vnímána jako reprezentant zdravotně postižených v Senátu a cítí se být především představitelkou politické strany. Avšak věcná konzultace předkládaných návrhů s těmi, kterých se bezprostředně týkají, patří do běžné výbavy dobrého politika.

Václav Krása

*Redakční poznámka:* Senátorce Filipiové jsme e-mailem zaslali několik otázek týkajících se jejího pozměňovacího návrhu. Spolu s odpověďmi je zveřejníme v příštím čísle Skoku.

A ještě připojujeme aktuální dovětek. Usnesením č. 1858 ze dne 21. září 2005 schválila Poslanecká sněmovna návrh novelizace zákona o provozu na pozemních komunikacích ve znění, ve kterém byl původně postoupen Senátu: tedy beze změny osob oprávněných používat označení O 1 (znak vozíčkáře). Prezident republiky novelu podepsal 3. října. Znamená to, že legislativní proces byl ukončen a novela po publikaci ve Sbírce zákonů vejde v platnost. (pe)

## Podpořte prosím finančními příspěvky vydávání těchto novin!

Skok do reality vychází již několik let. Snažíme se tak zajistit dobrou informovanost mnoha zdravotně postižených občanů, humanitárních organizací a veřejnosti. Vzhledem k tomu, že naše legislativní noviny vycházejí také jako příloha časopisu Vozíčkář, časopisu Roska a novin Můžeš, nejsou v nich otiskovány komerční inzeráty. Veškeré náklady na vydávání jsou tak hrazeny ze získaných dotací a prostředků Národní rady.

Sehnat dostatek financí je velmi obtížné. Proto se na vás, vážení čtenáři, obracíme s touto prosbou: Pokud je pro vás Skok do reality užitečný, podpořte jeho existenci formou dobrovolného finančního příspěvku!

**Jakoukoli finanční částku nám můžete zaslat převodem z účtu, složením na účet v bance nebo převodem poštovní poukázkou typu A na účet Národní rady zdravotně postižených ČR: jeho číslo je 0291778399/0800 (Česká spořitelna), variabilní symbol platby 555.**

Všem dárcům předem děkujeme za projevenou podporu.

za vydavatele a celý redakční tým Jiří Vencel, kancléř NRZP ČR

## Národní rada hledá dobrovolníky ve věku nad 18 let

Pomáhat můžete krátkodobě i dlouhodobě zdravotně postiženým jednotlivcům či neziskovým organizacím. Vaše pomoc může být zaměřena na osobní asistenci, volnočasové aktivity dětí a dospělých, pomoc při zabezpečení organizačních záležitostí občanských sdružení atd.

Dobrovolnická činnost vám umožní získat praxi, zkušenosti a informace, které lze uplatnit ve vašem profesním rozvoji i třeba v nalezení optimálního budoucího zaměstnání.

Dobrovolníky se mohou stát studenti, lidé zaměstnaní i nezaměstnaní, rodiče na mateřské nebo rodičovské dovolené, lidé se zdravotním postižením, senioři.

**Požadujeme především:** spolehlivost, osobnostní zralost, ochotu učit se novým věcem a pozitivní vztah ke zdravotně postiženým.

**Zajistíme:** školení, konzultace, supervizi, pojištění.

**Nabízíme:** smysluplné naplnění a obohacení volného času, seberealizaci, nové znalosti a dovednosti.

V případě zájmu o dobrovolnickou činnost můžete kontaktovat Národní radu zdravotně postižených ČR na tel. číslech 266 753 433 a 736 751 216 nebo na e-mailové adrese [j.volkova@nrzp.cz](mailto:j.volkova@nrzp.cz).

Jiří Vencel

## Stručná charakteristika důležitých pojmů ze zahraničí – II. díl

### Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO)

Tato organizace byla ustavena 16. listopadu 1945. Angažuje se v oblasti vzdělávání, přírodních věd, humanitních a sociálních věd, kultury a komunikace. Programy UNESCO se zaměřují na zajištění vzdělání pro všechny, podporu výzkumu v oblasti životního prostředí prostřednictvím mezinárodních vědeckých programů, podporu práva na kulturní sebeurčení a jeho uplatňování, ochranu světového přírodního dědictví, podporu svobodného šíření informací po celém světě, svobodu tisku a zlepšování podmínek a kapacity pro šíření informací a komunikaci v rozvojových zemích.

Správním orgánem UNESCO je Generální konference, ve které jsou zastoupeny všechny

členské státy a která se schází jednou za dva roky. Konference stanovuje základní směry práce organizace a schvaluje její program a rozpočet. Za dohled nad plněním přijatého programu je odpovědná Výkonná rada složená z 58 členů volených Konferencí.

UNESCO je jedinou agenturou OSN, která má vybudován systém národních komisí ve 190 členských a přidružených státech OSN. Spolupracuje také s více než 350 nevládními organizacemi, které jí pomáhají realizovat řadu projektů.

