

Koordinovaná rehabilitace

Daniela Bruthansová
Věra Jeřábková

VÚPSV, v.v.i. Praha
2012

Publikace byla schválena ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 433. publikaci
Vyšlo v roce 2012, 1. vydání, počet stran 73
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.
doc. JUDr. Jarmila Pavlátová, CSc.

ISBN 978-80-7416-102-5

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož hlavním cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince. Za základní faktor úspěšné rehabilitace lze pak považovat včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života.

Předmětem realizovaného projektu je analýza právní úpravy a faktického fungování ucelené rehabilitace ve vybraných zemích, a to zejména v Německu, Rakousku, Francii, Nizozemsku, Švédsku, Polsku a Slovenské republice. Takto získané poznatky by měly napomoci při přípravě právní normy, resp. právních norem o ucelené rehabilitaci v České republice.

Klíčová slova: rehabilitace osob se zdravotním postižením, léčebná rehabilitace, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace

Abstract

Comprehensive rehabilitation (respectively rehabilitation of people with disabilities) is a coherent process of medical, vocational, social and pedagogical rehabilitation. Its main objective is to minimize the consequences of individual's disability. Timely, continuous and coordinated effort of the fastest and widest participation of persons with disabilities in all the usual activities of life is the crucial factor in the process of successful rehabilitation.

The object of this project is to analyze the legislation and the functioning of rehabilitation of people with disabilities in selected countries, particularly in Germany, Austria, France, Holland, Sweden, Poland and the Slovak Republic. These findings should help in the adoption of legal standards in the area of comprehensive rehabilitation in the Czech Republic.

Key words: rehabilitation of people with disabilities, medical rehabilitation, vocational rehabilitation, social rehabilitation, pedagogical rehabilitation

Obsah

Úvod	7
1. Metodika	9
2. Rehabilitace v mezinárodních dokumentech	11
3. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením	17
3.1 Systém koordinované rehabilitace	18
3.2 Definice osob se zdravotním postižením	18
4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích	21
4.1 Spolková republika Německo	21
4.2 Rakousko	27
4.3 Francie	35
4.4 Nizozemsko	40
4.5 Švédsko	44
4.6 Polsko	53
4.7 Slovensko	62
4.8 Shrnutí vybraných poznatků ze sledovaných zemí	65
Závěr	71
Literatura	75

Úvod

Problematika koordinované rehabilitace osob se zdravotním postižením patří již více než 10 let v České republice ke stále se opakujícím tématům. Vlastní rehabilitace se skládá především z rehabilitace léčebné, kterou lze chápat jako soubor včasných diagnostických a terapeutických opatření za účelem zlepšení či stabilizace zdravotního stavu; pracovní rehabilitace, jejímž cílem je obnovit dosavadní pracovní uplatnění jedince nebo získat jiné vhodné pracovní uplatnění, aby takováto osoba byla schopna získat pracovní uplatnění na trhu práce a udržet si pracovní místo; sociální rehabilitace, jejímž cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti za účelem nejvyššího možného stupně sociální integrace; pedagogická rehabilitace, jež je souhrnem specifických pedagogických činností zaměřených na obnovu vzdělanostních dovedností osob se zdravotním postižením za účelem vhodné integrace do společnosti. Tyto složky se spolu navzájem prolínají a jejich cílem, vedle pokud možno co nejširšího začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti, je i zamezení sociální exkluze těchto osob.

V průběhu minulého desetiletí byla opakovaně iniciována zasedání odborné veřejnosti, která měla za cíl spolu s MPSV, MZd, MŠMT a dalšími institucemi připravit zákon o ucelené rehabilitaci. Již v roce 1999 založil tehdejší ministr práce a sociálních věcí Dr. Vladimír Špidla resortní skupinu pro přípravu zákona (poslední její zasedání bylo v roce 2007), k přijetí tohoto zákona však v České republice dosud nedošlo. Evropská unie vyzvala své členské země, aby se koordinovaná rehabilitace - comprehensive rehabilitation (v řadě zemí se chápe označení rehabilitace samo o sobě jako rehabilitace ucelená) - stala součástí politiky státu. Tak se Česká republika stále řadí mezi země, kde je tato problematika řešena pouze okrajově, ze složek ucelené rehabilitace je jako celek právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti. U ostatních typů rehabilitace však komplexní právní úprava chybí. Tato problematika je sice obsažena v právních předpisech jednotlivých právních odvětví, nicméně však netvoří ucelený celek.

Proto je třeba problematiku koordinované rehabilitace, přinejmenším její účelné koordinace, v blízkém časovém horizontu legislativně řešit. Napomoci by mohly zkušenosti a poznatky, které již s touto problematikou získaly státy, kde právně upravenou koordinovanou rehabilitaci mají.

Specifikace projektu, jeho cíle

Cílem projektu je provést analýzu právní úpravy a faktického fungování koordinované rehabilitace ve vybraných zemích, především ze členských států Evropské unie.

Získané poznatky by mohly napomoci při přípravě právní normy, resp. právních norem o ucelené rehabilitaci v ČR.

Výstupy projektu

- komparace právních předpisů nejméně čtyř států - v úvahu připadají zejména Nizozemsko, Švédsko, Německo, Francie, Rakousko, Polsko, Slovensko a USA se zvláštním zřetelem na charakter právní úpravy (samostatná právní norma, problematika řešena několika právními předpisy či právními normami nižší právní síly včetně terciárních právních norem),

Úvod

- popis konkrétního postupu ve vybraných zemích při provádění ucelené rehabilitace s vymezením případné spolupráce všech zainteresovaných subjektů,
- přehled mezinárodních závazků týkajících se ucelené rehabilitace, kterými je ČR vázána,
- návrh doporučení pro ČR.

1. Metodika

Při realizaci tohoto projektu byly použity následující metody:

I) písemný dotazník

Pro zjištění, jak je rehabilitace osob se zdravotním postižením realizována v zahraničí, byl vytvořen soubor otázek na toto téma. Otázky byly konzultovány s JUDr. Štefanem Čulíkem z MPSV. V konečné podobě se jednalo o následující otázky:

- 1) Jakým způsobem je ve Vaší zemi rehabilitace osob se zdravotním postižením upravena?
 - a) komplexní právní úpravou nebo více právními předpisy pro jednotlivé složky rehabilitace (jedním či více právními předpisy)
 - b) interní směrnici/směrnicemi (např. plátce nemocenského či důchodového pojištění)
- 2) Jakým způsobem je rehabilitace osob se zdravotním postižením ve Vaší zemi realizována v praxi.
 - a) potřebujeme znát popis fungování rehabilitace, zda existuje při její realizaci vzájemná spolupráce mezi jednotlivými jejími složkami (léčebná, pracovní sociální a pedagogická)
 - b) zda při jejím poskytování jednotlivé subjekty spolu spolupracují nebo zda postupují zcela samostatně
 - c) zda je rehabilitace poskytována osobě se zdravotním postižením již před přiznáním dávky ze systému sociálního zabezpečení (v kladném případě jak),
 - d) jakým způsobem se integrují osoby, kterým je rehabilitace poskytována, jak pro vstup do pracovního života, tak i do života ve společnosti, aby se zabránilo jejich sociálnímu vyloučení
 - e) dosah rehabilitace (jak se rehabilitace promítá do jiných systémů např. ztráta nároku, popř. krácení výše na invalidní důchod, krácení či ztráta nároku na nemocenské atd.

Formou písemné žádosti v anglickém, německém či v případě Slovenska v českém jazyce jsme oslovily příslušné instituce ve vybraných zemích, a to z Německa, Rakouska, Francie, Nizozemska, Švédska, Polska a Slovenska. Jednalo se zejména o organizace zastupující osoby se zdravotním postižením, nositele sociálního pojištění, v některých případech o zastupitelské úřady vybraných zemí a v případě Slovenska o Institut pre výskum práce a rodiny. Původně byly do výběru zařazeny kromě evropských zemí i Spojené státy americké (zde bylo možno získat informace výhradně prostřednictvím velvyslanectví USA v Praze), avšak informace, respektive internetové odkazy, které jsme po několika urgencích od nich získaly, se ukázaly být pro účel monografie velmi obtížně využitelné.

Nutno zdůraznit, že pro úspěšné řešení projektu se předpokládala spolupráce zahraničních institucí. Po urgenci původní žádosti o poskytnutí odpovědí na výše uvedené otázky však byly od většiny oslovených zemí poskytnuty kusé či dokonce žádné informace. Některé země poslaly materiály v národním jazyce, nicméně z důvodu nedostatečných finančních prostředků pro překladatelské služby a pro získání

stanoviska významných odborníků z praxe ke způsobu řešení ucelené rehabilitace v ČR, těchto materiálů nemohlo být využito.

II) analýza právních předpisů upravujících ucelenou rehabilitaci

III) excerptce odborné literatury, a to jak z písemných, tak i elektronických zdrojů

- analýza právních předpisů upravujících ucelenou rehabilitaci ve vybraných zemích a jejich komparace,
- popis postupů při ucelené rehabilitaci v organizačním rámci jednotlivých zemí.

2. Rehabilitace v mezinárodních dokumentech

Mezi základní lidská práva patří právo „na zdraví“. Tím je myšleno nejen právo na ochranu zdraví, ale i právo na poskytování zdravotní péče. Toto právo je obsahem četných mezinárodněprávních dokumentů. Pojem „rehabilitace osob se zdravotním postižením“ je v nich uveden buď obecně, tj. je zahrnut v rámci poskytování zdravotní a sociální péče, nebo je v některých dokumentech uveden výslovně.

Mezi nejvýznamnější mezinárodněprávní dokumenty patří zejména:

- 1. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod** (uveřejněná ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb.), která v čl. 2 stanoví, že právo každé osoby na život je chráněno zákonem.
- 2. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech** (vyhlášený ve Sbírce zákonů pod č. 12/1976 Sb.), který v čl. 12 odst. 1 stanoví, že státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického i duševního zdraví. V čl. 12 odst. 2 písm. d) se smluvní strany zavazují, že budou činit opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva a mezi tato opatření patří i vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc v případě nemoci.
- 3. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením** z roku 2006. V preambuli pod písmenem e) úmluva uvádí, že *„členské státy uznávají, že zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními.“*

V článku 25 nazvaném „Zdraví“ státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám i léčebné rehabilitaci. Článek 26 této úmluvy upravuje „habilitaci a rehabilitaci“. Podle této úpravy:

- Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou účinná a vhodná opatření, mimo jiné prostřednictvím vzájemné podpory osob v rovnocenné situaci, aby umožnily osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, organizují, posilují a rozšiřují komplexní habilitační a rehabilitační služby a programy, především v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb takovým způsobem, aby tyto služby a programy:
 - a) začínaly pokud možno co nejdříve a byly založeny na multidisciplinárním posouzení individuálních potřeb a předností;
 - b) podporovaly zapojení a začlenění do společnosti a všech oblastí jejího života, byly dobrovolné a dostupné pro osoby se zdravotním postižením co nejbližší místu jejich bydliště, a to včetně venkovských oblastí.

- Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podporují rozvoj vstupního a soustavného vzdělávání odborníků a pracovníků habilitačních a rehabilitačních služeb.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, podporují dostupnost, znalost a využívání kompenzačních pomůcek a technologií určených pro osoby se zdravotním postižením, které usnadňují habilitaci a rehabilitaci.

4. Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Pravidla byla vypracována v roce 1993 na základě zkušeností získaných během Dekády zdravotně postižených vyhlášené OSN (1983-1992). Politický a morální základ těchto pravidel vytváří Mezinárodní listina lidských práv zahrnující Všeobecnou deklaraci lidských práv, Mezinárodní úmluvu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Mezinárodní úmluvu o občanských a politických právech, Úmluvu o právech dítěte a Úmluvu o odstranění všech forem diskriminace žen, stejně jako Světový program akcí týkajících se zdravotně postižených osob. Pravidla poměrně rozsáhlým způsobem upravují v rámci dané problematiky i rehabilitaci.

Podle bodu 23 je rehabilitace proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou anebo sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života směrem k dosažení vyšší úrovně nezávislosti.

Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění anebo obnovu funkcí, nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení. Rehabilitační proces nezahrnuje počáteční lékařskou péči. Jeho součástí je široká škála opatření a činností od spíše základní a obecné rehabilitace k cíleným aktivitám, např. rehabilitaci pracovní. Detailně upravují pravidla rehabilitace pravidlem č. 3 dokumentu. Podle tohoto pravidla *„Státy by měly zajistit poskytování rehabilitačních služeb pro osoby se zdravotním postižením, aby dosáhly a udržely si optimální úroveň nezávislosti a funkcí.“*

- 1) Státy by měly rozvíjet národní rehabilitační programy pro všechny skupiny osob se zdravotním postižením. Tyto programy by měly být založeny na aktuálních individuálních potřebách osob se zdravotním postižením a principech plného zapojení a rovnosti.
- 2) Takové programy by měly zahrnovat širokou škálu činností, jako je nácvik základních dovedností za účelem zlepšení nebo kompenzace postižených funkcí, poradenství pro osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny, programy rozvoje samostatnosti a soběstačnosti a příležitostné služby, jako je hodnocení a porada.
- 3) Všechny osoby se zdravotním postižením, včetně osob s těžkým anebo mnohočetným postižením by měly mít přístup k rehabilitaci, pokud ji potřebují.
- 4) Osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny by se měly podílet na plánování a organizaci rehabilitačních služeb, které se jich týkají.
- 5) Všechny rehabilitační služby by měly být k dispozici v místě, kde osoba se zdravotním postižením žije. Avšak v některých případech, za účelem dosažení určitého cíle výcviku, mohou být organizovány speciální, časově omezené rehabilitační kurzy, je-li to vhodné, pobytovou formou.
- 6) Osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny by měly být vyzývány k tomu, aby se do rehabilitace samy zapojily, např. jako školení instruktoři, učitelé nebo poradci.

7) Státy by při formulaci nebo hodnocení rehabilitačních programů měly vycházet ze znalostí a zkušeností organizací osob se zdravotním postižením.

5. Úmluva o právech dítěte (vyhlášená ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.), kde v čl. 24 smluvní strany uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení.

6. Úmluva ILO č. 130 o léčebně-preventivní péči a dávkách v nemoci (uvedená ve Sbírce zákonů pod č. 537/1990 Sb.). V článku 9 se stanoví, že léčebně-preventivní péče bude poskytována k udržení, navrácení nebo upevnění zdraví a pracovní schopnosti chráněné osoby a bude přihlížet k jejím osobním potřebám. Do léčebně preventivní péče je v čl. 13 písm. f) zahrnuta léčebná rehabilitační péče včetně poskytnutí, údržby a obnovení protetických a ortopedických pomůcek.

7. Úmluva ILO č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů (uvedená ve Sbírce zákonů pod č. 72/1985 Sb.). Jak již vyplývá z jejího názvu, předmětem úpravy této úmluvy je především pracovní rehabilitace.

- Podle článku 1 odst. 2 každý členský stát bude vycházet z toho, že účelem pracovní rehabilitace je umožnit, aby invalida získal a zachoval si vhodné zaměstnání a v něm postupoval, a tak mu bylo usnadněno jeho zapojení nebo opětné zapojení do společnosti.
- V článku 5 je stanovena povinnost projednat s reprezentativními organizacemi pracovníků a zaměstnavatelů provádění politiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením, včetně opatření, jež je třeba učinit na podporu spolupráce a koordinace mezi veřejnými a soukromými institucemi, které se zabývají pracovní rehabilitací. Rovněž je třeba jednat s reprezentativními organizacemi invalidů nebo s těmi, které se jimi zabývají.
- Článek 8 deklaruje potřebu pro vytváření a rozvoj pracovní rehabilitace a zaměstnávání invalidů ve venkovských oblastech a v odlehlých obcích.

Úmluva ve svém textu neopomíná ani potřebu poradců pro rehabilitaci. Podle čl. 9 má každý členský stát usilovat o vyškolení a dostupnost poradců ve věcech rehabilitace, jakož i jiných vhodně kvalifikovaných osob pověřených poradenstvím pro volbu povolání, odbornou výchovu, zprostředkováním práce a zaměstnáváním invalidů.

8. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ve znění Dodatkového protokolu ze dne 12. ledna 1998 (vyhlášena pod č. 96/2001 a č. 97/2001 Sbírky mezinárodních smluv) v čl. 2 a čl. 3 stanoví nadřazení lidské bytosti nad zájmy společnosti nebo vědy a zavazuje smluvní strany, aby v rámci své jurisdikce učinily odpovídající opatření k zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality. Je nepochybné, že mezi zdravotní péčí rovněž náleží léčebná rehabilitace.

9. Charta základních práv Evropské unie v článku 35 upravuje ochranu zdraví.

Podle tohoto článku má každý za podmínek stanovených zákony a praxí jednotlivých států právo na preventivní zdravotní péči a na lékařské ošetření. Při stanovení a uskutečňování všech politik Unie musí být zajištěna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví. Přestože se Charta výslovně nezmiňuje o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, v článku 26 je upravena integrace postižených. „Unie uznává a respektuje právo postižených na opatření, která jim mají zajistit nezávislost, společenskou a profesní integraci a účast na životě společnosti.“ Mezi nástroje integrace bezesporu patří i rehabilitace osob se zdravotním postižením.

10. Evropská sociální charta (vyhlášená ve Sbírce zákonů pod č. 14/2000 Sb. m.s.) v čl. 11 a čl. 13 zavazuje smluvní strany, aby buď přímo samy, nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijaly opatření k účinnému uplatnění práva na ochranu zdraví a poskytly každé osobě přiměřenou pomoc v případě nemoci i péči nezbytnou podle jejího stavu.

- Čl. 1 odst. 11 stanoví, že každý má právo využít jakýchkoli opatření, která mu umožní dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu.
- Odst. 15 deklaruje, že osoby zdravotně postižené mají právo na odborný výcvik, rehabilitaci a sociální readaptaci bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.
- V čl. 15 je zakotveno právo tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální readaptaci.

11. Evropský sociální program, přijatý na zasedání Evropské rady v Nice v roce 2000 v bodu III, týkajícím se orientace sociální politiky, deklaruje boj proti chudobě a všem formám vylučování ze společnosti a diskriminace s cílem podpořit sociální integraci (mezi nástroje sociální integrace je možno považovat i rehabilitaci zdravotně postižených osob).

12. Charta pro 3. tisíciletí schválená na shromáždění Rehabilitation International v Londýně, Velká Británie, 9. září 1999. Ve svém textu uvádí, že: *„Ve třetím tisíciletí musíme přijmout zdravotní postižení jako běžnou součást měnící se kondice člověka. Každá osoba se zdravotním postižením a každá rodina se zdravotně postiženým členem by měla mít přístup k rehabilitačním službám, které jsou nezbytné pro optimalizaci duševního, fyzického a funkčního stavu a zajištění potřebného potenciálu umožňujícího zdravotně postiženému jedinci žít nezávisle stejně jako ostatní občané.*

Zdravotně postižení lidé by měli mít hlavní slovo při plánování vlastních rehabilitačních a podpůrných programů a organizace osob se zdravotním postižením by měly mít k dispozici nezbytné zdroje, které by jim umožnily podílet se aktivně na plánování rehabilitace a nezávislého způsobu života na celostátní úrovni.

Komunitní rehabilitaci je třeba široce podporovat na národní i mezinárodní úrovni jako dostupnou a udržitelnou formu služeb.“

13. Doporučení Rady Evropy [Rec(2006)5] „Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015“ schváleno na 961. zasedání delegátů ministrů dne 5. dubna 2006. Mezi základní oblasti činnosti 3 patří i oblast činností č. 10: **Rehabilitace**

Doporučení č. R (92) 6 Výboru ministrů Rady Evropy o ucelené politice pro osoby se zdravotním postižením dokumentuje, že rehabilitace osob se zdravotním postižením je s ohledem na její přínos k ekonomické a sociální integraci povinností komunity, že zaručuje ochranu lidské důstojnosti a zmírňuje problémy, s nimiž se osoby se zdravotním postižením ve společnosti potýkají, a měla by být zahrnuta mezi prioritní cíle jakékoli společnosti.

Komplexní politika rehabilitace osob se zdravotním postižením by s ohledem na toto doporučení měla být zaměřena na prevenci zhoršování zdravotního postižení, zmírňování jeho důsledků, zvyšování samostatnosti osob se zdravotním postižením a zajišťování jejich ekonomické nezávislosti a plnoprávného zapojení do společnosti. Komplexní programy rehabilitace by měly zahrnovat pestrou škálu opatření,

postupů, služeb a zařízení, které mohou podstatným způsobem přispívat k tělesné i duševní nezávislosti osob se zdravotním postižením.

Cílem těchto činností je:

- umožnit osobám se zdravotním postižením získat maximální nezávislost a plně realizovat jejich tělesné, duševní, sociální a pracovní schopnosti;
- organizovat, posilovat a rozšiřovat komplexní rehabilitační služby;
- umožnit osobám se zdravotním postižením přístup ke službám hlavního proudu i službám specializovaným a napomoci tak jejich plné sociální integraci v jejich komunitě i v celé společnosti;
- zajistit zejména včasnou intervenci vysoké kvality, multidisciplinární přístup již od narození, včetně podpory a poradenství pro rodiče.

Doporučení rovněž stanoví konkrétní činnosti členských států, a to:

- formulovat, provádět a pravidelně revidovat celostátní politiky rehabilitace a zajistit jejich neustálé zlepšování;
- zajistit, aby se osoby se zdravotním postižením, jejich rodiny a reprezentativní organizace účastnily plánování holistických rehabilitačních programů, jakož i jejich provádění a vyhodnocování;
- zajistit přístupnost rehabilitačních programů a jejich přizpůsobení individuálním potřebám osoby se zdravotním postižením; tyto programy vyžadují souhlas osoby se zdravotním postižením nebo jejího zástupce;
- v případě potřeby využívat služeb a zařízení sloužících veřejnosti, ale také zajistit co nejkvalitnější vybavení pro služby poskytované specializovanými rehabilitačními středisky a multidisciplinární týmy specializované na rehabilitaci;
- zlepšovat rehabilitační služby a podporu prostřednictvím multidisciplinárního individuálního hodnocení založeného na holistickém principu;
- podporovat mezioborovou spolupráci se zapojením všech příslušných odvětví, zejména zdravotnictví, školství, sociální oblasti a zaměstnanosti, a v případě potřeby zajišťovat ucelené řízení rehabilitace pro zajištění rovnosti příležitostí pro osoby se zdravotním postižením;
- zajistit, aby děti se zdravotním postižením měly během školní docházky přístup k programům pedagogické rehabilitace a jiným zdrojům, které jim umožní plné využití jejich potenciálu;
- zapojovat do pracovní rehabilitace zaměstnavatele i zaměstnance a jejich organizace za účelem podpory osob, které se staly zdravotně postiženými, v návratu do práce v co nejkratší době;
- působit na zvyšování dostupnosti individualizovaných programů komunitní rehabilitace pro jednotlivce se zdravotním postižením, kteří je potřebují;
- v rámci rehabilitačních opatření a programů pro osoby se zdravotním postižením podporovat přístupnost a cenovou dostupnost pomůcek pro osoby, které je potřebují.

14. Strategie Evropa 2020 navazuje na Lisabonskou strategii, která byla rozvržena na období let 2000 až 2010. V rámci Lisabonské strategie byly přijaty národní akční plány na podporu začlenění osob se zdravotním postižením a osob se zvláštními potřebami do společnosti. V roce 2003 byl rovněž schválen Evropský akční plán o rovných příležitostech osob se zdravotním postižením. V současné době platná strategie Evropa 2020 má jako jednu z priorit „Růst podporující začlenění - ekonomika s vysokou zaměstnaností přinášející hospodářskou, sociální a územní soudržnost“. Ve srovnání s Lisabonskou strategií má méně priorit, ale cíle jsou podobné. Jedním z těchto cílů je snižování sociální nerovnosti, přičemž sociální začlenění je uvažováno již pouze z obecného hlediska - hovoří se o osobách ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.

3. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením

Ucelená (nebo též komplexní) v současné době **koordinovaná rehabilitace**¹ představuje vzájemně provázaný proces, jehož hlavním cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky postižení jedince.

Koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces, jehož hlavním cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky postižení jedince.

Výsledkem rehabilitace by měl být návrat a znovuzačlenění jedince do jeho přirozeného sociálního prostředí. U osob v ekonomicky aktivním věku (do 65 let) by rehabilitace měla v optimálním případě vést i k jejich znovuzapojení do pracovního procesu, nejlépe bez jakéhokoliv omezení a v případě, kdy tomu vzhledem ke zdravotnímu stavu dotyčné osoby není možné, pak aby výše uvedené činnosti mohla vykonávat s dopomocí (rehabilitační a kompenzační pomůcky, osobní asistent, vhodná úprava pracoviště apod.).

V případě, že by osoba nebyla schopna ani těchto činností, opatření koordinované rehabilitace by ji měla v co nejširší míře umožnit setrvat ve svém domácím prostředí a zabránit jejímu sociálnímu vyloučení.

Základním faktorem pro co největší úspěšnost rehabilitace osob se zdravotním postižením je její včasné zahájení. Rehabilitace by měla představovat konzistentní nepřerušovaný proces, ve kterém jsou provázána všechna dílčí opatření. Princip nepřerušené komplexní rehabilitace se týká všech typů rehabilitace, přičemž prioritu má zpravidla léčebná rehabilitace.

