

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Instrukce náměstkyně ministryně sekce sociálně pojistných systémů č. 2/2016

Věc: **Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů**

Obsah

- Čl. 1. Úvodní ustanovení
- Čl. 2. Vymezení základních pojmů a nároků na dávky a průkaz osoby se zdravotním postižením
- Čl. 3. Obecné zásady posuzování zdravotního stavu
- Čl. 4. Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
- Čl. 5. Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
- Čl. 6. Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku
- Čl. 7. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání
- Čl. 8. Datum vzniku
- Čl. 9. Doba platnosti posudku
- Čl. 9a Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími
- Čl. 10. Závěrečná ustanovení

Seznam zkratk užitých v textu

CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
dg.	diagnóza
DNZS	dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
EMG	elektromyografie
IQ	intelligenční kvocient
lékaři orgánů sociálního zabezpečení	lékaři OSSZ, ČSSZ, PK MPSV
METS	metabolické ekvivalenty pro vyjádření zátěžové kapacity
MMSE	angl. zkratka Mini-Mental State Examination, diagnostická kognitivní škála k vyšetřování demence
NYHA	funkční klasifikace srdečního selhání, kritéria vypracovaná New York Heart Association
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení; v textu se tím míní též Pražská správa sociálního zabezpečení a Městská správa sociálního zabezpečení Brno
OZP	osoba se zdravotním postižením
PK MPSV	posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí
průkaz OZP	průkaz osoby se zdravotním postižením
průkaz TP	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“
průkaz ZTP	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“
průkaz ZTP/P	průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“
příloha č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP	příloha č. 4 k vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením - Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
příloha k ZPDOZP	příloha k zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů – Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání
TEP	totální endoprotéza
vyhláška k ZPDOZP	vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů
WHO	Světová zdravotnická organizace - World Health Organisation
ZPDOZP	zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Čl. 1

Úvodní ustanovení

- 1) Tato instrukce upravuje postupy lékařské posudkové služby OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování zdravotního stavu fyzických osob pro účely ZPDOZP a vyhlášky k ZPDOZP.
- 2) Dle výše uvedených právních předpisů se konkrétně jedná o posuzování:
 - a) schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely řízení o **přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením**,
 - b) zda jde **pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku** o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP a zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.

Čl. 2

Vymezení základních pojmů a nároků na příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením

- 1) Nárok **na příspěvek na zvláštní pomůcku** má osoba se zdravotním postižením charakteru DNZS uvedeným v příloze k ZPDOZP a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.
- 2) 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 anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru DNZS, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.
- 3) Za **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** se pro účely ZPDOZP považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok.

Základní podmínkou zdravotního postižení je jeho nepříznivost vycházející z charakteru a tíže postižení a dlouhodobost. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav znamená tedy přítomnost obou komponent, tj. nepříznivosti a dlouhodobosti, která trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy je předpoklad, že bude trvat déle než 1 rok. Stavy s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení do 1 roku do výše uvedených kategorií nepatří.

- 4) Zdravotní postižení charakteru DNZS odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou taxativně uvedeny v příloze k ZPDOZP. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku jsou uvedena v části I přílohy k ZPDOZP a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání v části II přílohy k ZPDOZP.

To znamená, že není možné využít institut srovnatelnosti funkčního dopadu zdravotního postižení osoby, které není v části I přílohy k ZPDOZP uvedeno, s funkčním dopadem zdravotního postižení, které v citované části přílohy k ZPDOZP uvedeno je. Zdravotní stavy vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku uvedené v části II písm. a) citované přílohy jsou obecnou kontraindikací, a to v případě, způsobují-li nemožnost účelného užívání pomůcky. Kontraindikace uvedené v části II písm. b) a c) citované přílohy platí jen ve vztahu k vodícímu psovi.

5) Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že

a) jde o osobu starší

- 3 let, je-li příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky nebo na úpravu bytu,
- 15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa, nebo
- 1 roku v ostatních případech;

b) zvláštní pomůcka

- umožní osobě sebeobsahu, nebo
 - zvláštní pomůcku osoba potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím;
- přítom se přihlíží i k dalším pomůckám, zdravotnickým prostředkům, úpravám a předmětům, které osoba využívá;

c) osoba může zvláštní pomůcku využívat nebo ji může využívat ve svém sociálním prostředí.

6) **Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením** má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru DNZS, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Zdravotní stavy s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti nebo orientace do 1 roku nezakládají DNZS a do výše uvedených kategorií nepatří.

Schopnost pohyblivosti a orientace se hodnotí v domácím prostředí a exteriéru. Domácím prostředím rozumíme prostředí bytu, domu a prostředí pobytových zařízení služeb sociální péče. Exteriérem rozumíme vše, co se nachází vně domácího prostředí.

