

Vyjádření MPSV k prohlášení 15. Republikového shromáždění NRZP ČR**Oblast zaměstnanosti**

- Dosud platí diskriminační opatření, že příjemci ID III. stupně nesmí být evidováni jako uchazeči o zaměstnání, což je v přímém rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Smyslem a cílem vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání je zprostředkování vhodného zaměstnání uchazeči o zaměstnání. Uchazečem o zaměstnání se nemůže stát fyzická osoba v době, po kterou je invalidní ve třetím stupni, s výjimkou fyzické osoby, která je invalidní ve třetím stupni a je schopna výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. Z výše uvedeného plyne, že pokud je fyzická osoba invalidní ve třetím stupni a je schopna výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek, může se stát uchazečem o zaměstnání. Fyzické osobě, která se nemůže stát uchazečem o zaměstnání, však nic nebrání v tom, aby se stala zájemcem o zaměstnání, a může jí být Úřadem práce České republiky zprostředkováváno vhodné zaměstnání nebo jí může být zabezpečena rekvalifikace. Vzhledem k tomu, že podpora zaměstnávání OZP není vázána na evidenci ÚP ČR a za tyto osoby ze zákona platí pojištění stát, není jasný důvod tohoto požadavku.

- Prohloubil se rozdíl mezi minimální mzdou příjemců ID a obecnou minimální mzdou. Je to diskriminační opatření, opět v rozporu s Úmluvou OSN. Důsledkem budou nižší starobní důchody této skupiny pracovníků.

- Do našeho zákonodárství byla vrácena podpora zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných, ale tato podpora je významně nižší. Dochází tak k paradoxu, že zaměstnavatel zaměstnávající osoby zdravotně znevýhodněné obdrží podporu 8 000 Kč a od 1. ledna 2015 pouze 5 000 Kč.

Stávající právní úprava v zákoně o zaměstnanosti stanoví, že fyzické osoby, které byly dle zákona o zaměstnanosti účinného do 31. 12. 2011 uznány osobami zdravotně znevýhodněnými, se po dobu platnosti rozhodnutí o uznání

osobou zdravotně znevýhodněnou, nejdéle však do 1. 1. 2015, považují pro účely zaměstnanosti za osoby se zdravotním postižením, které jsou invalidní v prvním nebo druhém stupni. A proto je na podporu jejich zaměstnávání poskytován příspěvek ve výši 8 000 Kč, a zároveň je možné poskytnout zvýšení příspěvku nejvýše o 2 000 Kč. Z výše uvedeného plyne, že zánikem kategorie osob zdravotně znevýhodněných v rámci sociální reformy nedošlo současně k zastavení poskytování příspěvku na podporu zaměstnávání těchto osob.

Změnou právní úpravy v zákoně o zaměstnanosti od 1. 1. 2015, kdy dojde k obnovení kategorie osob zdravotně znevýhodněných jako jedné z podkategorií osob se zdravotním postižením, bude možné na podporu zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných poskytnout příspěvek ve výši 5 000 Kč a zvýšení tohoto příspěvku nejvýše o 1 000 Kč. Omezení výše příspěvku u osob zdravotně znevýhodněných na částku 5 000 Kč je z důvodu menšího rozsahu zdravotního omezení.

Oblast sociálního zabezpečení

- Restriktivní opatření v oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením zůstala beze změny. Nadále je významně nižší příspěvek na mobilitu, příspěvek na bezbariérovou úpravu na bydlení a příspěvky na kompenzační pomůcky byly omezeny.

NRZP ČR kritizuje zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů). Zákonem o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením splnilo Ministerstvo práce a sociálních věcí úkol Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, který spočíval v předložení věcného řešení zákonné úpravy těch oblastí, které řešila vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Jako cíl Národní plán uváděl navrhnout právní úpravu formou zákona a věcnou revizi spektra dávek, jejich smyslu i okruhu osob, kterým má být dávková pomoc poskytována.

Měl-li být systém revidován a reformován, logicky nemůže zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením obsahovat totožné dávky jako předchozí úprava (poskytované za stejných podmínek, stále stejnému okruhu osob apod.). Plná náhrada dávkové pomoci nebyla cílem ministerstva a jistě ani Národního plánu či Národní rady, která se na jeho tvorbě podílela.

Dávkové systémy nemohou být neměnné, pouze tak mohou plnit svůj účel a reagovat v průběhu času na měnící se potřeby společnosti jako celku i jejich jednotlivých členů.

Právní jistota osob se zdravotním postižením a jejich rodin se přijetím zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením zvýšila. Jsou dány jasné podmínky nároku na dávkovou pomoc i její výši. Všechny dávky určené osobám se zdravotním postižením jsou oproti předchozí úpravě dávkami nárokovými (obligatorními).

Pokud jde o příspěvek na zvláštní pomůcku, existují jednotná pravidla pro okruh osob s nárokem na tuto dávku i pro stanovení její výše. Zákon pamatuje i na některé nestandardní situace a umožňuje individuální přístup v případě nedostatku finančních prostředků (např. na úhradu desetiprocentní spoluúčasti na ceně pomůcky). Je vhodné připomenout, že podle předchozí úpravy dávková pomoc u některých pomůcek mohla jít pouze do 50 % jejich ceny, u jiných do 75 % jejich ceny a žádné řešení pomoci k úhradě spoluúčasti neexistovalo; přitom nešlo o pomůcky, které by byly „méně potřeba“ než ty, kde dávka mohla jít až do 100 % jejich ceny. Je skutečností, že na některé pomůcky (produkty, úpravy) již není přispíváno. Jde především o ty, u kterých nebylo shledáno dostatečné věcné opodstatnění pro dávkovou pomoc. Je otázkou, nakolik lze precizní stanovení okruhu osob s nárokem na příspěvek na zvláštní pomůcku považovat za „restriktivní“, aniž by bylo současně zmíněno, že vágně nastavené podmínky předchozí úpravy postupem času vedly k poskytování dávky i osobám, které nebyly v původním záměru tvůrce právního předpisu (v kontextu toho, že vágně definovaný zdravotní stav nebyl hodnocen posudkovým lékařem, a že dávka byla poskytována obecními úřady obcí s rozšířenou působností, vůči kterým

ministerstvo mělo pouze „doporučující“ pravomoc, což mohlo být ve prospěch i neprospěch jednotlivců a vedlo k nízké právní jistotě).

