

Stanovisko

vlády k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk č. 893)

Vláda na jednání své schůze dne 13. února 2013 projednala a posoudila návrh zákona, kterým se mění zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (sněmovní tisk č. 893), a vyslovila s tímto návrhem **nesouhlas**, a to především z dále uvedených důvodů.

1. Předložený návrh zákona zásadním způsobem mění podmínky nároku na dávky pro osoby se zdravotním postižením, na příspěvek na péči a na průkaz osoby se zdravotním postižením, zejména pokud jde o posuzování zdravotního stavu žadatele o dávku. Navrhované řešení, které se vrací k právnímu stavu před 1. lednem 2012, považuje vláda za věcně nesprávné a v přímém rozporu s cíli vlády v oblasti sociální reformy.

2. Do nového sociálního systému zavedeného od 1. ledna 2012 je navrženo vložit prvky původních dávek sociální péče, které vznikly na konci osmdesátých let a vycházely z tehdejších znalostí a pokroků lékařské vědy a společenské situace. Návrh znamená ve svých důsledcích obnovení paušálního přístupu k nárokům založeným zpravidla diagnózou, bez ohledu na skutečnou potřebu vyplývající z funkčních dopadů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

3. Odůvodnění navrhovaných úprav je zavádějící a v řadě případů nepřesné. Návrh deklaruje jako východisko připomínky Sdružení zdravotně postižených, což neguje a popírá význam a přínos spolupráce Národní rady osob se zdravotním postižením České republiky (dále jen „NRZP“) s Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2011 při formulaci nových ustanovení jak v oblasti dávkových a nárokových řešení, tak v oblasti posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti. V této souvislosti vláda připomíná, že to byli právě zástupci NRZP, kteří se podíleli na věcné a právní konstrukci vymezení základních životních potřeb a způsobu posuzování stupně závislosti v novele vyhlášky č. 505/2011 Sb., účinné od 1. ledna 2012.

4. Vláda považuje za nesprávné konstatování, že nejvýraznějším zásahem do postavení zdravotně postižených je samotná definice, kdo je osobou se zdravotním postižením. Zákon č. 329/2011 Sb. věcné vymezení osoby se zdravotním postižením vůbec neobsahuje. Pro úplnost lze jen dodat, že v zákoně o sociálních službách nedošlo od 1. ledna 2012 ke změně vymezení, co se považuje za zdravotní postižení (§ 3 písm. g/ zákona č. 108/2006 Sb.).

5. V případě příspěvku na mobilitu by realizace řešení obsažených v předloženém návrhu zákona znamenala nedůvodné zvýšení výdajů státního rozpočtu (výdaje na dávku samou) a výdaje plynoucí ze zvýšeného administrativního zatížení krajských poboček Úřadu práce České republiky a posudkové služby (okresní správy sociálního zabezpečení) i samotných klientů. Podle současné právní úpravy je příspěvek na mobilitu určen osobám, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, bez ohledu na diagnózu, na podkladě které se tomu tak děje. Podle návrhu (čl. I bod 1) má být tato dávka poskytována osobám, které prohlásí, že se dopravují a u kterých je přítomna některá z vyjmenovaných diagnóz, aniž by byly skutečně zkoumány její funkční dopady. Lze předpokládat, že zdravotní podmínku pro přiznání příspěvku na mobilitu by podle návrhu mohlo splnit přibližně 380 tisíc osob. Pokud by podmínky pro přiznání dávky splnily všechny tyto osoby, znamenalo by to výdaje více než 1,8 mld. Kč ročně. Přitom se při tvorbě zákona č. 329/2011 Sb. předpokládalo (a se zástupci osob se zdravotním postižením byla tato suma dohodnuta), že na příspěvek na mobilitu bude vynaloženo přibližně 1,33 mld. Kč ročně.