7) **Nárok na průkaz TP** má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí

stav, kdy osoba je při DNZS schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

- 8) Nárok **na průkaz ZTP** má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.
- 9) Nárok **na průkaz ZTP/P** má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při DNZS schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Zvláště těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při DNZS není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Čl. 3

Obecné zásady posuzování zdravotního stavu

- 1) Pro posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání průkazu OZP a příspěvku na zvláštní pomůcku platí obecné principy posudkové činnosti, vycházející ze zjištěného stavu věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. Při posuzování zdravotního stavu vychází posudkový orgán zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření. K posouzení je nutno zdravotní stav posuzované osoby spolehlivě a přesvědčivě zjistit, a to dostatečně objektivizovat jeho tělesné, smyslové a duševní schopnosti příslušným odborným nálezem, eventuálně vlastním zjištěním. Doložené lékařské nálezy a zprávy kromě obecných informací musí obsahovat cílené informace o zdravotním stavu, jež se vztahují k předmětu řízení. Pro posouzení není rozhodující diagnóza zdravotního postižení, ale jeho nepříznivé důsledky na funkční schopnosti.
- 2) Pro výše uvedené účely je rozhodující vyhodnocení zdravotního stavu a posouzení funkčního dopadu zdravotního postižení na omezení schopnosti pohyblivosti a orientace a pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku, zda jde o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP a zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku.
- 3) Pro posouzení zdravotního stavu pro výše uvedené účely je nezbytné:
 - a) objektivizovat zdravotní stav odbornými funkčními lékařskými nálezy, které dokládají pohybovou, orientační nebo smyslovou poruchu žadatele ve vztahu k předmětu řízení;

- b) zjistit, zda zdravotní postižení je trvalé nebo dlouhodobé - má charakter DNZS, tj. s předpokladem trvání déle než rok;
 - c) stanovit druh zdravotního postižení a vyhodnotit stupeň funkčního postižení podle § 34 a 34b ZPDOZP a podle přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP pro účely průkazu OZP;
 - d) stanovit druh zdravotního postižení pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku ve smyslu § 9 odst. 1 až 4 ZPDOZP ve vztahu ke stavům uvedeným v příloze k ZPDOZP.
- 4) Spolehlivě posoudit schopnost pohyblivosti a orientace pro účely řízení o přiznání průkazu OZP, anebo zda jde o osobu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením anebo s těžkou nebo hlubokou mentální retardací pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku, a zda zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku, lze až v době, kdy je skončeno poskytování akutní zdravotní péče, proběhla základní (bazální) rehabilitace, zdravotní stav a funkční schopnosti jsou určitým způsobem ustálené.
- Vždy je nutno vyhodnotit konkrétní situaci, druh zdravotního postižení, jeho průběh a vývoj a následně dopad na schopnost pohyblivosti a orientace pro účely průkazu OZP anebo posoudit, zda odpovídá zdravotnímu postižení odůvodňujícímu přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku.*
- 5) Posudkový orgán zváží, zda je potřebné v konkrétním případě přizvat posuzovanou osobu k jednání. Projevu vůle osoby o přítomnost při jednání je nezbytné vyhovět.
 - 6) Pokud má posudkový orgán pochybnosti o obsahu lékařských zpráv, může být při jednání lékařem posuzovaná osoba vyšetřena, včetně ověření její schopnosti pohyblivosti a orientace anebo splnění zdravotní podmínky pro nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku, popřípadě může být vyžádáno vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby u poskytovatele zdravotních služeb. Tuto možnost využije posudkový orgán zejména v případech, kdy je zjevný nesoulad mezi jednotlivými závěry odborných vyšetření.
 - 7) Posudek musí splňovat požadavek úplnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že posudkový orgán musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém zhodnocení musí posudkový orgán posoudit předepsané skutečnosti a posudkově medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit, vyhodnotit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy a předchozími posudky vydanými posudkovými orgány u posuzované osoby.
 - 8) PK MPSV se v posudku musí vyrovnat také se všemi námitkami, tvrzeními a návrhy posuzované osoby a požadavky odvolacího správního orgánu, aby posudek splňoval požadavek úplnosti a přesvědčivosti.
 - 9) Závěrečnou částí posudkové rozvahy je stanovení jaké funkční schopnosti a jakým způsobem jsou z důvodu DNZS omezeny, sníženy nebo zanikly a zda posuzovaný splňuje či nesplňuje zdravotní podmínku pro přiznání

průkazu OZP, tj. příslušný stupeň funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace podle § 34 ZPDOZP, nebo zdravotní podmínku pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a případně vyjádření ke kontraindikaci (zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku).

- 10) Jako statistická značka rozhodující diagnózy se uvádí hlavní zdravotní příčina způsobující podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace nebo naplňující zdravotní podmínku pro nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku, tzn. konečný funkční následek, nikoliv anatomický substrát. Tedy např. F00 – demence u Alzheimerovy nemoci (nikoliv Alzheimerova nemoc, G30) nebo H90 – porucha sluchu (nikoliv otoskleróza, H80) nebo I69 – hemiplegie po CMP (nikoliv CMP, I64) apod.

Čl. 4

Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

- 1) Při posuzování schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu OZP se dle § 34b ZPDOZP hodnotí:

- a) zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby,
- b) zda jde o DNZS,

Funkční dopad následků úrazů, operací a mozkových příhod lze zpravidla posoudit až po skončení rekonvalescence a rehabilitace, když je již zřejmý celkový výsledek léčby. Krátkodobé a přechodné poruchy nelze posudkově hodnotit. Pokud dochází po zdravotní příhodě k progresi úbytku funkčních schopností proti premorbidnímu stavu a místo očekávaného zlepšování dochází ke stagnaci nebo dokonce k jeho zhoršování a přínos nelze očekávat ani od rehabilitace, vyhodnotí se tento stav jako DNZS.