I přes řadu dokumentů přijatých různými institucemi EU, které pojednávají o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, však neexistuje žádný zásadní předpis „acquis communautaire“. Prakticky všechny tyto dokumenty požadují, aby členské státy stanovily minimální standardy, ale specifikace ponechávají zákonodárství každého členského státu.²

V rámci Lisabonské strategie, jež byla platná do roku 2010, musely mít členské státy sestaven národní akční plán sociálního začleňování, který byl v souladu s evropskou sociální politikou, a jeho cílem bylo zlepšit začlenění osob se zdravotním postižením anebo lidí se zvláštními potřebami do společnosti za účelem zajištění jejich integrace a maximální účasti. V současné době je platná strategie Evropa 2020, přičemž jednou z priorit je „Růst podporující začlenění - ekonomika s vysokou zaměstnaností přinášející hospodářskou, sociální a územní soudržnost“. V této strategii je již sociální začlenění uvažováno z obecného hlediska - hovoří se pouze o osobách ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.

¹ Pozn. Vzhledem ke skutečnosti, že název všech složek rehabilitace se v průběhu posledních let neustále mění z ucelené přes komplexní a v současné době se za jediný správný termín používá „**koordinovaná rehabilitace**“. Je-li v následujícím textu tohoto projektu rehabilitace označována za komplexní nebo ucelenou, tyto termíny jsou považovány za rehabilitaci koordinovanou.

² Twinningový projekt MPSV a členské státy NICARE Velká Británie (jako hlavní partner) a Německo. Aktivita F „Legislativní návrhy k systému rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením“, MPSV 2004, str. 22

3.1 Systém koordinované rehabilitace

Do systému koordinované rehabilitace se zahrnuje rehabilitace léčebná, sociální, pracovní a pedagogická. Rehabilitace používá nástroje léčebné, sociální, pedagogické a nástroje aktivní politiky zaměstnanosti. Jedná se o vzájemně se překrývající a na sebe navazující postupy, jejichž cílem je znovu začlenit danou osobu do společnosti, a pokud je to možné, tak i do pracovního života.

Léčebná rehabilitace

Zabývá se obnovením původního stavu organismu či řeší problematiku poškození organismu mající závažný a chronický charakter. Může být poskytována jak formou ústavní, tak i ambulantní péče.

Sociální rehabilitace

Tento typ rehabilitace se soustředí na rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností (tzv. reedukace), na přijetí života s postižením (tzv. akceptace), na stabilitu rodiny a na stanovení podmínek pro samostatný život. Tento typ rehabilitace je možno využívat jak v rodině, tak i ve zdravotnických zařízeních, ve speciálních školách, v rámci neziskových organizací apod.³

Pracovní rehabilitace

Jejím cílem je obnovit pracovní potenciál člověka, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce.

Pedagogická rehabilitace

Je celoživotním procesem, kdy je důraz položen zejména na snahu o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti.

Základním faktorem úspěšné rehabilitace postižených osob je její včasná zahájení. Je však zapotřebí konzistentního nepřerušného procesu, ve kterém jsou prováděna všechna dílčí opatření. Princip nepřerušené komplexní rehabilitace se týká všech typů rehabilitace, přičemž prioritou má obvykle léčebná rehabilitace.

3.2 Definice osob se zdravotním postižením

Zdravotní postižení je možné definovat jako odchylku ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti (pohyb, kvalita života, uplatnění ve společnosti).

V praxi existuje několik způsobů, na jejichž základě lze definovat zdravotní postižení. Jedná se především o medicínské a sociální hledisko. Medicínské hledisko vychází z premise, že postižení je individuální problém jedince a je přímo určené

³ blíže Molek, Jan: Marketing sociálních služeb. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009, s. 14, ISBN 978-80-7416-026-4

samotným nedostatkem zdraví způsobeným nemocí, zraněním aj. Oproti tomu sociální hledisko chápe postižení nikoliv jako individuální záležitost jedince, nýbrž jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím. To znamená, že zde postižení není chápáno pouze jako samotný nedostatek zdraví, ale je výsledkem vzniklých bariér mezi jedincem a okolím. Vzniklé bariéry mohou mít fyzickou či sociální povahu a znemožňují tak osobě s postižením plně se participovat na životě společnosti.

Ani v mezinárodních dokumentech nelze nalézt jednotnou definici. O definici zdravotního postižení na mezinárodní úrovni se WHO pokusila již v roce 1980, kdy schválila dokument „Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (ICIDH).⁴ Dle WHO je postižení „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“.

V roce 2007 se na konferenci v Miláně se zástupci WHO, OECD, OSN, Rady Evropy a představitelé evropských organizací občanů s disabilitou (zdravotním postižením) dohodli, že jako základní metodika hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou bude používána Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví - MKF (anglicky International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF). V příloze 5 „MKF a osoby s disabilitami“ se tato klasifikace vyrovnává s termínem osoba se zdravotním postižením. WHO totiž dospěla k závěru, že tento termín je pro osoby stigmatizující, neboť „je třeba hovořit o osobách, které prožívají nějaký stupeň funkčního limitu nebo restriktce“, proto tato klasifikace používá pojmu disabilita (překážka, postižení) nebo lidé s disabilitami.

Naproti tomu Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením sice chrání práva osob se zdravotním postižením, avšak osoby se zdravotním postižením, resp. osoby se znevýhodněním jsou v této úmluvě chápány širěji, bez bližšího, třeba medicínského určení svého postižení. Úmluva uvádí, že „zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“. V článku 1 Úmluvy jsou pak osoby se zdravotním postižením vymezeny jako „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“.

Koncept zdravotního postižení ve vztahu k možnosti pracovat je uveden i ve studii OECD z roku 2003 pod názvem „Transforming Disability into Ability“. Podle této studie se na postižení nelze dívat jako na neschopnost pracovat, ale jde o to, jakým způsobem se má pomoci osobám se zdravotním postižením, aby se vlastními silami mohly v práci i nadále realizovat.

Ani v jednotlivých evropských zemích neexistuje jednotná definice osoby se zdravotním postižením. V Německu podle svazku IX sociálního zákoníku, článku 2, odstavce 2 jsou „osoby postižené neschopností (incapacitated), když jejich tělesné funkce, intelektuální schopnosti nebo duševní zdraví se po dobu pravděpodobně delší než šest měsíců odlišují od stavu, který je typický pro jejich věk, a když je z tohoto důvodu negativně ovlivněna jejich účast na životě společnosti. Tyto osoby jsou ohroženy neschopností, když takový negativní účinek lze očekávat.“ Ve Francii jsou pak podle zákona 91-748 (odst. 1, písm. b) „přídavné rehabilitační léčení nebo rehabilitace specifická opatření pro pacienty, kteří potřebují pokračující léčení zaměřené na reintegraci“.

⁴ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO, 1980) International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 2001)

3. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením

V českých právních předpisech existuje několik definic zdravotního postižení. V pracovněprávních předpisech je zdravotní postižení definováno v § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Podle tohoto zákona jsou osoby se zdravotním postižením „fyzické osoby, které jsou

- (a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen osoby s těžším zdravotním postižením),
- (b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- (c) rozhodnutím úřadu práce vydaným krajskou pobočkou Úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen osoby zdravotně znevýhodněné).⁵ Z uvedené definice vychází i zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb. v platném znění).

Další definice zdravotního postižení je obsažena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V § 3 písm. g) tohoto zákona je zdravotní postižení chápáno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

⁵ Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má zachovanu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Pro zjištění, jak je ucelená rehabilitace realizována v evropských zemích, byl vytvořen soubor otázek, jež byly konzultovány s JUDr. Štefanem Čulíkem z MPSV. V konečné podobě se jednalo o tyto otázky:

1. Jakým způsobem je ve Vaší zemi rehabilitace osob se zdravotním postižením upravena?
 - a) komplexní právní úpravou nebo více právními předpisy pro jednotlivé složky rehabilitace (jedním či více právními předpisy)
 - b) interní směrnici/směrnicemi (např. plátce nemocenského či důchodového pojištění)
2. Jakým způsobem je rehabilitace osob se zdravotním postižením ve Vaší zemi realizována v praxi?
 - a) potřebujeme znát popis fungování rehabilitace, zda existuje při její realizaci vzájemná spolupráce mezi jednotlivými jejími složkami (léčebná, pracovní sociální a pedagogická)
 - b) zda při jejím poskytování jednotlivé subjekty spolu spolupracují nebo zda postupují zcela samostatně
 - c) zda je rehabilitace poskytována osobě se zdravotním postižením již před přiznáním dávky ze systému sociálního zabezpečení (v kladném případě jak),
 - d) jakým způsobem se integrují osoby, kterým je rehabilitace poskytována jak pro vstup do pracovního života, tak i do života ve společnosti, aby se zabránilo jejich sociálnímu vyloučení
 - e) dosah rehabilitace (jak se rehabilitace promítá do jiných systémů, např. ztráta nároku, popř. krácení výše, na invalidní důchod, krácení či ztráta nároku na nemocenské atd.

Poté byly formou písemné žádosti v anglickém, německém či v případě Slovenska v českém jazyce osloveny příslušné instituce ve vybraných zemích, a to z Německa, Rakouska, Francie, Nizozemska, Švédska, Polska a Slovenska. Původně byly do výběru vedle evropských zemí zařazeny i Spojené státy americké (zde bylo možno získat informace výhradně prostřednictvím velvyslanectví USA v Praze), avšak informace, respektive internetové odkazy, které jsme po několika urgencích obdržely, se ukázaly být pro účel monografie velmi obtížně využitelné.

Získané poznatky z jednotlivých vybraných zemí jsou následující:

4.1 Spolková republika Německo

Spolková republika Německo patří k zemím s tradičně rozvinutou rehabilitací zdravotně postižených nebo postižením ohrožených osob. Na tomto stavu se podílela situace, která nastala po dvou prohraných světových válkách ve 20. století. V zemi se nacházelo velké množství válečných invalidů a stát se potřeboval o ně postarat tak, aby se alespoň někteří z nich mohli znovu začlenit do pracovního procesu.

Rehabilitace zdravotně postižených nebo postižením ohrožených osob je ve Spolkové republice Německo založena na poměrně komplikovaném právním systému s více nositeli rehabilitace (tzv. nositeli nákladů). Neexistuje zde univerzální právní předpis, který by upravoval ucelenou rehabilitaci. Historický důvod této právní formy lze spatřovat v odděleném vývoji zákonů o rehabilitaci v různých odvětvích poskytujících sociální dávky (především v nemocenském pojištění, důchodovém pojištění a úrazovém pojištění a také ve Spolkovém ústavu práce).

Cílem rehabilitace je reintegrace osoby do pracovního a sociálního prostředí. Pro poskytovatele zdravotního pojištění je cílem uzdravení klienta, pro důchodové pojištění je cílem obnovení pracovní schopnosti pojištěnce.

Právní úprava rehabilitace

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Jedná se o střeškový zákon o rehabilitaci.

Sociální zákoník

Po několika nepříliš úspěšných pokusech o přizpůsobení a harmonizaci rozdílných dávkových zákonů byla v roce 2001 přijata Devátá kniha sociálního zákoníku (SGB IX). Jedná se o „překlenující“ zákon, který popisuje společné cíle všech nositelů, definuje společné pojmy a závaznými ustanoveními stanovuje kooperaci nositelů dávek, koordinaci dávek a transparentnost administrativních úkonů z hlediska dotčených osob. Příslušnost a podmínky pro dávky se však řídí speciálními dávkovými zákony jednotlivých nositelů (§ 7 věta 2 SGB IX).

Ve Spolkové republice Německo jsou v oblasti rehabilitace příslušní následující nositelé (§ 6 odst. 1 SGB IX):

- **zákonné nemocenské pokladny** (SGB V)
- **nositelé zákonného úrazového pojištění**, tj. profesní sdružení (*Berufsgenossenschaften*) (SGB VII)
- **Spolková agentura práce** se svými agenturami práce (SGB III)
- **nositelé zaopatření obětí války a nositelé péče o oběti války** (spolkový zaopatřovací zákon)
- **Německé důchodové pojištění** sestávající z **regionálních nositelů** (dříve zemské pojišťovací ústavy), nositelů **Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** a **nositelů starobního zabezpečení zemědělců** (SGB VI, ALG/zákon o starobním zabezpečení zemědělců)
- **nositelé veřejné péče o mládež** (SGB VIII)
- **nositelé sociální pomoci** (SGB XII)

Specifické cíle dávek výše uvedených nositelů rehabilitace a přiřazených skupin dávek podle § 6 odst. 1 SGB IX jsou popsány pro jednotlivé subjekty následujícím způsobem:

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

- **nemocenské pojištění:** „odvracet, odstraňovat, zmírňovat a vyrovnávat zdravotní postižení, chronická onemocnění a potřebnost péče, předcházet zhoršení“ - §§ 11, 40 a další SGB V
 - dávky léčebné rehabilitace, doplňkové dávky (§ 6 odst. 1 č. 1 SGB IX)
- **úrazové pojištění:** „odstraňování následků pracovního úrazu nebo nemoci z povolání“ - § 7 odst. 1 SGB VII
 - dávky léčebné rehabilitace, dávky na podporu účasti na pracovním životě, dávky na podporu účasti na životě ve společnosti⁶, doplňkové dávky (§ 6 odst. 1 č. 3 SGB IX)
- **Spolková agentura práce:** „udržovat, zlepšovat a obnovovat výdělečnou schopnost, zajištění účasti na pracovním životě“ - §§ 97 a další SGB III
 - dávky na podporu účasti na pracovním životě a doplňkové dávky (§ 6 odst. 1 č. 2 SGB IX)
- **nositelé zaopatření obětí války a péče o oběti války:** „odstraňování poškození zdraví“ v důsledku vojenské služby, vlivu války, popř. válečného zajetí, internování, vykonavatelé civilní služby, oběti násilných činů, osoby poškozené očkováním - §§ 10, 11, 26 BVG (*spolkového zaopatřovacího zákona*)
 - dávky léčebné rehabilitace, dávky na podporu účasti na pracovním životě, dávky na podporu účasti na životě ve společnosti, doplňkové dávky (§ 6 odst. 1 č. 5 SGB IX)
- **zákonné důchodové pojištění a starobní zabezpečení zemědělců:** „zabránění předčasným důchodovým dávkám z důvodu snížené výdělečné schopnosti“ ze zákonného důchodového pojištění - § 9 odst. 1 věta 2 SGB VI, § 8 odst. 2 SGB IX, §§ 7 a další ALG (*zákona o starobním zabezpečení zemědělců*)
 - dávky léčebné rehabilitace, dávky na podporu účasti na pracovním životě, doplňkové dávky (§ 6 odst. 1 č. 4 SGB IX)
- **nositelé veřejné péče o mládež:** „vytváření rovnosti šancí“ pro duševně postižené nebo postižením ohrožené děti, jestliže se jejich duševní zdraví bude s vysokou pravděpodobností odchylovat od normálního stavu déle než šest měsíců - § 35a SGB VIII
 - dávky léčebné rehabilitace, dávky na podporu účasti na pracovním životě, dávky na podporu účasti na životě ve společnosti (§ 6 odst. 1 č. 6 SGB IX)
- **nositelé sociální pomoci:** „má být odvrácena nouze nebo hrozící nouze a odvrácena, popř. odstraněna potřebnost péče“; zásada subsidiarity sociální pomoci - §§ 39 a další BSHG (*spolkového zákona o sociální pomoci*)
 - dávky léčebné rehabilitace, dávky na podporu účasti na pracovním životě, dávky na podporu účasti na životě ve společnosti (§ 6 odst. 1 č. 7 SGB IX)

IX. kniha sociálního zákoníku zajišťuje příslušnými ustanoveními rozvoj rehabilitace všemi zúčastněnými subjekty. Cílem takto pojaté rehabilitace je, aby ve

⁶ Pozn. překl: Názvy dávek rehabilitace „**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**“ a „**Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**“ jsou v textu přeloženy jako „**dávky na podporu účasti na pracovním životě**“ a „**dávky na podporu účasti na životě ve společnosti**“, kdy byly tyto varianty zvoleny především z jazykového hlediska. Doslovný překlad je však „**dávky k účasti na pracovním životě**“ a „**dávky k účasti na životě ve společnosti**“.

vzájemné spolupráci v každém jednotlivém případě bylo dosaženo účinného začlenění dotčené osoby do pracovního života nebo do společnosti.

Ke zlepšení kooperace a koordinace mezi jednotlivými nositeli jsou nositelé rehabilitace podle § 13 IX. knihy sociálního zákoníku povinni přijímat k různým, zákonem předepsaným tematickým komplexům společná doporučení. Na jejich vypracování jsou povinny se podílet svazy zdravotně postižených osob a poskytovatelů dávek. Tematické komplexy Společných doporučení jsou vyjmenovány především v §§ 12 a 13 IX. knihy sociálního zákoníku.

V § 14 IX. knihy sociálního zákoníku je stanoven speciální postup pro příjem žádostí. Tento postup má zabránit tomu, aby se případné nejasnosti v kompetencích negativně projevily vůči postiženým nebo postižením ohroženým osobám. Jestliže dotčená osoba podá u některého nositele rehabilitace žádost o rehabilitaci, musí tento nositel do 14 dnů rozhodnout o své vlastní příslušnosti. Jestliže je příslušný, je povinen neodkladně, nejpozději do 3 týdnů, o žádosti sám rozhodnout (delší lhůta pro rozhodnutí je v případě nutnosti lékařského posudku).

Jestliže se první oslovený nositel nepovažuje za příslušného, je povinen do 14 dnů od přijetí žádosti postoupit tuto žádost příslušnému nositeli. Tento druhý oslovený nositel musí o dávce rozhodnout a dávku, v případě splnění ostatních podmínek, také poskytnout, a to i tehdy, kdyby sám rovněž nebyl příslušný. Náklady na tuto dávku jsou dodatečně refundovány nositeli mezi sebou podle konkrétní příslušnosti; případné spory rozhoduje sociální soud. **Touto úpravou bylo dosaženo značného zrychlení administrativního řízení.**

V §§ 22–24 IX. knihy sociálního zákoníku je upraveno tzv. kompetentní poradenství, jehož účelem je nevystavovat zdravotně postižené nebo postižením ohrožené osoby eventuálním nevýhodám členitého systému a zajistit, aby tyto osoby obdržely rehabilitaci, která by byla pro ně nejvhodnější.

Nositelé rehabilitace provozují tzv. Společná servisní střediska, v nichž je dotčeným osobám poskytováno poradenství týkající se nabídek dávek a nároků za všechny nositele. Dále jsou zde formulovány, přijímány a popř. příslušnému nositeli dále postupovány žádosti. **Společná servisní střediska** existují plošně ve všech okresech a městech s postavením okresů (*kreisfreie Städte*) spolkové vlády, takže osobám potřebujícím pomoc je zajištěno nezávisle na poradenských střediscích svépomocných skupin a svazů zdravotně postižených mezioborové, kompetentní a bezbariérové poradenství odpovídající potřebám zdravotně postižených osob.

Dalším ústředním cílem IX. knihy sociálního zákoníku je odklon od dřívějšího společenského myšlenkového pojetí státní péče a zaopatření směrem k modelu rovnoprávné účasti zdravotně postižených a postižením ohrožených osob ve společnosti (*gesellschaftliche Teilhabe*). K nejdůležitějším zásadám IX. knihy sociálního zákoníku patří nadřazený cíl posilovat rehabilitační schopnost sebeurčování a svépomoci dotčeného člověka a umožnit mu život s vlastní zodpovědností (§ 1 IX. knihy sociálního zákoníku).

Zdravotně postižené a postižením ohrožené osoby mají mít možnost utvářet si své životní podmínky s co největší vlastní zodpovědností a mají být proto přiměřeně zapojené při výběru pro ně nejvhodnější rehabilitační dávky a při realizaci této dávky. IX. kniha sociálního zákoníku přiznává zdravotně postiženým nebo postižením ohroženým osobám různé možnosti zapojení, pokud jde o druh realizace dávky (viz §§ 9, 17 SGB IX). Při rozhodování o dávkách k podpoře účasti a při jejich realizaci by mělo být vyhověno oprávněným přáním dotčených osob.

Tím IX. kniha sociálního zákoníku již anticipovala ústřední požadavky Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kterou schválila OSN v březnu 2009.

Další právní předpisy

Vlastní provádění rehabilitace je upraveno v dávkových zákonech příslušných nositelů (např. u důchodového pojištění v § 9-§ 32 VI. knihy sociálního zákoníku, u nemocenského pojištění v § 40-§ 43 V. knihy sociálního zákoníku, u úrazového pojištění v § 27 a dalších VII. knihy sociálního zákoníku).

Provádění těchto právních předpisů může být dodatečně doplněno směrnicemi. Jedná se zejména o následující:

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 1 SGB VI pro dávky k začlenění pojištěnců do pracovního života;

Společné směrnice a doporučení k použití podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 2 SGB VI, o léčebných dávkách pro pojištěnce, kteří vykonávají obzvláště zdraví ohrožující, jejich výdělečnou schopnost nepříznivě ovlivňující zaměstnání;

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 3 SGB VI o poskytování dávek onkologické následné péče u maligních, nádorových a systémových onemocněních (Ca-Richtlinien);

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 4 SGB VI pro léčebnou péči o děti (KiHB-Richtlinien);

Vzorové směrnice o finanční podpoře poskytované nositeli zákonného důchodového pojištění zařízením, která v oblasti rehabilitace bádají nebo rehabilitaci podporují, podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 5 SGB VI (Zuwendungsrichtlinien).

Uskutečňování rehabilitace zdravotně postižených osob v SRN

Cílem léčebné rehabilitace důchodového pojištění je buď odvrátit závažné ohrožení výdělečné schopnosti vyvolané poškozením zdraví a s tím spojenými funkčními poruchami nebo obnovit výdělečnou schopnost, a pokud to není možné, tak alespoň podstatně zlepšit již existující snížení výdělečné schopnosti.

Léčebná rehabilitace se provádí v rehabilitačních zařízeních nositele důchodového pojištění nebo v zařízeních jiných subjektů na základě tzv. „smlouvy o obsazování“ (§ 15 odst. 2 věta 1 SGB VI, § 21 SGB IX). Rehabilitační zařízení jsou buď lůžková nebo ambulantní s celodenní terapií.

Spektrum dávek léčebné rehabilitace je v SRN široce rozvinuté. Na základě bio-psycho-sociálního modelu nemoci a zdravotního postižení, který vedle individuálních somatických poruch zahrnuje také rozmanité interakce dotčené osoby s pracovním anebo sociálním prostředím, vyžaduje důchodové pojištění komplexní léčebný přístup ze strany rehabilitačních zařízení. Ten zajišťují smíšené léčebné a ošetřovatelské týmy složené z lékařů, psychologů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sportovních terapeutů, dietologických poradců a sociálních pracovníků. Téměř pro všechny indikace existují rehabilitační zařízení, která pod jednou střechou nabízejí kvalifikované terapeutické koncepce tohoto druhu. Terapeutická koncepce je odsouhlasena rehabilitačním zařízením spolu s důchodovým pojištěním s přihlédnutím k terapeutickým standardům specifickým pro jednotlivé indikace. Individuální léčebný plán pro konkrétního rehabilitanta je s ním dojednáán v zařízení na začátku poskytování dávky a jsou sjednány konkrétní cíle rehabilitace.

Účast na dávce léčebné rehabilitace důchodového pojištění je v zásadě založena na principu vlastní zodpovědnosti rehabilitanta a vyžaduje jeho aktivní spolupráci.

Vedle terapií specifických pro jednotlivé indikace nabízejí rehabilitační zařízení také specifická školení pro jednotlivé indikace, kde se rehabilitanti učí žít s (často chronickou) nemocí nebo zacházet s pomůckami. Dále rehabilitační zařízení pořádají také semináře přesahující konkrétní indikace k odstraňování rizikových faktorů (např. protikuřácké kurzy), k relaxaci nebo zdravé výživě.

Dávky rehabilitace jsou poskytovány nositeli zásadně na základě jeho žádosti. Podmínkou pro jejich přiznání je splnění pojistněprávních a osobních předpokladů. Dávky rehabilitace mají zásadně přednost před dávkami sociální pomoci (princip subsidiarity § 14 odst. 1 SGB XII).

Dávky na podporu účasti na pracovním životě zahrnují podle § 33 odst. 3 IX. knihy sociálního zákoníku především pomoc k udržení nebo získání pracovního místa včetně dávek poradenství a zprostředkování, tréninkových opatření a podpory mobility. Vedle toho jsou poskytovány dávky k přípravě na zaměstnání, pracovní adaptaci (*berufliche Anpassung*) a dalšímu vzdělávání, výplata příspěvku na založení firmy (*Gründungszuschuss*) a poskytování jiných druhů pomoci na podporu účasti na pracovním životě, např. příspěvek na motorové vozidlo podle nařízení o příspěvku na motorové vozidlo nebo i převzetí nákladů na nutnou pracovní asistenci pro těžce zdravotně postiženou osobu jako pomoc k získání pracovního místa až po dobu 3 let (§ 33 odst. 8 č. 3 SGB IX).

Náklady na pomůcky, které jsou z důvodu druhu a závažnosti postižení nutné k výkonu zaměstnání, k účasti na pracovním životě nebo ke zvýšení bezpečnosti na cestě na pracoviště a z pracoviště, jsou rovněž zahrnuty do dávek na podporu účasti na pracovním životě, stejně jako náklady na technické pracovní pomůcky, které jsou z důvodu druhu a závažnosti postižení nutné k výkonu zaměstnání. Mezi dávky na podporu účasti na pracovním životě jsou zahrnuty v přiměřeném rozsahu i náklady na pořízení, vybavení a údržbu bytu odpovídajícího zdravotnímu postižení (§ 33 odst. 8 č. 4 až 6 SGB IX).

Podle ustanovení v § 26 odst. 3 IX. knihy sociálního zákoníku pro dávky léčebné rehabilitace stanovuje § 33 odst. 6 IX. knihy sociálního zákoníku, že k dávkám na podporu účasti na pracovním životě patří i lékařská, psychologická a pedagogická pomoc, pokud jsou tyto dávky v jednotlivých případech nutné k dosažení, zajištění cílů jmenovaných v § 33 odst. 1 IX. knihy sociálního zákoníku a k zamezení, překonání či zmenšení následků nemoci nebo k zabránění jejich zhoršení.

