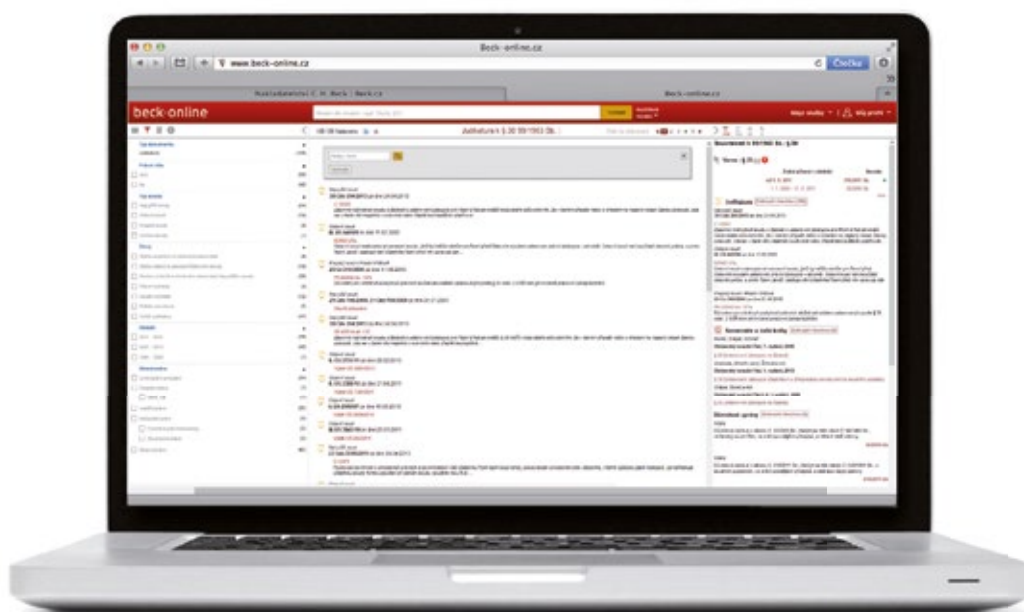


**Profesor PAVEL KLENER:
Problém cílené
léčby hraničí
s etikou
a filosofií**

beck-online

Vítejte ve světě komentářů Nakladatelství C. H. Beck, perfektně zpracované judikatury a předpisů!



MĚJTE VŠE VŽDY PO RUCE

Více informací a jejich provázání znamená jistotu, že vše, co potřebujete, je vždy aktuální a dostupné v jedné databázi.

POZNEJTE KVALITU BECK-ONLINE

Vysoká kvalita byla a bude vždy naším standardem. Jak v případě knih, tak v případě beck-online.

NEZTRÁCEJTE CENNÝ ČAS

Beck-online věnuje maximální pozornost vyhledávání, provázání informací a omezení kliků na nezbytné minimum.

NECHTE SI PORADIT

Využijte odbornou konzultaci k beck-online. Naše školené právníky zastihnete osobně nebo na telefonu.

Domluvte si schůzku s naším konzultantem:

273 139 222

www.beck-online.cz

Vážení čtenáři,
otvíráte nové číslo našeho časopisu, jehož hlavním tématem jsou bariéry, které jsou v České republice systémově vytvořeny k omezení přístupu pacientů k moderní léčbě, jako je například léčba biologická. I když jsou moderní léky v České republice mnohem dostupnější než v dalších východoevropských zemích, přesto je to dnes velké téma. České zdravotnictví bylo vždycky na vysoké úrovni a právě v dostupnosti nových léčebných metod začínáme zaostávat za vyspělými západními zeměmi. Proto jsme toto téma otevřeli, a to nejen v našem časopise. Je to téma, kterému se NRZP ČR v současnosti intenzivně věnuje.

Samozřejmě se zabýváme i dalšími tématy, o nichž jsme psali již v prvním letošním čísle. Jsou to především poukázky v hmotné nouzi, snižování náhrad za ztrátu na výděлку či inkluzivní vzdělávání. Věřím, že se Vám nové číslo časopisu bude líbit a že v něm najdete mnoho potřebných informací.

Přeji vám příjemné jarní dny.



Václav Krása
předseda NRZP ČR



- 04 Václav Krása:** Bariéry v dostupnosti léčby
- 07 Václav Krása:** Ivana Plechatá: Odpor proti změně zákona bude znatelný
- 09 Václav Krása:** Profesor Pavel Klener: Problém cílené léčby hraničí s etikou a filosofií
- 14 Michal Dvořák:** Jubilejní patnáctý ročník cen MOSTY
- 18 Václav Krása:** Jiří Bartoška: Bariéry si vytváříme hlavně sami v sobě
- 20 Sabrina Plisková:** Hanka Křížková: Každý rok si říkám, že uberu
- 22 Václav Krása:** O poukázkách v hmotné nouzi se jedná již v Parlamentu
- 23 Václav Krása:** Radka Maxová: Poukázky v hmotné nouzi jsme jako Sněmovna nezvládli
- 26 Václav Krása:** NRZP ČR dál prosazuje změny v náhradách za ztrátu na výděлку
- 27 Radka Svatošová:** Vyhláší se šestý ročník ceny Duhové křídlo!
- 28 Jana Petrová:** Okénko do poraden NRZP ČR
- 30 Martina Přibyllová:** Jaro české psychiatrie: nové skutečnosti, nové otázky
- 33 Ondřej Folk:** Evropský akt přístupnosti
- 34 Kateřina Havelková:** Informovaný souhlas aneb Vaše slovo rozhoduje
- 38 Lenka Gajdová:** Olivova dětská léčebna v Říčanech bilancuje
- 40 Tomáš Pchálek:** „7 statečných“
- 42 Jaroslav Paur:** Z historie spolků a organizací zdravotně postižených – dokončení
- 44 Roman Lupoměský:** Cíle udržitelného rozvoje z pohledu nevládních organizací IDA a IDDC
- 45 Roman Lupoměský:** Čeká inkluzi černá, nebo růžová budoucnost?
- 46 Radek Joklík:** Sté narozeniny letos slaví i československá železnice
- 48 Jindra Tužilová:** ASEKOL pomáhá potřebným
- 51 Emil Ondra:** Cesta životem, nejen autobusem
- 52 Radka Svatošová:** Bylinky pro zdravé srdce a cévy
- 54 Helena Latislavová:** XIII. ročník celostátní soutěže o Cenu Modrého slona byl vyhlášen
- 56 Eva Kaštovská:** Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje slaví patnácté narozeniny

Bariéry v dostupnosti léčby

Pacienti se znepokojením vnímají bariéry, které jsou v České republice systémově vytvořeny k omezení jejich přístupu k moderní léčbě. NRZP ČR se domnívá, že pacient by měl být léčen způsobem, který pro něj individuálně stanoví jeho ošetřující lékař jako ten nejlepší možný. Nové moderní léky mají významný medicínský přínos a často představují průlomové řešení léčebných potřeb těch, jejichž problémy dosavadní léčba nedokázala řešit vůbec nebo dostatečně efektivně.

Oceňujeme, že Česká republika si v oblasti dostupnosti moderních léků vede lépe než země východní Evropy, ale věříme, že se při kvalitě českého zdravotnictví chceme srovnávat spíše se zeměmi Evropy západní. V tomto srovnání přitom značně zaostáváme. Nejenže se již od roku 2008 potýkáme s příliš dlouhými lhůtami pro rozhodování o úhradě léčiv (průměrná doba vstupu nového léčiva do systému úhrad je 18 měsíců, což je třikrát více než zákonná lhůta šesti měsíců), ale mnoho léků do systému úhrad ani nikdy nevstoupí nebo z něj po nějaké době vypadne. Přetrvávajícím rysem tohoto rozhodování je jeho nepředvídatelnost, na což doplácí zejména pacienti.

Chápeme, že rozpočty veřejného zdravotního pojištění nejsou bezedné. Věříme ale, že správné rozložení zdrojů, včetně úspor ze stále se snižujících cen starších léků, by mohlo pokrýt všechny léčebné potřeby pacientů, a to i včetně dosud nehraných léčiv. Pacientům dnes bohužel nezbyvá nic jiného než být vystaveni kvazisprávnímu rozhodování zdravotních pojišťoven o úhradě dle tzv. § 16 zákona č. 48/1997 Sb.,

o veřejném zdravotním pojištění, kde však neexistuje možnost odvolání k nezávislému orgánu druhé instance. Navíc se rozhodování různých zdravotních pojišťoven výrazně liší, takže nelze hovořit o rovnoprávném přístupu k léčbě a systém připomíná spíše loterii. Je jisté, že na tyto situace doplácí jednotliví pacienti. Z dopisů, které dostáváme, jsme zjistili, že prvotní bariérou, kterou musí pacient usilující o úhradu jinak nehraných léčby zdolat, je nedostatek informací a neznalost vlastních práv a právních předpisů.

NRZP ČR se rozhodla aktivně zapojit do snahy zlepšit situaci pacientů, kteří potřebují extra drahou léčbu a současný systém jim často tuto možnost nedává. Proto jsme se 28. února sešli s odborníky na tuto problematiku, abychom se s nimi poradili, jak postupovat. Naše pozvání přijali pan profesor Pavel Klener ze Všeobecné fakultní nemocnice Praha, paní docentka Petra Tesařová

z Fakultní nemocnice Motol, Mgr. Šárka Slavíková ze sdružení Amélie a PhDr. Ivana Plechatá z Ústavu lékového průvodce. Dále se schůzky zúčastnili zástupci NRZP ČR. Rozhodli jsme se, že se pokusíme o malou legislativní změnu v § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Abychom našim čtenářům přiblížili problematiku drahé, obtížně přístupné zdravotnické péče, požádali jsme o rozhovor pana profesora Klenera a paní doktoru Plechatou.



Jak se dostane nový lék na český trh?

Registrace nového léku

Každý léčivý přípravek musí být před uvedením na český trh registrován. V Evropské unii léky registruje Evropská léková agentura (EMA), registraci pro Českou republiku vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Během registračního procesu je hodnocena bezpečnost, účinnost a kvalita léku.

Stanovení ceny a úhrady léku

Výrobce léku, který chce, aby byl lék v České republice hrazen z veřejných prostředků, musí zažádat o stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Rozhodnutí vydává SÚKL. Lhůta pro toto rozhodnutí je zákonem stanovena na 165 dní. Šetření společnosti iHETA však poukazuje na to, že průměrná doba do vydání rozhodnutí bývá i více než dvakrát delší. Náš systém patří k nejpomalejším v Evropě.

Cenu léku navrhuje žadatel o stanovení úhrady (výrobce, distributor léku). Maximální cenu a úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění však určuje SÚKL ve správním řízení. Žadatel předkládá podklady dokazující přidanou hodnotu nové léčby (účinnost a/nebo bezpečnost léku). Hlavním opěrným bodem pro rozhodování SÚKL je posouzení celkové výše nákladů, které by byly vydány na novou léčbu, a/nebo poměr nákladů a přínosů oproti stávajícím možnostem léčby.

Maximální cena léku je určena jako průměr tří nejnižších výrobních cen v zemích tzv. referenčního koše (18 zemí EU). Cena výrobce může být nižší než maximální cena léku, nikdy však vyšší. Konečná (prodejná) cena léku pro pacienta v lékárně se vypočítá jako součet ceny výrobce, obchodní přírážky a DPH. Úhrada léku ze zdravotního pojištění se stanovuje na úrovni nejnižší ceny daného léku ze všech států EU. Cenová hladina léků v ČR je tedy na úrovni nejnižších cen v EU. Podrobnější informace lze nalézt v publikaci, která je zdarma ke stažení na webu olecích.cz či v brožurě Léky pod kontrolou na webu lekovypruvodce.cz.

POZOR!

CENA LÉKU NENÍ ÚHRADA!

CENA LÉKU je maximální cena, za kterou může být lék prodáván pacientovi. ÚHRADA LÉKU je částka, kterou uhradí pojišťovna zdravotnickému zařízení nebo lékárně.

ROZDÍL MEZI CENOU A ÚHRADOU LÉKU SE OZNAČUJE JAKO DOPLATEK.

SÚKL posuzuje léky z pohledu takzvané ochoty platit za léčbu, jejíž hranice je v České republice stanovena na 1,2 mil. Kč. Jde o hranici nákladové efektivity léku za rok života v plné kvalitě (QALY: Quality Adjusted Life Year – kvalitou vážený rok života).

Úhrada, kterou SÚKL určí, je platná na dobu neurčitou (trvalá úhrada), respektive do příští revize. Výjimkou jsou tzv. vysoce inovativní léčivé prostředky (VILP), které jsou posuzovány v jiném režimu. SÚKL uděluje těmto lékům dočasnou úhradu na maximálně tři roky. Pokud během této doby lék prokáže klinický přínos a nákladovou efektivitu, je možné požádat o stanovení trvalé úhrady.

Co může být příčinou nedostupnosti léčby?

Léčivé přípravky mohou být českým pacientům nedostupné z několika důvodů:

a) Výrobce se rozhodne neuvádět lék v České republice.

b) Výrobce požádal o stanovení ceny a úhrady. Probíhá správní řízení, ale SÚKL zatím nevydal pravomocné rozhodnutí.

c) Skončila dočasná úhrada vysoce inovativního léčivého prostředku a léku nebyla přiznána úhrada trvalá.

d) SÚKL vydal pravomocné zamítavé rozhodnutí o stanovení ceny a úhrady.

Ve všech těchto případech není zdravotní pojišťovna podle zákona oprávněna daný léčivý přípravek hradit. Existují však výjimky, kdy může pojišťovna jinak nehrazený léčivý přípravek pacientům uhradit. Tyto výjimky upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění a zákon o léčivech.



MIMOŘÁDNÁ ÚHRADA

§ 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění

- (1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.
- (2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotních služeb podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.

MIMOŘÁDNÝ DOVOZ

§ 8 odstavec 3 zákona o léčivech

- (3) Při poskytování zdravotních služeb jednotlivým pacientům může ošetřující lékař za účelem poskytnutí optimálních zdravotních služeb předepsat nebo použít i léčivé přípravky neregistrované podle tohoto zákona, pouze za situace, kdy zároveň
 - a) není distribuován nebo není v oběhu v České republice léčivý přípravek odpovídajícího složení nebo obdobných terapeutických vlastností, který je registrován,
 - b) jde o léčivý přípravek, který je I. již registrovaný v jiném státě, nebo II. přípravkem pro moderní terapie, jehož výrobce je držitelem povolení ▶

k výrobě dané lékové formy v rozsahu odpovídajícím povolení k výrobě hodnocených léčivých přípravků vydaným Státním ústavem pro kontrolu léčiv,
c) takový způsob je dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky a
d) nejde o léčivý přípravek obsahující geneticky modifikovaný organismus

Další bariéry v přístupu k léčbě

Vedle překážky, kdy léčivý prostředek není v České republice dostupný nebo není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, může pacient individuálně narazit i na další bariéry:

1) Indikační omezení

Pokud léčivý přípravek úspěšně projde správním řízením a je mu stanovena úhrada, jsou mu rovněž stanoveny podmínky této úhrady ze zdravotního pojištění. Jednou z těchto podmínek úhrady je tzv. indikační omezení, které omezuje okruh pacientů, jimž může být lék předepsán, a to tím, že bude hrazen jen v některých indikacích, nikoli ve všech možných indikacích tohoto léku.

2) Preskripční omezení

Dalším omezením je tzv. preskripční omezení. Jedná se o zúžení okruhu lékařů, kteří mohou lék předepisovat. Pacient, který daný lék potřebuje, jej tedy může dostat předepsaný pouze od lékaře konkrétní odbornosti.

3) Vykazovací omezení (limit)

Úhrada léku ze zdravotního pojištění může být vázána pouze na poskytnutí ambulantního ošetření či na koncentrování péče do tzv. specializovaných center (vybraná lékařská zařízení). Léky, které mohou být podávány pouze ve specializovaných centrech, se označují jako tzv. centrové. Jedná se v podstatě o všechny tzv. moderní a nákladné léky. Pokud by pacientovi moderní centrový lék pomohl, měl by být svým ošetřujícím lékařem odeslán co nejdříve do specializovaného centra.

4) Systém financování poskytovatelů zdravotních služeb

Zdravotní pojišťovny uzavírají každý rok s poskytovateli zdravotních služeb dohody o rozpočtech na péči. Systém těchto dohod ale není dokonalý a v některých případech nezajistí pokrytí veškeré potřebné zdravotní péče v konkrétním zařízení. Výjimečnou úhradu léku podle § 16 platí většinou poskytovatel zdravotních služeb ze svého předem dohodnutého rozpočtu, přičemž některé zdravotní pojišťovny hradí tyto výjimečné náklady navýšením tohoto rozpočtu.

V případě běžně hrazené léčby je zdravotní pojišťovna povinna pacientovi léčbu zajistit (může doporučit i jiného poskytovatele zdravotních služeb).

5) Nedostatečné informace o možnostech léčby

Pacient má ze zákona právo být lékařem v dostatečném rozsahu informován o všech léčebných možnostech, které jsou pro něj z hlediska jeho diagnózy a aktuálního zdravotního stavu neúčinnější, a to včetně léčby, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Na rozdíl od minulosti, kdy o léčbě rozhodoval především lékař, se v současnosti prosazuje přístup, kdy je rozhodování o možnostech léčby sdílené lékařem a pacientem. Pokud pacient zvolí léčbu, která není hrazena ze zdravotního pojištění, musí si ji uhradit sám.

SECOND OPINION: PRÁVO NA DRUHÝ NÁZOR

Každý pacient má právo zkonzultovat svůj zdravotní stav s dalším lékařem. Může požádat o tzv. druhý názor (second opinion) a posouzení navrženého léčebného postupu.

Jak řešit bariéry v dostupnosti léčby?

Pokud se pacient či jeho blízcí setkají s jakýmkoli problémem s dostupností hrazené zdravotní péče, potřebují poradit s právy pacienta dle nových právních předpisů nebo pokud potřebují pomoc při komunikaci s lékaři, nemocnicemi či zdravotními pojišťovnami, mohou se obracet na Ústav lékového průvodce. Významnou pomoc jim mohou nabídnout i pacientská sdružení, která se v problematice daného onemocnění orientují a mohou poskytnout radu, vždy přesně přizpůsobenou konkrétnímu případu a příběhu pacienta.

Pokud pacientovi zdravotní pojišťovna odmítá uhradit léčbu, která je pro něj medicínsky nejlepší (stanovisko ošetřujícího lékaře), má obecně následující možnosti:

- a) Zaplatit takovou léčbu ze svých vlastních prostředků.
- b) Zažádat zdravotní pojišťovnu o mimořádnou úhradu léčby s odůvodněním, že se jedná o jedinou možnost péče dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V případě, že pojišťovna tuto žádost zamítne, má právo se odvolat proti takovému rozhodnutí. Pokud ani odvolání není v pacientův prospěch, lze v nejzazších případech přistoupit k soudnímu řízení.
- c) Pokud jednání s pojišťovnou selže a pacientův ošetřující lékař je přesvěd-

čen, že se jedná pro pacienta o jedinou možnost léčby, může pacient změnit zdravotní pojišťovnu a znovu se pokusit zažádat o mimořádnou úhradu novou zdravotní pojišťovnu. Pokud je o změnu zdravotní pojišťovny zažádáno v období od 1. ledna do 31. března, pacient se stane klientem nové zdravotní pojišťovny od 1. července. Pokud o přeregistraci zažádá mezi 1. červencem a 30. zářím, klientem nové pojišťovny se stane k 1. lednu následujícího roku.

Nárok na mimořádnou úhradu péče jinak nehrazené – § 16

Jak již bylo zmíněno výše, zákon o veřejném zdravotním pojištění umožňuje výjimku, kdy připoštlí pro pacienta možnost úhrady jinak nehrazeného léku dle § 16. O výjimku žádá pacient-pojištěnec s podporou lékaře, který dodá medicínské odůvodnění žádosti. Pro přiznání mimořádné úhrady musí být splněna podmínka, že se jedná o jedinou možnost léčby z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Skutečnost, že se jedná o jedinou možnost léčby, musí být v žádosti uvedena. Žádost schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny.

- Pokud je nehrazená léčba skutečně jedinou možností, revizní lékař pojišťovny by ji měl schválit a příslušná pojišťovna pak pacientovi uhradit.
- Pokud revizní lékař zamítne žádost z důvodu, že pacient může užívat jiný, hrazený lék, měl by vždy také poskytnout odůvodnění svého rozhodnutí, vyjádřit se k lékařským argumentům a navrhnout hrazenou alternativu léčby.

Pacient se vždy může proti zamítavému rozhodnutí odvolat, o odvolání rozhoduje zdravotní pojišťovna. V případě, že je i po odvolání stanovisko zdravotní pojišťovny zamítavé, má pacient možnost obrátit se na soud, který rozhodne o jeho nároku.

V případě potřeby se může též kdykoli obrátit na pacientské organizace.

PODÁNÍ ŽÁDOSTI O MIMOŘÁDNOU ÚHRADU LÉČBY PODLE § 16

Posouzení žádosti revizním lékařem pojišťovny

Kladné

posouzení žádosti → úhrada léčby

Zamítnutí žádosti → současné poskytnutí odůvodnění stanoviska a navržení srovnatelné účinné hrazené léčby

→ odvolání

→ soudní spor

Kdykoli během procesu:

spojení se s pacientskou organizací



Ivana Plechatá
z Ústavu lékového
průvodce:

změně zákona bude znatelný

Paní doktorko, v minulosti jsme se potkávali v politice, protože jsme byli oba poslanci. Poté jste vedla Domov Sue Ryder v Praze. Můžete čtenářům přiblížit, co to bylo za práci?

Domov Sue Ryder nabízel na tehdejší dobu poměrně komplexní zdravotně sociální služby pro lidi v seniorském věku, ať už to byly dlouhodobé či přechodné pobytové služby, služby denního centra či poradenství, stravování včetně dietního, akce pro volný čas a podobně. Měli jsme poměrně široký záběr. Domov jsem vedla asi sedm let. Následně jsem byla naším britským partnerem požádána o koordinaci projektů Sue Ryder v Evropě a Africe, které byly také zdravotně sociálního zaměření. Na Balkáně šlo zejména o projekty paliativní péče, to znamená péče o vážně nemocné na sklonku života, jiné projekty se týkaly chronicky nemocných, například astmatiků v africkém Malawi. Tím jsem se zabývala do roku 2009. Pak se narodila dcera a bylo jasné, že s cestováním je na nějakou dobu konec. Když jsem se zhruba po roce vracela do zaměstnání, začala jsem uvažovat o změně. Tehdy mi bylo profesorem J. Štěrbou, tehdejším proděkanem z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a přednostou kliniky dětské onkologie v Brně nabídnuto, abych tam zkusila pomoci s dostupností léčby pro onkologicky nemocné děti. Léčba dětí s onkologickým onemocněním totiž spočívá až v 80% v podávání léků v takzvané off-label režimu. To znamená, že se léky nepodávají v souladu s indikačními a preskripčními doporučeními tak, jak je lék registrován

v České republice nebo i jinde v Evropě, ale v souladu s takzvanými akademickými studiemi. Ta léčba je sice vysoce efektivní a zvýšilo se díky ní významně přežití dětí, ale lékaři musí využít takzvaný §16, takže chtěli mít právní jistotu takového off-label podání a zdravotnická zařízení zase jistotu, že jim tato léčba bude pojišťovny placena. To se nakonec podařilo a já se tím dostala k lékové politice, kterou se zabývám od roku 2010 do současnosti.

Pro čtenáře bychom měli možná doplnit, že §16 máte na mysli ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které umožňuje pacientovi za určitých podmínek poskytnutí jinak nehrzené léčby...

Ano, tento paragraf umožňuje na základě žádosti k příslušné pojišťovně pacienta a po odsouhlasení revizním lékařem pojišťovny uhrazení léků, které nemají úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Mělo by to být v mimořádných případech, kdy pro pacienta neexistuje žádná jiná alternativa hrazené léčby.

V současné době není situace v této oblasti úplně dobrá, protože dostupnost nových, většinou dost nákladných léčivých postupů nebo léků se stává jedním z tíživých problémů českého zdravotnictví. NRZP ČR se do toho rozhodla vstoupit, neboť se na nás s tímto problémem obracují desítky lidí. Proto jsme oslovili vás, pana profesora Klenera, paní docentku Tesařovou a další odborníky. Co by se podle vás mělo v České republice změnit? Jak je to

jinde v Evropě, kterou máte v této oblasti dobře zmapovanou?

Předně je třeba říci, že všechny vyspělejší země řeší napjaté rozpočty ve zdravotnictví a hledají další zdroje pro vstup nových léků do systémů solidárních pojištění. Určitě v tom nejsme osamoceni. Inovativní (originální) léky jsou mimo jiné tak nákladné proto, že celý proces jejich vývoje, klinické zkoušení, tedy zjišťování, jak jsou účinné a bezpečné, je nesmírně složitý a dlouhý. Trvá v průměru 10 až 15 let a náklady se pohybují až kolem jedné miliardy dolarů na jeden lék. Vývoj některých může být ještě dražší. Jakmile vyprší zákonná ochrana léků (v Evropě kolem 10 let), tak zlevňují. Je ale pochopitelné, že český pacient chce léky, které prokázaly účinnost, hned když jsou odsouhlasené a zaregistrované v Evropě. Většina léků inovativních je registrována centrálně na úrovni EU. Stanovení ceny a úhrady léku je ale ponechána na národních regulačních úřadech. V našem případě je to Státní ústav pro kontrolu léčiv. Dostupnost některých nových léků (např. na některé onkologické diagnózy či vzácná onemocnění) je v současnosti u nás problematická, a to z toho důvodu, že stále trvá déle a déle, než je léku na žádost výrobce stanovena cena a úhrada. Jak již bylo řečeno, tyto léky jsou drahé (např. desítky tisíc korun za měsíční léčbu) a pro většinu lidí je nepředstavitelné, že by si takovou léčbu mohli hradit ze svého. Celé správní řízení o ceně a úhradě by mělo podle zákona trvat 165 dnů, existují ale jasná data, která hovoří o tom, že v průměru to trvá více jak 400 dní a nejsou výjimkou i roky. A to je problém. ➤

Jak je to možné?