Příspěvek na mobilitu je *příspěvkem* a nikoli plnou úhradou nákladů spojených s provozováním vozidla či jinou formou zajištění dopravy vybraných skupin osob se zdravotním postižením. Především jde pouze o jedno z opatření, kterými je podporována mobilita osob se zdravotním postižením. K ostatním formám podpory patří bezplatné užívání městské hromadné dopravy, významné slevy z ceny jízdného v autobusové a vlakové dopravě, bezplatné užívání zpoplatněných komunikací, pomoc s pořízením nebo úpravou vozidla, odpočet DPH u zakoupeného vozidla a mnohé další. Podpora mobility je v souhrnu velmi uspokojivá s ohledem na to, že taktéž neustále dochází (ač lze připustit rezervy a mnohé přetrvávající problémy) k odstraňování bariér v hromadné dopravě, tedy v mainstreamovém způsobu dopravy. Sociální začleňování osob se zdravotním postižením do každodenního společenského života je vhodné vnímat především v kontextu možností užívání služeb, výrobků apod. tzv. hlavního proudu, a nezužovat je na existenci dávkové pomoci a diskusi o její výši.

Od roku 2012 byl změněn přístup státu k pomoci s úpravou bydlení, a to s ohledem na již několik let fungující „trh s bydlením“; skutečnost, že stát přispívá na úpravu bytů, které jsou buď v majetku osoby se zdravotním postižením (její rodiny) nebo třetích osob, je tak zasahováno do takového majetku, případně je majetek zhodnocován; potřebu posilování vlastní odpovědnosti osob (rodin), primárního hledání přirozených a ve své podstatě ekonomičtějších řešení (nalézt bydlení odpovídající věku, zdravotnímu stavu) apod. Došlo k sice k jakési redukci věcné (není přispíváno na úpravu nábytku, vodovodní baterie apod.), současně se však významně zvýšila výše poskytované pomoci. Maximální výše předchozí dávky sociální péče byla 50 000 Kč (100 000 v případě budování výtahu). Dnešní příspěvek na zvláštní pomůcku, který obsahuje i pomoc s úpravou bydlení, je limitován výší 350 000 Kč.

Z informací získaných od odboru statistiky a analýz ministerstva, vyplývá, že podle údajů Ministerstva financí bylo v roce 2010 vynaloženo na dávky sociální

péče poskytované podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, této cílové skupině 1,811 mld Kč, v roce 2011 pak 1,901 mld Kč. V roce 2012 došlo k logickému poklesu výdajů na dávky pro osoby se zdravotním postižením, neboť některé dávky zanikly bez náhrady (důvody změn byly naznačeny v předchozím textu). V roce 2012 bylo podle údajů sdělených výše uvedeným odborem na dávky pro osoby se zdravotním postižením vynaloženo 1,384 mld Kč. V roce 2013 již bylo vynaloženo 1,904 mld Kč, zvýšení v dalších letech je velmi pravděpodobné. Rok 2012 byl rokem výjimečným. Dávkový systém tzv. nabíhal. Chování klientů v prvním roce zásadnější úpravy právního předpisu je vždy odlišné než v letech následných. Pokles výdajů byl do značné míry ovlivněn existencí problematického institutu výpůjčky některých druhů nejdražších pomůcek. Nelze ani vyloučit, že nebyl-li by tento institut, k žádnému snížení výdajů v roce 2012 by nedošlo.

S ohledem na výše uvedené není možné beze zbytků souhlasit s tvrzením o restriktivních opatřeních, omezení dávkové pomoci apod.

Fungování dávkových systémů má být a je průběžně monitorováno. Vyhodnocování je v zásadě možné provádět po získání informací o fungování až minimálně po dvou letech, aniž je první rok účinnosti příliš brán v úvahu. Na základě takto zjištěných informací je pak vhodné systémy kultivovat a při shledání věcných důvodů je měnit. To je například rozšiřovat dávkovou pomoc, pokud jde o její osobní nebo věcný rozsah. Kultivace dávkového systému pro osoby se zdravotním postižením, úprava předpisu při shledání věcných důvodů byla navržena ze strany odboru sociální a rodinné politiky ministerstva rovněž mezi opatření připravovaného Národního plánu pro osoby se zdravotním postižením na léta 2015 – 2020.

Oblast sociálních služeb

- Způsob hodnocení nároku na příspěvek na péči nedoznal žádné změny, přičemž významně poškozuje jednotlivé skupiny lidí s mentálním a duševním onemocněním, s poruchami autistického spektra, s indikovanými dietami, ale i osoby s tělesným či jiným druhem postižení. Náš návrh na zmírnění systému deseti základních životních potřeb byl vládní koalicí zásadně odmítnut.

MPSV jako první krok, nezbytný pro systémové změny v oblasti sociálních služeb a nároku na příspěvek na péči, zpracovalo analýzu posuzování stupně závislosti, která bude využita při rozhodování o dalším směřování systému. Potřebnost změn reflektuje „Návrh koncepce rezortu“ a návrh „Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020“. Koncepční práce týkající se příspěvku na péči probíhají již v letošním roce a jsou realizovány dle časového harmonogramu dohodnutého se zástupci zdravotně postižených.