Dávky na podporu účasti na pracovním životě zahrnují široké spektrum dávek, které s realizací tohoto druhu rehabilitace bezprostředně souvisejí. Jsou to především náklady na kurzy, poplatky za zkoušky, učební pomůcky, pracovní oděv a pracovní nástroj (§ 33 odst. 7 SGB IX). V případě, že je třeba ať již z důvodu závažnosti a druhu postižení nebo k zajištění úspěchu podpory účasti (*Teilhabe*) provádět rehabilitaci mimo bydliště rehabilitanta, jsou hrazeny také potřebné náklady na ubytování a stravu.

Při výběru dávek na podporu účasti na pracovním životě se přiměřeně přihlíží ke způsobilosti, zájmu, dosavadní činnosti a také k situaci a vývoji na trhu práce (§ 33 odst. 4 SGB IX). Z tohoto důvodu může být v případě potřeby zjišťována odborná způsobilost rehabilitanta nebo s ním provedena pracovní zkouška.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Vedle poskytování dávek přímo dotčeným osobám existuje možnost poskytovat dávky na podporu účasti na pracovním životě také zaměstnavatelům, např. formou příspěvků na začlenění (§ 34 odst. 1 SGB IX).

Pokud to druh a závažnost postižení nebo zajištění úspěchu dávek na podporu účasti vyžadují (§ 35 odst. 1 SGB IX), dávky na podporu účasti na pracovním životě mohou být realizovány ve zvláštních zařízeních pracovní rehabilitace. Mezi takováto zařízení patří zejména zařízení odborného vzdělávání (*Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke*) a obdobná zařízení pracovní rehabilitace.

Doba poskytování dávek na podporu pracovní rehabilitace se řídí podle § 37 odst. 1 SGB IX stanoveným cílem v oblasti účasti. Dávky dalšího profesního vzdělávání jsou při celodenní výuce v zásadě omezeny na dva roky. Jestliže lze cíle rehabilitace dosáhnout pouze pomocí déle poskytované dávky nebo jestliže se vyhlídky na začlenění rehabilitanta mohou zlepšit pouze pomocí dávky poskytované nad stanovený časový limit, je možné ve výjimečných případech poskytování dávky na dobu delší než dva roky (včetně dávky pro další vzdělávání § 37 odst. 2 SGB IX).

Specifickou formu zařízení pracovní rehabilitace se speciálním profilem dávek představují uznané dílny pro zdravotně postižené osoby (*Werkstätten für behinderte Menschen*). V těchto dílnách jsou k dispozici dva druhy dávek. Jednak dávky ve vstupním procesu a v oblasti odborného vzdělávání podle § 40 IX. knihy sociálního zákoníku a jednak dávky v pracovní oblasti podle § 41 IX. knihy sociálního zákoníku. Nositelé důchodového pojištění poskytují pouze dávky ve vstupním procesu a v oblasti odborného vzdělávání podle § 40 IX. knihy sociálního zákoníku.

V SRN platí zásada, že během léčebné nebo pracovní rehabilitace je nositel, který dávku poskytuje, příslušný také pro dávky k zajištění živobytí.

Během rehabilitace dostává rehabilitant proto od nositele důchodového pojištění takzvanou přechodnou podporu podle § 20 a dalších VI. knihy sociálního zákoníku (ledaže by měl jeho zaměstnavatel ze zákona povinnost dále vyplácet mzdu). Během léčebné rehabilitace z nemocenského pojištění dostává pojištěnec nemocenské podle § 44 odst. 1 věta 1 V. knihy sociálního zákoníku, během dávky úrazového pojištění dávku vyplácenou při úrazu (*Verletztengeld*) podle § 45 VII. knihy sociálního zákoníku a během dávky Spolkové agentury práce dávky podle III. knihy sociálního zákoníku.

Jestliže poskytuje nositel více dávek po sobě (např. nejprve dávku léčebné a poté pracovní rehabilitace), je povinen i v mezidobí dále vyplácet peněžitou dávku zajišťující živobytí. Teprve až když se opětovné pracovní začlenění s konečnou platností nezdaří, zkoumá se, zda má pojištěnec nárok na důchodové dávky k trvalému zajištění jeho živobytí (zásada: rehabilitace před důchodem, § 8 odst. 2 SGB IX, § 9 odst. 2 věta 2 SGB VI).

4.2 Rakousko

Rakousko patří k zemím, ve kterých je ucelená rehabilitace tradičně rozvinuta. Stejně jako v ostatních sledovaných státech je bezprostředně spjata se zdravotním postižením osob.

Termín rehabilitace a právní úprava

V právní úpravě rehabilitace je třeba vycházet ze čl. 7 Spolkové ústavy Rakouska. Toto ustanovení deklaruje rovnost všech občanů. Vzhledem ke změně v

přístupu k lidem s postižením, podle něhož je třeba k těmto lidem přistupovat jako ke členům společnosti a méně jako k objektům péče, byla **Spolková ústava Rakouska (BVG)**, čl. 7 Obecná ustanovení, v roce 1997 doplněna o zákaz diskriminace: „*nikdo nesmí být diskriminován z důvodu svého postižení. Republika (stát, země a obce) se hlásí k tomu, že zajistí rovné zacházení s postiženými a nepostiženými osobami ve všech oblastech každodenního života*“.

Vlastní rehabilitace je upravena v dalších právních předpisech. Vedle **Sociální charty** jsou to zejména:

- **Všeobecný zákon o sociálním pojištění (ASVG)**
- **Prováděcí směrnice 9 spolkových zemí**
- **Obchodní podmínky soukromého pojištění**
- **Spolkový zákon o osobách s postižením (BBG)**
- **Zákon o zaměstnávání osob s postižením (BEinstG)**
- **Zákon o podpoře trhu práce (AMFG)**
- **Zákon o úřadu práce (AMSG)**
- **Zákon o pojištění nezaměstnaných**
- **Spolkový zákon o vzdělávání**
- **9 různých spolkových zákonů**

Podle rakouské sociální politiky se začlenění nebo znovuzачlenění osob s postižením do společnosti a zaměstnání děje nezávisle na příčině vzniku postižení.

Od 1. 7. 1990 jsou **Spolkovým zákonem o osobách s postižením** zákonně zakotveny zásady úspěšné rehabilitace tak, aby byla zkvalitněna její koordinace.

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní organizace práce (ILO) je rehabilitace „souhrn takových vzájemně sladěných opatření, která jsou zaměřena na to, aby tělesně nebo duševně postižené osoby dosáhly nebo opět dosáhly maximálního, individuálně dosažitelného stupně duševní, sociální, pracovní a hospodářské výkonnosti, aby našly přiměřené místo ve společnosti.“

Rehabilitace zahrnuje:

- *pracovní* opatření, která mají postižené osobě pomoci dostat se do situace, aby mohla vykonávat své první povolání, své dřívější povolání nebo v potřebném případě vykonávat nové povolání;
- *medicínská* opatření, která v návaznosti na lékařskou péči upraví zdravotní stav natolik, že umožní opětovné začlenění do pracovního procesu, resp. do každodenního života;
- *pedagogická* opatření s cílem zajistit postiženým dětem a mladistvým co nejlepší výchovu a vzdělání a
- *sociální* opatření, která mají na základě toho osobám s postižením umožnit začlenění do společnosti.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Základem pojmu rehabilitace je model následků nemoci vytvořený Světovou zdravotnickou organizací. Tento model následků nemoci vychází z toho, že postižení/nemoc není konstantní vlastností dané osoby, ale dynamický proces. To znamená, že „postižení/nemoc“ je definováno teprve v interakci mezi člověkem (se schopnostmi a poruchami schopností) a jeho sociálním prostředím.

Záslouhou modelu následků nemoci bylo, že „se pozornost poprvé systematicky zaměřila na následky (neléčitelných) nemocí a zdravotních poruch - a nikoliv pouze na nemoc samotnou“. WHO (1980, ICIDH-1) tímto modelem reaguje právě na rostoucí význam chronických onemocnění, resp. na z toho plynoucí problémy péče s modelem klasifikace.

„Moderní pojem (chápání) rehabilitace se orientuje na bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci WHO a primárně se zaměřuje na individuální a sociální účinky (chronické) nemoci, úrazu a vrozených nemocí nebo stárí. Pod pojmem rehabilitace je v tomto kontextu třeba chápat snahu zamezit, aby se porucha funkcí stala trvalým omezením osobního, sociálního a profesního života nebo alespoň redukovat účinky na tyto oblasti života na minimum.“

Stát, země a nositelé sociálního pojištění si rozdělují úkoly lékařské, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace. Zobrazení jednotlivých kompetencí a nositelů pojištění je uvedeno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 **Sociální pojištění v Rakousku**

kompetence k:	nositelé zákonného úrazového pojištění	nositelé zákonného důchodového pojištění	nositelé zákonného nemocenského pojištění
lékařská rehabilitace	ano	ano	ano
sociální rehabilitace	ano	ano	
pracovní rehabilitace	ano	ano	pouze ve formě léčebných pomůcek
...v kterých případech?	<ul style="list-style-type: none">pracovní úraz (včetně úrazu při cestě do zaměstnání)nemoc z povolání	všechny ostatní důsledky úrazu a onemocnění pojištěnců	všechny úrazy kromě úrazů ve školách (tyto jsou kryty AUVA*)
...a pro koho?	pojištěnce	v případě, že hrozí invalidita/neschopnost k pracovní činnosti	rodinné příslušníky

Zdroj: BBRZ, Linz 2011

* AUVA - *Allgemeine Unfallversicherungsanstalt* - Všeobecný ústav úrazového pojištění: poskytuje úrazové pojištění zhruba pro 3 miliony zaměstnanců, 1,3 miliony žáků a studentů, a pro mnoho dobrovolných dobročinných organizací a záchranářů

Jeho úkoly jsou: prevence, ošetřování, rehabilitace, odškodnění

V rámci léčebné rehabilitace se poskytuje například lékařská pomoc, ortopedická výpomoc, léčebné a zdravotní pomůcky. U pracovní rehabilitace se jedná o mzdový příspěvek, začleňovací příspěvek, příspěvek na asistenta či na adaptaci na pracovní místo a v rámci sociální rehabilitace je to poskytnutí pomoci při sociálním začlenění, pomoc při adaptaci v místě bydliště, podpora mobility, pracovní terapie či příspěvek na živobytí.

Nositelé pojištění

Nositeli pojištění z titulu rehabilitace jsou následující druhy pojištění:

Úrazové pojištění

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (*Všeobecný ústav úrazového pojištění*)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (*Pojišťovací ústav pro železničáře a horníky*)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (*Úřad sociálního pojištění rolníků*)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (*Pojišťovací ústav pro veřejné zaměstnance*)

Nemocenské pojištění

- 9 Gebietskrankenkassen -für jedes Bundesland eine- (*9 územních zdravotních pojišťoven -jedna pro každou spolkovou zemi-*)
- 6 Betriebskrankenkassen (*6 podnikových zdravotních pojišťoven*)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (*Úřad sociálního pojištění živnostníků*)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (*Pojišťovací ústav pro železničáře a horníky*)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (*Úřad sociálního pojištění rolníků*)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (*Pojišťovací ústav pro veřejné zaměstnance*)

Důchodové pojištění

- Pensionsversicherungsanstalt (*Úřad důchodového pojištění*)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (*Úřad sociálního pojištění živnostníků*)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (*Pojišťovací ústav pro železničáře a horníky*)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (*Úřad sociálního pojištění rolníků*)
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats (*Pojišťovací ústav rakouských notářství*)

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Nositelé sociálního pojištění a jejich vztah ke třem výše uvedeným pojištěním lze charakterizovat v následující tabulce:

Tabulka č. 2 **Vztah nositelů sociálního pojištění k jednotlivým typům pojištění**

Nositelé sociálního pojištění	nemocenské pojištění	důchodové pojištění	úrazové pojištění
9 Územních zdravotních pojišťoven	x		
7 Podnikových zdravotních pojišťoven	x		
Pojišťovací ústav pro veřejné zaměstnance	x		x
Všeobecný ústav úrazového pojištění			x
Úřad důchodového pojištění		x	
Úřad sociálního pojištění živnostníků	x	x	
Úřad sociálního pojištění rolníků	x	x	x
Pojišťovací ústav rakouských železničářů a horníků	x	x	x
Pojišťovací ústav rakouských notářství		x	

Zdroj: Wörster Karl, 2003

Léčebná rehabilitace je poskytována nositeli úrazového pojištění. Zahrnuje opatření poúrazové léčebné péče, resp. lékařské rehabilitace. Jedná se o širokou škálu opatření od odborné první pomoci přes intenzivní péči, protetické pomůcky, až po následnou péči. Cílem je optimálním využitím vhodných prostředků odstranit tělesnou újmu, jakož i snížení výdělečné schopnosti způsobené úrazem, resp. nemocí z povolání nebo alespoň zabránit zhoršení následků zranění, resp. onemocnění.

Lékařská pomoc, léky, léčebné pomůcky a pomocné prostředky (např. invalidní vozíky, protézy) jsou poskytovány **bezplatně**.

Po léčebné rehabilitaci může rehabilitant při splnění všech zákonných podmínek obdržet následující dávky:

- především je to **odškodné**, které představuje jednorázovou dávku, mj. i pro žáky a studenty, je závislé na míře snížení výdělečné schopnosti;
- **odškodné za ztrátu integrity** je jednorázová dávka jako příspěvek za značné a trvalé narušení tělesné a duševní integrity způsobené nedbalým nedodržením předpisů na ochranu zaměstnanců; předpokladem je nárok na invalidní důchod; nejvyšší možná částka je dvojnásobek maximálního ročního vyměřovacího základu.
- **invalidní důchod** představuje běžnou dávku, která je závislá na snížení výdělečné schopnosti a na dřívějším příjmu (= vyměřovací základ) a v případě trvalé pracovní neschopnosti je proplácena formou plného důchodu.

Z prostředků úrazového pojištění je pojištěnci dále poskytována:

- pomoc při získání nového, resp. při adaptaci stávajícího pracovního místa, aby odpovídalo potřebám postižené osoby (ve spolupráci s úřadem práce),
- příspěvky ke mzdovým nákladům po dobu zapracování nebo do dosažení potřebných schopností,
- příspěvky a půjčky na pořízení pracovního oblečení a vybavení.

Rehabilitace z prostředků důchodového pojištění

Podle zásady „**lepší rehabilitace než důchod**“ může nositel důchodového pojištění realizovat rehabilitační opatření, aby se zabránilo případné pracovní neschopnosti. **Taková opatření mohou být poskytnuta rovněž důchodcům ve „věku schopném výdělečné činnosti“, jestliže to umožní obnovit práceschopnost.**

Důchodové dávky v důsledku snížené pracovní schopnosti jsou v zásadě přiznávány na dobu určitou. Dávky na dobu neurčitou se přiznávají pouze tehdy, jestliže lze na základě tělesného nebo duševního stavu předpokládat trvalou invaliditu (neschopnost vykonávat povolání, neschopnost výdělečné činnosti). Návrh na pobírání invalidního důchodu, důchodu pro neschopnost vykonávat povolání nebo důchodu pro neschopnost vykonávat výdělečnou činnost rovněž automaticky platí jako návrh na rehabilitaci. Z toho důvodu nositel pojištění prověřuje možnost rehabilitace.

O cílech a možnostech rehabilitace musí být daná osoba prokazatelně informována a musí jí být poskytnuto poradenství. Rehabilitační opatření musí být přiměřená, to znamená, že musí brát v úvahu dobu a rozsah vzdělání dotyčné osoby, jakož i přihlížet k jí doposud vykonávaným činnostem. Je i možné, že díky těmto opatřením by mohla dotyčná osoba získat kvalifikaci pro novou, v jejím povolání doposud cizí činnost.

Za rehabilitační pobyty se hradí částka 6,68 euro na den (na maximálně 28 dní za rok). Tuto částku hradí dotyčná osoba před zahájením pobytu. V případě zvláštní sociální potřeby se poplatek nevybírá (osvobození od plateb).

Povinností osoby, které je rehabilitace poskytována, je poskytování součinnosti.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace má zdravotně postižené osobě umožnit vrátit se k dřívějšímu povolání nebo začít pracovat v jiném, novém povolání. Pro zajištění existence obdrží tato osoba během vzdělávání nebo přeškolení překlenovací částku, která činí pro pojištěnce podle všeobecného zákona o sociálním pojištění (*Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG*) minimálně 60 % jejího dřívějšího příjmu.

Vztah mezi orgány státní správy, typy právních předpisů a jednotlivými právními předpisy, tedy jednotlivé kompetence v oblasti pracovní rehabilitace, znázorňuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 **Kompetence v oblasti pracovní rehabilitace**

úřad	zákonodárství	zákony
spolkové úřady pro sociální záležitosti a pro osoby s postižením (BASB) = "Spolkový úřad pro sociální záležitosti"	spolkový zákon	spolkový zákon o osobách s postižením zákon o zaměstnávání osob s postižením
Úřad práce (AMS)	samosprávy na základě spolkových zákonů	zákon o úřadech práce
sociální pojištění (SV)	samosprávy na základě spolkových zákonů	všeobecný zákon o sociálním pojištění
zemské vlády	zemské zákony	zemské zákony o postižených osobách (zákony o rovném zacházení; návrh)

Zdroj: BBRZ, Linz 2011

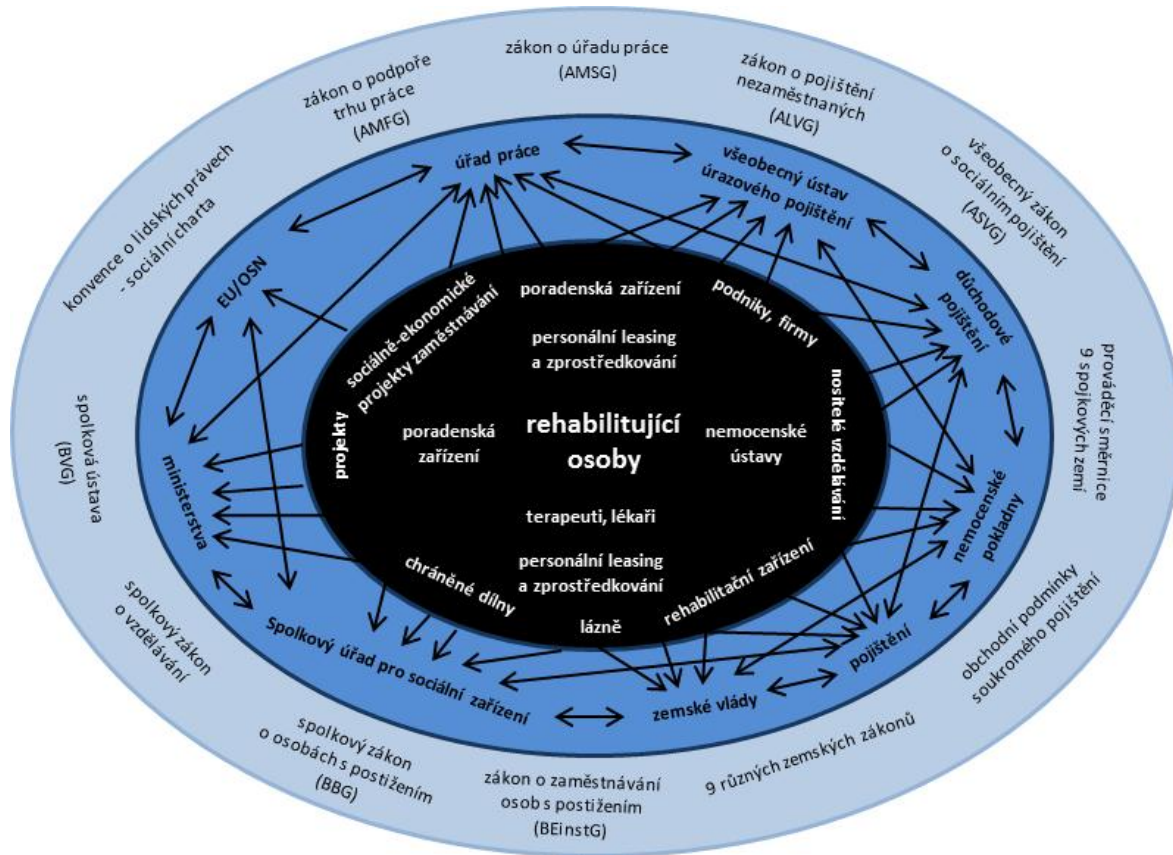
Komunikace a propojení všech zainteresovaných subjektů z hlediska rehabilitujících osob

Primární snahou všech zainteresovaných subjektů v oblasti pracovní rehabilitace v Rakousku je návrat osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu, a to ať již do předchozího zaměstnání (s vhodnou úpravou pracoviště či bez úpravy), nebo do jiného vhodného zaměstnání. V případě, kdy ani toto není možné vzhledem ke zdravotnímu stavu osoby, tak alespoň na speciálně vytvořená pracovní místa či pracoviště pro takovéto osoby.

Jednotlivé subjekty v oblasti pracovní rehabilitace jsou navzájem úzce propojeny. Vztahy mezi nimi graficky vyobrazuje níže uvedené schéma č. 1. Středem zájmu jsou rehabilitované osoby, které využívají např. služeb terapeutů, lékařů, poradenských zařízení, léčebných zařízení aj. Mají možnost pracovat v chráněných dílnách, navštěvovat rehabilitační zařízení či lázně. Existují zde také projekty týkající se zaměstnávání a vzdělávání osob se zdravotním postižením. Tyto činnosti pak zaštiťují jednotlivá ministerstva, úřady práce, zemské vlády, Spolkový úřad pro sociální záležitosti, Všeobecný ústav úrazového pojištění či nemocenské pokladny. Důležitým prvkem, který vše propojuje, je sociální pojištění. Nesmíme opomenout, že ucelená rehabilitace je legislativně upravena Spolkovou ústavou (BVG), Konvencí o lidských právech - sociální charta, spolkovým zákonem o osobách s postižením (BBG), spolkovým zákonem o vzdělávání, všeobecným zákonem o sociálním pojištění (ASVG), zákonem o podpoře trhu práce (AMFG), zákonem o úřadu práce (AMSG), zákonem o pojištění nezaměstnaných (ALVG), zákonem o zaměstnávání osob s postižením (BEinstG), dále pak devíti různými zemskými zákony, prováděcími směrnicemi devíti spolkových zemí a obchodními podmínkami soukromého pojištění.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Schéma č. 1 **Komunikace a propojení z hlediska rehabilitujících osob**



Zdroj: BBRZ, Linz 2011

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace začíná již v úrazové nemocnici. Při řešení osobních, rodinných a pracovních problémů je pacientovi k dispozici sociální pracovník. Ošetřování v rehabilitačním středisku v ideálním případě navazuje bezprostředně na léčbu. Tým odborníků zde pomáhá opět získat postavení dotyčné osoby v rodině, v pracovním životě a ve společnosti.

Z výše uvedených skutečností lze vyvodit, že jednotlivá rehabilitační opatření ve všech oblastech pojištění se vzájemně prolínají. Tuto skutečnost dokumentuje následující tabulka č. 4.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Tabulka č. 4 **Pracovní a sociální rehabilitace - přiřazení rehabilitačních opatření k nositelům pojištění podle důvodu a cíle rehabilitace**

nositel pojištění	k léčebné rehabilitaci dochází v případě, že:	cíl
úrazové	důvodem postižení je pracovní úraz nebo nemoc z povolání	<ul style="list-style-type: none">• zmírnění následků pracovního úrazu nebo nemoci z povolání• zvýšení výdělečné schopnosti• zabránění zhoršení zdravotního stavu
důchodové	postižení bez poskytnutí rehabilitace by perspektivně vedlo k invaliditě, neschopnosti vykonávat povolání či výdělečnou činnost, nebo už se tak stalo	zabránění potřeby péče
nemocenské	neexistuje žádný další cíl	získání samostatnosti

Zdroj: *Handbuch zur Rehabilitation*

4.3 Francie

Francie patří k zemím s poměrně dobře propracovanou rehabilitační péčí, a to nejen na úrovni zdravotní, ale i sociální a pracovní.

Rehabilitace ve Francii patří do struktury tzv. akutní péče. Neexistuje zde žádná právní definice rehabilitace. Nicméně je používán obecný termín pro rehabilitaci, ve francouzském originále „soins de suite ou de réadaptation“, do češtiny jej lze přibližně přeložit „znovu se přizpůsobit nebo rehabilitace“.

Francie má státem kontrolované zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny mezi sebou nesoutěží. Pojistná povinnost je všeobecná, příjmová hranice pro pojištění zde neexistuje. Francie je zemí s vysokou spoluúčastí.

Základní právní úprava je obsažena v zákonu o sociální péči a rodině, v nařízení z 19. 12. 2005 o krajských domovech pro postižené, v nařízeních č. 1588 a č. 1591 z roku 2005, která stanoví příspěvek na úpravu bytu pro zdravotně postižené, a nařízení č. 1574 z 6. 12. 2007 GUIDE-BAREME pro stanovení nedostatku způsobilosti zdravotně postižených.⁷

Léčebná rehabilitace je výhradně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Rehabilitační péče je pacientovi poskytována od první fáze onemocnění. Již v akutní fázi onemocnění/úrazu zdravotnické týmy dbají na doporučení týkající se poskytování péče, které vypracovala *Národní agentura pro akreditaci a evaluaci ve zdravotnictví* (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ANAES). V této fázi onemocnění dochází ke stanovení rehabilitačního a readaptačního plánu pro pacienta.