- c) zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace a závažnost funkčního postižení ve smyslu § 34 ZPDOZP.

Pro posouzení zdravotního stavu je nezbytné spolehlivě objektivizovat zdravotní stav a jeho funkční důsledky odbornými lékařskými nálezy, eventuálně vlastním vyšetřením při jednání; vyhodnotit, zda zdravotní postižení tělesné, smyslové nebo duševní zakládá DNZS a zda DNZS působí podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace, které je třístupňové (středně těžké, těžké a zvláště těžké funkční postižení nebo úplné postižení).

- 2) Prováděcí právní předpis – příloha č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace.
- 3) Při posuzování podstatného omezení schopnosti pohyblivosti a orientace u zdravotního stavu, který není uveden v prováděcím právním předpise, se hodnotí, kterému ze zdravotních stavů v něm uvedených funkční postižení odpovídá nebo je s ním funkčními důsledky srovnatelné.

Výše uvedený prováděcí právní předpis nemůže obsahovat zcela úplný výčet zdravotních postižení, která naplňují atributy středně těžkého, těžkého a zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti a orientace. Proto zákon umožňuje posoudit i zdravotní stavy, které nejsou v prováděcím právním předpise uvedeny, a to podle toho, kterému ze zdravotních stavů v prováděcím právním předpise uvedených funkční postižení odpovídá nebo je s ním funkčními důsledky srovnatelné.

- 4) Funkčními schopnostmi se rozumí tělesné, smyslové a duševní schopnosti, znalosti a dovednosti nezbytné pro schopnost pohyblivosti a orientace. Při posuzování se funkční schopnosti fyzické osoby porovnávají se schopnostmi stejně staré fyzické osoby bez znevýhodnění, tj. bez zdravotního postižení, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Při posuzování malých dětí, zejména předškolního věku, je třeba odlišit fyziologickou neschopnost dítěte v oblasti pohybových a orientačních schopností od patologické limitace způsobené konkrétním zdravotním postižením. Funkční schopnosti posuzované osoby se hodnotí s využitím běžně dostupných kompenzačních pomůcek (zejména zdravotnických prostředků).
- 5) Při hodnocení závažnosti funkčního postižení pohyblivosti a orientace pro účely nároku na průkaz OZP se vychází z poruchy funkčních schopností s nejvýznamnějším dopadem na schopnost pohyblivosti nebo orientace.

Při souběhu závažných, pohyb nebo orientaci omezujících zdravotních postižení, jejichž dopad se na schopnost pohyblivosti nebo orientace kumuluje, se využije postupu dle § 34b odst. 3 ZPDOZP, tj. srovnatelnosti funkčních důsledků celkového zdravotního stavu, a uzná se vyšší stupeň funkčního postižení ve vztahu k § 34 ZPDOZP a příloze č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP.

- 6) Při vyhodnocování tělesných schopností je třeba se zaměřit na celkový somatický stav, funkční stav jednotlivých částí těla a končetin (z hlediska anatomických a funkčních změn), stav a funkci kardiovaskulárního a dýchacího systému, parenchymových orgánů, nosného a pohybového ústrojí se zaměřením na svalovou sílu končetin, vytrvalost svalové kontrakce, kvalitu motorického reflexu, hybnost a stabilitu kloubů, zejména pak velkých kloubů končetin, páteře a pánve, kontrolu složitých volných pohybů, změny polohy těla. Je třeba popsat způsob chůze, její rozsah a dosah z hlediska vzdálenosti a nároků na povrch a překážky terénu, popř. kompenzační pomůcky nebo jiný náhradní způsob pohybu (lezení, invalidní vozík).
- 7) Vyhodnocení smyslových schopností zahrnuje zhodnocení stavu zraku a sluchu, tj. zrakové ostrosti do dálky, rozsahu zorného pole, kvality vidění, vnímání světla. V případě sluchu se hodnotí vnímání, tj. detekce zvuků, lokalizace zvuku, stav sluchu bez použití korekce, rozumění mluvené řeči bez sluchadla a potom se sluchadlem. Zjištěný rozsah zrakových a sluchových funkcí je třeba dát do vztahu ke schopnosti orientace.
- 8) Při mentálním a duševním postižení je třeba objektivizovat jeho závažnost a vyhodnotit schopnost orientace místem, časem a osobou, stav a kvalitu vědomí, úroveň intelektu a kognitivních funkcí, vnímání a myšlení, rozhodování, včetně schopnosti komunikace a poruchy chování. V případě posuzování dětí

s mentálním postižením nebo duševními poruchami je podkladem psychiatrické vyšetření, je-li to nutné i vyšetření klinickým psychologem.