Jednou z významných oblastí, kde se UNESCO angažuje, je i vzdělávání osob se zdravotním postižením. V roce 1994 bylo na mezinárodní konferenci v Salamance přijato prohlášení (tzv. „Salamanca statement“), kte-

ré stanoví hlavní principy a cíle vzdělávání dětí a dospělých se speciálními vzdělávacími potřebami. V prohlášení je kladen důraz zejména na princip rovnosti příležitostí, důležitost celoživotního vzdělávání a sociálního začlenění. Aktivita v dané oblasti jsou průběžně monitorovány, o vývoji je pravidelně vydávána zpráva.

Další informace o této organizaci, jejích aktivitách a projektech lze v angličtině najít na stránkách [www.unesco.org](http://www.unesco.org).

### Rada Evropy

Rada Evropy byla založena již v roce 1949 a je nejstarší politickou organizací na kontinentu. V současné době sdružuje 46 zemí, status pozorovatele pak získalo dalších 5 zemí: Vatikán,

Spojené státy americké, Kanada, Japonsko a Mexiko. Sídlem Rady Evropy je město Štrasburk v severovýchodní Francii. Jedná se tedy o zcela jinou organizaci, než je Evropská unie, která dnes sdružuje 25 států. Všechny státy Evropské unie jsou však zároveň členy Rady.

Mezi hlavní cíle a úkoly této organizace patří jednak ochrana lidských práv, parlamentní demokracie a zákonnosti, jednak tvorba, přijímání a monitorování celoevropských dohod umožňujících standardizaci sociálních a právních postupů členských zemí. Ve své činnosti Rada aktivně rozvíjí princip sociální soudržnosti. Jejím cílem je zajištění náležité úrovně sociální ochrany, podpora zaměstnanosti, odborného školství a práv zaměstnanců, ochrana ohrožených skupin společnosti, podpora rovných příležitostí apod.

Jedním ze dvou rozhodovacích orgánů Rady je Výbor ministrů, který je tvořen 46 ministry zahraničí nebo jejich zástupci. Dalším je pak Parlamentní shromáždění, ve kterém je 630 členů (315 zástupců a 315 náhradníků) ze 46 parlamentů členských zemí.

V průběhu fungování Rady se podařilo přijmout 196 právně závazných smluv a úmluv, z nichž některé jsou otevřené i nečlenským státům. Tyto mezinárodní dokumenty řeší například otázku lidských práv, boj proti organizovanému zločinu, prevenci mučení, ochranu dat, kulturní spolupráci atd.

Mezi nejvýznamnější dokumenty v sociální oblasti patří Evropská sociální charta a Evropský kodex sociálního zabezpečení. Na dodržování závazků vyplývajících z Charty dohlíží Evropský výbor sociálních práv. Smluvní státy mu každým rokem podávají zprávu o plnění jednotlivých ustanovení Charty. Výbor zprávy hodnotí a každoročně zveřejňuje své závěry, ve kterých uvádí, zda státy Chartu skutečně plní. V případě, že se tak neděje, zasílá představitelům států doporučení týkající se změny legislativy či praxe.

V rámci struktur Rady se problematikou zdravotního postižení zabývá zejména Výbor pro integraci a rehabilitaci osob se zdravotním postižením. V současnosti tento Výbor dokončuje přípravu Akčního plánu na podporu práv a začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti, který bude předložen v listopadu 2005 Výboru ministrů Rady Evropy ke schválení.

Akční plán vymezuje cíle Rady s ohledem na lidská práva, zákaz diskriminace, rovné příležitosti a zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti. Klíčové aktivity tohoto plánu pokrývají všechny aspekty života osob se zdravotním postižením a ve svém souhrnu tvoří obecný rámec pro formulaci politiky vůči této skupině osob na úrovni jednotlivých členských států.

Při naplňování cílů Akčního plánu by měly členské státy nejprve vyhodnotit existující programy a na základě tohoto hodnocení identifikovat oblasti, ve kterých je třeba změnit strategii, provést další specifická opatření apod. Pořadí priorit a časový harmonogram je pak v souladu s principy politiky Rady Evropy plně v kompetenci členských států.

V případě, že bude přijat, bude mít Akční plán charakter doporučení, nebude tedy pro členské státy právně závazný. Nicméně Výboru ministrů umožňují jeho stanovky (konkrétně článek 15b) požádat vlády členských států o informace o aktivitách, které provádějí ve věci realizace jednotlivých doporučení. S využitím této možnosti počítá i návrh monitorovacího mechanismu Akčního plánu.

Další informace lze v angličtině najít na stránce <http://www.coe.int/>, kde je také odkaz na české stránky.

