

Užitečné rady z posudkového lékařství pro PLDD

MUDr. Jiří Havránek^{1, 2, 3}

¹Posudková lékařská služba Teplice

²Dětské a novorozenecké oddělení, Nemocnice Slaný

³Olivova dětská léčebna, Říčany u Prahy

Tento článek má za cíl, aby v míře co nejvyšší fungoval jako návod pro PLDD, jak postupovat při vyřizování žádosti rodičů o sociální dávky. Přečtením a pochopením všech základních principů, kterých se posudkový lékař musí držet na základě metodických pokynů, by se měl praktický pediatr stát erudovaným rádcem, který na jedné straně bude umět vysvětlit a odůvodnit mantinely, ve kterých se posudkový lékař nachází, ale na straně druhé, získá dostatek informací k tomu, aby mohl reálným způsobem pomoci v případech, kdy rodiče neměli ani tušení, že by z důvodu nemoci či postižení svého dítěte na ně měli nárok.

Klíčová slova: dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS), průkaz osoby zdravotně postižené (OZP), příspěvek na péči (PnP), příspěvek na pomůcku, kompenzační pomůcky, sociální šetření.

Helpful advice from the field of medical assessment service for the general paediatrician

The aim of this article is to provide the best possible guidance for the general paediatrician on how to proceed when processing parents' claims for social benefits. By reading and understanding all the basic principles which a health assessment doctor must follow in accordance with methodological guidelines, the general paediatrician should become a well-informed advisor who, on the one hand, will be able to explain and justify the constraints a health assessment doctor faces, but on the other hand, will obtain enough information in order to be of real assistance in case the parents had no idea that they could be eligible for social benefits related to their child's illness or disability.

Key words: long-term unfavourable state of health, disability card, care allowance, special aid allowance, assistive devices, social survey.

Posudkové lékařství v oblasti pediatrie nabízí možnosti sociálních dávek v rámci tzv. nepojistného systému. Jedná se o:

- 1) příspěvky na péči (PnP) v rozsahu I.–IV. stupně
 - 2) průkaz osoby zdravotně postižené (OZP) v rozsahu 3. stupňů a příspěvek na mobilitu
 - 3) příspěvek na zvláštní pomůcku, ten je vymezen dalšími náležitostmi:
- věkem minimálně 3 let, je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, úpravy bytu apod.
 - věkem minimálně 15 let, je-li příspěvek poskytován na pořízení vozíčku psa
 - věkem minimálně 1 roku v ostatních případech

Hned v úvodu bych rád uvedl naprosto zásadní a nepodkročitelný požadavek pro jakékoli posudkové hodnocení a tím je přítomnost tzv. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS). DNZS je definováno jako postižení v délce trvání 12 měsíců nebo i kratší, pokud ale na základě lékařských znalostí lze předpokládat, že daná nemoc či postižení bude trvat rok či déle.

Pokud posudkový lékař nemůže konstatovat DNZS, v posudku to uvede, odůvodní, ale posudek již dále nezpracovává.

Závěr posudku je zhodnocením dostupných lékařských zpráv ve shodě s metodickými pokyny, kterých se každý posudkový lékař musí držet. Neznamená to však, že pokud by měli tentýž posudek zpracovat dva

posudkový lékaři, dojdou ke zcela stejnému závěru. Nicméně výsledný rozdíl by neměl být markantní a neměl by se lišit o více než pomyslný jeden stupeň.

Pro praxi je důležitá informace, že v drtivé většině se posudkové zhodnocení stanovuje v nepřítomnosti pacienta, jen na základě dokumentů založených ve spise. Posouzení však může být sepsáno v přítomnosti pacienta, pokud na tom strana posuzovaného dítěte trvá nebo jsou v dokumentaci diskrepance takového rázu, že nelze jinak, než dětského pacienta a pečující osobu přizvat k jednání.

Praxe je bohužel taková, že k osobnímu posouzení dochází vzácně a největším důvodem je absolutní nedostatek posudkových lékařů napříč celou republikou. Personálně jde o po-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jiří Havránek, jiri.havranek@nemsl.cz
Dětské a novorozenecké odd., Nemocnice Slaný
Politických vězňů 576, 274 01 Slaný

Cit. zkr: Pediatr. praxi 2022;23(2):104-107

Článek přijat redakcí: 15. 12. 2021

Článek přijat k publikaci: 3. 1. 2022

myslnou „časovanou bombu“, neboť až 3/4 posudkových lékařů jsou v důchodovém věku!