Důvodů, proč se celý systém stanovení ceny a úhrady stále více prodlužuje, může být více, ale v poslední době se ukazuje, že hlavními problémy jsou složitost posuzování, nedostatek kapacit na straně SÚKL či neschopnost stanovit priority, například u diagnóz, kde žádný účinný lék dosud není. V rámci registrace léku na evropské úrovni se lék hodnotí z hlediska bezpečnosti a účinnosti, zkrátka na základě klinických dat. U nás se hodnotí z hlediska toho, zda ho finančně ustojí veřejný systém, zda na něj bude náš stát mít. Existují dost rigorózní ekonomické ukazatele, které hodnotí míru přínosu versus nákladu léku, je uplatňovaná takzvaná hranice ochoty platit za rok života, která je dnes taxativně stanovena na 1,2 milionu korun. Pokud lék tuto hranici překročí, potom je pokládán za nákladově neefektivní a Státní ústav pro kontrolu léčiv mu dá stopku, popřípadě doporučí výrobci, aby se domluvil s plátcí (tedy zdravotními pojišťovnami), za jakých podmínek budou lék hradit. Do hry pak vstupují různé dohody o sdílení rizik, sdílení nákladů a podobně.

Kdybych to trochu odlehčil, znamená to, že rok života nesmí stát více než 1,2 milionu korun?

Ano, asi tak. Vytvořili jsme si v České republice velmi složitý proces, náročný na čas i lidské kapacity, jsme sice hrdí, jak je transparentní a odborně propracovaný, ale momentálně trochu dusí sám sebe. Ukazuje se, jak je velice robustní, těžkopádný a nepružný. Jsem velmi ráda, že současné vedení Státního ústavu pro kontrolu léčiv, ale i současné vedení ministerstva zdravotnictví začíná uvažovat o tom, že by tento systém měl být zrevidován, a to právě kvůli tomu, aby se skutečně účinné léky, které prodlužují přežití pacienta a zlepšují kvalitu jeho života, dostaly k českým pacientům daleko rychleji. Na nás teď bude – když hovořím za patientské organizace a různé advocacy group hájící práva pacientů na včasnou a efektivní léčbu – abychom do tohoto rozhodování vstoupili v momentu vytváření nové legislativy i nové metodiky. Pacienti nebo i NRZP ČR by měli legislativní proces připomínkovat a měli by mít v něm formální postavení. Jejich hlas by měl být v průběhu stanovování cen a úhrady slyšen, jak je to celkem běžné ve Velké Británii, Nizozemí a dalších státech.

Ministr zdravotnictví zřídil patientskou radu, která rozvíjí poměrně bohatou činnost, má radu komisí, což je v zásadě dobře, ale je to běh na dlouhou trať. Jak se ale zachovat, když lékař pacientovi řekne,

Je velmi důležité, aby jak v odvolání, tak v první žádosti na §16 bylo lékařem jasně řečeno, že pro pacienta není jiná alternativa léčby. To je klíčová věta, kterou požaduje zákon. Lékař musí ze současného vědeckého poznání doložit, že to je pro pacienta jediná možná léčba.

že jeho dosavadní léčba už není účinná a musel by použít jiný přípravek, který ale není hrazen z veřejného pojištění. Co má člověk v takové situaci dělat?


Pacient se v první řadě musí skutečně od svého lékaře dozvědět všechny možnosti léčby svého onemocnění, včetně takových, které nejsou hrazeny z pojištění. Je pak a něm, zda se rozhodne takovou léčbu hradit ze svého (ne každá léčba stojí desetitisíce) nebo využije institutu právě již zmiňovaného §16 zákona o veřejném zdravotním pojištění o mimořádné úhradě jinak nehrazeného léku. Žádost na příslušnou pojišťovnu podává většinou lékař, ale pacient by s tím měl být minimálně seznámen. Žádost na pojišťovnu posuzuje její revizní lékař a pošle vyrozumění, zda léčbu pojišťovna uhradí, či nikoli. Zejména ve vážných stavech by to mělo být bez zbytečného prodloužení. Pokud je vyřízení žádosti kladné, pacient má vyhráno a léčbu dostává. Vyhraná věc to nemusí být vždy pro zdravotnické zařízení, které léčbu poskytuje, protože ji nemusí dostat od pojišťovny proplacenu navíc, ale pouze v předem odsouhlaseném paušálu, který je většinou již tak napjatý. Pokud je pacientovi léčba zamítnuta, má právo na odvolání. Je velmi důležité, aby jak v odvolání, tak v první žádosti na §16 bylo lékařem jasně řečeno, že pro pacienta není jiná alternativa léčby. To je klíčová věta a požadavek zákona. Lékař toto tvrzení musí také odborně doložit. Pokud je i odvolání zamítnuto, má pacient možnost podat žalobu (třeba i s pomocí některé zkušené patientské organizace, NRZP ČR) a věřit, že soud bude rychle konat. Už máme precedenty, že soud někdy skutečně koná rychle, a v poslední době se dvakrát stalo, že soud pacientovi úhradu přiznal i přes původně zamítavé stanovisko zdravotní pojišťovny. Vždy ale soud posuzuje konkrétního pacienta, jeho zdravotní stav a mimořádnost situace.

V naší pracovní skupince jsme připravili drobnou změnu §16, nyní je otevřen zákon o veřejném zdravotním pojištění, tak se budeme snažit tu drobnou změnu prosadit. Věřím, že by to mohlo pomoci.

Odpor proti tomu bude znatelný, to si všichni uvědomujeme. Již nyní výdaje pojišťoven na §16 významně narůstají. Podle mého jsou ale důvodem zejména neúměrně dlouhé lhůty pro vstup nových léků do systému a již nevyhovující systém regulace léků. Pokud jde o případnou úpravu §16, jde o to, aby byla šířeji posouzena konkrétní indikace léčby, konkrétní zdravotní stav pacienta a aby to nebyla jenom jediná možná varianta, ale aby to byla klinicky nejlepší varianta léčby. Domnívám se také, že revizní lékař, který stav pacienta posuzuje, by měl mít odpovídající odbornost.

Tak to ale bohužel není. Revizní lékaři zdravotních pojišťoven zpravidla nemají tak úzkou aprobaci a spíš podléhají názoru ekonomické nákladovosti, nemám pravdu?

Bohužel mají svou metodiku a argumentují tím, že se řídí přesným zněním zákona o jediné možné variantě léčby. Jenže vědecké poznatky jsou dnes tak daleko a vějíř léčebných možností tak široký, že ve většině případů skutečně existují další varianty léčby, i když ne tak efektivní s ohledem na délku přežití pacienta, dobu do progresu onemocnění či zlepšení kvality života. Příkladem mohou být například pacientky s rakovinou prsu. Tam jen těžko může lékař prohlásit, že vyčerpal všechny dostupné možnosti hrazené léčby, když žádá o nový lék, který vykazuje ve studiích významné benefity oproti stávající léčbě. Tady se musíme posunout nejen změnou zákona, ale také zajistit informovanost pacientů, na co mají nárok. Nejsme na tom jako Češi dobře se zdravotní gramotností, a pokud jde o lékovou, tak je to ještě horší. Proto teď pomáháme patientským organizacím šířit povědomí o právech pacientů a například ONKO Unie vydala brožuru Jak překonat bariéry v dostupnosti léčby. Jsem moc ráda, že NRZP ČR o tuto brožuru projevila zájem a má ji na svých stránkách. Jsou v ní vysvětleny všechny bariéry v přístupu k moderní léčbě včetně doporučení, jak tyto bariéry překonat.



Problém cílené léčby hraničí s etikou a filosofií, říká v rozhovoru pro Mosty profesor Pavel Klener

**Pane profesore, my už jsme se v životě
mnohokrát potkali. Někteří čtenáři vás ale
nemusejí příliš znát, mohli byste krátce
popsat svůj profesní život?**

Vystudoval jsem Fakultu všeobecného lékařství v roce 1961 a v roce 1988 jsem byl jmenován profesorem. V letech 1989 až 1990 jsem působil jako ministr zdravotnictví a sociálních věcí v české vládě. V roce 2003 jsem získal státní vyznamenání za zásluhy o stát v oblasti vědy a v roce 2012 jsem obdržel hlavní Národní cenu vlády Česká hlava za průkopnictví v zavádění chemoterapie zhoubných nádorů do klinické praxe. Publikoval jsem řadu učebnic z oblasti onkologie a téměř dvacet monografií, samozřejmě některé ve spolupráci s dalšími kolegy, a také jsem se velmi věnoval pedagogické činnosti jako docent a profesor 1. lékařské fakulty. Také jsem 12 let působil jako prorektor Univerzity Karlovy pro vědu.

To je opravdu velmi bohatý profesní život. Nepochybně to svědčí o tom, že jste mimořádně aktivní a po celý svůj život jste velmi usilovně pracoval. Dlouhá léta jste uznávaným odborníkem na onkologickou léčbu. Jaké vidíte milníky v léčbě rakoviny a kudy se podle vás bude léčba této nemoci v budoucnu ubírat?

Není jednoduché podat přehled milníků, které zásadně ovlivnily úroveň diagnostiky a léčby nádorových onemocnění. V oblasti diagnostiky měl nepochybně význam rozvoj molekulární biologie a genetiky, který umožnil upřesnit mechanismus vzniku některých nádorových onemocnění, a s tím souvisel rozvoj metod, kterými lze rozvoj nádorového onemocnění včas zachytit. K přesnější diagnostice v posledním desetiletí přispěly i technické novinky v zavádění diagnostických přístrojů, například v zobrazovacích metodách, ale i v oblasti léčby nádorových onemocnění bylo v posledním deseti-

letí dosaženo pokroku u všech modalit protinádorové léčby. Hlavní modalit léčby nádorových onemocnění jsou v podstatě tři – chirurgická léčba, léčba zářením a chemoterapie. V poslední době přispívá velmi významně i imunoterapie.

V chirurgické léčbě nádorů se rozšířily endoskopické přístupy, zavedly se metody robotické chirurgie, došlo k pokroku v transplantačních technikách, které umožňují transplantaci zaměnit orgán postižený nádorem za normální, což dříve bylo vyloučeno. Například při karcinomu jater byla transplantace vyloučena, dneska už je možná. To zachrání pacientům život nebo jim ho velmi významně prodlouží. Při léčbě zářením se stala standardní fotonová léčba na rozdíl od předcházející terapie rentgenem, tedy ozařování takzvanými lineárními urychlovači, které se staly standardním vybavením všech center klinické onkologie, což je ohromný pokrok. V nedávné době ➤



byla dokonce ozařovací technika obohacena o protonovou terapii, tím se může pochlubit jen málo států v Evropě. Nicméně tato metoda, byť je velmi účinná, má svá určitá vymezení a je výhodná zejména pro léčbu nádoru oka nebo nádoru centrálního nervového systému. Tedy všude tam, kde je nádorové ložisko blízko nějakých důležitých struktur a běžným konvenčním zářením by se ty struktury poškodily a mohlo by to znásobit nežádoucí účinky radioterapie.

Také se zdokonalily metody plánování radioterapie, protože pacient, který jde na radioterapii, musí nejdřív podstoupit takzvanou plánovací kúru, kde se pomocí počítačů přesně vyměří ložisko nádoru. Což byl zase velký pokrok v tom, že se při ozařování omezí současné poškození sousedních zdravých tkání.

Pokroky molekulární biologie se odrazily i v nalézání nových léčebných postupů u další významné léčebné disciplíny – chemoterapie. Vzpomínám si, jak se o chemoterapii říkalo, že nepřežije rok 2000, protože to je metoda, která sice velice prospěla v léčbě nádorových onemocnění, ale je provázena řadou nežádoucích účinků. Někteří pacienti se chemoterapie bojí a bojí se právem, protože nežádoucí účinky jsou někdy život ohrožující. Nicméně máme rok 2018 a chemoterapie stále patří

k důležitým složkám protinádorové léčby. Její nevýhodou je, že chemoterapeutická cytostatika blokují dělení se buňky jak nádoru, tak normálních tkání. U zdravého člověka je řada tkání, které se neustále dělí. Na prvním místě bych jmenoval krvetvornou tkáň,

Problematika cílených léků přesahuje nejenom medicínu a ekonomiku, ale dostává se až do oblastí filosofie a náboženství.

ale jde třeba také o buňky sliznice trávicího traktu, které chemoterapie poškozuje, a vede to k průjmům a tak dále. Nicméně i v oblasti chemoterapie bylo dosaženo řady pokroků v tom, že se našly prostředky, kterými lze nežádoucí účinky tlumit. Například hematopoetické růstové faktory mohou stimulovat krvetvorbu, a když je poškozena chemoterapií, tak se rychleji obnoví. Do klinické praxe byly zavedeny nové látky, které

omezují nevolnost a zvracení, protože to je jeden z velmi častých nežádoucích účinků. A i když přísun nových látek se po 90. letech velmi omezil, pokroky konvenční chemoterapie nelze zanedbat.

Přelomem se pak stal rok 2000, kdy byl do klinické praxe byl zaveden lék Imatinib, který ukázal, že můžeme v podstatě vyléčit nebo velmi účinně léčit chronickou myeloidní leukémií, u níž byla do té doby jedinou spolehlivou metodou transplantace kostní dřeně. Tím začal růst výzkumu a studia těchto léků. Na rozdíl od chemoterapie, která blokuje dělení buněk už nádorových, tak tato terapie, které se dnes běžně říká biologická či cílená léčba, umí cíleně zasáhnout do procesu, jímž se normální buňka přeměňuje na nádorovou. A právě cílený zásah vedl k označení cílená léčba.

Ze začátku se tato léčba přijímala s velkým nadšením také proto, že její aplikací se téměř eliminovaly – nebo se to tak zdálo – nežádoucí účinky. Pak se ale projevilo, že i cílená léčba má nežádoucí účinky, i když poněkud jiné než chemoterapie, ale někdy také velmi závažné. Počáteční entusiasmus byl poněkud oslaben, když se ukázalo, že v samostatném podání cílené léky mohou nahradit chemoterapii většinou jen u té chronické myeloidní leukémie. U ostatních nádorových onemocnění znamenalo zave-

dení cílené léčby velký pokrok, ale jak se ukázalo později, v kombinaci s konvenční chemoterapií. Tam, kde doplnili konvenční chemoterapii, došlo opravdu k obratu prognózy řady nádorových onemocnění. Do té doby třeba chemoterapií téměř nebylo možné nebo rozumné léčit metastatická onemocnění, což přidání cílené léčby potom umožnilo.

Onkologie byla vlastně prvním oborem cílené léčby, ale začala se postupně zkoušet i v jiných oblastech, protože se třeba ukázalo, že zejména revmatická onemocnění, která dosud vzdorovala klasické léčbě, lze ovlivnit podáním cílených léků. Další oblastí je gastroenterologie, kde se některá onemocnění, velmi vzdorná konvenční léčbě, podařilo zlepšit právě cílenou léčbou. Širokou oblastí je kožní lékařství. Čili těch oborů se najednou otevřelo tolik a nastal boom, který byl podpořen ještě mediální propagandou, takže pacienti jsou velmi sečtělí a informovaní a každý se toho dožaduje, protože samozřejmě chce ten nejlepší výsledek. Ale ukázalo se, že je to velmi složitá záležitost nejenom medicínská, ale i ekonomická. Odhaduje se, že vývoj nového léku stojí asi miliardu eur, což je závratná suma, a firma, která tu miliardu investuje, jí chce nějakým způsobem dostat zpátky a samozřejmě na tom chce ještě vydělat. To vysvětluje, proč je cena nových léků tak vysoká. Těžko se s tím dá něco dělat. Myslím si, že žádný stát na světě, i kdyby měl zdravotnictví neví jak dotované, si nemůže dovolit aplikovat tuto léčbu u všech případů, které se v klinickém zkoušení ukáží jako odpovídající. Tím se dostáváme k širší problematice cílených léků. Přesahuje to nejenom medicínu a ekonomiku, ale dostává se to až do oblastí filosofie a náboženství. Lékař, který se rozhoduje, zda podá takovou extrémně drahou léčbu – a teď odhlížím od toho, jestli to pojišťovna povolí, nebo ne – má určitý rozpočet. Když má v rámci toho rozpočtu na výběr podat lék pacientovi, jehož předpověď přežití je podle všech kritérií několik týdnů, přičemž stejný lék může u několika dalších pacientů zajistit dlouhodobé přežití a aktivní život, tak je to dilema. Samozřejmě že lidský život by měl mít hodnotu naprosto stejnou, ale praktická rozvaha vás vede k tomu, že dáte přednost případu, kde je naděje, že se pacient uzdraví a bude vést řadu let aktivní život, než tomu, kde se jeho život – a někdy je to spíš prodloužení utrpení než života - prodlouží třeba o tři týdny nebo jeden měsíc. Je to nevyřešený problém, protože to už hraničí s etikou a filosofií. Tím chci nastínit, že problém cílené léčby je velmi komplexní a jeho řešení je velmi obtížné.

V současné době dochází k určitému tlaku jak ze strany pojišťoven vůči pacientům, tak ze strany pacientů vůči pojišťovně. Pacienti se snaží, tak jak jste říkal, získat nejdražší léky, pojišťovny se tomu brání. Je opravdu správné, aby pojišťovny rozhodovaly na základě svých revizních lékařů, a ne po konzultaci s ošetřujícím lékařem pacienta? Protože revizní lékaři zpravidla nemají v té odbornosti velké znalosti.

To je pravda, protože pojišťovna drží peníze, tak se musí chovat tak, aby je neprohodila. Na druhou stranu revizní lékař většinou nemá – já je nechci urážet – potřebnou erudici v onkologii, natož aby byl odborníkem ve všech oblastech. Ošetřující lékař může být zase pod vlivem pacienta, tlakem jeho rodiny, takže se snaží vyhovět.

Myslím si, že bude potřeba, aby zejména odborné společnosti stanovily jakási rámcová kritéria pro to, kdy je možno podpořit revizního lékaře, aby dal kladné vyjádření pro pojišťovnu. Existuje atestace z onkologie, která předpokládá dosažení erudice ve vnitřním lékařství, což je dobře. Vždycky jsem prosazoval, že onkolog není jenom hlídač jednoho orgánu, protože nádorové onemocnění postihuje celý organismus, a takový onkolog by měl by mít erudici z vnitřního lékařství, aby dovedl odhadnout i komplikace a tak dále. Což se částečně podařilo. Nicméně i v onkologii jsou gynekologové, urologové, plicní, kteří mají pod palcem léčbu nádorů své specializace. Klinický onkolog by měl být hlavním koordinátorem týmu. ➤

I konvenční léčba udělala velké pokroky a může pacientovi velmi prospět. Teprve když je vidět, že konvenční léčba selhává, tak ji lze doplnit cílenou léčbou.



UVEDEME VÁS DO POHYBU



HANDICAP TOUR 2018

www.opel-handycars.cz

OPEN DAY PRAHA

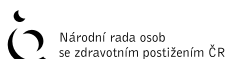
26. 5. 2018 od 9:30 hodin
areál Rehabilitační kliniky Malvazinky

Opel Handycars a jeho partneři Vás zvou na představení možností mobility – Handicap tour 2018. Akce se pořádá pod záštitou Národní rady osob se zdravotním postižením a ředitele Hamzovy odborné léčebny, pana Václava Volejníka.

Seznámíte se s programem Opel handycars, vozy OPEL a jejich úpravami od společnosti HURT s.r.o. a s invalidními vozíky společnosti KURY.

Čeká na Vás bohatý program, soutěže, ukázka florbalu a rugby handicapovaných sportovců.

Srdečně zvou:





Stejně tak je revizní lékař tlačěn, aby povolil třeba velice drahý lék na psoriázu. Teď dochází k úvaze – mám investovat statisíce do léčby psoriázy, která toho

takzvaná paliativní léčba, jejímž cílem je zajistit maximální kvalitu zbytku života. To je zase záležitost komplexní, kde hraje velkou roli rodina a psychika. Začaly se

Když se objeví nádorové onemocnění včas, je velká šance na úplné vyléčení, což dříve neexistovalo. A když ne na úplné vyléčení, tak na úspěšné léčení, které může znamenat třeba pět let kvalitního života navíc.

člověka nezahubí, nebo do léčby nádorů, které ho do půl roku zahubí. Jak to vyvážit? V každém případě by měl pacient nejdříve zkusit konvenční léčbu a pak teprve sáhnout po cílené. Protože jak už jsem předeslal, i konvenční léčba udělala velké pokroky a může pacientovi velmi prospět. Teprve když je vidět, že konvenční léčba selhává, tak jí lze doplnit cílenou léčbou.

Může ovšem dojít ke stavu – a není to zase úplná vzácnost – že ani cílená léčba pacientovi neprospěje a pak – a to je velmi problematická oblast – když se pacient dostane do stádia, kdy už ani cílená, ani konvenční léčba, ani záření či operace nejsou možné. Když už klasická léčba selhala. Tak co s tím pacientem, který se stále něčeho dožaduje? Připadalo mi naprosto kruté, když za mnou přišla pacientka, které na onkologickém oddělení řekli, že už pro ni nic nemají. V takových situacích musí nastoupit

také objevovat práce o takzvané metronomické chemoterapii. Zjistilo se, že malé dávky cytostatik, které vůbec nemají protinádorový účinek, mohou však mít účinek na šíření nádoru omezením novotvorby cév. U mé pacientky díky tomu došlo mírnému ústupu jaterních metastáz a několikaměsíčnímu prodloužení života v dobré kvalitě. Ale hlavní efekt byl, že ožila a dostala novou chuť do života.

Myslíte si, že bychom se díky biologické léčbě mohli dopracovat do stavu, kdy karcinomy nebudou největší hrozbou?

Myslím si, že to nespočívá jen v úspěšné léčbě, ale také v tom, aby byla dokonalá prevence. Postupně se objevují metody, které cílí k tomu, aby se nádorové onemocnění mohlo diagnostikovat včas. Je to dost složité, protože když se ještě nádor neobjeví a pacient nemá žádné potíže – tak budete vyšetřovat celou populaci? Vždyť to není možné. Když se ale objeví

nádorové onemocnění včas, je velká šance na úplné vyléčení, což dříve neexistovalo. A když ne na úplné vyléčení, tak na úspěšné léčení, které může znamenat třeba pět let kvalitního života navíc. Znamenal jsem už i v televizi upozornění, aby pacienti nezanedbávali samovyšetření a varovné příznaky. Nad tím někdy rozum zůstává stát, že to někteří pacienti tak zanedbají. Na druhou stranu se bohužel setkávám s případy, že pacient nemá žádné potíže a z plného zdraví přijde pro první potíže, a už je to tak pokročilé, že se s tím nedá nic dělat. Televize a média také někdy dělají medvědí službu, protože nabízejí metody, kterých se pacienti chytanou, jdou k různým léčitelům, kteří od nich berou peníze větší, než by zaplatili na své pojištění, a pak je pošlou k onkologovi, až když teče do bot.

Vážený pane profesore, teď něco na odlehčení. Kam se chystáte v létě? Pojedete někam do zahraničí?

Já jsem velmi rád cestoval. Samozřejmě cestování mě láká, ale mám problémy s páteří a se srdcem, což poněkud limituje mé aktivity. Považuji to za handicap, protože mám čtyři vnoučata ještě ve věku, kdy by potřebovala, abych s nimi šel na výlet, ale turistika už pro mne není optimální činnost. Už loni jsem trávil léto na chalupě. Takže budu asi opět na chalupě.

Děkuji vám za rozhovor a těším se na naši další vzájemnou spolupráci.



Jubilejní patnáctý ročník cen MOSTY ocenil

střední školu, filmový festival a mobilní aplikaci. Osobností se stal Jan Popelář

Patnáctý ročník cen Mosty, udělovaných za mimořádnou aktivitu nebo čin ve prospěch lidí se zdravotním postižením, zná své vítěze. Z téměř osmdesáti návrhů na cenu letos hodnotitelé ocenili Střední odborné učiliště Uherský Brod, Mezinárodní filmový festival Karlovy Vary, mobilní aplikaci Záchranka a provozovatele autodopravy Handicap Transport Jana Popeláře. Slavnostní udílení cen se konalo 22. března v TOP HOTELU PRAHA. Vítězové jednotlivých kategorií převzali ocenění z dílny akademické sochařky Jitky Wernerové, ostatní nominovaní obdrželi pamětní diplomy od akademického malíře Otakara Tragana.



Devatenáct nominovaných na letošní ceny MOSTY se před slavnostním ceremoniálem nejdříve setkala s patronkou ceny Livií Klausovou, které představili své mimořádné aktivity, nápady a sami sebe. Po půlhodinové besedě začalo ve velkém sále TOP HOTELU PRAHA předávání cen za účasti čtyř stovek hostů. Mezi těmi nejvýznamnějšími byli ministři financí a zdravotnictví v demisi Alena Schillerová a Adam Vojtěch, předsedkyně poslaneckého výboru pro sociální politiku Radka Maxová a již zmiňovaná patronka cen Livia Klausová. Ta předala ocenění hned v první kategorii pro instituci veřejné správy. Vítězem se stalo Střední odborné učiliště Uherský Brod za mimořádné dlouholeté aktivity ve vzdělávání žáků se zdravotním postižením a speciálními vzdělávacími potřebami v oborech Opravářské práce, Potravinářské

práce a Pečovatelské služby a za systematickou přestavbu školy na bezbariérový provoz učeben a dílen. Pětiminutovou děkovnou řeč ředitele učiliště by přerušilo snad jedině školní zvonění, zavtipkoval moderátor celého odpoledne Aleš Cibulka, když panu řediteli bral netrpělivě slovo.

Než přišla na řadu druhá kategorie, zazpívali Hanka Křížková s Alešem Cibulkou překvapeným hostům duet Harlekýn. Aleš Cibulka se tak letos ujal po deváté role moderátora a poprvé i role zpěváka.

Mezinárodní filmový festival Karlovy Vary si za projekt Kino bez bariér převzal ocenění v kategorii nestátní subjekt z rukou ministryně financí Aleny Schillerové. Kino bez bariér funguje od roku 2000. Jeho cílem je zajistit návštěvníkům festivalu na vozících srovnatelné podmínky se stan-

dardy podobných akcí v Evropě. Těmi jsou poskytování informací o bezbariérovém ubytování, stravování, přístupnosti sálů, pomoc s orientací, parkováním a dopravou.

Osobností hnutí osob se zdravotním postižením se stal Jan Popelář, a to za celoživotní přínos pro osoby s tělesným postižením v České republice. Jan Popelář za více než dvacet let odvozil a v rukou vynesl nespočet lidí s tělesným postižením. Se svojí společností Handicap Transport zpřístupnil přepravu osob se zdravotním postižením všem, kteří to potřebují. Cenu si převzal viditelně dojatý od ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha.

„Celou dobu, co zde sedím za stolem, mám oči plné slz,“ řekla na pódiu neméně dojatá poslankyně Radka Maxová. Dřív než předala poslední ocenění v kategorii ➤



zvláštní cena Aplikaci Záchranka, z. ú., za vytvoření mobilní aplikace Záchranka, poděkovala své asistence, že ji dovedla na cestu péče o handicapované, a předsedovi NRZP ČR za fantastickou akci. Oceněná mobilní aplikace přivolá Zdravotnickou záchrannou službu a Horskou službu stiskem jediného tlačítka. Odešle svou polohu a další důležité informace. Aplikace je zpřístupněna všem lidem, včetně osob se sluchovým postižením, a pomáhá s rychlým poskytnutím první pomoci.

