

Lékařská posudková služba ČSSZ jako výkonný orgán sociálního zabezpečení

Jana Kučerová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Kučerová**
Osobní číslo: **H12218**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Lékařská posudková služba ČSSZ jako výkonný orgán sociálního zabezpečení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálního zabezpečení, lékařské posudkové služby a sociální práce.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

TOMEŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3724-9.

TRÖSTER, Petr a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2013. ISBN 978-80-7400-473-5.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**

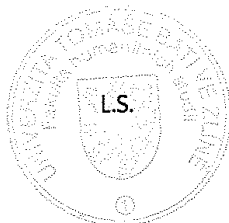
Ústav pedagogických věd


Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud dílo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům. ¹⁾

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2015

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřila zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy. Má se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odůpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na popis lékařské posudkové služby jako orgánu sociálního zabezpečení, kdy se detailněji zabývá prací lékařů lékařské posudkové služby. Práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické.

Teoretická část dané téma přibližuje, vysvětluje systém z obecného hlediska. Věnuje se rámcově také historii a vývoji posudkové činnosti v rámci sociálního zabezpečení. Rozebírá její dosavadní fungování s důrazem na lékaře posudkové služby, kteří tvoří nedílnou součást tohoto systému. Za použití metod kvalitativního výzkumu je v praktické části práce zjišťována efektivita lékařské posudkové služby, dopad změn v posuzování zdravotního stavu na její činnost a také na posuzované klienty. Bakalářská práce přispívá k pochopení posuzování zdravotního stavu v návaznosti na změny v posuzování dané legislativou. Důraz je kladen na hlubší poznání úlohy lékaře LPS, jeho kvality, zatížení, odbornost a práci s klienty.

Téma bakalářské práce bylo koncipováno na základě pracovních zkušeností autorky.

Klíčová slova:

Sociální zabezpečení, lékařská posudková služba, lékař posudkové služby, posudek, zdravotní postižení, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

ABSTRACT

Following Bachelor Labor is focusing on description of Medical Advisory Service, as an Organ of Social Security (Welfare), where it analyses work of assessment physician. The Labor is divided in two parts: theoretical and practical.

Theoretical part brings following topic closer and explains the system from basic point of view. It also focuses on history in frame, and development of advisory activity within social security. It analyses its function up till now with focus on assessment physician, who is an integral part of this system. Effectivity of Medical Advisory Service and an impact of changes in analysis of health condition on its function and on its clients as well, are measured by using analysis of qualitative research in practical part of the Labor. Following Bachelor labor helps to understand an advice of health condition in the sequence of changes in appraisal, given by legislative. A focus is on deeper cognition of assessment physician tasks, his quality, occupation, expertise and work with the clients.

Topic of Bachelor labor was conceived and based on working experiences of the author

Keywords:

Social security (Welfare), Medical Advisory Service, assessment physician, Labor, Medical Affection, Long term adverse health condition

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za pomoc, cenné rady a odborné vedení při jejím zpracování.

Mé poděkování také patří pracovnímu kolektivu za jejich vstřícnost a cenné informace při realizaci výzkumu.

Také považuji za důležité poděkovat svojí rodině, která se mnou měla trpělivost a podporovala mě po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Devět desetin našeho štěstí spočívá výlučně ve zdraví. S ním se stává všechno zdrojem požitku. Naproti tomu bez něho není žádný vnější statek, ať je jakéhokoliv druhu, uchopitelný.“

Arthur Schopenhauer

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA ČESKÉ SPRÁVY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	14
1.1 ORGANIZACE LPS V SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	15
1.2 FUNKCE A ČINNOST LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY.....	16
1.3 HISTORIE POSUDKOVÉ ČINNOSTI NA NAŠEM ÚZEMÍ	17
1.3.1 Administrativní zátěž oboru	20
1.3.2 Změny, které otřáslы posudkovou službou	22
2 LÉKAŘ LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY	24
2.1 ATRAKTIVITA – NEATRAKTIVITA OBORU	24
2.2 CHARAKTERISTIKA A ODBORNOST LÉKAŘE LPS	25
2.3 VEŘEJNOST VERSUS LÉKAŘ LPS	25
2.3.1 Asertivní přístup při jednání s klientem	26
2.3.2 Agresivita ze strany klientů vůči posudkovým lékařům.....	27
2.4 POSUDKOVÁ JEDNÁNÍ	28
2.4.1 Posudek.....	29
3 VYMEZENÍ POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU V SYSTÉMECH SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	31
3.1 POSUZOVÁNÍ V JEDNOTLIVÝCH SYSTÉMECH SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ DANÉ LEGISLATIVOU.....	31
3.1.1 Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění.....	31
3.1.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění	32
3.1.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných dávek pro osoby se zdravotním postižením	33
3.1.4 Sociální šetření – spolupráce posudkového lékaře se sociálním pracovníkem ³⁴	
3.2 ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ PŘEDPISY VZTAHUJÍCÍ SE K LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBĚ... 34	
3.2.1 Právní úprava dotýkající se posudkové služby	35
3.2.2 Opravná řízení, správní a soudní přezkum	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	38
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	38
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	39
4.3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	39
5 POSTUP ŘEŠENÍ.....	41

5.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO ŘEŠENÍ	41
5.2	TECHNIKA SBĚRU DAT.....	42
5.3	METODY ANALÝZY DAT	43
5.4	VLASTNÍ POSTUP.....	44
6	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT	45
6.1	OBLASTI KATEGORIZACE	45
6.2	KATEGORIE: „AKTUÁLNÍ SITUACE“	45
6.3	KATEGORIE „TŘÍSTUPŇOVÁ INVALIDITA“	48
6.4	KATEGORIE „OSOBA ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÁ (DÁLE OZZ)“	49
6.5	KATEGORIE „MOTIVACE K PRÁCI“	52
6.6	KATEGORIE „PLÁNY NA DALŠÍ PRÁCI U LPS“	54
6.7	KATEGORIE „PRACOVNÍ PODMÍNKY“	54
6.8	KATEGORIE „SYNDROM VYHOŘENÍ“	55
6.9	KATEGORIE „BENEFITY“	56
6.10	KATEGORIE „AGRESIVITA POSUZOVANÝCH“	57
6.11	KATEGORIE „CELKOVÁ SOUČASNÁ SITUACE V POSKYTOVÁNÍ DÁVEK“	59
7	ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ VÝSLEDKŮ OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ.....	62
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	73
	SEZNAM TABULEK	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Tato bakalářská práce si klade za cíl podat komplexní přehledné informace o vývoji organizaci, fungování a činnosti lékařské posudkové služby v systému sociálního zabezpečení. Dále si klade za cíl představit blíže lékaře posudkové služby a jejich práci, která spočívá v posuzování zdravotního stavu dle stanovených kritérií. Zda jde o efektivně fungující instituci v systému sociálního zabezpečení s nezastupitelnou úlohou a jakým směrem by se mohla v budoucnu ubírat.

Do styku s posudkovou službou se dostáváme v momentě, kdy zradí zdraví nás nebo našeho blízkého. Zdraví je to nejcennější co máme, ale v životě přijdou různé momenty, které nás můžou vyřadit z normálního fungování v životě, ať již na dobu přechodnou či trvalou. Pak nastává situace, kdy potřebné zajištění v době nemoci či sociální události převezme stát, potažmo jeho správní orgán. Detailněji se tedy v této práci zabýváme lékařskou posudkovou službou, která je výkonným orgánem České správy sociálního zabezpečení a má za úkol posuzovat pokles pracovní schopnosti občana, který se dostal do situace, že není pro své zdravotní postižení schopen vykonávat soustavné zaměstnání, či se dostal do tíživé životní situace, kdy pozbyl schopnost soběstačnosti a je tedy úlohou lékařské posudkové služby posoudit jeho zdravotní stav, zda odpovídá podmínkám pro přiznání invalidity dle platné úpravy zákona č. 582/1991 Sb., platnou vyhláškou č. 359/2009 Sb., či jiných dávek pro osoby se zdravotním postižením, které jsou vymezeny v zákoně č. 329/2011 Sb. s platnou vyhláškou č. 388/2011 Sb. a zákona č. 108/2006 Sb. s platnou vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Je to velmi důležitá instituce, se kterou může přijít do kontaktu prakticky každý z nás. V její historii došlo k postupnému vývoji a změnám, které jistě budou ještě v budoucnu pokračovat, protože otázka posuzování zdravotního stavu a časté změny v legislativě ji nutí přizpůsobovat se těmto změnám. Ne vždy je to však k dobru věci. V poslední době docházelo ke změnám, které nebyly v pozitivním slova smyslu. Docházelo k roztříštěnosti posudkových služeb, nekonceptnosti, nelogičnosti, nesystematičnosti a příliš komplikovanému systému, za což až tak posudkové lékařství jako obor nemůže.

Nedílnou součástí je bližší seznámení s posudkovým lékařem, jeho odborností. Zajímá nás jeho názor na celkové fungování systému posuzování zdravotního stavu a jeho návrhy na

ucelenost a lepší využitelnost vyplácených dávek. Jak oni sami hodnotí změny jejich přínos a v čem.

V bakalářské práci se zabýváme tím, **zda je úloha lékařské posudkové služby nezastupitelná v systému sociálního zabezpečení**, zda při legislativních změnách, které postupně probíhaly od r. 2006 do současnosti došlo k zatížení lékařské posudkové služby, jak ji zvládla a jak se odrazila v kvalitě jejich práce.

V současnosti je kladen důraz na začleňování osob se zdravotním postižením do pracovního procesu, do společenského života, zda jim pomáhá opětovně zavedený institut osoby zdravotně znevýhodněné k lepšímu umístění na trh práce. Jedná se o specifický institut, kdy je od státu prostřednictvím úřadů práce poskytován příspěvek zaměstnavatelům, který tyto osoby zaměstnává. Na základě toho se očekává ztraktivnění a větší poptávka zaměstnavatelů po těchto zdravotně znevýhodněných osobách.

Teoretická část práce je členěna do tří kapitol. Úvodní kapitola se zabývá základními pojmy o lékařské posudkové službě, o jejím organizačním začlenění v systému ČSSZ. Zajímat nás bude její funkce a činnost. Nastíníme základní etapy vývoje její historie.

V druhé kapitole více přiblížíme práci posudkového lékaře, popíšeme kdo to je, jaké jsou jeho odbornosti, pracovní náplň, pracovní zátěž, jeho osobní pocity a názory na současný stav v dané zkoumané problematice.

Třetí kapitolu věnujeme celkovému popisu současné situace, legislativním změnám, mezníkům, které ovlivnily významně její činnost a popíšeme způsoby druhoinstančního řízení.

Praktická část bakalářské práce navazuje na předchozí teoretické poznatky z popisované oblasti. Byl použit kvalitativní výzkum, metoda hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Data byla analyzována a interpretována pomocí techniky otevřené kódování u zakotvené teorie podle autorů Švaříček, Šedřová (2007).

Výzkum je tedy zaměřen na oblast posuzování zdravotního stavu posudkovými lékaři a problematiku této oblasti. V této oblasti není mnoho výzkumů, v odborné literatuře se touto problematikou zabývá jen část autorů Čeledová, Čevela, Zvoníková. Domníváme se proto, že poznatky zjištěné z našeho výzkumu budou přínosem a mohou posloužit ke zlepšení pohledu na danou problematiku.

Zjištěné údaje by mohly přispět široké veřejnosti k bližšímu poznání a otevřenému pohledu na činnost lékařské posudkové služby a potažmo na osobnost lékaře posudkové služby, který není až tak pozitivně vnímán.

Při vypracovávání této bakalářské práce se budeme soustředit na to, zda jsou změny v posuzování nepojistných i pojistných systémů přínosné. Bude nás zajímat, jestli nedochází k poškozování klientů při nové právní úpravě. Pokusíme se zmapovat, jaký pravděpodobný vývoj posudkové činnosti v následujících letech lze očekávat a co by bylo možné v rámci tohoto odvětví zlepšit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA ČESKÉ SPRÁVY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Sociální politika je druh lidské činnosti či věda, s kterou se setkáváme denně, uvádí Tomeš (2010, s. 21). Autor dále píše, že sociální problémy vznikají zapříčiněním lidí samotných nebo nezodpovědným chováním jiných, kdy se do nich bez vlastního přičinění dostávají a potom o těchto konkrétních problémech musí rozhodovat někdo kompetentní. Tito lidé se dostávají do konkrétních problémů, které jsou způsobené nedostatkem pracovních příležitostí, špatnou rodinnou situací, kdy mají malé příjmy. Také péče o staré občany nebo problémové děti je zatěžující a stresující životní sociální situací. Některé mají původ v sníženém pracovním uplatnění, které je ovlivněno nemocí nebo úrazem.

Sociální politika se týká člověka, říká dále Tomeš (2010, s. 22) a dodává, že je všeobecně známo, že člověk je především tvor společenský a již v dobách dávných si v rámci solidarity a sociální politiky rozdělovali lidé společenské (sociální role). Určité místo v jejich společenství měla i skupina osob, která neměla to štěstí a byla nějakým způsobem handicapována či zdravotně postižena. Postupně vznikaly různé formy pomoci, až nakonec převzal tuto roli stát. V různých zemích jsou nastaveny systémy pomoci lidem v nouzi podle různých forem. V České republice je jednou z mnoha významných složek sociálního zabezpečení lékařská posudková služba, která působí na úrovni České správy sociálního zabezpečení (dále jen ČSSZ) jako nositeli sociálního pojištění a která úzce souvisí s tíživou sociální situací, či událostí a dle platné právní úpravy hodnotí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav osob, které požádají o některou z dávek nepojistného či pojistného systému.

Lékařská posudková služba je podle Čevely (2006, s. 10) významnou součástí sociálního zabezpečení, kde má velký okruh činností týkajících se především posuzování zdravotního stavu ať už v oblasti nemocenských dávek, jejich následné kontroly i dodržováním léčebného režimu, ale i samotnou posudkovou činnost, kterou uplatňuje dle právních předpisů z oblasti sociálního zabezpečení jak České republiky, tak zemí EU. Její činnost dále spočívá v metodice, která upravuje posuzování zdravotního stavu. Významná je také spolupráce s MPSV, s kterou spoluvytváří celostátní koncepci LPS.

Dle Langer (1999, s. 8) je „posudková služba sociálního zabezpečení známa především těm občanům, kteří se dostali do kontaktu s lékaři okresních správ sociálního zabezpečení nebo posudkovými komisemi MPSV“.

V systému sociálního zabezpečení je lékařská posudková služba (dále jen LPS) významnou složkou resortu práce a sociálních věcí, kdy ovlivňuje výplatu dávek v sociálním systému v rozsahu až 100 miliard Kč ročně, upozorňuje Čevela (2012, s. 8).

1.1 Organizace LPS v systému sociálního zabezpečení

Celkově působí na území ČR 83 oddělení LPS na úrovni okresní správa sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ). Ty jsou organizačně začleněny pod ČSSZ - odbor metodiky LPS, který má regionální oddělení LPS v Praze, Českých Budějovicích, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Brně a Ostravě, uvádí Čevela (2006, s. 10).

Autor v další práci (2012, s. 9) píše, že v těchto posudkových službách pracují posudkoví lékaři, většinou v průměrném věku 60 - 69 let. Toto je stále největším problémem posudkové služby. V r. 2011 bylo 149 lékařů ve věku cca 59 let a 164 ve věku 60 - 69 let, kdy 1/3 již byla ve věku starobních důchodců. Tento stav se nadále nelepší.

Také počty lékařů v LPS v průběhu let celkově značně poklesly, personální situace je i nadále nepříznivá, průměrný věk postupně narůstá, lékaři dlouhodobě vnímají práci v lékařské posudkové službě jako neatraktivní. V r. 1993 LPS disponovala 523 systematizovanými lékařskými místy, v roce 2011 již bylo 392 systematizovaných míst, přičemž objem práce na LPS vzrostl o cca 130 000 posudků, tj. o cca 42% více, upozorňuje Čevela (2012, s. 9).

Posudkový lékař se zabývá vždy jen objektivním posouzením zdravotního stavu a z něho vyplývajícím dopadem na jeho aktuální zdravotní situaci, což je jednou z podmínek k přiznání dávky. Nikdy nerozhoduje, zda ta či ona dávka bude posuzovanému poskytnuta, zdůrazňuje Arnoldová (2012, s. 66).

Tuto podmínku (sociální událost), která člověka postihne, označuje Matoušek (2007, s. 175) jako věcnou. Musí se prokazovat výrokem, šetřením o nemoci, či komisí o invaliditě. Pro přiznání dávky jsou zkoumány ještě další podmínky, které jsou systémové a formální.

Medicínský, ekonomický a sociální aspekt vnímá a řeší jako komplexní problém lékařská posudková služba v rámci své působnosti v sociálním zabezpečení na základě právních norem, uvádějí Čevela, Čeledová a Zvoníková (2010, s. 21).

1.2 Funkce a činnost lékařské posudkové služby

Funkce lékařské posudkové služby spočívá v posuzování zdravotního stavu pro různé účely dávek. Její úlohou je správně zařazovat zdravotní postižení či znevýhodnění osob dle funkčního stavu do platných právních předpisů.

Předmětem zájmu lékařské posudkové služby a také dle Slowíka (2007, s. 26) speciální pedagogiky, je člověk, u něhož se objevila vada či porucha a mluvíme o něm tedy jako o člověku s postižením nebo s handicapem.

Dle Slowíka (2007, s. 27) „*postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální*“ a dále dle tohoto autora (2007, s.27) „*znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům normální*“.

Tabulka č. 1: Klasifikace vad a poruch podle Slowíka (2007, s. 26)

Klasifikace vad a poruch	
podle typu:	* orgánové * funkční
podle intenzity:	* lehké * střední * těžké
Podle příčin: (respektive podle doby vzniku)	* vrozené * získané

Slowík (2007, s. 47 - 48) uvádí, že dle statistického přepočtu v r. 1992 bylo zdravotně postižených dle rozdělení zdravotního postižení více jak milion. 60 000 zrakově postižených, 300 000 sluchově postižených, 60 000 s narušenou komunikací, 1 500 hluchoslepých, 300 000 s mentálním postižením, 300 000 s tělesným postižením, 100 000

s psychickými poruchami nebo onemocněním. Kotýnek (2014) uvádí, že dle českého statistického úřadu probíhalo také šetření v r. 2013, kdy bylo ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR zjištěno, že v té době bylo 1 077 73 osob se zdravotním postižením. Bylo šetřeno sedm typů postižení: tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní, vnitřní a jiné. Bylo zjištěno, že převládaly dva typy – vnitřní (41,9 %) a tělesné (29,2 %). Při srovnání vyplývá, že podíl zdravotně postižených v populaci neklesá.

Vidíme, že z tohoto důvodu bylo a bude třeba úprav a změn v posudkové činnosti. V další kapitole se budeme zabývat blíže historií LPS.

1.3 Historie posudkové činnosti na našem území

Stručný historický exkurz objasní činnost lékařské posudkové služby v souvislostech právních úprav. Lze konstatovat, že v této oblasti bylo hodně organizačních změn, které byly ovlivněny organizační strukturou či dosaženým stupněm právního poznání, píše Langer (1999, s. 23).

Langer (1999, s. 23) uvádí, že v letech 1926 - 1948 na území bývalé ČSR působila Ústřední sociální pojišťovna, kdy byli jednotliví lékaři s ní ve smluvním vztahu a ti na základě pojišťovacího zákona č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří z r. 1924 podávali posudky o invaliditě.

V letech 1948 - 1951 byl účinný zákon č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění, kdy stále byla nositelem pojištění Ústřední národní pojišťovna a stav v organizaci posudkové služby nebyl příliš odlišný. Zdravotní stav posuzovali tzv. důvěrní lékaři, kteří byli zaměstnanci této pojišťovny. V této době se také začínalo objevovat posuzování bezmocností – potřeba ošetření a obsluhy jinou osobou jak píše Langer (1999, 23). Invalidita se nečlenila do částečné či plné, ale občan byl či nebyl invalidní a řízení začínalo výlučně na podanou žádost.

Dle Langera (1999, s. 26) je konstatováno, že v tomto období bylo uspořádání posudkové činnosti poměrně velmi racionální a efektivní.

Období 1951-1960 bylo reorganizační, v platnost vešel zákon č.102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění, zanikla Ústřední národní pojišťovna a byl zřízen Státní úřad důchodového zabezpečení. Posudkové komise postupně vznikaly při tehdejších okresních národních výborech. Posuzování invalidity již nebylo jen otázkou medicínskou, ale

i sociálně politickou a pracovně politickou. Zde pronikal laický (nelékařský) prvek do složení posudkové komise, která sestávala ze 4 členů, v čele byl však vždy posudkový lékař.

V r. 1956 s účinností zákona č. 55/1955 Sb., o sociálním zabezpečení došlo k dalším změnám v organizaci posudkové činnosti, kdy byly zřízeny při okresních národních výborech (dále jen ONV) okresní posudkové komise sociálního zabezpečení. V jejich složení přibyl 5. člen na období 1960-1990 a to poslanec příslušného národního výboru. Ten vždy předsedal posudkové komisi. Nejzajímavější je, že tento zákon z. 1956 přinesl rozlišení invalidního důchodu a částečného invalidního důchodu jako dvou relativně samostatných posudkových a právních kategorií. Poprvé se objevila též tzv. částečná invalidita „fyzická“, nepodmiňovaná podstatným poklesem výdělku, ale značným ztížením obecných životních podmínek v důsledku trvalého zhoršení zdravotního stavu.

Změnu v postavení posudkových komisí přinesla vládní vyhláška č. 151/1960 Sb., o organizaci a působnosti posudkových komisí sociálního zabezpečení z r. 1960. Získaly rozhodovací pravomoci výlučně v posudkových otázkách – invaliditě, částečné invaliditě a bezmocnosti, kdy bylo posouzení výlučně na zdravotním stavu a průceschopnosti. Stanovena byla nová pravidla o složení komisí, jejich místní příslušnosti, o účasti jiných osob na jednání, o lhůtách. Vyhláška č.108/1964 Sb., o působnosti národních výborů ve věcech sociálního zabezpečení přidala posudkovým komisím pravomoci v některých dávkových věcech sociálního zabezpečení., např. o zvýšení důchodu a výchovného pro bezmocnost anebo o mimořádných výhodách občanů trvale těžce poškozených na zdraví.

Rok 1975 nepřinesl žádné výrazné změny, pouze zákon č.121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení zavedl další okruh plné invalidity, tzv. „fyzické“, kdy dotyčný měl schopnost vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. U částečné invalidity zavedl hodnocení tzv. ekonomické podmínky, které náleželo orgánům posudkové služby sociálního zabezpečení, od tohoto bylo upuštěno od 1. 1. 1996. Bylo zavedeno vymezení částečné, převážné a úplné bezmocnosti.

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení tak jako vyhláška č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, nepřinesly žádné výraznější změny v organizaci či v jejich procesních postupech.

Po roce 1989 se změnou státního mechanismu byla přijata novelizace předpisů. Vešel v platnost zákon č. 125/1990 s účinností od 1. 5. 1990, kterým byl snížen počet členů posudkových komisí ONV z pěti na tři (odpadli předsedové - poslanci a zástupci pracujících) a předsedou se opět stal po třech desetiletích posudkový lékař. S účinností od 1. 9. 1990 na základě zákona č. 210/1990 Sb., byly posudkové komise přesunuty pod nově zřízené okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ). Od 1. 1. 1993 zákonem č. 590/1992 Sb. byly posudkové komise zrušeny a posudková činnost pro účely rozhodování o prvním stupni správního řízení byla přenesena na jednotlivé lékaře OSSZ. Odpadly tím problémy s přisedajícími lékaři, kteří byli honorováni, a jejich přínos byl velmi proměnlivý. Došlo také k zásadní úpravě v oblasti metodického řízení lékařů, vzniká odbor lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení jako zcela nového řídicího a metodického orgánu. Byl opuštěn model, kdy členové posudkových komisí MPSV vyvíjeli i metodickou činnost. Od 1. 1. 1994 zákonem č. 307/1993 Sb. byly stanoveny procesní postupy pro účely opravných řízení posudkových komisí MPSV (Langer, 1999, s. 23-34).

Významný byl rok 1996, kdy vstoupil v platnost zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, kdy dle nové koncepce posuzování invalidity od roku 1996 je zajištění objektivnějšího posuzování s individuálním přístupem. Je zde kladen důraz na podrobné funkční vyšetření, zpřesnění kritérií. Od 1. 1. 2010 vzniká nová prováděcí vyhláška č. 359/2009 Sb., v rámci důchodové reformy, která nahradila původní vyhlášku č. 284/1995 a nabyla účinnosti od 1. 1. 2010. Byly stanoveny nové cíle. V důsledku posunutí hranice odchodu do starobního důchodu byla přehodnocena definice invalidity. Zaběhnutý systém rozdělení invalidity na plnou a částečnou byl zrušen a nahrazen posuzováním invalidity do třech stupňů, což bylo pro občany velkou změnou, uvádí Arnoldová (2012, s. 70).

Nový model třístupňového invalidního důchodu k 1. 1. 2010 je podle Tröster (2013, s. 164) dalším krokem reformy pojetí invalidity a zabezpečení invalidních osob. Je výrazem rovnosti pojištěnců ve vztahu ke zdravotnímu postižení v systému důchodového pojištění a invalidity, kdy rozhodující skutečností je stanovený pokles pracovní schopnosti podmíněn jakýmkoli zdravotním postižením. Posudkově medicínské kategorie hranice poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti jsou v zásadě zachovány, nově nahrazeny termínem pokles pracovní schopnosti. Nebylo žádoucí,

aby posuzování zdravotního stavu a invalidity jako odborná lékařská činnost mělo spojitost s finanční otázkou. V rámci transformace mělo být převedeno 75% částečných invalidních důchodů do invalidity prvního stupně a 25% do invalidity druhého stupně.

V roce 2014 došlo ke změně v posouzení nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením. Již není navázán na přiznaný stupeň závislosti a na neschopnost zvládat základní životní úkony potřeby v oblasti mobility nebo orientace. Nyní se nová právní úprava přiblížila opět té, která platila do konce roku 2011. O průkaz je možné požádat samostatnou žádostí i posouzením lékařem OSSZ (Národní pojištění, 3/2014, s. 41).

Od 8/2014 se opětovně začal posuzovat institut „osoby zdravotně znevýhodněné“, na základě zákona č.136/2014 s účinností od 1. 1. 2015, kdy si mohou opět zaměstnavatelé žádat o příspěvek od úřadu práce na zaměstnance, který byl posudkovým lékařem uznán osobou s tímto statutem.

1.3.1 Administrativní zátěž oboru

V letech 2006 - 2009 prošla LPS závažnými změnami organizačními i změnami v systému sociální ochrany, které vedly s účinností od 1. 1. 2007 k zavedení příspěvku na péči. Toto představovalo pro LPS více než trojnásobný nárůst agendy (nárůst z cca 50 tisíc posouzení na 160 tisíc) při stávajícím počtu pracovníků. Tento nebývalý nárůst činností zvládla LPS úřadu práce v letech 2007 - 2008 (s využitím smluvních lékařů) se zatížením na jednoho lékaře 2500 až 2800 podaných posudků ročně. Po sjednocení LPS úřadů práce a LPS ČSSZ k 1. 7. 2009 se stabilizovala lékařská posudková služba a její činnost celý rok. Změny v důchodovém pojištění, nastavení nových posudkových kritérií v oblasti důchodového pojištění se dotkly LPS od 1. 1. 2010. Bylo zavedeno námitkového řízení s vyčleněním 44 míst první instance pro potřeby námitkového řízení. Prvoinstanční lékařská služba ztratila pracovní místa během let 2009 - 2010. To se odrazilo v počtu 40 tisíc posudků, což byl téměř měsíční výkon. Došlo k prodloužení, neplnění lhůt pro podání posudku a zvýšení zatížení na jedno lékařské místo a určité „radikalizaci“ lékařů posudkové služby.