1) Příspěvek na péči (PnP)

V rámci příspěvku na péči posudkový lékař (PL) posuzuje zdatnost – samostatnost dítěte v těchto 9 základních životních potřebách (ZŽP): mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví a osobní aktivity. U osob starších 18 let se připojuje ještě posouzení 10. základní životní potřeby – péče o domácnost.

U jednotlivých základních životních potřeb se posuzují tyto náležitosti:

- mobilita: vstávání a usedání, zaujímání poloh, pohyb chůzí krok za krokem, dosáhnout ušlé vzdálenosti alespoň 200 m, zvládání schodů v rozsahu min. 1 patra, prostředky MHD
- orientace: rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientace časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat
- komunikace: porozumět se a porozumět, a to řečí i psanou zprávou, používání základních obrazových symbolů a zvukových signálů, používat běžné komunikační prostředky
- stravování: vybrat si nápoj a potraviny, nalít nápoj, naporcovat stravu, tuto přenést a umět si prostřít. Najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim
- oblékání a obouvání: vybrat si přiměřené oblečení a obutí, manipulace s oděvem, oblékat se a obouvat, svlékat se a zouvat
- tělesná hygiena: mýt a osušit si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, holit se, zvládat samostatně ranní hygienu
- výkon fyziologické potřeby: včas použít WC, vyprázdnit se a provést očistu
- péče o zdraví: dodržovat léčebný režim, užívat samostatně léky, používat samostatně léčebné pomůcky
- osobní aktivity: pro děti tzn. zejm. zvládnutí volnočasových aktivit a školní výuku
- u dětí > 18 let věku (tj. s naplněním plnoletosti) je přidáno i posouzení péče o domácnost, kam spadá udržování chodu domácnosti, úklid, ovládání spotřebičů apod.

U dětí je nutno vždy zohlednit věk a schopnosti dítěte srovnáním se schopnostmi stejně starých zdravých dětí. Pokud dítě v jednotlivé ZŽP nesplňuje podmínku samostatnosti, definuje to PL konstatováním, že dítě v dané potřebě vyžaduje mimořádnou péči. Tu poskytuje dítěti pečující osoba, nejčastěji matka. Podle počtu potřeb, které vyžadují mimořádnou péči, rozlišujeme lehkou závislost (dítě samostatně nezvládá 3 potřeby), středně těžkou závislost (odpovídá 4–5 potřebám), těžkou závislost (6–7 potřeb) a úplnou závislost (8–9 potřeb). Pokud je mimořádná péče uznána pouze v jedné nebo dvou ZŽP, potom nelze PnP přiznat vůbec.

PnP vypracovávají lékaři posudkové služby na základě lékařských zpráv (od PDDL a ambulantních specialistů) a na základě tzv. sociálního šetření. Sociální šetření provádí pracovníce úřadu práce a spočívá v osobní návštěvě domácnosti (ev. ústavu), kde dítě pobývá a pohovoru s dítětem, resp. pečující osobou.

Při vypracování posudku se musí lékař vyjádřit, zda jsou lékařské zprávy v souladu se závěrem sociálního šetření. Při nesouladu (častěji situace, kdy v sociálním šetření je uvedena menší míra soběstačnosti než v lékařských zprávách) musí posudkový lékař každou takovou diskrepanci objasnit a obhájit, tj. odůvodnit své rozhodnutí. Pokud má oporu pro své rozhodnutí v lékařských zprávách, rozhodne lékařský pohled, neboť v této situaci je nadřazený sociálnímu šetření.

2) Průkaz osoby zdravotně postižené (OZP) a příspěvek na mobilitu

V rámci hodnocení zdravotního stavu pro účely přiznání průkazu osoby zdravotně postižené (OZP) posuzujeme schopnost pohyblivosti a/nebo orientace. I zde je základem pro přiznání přítomnost DNZS.

Rozlišujeme postižení lehká, která jsou bez nároku na přiznání a dále středně těžká (označovaná zkratkou TP), těžká (označovaná zkratkou ZTP) a zvláště těžká (označovaná zkratkou ZTP/P).

Pro každou úroveň postižení jsou v metodických pokynech určeny podrobné charakteristiky rozličných postižení. Pokud je u pacienta přítomno postižení, které není totožné s žádnou definovanou variantou, PL využije metodu tzv. srovnáním, tj. uvede postižení,

které svou závažností a charakterem je nejblíže danému postižení.

Příspěvek na mobilitu se neposuzuje samostatně, ale je vyplácen automaticky u stupně ZTP a ZTP/P.

Jednotlivé výhody, které jsou stanoveny pro jednotlivé stupně postižení, jsou nad rámec článku. Jen velice stručně uvedu, že průkaz ZTP znamená mmj. možnost parkovat na vyhrazených místech pro invalidy nebo bezplatnou dopravu MHD. ZTP/P představuje výhody totožné se ZTP a navíc bezplatnou dopravu MHD i pro doprovod postiženého dítěte.

3) Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení charakteru DNZS.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí a těžkou nebo hlubokou mentální retardaci.

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku jsou uvedená taxativně, tj. zde na rozdíl od průkazu OZP nelze využít metodu srovnáním.

V přehledu uvádím indikace pro přiznání příspěvku na pořízení motorového vozidla:

- anatomická ztráta obou DK v bérkách a výše
- funkční ztráta obou DK na podkladě těžké parézy nebo plegie
- funkční ztráta 1 HK a 1 DK na podkladě těžké parézy nebo plegie
- těžké postižení hybnosti kyčelních a/nebo kolenních kloubů
- ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň 2 nosných kloubů DK
- těžké funkční poruchy hybnosti na základě postižení 3 a více funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy. Funkčním celkem se rozumí trup, pánev, končetina
- disproporční poruchy růstu provázené deformitami hrudníku a končetin, pokud výška nepřesahuje 120 cm
- anatomická ztráta DK ve stehně
- těžká nebo hluboká mentální retardace

Úskalí posouzení

1) Přítomnost DNZS

Jak bylo uvedeno již v úvodu, je přítomnost dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu základní podmínkou pro přiznání PnP, průkazu OZP, mobility a příspěvku na zvláštní pomůcku včetně motorového vozidla. Pokud tedy rodiče žádají např. příspěvek na péči a důvodem je omezení vyplývající ze spondylochirurgických či ortopedických korekcí, polytraumatech bez amputační ztráty, korekcí uropoetického traktu apod., nelze ve všech těchto případech z důvodu absence DNZS příspěvek přiznat. Stejná situace nastává i pokud rodiče žádají příspěvek ve fázi chronického postižení v době, kdy je v plánu operační korekce, která dává předpoklad plné údravy nebo minimálně reálnou šanci na funkční zlepšení.

2) Míra funkčního omezení

Posudkové lékařství nepracuje s diagnózou dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), ale s funkčním omezením, které příslušná diagnóza představuje. Údaj PLDD, že dítě má diparetickou formu DMO, není dostatečný. Z funkčního hlediska tato diagnóza může představovat jen patologický stereotyp chůze, kdy je omezení vázáno až na velkou fyzickou zátěž. Naopak při velkém funkčním omezení to může znamenat, že dítě není schopno mobility vůbec a pohyb je možný jen na invalidním vozíku. Na stejném principu, tj. stanovení míry funkčního postižení, jsou poté difference i mezi samotnými nemocemi. Pokud máme před sebou diagnózu Hodgkinova lymfomu a atopického ekzému, pak z čistě diagnostického hlediska je zřejmé, že Hodgkinův lymfom je onemocněním závažnějším. Ale s ohledem na funkční postižení, může dítě s těžkou formou atopického ekzému vyžadovat větší míru mimořádné péče než pacient v dosažené remisi Hodgkinova lymfomu.

3) Srovnání věkových skupin aneb princip rozvírajících se nůžek

V rámci dětského věku musíme vždy posuzovat funkční schopnosti nemocného dítěte ve srovnání se skupinou zdravých vrstevníků. Pokud posuzujeme psychomotoricky posti-

žené 2leté dítě např. v rámci diagnózy DMO, nelze právě s ohledem na nízký věk příliš zohlednit míru mimořádné péče ve většině základních životních potřeb. Důvodem je, že i zcela zdravé 2leté děti nejsou schopny samostatně zvládat stravování, oblékání, hygienu nebo fyziologickou potřebu. Jiná situace nastává u stejného dítěte řekněme ve věku 12 let. Přestože DMO je diagnóza, která principiálně neprogreduje a míra postižení tedy bude prakticky identická, zdravé 12leté děti jsou již zcela samostatné. Přiznaná míra mimořádné péče u pacienta s DMO zde bude mnohem vyšší.

4) Diabetes mellitus 1. typu (DM1T) a celiakie

Přiznání příspěvku na péči u těchto chorob je dle mého názoru nejhůře uchopitelnou pediatriickou problematikou v posudkovém lékařství. Metodické pokyny zde totiž nejsou jednoznačné. Posudek se často vypracovává na základě regionálních zvyků a doporučení. V případě diabetu se zpravidla přiznává mimořádná péče ve stravování, péči o zdraví a osobních aktivitách (tj. 1. stupeň) a to do 15 let, kdy je všeobecná představa, že v tomto věku již dítě bude samostatně zvládat alespoň diabetickou dietu. Při celiakii se mimořádná péče přiznává v potřebě stravování a osobních aktivit. Na rozdíl od diabetu, kde je dítě léčeno inzulinem, u celiakie je léčbou bezlepková dieta a ta je zahrnuta již v ŽŽP stravování. Při uznání 2 ŽŽP tak děti s celiakií na přiznání PnP nedosáhnou.