Statistické údaje z posuzování stupně závislosti za období 2010 – 2013 (tj. před sociální reformou a po ní) a jejich vyhodnocení neprokázalo, že by se změna posuzování negativně projevila na postavení zdravotně postižených v systému sociální péče.

U osob nad 18 let věku pokleslo procento neuznaných závislostí (první prohlídky i kontrolní souhrnně) v roce 2013 ve srovnání s rokem 2010 o více než 4 %, mírně poklesl počet uznaných v I. stupni závislosti o necelé 2 %, avšak stoupl počet uznaných ve II. stupni (2 %), ve III. stupni (více než 4 %) a mírně i ve IV. stupni (necelé 1 %). Počet vyplacených dávek příspěvku na péči ve sledovaném období se zvýšil z 286.599 o 8.354 příspěvků na konečných 294.953 poživatelů příspěvku na péči.

U osob do 18 let věku se ve sledovaném období sice zvýšil počet neuznaných žadatelů o příspěvek na péči v žádném stupni závislosti, avšak jejich počet koresponduje (kopíruje) zvýšený počet žadatelů např. v roce 2012 i v roce 2013, neboť díky atraktivitě příspěvku a jeho široké propagaci v médiích stoupl počet

žadatelů oproti roku 2010 v roce 2012 o 22 % a v roce 2013 o 11 %. S tím souvisel počet neuznaných žadatelů oproti roku 2010, v roce 2012 to bylo o cca 10 % a v roce 2013 o cca 8 %. Stran uznaných stupňů závislosti zůstaly první tři stupně v zásadě beze změn, ve IV. stupni však je nutno konstatovat pokles oproti roku 2010 o cca 5 %. Tento pokles však byl zaznamenán již v roce 2011, kdy se posuzovalo podle staré právní úpravy, tehdy činil 2 %. Celkový počet poživatelů příspěvku na péči do 18 let věku se však ve sledovaném období zvýšil z původních 14.882 o 1.691 příjemců na konečných 16.573. Při klesající porodnosti v ČR tyto údaje nesvědčí pro přísnější právní úpravu.

Co se týká příčin závislosti v jednotlivých stupních u osob starších 18 let i osob do 18 let věku, tyto se dlouhodobě významněji nemění. Bez ohledu na změny právní úpravy vykazují nejvýznamnější skupiny pouze malé kolísání v rozmezí 1 – 2 %. Nadále je nejčastěji uznána závislost pro poruchy duševní a poruchy chování. U osob starších 18 let věku je to v cca 29 %, u osob do 18 let věku v cca 40 – 43 %, s nárůstem v posledních dvou letech z důvodu nárůstu počtu pervazivních vývojových poruch (autismus a další). To svědčí o tom, že přístup ke zdravotně postiženým s poruchou autistického spektra je v právní úpravě naopak vstřícný.

Zmíněný „návrh na zmírnění systému deseti základních životních potřeb“ byl správně odmítnut, neboť představoval hrubý nesystémový zásah do právní úpravy bez domyšlených dopadů. Přitom již v době předložení návrhu připravoval věcně příslušný odbor posudkové služby metodiku posuzování, která reflektuje problematické okruhy zmiňované NRZP.

Odbor posudkové služby MPSV vyhodnotil výsledky posuzování stupně závislosti od 1. 1. 2012 a své poznatky zapracoval do nové metodiky posuzování. V ní zohlednil též poznatky získané z mediálních kauz a z připomínek zástupců zdravotně postižených, jmenovitě NRZP.

Metodika pro posudkové komise MPSV bude do posudkové praxe oficiálně aplikována od 15. listopadu 2014 a poté v krátké době bude vydána aktualizovaná metodika pro potřeby lékařské posudkové služby ČSSZ. Již před tímto datem byli posudkoví lékaři postupně seznamováni s metodickými postupy

uplatněnými v nové metodice. Pokud docházelo k pochybení, jednalo se o ojedinělé případy, které jsou v rámci řízení napravovány. Do budoucna však jednotlivá pochybení nelze nikdy vyloučit, neboť se jedná o lidskou činnost s vysokou mírou správní úvahy, která je však v dané oblasti nezbytná, protože musí umožnit individuální vyhodnocení každého jednotlivého případu (s využitím obecných pravidel). K napravení chyb slouží opravné prostředky, které jsou v dispozici účastníků řízení, ale i prostředky správního dozoru (přezkumné řízení správní).

- Příspěvek na péči, který nebyl od účinnosti zákona o sociálních službách valorizován, neodpovídá cenovým relacím nakupovaných služeb a udržuje rodiny, které pečují o svoje blízké, v sociální nouzi.

- Považujeme za problematické, že je přerušováno sociální šetření při pobytu posuzované osoby ve zdravotnickém zařízení.

V pasáži „sociální služby“ se Národní rada věnuje toliko problematice příspěvku na péči a nikoli sociálním službám jako takovým. Ač má příspěvek na péči k problematice sociálních služeb v mnoha ohledech blízko, protože řada jeho příjemců z něj platí za služby poskytované registrovanými poskytovateli sociálních služeb, nedá se problematika příspěvku na péči a sociálních služeb směřovat. K problematice příspěvku na péči je zřízena široká platforma, přičemž je diskutováno o možných operativních změnách (změny v metodice k provádění sociálního šetření), i dlouhodobých změnách většího či menšího charakteru. Platforma je názorově pestrá a ne všechny požadavky jsou navzájem kompatibilní.