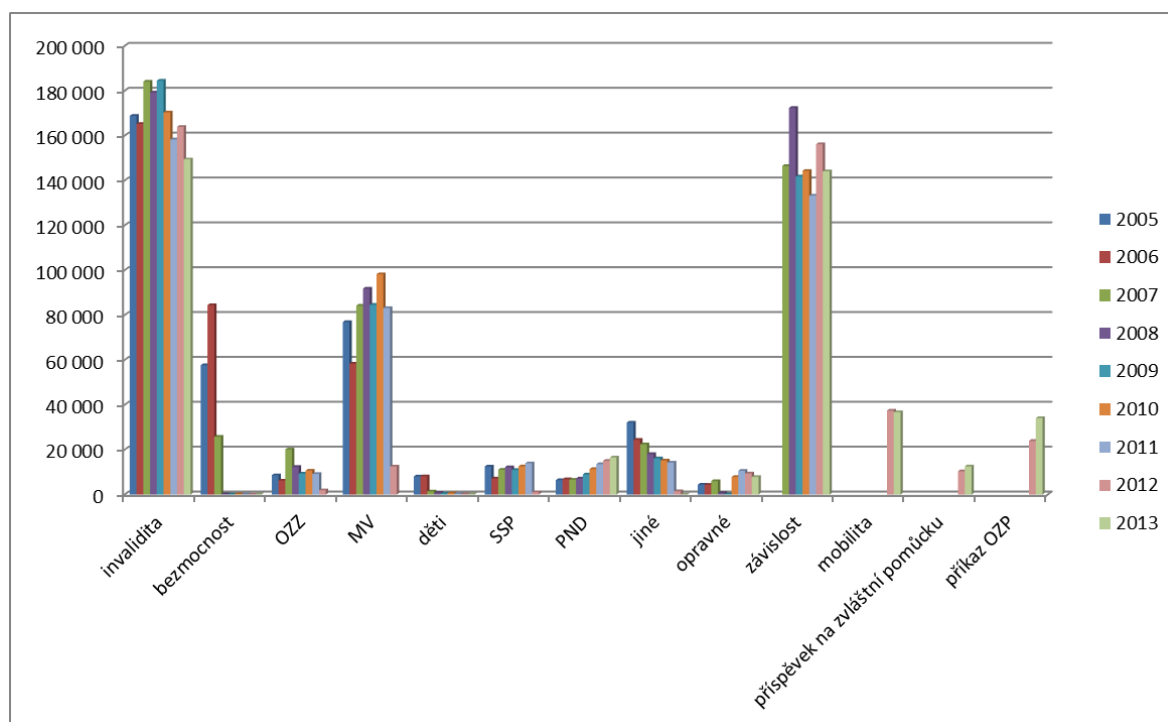
V 1. instanci bylo v roce 2011 podáno celkem 437 987 posudků, z toho 179 344 posudků pro pojistné systémy a 258 643 posudků pro nepojistné systémy.

V roce 2010, kdy bylo podáno celkem 463 483 posudků, z toho 181 837 pro pojistné systémy a 281 646 pro nepojistné systémy, došlo tedy ke snížení počtu podaných posudků o 25 tisíc.

Nejčastěji posuzovanou kategorií je stupeň závislosti pro účely sociálních služeb při řízení o příspěvku na péči. Stále vzrůstající zatížení posudkových lékařů pokračovalo i v roce 2011, kdy na jedno lékařské místo připadlo v průměru 1234,9 podaných posudků.

Ve srovnání s r. 2010 došlo k dalšímu nárůstu počtu podaných posudků na jedno lékařské místo o 7,2 (MPSV, 2012, s. 11).

Novelizací zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákonem č. 366/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů a podle vyhlášky č. 391/2011 Sb., kterou byla od 1. 1. 2012 novelizována vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, také znamenalo, že se provádělo „dvojí posouzení“, tudíž další administrativní zátěž. Pro větší názornost je uveden v následujícím grafu vývoj počtu posudků, které byly zpracovány LPS v letech 2005-2013, což ukazuje na zatížení a toto bylo především způsobeno změnami, kterými se posudková služba musela vyrovnávat. Nejvýznamnější změny se pokusíme přiblížit v další kapitole.



Zdroj: MPSV

Obrázek č. 1: Grafické znázornění vývoje počtu posudků v letech 2005-2013

1.3.2 Změny, které otřásly posudkovou službou

Přelomovým rokem pro posudkovou službu byl rok 2005. Na MPSV vznikala nová věcná, koncepční, organizační i právní řešení, která zasáhla podstatně další organizace a činnosti posudkové služby sociálního zabezpečení. Nepříznivá situace, která dlouhodobě trvala v LPS, vyústila k řešení tzv. „odbřemenění“, kdy byla převedena od 1. 7. 2006 nepojistná agenda z ČSSZ na úřady práce. Tam byla zcela samostatná posudková služba úřadů práce, V praxi to znamenalo převedení cca 1/2 dlouhodobé posudkové agendy z ČSSZ na úřady práce. (Čevela, 2006, s. 5)

Další změna byla pro oddělení LPS OSSZ připravena od 1. 1. 2005, kdy byla oddělení LPS OSSZ převedena jako referáty LPS přímo pod ČSSZ Praha, kde vznikl úsek LPS. Nebyl začleněn do organizační struktury OSSZ. Lékaři těchto referátů vykonávali lékařskou činnost a kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro OSSZ, které byly zákonem pověřeny jako orgány sociálního zabezpečení (MPSV, 2006, s. 10 - 11).

Znovu byla LPS ČSSZ a úřadů práce sloučena 1. 7. 2009. Pod LPS ČSSZ spadala tedy opět nejen oblast důchodového a nemocenského pojištění, ale přibyla i agenda, která byla do té doby pod LPS úřadů práce, tam byla vykonávána ve spolupráci se smluvními lékaři. Při opětovném sjednocení obou posudkových služeb bylo doručeno za 2. pololetí LPS ČSSZ celkem 231 860 žádostí o posouzení zdravotního stavu občanů, z toho bylo 97 577 žádostí pro pojistný systém, tj. 42% z celkového počtu žádostí o posouzení zdravotního stavu, a 134 283 žádostí pro nepojistný systém, tj. 58% z celkového počtu žádostí. Nejvíce žádostí bylo o posouzení stanovení stupně závislosti (69 992) případů při řízení o příspěvek na péči. V tomto období bylo ukončeno posudkem 206 140 případů. Za první pololetí 2010 vykazoval stav 241 485 žádostí o posouzení, z tohoto opět nejvíce žádostí (71 138) o posouzení stupně závislosti, ukončeno posudkem bylo 257 465 případů. V tomto období jednoho roku bylo konstatováno, že na jedno lékařské místo připadalo 1310 posudků. Posudkoví lékaři však nezpracovávají pouze posudky pro pojistný a nepojistný systém, také provádějí kontroly posuzování dočasné pracovní schopnosti. V roce 2009-2010 došlo k organizačním i legislativním změnám, což bylo pro lékařskou posudkovou službu výrazně náročné (Ramianová, 2010, s.33 - 34).

Od 1. 1. 2012 byla činnost LPS opět ovlivněna změnou vnitřní organizační struktury, kdy jako referáty LPS do 31. 12. 2011 byly přímou součástí ČSSZ, tak se mění na dřívější oddělení LPS organizačně spadající pod přímé řízení OSSZ (MPSV, 2012, s. 8).

Od 1. 1. 2007 bylo zavedeno posuzování stupně závislosti (který nahradil posuzování bezmocnosti a dítěte dlouhodobě těžce zdravotně postiženého vyžadující mimořádnou péči) s trojnásobným nárůstem zatížení LPS oproti bezmocnostem. Zásadně to ovlivnilo kompetence LPS. 1. etapa sociální reformy k 1. 1. 2012 dřívější posudkové agendy – mimořádné výhody a sociální příspěvky byly nahrazeny dávkami novými, stejně početnými (mobilitou, průkazy osob se zdravotním postižením a příspěvky na zvláštní pomůcky). Neposuzují se již dříve málo významné kategorie jako stupeň zdravotního postižení, osoba zdravotně znevýhodněná a schopnost zvýšit si příjem vlastní prací (MPSV, 2012, s. 9).

První etapa sociální reformy, která se začala realizovat od 1. 1. 2012 některými významnými změnami, což se týkalo i posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních systémů. Nadále se posuzoval „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost pro účely SSP a pomoci v hmotné nouzi, ale již se neposuzovala „osoba zdravotně znevýhodněná“, pro účely zaměstnanosti (Langer, 2012, s. 19 - 20).

V roce 2014 se očekávalo přeposuzování průkazů TP, TZP a ZTP/P, což mělo být zhruba 450 000 těchto průkazů.

Dle tiskové zprávy ministryně Marksové (2014) „*tento chaos, považuji za neúnosný a pro spoluobčany se zdravotním handicapem ponižující. Dohodli jsme se proto na automatickém převedení nároku z průkazů mimořádných výhod na průkaz osoby se zdravotním postižením*“. Znamená to, že počátkem roku 2016 dojde ke sjednocení podoby průkazů a tento postup ušetří obrovskou zátěž posudkovým lékařům.

S těmito všemi změnami se musela posudková služba ve svém vývoji potýkat, ale především její nejdůležitější představitel, bez kterého by byla činnost LPS ochromena a to je „*posudkový lékař*“. Blíže se jeho osobou budeme zabývat v další části této práce, představíme si jej nejen po profesní, medicínské stránce, ale i lidské stránce.

2 LÉKAŘ LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY

Dle Steinera (1999, s. 19) „*ve skutečnosti záleží jen na tom, aby tu vždy byli lidé, kteří něčemu rozumějí, v daných poměrech se vyznají, neboť vycházejí z reality a nejednají bez ohledu na ni. Schopné jedince je však třeba nejdříve vychovat a pak jim dát příležitost*“.

Posudkový lékař se musí dobře vyznat ve svém oboru, musí být schopen posoudit zdravotní stav občana objektivně ve všech souvislostech. Spolupracuje s odborníky všech medicínských oborů, aby nepochybil v medicínské složce, především v diagnostice rozsahu a tíže funkční poruchy, v posouzení dynamiky vývoje zdravotního postižení a v lékařské posudkové úvaze. Na základě jejich zpráv, které jsou mu podkladem, vypracovává posudek. Jeho kvalifikace a systematický postup je spolehlivým podkladem pro posouzení aktuální zdravotní situace občana. Je odpovědný za to, aby posudkem, na jehož podkladě se rozhoduje o poskytování dávek a služeb sociálního zabezpečení, nezpůsobil ekonomickou nebo jinou újmu jak posuzovanému, tak plátcům dávky či správnímu orgánu (Arnoldová, 2012, s. 66).

Souhlasíme s tím, že je velmi důležitým článkem v procesu posuzování zdravotního stavu. Těchto odborníků je však málo a zdá se, že za příčinu tohoto stavu můžeme považovat malou prestiž a atraktivitu tohoto oboru.

2.1 Atraktivita – neatraktivita oboru

Prestiž a atraktivita samotného oboru posudkové lékařství má hlubší sociálně psychologické pozadí. Souvisí to také i s organizací LPS a platovým odměňováním posudkových lékařů. Z hlediska vývoje lékařské posudkové služby (do doby jeho vzniku v r. 1972) tato činnost byla společensky považována za neatraktivní, ovšem z hlediska sociálního zabezpečení nezbytnou a velmi významnou. Snahou neatraktivitu kompenzovat (ve vztahu k jiným lékařským oborům) bylo zlepšení platů a užší kontakt s klinickou praxí. V důsledku toho do r. 1990 nebyl nedostatek posudkových lékařů. Od začátku 90. let se posudková služba odpolitizovala, stala se výlučně lékařským oborem a nastaly rozdíly v platovém ohodnocení posudkových lékařů. Na tyto změny však nebylo dostatečně reagováno a proto je tento obor v současné době značně neatraktivní. Projevuje se to v řadě faktorů, což spočívá v nepropojení s ostatními lékařskými obory, malá publikační aktivita a specifickým postavením lékaře, který v tu danou chvíli nejedná s pacientem, ale

s účastníkem řízení, to vše musí posudkový lékař akceptovat. V neposlední míře také neuropsychická zátěž, kdy jedná s klientem, který požaduje dávku nebo službu ze sociálního zabezpečení. A jde také o nepříliš dobré pozitivní mediální vnímání LPS (MPSV, 2006, s. 27 - 28).

V současné době se objevuje větší medializace jednotlivých případů. Je možno konstatovat, že tato skutečnost lékaře nemotivuje pracovat v tomto oboru a obor jako takový spíše poškozují.

2.2 Charakteristika a odbornost lékaře LPS

Předpokladem k samostatnému výkonu práce posudkového lékaře je specializovaná způsobilost v oboru posudkové lékařství. Specializovaná způsobilost se získává úspěšným ukončením atestační zkouškou, kdy specializační vzdělávání je minimálně šestileté. Posudkové lékařství je samostatný lékařský obor stanovený zákonem č. 95/2004 Sb., který vychází ze znalosti všech medicínských oborů, a to od nejútlejšího věku až po vysoké stáří a z příslušných právních předpisů, zabývajícími se požadavky a dopady pracovní - výdělečné činnosti na člověka, požadavky sociologickými, interpretujícími sociální, právní a ekonomické aspekty situace člověka s poruchou zdraví. Pro tento obor je specifické prolínání medicínských medicínských znalostí se znalostmi právními (MPSV, 2006, s. 11 - 12).

Popsali jsme lékaře, vysvětlili jsme, že musí být opravdu odborníkem nejen ve svém oboru, ale musí znát i důležité souvislosti, které potřebuje k výkonu svého povolání. Dále se budeme zabývat otázkou, jak lékaře LPS vnímá veřejnost.

2.3 Veřejnost versus lékař LPS

U velké většiny široké veřejnosti převládá názor, že u posudkové služby pracuje jen pár vyvolených úředníků, kteří lhostejně hodnotí žadatele „od stolu“ a s libovůlí rozhodují o přiznání/nepřiznání dávky nebo důchodu. Také u většiny lidí přetrvává názor, že posudkový lékař není erudovaný, že této profesi až tak moc nerozumí. Myslí si, že jsou to většinou nějakí lékaři, kteří neuspěli v jiném oboru a nebo jsou to staří lékaři, kteří jsou rádi za přivýdělek. Někteří si také myslí, že mají stanovené kóty, kolik důchodů přiznají a kolik ne a že jsou nějakým způsobem zvýhodňováni za to, když dávku

nepřiznají. V některých dokonce přetrvává domněnka, že musí lékaři něco zaplatit, aby dávku či důchod dostali. Nemají velkou vážnost v očích veřejnosti. Můžeme říct, že lékař LPS není veřejnosti dobře vnímán, možná proto, že je to ten, který je v první linii a rozhoduje o jejich dalším životě. Jsou to však odborníci, kteří musí mít medicínské, sociální, psychologické a právní znalosti. Je pravidelně proškolen v těchto oblastech. Také se musí řídit etickým kodexem a uplatňovat asertivní přístup v kontaktu s klienty, tzv. proklientský přístup, i když on sám je mnohdy ohrožen a vystaven stresovým situacím.

2.3.1 Asertivní přístup při jednání s klientem

Největším lékařským uměním, abychom nemocného důkladně poznali, je klást správné otázky, říká Steiner (1999, s. 98).

Pro lékaře, kteří jsou nejlepší specialisté ve svém oboru, je holistický přístup ke klientům velmi důležitý. Setkávají se ve své profesi s klienty, kteří řeší životní krize a problémové situace. (Matoušek, 2003, s. 51)

Lékaři uplatňují při jednání vždy základní principy etiky a empatie. S klientem je pro vytvoření dobrého vztahu důležité zásadně zvládnout umění rozhovoru, domluvit se s ním, pochopit, co potřebuje, zjistit nakolik je schopen důvěřovat a spolupracovat. (Matoušek, 2003, s. 75 a s.79)

Náročnou prací se dá považovat práce s klienty velmi vážně postiženými (vrozený velký deficit rozumových schopností, demencí nebo s kombinovaným postižením), nebo s těmi, kteří jsou vzdáleni ve svém chování sociální normě (psychicky nemocní, devianti) v neposlední míře jsou to klienti se sklonem k agresivitě, neustále kritizují nebo mají úmysl zneužívat sociální služby (Matoušek, 2003, s. 55).

Za agresivním chováním se většinou skrývá pocit strachu, bez-moci, hněvu, ohrožení, ponížení, křivda, nespravedlivost, chová v sobě pocity zranění a slabosti. Snaží se tyto pocity svou agresí překonat. Agresivního klienta na první pohled většinou nejde poznat (Michalík a kol., 2008, s.94).

Agrese klientů se projevuje v různých situacích, objevuje se i u jednání posudkové komise.

2.3.2 Agresivita ze strany klientů vůči posudkovým lékařům

Agresivita proti posudkovým lékařům přibývá. Jsou brutálně napadáni, protože neposoudí stupeň invalidity podle očekávání postižených. Vyhrocené situace, kdy nezůstává jen u ostrých slov je alarmující. Slovní agresivita přerůstá ve fyzické útoky na posudkové lékaře, když hodnocení zdravotního stavu je pro občana určitým očekáváním a poté je v rozporu s posouzením. Při posuzování klientů bývá využita i přítomnost policie. Vysvětlení, že posouzení je dle platné vyhlášky a pokud s tím občan nesouhlasí, může podat opravný prostředek nebo novou žádost, není pro ně řešením jejich situace.

V České republice působí 500 posudkových lékařů, vydají ročně kolem 400 tisíc nejruznějších posudků, nejen těch, které se týkají invalidů. Ročně na ně přijde osm tisíc stížností.

Na základě vyhlášky platné od roku 2010 posudkoví lékaři převádějí tisíce invalidů z třetího stupně do nižších tříd a tím je připraví o finanční prostředky a na základě toho vznikají tyto konflikty. Dostávají se tak do tíživé situace a musejí jít na úřad práce. Zdravotně a i sociálně postižení lidé, kteří jsou desítky let bez praxe v zaměstnání, se sice proti změně mohou odvolat, jenže to je pro ně zdlouhavé a spojené s administrativou. Seškrtnutí důchodu na ně dopadne ihned (Ginter, 2014).

Posudkoví lékaři jsou eticky vázáni, aby ke klientům přistupovali citlivě. Musejí zvládat konfliktní klienty, kdy jim musejí vysvětlovat reálné možnosti, které mají. Situace to bývají mnohdy velmi obtížné.

Konflikt mezi dvěma nebo více lidmi je do určité míry i konfliktem interpersonálním a týká se těch osob, které se ho účastní. Jestliže účastníky konfliktu osobně zasahuje a skutečně se jich dotýká, musí nutně mít v sobě i určitou subjektivní intrapsychickou projekci. Tímto mají mezilidské konflikty vždy osobní tíhu (Křivohlavý, 1973, s.40).

Dle sdělení vrchního ředitele LPS MUDr. Kaplana „*k našemu občanovi je stát poměrně štědrý, občan si toho je vědom, a tak mnohdy bez znalosti toho, na co může a nemůže mít nárok, od státu požaduje dávky.*“ (Janoušková, 2014).

Profesionální pracovníci v sociální práci jsou v nepřetržitém kontaktu se skupinami lidí, kteří jsou psychicky nevyrovnaní, v potřebách jsou akcentováni s představou o přiměřené pomoci, která není vždy realistická. Ze strany pracovníka, který je dlouhodobě v kontaktu s handicapovanými lidmi u něj jeho práce vyžaduje vysokou míru nezdolnosti a schopnost

průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovním stresem. V organizaci by měly být zajištěny podmínky, které minimalizují popsany specifický stres a předejít tak syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření lze definovat jako změnu v chování pracovníka (Matoušek a kol., 2003, s. 55 – 56) a tedy jde o soubor typických příznaků v důsledku nezvládnutého pracovního stresu, pracovníkem, který je buď profesionálem, nebo dobrovolníkem. Po určité době má každý pracovník jeho projevy.

Dle Křivohlavého (2001,s.113) syndrom vyhoření *„obrazně vyjadřuje situaci, kdy v kamnech dohoří poslední poleno a poslední jiskry zhasnou.“*

Posudkový lékař toho není výjimkou, je denodenně v kontaktu s klienty, kdy nikdy neví jak budou tato jednání vyvíjet a probíhat. Na základě dostupné dokumentace však může předpokládat konfliktního klienta a podle toho se snažit situaci u posudkového jednání zvládnout. Posudkové jednání se pokusíme blíže popsat.

2.4 Posudková jednání

Posudková jednání probíhají po přípravné fázi, kdy je na základě žádosti vyzván jak posuzovaný klient, tak jeho ošetřující lékař k doložení veškeré aktuální lékařské dokumentace a dalších skutečností, které mají vliv na posouzení zdravotního stavu klienta. V této přípravné fázi je to spíše administrativní záležitost, kterou vykonávají referentky (dříve tajemnice) lékařské posudkové služby. Po zpracování a doložení kompletní dokumentace probíhá posudkové jednání buď v přítomnosti či nepřítomnosti klienta. Invalidní řízení je ve většině případů projednáváno za přítomnosti klienta, ostatní žádosti spíše nepojistného systému jsou převážně posuzovány v nepřítomnosti, v mimořádných případech může lékař vyhovět a klienta si také pozvat, nebo jej může posudkový lékař navštívit v domácím prostředí. Jednání v přítomnosti má své nesporné klady, kdy se klient může vyjádřit ke svému zdravotnímu stavu a není to takzvané řízení o něm, bez něj. Ovšem v nepojistném systému toto není reálné vzhledem k vysokému počtu těchto žádostí a malému počtu posudkových lékařů.

Stále se vedou diskuze nad tím, zda je osobní kontakt lékaře posuzujícího zdravotní stav klienta potřebný. Otázkou je celková prestiž LPS v očích veřejnosti. Jsou důležité aspekty, které musí posudkový lékař dodržovat, pohybuje se v právní, medicínské a ekonomické oblasti. Je na něj kladena neuropsychická zátěž a také je důsledně veden etikou. Volba

vhodného postupu není jednoduchá záležitost. V konkrétních případech musí lékař zvažovat, zda posuzovanému vyhovět a pozvat jej, či posoudit v nepřítomnosti ze spisové dokumentace, která je kompletní. V praxi však je otázkou, v kterých případech se vhodně rozhodne. Někteří klienti si stěžují, že je posudkový lékař ani neviděl a někteří zase na to, že jsou neúměrně zatěžováni, když jsou k jednání přizváni. Není stanovena jednoznačná povinnost účastníka řízení k jednání LPS zvat, pokud klient není přizván, není tento postup v rozporu s platnou legislativou. Naproti tomu soudy doporučují osobní kontakt orgánu LPS s posuzovaným účastníkem, jelikož to zvyšuje přesvědčivost posudku (Langer, 2012, s. 36).

Jednání probíhá v posudkových místnostech zřízených na OSSZ k tomu určených, kdy zasedá lékař a referentka- zapisovatelka. Vybavení odpovídá standartu pro vyšetřování klienta. K jednání je lékař již obeznámen s dokumentací a v podstatě má připraven posudkový závěr, který u jednání posuzovanému sdělí, poučí ho o případném dalším postupu a předá mu vypracovaný posudek. Je také možné, že celý posudek změní na základě nových skutečností, které klient u jednání doloží, popřípadě si ještě může posudkový lékař jednání odročit a vyžádat další odborná vyšetření k doplnění posouzení.

2.4.1 Posudek

Posudek a jeho náležitosti jsou dané právní úpravou. LPS ČSSZ v rámci „proklientského“ přístupu vypracovává „Posudek pro klienta“, který je vygenerován v programu POSUDKY, s nímž LPS ČSSZ pracuje. Klient jej převezme při jednání nebo mu je zaslán domů. Posudek o invaliditě a jejím stupni může klientovi sloužit k předběžné informaci na úřadu práce, než je mu vydáno rozhodnutí o invaliditě (Ramianová, 2010).

Posudek nemá právní povahu správních rozhodnutí, nemá právní návaznost, nezakládá, neruší ani nemění práva a povinnosti fyzických a právnických osob. Obsahuje výrok, zda je či není splněna zdravotní podmínka pro určený okruh sociálních dávek nebo pro jiné důsledky v sociální zabezpečení. Je vydáván orgány posudkové služby sociálního zabezpečení v rámci jejich kompetence stanovené zákonem a tvoří tak předepsaný podklad pro rozhodovací činnost ve správním řízení, popř. v soudním řízení. Není samostatným opravným prostředkem a nelze ho tedy napadnout. Lze podat opravný prostředek až proti rozhodnutí, které je na jeho podkladě vydáno.

Posudkový orgán při jeho vypracovávání musí vycházet z odborných lékařských zpráv a posudků odborných lékařů o zdravotním stavu občanů a také přihlídnout k výsledku vlastního vyšetření. Posuzovaného občana, pokud je přítomen u jednání, seznámí s výsledkem posouzení a je poučen o možnostech dalšího postupu, pokud není přítomen zašle klientovi do 7 dnů stejnopis posudku. V posudku je vždy uvedeno, zda zdravotní stav osob odůvodňuje poskytnutí dávky důchodového pojištění anebo dávky či služby sociální péče (Arnoldová, 2013, s. 23).

Posudek je komplexní souhrn informací o zdravotním stavu klienta, jeho součástí je vypsaná dokumentace, z které při posuzování zdravotního stavu lékař vycházel, dále obsahuje diagnostický souhrn, tento je sestaven v pořadí dle závažnosti chorob. Dále je jeho součástí posudkové zhodnocení, kde se uvádí celkové zhodnocení zdravotního stavu. Nejpodstatnější je část posudkový závěr, kde je v případě posuzování důchodové agendy uvedena položka, oddíl a písmeno, dle které je klient posouzen a jaká je míra poklesu pracovní schopnosti. Ve výsledku posouzení se také uvádí vznik a v případě nepojistných systémů i platnost. Je v něm uvedeno i poučení o odvolání. Každý posudek je opatřen razítkem OSSZ a podpisem lékaře, který posudek vypracoval, popřípadě ještě i druhého lékaře, který jej aproboval.

Posudky se vypracovávají pro pojistné i nepojistné systémy, vždy pro konkrétní orgán, který o posouzení požádal. Po vypracování jsou odeslány či předány v pojistném systému klientovi v nepojistném pouze úřadu, který o něj požádal, kde jsou ve spisové dokumentaci k nahlédnutí klientovi.

3 VYMEZENÍ POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU V SYSTÉMECH SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

I když má posudková služba široké uplatnění v konkrétních právních úpravách této specifické oblasti sociálního zabezpečení, nebývá o něm vědomí vždy na potřebné úrovni. Přitom jeho právní úprava tvoří jeden z nejpestřejších úseků sociálního zabezpečení. Výrazně se v něm spojují prvky právní s prvky medicínskými, sociálními i sociálně ekonomickými. Pojmy jako „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, „stupeň zdravotního postižení“, pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti“ a dalších, které se obtížně definují a vymezují v právních normách a jsou spojena s řadou specifických problémů při praktické lékařské posudkové činnosti. Důvodem komplikovanosti a nedostatečné přehlednosti této oblasti je i značná roztržitost právní úpravy, která je způsobena průřezovým charakterem lékařské posudkové činnosti, kde zachycuje a vymezuje posudková kritéria jak pro důchodové a nemocenské pojištění, tak pro sociální péči nebo státní politiku zaměstnanosti ve vztahu k různým subsystémům sociálního zabezpečení (Langer, 1999, s. 9).

3.1 Posuzování v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení dané legislativou

Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění a pracovní schopnosti občanů v nemocenském pojištění, což jsou hlavní úkoly OSSZ, mohou plnit pouze lékaři lékařské posudkové služby. Také v rámci své pracovní náplně posuzují zdravotní stav osob, na žádost orgánů ministerstev obrany, vnitra a spravedlnosti v rámci jejich důchodového pojištění zda zdravotní stav odůvodňuje poskytnutí dávky důchodového pojištění z jejich resortu (Tröster a kol., 2013, s. 167).

3.1.1 Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění

Posuzování zdravotního stavu pojištěnce pro účely nemocenského pojištění se opírá o zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kdy je zpravidla nejčastěji posuzován zdravotní stav pojištěnce, který pro poruchu zdraví není schopen vykonávat svou dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha více jak 180 kalendářních dnů činnost jinou, nebo není schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání,

kdy vznikla dočasná pracovní neschopnost v ochranné době nebo trvá po skončení dosavadní pojištěné činnosti a není uchazečem o zaměstnání (Tröster a kol., 2013, s. 127).

V nemocenském pojištění se používá pojem „*krátkodobá posudková činnost*“, což je kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti, s tím spojená kontrola vynakládání prostředků na nemocenské pojištění, snaha zabránit jejich zneužívání a úzká spolupráce s ošetřujícími lékaři při hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti dočasně práce neschopných (Arnoldová, 2012, s. 67).

3.1.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění

Posuzování zdravotního stavu pojištěnce pro účely důchodového pojištění se opírá o zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou 359/2009 Sb., o posuzování invalidity.

V České republice má důchodové pojištění tradici již od dob první Československé republiky, od 20. let vešly v platnost předpisy, které do důchodového pojištění zahrnuly prakticky všechny zaměstnance, od roku 1948 již i osoby samostatně výdělečně činné. Mezi základní principy důchodového pojištění založeného zákonem č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění patří účast prakticky všech ekonomicky aktivních osob (Tröster a kol., 2013, s. 165).