- 9) Pokud je zjištěno závažné zdravotní postižení charakteru DNZS, ať tělesné, smyslové, mentální nebo duševní, je třeba zhodnotit, do jaké míry toto postižení omezuje schopnost pohyblivosti a orientace, zda na úrovni středně těžkého, těžkého, zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení ve smyslu § 34 ZPDOZP. Z tohoto pohledu samotnou dg. nemoci, úrazu nebo vady nelze považovat za posudkově rozhodnou skutečnost pro účely přiznání průkazu OZP. Vždy je třeba objektivizovat funkční dopad zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti a orientace a příslušným funkčním vyšetřením ho prokázat. Z uvedeného vyplývá, že mohou nastat situace, kdy stejná dg. působí různý stupeň postižení pohyblivosti nebo orientace. Při hodnocení se vychází z té poruchy funkčních schopností, která má nejvýznamnější dopad na schopnost pohyblivosti nebo orientace. Z hlediska posudkového zhodnocení a výroku ve vztahu k nároku na průkaz OZP je zcela zásadní a rozhodující splnění příslušného stupně funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace dle § 34 ZPDOZP.
- 10) Při objektivizaci zdravotního postižení a posouzení funkčního omezení u dětí, zejména v raném dětském věku od 1 do 3 let, je nutno velmi pečlivě hodnotit omezení pohybových, mentálních a orientačních schopností. Zjištěné skutečnosti je třeba porovnávat se schopnostmi stejně starého zdravého dítěte. Pokud u velmi malého dítěte nelze pro jeho nízkou úroveň biopsychosociálního vývoje a neschopnost spolupráce při vyšetření přesněji diferencovat rozsah a stupeň funkčního postižení (např. tíží ventilační poruchy, stupeň oční vady nebo poruchy sluchu, stupeň poruchy intelektu), není možné v takovém případě učinit posudkový závěr.
- 11) Při zjištění podstatného omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace podle § 34 ZPDOZP se vyhodnotí, zda a kterému zdravotnímu stavu podle přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP zjištěné zdravotní postižení odpovídá a stanoví se, v kterém odstavci a písmenu je příslušný zdravotní stav uveden. Pokud zdravotní stav ve výše uvedené příloze není uveden, pak se ve výroku uvede zdravotní stav, kterému funkční postižení odpovídá nebo se kterým je svými funkčními důsledky nejvíce srovnatelný.

Ve většině případů zdravotní stavy uvedené v jednotlivých bodech (1, 2 a 3) přílohy č. 4 k vyhlášce k ZPDOZP korelují s příslušným stupněm funkčního postižení pohyblivosti a orientace podle § 34 odst. 2, 3 a 4 ZPDOZP. Z hlediska posudkového zhodnocení je nezbytné, aby posudkový orgán nejdříve vyhodnotil stupeň funkčního postižení dle § 34 ZPDOZP a k němu vybral odpovídající zdravotní stav nebo funkčními důsledky srovnatelný zdravotní stav z přílohy č. 4. k vyhlášce k ZPDOZP.

Při posuzování zdravotního stavu je nutno si uvědomit, že z hlediska posudkového zhodnocení a výroku ve vztahu k nároku na průkaz OZP je zcela zásadní a rozhodující splnění příslušného stupně funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace dle § 34 ZPDOZP.

Čl. 5

Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

- 1) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni středně těžkého funkčního postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu TP** lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny,

Jde o stav, který je definován jednak ztrátou úchopové schopnosti různé etiologie, např. na podkladě anatomické ztráty, akrální plegie, flekční spasticity, lymfedému, nebo podstatným omezením funkce horní končetiny, např. na podkladě středně těžké parézy horní končetiny (středně těžká paréza: zachovány nekompletní senzorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), závažné artrózy loketního a ramenního kloubu. Paži nelze využívat pro přidržování se v prostředcích hromadné dopravy a k přenášení běžných předmětů.

- b) anatomická ztráta několika prstů nohou nebo ztráta nohy v nártu a výše až po bérce včetně,

Jde o stav, který je definován ztrátou několika (tři a více) prstů na obou nohou nebo ztrátou jedné nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše až po bérce včetně bez ohledu na funkčnost či nefunkčnost protéz.

- c) podstatné omezení funkce dolní končetiny,

Jde o omezení funkce jedné dolní končetiny různé etiologie, např. na podkladě středně těžké parézy (středně těžká paréza: zachovány nekompletní senzorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), závažné artrózy dvou velkých kloubů dolní končetiny nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu nebo stav po endoprotéze s funkčně závažným omezením hybnosti v operovaném kloubu (zejména flexe), pakloub bérce nebo stehenní kosti, postižení cév dolní končetiny s trofickými změnami, lymfedémem, klaudikacemi, s těžkým varikózním komplexem omezující schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

- d) středně těžké omezení funkce dvou končetin,

Jde o omezení funkce dvou končetin, obou dolních končetin, obou horních končetin nebo jedné dolní končetiny a jedné horní končetiny, např. na podkladě lehké paraparézy, lehké hemiparézy (lehká paréza: zachovány nekompletní senzorické funkce, pohyb možný i proti mírnému odporu) mimo frustních forem, dále se může jednat o artrotické postižení nosných kloubů obou dolních končetin nebo postižení loketních a ramenních kloubů s poruchou funkce nejméně o třetinu rozsahu, závažné formy celkové

osteoporózy, závažné polyneuropatie dvou končetin nebo postižení několika kloubů dvou končetin zánětlivé etiologie.