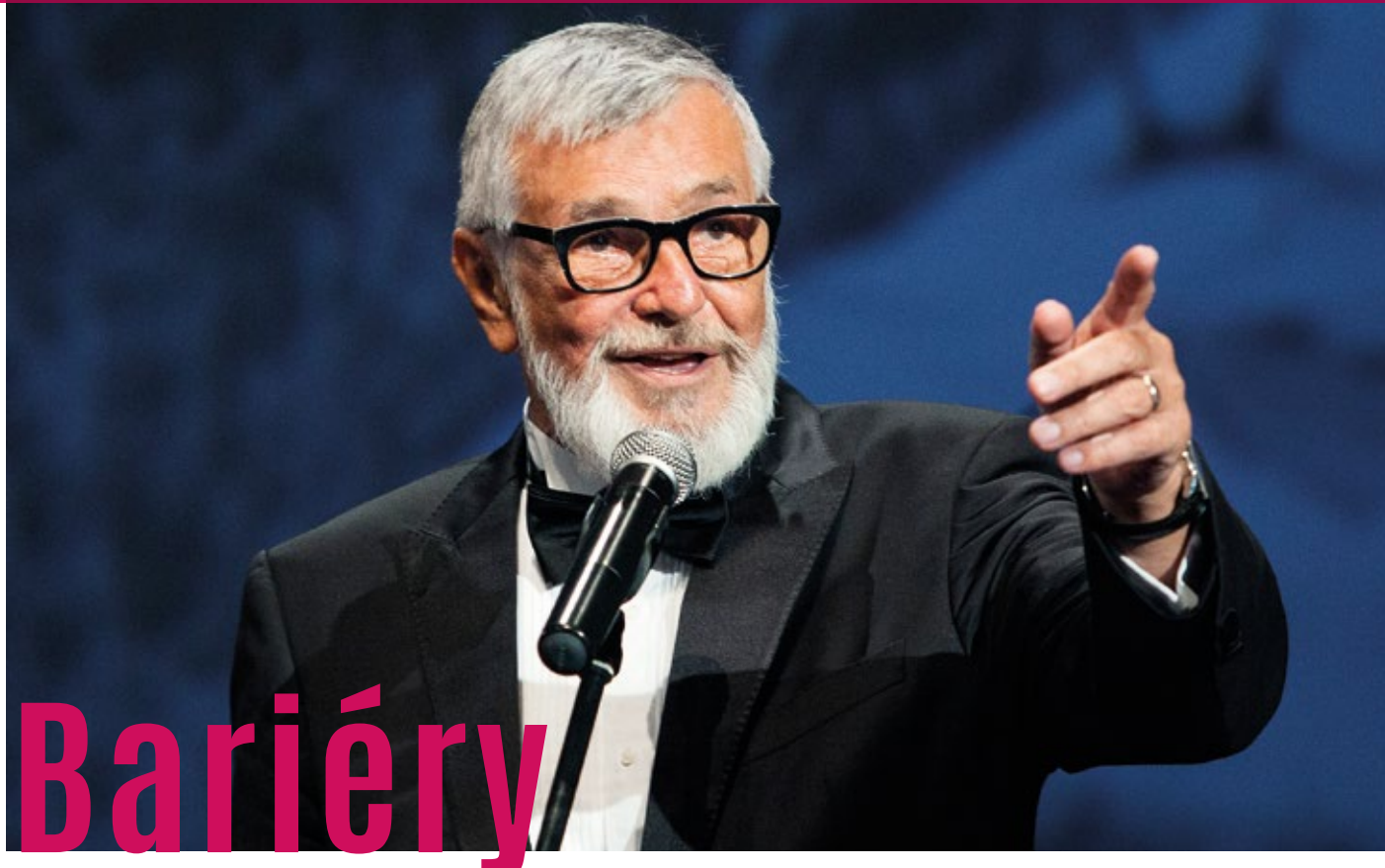
K udílení cen Mosty již neodmyslitelně patří i zpěvák Laďa Kerndl. Ten letos opět

v doprovodu tlumočnicků do znakového jazyka ze skupiny Hands Dance zazpíval své nejoblíbenější hity. Šestičlenný Hudební ateliér Zbůch se pak postaral o rockovou tečku za slavnostním odpolednem a zahrál několik skladeb ze svého debutového alba Na dosah.

Patnáctý ročník slavnostního udílení cen MOSTY se konal díky finanční podpoře hlavního města Prahy, společností Pražská teplárenská a ASEKOL, Nakladatelství UMÚN, Úřadu vlády České republiky a Metropolitní univerzity Praha. Poděkování patří i Střední zdravotnické škole Ruská a jejím studentům.







Bariéry

si vytváříme hlavně sami v sobě,

říká v rozhovoru pro Mosty prezident
karlovarského filmového festivalu **Jiří Bartoška**

Filmový festival v Karlových Varech pamatuje dlouhá léta i na diváky s handicapem, kterým nabízí bohatý informační a asistenční servis. Za projekt Kino bez bariér letos získal ocenění Mosty. Podle prezidenta přehlídky Jiřího Bartošky si bariéry mezi zdravými a postiženými vytváříme hlavně sami v sobě. Novodobá historie festivalu je podle něj ukázkou toho, jak lze takové zbytečné překážky bourat.

Co říkáte ocenění projektu Kino bez bariér na letošním udílení cen Mosty?

Ceny Mosty od Národní rady osob se zdravotním postižením si velice vážíme, především proto, že jde o ocenění dlouholeté práce desítek organizátorů a asistentů, kteří každoročně projekt Kino bez bariér na karlovarském festivalu pomáhají realizovat.

Jak dlouho projekt funguje a jak se vyvíjel v průběhu let? Bylo v počátcích složité zajistit pro vozíčkáře bezbariérové prostředí?

Projekt Kino bez bariér vznikl v roce 2000 a od počátku bylo jeho záměrem dokázat, že

bariéry, které zde byly v minulosti postaveny mezi zdravými lidmi a tělesně postiženými, si vytváříme především sami v sobě. A že je nutné je zbořit. V prvních letech jsme pocho-pitelně hledali cesty, jak na to, jak nejlépe pomoci vozíčkářům, jak zahrnout do našeho servisu všechny jejich potřeby. Roky se v naší společnosti s handicapovanými jaksi nepočítalo. Málokteré veřejné prostory nebo třeba restaurace měly bezbariérové vstupy. I my jsme museli řadu těchto věcí vybudovat – vstupy do kinosálů, bezbariérové toalety. Dnes už je to samozřejmý standard. V prvních letech přijížděli v rámci projektu Kino bez bariér na karlovarský festival jednotlivci, ale s tím, jak se zvyšovalo povědomí o kvalitě

služeb, které projekt nabízí, se počet vozíčkářů výrazně zvyšoval. I díky společnosti innogy, která jej dlouhodobě podporuje, dnes můžeme nabídnout skutečně všestranný servis.

Kolik handicapovaných ročně na karlovarský filmový festival přijíždí a jaké služby mají k dispozici?

Každoročně uvítáme na festivalu kolem stovky vozíčkářů plus desítky dalších lidí, kteří tvoří jejich doprovod. Dostávají od nás kompletní informační a asistenční servis, což představuje vstupenky na festivalová představení zdarma, dopravu po Karlových Varech a blízkém okolí ve speciálně upraveném mikrobuse, služby našich asistentů,

kteří pomáhají návštěvníkům z řad vozíčkářů s orientací na festivalu nebo výběrem akcí. Do všech kin jsou vybudovány bezbariérové vstupy, vozíčkáři mají vyhrazená místa v kinosálech. Také s pořadateli vybraných doprovodných akcí domlouváme volný vstup pro vozíčkáře. A jsme rádi, že v rámci našeho doprovodného programu už mnoho let ukazujeme veřejnosti, že i lidé s handicapem mají své záliby, koníčky, že se bez ohledu na své omezení dokážou bavit, sportovat. S velkým ohlasem se setkala například módní přehlídka, ukázky tanců na vozíku, vozíčkářský basket nebo koncert kapely Z hecu.

Projeví se letos nějak to, že festival přišel o generálního sponzora, energetickou společnost ČEZ? Podaří se výpadek ve zdrojích nahradit? Poznájí to návštěvníci? Jak se vyrovnáváte s tím, že ukončení spolupráce přišlo čtyři měsíce před pořádáním akce?

Odstoupení generálního partnera čtyři měsíce před festivalem pro nás znamenalo komplikaci především z časového hlediska. Na řešení situace však pracujeme a mohu hosty, návštěvníky a diváky ujistit, že 53. ročník karlovarského festivalu proběhne v takovém rozsahu a kvalitě, na jaké jsou zvyklí.

Jak se vyvíjí počet prodaných lístků, stoupá zájem o přehlídku? Má festival dostatek kapacit a co může případně udělat pro jejich rozšíření?

Již několik let se počet prodaných vstupenek na festivalová představení pohybuje kolem 140 tisíc lístků. Vzhledem možností, jaké město Karlovy Vary nabízí, již není prostor pro velké rozšiřování. V posledních dvou letech jsme ale trochu pozměnili programovou strategii, nabízíme divákům více repríz jednotlivých titulů tak, aby například návštěvníkům, kteří přijedou až v druhé polovině festivalu, neunikly snímky z jeho začátku. Rozšířili jsme projekce i o závěreč-



ním víkendu, kdy v neděli, bezprostředně po slavnostním ukončení festivalu, uvádíme ve Velkém sále hotelu Thermal vybrané oceněné snímky. Řada Karlovaráků během festivalu pracuje a toto je pro ně možnost, jak si zajít do kina na festivalový film. Vloni jsme ve spolupráci s Karlovarským krajem uspořádali ve vybraných městech exkluzivní předpremiéry jednoho z atraktivních festivalových titulů a projekce se setkaly s velkým ohlasem. Takže se nerozšiřujeme do širě, ale do kvality.

Co se vám vybaví, když se ohlédnete za novodobou historií festivalu od roku 1994, kdy jste se začal zabývat jeho organizací? Co bylo nejtěžší v počátcích a jaké problémy naopak řešíte nyní? Co byste udělal jinak, kdybyste mohl?

V roce 1993 se stát rozhodoval, zda karlovarský festival zruší. Igoru Ševčíkovi, skvělému výtvarníkovi, který měl na ministerstvu kultury na starosti kinematografii, přišlo líto zrušit festival s obrovskou historií, druhý nejstarší na kontinentě, který získal světovou prestiž díky československé nové vlně v šedesátých letech, a tak mě oslovil, zda bych se nechtěl podílet na jeho organizaci. A protože já jezdím do Varů od sedmdesátých let a mám rád film, řekl jsem si, že je přece absurdní, aby takový festival ztroskotal. Naivně jsem si myslel, že festival znamená, že se prostě promítnou filmy, já si obléknu smoking, dám někomu medaili a půjdu pryč. To je samozřejmě obrovský omyl. Je to celoroční práce. V počátcích to tedy bylo hledání. Mnoho věcí se podařilo i díky přátelským kontaktům a podpoře osobností jako Miloš Forman, Ivan Passer, Václav Havel nebo Madeleine Albrightová. Dnes už máme festivalový tým se skutečně profesionální organizací. Mohu



Jsme rádi, že v rámci našeho doprovodného programu už mnoho let ukazujeme veřejnosti, že i lidé s handicapem mají své záliby, koníčky, že se bez ohledu na své omezení dokážou bavit, sportovat.

s hrdostí říct, že se povedlo vybudovat respektovaný festival se skvělou atmosférou, jakou najdete málokde na světě. A dokázali jsme, že ne všechna rozhodnutí státu jsou správná. I přes to hledání to tedy nakonec bylo tak, jak to být má. A co bych udělal jinak? Já říkám, každá změna je jenom k horšímu, tak proč ji ještě dělat zpětně.





Herečka a zpěvačka Hanka Křížková:

Každý rok si říkám, že uberu

Z věčného kolotoče muzikálových představení, recitálů a koncertů si v březnu „odskočila“ na udílení cen Mosty. Přivítaly ji staré známé tváře a příjemná a pohodová atmosféra. S herečkou a zpěvačkou, hvězdou muzikálů a milovnicí šansonu, swingu a blues Hankou Křížkovou jsme si podívali také o jejích plánech do budoucna a o tom, proč se nikdy nezastaví.



Hanko, v březnu jste poprvé vystoupila na slavnostním předávání cen Mosty, které pořádala Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, a tak se nemohu nezeptat, jak se vám akce líbila?

Musím říci, že na těchto akcích velmi ráda vystupuji – jsou vždy pozitivní a hlavně smysluplné. S nadšením jsem sledovala ty, co moje písně tlumočili. Úžasně si texty připravili – i herecky!

Společně s vámi se na pódiu objevily vám dobře známé tváře, nejen pěvecký kolega Ladě Kerndl, ale také paní velvyslankyně Livia Klausová, se kterou vás pojí přátelský vztah. Celý večer moderoval Aleš Cibulka, s nímž jste se potkávala v televizním pořadu. Přispěla tato konstelace k vaší pohodě při vystoupení?

Bylo to velmi milé setkání. Všechny tři jmenované mám ráda a vážím si jich. Takže pohoda byla nejen na pódiu a v sále, ale i v zákulisí. Byli jsme jak malé děti - stále jsme se fotili!

Kdekoli se objevíte, je to přívalem pozitivních emocí a radosti – kde berete tu fantastickou životní energii?

Tak to mám radost, ale myslím, že o tom rozhodli tam někde nahoře, a ke všemu jsem měla báječné rodiče, kteří mě i mé sourozence vychovávali k pokoře a k účtě. A hlavně, humor u nás nikdy nechyběl.

S Alešem Cibulkou jste si připravili překvapení v podobě duetu Harlekýn, měli jste to předem nacvičené, anebo jste tolik sebraní?

Moje píseň Harlekýn nám připadala nevhodnější, tak jsme ji nacvičili a jsme rádi, že se naše překvapení podařilo a hlavně líbilo.



Všechna pěvecká vystoupení byla tlumočena do znakového jazyka skupinou Hands Dance, setkala jste se s tím někdy předtím? Jak se vám takový doprovod líbil?

Tlumočení do znakového jazyka jsem již zažila. Dokonce moji písně tlumočily malé děti. Bylo to tak roztomilé, že jsem měla až slzy v očích. A skupina Hands Dance? No absolutní profíci! Prima lidi a hlavně, jak jsem už říkala na začátku, velmi jsem ocenila, že texty tak úžasně i herecky ztvárnili. Byla radost je sledovat.

Na pódiu jste přeložila pár vět do znakového jazyka i vy. Kde jste se to naučila?

Spíš pár slov. Kdysi dávno jsem se začala znakový jazyk učit, ale potom bylo nějak více práce... Ale hlavně to není nic lehkého.

Ještě bych se ráda vrátila k vaší profesní kariéře. V jakých muzikálech vás mohou naši čtenáři vidět v nejbližší době?

Momentálně hraji v HDK v muzikálu Drákula a Carmen, v Hybernii v muzikálu Mefisto a v KCP v Mamma Mia. Navíc máme před premiérou muzikálu Shrek, k tomu recitály a koncerty. Je toho hodně a každý rok si říkám, že uberu – tak snad příští rok!

Moje píseň Harlekýn nám připadala nevhodnější, tak jsme ji nacvičili a jsme rádi, že se naše překvapení podařilo a hlavně líbilo.

Máte nabitý program. Najdete si v létě čas na dovolenou?

Letos v létě budu mít docela dlouhou dovolenou – zdravotní. Začátkem června jdu na operaci kolena. Budu mít úplně nové, titanové. Tak na mě myslete!

Na závěr jedna otázka na tělo – uvidíme vás na slavnostním předávání cen Mosty i příští rok?

Věřte, že mi bude velkou ctí zde vystoupit a zazpívat.



O poukázkách v hmotné nouzi se jedná již v Parlamentu

Vážení čtenáři, v prvním letošním čísle našeho časopisu jsme vás podrobně informovali o tom, že od 1. prosince 2017 platí nová úprava zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. V § 43 odst. 5 písm. a) je stanoveno, že pokud je dávka hmotné nouze vyplácena déle než šest měsíců v období posledních dvanácti měsíců, vyplácí se nejméně 35 % a nevyše 65 % dávky prostřednictvím poukázek opravňujících k nákupu zboží ve stanovené hodnotě.

Lhůta šest a dvanáct kalendářních měsíců se započítává od 1. června 2017, z tohoto důvodu k výplatě poukázkami dle změněných podmínek došlo od 1. prosince 2017. Nahradit část peněz poukázkami bylo možné i předtím, úředníci o tom mohli individuálně rozhodovat. Teď je to ale povinné. Poměr vyplácených peněz a poukázek ve stanoveném rozptylu je na uvážení pracovníků Úřadu práce ČR. Ti jsou instruováni, aby přihlíželi k celé řadě faktorů – jednak k situaci samotného příjemce dávky a jednak k možnosti efektivního využití poukázek v místě jeho bydliště. Větší část dávky vyplácená v poukázkách bude využita tam, kde má úředník podezření, že příjemce nevyužije příspěvek k jeho účelu, to je k zajištění základních životních potřeb.

Systém poukázek je ponižující pro lidi, kteří si nemohou zlepšit vlastní práci svoji ekonomickou situací, a to proto, že jsou zařazeni mezi osoby, které zneužívají sociální systém. Tito lidé se setkávají s pohrdáním ostatních občanů v případech, kdy jdou nakupovat za poukázky. Je to vůči nim velmi nespravedlivé a stát by neměl takto ponižovat své občany.

Na základě negativních reakcí občanů v tíživé životní situaci a ve spolupráci s Národní radou osob se zdravotním postižením ČR podali poslanci Vít Kaňkovský a Jan Bartošek spolu s poslankyněmi Markétou Pekarovou Adamovou, Olgou Richterovou a Alenou Gajdůškovou návrh změny zákona o pomoci v hmotné nouzi, který by měl nepříznivou situaci v souvislosti s poukázkami vyřešit.

Předložený návrh novely zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, tisk 99, odstraňuje důsledky

povinné výplaty části dávek hmotné nouze prostřednictvím poukázek. Jako velmi problematické se ukazuje zavedení poukázek i pro osoby pobývající v ústavních zařízeních, kde v řadě případů jde o osoby, které nejsou schopny samostatně poukázky uplatnit a jejich administrace může nadále zvyšovat nároky na administrativu příjmů klientů, dále vznikají

s paní poslankyní Janou Pastuchovou předložilo návrh novely zákona o pomoci v hmotné nouzi, tisk 89. Tento návrh vyjímá z povinnosti výplaty dávek hmotné nouze prostřednictvím poukázek pouze osoby, které jsou v pobytových zařízeních sociálních služeb a zdravotní péče, a dále osoby, kterým byla omezena svéprávnost. To znamená, že vůbec nezahrnuje

NRZP ČR bude usilovat o to, aby byl schválen širší návrh osvobození od výplaty dávky formou poukázek. Předpokládáme, že konečný návrh by mohl být Senátem schválen na konci prázdnin.

problémy s uplatněním poukázek v souvislosti s nákupy léků, případně speciálních potravinových doplňků. Již ze samotné povahy a potřeby pobytu v ústavních zařízeních vyplývá, že jde o osoby, u nichž je prakticky vyloučena možnost zvýšení příjmů výdělečnou činností.

Druhou kategorií osob, které navrhuje novelizace vyjímá z povinného použití poukázek, jsou lidé, u nichž se podle ustanovení § 3 zákona č. 111/2006 Sb. nevyžaduje povinnost zvýšení příjmů výdělečnou činností. Jde o skupiny, které jsou přesně definovány. Konkrétně se jedná o příjemce invalidních důchodů ve III. stupni, příjemce příspěvku na péči ve II. – IV. stupni a o osoby, které o ně pečují. Dále o osoby, kterým byl ustanoven opatrovník, a o osoby starší 68 let.

MPSV ČR s takto širokým pojetím výjimky příliš nesouhlasilo. Ve spolupráci

do osvobození od výplaty dávek formou poukázek osoby, které si nemohou vlastním přičiněním zvýšit svoji hmotnou situaci.

Vláda oba návrhy zákonů projednala. K návrhu paní poslankyně Pastuchové dala kladné stanovisko a k návrhu pana poslance Kaňkovského se postavila neutrálně. V současné době jsou oba návrhy zákonů projednávány v Poslanecké sněmovně. NRZP ČR bude usilovat o to, aby byl schválen širší návrh osvobození od výplaty dávky formou poukázek. Předpokládáme, že konečný návrh by mohl být Senátem schválen na konci prázdnin, poté by vstoupil v účinnost. NRZP ČR splnila svůj slib, že podpoří předložený návrh zákona, který by osvobodil od výplaty dávek hmotné nouze formou poukázek osoby, které si nemohou vlastní prací zlepšit svoji ekonomickou situaci.

Předsedkyně sociálního výboru

Radka Maxová:

Poukázky

v hmotné nouzi jsme

jako Sněmovna nezvládli

Zavedení poukázek v hmotné nouzi zkomplikovalo život poctivým lidem, některé věci podle ní zákonodárci nedomysleli. Není to však jediný nešvar, který je potřeba napravit. S předsedkyní sociálního výboru Radkou Maxovou jsme si povídali také o postavení pečujících osob nebo současné situaci v Lékařské posudkové službě.

Vážená paní předsedkyně, jako předseda NRZP ČR s vámi spolupracuji poměrně dlouho, ale někteří čtenáři vás příliš nemusí znát. Mohla byste krátce popsat svůj profesní život?

Pocházím z Pardubic, kde jsem vystudovala všeobecné gymnázium a pokračovala na Vysoké škole chemicko-technologické v Praze. Po úspěšných státnicích jsem si dodělala pedagogické minimum, protože jsem odmalička chtěla být paní učitelkou – a to jsem si také zkusila na Integrované střední škole v Chrudimi. Od té doby nezávidím učitelům dva měsíce letních prázdnin, opravdu. S narozením prvního syna jsem se přestěhovala do Tábora. Po mateřské jsem začala pracovat na Státní zemědělské a potravinářské inspekci, ale práce mě až tolik nebavila. A tak byl čas na změnu. Nastoupila jsem jako vedoucí

kontroly kvality u výrobce hamburgerů pro McDonald's. Kromě zajímavé práce, know-how a zkušeností k nezaplacení musím konstatovat, že jsem tam poznala i zatím nejlepšího šéfa ve svém životě. Pak se narodil můj druhý syn. Po mateřské jsem našla uplatnění v nově vznikající firmě, která vyrábí a balí kosmetiku pro firmy z celého světa. Začínala jsem tam jako vedoucí kontroly kvality a končila jako výrobní manažerka. Práce i lidé byli prima, ale současně jsem si uvědomovala, že potřebuji ke své spokojenosti něco víc. Pan Babiš zrovna v té době přišel se svou výzvou a já se nabídla, že pomohu rozjet ANO v Jihočeském kraji. Od začátku se věnuji sociální politice a po pravdě musím říct, že si neumím představit, že bych se v dalším profesním životě věnovala něčemu jinému.

Jste v Poslanecké sněmovně již druhé volební období, nyní jste však „služebně výše“ jako předsedkyně Výboru pro sociální politiku. V čem se podle vašeho názoru liší předcházející složení Poslanecké sněmovny proti současnému a co považujete za klady i zápory?

Především je to přítomnost více politických subjektů v Poslanecké sněmovně než v minulých volebních obdobích. Je tam mnohem více nových poslankyň a poslanců – asi 125, spousta mladých lidí – někdy bez větších životních či pracovních zkušeností, obojí může s sebou nést jak výhody, tak nevýhody, a to nejen pro Sněmovnu, ale i pro ně samé. Vnímám tam střet nového a staršího politického přístupu. Zatím nemáme koalici, vláda nezískala důvěru a je v demisi, a tak je vše mnohem těžší. Myslím, že nejen mně se v této atmosféře hůř pracuje. ➤

Od prosince loňského roku jste předsedkyní Výboru pro sociální politiku. Jak náročná je to funkce a jaké hlavní priority vidíte pro toto volební období v oblasti sociálního zabezpečení?

Musím říci, že je to funkce hodně, hodně náročná. Ale mám kolem sebe výborné spolupracovníky, počínaje mou odbornou asistentkou a poradkyní paní Štěpánkou Vajnerovou a celým sekretariátem Výboru

v jejich obtížné situaci. Jak byste řešila současnou situaci v LPS?

Máte pravdu, v minulém volebním období jsem byla první, kdo ve Sněmovně upozornil na možný kolaps Lékařské posudkové služby, a to nejen v souvislosti se služebním zákonem, ale i na nutnost řešit problematiku posuzování zdravotního stavu pro její netransparentnost a často i subjektivitu při posuzování. MPSV

příspěvků na péči by to měl být dobře erudovaný sociální pracovník. Samozřejmě je potřeba urychleně pracovat na změnách kritérií a metodiky posuzování tak, aby se co nejvíce vyloučila subjektivita posuzování. Výbor pro sociální politiku bude po MPSV požadovat co nejrychlejší řešení. Problematika Lékařské posudkové služby byla projednávána v tomto volebním období na půdě výboru již podruhé, a to 26. dubna.

Poukázky v hmotné nouzi jsme jako Sněmovna nezvládli. V dobré víře postihnout určitou skupinu spoluobčanů, kteří zneužívají náš sociální systém, jsme odhlasovali zákon, který dopadl i na ty poctivé.

pro sociální politiku konče. Všichni jsou profesionálové a mou práci se mi snaží hodně ulehčit. A nesmím zapomenout ani na dobré složení sociálního výboru. Vnímám během jednání dobrou atmosféru s chutí věci posunout dále. Debaty jsou opravdu věcné a zatím i bez politických pŮtek. V minulém volebním období nebyly priority MPSV a Výboru pro sociální politiku jednotné. To, co považoval výbor za velmi důležité, bylo ze strany MPSV vnímáno jako ne moc podstatné nebo jsme na jednu věc měli rozdílný názor. Jednalo se o reorganizaci Lékařské posudkové služby, s tím spojené přiznávání invalidních důchodů a dávky příspěvku na péči. Dále to byla náhradní rodinná péče, problematika výživného, zákon o sociálním bydlení, podpora rozvoje sociálních služeb, především terénních a odlehčovacích, zvyšování platů pracovníků v sociálních službách. V neposlední řadě to byla i problematika zdravotně sociálního pomezí, neboť resorty MPSV a MZ nebyly schopny nalézt společnou řeč. Problematika úrazového pojištění a systému rehabilitace se také vůbec neposunula. A samozřejmě nesmím zapomenout na důchodovou reformu. I když se nepodařila uskutečnit, práce Potůčkovy důchodové komise přinesla mnohá data, na kterých se v tomto volebním období může stavět. Všechny zmíněné oblasti jsou pro mě priority pro toto volební období.