6. Návrh změn v oblasti upravené zákonem o sociálních službách se taktéž navrácí k pojetí, které vzniklo před 7 lety, a které se v podmínkách praktické aplikace v letech 2007 až 2011 u 140 až 170 tisíc osob ukázalo jako ne zcela transparentní a uživatelsky srozumitelné, značně složité a provázené řadou aplikačních úskalí. To ve svých důsledcích v mnoha případech vedlo k ne zcela důvodnému uznávání stupně závislosti a výplatě příspěvku na péči s vysokým nárůstem počtu poživatelů příspěvku na péči na přibližně 300 tisíc a vysokým nárůstem nákladů na financování systému (do roku 2006 zvýšení důchodu pro bezmocnost pobíralo přibližně 150 tisíc osob a příspěvek při péči o osobu blízko přibližně 30 tisíc osob). Docházelo zejména k nárůstu počtu poživatelů příspěvku na péči ve stupni I, což vedlo ke snížení výše příspěvku na péči pro stupeň závislosti I z 2 000,- Kč na 800,- Kč. Z hlediska objektivizace důvodů, na jejichž základě je poskytován příspěvek na péči, je možné konstatovat, že dřívější metoda posuzování stupně závislosti prostřednictvím 36 úkonů a 128 činností byla „svázána“ s příliš podrobným a exaktním bodovým hodnocením schopností posuzované osoby, což vedlo k roztržitosti pohledů na důsledky zdravotního postižení a současně neumožňovalo celostní posouzení potřeb člověka; bylo také zdrojem nejednotnosti aplikace. Cílem změn od 1. ledna 2012 bylo posílit proklientské přístupy, zefektivnit provádění systému, zachovat posuzování skutečností rozhodných pro nezávislý život jednotlivce i individualizaci přístupů a potřeb. Současně bylo cílem umožnit i další využití posudku pro účely dávek pro osoby se zdravotním postižením a tím zvýšit jejich „sociální komfort“. Právní úprava posuzování stupně závislosti účinná od 1. ledna 2012 staví na průřezovém hodnocení skutečností rozhodných pro nezávislý život - základních životních potřeb a řady aktivit a participací, kterými se základní životní potřeby vymezují ze systému Bartel testu (ADL - bazální a instrumentální činnosti) a MKF/ICF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Proto znovuzavedení předchozího způsobu posuzování stupně závislosti by představovalo návrat k původnímu systému s jeho úskalími a nedostatky, jakož i aplikačními problémy.

7. Předložený návrh zákona vykazuje závažné legislativně - technické nedostatky, zmínit je třeba zejména dále uvedené.

a) Čl. I bod 3, směřující k úpravě příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla a spočívající v doplnění „individuální úpravy vozidla“, opomíjí skutečnost, že jednou ze zvláštních pomůcek uvedených ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, je „dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, například ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku“. Maximální výše příspěvku na tuto zvláštní pomůcku je 350 000,- Kč. Přitom maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla je 200 000,- Kč. Přijetí návrhu by tedy poškodilo osoby se zdravotním postižením a způsobilo aplikační problémy, neboť v návrhu není řešen vztah mezi navrhovanou „individuální úpravou“ a ve vyhlášce uvedenou „dodatečnou úpravou motorového vozidla“.

b) Neprovozánost s ostatními ustanovením zákona č. 329/2011 Sb. a s jinými právními předpisy, která by způsobila aplikační problémy. Například

- v souvislosti s navrhovaným zrušením § 8 zákona č. 329/2011 Sb. (čl. I bod 2) a návrhem na jiné podmínky posuzování zdravotního stavu (čl. I body 1 a 7) není současně navržena úprava ustanovení § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, které upravuje působnost okresních správ sociálního zabezpečení k posuzování zdravotního stavu. Chybí tak kompetence k posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na mobilitu a průkazu TP, ZTP a ZTP/P podle nového návrhu,

- vzhledem k navrhovaným úpravám § 34 zákona č. 329/2011 Sb. (čl. I body 4 a 5) chybí pojmová návaznost na § 35 tohoto zákona a dále na příslušná ustanovení zákona č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky, podle kterých je vydávána karta sociálních systémů, která má funkci průkazu osoby se zdravotním postižením, přičemž její vzor stanoví prováděcí vyhláška,

- absence přechodných ustanovení, která by řešila přechod na novou právní úpravu (nedokončená řízení, nároky dosavadních příjemců dávek).

c) V čl. I bodu 6 se navrhuje rozšíření okruhu zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla o kritérium, které bylo uvedeno v předchozí právní úpravě (příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.), bez ohledu na pokroky lékařské vědy a protetiky a na dopady takového postižení do života osoby. Ve srovnání s ostatními zdravotními postiženími, která opravňují přiznání uvedené dávky, jde o věcně neodůvodněné zvýhodnění těchto osob. Návrat k plošnému přiznávání příspěvku pro všechny osoby s vysokou amputací dolní končetiny, jejichž počet neustále narůstá, by měl značné finanční dopady na systém.