Samozřejmostí je nastolení úzké spolupráce mezi oddělením poskytujícím akutní péči a oddělením rehabilitačního lékařství. Přítomnost lékaře z oddělení rehabilitačního lékařství již od prvního dne hospitalizace je nezbytná. Úkolem lékaře pracoviště rehabilitačního lékařství je již v akutní fázi vyšetřit pacienta tak, aby mohl ve

⁷ Code de l'action sociale et des familles articles L 146-3 à L 146-12, Code de l'action sociale et des familles articles R 146 -16 à R 146-35. Décret du 19. décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées, Décret no. 2005-1588, Décret no. 2005-1591, Décrets relatifs à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées, Décret no. 2007-1574 du 6. novembre 2007, GUIDE-BAREME pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées a Loi d'orientation du 30 juin 1975 et de vie social.

spolupráci s lékařem-referentem, pacientem a jeho rodinou rozhodnout o pacientově umístění a přijetí na oddělení rehabilitačního lékařství, popřípadě (u specifických onemocnění či úrazů) na oddělení pro pacienty „probouzející se z komatu“. Zároveň by měl připravit příjem pacienta na oddělení rehabilitačního lékařství a zajistit, aby probíhal za optimálních podmínek jak pro pacienta a jeho okolí, tak pro zdravotnické týmy. Lékař v této fázi předepisuje pacientovi vhodné rehabilitační úkony a dále přijímá preventivní opatření proti funkčním komplikacím.

Péče lékařů na pracovišti rehabilitačního lékařství, kam je pacient přeložen, plynule navazuje na práci oddělení akutní péče. Podmínky spolupráce mezi odděleními rehabilitačního lékařství a odděleními poskytujícími akutní péči jsou předem definovány a formalizovány. Jsou stvrzeny podpisem charty nebo dohody popisující mimo jiné i podmínky a způsob předání mezi jednotlivými odděleními a ošetřujícími týmy.

Úkolem oddělení rehabilitačního lékařství je zajistit rehabilitaci, readaptaci a návrat pacientů do běžného života. Jejich cílem je pokračovat v léčbě, omezit postižení fyzického a neuropsychologického původu, poruchy chování a handicap vyplývající z přirozeného prostředí, poskytují pacientovi a případně i jeho okolí výchovnou terapii, připravují jej na opuštění zařízení a na jeho opětovné zapojení se do rodiny a do společnosti.

Od okamžiku, kdy je pacient přijat do péče zařízení rehabilitačního lékařství, se začíná pracovat na jeho readaptaci a návratu do běžného života. Vychází se přitom ze zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních údajů o jeho léčbě vypracovaných v rámci sítě(i) poskytovatelů zdravotních služeb. Zároveň je pacientovi i jeho okolí poskytnuta dlouhodobá asistence (viz vyhláška DH/EO4/97 n° 841 z 31. prosince 1997), která je umožněna díky systému organizací nabízejícímu řadu specifických zdravotně-sociálních a sociálních služeb v oblasti bydlení, asistence a pracovního uplatnění.

Na pracovišti rehabilitačního lékařství je vytvořen nový životní plán pacienta, který zahrnuje jeho rodinné zázemí, možnosti života v domácnosti, práce, koníčků a zohledňuje i zákonné možnosti odškodnění. Tým lékařů pracoviště rehabilitačního lékařství vypracuje multidisciplinární, personálně propracovaný terapeutický rehabilitační plán, postihující oblast neuromotorickou, kognitivní (traumatické poranění mozku), psychologickou a oblast chování. Pacient poté vstoupí do fáze readaptace a návratu do běžného života.

Pobyt pacienta na oddělení rehabilitačního lékařství provázejí pravidelné hodnotící schůzky celého týmu. Odborníkům z různých oborů umožňují společně zhodnotit pacienta a s ohledem na vývoj jeho stavu přehodnotit cíle a způsoby léčby. O pokrocích pacienta jsou průběžně informováni jeho rodinní příslušníci, aby mohli bez zbytečného odkladu připravit podmínky pro jeho návrat po ukončení hospitalizace.

Pracoviště rehabilitačního lékařství vytvářejí speciální multidisciplinární týmy, jejichž členy jsou mimo jiné: lékař z oboru rehabilitačního lékařství, ošetřující tým, fyzioterapeut, ergoterapeut, specialista na psychomotoriku, logoped (traumatické poranění mozku, cévní mozková příhoda), neuropsycholog, psycholog, vychovatel, sociální pracovník. Na základě dohody mohou týmy povolát i poradce v oblasti pracovního zařazení a orientace, kteří mohou být financováni skrze Národní asociaci řízení fondů určených pro osoby s postižením (*Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées - AGEFIPH*) anebo regionální poradce.

Psychologické vyšetření a podpora pacienta a jeho okolí a případná nezbytná psychiatrická péče spadají do specifické působnosti psychiatrů, ale také psychologů a

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

ošetřovatelů z oboru psychiatrie. Jejich služby jsou zajištěny buď přímo v rámci oddělení rehabilitačního lékařství, nebo v rámci úzké a průběžné spolupráce se zdravotnickými týmy z psychiatrického oddělení (činnosti v rámci sítě zdravotnických služeb, provázané činnosti). Všichni tito odborníci v úzké spolupráci s adekvátními poskytovateli služeb cíleně připravují pacienta na odchod ze zařízení. Tato příprava musí být, personálně zajištěná a vytvořená společně s blízkými pacienta, kteří o něj pečují. Je třeba počítat i s možnostmi přechodného způsobu péče, jako jsou například pobyt v denním stacionáři, domácí hospitalizace, lékařské konzultace.

V rámci přípravy je třeba:

- zajistit informovanost umožňující blízkým podporovat pacienta a asistovat mu; informace jsou poskytovány v souladu s právy pacienta;
- zajistit terapeutické pobyty umožňující pacientovi a jeho blízkým seznámit se s novými funkčními podmínkami života;
- zajistit návštěvu nebo opakované návštěvy ergoterapeuta(ů) a sociálního(ch) pracovníka(ů) umožňující přizpůsobit vzniklé situaci podmínky přirozeného prostředí (technické, lidské, společenské atd.);
- poskytnout informace, pomoc a asistenci pacientům a jejich rodinám, aby byli schopni ve vhodné chvíli podniknout nezbytné kroky u takových instancí jako:
 - *Departementální rada pro speciální vzdělávání (CDES)*
 - *Komise práv a autonomie handicapovaných (CDAPH)* na základě zákona z roku 2005 nahradila Technickou radu pro pracovní orientaci a změnu pracovního uplatnění (COTOREP), Cotorep byly krajské úřady zabývající se otázkami, které se týkají volby povolání a sociálního začleňování dospělých osob s postižením (starší 20 let nebo starší 16 let, pokud již pracují). Obrací se na ně každý, kdo potřebuje vyjádření ke svému postižení nebo obdržení náhradních výhod ke svému postižení.
 - *Krajské domovy pro postižené – (MDPH)*
 - *Společnost pro soběstačný život (SVA).*

Všechny výše uvedené instituce se jako zainteresované strany podílejí na definování řešení, která mají uspokojit potřeby zdravotně postižených osob a zajišťují přesnou provázanost poskytování ústavních a ambulantních služeb. Jejich rozhodnutí jsou nezbytná pro přijímání různých sociálních, zdravotně-sociálních, vzdělávacích nebo profesních opatření. Zejména se jedná o příspěvky na financování technických pomůcek a úpravy domácnosti, školní a profesní začlenění do původního prostředí nebo do prostředí chráněného pracoviště, v případě potřeby o umístění do zdravotnicko-sociálního zařízení nebo poskytnutí služby sociálně-zdravotní služby, osobní asistence či asistenčního zvířete (zpravidla psa).

- *Francouzská národní organizace pro normy AFNOR („oddělení pro zdraví, zemědělský a potravinový průmysl a sociální záležitosti“)* vypracovává předběžné postupy integrace (DPI).

Centra rehabilitačního lékařství ve spolupráci se sdruženími pacientů (popř. rodin pacientů) a se zdravotně-sociálními zařízeními jsou povinna věnovat zvláštní pozornost osamělým osobám bez sociálního či rodinného zázemí.

Pracovní rehabilitace

Jejím cílem je znovuzačlenění jedince do pracovního a sociálního prostředí. Pracovní rehabilitace hraje ve Francii méně významnou úlohu, neboť pouze po 1 % léčebné rehabilitace následuje i pracovní rehabilitace. Tento typ rehabilitace je financován z prostředků sociálního zabezpečení a CAF (invalidních dávek).

Dlouhodobá péče o osoby se zdravotním postižením (popř. o jejich rodiny)

Cílem takovéto péče je pomoci osobám se zdravotním postižením při jejich návratu z ústavní péče do rodinného sociálního a v případech, kdy je to možné, i do profesního života. Jednotlivé subjekty poskytující péči se sdružují ve formalizované síti poskytovatelů zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb. Síť služeb musí svým uspořádáním vyhovovat potřebám osoby se zdravotním postižením. Jakmile takovéto osoby opustí oddělení rehabilitačního lékařství, je třeba jim poskytnout nezbytnou pomoc, aby se mohly vyrovnat s novou situací.

Kontinuitu péče může zajistit pracoviště rehabilitačního lékařství. Dohlíží také na organizaci zdravotní péče a na její účinné propojení se zdravotně-sociální oblastí. Síť poskytovatelů služeb proto tvoří jak zařízení rehabilitačního lékařství, tak i subjekty poskytující pečovatelské služby v domácnosti a osobní asistenci, která zahrnuje jak zdravotně-sociální osobní asistenci, tak i osobní asistenci při účasti na společenském životě (*Service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS*), v případě dospělých osob se zdravotním postižením připadají v úvahu i zdravotně-sociální osobní asistence a pomoc při návratu k soběstačnému životu. Součástí této sítě (případně jejími spolupracovníky) jsou rovněž další subjekty poskytující domácí zdravotní péči zejména ošetrovatelské služby v domácnosti (*les services de soins infirmiers a domicile - SSIAD*) a domácí hospitalizace (*l'hospitalisation à domicile -HAD*).

Značný význam má Organizace pro evaluaci možností rekvalifikace a změny socioprofesionní orientace osob se zdravotním postižením (*Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle - UEROS*), zahrnující i nezávislé odborníky (lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty, logopedy), zdravotně-sociální zařízení a další organizace.

Cílem poskytovatelů služeb je zlepšit přístup k adekvátní zdravotní péči a zajistit koordinaci, kontinuitu a interdisciplinarnost péče pro osoby se zdravotním postižením, a to v různých oblastech a místech působnosti: zdravotní, zdravotně-sociální, sociální, v pobytových nebo ambulantních zařízeních. Jedná se vlastně o síť služeb, která definuje principy organizace služeb a věnuje zvláštní pozornost dokumentaci poskytované péče. Členy sítě poskytovatelů služeb jsou stávající asistenční služby nabízející asistenci v oblasti společenské (*SAVS*, mobilní týmy) a v oblasti zdravotně-sociální (*SAMSAH*), které pacientům, jejich rodinám a okolí poskytují nejužší každodenní formu spolupráce. Z tohoto důvodu je vhodné, aby tuto funkci zastávaly dlouhodobě.

Takováto organizace služeb umožňuje zdravotně postiženým využívat kontinuální zdravotní péči po celý jejich život a zajišťuje rovněž hodnocení, popřípadě redefinování poskytované péče. Jejím posláním je také poskytovat asistenci, poradenství, dohled, vzdělávání a informace nejen pacientům, ale i jejich rodinám a odborným pracovníkům.

Členové sítě se také zavazují k respektování stanovených zásad týkajících se jak sdílení zdravotních a sociálních údajů o pacientovi, tak i hodnocení činností v rámci sítě. Mezi jejich závazky patří rovněž účast na multidisciplinárních školeních nabízených v rámci sítě.

V praxi je při dlouhodobé péči o osobu se zdravotním postižením realizován

následující postup:

Z organizační struktury péče vyplývá, že je třeba pacientovi při jeho odchodu ze zařízení rehabilitačního lékařství přidělit „garanta“, který pomůže zajistit osobní asistenci pacientovi, jeho rodině i okolí. Ve vhodnou chvíli je může prostřednictvím sítě služeb nasměrovat na jiného adekvátního pracovníka. Garantem se na základě lokálních možností organizace může stát lékař pracoviště rehabilitačního lékařství, neuropsycholog, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped nebo sociální pracovník.

Cílem dlouhodobé péče je zamezit komplikacím a po nezbytnou dobu, případně i po celý život zajistit takovýmto osobám péči v oblasti zdravotní, zdravotně-sociální i sociální. V případech, že k poškození zdraví došlo následkem úrazu, onemocnění, profesního pochybení apod. přihlídnout i k zákonným možnostem odškodnění.

Pokud jde o rodinné příslušníky, těm může být nabídnuta odborná pomoc, aby se lépe vyrovnali s danou situací.

Regionální zdravotní plány (RZP)

Vytvoření systému RZP spadá do oblasti zdravotnictví v souladu s vyhláškou z 5. března 2004 o vypracování RZP třetí generace.

Již několik let existují zdravotně-sociální programy pracující s novými možnostmi péče o postižené osoby, jejichž cílem je zlepšit rozsah služeb v této oblasti (u dětí a dospívajících se jedná o rozšíření kapacity ústavů a organizací poskytujících „speciální výchovu a zdravotní péči v domácnosti“ - *Service d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD*):

- zvýšení kapacity míst se zdravotní péčí v domovech se zdravotní péčí (*MAS* a *FAM*) pro dospělé, zvýšení kapacity organizací poskytujících ošetrovatelské služby v domácnosti (*SSIAD*),
- vytvoření externích míst ústavů pečujících o osoby s nejtěžšími formami postižení a zvýšení kapacity středisek pracovní terapie (*CAT*).
- místa se zdravotní péčí v domovech s chráněným bydlením (***Maison d'accueil spécialisée*** - *MAS* a ***Foyers d'accueil médicalisé*** - *FAM*), asistenční služby, mobilní týmy.

Regionální zdravotní plán musí také počítat s vytvořením evaluačních kritérií vycházející ze souhrnných a přesných indikátorů.

Vedle toho jsou od roku 1996 uvolňovány finanční balíčky speciálně určené pro rozvoj struktury péče a služeb pro osoby se zdravotním postižením (*Organizace pro evaluaci možností rekvalifikace a změny socioprofesionální orientace* - *UEROS*).

Organizace specifické péče o osoby se zdravotním postižením se opírá o následující zásady:

1. stav nabídky služeb v oblasti zdravotní péče musí být přesně a přehledně zmapován. Cílem je rozlišit jednotlivá spádová zdravotnická zařízení, jednotlivé zdravotnické činnosti, stávající a potenciální působnost, získat přehled o využitelném technickém vybavení jak v oblasti péče o dospělé, tak v pediatrické oblasti a o spolupráci a projektech jednotlivých subjektů;
2. potřeby v oblasti zdravotnictví musejí být vyhodnoceny s ohledem na existující

údaje z regionu;

3. při vytváření RZP je třeba dbát na jeho úzké propojení s poskytovateli služeb ve zdravotně-sociální oblasti a zajistit tak návaznost péče o pacienty.
4. **je velmi důležité propojit RZP a departementální a regionální plány zdravotně-sociálních a sociálních služeb. Propojenosti těchto odvětví by v některých regionech mohlo napomoci vytvoření regionálních výborů pro pacienty řízených Regionální správou zdravotnictví a sociálních záležitostí (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales - DRASS).**

4.4 Nizozemsko

V roce 2006 proběhla v Nizozemsku reforma systému zdravotní péče, a to zejména z důvodu extrémního růstu výdajů na zdravotnictví. Zatímco v roce 2003 činil podíl výdajů na HDP 9,2 %, v roce 2005 již tento podíl činil 9,8 % (pro srovnání, v ČR činil podíl výdajů na HDP cca 7 % v roce 2007). Zdravotní pojišťovny rovněž mohly odmítnout pojistit občany s vyšším individuálním rizikem, příp. mohly požadovat po chronicky nemocných či po jinak rizikových klientech vyšší pojistné. Reforma systému zdravotní péče tak zavedla povinnost pojištění všech obyvatel bez ohledu na výši příjmů.

V Nizozemsku jsou u 27 zdravotních pojišťoven pojištěny téměř dvě třetiny obyvatel (63 %). Více než třetina obyvatel má pak uzavřené soukromé zdravotní pojištění, které provozuje 45 navzájem si konkurujících pojišťoven. Rehabilitace je financována z příspěvků, přičemž zdravotní pojišťovna poskytuje a hradí léčebnou rehabilitaci.

Cílem rehabilitace je participace, tj. začlenění se klienta do sociálního a pracovního prostředí.

Také v Nizozemsku je rehabilitace upravena ve více právních předpisech. Mezi nejvýznamnější patří:

- Zákon o zdravotním pojištění (*Ziekenfondswet, ZFW*)
- Všeobecný zákon o výjimečných léčebných výdajích (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*)
- Zákon o rehabilitaci pracovníků se zdravotním postižením (*Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicaptten, REA*)
- Zákon o zaopatření handicapovaných osob (*Wet Voorzieningen Gehandicaptten, WVG*)

Podle zákona o rehabilitaci pracovníků se zdravotním postižením (REA) se provádí rehabilitace osob, které pobírají invalidní důchod, rehabilitace osob, které jsou zaměstnané po dobu 5 let v dotovaných programech na vytvoření pracovních míst a dále u osob, jejichž možnost získat zaměstnání po absolvování sociálně-léčebné rehabilitace je podle lékařského posudku omezena.

Nizozemský zaměstnavatel má nárok na dotace na podporu zaměstnatelnosti.

Osoba se zdravotním postižením (ne)pracující má nárok na věcné dávky a léčebné výlohy.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

V Nizozemsku je rovněž široce rozvinuta sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením již od jejich narození.

Termínem „tělesné postižení“ se v Nizozemsku označuje:

- postižení motoriky (porucha chůze, potíže s užíváním paží, dlaní, prstů nebo potíže v rovnováze),
- postižení, které se týká smyslů (porucha vidění, sluchu, citění – týká se hmatového citění a porucha čichu),
- porucha řeči (např.: koktavost),
- porucha vědomí (např.: epilepsie nebo kóma),
- jiné funkční poruchy (např.: deformace).

Rodiče dětí se zdravotním postižením (anebo v případě, že mají obavy o zdravý vývoj dítěte) se mohou obrátit v této věci na domácího (praktického) lékaře nebo na zdravotní poradnu. V rámci včasného rozlišení poruch vývoje (*Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoormissen - VTO*) posuzuje dítě pracovní tým, který je tvořen specialisty z rehabilitačních center, z institucí zaměřených na děti s tělesným nebo mentálním postižením, dále jsou to dětská lékařská, zdravotní poradny, úřad pečující o mládež a organizace rodičů. Tým je oprávněn stanovovat diagnózy, ale v jeho kompetenci není poskytování následné péče.

Na včasné rozpoznání poruchy navazuje **raná péče** (Integrale vroeghulp - IV). Ta se realizuje v domácím prostředí dítěte. Jejím cílem je bez zbytečné prodlevy poskytnout ve spolupráci se specialisty po společné domluvě s rodiči dítěti péči a pomoc.

Cílem rané péče je ve spolupráci s rodiči snaha o co možná nejlepší vývoj dítěte. Tvoří ji týmy specialistů (IV-team) pokoušejících se o celkové poskytnutí patřičné formy pomoci a co nejrychlejší přidělení asistenta.

V regionálním týmu rané péče jsou:

- dětský lékař
- sociální pracovník
- ortopedagog
- rehabilitační lékař

Od včasné péče mohou rodiče očekávat:

- *průvodce (vraagbaak)* - prostřednictvím průvodce ranou péčí si mohou urovnat své otázky, získané informace a zprávy (např. informace týkající se určené diagnózy nemoci a syndromu)
- *spolumyslitel (meedenker)* - tento „spolumyslitel“ je určená osoba, které společně s rodinou probírá nejlepší možnosti řešení vzniklé situace (např. možnosti fyzioterapie nebo herního asistenta v domácnosti)
- vnáší do organizované pomoci *řád a pořádek*
- *kontrolu (regelaar)* - osoba starající se rodinám o vhodný výběr asistentů a vzájemně přizpůsobuje rozdílné druhy pomoci

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Koordinátor rané péče je veden prostřednictvím řídicí komise, která je sestavena ze **zástupců následujících organizací:**

- Rada chronicky nemocných a postižených v Nizozemsku (*Chronisch zieken en Gehandicaptten Raad Nederlands - CG-RAAD*)
- Sjednocená federace rodičů (*Federatie van Ouderverenigingen*)
- MEE Nizozemsko (*MEE Nederland - MEE je název organizace, starající se o celkovou péči jedinců s postižením*)
- (Sjednocená péče o postižené v Nizozemsku (*Vereniging Gehandicaptentzenor Nederland*))
- Rehabilitační organizace v Nizozemsku (*Revalidatie Nederland*)

Raná péče je realizována např. prostřednictvím dětských center (*kinderdagcentra*) nebo rehabilitačních center (*revalidatie centra*), kde jsou zařazeny i děti v kojeneckém věku.

Další možností realizace rané péče je např. umístování dětí, v rámci integrace, do běžných škol pro děti ve věku od 2 let do 4 let (*peuterspeelzaal*).

Příprava dítěte s postižením na školu, je individuální, jelikož velmi záleží na stupni a hloubce postižení, důležitým hlediskem je také kombinace více vad. Děti s více vadami, navštěvující základní speciální školy, mohou být seznamovány se základním učivem již v předchozím zařízení (př. dětské centrum).

Možnosti vzdělávání tělesně postižených⁸

Děti s postižením se mohou vzdělávat:

- **v obvyklých základních školách**, jejichž výhodou je, že dítě zůstane v okolí svého bydliště a navíc bude mít možnost sociálního kontaktu se svými vrstevníky.
- **ve speciálních školách pro základní vzdělávání**. Tento typ školy je určen pro žáky s potížemi v učení a s výchovnými problémy, žákům je poskytována potřebná pomoc a péče.

Pro jedince s tělesným postižením a se sníženým intelektem a pro jedince s problémy v chování jsou určeny *školy pro speciální vzdělávání*.

Druhy speciálního vzdělávání

Speciaal basisonderwijs - speciální základní vzdělávání, zaměřuje se na děti s učenými a výchovnými problémy, obtížně se učící a děti, které byly ohroženy ve svém vývoji. Vzdělávání je zaměřeno hlavně na zpětné umístění dětí do obvyklých škol. Pokud není možné umístit žáky zpět do obvyklých škol, je vzdělávání zaměřeno na následování pokračujícího vzdělávání.

Speciaal scholen voor basisonderwijs - speciální školy pro základní vzdělávání pracují společně s projektem „Společně do školy“ (*Weer Samen Naar School = WSNS*). Přibližně jedno až pět dětí na základní škole potřebuje nutně během kratší nebo delší doby zvláštní péči a doprovod. Tato spolupráce je zodpovědná za dobré

⁸ více na www.onderwijsenhandicap.nl

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

vzdělávání všech žáků ve škole (tam, kde školy zahrnují do svých osnov projekt WSNS, nesou název SBAO školy - speciaal scholen voor basisonderwijs = speciální školy pro základní vzdělávání). Cílem výše uvedeného projektu je dosáhnout co největší možnosti doprovodu a péče pro žáky na základních školách. Proto také intenzivně spolupracují speciální školy se základními školami.

Speciální školy spadají pod stejný zákon jako školy základní. Jedná se o zákon primárního školství, vzdělávání a vyučování (*de Wet op het Primair Onderwijs*). Pro obě školy platí stejné hlavní body, např. předpokládané části, týkající se toho, co vše musí žáci znát a umět na konci základních škol.

Ve speciálních školách pro základní vzdělávání se mohou vzdělávat žáci maximálně do 14 roku svého života.

Speciaal voortgezet onderwijs - speciální pokračující vzdělávání, je jedna z forem vzdělávání pro žáky. Tito žáci mohou oprávněně studovat v „podporované cestě“ k učení a v praktickém vzdělávání, obě tyto možnosti patří pod VMBO - střední přípravné vyučování k povolání.

Podporovaná cesta k učení (*leerwegondersteuning*) je určena žákům, kteří jsou pozadu, zaostávají nebo mají jiné problémy, ale v principu mají dostatečnou kapacitu k získání VMBO diplomu. Žáci dostávají „péči na míru“, náklady a forma podporované cesty k učení je individuálně rozdílná.

Praktické vzdělávání (*praktijkonderwijs*) je významné pro žáky, o nichž je zřejmé, že se jejich situace ve vzdělání nezmění a také se u nich nepočítá s uzavřením podporované cesty k učení diplomem. **Toto praktické vyučování nepřipravuje, v protikladu s učebními cestami, žáky na střední profesní vzdělávání, ale připravuje je na uplatnění v regionálním trhu práce (*arbeidsmarkt*).**

Speciaal onderwijs - speciální vzdělávání je uskutečňováno ve školách pro speciální vzdělávání, ve školách pro pokračující speciální vzdělávání a v kombinovaných školách pro speciální a pokračující speciální vzdělávání.

Školy v tomto vzdělávání jsou určeny pro žáky s postižením, nemocné žáky nebo žáky s problémy s chováním. Pro tyto děti je celkem deset druhů škol, které se nachází ve **4 skupinách** (*clusters*):

1. cluster 1 - školy pro zrakově postižené (*visueel gehandicapte*) děti nebo děti s více vadami (*meervoudig gehandicapte*) + zrakovým postižením
2. cluster 2 - školy pro neslyšící (*dove*), špatně slyšící (*slechthorende*) děti a děti s těžkou poruchou řeči (*ernstige spraakmoelijkheden*) + další postižení
3. cluster 3 - školy pro tělesně postižené (*lichamelijk gehandicapte*) děti, velmi obtížně se učící (*zeer moeilijk lerende*) děti a školy pro dlouhodobě nemocné (*langdurig zieke*) děti s tělesným postižením nebo kombinace více vad
4. cluster 4 - školy pro velmi obtížně vychovatelné (*zeer moeilijk opvoedbare*) děti, děti dlouhodobě nemocné s jiným než tělesným postižením, do této skupiny také patří vzdělávání dětí ve škole, jenž spolupracuje s pedologickými institucemi (tyto instituce jsou svázány s nizozemskými univerzitami a sociálními asistenty ve speciálním školství).