Dlouhodobě se věnujete problematice Lékařské posudkové služby. Hrozí rozpad posuzovacích mechanismů a potřební občané čekají více jak šest měsíců na rozhodnutí státu o pomoci

však mělo priority jinde. Nepomohla ani opakovaná upozornění Sdružení praktických lékařů a organizací zastupujících pacienty, že žadatel zemře dříve, než je posouzen. Ani příklady z praxe, kdy lidé kvůli špatnému posouzení nebo jeho dlouhé době skončili v exekuci. Doufám, že se v tomto volebním období situace změní, respektive věřím příslibům současné paní ministryně Němcové a pracovníkům

NRZP ČR se v současné době věnuje problému poukázek u příjemců hmotné nouze, který poškozují osoby se zdravotním postižením. Jaký je váš názor na poukázky v hmotné nouzi?

Nedávno na jedné debatě s občany a sociálními pracovníky jsem přiznala, že jsme to jako Sněmovna nezvládli. V dobré víře postihnout určitou skupinu spoluobčanů, kteří zneužívají náš sociální systém, jsme odhlasovali zákon, který dopadl i na ty poctivé a zkomplikovali život nejen jim, ale i lidem, kteří o ně pečují doma i v sociálních zařízeních. Mnohé z nás nenapadlo, že se s poukázkami bude například kšeftovat, že je lidé budou přeprodávat mnohdy za polovinu jejich hodnoty. To je pro mě nepochopitelné. Ale už je v Poslanecké



MPSV. Z mého pohledu je nejprve důležité co nejvíce urychlit vyřizování žádostí o posouzení. Jsem pro sloučení celého procesu posuzování pod jednu „střechu“. Teď probíhá mezi třemi institucemi: úřady práce, ČSSZ a MPSV. Při posuzování by neměl mít hlavní slovo úředník, ten by měl podle mne jen dohlížet na správný průběh celého procesu. Posuzovat by měli odborní lékaři, kteří vykonávají praxi a u dávek

sněmovně novela zákona o hmotné nouzi, která zákon upravuje tak, aby na něj nedopláceli lidé, kteří systém nezneužívají.

Na webových stránkách ANO uvádíte, že se chcete zaměřit na přiznávání příspěvku na péči a postavení pečujících osob o handicapované občany. Můžete prosím pro čtenáře časopisu Mosty tuto myšlenku více rozvést?

K příspěvku na péči jsem se již vyjadřovala v jedné z předchozích otázek, proto teď budu reagovat na druhou část otázky. Postavení pečujících osob o handicapované občany považuji za příšerné! Víc jak čtyři roky to mohu sledovat „v přímém přenosu“ u mé nejbližší spolupracovnice, která sama pečuje o dvě plně invalidní děti. Mohla by je dát do ústavního zařízení, kde by stát na péči o každého z nich měsíčně vynakládal cca 35–40 tisíc korun, a sama by se nemusela dál o nic starat. Lidsky je to však pro ni nepřijatelné. Obě dnes už dospělé děti, které budou doživotně závislé na pomoci druhých, má doma a na péči každého z nich od státu dostává necelých 9 tisíc. Vidíte ten nepoměr?! A to se musela vzdát svých ambicí i osobního života a dětem být k dispozici 24 hodin denně, 365 dní v roce. Nemá nárok na dovolenou i další benefity zaměstnaneckého poměru. Opakovaně musí bojovat s byrokracií a až ponižujícím způsobem se doprošovat pomoci státu. Jsem ráda, že pan poslanec Juchelka se rozhodl tomuto tématu věnovat a Výbor pro sociální politiku mu samozřejmě bude víc než nápomocen.

Na webových stránkách dále uvádíte, že alfou a omegou vývoje dítěte je rodina, citové a emocionální prostředí, které ho obklopuje, že jako v každé činnosti i v rodičovství jde především o odpovědnost. Jaké nástroje současné sociální politiky považujete za nejdůležitější k podpoře rodin?

Jako ideální stav považuji, aby se jakákoliv rodina cítila v co největším bezpečí. Měla jistotu, že když se dostane do problémů a vyčerpá všechny možnosti svépomoci, stát ji nenechá ve štychu a podá pomocnou ruku. Za velmi důležitou také považuji



Jako ideální stav považuji, aby se jakákoliv rodina cítila v co největším bezpečí. Měla jistotu, že když se dostane do problémů a vyčerpá všechny možnosti svépomoci, stát ji nenechá ve štychu a podá pomocnou ruku.

schopnost státu podpořit skloubení rodinného a pracovního života pro rodiče. Tady máme jako republika opravdu dluh vůči rodinám. Jde o nedostatek míst v předškolních zařízeních a podporu zaměstnavatelů v zavádění většího počtu alternativních pracovních úvazků (home office, flexibilní pracovní doba či sdílená místa). Kde cítím největší mezeru, je vyživovací povinnost a její vymahatelnost. Pro společnost se stalo přijatelným, že neplatit alimenty nebo přispívat na život dítěte

nicotnou částkou je normální! Všichni si sáhneme do svého svědomí, kolik takto nezodpovědných rodičů známe ve svém okolí mezi svými příbuznými, přáteli, kolegy... A dokážeme se vůči nim nahlas vymezit, dát najevo svůj nesouhlas? Řešení problematiky dluhu na výživném a řádné placení alimentů patří mezi hlavní témata, kterým jsem se začala věnovat už v minulém volebním období a která bych ráda dotáhla do úspěšného konce.

Vážená paní předsedkyně, na začátku rozhovoru jsem se zmínil, že s vámi spolupracuji poměrně dlouho. Jak vnímáte Národní radu osob se zdravotním postižením ČR a jak se vám s ní spolupracuje?

Na první i druhou otázku odpovídám: „Výborně!“ I když se během naší spolupráce někdy pěkně zapotím... Národní radu osob se zdravotním postižením ČR vnímám jako důležitého partnera, který legitimně zastupuje více než sto organizací sdružujících osoby se zdravotním postižením a který, seč mu síly stačí, hájí práva těchto lidí a snaží se dosáhnout jejich lepší integrace do společnosti. Smekám před všemi, kteří i přes svůj handicap nemyslí jen na sebe, ale bojují i za ty ostatní.



NRZP ČR dál prosazuje změny v náhradách za ztrátu na výdělku

Vážení čtenáři, v prvním letošním čísle jsme vás informovali o iniciativě NRZP ČR ve věci snižování náhrad za ztrátu na výdělku při skončení pracovní neschopnosti vzniklé pracovním úrazem nebo nemocí z povolání.

Tato náhrada činí rozdíl mezi průměrným výdělkem před vznikem škody a výdělkem dosahovaným po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání s připočtením případného invalidního důchodu poskytovaného z téhož důvodu. V případě, že poškozenému zaměstnanci je náhrada za ztrátu na výdělku poskytována, následně dojde ke skončení jeho pracovního poměru a on je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, je mu tato náhrada poskytována stále ve stejné výši i v době, kdy je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání.

ní mzdy bude řešit. Tento slib za pomoci poslanců splnila. Novelu zákona podali páni poslanci Vít Kaňkovský a Patrik Nacher jako sněmovní tisk číslo 22. Stalo se tak 30. listopadu 2017 s tím, že jsme společně s poslanci usilovali o to, aby byl zákon projednán v takzvaném zrychleném čtení ještě do konce roku 2017. Bohužel se to nepovedlo, protože vláda, která má 30 dní na vyslovení stanoviska k poslaneckým návrhům, se tiskem zabývala až 22. prosince a od té doby již Poslanecká sněmovna nezasedala, tudíž zákon nemohl být projednán do konce roku.

Vláda jako reakci na poslanecký návrh připravila svůj návrh novely zákoníku práce, v němž řeší prakticky stejně problém výše rent v souvislosti se zvyšováním minimální mzdy. Navíc upravila obdobný způsob řešení náhrady za ztrátu na výdělku u ozbrojených složek. Požádala Poslaneckou sněmovnu, aby se jeho návrhem v podobě tisku 91 zabývala v tzv. zkráceném projednávání, to znamená, že zákon by byl v dolní komoře projednán během jednoho čtení. Bohužel dva poslanecké kluby, ODS a TOP 09, tomu zabránily, takže probíhá standardní projednávání zákona. V současné době jsou tudíž v Poslanecké sněmovně dva prakticky identické návrhy na řešení problému s rentami.

Do zákoníku práce jsme navrhli úpravu, která jednoznačně stanoví, že za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání se v těchto případech považuje výdělek ve výši minimální mzdy platné v den prvního zařazení poškozeného do evidence uchazečů o zaměstnání. Touto úpravou nedojde k dalšímu zhoršení finanční situace poškozeného.

Problém nastává v případě, že poškozenému zaměstnanci předtím, než se stal uchazečem o zaměstnání, náhrada poskytována nebyla. V případě, že se poškozený zaměstnanec stane uchazečem o zaměstnání, chybí zde pouhá část výděleku. Proto je pro případy, že je poškozený veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, stanoven fiktivní pouhá část výděleku ve výši minimální mzdy. V praxi je sporné, zda se má v tomto případě při výpočtu náhrady vycházet z aktuální minimální mzdy, nebo z minimální mzdy platné v den zařazení dotyčného do evidence uchazečů o zaměstnání.

NRZP ČR slíbila, že problém s náhradami na výdělku v souvislosti s růstem minimál-

Návrh zákona je velmi jednoduchý, jedná se vlastně o úpravu § 271b odst. 3 zákoníku práce, kdy se stanoví, že za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání se v těchto případech považuje výdělek ve výši minimální mzdy platné v den zařazení poškozeného do evidence uchazečů o zaměstnání. Touto úpravou nedojde k dalšímu zhoršení finanční situace poškozeného.

Vláda bohužel dala k návrhu zákona zamítavé stanovisko, i když musela vědět, že prakticky stejnou úpravu navrhoval předchozí kabinet v rozsáhlé novele zákoníku práce, která nebyla již Poslaneckou sněmovnou projednána.

Při projednávání návrhů poslanců V. Kaňkovského a P. Nachera byla na Výboru pro sociální politiku přítomna delegace bývalých horníků, kteří upozornili na skutečnost, že pokud nebude návrh upraven, tak jim neumožňuje přijmout jinou práci. Pokud by o takovou práci přišli, počítala by se totiž náhrada za ztrátu na výdělku z nižšího základu. To znamená, že bývalí horníci, ale i třeba další profese jako hutníci by měli nižší renty než dosud. Z toho důvodu NRZP ČR připravila pozměňovací návrh, který by problém definitivně řešil.

Proto jsme nově do zákoníku práce navrhli úpravu, která jednoznačně stanoví, že za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání se v těchto případech považuje výdělek ve výši minimální mzdy platné v den prvního zařazení poškozeného do evidence uchazečů o zaměstnání. Touto úpravou nedojde k dalšímu zhoršení finanční situace poškozeného, ke které pravidelně dochází v případech, kdy uchazeč o zaměstnání získal práci a po ukončení pracovního poměru byl opětovně zařazen do seznamu uchazečů. Protože však mezitím došlo ke zvýšení minimální mzdy, snížila se výrazně i výše vyplácené náhrady škody. Je zdokumentován případ, kdy nově vyplácená výše náhrady za ztrátu

na výdělků byla o pět tisíc korun nižší než původní výše náhrady. Obdobných případů, byť ne vždy s tak vysokou ztrátou, je velký počet, což vede k tomu, že osoby, kterým je vyplácena náhrada za ztrátu na výdělků, z obavy z dopadu zvyšování minimální mzdy setrvávají v evidenci úřadu práce. V řadě případů jde přitom o lidi s profesemi, o které je na trhu práce velký zájem. Jedná se například o mechaniky, strojní zámečnický a zástupce řady dalších oborů, kteří se rekrutují z řad propuštěných pracovníků dolů, hutí apod. Výslovným určením, že rozhodujícím datem je den první evidence v seznamu uchazečů o zaměstnání, se tyto obavy eliminují, a tím lze významně přispět k využití potenciálu této pracovní síly a v důsledku toho i ke zvýšení příjmů státního rozpočtu (placení daní, sociálního a zdravotního pojištění apod.).

Zvyšování minimální mzdy však není jedinou skutečností, která snižuje výši náhrady za ztrátu na výdělků. V řadě případů jsou oprávněné osoby nuceny se z důvodu zachování nároku na starobní důchod přihlásit dobrovolně k sociálnímu pojištění. Podle ustanovení v § 5c odst. 1 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, je vyměřovacím základem osoby dobrovolně účastné důchodového pojištění částka, kterou si určí, nejméně však ve výši ¼ průměrné mzdy platné v kalendářním roce, ve kterém se pojistné na důchodové pojištění platí. Podle § 7 odst. 1 písm. d) činí pojistné 28 % z vyměřovacího základu. Jak vyplývá z výše uvedeného, zvyšuje se výše náhrad za ztrátu na výdělků podstatně pomaleji, než roste minimální mzda. To pochopitelně vede ke snižování náhrady za ztrátu na výdělků. Připočteme-li ještě nutnost platit důchodové pojištění, je evidentní, že zde vzniká výrazný nepoměr mezi zisky pojištěných (Kooperařiva a Česká pojišťovna) a ztrátou oprávněných osob. V roce 2018 činí minimální výše pojistného osoby dobrovolně účastné na sociálním pojištění měsíčně 28 % z částky 7 495 Kč, tj. 2 099 Kč. Navrhovaná úprava si klade za cíl alespoň částečně zmírnit tuto újmu tím, že od výše minimální mzdy bude odečtena částka pojistného, kterou je oprávněná osoba nucena platit, aby v budoucnu neztratila nárok na starobní důchod.

V současné době probíhá vyjednávání v Poslanecké sněmovně, abychom mohli prosadit alespoň některý z našich návrhů, které by zároveň pomohly horníkům a dalším profesím, aby mohli využít svůj zbytkový pracovní potenciál a nezůstávali zbytečně doma.



Vyhlašuje se šestý ročník ceny Duhové křídlo!

Pardubický kraj a Národní rada osob se zdravotním postižením Pardubického kraje vyhlašují šestý ročník ceny „Duhové křídlo“. Cena je udělena zaměstnancům, organizacím a dobrovolníkům, kteří pracují v sociálních službách ve prospěch osob se zdravotním postižením. Patronkou akce je paní Táňa Fischerová.

Cena je udělována v následujících kategoriích:

- kategorie I. – Profesionál,
- kategorie II. – Dobrovolník/Filantrop,
- kategorie III. – Poskytovatel sociálních služeb,
- kategorie IV. – Zvláštní cena poroty,
za celoživotní práci ve prospěch osob se zdravotním postižením.

Od 1. března 2018 mohou fyzické i právnické osoby podávat návrhy na nominace do jedné nebo více kategorií na příslušných formulářích, které lze vyplnit a elektronicky podat na www.duhovekridlo.cz. Formuláře jsou také k dispozici ke stažení na www.duhovekridlo.cz a v internetových novinách www.duhovenoviny.cz. V tištěné podobě si je lze vyzvednout v sídle NRZP Pardubického kraje, Erno Košťála 1013, 530 12 Pardubice. Vyplněné formuláře mohou navrhovatelé odesílat na e-mail pardubice@nrzp.cz nebo poštou na výše uvedenou adresu. Uzávěrka došlých návrhů bude k 31. květnu 2018. Vítězové všech kategorií budou vyhlášeni a celá akce zakončena slavnostním předáváním cen 26. září 2018 od 15:00 v Multifunkčním centru Fabrika ve Svitavách.

Těšíme se na Vaši spolupráci a účast!



Okénko do poraděn NRZP ČR

Chtěla bych se zeptat na nárok na ošetřovné. Kdo přesně ho může získat? Musí to být vždy jen rodinní příslušníci? Jak se má o ošetřovné požádat?

Nárok na ošetřovné má zaměstnanec, který se musí postarat o nemocného člena domácnosti v případě, že jeho zdravotní stav vyžaduje ošetřování. Nemusí jít jen o potomka nebo příbuzného, ale podmínkou je, že musí s nemocným prokazatelně žít ve společné domácnosti. Zpravidla se ošetřovné čerpá při onemocnění či úrazu dětí mladších 10 let. U dětí starších 10 let záleží na konkrétním případě – o potřebě ošetřování rozhoduje ošetřující lékař. Ošetřovné se může čerpat i na zdravé dítě mladší 10 let v době, kdy bylo školské zařízení uzavřeno pro nepředvídanou událost (např. z důvodu havárie, epidemie), dítěti byla nařízena karanténa nebo osoba, která o dítě pečuje, sama onemocněla. O tom, zda zdravotní stav z důvodu nemoci či úrazu vyžaduje ošetřování jinou osobou, vždy rozhoduje ošetřující lékař.

Ošetřovné nelze uplatnit na dítě, na které již druhý z rodičů uplatnil nárok na peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek; toto neplatí, pokud tato jiná osoba onemocněla, utrpěla úraz, nastaly u ní situace zákonem stanovené, porodila nebo jí byla nařízena karanténa, a proto nemůže o dítě pečovat.

Nárok na čerpání ošetřovného získáte na základě rozhodnutí o potřebě ošetřování vystaveného ošetřujícím lékařem.

Po doplnění potřebných údajů předáte potvrzení svému zaměstnavateli. Pro výplatu dávky musíte doložit termín ukončení ošetřování nebo trvání jeho potřeby. Toto potvrzení vám vystaví opět ošetřující lékař, poté je nutno jej předat zaměstnavateli. (V případě školského zařízení vám potvrzení vystaví pověřená osoba tohoto zařízení.)

Ošetřovné činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den a lze jej čerpat maximálně 9 kalendářních dnů. Náleží od prvního kalendářního dne, kdy lékař potvrdí potřebu ošetřování. Vyplácí se i za soboty, neděle a svátky. Rodiče se mohou v průběhu 9 dnů jednou v ošetřování vystřídat. Zaměstnanec-samoživitel, který má v trvalé péči dítě ve věku do 16 let, může čerpat ošetřovné po dobu maximálně 16 kalendářních dnů. Ošetřovné vám vyplatí OSSZ nejpozději do jednoho měsíce od data, kdy obdržela kompletní podklady ke zpracování výplaty.

Nárok na ošetřovné nemají osoby samostatně výdělečně činné a zaměstnanci, pokud je jejich zaměstnání malého rozsahu, členové kolektivních orgánů právnické osoby, zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce.

Jsem těžký diabetik. Mám nárok na nějaký příspěvek na dietní stravu při tomto onemocnění? Kde o něj mohu požádat?

Příspěvek na dietní stravování jako takové neexistuje. Pouze v případě, že by vám byla přiznána hmotná nouze a vaše příjmy

byly posuzovány pro určení částky na živobytí, přičetla by se k životnímu minimu (v r. 2018 je to 3 410 Kč) z důvodu dietního stravování částka určená dle vyhlášky 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, která v letošním roce činí v případě diabetické diety 1 130 Kč za měsíc.

Pokud by vám tedy byla přiznána hmotná nouze a chtěli byste si o tuto dávku požádat, potřebovali byste potvrzení příslušného odborného lékaře o nutnosti dodržování této diety. V případě onemocnění diabetem je to lékař poskytující specializovanou ambulantní péči v oboru diabetologie nebo registrující praktický lékař, který vás má s ohledem na tuto diagnózu v dispenzární péči.

O příspěvek na dietní stravování se žádá na oddělení hmotné nouze kontaktního pracoviště úřadu práce dle místa trvalého bydliště.

Pečuji o svou matku, které byl přiznán příspěvek na péči III. stupně. Můžete mi, prosím, říci, jak jsem jako pečující osoba pojištěna (myslím zdravotní a sociální pojištění)?

V případě zdravotního pojištění je to tak, že za osoby pečující o závislou osobu, které náleží příspěvek na péči II. – IV. stupně (u dětí do 10 let je to i v případě I. stupně), jej hradí stát. Není však hrazeno po dobu, kdy je závislé osobě výplata příspěvku na péči zastavena (např. po dobu hospitalizace).

Nárok na úhradu sociálního pojištění má pak pečující osoba, která poskytuje péči v největším rozsahu, a to pouze v případě, že se jedná o osobu blízkou nebo se závislou osobou žije ve společné domácnosti. Sociálním pojištěním se v tomto případě rozumí pouze to, že doba péče o osobu závislou je považována za náhradní dobu pojištění pro nárok na důchod. Pečující osoba tedy nemá nárok na nemocenské dávky, peněžitou pomoc v mateřství, ošetřovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Pokud pobývá závislá osoba dlouhodobě mimo domov ve zdravotnickém zařízení, je za pečující osobu hrazeno sociální pojištění, jen pokud doba pobytu závislé osoby mimo domov nepřekročí 90 dní nepřetržitě nebo 120 dní v průběhu celého roku. Přesáhne-li délka umístění závislé osoby ve zdravotnickém zařízení některou z výše uvedených dob, považuje se osoba za osobu pečující v období prvních 90, respektive 120 kalendářních dnů pouze v případě, že v tomto období závislou osobu v zařízení pravidelně navštěvovala a dle vyjádření tohoto zařízení se osobně podílela na její péči.

Dlouhodobě se mi nedaří najít vhodné zaměstnání, proto začínám uvažovat o předčasném důchodu. Chci se zeptat, kdy do něj mohu odejít a o kolik se sníží jeho výše oproti normálnímu starobnímu důchodu? Je možnost si při něm příležitostně přivydělat?

Nárok na předčasný starobní důchod určuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Nárok na přiznání tohoto důchodu je závislý na věku žadatele (kdy dosáhnete tzv. důchodového věku) a na získání potřebné doby pojištění. Do předčasného starobního důchodu můžete odejít nejdříve 3 roky před řádným datem odchodu do důchodu. Pokud je tedy váš důchodový věk (dle tabulek ČSSZ) alespoň 63 let, nárok na předčasný odchod do důchodu vám vzniká nejdříve dosažením věku 60 let. Žadatelé, jejichž důchodový věk je vyšší než 63 let, mohou odejít do předčasného důchodu až o 5 let dříve, nejdříve však také v 60 letech. Pro přesné stanovení důchodového věku je směrodatný rok narození a také to, zda máte děti a kolik. Příslušné tabulky jsou dostupné na webu MPSV.

Pokud žadatel nespĺňuje podmínku potřebné doby pojištění, může si chybějící dobu doplatit (tzv. dobrovolné důchodové pojištění), ale nelze doplatit libovolně dlouhé období. Konkrétněji je nutné se domluvit přímo s ČSSZ nebo OSSZ dle místa bydliště.

Základní výměra důchodů (stejná pro všechny typy důchodů) činí v letošním roce 2 700 Kč. Výše procentní výměry se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu podle doby pojištění získané do vzniku nároku na tento důchod. Za odchod do předčasného starobního důchodu je žadatel penalizován tzv. krácením. Při krácení důchodu dochází ke snižování procentní výměry důchodu za každých i započatých 90 dní o následující procenta z výpočtového základu:

- 0,9 % výpočtového základu za každých 90 dní v období prvních 360 kalendářních dnů,
- 1,2 % výpočtového základu za každých 90 dní v období od 361. kalendářního dne do 720. kalendářního dne,
- 1,5 % výpočtového základu za každých 90 dní v období od 721. kalendářního dne.

O datu odchodu do předčasného důchodu je vhodné se poradit s pracovníky OSSZ – s ohledem na devadesátidenní úseky.

O předčasný starobní důchod si můžete požádat nejdříve 4 měsíce před požadovaným datem přiznání důchodu a nejpozději v den požadovaného přiznání předčasného důchodu (nelze o něj žádat zpětně). Žádost o jeho přiznání s vámi sepíše pracovník důchodového oddělení příslušné okresní správy sociálního zabezpečení dle místa trvalého bydliště. Není k dispozici žádný oficiální formulář, který byste si mohla vyplnit předem sama.

O vašem nároku na předčasný důchod a jeho výši rozhodne ČSSZ do 90 dnů od podání žádosti. V případě nesouhlasu s rozhodnutím je možné podat do 30 dnů ode dne doručení námítky.

Před podáním žádosti o předčasný důchod si vše dobře promyslete – jeho přiznání je trvalé a při dosažení důchodového věku nedochází k jeho přepočtu.

V předčasném důchodu je také omezena možnost přivýdělků. Nesmíte vykonávat takovou činnost, která zakládá účast na sociálním pojištění. Můžete tedy vykonávat následující činnosti:

- tzv. zaměstnání malého rozsahu (příjem je nižší než 2500 Kč měsíčně),
- činnost vykonávaná na základě dohody o provedení práce, pokud výše započitatelného příjmu v měsíci nepřesahuje částku 10 000 Kč,
- výkon samostatné výdělečné činnosti v rozsahu, který nezaloží v daném kalendářním roce účast na pojištění (což je v roce 2018 do výše ročního příjmu 71 950 korun).

V případě, že byste našla vhodné zaměstnání, které by podléhalo odvodům na sociální/důchodové pojištění, máte povinnost nahlásit tuto skutečnost do 8 dnů ČSSZ, která by následně zastavila výplatu předčasného starobního důchodu. Po ukončení této pracovní činnosti vám bude výplata důchodu opět obnovena (na základě podané žádosti). Při dosažení důchodového věku vám může být za odpracovanou dobu zvýšena procentní výměra předčasného důchodu.

Ode dne dosažení důchodového věku pak platí stejná pravidla jako v případě řádného starobního důchodu – tedy možnost přivýdělků bez omezení.

Chci podat žádost o příspěvek na bydlení. Mám na něj nárok, i když bydlím v nájemním bytě? Co se počítá do nákladů na bydlení?

Pokud jste v bytě přihlášená k trvalému pobytu a náklady na bydlení přesahují 30% rozhodného příjmu všech společně posuzovaných osob (v Praze 35%) a zároveň není součinný rozhodného příjmu a koeficientu 0,30 (0,35) vyšší než částka normativních nákladů na bydlení (stanoveno tabulkově dle počtu osob a velikosti města či obce – podrobnější info v naší poradně či na webu MPSV), příspěvek na bydlení získat můžete. Za společně posuzované osoby jsou považovány všechny osoby, které jsou v bytě hlášeny k trvalému pobytu. Do příjmu se v tomto případě počítá i rodičovský příspěvek a přídavek na dítě.

Náklady na bydlení tvoří u nájemních bytů nájemné a náklady spojené s užíváním bytu – tj. energie (elektrina, plyn, dálkové vytápění), vodné a stočné, odvoz komunálního odpadu, osvětlení a úklid společných prostor v domě, provoz výtahu, vybavení bytu společnou televizní a rozhlasovou anténou, odvoz odpadních vod a čištění jímek, náklady na pevná paliva. Pro uznání nároku na příspěvek a stanovení jeho výše jsou rozhodující průměrné náklady na bydlení zaplacené za předchozí kalendářní čtvrtletí. Od ledna 2018 musí být veškeré náklady na bydlení podrobně rozepsány na jednotlivé položky, které se prokazují podrobným rozpisem. K nově podaným žádostem musí být také doloženo poslední vyúčtování zálohových plateb. To musí být nyní předkládáno minimálně jednou za rok, jinak je úřad práce oprávněn dávku odejmout.