Pokud občan není schopen z důvodu zdravotního postižení pracovat jeho ztráta schopnosti soustavné výdělečné činnosti se kompenzuje důchodovým pojištěním (Arnoldová, 2012, s. 66).

S ohledem na aktuální posudková kritéria se od lékařské posudkové služby očekává výraznější zaměření na hodnocení zachovaného pracovního potenciálu, případnou stabilizaci zdravotního stavu, adaptaci na zdravotní, zvláště pourazové postižení a toho zda je posuzovaný schopen rekvalifikace. Pokles pracovní schopnosti se určuje doloženými výsledky funkčních vyšetření. Bere se v úvahu, zda má posuzovaný trvalé zdravotní postižení ovlivňující pracovní schopnost, či stabilizovaný zdravotní stav. Stabilizovaný zdravotní stav je takový stav, který se ustálil na takové úrovni, kdy se jeho zdravotní stav nebude dále zhoršovat a umožňuje mu vykonávat výdělečnou činnost. Při určování poklesu pracovní schopnosti se také zohledňuje, jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován. Adaptován je tehdy, když nabyl schopností a dovedností, které mu spolu

se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti. Soubor všech funkčních poruch, které souvisejí s posouzením poklesu pracovní schopnosti je zdravotní postižení (Tröster a kol., 2013, s. 165).

Pojištěnec se stává invalidním, pokud jeho pracovní schopnost poklesla z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejméně o 35%. Stupeň a výše invalidního důchodu závisí na zjištěné míře poklesu pracovní schopnosti (Tröster a kol., 2013, s. 164).

3.1.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných dávek pro osoby se zdravotním postižením

Posuzování pro oblast sociální péče, kde se hodnotí zejména omezené pohybové nebo orientační schopnosti občana, a proto se přiznávají průkazy TP, ZTP, ZTP/P, což je kompenzace zdravotního postižení.

Posuzování pro oblast sociálních služeb se hodnotí schopnost/neschopnost péče o vlastní osobu a v soběstačnosti, tedy zvládání základních životních potřeb.

V tomto případě se jedná především o příspěvek na péči, kdy se ustálil ve formě „koncepte na hlavu“. Hodnotí se u něj míra závislosti, která se určuje počtem základních životních potřeb, které osoba není schopna samostatně zvládat z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Podkladem k posouzení je lékařské vyšetření od ošetřujícího lékaře a sociální šetření, které provádí krajská pobočka Úřadu práce. Z těchto podkladů při posuzování stupně závislosti dané osoby vychází posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení (Tröster a kol., 2013, s. 215 - 216).

Ve snaze šetřit klienta systému sociální pomoci se dle zákona č. 329/2011 Sb. dříve také posuzovala mobilita. Vycházelo se z posudku vystaveného pro účely příspěvku na péči dané osoby, kdy již zdravotní stav nebylo třeba znova posuzovat (Tröster a kol., 2013, s. 223).

Toto posuzování mobility z příspěvku na péči je v současné době považováno za chybný krok a vracíme se opět k původnímu posuzování pro účely průkazu OZP, které v podstatě oprášilo posuzování pro účely dříve mimořádných výhod.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je souhrnná dávka, pro osoby s těžkou vadou nosného či pohybového ústrojí, s těžkým zrakovým nebo sluchovým postižením, kdy pro jejich

přiznání jsou vymezeny některé kontraindikace týkajících se duševních poruch, poruch jim podobných, hluchonělosti a alergií jež neumožňují pomůcku používat (Tröster a kol., 2013, s. 223).

Pro každou oblast se posuzuje zdravotní stav občana zvlášť (podle zvláštních právních předpisů), pro jiné podmínky, přičemž při splnění podmínky např. v důchodovém pojištění pro přiznání invalidity nevzniká automaticky nárok na přiznání příspěvku na péči nebo na dávky pro zdravotně postižené.

Právě „dlouhodobá posudková činnost“ se zabývá těmito dvěma oblastmi, kdy hlavní posudková činnost spočívá v posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a v jeho důsledcích právně významných v sociálním zabezpečení (Arnoldová, 2013, s. 67).

3.1.4 Sociální šetření – spolupráce posudkového lékaře se sociálním pracovníkem

Sociální šetření slouží k posouzení stupně závislosti a je důležitým podkladem k posouzení stupně závislosti. Provádí se v přirozeném prostředí žadatele, kdy jej navštíví sociální pracovník. Sociální pracovník připravuje záznam z návštěvy, kde popíše úkony, které žadatel nezvládá a toto je poté předáno k posouzení posudkovým lékařem, ten ještě v souladu s úplnou a nepochybnou lékařskou dokumentací posoudí zdravotní stav žadatele k jeho žádosti. Pokud má pochyby, může kontaktovat sociálního pracovníka, popřípadě sám navštívit žadatele a přešetřit si jej. Na základě těchto skutečností sdělí příslušné Krajské pobočce Úřadu práce výsledek posouzení. Veřejnost stále nemá zájem o objektivní a vyvážené informace týkajícího se zákonného ustanovení o posuzování zdravotního stavu, kdy jde o úkony, které se pravidelně opakují, jsou nepostradatelné a dopad zdravotního postižení na schopnost zvládat základní životní potřeby je rozhodující. Úkolem zjistit, proč si není klient schopen vyprat, uvařit, brát léky a podobně a to v souvislosti se sociálním šetřením je prací pro posudkového lékaře (Arnoldová, 2013, s. 24).

3.2 Základní právní předpisy vztahující se k lékařské posudkové službě

Lékařská posudková služba jako výkonný orgán ČSSZ se řídí platnou legislativou vymezenou uvedenými zákony: zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů,

ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů a dále také vyhláškami: vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity) a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

3.2.1 Právní úprava dotýkající se posudkové služby

V roce 2006 byl přijat systém sociální pomoci a v roce 2011 byl doplněn o dávky pro osoby se zdravotním postižením. Tím byla završena určitým způsobem sociální reforma v ČR, kdy byla oprostěna právní úprava sociálního zabezpečení od reziduí z doby před rokem 1989.

Jelikož však byla finalizována pod velkým časovým tlakem, utrpěla stávající právní úprava poněkud na legislativní kvalitě, což mohlo způsobit některé možné nedostatky. Dotklo se to i zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Tento zákon byl vyhlášen ve Sbírce zákonů dne 14. 11. 2011 a nabyl účinnost dne 1. 1. 2012, což byl opravdu rekordně krátký čas. Zásadně byl tím změněn systém těchto příspěvků (Tröster, 2013, s. 224).

3.2.2 Opravná řízení, správní a soudní přezkum

Od roku 2010 byl pro důchodové řízení uznávání invalidit pro potřeby ČSSZ zřízen institut námitkového řízení. Proti vydanému rozhodnutí lze podat od 1. 1. 2010 písemnou námitku do 30 dnů jako řádný opravný prostředek. Ještě před soudním přezkumem ke krajskému soudu vznikla takto ještě možnost revize rozhodnutí ČSSZ (Ramianová, 2010).

Přezkumné řízení pro účely soudního řízení ve věcech důchodového pojištění, probíhajícího v rámci správního soudnictví, posuzuje MPSV svými posudkovými komisemi. Tyto jsou oprávněny k celkovému posouzení zdravotního stavu a pracovního potenciálu občana. Vyjadřují se i k posudkovým závěrům o invaliditě a jejím stupni, i přestože jsou tyto kategoriemi právními. Konečný právní závěr o nich patří

v přezkumném řízení do pravomoci soudu. MPSV a jeho posudku o invaliditě v přezkumném řízení je považován za předepsaný důkaz, který nelze opomenout. V důsledku hodnocení důkazů důkazní síla není spojena s tímto posudkem (Tröster a kol., 2013, s. 168).

V teoretické části je blíže specifikováno fungování, činnost, historie a organizace lékařské posudkové služby v rámci sociálního zabezpečení. Byla popsána v různých časových etapách, jak se tato služba vyvíjela, s čím se musela jak v historii, tak musí v současnosti potýkat, jak zvládala změny dané legislativou a proč je tento obor neatraktivní. Byla přiblížena osobnost posudkového lékaře, kdo je to, jaké má kompetence, jeho odbornost a s jakými obtížemi se ve své profesi setkává. Stručně byl popsán proces samotného posuzování, posudkové jednání a jeho hlavní produkt odborné stanovisko (posudek), který slouží jako podklad pro rozhodnutí příslušného úřadu. Zajímalo nás vymezení posuzování v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení, které se týkalo nemocenského pojištění, důchodového pojištění a posuzování nepojistného systému. V neposlední míře byla stručně popsána legislativa, kterou se musí lékařská posudková služba řídit.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce bude použita kvalitativní metoda výzkumu formou hloubkového polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup), zatímco účelem standardizovaného (polo)strukturovaného rozhovoru je položit všem respondentům několik identických otázek ve stejném pořadí (kvantitativní přístup, uvádějí Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13).

V práci je zkoumáno mínění a postoj lékařů posudkové služby ke změnám v posuzování k jednotlivým pojistným a nepojistným systémům a tím vzniklé pracovní a administrativní zátěži.

Metoda strukturovaného rozhovoru byla zvolena z důvodu toho, abychom porozuměli problému, který zatím příliš neznáme. Tato metoda umožňuje pochopit problém a zabývat se jím více do hloubky. Otázky v rozhovoru měly za úkol zmapovat situaci v organizaci.

V první části řešení jsou shromažďovány informace o problematice a působnosti LPS. Tyto potřebné informace čerpáme z odborné literatury, na internetu a od dotázaných respondentů.

Dále je použito výzkumných otázek, na které budou odpovídat vybraní respondenti.

Ve třetí části jsou zpracována a zanalyzována data získaná výzkumem. Výsledky výzkumu následně zpracujeme přehledně ve čtvrté části a na základě výsledků se pokusíme navrhnout konkrétní doporučení.

V práci je zkoumáno mínění a postoj lékařů posudkové služby ke změnám v posuzování k jednotlivým pojistným a nepojistným systémům a tím vzniklé pracovní a administrativní zátěži.

4.1 Vymezení výzkumného problému

Z pohledu lékařské posudkové služby zkoumat změny v posuzování zdravotního stavu. Posudkový lékař je ten, který tyto změny uplatňuje ve své praxi a tím významně ovlivňuje životy druhých. Hlavním úkolem bude tedy nastínit, jaký oni jako respondenti mají názor na změny v posuzování, jak je hodnotí a zda byly tyto změny přínosem. Co je

nejrazantnější změnou, v čem a kde spatřují největší rozdíly. Zda je posuzování efektivnější a pomáhá zdravotně postiženým občanům při stanovení poklesu pracovní schopnosti k lepšímu postavení na trhu práce. Zda došlo k poklesu či nárůstu zatížení lékařské posudkové služby v rámci přeposuzování zdravotního stavu z dvou na třístupňové invalidity a také při změnách v posuzování nepojistného systému.

Tímto výzkumem bychom rádi využili poznatky z dostupné odborné literatury a z odpovědí respondentů. Na základě těchto získaných informací bychom rádi zjistili hlubší poznatky z této oblasti a doporučení, jak by se mohla situace v lékařské posudkové službě budoucnu zlepšit.

4.2 Výzkumné cíle

Zjistit zda nový systém posuzování pojistného či nepojistného systému je efektivnější, spravedlivější, přesnější. Je-li současný systém, tak jak je nastaven vyhovující, nebo je třeba dalších zákonných úprav ve vztahu k posuzovanému, k jeho postižení a jeho schopnosti adaptovat se v pracovním začlenění. Zda nová úprava odlehčila zatížení lékařské posudkové služby a zda a jak je ještě možno vylepšit současný stav. Cíl práce je personální, jelikož sama autorka pracuje v tomto oboru. Je účastna těchto změn, proto je pro ni osobně významné dané téma prozkoumat.

4.3 Vymezení výzkumných otázek

Hlavním výzkumným cílem *bylo prozkoumat, jak hodnotí současný nastavený systém posuzování a efektivitu lékařské posudkové služby respondenti (lékaři) OSSZ v Šumperku*. Na základě toho byly vytvořeny jednotlivé výzkumné otázky. Konkrétními otázkami byly zjišťovány u respondentů jejich názory a ty byly podkladem pro odpověď na následující výzkumné otázky.

Výzkumné otázky:

1. Jaký je názor lékařů posudkové služby na legislativní změny a nový způsob posuzování zdravotního stavu v pojistném i nepojistném systému?
2. Jaké jsou osobní pocity lékaře pracujícího v resortu sociálního zabezpečení a co jej motivuje, aby zde pracoval?

3. Je dle lékařů LPS patrný nárůst agresivity s odlišným způsobem posuzování?
4. Jak hodnotí celkově současnou situaci v poskytování dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem?

5 POSTUP ŘEŠENÍ

Cílem této kapitoly je vysvětlit, jak bude realizován výzkum za účelem získání dat, která jsou nutná pro vytvoření této bakalářské práce. Kvalitativní výzkum je typem výzkumu, který stejně jako jiné výzkumy sestává z několika fází.

Nejprve byly stanoveny cíle výzkumu (viz předchozí kapitola). Následně byl vytvořen konceptuální rámec výzkumu. Dále byly definovány výzkumné otázky (viz předchozí kapitola). Následně bylo rozhodnuto o metodách použitých ve výzkumu (metoda sběru dat -polostrukturovaný rozhovor, metody analýzy dat viz dále v této kapitole). Další fáze spočívá v zajištění kontroly kvality výzkumu, která byla realizována ve formě kontroly dotazníků, výzkumného souboru (aby se skutečně jednalo jen o posudkové lékaře OSSZ) apod. Následně byl realizován samotný sběr dat, který byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů vedených s posudkovými lékaři OSSZ. Tato rozhovory byly částečně zapisovány a především nahrávány diktafonem a po skončení rozhovoru docházelo pak k přepisu rozhovorů, čímž je možné je vložit do příloh této práce (jedná se o přílohy č. II-V). Po této fázi byla provedena analýza a interpretace dat zjištěných v rámci rozhovorů. Metody analýzy dat jsou definovány níže. Po analýze dat byly formulovány závěry, které jsou součástí diskuse (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 54).

5.1 Výzkumný soubor a způsob jeho řešení

Výzkumným souborem tohoto výzkumu jsou lékaři posudkové služby v Šumperku. Jsou zkoumány jejich názory a reakce na pokládané otázky. Na základě pracovních zkušeností autorky a díky dlouhodobému kolegiálnímu kontaktu s uvedenými respondenty, je očekávaná větší otevřenost respondentů. Hlavní důraz kladen na etický přístup a na zabezpečení citlivých údajů respondentů. Způsob výběru byl omezen na celkový počet čtyř respondentů, jelikož v současné době jich více na vybrané OSSZ nepracuje.

Pokud se zaměříme na specializaci posudkových lékařů v rámci medicíny, jednalo se o lékaře, který měl tři atestace z oborů 3 atestace interna, sociální lékařství a posudkové lékařství, dále o lékaře, který měl dvě atestace z oborů pediatrie, obezitologie a posudkové lékařství, další lékař měl pak tři atestace a to z oborů pediatrie, praktické lékařství a interna a poslední lékař měl dvě atestace a to z oborů ORL a posudkové lékařství. Až

na jednu výjimku měli tedy všichni lékaři z výzkumného souboru atestaci v oboru posudkové lékařství, přičemž všichni tito lékaři měli vedle posudkového lékařství i jinou atestaci. Pro větší přehlednost byli čtyři lékaři označeni jako MUDr 1- MUDr 4.

Přehledně je charakteristika výzkumného souboru zanesena do tabulky č. 2.

Tabulka č. 2: Výzkumný soubor

Respondenti	Zaměstnání	Atestace
MUDr 1	Lékař dlouhodobě pracující v LPS	3 atestace (obor interna, sociální lékařství, posudkové lékařství)
MUDr 2	Lékařka LPS	2 atestace (pediatrie, obezitologie, posudkové lékařství)
MUDr 3	Lékař pracující již 5 rokem v polovičním úvazku na LPS. Současně pracuje jako praktický lékař ve svých dvou ordinacích.	3 atestace (pediatrie, praktické lékařství, interna)
MUDr 4	Lékař dlouhodobě pracující v LPS, dříve pracoval ve vedoucí funkci, ale kvůli svému zdravotnímu stavu nyní pracuje pouze v nižším úvazku, při kterém pobírá invalidní důchod II. stupně.	2 atestace (ORL, posudkové lékařství)

Zdroj: Vlastní zpracování

5.2 Technika sběru dat

Výzkumná data získáme pomocí hloubkového rozhovoru. Použita je kvalitativní metoda, forma polostrukturovaného rozhovoru, který probíhá na OSSZ Šumperk, na oddělení

lékařské posudkové služby. Rozhovory jsou částečně zapisovány hned při komunikaci z důvodu nesouhlasu s nahrávkou i přes ujištění, že hned po přepsání jsou vymazány. Ostatní jsou nahrávány na diktafon, poté následně přepsány přesné transkripce jejich znění.

Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen jako nejvhodnější metoda především z hlediska jeho pružnosti. Byla totiž předpřipravena osnova, podle které se postupovalo. Polostrukturovaný rozhovor však dává možnost přesně si vymezit téma, ale ponechává dostatečnou volnost respondentovi v jeho vlastním vyjadřování a cítění, celý proces získávání informací je tak mnohem pružnější než u přesně definovaných vyznačených otázek (Hendl, 2005, s. 164). Tento typ rozhovoru také umožňuje dle potřeby položit doplňující otázky a zjistit také více informací či proniknout do problému hlouběji dle aktuální situace a potřeby.

5.3 Metody analýzy dat

Proces analýzy dat probíhá následovně, podle Miovského (2014):

- a) Třídění zdrojů dat (výstupy z Rapid Assessmentu).
- b) Práce s kazuistikami.
- c) Otevřené kódování.
- d) Identifikace významových jednotek.
- e) Určení kategorií a subkategorií a jejich dimenzí.
- f) Konceptualizace údajů:
 - přepis a práce s přepisem,
 - identifikace významové jednotky,
 - kontrola.
- g) Kontrola identifikace významových jednotek (VJ).
- i) Identifikace příčinných a intervenujících podmínek a kontextu.
- j) Uvádění kategorií do vztahů.
- k) Zapracování výsledků analýzy do celkového schématu sítě identifikovaných významných faktorů a vztahů mezi nimi (Miovský, 2014, s. 226 - 227).

Otázky tedy vyhodnotíme technikou otevřeného kódování v rámci zakotvené teorie, kdy přepsané transkripce rozhovorů analyzujeme pod kódy a ty přehledně rozpracujeme do tabulek. Za účelem zpracování výsledků byl využit program MS Word 2011, ve kterém byly tvořeny tabulky.

Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány a složeny novým způsobem, píše Švaříček a Šedřová (2007, s. 211).

Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí pečlivého studia údajů...během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, uvádějí Strauss a Corbinová (1999, s. 43). Během výzkumu se nám může vyskytnout velké množství pojmů. Tyto pojmy je třeba seskupit, podobné s podobnými...proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu, nazýváme kategorizace, doplňují Strauss a Corbinová (1999, s. 45).

Účelem kvalitativní analýzy není přinést představu o rozložení jevu v populaci, nýbrž přesvědčivou evidenci o tom, že daný jev existuje a je určitým způsobem strukturován, upřesňují Švaříček a Šedřová (2007, s. 210).

Každý rozhovor byl kódován zvlášť a následně byly na základě jednotlivých rozhovorů vytvářeny jednotlivé kategorie. U kategorií byly následně určovány vlastnosti.

5.4 Vlastní postup

Kódování bylo realizováno tak, že jednotlivé rozhovory byly přepsány, byly do nich doplněny informace např. o smíchu, povzdechu, zaváhání respondenta a následně byly vytištěny a následně kódovány metodou tužky v ruce. V rozhovorech tak bylo podtrháváno či škrtnáno, zvýrazňováno apod., a jinak byly vyznačovány jednotlivé kategorie dat v každém rozhovoru samostatně. Takto byly vytvořeny kategorie, které navazovaly na výzkumné otázky této práce a byly následně také dále analyzovány.

6 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

V této části práce jsou analyzovány výsledky, které vznikly na základě kódování ve vztahu ke kategoriím, které byly určeny na základě cílů výzkumu a výzkumných otázek.

V rámci vyhodnocení je provedena analýza jednotlivých výše konstruovaných kategorií. Jako technika byla zvolena technika „vyložení karet“. Technika spočívá v tom, že výzkumník *kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií*, sdělují Švaříček a Šedřová (2007, s. 226).

6.1 Oblasti kategorizace

Kategorie pak byly vytvořeny v návaznosti na cíle praktické části a na výzkumné otázky, kdy bylo vytvořeno celkem pět kategorií dat, které jsou následující:

- Názor na nový systém a situaci v posuzování (kategorie aktuální situace).
- Názor na nový způsob posuzování (kategorie třístupňová invalidita, OZZ).
- Osobní pocity a motivace k práci (kategorie motivace k práci, plány dále pracovat u LPS, pracovní podmínky, syndrom vyhoření)
- Agresivita (kategorie agresivita posuzovaných)
- Celková současná situace v poskytování dávek (kategorie celková situace v poskytování dávek)

6.2 Kategorie: „Aktuální situace“

První kategorie, která byla v rámci procesu kódování vytvořena, zjišťovala jaké jsou názory lékařů LPS na nový systém, který byl zaveden od roku 2010 a novou legislativu, jejímž prostřednictvím byl tento systém zaveden.

Tato kategorie byla analyzována zejména prostřednictvím otázky č. 2. Jednalo se o otázku:

2. Jak hodnotíte aktuální situaci?

Každý z lékařů k této otázce poskytl své vyjádření, které autorka uvádí níže:

MUDr 1: „**Hodnotím ji špatně. Se současnou situací nejsem spokojen a to si myslím, že schází jednotící koncepce celého oboru,** což se projevuje neustálými změnami v posuzování jednotlivých kategorií, neustálé změny v podstatě řeší aktuálně vzniklé problémy a nemají dlouhodobý efekt, jsem pamětník starých časů, kdy celé roky bylo posuzování podstatně vedeno stále dobře fungujícím způsobem (průkazky, invalidity a bezmocnosti). Současný stav pokládám za málo motivující, vím, že můžu kdykoliv skončit, nesystémové vedení, když posuzuji něco, po dvou měsících je to jinak.“

MUDr 2: „**Situace je neutěšená, bojuje se s nedostatkem kvalitních lékařů, také častá změna předpisů, metodik,** musíme vše znát, aby nebyl poškozen klient.“

MUDr 3: „**Aktuální situace na pracovišti je docela dobrá, ale aktuální situace celé LPS je strašná,** nechápu proč jak někdo v takovém oddělení jako je LPS může stanovovat nějaké plány a může stanovit nějaký počet posudků, které máme vytvořit za nějaké období, každý posuzovaný klient je úplně jiná a já si taky v ordinaci a to mám dvě si nemůžu rozdělit klienty podle času, že s každým strávím 10 min, s jedním strávím 20min, s jiným 5min s dalším strávím půl hodiny a proto **nechápu jak může někdo stanovit takovou věc jako je normoposudek** a určit mi dobu, kterou mám strávit nad posudkem, nad některým strávím hodinu nad některým 20 minut.“

MUDr 4: „**Tak já myslím, že ta situace dlouhodobě není personálně dobrá,** ehm, ehm, ti posudkoví lékaři chybí docela dost, ty platy jsou teda taky nižší než teda jinde ve zdravotnictví i když já si zase nijak, **nijak neztěžuju,** já myslím, že to zase tak nejhůř placený není, no občas mě někdy vadí změny v tom posuzování, tak jak jsme třeba posuzovali mimořádné výhody, potom se zase na nějakou dobu zrušily, teď to zase jako průkaz OZP to zase obnovili, takže si myslím, že by se mělo více přemýšlet co sedá použít z minulosti a co měnit a co neměnit - **jinak jsem spokojenej.**“

Za účelem přehlednosti byly vybrány nejdůležitější body konverzace, které stručně shrnují odpověď na otázku a seřazeny do následující tabulky č. 3. V tabulce jsou záměrně použity expresivní výrazy, které použili lékaři LPS, jejich projevy nebyly nijak upravovány.

Tabulka č. 3: *Názor na nový systém a situaci v posuzování*

Lékař	Názor
MUDr 1	Hodnotím ji špatně. Se současnou situací nejsem spokojen.
MUDr 2	Situace je neutěšená.
MUDr 3	Aktuální situace celé LPS je strašná.
MUDr 4	Dlouhodobě není personálně dobrá.....jinak jsem spokojenej.

Zdroj: Vlastní zpracování

Shrnutí:

Až na jednoho lékaře, u kterého se však domnívám, že se na otázku odpověděl poněkud jinak (uvedl „jinak jsem spokojenej“) zejména proto, že nehodnotil systém a situaci v posuzování, ale spíše situaci v zaměstnání na LPS (viz citace rozhovoru MUDr 4 výše či celý rozhovor v příloze č. V, na kterou ovšem cílily jiné otázky rozhovoru), byli všichni lékaři se současným systémem a situací nespokojeni, což vyjádřily různými výrazy (hodnotím ji špatně, nejsem spokojen, situace je neutěšená, strašná...). V zásadě lze tedy říci, že lékaři posudkové služby nejsou spokojeni se současným systémem a současnou situací.

Dimenze vlastnosti:

Na tomto místě hodnotíme, zda je lékař spokojen, nespokojen, mezi těmito dvěma vlastnostmi je možné najít určitou neutrální fázi, kdy lékař není ani spokojen, ani nespokojen. Většina lékařů se zařadila do kategorie nespokojených.

Tabulka č. 4: *Spokojenost se systémem*

Spokojenost	Neutrální	Nespokojenost
1	0	3

Zdroj: Vlastní zpracování

6.3 Kategorie „Třístupňová invalidita“

Tato kategorie zahrnuje sdělení respondentů (lékařů) jaký názor mají na současný systém posuzování invalidity ze strany lékařů LPS. Ověřována byla zejména prostřednictvím otázek č. 3 tedy otázky:

3. Jak hodnotíte změny v posuzování invalidity?

Každý z lékařů k této otázce poskytl své vyjádření, které autorka uvádí níže:

Otázka č. 3:

MUDr 1: „*Nové posuzování - poslední se mi zdá v některých oblastech méně funkční, odpovídající tomu postižení než bylo u těch předchozích, (onkologie, pohybové ústrojí, psychiatrie). U onkologických by se mělo zohlednit léčení, lidi mají své obtíže a my jim vnucujeme, když mají skončeno léčení, že mají jít do práce, u psychiatrie – schizofrenik, by neměl být v invalidním důchodu, to tak není, ale my je stejně necháváme, protože není v podstatně umístitelný.*“

MUDr 2: „*V některých dg. si myslím, že došlo k takové úpravě, která jde ruku v ruce s moderními léčbami. Není potřeba invalidizace, dojde ke zlepšení zdravotním stavu, kloubní, náhrady, operace, náhrady, kdy dříve paušálně invalidita na dobu 1 roku, ale přísná vyhláška 359, která nevyhoví klientům, kteří jsou léčeni pro vážná onemocnění: onkologie, roztroušená skleróza, střevní záněty na rozdíl od vyhl. 384.*“

MUDr 3: „*3 stupňová invalidita je lepší, je typ posuzování, protože se dají lépe vlastně ohodnotit a lépe se dají stanovit ty procentní ztráty pracovního potenciálu než tomu bylo u 2 stupňové invalidity, 3 st. inv. souvisí taky to, že došlo k přepracování tabulek s kterými posuzujeme od r. 2010 a v těch tabulkách a to nevím jestli bylo málo připomínek, protože naše připomínky vůbec nebrali v zřetel, protože jsou kapitoly, kdy se jedná o závažné onemocnění jako jsou třeba onkologické stavy, kde si myslím že ty tabulky jsou hrozně přísné a na rozdíl jsou zase v jiných kapitolách docela benevolentní ty rozmezí.*“

MUDr 4: „*Jo takže od toho roku 2010 je to třístupňová invalidita, tak si myslím, že je to lepší, že se to posuzuje takhle dobře, dřív jak to bylo jenom dvoustupňový, byl jenom plnej a částečnej důchod a teďka se mi to myslím posuzuje dobře jak je to rozdělený na ty 3 stupně.*“

Dimenze vlastnosti:

Na tomto místě hodnotíme, zda lékař považuje současný systém za lepší či horší než minulý systém. Většina lékařů považuje současný systém za lepší než minulý, nicméně za nevyhovující v určitých specifických situacích (dlouhodobá onemocnění apod.)