- e) zkrácení dolní končetiny přesahující 5 cm,
Jde o přesně definovaný stav se zkrácením dolní končetiny na podkladě různé etiologie nejméně o 5 cm.

- f) postižení pánve s poruchou pánevního prstence a závažnou neurologickou symptomatologií,

Jde o stav po operacích nebo úrazech pánve s poruchou pánevního prstence, s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění a narušenou funkcí dolních končetin omezující schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

- g) postižení páteře s často recidivujícími projevy nervosvalového dráždění a poruchou svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře,

Jde o onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími nebo často recidivujícími projevy nervového a svalového dráždění, nálezem na EMG a s insuficiencí svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře.

- h) stavy spojené s často se opakujícími poruchami vědomí nebo závrativými stavy,

Jde o záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí (zpravidla 3 – 4krát za měsíc) nebo závrativými stavy opakujícími se několikrát týdně omezující celkovou výkonnost při běžné denní činnosti.

- i) omezení pohyblivosti a celkové výkonnosti při běžném zatížení při interních a onkologických postiženích,

Jde o celkové stavy různé etiologie omezující pohyblivost zejména sníženým dosahem chůze v exteriéru a limitující výkon při běžných činnostech, např. NYHA II až III, tolerovaná zátěž kolem 1 W/kg, METS kolem 3, Fontaine stadium IIb na obou dolních končetinách, středně těžká ventilační porucha, WHO index 2 při onkologických postiženích.

- j) psychické postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u mírného stupně autistické poruchy se zachovanou přiměřenou komunikací a chováním v obvyklých situacích, s obtížným navazováním sociálních kontaktů, s projevy zvláštních nebo neadekvátních odpovědí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie s občasnými poruchami komunikace, zpravidla několikrát týdně, občasnými poruchami paměti, schopností orientovat se ve známém prostředí a zhoršenou schopností orientace pouze v neznámém prostředí nebo neobvyklých

situacích (po naučené cestě je schopen se pohybovat sám). Patří sem také v textu popsany mírný stupeň autistické poruchy.

- k) neurodegenerativní postižení s pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze,

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze, což omezuje schopnost pohyblivosti na úroveň středně těžkého funkčního postižení.

- 2) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni těžkého funkčního postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu ZTP** lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, exteriérový uživatel protézy,

Jde o stav, který je definován ztrátou jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, při kterém je fyzická osoba schopna v exteriéru používat protézu, nepotřebuje nebo nepoužívá invalidní vozík. Exteriérovým typem uživatele protézy se rozumí využívání protézy pro chůzi v interiéru (pohyb na rovném povrchu) a omezeně v exteriéru (schopnost překonávání malých přírodních nerovností a bariér - nerovný povrch, schody apod., a to při pomalé konstantní rychlosti chůze) nebo využití protézy v exteriéru bez omezení (uživatel protézy má schopnost používat protézu i při střední a vysoké poměrné rychlosti chůze s překonáváním většiny přírodních nerovností a bariér).

- b) anatomická ztráta dolních končetin v nártěch nebo v nártu a bérce,

Jde o stav, který je definován ztrátou obou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu nebo ztrátou jedné dolní končetiny v úrovni uvedených kloubů a druhé končetiny v kterékoliv úrovni bérce bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, bez ohledu na funkčnost či nefunkčnost protéz.

- c) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce,

Jde o těžkou poruchu funkce jedné dolní končetiny, např. na podkladě těžké parézy nebo plegie (těžká paréza: zachovány nekompletní senzorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny), stavu po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny v důsledku uvolňování TEP nebo závažné poruchy inervace končetiny (omezení rozsahu hybnosti v kloubu po implantaci TEP nepůsobí ztrátu statické – opěrné funkce). Samostatná artróza nebo stav po implantaci TEP nenarušuje statickou funkci končetiny. Chůze je možná pouze za pomoci kompenzačních pomůcek.

- d) anatomická ztráta dolní a horní končetiny v úrovni bérce a předloktí,

Jde o stav, který je definován současným chyběním dolní a horní končetiny v kterékoliv úrovni bérce a předloktí bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- e) anatomická ztráta horních končetin v úrovni předloktí,

Jde o stav, kdy došlo ke ztrátě obou horních končetin v kterékoliv části předloktí.

- f) těžké omezení funkce dvou končetin,

Jde o stav na dvou končetinách, obou dolních končetinách, obou horních končetinách nebo jedné dolní končetině a jedné horní končetině, na podkladě různé etiologie se závažnými poruchami pohybových schopností, např. středně těžká hemiparéza nebo paraparéza (středně těžká paréza: zachovány nekompletní senzorické funkce, zachován pohyb proti gravitaci), těžké omezení hybnosti kyčelních nebo kolenních kloubů na obou dolních končetinách zpravidla o polovinu fyziologického rozsahu, zejména pak flexe v uvedených kloubech.

- g) postižení pánve provázené těžkými parézami dolních končetin nebo těžkou nestabilitou pánevního prstence,

Jde o stavy po operacích nebo úrazech pánve s těžkou poruchou funkce obou dolních končetin umožňující chůzi pouze za pomoci kompenzační pomůcky nebo se závažnou nestabilitou pánevního prstence vyžadující při chůzi použití kompenzační pomůcky; schopnost pohyblivosti je omezena na úroveň těžkého funkčního postižení.