O příspěvek na bydlení se žádá na místně příslušné pobočce úřadu práce.

JARO ČESKÉ PSYCHIATRIE: NOVÉ SKUTEČNOSTI, NOVÉ OTÁZKY

Běh na dlouhou trať za spuštěním pilotního projektu pěti Center duševního zdraví (CDZ, Centra) je doufejme v cílové rovině. Poslední, kdo drží v ruce štafetový kolík, je ministr zdravotnictví v demisi Adam Vojtěch.

Na tiskové konferenci informoval 23. března o **vyhlášení výzvy Operačního programu Zaměstnanost pro zájemce z pěti určených regionů: Prahy a krajů Olomouckého, Ústeckého, Jihomoravského a Vysočiny.**

Po posouzení žádostí bude v každém z uvedených regionů vybrán jeden provozovatel CDZ, jehož činnost bude od 1. 7. po dobu 18 měsíců financována z evropských strukturálních fondů.

CDZ A PRAXE

Takový je současný plán a směr a zároveň start dlouho očekávané implementace původní strategie. Připomeňme si ovšem, že rozjásaný optimismus tu panoval i před rokem (viz MOSTY 2/2017) – oficiální spuštění „pilotů“ od 1. července 2017 bylo oznamováno už loni v dubnu. Původní harmonogram dokonce počítal s výběrem provozovatelů pěti CDZ pro pilotní projekt do konce roku 2015 a jeho realizaci v období let 2016 – 2017.

Problémy? Ty samozřejmě jsou a budou, protože praxe je prostě vždycky složitější než představa. Počínaje standardy CDZ, koexistencí zdravotního a sociálního systému v jednom zařízení, personálním obsazením – a samozřej-

mě zajištěním udržitelného financování. I do budoucna budou situaci komplikovat některé nekompromisní postoje pojišťoven, přístup administrativy atd. atd. Jenže „kde je vůle, tam je i cesta“. Kombinace profesionality a nadšení dlouholetých poskytovatelů sociálních služeb pro duševně nemocné za podpory části moderně smýšlejících lékařů a některých osvědčených ve veřejné správě vyústila ve **vznik zatím „neoficiálních“ CDZ na řadě míst v celé České republice.** První vzniklo v Praze 8 ve spolupráci Fokusu Praha a Psychiatrické nemocnice Bohnice už v roce 2015. Prozatímni improvizace ovšem nesměly překračovat platné předpisy a zřizovatelé pak museli řešit různé krkolomnosti. Umožňovat třeba nahlížení do dokumentace klientů všemi členy týmu miniúvazky u druhého (tedy sociálního nebo zdravotního) zřizovatele. Potíže jsou například i u odlišných IT systémů – a zase by bylo možné pokračovat.

Naštěstí pomáhaly dlouholeté zkušenosti, letitá praxe, trénink nelehké existence lidí z neziskovek, zvyklých za čtvrtstoletí úplně na všechno. Jako dlouholetý příslušník nestátní psychiatrie neumím stejně dobře posoudit motivaci angažovaných zdravot-

níků. Snad skutečný zájem o nemocné, objektivní pohled na zastaralý systém, opravdová vůle zlepšit psychiatrickou péči.

Další číslo Mostů má uzávěrku na konci května, to už snad budou vybraní zřizovatelé známi. Jejich úkol nebude snadný, závěry z jejich praxe mají být podkladem pro dvě další etapy zřizování Center až do počtu 30. **Výhledově má vzniknout v ČR celkem 100 těchto středisek komunitní péče – tedy jedno na cca 100 tisíc obyvatel.**

Tato síť, základní kámen nového systému, má sloužit i pro krizovou pomoc, ale především jako hlavní poskytovatel pomoci vážně duševně nemocným, zejména z okruhu tzv. funkčních psychóz. **Fungování nonstop (7/24) má zajistit dostupnost péče, terénní práce pomoc v domácím prostředí klientů a multidisciplinární týmy** (lékaři a psychologové spolu se zdravotními sestrami a sociálními pracovníky) **komplexnost péče.** Po vzoru Center pro vážně nemocné pacienty s psychózami má být později vytvořena síť obdobných zařízení pro další skupiny psychiatrických pacientů – oborů gerontopsychiatrie, adiktologie a dětské psychiatrie. Léčbě pacientů s méně závažným onemocněním se budou i do budoucna věnovat psychiatric-



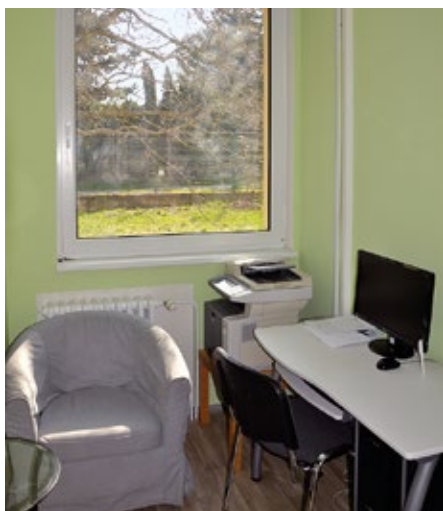
ké ambulance. **Existence CDZ má omezit počty hospitalizací a snížit počty lůžek v psychiatrických nemocnicích** (dřívějších léčebnách).

A tato zařízení – dnes v kategorii odborných léčebných ústavů? Strategické záměry jim v současnosti ukládají vznik transformačních týmů, připravujících souběžně s postupující reformou odpovídající opatření. **Řada dlouholetých pacientů, kteří strávili v ústavním prostředí třeba i desítky let, má být propuštěna „do komunity“.** Skutečnost je ale vždycky složitější než představa... Pochybnosti, které zaznívají, nelze odbýt mávnutím ruky.

Pokud pilotní projekty prokážou, že hospitalizací v regionech ubylo, neměly by snad zdravotní pojišťovny mít zájem financování takové péče komplikovat. Logické snížení stavů personálu v nemocnicích má řešení v přechodu zejména zdravotních sester do CDZ (kde ovšem může být práce náročnější).

OTAZNÍKY ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ

Hlavním problémem přesto není samo budování zdravotně-sociálních služeb v komunitě, ale praktický život těchto nemocných, otázky jejich prosté existence. **Tito dlouholetí pacienti často nemají jakékoliv sociální zázemí, řada z nich má různá omezení svéprávnosti a jistě i pracovního potenciálu.** Jejich základní potřeby dnes tak či onak řeší zdravotní zařízení (historicky vzniklá jako sociální ústavy) ze zdravotního pojištění, případně z dalších zdrojů. **Ani komplexní zdravotně-sociální péče jim ale v případě propuštění nezajistí „byt a stravu“.** Na potřeby bydlení se současně s reformou pomýšlí od počátku, legislativní naděje ovšem zatím není. (Bude?) Ale sociální systém bydlení zdarma neumožňuje – i lidé bez domova platí v příslušných zařízeních



za jednorázové noclehy alespoň symbolickou částku. Je nutné platit jídlo i léky – stačí se začíst do analýz života některých příjemců nejnižších starobních důchodů.

Bez peněz na svobodu nelez. Kromě péče obětavé rodiny jsou **jen dva způsoby, jak svoji existenci v běžném životě zajistit – výdělečná činnost a sociální dávky.** Lidé s duševním onemocněním, kteří mohou žít v běžném prostředí, když se o ně někdo stará nejen po zdravotní, ale i po praktické stránce, a ti, kteří si na své živobytí dokáží vydělat a žít podle svého, jsou dvě zcela rozdílné skupiny. Je třeba zodpovědně posoudit potenciál dosavadních obyvatel pavilonů dlouhodobé následné péče v psychiatrických zařízeních. Nelze ignorovat vliv celkového vývoje zaměstnanosti ani nebezpečí „predátorů“ (znovu připomeňme známé situace bezbranných seniorů nemorálně zneužívaných nejruznějšími subjekty).

Jsem přesvědčena, že těm, kdo mají střechu nad hlavou a jakýmkoliv způsobem zajištěny základní potřeby, mohou Centra účinně a kvalitně pomáhat. Jak se stát a obce postarají o ty ostatní, je základní otázka, která začíná u vymezení jejich počtů. **Není možné zavírat oči před tím, že v oblasti psychiatrie jsou nemocní, kterým nelze pomoci, které není možné vyléčit a nechat „svobodně žít“.**

Zároveň je ale možné hledat co nejvíc způsobů, jak rozsah beznaděje maximálně snížit. Z dob, kdy v 60. letech byly v USA zrušeny psychiatrické léčebny a všichni pacienti byli propuštěni „na svobodu“, pochází metoda Recovery. „Osvobození“ se stávali bezdomovci nebo kořisti lidí bez zábran, plnili vězení. Situace vyžadovala řešení „tady a teď“, přímo v komunitě. **„Recovery“** překládá slovník cizích slov (kromě několika termínů z oblasti IT) jako **„obnovu, zotavení, uzdravení“.** Nejde tu ovšem tolik o uzdravení biologické, medicínské, ale psychosociální. Terapeuti pomáhají najít klientům jejich vlastní cestu k běžnému (novému nebo předchozímu) životu, který se co nejvíc podobá životu ve zdraví. Jeho nedílnou součástí bývá i odstranění sebestigmatizace, hledání přiměřeného sebevědomí, silných stránek klienta a cesty k osobnímu rozvoji. V roce 2016 přednášel na konferenci plzeňského Ledovce na toto téma velmi zajímavě americký lektor, ředitel jednoho z komunitních center.

Ve Velké Británii v několika posledních letech zcela zanikla docházková centra pro duševně nemocné. Nahradily je takzvané „recovery colleges“. Jedná se vlastně

o projekt komunitní školy. Přichází jsou studenti, nikoliv klienti. Všechny kurzy jsou vytvářeny a vyučovány společně pomáhajícími profesionály a lidmi se zkušeností s duševní nemocí.

A česká skutečnost? V Praze obdobný projekt připravilo **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví** pod názvem Recovery škola zotavení (www.cmhcd.cz). Podle sdělení ředitele organizace Mgr. Pavla Říčana jsou ještě volná místa v některých jarních kurzech. (Zájemci se mohou ozvat Pavle Kubinové na e-mail kubinova@cmhcd.cz.)

Rádi se této zajímavé novince v péči o lidi s duševním onemocněním budeme věnovat ještě někdy příště.

Právě u CDZ je klíčovým problémem propojení zdravotní a sociální péče v praxi. Jako kdyby tyto dva systémy nebyly vůbec kompatibilní, snad na jakékoliv úrovni. Kromě toho, že právě u nemocného člověka existují oba typy potřeb ve vzácné jednotě. Četla jsem pohoršený text, jehož autor jízlivě poznamenává, že „pomalu budeme řešit, jestli se pacient počural zdravotně nebo sociálně“. Je takové rýpnutí tak daleko od pravdy? Skutečnost je taková, že pleny a jejich výměnu u „zdravotně počuraného“ hradí zdravotní pojišťovna. V sociálním systému musí platit pacient nebo jeho rodina.

HLEDÁNÍ KONSENSU

Celá léta jsme poslouchali výhrady „shora“, že psychiatrii nelze pomoci a měnit ji, protože „psychiatrii se hádají mezi sebou“. (Nejen psychiatrii.) **Prvním velkým úkolem reformy se tak stalo hledání konsensu.** Bylo ho (jich) od prvních diskusí o podobě reformy, tj. od roku 2012 dosaženo? Netroufla bych si na takovou otázku odpovědět kladně, dnes **je spíše možné mluvit o vytvoření pevných struktur – a tím i o určité stabilizaci.** V tom případě je tu ovšem zásadní nezbytnost: nastavený model musí fungovat. Další otázka.

Psychiatrie je celek, měl by jím být i celý proces změny systému. A je? Je můj pocit, že všechno je pořád nejednotné, hodně roztržštěné, jenom pocit? Že levice neví, co dělá pravice, že pořád máme jen souostroví, i když potřebujeme pevninu? Od velkých shromáždění všech zainteresovaných v prvních obdobích se přešlo k setkáním v kroužcích jednotlivých zájmových skupin, kde si aktéři vyřikávají, jak na to a co jsou nepřekročitelné požadavky. MZ zřídilo výkonný a odborný orgán s kvalifikovanými zástupci – a za těch 15 – 20 let bude péče o duševní zdraví v ČR optimálně zajištěna. Ano, nebo ne? ➤

HLEDÁNÍ ŘEŠENÍ

Bude se i péče o duševně nemocné řídit jako firma? Řízení v jakémkoliv systému, v jakémkoliv zařízení má svá daná a nezrušitelná pravidla, nejen ekonomická. Bude možné takovou danost sloučit s proklamovaným modelem partnerství v terapii a léčbě? Dobře víme, že role pacienta ve zdravotním systému nebude nikdy založena na skutečné symetrii – jak se spolu snesou nezbytná hierarchie a humanistická rovnoprávnost?

Ze své pozice neumím na takové otázky odpovědět, ale jsem si jistá, že **jediným nástrojem k hledání optimálních řešení je komunikace**. Jenom ta může (a musí) přispět k optimálnímu vytváření celku. Myslím, že v současnosti je stále nedostačující a přispívá k vytváření nejrůznějších mýtů o tématech, dostupných jen někomu. **Nekomunikovat znamená nepoznat druhou stranu**, její názory, její argumenty – podstatu její pravdy.

A tak ve světě psychiatrie kolují kolem reformy pravdy rozplizlé a neuchopitelné i ty skálopevné a rigidní. Polopравdy, nepřesnosti i doslova nesmysly. Nahoře, dole, uvnitř jednotlivých skupin.

Společný zájem by ale přece měl být vždycky na tom, aby změna systému vycházela z reálného stavu, aby byla nastavena reálná pravidla. **Dnešní snahy by měly směřovat k dnes objektivně možným cílům**. Potom je možné racionálně vstupovat do dalších etap, potom může mít náročná práce všech angažovaných smysl.

Pokud v časopise Národní rady zůstane u vlastní problematiky, tedy **u duševně nemocných se zdravotním postižením**, opravdu nelze nad současným stavem nějak jásat. Problémů je hodně – i zde ve vzájemné komunikaci, ve vzájemných vztazích. V neujasněnosti role NRZP ČR ve vztahu k řídicím orgánům reformy, stejně jako vztahu Národní rady k organizacím i obecně k pacientskému hnutí. Nespolečná práce, nekomunikace (dokonce nijak vzácný despekt) nejsou bohužel nijak specifické právě pro skupinu lidí s duševním onemocněním. Ty skupiny a organizace nemocných a zdravotně postižených, které vnitřní rozpory dokázaly překonat, jsou dnes na cestě ke svým cílům mnohem dál – **jednotné postupy vždy přinášejí lepší výsledky**.

VÝHLEDY

O jarním zasedání VZPO nebylo před uzávěrkou tohoto čísla Mostů bohužel možné referovat. Doufejme, že další jednání v obvyklém předprázdninovém termínu se uskuteční už ve vyjasněné politické situaci. Přichází doba **revize plnění „Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 20“**. Pokud se v historii tohoto strategického materiálu před třemi lety poprvé objevilo i téma péče o duševně nemocné, je na místě porovnat záměry z roku 2015 s dnešní skutečností.

Celý text ze strany 50 dokumentu (Cíl: Reformovat systém psychiatrické péče o osoby s duševním onemocněním) byl uveřejněn v Mostech 3/2015 – viz www.nrzp.cz – Časopis Mosty. U všech pěti uvedených dílčích cílů je jako hlavní garant uvedeno MZ.

Pacientské organizace si slibují možnost vlivu na další vývoj reformy působením Pacientské rady MZ a její pracovní skupiny pro duševně nemocné. Rada vzniká pozvolna, ale na jejím nedávném výjezdním zasedání byla na programu i práce na SWOT analýze. Za jedno ze zásadních rizik byla označena „neprofesionalita“. Ano. Bohužel.

Kalpe Český výrobce pohybových léčebných přístrojů



Rotren Solo

Pasivní, asistované a aktivní cvičení dolních a horních končetin pro dospělé i děti od 3 let. V nabídce 16 typů profesionálních přístrojů pro pohybovou rehabilitaci končetin!

Léčba s přístroji Motren - Rotren snižuje výskyt a intenzitu spasmů, zlepšuje pohyblivost končetin, podpoří krevní oběh včetně srdce, zvětší objem svalů, podpoří trávicí soustavu i lymfatický systém a omezí další bolestivé symptomy.

Financování přes nadace nebo na splátky bez navýšení!



Motren Duo 1

Pronájem pohybových léčebných přístrojů a motodlah **od 50,-Kč/den**, rotopedů pro rehabilitaci od 35 Kč/den

- záruční doba **3 roky** = záruka české kvality
- vyzkoušení přístroje **zdarma** po celé ČR a SR
- **nejnižší ceny** rehabilitačních přístrojů na trhu

- výroba rotopedů s tradicí **od roku 1990**
- **profesionální** záruční i pozáruční **servis**
- **rychlé dodání** přístrojů a rotopedů

- **individuální úpravy** dle přání
- **široká nabídka** příslušenství
- tisíce spokojených zákazníků



Výroba, prodej, půjčovna, poradenství a servis pro ČR a SR: KALPE - U Rakovky 1794, 148 00 Praha 4 - Kunratice
www.kalpe.cz email: kalpe@volny.cz tel: +420 737 289 277 +420 737 289 275 Facebook a YouTube: Kalpe.reha



Evropský akt přístupnosti

Evropský akt přístupnosti je návrh právního předpisu, který má za cíl zlepšit přístupnost výrobků a služeb Evropské unie pro osoby se zdravotním postižením. Za přijetí tohoto návrhu se již dlouho zasazuje Evropské fórum zdravotně postižených (EDF), jehož je NRZP ČR plnoprávným členem.

Návrh Evropského aktu přístupnosti byl vypracován ve formě směrnice, která je právně závazná, což znamená, že členské státy EU musí uplatňovat obsah tohoto aktu. Podle návrhu musí být přístupné pouze vybrané výrobky a služby. EDF i NRZP ČR se domnívají, že rozsah působnosti návrhu Evropského aktu přístupnosti se musí rozšířit o další oblasti důležité pro každodenní život osob se zdravotním postižením, zejména o budovy související s přístupnými výrobky a službami. Vždyť jak se například osoby se zdravotním postižením dostanou k přístupnému bankomatu, nebude-li přístupná banka, v níž se bankomat nachází?

Mnohé členské státy EU již mají nějakou formu legislativy týkající se přístupnosti, avšak dosud neexistuje evropský právní předpis upravující tuto problematiku. Evropský akt přístupnosti by měl poskytnout minimální úroveň přístupnosti výrobků a služeb a umožnit jejich volný pohyb na trhu všech členských států EU. Přijetí Evropského aktu přístupnosti by představovalo významnou etapu pro Evropskou unii při podpoře začleňování 80 milionů osob se zdravotním postižením, které žijí v členských zemích Evropské unie, v souladu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou Evropská unie a všechny její členské země již ratifikovaly.

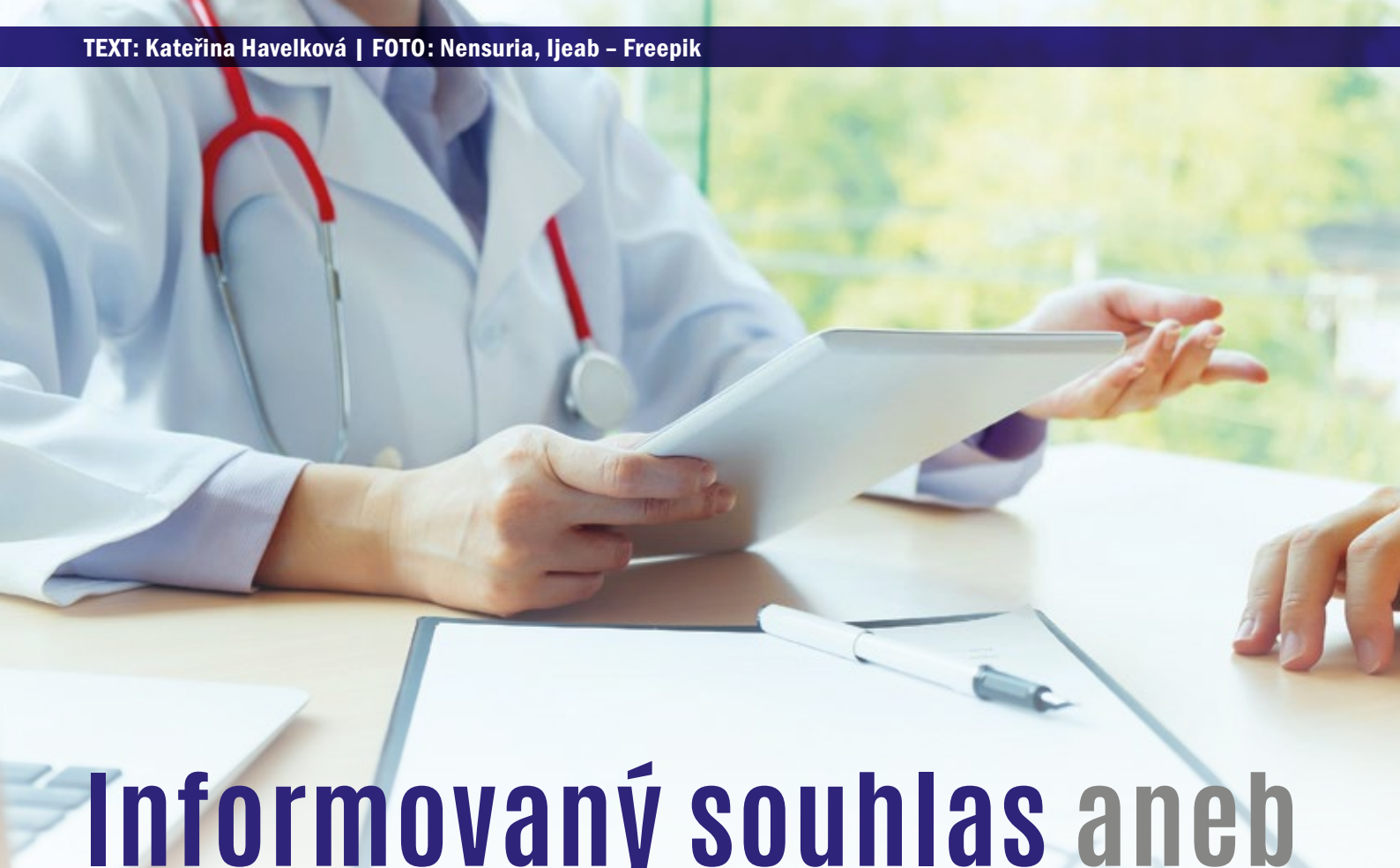
Cesta k silnému evropskému opatření pokrývajícímu oblast přístupnosti však

nebyla vůbec jednoduchá – a ani teď rozhodně není vyhráno. EDF se již dlouho snaží působit na instituce i jednotlivé politiky, kteří mají v kompetenci tvorbu a schvalování tohoto zákonného opatření, aby se zasadili o přijetí ambiciózní a smysluplné směrnice, jež by znamenala skutečnou změnu k lepšímu pro 80 milionů Evropanů se ZP. Dále například v loňském roce před Evropským parlamentem v Bruselu uspořádalo demonstraci na podporu přijetí silného aktu přístupnosti nebo podnítilo vznik mimořádného prohlášení o Evropském aktu přístupnosti, které delegáti 4. Evropského parlamentu osob se zdravotním postižením předali relevantním institucím. NRZP ČR rovněž již několikrát oslovila odpovědné politické činitele se žádostí, aby podpořili silný evropský zákon o přístupnosti.

Původní návrh Evropské komise, který jistě mohl být sám o sobě ambicióznější, rozměnil ve své oficiální pozici Evropský parlament a následně ještě více oslabil Rada Evropské unie. Ta zveřejnila své stanovisko (tzv. „obecný přístup“), v němž opomíjí několik velmi významných prvků, za které hnutí OZP bojovalo. Například vypouští důležité opatření, jež by zavazovalo veřejné orgány řídit se požadavky na přístupnost při nákupu výrobků a služeb (veřejné zakázky) nebo při využívání evropských finančních prostředků (evropské strukturální fondy). Text Rady rovněž omezuje aplikaci zákona na mikro-

podniky (což je vskutku politováníhodné, jelikož mikropodniky poskytují osobám se ZP nepostradatelné služby i výrobky a jejich vynětí bude mít negativní dopad na konkurenceschopnost těchto podniků i vnitřní trh EU vůbec) a zcela vypouští zastavěné prostředí, jakož i významné přepravní služby (metro, autobusy, tramvaje či regionální a příměstské železniční linky). Tato pozice tedy zdaleka nedostává očekáváním, jaká evropské hnutí OZP od zákona o přístupnosti mělo a má. (Objevily se dokonce hlasy, že by hnutí OZP návrh směrnice v této podobě ani nemělo podpořit.)

Instituce EU (Komise, Parlament i Rada) v tomto okamžiku tedy mají svá stanoviska k aktu a mohou tak zahájit vyjednávání o jeho konečném znění. Tento tzv. „trialog“ má začít právě v těchto dnech. Bulharské předsednictví Rady EU oznámilo, že plánuje uzavřít diskuse do července. Je důležité si uvědomit, že pozitivní změna konečného textu je stále možná – příklady předchozích směrnic (jako například směrnice o přístupnosti webových stránek) ukázaly, že během trialogů může být dosaženo řady vítaných změn. EDF spolu se svými členskými organizacemi budou tudíž nadále vést aktivní kampaň za přijetí silnějšího a ambicióznějšího znění Evropského aktu přístupnosti, který by byl skutečným přínosem pro životní podmínky lidí se zdravotním postižením v celé Evropské unii.



Informovaný souhlas aneb Vaše slovo rozhoduje

Každý lékařský zákrok může být až na stanovené výjimky proveden pouze tehdy, když s tím vy jako pacienti souhlasíte. Souhlas máte udělit teprve na základě řádného poučení. Tyto dvě věty se zdají být jednoduché, v praxi však přinášejí řadu problémů a dotazů, které jsou pro právní poradce Kanceláře Ombudsmana pro zdraví takřka každodenním chlebem.