Speciální školství je určeno pro žáky do 20 let věku.

4.5 Švédsko

Obecná politika

Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením představuje ve Švédsku obecný pojem pro léčebnou, psychologickou, sociální a pracovní rehabilitaci. Neexistuje zde však žádný obecný zákon, který by se zaměřoval na zajištění práv osob se zdravotním postižením. Tato problematika, včetně rehabilitace osob, se promítá do celé řady právních předpisů, ať již přímo konkrétními právními ustanoveními nebo u jiných právních předpisů (např. zákon o pracovním prostředí) se jejich působnost vztahuje na osoby se zdravotním postižením buď automaticky, nebo jsou v právních ustanoveních řešících okruh působnosti výslovně uvedeny osoby se zdravotním postižením. Odpovědnost za rehabilitaci má tak více orgánů. Každý z nich je přitom zodpovědný za různé oblasti.

Konečnou odpovědnost za zajišťování potřeb pro osoby se zdravotním postižením mají obce. Zákony o sociálních službách a zdravotní péči umožňují obcím a krajům velkou svobodu při plánování a organizování vlastních služeb. Za účelem jejich financování rovněž mohou stanovit daně. Samostatnost těchto dvou úrovní samosprávy také znamená, že služby jsou organizovány různě v různých částech země a současně jsou u nich i jinak stanovovány priority.

Obce jsou zodpovědné hlavně za rehabilitaci seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří žijí v pobytových zařízeních, jako jsou např. domy s pečovatelskou službou (*sjukhem*). Také mají zodpovědnost i za poskytování technických pomůcek.

Odpovědnost obcí a krajů za rehabilitaci a poskytování technických pomůcek je definována v zákoně o zdravotních a lékařských službách. Prostřednictvím tohoto zákona rovněž mají kraje odpovědnost i za každodenní tlumočení pro neslyšící, či slepé osoby. Zákon o zdravotních a lékařských službách ustanovuje, že lidem musí být nabízeny zdravotní a lékařské služby v dobré kvalitě, jsou poskytovány za stejných podmínek a jsou snadno přístupné pro každého. Pokud je to možné, služby by měly být rovněž prováděny v součinnosti s pacientem.

Různá sociální opatření v rámci rehabilitace koordinuje i Agentura švédského sociálního pojištění (*Försäkringskassan*). Ta rovněž věnuje zvýšenou pozornost potřebám osob při rehabilitaci za účelem návratu zpět do zaměstnání a podporuje kontakt osob s postižením s příslušnými orgány (tam, kde je to zapotřebí).

Agentura švédského sociálního pojištění rovněž poskytuje osobám s postižením příspěvek, a to v případě, kdy osoba vyžaduje pomoc při základních úkonech v rozsahu více než 20 hodin týdně.

Ve Švédsku je cílem politiky zdravotně postižených umožnit zdravotně postiženým osobám plně participovat na životě společnosti. Podle Standardních pravidel OSN pro zrovnoprávnění příležitostí pro osoby se zdravotním postižením jsou osoby se zdravotním postižením stejně hodnotné a mají stejná práva a povinnosti jako ostatní občané. Zdravotní postižení se stává handicapem pouze tehdy, pokud jednotlivec naráží na nedostatky v životním prostředí nebo v organizovaných činnostech společnosti. V případě, kdy jsou přijata taková opatření, která odstraňují tyto nedostatky, se handicap může významně snížit.

Národní cíle politiky zdravotně postižených a návrhy konkrétních opatření se proto mnohem více soustředí na odstranění překážek, jež brání osobám se zdravotním postižením plně participovat na životě společnosti.

Diskriminace zdravotně postižených osob je zakázána, ať již např. na trhu práce či během vzdělávacího procesu.

Mezi národní cíle politiky zdravotně postižených patří:

- sociální společnost založená na rozmanitosti;
- společnost, jež umožní osobám se zdravotním postižením v každém věku plnou účast na životě společnosti;
- rovné příležitosti v životě pro dívky a chlapce, ženy a muže se zdravotním postižením.

Jedním ze speciálních nástrojů začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti je rehabilitace a habilitace, jejíž cílem je pomoci lidem získat, či opětovně získat maximálně možné funkce a schopnosti navzájem a zlepšit podmínky pro plnou účast na životě společnosti.

Rehabilitace a habilitace v rámci zdravotní a lékařské péče znamená koordinovaná a komplexní opatření z různých oblastí. To znamená, že lékařská, psychologická, pedagogická, sociální a technická opatření jsou kombinována na základě potřeb, kritérií a zájmů jednotlivce.

Léčebná rehabilitace

Cílem sektoru primární péče je zlepšit celkové zdraví lidí a léčit nemoci a zranění, jež nevyžadují hospitalizaci. Tato péče je organizována ve zdravotních střediscích, nicméně ji poskytují i soukromí lékaři a fyzioterapeuti, oblastní ošetrovatelské kliniky a kliniky pro děti a mateřskou zdravotní péči.

V případech, kdy je potřeba hospitalizace, jsou lékařské služby poskytovány na okresní a krajské úrovni. Krajské lékařské služby jsou dostupné přibližně v 80 centrálních okresních a obvodních nemocnicích. Regionální zdravotní systém má ve srovnání s okresní úrovní větší rozsah odborných a subodborných oblastí a je dostupný v deseti krajských nemocnicích.

Běžná lékařská služba, za níž zodpovídá krajská rada, je rovněž povinna splňovat i požadavky na péči o osoby se zdravotním postižením. **Krajské rady jsou pak zodpovědné i za habilitaci a rehabilitaci.** V krajských habilitačních službách pro děti se zdravotním postižením byly vytvořeny fondy pro vyšetřování a léčbu, fyzioterapii, ergoterapii, logopedii atd. Ve většině krajů pak byly založeny společné habilitační organizace, a to za účelem zkombinování prostředků pro děti s různým postižením.

Existují zde rovněž krajské habilitační organizace, které pro děti se speciálními potřebami léčby poskytují lepší služby. Pro habilitaci dětí s postižením a rehabilitaci dospělých jsou v každém kraji specializovaná zraková a sluchová centra, jež zaměstnávají konzultanty na sluch a zrak, fyzioterapeuty, protetiky, ortetiky atd.

S účinností od června 2007 pak Národní zdravotní rada usiluje o koordinaci předpisů a směrnic v oblasti habilitace a rehabilitace.

Technické pomůcky pro osoby se zdravotním postižením jsou zpravidla bez poplatku. Jsou poskytovány bez ohledu na testování příjmové úrovně a ani u nich není stanoven žádný horní cenový limit. Dokonce i jejich oprava a údržba je pro osoby se

zdravotním postižením provedena bez jakýchkoliv nákladů. Služba technických pomůcek zahrnuje vyšetření, předpis, nastavení, poučení a vzdělávání. Součástí této služby je i zajištění tlumočnických služeb pro neslyšící, nevidomé a pro ty, kteří mají vady řeči. Rozsah této služby se pak v jednotlivých částech země výrazně liší.

Krajským radám jsou náklady za tyto služby hrazeny vládou, a to prostřednictvím systému zdravotního pojištění se standardní částkou na obyvatele za rok.

Pedagogická rehabilitace

Švédský zákon o školství stanovuje rovný přístup ke vzdělání pro všechny děti a mládež.

Za vzdělávání žáků se zdravotním postižením jsou pak zodpovědné obce. Zákon o školství také stanovuje, že pozornost musí být věnována žákům se speciálními potřebami a že všichni studenti, kteří potřebují speciální pomoc, musí mít písemné plány rozvoje sestavené ve spolupráci se samotnými žáky, rodiči a odborníky. Současný studijní plán pro povinnou školní docházku považuje za samozřejmé, že všichni studenti budou vzděláváni v běžných třídách. Pokud toto však není možné, škola musí zcela jasně odůvodnit, proč bylo pro některé studenty vybráno jiné řešení. Většina žáků, kteří potřebují speciální pomoc, je sice vyučována v rámci běžné povinné školní docházky a na středních školách, ale do určité míry jsou také pro žáky s funkčními poruchami organizovány speciální výukové skupiny.

Stát poskytuje takové prostředky, jako jsou například přizpůsobené výukové materiály, podpora a poradenství speciálních poradců, finanční podpora pro regionální vzdělávací a rozvojové programy. Národní agentura pro zvláštní podporu vzdělávání nabízí podporu a poradenství pro obce v oblasti speciálních pedagogických otázek.

Kromě výše uvedených existuje také Národní agentura speciálních škol pro neslyšící a nedoslýchavé.

Studenti se zdravotním postižením se mohou na univerzitách a vyšších odborných školách zúčastnit běžné výuky. Základem systému vysokoškolského vzdělávání je, že se všemi studenty by mělo být zacházeno jako s jednotlivci, kteří mají stejná práva a povinnosti. Jakákoliv diskriminace je nepřípustná. Za řešení stížností týkajících se otázek zdravotního postižení, je zodpovědná kancelář veřejného ochránce práv v oblasti zdravotního postižení.

Každý, kdo potřebuje speciální pomůcky, je může získat či si je půjčit prostřednictvím centra pro výukové pomůcky v místě studia. Speciální pomoc během výuky a osobní asistence během pracovního dne jsou poskytovány univerzitou či vyšší odbornou školou. Kromě toho je osoba se zdravotním postižením oprávněna využívat služby pro individuální pomoc v každodenním životě. Tyto doprovodné služby poskytují orgány místní správy a jsou hrazeny ze strany vlády, tzn. pro studenty zdarma.

Speciální vzdělávání

Speciální školy jsou organizovány Národní agenturou pro speciální školy. Tato agentura má odpovědnost za rozvoj speciálních škol a zajišťuje kvalitní vzdělání v těchto institucích.

Žáci se zrakovým postižením se, až na několik výjimek, vzdělávají v běžných třídách obecních škol. Existuje zde pouze jedna speciální škola, která je spojena s

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

centrem informačních zdrojů pro děti se zrakovým a dalším postižením. Dále zde existuje také speciální škola ve spojení s centrem informačních zdrojů pro žáky s poruchou řeči a pro studenty, kteří jsou neslyšící či nedoslýchaví a mají závažné poruchy učení, resp. jsou nevidomí a neslyšící. Aktivit těchto center zahrnují mimo jiné vzdělávání dětí a mládeže, kurzy a informace pro rodiče a předškolní a školní personál.

Většina žáků se zdravotním postižením může navštěvovat běžné střední školy. Pro těžce zdravotně postižení studenty jsou pak k dispozici čtyři speciální střední školy. Pro neslyšící a nedoslýchavé studenty existuje jedna speciální střední škola v obci Örebro.

Ve švédském systému povinné školní docházky existují speciální programy, studijní plány a sylaby pro žáky se závažnými poruchami učení.

Po absolvování povinné školní docházky mohou studenti se závažnými poruchami učení navštěvovat střední školy, jež jsou speciálně určeny pro tyto studenty.

Pro dospělé osoby se zdravotním postižením jsou vytvářeny různé formy vzdělávání dospělých, jichž se mohou zúčastnit. Velký význam například má obecní vzdělávání dospělých, vzdělávání pro dospělé se závažnými poruchami učení, sdružení pro vzdělávání dospělých a národní střední školy.

Zaměstnanost a pracovní rehabilitace

Hlavní cíl politiky zaměstnanosti ve Švédsku je vyjádřen heslem „zaměstnání pro každého“. Zahrnuje ovšem také opatření k usnadnění zaměstnávání osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce a k vytváření pracovních míst pro ty, kteří nemohou nalézt pracovní uplatnění. Ve Švédsku neexistují žádné kvóty pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Pracovní rehabilitace

Poradenství pro volbu povolání a rehabilitace při zaměstnání

Služby rehabilitace při zaměstnání poskytují poradenství pro volbu povolání a rehabilitaci pro uchazeče o zaměstnání, kteří potřebují větší podporu při vstupu na trh práce, než je poskytována na úřadech práce.

Potřeba poradenství pro volbu povolání je důležitá z toho důvodu, že pracovní nerozhodnost, omezená pracovní schopnost v důsledku zdravotního postižení a další způsobují obtíže při vstupu na trh práce.

Důležitou součástí AMI aktivit je tzv. „**jobtesting**“. To může být aplikováno jak na služby rehabilitace při zaměstnání, tak i na vnější pracoviště ve všech oblastech trhu práce. Jedná se o týmovou spolupráci. Každá služba rehabilitace při zaměstnání má zpravidla poradce pro zaměstnání, psychology, poradce v sociální oblasti, zdravotní sestry a fyzioterapeuty.

Zaměstnanost v běžném pracovním prostředí

Pokud jde o vlastní pracovní prostředí, zákon o pracovním prostředí (1977: 1160 ve znění 1991:677) obsahuje ustanovení, že „pracovní podmínky budou přizpůsobeny lidem s různými tělesnými a duševními schopnostmi“. „Kromě toho je zaměstnavatel povinen zajistit, aby pracovní prostředí bylo uspořádáno tak, aby v něm

osoba mohla vykonávat svou pracovní činnost“ (zákon o národním pojištění 1962:381, kap. 22).

Nezbytnou podmínkou pro to, aby osoby se zdravotním postižením získaly zaměstnání, je snadno přístupné pracovní prostředí. Kromě ustanovení stavebního zákona, který se také vztahuje na pracovní prostory, nyní zákon o pracovním prostředí stanovuje, že zaměstnavatel je povinen přizpůsobit pracovní podmínky (prostředí, organizaci práce atd.) individuálním fyzickým a duševním potřebám. To však také znamená nároky na adaptaci osob s různým zdravotním postižením.

Opatření usnadňující zaměstnanost zdravotně postižených osob

Osoba se zdravotním postižením má, jako kdokoliv jiný, právo na pomoc při hledání zaměstnání, a to prostřednictvím úřadů práce. Na trhu práce existuje řada politických opatření. Jejich účelem je usnadnit osobám se zdravotním postižením vstoupit na otevřený trh práce. Mezi opatření, která jsou určena zejména pro osoby se zdravotním postižením, patří:

Dotace na mzdy (*Lönebidrag*)

Dotace mezd jsou určeny zaměstnavatelům, kteří najímají uchazeče o zaměstnání s určitou dysfunkcí. Vyplacené mzdy jsou pak v souladu s kolektivními smlouvami mezi odbory a organizací zaměstnavatele. Dotace kompenzují snížení pracovní schopnosti v důsledku zdravotního postižení. Jsou flexibilní a dosahují až 80 % měsíční mzdy, jež je ve výši 13 700 SEK. Jsou zde zahrnuty i daně ze mzdy a některá kolektivní pojištění. Sazba subvencování je sjednána mezi zaměstnavatelem, zaměstnancem, zástupcem odborové organizace a pracovním úřadem. Tato dohoda pak musí obsahovat i osobní akční plán s cílem rehabilitovat zaměstnance, aby mohl pracovat i bez subvencování mzdových nákladů

Podporované zaměstnávání (*SIUS*)

Podporované zaměstnávání je známá metoda, jež slouží k hledání a udržení zaměstnání u osob s těžkým zdravotním postižením. SIUS je opatřením a současně i způsobem využití této metody na švédském trhu práce. V povinnostech pro podporování osoby je zahrnuto zmapování kvalifikace uchazeče o zaměstnání, jeho žádosti a následně pak i nalezení vhodných návrhů pracovišť a zajištění asistence a odborné přípravy na pracovišti. Toto opatření je cíleno primárně na osoby duševně postižené.

Obchodní příspěvek pro osoby se zdravotním postižením (*Näringshjälp*)

Pokud má osoba se zdravotním postižením dobrou obchodní myšlenku, je možné jí poskytnout obchodní příspěvek. Podmínkou však je, že obchodní vize má budoucnost a že příjem z podnikání bude odhadován jako významná část z příspěvku na živobytí.

S výjimkou těchto opatření, která jsou pro osoby se zdravotním postižením speciálně určena, se mohou tyto osoby rovněž plně účastnit všech programů, jež zajišťuje politika trhu práce, a to za účelem usnadnění vstupu na trh práce.

Úřad práce může také poskytnout dotace na přizpůsobení pracovního místa a pracovní pomůcky (speciální opatření na pracovišti, speciální pomůcky, příspěvek na práci asistentů).

Chráněné zaměstnání

Osoba, která není schopna najít si práci na běžném trhu práce z důvodu zdravotního postižení, může získat zaměstnání ve společnosti Samhall. Samhall AB je státem vlastněná společnost s ručením omezeným. Na konci roku 2010 měla přibližně 16 500 zaměstnanců na více než 300 pracovištích po celé zemi.

Výroba a organizace práce jsou přizpůsobeny individuálním schopnostem zaměstnanců. Samhall dostává za takto vynaložené náklady, jež vyplývají i z geografické rozmanitosti provozu, od vlády kompenzaci.

Sociální integrace a životní prostředí

Důležitou součástí obecného cíle je, že osoby se zdravotním postižením mohou žít, ve spolupráci s ostatními, samostatný život. Hlavní koncept péče o osoby se zdravotním postižením a seniory spočívá v tom, že osobám musí být umožněno žít ve svých vlastních domovech tak dlouho, dokud je to možné.

Mnoho starších osob se zdravotním postižením potřebuje pomoc a služby různého charakteru, jež jim umožní žít ve svých domovech a vyrovnat se s požadavky běžného každodenního života. Potřeby starších osob se zdravotním postižením by tak měly být brány v úvahu již při projektování staveb.

Za poskytování celé řady sociálních služeb upravených podle konkrétních potřeb a místních podmínek pak odpovídají místní orgány.

Podle podmínek stanovených zákonem by měla být obydlí a jejich okolí navržena tak, aby je mohly využívat i osoby s omezenou mobilitou a sníženou schopností orientace. Tato opatření se vztahují na nové budovy, jejich okolí a projekty zahrnující rozsáhlé stavební úpravy.

Zákon o speciálních dopravních službách (STS) stanovuje, že obce musí obyvatelům se zdravotním postižením (nejen dočasným) zajistit speciální dopravní služby (jako např. cestování speciálními vozidly). Existuje zde ovšem možnost přenesení zodpovědnosti za STS z obcí na regionální veřejný dopravní úřad (PTA).

Zákon o národních speciálních dopravních službách (NSTS) stanovuje, že obce musí dotovat cesty do jiné obce, a to občanům, kteří v důsledku vážného a trvalého postižení musí cestovat obzvláště nákladným způsobem. Cesty do práce jsou z tohoto vyjmuty. Vláda stanoví jízdné, které odpovídá nákladům na rozpočet vlakové jízdenky. Obce mohou převést zodpovědnost za NSTS na PTA.

Pro osoby se závažnými pohybovými problémy a pro osoby s určitým postižením jsou v bytě/domě často nutná speciální opatření. Podpora na úpravu bydlení pak umožňuje navrhnout bydlení tak, aby odpovídalo individuálním požadavkům osob s postižením. Příspěvek se vyplácí na přestavbu nových i starých budov a pokrývá celou řadu postižení, jako například sníženou pohyblivost, neúplný zrak, alergii, epilepsii, lupénku, případy kolostomie, malý vzrůst a mentální postižení. Podpora na úpravu bydlení je určena pro taková opatření, která jsou potřebná k podpoře primárních potřeb, jako je spánek, odpočinek, osobní hygiena, příprava jídla, stravování a pohyb po bytě.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Za služby typu pomoc v domácnosti jsou odpovědné obecní sociální služby. Ty mají obvykle charakter rutinních prací, jako je péče o oděvy, úklid, nakupování, příprava pokrmů, stejně jako pomoc při osobní hygieně. Poplatky účtované za tento typ služby se liší obec od obce a také podle počtu hodin potřebné pomoci a příjmu. Většina obcí také zajišťuje nepřetržité asistenční služby, které obvykle zahrnují jak ošetřovatelství, tak i personál pro pomoc v domácnosti.

Kromě výše uvedeného je pomoc v domácnosti poskytována i v kombinaci s jinými typy služeb. Množství služeb je nabízeno v denních centrech (*dagcentraler*). Fungují jako místa setkání, kde se osoby s postižením mohou pohromadě stravovat, provádět skupinové aktivity aj.

Denní centrum může být buď samostatně stojící jednotka v obci, nebo může být součástí chráněného bydlení.

Osobám s těžkým zdravotním postižením a osobám s vážným omezením pohyblivosti je poskytováno bydlení ve speciálně upravených bytech se službami, služba pomoc v domácnosti je na požádání. V těchto bytech může nájemník obdržet pomoc, kterou potřebuje, 24 hodin denně. Za budování a údržbu těchto bytů se službami pak odpovídá obecní úřad.

Jedním z nejdůležitějších prvků v zákoně o podpoře a službách pro osoby s určitým funkčním poškozením (LSS) je právo na osobní asistenci. Cílem osobní asistence je umožnit lidem s těžkým zdravotním postižením rozhodnout se, kým, v jaký čas a jakým způsobem jim bude pomoc poskytnuta. To se týká lidí, kteří potřebují pomoc např. s osobní hygienou, oblékáním, stravováním či při komunikaci s ostatními. Obecní úřad ustanovuje asistenty či poskytuje finanční podporu jednotlivcům, kteří chtějí pro asistenty jiného zaměstnavatele. Potřebuje-li člověk více pomoci, tj. více než 20 hodin týdně, hradí tyto náklady stát.

Péče o seniory se zdravotním postižením je dobře dotovaná s tím, že příjemci obvykle platí pouze část skutečných nákladů. Oproti této skutečnosti však v jednotlivých obcích existují značné rozdíly v úrovních poplatků. Tyto rozdíly se pak v posledních letech zvyšují. Aktuální náklady za péči a služby jsou financovány především skrze obecní poplatky. Každý obecní úřad je také dotován z celkové státní dotace určené obcím.

Kompenzační pomůcky pro osoby se zdravotním postižením jsou pro jednotlivce v zásadě zdarma. Dodávají se bez testování majetkových poměrů a obecně zde není stanoven žádný horní limit pro náklady na pomůcky. Dokonce i opravy a údržby pomůcek jsou prováděny pro osoby se zdravotním postižením zdarma. Služba podpůrné technologie zahrnuje vyšetření, předpis, nastavení, informace a školení. Rozsah této služby se pak v jednotlivých částech země liší.

Zajištění tlumočnických služeb pro neslyšící, nevidomé a hluchoslepé a pro ty, kteří mají vady řeči, je součástí služeb krajských rad, jež jsou uvedeny v zákoně o zdravotní péči. Rozsah této služby se v jednotlivých částech země liší. Krajským radám jsou tlumočnické služby propláceny formou státních dotací.

Telefony s funkcí psaní textu a videotelefony jsou poskytovány krajskou radou. Náklady za tato zařízení jsou pokryty státní dotací. Vláda také financuje národní tlumočnickou službu, text a video.

Kultura a sport

Osoby se zdravotním postižením by měly mít k celé řadě nabízených kulturních aktivit stejný přístup jako ostatní lidé ve společnosti. To platí pro sdělovací prostředky, literaturu, film, výukové materiály, kulturní instituce či získávání informací. Jednou z možností účasti na výše uvedených aktivitách je i zajištění osobního doprovodu při procházkách, návštěvách kulturních institucí apod.

Knihovnické služby mohou zdravotně postižení využívat ve Švédsku ať již ve zvukové podobě nebo v Braillově písmu. Stát také poskytuje dotace na výrobu „snadno čitelné“ literatury, a to, mimo jiné, pro osoby s mentálním postižením a pro další skupiny osob, které mají se čtením potíže.

Ve Švédsku jsou na dobré úrovni pro osoby se zdravotním postižením zajištěny i sportovní aktivity, jež jsou jak v rekreační, tak i soutěžní formě. Hlavní organizované aktivity se konají ve sportovních klubech, které sdružují členy z různých národních sportovních federací, Švédské sportovní organizace pro zdravotně postižené či Švédské sportovní organizace pro neslyšící. Tyto organizace jsou dobrovolné, demokraticky vytvořené nestátní organizace, které do určité míry získávají na svou činnost finanční prostředky od státu.

Na základně přijatých parlamentních a vládních „pokynů“ má Švédská veřejnoprávní společnost (rozhlas, televize a vzdělávací programy) extrémní nároky na tvorbu programů, jež jsou dostupné osobám se zdravotním postižením. Jedním z nejdůležitějších požadavků pak je, aby vzrostl počet programů s titulky.

Vládní dotace podporují rovněž vydávání novin pro zrakově postižené. Jiné skupiny osob s funkčním postižením, zejména afázie a dyslexie, se pak mohou také přihlásit k odběru těchto „mluvících“ novin (talking newspapers).

Sociální, ekonomická a právní ochrana

V rámci národního pojištění existuje celá řada výhod, jež mají pro osoby se zdravotním postižením zvláštní význam.

Cílem invalidního důchodu je poskytnout základní ekonomické zabezpečení osobám ve věku 16 let a více, které nedosáhly všeobecné hranice důchodového věku (65 let) a které ze zdravotních důvodů, tj. nemoc či jiné omezení fyzické a duševní výkonnosti, nejsou schopny získat prostředky k obživě prostřednictvím zaměstnání.

Invalidní důchod je přiznán v případě, kdy je pracovní schopnost trvale snížena nejméně o jednu čtvrtinu. Plný, tříčtvrtinový, poloviční či čtvrtinový důchod může být vyplacen v závislosti na rozsahu, v němž je pracovní schopnost snížena.

Invalidní důchody existují jak ve formě základního důchodového pojištění, tak i penzijního připojištění. Plný invalidní důchod ve smyslu důchodového pojištění činí 90 % základní částky (SEK 37 900 od 1. 1. 2002), která je základem pro indexaci a výpočet dávek sociálního pojištění. Invalidní důchod v systému penzijního připojištění může být poskytnut každému, kdo měl za určitý počet let nárok na důchod z příjmu. Pro účely výpočtu se předpokládá, že pojištěnec bude mít konstantní příjmy, pokud mu nebude přiznán invalidní důchod.