- h) postižení páteře provázené těžkými parézami končetin nebo ztuhnutím tří úseků páteře nebo závažné deformity páteře s omezením exkurzí hrudníku,

Jde o onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s těžkou poruchou funkce obou dolních končetin nebo obou horních končetin nebo jejich kombinací na úrovni těžkých paréz jednotlivých nervů s výraznými svalovými atrofiemi nebo stavy se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku a tím i závažnou poruchou ventilace nebo stavy se ztuhnutím tří úseků páteře.

- i) těžké postižení pohyblivosti a celkové výkonnosti již při lehkém zatížení při interních a onkologických postiženích,

Jde o chronické stavy interního charakteru různé etiologie značně omezující pohyblivost a výkon běžných činností, např. onemocnění kardiovaskulárního aparátu s trvalou oběhovou nedostatečností, NYHA III až IV i při zavedené léčbě, tolerovaná zátěž kolem 0,5 W/kg, METS kolem 2, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy provázené závažnými tělesnými komplikacemi, zejména osteopatií, neurologickými nebo duševními poruchami, těžké obliterace cév obou dolních končetin

s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti, Fontaine stadium IIc, dále onkologická onemocnění s WHO indexem 3, nepříznivými průvodními projevy na pohybové schopnosti (na úrovni těžkých paréz, těžkých neuropatií, lymfedému dolních končetin, pneumopatie s dechovou nedostatečností těžkého stupně, kardiopatie s oboustrannou srdeční nedostatečností na úrovni NYHA III až IV, mnohočetného postižení skeletu).

- j) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby starší 18 let věku,

Jde o přesně definovaný stav u osob starších 18 let věku, kdy neslyší a nerozumí řeči ani při použití nejvýkonnějších sluchadel či po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy a následné rehabilitaci.

- k) kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65%, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,

Jde o přesně definované kombinované postižení zraku a sluchu, přičemž se poruchy hodnotí při optimální korekci sluchu i zraku.

- l) oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,

Jde o přesně definovaný stav, kdy zraková ostrost se hodnotí s optimální korekcí.

- m) psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u středně těžkého stupně autistické poruchy s nápadnými deficity ve verbální a nonverbální komunikaci, značně abnormálním nebo rušivým chováním, s výrazně redukovanou nebo výrazně abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie se závažnými poruchami komunikace, schopností orientovat se pouze v domácím prostředí, se značnými obtížemi v neznámém prostředí a exteriéru. Patří sem také v textu popsany středně těžký stupeň autistické poruchy.

- n) neurodegenerativní postižení s mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů.

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů, což omezuje schopnost pohyblivosti na úroveň těžkého funkčního postižení.

- 3) Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace **na úrovni zvlášť těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení** pohyblivosti a orientace odůvodňující **přiznání průkazu ZTP/P** lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, interiérový uživatel protézy nebo odkázanost na invalidní vozík z uvedeného důvodu,

Jde o stav, který je definován ztrátou jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, při kterém je fyzická osoba schopna se pohybovat po bytě s použitím protézy, v exteriéru však potřebuje invalidní vozík nebo je odkázaná pouze na pohyb na invalidním vozíku. Interiérovým uživatelem protézy je uživatel, který má schopnost nebo předpoklady používat protézu pouze pro pohyb na rovném povrchu a při pomalé konstantní rychlosti chůze, tj. v zásadě jen v interiérech.

- b) anatomická ztráta dolních končetin v bércích nebo výše,

Jde o stav, který je definován ztrátou obou dolních končetin v bércích (na kterékoliv úrovni) nebo výše bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- c) anatomická ztráta horních končetin v úrovni lokte nebo výše nebo anatomická ztráta horní a dolní končetiny v úrovni paže a stehna,

Jde o stav s významnou ztrátou obou horních končetin v loketních kloubech nebo v kterékoliv úrovni paže nebo o stav charakterizovaný ztrátou jedné horní končetiny v kterékoliv části paže a ztrátou jedné dolní končetiny v kterékoliv části stehna bez ohledu na stav a délku amputačních pahýlů, funkčnost či nefunkčnost protéz.

- d) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce a současná funkční ztráta horní končetiny,

Jde o těžkou poruchu funkce na jedné dolní končetině a jedné horní končetině, např. na podkladě těžké hemiparézy nebo hemiplegie (těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani sensorická funkce v celém rozsahu končetiny); chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná, odkázanost na invalidní vozík.

- e) funkční ztráta dolních končetin se ztrátou opěrných funkcí,

Jde o ztrátu funkce obou dolních končetin, např. na podkladě těžké paraparézy nebo paraplegie (těžká paréza: zachovány nekompletní sensorické funkce, není možný pohyb proti gravitaci; plegie: není motorická ani sensorická funkce v celém rozsahu končetiny), těžké poruchy funkce nosných kloubů na obou dolních končetinách se ztrátou opěrné funkce končetin; neschopnost chůze a trvalá odkázanost na invalidní vozík.