Jakmile vás poskytovatel zdravotních služeb přijme do péče, zavazuje se prostřednictvím svých zaměstnanců (lékařů, sester atd.) pečovat o vaše zdraví v rámci svého povolání či předmětu činnosti. Péče o zdraví je občanským zákoníkem specifikována jako úkon, prohlídka nebo rada a všechny další služby, které se týkají bezprostředně ošetřovaného a které jsou vedeny snahou zlepšit či zachovat jeho zdravotní stav. Je nabíledni, že v tomto vztahu je tím zkušenějším a erudovanějším právě zdravotník. Jde ale o vaše zdraví, a je tedy logické, že až na výjimky nelze nic dělat bez vašeho souhlasu. Vy jste tedy ti, kteří musí rozhodnout, zda chcete, aby vám byly zdravotní služby poskytovány, a případně jakou z předložených variant si vyberete. Formy souhlasu jsou přitom

různé. Při odběru krve se za souhlas například považuje to, že nastavíte ruku. V některých případech stačí ústní souhlas, který je zaznamenán do zdravotnické dokumentace. Při hospitalizaci jde však vždy o souhlas písemný.

Když lékaři nerozumíte, určitě se ptejte!

Pokud si chcete něco pořídit, zpravidla o tom napřed sháníte informace, které vám pomohou správně se rozhodnout. Proč byste neměli přistupovat stejně ke svému zdraví? Nic cennějšího přece nemáte. Poskytovatel je povinen srozumitelně vám vysvětlit, co s vámi potřebuje dělat, tedy například v čem bude spočívat zamýšlené vyšetření. Po jeho dokončení vás seznámí s vaším zdravotním stavem a navrhne postup léčby. Toto tzv. poučení

má být učiněno tak, abyste vše dobře pochopili. Musí vám být jasné, v čem spočívá váš zdravotní problém, proč je nezbytná další péče, jaký je její účel, a také to, jaké následky lze očekávat – včetně možných rizik pro vaše zdraví. Právě proto nestačí, když vám lékař vše potřebné vysvětlí jen na začátku. Poučení byste měli být vždy v okamžiku, kdy je to vzhledem k vývoji léčby třeba.

Poučení musí být každý pacient, dokonce i ten, kdo není plně svéprávný, a to způsobem přiměřeným jeho schopnosti informace pochopit. Zároveň však je nutné, aby lékař předal všechny informace i zákonnému zástupci pacienta.

Ze všeho, co jsme výše napsali, vyplývá, že poučení nemůže provést kdokoli. Můžeme stokrát rozumět důvodům, proč si v ně-

Platný souhlas není úplně každý

Souhlas pacienta musí být svobodný a informovaný.

Co to vlastně znamená? Musíte být náležitě poučeni, tzn. musíte být seznámeni zejména s:

- příčinou a původem nemoci;
- účelem, povahou, přínosem, důsledky a riziky výkonu;
- alternativami řešení, pokud existují;
- postupem léčby, která bude navazovat;
- omezením a doporučením pro způsob života, který bude následovat.

Nezbytnou náležitostí každého souhlasu je datum a podpis.

Souhlas není svobodný, pokud:

- pacient souhlasil např. pod nátlakem rodiny, lékaře či byl nucen rozhodnout se ve stavu akutní bolesti a bylo možné souhlas získat dříve, než tato bolest nastala;
- pacient pouze podepsal standardizovaný formulář, aniž by tomu předcházelo poučení formou rozhovoru s lékařem, který bude zákrok provádět;
- je poučení poskytováno v době, kdy si pacient myslí, že je již vše připraveno a zákrok je neodvratitelný, např. cestou na operační sál;
- byl poučen pod vlivem tlumících léků, návykových látek nebo duševní poruchy – v takovém případě pacient postrádá způsobilost souhlas či nesouhlas udělit.

kterých nemocnicích přichází s pacientem o všem promluvit sestry, dokonce chápeme i to, proč někde pacient dostane k podpisu jen standardizovaný dokument. Ať je však sestra jakkoli vzdělaná a zkušená a dokument nanejvýš podrobný, nestačí to. Sestra ani písmenka na papíru nemohou totiž být schopny pacienta seznámit přesně s tím, co ho čeká například při plánované operaci, jaké jsou její přínosy, důsledky, rizika, jaké jsou jiné možnosti řešení a proč je lékař nedoporučuje, co bude následovat po operaci apod. A už vůbec nejsou připraveny na případné dotazy.

Bez poučení můžete žít v mýlce

Zanedbávání poučení v rámci informovaného souhlasu je jednou nejčastějších příčin

sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty. Vaše představa o zdravotní péči a jejich výsledcích totiž může být úplně jiná právě proto, že jste dostali příliš stručné, neúplné, či dokonce špatné informace, nebo jste jim například kvůli množství odborných termínů správně neporozuměli. Svým blízkým pak informace předáte tak, jak jste je pochytili, a ti to završí tím, že začnou hledat informace na internetu a u svých známých. A úplně zbytečný konflikt je na spadnutí.

Podle zákona má tedy povinnost poučit pacienta a vyžadovat od něj informovaný souhlas zdravotnický pracovník, který bude danou službu poskytovat. Většinou je to lékař, může to být ale například i porodní asistentka.

Nepoučení neznamená jasnou vinu

Jestliže pacient neobdrží před zákrokem náležitě informace o jeho rizicích a alternativách tak, jak na ně má práva, neznamená to automaticky, že za případnou škodu na zdraví odpovídá poskytovatel. Nejvyšší soud ČR k tomu říká:

„Byl-li postup poskytovatele zdravotních služeb lege artis, pak i když pacient nebyl o riziku náležitě poučen, nemůže být vyvozena odpovědnost za škodu, která vznikla bez zavinění poskytovatele, leda by se dalo rozumně usoudit a pacient by prokázal, že pokud by náležitě informace obdržel, příslušný výkon by nepodstoupil. Nelze vyloučit, že pacient může podat na poskytovatele žalobu na ochranu osobnosti, protože před zákrokem neobdržel informace, na které měl právo. V rámci této žaloby se může domáhat přiměřené náhrady nemajetkové újmy za to, že neobdržel informace, na které měl právo, nemůže však požadovat náhradu škody způsobené lékařským zákrokem, který byl proveden lege artis, a újma na zdraví, k níž při něm došlo, nebyla zaviněna lékaři, ale byla přípustným rizikem příslušného výkonu.“

S čím se můžete na Kancelář Ombudsmana pro zdraví obrátit?

Kancelář Ombudsmana pro zdraví, z. s., je bezplatná poradna a informační centrum v oblasti zdravotnického práva a navazujících částí sociálního zabezpečení.

Poradíme vám například v situacích, kdy jste nespokojeni s přístupem vašeho lékaře, při nedostupnosti léčby, jestliže máte pocit, že jste z důvodu svého postižení nebo věku zdravotníky diskriminováni či potýkáte-li se s posudkovými lékaři. Můžete se na nás obrátit kdykoli, když si nebudete jisti, jaká jsou u lékaře nebo v nemocnici vaše práva.

PODNĚT LZE PODAT:

1. formulářem z www.ombudsmanprozdravi.cz (vyberte formulář pro fyzické osoby);
2. e-mailem na ochrance@ombudsmanprozdravi.cz;
3. osobně na adrese Kancelář Ombudsmana pro zdraví, Národní 9, 110 00 Praha 1, úřední hodiny: středa: 9:00 – 11:30 a 13:00 – 17:00;
4. klasickou poštou na výše uvedenou adresu;
5. telefonicky na tel.: 222 075 103 (pokud zde nejsme, je vám k dispozici záznamník).

Co dělat, jste-li s péčí nespokojeni?

Jestliže nebudete se zdravotní péčí, které se vám dostalo, spokojeni, máte právo si stěžovat. Je dobré začít u poskytovatele zdravotních služeb a můžete požadovat leccos – od omluvy přes nápravu až po finanční odškodnění.

Máte-li pocit, že odpověď poskytovatele není správná, můžete si stěžovat dále u nadřízeného orgánu (pomůžeme vám s tím) a také se soudit. Na základě případů, které k nám do Kanceláře Ombudsmana pro zdraví přicházejí, jsme ale přesvědčeni o tom, že většinu sporů by bylo možné předejít prostým dodržováním zákonů. Samozřejmě si uvědomujeme, jak jsou lékaři vytiženi, že zdravotních sester je katastrofálně málo a že všichni zdravotníci dělají všechno pro to, aby co nejlépe léčili a usnadňovali pacientům například pobyt v nemocnici. Jenže informovat pacienty a odpovídat jim na dotazy k tomu také patří. ►

Nový Opel

CROSSLAND X



Již za
251 300 Kč bez DPH*

OPEL HANDYCARS

SVOBODNÝ POHYB BEZ BARIÉR

Program mobility osob se zdravotním postižením



www.opel-handycars.cz

Kombinovaná spotřeba a emise CO₂ 3,6–5,4 l/100 km, 93–123 g/km.
*Uvedená cena platí pro osoby se zdravotním postižením s nárokem na státní příspěvek.



Již udělený souhlas lze odvolat!

Zákon praví, že pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již byl zdravotní výkon započat a jeho přerušování může způsobit vážné ohrožení zdraví nebo života pacienta. Odvolání souhlasu přitom může mít jakoukoli formu, i když je pro samotný souhlas povinná písemná forma. To znamená, že svůj souhlas můžete odvolat i ústně – zdravotnický pracovník o tom musí provést záznam do zdravotnické dokumentace.

Může se stát, že pacient informace o svém zdravotním stavu vědět nechce. V takovém případě se může svého práva na informace vzdát, případně může určit, které osobě mají být podány. Obě skutečnosti musí být zaznamenány, podepsány pacientem a zdravotnickým pracovníkem a být založeny ve zdravotnické dokumentaci. Vzdát se práva na podání informací však nemůže pacient, který trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v jejíž souvislosti může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

Příště:

Práva nezletilých a jejich rodičů.

Jak je to s omezením svéprávnosti.



Odmítnutí zdravotních služeb

Provedení lékařského zákroku máte právo odmítnout – vyjma případů, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu. V takovém případě vám musí být opakovaně podána informace o vašem zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, co vám kvůli tomu hrozí. Třeba že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit vaše zdraví nebo ohrozit život. Pokud trváte na svém a se zákrokem dále nesouhlasíte, učiní se o tom písemné prohlášení, tzv. negativní reverz.

Pokud není vyžadována písemná forma souhlasu a dojde ke sporu o tom, zda byl udělen či nikoli, má se podle občanského zákoníku za to, že byl udělen. V případě sporu je tedy na pacientovi, aby prokázal, že tomu tak nebylo. Přestože tedy je na poskytovateli, aby doložil, že jste byli náležitě poučeni, na vašich bedrech leží dokázat, že jste souhlas vůbec neudělili.

Péče bez souhlasu

Bez vašeho souhlasu vám může být poskytnuta pouze neodkladná péče, a to v situaci, kdy:

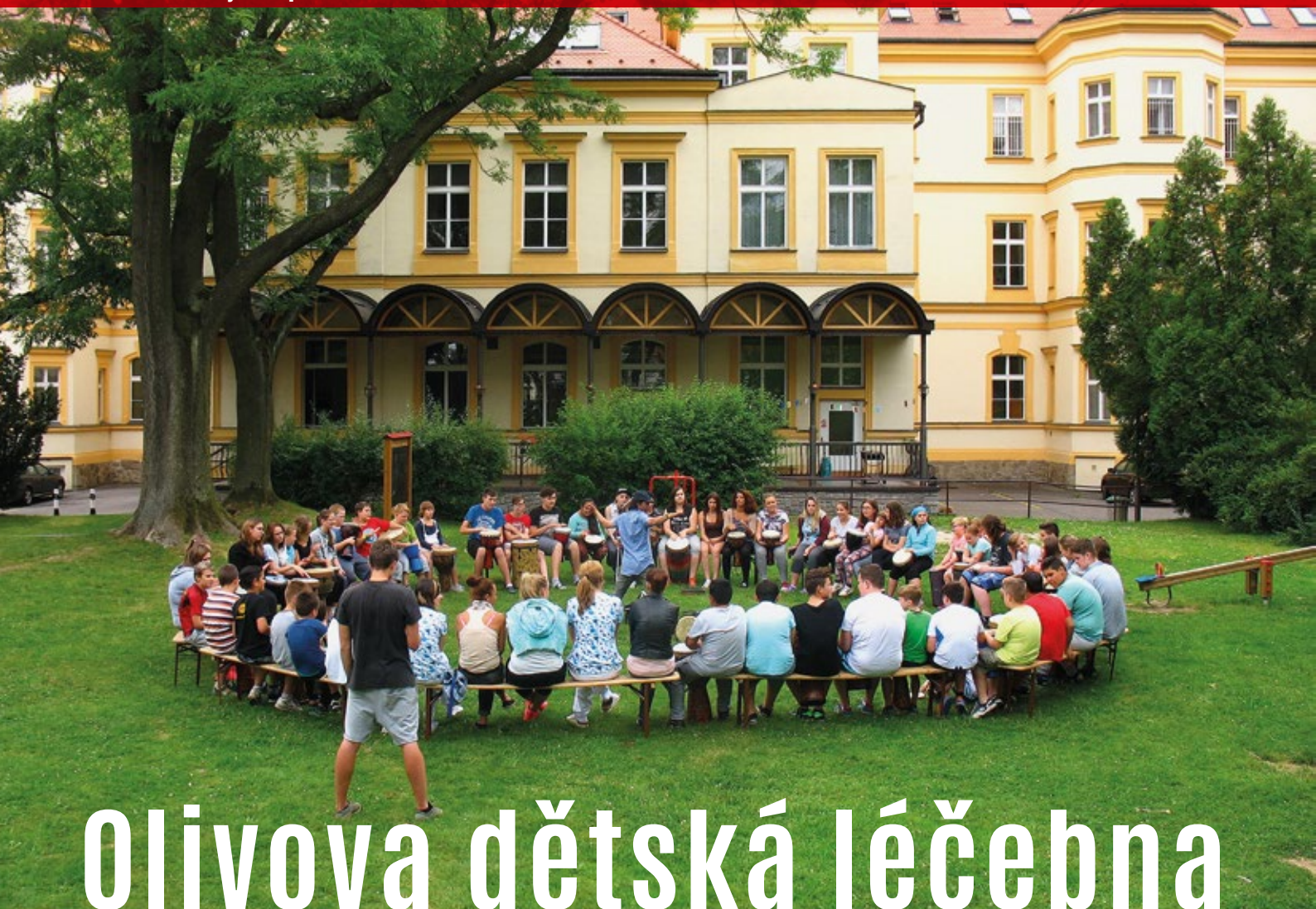
- Zdravotní stav pacienta neumožňuje souhlas vyslovit, čímž však není dotčeno dříve vyslovené přání, pokud existuje.
- Jde o léčbu vážné duševní poruchy a v důsledku jejího neléčení by došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.

Bez souhlasu lze poskytnout také jiné zdravotní služby, pokud je tak stanoveno zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, tedy např. zdravotní služby, jejichž smyslem je zabránit šíření infekčních chorob (např. HIV).

Pacienta je bez poskytnutí souhlasu možno nejen léčit, ale i hospitalizovat, pokud je splněna alespoň jedna z následujících podmínek:

- jedná se o ochranné léčení uložené pravomocným soudním rozhodnutím;
- jedná se o izolaci, karanténu nebo léčení nařízené podle zákona o ochraně veřejného zdraví;
- jedná se o vyšetření nařízené na základě trestního řádu nebo občanského soudního řádu;
- pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy, touto poruchou prokazatelně trpí nebo je pod vlivem návykové látky;
- zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.

Zdravotnické zařízení má povinnost oznámit nedobrovolnou hospitalizaci pacienta do 24 hodin příslušnému soudu. Ten pak musí do sedmi dnů od začátku hospitalizace rozhodnout o tom, zda k nedobrovolnému převzetí došlo v souladu se zákonem. Pokud ano, začíná další fáze řízení, v níž soud do tří měsíců na základě znaleckého posudku rozhodne o tom, zda další držení pacienta ve zdravotnickém zařízení je přípustné, případně po jakou dobu. Pokud soud rozhodne o další přípustnosti držení pacienta ve zdravotnickém zařízení, může tak učinit nanejvýše na dobu jednoho roku. Poté musí přijít nové soudní rozhodnutí o další hospitalizaci.



Olivova dětská léčebna v Říčanech **bilancuje**

Loni poskytla říčanská Olivovna péči téměř šesti stům dětských pacientů. V deseti pětítýdenních turnusech jsme se starali o pacienty od jednoho do osmnácti let, převažovaly děti ve věku od 7 do 12 let. Léčily se u nás s obezitou, nemocemi dýchacích cest a pohybového ústrojí. Do Olivovny děti přijely z celých Čech, převážně ale z Prahy a Středočeského kraje.

Pro zajištění kvalitní péči máme k dispozici vyškolený lékařský, rehabilitační, vzdělávací a výchovný tým. Vytváříme dobré podmínky pro pobyt rodičů s předškolními dětmi. Rodičům nabízíme odborné vzdělání, které jim usnadní zapojení se do následné péče v domácím prostředí.

Na spoluvytváření programů kolektivní i individuální péče se podílí ústavní psycholog. Dětem zajišťujeme školní výuku po celou dobu léčebného procesu. Chronicky nemocným dětem náš odborný pedagogický tým poskytuje individualizovanou výchovnou a vzdělávací péči.

Léčebna byla založena před 122 lety manželi Aloisem a Luisou Olivovými s cílem poskytovat dětem zdravotní a sociální služby.





Po desetiletí je kmenovým základem poskytované péče léčba respiračních a alergických onemocnění. Olivovna je vybavena moderními přístroji pro funkční vyšetření dýchacího ústrojí. V případě potřeby mohou lékaři přijatým dětem zajistit všechna nezbytná laboratorní či konziliární vyšetření v blízké nemocnici v Říčanech nebo na klinických pracovištích v Praze. Léčili jsme děti s alergickou rýmou, chronickými a opakovanými záněty horních a dolních dýchacích cest a stavy s alergickým dermo-respiračním syndromem.

kem tělesné hmotnosti. Podstatné je, že se zlepšil jejich celkový tělesný stav a narostl jim podíl svalové hmoty. Jsme připraveni na řešení případných potravinových intolerancí nebo jiných poruch výživy. Chceme dětem poskytovat odbornou péči opakovaně; praxe totiž prokazuje, že hlavní zárukou dlouhodobého úspěchu při léčbě obezity je především kontinuita a soustavnost péče.

Nejčastějším onemocněním pohybového ústrojí, které jsme se v Olivovně v loňském roce léčili, byla z 80% funkční vada chodidla neboli plochonož. Tato vada má vliv

celého pobytu ve skutečných podmínkách: v dětském kolektivu, ve škole, při tělesném pohybu, odpočinku i ve spánku. Pro ošetřujícího lékaře, který má na pacienta vyhrazeno pouze několik minut při obvyklé ambulantní péči, je to nedosažitelné,“ konstatuje MUDr. Karel Černý, vedoucí zdravotnického úseku léčebny.

Olivova dětská léčebna poskytuje léčebně rehabilitační a následnou péči dětem od jednoho roku do osmnácti let. Specializuje se na léčbu a prevenci onemocnění respiračního a pohybového ústrojí, nadváhy a obezity. Součástí léčby i trávení volného času je pobyt v lesoparku léčebny v čistém klimatu Ladova kraje.

K léčbě obezity přistupujeme komplexně racionální a vyváženou stravou sestavenou nutriční terapeutkou podle potřeb dětí. Kondiční cvičení a pohybové aktivity vedou naši fyzioterapeuti. Psychoterapií posilujeme jejich sebevědomí a sebedůvěru. Děti u nás získají nový náhled na sebe, chtějí být aktivnější a zdravější. Usilujeme o změnu stravovacích a pohybových zvyklostí v úzké spolupráci s rodinou.

Po pěti týdnech od nás odjelo téměř 80 % dětí s více než pětiprocentním úbytkem

na postavení lidského těla v prostoru a jeho způsobu pohybu, zejména na dolní končetiny při zátěži, tj. na pohyb kolenních a kyčelních kloubů, postavení pánve a páteře. Přicházejí k nám děti i s vadným držením těla nebo stavy po úrazech a ortopedických operacích a zaměřujeme se i na vrozené a získané ortopedické vady a rehabilitaci před plánovanými operacemi skoliózy, kyfoskoliózy, kyfózy a hyperlordózy.

„Naší hlavní výhodou je, že můžeme dětského pacienta průběžně sledovat během



Zřizovateli Olivovy dětské léčebny jsou Magistrát hl. města Prahy a město Říčany. Olivovna je nedílnou součástí života v Říčanech. Pořádá a podporuje odborné vzdělávací semináře pro lékaře a personál. Aktivně spolupracuje s místními institucemi a říčanským městským úřadem v čele se starostou Vladimírem Kořenem.

„Olivova dětská léčebna je pro mě osobně důležitým a kvalitním zdravotnickým zařízením s úctyhodnou historií. Protože se v ní léčí především pražské děti, maximálně ji podporujeme,“ dodává Ing. Radek Lacko, radní hlavního města Prahy pro oblast zdravotnictví a bydlení.

Na Václaváku se povedl světový unikát:

„7 statečných“

Ve dnech 7. a 8. dubna byl ve spodní části Václavského náměstí vybudován čtyřsetmetrový bruslařský ovál. Ve dvě odpoledne do něj vstoupilo 7 statečných. Sedm dvojic. Vozíčkář a bruslař.

Dostali 24 hodin a jediný úkol – najet během této doby co nejvíce kilometrů. Jelo se nonstop. Od dvou hodin v sobotu do dvou hodin v neděli. Cílem projektu „7 statečných“ organizace Cesta za snem bylo poukázat na to, že lidé s handicapem i zdraví jsou si rovni a mohou tvořit fungující tým. Rozhodli se to prezentovat v rámci extrémního závodu, prvního svého druhu na světě. Pokud to bude fungovat tady, musí to přeci fungovat venku na ulici!

Projekt „7 statečných“, odkazující se na legendární film o síle a vzdoru, má na svědomí předseda organizace Cesta za snem, vozíčkář Heřman Volf. Ten před 12 lety po úrazu na lyžích ochrnl, ale nehdlal se vzdát aktivního života. Dnes patří mezi největší propagátory sportu pro všechny bez rozdílu a na jeho akcích se jezdí na kole, řídí auta, plave, střílí, „jachtí“ nebo létá. „Před dvěma roky jsem seděl na vozíku a sledoval, jak mé dvě dcery jezdí na bruslích. Nechtěl

jsem je zdržovat na vozíku. Pak mě to napadlo. Vzal jsem si dvě hole na běžky a vyrazil s nimi. Bylo to úžasné. Na vozíku s hůlkami se dá jet v pohodě 25 kilometrů za hodinu, jste s rodinou nebo přáteli a náklady jsou minimální,“ vysvětluje Heřman a dodává: „Pohyb je pro lidi na vozíku mnohem důležitější než pro zdravé. Bez pohybu nám ochabují svaly, nemůžeme se pak dostat do auta, tloustneme až zůstaneme odkázáni na druhé. Tohle je skvělé řešení pro každého.“





Aby jízdu na vozíku s hůlkami propagoval, umístili organizátoři dráhu na nejrušnější místo v Česku, kde denně protečou desetitisíce lidí. Sedm dvojic během 24 hodin dokázalo dohromady najet 2928 kilometrů! Ta vítězná, Tým Flexira ve složení Miloš Bauer a Libor Štěpán, dokázala utrhnout 539 km. Nejvíce ze všech vozíčkářů dokázal najet autor projektu Heřman Volf, celých 242 kilometrů. „Na vozíku a rukama, je to neskutečný výkon. Je to zřejmě světový rekord,“ řekl hlavní produkční projektu Tomáš Pchálek.

Generálním partnerem projektu se stalo vlastně samo Česko. Projekt byl podpořen agenturou CzechTourism, která má za úkol

propagovat Česko doma i v zahraničí. Celá dráha byla obehnaná bannery s fotkami těch nejkrásnějších míst z každého kraje. „Projekt 7 statečných je mezi těmi, jež si připomínáme a oslavujeme 100 let od založení republiky,“ uvedla Renata Kasalová, tisková mluvčí CzechTourism, která se sama postavila na start ve dvojici s handicapovaným.

Projekt také nasbíral peníze. Přes aplikace EPP pomáhej pohybem Nadace ČEZ sportovci vyjeli čtyřicet tisíc korun pro Světlušku. Průjezdy pod bránou Nezastavitelní, která za každé podjetí připisuje pět korun, se sesbíralo přes padesát tisíc na nákup sportovních pomůcek pro handicapované.

„Chtěli jsme ukázat, že jsme si rovni, že sport je pro všechny a není potřeba dělat rozdíly. Že i v extrémních podmínkách můžeme fungovat jako tým! A to se povedlo. Postavili jsme se na nejrušnější místo v Česku, lidem do cesty. Na místo, kde by nás nikdo nikdy nečekal. Tak aby nás nemohli přehlédnout. Trvalo to měsíce, připravit tyto dva dny, ale dokázali jsme to. Ti, kdo se stali 7 statečnými, položili základní kámen velkému projektu, velké myšlence. Díky moc všem, kdo nám pomohli,“ uzavírá Heřman Volf.

Více informací zájemci najdou na webových stránkách www.cestazasnem.cz.



Z HISTORIE SPOLKŮ a organizací zdravotně postižených - dokončení

Organizační struktura Svazu čs. invalidů od roku 1969 do roku 1990

S Pražským jarem se začaly uvolňovat i poměry v SČSI. Na jaře roku 1969 se po bouřlivých diskusích a jednáních mění dosavadní struktura organizace. V důsledku federalizace státu vznikaly i federální orgány a národní orgány v rámci ČSSR. V roce 1969 byly vydány Stanovy **Federace čs. invalidů** a stanovy **Českého sdružení svazů invalidů**. Obdobně tomu bylo na Slovensku. Na jejich základě jsou v obou republikách vytvářeny Svazy tělesně, sluchově, zrakově a vnitřně postižených s vlastními stanovami. Národní Sdružení Svazů invalidů řídilo krajské výbory sdružení a jejich prostřednictvím pak okresní výbory.

Svazy mohly spolupracovat přímo se státními a jinými orgány a institucemi ve všech specifických otázkách, rozvíjet mezinárodní styky v souladu se směrnicemi Federálního výboru. Po dohodě s ústředním výborem sdružení mohly vytvářet vlastní účelová zařízení a ucházet se o vydavatelská oprávnění, spravovat své jmění a hospodařit podle vlastního rozpočtu. Svazy měly svůj administrativní aparát v čele s tajemníkem. Předsedové svazů byli současně místopředsedy sdružení. Pro svazy byla závazná usnesení ústředních orgánů federace a sdružení, která se týkala zejména společných zájmů, politicko-výchovné práce, zahraničních styků a základních hospodářsko-finančních otázek. Společné administrativní činnosti svazů, tj. vedení účetnictví, personalistiku, právní otázky apod., zabezpečovalo pro svazy sdružení. To také přímo řídilo krajské výbory a jejich prostřednictvím okresní výbory.