Ke způsobu hodnocení nároku na příspěvek na péči - návrh, který byl uplatněn prostřednictvím pozměňovacího návrhu poslance Kaňkovského byl nesystémovým řešením pro úzce definovanou skupinu osob – kvadruplegiků a tetraplegiků a opomíjely se právě potřeby lidí s duševním onemocněním, seniorů, dětí s poruchou autistického spektra aj., což dokládají i vyjádření jednotlivých zástupců osob z jednání svoleného paní ministryní k pozměňovacímu návrhu, které proběhlo na MPSV dne 15. 9. 2014. Od dubna

letošního roku pracuje při MPSV expertní skupina, jejímiž členy jsou zástupci organizací hájících práva osob se zdravotním postižením napříč spektrem druhu takového postižení. Tato skupina začne v průběhu následujících měsíců zpracovávat koncepční návrhy na změnu v celkovém pojetí příspěvku na péči a způsobu posuzování potřeby péče. Výstupy z práce skupiny mají být v průběhu roku 2015 připravovány pro legislativní proces.

K otázce valorizace příspěvku na péči - příspěvek na péči není valorizován, neboť se nejedná o dávku závislou na příjmu osob. Formulace výše dávky vyplývá ze společenského konsensu, který stanoví přijatelnou výši finančního PŘÍSPĚVKU (nikoliv plné kompenzace) k výši nákladů potřebných na zajištění péče. V rámci koncepčních změn se bude MPSV v roce 2015 zabývat i otázkou adekvátního ohodnocení náročnosti péče a bude ve výši posouzené míry závislosti reflektovat i tuto skutečnost.

Příloha: Vývoj finančních prostředků ze státního rozpočtu pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením

Oblast důchodového zabezpečení

- Systém je založen na subjektivním hodnocení posudkového lékaře bez důkladného týmového posouzení nároku.

Posouzení zdravotní podmínky nároku na invalidní důchod sice probíhá autokratickým posouzením posudkového lékaře na první posudkové instanci, avšak to není nic neobvyklého v řízení, kde posudek o zdravotním stavu je jedním z podkladů pro vydání rozhodnutí. Posudek je vypracován především na podkladě zpráv ošetřujících lékařů, případně na základě vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Týmové posouzení nezvyšuje významným způsobem jeho správnost, ostatně soudní znalci též pracují samostatně.

Nastavení posudkových kompetencí v námitkovém řízení odpovídá povaze posuzování (jde především o posouzení pracovní schopnosti, které je doménou posudkových lékařů) i tradici posuzování na ČSSZ (na rozdíl od MPSV zde

system komisi nemá odpovídající vývoj, naopak řízení bylo dlouhodobě jednoinstanční).

Absence komisionálního posouzení na ČSSZ je v právní úpravě nahrazena kompetencí posudkových komisí MPSV podávat posudky ve věcech důchodového pojištění pro účely přezkumných řízení soudních. V soudním řízení se jedná o tzv. povinný důkaz, to znamená, že posudek posudkové komise MPSV soud vyžádá vždy (posudek pak soud hodnotí podle zásady volného hodnocení důkazů). Tím jsou práva účastníků řízení plně zajištěna. Na druhou stranu zkušenost ukazuje, že posudky v námitkovém řízení jsou i v rámci autokratického posuzování dostatečně kvalitní, neboť počet soudních řízení se po zavedení námitkového řízení výrazně snížil.

- Ze statistických údajů vyplývá výrazný pokles příjemců III. stupně ID, přičemž tyto lidé nejsou schopni se uplatnit na trhu práce.

Důvody meziročního poklesu příjemců invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně lze pokládat za multifaktoriální. Jednak souvisí s parametrickými změnami v důchodovém pojištění od 1. 1. 2010, kam se promítají změny dávkového charakteru, překlápění invalidního důchodu do starobního v 65 letech věku, i změny v posuzování zdravotního stavu. Nelze tedy jednoznačně říci, že vyhláška č. 359/2009 Sb., která nahradila vyhlášku č. 284/1995 Sb., poškodila zdravotně postižené speciálně ve třetím stupni invalidity. Vyhláška a její příloha je koncipována vyváženě, takže pokud by procentní hodnocení znamenalo nedůvodné zpřísnění, projevilo by se snížením počtu poživatelů invalidního důchodu ve všech stupních invalidity a součet by korespondoval s celkovým snížením počtu příjemců dávky, což statistické ukazatele neprokazují, přičemž tento údaj se v průběhu let 2010 – 2014 mění různým způsobem. Vysvětlení se tedy nabízí ve více příčinách, a to jak dávkových, tak částečně i posudkových, neboť příloha k vyhlášce č. 359/2009 Sb. byla vypracována na základě připomínek odborníků z jednotlivých lékařských oborů a měly se v ní odrazit pokroky moderního způsobu včasné diagnostiky a zavedení celé řady nových léků a léčebných postupů, které zabraňují předčasné invaliditě nebo jejímu prohlubování. Snížení míry invalidizace jako důsledek pokroku lékařské vědy a

nikoli jako důsledek chybně nastaveného systému posuzování nelze jednoznačně považovat za nedostatek, naopak za výraz zlepšování zdravotního stavu obyvatel, který je ve zdravotnických statistikách vykazován.

Přes shora uvedené, věcně příslušný odbor chystá revizi vyhlášky a její přílohy, přičemž předpoklad její realizace spadá do období roku 2016. Předtím bude nezbytné revizi pečlivě připravit a nechat k ní vypracovat připomínky odborníků jednotlivých klinických oborů.

- Posudkový systém prakticky nepříznává ID, pokud posuzovaná osoba může pracovat za mimořádných podmínek. To vede k přežívání těchto lidí na životním minimu.

Dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, musí být pojištěnec nejprve uznán invalidním ve třetím stupni a pak se zkoumá, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. U této skupiny zdravotně postižených však jde o tak závažná postižení, že je vyloučeno, aby nebyly uznány invalidními. K tomu doplňujeme, že v dohodě s NRZP v roce 2010 ČSSZ upravila v tomto ohledu metodiku tím způsobem, že do ní převzala a zapracovala celou bývalou přílohu č. 3 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., v níž se uvádějí zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek.

Oblast politiky vůči osobám se zdravotním postižením

- Doposud nebyl ratifikován Opční protokol k Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, ačkoliv jeho ratifikace je jedním z úkolů Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, s termínem splnění do 31. 12. 2014.

Ministerstvo práce a sociálních věcí se problematice osob se zdravotním postižením (dále jen OZP) věnuje dlouhodobě a se vši vážností, kterou si tyto OZP zaslouží. Na základě ratifikace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením byl vytvořen Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, na jehož tvorbě se Ministerstvo práce a sociálních věcí aktivně podílelo. Součástí tohoto národního

plánu do roku 2014 bylo i opatření předat do vlády návrh na ratifikaci Opčního protokolu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Ministerstvo práce a sociálních věcí uvedený návrh vypracovalo. V rámci meziresortního připomínkového řízení byly vzneseny pádné argumenty pro odložení této ratifikace na pozdější dobu a na vyškrtnutí citovaného opatření ze stávajícího národního plánu platného do roku 2014, což stvrdila vláda ČR. I přes tuto skutečnost se Ministerstvo práce a sociálních věcí nebrání přijetí Opčního protokolu a nadále se bude usilovat o jeho přijetí, avšak až poté co:

- bude projevena dostatečná politická vůle k jeho přijetí,
- budou zajištěny přiměřené finanční prostředky, které zabezpečí vytvoření fungujícího mechanismu komunikace s Výborem OSN osob se zdravotním postižením,
- bude známá praxe rozhodování příslušného Výboru OSN.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je připraveno předložit Opční protokol k projednání vládě v rámci jednoho z prioritních opatření nového Plánu pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015 - 2020. Ministerstvo práce a sociálních věcí přijme v rámci tohoto úkolu opět koordinační roli s cílem projednání a schválení ve vládě.

V souvislosti s ratifikací Opčního protokolu je třeba uvést, že jeho nepřijetí neznamená pro OZP v současné době žádné ohrožení ani snížení jejich ochrany. Na OZP nemá negativní dopad, protože využití možností stížností, které Opční protokol nabízí, je možné až po vyčerpání všech vnitrostátních prostředků ke sjednání nápravy. O nedostatečném využívání všech vnitrostátních prostředků v oblasti diskriminace a vytváření rovných příležitostí pro OZP přitom svědčí fakt, že zatím v České republice není prakticky žádná judikatura v této oblasti.

- Dalším z úkolů Národního plánu je přijetí zákona o koordinované rehabilitaci. MPSV ČR zcela zastavilo práce na přípravě tohoto zákona, rovněž byly zastaveny práce na zákonu o dlouhodobé péči.

K přípravě zákona o koordinované rehabilitaci a dlouhodobé péči - oblast „koordinace rehabilitace“ je tématem Mezirezortní pracovní skupiny k řešení sociálně zdravotního pomezí“. Tudiž práce na legislativním ukotvení koordinované rehabilitace se nezastavily, ale pokračují. Od března 2014 funguje Meziresortní pracovní skupina k řešení problematiky sociálně zdravotního pomezí. Proběhlo již pět jednání, členové pracovní skupiny jsou zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, krajských úřadů a zástupce zdravotnického zařízení, od října se rozšířila o další členy. Výstupem k listopadu 2014 je návrh definice dlouhodobé péče a teze k nastavení systému „dlouhodobé zdravotně sociální péče“, jež má v sobě obsahovat připravovaný návrh „zákona o dlouhodobé péči“, ohledně přesného názvu připravovaného zákona proběhne ještě diskuze. Dne 25. listopadu proběhne další jednání pracovní skupiny, kde se bude diskutovat obsah návrhu věcného záměru zákona. Koordinace rehabilitace bude součástí připravovaného „zákona o dlouhodobé péči“.

- Jako příklad nesystémového přístupu k osobám se zdravotním postižením lze uvést:

Invalidita přiznávaná duševně nemocným – osoby s duševním onemocněním se potýkají s tím, že vrchol nemoci nastupuje kolem 20. roku věku. Tito lidé nemají dostatečně dlouhou dobu sociálního pojištění, a tudíž jim není vyplácen invalidní důchod. Přežívají tak na pokraji společnosti bez prostředků.

Problém není v oblasti posuzování invalidity, neboť statistické údaje o činnosti LPS ČSSZ dokládají, že počty uznaných invalidit pro duševní poruchy a poruchy chování postupně od roku 2001 narůstají. Před 10 lety platilo, že duševní poruchy a poruchy chování zaujímaly 5. místo mezi nejčastějšími příčinami uznaných invalidit, v současné době jsou psychická onemocnění již na 3. místě všech uznaných invalidit.

Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod je řešena v § 40 zákona č. 155/1996 Sb., o důchodovém pojištění a její rozsah je diferencovaný podle fyzického věku pojištěnce. Manifestuje-li se duševní porucha vedoucí k invaliditě třetího stupně před dosažením 18. roku věku, a osoba z toho důvodu nemá

potřebnou dobu pojištění, jde o tzv. důchod v mimořádných případech. Pro přiznání invalidního důchodu pro tuto tzv. „invaliditu z mládí“ není potřebný ani jeden den pojištění. Jestliže se choroba manifestuje po 20. roce věku, pak taková osoba může získat potřebnou dobu pojištění, a to právě před tímto rokem, přípravou na budoucí povolání (studiem, zaměstnáním).