Invalidní důchod je zdanitelný příjem. Rozhodnutí týkající se invalidních důchodů spadají pod úřad sociálního pojištění.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Dočasný invalidní důchod se řídí stejnými pravidly jako invalidní důchod. Uděluje se na dobu určitou a je splatný v případě snížení pracovní schopnosti, jež není považováno za trvalé, ale bude trvat minimálně jeden rok.

Reforma invalidního důchodového systému byla realizována v roce 2003. Osobám ve věku 30 až 64 let jsou místo invalidního důchodu vypláceny nemocenské dávky. Osobám ve věku 19 až 29 let pak činnostní dávky (*activity benefit*). K dispozici jsou také nová pravidla pro výpočet těchto dávek.

Cílem příspěvku pro handicapované je poskytnout osobě s postižením finanční náhradu za pomoc a dodatečné náklady spojené s tímto postižením. Osoby starší 16 let, které se staly postiženými před 65. rokem života, mají nárok na příspěvek pro handicapované. Fyzické či duševní kapacity by měly být sníženy po značnou dobu, zpravidla alespoň jeden rok, a v rozsahu, že pojištěný:

- vyžaduje časově náročnou každodenní pomoc od jiné osoby;
- vyžaduje kontinuální pomoc jiné osoby, aby mohl pracovat či studovat;
- má značné dodatečné náklady v jiných oblastech.

Míra příspěvku pro handicapované závisí na tom, kolik pomoci je zapotřebí a jaké jsou dodatečné náklady. Může dosahovat 69, 53 či 36 % ze základní částky. Příspěvek pro handicapované je vždy vyplácen nevidomým, neslyšícím a osobám s těžkým sluchovým postižením. V případě, kdy osoba přijímá péči v rezidenčním zařízení či je příjemcem dotace z veřejných prostředků, se žádný příspěvek pro handicapované nevyplácí. Tento příspěvek nepodléhá zdanění a rozhoduje o něm Úřad pro sociální pojištění.

Dětem do 16 let, které vyžadují zvláštní dohled a péči z důvodu nemoci či postižení, náleží rovněž příspěvek na péči. Je vyplácen rodičům, kteří mají trvalé bydliště ve Švédsku, a to za účelem péče o své děti v domácím prostředí. Počínaje 1. 1. 2003 pak byla věková hranice 16 let zvýšena na 19 let. Příspěvek na péči je vyplácen v plné výši, ve tříčtvrteční výši, poloviční či čtvrté výši. Plná dávka je 2,5 násobek základní částky (od 1. 1. 2002 je to 37 900 SEK). Při posuzování příspěvku na péči jsou brány v úvahu i dodatečné náklady ve vztahu k postižení či nemoci dítěte. Příspěvek na péči, s výjimkou části týkající se dodatečných nákladů, je zdanitelný.

Dodatečné náklady mohou být dány jako:

- určitá část příspěvku na péči (18, 36, 53 nebo 69 % základní částky) či
- dodatek nad maximální částku příspěvku na péči, což je 2,5násobek základní částky, jsou-li náklady v rozmezí 18 až 69 % základní částky nebo
- náhrada nákladů, bez výplaty příspěvku na péči, jsou-li náklady v rozmezí 36 až 62,5 % základní částky.

Příspěvek na péči může být ve stejném poměru rozdělen mezi rodiče.

4.6 Polsko

Obecná politika

V Polsku, obdobně jak je tomu i ve většině evropských zemí, je rehabilitace svázána s péčí o osoby se zdravotním postižením. Rovněž i zde neexistuje komplexní právní předpis zabývající se ucelenou rehabilitací. Ta je upravena širokým spektrem právních předpisů.

Právní předpisy týkající se osob se zdravotním postižením jsou založeny na principech nediskriminace, integrace a rovných příležitostí. V procesu utváření legislativy je respektován princip tzv. veřejné konzultace. Právní kroky prováděné ve prospěch osob se zdravotním postižením jsou pak prováděny v souladu s principem subsidiarity.

Ústava Polské republiky z roku 1997 garantuje práva všech občanů. Stanovuje práva a povinnosti člověka a občana, právo na rovné zacházení, a to nejen ze strany veřejných orgánů. § 32 Ústavy obsahuje obecné antidiskriminační ustanovení, které uvádí, že „nikdo nesmí být z jakéhokoliv důvodu v politické, sociální či ekonomické oblasti diskriminován“.

Antidiskriminační ustanovení, tj. ta, která uznávají jako nepřipustnou diskriminaci v oblasti pracovních vztahů, zejména na základě pohlaví, věku, zdravotního postižení, rasy, národnosti, politického či náboženského přesvědčení, jsou pak dále obsažena v zákoníku práce.

Ústava zajišťuje i určitá mimořádná práva osobám, jež náleží k ohroženým skupinám, včetně osob se zdravotním postižením, a to za účelem zrovnoprávnění příležitostí.

V červnu roku 1997 Polsko ratifikovalo Evropskou sociální chartu, která mimo jiné přijala všechna ustanovení týkající se osob se zdravotním postižením, tj. § 9, 10 a 15.

Dne 1. srpna 1997 byla Parlamentem Polské republiky schválena Rezoluce - Listina práv osob se zdravotním postižením, která se dovolává práv zaručených v Ústavě, Všeobecné deklaraci lidských práv, Úmluvě o právech dítěte a Standardních pravidlech OSN o zrovnoprávnění příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. V tomto dokumentu jsou definována práva osob se zdravotním postižením na nezávislý aktivní život bez diskriminace. Jsou zde rovněž uvedeny oblasti, které vyžadují intenzivní kroky ze strany polské vlády a samosprávných orgánů, a to tak, aby práva osob se zdravotním postižením dosáhla maximálního účinku.

Specifické potřeby osob se zdravotním postižením byly zapracovány v právních úkonech vztahujících se k téměř všem aspektům organizace a fungování společnosti, mezi nimiž jsou předpisy v oblasti vzdělávání, veřejného zdraví, sociální pomoci, stavebnictví a dopravy.

Existují však také samostatné právní předpisy, které podrobně upravují klíčové oblasti vztahující se k osobám se zdravotním postižením, jako je např. pracovní a sociální rehabilitace a zaměstnanost.

Zákon o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze dne 27. srpna 1997 obsahuje definici „osoba se zdravotním postižením“. Je to jediný zákon, který se věnuje výhradně osobám se zdravotním postižením.

Osoba se zdravotním postižením je osoba, jejíž tělesný či psychický stav jí trvale či dočasně brání, omezuje či znemožňuje plnit svou roli ve společnosti (zejména schopnost vykonávat svou práci), a to za předpokladu, že toto postižení bylo z právního hlediska potvrzeno.

Léčebná rehabilitace

Je součástí státní zdravotní politiky, ta včetně podpory zdraví, výchovy ke zdraví a primární prevence, je uskutečněna na základě mnoha právních předpisů. Mezi nejdůležitější z nich patří:

- zákon o všeobecném zdravotním pojištění (1997, ve znění pozdějších předpisů),
- zákon o zdravotnických zařízeních (1991, ve znění pozdějších předpisů),
- zákon o ochraně duševního zdraví (1994, ve znění pozdějších předpisů).
- Národní program zdraví (NHP „National Health Programme“) z roku 1990 definuje základní činnosti v oblasti zdravotní osvěty a preventivních postupů, jejichž cílem je potlačit hrozby pro zdraví a zdravotní postižení. Tento program je průběžně aktualizován a každoročně jsou hodnoceny očekávané dopady a přínosy pro zdraví. Mezi jeho strategické cíle patří i vytvoření podmínek umožňujících integraci osob se zdravotním postižením či jejich návrat do aktivního společenského života,

Cílů definovaných v Národním programu zdraví (NHP) je dosaženo realizací různých detailních programů a informováním veřejnosti o zdravém chování, o nebezpečí pro veřejné zdraví a způsobech, jak se těmto hrozbám lze vyhnout. Na dosažení stanovených cílů v NHP se podílejí Národní vládní agentury, vojvodství a orgány institucí územní samosprávy, nevládní organizace a veřejnost.

Úkoly, které jsou věnovány podpoře zdraví a preventivním opatřením vyplývají z doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), stejně tak jako ze směrnic a priorit Evropské unie o veřejném zdraví.

Zákon o všeobecném zdravotním pojištění zaručuje pojištěným osobám plný přístup k rozpoznání příčin všech typů nemocí, které mohou vést ke zdravotnímu postižení. Všichni tito pojištění pak mohou využít léčebné rehabilitace, a to za předpokladu, že zabránění zdravotního postižení, odstranění zdravotního postižení či omezení nebo zmírnění jeho účinků je součástí zdravotní péče. V rámci využití léčebné rehabilitace není vyžadováno právní potvrzení o zdravotním postižení. Osoby, které potřebují 24hodinovou péči, ošetřovatelskou stejně jako rehabilitační, bydlí v léčebných a ošetřovatelských zařízeních či využívají ambulantních služeb rehabilitačních center.

Za posouzení zdravotního postižení u osob, které potřebují léčebnou rehabilitaci či jí již využívají, jsou odpovědní specializovaní lékaři. Doporučení pro rehabilitaci vypisuje ošetřující lékař. V případě osob ohrožených částečnou či úplnou neschopností pracovat, kdy doba léčby přesahuje dobu vymezenou zákonem, je lékař z oblasti sociálního pojištění postoupí k léčebné rehabilitaci, a to jako k preventivnímu opatření pro přiznání důchodu. Dále pak lékař v rámci vstupní lékařské prohlídky při nástupu do práce rozhoduje, zda je daná osoba schopna vykonávat práci na dané pozici či nikoliv. Lékařská prohlídka je rovněž zapotřebí v případě, kdy zaměstnanec nastupuje do práce po více než 30 dnech trvající pracovní neschopnosti z důvodu nemoci.

Posuzování zdravotního postižení provádějí i týmy pro posouzení zdravotního postižení (viz dále) pro účely sociální a pracovní rehabilitace zdravotně postižených osob.

Pedagogická rehabilitace

Je svázána se vzděláváním osob se zdravotním postižením, ať již dětí nebo dospělých. Polská republika se snaží zapojit co nejvyšší počet osob se zdravotním postižením do vzdělávacího procesu.

Zákon ze dne 7. 9. 1991 o vzdělávacím systému stanovuje nejdůležitější pravidla pro oblast vzdělávání v Polsku, jež zahrnuje i vzdělávání osob se zdravotním postižením. Pozdější předpisy vztahující se k tomuto zákonu zavedly ustanovení, které definují a zlepšují organizaci vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením. Reforma školského systému provedená v září 1999 rovněž ustanovila speciální pedagogiku.

Na základě výše uvedeného zákona by měl vzdělávací systém zajistit zdravotně postiženým zejména:

- příležitost zdravotně postiženým, stejně jako nepřizpůsobivým dětem a mládeži, vzdělávat se ve všech typech škol, a to v souladu s jejich individuálním rozvojem a vzdělávacími potřebami a předpoklady;
- péči o žáky s těžkou či přidruženou dysfunkcí, a to umožněním individuálního procesu vzdělávání, vzdělávacích forem a programů, stejně jako rehabilitačních lekcí.

Vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením může být prováděno v běžných školách, integrovaných školách či třídách a speciálních školách či třídách. Integrace jednotlivých zdravotně postižených žáků (např. se sluchovým či zrakovým postižením, poruchou chování, chronickým onemocněním, sníženou pohyblivostí či sociální nepřizpůsobivostí) do běžných mateřských škol, základních škol, gymnázií a středních škol, ve kterých jsou velmi často využívány vzdělávací programy určené přímo jim, je navržena tak, aby poskytla stejné vzdělávací příležitosti všem vrstevníkům dané věkové skupiny. Vzdělávací program založený na odlišných základech se pak týká pouze dětí s těžkým či středně těžkým mentálním postižením.

Děti a mládež s vývojovými poruchami a odchylkami, jež vyžadují zvláštní organizaci výuky a pracovních metod, jsou zařazeny do speciálního vzdělávání.

Kromě zákona o vzdělávacím systému regulují činnost speciálního vzdělávání i ministerské vyhlášky. Navíc zákon o ochraně duševního zdraví ze dne 19. srpna 1994 vyžaduje začlenění mentálně postižených dětí a mládeže (bez ohledu na stupeň zdravotního postižení) do vzdělávacích, rehabilitačních a výchovných lekcí, stejně tak jako do léčebné, pracovní a sociální rehabilitace.

Stanovené podmínky postupů pro umístění do odpovídajícího vzdělávacího a ošetrovatelského systému jsou využívány pro děti s vývojovými poruchami a odchylkami, stejně jako pro děti s poruchami chování. Hodnotící týmy provádějí tyto postupy (v souladu se zákonem o vzdělávacím systému) ve veřejných psychologických a pedagogických poradenských centrech a v dalších veřejných specializovaných centrech. Žáci, u kterých je stanovena potřeba speciálního vzdělávání, mohou využít vzdělávání ve speciálních školách či třídách, které mohou být organizovány zařízením zdravotní péče, rezortním zařízením nebo veřejnými asistenčními institucemi.

V závislosti na potřebě speciálního vzdělávání, typu a stupně postižení dětí a mládeže mohou být ustanoveny a provozovány následující speciální instituce:

- mateřské školy (pro děti od 3 let do začátku školního vzdělávání, nejdéle však do 10 let věku),
- šestileté základní školy (pro žáky do 16 let),

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

- gymnázia (pro žáky do 21 let),
- třídy přizpůsobené pro práci - organizovány pro žáky gymnázií, kteří po ukončení prvního ročníku pravděpodobně neukončí školy v předpokládaném časovém rámci,
- základní odborné školy (pro žáky do 24 let),
- střední odborné školy (pro žáky do 24 let),
- vyšší odborné školy,
- centra pro speciální poruchy učení a rozvojová centra.

Ve výše uvedených institucích může být zajištěna i nezbytná zdravotní a sociální rehabilitace. Kromě toho podle zákona o sociální pomoci mohou být pro sociálně nepřizpůsobivé děti a mládež s poruchami chování či rizikem závislosti zřízeny výchovně-vzdělávací instituce a resocializační centra.

Třídy ve speciálních školách jsou charakteristické nižším počtem žáků (od 2 do 16), v závislosti na typu postižení žáka.

Na zajištění speciálního vzdělávání se mohou podílet jak veřejné, tak i neveřejné školy a instituce. Zřizování a provozování speciálních mateřských škol je v gesci místní samosprávy. Na druhé straně odpovědnost za zřízení a provoz speciálních škol, speciálních výchovně-vzdělávacích center a speciálních rozvojových center nese okres.

Žáci mají nárok na psychologickou a pedagogickou asistenci. Tato pomoc usnadňuje psychofyzický rozvoj a efektivnost vzdělávacího procesu, a to korekcí odchylek, řešením a korekcí nedostatků v absolvování učebního programu, jakož i odstraněním příčin a projevů poruch, zahrnujících i poruchy chování. V mateřských školách je toto organizováno formou specializovaných terapeutických lekcí. Ve školách a institucích pak toto může být organizováno formou nápravné a specializované výuky (např. socioterapie). V současné době je vzděláváno více dětí a mládeže ve speciálních institucích, než v integrovaných formách vzdělávání.

Zaměstnanost

Také v Polsku je věnována zvýšená pozornost zaměstnávání zdravotně postižených osob. I zde je kladen důraz na zaměstnávání zdravotně postižených v běžném pracovním prostředí může být podporováno především formou pomoci z fondu PFRON, a to na základě žádosti zaměstnavatele. Tato pomoc může zahrnovat:

- částečnou úhradu vynaložených nákladů zaměstnavatele na zorganizování nového či přizpůsobení stávajícího pracoviště osobě se zdravotním postižením a pravidelné refundace mezd a příspěvků na sociální pojištění;
- částečné, pravidelné úhrady mzdových nákladů na nově zaměstnané osoby s těžkým či středním stupněm zdravotního pojištění, stejně tak jako úhrady příspěvků sociálního pojištění - pro zaměstnavatele, jež zaměstnávají nejvýše 24 zaměstnanců.

Kromě toho zaměstnavatel, který zaměstnává méně než 25 osob (v přepočtu na plné úvazky), obdrží, povinně, částečné financování příspěvků na sociální pojištění pro zaměstnance s těžkým a středním zdravotním postižením. Tato pomoc je poskytována společně ze zdrojů Státního fondu pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením (PFRON) a státního rozpočtu.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Chráněný pracovní trh v Polsku vytvářejí chráněné pracovní instituce a instituce profesních činností.

Chráněné pracovní instituce tvoří základní formu chráněného zaměstnání. Jedná se o podniky z oblasti výroby, obchodu a služeb, jež vytvářejí pracovní podmínky pro osoby, které v důsledku zdravotního postižení nemohou na otevřeném trhu práce za normálních podmínek najít zaměstnání. Tyto podniky fungují jako samostatné podnikatelské subjekty, které plně konkurují ostatním podnikatelským subjektům. Osoby se zdravotním postižením pak tvoří v průměru 58 % z jejich celkové pracovní síly.

Specifický charakter chráněných pracovních institucí spočívá v přizpůsobení pracovišť a jejich vybavení potřebám zdravotně postižených zaměstnanců, a současně je zajištěna i řádná léčebná a rehabilitační péče.

Podnik se statutem chráněné pracovní instituce (při splnění podmínek stanovených zákonem) může využít pomoci (v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením vedených okresním úřadem práce), jež je udělena dobrovolně na základě stejných pravidel jako na otevřeném trhu práce.

Instituce profesních činností poskytují další formy chráněného zaměstnávání. Mohou být vytvořeny místními vládami (obecní či okresní), nadacemi, sdruženími či jinými společenskými organizacemi, jejichž statutární činností je pracovní a sociální rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením. Instituce profesních činností představuje organizačně a finančně rozpoznatelnou instituci, která zaměstnává více než 70 % zaměstnanců s těžkým zdravotním postižením. Náklady na zřízení a provozování této instituce mohou být financovány ze *Státního fondu pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením* (PFRON). Zdravotně postižené osoby zaměstnané v těchto institucích pak mohou získat i pomoc z vlastního fondu Aktivity.

Forma povinné podpory chráněných pracovních institucí a institucí profesních činností je součástí financování příspěvků na sociální pojištění; tato pomoc je poskytnuta z fondu PFRON se současnou podporou ze státního rozpočtu.

Osoby, které mají problémy cestovat na pracoviště zaměstnavatele, mohou vykonávat práci z domova - ve formě „práce doma“. Jedním z cílových programů, který je financován z prostředků PFRON, umožňuje osobám se zdravotním postižením získat základní dovednosti potřebné po plnění těchto úkolů, jež zahrnuje i tzv. „řidičský průkaz na počítač“ (Europen Computer Driving License) a nákup vybavení potřebného k práci z domova, tj. mimo pracovní prostory zaměstnavatele.

Za výběr místa a typu zaměstnání jsou zodpovědné samy osoby se zdravotním postižením. V případě, kdy jsou osoby se zdravotním postižením registrovány na okresním úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání, mohou využít služeb při hledání zaměstnání nebo získat půjčku ze zdrojů PFRON a zahájit tak vlastní hospodářskou či zemědělskou činnost. Osoby se zdravotním postižením, které již vedou obchod či provozují svou vlastní či pronajatou farmu, mohou získat podporu na pokračování v této činnosti z fondu PFRON, a to v podobě spolufinancování úroků ze splácených bankovních úvěrů.

Zaměstnanost a odborné poradenství

Dne 1. července 1991 byl zaveden systém odvodu kvót, který je určen na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a na financování jejich rehabilitace, zejména pracovní. Tento systém stále funguje (v současné době na základě zákona o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením). Finanční prostředky pocházejí z příspěvků od zaměstnavatelů, kteří

nesplňují ukazatele v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Prostředky jsou vybírány Státním fondem pro rehabilitaci zdravotně postižených osob (PFRON). Státní fond převádí tyto prostředky okresním samosprávám. Podle zákona je přinejmenším 65 % prostředků z tohoto fondu v daném roce určeno na zaměstnávání a pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením.

Okresní (místní) úřady práce provádějí odborné poradenství ve spolupráci s informačními a odbornými plánovacími centry na krajské úrovni (vojvodství), a to podle zákona o zaměstnanosti a potlačování nezaměstnanosti ze dne 14. prosince 1994. Osoby se zdravotním postižením mají možnost využívat odborného poradenství poskytovaného na pracovních úřadech. Odborné poradenství je rovněž obsaženo v zákoně o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Pracovní rehabilitace

Osoby se zdravotním postižením, jež hledají zaměstnání, mohou využít služeb profesionálních odborných poradců, kteří jsou zaměstnaní na okresních (místních) úřadech práce.

Týmy pro posouzení zdravotního postižení jsou rovněž zodpovědné za výběr vhodného školení, odborné přípravy a odpovídajícího zaměstnání, které zohledňuje psychologické a fyzické schopnosti jedince. Právní základy pro činnost těchto týmů jsou dány zákonem o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze dne 27. srpna 1997.

Toto posouzení slouží k plnění cílů stanovených zákonem a současně slouží i jako podklad pro udělení slev či dalších nároků podle zvláštních předpisů. Týmy stanoví jeden ze tří stupňů invalidity (těžký, střední, menší) a současně ustanoví konzultaci s lékařem a odborným poradcem.

Od 1. ledna 2002 pak novela zákona zavedla, mimo jiné, rozšířený seznam indikací určených pro posouzení postižení spolu s možností posuzovat postižení u dětí mladších 16 let.

Za posouzení pracovní neschopnosti, schopnosti samostatného bytí a rozhodnutí o vhodnosti odborné rekvalifikace kvůli pracovní neschopnosti v současném zaměstnání je odpovědný pověřený lékař instituce sociálního pojištění. Posouzení tohoto lékaře pak slouží jako základ pro rozhodnutí o výši dávek stanovených v zákoně o odchodu do starobního důchodu a jiných důchodů z fondu sociálního pojištění, jež obsahuje i dávky na školení osob potřebujících rekvalifikaci.

Nezaměstnané osoby se zdravotním postižením mají podle polské legislativy přístup k odbornému školení stejně jako zdravé osoby, a to za podmínek uvedených v zákoně o zaměstnanosti a potlačování nezaměstnanosti ze dne 14. prosince 1994. Odborné školení je v kompetenci okresních (místních) úřadů práce a je financováno z Pracovního fondu.

Navíc osoby se zdravotním postižením, které jsou registrované u okresních úřadů práce jako uchazeči o zaměstnání, se mohou účastnit mimoškolního vzdělávání, jež je zaměřeno na učení povolání, rekvalifikaci či zvyšování kvalifikace. Vše je na základě zákona o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením financováno ze Státního fondu pro rehabilitaci zdravotně postižených osob (PFRON). Tato ustanovení se rovněž vztahují i na osoby se zdravotním postižením, které jsou ve výpovědní lhůtě, dále pokud byla pracovní smlouva ukončena ze strany

zaměstnavatele a v případech, kdy osoby v důsledku zdravotního postižení ztratily schopnost vykonávat svou předchozí profesi.

Školení osob se zdravotním postižením může být rovněž provozováno zaměstnavateli, jež mají oprávnění získat prostředky ze zdrojů státního fondu (PFRON), částečně hrazených z nákladů na vzdělávání zdravotně postižených, a to za podmínek stanovených ve smlouvě a po splnění požadavků stanovených v zákoně.

Sociální integrace a životní prostředí - sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace, ve smyslu *zákona o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením*, je umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se na společenském životě. To je prováděno především prostřednictvím:

- rozvoje osobní vynalézavosti a schopnosti plnit samostatně sociální role a stimulací sociálních činností osob se zdravotním postižením;
- odstranění bariér, a to zejména architektonických, urbanistických, dopravních, technických, v oblasti komunikace a přístupu k informacím;
- vytvoření vhodného sociálního postoje a chování, jež přispívá k integraci osob se zdravotním postižením.

Mezi základní formy sociální rehabilitace patří: účast v pracovních-terapeutických dílnách; rehabilitační pobyty; fyzické cvičení ve skupinách, jež pomáhá zlepšit psychomotorickou koordinaci; rekreační, sportovní a jiné skupiny sociálních aktivit, které odpovídají potřebám zdravotně postižených osob.

Za zajištění sociální rehabilitace osobám se zdravotním postižením jsou odpovědné místní samosprávy, které v této oblasti spolupracují s nevládními organizacemi.

Podle zákona o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením je možné získat finanční prostředky na odstranění architektonických bariér ve stávajících veřejných budovách, a to z fondu PFRON, který se podílí na spolufinancování nákladů.

Zákon o provozu na pozemních komunikacích, ze dne 20. června 1997, stanovuje zvláštní pravidla pro vozidla přepravující osoby se zdravotním postižením a současně i pro osoby se zdravotním postižením, jež samy řídí vozidlo a mají k dispozici parkovací kartu označující zdravotně postiženou osobu.

Osoby se zdravotním postižením mají dále nárok na slevy jízdného v hromadné železniční a autobusové dopravě a v městské hromadné dopravě, kde příslušné slevy stanovuje místní samospráva.

Díky implementaci cílových programů financovaných z fondu PFRON je dále možné poskytovat pomoc osobám se zdravotním postižením v oblasti:

- nákupu elektrického invalidního vozíku, příp. speciálně upraveného automobilu;
- nákupu základních odborných pomůcek.

Osoby se zdravotním postižením pak mohou využívat i finanční podpory z **prostředků fondu PFRON**, a to zejména na odstranění architektonických bariér v místě svého bydliště.