Vznik Svazu invalidů v České a Slovenské republice

Na 7. sjezdu Sdružení svazů invalidů v roce 1974 dochází k velmi podstatným zásahům

do organizační výstavby. Na politický nátlak jsou pozitivní změny dosažené v roce 1969 označeny za snahu rozbití jednotné organizace. Celá organizace mění název na **Svaz invalidů**. Je posílena myšlenka jednoty zrušením jednotlivých svazů podle postižení a vytvořením **Svazu invalidů v ČSR a v SSR** s posílením úlohy federálního výboru. Místo specifických svazů jsou vytvořeny při řídicích orgánech Rady sluchově, tělesně, vnitřně a zrakově postižených k řešení specifických problémů.

Každý ze tří orgánů svazu (federální a dva národní) má paritně volený ústřední výbor, předsednictvo a sekretariát jmenovaný z vedoucích pracovníků aparátu organizací. V čele organizace je předseda a místopředsedové jednotlivých rad. V čele aparátu stojí vedoucí tajemník.

Federální výbor a jeho orgány byly voleny podle zásady národnostního poměrného zastupování (18 Čechů, 14 Slováků, 1 člen národnosti německé, 1 maďarské, 1 ukrajinské, 1 polské). Paritní zastoupení jednotlivých skupin postižení tím ovšem nesmělo být porušeno.

Tak například nesmělo být přijato usnesení prostou většinou hlasů v orgánech při změně organizační struktury, při schvalování plánu, rozpočtu a hospodaření s majetkem, při změně výkladu stanov. Ve federálních orgánech mohla požádat nadpoloviční většina členů jedné republiky o oddělené hlasování.

Podstatnou změnou stanov z roku 1974 bylo i zrušení krajských výborů a přechod na dvoustupňové řízení s novými nároky na celý systém řízení z ústředního výboru do okresů a z okresů do základních organizací. Na Slovensku byl přechod na dvoustupňové řízení uskutečněn již v roce 1969.

Zrušením Svazů sluchově, tělesně, vnitřně a zrakově postižených v roce 1974

byla utlumena samostatnost v rozhodování v ekonomických a organizačních otázkách. Na druhé straně se již méně dotkla rozvoje specifických potřeb a činností jednotlivých skupin postižených. Své návrhy, požadavky například v protetické péči, odstraňování architektonických bariér, ve vzdělávání apod. mohli představitelé rad prosazovat u státních orgánů, výrobních podniků a jiných institucí jménem autority celé organizace Svazu invalidů.

Zvláštností organizace je oproti šedesátým letům poměrně velké územní překrývání členství, tj. určitá část členů smyslově či těžce tělesně postižených není organizována podle místa bydliště a často ani podle místa okresů a obvodů. Specifické základní organizace mohou překrývat i několik okresů. Existují i organizace s celostátní působností, například ZO muskulárních dystrofií.

Do roku 1989 nedoznává organizační struktura Svazu invalidů podstatných změn.

Postavení a úloha aparátu Svazu invalidů

Administrativu činností svazu a jeho velených orgánů včetně styku se státními orgány zajišťoval aparát organizace. Ve Federálním výboru pracovalo 10 – 12 odborných pracovníků v sekretariátu tajemníka, v mezinárodním, ekonomickém a politicko-organizačním oddělení, kam patřily redakce časopisů Elán a Gong.

Sekretariát Svazu invalidů v České republice byl značně rozsáhlejší. V pracovním úvazku bylo okolo 60 osob. Oddělení sociální rehabilitace I. zabezpečovalo vedle realizace usnesení rad sluchově a tělesně postižených celou agendu péče o sluchově a tělesně postižené v protetice, vzdělávání či pracovním uplatnění. Zajišťovalo i tlumočnické služby, odstraňování architektonických bariér, sociální reha-

bilitaci, rekreace a dětské tábory apod. Obdobné úkoly mělo oddělení sociální rehabilitace II., starající se o činnosti pro vnitřně a zrakově postižené. Zabezpečovalo i výcvik vodicích psů, metodicky vedlo činnost slepecké tiskárny a knihovny.

Oddělení politicko-organizační se zabývalo stykem a řízením okresních výborů, organizováním zájmové umělecké činnosti, sportovních soutěží, organizováním mládeže apod. Ekonomické oddělení mělo na starost komplexní ekonomickou agendu včetně přípravy rozpočtů pro jednotlivá oddělení, ekonomické rozborů, stavební přípravu rekonstrukcí objektů svazu a správu čtyř rekreačních zařízení. Oddělení sociálně právní připravovalo připomínky k návrhům zákonů v oblasti sociálního zabezpečení. Spravovalo právní agendu svazu, poskytovalo právní poradenství.

Do kompetence sekretariátu tajemníka spadala agenda volených orgánů, styk s ministerstvy, dalšími státními orgány a institucemi, řízení výrobních podniků Meta a personalistika.

Tolik k organizační struktuře Svazu invalidů.

Z činnosti Svazu invalidů v letech 1969 – 1990

Rozsah tohoto článku nedává prostor k širší informaci o objemu činnosti Svazu invalidů ve prospěch zdravotně postižených a k přehledu prosazených legislativních opatření či prosazených cílů i vůči jiným organizacím. Často jsou kladeny otázky, zda byl Svaz invalidů politickou organizací s převažujícími budovatelskými závazky, oslavnými politickými projevy apod. Ano, byl také takovou organizací. Úlitba době. Vůbec to však nebyla dominantní činnost. Svaz byl politickou organizací především svou nezpochybnitelnou autoritou, kterou prosazoval legislativní požadavky u vlády či resortů práce a sociálních věcí, školství a zdravotnictví v oblastech sociálních opatření, vzdělávání, výroby a vývoje kompenzačních pomůcek, odstraňování architektonických bariér. Se svými 140 tisíci členy byl ve společnosti respektovanou organizací. Svou rozsáhlou činností přispíval nemalou měrou k aktivitám ve prospěch zdravotně postižených, jejich vzdělávání, pracovního uplatnění, informovanosti a sociální rehabilitace.

Při ústředních orgánech svazu byly ustaveny pracovní skupiny z řad odborníků, zástupců resortů a pracovníků svazu k návrhům na řešení některých potřeb a cílů vedoucích k lepšímu životu zdravotně postižených. Z jejich iniciativy se konaly

celostátní odborné semináře například k architektonickým bariérám v bydlení a dopravě, k lepšímu vzdělávání a přípravě na povolání, odstraňování informačních bariér nevidomých a sluchově postižených. Z iniciativy svazu bylo v roce 1979 zahájeno pravidelné televizní vysílání pro neslyšící. Na jeho návrh přijala vláda zásadu, že 4 promile nových bytů bude bez bariér a byla k tomu přizpůsobena i občanská vybavenost. Z podnětu svazu bylo postaveno 250 bezbariérových bytů v Kladně-Kročehlavech a další v Brně-Vinohradech, Otrokovicích, v Praze na Jižním Městě a na dalších místech. Norma bezbariérovosti se dostala do zákona. Byla zdůrazněna odpovědnost konstruktérů a projektantů k projektům nových autobusů, tramvají, vagonů i přístupnosti metra v Praze.

Ve čtyřech rekreačních střediscích svazu pobývalo ročně okolo čtyř tisíc členů za minimální poplatky. Ve střediscích se konaly odborným personálem vedené psychorehabilitační kurzy pro diabetiky, kardiaky, astmatiky, těžce tělesně postižené a náhle ohluchlé. Kurzy se pořádaly i pro rodiče postižených dětí. Svaz zajišťoval také dětské tábory s rehabilitačním programem doma i v zahraničí.

Svaz vydával měsíčníky Elán a Gong a odborné publikace k programům sociální rehabilitace, odstraňování architektonických bariér, výchově a vzdělávání smyslově a tělesně postižených. Vydal první rozsáhlý slovník znakového jazyka.

Výrobní podniky v organizacích zdravotně postižených

Většina organizací zdravotně postižených vždy od svého založení usilovala o zřízení vlastních výrobních provozoven, které by dávaly zaměstnání jejich členům, a tím je finančně zabezpečily, ale též aby případně přinášely samotné organizaci malý zisk. Tyto záměry a realizace většinou neměly dlouhého trvání. V období mezi válkami skončily provozovny například pro nedostatek zakázek či z jiných finančních důvodů. Po založení Ústřední jednoty invalidů začala také tato organizace úspěšně rozvíjet výrobní činnost. Při založení Československého svazu invalidů, kam ÚJI vstoupila jako celek, byly provozovny předány Ústřednímu svazu družstev. Obdobně byly politickým rozhodnutím v roce 1965 zrušeny prosperující provozovny Československého svazu invalidů, založené rozhodnutím sjezdu svazu v roce 1959. Opět byly předány do svazku výrobních družstev. Teprve třetí pokus měl více jak dvacetileté trvání.



Usnesením sjezdu Sdružení svazů invalidů **12. dubna 1969 byl zřízen výrobní podnik Meta** s cílem rozšířit možnosti zaměstnanosti zdravotně postižených a zabývat se vývojem a výrobou různých kompenzačních pomůcek pro ně. V neposlední řadě z kladných hospodářských výsledků finančně přispívat na činnost organizací Sdružení invalidů. Podnik se intenzivně rozrůstal a v osmdesátých letech minulého století zaměstnával více jak pět tisíc zdravotně postižených ve čtyřech samostatných podnicích Meta v Praze, Brně, Ostravě a v Plzni. Více jak 80% pracovníků mělo změněnou pracovní schopnost a 20% z nich mělo příznáno charakter osoby s těžkým zdravotním postižením. Roční hrubý zisk dosahoval více jak 80 milionů Kč. Příspěvek na činnost svazu se pohyboval mezi 40 – 50 mil. Kč ročně.

Meta z vlastních zdrojů financovala rekonstrukce desítek objektů provozoven a také financovala výstavbu nových bezbariérových závodů v Kladně-Kročehlavech, Brně-Vinohradech a v Hrabyni u Opavy s cílem zaměstnávat v nich především těžce zdravotně postižené z nedalekých nových bezbariérových bytů. Ve všech výrobních podnicích byla věnována pozornost rekvalifikačním kurzům včetně dlouhodobých především pro těžce zdravotně postižené – imobilní například v oboru programátor.

Všechny podniky se zabývaly výrobou, vývojem i dovozem osobních kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Byly to různé pomůcky pro imobilní, usnadňující jejich pohyb a osobní obsluhu, pomůcky pro diabetiky jako například inzulinová pera, mamární epitézy, elektronické ►

pomůcky včetně kooperační výroby švýcarských sluchadel Rexton. Ve spolupráci s Čs. akademií věd byla založena společná Laboratoř smyslových náhrad, ve které vznikla řada elektronických pomůcek pro sluchově postižené včetně kochleárních implantátů. Pomůcky z Mety byly též vydávány na lékařský předpis. Mnoho dalších z nich bylo prodáváno členům svazu s 20 – 80% slevou. Rozdíl v ceně byl hrazen svazem z finančních příspěvků Mety.

Významným příspěvkem podniků Meta pro zdravotně postižené byly služby, například instalace složitých pomůcek v bytech, výcvik vodicích psů pro nevidomé, servis ručního ovládní, servis sluchadel, servis pomůcek apod.

Výrobní podniky Meta byly v rámci transformace Svazu invalidů na Sdružení zdravotně postižených převedeny na tuto organizaci včetně veškerého movitého i nemovitého majetku. Majetek pak byl převeden podle dohodnutého klíče na organizace sdružení, tj. nově vzniklé Svazy sluchově, tělesně, vnitřně a zrakově postižených.

Tento článek nemůže postihnout všechny aspekty spolčování a spolkové činnosti zdravotně postižených. Nemůže také postihnout všechny skutečnosti, které se udály. To by si zasloužilo hlubší studium a rozbor. Přesto jeden aspekt přetrvává. V celé historii spolků zdravotně oslabených je patrná snaha sjednotit spolky jednotlivého druhu postižení do jedné organizace, která by byla silným a respektovaným partnerem státu. Ne vždy se sjednocení podařilo. Když ano, nemělo dlouhého trvání. Ne jen z ekonomických či politických důvodů, ale též pro osobní spory a nenaplněné ambice jednotlivců. Svaz invalidů, odmyslíme-li si jeho přikázané sjednocení, myšlenku organizace s autoritou naplňoval. Mnohé se mu skutečně podařilo prosadit. Mluvil jedním hlasem, ač se požadovaná opatření týkala jakékoliv skupiny postižení. Výhodou také bylo, že pro spolkovou činnost jednotlivých skupin postižení, především v místech jejich soustředění, vytvořil nezanedbatelné ekonomické podmínky.

(redakčně zkráceno)



Cíle udržitelného rozvoje z pohledu nevládních organizací IDA a IDDC

Předsedou Mezinárodní aliance zdravotně postižených (IDA) je neslyšící Allen Colin, kterému zbývá jedno čtvrtletí do konce dvouletého funkčního období. Colinova éra se vyznačovala úsilím o zmapování takzvaných Cílů udržitelného rozvoje a jejich měření pomocí globálního rámce. Na základě indikátorů získaných díky připomínkám z celého světa doporučoval, aby v tomto dokumentu bylo rozčlenění podle zdravotního postižení, což se samozřejmě týká i neslyšících.

Nevládní organizace IDA spolu s Mezinárodním konsorciem zdravotně postižených a rozvoje (IDDC) z Bruselu prozkoumají 31 identifikovaných důležitých indikátorů. Jejich cílem je vytvořit tlak na OSN, aby zaručila práva osobám se zdravotním postižením. Cíle udržitelného rozvoje podle nich musejí vycházet z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Jde o krátký soubor otázek, které jsou vypracovány díky skupině Washington za účelem podpory zdravotně postižených žijících pod hranicí chudoby.

Skupina provedla konzultační proces. Sedmáct cílů a 223 podcílů globálních indikátorů by mělo být členěno podle potřeb postižení.

Naše organizace Neslyšící s nadějí pokládá za důležité a podporuje to, aby u nás v krátké době instituce, například Úřad vlády ČR a také Ministerstvo zahraničních věcí ČR, v oblasti rozvoje zajistily informace o vnitropolitických hlediscích týkajících se osob se zdravotním postižením. Mělo by být známo, zda fungují politické závazky těchto resortů ČR oproti Agendě 2030 a právně závazným povinnostem ukládaným v Úmluvě. Naše resorty musejí pochopit smysluplnost účinných Cílů udržitelného rozvoje pro Česko. Ty zaručují práva osob se zdravotním postižením se zaměřením na neslyšící a velkou důležitost rozdělení ukazatelů Cílů udržitelného rozvoje dle zdravotního postižení.

Čeká inkluzi černá, nebo růžová budoucnost?

Po dvouleté zkušenosti s inkluzí je zřejmé, že jde o kompromis mezi postiženými a zbytkem třídy. Hlavně u neslyšících dětí je ale situace horší. Je to problematika urovnání si myšlení při překážkách s jazykovým vybavením a schopnostmi, v různých úrovních podle kategorického typu sluchového postižení. Kvůli vývojovému jazykovému vybavení je u dětí s těžším sluchovým postižením slabší motivace pro učení, proto se neshoduje jejich další jazykový vývoj a též vývoj rozumový.

Podle zprávy České školní inspekce je v mateřských školách mnoho dětí se sluchovým postižením integrováno do běžných tříd. Jiná situace je v základních školách, kde se děti v dlouhodobé perspektivě nedokážou integrovat a vracejí se z běžných škol zpět do speciálních.

Lepší nežli podpora tlumočnicků či asistentů pedagogů je podle České školní inspekce to, když se učitelé se znalostí znakového jazyka podílejí přímo na vyučování. Z dostatečného počtu neslyšících absolventů jich mnoho pracuje ve speciálních školách pro neslyšící a zde podporují ryzí znakový jazyk. Bohužel se nemluví o osnovách pro učivo neslyšících s uživateli znakového jazyka. Přesně to zaznělo, když jsem byl moderátorem v Polském institutu v loňském roce a řekl ultimativně, aby byl znakový jazyk jako vyučovací předmět. Vzpomínám, jak jsem jako dvacetiletý šel ve společnosti dnes již zesnulého J. Hrubého a s paní V. Strnadovou a dalšími deseti do Sněmovny na podvýbor pro legislativu J. Koukala. Tenkrát se jednalo o návrhu nového zákona o znakové řeči č. 155 z roku 1998. Panu Hrubému jsem položil otázku, zda je připraven právě v tomto návrhu zavést povinný předmět znakový jazyk, jako je tomu v nordických zemích. Tenkrát jsem od něj dostal odpověď, že je důležité přijmout zákon, který zlepší naši situaci jako první. Bohužel se tak ale nestalo. Záměr z roku 1998 byl komunisticky koncipován – konstruktivismus lidské společnosti vůči resortu školství. Bohužel uplynulo pár let a školský zákon dodatkem zákona z roku 2004 pouze vyzdvihl znakový jazyk jako předmět dobrovolný. Proto vyučující pedagogové nemají dostatečné znalosti znakového jazyka.

Vracím se k tomu, že Národní ústav pro vzdělávání, hlavně náměstkyně J. Zapletalová, oslovil nevládní organizace v Asociaci organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP) s tím, že se potýká s nedostatkem vhodných materiálů pro výuku českého jazyka a také nejazykových předmětů u neslyšících dětí, kteří preferují český znakový jazyk. Dlouhou dobu byla tyto materiály nucena vytvářet každá škola sama.

Bývalá ministryně školství byla osvícená nátlakem pracovní skupiny více než dvaceti lidí a zástupci neslyšících, zatímco do té doby bylo školství zablokováno vůči jednání s odborníky či laickou veřejností z nevládních organizací zastupující neslyšící. NÚV spolupracuje s organizací ASNEP, zejména v otázkách materiálů pro vzdělávání, kurzů znakového jazyka atd.

Po dvouleté praxi v politické inkluzi z mého pohledu až nyní události ukazují na institucionální zmatek. Souvisí to i s migrací, kdy u intelektuálů z Evropy přetrvává nadšená multikulturní podpora, což je riziková situace v evropských zemích. Víím, že dnešní komunita neslyšících a uživatelů znakového jazyka je silně proti inkluzi. Je to podobné názoru prezidenta Zemana, který říká, že děti s handicapem spolu se zdravými dětmi budou dělat nepříjemnosti, neboť je to neštěstí pro obě skupiny. Uživatelé znakového jazyka raději chodí do speciálních škol pro neslyšící než do inkluzivních, protože tam zažívají méně stresů a více duševní pohody. Nikdo nemusí znát přesný důvod, proč si rodič vybere pravou, nebo levou stranu při podpoře vzdělávání ve výběru škol – a to je demokracie.





STÉ NAROZENINY letos slaví i československá železnice

Na významné jubileum naší země nezapomněl ani národní dopravce. České dráhy přichystaly hned několik projektů, které připomenou nejen historii samostatných státních drah, ale také úlohu, kterou v běhu dějin republiky železnice sehrála.

Kromě několika zajímavých akcí, mezi něž patří například rekonstrukce návratu našeho prvního prezidenta do vlasti v prosinci 1918, vydá národní dopravce knihu o české železnici a spustí webovou prezentaci aktivit, které souvisejí se stoletou historií Československých státních drah (ČSD) a ČD, coby nástupnické organizace. Do příprav se zapojily i další subjekty, například ČD Cargo, Národní technické muzeum, Železniční společnost Slovensko, CzechTourism, Středočeský kraj nebo SŽDC.

„České dráhy jsou hrdým nositelem historie železniční dopravy na území našeho státu a odkazu našich předků. Proto je nám ctí připravit k tomuto jedinečnému jubileu sérii akcí, které stoleté výročí vzniku naší země, Československých státních, potažmo Českých drah, připomínají,“ zdůraznil Michal Štěpán, člen představenstva ČD odpovědný za úsek osobní dopravy. Všechny

události však nebudou soustředěny jen na konec října, naopak jsou rovnoměrně rozloženy do celého roku. „Na oslavy se připravujeme již několik měsíců. Například na podzim jsme intenzivně pracovali na produkci unikátního kalendáře, v němž jsme ve dvanácti obrazech zachytili nejdůležitější události Československa a České republiky, a to vždy ve spojení se železnicí. Kalendář má obrovský úspěch. Tematicky bude laděn i Národní den železnice,“ připomněl Jiří Jeřeta, ředitel odboru obchodu osobní dopravy ČD. Weboví specialisté ČD připravují i zvláštní podstránku na webu www.cd.cz. „Na ní lidé najdou především plán akcí, historii železniční dopravy nebo zajímavé příběhy. V září vydáme knihu Historie státních drah 1918 – 2018, kterou připravujeme společně se slovenským národním dopravcem ZSSK,“ doplnil Jeřeta. Celou kampaň doprovází logo „100 let spolu“.

Jak vznikly a zanikly ČSD

Pro tak důležitou událost, jakou byl v roce 1918 vznik samostatných ČSD, neexistuje či spíše není znám žádný výnos či zákon, kterým by se tak stalo. Obecně se má ale za to, že Československé státní dráhy vznikly přesně v den vzniku Československa 28. října 1918. Současně převzaly v podstatě téměř celou železniční síť bývalých c. k. Státních drah (kkStB) a Maďarských státních drah (MÁV), konkrétně jejich části, které se nacházely na území nově založeného Československa. ČSD ukončily činnost s koncem roku 1992 na základě zákona o zániku státní organizace ČSD. Nástupnická státní organizace České dráhy vznikla 1. ledna 1993 a zanikla přesně po deseti letech, kdy byla rozdělena na akciovou společnost ČD a státní organizaci SŽDC.

Výběr připravovaných akcí a aktivit

Prezidentský vlak

Společný projekt Českých drah a Národního technického muzea. Speciální souprava, v níž budou řazené mimo jiné salonní vozy, které vozily československé prezidenty, vyjede na konci června do vybraných destinací v České republice i na Slovensku. Ve vlaku bude i expozice věnující se cestám prezidentů. Svou cestu tento vlak ukončí na začátku září.

Legiovlak

Replika legionářského vlaku vyráží v průběhu celého roku postupně po celé ČR. Termíny a místa jsou na webu Legiovlaku.

Masarykův vlak

Připomenutí příjezdu T. G. Masaryka z exilu vlakem z Rakouska do Prahy přes Horní Dvořiště, České Budějovice a Tábor. Termín akce 21. a 22. prosince.

Zvláštní vlak z Prahy do Lužné u Rakovníka

Výroční jízda parního vlaku z Prahy do Lužné u Rakovníka. Termín akce 28. října.

Protokolární vlak na Národní den železnice 22. září.

Po stopách Masaryka

Komentované prohlídky Vládního salonku na pražském hlavním nádraží a Masarykova salonku na Masarykově nádraží. Přípravené budou každou poslední sobotu v měsíci od 28. dubna do 29. prosince a během dalších pravidelných akcí (např. Dnů evropského kulturního dědictví nebo festivalu Open House) od 10 do 17 hodin.





ASEKOL pomáhá potřebným

Společnost ASEKOL se kromě zpětného odběru vysloužilého elektra věnuje ochraně přírody a podpoře znevýhodněných osob. Jak v ASEKOLU rádi říkají, charita je baví a pomáhají vlastně sobě, neboť se obdarovávají dobrým pocitem a unikátními zážitky.

Jednou z aktivit, které ASEKOL dlouhodobě podporuje, je výstava amatérských fotografií „Můj svět“, která se již po desáté uskutečnila díky spolupráci s Charitou Opava a Slezským zemským muzeem. Když soutěž amatérských fotografií „Můj svět“ začínala, nikdo netušil, že se časem stane prestižním podnikem s účastí několika stovek soutěžních snímků. Jejich autory jsou jednak zaměstnanci Charity, ale i její klienti napříč republikou. Vítězové byli slavnostně vyhlášeni během vernisáže 22. února 2018 a předávání cen se neobešlo bez bouřlivého potlesku a jásootu, ale také slz dojetí a radosti. Výstava byla až do začátku března zdarma k vidění ve Slezském zemském muzeu a následně putovala do Jeseníku.





Portrét – 1. místo Petr Vlček, Nový Jičín

Kromě projektu Koruna za kilo, díky kterému Národní rada osob se zdravotním postižením dostává za každé odevzdané kilo vysloužilého elektra 1 Kč, organizuje společnost ASEKOL také projekt nazvaný Věnuj mobil, kdy je díky recyklaci mobilních telefonů možno pomoci dětem z dětských domovů. V rámci tohoto projektu proběhla ve spolupráci se Zlínským krajem akce Dobrý skutek za starý mobil, kdy byla ve Zlíně, Vizovicích, ve Valašských Kloboukách a na území mikroregionu Rožnovsko uspořádána sběrová akce. Za každý vybraný starý mobilní telefon organizátoři, tedy ASEKOL a Zlínský kraj, následně poskytli částku 22 korun pro dobročinné účely. V tomto případě se jednalo o tři dětské domovy ve výše

zmíněných městech a o obecně prospěšnou společnost Auxilium, která pomáhá rodinám pečujícím o děti i dospělé osoby s nejtěžším stupněm zdravotního postižení. Celkem se ve Zlínském kraji podařilo vybrat 1 403 telefonů.

„Považuji tuto aktivitu za velmi přínosnou a chtěla bych poděkovat všem, kdo se zapojili do její organizace, i těm, kteří odevzdáním svého starého mobilu učinili dobrý skutek,“ řekla během předávání Margita Balaščíková, radní Zlínského kraje pro životní prostředí a zemědělství.

Smyslem akce Věnuj mobil je připomenutí, že i drobné elektrozařízení, jako je mobilní telefon, si zaslouží recyklaci a může smysluplně pomoci dobré věci.

O společnosti

Nezisková organizace ASEKOL získala za aktivity na poli trvale udržitelného a odpovědného podnikání již potřetí ocenění Top odpovědná firma 2017, tentokrát včetně zlatého certifikátu. V minulosti se umístila mezi top 10 evropskými společnostmi a byla oceněna Stuhou cti v Ruban d'Honneur in The Award for Environmental & Corporate Sustainability, tedy v kategorii Environmentální a udržitelný rozvoj.

 **asekol**
ZE STARÉHO NOVÉ!



Tříděním vysloužilého elektra pomáháte dvakrát!



POMOC ŽIVOTNÍMU PROSTŘEDÍ

Například **1 kg** vytríděného elektrozařízení
může ušetřit až **92 litrů pitné vody.**



POMOC HENDIKEPOVANÝM

Za každý **1 kg** starého elektra vhozeného
do červených kontejnerů dostane Národní rada
osob se zdravotním postižením **ČR 1 Kč.**

„Díky projektu Koruna za kilo
jsem prošla rekvalifikací
a získala tak práci.“

Petra Bočková



Cesta životem, nejen autobusem

Jmenuji se Emil Ondra. Jsem bývalým studentem a aktuálně zaměstnancem Metropolitní univerzity Praha. Vzhledem k tomu, že jsem se narodil předčasně, mám už odmala dětskou mozkovou obrnu. Podařilo se mi zvládnout bez větších problémů základní školu i čtyřleté gymnázium. Už v té době jsem jezdil rád hromadnou dopravou, protože jsem s mámou cestoval na rehabilitace. Asi před třinácti lety jsem jel poprvé sám do Prahy a tam pokračovala – a nutno říci, že stále pokračuje – moje cesta životem, nejen autobusem...