d) Skutečnost, že právní úprava účinná od 1. ledna 2012 změnila pohled na nároky osob s amputacemi dolních končetin, vychází z dostupných zdravotnických informací. V roce 2001 bylo provedeno přibližně 3 400 vysokých amputací dolních končetin (tedy ve stehně a výše) a do roku 2010 se počet zvýšil na přibližně 5 000. Příčinou téměř 87 % amputací je cévní onemocnění (včetně diabetes mellitus), dále traumata (asi 4 %), tumory (asi 2 %), infekce (asi 2 %) a vrozené anomálie končetin (asi 5 %). Protetické vybavení po amputaci indikuje lékař podle typu amputace, základního onemocnění, mentálních schopností pacienta, celkové dynamiky a schopností spolupráce při rehabilitaci. Fyzické a psychické předpoklady uživatele protézy určuje tzv. stupeň aktivity (stupeň aktivity 0 až 4; jde o interní závazná kritéria pro oblast veřejného zdravotního pojištění). Ten určuje požadované technické provedení protézy. Ze zjištěných dat z let 2010 a 2011 vyplývá, že přibližně 20% amputovaných má stupeň aktivity 3 až 4.

e) Osoby se stupněm aktivity 0 až 1 jsou považovány ve vztahu k příloze zákona č. 329/2011 Sb. za neschopné samostatné mobility v interiéru i exteriéru s odkázaností na invalidní vozík. Mají amputovanou dolní končetinu ve stehně s krátkým pahýlem nebo exartikulaci v kyčli, ale nejsou schopny validní chůze (splní kritérium přílohy zákona č. 329/2011 Sb., bod I., písmeno i/), nebo mají amputovanou dolní končetinu v kolenní nebo ve stehně, ale mají zároveň závažné postižení více funkčních celků, zejména zachované dolní končetiny, svalovou slabost, polyneuropatie, degenerativní změny na pohybovém systému. Mohou být potenciálními klienty nároku pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla (splní kritérium přílohy zákona č. 329/2011 Sb., bod I., písmeno g/). U amputovaných se stupněm aktivity 2 je postup vysoce individuální, zejména je nutno zkoumat naplnění kritéria postižení více funkčních celků.

Osoby se stupněm aktivity 3 až 4 jsou samostatně mobilní v interiéru i v exteriéru bez omezení. Jsou schopny překonávat většinu přírodních nerovností a bariér, při chůzi mají téměř srovnatelnou výkonnost s člověkem bez postižení. V souladu s jednotností pohledu zdravotního i sociálního systému - osoby s amputací dolní končetiny v kolenní (exartikulací) nebo ve stehně, které jsou schopny velmi dobré až výborné pohybové aktivity s protézou, nemají nárok na poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla a stav amputace dolní končetiny v kolenní (exartikulací) nebo ve stehně není v příloze k zákonu č. 329/2011 Sb. uveden.

f) Návrh řešení na přiznávání průkazů TP, ZTP a ZTP/P, které je uvedeno v čl. I bodu 7, je krokem zpět, který by ve svých důsledcích vedl k dalšímu značnému nárůstu počtu klientů systému, kteří by v něm setrvali mnoho let, a tím i k růstu nákladů na financování systému. Systém by současně znevýhodňoval osoby s těžkým zdravotním postižením a se vzácnými chorobami v populaci, a rovněž i děti a seniory, kteří mají specifické syndromy s doprovodnými funkčními postiženími. „Zdravotní model“ pohledu na potřeby osob se zdravotním postižením, který byl implementován v předchozím systému sociální péče, byl již překonán a s účinností od 1. ledna 2012 je nahrazen „sociálním modelem zdravotního postižení“, který je v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, Národním plánem vytváření rovných příležitostí pro občany se zdravotním postižením i Mezinárodní klasifikací funkčních

schopností, disability a zdraví a který prosazuje i NRZP. Staví na principech celostního pojetí potřeb osoby se zdravotním postižením, vycházejících z funkčního postižení, tedy toho, co osoba se zdravotním postižením svede/nesvede bez ohledu na to, jaká je zdravotní příčina disability (nemoc, úraz, vrozené postižení, interní, endokrinologické, ortopedické, smyslové, onkologické, neurologické nebo psychiatrické postižení). Tím umožňuje cílené a individualizované posuzování i poskytování průkazů i dávek osobám se zdravotním postižením.