- f) zvlášť těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí; funkčním celkem se rozumí hrudník, páteř, pánev, končetina,

Jedná se o kombinaci několika (tří a více) postižení pohybového systému se zvlášť těžkými funkčními následky na pohyblivost, např. kombinaci těžkého postižení několika úseků páteře a těžkého postižení nosných kloubů obou dolních končetin nebo uvolňování a nestabilitu pánevního pletence se středně těžkými parézami obou dolních končetin nebo nedostatečný vývin dvou končetin a hrudníku (či jeho deformity) nebo těžké atrofie trupového a končetinového svalstva zpravidla s odkázaností na invalidní vozík. Není-li těžce postižena funkce alespoň jedné dolní končetiny, postižení ostatních systémů zpravidla nemá podstatný vliv na pohyblivost. Odkázanost na vozík pro invalidy musí být dlouhodobá (déle než rok) a je dána pohybovým selháním při chůzi mimo přirozené prostředí (byt, nejbližší okolí bydliště).

- g) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška nepřesahuje po ukončení růstu 120 cm,

Jedná se o přesně definovaný stav, kdy kromě poruchy vzrůstu musí být přítomny závažné deformity končetin a hrudníku, např. dysmelie a těžká kyfoskolióza s gibbem.

- h) multiorgánové selhávání dvou a více orgánů nebo ztráta imunity spojené se zvlášť těžkým postižením orientace nebo pohyblivosti,

Jde o chronické a zpravidla i terminální stavy interního charakteru různé etiologie postihující dva a více tělesných orgánů, které selhávají, nebo ztrátu imunity, kdy není fyzická osoba schopna se pohybovat nebo orientovat samostatně a potřebuje průvodce, např. kardiopulmonální selhávání, hepatorenální selhávání s celkovým metabolickým rozvratem, dále onkologická onemocnění s metastatickým rozsevem do různých orgánů a selháváním funkce některého z nich, ztráta imunity, např. z důvodu agamaglobulinemie, terminální fáze AIDS, stavy během transplantace krvetvorných buněk do jednoho roku po jejím provedení.

- i) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby mladší 18 let věku,

Jde o přesně definovaný stav u osob mladších 18 let věku, kdy neslyší a nerozumí řeči ani při použití nejvýkonnějších sluchadel či po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy a následné rehabilitaci.

- j) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,

Jde o přesně definovaný stav.

- k) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65%, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,

Jde o přesně definované kombinované postižení zraku a sluchu, jejichž poruchy se hodnotí při optimální korekci sluchu a zraku.

- l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50,

Jedná se o dvě rozdílné skupiny postižení. Za mentální retardaci se považuje stav, kdy nedojde k přiměřenému vývoji duševních schopností do dvou let věku z různých příčin. Za demenci se považuje chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Stupeň mentální retardace a demence se prokazuje testy IQ (u střední mentální retardace dosahuje IQ hodnot 35 až 49, u těžké se IQ pohybuje v pásmu 20 až 34, u hluboké je pod 20), v případech demence lze připustit i vyšetření MMSE. Za středně těžkou demenci se považují stavy s MMSE v rozmezí 6 až 17 bodů, za těžkou demenci se považují stavy s poklesem MMSE pod 6 bodů. Ke stanovení tíže postižení je potřebné příslušné odborné lékařské vyšetření.

- m) psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace; u těžkého stupně autistické poruchy s těžkou poruchou verbální a nonverbální komunikace, těžce abnormálním nebo rušivým chováním, s minimální odpovědí nebo těžce abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,

Jde o širokou škálu psychických postižení různé etiologie s neschopností se dorozumět s jinými osobami, porozumět sdělovaným obvyklým/běžným skutečnostem a neschopností orientovat se samostatně v exteriéru. Funkční porucha musí být prokázána psychiatrickým vyšetřením. Patří sem také v textu popsany těžký stupeň autistické poruchy.

- n) neurodegenerativní postižení s akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi a těžkými neuropsychickými projevy,

Jde o neurodegenerativní postižení projevující se akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi, např. fluktuacemi, těžkými poruchami stability s pády, imobilitou, zpravidla s odkázaností na invalidní vozík a těžkými neuropsychickými projevy s neschopností se dorozumět s jinými osobami a porozumět sdělovaným běžným skutečnostem, s neschopností se orientovat v exteriéru.

Čl. 6

Posuzování zdravotního stavu pro účely řízení o přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku

- 1) Posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku se provádí dle § 9 odst. 1 až 4 ZPDOZP a jeho přílohy. K jiným skutečnostem než zde uvedeným se posudkový orgán nevyjadřuje.
- 2) Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou taxativně uvedeny v příloze k ZPDOZP. To znamená, že při posuzování zdravotního stavu nelze použít princip srovnatelnosti jako u posuzování zdravotního stavu pro účely průkazu OZP.