Rovněž je možné, aby se snížila daň z příjmů o výdaje, které byly vynaložené na potřeby vyplývající z postižení, a to na:

- uzpůsobení vozidla vzhledem k zdravotnímu postižení,
- úprava a vybavení bytu či domu vzhledem k zdravotnímu postižení,
- nákup a opravy osobních pomůcek, zařízení a technických nástrojů, jež jsou nezbytné k rehabilitaci a výkonu každodenních činností,
- platby průvodce pro nevidomé osoby a osoby s omezenou mobilitou,
- pořízení slepeckého psa pro nevidomé osoby,
- platbu za tlumočnicka do znakového jazyka.

Rehabilitaci osob se zdravotním postižením, která přispívá k sociálnímu začleňování, je kladena velká důležitost. Patří sem integrační sporty a rekreační aktivity (jako např. sportovní setkání, školní olympijské hry, soutěže a jiné sportovní aktivity), které jsou téměř výlučně financovány z veřejných prostředků.

Zákon o tělesné kultuře ze dne 18. ledna 1996 ustanovuje, že občané, bez ohledu na věk, pohlaví, náboženství či přesvědčení, rasu a typ či stupeň postižení, mají právo na rovný přístup k různým formám tělesné kultury. Kromě toho zákon upravuje i pravidla fungování a pověřování různých subjektů s ohledem na proces tělesné výchovy, zapojení do sportů a aktivní odpočinek, spolu s prováděním rehabilitace pohyblivosti. Je důležité zdůraznit, že významnou roli při organizování sportovních, rekreačních a kulturních aktivit pro osoby se zdravotním postižením hrají nevládní organizace.

Sociální, ekonomická a právní ochrana

Polský právní řád chrání osoby se zdravotním postižením před diskriminací. Mají právo účastnit se všech oblastí života společnosti a jako ostatní občané mají nárok na práva a svobodu občanů. V případě, kdy osoby nejsou schopny plně uplatňovat svá zákonná práva, je jim na ochranu práv zajištěn opatrovník či poručník. V situacích, kdy osoby nejsou schopny osobního jednání, např. při fyzické dysfunkci, jsou ustanoveny zástupci, kteří chrání jejich zájmy.

Osobám se zdravotním postižením je v Polsku garantována sociální, ekonomická a právní ochrana, jež vyplývá z pravidel definovaných v Ústavě Polské republiky. Zdravotní postižení slouží jako základ pro žádost o pomoc místní samosprávy, a to podle zákona o sociální pomoci, ze dne 29. listopadu 1990. Způsob a forma této pomoci pak závisí na individuální situaci osob se zdravotním postižením.

Osoby se zdravotním postižením mají nárok na peněžní dávky (dočasné, cílené či trvalé), stejně jako sociální dávky přiznané v souladu s ustanoveními dalších zákonů, mimo jiné příspěvek v nezaměstnanosti, rodičovský příspěvek, ošetřovatelský příspěvek, nemocenské dávky či příspěvky opatrovníkům. Na většinu dávek se pak vztahuje příjmové kritérium. V odůvodněných případech, kdy je příjem osoby či domácnosti větší než příjmové kritérium stanovené zákonem, může být finanční pomoc rozšířena na dočasné či cílené dávky.

Pro rodiny s postiženými dětmi jsou pak určeny trvalé dávky, neboť osoba, která se musí starat o dítě, nemůže zůstat ve svém stávajícím zaměstnání.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Na základě zdravotního postižení jsou povinné následující dávky (pokud je splněno příjmové kritérium a další podmínky stanovené zákonem o sociální pomoci): sociální důchody, trvalé kompenzační dávky a trvalé dávky. Příjemci této pomoci a osob na tuto podporu mají rovněž právo na zdravotní služby ve veřejných zdravotních zařízeních, a to v souladu s pravidly stanovenými směrnicí o poskytování odhodného zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům.

Osobám, které v důsledku postižení potřebují stálou péči jiné osoby, jsou poskytovány pečovatelské služby, a to bezplatně či za částečnou úhradu v závislosti na finanční situaci osoby či rodiny.

Sociální služby

Pomoc ve formě sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením je poskytována na základě *zákona o sociální pomoci*, a to především v místě pobytu (ve formě sociální práce, přístřeší, stravy, nezbytného oblečení, pečovatelských služeb, umístění do místních center podpory či chráněných bytů), s cílem udržet člověka v jeho přirozeném prostředí co nejdéle. Ve zvláštních případech je pomoc poskytována v pobytových zařízeních v podobě 24hodinové péče, kde jsou zajištěny jak zdravotní, tak i rehabilitační služby.

V oblasti sociální práce je poskytováno i odborné poradenství, zejména právní a psychologické. Zajištěna je i pomoc s administrativními záležitostmi a dalšími důležitými otázkami či pomoc s udržením kontaktu s okolím. To může zahrnovat, mimo jiné, získávání a využívání komunikačních a informačních zařízení či úpravy bytových prostor vyplývajících ze zdravotního postižení. Tato pomoc je poskytována bez ohledu na finanční situaci příjemce.

Osoba se zdravotním postižením, která vyžaduje při každodenních činnostech pomoc jiné osoby, má právo na využití pečovatelské služby, jež pokrývá pomoc při plnění denních životních potřeb, základní hygieny či ošetřování předepsané lékařem (např. zdravotní sestrou či fyzioterapeutem). Tyto služby mohou smluvně provádět i společenské organizace či soukromé organizace.

Díky zavedení nových právních předpisů v roce 2001 bylo možno vytvořit domovy pro pomoc rodinám. Umístění osob do domovů sociální pomoci je pak využíváno v případech, kdy již neexistuje možnost poskytovat sociální služby v přirozeném prostředí jedince.

Neziskový sektor, který zahrnuje sdružení, nadace, církve, jiné společenské organizace, fyzické a právní osoby, podporuje služby sociální pomoci tím, že nabízí široké spektrum forem podpory pro různé sociální skupiny, včetně osob se zdravotním postižením. Neziskový sektor rovněž provozuje domovy sociální pomoci. Jednotky organizující sociální pomoc jsou pak povinny vstoupit do spolupráce s nevládními organizacemi, v níž jsou smluvně zadávány úkoly sociální pomoci a i možnosti finanční podpory.

Vzdělávání a školení odborných pracovníků, jež se podílejí na rehabilitaci a sociální integraci osob se zdravotním postižením, je považováno za základní předpoklad pro úspěšnou rehabilitaci.

Vzdělávání zaměstnanců na střední úrovni se odehrává na vyšších odborných školách, případně středních odborných školách, a to v souvislosti se směrnicemi všeobecného a odborného vzdělávání připravených Ministerstvem školství.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Personál na vyšší úrovni má vyšší stupeň vzdělání (vysokoškolské). Vzdělávací program pro tyto zaměstnance zahrnuje metody a způsoby provádění rehabilitace osob se zdravotním postižením. Aby bylo dosaženo určitých specializací, je nutné dokončení postgraduálního programu.

Problematika zdravotního postižení je řešena ve většině oblastí odborného vzdělávání, a to na různých úrovních.

Lékaři získávají specializaci v oblasti léčebné rehabilitace jako součást postgraduálních studií. Fyzioterapeuti jsou pak vzděláváni v pětiletých magisterských či tříletých bakalářských programech. Odborné lékařské školy mají oddělení fyzické terapie (vzdělávání odborníků na fyzioterapii), ergoterapie (vzdělávání instruktorů ergoterapie) a masáží.

Personál sociální pomoci na střední úrovni a sociální pracovníci jsou vzděláváni na vyšších odborných školách ve čtyřech oborech, včetně oboru pečovatelské o osoby se zdravotním postižením.

V souladu se zákoníkem práce z roku 1997 je povinností zaměstnavatele umožnit zaměstnanci zvyšování jeho profesní kvalifikace. Z toho důvodu je zaměstnavatel odpovědný za organizování školení, příp. vyslání pracovníků, jejichž náplní je pomoc osobám se zdravotním postižením, na školení. Často jsou pak tato školení organizována útvary, které dohlíží na práci v dané instituci. Školení poskytují i nevládní organizace, jež pomáhají osobám se zdravotním postižením, a to svým členům a dobrovolníkům, stejně jako rodinným příslušníkům.

Problematika zdravotního postižení je v Polsku prezentována hromadnými sdělovacími prostředky, a to jak na regionální, tak i národní úrovni. Několik programů veřejnoprávní televize je vysíláno s překladem do znakové řeči. Publikační činnost nevládních organizací pracujících v oblasti zdravotně postižených osob je často podporována ze **Státního fondu pro rehabilitaci zdravotně postižených osob (PFRON)**.

Rozšíření využívání internetu, jakožto prostředku pro zvýšení informovanosti osob se zdravotním postižením či jako pracovní nástroj je zdůrazněno v dokumentu „ePolsko - Akční plán pro rozvoj informační společnosti v Polsku.

Vědecko-výzkumná činnost v oblasti rehabilitace je koordinována Výborem pro rehabilitaci a sociální adaptaci (utvořený v roce 1988 jako součást Polské akademie věd). Tento výbor iniciuje výzkum prováděný zejména v oborech medicíny, psychologie, sociologie a bioinženýrství.

4.7 Slovensko

Na Slovensku neexistuje komplexní právní úprava problematiky ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. Jednotlivé právní předpisy, aniž by byly explicitně legislativně či organizačně provázány, obsahují jednotlivá právní ustanovení týkající se rehabilitace.

Léčebná rehabilitace

Poskytování *léčebné rehabilitace, fyziatrcko-rehabilitační péče* je upraveno zejména zákonem č. 577/2004 Z.z. „o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia“, jeho součástí je poskytování potřebných pomůcek a kompenzačních zařízení.

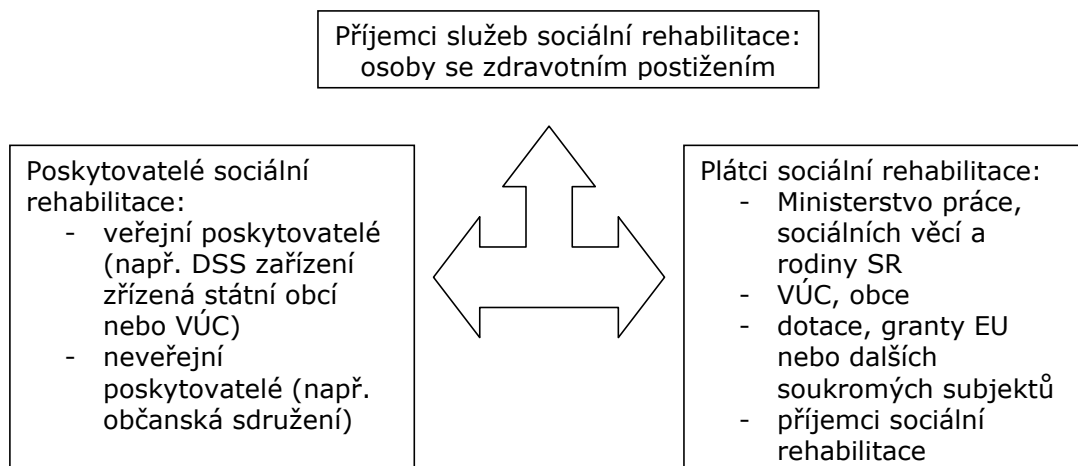
Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je upravena v § 21 zákona č. 448/2008 Z.z., o sociálních službách v ZNP. Sociální rehabilitace je odborná činnost na podporu samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti fyzické osoby rozvojem a nácvikem zručností anebo aktivizováním schopností a posilováním návyků při sebeobsluze, při úkonech péče o domácnost a při základních sociálních aktivitách. Zahrnuje sociální komunikaci, nácvik používání pomůcky, nácvik práce v domácnosti, nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu, v případě potřeby i výuku psaní a čtení Braillova písma.

Některé typy sociálních služeb mají obligatorní povinnost poskytovat sociální rehabilitaci (zařízení podporovaného bydlení - § 34 zákona; zařízení pro seniory - § 35, zařízení pečovatelské služby - § 36; rehabilitační středisko - § 37; domov sociálních služeb - § 38; specializovaná zařízení - § 39; denní stacionář - § 40).

Vztahy mezi poskytovateli sociální rehabilitace, jejími příjemci a plátcí vyobrazuje schéma č. 2.

Schéma č. 2 **Aktéři sociální rehabilitace**



Zdroj: Národní rada osob so zdravotným postihnutím v SR

Psychologická rehabilitace

Mezi součásti sociální rehabilitace patří na Slovensku i **psychologická rehabilitace**. Psychologická rehabilitace je určena na zvládnutí nepříznivých životních situací, vytváření pozitivního pohledu na sebe samého a na své okolí. Psychologická rehabilitace využívá celou škálu metod. Jedná se např. o skupinovou či individuální terapii, nácvik komunikace, nácvik asertivního chování, ale prostředkem psychologické rehabilitace může být i canisterapie, hippoterapie či muzikoterapie.

Cílem psychologické rehabilitace je zvládnutí zátěžových situací vznikajících v souvislosti se životem člověka se zdravotním postižením a jeho zařazení do všech oblastí společenského života.

Do sociální rehabilitace patří na Slovensku i tzv. **volnočasová rehabilitace**. Ta v sobě kromě rekondičních pobytů zahrnuje i celou řadu dalších aktivit (např. sportovní aktivity, sociálně-vzdělávací aktivity či zájmové kroužky nejrůznějšího zaměření).

Pracovní rehabilitace

Je upravena zákonem č. 461/2003 Z.z., o sociálním pojištění, v ZNP, speciálně v části upravující úrazové pojištění a úrazové dávky v § 95 a § 96. Pracovní rehabilitace může být poskytnuta poškozenému, který v důsledku pracovního úrazu anebo nemoci z povolání má pokles pracovní schopnosti, jestliže podle posudku posudkového lékaře lze předpokládat jeho opětovné zařazení do pracovního procesu, pokud tento zákon nestanoví jinak.

Pracovní rehabilitace se neposkytuje, jestliže poškozený pobírá starobní důchod. Pracovní rehabilitace je výcvik potřebný pro získání pracovní schopnosti k výkonu dosavadního zaměstnání poškozeného, anebo jiné vhodné činnosti. Za jinou vhodnou činnost poškozeného lze považovat činnost zaměstnance anebo činnost fyzické osoby uvedené v § 17 odst. 2 zákona, která odpovídá zdravotní způsobilosti k práci s přihlédnutím k věku, pracovní způsobilosti a kvalifikaci.

Pracovní rehabilitaci zabezpečuje Sociální pojišťovna u zaměstnavatele, ve zdravotnickém zařízení podle zvláštního předpisu anebo v jiném odborném zařízení pro poskytování pracovní rehabilitace.

O vykonání pracovní rehabilitace uzavírá se zaměstnavatelem anebo se zařízením pro pracovní rehabilitaci písemnou dohodu, která obsahuje zejména zaměření, rozsah a náklady spojené s poskytováním pracovní rehabilitace. Náklady spojené s pracovní rehabilitací hradí Sociální pojišťovna; jejich součástí jsou i výdaje na stravování, ubytování a cestovní výdaje podle zvláštního předpisu.

Z důvodu stejného pracovního úrazu nebo těžké nemoci z povolání lze pracovní rehabilitaci poskytovat nejvýše po dobu šesti měsíců. V odůvodněných případech, kdy lze předpokládat, že poškozený získá zpět pracovní způsobilost ke své dosavadní práci nebo jiné vhodné činnosti za dobu delší než po uplynutí šesti měsíců, lze pracovní rehabilitaci poskytovat ještě po delší dobu, nejvíce však v rozsahu dalších šesti měsíců.

Pracovní rehabilitaci lze přerušit z vážných osobních důvodů na straně poškozeného, a to na základě jeho písemné žádosti. Doba přerušení se nezapočítává do maximální doby, po kterou je možno rehabilitaci poskytovat.

Poškozený, kterému se poskytuje pracovní rehabilitace, má nárok na „rehabilitačné“ ve výši 80 % denního vyměřovacího základu poškozeného. „Rehabilitačné“ je poskytováno po dobu trvání pracovní rehabilitace s výjimkou dní, za které měl poškozený nárok na náhradu příjmu při dočasné pracovní neschopnosti (nemocenské, úrazový příplatek nebo další dávky podle zvláštního předpisu). „Rehabilitačné“ rovněž nenáleží po dobu, kdy došlo k přerušení rehabilitace, či poškozený mařil průběh pracovní rehabilitace nebo se jí bez vážného důvodu uznaného sociální pojišťovnou neúčastnil.

V případě, že příjemci „rehabilitačného“ je současně vyplácen předčasný starobní důchod nebo invalidní důchod, nenáleží mu „rehabilitačné“ v plné výši. Výše „rehabilitačného“ se určí jako rozdíl „rehabilitačného“ a výše předčasného starobního důchodu nebo invalidního důchodu připadajícího na jeden den.

Pedagogická (vzdělávací) rehabilitace

Termín pedagogická rehabilitace není ve slovenské legislativě explicitně používán. Nicméně v § 130 a následujících z.č. 245/2008 Z.z., o výchově a vzdělávání (školský zákon) jsou upraveny tzv. „školské zariadenia výchovného poradenstva a prevencie“, mezi které patří např. Centrum pedagogicko-psychologického poradenství

a prevence či Centrum speciálního pedagogického poradenství. Do kompetencí takovýchto zařízení patří podle § 130 odst. 8, písm. b) školského zákona i rehabilitační činnost.

V rámci slovenského vzdělávacího systému působí např. katedry léčebné pedagogiky.

4.8 Shrnutí vybraných poznatků ze sledovaných zemí

Údaje ze všech sledovaných zemí ukázaly, že v žádné z těchto zemí není rehabilitace osob se zdravotním postižením komplexně upravena v jedné právní normě.

Rehabilitace zdravotně postižených nebo postižením ohrožených osob je ve **Spolkové republice Německo** založena na poměrně komplikovaném právním systému s více nositeli rehabilitace (tzv. nositeli nákladů). Ani v Německu neexistuje univerzální právní předpis, který by upravoval ucelenou rehabilitaci. Historický důvod této právní formy lze spatřovat v odděleném vývoji zákonů o rehabilitaci v různých odvětvích poskytujících sociální dávky (především v nemocenském pojištění, důchodovém pojištění a úrazovém pojištění a také ve Spolkovém úřadu práce) v průběhu řady desetiletí. Snaha o co největší unifikaci představuje IX. kniha sociálního zákoníku. Jedná se o „překlenující“ zákon, který popisuje společné cíle všech nositelů, definuje společné pojmy a závaznými ustanoveními stanovuje kooperaci nositelů dávek, koordinaci dávek a transparentnost administrativních úkonů z hlediska dotčených osob. Příslušnost a podmínky pro dávky se však řídí speciálními dávkovými zákony jednotlivých nositelů. (§ 7 věta 2 SGB IX).

Ve Spolkové republice Německo jsou v oblasti rehabilitace příslušní následující nositelé (§ 6 odst. 1 SGB IX):

- **zákonné nemocenské pokladny** (SGB V)
- **nositelé zákonného úrazového pojištění**, tj. profesní sdružení (*Berufsgenossenschaften*) (SGB VII)
- **Spolková agentura práce** se svými agenturami práce (SGB III)
- **nositelé zaopatření obětí války a nositelé péče o oběti války** (spolkový zaopatřovací zákon)
- **Německé důchodové pojištění** sestávající z **regionálních nositelů** (dříve zemské pojišťovací ústavy), nositelů **Deutsche Rentenversicherung Bund**, **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See** a **nositelů starobního zabezpečení zemědělců** (SGB VI, ALG/zákon o starobním zabezpečení zemědělců)
- **nositelé veřejné péče o mládež** (SGB VIII)
- **nositelé sociální pomoci** (SGB XII)

Cílem rehabilitace je reintegrace do pracovního a sociálního prostředí. Pro poskytovatele zdravotního pojištění je cílem uzdravení klienta, pro důchodové pojištění je cílem obnovení pracovní schopnosti pojištěnce.

Ke zlepšení kooperace a koordinace mezi jednotlivými nositeli jsou nositelé rehabilitace podle § 13 IX. knihy sociálního zákoníku povinni přijímat k různým, zákonem předepsaným tematickým komplexům společná doporučení. Na jejich vypra-

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

cování jsou povinny se podílet svazy zdravotně postižených osob a poskytovatelů dávek.

Vlastní provádění rehabilitace je upraveno v dávkových zákonech příslušných nositelů (např. u důchodového pojištění v § 9-32 VI. knihy sociálního zákoníku, u nemocenského pojištění v § 40-43 V. knihy sociálního zákoníku, u úrazového pojištění v § 27 a dalších VII. knihy sociálního zákoníku).

Provádění těchto právních předpisů může být dodatečně doplněno směrnicemi. Jedná se zejména o následující:

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 1 SGB VI pro dávky k začlenění pojištěnců do pracovního života;

Společné směrnice a doporučení k použití podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 2 SGB VI, o léčebných dávkách pro pojištěnce, kteří vykonávají obzvláště zdraví ohrožující, jejich výdělečnou schopnost nepříznivě ovlivňující zaměstnání;

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 3 SGB VI, o poskytování dávek onkologické následné péče u maligních nádorových a systémových onemocněních (*Ca-Richtlinien*);

Společné směrnice nositelů důchodového pojištění podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 4 SGB VI pro léčebnou péči o děti (*KiHB-Richtlinien*);

Vzorové směrnice, o finanční podpoře poskytované nositeli zákonného důchodového pojištění zařízením, která v oblasti rehabilitace bádají nebo rehabilitaci podporují, podle § 31 odst. 1 věta 1 č. 5 SGB VI (*Zuwendungsrichtlinien*).

Nositelé rehabilitace provozují tzv. Společná servisní střediska, v nichž je dotčeným osobám poskytováno poradenství týkající se nabídek dávek a nároků za všechny nositele. Dále jsou zde formulovány, přijímány a popř. příslušnému nositeli dále postupovány žádosti.

Léčebná rehabilitace se provádí v rehabilitačních zařízeních nositele důchodového pojištění nebo v zařízeních jiných subjektů na základě tzv. „smlouvy o obsazování“ (§ 15 odst. 2 věta 1 SGB VI, § 21 SGB IX). Rehabilitační zařízení jsou buď lůžková, nebo ambulantní s celodenní terapií.

Účast na dávce léčebné rehabilitace důchodového pojištění je v zásadě založena na principu vlastní zodpovědnosti rehabilitanta a vyžaduje jeho aktivní spolupráci.

Dávky rehabilitace jsou poskytovány nositeli zásadně na základě jeho žádosti. Podmínkou pro jejich přiznání je splnění pojistněprávních a osobních předpokladů. Dávky rehabilitace mají zásadně přednost před dávkami sociální pomoci (princip subsidiarity § 14 odst. 1 SGB XII).

Dávky na podporu účasti na pracovním životě zahrnují podle §§ 33 odst. 3 IX. knihy sociálního zákoníku především pomoc k udržení nebo získání pracovního místa včetně dávek poradenství a zprostředkování, tréninkových opatření a podpory mobility. Vedle toho jsou poskytovány dávky k přípravě na zaměstnání, pracovní adaptaci (*berufliche Anpassung*) a dalšímu vzdělávání, výplata příspěvku na založení firmy (*Gründungszuschuss*) a poskytování jiných druhů pomoci na podporu účasti na pracovním životě, např. příspěvek na motorové vozidlo podle nařízení o příspěvku na motorové vozidlo nebo i převzetí nákladů na nutnou pracovní asistenci pro těžce zdravotně postiženou osobu jako pomoc k získání pracovního místa až po dobu 3 let (§ 33 odst. 8 č. 3 SGB IX).

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Podle ustanovení v § 26 odst. 3 IX. knihy sociálního zákoníku pro dávky léčebné rehabilitace stanovuje § 33 odst. 6 IX. knihy sociálního zákoníku, že k dávám na podporu účasti na pracovním životě patří i lékařská, psychologická a pedagogická pomoc, pokud jsou tyto dávky v jednotlivých případech nutné k dosažení, zajištění cílů jmenovaných v § 33 odst. 1 IX. knihy sociálního zákoníku a k zamezení, překonání, zmenšení následků nemoci nebo k zabránění jejich zhoršení.

Obdobně je tomu i v **Rakousku**. Rakousko patří k zemím, ve kterých je ucelená rehabilitace tradičně rozvinuta. Stejně jako v ostatních sledovaných státech je bezprostředně spjata se zdravotním postižením osob.

Právní úprava rehabilitace je zakotvena v několika právních předpisech, ať již spolkových, tak i jednotlivých spolkových zemí. Rehabilitace zahrnuje:

- *pracovní* opatření, která mají postižené osobě pomoci dostat se do situace, aby mohla vykonávat své první povolání, své dřívější povolání nebo v potřebném případě vykonávat nové povolání;
- *medicínská* opatření, která v návaznosti na lékařskou péči upraví zdravotní stav natolik, že umožní opětovné začlenění do pracovního procesu, resp. do každodenního života;
- *pedagogická* opatření s cílem zajistit postiženým dětem a mladistvým co nejlepší výchovu a vzdělání a
- *sociální* opatření, která mají na základě toho osobám s postižením umožnit začlenění do společnosti.

Úkoly lékařské, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace si rozdělují stát, země a nositelé sociálního pojištění.

Nositeli pojištění jsou jednotlivé pojišťovny systému úrazového pojištění, nemocenského pojištění a důchodového pojištění.

Léčebná rehabilitace je v Rakousku poskytována nositeli úrazového pojištění. Cílem je optimálním využitím vhodných prostředků odstranit tělesnou újmu, jakož i snížení výdělečné schopnosti způsobené úrazem, resp. nemocí z povolání nebo alespoň zabránit zhoršení následků zranění, resp. onemocnění.

Lékařská pomoc, léky, léčebné pomůcky a pomocné prostředky (např. invalidní vozíky, protézy) jsou poskytovány **bezplatně**.