Tabulka č. 5: Současný systém ve srovnání s minulým

Lepší	Stejný	Horší
4	0	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Shrnutí:

V otázce posuzování třístupňové invalidity se převážně lékaři shodli, že je více vyhovující jak systém předešlý (dvojestupňová invalidita). Jen jeden uvedl, že je méně funkční, co se týče závažnějších onemocnění. V zásadě lze tedy říci, že tato změna je považována lékaři na dobrý krok. Žádný lékař jej totiž ve svém vyjádření ke starému systému nepřirovnal tak, aby bylo možné říci, že je stejný a nikdo jej nehodnotil negativně tak, aby bylo možné dimenzi vlastnosti označit za horší. Dle citace rozhovoru, jak uvedl MUDr.3 „*dají se lépe vlastně ohodnotit a lépe se dají stanovit ty procentní ztráty pracovního potenciálu*“. Pokud by však byla dimenze vlastnosti hodnocena ve vztahu k různým onemocněním, bylo by zřejmě možné identifikovat onemocnění, kde by byl systém stejný či horší.

6.4 Kategorie „osoba zdravotně znevýhodněná (dále OZZ)“

Tato kategorie zjišťovala názor lékařů na institut OZZ a možnost jeho zrušení. Byla ověřována otázkou č. 4, tedy otázkou:

4. Myslíte si, že zavedení třístupňové invalidity a zrušení statutu osoby zdravotně znevýhodněné bylo dobrým krokem?

Otázka č. 4:

MUDr 1: „*Myslím si, že je to lepší nemyslím, to ti neřeknu, možná zde byl pokus o zjemnění rozdílu mezi přechody stupňů. OZZ nikdo netušil, jaký to bude mít dopad. Pokud by institut OZZ byl zrušen, muselo by být kritérium jeho výkonnosti, to značí pokud*

jsem nemocná na záda tak můžu vykonávat práci na PC pokud jsem dobrá. Jde o to, že zaměstnavatel získává úlevy. OZZ u těch, kteří hledají práci a ne u těch, kteří ji mají. Otázka: zda je účelné, když zaměstnavatel zaměstnává pracovníka pokud získá nějaké postižení i po trvání pracovního poměru. Měli by zvýhodnění cítit postižení ne zaměstnavatelé, ale postižený. Měl by mít výhodu, pokud přijme nového zaměstnance.“

*MUDr 2: „**Myslím si, že ano, OZZ není potřeba**, může napsat OL co může a nemůže. **3 stupňová invalidita, je dobře rozselektována, málo využitý invalidity 2.stupeň, málo se dává.** OZZ – z toho člověk nemá nic, je to jen podpora na trhu práce. Měli by zohlednit i bez finančního příspěvku státu – nechala bych to tak.“*

*MUDr 3: „**No bylo to určitě dobrých krokem**, protože když někoho posuzuju a vlastně už máme 3stupně invalidity tak nechápu proč bych ještě měl posuzovat další kategorii osoby **OZZ**, myslím si, že všichni kteří vlastně byly posuzovaní ti klienti a měli menší procento snížení prac.potenciálu než odpovídalo I.stupni invalidity by měli automaticky statut osoba OZZ a už by se o to nemělo žádat, mělo by to skočit automaticky.“*

*MUDr 4: „Hmmm...no tak jako **OZZ si myslím, že je zbytečnej institut, že by se to tedy mělo spíš zrušit** a ty jak vidíš, tak nějakou dobu to teda bylo, nejdřív bylo ZPS, pak byla ta OZZ a naopak teď nějakou dobu, je kolik roků to teď není vlastně ta OZZtka? Že by 2009 já už teď nevím..od 2010 jo? Jak s tou invaliditou jak to bylo no , teďka to zase vrátili zpátky a já to celkem nerad posuzuju změněnou pracovní schopnost...není moc čeho se chytit..hmm, většinou to tedy všechno přiznáme snad než na nějaký úplně výjimky i v minulosti na úřadu práce to prostě všechno to přiznávali, bylo dobrým krokem, že se to tenkrát zrušilo.“*

Nejdůležitější závěry byly opět shrnuty do tabulky:

Tabulka č. 6: 3 stupňový ID, zrušení OZZ

Lékař	3. stupňový ID, posuzování	Zrušení OZZ
MUDr 1	Méně funkční	Možná zde byl pokus o zjemnění rozdílu mezi přechody stupňů.
MUDr 2	V některých dg. si myslím, že došlo k takové úpravě, která jde ruku v ruce s moderními léčbami. Nevyhoví klientům, kteří jsou léčeni pro vážná onemocnění	Myslím si, že ano, OZZ není potřeba.
MUDr 3	3 stupňová invalidita je lepší, je typ posuzování, protože se dají lépe vlastně ohodnotit a lépe se dají stanovit ty procentní ztráty pracovního potenciálu.	Bylo to určitě dobrých krokem.
MUDr 4	Lepší, že se to posuzuje takhle dobře.	OZZ si myslím, že je zbytečný institut, že by se to tedy mělo spíš zrušit.

Zdroj: Vlastní zpracování

Shrnutí:

V otázce současného systému mezi lékaři nepanovala shoda, nicméně obecně se shodli, že systém je do určité míry lepší než minulý, nicméně ne ve všech kategoriích, například u dlouhodobě nemocných je naopak horší. Obecně lze tedy říci, že v rámci škály hodnocení, zda je systém dobrý - špatný či v rámci hodnocení zda je lepší - horší než systém předchozí bude výsledek zaznamenán někde uprostřed. Systém je jiný než předchozí, nelze říci, že je lepší, ale asi ani horší. Naopak naprostá shoda panovala v tom, že OZZ je ve své podstatě zbytečným institutem, jehož zrušení by systému prospělo (z důvodu zjednodušení).

Dimenze vlastnosti:

Na tomto místě hodnotíme, zda by měl být OZZ zrušen či nikoli. Bylo zjištěno, že pro zrušení OZZ by lékaři vesměs byli.

Tabulka č. 7: Zrušení OZZ

Ano	Neutrálně/Nevím	Ne
3	1	0

Zdroj: Vlastní zpracování

6.5 Kategorie „Motivace k práci“

Tato kategorie zahrnuje sdělení respondentů (lékařů) ohledně jejich osobních pocitů ve vztahu k vykonávané práci a jejich motivaci k práci. K analýze těchto kategorií byla využity zejména otázka č. 1

Jedná se tedy o následující otázku:

1. Co se Vám líbí na práci lékaře posudkové služby a proč zde pracujete?

S ohledem na skutečnost, že někteří lékaři poskytli opravdu velké množství informací, byly některé citace z rozhovorů přiměřeně zkráceny a byly analyzovány odpovědi na první otázku. K ostatním bylo spíše přihlédnuto.

Otázka č. 1 Motivace k práci:

MUDr 1: „*Můžu zúročit dlouholeté zkušenosti ze své praxe. Pokud jsou dobře nastavena kritéria pro posuzování zdrav. stavu, je to práce, není to jako patolog jako pitvat. Pokud jsou dány jasné mantinely, v kterých se máme pohybovat, normy, předpisy a podobně tak se ta práce dá konat bez stresu v klidu, pokud se musí chovat asertivně, tak nehrozí eventuelní riziko konfliktů apod. Když mi někdo řekne, že jsem blbej, já bych se na to vykašlal, odpovídám, nejdu tam, z donucení ale rád, umím tu práci a nepokládám ji za psychickou zátěž, vycházím z dlouholeté praxe a v práci v dobrém kolektivu, chovají se ke mně hezky, nedávají mi najevo, kdy vypadnu, jsou na mě hodní, cítím se zde dobře, ale samozřejmě i kvůli penězům.*“

MUDr 2: „*Líbí se mi, že člověk může být užitečný v medicínských oborech a rozšiřuje si rozhled a práci si může rozvrhnout, propojení odborností, propojení důchodového a nemocenského pojištění, přehled o sociální problematice, který neměl a taky není tolik problémových klientů, s takovými jsem se setkávala v minulém oboru a není problém se zdravotními pojišťovny, zpočátku jsem zde začala pracovat kvůli svému zdravotnímu stavu.*“

MUDr 3: „*Pracuji zde proto, abych si přivydělal a využil svých zkušeností, které jsem nadobyl po dobu své praxe a taky proto, abych uplatnil znalosti na úrovni 3 atestovaného lékaře.*“

MUDr 4: „*No tak je to práce s lidmi...rozebíráme zdravotní stav, tak někdy ...někdy to bývá i docela zajímavý...ehm, dělám to kvůli tomu, že to není operační obor, protože to jsem kdysi dělal a to mně moc nevyhovovalo..no „ odmlka“ ...myslím si, že je to moje parketa.*“

Shrnutí:

Pokud se týká motivace lékařů k práci, byla zjištěna velmi různorodá motivace, nicméně v řadě případů byly důvody spíše pragmatické, ve dvou případech byly zmíněny peníze, v dalším případě zdravotní důvody, skutečnost, že se nejedná o operační obor medicíny, ale vedle toho lékaři zmiňovali rovněž možnost organizovat si čas práci s lidmi apod.

Dimenze vlastnosti:

V rámci dimenze vlastnosti se autorka zaměřila především na motivaci lékařů k práci na LPS. Pokud se zaměříme na dimenzi vlastnosti z hlediska, zda je lékař motivován, demotivován či není ani motivován ani demotivován, bylo zjištěno, že všichni lékaři, se kterými byl rozhovor realizován jsou k práci motivováni.

Tabulka č. 8: Motivace k práci

Motivován	Neutrálně	Nemotivován
4	0	0

Zdroj: Vlastní zpracování

6.6 Kategorie „plány na další práci u LPS“

Zkoumána byla prostřednictvím otázky č. 16, která zněla:

16. Plánujete zde nadále pracovat ?

Otázka č. 16 Plány dále pracovat jako posudkový lékař:

MUDr 1: „*Ano, ještě ½ roku...musíš tam napsat, musíš tam napsat ,co víš samozřejmě, že mě táhne na osmdesát a že mně a že je proti přírodě a dobrým mravům, abych ještě pracoval...ne ne půl roku ještě budu...i (lehká ironie) i to je dlouho.*“

MUDr 2: „*Plánuji, ale očekávám organizační změny k lepšímu, hlavně nastoupení služebního zákona.*“

MUDr 3: „*Rozhodně.*“

MUDr 4: „*Co mně zbývá...ne..jako plánuju, tak chtěl bych no...*“

Shrnutí:

Pokud se týkalo otázky, zda lékaři plánují v této práci setrvat, všichni svorně potvrdili, že ano, jediný lékař uvedl, že s ohledem na svůj věk (téměř 80 let) již plánuje pracovat na LPS jen cca půl roku, pak má v úmyslu odejít do penze.

6.7 Kategorie „pracovní podmínky“

Tato kategorie je zkoumána prostřednictvím otázky č. 17, tedy:

17. Vyhovují Vám pracovní podmínky? Cítíte se zatíženi?

Otázka č. 17 Pracovní podmínky:

MUDr 1: „*Tak mně vyhovují , já jsem, já jsem, já mám svůj důchod, takže já se nepídím po tom, že bych počítal každou kačku, stokorunu, mně se tady líbí, že jo, je tady, nic mi tady neschází, já každému říkám, že jsou tady na mě všichni hodní...a že já jsem chodím rád...(smích)...*“ (zkráceno)

MUDr 2: „*Vyhovují, můžu si zorganizovat práci, spolupráce s PL, zvaní klienta, mohlo by být útulnější pracoviště, modernější, služební telefony, notebooky, propojení pokud jdu k PL, abych mohla z ordinace kontrolovat program posudky. Technická podpora.*

Bezpečností opatření mi chybí, máme malé pískátko a to je na nic. Pepřový sprej nemohu použít.“

MUDr 3: „*Pracovní podmínky jsou dostatečně dobré, ale mohly by se zlepšit v některých věcech. Měli bychom mít lepší počítačové vybavení, lepší tiskárny a vůbec jako trošku víc bychom měli jít s dobou v tom technickém zázemí. Nejenom, že jsme odstranili mechanické psaní stroje a přešli jsme tedy na počítače, klávesnici a trošku by to chtělo zmodernizovat. Pracovní mobily.“*

MUDr 4: „*No mně celkem pracovní podmínky vyhovují...jojo, cítím se ve svém zkráceném pracovním úvazku se cítím zatíženej tak akorát, není to tak, není to tak, že bych to vyloženě nestíhal a že bych toho chtěl dělat víc, to taky nemůžu říct, jsem spokojenej, nic bych neměnil“ (zkráceno)*

Shrnutí:

Pokud se týkalo pracovních podmínek, vesměs lékařům vyhovovaly, nicméně někteří by uvítali např. více moderní techniky, více benefitů apod.

6.8 Kategorie „syndrom vyhoření“

Tato kategorie zkoumá i syndrom vyhoření. Je zkoumán otázkou č. 26, tj.:

26. Syndrom vyhoření – jak se Vás dotknul?

Otázka č. 26 Syndrom vyhoření:

MUDr. 1: „*Ne---smích, to ti můžu říct naprosto jednou větou, že nééé, že ne, jako, oni myslím, že pořád ten syndrom vyhoření chtějí jako těch posudkovejch doktorů jako vydobejt, že je to pravda, ale já si myslím, že nikdo se k tomu moc moc nehlásí...nádech...nehlásí, já teda určitě ne, v žádném případě.“ (zkráceno)*

MUDr. 2: „*Myslím si, že na syndrom vyhoření je ještě brzy, ale si to vyvstane jako při každé práci, kterou člověk dělá dlouhodobě a má pocit, že dělá, prostě, že už ji zná, že ji má v malíčku a očekávala bych ho po desíti spíše po 15ti letech práce možná i dřív.“ (zkráceno)*

MUDr. 3: „*Ne – nevím o něm.“*

MUDr. 4: „*No tak v minulosti asi jo, v minulosti ano, samozřejmě bojoval jsem s tím, to by mohli být ještě přesnější otázky přímo na mě...*“ (dál už nechce k danému říct více-je stručný)

Shrnutí:

Další otázka této kategorie směřovala k syndromu vyhoření, zde bylo zjištěno, že jen jeden lékař přiznal, že se s ním v minulosti potýkal (nicméně odmítal říci více), ostatní se syndromem vyhoření nemají problémy.

6.9 Kategorie „benefity“

Tato kategorie je zkoumána prostřednictvím otázky č. 27

27. Jste spokojeni s výhodami (benefity), které Vám poskytuje zaměstnavatel?

Otázka č. 27 Benefity:

MUDr. 1: „*Tak já nevím , **já nic jako nečekám, že od toho , ne že bych to chtěl kritizovat , ale že to je jak jsme se bavili loni, že , těch několik jejich variant jak budou odměňovat za práci ... (smích) ...ti na konci roku řeknou, že nebyly peníze , tak mě se to zdá spíš takový úsměvný, víš, to že máš stravenky je dobře že jo,...***“ (zkráceno)

MUDr. 2: „***Benefity nejsou moc veliké, stravenky (smích) byly malinko navýšeny , ale když jsem nastoupila do tohoto zaměstnání , tak existoval ještě příspěvek na penzijní připojištění a byl malý.***“ (zkráceno)

MUDr. 3: „*No jestli si ČSSZ myslí, že ten benefit **příspěvek na stravu** je velký benefit, no tak to je snad **jediný benefit, který máme jako LPS.***“ (zkráceno)

MUDr. 4: „*Nejsem, tak stravenky by mohli být tak ted'ka tak za 100ku jak mají někteří i jinde, no a co jinak...kašel...no tak bylo to fajn, když jsem si mohl vyřídit permanentku na tenis...**nejsem spokojenej.***“

Shrnutí:

Otázka č. 27 byla zaměřená na benefity, kdy na LPS mají lékaři v podstatě jen stravenky a nízký příspěvek na penzijní připojištění, což není mnoho, pohled na věc se pak odvíjel i od očekávání konkrétního jedince. Někteří více benefitů nečekali, ale většina by nějaký benefit navíc uvítala.

Tabulka č. 9: *Motivace a vyhoření*

Lékař	Motivace	Vyhoření
MUDr. 1	Můžu zúročit dlouholeté zkušenosti ze své praxe. Pracuji v dobrém kolektivu, chovají se ke mně hezky, nedávají mi najevo, kdy vypadnu, jsou na mě hodní, cítím se zde dobře, ale samozřejmě i kvůli penězům.	Ne (smích)
MUDr. 2	Člověk může být užitečný v medicínských oborech Není problém se zdrav. pojišťovnami, zpočátku jsem zde začala pracovat kvůli svému zdrav. stavu.	Myslím si, že na syndrom vyhoření je ještě brzy
MUDr. 3	abych si přivydělal a využil svých zkušeností, uplatnil znalosti na úrovni 3 atestovaného lékaře.	Ne – nevím o něm.
MUDr. 4	Tak je to práce s lidmi Není to operační obor	V minulosti asi jo, v minulosti ano, samozřejmě bojoval jsem s tím..

Zdroj: Vlastní zpracování

6.10 Kategorie „Agresivita posuzovaných“

Tato kategorie zahrnuje sdělení respondentů (lékařů) ohledně agresivity klientů (pacientů) ve vztahu ke změně systému posuzování. Tato kategorie byla vyhodnocována na základě odpovědí na otázku č. 9. Jednalo se o otázku:

9. Je patrný nárůst agresivity s odlišným způsobem posuzování?

MUDr. 1: „**Já žádnou agresivitu jsem nikdy nezažil, jen jedna trhlá babka mi řekla, proč ještě nejsem v důchodě, proč tady ještě straším. Lidí mí říkají, že bych se měl sbalit a jít do důchodu. Agresivita se váže na nesplněné představy klientů, pokud jim nevyhovíme. Jsem tady 18 roků a měl jsem snad 3 konflikty. Jen jednou mě vyhrožoval jeden klient zabitím, že mi rozsekne sekýrou hlavu. Když umíte s lidmi jednat, nemůže se nic stát.**“

MUDr. 2: „Na našem oddělení **nebyl zaznamenán ani v prvním roce, kdy docházelo ke změnám**, v jiných okresech co slyšíme, je to spíše nárůstem psychiatrických onemocnění, ale ne změnou vyhlášky. **Měla jsem zatím dobré zkušenosti**. Daly se čekat, ale nebyly.“

MUDr. 3: „Mně se teda nezdá posuzování klientů nárůst nějaké agresivity, **já jsem se s tím neseťkal, protože já se snažím neprovokovat**, někdy sice něco použiju a pak je mi líto, že jsem použít tyto věty, takže se do nějakých slovních potyček se s nimi nedávám a hlavně se jim snažím vysvětlit, že LPS tady není na to aby lidem hledala práci, na to je úplně jiný orgán, který to dělá, což je ÚP a my je posuzujeme, podle toho jaké mají postižení k dané profesi, kterou vykonávali nejdelší dobu a že neseženou práci už nás v uvozovkách nezajímá, my tady na to nejsme abychom jim hledali práci, tak to snad jediný zádrhel s kterým se setkává u toho posuzování.“

MUDr. 4: „Myslím si, že **všeobecně je a já s tím osobní zkušenosti nemám**, já se snažím s těma lidma zbytečně je neprovokovat, mluvit s nima, neříkat toho zbytečně moc, co nějak asertivně si s něma popovídat aby oni neměli důvod tě napadat, všeobecně si ale myslím, že je, protože to slyším z ostatních třeba správ a tak no...“

Tabulka č. 10: Agresivita klientů

Lékař	Pohled na agresivitu klientů v souvislosti se změnou
MUDr. 1	Já žádnou agresivitu jsem nikdy nezažil, měl jsem jen 3 konflikty za 18 let.
MUDr. 2	Na našem oddělení nebyl zaznamenán ani v prvním roce, kdy docházelo ke změnám... Měla jsem zatím dobré zkušenosti.
MUDr. 3	Já jsem se s tím neseťkal, protože já se snažím neprovokovat.
MUDr. 4	Všeobecně je a já s tím osobní zkušenosti nemám.

Zdroj: Vlastní zpracování

Shrnutí:

Všichni lékaři, se kterými byl realizován rozhovor, uvedli, že osobně se s agresivitou nesečkali, nicméně vědí, že k ní občas dochází. Někteří si to zdůvodňují složitou situací klienta, jiní hovoří spíše o nárůstu počtu psychicky nemocných. V této souvislosti pak byla zkoumána další otázka, která se vztahovala k médiím, která dle většiny lékařů přehánějí a informují mylně, což vede k tomu, že veřejnost má představu o tom, že agresivita klientů je výrazně častější, než tomu ve skutečnosti je. Slovní konflikty se občas vyskytují (např. MUDr. 1 uvedl, že se mu asi třikrát stalo, že měl slovní konflikt s klientem).

Dimenze vlastnosti:

V zásadě zkoumáme existenci či neexistenci agresivity, přičemž všichni zpovídání lékaři uvádí, že u nich na oddělení se s ní nesečkaly, tudíž u nich neexistuje, ale jinde nesporně tu a tam ano.

6.11 Kategorie „Celková současná situace v poskytování dávek“

Poslední zkoumanou kategorií byla celková situace v poskytování dávek. Tato kategorie byla zkoumána prostřednictvím celé řady otázek, nebyla to jen jedna otázka. Z toho důvodu bylo vyhodnocení této kategorie nejobtížnější z celého výzkumu. Nejvíce však byla využita otázka č. 22 zaměřená na nepojistný systém. Zde tak bylo například zjištěno následující:

MUDr. 1: *„Současné posuzování potřeby péče je založen na zdravotního stavu člověka nikoliv na sociální situaci z čehož vyplývá, že rodiny kteří mají bohatě na to, aby se postarali o svého blízkého člověka tyto dávky vyřídí, a babička, která bydlí sama není schopna toto si vyřídít zvládne fungovat i bez těchto dávek a proto pokud to bude na zdrav. stavu posuzovaného podle těchto kritérií nemůžou to soc. pracovníci posuzovat sami a rozhodovat sami., pokud bude rozhodujícím kritériem soc. potřebnost klienta potom to mohou dělat soc. pracovníci, ale opět je otázka komu to dají a komu ne. **Nikdo nepřihlíží, k tomu, zda ten člověk má dostatečné rodinné zázemí, tento systém nepředpokládá, že by se měla rodina a rodinní příslušníci jakkoliv starat o svého člena, pokud jim to stát nezaplatí.** (Jsou případy kdy o dva staré lidi, kteří žijí ve společné domácnosti pod jednou střechou a oba mají příspěvek na péči, tak se o ně starají dva členové rodiny, přitom , každý má toho svého a přitom vykonávají činnosti, které se vykonávají pouze jednou (úklid, praní, nákupy..) Je to do nebe volající. Pečující osoba je vzdálena 100km a domáhá se*

peněz. Je určitá povinnost k rodičům, tak je pak vypakují, když nedostanou peníze? Lidi se za chvíli vychovají ve vztahu k rodičům, že jim ani rohlík nekoupí, pokud za to něco nedostanou.“

MUDr. 2: „takže to jednoduché rozhodně není, **system bych nechala nastavený jak je v současnosti, raději bych ho už neměnila....**myslím si že dobré to není nikdy, ale (smích) dokonalost asi v tomto nebo spravedlivost naprosto nikdy nedosáhneme, pracuje se s člověkem s měnlivými stavy, ale tento systém bych hodnotila jako dostačující, vrátili jsme se třeba v posuzování průkazu osob se zdravotním postižením v podstatě k systému, který byl před hodnocením podle jednotlivých mobility a orientace a vrátili jsme se v podstatě k systému mimořádných výhod s nějakou úpravou, jako postoupili jsme o kousek výše v kruhu , tedy si myslím, že ty průkazy jsou teď hodnoceny spravedlivě , posuzování příspěvku na péči je také dostačující , ale mohlo by být asi více kontrolováno využití toho příspěvku na péči i na adresnost toto by se mělo asi více dohlížet, ale to už není problematika posudkové služby.“

MUDr. 3: „Nepojistný systém to je kapitola sama o sobě, snížil bych, v prvním případě bych snížil dávku vyplácenou těm žadatelům a tím pádem si myslím, že by klesl i zájem o to aby byli posuzováni. Příspěvky na péči jsou kapitola sama o sobě, já bych u příspěvku na péči pokud by nějaký stupeň měl klient přiznaný v žádném případě bych nehradil vlastně hotovostně, dělal bych to tak, že bych těm klientům vypsál nějaké poukazy a ty potom vyměňovali za služby, které by využívali pro danou sobou, která má přiznaný určitý stupeň závislosti a ne že by se vyplácela finanční hotovost. A myslím si, že kdyby se takovým to způsobem provedla tato změna /malá změna/ tak by došlo ke snížení zájmu o to, aby si lidé žádali o posouzení ohledně stupňů závislosti. Jen udělat jednu věc, prostě vyměnit finanční obnos hotovostně za u dalších nějakých sociálních služeb s tím, že až těm sociálním službám by to bylo uhrazeno na základě nějakých poukazů, které by předali ti klienti.“

MUDr. 4: „myslím si, že to posuzování stupně závislosti je v pořádku na ty 4 stupně, s tím souhlasím, souhlasím i s tím, že se tam posuzuje 10 těch položek a ne 36 jak bylo v minulosti, protože to bylo, to se zacházelo do zbytečných detailů, ale myslím si, že ten příspěvek na péči je zbytečně velkej, kdyby měly být nižší ty platby jak pro děti a hlavně pro ty dospělý, **myslím, si že 11 a 12 tisíc je hodně i u těch, co už jsou úplně a mají nejvyšší stupeň závislosti, jinak průkaz OZP myslím, že se hodnotí správně, co ještě děláme příspěvek, příspěvek na zvláštní pomůcku, myslím si, že v minulosti to bylo jednodušší**

a lepší, myslím si, že teď je to zbytečně, zbytečně složitý.”

Shrnutí:

Obecně je poměrně obtížné vyhodnotit tuto otázku, nicméně lze říci, že lékaři LPS shledávají v systému určité nedostatky, byť uvádějí, že dokonalé nebude nikdy nic, popřípadě, *„systém bych nechala nastavený jak je v současnosti, raději bych ho už neměnila“* (MUDr.2) apod. V zásadě tedy lze uvést, že lékaři systém nepovažují za optimální, stejně tak, jako nepovažují za optimální otázku přiznávání a vyplácení dávek, např. MUDr.1 uvádí, že *„současné posuzování potřeby péče je založen na zdrav. stavu člověka nikoliv na soc. situaci z čehož vyplývá, že rodiny kteří mají bohatě na to, aby se postarali o svého blízkého člověka tyto dávky vyřídí, a babička, která bydlí sama není schopna toto si vyřídit zvládne fungovat i bez těchto dávek a proto pokud to bude na zdrav. stavu posuzovaného podle těchto kritérií nemůžou to soc. pracovníci posuzovat sami a rozhodovat sami, pokud bude rozhodujícím kritériem soc. potřebnost klienta potom to mohou dělat soc. pracovníci, ale opět je otázka komu to dají a komu ne.“* Je tedy zřejmé, že lékaři systém nepovažují za optimální a že by určité změny k lepšímu vesměs vítali. Je však otázkou, jak správně systém nastavit.

Dimenze vlastnosti:

Zde lze vyhodnotit, zda lékaři systém hodnotí pozitivně či negativně. Vesměs by bylo možné říci, že tentokrát lze identifikovat převážně neutrální hodnocení, v zásadě systém není ideální, ale patrně nebude ideální ani žádný jiný systém.

7 ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ

Tato práce měla zodpovědět následující výzkumné otázky:

- 1) Jaký je názor lékařů posudkové služby na legislativní změny a nový způsob posuzování zdravotního stavu v pojistném i nepojistném systému?
- 2) Jaké jsou osobní pocity lékaře pracujícího v resortu sociálního zabezpečení a co jej motivuje, aby zde pracoval?
- 3) Je dle lékařů LPS patrný nárůst agresivity s odlišným způsobem posuzování?
- 4) Jak hodnotí celkově současnou situaci v poskytování dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem?

Odpovědi na uvedené otázky byly získávány prostřednictvím strukturovaných rozhovorů s lékaři LPS, které byly analyzovány metodou otevřeného kódování.

V zásadě bylo ve vztahu k otázkám zjištěno následující:

1) Jaký je názor lékařů posudkové služby na legislativní změny a nový způsob posuzování zdravotního stavu v pojistném i nepojistném systému?

Lékaři se v zásadě domnívají, že nový systém posuzování je lepší než systém předcházející, pracuje se jím s ním lépe zejména s ohledem na lepší kategorizaci (3. stupeň invalidního důchodu). Lékaři se rovněž vesměs shodli na tom, že OZZ je v současnosti v souvislosti s třístupňovým invalidním důchodem nadbytečný a bylo by možné jej zrušit, byť objevil se i názor, že je vhodný pro klienty, kteří nejsou zdraví, nicméně nedosáhnou ani na 1. stupeň invalidního důchodu.

2) Jaké jsou osobní pocity lékaře pracujícího v resortu sociálního zabezpečení a co jej motivuje, aby zde pracoval?