5) Kontroly v dětském věku

Zatímco u dospělých je DNZS většinou konstatováno trvale (z důvodu polymorbidity chronických nemocí, vyššího věku), u dětí je to spíše výjimkou. Kontroly v dětském věku probíhají buď v návaznosti na léčbu onemocnění (malignita, autoimunita) s odstupem 2–3 let. Pokud jde o vývojové omezení (nejčastěji mentální), termíny kontrol se konají v pomyslných milnících dětského věku – v době stanovení školní zralosti, v 10 letech, 15 let a plnoletosti. Při ireverzibilním postižení (vrozené vývojové vady, chromozomální abnormality, závažná monogenně dědičná onemocnění, peripartální hypoxicko-ischemické postižení

ad.) lze v takových případech i u dětí stanovit definitivní omezení.

6) Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou všechny pomůcky, které postiženému zvyšují míru funkční schopnosti (různé typy holí, invalidní vozík, protézy, naslouchadla, pomůcky pro zrakově handicapované atd.), patří zde i např. úprava koupelny, tj. zřízení bezbariérového sprchového koutu, stoličky, madel apod. Při posuzování základních životních potřeb potom posudkový lékař jednotlivé základní životní potřeby hodnotí v teoretické rovině, tj. posuzuje funkční schopnosti tak, jako kdyby postižený pomůcky využíval, bez ohledu na to, zda je opravdu využívá. Pokud např. dítě s hypakuzí naslouchadlo nemá, nebo jej sice má, ale nepoužívá jej, potom v obou těchto případech nelze přiznat mimořádnou péči ani v potřebě orientace ani komunikace.

7) Diagnózy s požadavkem na vyjádření ambulantních specialistů

Mezi nejčastější diagnózy v posudkovém lékařství u dětí patří dnes ADHD, vývojová dysfázie, různé stupně mentální retardace a poruchy autistického spektra (PAS). Vzhledem ke specifitě jednotlivých diagnóz zde pro správné posouzení obvykle nestačí pouhé vyjádření PLDD nebo vyjádření psychologa, nejčastěji z pedagogicko-psychologické poradny. Tyto diagnózy je třeba přesně definovat a určit co nejpřesněji stupeň funkčního omezení. Nezbytné je tedy vyjádření dětského psychiatra, případně i dětského neurologa.

8) Soulad sociálního šetření a lékařských zpráv

Týká se PnP, kde se k míře funkčního omezení vyjadřuje PL prostřednictvím lékařských zpráv a sociální pracovnice, která provedla sociální šetření v místě bydliště. PL, který má na starosti posouzení, se musí vyjádřit, zda lékařské zprávy byly v souladu s informacemi v sociálním šetření. Velice často se z lidsky pochopitelných důvodů setkáváme s lehkým nadhodnocením v sociálním šetření, neboli údaje v něm vykazují menší míru soběstačnosti a vyšší potřebu mimořádné péče než PL vyčte z lékařských zpráv. Malá diskrepance je do určité míry pochopitelná, ale bohužel

někdy se PL setkává se situací, kdy v sociálním šetření rodiče (pečující osoba) uvádí zcela účelově zkreslené až lživé informace. PL se v tuto chvíli stává „kriminalistou“. Pokud je v sociálním šetření např. uvedeno omezení hybnosti do té míry, že např. 12letý chlapec fyzicky nezvládá oblékání, sprchování, ujde max. 20 m a jen o 2 francouzských holích, přičemž schody nezvládá vůbec a v odstavci osobních zájmů je uveden fotbal a další míčové hry, je „usvědčení“ snadné. V opačném případě je jedinou možností osobní posouzení (viz výše).

9) Žádost o nové posouzení mimo termín stanovené kontroly

Zástupce dítěte má právo podat si žádost o zvýšení stupně PnP nebo o znovuposouzení přiznání průkazu OZP. Zde chci jen konstatovat, že nový posudek se musí opírat o aktuální lékařské zprávy. Pokud jsou doloženy pouze původní lékařské zprávy nebo dokonce jde o žádost bez dodání nových zpráv, posudkový lékař velmi pravděpodobně ponechá stávající stupeň. Učiní tak i v případě, pokud je zmínováno postižení pouze v rámci sociálního šetření. Pokud informace v sociálním šetření nejsou podpořeny lékařskými údaji, PL nemůže změnit původní rozhodnutí.