V této souvislosti je potřebné zmínit zejména jednu z možných a důležitých příčin „nesplnění potřebné doby pojištění“, a to nárůst osob – uživatelů drog a nárůst drogové závislosti v populaci ČR. U těchto osob, zejména pak u problémových uživatelů drog (kterých se v ČR uvádí cca 40 tis.), může užívání drog a závislost vést i k závažnému poškození zdraví nebo k manifestaci duševní nemoci. Užívání drog a závislost vede postupně k sociálním důsledkům, k redukci sociálních vazeb a kompetencí, k ztrátě zodpovědnosti, k problémům v práci, k ztrátě zaměstnání, příjmů a tím k prohlubování sociální degradace. Tím se může stát, že řada těchto osob nemusí splňovat potřebnou dobu pojištění pro nárok na invalidní důchod. Jde o selhání celé řady faktorů, např. selhání rodiny, která nesignalizuje problém nemocného, rezortu zdravotnictví a lékařů, kteří se problémovým pacientem dostatečně nezabývají, nepředávají si ho, nesledují ho v čase, problém školy, komunity a obce, která neposkytne prostřednictvím svých nástrojů a programů dostatečnou podporu, radu či intervenci.

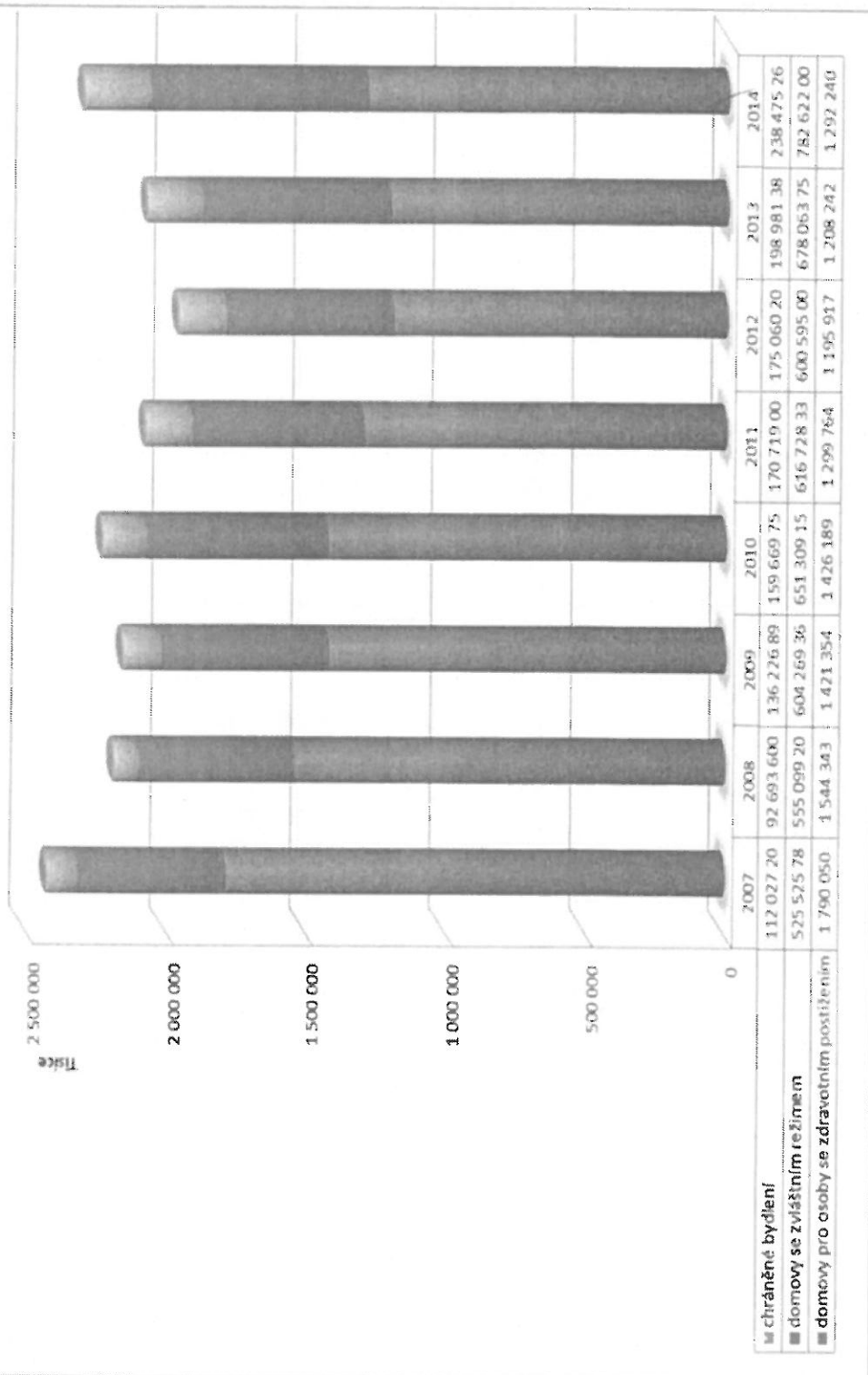
I když není invalidní důchod přiznán z důvodu nesplnění potřebné doby pojištění, takový jedinec nezůstává bez pomoci. Jedná se o celospolečenský problém, jehož řešení nespadá do oblasti důchodového pojištění, ale k zajištění potřeb pak slouží nepojistné systémy sociálního zabezpečení.