Z prostředků nemocenského pojištění podle zásady **„lepší rehabilitace než důchod“** může nositel důchodového pojištění realizovat rehabilitační opatření, aby se zabránilo případné pracovní neschopnosti. **Taková opatření mohou být poskytnuta rovněž důchodcům ve „věku schopném výdělečné činnosti“, jestliže to umožní obnovit práce schopnost.** Rehabilitační opatření musí být přiměřená, to znamená, že musí brát v úvahu dobu a rozsah vzdělání dotyčné osoby, jakož i přihlížet k jí doposud vykonávaným činnostem. Je i možné, že díky těmto opatřením by dotyčná osoba mohla získat kvalifikaci pro novou, v jejím povolání doposud cizí činnost.

Nositeli pracovní rehabilitace jsou Spolkový úřad pro sociální záležitosti, úřady práce, sociální pojištění a zemské vlády. Primární snahou všech zainteresovaných subjektů je návrat osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu, a to ať již do předchozího zaměstnání (s vhodnou úpravou pracoviště či bez úpravy) nebo do jiného vhodného zaměstnání a v případě, že ani to není vzhledem ke zdravotnímu stavu osoby možné, tak alespoň na speciálně vytvořená pracovní místa či pracoviště pro takovéto osoby. Jednotlivé subjekty v oblasti pracovní rehabilitace jsou navzájem

úzce propojeny. Dávkami při pracovní rehabilitaci jsou: mzdový příspěvek, začleňovací příspěvek, asistent, adaptace na pracovní místo.

Sociální rehabilitace začíná již v úrazové nemocnici. Při řešení osobních, rodinných a pracovních problémů je pacientovi k dispozici sociální pracovník. Ošetřování v rehabilitačním středisku v ideálním případě navazuje bezprostředně na léčbu. Tým odborníků zde pomáhá opět získat postavení dotyčné osoby v rodině, v pracovním životě a ve společnosti. Smyslem sociální rehabilitace je adaptace v místě bydliště a podpora mobility dotyčné osoby.

Nositeli je úrazové, důchodové a zdravotní pojištění.

Úplně jiná situace je však ve **Švédsku**, kde neexistuje žádný obecný zákon, který by se zaměřoval na zajištění práv osob se zdravotním postižením. Tato problematika včetně rehabilitace těchto osob se promítá do celé řady právních předpisů ať již přímo konkrétními právními ustanoveními nebo u jiných právních předpisů, (např. zákon o pracovním prostředí) se jejich působnost vztahuje na osoby se zdravotním postižením buď automaticky nebo jsou v právních ustanoveních řešících okruh působnosti výslovně uvedeny osoby se zdravotním postižením. Konečnou odpovědnost za zajišťování potřeb pro osoby se zdravotním postižením mají obce a kraje, kterým zákony o sociálních službách a zdravotní péči umožňují poměrně velkou svobodu při plánování a organizování vlastních služeb. Samostatnost těchto dvou úrovní samosprávy také znamená, že služby jsou organizovány různě v různých částech země a současně jsou u nich i jinak stanovovány priority.

Obce jsou zodpovědné hlavně za rehabilitaci seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří žijí v pobytových zařízeních, jako jsou např. domy s pečovatelskou službou (*sjukhem*). Také mají zodpovědnost i za poskytování technických pomůcek. Odpovědnost obcí a krajů za rehabilitaci a poskytování technických pomůcek je definována v zákoně o zdravotních a lékařských službách.

Francie patří k zemím s poměrně dobře propracovanou rehabilitační péčí, a to nejen na úrovni zdravotní, ale i sociální a pracovní. Právní úprava rehabilitace je i ve Francii obsažena v několika právních předpisech.

Rehabilitace ve Francii patří do struktury tzv. akutní péče. Neexistuje zde žádná právní definice rehabilitace. Nicméně je používán obecný termín pro rehabilitaci, ve francouzském originále „**soins de suite ou de réadaptation**“, do češtiny lze přibližně přeložit „znovu se přizpůsobit nebo rehabilitace“.

Organizace specifické péče o osoby se zdravotním postižením se realizuje prostřednictvím tzv. regionálních zdravotních plánů (RZP); opírá se o následující zásady:

1. stav nabídky služeb v oblasti zdravotní péče musí být přesně a přehledně zmapován; cílem je rozlišit jednotlivá spádová zdravotnická zařízení, jednotlivé zdravotnické činnosti, stávající a potenciální působnost, získat přehled o využívaném technickém vybavení jak v oblasti péče o dospělé, tak v pediatrické oblasti, a o spolupráci a projektech jednotlivých subjektů;
2. potřeby v oblasti zdravotnictví musejí být vyhodnoceny s ohledem na existující údaje z regionu;
3. při vytváření RZP je dbáno na jeho úzké propojení s poskytovateli služeb ve zdravotně-sociální oblasti, aby bylo možné zajistit návaznost péče o pacienty.
4. Důležité je propojení RZP a departementálních a regionálních plánů zdravotně-sociálních a sociálních služeb. Propojenosti těchto odvětví by v některých

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

regionech mohlo napomoci vytvoření regionálních výborů pro pacienty řízených Regionální správou zdravotnictví a sociálních záležitostí (*Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales DRASS*).

V **Polsku**, obdobně jak je tomu i ve většině evropských zemí, je rehabilitace svázána s péčí o osoby se zdravotním postižením. Rovněž i zde neexistuje komplexní právní předpis zabývající se ucelenou rehabilitací. Ta je upravena širokým spektrem právních předpisů. Právní předpisy týkající se osob se zdravotním postižením jsou založeny na principech nediskriminace, integrace a rovných příležitostí. Polsko rozlišuje léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální rehabilitaci.

Specifické potřeby osob se zdravotním postižením byly zapracovány v právních úkonech vztahujících se k téměř všem aspektům organizace a fungování společnosti. Za nejvýznamnější lze považovat právní předpisy v oblasti vzdělávání, veřejného zdraví, sociální pomoci, stavebnictví a dopravy.

Existují však také samostatné právní předpisy, které podrobně upravují klíčové oblasti vztahujících se k osobám se zdravotním postižením, jako je např. pracovní a sociální rehabilitace a zaměstnanost.

V rámci pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením, jež hledají zaměstnání, mohou využít služeb profesionálních odborných poradců, kteří jsou zaměstnaní na okresních (místních) úřadech práce.

Týmy pro posouzení zdravotního postižení jsou rovněž zodpovědné za výběr vhodného školení, odborné přípravy a odpovídajícího zaměstnání, které zohledňuje psychologické a fyzické schopnosti jedince.

Osoby se zdravotním postižením, které jsou registrované u okresních úřadů práce jako uchazeči o zaměstnání, se mohou účastnit mimoškolního vzdělávání, jež je zaměřeno na učení povolání, rekvalifikaci či zvyšování kvalifikace. Vše je na základě zákona o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením financováno ze Státního fondu pro rehabilitaci zdravotně postižených osob (PFRON). Tato ustanovení se rovněž vztahují i na osoby se zdravotním postižením, které jsou ve výpovědní lhůtě, dále pokud byla pracovní smlouva ukončena ze strany zaměstnavatele a v případech, kdy osoby v důsledku zdravotního postižení ztratily schopnost vykonávat svou předchozí profesi.

Školení osob se zdravotním postižením může být rovněž provozováno zaměstnavateli, jež mají oprávnění získat prostředky ze zdrojů státního fondu (PFRON), částečně hrazených z nákladů na vzdělávání zdravotně postižených, a to za podmínek stanovených ve smlouvě a po splnění požadavků stanovených v zákoně.

Cílem sociální rehabilitace je ve smyslu zákona o *pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením* umožnit osobám se zdravotním postižením podílet se na společenském životě. To je prováděno především prostřednictvím:

- rozvoje osobní vynalézavosti a schopnosti plnit samostatně sociální role a stimulací sociálních činností osob se zdravotním postižením;
- odstranění bariér, a to zejména architektonických, urbanistických, dopravních, technických, v oblasti komunikace a přístupu k informacím;
- vytvoření vhodného sociálního postoje a chování, jež přispívá k integraci osob se zdravotním postižením.

4. Problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích

Mezi základní formy sociální rehabilitace patří: účast v pracovních-terapeutických dílnách; rehabilitační pobyty; fyzické cvičení ve skupinách, jež pomáhá zlepšit psychomotorickou koordinaci; rekreační, sportovní a jiné skupiny sociálních aktivit, které odpovídají potřebám zdravotně postižených osob.

Za zajištění sociální rehabilitace osobám se zdravotním postižením jsou odpovědné místní samosprávy, které v této oblasti spolupracují s nevládními organizacemi.

Ani na **Slovensku** neexistuje komplexní právní úprava problematiky ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. Jednotlivé právní předpisy, aniž by byly explicitně legislativně či organizačně provázány, obsahují jednotlivá právní ustanovení týkající se rehabilitace.

Léčebná, pracovní, sociální a pedagogická rehabilitace je upravena v rámci příslušných právních předpisů. Za bližší pozornost stojí pracovní rehabilitace, která je hrazena Sociální pojišťovnou. Je upravena zákonem č. 461/2003 Z.z., o sociálním pojištění, speciálně v části upravující úrazové pojištění a úrazové dávky v § 95 a § 96. Pracovní rehabilitace může být poskytnuta poškozenému, který v důsledku pracovního úrazu anebo nemoci z povolání má pokles pracovní schopnosti, jestliže podle posudku posudkového lékaře lze předpokládat jeho opětovné zařazení do pracovního procesu, pokud tento zákon nestanoví jinak.

Pracovní rehabilitace se neposkytuje, jestliže poškozený pobírá starobní důchod.

Také v **Nizozemsku** je rehabilitace upravena ve více právních předpisech. Mezi nejvýznamnější patří zákon o zdravotním pojištění, všeobecný zákon o výjimečných léčebných výdajích, zákon o rehabilitaci pracovníků se zdravotním postižením a zákon o zaopatření handicapovaných osob. Léčebnou rehabilitaci hradí zdravotní pojišťovna.

V Nizozemsku je rovněž široce rozvinuta sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením již od jejich narození. **Cílem rehabilitace je participace, tj. začlenění se klienta do sociálního a pracovního prostředí.** Na rehabilitaci se podílí tým odborníků, kteří nejen poskytují pomoc a poradenství rodinným příslušníkům zdravotně postiženého jedince, ale i napomáhají rozvoji vzdělávání zdravotně postižených osob. V případě, že není možné takového jedince umístit v běžném vzdělávacím zařízení, existují v Nizozemsku speciální školy pro základní vzdělávání (určené pro jedince do 14 let věku), na které může navazovat speciální školství, které je určeno pro žáky do 20 let věku

Pracovní rehabilitace je upravena zákonem o rehabilitaci pracovníků se zdravotním postižením (REA). Podle tohoto zákona se provádí rehabilitace osob, které pobírají invalidní důchod, rehabilitace osob, které jsou zaměstnané po dobu 5 let v dotovaných programech na vytvoření pracovních míst a dále u osob, jejichž možnost získat zaměstnání po absolvování sociálně léčebné rehabilitace je podle lékařského posudku omezena.

Nizozemský zaměstnavatel má nárok na dotace na podporu zaměstnatelnosti. Osoba se zdravotním postižením (ne)pracující má nárok na věcné dávky a léčebné výlohy.

Závěr

Rehabilitaci osob se zdravotním postižením je třeba považovat za ucelený, na sebe navazující proces. Cílem rehabilitace by mělo vždy být, aby osoba se zdravotním postižením byla po absolvování všech možných a účinných rehabilitačních opatření (procedur) schopna žít a pracovat (pokud možno bez omezení) ve svém přirozeném prostředí. Pokud by to vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu nebylo možné, pak aby výše uvedené činnosti mohla vykonávat s dopomocí (rehabilitační a kompenzační pomůcky, osobní asistent, vhodná úprava pracoviště apod.). V případě, že by nebyla schopna ani těchto činností, opatření ucelené rehabilitace by ji měla v co nejširší míře umožnit setrvat ve svém domácím prostředí a zabránit jejímu sociálnímu vyloučení.

Cílem této studie bylo na základě získaných poznatků z vybraných zemí EU navrhnout pro připravovaný zákon o ucelené rehabilitaci co nejoptimálnější řešení.

Pokud jde o právní úpravu rehabilitace osob se zdravotním postižením, lze ji upravit dvojitým způsobem:

- a) Zákonná úprava ucelené rehabilitace, která by celou problematiku rehabilitace (tj. léčebné, pracovní, sociální a pedagogické) upravovala v jediném zákoně, na který by navazovaly podzákonné normy. Výhodou takového řešení by bylo sjednocení a zpřehlednění ucelené rehabilitace, nevýhodou pak poměrně velký počet podzákonných právních norem.

Ustanovení jediného nositele rehabilitace, který by byl kompetentní za všechny oblasti rehabilitace a všechny postižené osoby, se na první pohled zdá být ideálním řešením. Takovýto model však není realizován v žádné ze sledovaných zemí. Pravděpodobným důvodem je patrně skutečnost, že rehabilitace se obvykle ustanovuje a navazuje na jiné části sociálního systému až poté, co se dospěje ke všeobecnému rozhodnutí o dané soustavě sociální ochrany.

- b) Ucelenou rehabilitaci upravit pouze rámcově s tím, že detailní právní úprava jednotlivých součástí rehabilitace by byla ponechána jednotlivým právním odvětvím. Rámcový zákon by definoval jednotlivé druhy rehabilitace, subjekty, které na ni mají nárok, a odpovědné subjekty za její provádění. Zákon by měl obsahovat obecný závazek všech zúčastněných institucí, aby vedle jimi poskytovaného typu rehabilitace sledovaly i potřebu poskytování dalších typů rehabilitace (léčebné, pracovní, sociální, pedagogické).

Dále by rámcový zákon měl nositelům rehabilitace uložit povinnost v oblasti spolupráce a koordinace postupů, a to zejména v situaci, kdy více nositelů poskytuje dávky a služby.

Vzhledem ke skutečnosti, že ve sledovaných vybraných státech EU je problematika rehabilitace osob se zdravotním postižením zpravidla řešena v několika právních předpisech a toto řešení je v praxi funkční, jsme toho názoru, že pro Českou republiku by byla vhodná úprava uvedena pod písm. b).

Rovněž by bylo vhodné vytvořit jednotnou právní definici osoby se zdravotním postižením, a to pro všechny právní předpisy zabývající se touto problematikou.

Zákon o rehabilitaci by měl také obsahovat právní ustanovení upravující odpovědnost jednotlivých institucí za poskytování rehabilitace. Výslovně by v něm měla být stanovena jednotlivým poskytovatelům rehabilitace povinnost nabídnout danému

subjektu rehabilitaci. Dále by právní norma měla vymezit okruh subjektů a podmínky poskytování rehabilitace. Toto vymezení lze stanovit jak v rámcovém zákoně, tak ve specifických zákonných normách upravujících sociální zabezpečení.

Kromě práva osoby na rehabilitaci by měla být v právním předpise stanovena i povinnost dané osoby aktivně se podílet na nabízených službách. Zákon by měl rovněž obsahovat i sankce, a to pro případ, že se osoba bez vážného důvodu odmítne účastnit rehabilitace (nezáleží, o který z typů rehabilitace by se jednalo). Za vhodnou sankci by bylo možno považovat krácení či odnětí dávek ze sociální oblasti.

V připravovaném zákoně o rehabilitaci je třeba definovat nositele rehabilitace. Není nezbytně nutné stanovit pouze jediného nositele. Ani ve vybraných sledovaných zemích neexistuje jediný nositel rehabilitace. Rehabilitace je vedle poskytovatele léčebné péče prováděna i nositeli nemocenského (zdravotního), důchodového a úrazového pojištění. Např. v Německu je léčebná rehabilitace poskytována ze zdravotního pojištění, pracovní rehabilitace je pak poskytována z pojištění invalidity. Obdobná situace je i v Rakousku, kdy léčebná rehabilitace je poskytována z úrazového pojištění a dále je rehabilitace poskytována z důchodového pojištění. Ve Francii je léčebná rehabilitace poskytována ze zdravotního pojištění, pracovní rehabilitace pak z fondu sociálního zabezpečení (ten je obecně odpovědný za rodinné přídatky) invalidních důchodců.

Dále bude třeba vyřešit, jak postupovat v případě rehabilitace osob, které nesplňují podmínky nároku na rehabilitaci ze soustavy sociálního pojištění. V takovémto případě by jim měla být rehabilitace poskytována ze systému „sociální pomoci“.

Naopak, pokud splňují podmínky z více soustav najednou, bude třeba stanovit, která z nich bude primární. Např. v Německu a v Rakousku je léčebná rehabilitace poskytována ze zdravotního pojištění pouze v případě, když rehabilitovaná osoba nesplnila zákonné předpoklady pro nárok na dávky důchodového pojištění. Dále v těchto zemích lze léčebnou rehabilitaci poskytovat z pojištění invalidity v případě, že rehabilitace zabrání přiznání invalidního důchodu nebo pomůže znovuzacelení rehabilitanta na trh práce. Naopak ve Francii je léčebná rehabilitace výhradně hrazena ze zdravotního pojištění, pracovní rehabilitace pak financována z prostředků sociálního zabezpečení a CAF (invalidních dávek).

Výše uvedené mezinárodní příklady dokládají, že rozdělení oblastí rehabilitace mezi jednotlivé systémy může lépe pokrýt kompetence jednotlivých systémů v oblasti rehabilitace.

V případě, kde rehabilitace vyžaduje několik subjektů - poskytovatelů služeb a eventuálně i dávek, by bylo vhodné, aby zákon o rehabilitaci uložil všem subjektům podílejícím se na rehabilitaci povinnost vzájemné spolupráce a koordinace jejich činností.

Za příklad může sloužit především Francie, kde na pracovištích rehabilitačního lékařství je vytvořen nový životní plán pacienta, který zahrnuje jeho rodinné zázemí, možnosti života v domácnosti, práce, koníčků. Tým lékařů pracoviště rehabilitačního lékařství vypracuje multidisciplinární, personálně propracovaný terapeutický rehabilitační plán a pacient poté vstoupí do fáze readaptace a návratu do běžného života. Na této fázi se podílí řada institucí, především:

- *Komise práv a autonomie handicapovaných (CDAPH) na základě zákona z roku 2005 nahradila Technickou radu pro pracovní orientaci a změnu pracovního uplatnění (dříve COTOREP - Cotorep byly krajské úřady zabývající se otázkami, které se týkají volby povolání a sociálního začleňování dospělých osob s postižením*

starších 20 let nebo starších 16 let, pokud již pracují). Obrací se na ně každý, kdo potřebuje vyjádření ke svému postižení nebo obdržení náhradních výhod ke svému postižení.

- *Krajské domovy pro postižené - Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)*
- *Společnost pro soběstačný život (SVA)*
- *Departementální rada pro speciální vzdělávání (CDES)*

Dalším možným řešením je způsob, který byl zvolen v Německu, tzv. kompetentní poradenství, jehož účelem je nevystavovat zdravotně postižené nebo postižením ohrožené osoby eventuálním nevýhodám členitého systému a zajistit, aby tyto osoby obdržely rehabilitaci, která by byla pro ně nejvhodnější.

Nositelé rehabilitace provozují tzv. Společná servisní střediska, v nichž je dotčeným osobám poskytováno poradenství týkající se nabídek dávek a nároků za všechny nositele. Rovněž jsou zde formulovány, přijímány a popř. příslušnému nositeli dále postupovány žádosti. **Společná servisní střediska** existují plošně ve všech okresech a městech s postavením okresů (*kreisfreie Städte*) spolkové vlády, takže osobám potřebujícím pomoc je zajištěno nezávisle na poradenských střediscích svépomocných skupin a svazů zdravotně postižených mezioborové, kompetentní a bezbariérové poradenství odpovídající potřebám zdravotně postižených osob.

Pro úplnost je třeba konstatovat, že Ministerstvo zdravotnictví ČR v současné době (červen 2012) připravuje vynětí většiny výkonů léčebné rehabilitace z připravované úhradové vyhlášky. To v praxi znamená, že léčebná rehabilitace, až na omezený segment indikací bude muset být plně, popř. zčásti hrazena pacientem. I kdyby byl zákon o rehabilitaci v ČR nakonec přijat, nesplní pro zásadní omezení rozsahu hrazené rehabilitační péče svůj deklarovaný účel, tj. zlepšení zdravotního stavu osob se zdravotním postižením v co největším rozsahu. Tyto osoby zpravidla nemají prostředky na soukromé hrazení rehabilitační péče. Ukazuje se tak, že výše uvedená analýza může mít, v důsledku asociálního přístupu současné politické administrativy (MZd, MSPV) k problematice zdravotní a sociální péče a dikci prosazených a připravovaných právních norem pouze deklarativní charakter. Nezbývá než doufat, že v případě politických změn po příštích parlamentních volbách bude možno nakonec prosadit také koordinovanou a funkční rehabilitaci v jejím plném rozsahu jako integrální součást veřejné zdravotní péče.

Doporučení

Na podkladě výše uvedených skutečností lze pro budoucí úpravu ucelené rehabilitace doporučit následující:

- ucelenou rehabilitaci upravit v zákoně o rehabilitaci pouze rámcově s tím, že detailní právní úprava jednotlivých součástí rehabilitace by byla ponechána příslušným právním odvětvím,
- je třeba provést revizi stávajících právních předpisů, a to tak, aby byly jednotlivé typy rehabilitace vzájemně provázány,
- vytvořit jednotnou právní definici osoby se zdravotním postižením, a to pro všechny právní předpisy zabývající se touto problematikou,

- v rámcovém zákoně stanovit, která instituce je příslušná pro jednotlivé druhy rehabilitace,
- stanovit povinnost poskytovatelům rehabilitace (zejména lékařům) nabídnout klientovi rehabilitaci a dále sledovat vhodnost a účelnost poskytování dalšího typu rehabilitace,
- stanovit povinnost vzájemné spolupráce pro jednotlivé poskytovatele rehabilitace a orgány státní správy tak, aby došlo k plné informovanosti o již provedených opatřeních a výsledcích, kterých bylo u klienta dosaženo,
- v rámcovém zákoně stanovit základní práva a povinnosti osob se zdravotním postižením ve vztahu k ucelené rehabilitaci a dále by bylo vhodné zdůraznit jejich aktivní roli v tomto procesu,
- v případě porušení součinnosti či odmítnutí rehabilitace stanovit pro příjemce rehabilitace v zákoně sankce (např. krácení či odejmutí některých sociálních dávek)

Literatura

Code de l'action sociale et des familles version consolidée au 5 août 2011

Council of Europe. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and legislation. 7th edition, Council of Europe Publishing, Germany 2003. ISBN 92-871-5123-7

Formánková, Vlasta. Kongres medicínského práva 2007. Medicínské právo, 29.11.2007

Eichenhofer, Rische, Schmäl: Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Luchterhand-Fachverlag Köln 2011

Hirčková, Michaela. Sociálna rehabilitácia ako nástroj podpory nezávislosti ľudí so zdravotným postihnutím. Informační brožura NROZP, 2008

Chamberlain Anne, Moser Veronika et al.: Vocational Rehabilitation: An Educational Review, J Rehabil Med 2009, 41: 856-859

INFORMACJA Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2008 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „KARTA PRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO, 1980)

International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO 2001)

Reimann Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung IN

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2007

Molek Jan. Marketing sociálních služeb. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4

Molek Jan. Řízení organizací sociálních služeb - vybrané problémy. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7

Sozialgesetzbuch Band I und Band II; Deutsche Rentenversicherung 2011

Twinningový projekt MPSV a členské státy NICARE Velká Británie (jako hlavní partner) a Německo. Aktivita F „Legislativní návrhy k systému rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením“, MPSV 2004

Votava, J. a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Karolinum, Praha, 2003

Elektronické zdroje

Deutsche Rentenversicherung. Dostupné z: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

Försäkringskassan Swedisch Social Insurance Agency. Dostupné z: <http://www.forsakringskassan.se>

Handicap studie. Optimaal studeren met een aanpassing op maat. Dostupné z: <http://www.onderwijsenhandicap.nl>

Handitec-Handroit. Dostupné z: <http://www.handroit.com>

Inspectie van het Onderwijs. Ministerie van Onderwijs, Cultuuren Wetenschap. Dostupné z: <http://www.onderwijsinspectie.nl>

Kulatý stůl - budoucnost zdravotnictví. Seminář o reformě zdravotnictví v Nizozemsku 07/2008. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/244>

Landelijke Vereniging Cluster 3 (LVC3). Dostupné z: <http://www.lvc3.nl>

Nederlandse Vereniging voor Thuisonderwijs. Dostupné z: <http://www.nvvto.nl>

Österreichische socialversicherung. Dostupné z: <http://www.avsv.at>

Österreichischer Rehabilitationskompass. Dostupné z: <http://www.rehakompass.oebig.at>

Regeringskansliet. Dostupné z: <http://www.regeringen.se>

Sveriges Kommuner och Landsting. Dostupné z: <http://www.skl.se>

Výtahy z oponentských posudků

doc. JUDr. Jarmila Pavlátová, CSc.

Cenným přínosem této studie je výklad přibližující naší veřejnosti stav na tomto úseku ve vybraných evropských zemích, a to zejména z hlediska organizace zdravotnictví i z hlediska systému sociálního zabezpečení v jednotlivých zkoumaných zemích. Autorky uvádějí i přehled mezinárodních dokumentů zavazujících státy k určitým krokům v této oblasti.

Předloženou studii hodnotím jako významný přínos pro poznání dané problematiky v Evropě a pro využití těchto zkušeností u nás, mimo jiné pro případné **legislativní práce**.

prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Doporučuji publikaci rozhodně vydat s drobnými úpravami a domnívám se, že by to mohl být základ pravidelných publikací o rehabilitaci tohoto typu ve spojitosti s vědeckou radou Národní rady osob se zdravotním postižením a VÚPSV. Téměř každý stát má nějakou teoretickou výzkumnou základnu pro rehabilitaci, náš stát je výjimkou.