Na tomto místě chci upozornit, že žádost o nové posouzení i s přiložením aktuálních lékařských zpráv nemusí vždy vést ke konstatování, že funkční schopnosti byly v mezičase sníženy. Cílem žádosti je vždy navýšení PnP či OZP. Výše byly uvedeny příklady, kdy z důvodu absence aktuálních lékařských zpráv zůstává původní hodnocení. Vzácně však může dojít i ke snížení stupně PnP nebo průkazu OZP až jejich odebrání. Může k tomu dojít, pokud poslední lékařský posudek vykazoval nadhodnocení míry postižení, často je také příčinou nekritický pohled rodičů na objektivní funkční omezení.

Co může PLDD učinit pro správný způsob posouzení

PLDD by si sám měl položit otázku, zda postižení dítěte, u kterého rodiče žádají příspěvek, má charakter DNZS? Pokud tomu tak není, je třeba rodičům vysvětlit, co DNZS znamená, a pokud i přesto rodiče trvají na svých žádostech, pak je vhodné je alespoň upozornit, že právě z důvodu nepřítomnosti DNZS nebude posudkový lékař pravděpodobně moci žádost vůbec posudkově zhodnotit.

PLDD může samostatně připravit podklad k posudkovému hodnocení. U postižení, při kterých jsou děti v péči ambulantních specialistů (např. ORL, dětský psychiatr nebo neurolog), je třeba doložit závěry odborných vyšetření. Lékařské zprávy by měly být ideálně zcela aktuální, případně ne starší než 3–4 měsíce (v řadě případů tomu tak bohužel není). Současně je zbytečné až zavádějící dokládat „všechny“ zprávy, co kdy byly postiženému vystaveny, tj. zprávy staré nebo nevztahující se k postižení. Nezřídka se stává, že PL obdrží společně se žádostí 30 i více ofocených lékařských zpráv, ale přitom pouze 2–3 zprávy jsou recentní a mají posudkově výpovědní hodnotu. Komplikuje to a zbytečně prodlužuje celý proces hodnocení.

Je výhodou, aby PLDD při plánované kontrole u specialisty přímo zdůraznil, že tato zpráva bude určena k posudkovému hodnocení. Specialista obvykle v takovéto zprávě více definuje vlastní funkční postižení za poslední uplynulou dobu. Ani PLDD, ani specialista však nepřísluší hodnotit, zda je závažnost onemocnění indikací k přiznání PnP nebo OZP, případně i k navržení stupně závislosti. V tomto bodě nejde o ješitnost posudkových lékařů, ale o fakt, že oni sami se musí držet metodických pokynů, které nemusí být vždy totožné s návrhem specialisty.

Jak již bylo uvedeno výše, pro posudkové zhodnocení není důležitá diagnóza uvedená v MKN-10, ale závažnost funkčního postižení. Vyjádření se k závažnosti postižení výrazně přispívá ke správnému posudkovému zhodnocení. Konkrétně např. již výše zmíněná diagnóza diparetické formy DMO. Pouhé konstatování typu postižení není z posudkového hlediska dostačující. V tomto konkrétním případě je třeba, aby PLDD nebo specialista uvedli, zda a jakou využívá dítě kompenzační pomůcku, kolik ujde metrů bez zastávky, zda zvládá schody či nerovný terén, zda zvládá cestování MHD.

Je-li dítě závislé na používání kompenzační pomůcky (např. naslouchadla), je třeba, aby se k tomu v podkladech PLDD vyjádřil. Pokud dítě pomůcku využívá, ale přesto tato nezajišťuje adekvátní kompenzaci, lze mimořádnou péči přiznat. Pokud pomůcka poruchu kompenzuje, mimořádná péče se nepřiznává. Pokud se PLDD o pomůcce nezmíní, potom základní životní potřeby, které jsou ovlivněny (v případě poruchy sluchu orientace a komunikace) nelze posudkově hodnotit a tudíž přiznat. Pokud je odborníkem doporučeno pomůcku využívat, ale tato využívaná není, opět nelze mimořádnou péči přiznat.

Je-li posuzované dítě polymorbidní, potom PL musí stanovit takové postižení, které dítě nejvíce funkčně omezuje. Pokud je přitomno vícero funkčně omezujících postižení, potom je třeba, aby PL posoudil, zda další omezení participuje na navýšení celkového omezení (např. kombinace vývojové dysfázie a nižšího intelektu) nebo ne (např. kombinace DM1T a autoimunitní tyreoiditidy).

Literatura u autora
a na www.pediatricpraxi.cz