Příloha

Tabulkové a grafické přehledy

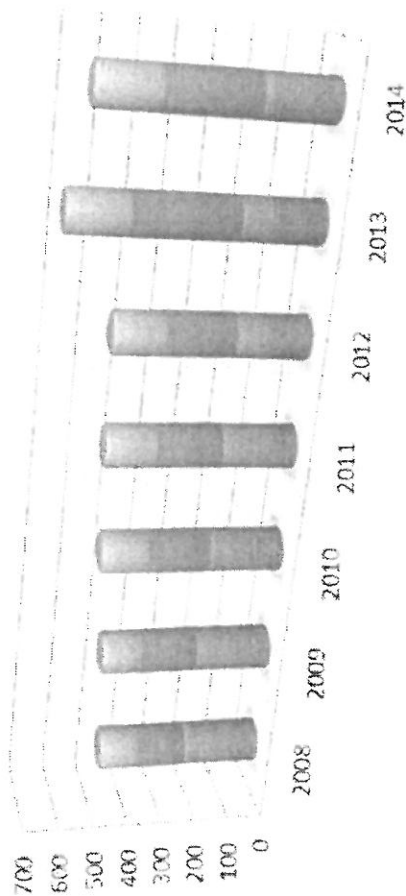
Vývoj finančních prostředků ze státního rozpočtu pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením - pobytové služby (v tis.Kč)

Vývoj finančních prostředků ze SR pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením - pobytové služby (v tis.Kč)



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Celkový součet
domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 790 050 050	1 544 343 900	1 421 354 069	1 426 189 000	1 299 764 000	1 195 917 934	1 208 242 467	1 292 240 400	11 178 101 820
domovy se zvláštním režimem	525 525 780	555 099 200	604 269 361	651 309 150	616 728 333	600 595 000	678 063 754	782 622 000	5 014 212 578
chráněné bydlení	112 027 200	92 693 600	136 226 895	159 669 750	170 719 000	175 060 200	198 981 389	238 475 266	1 283 853 300

Vývoj počtu sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením - pobytové služby

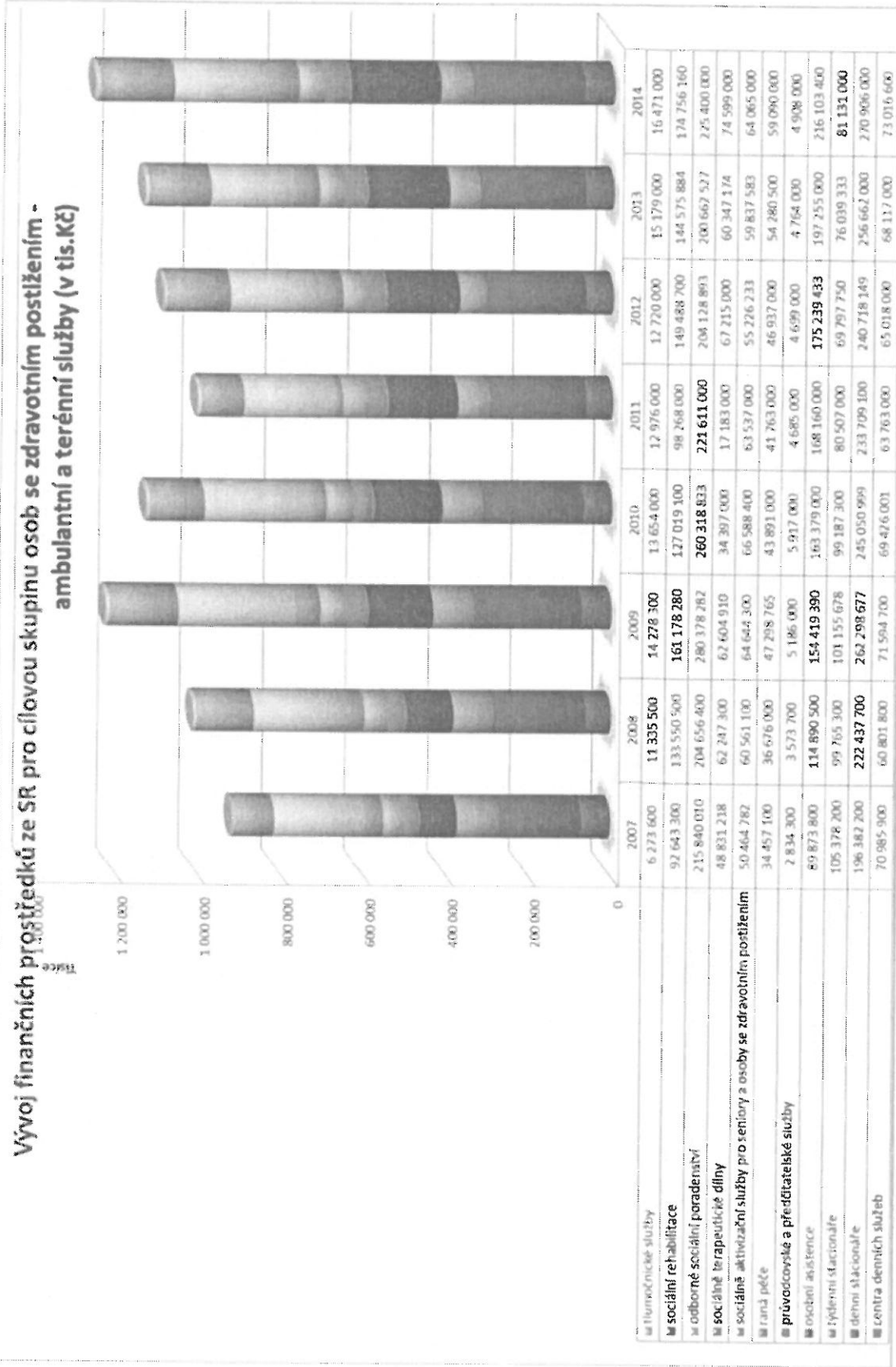


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
chráněné bydlení	111	113	131	140	143	168	176
domovy se zvláštním režimem	141	158	174	184	191	288	255
domovy pro osoby se zdravotním postižením	225	224	217	214	210	235	212

Komentář:

Po klesající tendenci do krizového roku 2012 dochází opět k nárůstu finančních prostředků pro pobytové služby pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením. Vzhledem k probíhající transformaci zařízení pobytových sociálních služeb lze vysledovat alokaci finančních prostředků mezi DOZP a CHB. Podobný vývoj lze sledovat i co do počtu jmenovaných druhů sociálních služeb.