Tehdy v Praze jsem vlastně nastartoval kariéru šotouše. Tedy člověka, který se o dopravu zajímá, jezdí s ní, popřípadě ji fotí. Šotouš bez foťáku, to je jak tělo bez duše, říkám často. Jsem rád, že mně kromě duše slouží i nohy, protože bez přístupu do vysokopodlažních vozidel bych byl značně omezen a tento koníček bych asi těžko provozoval. V roce 2007 jsem se v Praze usadil a jezdil MHD nejen po metropoli, ale začal jsem se vydávat i mimo ni. Vyhledával jsem zajímavé vozy nejen z MHD, ale také z linkové dopravy. Během čtyř let jsem projel prakticky celou republiku a objevil řadu vozidel, která jsem považoval za zajímavá. Od roku 2009 používám foťák, který můj zájem o „šotoušství“ jen prohloubil.

V roce 2011 jsem začal studovat na Metropolitní univerzitě Praha v programu Škola bez bariér. Byl jsem rád za tuto příležitost, kterou se mi podařilo využít. Již o rok později jsem začal dvakrát v týdnu pracovat na informačním centru MUP na Jarově. Byla to pro mě příležitost poznat, jak škola funguje, a využít možnosti komunikace se zaměstnanci univerzity. O rok později jsem úspěšně dostudoval magisterský obor Průmyslové vlastnictví. V práci na informačním centru MUP pokračuji dodnes. Musím poděkovat Metropolitní univerzitě nejen za možnost studovat, ale také za stabilní pracovní pozici.

Může se zdát, že studium či práce na Metropolitní univerzitě Praha s mým

zájmem o dopravu vůbec nesouvisí, což ale není úplně pravda. Právě v období, kdy jsem na Metropolitní univerzitě studoval, jsem začal přemýšlet i o cestách do zahraničí. Přece jen Českou republiku jsem měl projetou, takže jsem logicky hledal další možnosti. Rozhodně jsem nechtěl prosit rodiče o peníze. Právě práce na Metropolitní univerzitě Praha mně umožnila zahraniční výlety v následujících letech realizovat.

Poprvé jsem v roce 2012 jel do Nitry a Bratislavy, což považuji za takovou zkušenou. Do té doby jsem mimo Českou republiku nebyl. Nebyl jsem si jistý, jestli bych jel sám i do okolních států, protože jsem si nebyl jistý úrovní své jazykové výbavy. A pravda je, že člověk jede do neznáma.

O dva roky později jsem se domluvil s kamarádem na výletu do Polska. Konkrétně do Wroclawi a okolí. Na základě pozitivních zkušeností jsem se rozhodl, že v zahraničním „šotoušení“ budu pokračovat. Ještě v témže roce jsem jel do Polska do okolí Katowic.

V roce 2015 už jsem do zahraničí jezdil výhradně sám. Vypíchl bych trolejbusové město Salzburg, přímořský Hamburg s dvoukloubovými autobusy a autobusy s alternativním pohonem. Vrcholem ovšem bylo Maďarsko. Kdo pamatuje legendární „červené kloubáky“ v Praze, vše je mu hned jasné. Legendární maďarský autobus Ikarus 280 byl tím „klenotem“, kvůli kterému jsem projel čtyři maďarská města

včetně Budapešti a Szegedu. Právě zde jezdí autobusy Ikarus přestavěné na zemní plyn. Za jediné negativum považuji existující jazykovou bariéru. Většina lidí zde prostě mluví pouze „domácím“ jazykem, což pokládám za problém. V takovém případě si musíte pomoci sami nebo se domluvit „rukama, nohama“. Jak se dá tušit, vše dobře dopadlo.

V roce 2016 bylo nejzajímavější město Karlsruhe s rozlehlým systémem vlakotramvaj. Je to vozidlo, které mimo město slouží jako vlak, ovšem díky dvěma různým napětím funguje v centru jako klasická tramvaj.

V loňském roce se mi hodně líbilo ve Švýcarsku. Hlavně z pohledu trolejbusů. Dvoukloubovými trolejbusy jsem si zajezdil a vyfotil je v Curychu a Ženevě. A v Lausanne cestující vozí staré trolejbusy s vlekem. Na druhou stranu se těší opravdu dobré kondici.

V létě jsem se dostal do města, v němž už jsem v minulosti byl. Jedná se o Paříž. Tehdy jsme tam jeli se školou. Samozřejmě MHD jsme necestovali vůbec. To se muselo změnit. Nešlo mi pouze o Paříž jako takovou, ale celou oblast Ille de France. Právě v pátém pásmu existuje linka T-ZEN, která má dráhu úplně vyhrazenou pro sebe. Mimo velkého počtu autobusů jsou zajímavé i tramvaje na pneumatikách.

Celkově jsem dopravních zážitků posbíral hodně a doufám, že ještě něco zažiji. Cesta životem, nejen autobusem musí pokračovat dál.



BYLINKY PRO ZDRAVÍ A PRO RADOST

Bylinky pro zdravé srdce a cévy

Máj je měsíc lásky. V tom se shodují naše tradice i s čínským orgánovým kalendářem, který radí v květnu posilovat srdce, radost a lásku. Jak také jinak, vždyť i přírodě se jedná o čas rozkvětu, radosti, vzestupu světla a energie, který vrcholí letním slunovratem.



Pro zdravé srdce a cévy, ale i pro celé naše tělo je důležitá každodenní fyzická aktivita a hlubší dýchání. Jarní počasí láká k procházkám a výletům do přírody a právě na jaře je nejlepší příležitost nasbírat si v přírodě či zahrádce léčivé bylinky. V tomto období sbíráme zpravidla nadzemní části rostlin – listy a rozkvétající či kvetoucí nať. Bylinky nyní mají největší sílu ze slunce a z prodlužujících se dní, obsahují nejvíce účinných látek a vonných silic.

Do svaté Žofie (15. května) můžeme sbírat listy našeho domácího všeléku – **kopřivy**. Později už kopřiva nasměruje svou sílu do tvorby květů a semen. Ve stejném období si můžeme nasbírat na čaj nebo na vynikající smrkový med i mladé výhonky smrku, které podpoří naše dýchací cesty. Zelenými lístky a výhonky si zároveň doplníme vitamín C, pročistíme tělo a podpoříme imunitu.

Velkou pomocí pro naše srdce je **hloh**. Léčivé jsou všechny bílé kvetoucí hlohy, které v květnu snadno nalezneme kolem cest, na okrajích lesů a na mezích. Pokud nestihneme nasbírat květ, účinný je i plod a list. Hloh je jemná bylina, která posiluje srdce, uklidňuje bušení a arytmií, roztahuje cévy a pomáhá i při angině pectoris. Zároveň snižuje vysoký tlak a uklidňuje, přidává se i do čajových směsí pro seniory.



Oblíbenou bylinou známé bylinkářky Marie Treben je **jmelí bílé**. Není divu, vždyť jmelí bylo považováno za posvátné a magické už u starých Keltů a Germánů. Snižuje vysoký a zvyšuje nízký krevní tlak a zároveň odstraňuje i všechny průvodní jevy abnormálního tlaku, zklidňuje také bušení srdce při tachykardii. Za nejkvalitnější se považuje jmelí sbírané z jabloní, hlohů, lip, dubů a borovic od října do začátku prosince a v březnu a dubnu. Pozor, bílé kuličky nepoužíváme! Důležité je vědět, že jmelí se užívá pouze zastudena, ve formě práškované bylinky, macerátu ve vodě nebo lihové tinktury. Raději se o jeho použití poraďte se zkušeným bylinářem.



Na loukách hojně nalezneme **řebříček obecný**, který je opět univerzální léčivou bylinkou. Dokáže snížit krevní tlak rozšiřováním periferních krevních cév, pomáhá při angině pectoris, působí proti závratím a nevolnostem. Migrény poleví často již po jednom šálku horkého řebříčkového čaje.

Pokud se začátkem léta chystáte do Středomoří, nasbírejte si mladé listy **vinné révy**, které také prospívají srdci a zároveň jsou silné antioxidanty.

Chorvaté doporučují na problémy se srdcem a oběhovou soustavou listy **olivovníku evropského**. Vědecké studie zjistily, že jsou léčivější než plody. Listy olivovníku umí snížit krevní tlak, ale jejich léčivé působení je mnohem rozsáhlejší.

Patříte-li mezi majitele zahrádky, doporučuji vysadit si zde mou oblíbenou léčivku **rozchodnici růžovou**. V přírodě ji sice najdete také, ale je přísně chráněná. Je to úhledná skalnička, která vám určitě nezapleвлí zahrádku, a zároveň je to vynikající posilující prostředek, který v mnoha oblastech předčí ženšen. Má mimo všechny své další skvělé vlastnosti také ochranný a posilující účinek na srdce.

Zasadit si můžete také **srdečník obecný**, který bude výraznou ozdobou vaší zahrádky. Zároveň – jak už název napovídá – je také

lékem na všechny nemoci srdce a má zklidňující účinky na celý organismus. Na zahrádce vám poroste také **jablečník obecný**, který je jemným a posilujícím lékem nejen na srdce, ale také na trávení. Dobře se hodí do směsí, například s hlohem.

Pokud vás trápí nepříjemné průvodní jevy nízkého krevního tlaku, můžete vyzkoušet dvě středomořské bylinky, kterým se dobře daří i v květináči na okně nebo na zahrádce. **Rozmarýn lékařský** dobře odstraňuje únavu a vyčerpání, zlepšuje a stimuluje mozkovou činnost a zároveň zvyšuje chorobně snížený krevní tlak. Podobné využití má i yzop lékařský, který působí jako všeobecně posilující prostředek a tonikum pro starší lidi. Zároveň také mírně zvyšuje krevní tlak.

Recepty:

Koupeľ při vysokém krevním tlaku – použijeme bylinky se zklidňujícím účinkem, jako je levandule či meduňka. Můžeme použít i jejich vonné silice, které smícháme se šálkem mléka nebo zastudena lisovaného oleje a vlijeme do koupele.

Čaj z olivových listů:

Listy dáme do vroucí vody a necháme vařit po dobu 2–10 minut. Poté necháme louhovat ještě dalších 15 minut, dokud čaj nevychladne. Čaj si můžeme dochutit medem nebo citronem. Aby se dostavily požadované účinky, je dobré ho konzumovat po dobu několika týdnů.

Tinktura na vysoký krevní tlak:

Osvědčená je směs tinktur ze jmelí bílého, kozlíku lékařského a meduňky lékařské. Tinkturey dohromady nakapeme do horkého mátového čaje. Působí okamžitě, uklidňují podrážděné srdce a nervově podmíněné zvýšení krevního tlaku. Pijeme po dobu šesti týdnů.

Srdeční čaj podle ruského receptu:

Smícháme stejný díl natě srdečníku a řebříčku. Lžici směsi přidáme do šálku vařící vody a popijíme dvakrát denně jako vynikající prevenci a podpůrnou léčbu všech srdečních onemocnění.

Květové limonády:

Protože všechno kolem nás kvete, bylo by škoda nevyužít všechny ty jedlé květy a aromatické listy. Můžeme si z nich vyrobit vynikající a chutné limonády na denní pití. Do limonád se hodí například květy růží, denivky, jetele, slézu, bezu, oblíbená je nať máty, meduňky či mateřídoušky. Potřebujeme: 3 litry odstáté vody, malý kousek droždí, 150 g hnědého cukru, 1 biocitrón, 2 hrsti květů či listů.

Ve velké zavařovací sklenici rozpustíme ve vlažné vodě cukr a droždí. Citron rozkrájíme na malé kousky a spolu s květy či listy přidáme do sklenice. Lehce přiklopíme víčkem nebo přikryjeme proděravělou fólií tak, aby mohl unikat vzduch. Sklenici necháme 1–2 dny stát na teplém místě. Občas zamícháme. Pak přes husté síto nebo vyvařenou utěrku obsah scedíme a dáme do chladu. Vynikající je ihned, během pár dnů se v něm vytvoří i trochu alkoholu, takže nám vznikne lehce perlivý osvěžující alkoholický nápoj.

A na závěr:

Májový nápoj lásky podle receptu bylináře Vládi Vytáska:

Do jamajského rumu přidáme tinkturu z růže stolisté, dochutíme medem a vanilkou. Nápoj prý posiluje zážitek z milování.

Pamatujte, že nejlepším lékem na srdce jsou – radost ze života, zdravé vztahy, láska k druhým a hlavně láska k sobě!



XIII. ROČNÍK CELOSTÁTNÍ SOUTĚŽE O CENU MODRÉHO SLONA BYL VYHLÁŠEN

Otevíráme již XIII. ročník soutěže, do níž se mohou přihlásit jedinci i skupiny a utkat se v deseti kategoriích umělecké tvorby. Na závěr je připravena několikadenní přehlídka v interiérech Zoo Liberec.



V minulých ročnících měla možnost široká veřejnost vidět neuvěřitelné množství výtvarných děl, ocenit divadelní a pěvecká vystoupení a nahlédnout do srdcí výtvarníků převážně z řad osob se zdravotním postižením.

Díla soutěžících umělců jsou nejen důkazem nezdolné vůle k překonání životních překážek, ale hlavně přinášejí významná svědectví o tvořivé podstatě lidského bytí. Přihlaste se a zapojte do soutěže a naplňte s námi společně motto projektu: „BEZ BARIÉR V DUŠI I V ŽIVOTĚ“.

Posláním projektu je zapojení lidí se zdravotním postižením a jejich přátel do kulturních aktivit, při kterých nejsou oproti ostatním podstatně znevýhodněni a mohou významně přispět k rozvoji kulturní úrovně nejen své, ale i společnosti jako celku. A že mají výtvořivé úspěchy, jste se mohli přesvědčit v uplynulých ročnících. Nádherná výtvarná díla, strhující divadelní či pěvecká vystoupení nenechala žádného návštěvníka či diváka v klidu – emoce radosti, obdivu a sounáležitosti mnohdy vyjadřovali aplausem vestoje.



Soutěžními kategoriemi jsou malba, keramika, fotografie, textilní tvorba, kombinovaná technika (např. ruční práce, koláže), literární tvorba, divadlo (např. malé formy, loutkoherectví), tanec, hudební tvorba (např. hudební přednes, skladba) a jiné formy zajímavé umělecké tvorby (řezbářství, umělecké zpracování skla atd.).

Jak na to?

Vyplněnou přihlášku, kterou najdete na www.czplk.cz, je nutno písemně nebo osobně doručit nejpozději do 31. 5. 2018 na adresu: Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje, o.p.s., Zahradní 415/10, 460 01 Liberec XI (tel.: 731 653 002).

Přihlášená soutěžní díla zašlete nebo doručte také do CZP Liberec, popř. do jed-

notlivých center Libereckého kraje (Semily, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa), a to rovněž do 31. 5. 2018. Slavnostní vyhlášení Cen Modrého slona 2018 se uskuteční v rámci XIII. ročníku Letního setkání v Zoo Liberec 16. 6. 2018. Informace o organizaci setkání obdržíte prostřednictvím našeho portálu www.czplk.cz.

Vystavovatelé berou na vědomí, že jejich díla budou prezentována na veřejnosti v liberecké zoo. Organizátoři se zavazují, že zaslané práce budou použity pouze k výstavním účelům v rámci soutěže. Kvůli přehlednosti a řádnému navrácení děl vystavovateli je zapotřebí, aby jednotlivá zasílaná díla byla opatřena vhodným obalem, který bude řádně označen adresou vystavovatele.



Informace o soutěži naleznete na webových stránkách www.czplk.cz a www.artefaktum-info.cz.

Kontaktní osobou je hlavní koordinátorka projektu Helena Latislavová, e-mail: latislavova.h@seznam.cz.



CENTRUM pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje slaví patnácté narozeniny

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.p.s., slaví patnácté výročí založení. V životě člověka znamenají patnácté narozeniny velikou změnu. Člověk dostává občanský průkaz a s ním vstupenku do světa dospělých a často se také otáčí zpět a rekapituluje své dětství. Pojdme si tedy společně zavzpomínat a rekapitulovat!



U zrození CZP MSK ještě jako občanského sdružení byly před 15 lety jako kmotřičky organizace realizující činnost ve prospěch občanů se zdravotním postižením: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, Svaz tělesně postižených v ČR a Národní institut pro integraci osob se sníženou schopností pohybu a orientace. CZP MSK tehdy poskytovalo zejména poradenství a osobní asistenci, ale také klubové a sportovní činnosti a výuku znakového jazyka. Projekt poradenství sloužil pro podávání kvalifikovaných informací osobám se zdravotním postižením o jejich právech, možnostech a podpoře při hledání východiska z jejich tíživé situace. Tento projekt tehdy probíhal na detašovaných pracovištích organizace v Bruntále, Frýdku-Místku, Havířově, Novém Jičíně, Opavě a Ostravě. Do projektu bylo

zapojeno sedm odborných pracovníků, kteří pomohli 21 714 klientům při 33 805 evidovaných setkáních. Cílem projektu osobní asistence bylo již tehdy umožnit těžce zdravotně postiženým občanům zůstat v domácím prostředí, chodit do školy, do zaměstnání, za kulturou, začlenit se do společnosti, žít samostatněji a perspektivněji život, rozhodovat samostatně o svém životě, potřebách, zájmech apod. Podstatou projektu byla pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo jeho zdravotní postižení. Projekt osobní asistence zaštiťovalo 34 pracovníků na čtyřech pracovištích, a to ve Frýdku-Místku, Havířově, Opavě a Ostravě, přičemž služba byla poskytnuta 44 klientům a poptávka vysoce převažovala nad kapacitními možnostmi.

V kojeneckém a batolecím období organizaci průběžně narůstal počet klientů v poradenství a také počet klientů, ale i pracovníků ve službě osobní asistence pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Například v roce 2005, kdy naše osobní asistentka paní Irma Zelinová získala z rukou paní Livie Klausové cenu „Pečovatelka roku 2005“, CZP MSK již službu osobní asistence poskytovalo 68 klientům a poptávka stále převyšovala možnosti poskytování služby. Do služby byli zapojováni také dobrovolníci, probíhala spolupráce s orgány státní správy a místní samosprávy, ale také s občanskými sdruženími zdravotně postižených. V roce 2006 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., s nímž přišla právní opora a zkvalitnění sociálních služeb.



V roce 2009, kdy by člověk nastupoval do školy, nastoupili pracovníci CZP MSK a jejich klienti do prvních služebních vozidel, která se využívala na přepravu osobních asistentek mezi klienty, na individuální dopravu klientů služby osobní asistence či na převoz kompenzačních pomůcek. Později se vozový park CZP MSK rozrůstal o další vozidla, a to i o speciálně upravená, která umožňovala pohodlnou přepravu osob na vozíku. Postupně stoupl počet klientů jak ve službě osobní asistence, tak i v poradnách. Poradenská činnost se zaměřovala zejména na poradenství týkající se dávek, služeb, poradenství pro nezaměstnané zdravotně postižené občany apod. K poradenské činnosti nedílně patří také půjčovna kompenzačních pomůcek, kde CZP MSK průběžně rozšiřuje svou nabídku. Zájemci tak mají možnost si zapůjčit nejrozličnější typy pomůcek od berlí, holí, sedaček, chodítek až po zvedáky, schodolezy

a polohovací postele. Tématem pracovního uplatnění a podporou zaměstnávání osob se zdravotním postižením se CZP MSK začalo intenzivněji zabývat v roce 2007. Díky realizaci několika projektů na zaměstnávání osob se zdravotním postižením spolufinancovaných Evropským sociálním fondem se podařilo vytvořit několik desítek pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením či umístit na již vytvořená pracovní místa vhodné zaměstnance.

Když se věk CZP MSK v roce 2013 překulil do dvouciferného čísla 10, ve spolupráci se zřizovateli byla provedena transformace občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost. Zřizovatelem se stal Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., krajská organizace Moravskoslezského kraje. V roce 2013 se také podařilo díky podpoře MPSV, měst a obcí rozšířit služby osobní asistence na celém území Moravskoslezského kraje. Tuto potřebnou službu využilo v roce 2013 celkem 189 uživatel. V roce 2016 pak již byl počet uživatel služby osobní asistence celkově 212 a počet zaměstnanců organizace se zvýšil na 59, přičemž počty klientů poraden na všech pracovištích jdou do stovek. Průběžně se rozšiřují služby individuální bezbariérové dopravy, kde asistentky vozí uživatele služby k lékaři, na úřady, na volnočasové aktivity, na nákupy, do škol a stacionářů a dle potřeby jsou uživatelům „k ruce“. Lidé se chodí poradit v otázkách dávek, zaměstnání, práv a povinností či jen o možnostech trávení volného času při nemoci, postižení či ve vyšším věku. Z půjčovny kompenzačních pomůcek si každý potřebný může zapůjčit pomůcku, která mu pomůže překonat handicap vzniklý jeho nemocí či postižením. Osobní asistentky docházejí ke klientům do domácností, do škol, nemocnic, ale i do pobytových zařízení. Služby organizace se stále zkvalitňují, osobní asistentky, ale i poradenští a sociální

Detašovaná pracoviště CZP MSK

DP Bruntál

Adresa: Dr. E. Beneše 1497/21,
792 01 Bruntál
Telefon: +420/554 718 068
E-mail: czp.bruntal@czp-msk.cz

DP Frýdek – Místek

Adresa: Kolaříkova 2185,
738 01 Frýdek-Místek
Telefon: +420/558 431 889,
Mobil: +420/774 993 214
E-mail: czp.fm@czp-msk.cz

DP Nový Jičín

Adresa: Sokolovská 9,
741 01 Nový Jičín
Telefon: +420/556 709 403
E-mail: czp.novyjicin@czp-msk.cz

DP Opava

Adresa: Liptovská 21,
747 06 Opava
Telefon: +420/553 734 109
E-mail: czp.opava@czp-msk.cz

DP Ostrava

Adresa: Bieblova 2922/3,
702 00 Ostrava
Telefon: +420/596 115 318
E-mail: asistenceov@czp-msk.cz

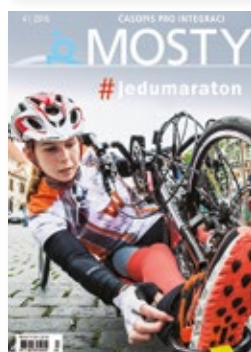
ní pracovníci se stále průběžně vzdělávají a sledují aktuality a nové trendy v sociální oblasti a CZP MSK vstupuje do další etapy svého života.

Poskytované služby CZP MSK

- Poradna pro osoby se zdravotním postižením
- Občanská poradna Nový Jičín
- Osobní asistence
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Půjčovna kompenzačních pomůcek



CHCETE ZDARMA DOSTÁVAT časopis MOSTY PŘÍMO DO POŠTOVNÍ SCHRÁNKY?



1 Napište na adresu NRZP ČR, Partyzánská 7, 170 00 Praha 7 nebo na e-mail m.dvorak@nrzp.cz.

2 Ve své objednávce uveďte kontaktní adresu, na kterou ho chcete posílat, a souhlas s jeho zasíláním.

3 Časopis vychází pětkrát ročně, bude Vám zasílán zdarma prostřednictvím České pošty, s.p.

MOSTY Časopis pro integraci

2. číslo 2018 | 19. ročník
vychází 2. 5. 2018

VYDAVATEL:

NÁRODNÍ RADA OSOB
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
ČESKÉ REPUBLIKY, z. s.

Partyzánská 1/7, 170 00 Praha 7

tel.: +420 266 753 421

e-mail: nrzpccr@nrzp.cz

web: www.nrzp.cz

IČ 70856478

www.facebook.com/NRZPCR

REDAKCE ČASOPISU:

Mgr. MICHAL DVOŘÁK

e-mail: m.dvorak@nrzp.cz

Mgr. JAN KHOLL

e-mail: kholl@seznam.cz

REDAKČNÍ RADA:

Mgr. MICHAL DVOŘÁK

e-mail: m.dvorak@nrzp.cz

JUDr. JAN HUTAŘ

e-mail: j.hutar@nrzp.cz

Mgr. VÁCLAV KRÁSA

e-mail: v.krasa@nrzp.cz

Ing. PATRIK NACHER

e-mail: patrik.nacher@seznam.cz

TISK:

Grafotechna Plus, s. r. o.

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

Studio Press s. r. o., Pardubice

FOTOGRAFIE NA OBÁLCE:

Profesor Pavel Klener,
archiv Pavla Klenera

Vydávání povoleno Ministerstvem kultury ČR,
zapsáno do evidence periodického tisku
pod číslem MK ČR E 13338.
Vydáváno za finanční podpory
Úřadu vlády České republiky.

ISSN 1805-9562

NEPRODEJNÉ

Zveřejněné názory nemusejí být v souladu
s míněním redakce, ručí za ně autoři článků.

příští číslo vychází v červnu 2018

PARTNEŘI ČASOPISU



ASEKOL



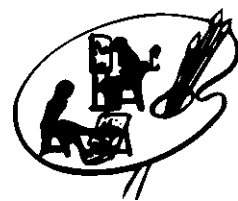
NAKLADATELSTVÍ UMŮN



ÚŘAD VLÁDY ČR

**Nabídka platí pro osoby se zdravotním postižením,
jejich rodinné příslušníky a organizace osob se zdravotním
postižením a je platná pro rok 2018.**

UMĚLCI MALUJÍCÍ ÚSTY A NOHAMA



„Ne ruka, to duše maluje...“

Zástěry



Trička s potiskem



Tisk provedli lidé se sluchovým postižením ze sociálního podniku v Hradci Králové.

Puzzle



Přání, dopisní papíry



Všechna přání včetně obálky

Dárkové krabičky



Dárkové tašky



Knížky, diáře, kalendáře



Chcete udělat dobrý skutek a zároveň potěšit sebe či své blízké? Navštivte webové stránky

www.umun.cz

NAKLADATELSTVÍ UMÚN s.r.o. | NAD ŠKOLOU 1289 | 463 11 LIBEREC 30
TELEFON: +420 485 161 712 (od 9 do 16 hod.) | E-MAIL: umun@umun.cz

15let

METROPOLITNÍ
UNIVERZITA PRAHA



JEN TITUL VÁS NEUŽIVÍ

Důležitější jsou znalosti získané
při studiu. Dejte na zkušenosti
a názory absolventky oboru

Veřejná správa
na www.mup.cz

Gabriela Knapová

Oddělení marketingu a PR
Zoologická zahrada hl. m. Prahy