Lékaři vesměs mají svoji práci rádi, nepocitují potíže jako syndrom vyhoření, vnímají celou řadu pozitiv (např. možnost organizovat si čas, kontakt s lidmi), ale rovněž i negativ (nedostatek peněz, málo benefitů, s tím souvisí i určitý pocit nedocenenosti apod.) Obecně řadu lékařů motivují k práci na LPS především pragmatické důvody (přivýdělek k důchodu,

neoperační obor medicíny, klidná práce apod.). Na druhou stranu řada lékařů má určité obavy z napadení ze strany pacientů, o kterých se hovoří. Zejména MUDr. 2, což byla jediná žena ve výzkumu, uvedla, že „*obavy máme, někdy se dá vyčíst i z dokumentace, že klient může být nebezpečný. Opatření nemůže být nikdy dostačující. Většinou se jedná o spontánní reakce psychiatrických pacientů. Je dobré, že se to na veřejnosti oznamuje, že se ví, že ta práce je jako jedna z mnoha riziková. Klient nepochopí nebo mu není vyhověno, je to jak u učitele. Díky těmto případům, se začalo o ochraně úředníků více mluvit, ale nedá se úplně ochránit, přepážkové pracoviště-ale to nejde třeba při vyšetření klienta. Lékař by měl být anonymní pro klienta – posudek odeslat až po vyšetření - meziokresové posouzení. Může si mě najít, ví, kde bydlím.*“ Zde je zřejmé, že lékaři jsou vesměs s prací spokojeni, nicméně existují i negativa této práce a tím i negativní pocity lékařů.

3) Je dle lékařů LPS patrný nárůst agresivity s odlišným způsobem posuzování?

Zde se lékaři jednoznačně shodli, že na jejich oddělení nikoli, jaká je situace jinde je obtížné říci, neboť média, podle lékařů obvykle zkreslují. Byla vyslovena rovněž domněnka, že nárůst agresivity spíše než se změnou posuzování souvisí s nárůstem psychiatrických diagnóz.

4) Jak hodnotí celkově současnou situaci v poskytování dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem?

Na tuto otázku bylo poměrně obtížné odpovědět, neboť otázek, které se jí dotýkaly, byla řada. V zásadě však vyšlo z výzkumu najevo, že situace není optimální, nicméně nelze říci, že po provedení změn by byla o moc lepší.

Lékařská posudková služba prošla za dobu své existence poměrně složitým vývojem. Od působení prvorepublikových smluvních lékařů, přes období normalizace až po dnešní podobu současné LPS. Stěžejní činností této služby je posuzování zdravotního stavu pro jednotlivé systémy sociálního zabezpečení. Lékařská posudková služba je složená z odborníků, kteří mají znalosti jak z oboru medicínského, tak právního a nesporně i ekonomického. Jsou ve své práci vystaveni velkému psychickému tlaku, dennodenně přicházejí do styku s klienty, kteří mohou být i nebezpeční. Lékaři LPS jsou pravidelně proškolení jak v proklientském přístupu, tak v oboru posudkové lékařství a jiných

potřebných ke své profesi. Musí být obdařeni notnou dávkou asertivního chování, které využívají v osobním kontaktu s klienty. Ti žádají o různé typy dávek s očekáváním, která mohou být v rozporu s objektivním posouzením zdravotního stavu klienta. Jejich úkolem je objektivně posoudit zdravotní stav ze všech dostupných skutečností, které mají k dispozici, pokud jsou jim známy, pokud není dokumentace kompletní, může si dožádat další odborná vyšetření, která považuje za důležitá pro posouzení zdravotního stavu. Jeho úlohou však není léčit, je zde v postavení státního úředníka, který vystavuje posudek o zdravotním stavu klienta v souladu s právními předpisy. K osobnímu kontaktu posudkového lékaře s posuzovaným klientem dochází více při posuzování invalidit, v nepojistném systému jde spíše o posouzení z dostupné a nepochybné lékařské dokumentace. Lze však na žádost posuzovaného či z důvodu pochybností posudkového lékaře posoudit i tyto dávky v přítomnosti, či klienta navštívit v jeho přirozeném prostředí. V praxi je to z důvodů časových i finančních obtížné. Jde o to vyhodnotit správně zdravotní stav i další skutečnosti, které mohou mít vliv na posouzení a vystavit posudek pro příslušný orgán.

Posudkové lékařství není atraktivní obor, je dlouhodobou otázkou, jak tuto situaci vyřešit. Podílí se na této skutečnosti spousta faktorů, ať už neadekvátní platové ohodnocení, psychická náročnost povolání, v neposlední míře také nekonceptnost, roztržitost, neustálé změny v legislativě týkající se posuzování. Právní úprava není jednotná a vedení je nesystémové. V nedávné době došlo k rozdělení posudkové služby, což bylo chybným krokem, proto byla opětovně sloučena. Toto výrazně ovlivnilo a zatížilo administrativně činnost této služby. Při prováděných změnách v rámci systému posuzování se projeví další problémy, které naruší chod posudkové služby nárůstem posudkové agendy, což obnáší dvojí posuzování dle platných právních úprav. Neřeší se sama podstata problému, ale stále se systém spíše mění. Dalším faktorem, který výrazně snižuje atraktivitu tohoto oboru pro potenciální nové lékaře, jsou média. Veřejností není posudková služba až tak pozitivně vnímána také díky nim. Někdy ne zcela objektivně podávají informace o různých případech, kdy šlo o posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem. Na druhou stranu lze říci, že se objevují i medializované případy napadnutí posudkového lékaře klientem.

Zda jde o efektivně fungující službu či instituci je otázkou, ovšem nastavení současného systému a uspořádání není vyhovující. Je jen otázkou času, jak dlouho bude ještě posudková služba fungovat v této podobě. Je také otázkou zda nahradí posudkové lékaře

sociální pracovníci, to však bude muset vyřešit do budoucna legislativa, protože pokud bude princip sociálních dávek stát na posouzení zdravotního stavu a ne na sociální situaci žadatele, nebude možno lékaře vyloučit z této agendy.

Stále se však pracuje na vytváření nových koncepcí a zvyšuje se efektivita posudkové služby. V poslední době byla také řešena koncepce LPS jako samostatného posudkového orgánu nespádajícího organizačně do ČSSZ s posudkovými lékaři, kteří by byli z řad praktických lékařů. Na jedné straně by se to mohlo osvědčit, odbourala by se přílišná byrokracie ve vztahu k ČSSZ, není však jisté, zda by systém byl průhledný a nestranný.

Stále palčivým problémem však zůstává nedostatek lékařů, kteří v tomto oboru pracují. Jsou to především lékaři v důchodovém věku. Je otázkou jak se situace v tomto oboru bude nadále vyvíjet s přijetím služebního zákona, který vylučuje pracovat lékařům nad 70 let. V praxi to bude znamenat přibližně 20% posudkových lékařů.

Do budoucna bude jistě docházet k dalším změnám v tomto oboru, protože úloha LPS je potřebná a nezastupitelná.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat a přiblížit lékařskou posudkovou službu jako výkonný orgán sociálního zabezpečení. Pozastavili jsme se nad otázkou, zda je její role nezastupitelná. Naším úkolem bylo přiblížit sociální události, za jakých se může každý z nás, či našich blízkých s její činností setkat. Pokusili jsme se vysvětlit systém z obecného hlediska. Zajímalo nás do jaké míry je tento obor atraktivní pro samotné lékaře a jak by se dal tento problém řešit. Dále nás zajímaly osobní pocity lékařů pracujících v tomto oboru, jak svou práci vnímají, co by změnili a zda i přes potíže, s kterými se tato služba musí vyrovnávat průřezem svého vývoje a s tím spojenými změnami v legislativě jsou ochotni nadále v tomto oboru pracovat.

V teoretické části se nám podařilo nastínit historii lékařské posudkové služby, její vývoj, činnost, administrativní zátěž tohoto oboru a jeho organizaci v rámci sociálního zabezpečení české republiky. Popsali jsme, kdo je to posudkový lékař, jeho odbornosti a v neposlední míře také, jak jeho práci či jak jeho osobu vnímá široká veřejnost. Rámcově jsme se seznámili s jeho názorem na neustálé změny týkající se posuzování. Snažili jsme se přiblížit blíže jeho práci, která spočívá v posuzování zdravotního stavu klientů v nastaveném možnostem daných legislativou, zákony a platnými vyhláškami v různých systémech ať již pojistného, či nepojistného systému. Také jsme se věnovali tomu, jak probíhá posudkové jednání a výstupu z něj, posudku, který je podkladem pro daný orgán, který o něj požádá v rámci svého správního řízení a následného rozhodnutí o přiznání či nepřiznání dané dávky.

Dotkli jsme se tématu agresivita, syndrom vyhoření a vliv médií, které jsou v tomto oboru často zmiňované.

Výzkum měl zjistit, zda současný nový systém posuzování pojistného či nepojistného systému je efektivnější, spravedlivější, přesnější. Je-li současný systém, tak jak je nastaven vyhovující, nebo je třeba dalších zákonných úprav ve vztahu k posuzovanému, k jeho postižení a jeho schopnosti adaptovat se v pracovním začlenění. Zda nová úprava odlehčila zatížení lékařské posudkové služby a zda a jak je ještě možno vylepšit současný stav.

Za účelem naplnění tohoto cíle byl realizován kvalitativní výzkum mezi respondenty (lékaři LPS), který měl formu polostrukturovaného rozhovoru. Ten byl následně analyzován metodou otevřeného kódování.

Bylo zjištěno, že současný systém je lékaři považován za lepší než předcházející systém, nicméně je zřejmé, že má určité nedostatky, které se týkají např. dlouhodobě nemocných pacientů (např. onkologicky nemocných), pro které je tento systém nevhodně nastavený. Na druhou stranu lékaři však v rozhovorech připouštěli, že je do značné míry leckdy možný různý výklad, který je využíván v podobných případech, aby byl pacient s takovým onemocněním zabezpečen. Výzkumem bylo zjištěno, že situace není vyhovující, ale pravděpodobně pokud by došlo k změně, zřejmě by nebyla k lepšímu.

Ve výzkumu byla s lékaři řešena celá řada dalších otázek a souvislostí nejen ve vztahu k současnému systému, ale rovněž ve vztahu k jejich vlastní práci na LPS, pracovním podmínkám či motivaci k práci. Jedna z otázek se například vztahovala k institutu OZZ. V této souvislosti je nezbytné na závěr formulovat určitá doporučení. Ta jsou členěna na doporučení pro systém, pro pracoviště LPS a pro samotné lékaře:

Doporučení pro systém:

Lze doporučit zvážení trvání institutu OZZ, neboť v současnosti je jeho využití s ohledem na třístupňovou invaliditu minimální. Rovněž lékaři ve výzkumu se pro zrušení OZZ vesměs vyslovili.

Lze také doporučit právně zakotvit odlišnost v posuzování u běžných onemocnění a u určitých specifických onemocnění (např. onkologických), kde se lékaři vesměs vyjadřovali tak, že pro tento typ dlouhodobě nemocných pacientů je současný systém méně příznivý.

Doporučení pro pracoviště LPS:

Lze doporučit zavést více benefitů, které by lékaři reálně uvítali. Bylo zjištěno, že lékaři příliš mnoho benefitů nemají (hlavně mají stravenky). V této souvislosti by bylo vhodné na počátku provést průzkum mezi lékaři a dalšími zaměstnanci LPS a zjistit, o jaké benefity by měli zájem. Následně pak vybrané z nich zavést dle možností do praxe.

Lze také doporučit dle finančních prostředků postupně modernizovat pracoviště, vyměnit techniku, dodat více moderních počítačů, telefonů apod. To byla v průzkumu jedna z častých výtek k pracovním podmínkám (zastaralé zařízení a pracoviště). Z hlediska možné agresivity pacientů by bylo vhodné častěji školit lékaře, jak komunikovat např. s psychicky labilním či agresivním jedincem, případně aby získali přehled o základních možnostech sebeobrany (bez zbraní).

Doporučení pro lékaře:

Lékařům lze především doporučit, zaměřit se i na jinou oblast života než jen na práci, aby nedošlo k syndromu vyhoření.

Dále lze lékařům ve vztahu k možné agresivitě pacientů zajistit více kurzů komunikace a případně základy sebeobrany, aby byli připraveni na situaci, která reálně může nastat (i když většina lékařů v průzkumu se s agresivitou prakticky nesetkala).

Cíl bakalářské práce byl naplněn, na základě popsaných informací a současného stavu této důležité instituce jako je posudková služba a celá její činnost, která se týká agendy posuzování zdravotního stavu tady byla popsána z dostupné literatury a z názorů lékařů pracujících v její struktuře. Jak již bylo uvedeno v úvodu, jedná se o téma, které zatím není nijak zpracováváno a nejsou výzkumy, takže nelze srovnávat, i naše šetření ukazuje názory malé skupiny respondentů (lékařů), kteří popisují problém ze svého stanoviska a regionálních specifik a nelze jej tedy uplatnit a zobecnit na celou českou republiku. Můžeme jen předpokládat, že dle naší vlády v čele s paní ministryní se budou projednávat nové vládní návrhy a další změny v sociální oblasti, které budou jistě přicházet v život a lékařská posudková služba se s nimi bude muset nadále potýkat a vyrovnávat.

Bude zajímavé sledovat v budoucnu tyto změny a vývoj, které ovlivní činnost LPS.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9.
- [2] ARNOLDOVÁ, Anna, 2013. *LPS a její funkce v systému sociálního zabezpečení v české republice – 2. část*. In: *Národní pojištění*, 5/2013, ročník 44, str. 24. ISSN 0323-2395.
- [3] ARNOLDOVÁ, Anna, 2013. *LPS a její funkce v systému sociálního zabezpečení v české republice – 3. část*. In: *Národní pojištění*, 6/2013, ročník 44, str. 23. ISSN 0323-2395.
- [4] ČEVELA, Rostislav, 2006. *Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení*. 1.vyd. Praha: MPSV, s.6. ISBN 80-86878-32-5.
- [5] ČEVELA, Rostislav, L. ČELEDOVÁ, a A. ZVONÍKOVÁ, 2010. *Posudkové lékařství- Vybrané kapitoly*. 1.vyd.Praha. Grada. ISBN 978-80-247-3285-5.
- [6] ČEVELA, Rostislav, 2012. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. 1.vyd.Praha. ISBN 978-80-7421-044-0.
- [7] GINTER, Jindřich. *Těžký úděl posudkových lékařů. Nepotvrdí invaliditu a dostávají facky*. In: *Novinky.cz* [online]. © 2014 [cit 2014-12-05]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/335918-tezky-udel-posudkovych-lekaru-nepotvrdi-invaliditu-a-dostavaji-facky.html>
- [8] HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- [9] JANOUŠKOVÁ, Pavla. *Lidé napadají posudkové lékaře slovně i fyzicky*. In: *Deník.cz*. [online]. © 2014 [cit.2014-12-05]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/lide-napadaji-posudkove-lekare-slovne-i-fyzicky-20140414-k9zg.html
- [10] KOTÝNEK, Josef. *V ČR byl zdravotně postižený každý desátý*. In: *STATISTIKAŠMY.cz*. [online]. © 2014 [2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/04/v-cr-byl-zdravotne-postizeny-kazdy-desaty/>
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1973. *Konflikty mezi lidmi*. Vyd. 1. Praha : AVICENUM. ISBN 08-080-73
- [12] KŘIVOHLAVÝ Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2
- [13] LANGER, Radim, 2012. *Kompetence lékařské posudkové služby od 1. ledna 2012- část*. In: *Národní pojištění*, 2/2012, ročník 43, s. 19-20. ISSN 0323-2395.

- [14] LANGER, Radim, 2012. *Osobní kontakt posudkových lékařů s posuzovanými účastníky z pohledu soudů*. In: *Národní pojištění, 8-9/2012*, ročník 43, s. 36-37. ISSN 0323-2395.
- [15] LANGER, Radim, 1999. *Posudková služba sociálního zabezpečení*. Praha: Linde. ISBN 80-7201-188-X.
- [16] MARKSOVÁ, Michaela. *Snížíme administrativní zátěž handicapovaných a seniorů*. In: MPSV [online]© 2014 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/17791>
- [17] MATOUŠEK a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [19] MICHALÍK a kol., 2008. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Vyd. 1. Pardubice: SILVETA. 144 3. ISBN 978-80-903658- 2-7
- [20] MIOVSKÝ, Michal, 2014. *Praktické ukázky aplikace kvalitativních metod v adiktologickém výzkumu: Metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response)*. Praha: Centrum adiktologie VFN v Praze. ISBN neuvedeno.
- [21] Odbor koncepce sociálně zdravotní politiky MPSV, 2006. *Informace o stavu posudkové služby resortu práce a sociálních věcí*. In: *Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení*. Vyd.1. Praha: KUFŘ, s. 10-11, s.11-12, s.27-28. ISBN 80-86878-32-5
- [22] Odbor posudkové služby MPSV, 2012. *Zpráva o činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení*. In: *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, 2012, s. 8, s.9,s.11. ISBN 978-80-7421-044-0
- [23] RAMIANOVÁ, Jiřina, 2010. *Činnost lékařské posudkové služby v prvním roce po sjednocení*. In: *Národní pojištění, 8-9/2010*, ročník 41, s. 33-34. ISSN 0323-2395.
- [24] RAMIANOVÁ, Jiřina, 2010. *Lékařská posudková služba ČSSZ v roce 2010*. In: *Národní pojištění, 3/2010*, ročník 41, s. 3, s.4. ISSN 0323-2395.
- [25] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-1733-3
- [26] STEINER, Rudolf, 1999. *O zdraví a nemoci*. PDN 1999, ISBN 80-238.3191-7
- [27] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [28] TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.
- [28] Tröster, Petr a kol., 2013. *Právo sociálního zabezpečení*. Vyd.6.Praha:Nakladatelství C.H.Beck. ISBN 978-80-7400-473-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č.	číslo
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČR	Česká republika
ČSR	Česká socialistická republika
Dg.	diagnóza
EU	Evropská unie
inv.	invalidita
Kč	Koruna česká
LPS	Lékařská posudková služba
MV	Mimořádné výhody
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MUDr	Medicinal Universal Doctor
např.	například
ONV	Okresní národní výbor
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OZP	Osoba zdravotně postižená
OZZ	Osoba zdravotně znevýhodněná
PC	počítač
popř.	popřípadě
r.	rok
Sb.	Sbírka zákonů
SSP	Státní sociální podpora
st.	stupeň
TP	tělesně postižený

vyhl.	vyhláška
ZTP	závažně tělesně postižený
ZTP/P	závažně tělesně postižený s průvodcem
ČR	Česká republika

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Grafické znázornění vývoje počtu posudků v letech 2005-2013.....21

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Klasifikace vad a poruch podle Slowika (2007, s. 26).....	16
Tabulka č. 2: Výzkumný soubor	42
Tabulka č. 3: Názor na nový systém a situaci v posuzování.....	47
Tabulka č. 4: Spokojenost se systémem	47
Tabulka č. 5: Současný systém ve srovnání s minulým.....	49
Tabulka č. 6: 3 stupňový ID, zrušení OZZ.....	51
Tabulka č. 7: Zrušení OZZ.....	52
Tabulka č. 8: Motivace k práci	53
Tabulka č. 9: Motivace a vyhoření.....	57
Tabulka č. 10: Agresivita klientů.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Soubor otázek pro rozhovory
- P II Rozhovor s respondentem – MUDr. 1
- P III Rozhovor s respondentem – MUDr. 2
- P IV Rozhovor s respondentem – MUDr. 3
- P V Rozhovor s respondentem – MUDr. 4

PŘÍLOHA P I: SOUBOR OTÁZEK PRO ROZHOVORY

1. Co se Vám líbí na práci lékaře posudkové služby a proč zde pracujete?
2. Jak hodnotíte aktuální situaci.?
3. Jak hodnotíte změny v posuzování invalidity?
4. Myslíte si, že zavedení třístupňové invalidity a zrušení statutu osoby zdravotně znevýhodněné bylo dobrým krokem.?
5. Co byste změnil?
6. Myslíte si, že práce posudkového lékaře je dostatečně odborná?
7. Myslíte si, že úloha lékařské posudkové služby je nezastupitelná v systému sociálního zabezpečení?
8. Myslíte si, že může práci lékaře LPS nahradit sociální pracovník? Jejich specifická .
9. Je patrný nárůst agresivity s odlišným způsobem posuzování?
10. Jak vnímáte zájem médií?
11. Je práce v LPS zatěžující. Přinesla změna kýžený efekt?
12. Můžete mi říct svůj věk?
13. Jak dle Vás vnímá lékařskou posudkovou službu veřejnost?
14. Je invalidizace občana dobře podložena a jasně definována dle uvedených položek vyhlášky?
15. Co říkáte na medializované případy napadení pracovníků LPS? Vy sám máte obavy?
16. Plánujete zde nadále pracovat?
17. Vyhovují Vám pracovní podmínky? Cítíte se zatíženi?
18. Jak byste zlepšili současnou situaci?
19. Pociťujete nárůst práce nebo administrativy s tím spojené?
20. LPS jako OSVČ- samostatná služba?
21. Co vidíte jako největší problém současné LPS?
22. Jak hodnotíte posuzování nepojistného systému?

23. Udržujete si odstup od své práce v soukromí?
24. Spolupráce s praktickými lékaři, sociálními pracovníky.
25. Práce referentek LPS, jak ji hodnotíte a myslíte si, že ji zvládají?
26. Syndrom vyhoření – jak se Vás dotknul?
27. Jste spokojeni s výhodami (benefity), které Vám poskytuje zaměstnavatel?
28. Jednotný posudek, jak to vidíte?
29. Je patrný nárůst počtu žádostí a s tím spojené práce? A je dle Vás adekvátně ohodnocena?
30. Myslíte si, že se povedl záměr snížit administrativní zátěž?

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S RESPONDENTEM – MUDR. 1

Lékař dlouhodobě pracující v LPS: MUDr.“1“, 3 atestace (obor interna, sociální lékařství , posudkové lékařství)

Rozhovor probíhá v kanceláři na oddělení LPS OSSZ.

1. Můžu zúročit dlouholeté zkušenosti ze své praxe. Pokud jsou dobře nastavena kritéria pro posuzování zdrav. stavu je to práce, není to jako patolog jako pitvat. Pokud jsou dány jasné mantinely, v kterých se máme pohybovat, normy, předpisy a podobně, tak se ta práce dá konat bez stresu v klidu, pokud se musí chovat asertivně, tak nehrozí ev. riziko konfliktů apod. Když mi někdo řekne, že jsem blbej, já bych se na to vykašlal, odpovídám, nejdu tam z donucení ale rád, umím tu práci a nepokládám ji za psychickou zátěž, vycházím z dlouholeté praxe a pracuji v dobrém kolektivu, chovají se ke mně hezky, nedávají mi najevo, kdy vypadnu, jsou na mě hodní, cítím se zde dobře, ale samozřejmě i kvůli penězům.

2. Hodnotím ji špatně. Ze současnou situací nejsem spokojen a to si myslím, že schází jednotící koncepce celého oboru, což se projevuje neustálými změnami v posuzování jednotlivých kategorií, neustálé změny v podstatě řeší aktuálně vzniklé problémy a nemají dlouhodobý efekt, jsem pamětník starých časů, kdy celé roky bylo posuzování podstatně vedeno stále dobře fungujícím způsobem (průkazky, invalidity a bezmocnosti).Současný stav pokládám za málo motivující, vím, že můžu kdykoliv skončit, nesystémové vedení, když posuzuji něco, po dvou měsících je to jinak.

3. Nové posuzování -poslední se mi zdá v některých oblastech méně funkční, odpovídající tomu postižení než bylo u těch předešlých, (onkologie, pohybové ústrojí, psychiatrie). U onkologických by se mělo zohlednit léčení, lidi mají své obtíže a my jim vnucujeme, když mají skončeno léčení, že mají jít do práce, u psychiatrie – schizofrenik, by neměl být v invalidním důchodu, to tak není, ale my je stejně necháváme, protože není v podstatě umístitelný.

4. Myslím si, že je to lepší nemyslím, to ti neřeknu, možná zde byl pokud o zjemnění rozdílu mezi přechody stupňů. OZZ nikdo netušil, jaký to bude mít dopad. Pokud by institut OZZ byl zrušen, muselo by být kritérium jeho výkonnosti, to značí pokud jsem nemocná na záda, tak můžu vykonávat práci na PC pokud jsem dobrá. Jde o to, že zaměstnavatel získává úlevy. OZZ u těch, kteří hledají práci a ne u těch, kteří ji mají.

Otázka: zda je účelné, když zaměstnavatel zaměstnává pracovníka pokud získá nějaké postižení i po trvání prac. poměru. Měli by zvýhodnění cítit postižení, ne zaměstnavatelé, ale postižení. Měl by mít výhodu, pokud přijme nového zaměstnance.

5. Nevím, co bych změnil, především bych se snažil uvést do nějakého řádu roztříštěnost v nepojistných systémech, nejednotnost, důchody bych pokládal, že by tento systém mohl fungovat dál. V oblasti nepoj. vládne dosti chaos, neustálé změny, které se provádí, je dokladem toho, že ten systém není dořešený. Naprosto kardiální záležitost byla to, že průkazky udělají a mobility a potom řekli, že se to zruší z PnP a vrátí se to k průkazkám a to se nestalo, zůstalo to tak., bohužel to řeší ministryně a poslanci bez účasti, těch kteří mají informace o zdrav. stavu. Zjednodušit, nechci vychvalovat staré časy, ale když se sestaví další komise, která bude řešit změny, znovu vyleze paskvil a ne něco kloudného. Podle toto současného vývoje, jaký sleduje mám dojem, že se nic zlepšovat nemusí, zřejmě se to líbí, jak to je. Hodnocení naší práce je výsměch, normování práce, klik čárek jsem udělal u toto a toho, to je jako i zedníků, to nejde v této práci dělat, nejde hodnotit chirurga, kolik odoperoval slepých střev, mívá se to s tím o čem ten obor je. Poslední změny, kterých jsme byli svědky ať v oblasti OZZ, sledování kvality práce lékaře, tajemnic, v oblasti SZ, změny nevedly ke zlepšení úrovně práce, pořád se něco mění, aby se měnilo, pořád se tím někdo zabývá, aby se něco změnilo, vznikají komise a nevede to k žádné konsolidaci a výstupy z činnosti, nevedou k prokazatelnému zlepšení, spíš produkují další problémy, neřeší problém, vyrábějí další.

6. Jak odborná? Podle toho, má svoje specifika, která ostatní medicínské obory neřeší, líbí se mi na to, že je v popředí pozornosti funkční stav klienta, žádný lékařský obor se tolik nezabývá funkčním stavem jako posudkové lékařství (jistě rehabilitační medicína). Neříkal bych, zda je dostatečně odborná, má svoje specifika, jestli si někdo myslí, že to není dobré, ať nám odpovídá ze svého hlediska, v každém druhém nálezu je napsáno, že není schopen žádné činnosti, přitom my víme, že je a v žádném jiném oboru se to nepožaduje, nikdo nepožaduje po PL či odborníkovi, aby zhodnotili funkční stav, ale po nás se to chce. Toto žádný jiný obor nedělá a je potřebná, medicínská činnost., Můžeme se zeptat statistika, zda dělá odbornou práci, řekne, že je.