Vývoj finančních prostředků ze státního rozpočtu pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením – ambulantní a terénní služby (v tis.Kč)

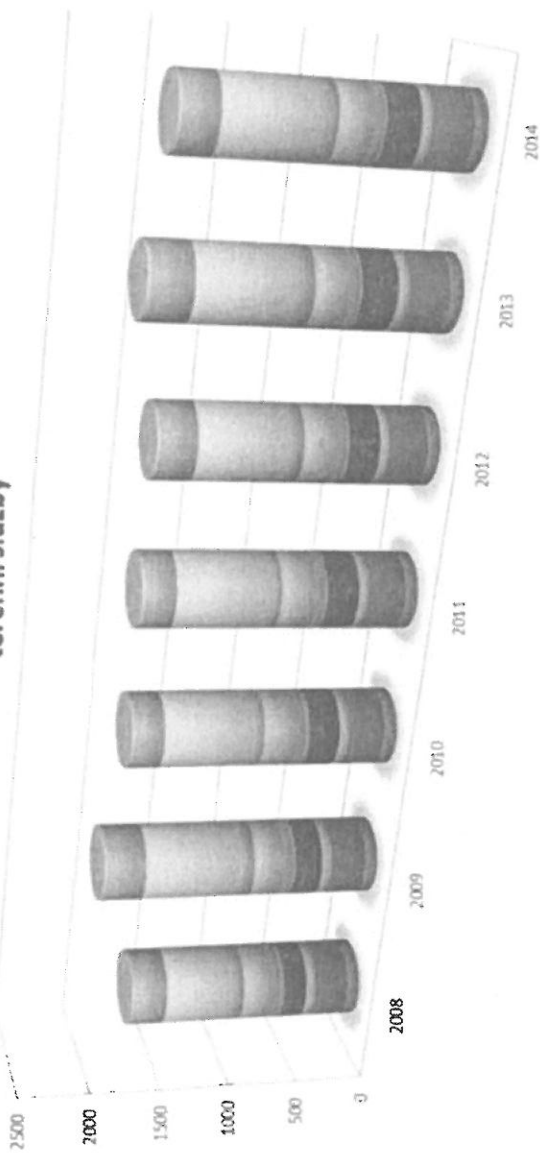


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Celkový součet
centra denních služeb	70 985 900	60 801 800	71 594 700	69 426 001	63 763 000	65 018 000	68 117 000	73 016 600	542 723 001
denní stacionáře	196 382 200	222 437 700	262 298 677	245 050 999	233 709 100	240 718 149	256 662 000	270 906 000	1 928 164 825
týdenní stacionáře	105 378 200	99 765 300	101 155 678	99 187 300	80 507 000	69 797 750	76 039 333	81 131 000	712 961 561
osobní asistence	89 873 800	114 890 500	154 419 390	163 379 000	168 160 000	175 239 433	197 255 000	216 103 400	1 279 320 523
průvodcovské a předčitatelské služby	2 834 300	3 573 700	5 186 000	5 917 000	4 685 000	4 699 000	4 764 000	4 908 000	36 567 000
raná péče	34 457 100	36 676 000	47 298 765	43 891 000	41 763 000	46 937 000	54 280 500	59 090 000	364 393 365
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby	50 464 782	60 561 100	64 644 300	66 588 400	63 537 000	55 226 233	59 837 583	64 065 000	484 924 398
sociálně terapeutické dílny	48 831 218	62 247 300	62 604 910	34 397 000	17 183 000	67 215 000	60 347 174	74 599 000	427 424 602
odborné sociální poradenství	215 840 010	204 656 400	280 378 282	260 318 833	221 611 000	204 128 893	200 662 527	225 400 000	1 812 995 945
sociální rehabilitace	92 643 300	133 550 500	161 178 280	127 019 100	98 268 000	149 488 700	144 575 884	174 756 160	1 081 479 924
tlumočnické služby	6 273 600	11 335 500	14 278 300	13 654 000	12 976 000	12 720 000	15 179 000	16 471 000	102 887 400

Komentář:

Od roku 2011 dochází k nárůstu finančních prostředků pro terénní a ambulantní služby pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením. Za jeden z možných důvodů nárůstu objemu finančních prostředků je možno považovat probíhající transformace pobytových zařízení sociálních služeb a přesunutí finančních prostředků do ambulantních a terénních sociálních služeb. Podobně lze toto sledovat i u počtu sociálních služeb ambulantní a terénní formy pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením.

Vývoj počtu sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením - ambulantní a terénní služby



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
■ tuzemské služby	31	34	34	36	37	37	36
■ sociální rehabilitace	218	251	189	190	229	262	229
■ odborné sociální poradenství	482	688	636	670	618	663	646
■ sociálně terapeutické dílny	87	90	60	47	88	110	89
■ sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	215	219	239	241	227	228	217
■ raná péče	57	57	58	58	61	67	79
■ průvodcovské a předčitatelské služby	32	29	28	23	22	17	15
■ osobní asistence	170	190	213	270	208	239	226
■ týdenní stacionáře	74	80	76	73	71	76	70
■ denní stacionáře	237	244	249	249	250	266	264
■ centra denních služeb	92	91	95	93	88	89	91