### **Evropský soud pro lidská práva**

Evropský soud pro lidská práva je mezinárodní soudní dvůr se sídlem ve Štrasburku. Byl zřízen v souvislosti s podpisem a ratifikací Úmlu-

vy o ochraně lidských práv a základních svobod, která byla vyhlášena v listopadu roku 1950 Radou Evropy v Římě.

Soud je složen ze stejného počtu soudců, jako je počet členských států Rady Evropy, které uvedenou Úmluvu ratifikovaly (v současné době 45). Soudci jsou voleni na období šesti let Parlamentním shromážděním Rady Evropy a zasedají ve svých funkcích individuálně, nezastupují tedy žádný stát. V některých případech tak mohou za porušování lidských práv a základních svobod odsoudit stát, který je nominoval.

Soud aplikuje Úmluvu a její protokoly, které chrání zejména právo na život, právo na spravedlivé projednání případu v občanských a trestních záležitostech, právo na respektování soukromého a rodinného života, svobodu projevu, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, právo na účinnou nápravu, právo na pokojné užívání majetku, právo volit a být volen aj.

Na soud se může obrátit každý, kdo dojde k závěru, že byla porušena jeho práva a základní svobody zaručené Úmluvou nebo jejími protokoly, musí však předem splnit určité podmínky. (Účelem tohoto textu není poskytnout návod na podání stížnosti; v této věci odkazujeme např. na Informační kancelář Rady Evropy, Ministerstvo spravedlnosti a další instituce.)

Ročně soud obdrží kolem 30 tisíc stížností, přičemž jejich počet se trvale zvyšuje. Většina z nich je prohlášena za nepřijatelné (asi 90 %). Avšak v případě, že soud zjistí, že členský stát porušil jedno nebo více práv a záruk, vydá rozsudek, který je pak pro smluvní státy závazný.

Další informace lze v angličtině a francouzštině získat na oficiální stránce Evropského soudu pro lidská práva <http://www.echr.coe.int/echr>.

*Stanislava Makovcová*

## **Nabízíme publikaci Evropská koncepce přístupnosti – ECA 2003**

Tuto jedinečnou publikaci, kterou připravil Frances Aragall ve spolupráci s odborníky z dvanácti zemí Evropy, jsme představili v minulém čísle Skoku. Ukazuje na principu „design for all“, jak se prostředí, které nás obklopuje, dotýká všech lidí – bez ohledu na jejich zdravotní stav. Vysvětluje příčiny designérských chyb, za které nenesou odpovědnost pouze architekti, ale i politici a podnikatelé. V uměle vytvořeném prostředí (budovy, vozidla, parkoviště, dětská hřiště) a upraveném přírodním prostředí (přírodní parky, pláže, veřejně přístupné cesty) brožura zároveň uvádí příklady, jak tyto chyby napravit.

Autoři analyzují také projektování širokých vchodů do veřejných budov (divadel, kin, muzeí), přístupnost toalet a kanceláří s nízkou umístěnými vypínači nebo pojízdná schodiště. Poskytují rady pro takové prv-

ky prostředí, jako jsou úpravy ulic, průchodů, parkovišť, pouličního vybavení, využití nízkopodlažních autobusů s audiovizuálními systémy nebo design sedadla autobusu. Texty doplňuje velké množství ilustračních i technických náčrtů a obrázků.

Publikace je určena nejen odborníkům (např. architektům nebo projektantům), ale i studentům, učitelům technických škol, obecním a městským zastupitelům, podnikatelům a zdravotně postiženým občanům.

Brožura o formátu A4 má 112 stran v barevném provedení. Zájemci si ji mohou osobně zakoupit za 350 Kč v sídle Národní rady zdravotně postižených nebo ji mohou získat poštou na dobírku za 400 Kč. Publikaci si lze objednat na telefonu 266 753 425 a e-mailu [l.veinlichova@nrzp.cz](mailto:l.veinlichova@nrzp.cz).

*Jiří Venc*

vydavatel: Národní rada zdravotně postižených ČR, Partyzánská 1/7, 170 00 Praha 7, telefon: 266 753 420, fax: 266 753 422 • odpovědný redaktor: Miloš Pelikán (466 304 366, [bpelikan@atlas.cz](mailto:bpelikan@atlas.cz)) • redakční okruh: Ing. Jana Hrdá (257 951 332, [janahrda@centrum.cz](mailto:janahrda@centrum.cz)), JUDr. Jan Hutař (266 753 425, [j.hutar@nrzp.cz](mailto:j.hutar@nrzp.cz)), Miloš Pelikán • vydávání povoleno Ministerstvem kultury ČR, zapsáno do evidence periodického tisku pod číslem MK ČR E 13338 • dotováno Ministerstvem zdravotnictví ČR • neprodejné • zveřejněné názory nemusejí být v souladu s míněním redakce, ručí za ně autoři článků