7. Pokud bude ve hře zdrav. stav pacienta, tak by se k tomu měl vyjádřit spíš lékaře že jo, pokud bude ve hře hlavně sociální problematika, tak ať to dají na bedra sociálním pracovníkům a jinejm úřadům, ale jinak by to tohle, samozřejmě by nějaký věci mohli dělat třeba

ošetřující lékaři a vyjadřovat se k nějakým takovým věcem jako jsou třeba ty bezmocnosti nebo jiné, to by jistě zvládali, že jo, možná i k průkazkám, mohli by se to naučit, zvládli by to, ale pokud se jedná tady o tu důchodovou agendu, tak ta si myslím, že by měla patřit pořád posudkovejm lékařům, já si nemyslím, že je tam něco špatně, že jo...asi jo ...hotovo

8. V žádném případě. Pokud bude pro rozhodující výstup té činnosti rozhodující sociální situace toho klienta, tak je tam lékař zbytečný, ale pokud je ve hře zdrav. stav nemůže to dělat soc.pracovník, pokud by řekli, že to bude zdrav. sestra, tak ta může manipulovat se zdrav. dokumentací, potom z toho udělat sociální agentu, pokud jestli se umyje nebo neumyje, tak ať to dělá soc. pracovník. Otázky, které kladou soc. pracovníci při soc. šetření jsou otázky zaměřené na funkce toho klienta, ale odpověď na tu otázku by neměl dávat pouze ten klient. Soc. pracovník nemá možnost ověřit si pravdivost těch výpovědí člověka, lék. dokumentace je tady k tomu, aby nám potvrdila nebo nepotvrdila věrohodnost údajů. Soc. pracovník, se vůbec neptá na zdrav. stav. Jaký je důvod, potom by lékařský nález nemusel být, ale teď mi řekni, kde je něco, co pravdivost údajů ověří. Klidně bych řekl, že v předchozích časech existovala kategorie bezmocností a na jejich posuzování se podíleli pouze zdrav. pracovníci, a bylo to naprosto funkční, tam bylo pouze 10 otázek a já jsem kolem toho neviděl žádný humbuk, místo práce soc. pracovníka, kteří píšou hromadu informací a my jsme to mohli okamžitě vzít za bernou minci. Současné posuzování potřeby péče je založeno na zdrav. stavu člověka nikoliv na soc. Situaci, z čehož vyplývá, že rodiny kteří mají bohatě na to, aby se postarali o svého blízkého člověka tyto dávky vyřídí, a babička, která bydlí sama není schopna toto si vyřídit zvládne fungovat i bez těchto dávek a proto pokud to bude na zdrav. stavu posuzovaného podle těchto kritérií nemůžou to soc. pracovníci posuzovat sami a rozhodovat sami,, pokud bude rozhodujícím kritériem soc. potřebnost klienta potom to mohou dělat soc. pracovníci, ale opět je otázka, komu to dají a komu ne. Nikdo nepřihlíží k tomu, zda ten člověk má dostatečné rod. zázemí, tento systém nepředpokládá, že by se měla rodina a rodinní příslušníci jakkoliv starat o svého člena, pokud jim to stát nezaplatí. (Jsou případy kdy o dva staré lidi, kteří žijí ve společné domácnosti pod jednou střechou a oba mají PnP tak se o ně starají dva členové rodiny, přitom, každý má toho svého a přitom vykonávají činnosti, které se vykonávají pouze jednou (úklid, praní, nákupy..) Je to do nebe volající. Peč. osoba je vzdálena 100km a domáhá se peněz. Je určitá povinnost k rodičům, tak je pak vypakují, když nedostanou

peníze? Lidi se za chvíli vychovávají ve vztahu k rodičům, že jim ani rohlík nekoupí, pokud za to něco nedostanou.

9. Já žádnou agresivitu jsem nikdy nezažil, jen jedna trhlá babka mi řekla, proč ještě nejsem v důchodě, proč tady ještě straším. Lidi mi říkají, že bych se měl sbalit a jít do důchodu. Agresivita se váže na nesplněné představy klientů, pokud jim nevyhovíme. Jsem tady 18 roků a měl jsem snad 3 konflikty. Jen jednou mně vyhrožoval jeden klient zabitím, že mi rozsekne sekyrou hlavu. Když umíte s lidmi jednat, nemůže se nic stát.

10. Zájem médií v této oblasti evidentně spíše vyhrocuje různé situace a nahrává lidem, místo toho, aby jim tuto otázku osvětlil. Médii jde o to, aby způsobili senzaci a ne řešili problém, který tam je. Jsou neuralgické body ve společnosti a média ji spíše neuralgují více. A to platí obecně.

11. Není zatěžující, neřekl bych to, není zatěžující, vyložene takových obtížných zdánlivě neřešitelných věcí je málo, ale já dělám opravdu jen posudkovou, vedoucí lékařka dělá více, třeba cizince to já nedělám nikdo mě nenutí, dělám to dobrovolně. Změna: myslím si, že ne, změny, které se dělají, organizační a tak spíše vytvářejí podmínky pro narůstání dalších problémů, řeší vždy jen zdánlivě problém a něco jakoby se provede a to samo porodí celou další řadu problémů, které se na to lepí, spíše se to rozjíždí do a řešení není koncepční.

12. Letos mi bude 80let, ale necítím se nepoužitelný - bez komentáře, smích....

13. No tak jako pokud bychom se na podívali na to z hlediska médií, tak špatně, protože média práci znevažují ale z hlediska klientů, které vidíme u komise, tak ti to berou a zejména v otázkách soc. dávek si myslí, že jim vědomě nechceme ty dávky dát, jestli se dostaneš do nějakého pnutí je spíše v soc. dávkách, při komisích to lidé pokládají za potřebnou instituci a že jejich problém někdo vyřeší, ale pokud snižujeme samozřejmě, že nejsou spokojeni, v soc. dávkách se spíše častěji objeví nesouhlas, že dostali málo dávek a vytváření atmosféry sdělovacími prostředky, řeknou, že jsme dobytkové, ukážou člověka na vozíku a že zlý posudkář jim to nedal,

- nejméně neshoda v oblasti důchodů

- soc. dávky - navýšení dalších dávek, těch kteří už něco mají a chtějí víc.

- nejhorší u těch, kteří nemají ponětí a berou to z médií

14. Možná že u somatických onemocnění pravděpodob. ano a těmi změnami, ke kterým dochází čas od času mění, je to v některých oblastech přísné, onkologie, páteře, tam by to mělo být trošku volnější, a v oblasti závažných psychiatrických diagnóz. Dostatečné podklady k posouzení většinou máme – nejlépe u zjišťovaček, u kontrol je to spíše horší – nálezy jsou dodávány starší, s tím, že se stav nemění-to si myslím, že je spíše škoda.

15. Může to být dané momentální reaktivitou klienta, malé procento by bylo těch posudkových lékařů, kteří sami vyprovokují konflikt, kdy to může někoho zvednout, kdy jim řekneme, že nejsou tak strašně nemocní, což si sami myslí, někdo zabručí, někdo se utrhne. Vzhledem k tomu, že se medializuje každé pochybení a to, tak si lidé myslí, že jsme tam pouze pro to, aby posudkoví lékaři nevyhověli, tak ho napadne. Neřeknou, že posudkový lékař jednal správně, že se to nesmí, nikdo neví, zda se zastat nebo ne. Pokud se k tomu nezaujme stanovisko, že to se nedělá, tak lidé řeknou, že to se může. Obavy můžu mít, ale co udělám, když sem vtrhne magor, tak můžu dělat co chci a stejně mne napadne. Media nejsou objektivní.

16. ano, ještě ½ roku...musíš tam napsat, musíš tam napsat co víš, samozřejmě, že mně táhne na osmdesát a že mně a že je proti přírodě a dobrem mravům, abych ještě pracoval...ne ne půl roku ještě budu...i (lehká ironie) i to je dlouho.

17. Tak mě vyhovují, já jsem, já jsem, já mám svůj důchod, takže já se nepídím po tom, že bych počítal každou kačku, stakorunu, mně se tady líbí, že jo, je tady, nic mi tady neschází, já každému říkám, že jsou tady na mě všichni hodní...a že já jsem chodím rád...(smích)... a stůl a počítač...ale to jistě, ale já si myslím, že jo, tak já tady mám a když něco potřebuju, tak mě to zajistíš nebo uděláš tohle, počítač je samozřejmě na mě příliš chytrý, takže já jsem rád, že aspoň ty elementární činnosti a operace zvládnou, jinak já jsem tady spokojenější a nic mně neschází.

18.... tak především by to chtělo omladit to kádrově že jo, prostě mít tady, mít tady doktory, kteří jsou perspektivní že jo, to znamená, kteří tady budou aspoň několik desítek roků dělat a to určitě samozřejmě, že jo, tajemnice, na tajemnice bych si neztěžoval, ty jsou dobrý, ty svoji práci dělají, samozřejmě řádný vedení shora, že jo, ale tak aby to nebylo, ty věci který oni nahoře vymýšlejí a to, aby to nebylo, aby to nebylo řešení, řešení těch vyvstalejších problémů, který jsou na bázi nedostatku pracovníků, samozřejmě potažmo teda malejších platů a toho všeho, čili lidi tady moc nejsou a ti co tady jsou si stěžují, že ti

to nemůžou zvládnout že jo, pač si myslím, že ve většině okresu kromě nás tady Šumperka je kádrová situace horší než u nás, že nebo je dosti horší než v řadě okresů, čili jak oni to mají řešit, čili furt vymýšlí, jak něco z toho ukrojit, jak něco prostě splácet dohromady, ale bohužel z toho málokdy vyjde něco, co by k něčemu bylo, něco funkčního, víš čili to já si myslím, že to by se mělo, a potom až by by..co to jsou jenom takový chiméry, protože na to nikdy nedojde, že jo..v dohledné době, ale víš, aby se to kádrově třeba zlepšilo že jo, protože tam nejsou na těch našich konferencích prostě to jsou samí starci, že jo to jsou samí staří doktoři a těch mladejch doktorek, kolipak jich tam je, že jo, když si řekneš, že my jsme tam vlastně, jedem do té Ostravy jsme tam ze dvou krajů a kolipak tam je mladejch doktorů.

19. no...(váhání) já si myslím, na mě to dělá dojem jako kdyby proti proti těm vlastně v podstatě třem oblastem , které my jsme je dělávali dřív za starých časů, to znamená důchody, průkazky a bezmocnosti, jako kdyby toto co děláme teď, bylo jako kdyby bylo víc, jako kdyby bylo víc, ještě se dělaly vzpomínáš si státní sociální podpory se u nás dělaly, že to to už se nedělá teď vůbec, to už je pryč, to už je místo toho něco jinýho, ale teď jsou tedy ty OZZetky, tak zase k tomu a tohle ale...eee...já nevím, já si myslím, možná že toho psaní je trochu víc, ale já nevím, když si zase řeknu, že dřív jsme všechno psali, psali jsme anamnézy celý, mezi psali jsme nálezy, nejenom že jsme museli psát aspoň aspoň rámcově a celej somatickej nález, ale bezpodmínečně tam musel být odborný nález a vypsáný nejenom u důchodů, ale i u těch u těch věcí jako byly průkazky nebo podobně, ta se muselo aspoň k tomu se muselo nějakým způsobem se k tomu odkázat, tak toto všechno teď je pryč, toto všechno teď upadlo, ztratilo se že jo, čili já si myslím, že to asi není víc, tím, že to není víc co do , jak bych to řekl...že dřív to bylo takový nějaký jednodušší...že to bylo takový jednodušší, že prostě daleko rychlejš jsme dospěli k tomu závěru než teď, mluvím jenom o těch , že teď jsou takový hrozný nároky na ty OZZ, ty si myslím, že jsou naprosto hypertroficky zbytečný, protože stejně se to každému dá, každej má v podstatě nárok že jo, má nějaký obtíže nebo podobně a pokud si je řeší a je možnost, aby on získal práci a on ji na základě toto získá, tak samozřejmě by se kolem toho nemělo moc moc filozofovat a radši to těm lidem dát, ať tu práci mají, že jo, tam si myslím, že je to trošičku hypertrofický, zbytečně moc, ale jinak já nevím, spíš mám takovej dojem, že prostě to je, že to je jako by,jako by takový všechno ...že toho nějak narůstá, narůstá prostě a efekt, že to prostě odpovídající není, že dřív to bylo daleko jednodušší.

20. To já nevím...to já, to já nevím...ee vvv, jako jak by to bylo v praxi, samozřejmě tím se myslí, že by se to zprivatizovalo a že jo předpokládám a že by prostě posudkoví lékaři seděli v nějakých kancelářích jako sedí kardiologové, internisti, chirurgové a podobně a že by toto dělali za úplatu že jo, teď je otázka, teď je otázka zda a kdo by toto platil, kdo by toto platil, samozřejmě že by je platila pravděpodobně teda Česká správa sociálního zabezpečení na základě nějakých smluv nebo něčeho....ti co by si ty posudky žádali, musel by někdo propočítat samozřejmě kolik by to, kdyby ti posudkoví lékaři by si za ty posudky brali nehorázný peníze, tak jak si je berou dnes já nevím třeba internisti nebo kardiologové a tohle že jo..dál za naprosto běžný třeba vyšetření , běžnou kontrolu, že si účtují, že si účtují vysoký částky...delší odmlka....nedovedu si to jako v realii zatím nějak představit, rozhodně ne tak, že by dejme tomu přišel pacient, kterej žádá o důchod, že jo , donesl by nálezy, já jako privátní posudkovej lékař bych se na to podíval že jo a nějakým způsobem bych to posoudil, v případě že bych potřeboval nějaký dovyšetření, tak já nevím jestli bych potom to dovyšetření platil třeba já jako je to naučtováno na vrub kardiologa a pod, protože on si chce nějaký další, to já vůbec nevím, že jo, samozřejmě bych to někomu poslal asi od toho faktury, ty...musel by někdo propočítat kolik to bude stát peněz, že jo, kolik je posudků, kolik by za to ti doktoři chtěli, posudkový lékař dnes má plat, ti lékaři, kteří by mu dodávali ty informace by to taky chtěli zaplatit, to znamená, to by se všechno muselo platit...no třeba to, že každý kdo něco žádá by něco platil...no to si myslím, že to by to by neprošlo, to by asi těžko prošlo, těžko by to prošlo, to by bylo jako když máš platit za pobyt ve špitálu, je to jsou věci který nejsou nutný, ale teď si řekni, že ten posudkovej lékař, kterej by musel mít taky asistentku k tomu, že jo, zaměstnával by tebe taky (úsměv), čili když si řekneš, že dnes takovej nejobyčejnější privátní specialista a o praktických nemluvě má nejmíň těch 100 000 , že jo by měl mít, tak si řekni kolik by naučtoval ten posudkovej lékař, kterej má dejme tomu 30 000 tisíc čistýho že jo, kolik by naučtoval, aby měl taky těch 100 000 odkud by to tedy někdo platil a on by samozřejmě musel tedy platit i tu svoji tajemnici nebo asistentku nebo já nevím co by to bylo a jistě taky slušně se vším všudy a to je otázka jako nemocenských , já jako si to nedovedu představit , ne tím já se vůbec nezabývám, protože já se toho nedočkám, ale teď ale co mě napadlo..TEĎ!(radostný výkřik)..ted' mě napadla věc, zda by nemohli lékaři podobnýho oboru tohle nemohli dělat ty nepojistný věci, že jo a to by nemuseli být lékaři, kteří mají

atestaci z posudkového, ale museli by mít dejme tomu praxi v nějakém základním oboru, tak jak se to dycky chtělo to znamená všeobecný lékařství nebo dětský lékařství nebo neurologie, interna a podobně, že jo ne třeba nějaký úzký obory, jestli tím by se nedalo vyřešit, ale tím by se nedalo řešit, ale pořád jsme u otázky v podstatně smluvních doktorů a tady těch, těch co tady chodí s flashkama, že jo, čili to je to samý, to by přišlo strašně draho, čili pokud by ten počet těch posudkovejch lékařů zůstal, nebo kdyby okamžitě prosadili to, že konečně budou mít na práci podmínky...já vím, že když jsme začínali dělat tam na ÚP, tak nebudu ho jmenovat, už je nebožtík, jednoho doktora, kterej byl schopný si takto při své práci takto vydělat 50-60 000 měsíčně, ke svému platu v zaměstnání, sekal to jak housky na krámu, čili to je to je zas druhá stránka téhle té věci, to by muselo být a samozřejmě by se to nemohlo zvrhnout k tomu, že teď kdejaký doktor, kterej prostě tam má ordinaci a já nevím co všechno to ještě bude jakoby po večerech dělat, protože to stejně udělá ve své pracovní době, ale já si myslím, že kdyby se chtělo něco takového zkusit, možná jestli by tato oblast nepojistného nebyla první na řadě, protože to je opovrhovaný a obzvlášť u všech posudkářů kromě mě nepojistný ty, čili to nikdo nechce dělat, já nevím sice proč, ale nikdo to nechce dělat, že jo, čili, čili jestli tady by se našel nějaký způsob jak tu privatizaci asi třeba zkusit, třeba je no v té oblasti tohleto třeba jenom zkusmo na rok na dva a kdyby se zjistilo, že to k něčemu je, že tak to, ale já si myslím především by ty náklady na tuto službu byly strašně veliký, já si myslím, že jo, já nevím jestli na to jsou peníze...že protože to by neplatila pojišťovna...že naše nejvyšší šéfka na ministerstvu přišla s tím, že by se jí to líbilo, že jo nebo že vymejší něco nového, já si to, já si to nějak nedovedu nějak, teď samozřejmě nevím, kam by voni patřili že jo všechno to, všechny tyhle ty odbornosti mají svoje metodický vedení, tak oni by měli taky, že jo, nebyli by to nějakí takoví trosečníci roztahaní po různých městech a potom, že jo, to já si to, zatím si to nedovedu představit a hlavně, ale hlavně tady, nejde vo to, že bych mohl dostat nějaký podklady a že bych to zpracoval, to by samozřejmě šlo že jo, ale teď víš, když máme komisi a řeknu, že to odročíme, tak se o to už dál nestarám, dáme papír a od toho je tady celá ta instituce, která toto zastřešuje, která to všechno zajistí a teď si řekni, že budeš sedět někde tady v ordinaci nebo v nějaké kanceláři ve městě že jo a toto všechno si, to já si nedovedu představit, protože to už nejsou vazby mezi zdravotnickýma zařízeníma, že a tady v té oblasti sociální zatím nic takového neexistuje, takoví ti poradci jako nebo jako je tohleto to jsou spíš lidi jako vytahají spíš z lidí peníze, že jo a tohle ale jako já já to, já to nějak, protože rozumíš, málo platný je to něco posudková služba napůl opravdu

úředničina, napůl je to jenom zpracovávání medicínských dat jo, ty sama nic tomu pacientovi nevyšetřuješ že jo ani tohleto, to je pravda , nic mu nenapišeš, nic mu tohleto , řešíš v podstatě jenom jeho sociální situaci , protože jeho zdravotní situaci řeší jeho ošetřující lékař, víš čili pak proč ty vazby tady v té sociální , no ale oni jsou schopni něco vymyslet, bezpochyby špatně, že jo, tak jak jsme zvyklí...no já nevím...

21. Personální situaci a já mám takovej dojem , trošku voni by se třeba urazili nahoře, že to , že to, že se mně zdá, že to nemá žádnou koncepci, prostě ten obor, že to tak nějak se vylouká klín klínem, že teda samozřejmě jsou věci, který se musí vyřešit , oni to vyřeší a zjistí za 3 měsíce, že to prostě není vono ,tak zase to řeší zase nějak jinak, já si myslím, že to , že to nemá prostě takovou a nebo že dřív to mělo , dřív že to mělo....tak jsme říkali, že je to ta nekonceptnost, že je to.

22...no já si myslím, že je to zbytečně asi zbytečně administrativně , že ta funkce těch , že to sociální šetření, že je až zbytečný, až zbytečně jako...(váhání) víš obsáhlý, obsáhlý...že dřív, když se toto v podstatě dělalo vyjádřením ošetřujícího lékaře , že to bylo dostačující, že to prostě taky stačilo , nějak se zvlášť neplatilo ani to ...fakt je , fakt je, že když mám, ale to jsem ti tam říkal taky , že když máš špatnej nálezy od praktika , tak to sociální šetření to někdy velice pěkně udělá, samozřejmě je , obecně má daleko vypovídající funkční než některý ty nálezy praktiků, kteří tam nic nenapišou a nebo to napíšou tak, jak to odhadnou a teda skutečnost je úplně jiná , takže je to určitě objektivnější, ale na druhé straně je výhoda ta, že prostě oni, že oni nemůžou se vyptávat na zdravotní věci, čili, takže když jim ten pacient řekne, že je to takový, tak oni tam musí napsat, že jo, kdežto ten doktor by to nikdy nenapsal, protože ví, že ten pacient takhle nemocnej není , kdežto spousta lidí se to naučí už tam to není problém zjistit jak mají odpovídat na jaký otázky jo , bábinku položijou nebo řeknou ať je potichu že jo a hotovo a máš o 2 stupně hned víc, že...a co je teda co si myslím, je to...hmmm, že vlastně my odměňujeme sociální dávkou zdravotní stav a nikoliv sociální situaci a to je myslím, že je trošku jako to na rozdíl od ostatních by to měla dělat posudková , měli by to dělat samozřejmě tak , zatím nikdo nemá nic proti tomu, aby to dělali posudkoví lékaři, ale aby se to zase trhalo, když má posudkovou na České správě v takovéhle krizové situaci , že není prostě doktorů a ještě to roztrhneš, tak že uděláš prostě krizovou situaci , jak jestli by se to dalo Úřadu práce jako to bylo dřív, tak vyvoláš tam další prostě krizovou situaci, já nevím jako , já soukromě jako nevím proč někdo má averzi vůči nepojistnému systému , dyť to je jednodušší než dělat důchody

důchody zaberou daleko víc místa , času , jako říkat, že ti lidi co mají důchody , že nemají žádný zajištění, většinou mají nemocenské dávky , dávky že jo a takhle, že prostě napřed udělat důchody to se jistě musí , to já jsem pro ...no ne tak bože jistě , u nepojistného se chtějí mít líp, protože už něco berou ať u SD, to jako, dobře ale voni ti řeknou, že pokud by neměli, že pokud by jim někdo přispěl na ošetřování toho člověka, tak by ho museli strčit do DD, že jo a tím je to zase a takhle...čili , tam v pozadí je ale vždycky je a jsou peníze že jo, já si myslím, že 60% těch lidí nepotřebuje žádný příspěvky a zvládli by to i bez nich.

23. já v soukromí vůbec na práci na tady tu nemyslím, já jsem já, mně se tady líbí , já se sem docela jako těším , tohle, ale jako abych se s tím doma trápil.....naprosto ne... práci stačím, to jenom asi kdybych nestačil..to a řekl si , že třeba toho mám...problém si nenosím domů, spíš ne, já myslím, že ne...lidé mě mimo práci obtěžují zcela vyjimečně...a jen když třeba někdo známej, teď mně volal zrovna jeden , ale to mně vůbec nevadí to se , on se tě zeptá na něco a to vysvětlíš ale to , že bych se s tím nějak trápil , naprosto ne...to ne v žádném případě.

24. Já si myslím, že s praktickými lékaři byla ,s praktickými lékaři byla spolupráce lepší a to z toho důvodu , že jsme s nima byli v naprosto těsnějším kontaktu , častějším ať už to bylo tím, že jsme tam jezdívali, probrali jsme všechno , všechny jejich neschopný, těch bylo daleko víc, my teď máme několik u každého praktika , tenkrát jich bylo třeba desítky a vždycky se to probralo, třeba během hodiny a byli jsme v obraze a věděli jsme už od ½ roku marodění co tomu člověkovu bylo, vůbec neexistovalo, aby někdo marodil dýl než 1 rok, to přece vůbec nešlo, že jo , co je teď naprosto masová záležitost tohle, ale fakt je, že tím jak se, tím jak se prostě napnuly ty vztahy kvůli tomu, hlavně kvůli finančním věcem že jo, praktici nechtěli posílat a spolupracovat, mají to nařízený zákonem, že jo, ale pořad měli za to a tak se prostě řeklo, dobře když teda my vám budeme za každé podpis dávat 200korun nebo podobně, no tak vy ty informace, který dostáváte od nás, který jste dycky dostávaly v dostatečné míře je taky nebudete dostávat, taky si je zaplatíte, tak samozřejmě voni je nechtějí a teď si řekni , že někomu dáš stupeň závislosti trojku nebo mu dáš průkazku a praktik to vůbec neví , vůbec, vůbec neví, pokud by mu to neřek ten ten jeho pacient , nepřinesl mu to do ordinace , tak prostě to neví, čili kterej doktor o to má zájem , tak si to zjistí že jo, ale ...teď si řekni co my jsme jim mohli poslat nálezů odborných že jo v tomhle , ještě dřív se psaly do dokumentace že jo se psaly odborný nálezy , to dnes všechno je pryč, že jo, dnes se z toho nedozví nic, jenom nějaký naše

procenta nebo podle čeho a tohle, já si myslím, že ta spolupráce a samozřejmě je to daný tím, že oni do dneška to nechtějí dělat, dělají to, tak jako „naši doktoři nepojistný“, tak voni dělají všechno co se týče nás, i když myslím, že to mají dobře zaplacený, ale já si myslím, že oni mají i když by to nedělali, tak to je všechno dobře zaplacený, ale oni od nás informace nedostávají žádný že jo, oficiálně pokud si to teda nevytahají přes pacienty, no já ještě jsem před časem třeba jsem měl psychologické vyšetření u někoho třeba dospělého a nějakých těch organických psychosyndromů, tak mě bylo líto, že to vyšetření, který my vyžádáme srčíš do dokumentace, ty mu nepomůžeš ničím, dáš mu důchod nebo nedáš to je jedno a ten praktik vůbec neví o ničem, tak já jsem několikrát, že třeba dr. K jsme posílali, jsem řekl prostě tobě nebo s kým jsem dělal, E. a prosím tě okopíruj a pošli to praktikovi, ten to prostě strašně chce vidět že jo, to vyšetření stojí já nevím 2000-3000, že jo a tohle ale fakt je oficiálně oni od nás nedostanou nic, čili ta komunikace naprosto, teď si řekni jak vypadá kontrola dlouhodobé pracovní, teda dočasně práce neschopných že jo, já si myslím, že to dělám prostě tak nějak strašně moc, ale přitom každého toho, kterýho ty mě vytiskneš já udělám a zeptám se toho doktora a podezřívám ty doktory, kteří napíšu, že jich dělají 90 měsíčně, že se vůbec na to ani nepodívají a dobře a tam potom tam ti letí, podívej se, já mám tady co podepisuju třetinu a probací jsou prodloužený dávky, že jo...no jo ale to je hrozný, to jsou lidi kteří marodijou rok, půl druhého roku, a to dřív vůbec nic takového neexistovalo, já si myslím, že ta spolupráce, že je to prostě takový nějaký dohled a když se dělá něco nového většinou se nic nevyřeší, pokud...no a s těma sociálníma pracovníkama, já si myslím, že máme, ale nemáme my, my jsme přece svého času, oni chtěli abychom jim, abychom se nějak k tomu vyjádřili že a že my jsme říkali, zbytečně tam nerozvádějte, nerozpovídávejte kolik mají vnoučků a kterej kde ale ať se odpoví na těch 10 bodů a celá řada těch sociálních pracovníků už většina z nich to takhle dělá a už se tí tak nějak nestane, že by měl obě ty oblasti, třeba že by je vynechal, já myslím, že už jsou jako tak nějak, samozřejmě někdo je, má tu úroveň trochu větší a někdo ju má průměrnou, ale to už, tohle byly vyložene třeba jako když se na to podíváme, že prostě by to nějak odbyli to ne že, fakt je, že teda někdy oni jsou teda naprosto v rozporu s nálezem toho praktika, ale to je spíš z toho důvodu, že ti lidi ví, co jim mají říct, aby dostali třeba zvýšení že jo, víš, čili, já se potom podívám na toho praktika, když to moc tohle jako je, bije do vočí, tak tomu praktikovi zavolám že jo, pač ten praktik to ví líp že jo, on ti nebude vykládat jestli se obuje nebo si utře zadek že jo, to je věc sociálního pracovníka že, ale je, tak jinak jinak pokud bychom měli brát tak jak to

děláme teď podle těch požadavků , tak bez těch sociálních pracovníků bychom to asi neudělali , pač praktik to k tomu neřekne nic.

25....tak já myslím, že pracují dobře...zvládají svoji práci...jsou na ně kladený docela vysoký nároky, ony mají velký nárůst administrativy, taky musí znát spoustu věcí ze všech oblastí sociálního systému ať už z důchodového , nemocenského , spolupráce s jinými institucemi, tak na psychiku si myslím, že je to nápor, že jo... protože veškerá příprava, k tomu abych já mohl posoudit zdravotní stav já na nich že jo, musí být dobrými organizátorkami a musí dobře rozumět souvislostmi mezi posuzováním a dalšími postupy, které následují...že jo, je taky potřeba, aby si zvyšovaly vzdělání, protože se uvažuje o tom, že budou vedeny jako odborné asistentky posudkových lékařů a ty budou muset mít VŠ vzdělání...i když samozřejmě o vzdělání to není, že jo...dříve to byly tajemnice posudkových lékařů, nyní referentky a co bude se uvidí, že jo....

26. Ne---smích, to ti můžu říct naprosto jednou větou, že nééé,že ne, jako, oni myslím, že pořád ten syndrom vyhoření chtějí jako těch posudkovejch doktorů jako vydobejt, že je to pravda, ale já si myslím, že nikdo se k tomu moc moc nehlásí...nádech...nehlásí, já teda určitě ne, v žádném případě já...já kdybych ho pozoroval, tak to přestanu dělat, to nemá žádněj tenhle...ne já, s tím ať na mě nikdo nechodí, to jsou ty nový, nový...eh...způsoby jak oni se snaží z lidí dostat jejich naprostou vyčerpanost a a vypranej mozek a já nevím co všeko, což tedy já si myslím, že mě se teda netejká, rozhodně tedy syndrom vyhoření, já vím co to je a a já ho nemám teda, jestli ho má někdo jiné...smích...to já nevím, ale já se k němu nehlásím, určitě ne...to máš jednou větou bych řek...smích.

27. Jako...jak myslíš?...stravenky, odměny?...tak já nevím , já nic jako jako nečekám, že od toho , ne že bych to chtěl kritizovat , ale že to je, jak jsme se bavili loni, že , těch několik jejich variant jak budou odměňovat za práci ...(smích)...ti na konci roku řeknou, že nebyly peníze , tak mně se to zdá spíš takový úsměvný, víš, to že máš stravenky je dobře že jo, tak , tak voni ti zas z druhé strany tak tam něco doplácíš, že jo , ti tam něco strhnou a je to z nějakýho toho FKSP nebo já nevím z čeho jim to de, z toho určitě mám radost, ale jinak jako rozhodně bych nebazíroval na žádných, rozhodně bych nikoho nelákal na posudky z tohoto důvodu , že jsou tady nějaký odměny za dobrou práci , to si myslím, že asi ne...(smích), ale mně to nevadí , mně to nevadí, já jsem si nestěžoval , protože já abych se tady hádal o nějakou stovku o tisícovku tak já přece když se mi to nelíbí, tak můžu bejt doma.

28. Že to opět nevyšlo, to je jak se to tenkrát dělalo. Bylo to dobře míněný a samozřejmě asi to, já nevím jestli se to mělo třeba, jistě se to jistě někde zkoušelo, prověřovalo nebo podobně, ale když jsme viděli, když jsme viděli jako kolik lidí to dostalo třeba mobilitu že jo, dostalo mobilitu a jenom z toho titulu, že ji dostali v rámci posouzení pro stupeň závislosti dostali mobilitu ti, dostali okamžitě ZTP/P a jakmile se vrátilo opět do těch přibližně po půl posuzování bývalých průkazek tak prostě 60% lidí vo to přišlo o to ZTP/P a oni do dneška se brání a říkají, že někteří to pořád mají, protože to mají bez kontroly že, čili oni mají ZTP/P a lidi kteří jsou daleko víc nemocní zejména pohybově to nedostanou, dostanou dvojku (ZTP) nebo dostanou hlavně jedničku (TP) a jsou hrozně ukřivdění, čili a samozřejmě že se řeklo, že se nechají oboje, tak to bylo úplně postavený na hlavu, prostě mělo se něco dotáhnout do konce, ten názor, ten nápad nebyl špatnej že jo, a když děláš ke každé žádosti zase nový všechno povídání, ale zrovna v těch oblastech toho OZP nebo jak se to jmenuje že jo zdravotně postižených osob to dosti často prostě nedopovídalo tomu postižení velikýmu, příliš příliš brzo dostali ti lidi ZTP/P a nebo teda to měly být průkazky zrušeny, což by taky asi vyvolalo obrovskou odezvu že jo a muselo by se udělat něco úplně jinýho, jinýho že jo, ale jestliže se mobilita hned zahrnula do ZTP/P nebo se to takhle posuzuje, tak si myslím, že to určitě neodpovídalo, víš protože tam bylo, dostal mobilitu proto, protože nemohla jít sama ven...jednotný posudek jako vyjádření ke všem dávkám, které by mohly odpovídat dle daného stavu, aby se nemusely podávat různé žádosti...já ti rozumím, ale to bych pořád vyšel z toho jednotného posudku, já bych mu, to neznamena, že ty dostaneš invaliditu pro něco, seš po operaci páteře, dostaneš invaliditu a hned třetí den průkazku a ty ji třeba nechceš, nežádáš o ni a tak ... leda, že by to v posudku bylo v podstatě uložený a pokud by přišla žádost o průkazku bude mít takovou z dnešního tohodle, to bych jako bral a teď si řekni, že máš celou řadu stavů, který se jinak posuzují pro důchody jinak pro to, jinak pro to, áno leda to nějak zkonceptnit, například ty řekneš má uřezanou nohu ve stehně, to znamená má nárok na druhej stupeň průkazky jo, prostě amputace toho, ale já bych mu pač ta noha mu nenaroste to by měl mít napořád že jo ale jiná tahle bude se ptát jestli on třena když bude mít protézu tak se naučí chodit a potom už by třeba neměl invaliditu třetího stupně ale jenom třeba druhýho nebo prvního a nebo žádnýho víš, čili to je, je to, já si myslím, tos řekla dobře, že prostě by tam v podstatě byly uloženy podklady pro naše rozhodování, čili já bych se, teď je ale další věc, že ten zdravotní stav se mění, ty tam budeš mít napsáno z loňskýho roku, no ne fakt, je že když se podíváš zpětně, už to bylo v platnosti tenkrát, tak že že to mělo

platnost jenom v určité platnosti, možná trošičku v těch stupních závislostí, ale nejvíc, kde to selhalo byly průkazky, víš tam to bylo, tam to prostě nevyšlo, buď se to mělo nějak dyl někde zkoušet nebo já nevím, ale já si myslím, že je to, že spíš to nevyšlo.

29. jistě, určitě jo, ...jestli je ohodnocena? to musí říct někdo druhej, já si myslím že moc ne, není to můj ten, každej ti řekne že má málo, ale myslím si, že prostě je, fakt je že celá řada věcí se tak nějak jakoby zjednodušila, spoustu věcí tam není, ale v tom si myslím, že jsou doktoři, kteří dělali i dřív poctivě a dělali dosti a vidíš, že toho nabejvá, nabejvá toho prostě hlavně hlavně asi tam prostě jak kde, že to, že to už je skoro jako zdroj příjmů ty sociální dávky víš, spíš takhle, nejenom třeba u těch starejch lidí nebo tohle, když si řekneš, že ti staří lidi dají těm svejím dětem s kterýma bydlí celej svůj důchod že jo a ještě je to málo, ještě jim dají každej vosm tisíc že jo a ještě chtějí aby tam erár dal ke každému ještě další 4 tisíce a tohleto, tak si myslím, že to, toto, samozřejmě to narostlo, ale fakt je že dnes doktor ti žádnej do posudkové nepude, protože už neexistuje obor, kterej by byl hůř placenej v medicíně že jo, to už i věci neklinický že jo a nebo když budeš dělat v laboratoři biochemii, všude budeš mít pravděpodobně já nevím jak to je ale pravděpodobně větší plat, čili víš to je to, to je to je to je zlý a je myslím, že to je, tam nahoře myslím, že tam nikdo se o to nestará že jo, že to je naprosto neúčinný, jak nějaký argumetování, já to samozřejmě nějak nesleduju, ale prostě to, já si nemyslím, že je to nějaká práce odpovědná jako operovat srdce nebo mozkovéj nádor, ale když ti za to dají prostě tolik kolik dají sekundářovi nastupujícímu do špitálu, který odslouží pár služeb ve špitálu, tak už to, tak se mně zdá že, prostě je to málo no...ne že bych to nějak to, ale nárůst určitě tady je.

30. Já jsem byl překvapenej, když jsem se vrátil, tedy po té přestávce, tak jsem byl překvapenej kolik věcí se nedělá se nedokumentuje, rozhodující nálezy měly být opsány, už se nepišou, nepíše se statut, znamená hlava, plíce srdce a tak dál, to se nepíše, to se psalo i u nepojistnejch věcí, to se nepíše, teď prosím tě nepíše se už teď výsledek sociálního šetření, kde bys prostě psala „to neudělá, to neudělá“ už tamto odpadlo asi je to ohromná úleva že jo a píšeš to vlastně jenom do toho posudkového zhodnocení, když chceš, že jo, ale stačí, nemusíš to znovu opisovat, což si myslím, že kdyby to šlo nějak zracionalizovat, kdyby se anamnestický údaje, který se uvádí v tom druhým chlívěčku že jo, nějak mohly propojit s diagnostickým závěrem, protože někdy je to naprosto stejný že, uděláš diagnostický závěr, podíváš se jaká je první diagnosa a ty ostatní tam opíšeš, ale

třeba ještě , já si myslím, že ta administrativní zátěž je menší než byla dřív, to rozhodně, to určitě rozhodně menší a to myslím pro nás...mně to neschází , ale kdyby někdo chtěl a vzal do ruky náš zápis , že jo a tohle , tak se nikdy nedozví , jaké lékařské nálezy tam byly, protože my ho už nepíšeme, že jo, je to pro nás jako, je to podle 9a nebo b že jo...to nevádí, píšeme samozřejmě ještě diagnózu , kde napíšeš , ale dřív jsi tam měla napsaný , jaký je EKG , jaký je ECHO , scintigrafie a já nevím všechno, to dnes tam nikde není že jo, dnes řekneš ano a oni ti musí věřit, že to tak je, ale aby si to někdo vytáhl, to by musel vidět ten spis že jo a to víš, čili to si myslím že je trošku to (nelibost) , že je možná trochu škoda, stejně to nikdo z toho jako nečetl, že jo , když to je to je , to ale dřív se opisovalo kdeco, no , takže ta zátěž já si myslím že je , já bych si to jako pochvaloval, protože jsem byl zvyklý psát toho tam spoustu a teď se to prostě psát nemusí že jo , ale já přece nejsem žádný lenoch a přitom mám pořád co dělat , že jo a ti doktoři, kteří jsou na obvodu, nebo třeba jako vedoucí má spoustu času stráví tímhle tím, téma poradama jako a podobně, takže já bych věřil, že to nemůže zvládnout, víš, že toho je moc no...

Slovo závěrem: že mě posudková celkem, že dělat posudkovou mně nevádí , nemám žádný pocit vyhoření ani marnosti ani ničeho podobného , že jsem rád, prostě že už to pomaloučku skončí a hotovo no , já jsem tady spokojenej , nebudu tam zdůrazňovat, že mám tady dobrý spolupracovníky, to každému říkám že jo a tohle , že mi každé vyhoví co potřebuju že jo, což je taky důležitý, že mě nikdo nedává najevo , že jsem prostě k ničemu a že a to , tak co , práci si udělám, já jsem spokojenej, že jo , ale myslím si, že posudková služba jako teda v současné době není teda jako na nějakým dobrým postavením a hlavně hlavně si myslím, že prostě, že je to , že prostě i to fungování , že prostě , že je to spíš takový udržování toho chodu , že to prostě není jako dřív , prostě vědělas, že to má určitě řád a že to podle toho řádu jede , že jo, kdežto dnes prostě takhle budeš dělat kontroly PN tak se nic neděje, když nebudeš dělat , když nesplníš normy , který oni stanoví, tak se taky nic neděje, nic se ti moc nestane a tohleto, čili proč se toto všechno dělá , dělá se to proto, aby se budilo zdání , že pořád to prostě ten obor kypí že jo , pořád se vaří a pořád to a nic se tam celkového nevytváří , prostě oni si vždycky něco vymyslí a vypadá to jako třeba nějaký zásadní problém a von to třeba žádný problém není, je to jenom proto , aby tam někdo ukázal, já jsem myslel třeba něco se mu zdá, že by bylo dobře nebo podobně, ale nakonec to k ničemu nebylo no..čili víš jako něco normovat , přece dřív nás taky

nenormovali a taky jsem to zvládli , udělali že a oni ti chtějí říct, že tě budou normovat, když to splníš tak podle toho budeš dostávat odměny , stejně to tak není...

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR S RESPONDENTEM – MUDR. 2

Lékařka LPS MUDr.“2“ - 2 atestace (pediatrie, obezitologie, posudkové lékařství)

Rozhovor probíhá částečně v autě, při jízdě na služební cestu, poradě LPS a částečně v kanceláři na oddělení LPS OSSZ .

1. Líbí se mi, že člověk může být užitečný v medicínských oborech a rozšiřuje si rozhled a práci si může rozvrhnout, propojení odborností, propojení důchodového a nemocenského a pojištění, přehled o soc. problematice , který neměl a taky není tolik problémových klientů, s takovými jsem se setkávala v minulém oboru a není problém se zdrav. pojišťovny, zpočátku jsem zde začala pracovat kvůli svému zdrav.stavu.

2. Situace je neutěšená, bojuje se s nedostatkem kvalitních lékařů, také častá změna předpisů, metodik, musíme vše znát, aby nebyl poškozen klient.

3. V některých dg. si myslím, že došlo k takové úpravě, která jde v ruku v ruce s moderními léčbami. Není potřeba invalidizace, dojde ke zlepšení zdravotního stavu, kloubní náhrady, operace, náhrady, kdy dříve paušálně invalidita na dobu 1 roku, ale přísná vyhl. 359, která nevyhoví klientům, kteří jsou léčeni pro vážná onemocnění: onkologie, roztroušená skleróza, střevní záněty na rozdíl od vyhl. 384.

4.+ i - . Myslím si, že ano, OZZ není potřeba, může napsat OL co může a nemůže. 3 stupňová invalidita, je dobře rozselektována, málo využitý invalidity 2.stupeň, málo se dává. OZZ – z toho člověk nemá nic, je to jen podpora na trhu práce. Měli by zohlednit i bez finančního příspěvku státu –nechala bych to tak.

5. Vyšší kontrola, třeba profesní dotazník je nedostačující pro doplnění , podklad .potvrzení podniku jakou práci vykonává + úvazek – vůbec se mi to nelíbí. Možnosti kontroly zaměstnávání inv. občanů v zaměstnání . Invalidní důchod není kapesné v plném úvazku. Byl špatně posouzen –někdo řekne, ale jestli agravoval (zvyšoval své problémy), ovlivnil lékaře, kteří vypracovali podklady pro posouzení, úplatnost odb.lékařů). PND – není čas, nedostatek lékařů na tuto činnost, promítá se v délce PN a v dávkách , je tím řešena nezaměstnanost, sociální problematika. PnP –využívání peněz – kupovat si služby-nevíme jaká je zpětná vazba. Měli by pečovat kvalifikovaní pracovníci –umí to, dokladovat fakturami, nemělo by být paušálně využito pro rod. příslušníky- „nakolik se starají“?. Měla by být smlouva, někdo nějakou službu nechce-buď ji nepotřebuje, tak ji zvládne asi sám.

Monitoring domácnosti, co by klient potřeboval, např.: koupelna- jestli by ji potřeboval a ne že se rozhodnou děti. Někdo by rozhodoval, pomáhal a podle toho by se účelně podávaly žádosti –otočit systém.

6. „Váhá“.....na odborné úrovni je, lékař má celkový přehled, každý je sice specialista na původní odbornost či zájem. Je to úplně něco jiného –„ ty neradíš“ – opačná role, nepomáháš se zdravím, co by měli dělat, chvíli mi trvalo, než jsem se naučila, že toto není moje role. Odborná ale je. Vše nejde pojmout, nejlepší je si ze základního oboru praktické lékařství,interna, pediatrie – všeobecný přehled

7. „Úsměv“ –myslím si, že není nezastupitelná, ale to je vize daleké budoucnosti, kdy by se dalo pracovat pomocí komputelizace a zadávání dat. Zavedla bych, kdy pomocí funkčních klasifikačních bodů, by mohl program zhodnotit zdravotní stav. Okódovalo by co člověku je, mohl by jiný lékař- rehabilitační pracovník, posudkový lékař je další mezičlánek, myslím si, že by se ta práce dala dělat jinak.

8. Práci lékaře ne, nemá zdravotní vzdělání, nemůže zhodnotit vývoj nemoci, jak dlouho bude trvat léčba, nezná medicínské postupy – určitě ne. Doplňující otázka – vyhodnocení na základě počítače, tak by musel být velmi dobře vyškolený, proškolený. My dva roky víme onkologický pacient, víme jak dlouho bude léčba, co na tom chce soc. pracovník zjišťovat. Pokud by soc. pracovník jen ve spolupráci s PL, byly by podklady takové, aby byla dávka přiznána.

9. Na našem oddělení nebyl zaznamenán ani v prvním roce, kdy docházelo ke změnám, v jiných okresech co slyšíme, je to spíše nárustem psychiatrických onemocnění, ale ne změnou vyhlášky. Měla jsem zatím dobré zkušenosti. Daly se čekat, ale nebyly.

10. Média se o naše oddělení nezajímala. Ostatní okresy negativní informace získané od klienta, který hodnotí subjektivně a v televizi jsou podány jinak než ve skutečnosti – viz.Karviná. Paní měla ... ale ve skutečnosti to tak nebylo. Negativní a není to pravda.

11. Práce lékařů se zefektivnila na úkor zátěže referentek. Není to lepší, zatěžující , je toho hodně, nejde aby jeden lékař dělal buď pojistný nebo nepojistný, neznal by návaznost, souvislosti. Závislost a mobilitu, proč má to a nemá to. Efekt to nepřineslo, nebyl dosažen jednotný posudek, jak bylo plánováno pro veškerou agendu. Naopak i regrese zpět k tomu, co už tady bylo –průkazy, které vycházejí z MV byť s malou změnou.

12. 54 let...smích...

13. Veřejnost si nás plete s revizním lékařstvím. Domnívá se, že jsme příliš přísní, ale někteří zejména ti inteligentnější klienti chápou, že musíme dodržovat předpisy. Celkový pohled si myslím, že je negativní a dělají to média zejména televize, jinak se ani se o ní nic neví.

14. Vyhláška je obsažná, obsahuje všechny skupiny zdravotní postižení. Sestavování proběhlo za účasti odborných lékařů. Připadá mi rozsáhlá, že tam můžeme najít odpovídající ohodnocení. Nebojím se, že by se tam nějaká nemoc nenašla, kam by se to dalo zařadit.

15. Obavy máme, někdy se dá vyčíst i z dokumentace, že klient může být nebezpečný. Opatření nemůže být nikdy dostačující. Většinou se jedná o spontánní reakce psychiatrických pacientů. Je dobré, že se to na veřejnosti oznamuje, že se ví, že ta práce je jako jedna z mnoha riziková. Klient nepochopí nebo mu není vyhověno, je to jak u učitele. Díky těmto případům, se začalo o ochraně úředníků více mluvit, ale nedá se úplně ochránit, přepážkové pracoviště-ale to nejde třeba při vyšetření klienta. Lékař by měl být anonymní pro klienta – posudek odeslat až po vyšetření- meziokresové posouzení. Může si mě najít, ví, kde bydlím.

16. Plánuji, ale očekávám organizační změny k lepšímu, hlavně nastoupení služebního zákona.

17. Vyhovují, můžu si zorganizovat práci, spolupráce s PL, zvaní klienta, mohlo by být útulnější pracoviště, modernější, služební telefony, notebooky, propojení pokud jdu k PL, abych mohla z ordinace kontrolovat program posudky. Technická podpora. Bezpečností opatření mi chybí, máme malé pískátko a to je na nic. Pepřový sprej nemohu použít.

18. Měla by být cílená propagace, nabídka, finance nedosahují jako jiní lékaři. Mají 3-4 specializace a ohodnocení neodpovídá nemocnicím. Zpoplatnění opakované žádosti, při množství žádostí nic jiného než lékař, který má na to více času a dodržuje pracovní dobu.

19. Já si myslím, že ano, protože v letošním roce byl znova zaveden statut osoby zdravotně znevýhodněné a tím přibylo posudkové službě hodně administrativní práce nejen pro lékaře ale i pro referentky, které ještě pracují se zvláštní databází a vykonávají v podstatě zadávání OZZ duplicitně, takže odpověď jednoznačná „ANO“.

20. Pokud by měli lékaři pracovat samostatně a referentky nějakým způsobem spolupracovat ať už pod jakoukoliv institucí myslím si, že by to, sice není to špatná myšlenka, ale že by to bylo poměrně komplikované, protože lékař nemá k zpracování

agendy jenom pojistných a nepojistných systémů vlastní posouzení zdrav. stavu, ale jsou tam ještě další činnosti jako třeba posuzování pracovních neschopností, zpětné vystavení pracovní neschopnosti, myslím si, že by to bylo organizačně velmi složité a zatím na to nejsme připraveni.

Nejsou všichni lékaři morálně na tom, že by vycházeli všem vstříc. Takto máme nad sebou nějakou kontrolu. Možné by to bylo, ale programové vybavení, jiný okres, byl by to spíše byznys.

21. Největším problémem si myslím, že je otázka získání posudkových lékařů, jejich dostatečná kvalifikace a že lékaři posudkoví jsou čím dál vyššího věku a jestli jim taky vůbec umožní služební zákon pracovat nad 70let, kdy věk posudkových lékařů, protože možná ¼ nebo snad 1/3 lékařů už je důchodového věku – jsou to lidé se zkušenostmi a mladí si nechtějí dělat atestaci, chtějí, vyhovuje jim práce pod dohledem a těch kvalifikovaných lékařů, kteří mají atestaci z posudkového lékařství nebo certifikovaný kurz ubývá

22. Posuzování nepojistného systému je nějak v současné době nastaveno a nemělo by se asi příliš měnit, protože těch změn už bylo v posledních 6ti letech hodně po které pracuji v posudkové službě ne vždy to bylo ve prospěch klientů...ve prospěch klienta a průhlednosti toho systému, protože pro přiznávání třeba průkazu nebo příspěvku na péči a jejich trvání na dobu platnosti a potom má třeba úřad práce i nějaká další kritéria, přechází se z jednoho systému do druhého s platností jednoho posudku a není to jasné někdy mnohdy lidem a i pracovníkům a musí se orientovat ve změnách které nastaly, takže to jednoduché rozhodně není, systém bych nechala nastavený jak je v současnosti, raději bych ho už neměnila....myslím si že dobré to není nikdy, ale (smích) dokonalost asi v tomto nebo spravedlivost naprosto nikdy nedosáhneme, pracuje se s člověkem s měnlivými stavy, ale tento systém bych hodnotila jako dostačující, vrátili jsme se třeba v posuzování průkazu osob se zdravotním postižením v podstatě k systému, který byl před hodnocením podle jednotlivých mobility a orientace a vrátili jsme se v podstatě k systému mimořádných výhod s nějakou úpravou, jako postoupili jsme o kousek výše v kruhu, tady si myslím, že ty průkazy jsou teď hodnoceny spravedlivě, posuzování příspěvku na péči je také dostačující, ale mohlo by být asi více kontrolováno využití toho příspěvku na péči i na adresnost toto by se mělo asi více dohlížet, ale to už není problematika posudkové služby.

23...pousmání... no o odstup se snaží, ale člověku to nedá, o pacientech , klientech přemýšlí i doma pokud má druhý den jít na jednání kdy si něco den předem připraví v počítači podle dokumentace , tak uvažují jestli přece jenom to není ještě jinak, jestli mám zohlednit další faktory a jestli by nemohl přece jenom postupovat lépe , jestli by třeba ten člověk neměl být více zvýhodněn nebo naopak jestli použít třeba při hodnocení invalidity i položku kde odečítáme procentní hodnocení míry poklesu , myslím si že o tom dost uvažují a snažím se to nedělat...

24. Myslím si, že vycházíme s praktickými lékaři i sociálními pracovníky velice dobře, protože jsme se s nimi postupně i osobně seznámili a to je úplně nejlepší. Poznat a pohovořit si o problémech, udělat si společnou schůzku a potom už vlastně pokud víme jaký mají náhled na věc proberou se problémy, které by se po telefonu nebo písemně původně řešily složitě, myslím si že jsme je poznali, lékaře i sociální pracovníky i ty se kterými komunikujeme písemně a je to tak asi dobré...mám pocit že nemáme žádné , bych řekla teď konflikty nebo nejasnosti , v něčem jsme si i práci usnadnili , víme o kterého lékaře co můžeme čekat, kdy a jakou kvalitu a nebo jsme se dohodli na nějakých postupech třeba sociální šetření má být formulováno aby mohlo být lépe posuzováno příspěvku na péči.

25. práce referentek posudkové služby je poměrně náročná a myslím si, že referentka v posudkové službě je činnost, je zaměstnání, které nemůže vykonávat každý, protože musí být tak trošku manažer , musí dokázat zorganizovat pozvání klienta , komunikace s úřady, s úřadem práce s dalšími odděleními na okresní správě ať už je to nemocenské , důchodové oddělení a velice rychle se v této pozici pozná zhruba v období 2 měsíců, jestli člověk na tuto pozici je vyhovující a musí dodržovat zásady etického kodexu , musí se umět chovat ke klientovi , komunikovat telefonicky , písemně a na tuto pozici by mělo být vypsáno výběrové řízení s pořádnou selekcí a na našem oddělení si myslím, že i ti kteří jsou v práci, tak svou práci zastávají.

26. Myslím si, že na syndrom vyhoření je ještě brzy , ale si to vyvstane jako při každé práci, kterou člověk dělá dlouhodobě a má pocit, že dělá, prostě, že už ji zná , že ji má v malíčku a očekávala bych ho po desíti spíše po 15cti letech práce možná i dřív , po deseti po zkušenosti z předchozího zaměstnání a při syndromu vyhoření bych si asi hlavně dávala pozor na to , abych neudělala nějakou zásadní chybu i když tady si myslím, že vlastně nepracujeme s akutními stavy , je tak zásadní chybu asi udělat nemůžeme. Opakují se dost

často některé diagnózy, víme které jsou nejčastější příčinou invalidity , na ale musí to člověk vždycky vzít z té stránky, že vlastně se tím učí , srovnává jednotlivé diagnózy , je to postižení pohybového aparátu , bolestivý syndrom páteře a psychiatrická onemocnění, takže je v tom zase zběhlejší , ale syndrom vyhoření určitě nastane a myslím si že u každého , to zvládne samostatně nebo k tomu potřebuje i nějakou odbornou poradenskou pomoc....zatím jsem, si myslím, že ne , v tomto zaměstnání se mě ještě nedotknul...

27. ..hmm. Benefity nejsou moc veliké, stravenky (smích) byly malinko navýšeny , ale když jsem nastoupila do tohoto zaměstnání , tak existoval ještě příspěvek na penzijní připojištění a byt malý, ale ve většině zaměstnavatelů i v předchozím zaměstnání byl příspěvek vyšší a teď už na české správě není příspěvek žádný už několik roků , takže tam bych navrhovala znovu vrácení, navrácení toho příspěvku na penzijní připojištění od zaměstnavatele, zvláště od organizace , která pracuje , je vlastně sociální pojišťovnou

28. Myslím si, že je to absolutní nesmysl , protože se posuzuje vždycky něco jiného, posuzuje se průčeschnost v nějakém konkrétním zaměstnání, v nemocenské oblasti nemocenského pojištění v důchodovém ještě je to míra poklesu pracovní schopnosti, posuzování starých lidí , příspěvky jsou převážně příspěvky na péči a to se týká soběstačnosti , zajištění sebezpečí a příspěvek, třeba posudek na průkaz je také má svá určitá specifika, takže si myslím, že je to nesmysl a pokud budou zase nějaké další návrhy v tomto smyslu, tak nevím zda by to vedlo do budoucna k něčemu co by se nemuselo napravovat . Tak schémata se dají vymyslet , myslím, že by se dala vymyslet i schémata i na invaliditu, všechno se dá nějak...udělat z toho nějakou kostru , dá se třeba, těch schémat...myslím si, že by to šlo , ale těch postižení je tolik , že invalidních v prvním stupni může být až už je to psychické postižení či postižení funkce horních končetin či dolních končetin což zase má potom vliv samozřejmě na třeba na posuzování průkazu poměrně značný na rozdíl ve výsledku toho posudku , myslím, že by to bylo hodně složité schéma, ale možné je všechno...(smích)

29. Nárůst počtu žádostí jsme zaznamenali i v loňském roce, právě kdy byl zaveden v loňském roce statut osoby zdravotně znevýhodněné a ubývá trochu počty žádostí o invaliditu, ale sumární nárůst počtu žádostí ke konci roku 2014 je veliký zhruba o tisíc posudku na naše oddělení zpracovaných více než v roce předchozím a ohodnocení adekvátní určitě nebylo.

30. Jak vyplývá z předchozích otázek a následných odpovědí, tak si myslím, že to rozhodně

Slovo závěrem: Povzdech....myslím si, že všichni, kteří pracují na posudkové službě ať už jsou to lékaři i referentky jsou osoby poměrně statečné, obětavé a trpělivé a není jim jedno jak vlastně , ...(váhání)...jaký výsledek je pro klienta, rozhodně se snaží udržovat takzvaný proklientský přístup, zhruba když někdo je opravdu nemocný, tak dokáží pracovat s dostupnými zákony i vyhláškami tak, aby tento člověk získat vlastně nějaké benefity, nějaké zvýhodnění , dávku, která mu patří a opačně, že jsou to lidé na svém místě.

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR S RESPONDENTEM – MUDR. 3

Lékař pracující již 5 rokem v polovičním úvazku na LPS. Současně pracuje jako praktický lékař ve svých dvou ordinacích. MUDr. „3“ – 3 atestace (pediatrie, praktické lékařství, interna)

Rozhovor probíhá v kanceláři na oddělení LPS OSSZ.

1. Pracuji zde proto, abych si přivydělal a využil svých zkušeností, které jsem nadobyl po dobu své praxe a taky proto, abych uplatnil znalosti na úrovni 3 atestovaného lékaře.

2. Aktuální situace na pracovišti je docela dobrá, ale akt. situace celé LPS je strašná, nechápu proč jak někdo v takovém oddělení jako je LPS může stanovovat nějaké plány a může stanovit nějaký počet posudků, které máme vytvořit za nějaké období, každý posuzovaný klient je úplně jinačí a já si taky v ordinaci a to mám dvě si nemůžu rozdělit klienty podle času, že s každým strávím 10min, s jedním strávím 20min, s jiným 5min s dalším strávím půl hodiny a proto nechápu jak může někdo stanovit takovou věc jako je normoposudek a určit mi dobu, kterou mám strávit nad posudkem, nad některým strávím hodinu nad některým 20 minut

3. 3 stupňová invalidita je lepší, je typ posuzování, protože se dají lépe vlastně ohodnotit a lépe se dají stanovit ty procentní ztráty pracovního potenciálu než tomu bylo u 2 stupňové invalidity, 3 st. inv. souvisí taky to, že došlo k přepracování tabulek s kterými posuzujeme od r. 2010 a v těch tabulkách a to nevím jestli bylo málo připomínek, protože naše připomínky vůbec nebrali v zřetel, protože jsou kapitoly, kdy se jedná o závažné onemocnění jako jsou třeba onkologické stavy, kde si myslím že ty tabulky jsou hrozně přísné a na rozdíl jsou zase v jiných kapitolách docela benevolentní ty rozmezí

4. No bylo to určitě dobrým krokem, protože když někoho posuzuju a vlastně už máme 3stupně invalidity tak nechápu proč bych ještě měl posuzovat další kategorii osoby OZZ, myslím si že všichni kteří vlastně byly posuzování ti klienti a měli menší procento snížení prac. potenciálu než odpovídalo I.stupni invalidity by měli automaticky statut osoba OZZ a už by se o to nemělo žádat, mělo by to skočit automaticky.

5. Co bych změnil? Určitě bych změnil, celou věc, celý pojem normoposudek, to je nesmysl všech nesmyslů, jak jsem už říkal každého klienta posuzujeme individuálně, nad některým strávím takový časový úsek nad některým strávím delší časový úsek, ale hlavně

nemůžu plánovat tady v tomto odvětví, to se nedá plánovat kolik daný lékař zpracuje posudků a kolik jich vypracuje a kolik nevypracuje. Měla by se hodnotit kvalita posudku a ne to kolik těch posudků daný lékař vypracuje a taky si myslím, že by se mělo zohlednit to na jaký úvazek je lékař zaměstnán a taky by se měl zohlednit přístup toho lékaře k posuzovaným klientům.

6. Práce posudkového lékaře je velice odborná práce, protože abych mohl posuzovat musím mít atestaci ze základního oboru + se doporučuje ještě atestace z posudkového lékařství, myslím si, že tato atestace by mohla nahradit nějakým odborným školením, vůbec by nemusela být zakončena atestační zkouškou, práce posudkového lékaře se prolíná všemi medicínskými obory, takže ro může dělat pouze lékař s dlouholetou praxí, který zná základy všech onemocnění.

7. Myslím si, že LPS je důležitá v tomto systému, protože to má určitý jako celek, má to určitý řád, určitou formu, která se dodržuje, teoreticky by se dalo nahradit nasmlouvanými lékaři, kteří by mohli pro LPS vypracovávat tyto posudky, ale při tom pracovním nasazení těch externích doktor by to docela utrpělo na kvalitě těch posudků a už by to byla spíš taková jen úplně papírová práce a už by to nebylo o těch lidech a už by to bylo na kusy posudky a už by nestíhalo dělat, zvat třeba komise při tom kvantu těch žádostí by to ti nasmlouvaných lékaři vůbec nestíhali.

8. Soc. pracovník může velice pomoc posudkovému lékaři, ale záleží na tom o jaké pracovníky se jedná, pokud se jedná o prac. přímo LPS tak to je velká pomoc pro posudkové lékaře, ale mnohdy se stává, že vlastní posudky, které přijdou od terénních soc. pracovníků, už samostatné posudky jsou nadhodnocené, už jen tím jak, myslím si, že spousta lidí v tom domácím prostředí nějak přehrává svoje problémy a působí nějak na ty city soc. pracovníků a ty pod nějakým nátlakem, ne ani těch lidí, ale těch rod.příslušníků tam prostě píšou, sdělují takové informace, které často nekorelují s nálezem, který přijde od praktického lékaře. Ne to vůbec ne, to nejde, ne to by nefungovalo, vůbec, nefungovalo by to, ne ne, rozhodně ne, Obodované tabulky to ne -to si můžeš typovat kdeco.

8. Mně se teda nezdá posuzování klientů nárůst nějaké agresivity, já jsem se s tím nesetkal, protože já se snažím neprovokovat, někdy sice něco použiju a pak je mi líto, že jsem použil tyto věty, takže se do nějakých slovních potyček se s nimi nedávám a hlavně se jim snažím vysvětlit, že LPS tady není na to aby lidem hledala práci, na to je úplně jiný orgán, který to

dělá, což je ÚP a my je posuzujeme, podle toho jaké mají postižení k dané profesi, kterou vykonávali nejdelší dobu a že neseženou práci už nás v uvozovkách nezajímá, my tady na to nejsme abychom jim hledali práci, tak to snad jediný zádrhel s kterým se setkává u toho posuzování.

9. No já teda média a televizi vůbec nesleduju a takže ten zájem médií ani nevím co se tam v televizi děje, ale když sem tam něco (smích) vidím, sem tam když to zapnu tu naši bednu, tak to vyznívá tak, že LPS nestojí vůbec za nic, ti lékaři jsou úplně hrozní, chtěli by nechat chodit lidi bez noh a proto je to prostě šílené, prostě ta LPS je úplně tak degradovaná před tou veřejností, jako bychom byli nějací nevím co. Jako bychom byli někde jako v pracovní táboře a třídili lidi ty můžeš ty nemůžeš, hlavně ty a říkali jim ale ty půjdeš, ty půjdeš dělat ...asi tak

10. Vůbec ne, vůbec ta změna nevedla vůbec k ničemu, nevedla k ničemu, vedla jen k nárůstu žádostí a všech dalších věcí, vůbec to nevedlo k ničemu.

11. 44... lakonická odpověď, nedávno mi bylo 40...smích, táhne mi na 50

12. Veřejnost vnímá LPS velice negativně, protože veřejnost si myslím že LPS je od toho, aby lidem odjímal invalidní důchody, vůbec jim je nepřiznávala a že jsme vlastně placeni za to, že čím méně těch invalidních důchodů jim přiznáme, tím více peněz ušetříme našemu státu a z toho pak dostaneme tučné prémie...tak jsme vnímání veřejností

13. No v určitých bodech těch vyhlášek..no jsou tam určité sporné body, ale v tak 90% je to dobré, jako nálezy co lidé donesou, většinou ty nálezy odpovídají a sekáme se i s tím, že posuzovaný donese celý stoh nálezů od různých odborností a pak se domnívá, že mi to sečteme jak v matematice 10,20,30%, 50 a 60% a dostanou plný invalidní důchod, nechápou že se posuzuje jen ta choroba m která nejvíce snižuje pracovní potenciál a pak se k tomu může přidal max. 10% navíc jo, čemu to odpovídá, ale problém je s tím, že často ti posuzování nemají u sebe ty nález z odborných ambulancí a vymlouvají se na to, že pan doktor slíbil, že to pošle PL, a že oni mu všechno odevzdali a pravda je potom úplně někde jinde, protože oni vůbec od odborného lékaře ani žádnou zprávu nedostanou, což neví od kdy už to platí, že odborný lékař při každé návštěvě pacienta je povinen a měl vypracovat právu o ambulantní ošetření a vyšetření a poslat ji buď zdrav. zařízení, které registruje pacienta nebo přímo tomu klientovi do ruky.

14. Já velké obavy z napadení nemám, protože posuzované neprovokovat a myslím si že ty případy toho napadení už nezačínají být ojedinělé, že jich přibývá a to souvisí s dnešní dobou a s ekonom. situacím, protože u spousty lidí je inv. důchod jediným zdrojem financí toho klienta a pokud by o něj měl přijít , čili by měl být odzván , či by při žádosti nedosáhl na inv. I.stupně, tak oni vlastně ti posuzovaní neví co budou dál děla, oni jsou v takové pasti a v některém případě jednají tak zkratkovitě, pak dojde při nějaké menší zdánlivé provokaci, při překročení nějakého toho prahu k napadení, agresi.

15. V žádném případě nepozoruji syndrom vyhoření, protože práce posudkového lékaře není jedou prací kterou mám v medicíně, pak ještě mám pracuji normálně na obvodě, mám 2 ordinace, taktéž je to takové zpestření a rozšíření spektra toho co dělám, takže v žádném případě na sobě nic nepozoruju.

16. Rozhodně.

17. Pracovní podmínky jsou dostatečně dobré, ale mohly by se zlepšit v některých věcech. Měli bysme mít lepší počítačové vybavení, lepší tiskárny a vůbec jako trošku víc bysme měli jít s dobou v to technickém zázemí. Nejenom, že jsme odstranili mechanické psaní stroje a přešli jsme tedy na počítače, klávesnici a trošku by to chtělo zmodernizovat. Pracovní mobily.

18. Zlepšil bych situaci tak, že bych snížil počet vedoucích pracovníků, nevím proč musí mít ředitel nějakého odboru svého náměstka, jo..udělal bych vedoucího nějakého odboru, náměstky bych zrušil, prostě bych úplně sestříhal toho pavouka, myslím, že pro Moravu by stačil jeden řídicí pracovník, pro Čechy by byl druhý řídicí pracovník, který by to měl na starost a hlavně bych zrušil, ne snížil tu rozbujelou administrativu, která panuje v Praze na ústředí LPS.

19. No to pociťuju nárůst práce, hlavně tím, že se zavedly nesmyslné žádosti ohledně OZZ, dříve mobilit, průkazů a další a hlavně bych nějak omezil možnost klientů, aby si několikrát ročně žádali o určitý druh posouzení, připadá mi nesmyslné když jeden měsíc posoudíme klienta a za 2 měsíce si žádá znovu o posouzení i když nedoloží k tomu žádné odborné zprávy, které by nějak dokumentovaly , že došlo ke zhoršení zdrav. stavu toho klienta.

20. Nedokážu si to představit, protože nechápu jakým způsobem by byli ti lékaři pracující jako OSVČ jako placeni z čeho, jestli by je platila, jestli by je měla platit Česká správa

podle toho kolik teďka platí praktickým lékařům a odborným ambulancím za vypsání nebo sepsání podkladů k žádosti klientů, tak to by se ti lékaři OSVČ vůbec neuživilí.

21. Největší problém současné LPS je přebujelá administrativa, zbytečné posuzování ohledně osoby OZZ , to se dá spojit s posuzováním ohledně invalidity, nekonečné vypisování žádostí ohledně stupňů závislosti a opakované vlastně opakované žádosti během 1 roku u jednoho klienta.

22. Nepojistný systém to je kapitola sama o sobě, snížil bych, v prvním případě bych snížil dávku vyplácenou těm žadatelům a tím pádem si myslím, že by klesl i zájem o to aby byli posuzováni. Příspěvky na péči jsou kapitola sama o sobě, já bych u příspěvku na péči pokud by nějaký stupeň měl klient přiznaný v žádném případě bych nehradil vlastně hotovostně, dělal bych to tak, že bych těm klientům vypsál nějaké poukazy a ty potom vyměňovali za služby, které by využívali pro danou sobou, která má přiznaný určitý stupeň závislosti a ne že by se vyplácela finanční hotovost. A myslím si, že kdyby se takovým to způsobem provedla tato změna /malá změna/ tak by došlo ke snížení zájmu o to, aby si lidé žádali o posouzení ohledně stupňů závislosti. Jen udělat jednu věc, prostě vyměnit finanční obnos hotovostně za u dalších nějakých sociálních služeb s tím, že až těm soc.službám by to bylo uhrazeno na základě nějakých poukazů, které by předali ti klienti.

23. Žádným případě si nemůžu udržovat odstup od své práce v soukromí, neříkám, že klienti tady ale normálně pacienti mi telefonují a konzultují to se mnou v sobotu v neděli, svátek –kdykoli je napadne.

24. No sociálního pracovníka, já se vlastně se soc. pracovníkem se setkám jedině, tak že čtu posudek , který vypracuje když je na místě toho v domácím prostředí toho klienta, který si žádá o určitý druh posouzení, jinak se soc. pracovníkem vůbec nepřicházím do styku, jo a mnohdy i je skupina soc. pracovníků, kteří nějak nadhodnocují to postižení klientů a to se pak dá řešit individuálně s jejich nadřízenými a nějak domluvou nebo toto. S praktickými lékaři mám dobré vztahy a dobrý kontakt.

25. No je rozdíl referentka a referentka, některé ref. to prostě berou jako nějaký časový úsek, který musím strávit na pracovišti, aby mi bylo zapláceno, ale to se hnedka pak pozná, když prostě dojed, dá se to poznat. Chybí některé spisy, nemůžem najít odborné vyšetření, nebo ti klienti, vyžadují se některé věci po lhůtách, čas se nesplní a tak dále, no

a některé ref.to berou opravdu jako ne, že nejsem v továrně, kde odpracuju 8 hodin a prostě na to jdou svým srdcem atak, trošku toho lidství do toho dají.

26. Ne – nevím o něm.

27. No jestli si ČSSZ myslí, že ten benefit příspěvek na stravu je velký benefit, no tak to je snad jediný benefit, který máme jako LPS. Jo protože i ty školení, na které máme jezdit jako většinou, koho zrovna seženou, tak tam přijede, nejsou schopni nám zaplatit i tu stravenku a já si musím vzít dovolenou, jedem na školení, na které je vlastně povinné a zaměstnavatel tam není ani schopen uhradit stravu.

28. Jako jednotný posudek –no dobrá myšlenka, ale nedokážu si v praxi představit jako by sto provádělo, no to by mohlo být, to je, není to špatný nápad jednotný posudek. Jednotný posudek je komplexní zhodnocení všech možných kritérií u klienta , akorát by se museli upravit 3 další programy, které , vůbec jako pracovat s těmito programy je velice zajímavé, nevím kdo to vymýšlel tyto programy , ale ta firma tu by měli zavřít tamty co to vymýšleli, protože sice nakonec se dostaneme ke kýženému výsledku, ale ta cesta je někdy velice dlouhá než se dostaneme k určitému výsledku.

29. No to je, naše práce? Ta vůbec není adekvátně ohodnocena, v žádném případě, na to co všechno ten posudkový doktor musí vědět a znát, vždyť tady nemůže nastoupit absolvent lékařské fakulty, protože ten by to nemohl dělat v žádném případě, takže vůbec ne, práce je podhodnocena a největší nesmysl je normoposudek, plánování kolik takových normoposudků se má vytvořit na daném pracovišti, toto je největší hloupost a potom další hloupost je to, když někdo pracuje nad normu tak mu ještě přidá další práci z jiného okresu, když zvládne nad normu, tak může zvládnout další okres – další hloupost.

30. Tento záměr se v žádném případě nepovedl a budu se těšit až se toho záměru někdo ujme , doufám, že se toho ještě dožiju.

Slovo závěrem:

Na závěr bych popřál všem hodně zdraví, aby vůbec nepotřebovali LPS a nezatěžovali svými žádostmi.

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR S RESPONDENTEM – MUDR. 4

Lékař dlouhodobě pracující v LPS, dříve pracoval ve vedoucí funkci, ale kvůli svému zdrav. stavu nyní pracuje pouze v nižším úvazku, při kterém pobírá invalidní důchod II.stupně.

MUDr. „4“ - 2 atestace (ORL , posudkové lékařství)

Rozhovor probíhá v kanceláři na oddělení LPS OSSZ.

1. No tak je to práce s lidmi..rozebíráme zdravotní stav, tak někdy ...někdy to bývá i docela zajímavý ..ehm, dělám to kvůli tomu, že to není operační obor, protože to jsem kdysi dělal a to mně moc nevyhovovalo..no ,, odmlka“...myslím si, že je to moje parketa.

2. Tak já myslím, že ta situace dlouhodobě není personálně dobrá, ehm, ehm, ti posudkoví lékaři chybí docela dost, ty platy jsou teda taky nižší než teda jinde ve zdravotnictví i když já si zase nijak, nijak neztěžuju, já myslím, že to zase tak nejhůř placený není, no občas mě někdy vadí změny v tom posuzování, tak jak jsme třeba posuzovali mimořádné výhody, potom se zase na nějakou dobu zrušily, teď to zase jako průkaz OZP to zase obnovili, Takže si myslím, že by se mělo více přemýšlet, co sedá použít z minulosti a co měnit a co neměnit... - jinak jsem spokojenej.

3. Jo takže od toho roku 2010 je to třístupňová invalidita, tak si myslím, že je to lepší, že se to posuzuje takhle dobře, dřív jak to bylo jenom dvoustupňový, byl jenom plnej a částečnej důchod a teďka se mi to myslím posuzuje dobře jak je to rozdělený na ty 3 stupně.

4. Hmm...no tak jako OZZ si myslím, že je zbytečnej institut, že by se to tedy mělo spíš zrušit a ty jak vidíš, tak nějakou dobu to teda bylo, nejdřív bylo ZPS, pak byla ta OZZ a naopak teď nějakou dobu, je kolik roků to teď není vlastně ta OZZtka?Že by 2009 já už teď nevím..od 2010 jo? Jak s tou invaliditou jak to bylo no , teďka to zase vrátili zpátky a já to celkem nerad posuzuju změněnou pracovní schopnost...není moc čeho se chytit..hmm, většinou to tedy všechno přiznáme snad než na nějaký úplně výjimky i v minulosti úřadu práce to prostě všechno to přiznávali, bylo dobrým krokem, že se to tenkrát zrušilo

5.Jako všeobecně? Hm hmmm hmmm, no já myslím, že to celkem odpovídá potřebám teďka, já bych celkem až na tu změněnou pracovní schopnost bych asi neměnil nic...ne já bych to asi neměnil...

6. Tak myslím si, že tam je potřeba mít takovej nějaký všeobecný rozhled v medicíně no a navíc taky máme ještě nějaký znalosti v tom právním řízení nebo musíme mít při tom posuzování, no ale myslím si že jako oproti jiným oborům hmm, že přece jenom trochu degenerujeme, že nejsme v té klinické medicíně vlastně ty pacienty neléčíme, nepředepisujeme jim žádný léky a zaměřujeme se na to naše posudkové na to funkční zhodnocení toho zdravotního stavu, takže kdyby ses zeptala jestli myslíš, že jsme spíš lékaři nebo státní úředníci, tak si myslím, že jsme spíš státní úředníci...no jsme jakš takš na úrovni jsme, ale občas konzultujeme s kolegy posudkovými a jednak občas zavoláme...zavoláme třeba i tomu praktikovi nebo tomu odbornému lékaři, aby nám to vysvětlil v některých oborech třeba telefonuju když si nejsem jistý třeba v očním, jako v očních nálezech nebo jinak, myslím, že z 90% na to odborně máme, těch 10 se musí nějak doladit, nebo jak bych to řekl...no.

7. Myslím, že je nezastupitelná, kdysi byla taková otázka jestli třeba by to nemohl posuzovat třeba právník, který by si udělal medicínský minimum, myslím, že tohleto by si neprošlo, je lepší když to dělá lékař a má nějaký to právní minimum, myslím, že bychasi nedoporučoval zrušení nějak té LPS, nevím jak to teď plánuje paní ministryně Marksová, ta chtěla nějak nechat, že bychom neposuzovali příspěvek a péči, slyšel jsem kdysi takovej názor, no ale mně se to moc nezdá, hmm...práci posudkového lékaře nemůže nahradit soc.pracovník, to v žádném případě, ne, no tak protože není...není lékař, tam se to posuzuje následně podle diagnóz při nějaké diagnóze, kdy jiné postižení než při diagnóze další a myslím, že to soc.pracovník měl by dělat tu svou práci, že si popovídá s tím dotyčným, udělá o tom zápis a potom, je teda ještě potřeba lékař, který ten zdrav.stav posoudí je to část posudku, a jde o to jestli s tím souhlasí nebo nesouhlasí, nebo částečně nesouhlasí...no a kdyby byl nějaký program a v tom by obodoval nějaké body a vyskočil by mu stupeň závislosti...ne to by nebylo by to dobrý.

8. Myslím si, že všeobecně je a já s tím osobní zkušenosti nemám, já se snažím s těma lidma zbytečně je neprovokovat, mluvit s nima, neříkat toho zbytečně moc, co nějak asertivně si s nima popovídat, aby oni neměli důvod tě napadat, všeobecně si ale myslím, že je, protože to slyším z ostatních třeba správ a tak no..

9. Myslím si, že se vyjadřují kolikrát nesprávně a nekompetentně, že tam říkají věci, který nemají přesně zpracovaný ze zákona a ta formulace to co oni říkají, tak to neodpovídá sku-

tečnosti, oni řeknou, že je dotyčný byl poškozen, když je na invalidním vozíku a posudkový lékař mu sebral příspěvek na péči.

10. Často. No změny byly k lepšímu, akorát by se toho mělo víc posuzovat v přítomnosti si myslím, ale protože je málo posudkových lékařů a není na to čas tak to nejde, takže si myslím, že ta práce je zatěžující určitě, protože musíš lidem vysvětlovat, proč něco nedostanou a je to je to nepříjemný, no a určitě i množství práce je větší, protože prakticky nestíháme jezdit do ordinací a krátkodobou děláme po telefonu a to není zrovna ideální

11. 49 let, no ještě ne za 2 měsíce...smích

12. Myslím, že pod vlivem médií nás veřejnost moc neuznává a možná z nás nic nemají, myslím, že nějakou autoritu nebo nějakého uznání se dočkáme jen jenom vyloženě málo, je to neatraktivní povolání

13. Já myslím, že je, já myslím, že je to dobře udělaný, a podklady no tak v 70% je to doložený většinou dobře no a těch dalších 30 si můžeme vyžádat, můžeme odročit a vyžádat si doplňující nález, nový nález

14. No tak mám obavy ale jenom přiměřeně, jako nějakou fobii z toho nemám, a k medializujícím případům, jak napadli posudkovou lékařku v Klatovech, tak tam je to dobře, aby se o tom vědělo, tak zas abychom neříkali, že média dělají zas tak všechno blbě, takže to si myslím, že je docela na místě.

15. Hmm, zatím ne...

16. Co mně zbývá..ne..jako plánuju, tak chtěl bych no...

17. No mně celkem pracovní podmínky vyhovujou...jojo, cítím se ve svém zkráceném pracovním úvazku se cítím zatíženější tak akorát, není to tak, není to tak, že bych to vyloženě nestíhal a že bych toho chtěl dělat víc, to taky nemůžu říct, jsem spokojenejší, nic bych neměnil...jo to se týká i stravenek? Jo tak to jo...

18. Situace mi vyhovuje, vlastně není co zlepšit...tak chtělo by to zaměstnat více posudkových lékařů a aby se to vyplatilo, že by byl čas na krátkodobou, ošetřovné a tak...a jak bych je získal..no musely by se zvýšit platy.. hlavní asi důvod

19. Ehmmm, pocítuju, no pocítuju, ale tak zas výhodný je že se to dělá už na počítači od r. 1999, no a že se to v určitým směru hodně zrychlilo, některý ty co už jednou projednaný případy se přetáhnou do těch nových

20. To si myslím, že ne, že by to nebylo dobře, já si myslím, že by to mělo být mělo být jako, že bychom měli zůstat jako státní úředníci, nebo teda zaměstnanci České správy sociálního zabezpečení...no nevím, ale myslím si, že ne..

21....dlouhé ticho....nedostatek času, myslím si, že kdyby se to počítalo kolik máme mít času na jednoho klienta posudky v jednotlivých agendách, tak bychom to v normální pracovní době ani nemohli stíhat, tak jinak se o tom mluví...tak s vedením jsem celkem spokojenej s tím co je tady...i s vedením v Praze? (jsou vidět obavy)ubezpečuji o anonymitě s tím, aby se nebál a řekl svůj názor...neboj se...no tak neboj se, pak doktor náš hlavní není není úplně silnej v kramflecích, já myslím, že se to nedá srovnat s tím co dřív dělala dr... a potom dr..... a myslím, že von ani kolikrát neví o čem je řeč, takže nesouhlasím, nejsem spokojen s vrchním ředitelem ÚLPS, ...změny: myslím, že ten příspěvek na mobilitu byl krok zpátky, to se měli mimořádné výhody normálně ponechat tak jak byly, no příspěvek na péči tam tam je to pořád tam je to stejný, příspěvek na mobilitu byl krok zpátky určitě, musím ubezpečovat o anonymitě...“no jistě večer budu ve zprávách“ úsměv...ne dobrý

22. Ehm, no nepojistný systém...myslím si, že to posuzování stupně závislosti je v pořádku na ty 4 stupně s tím souhlasím, souhlasím i s tím, že se tam posuzuje 10 těch položek a ne 36 jak bylo v minulosti, protože to bylo, to se zacházelo do zbytečnějch detailů, ale myslím si, že ten příspěvek na péči je zbytečně velkej, kdyby měly být nižší ty platby jak pro děti a hlavně pro ty dospěly, myslím, si že 11 a 12 tisíc je hodně i u těch co už jsou úplně a mají nejvyšší stupeň závislosti, jinak průkaz OZP myslím, že se hodnotí správně, co ještě děláme příspěvek, příspěvek na zvláštní pomůcku, myslím si, že v minulosti to bylo jednodušší a lepší, myslím si že teď je to zbytečně,zbytečně složitý

23. V poslední době se o to snažím, snažím se myslet na práci jenom tady a v momentě kdy skončím se snažím to pustit, no v minulosti, když jsem dělal vedoucího tak ne, tak jsem si to bral jednoznačně domů, to je špatně

24. Hm..no tak praxe je taková, že praktici to píšou z 80% dobře, no ale soc.pracovníci tam zapisují to co jim řekne ten posuzovaný, nebo ten kdo se o ně stará a tam je to nadhodnocený, je to často nadhodnocený, protože ten stupeň závislosti, ta pomoc neodpovídá tomu lékařskému nálezu, ten mezičlánek soc. pracovník...a já bych je zase, já bych je nerušil, nechal bych to tak jak to je, k systému bezmocností, který byl předtím bych

se nevrátil, tak pro nás to jednodušší bylo, ale tohle mně připadá přece jenom trochu přesnější

25. Myslím si, že ji v 90% zvládají dobře, no každopádně je to práce náročná, já teda nevím jak na tom jste v kolikátce jste zařazeni proti třeba důchodářům, nebo oproti nemocenskému pojištění a tak myslím, že to jednání s těma lidma u těch posudkových komisí jedná se taky určitě vystavení nějakému stresu, no takže si myslím, že toho máte hodně, že je toho na vás víc, že by lidně, teďka to tady dělá 5ref. a 5,3 lékaře jo a myslím si, že takových 8 na 8 že by se klidně uživilo, toho přibylo, že by to bylo kvalitnější, práci zpracovávají pro nás dobře... myslím že jo, já su spokojenej... teď jsem chtěl něco říct, ale to až potom...

26. No tak v minulosti asi jo, v minulosti ano, samozřejmě bojoval jsem s tím, to by mohli být ještě přesnější otázky přímo na mě... (dál už nechce k danému říct více-je stručný)

27. Nejsem, tak stravenky by mohli být tak teďka tak za 100vku jak mají někteří i jinde, no a co jinak... kašel... no tak bylo to fajn, když jsem si mohl vyřídít permanentku na tenis... nejsem spokojenej

28. Jak? Nesmysl... protože to musí, my se musíme vždy vyjadřovat k nějaké vyhlášce nebo k nějakému zákonu... zadumal se... to by se muselo vyzkoušet, já myslím, že to není dobře, ale možná kdyby se to vyzkoušelo.. no já si myslím, že ne... ale to je jenom můj názor

29. Určitě, práce není dobře ohodnocena, kolik bych si představoval?... představoval bych si jako svůj plat jo, no tak 50tisíc, referentka tak 25tisíc

30. Nepodařilo

Slovo závěrem:

Jsem rád, že jsme si mohli hezky popovídat... ze svého pohledu bych chtěl v LPS pracovat i nadále no a kdybych to měl zhodnotit, tak z větší části jsem spokojenej.