Povinnost doložení „určeného odborného vyšetření“ pro účely posouzení zdravotního stavu pro potřeby řízení o příspěvku na zvláštní pomůcku stanovují níže uvedená zákonná ustanovení. V souladu s ustanovením § 16a odst. 4 písm. b) zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je orgán sociálního zabezpečení příslušný k posouzení zdravotního stavu podle § 4 odst. 2 nebo § 8 oprávněn vyzvat posuzovanou fyzickou osobu, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu u určeného poskytovatele zdravotních služeb nebo jinému odbornému vyšetření; posuzovaná fyzická osoba je povinna výzvě vyhovět. Stejně tak dle ustanovení § 26 odst. 1 písm. a) ZPDOZP je žadatel o dávku povinen podrobit se vyšetření zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení určeném OSSZ anebo jinému odbornému vyšetření.

Objektivizace zdravotního stavu s doložením příslušného odborného nálezu k jednání na OSSZ je prioritní před dodržením lhůty pro vydání posudku

- 3) Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, je uveden v příloze č. 1 k vyhlášce k ZPDOZP.
- 4) Při posuzování zdravotního stavu se posudkový orgán k jednotlivým pomůckám nevyjadřuje, ale potřebuje vědět, pro kterou konkrétní pomůcku je zdravotní stav posuzován. Posudkový orgán se v posudku vyjádří k tomu, zda posuzovaný splňuje/nesplňuje zdravotní podmínku k přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku podle kategorie pomůcek, tj. zda se jedná o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP. Při splnění zdravotní podmínky uvede, kterému písmenu předmětného bodu části I přílohy k ZPDOZP zdravotní stav odpovídá a vyhodnotí, zda zdravotní stav nevylučuje poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku. Tomu odpovídá výroková část posudku.
- 5) Při posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku poskytovaného na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zadržního systému se posudkový orgán řídí především skutečnostmi uvedenými v části I bodě 5 přílohy k ZPDOZP, tzn. zdravotními postiženími odůvodňujícími přiznání příspěvku. Až na druhém místě se řídí kontraindikacemi. To co je indikací,

nemůže být kontraindikací, takže při tomto posuzování posudkový orgán vychází z dalších uvedených kontraindikací, tj. poruch chování a stavů závislosti na návykové látce nebo návykových látkách.

- 6) V posudkovém zhodnocení se uvede, že jde o osobu s postižením charakteru DNZS podle ZPDOZP odůvodňujícím přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku. Zároveň se uvede, zda se nejedná/jedná o zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (kontraindikaci). Upozorňujeme, že jsou definovány 3 typy kontraindikací, ale týkají se dvou okruhů zvláštních pomůcek. Jeden okruh tvoří vodící psi a druhý okruh ostatní zvláštní pomůcky. Na závěr se uvede, o jaké konkrétní zdravotní postižení se jedná (jeho název, funkční vymezení, jako např. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny, těžká forma hluchoslepoty atd.).

Osoba s praktickou nebo úplnou nevidomostí, která požádala o příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení vodícího psa, nebude splňovat podmínky pro přiznání příspěvku, pokud bude alergická na zvířecí srst nebo bude hluchoněmá; osoba s těžkou mentální retardací, která je současně slepá, nebude splňovat podmínky pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku - slepecký psací stroj, protože se nebude schopna naučit používat tuto zvláštní pomůcku.

Čl. 7

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání

I. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku

1) Těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí, za kterou se považuje:

- a) anatomická ztráta obou dolních končetin v bércích a výše,

Jedná se o stav, který je definován po stránce chybění části těla, bez ohledu na stav a délku amputačního pahýlu, funkčnost či nefunkčnost protézy.

- b) funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí (těžká paréza),

Jde o paraplegii nebo těžkou paraparézu dolních končetin. Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nálezn musí být prokázán na obou dolních končetinách. Při těžké paréze není možný pohyb proti gravitaci, svalová síla dosahuje stupně 1 – 2 v celém rozsahu obou končetin, opěrná funkce obou dolních končetin je těžce narušena u spastické formy, u chabé chybí, chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná.

- c) anatomická ztráta podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérce a výše,

Podstatnou částí se rozumí chybění horní končetiny v předloktí a výše a chybění dolní končetiny v bérce a výše. Jde o stav, který je přesně definován po stránce chybění části těla, bez ohledu na stav a délku amputačního pahýlu, funkčnost či nefunkčnost protézy (pozn.: toto zdravotní postižení neodůvodňuje přiznání příspěvku na pořízení motorového vozidla).

- d) funkční ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,

Plegie znamená, že není motorická ani senzorická funkce v celém rozsahu končetiny, svalová síla je 0, tento funkční nález musí být prokázán na obou končetinách. Při těžké paréze není možný pohyb proti gravitaci, svalová síla dosahuje stupně 1 – 2 v celém rozsahu obou končetin, stav se blíží plegii končetin, chůze i s vydatnou oporou prakticky nemožná.

- e) ankylóza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,

Ankylóza je vazivové nebo kostěné spojení vznikající v důsledku onemocnění, úrazu či chirurgického výkonu nahrazující původní kloubní spojení. Jedná se o ztuhlost kloubu se ztrátou pohyblivosti kloubu. Ankylóza musí být přítomna na obou kyčelních nebo obou kolenních kloubech. K ztuhnutí kloubu může dojít v různém postavení kloubu, čím větší je ankylóza ve flexi, tím horší jsou podmínky pro chůzi. Podstatným omezením hybnosti se rozumí omezení hybnosti o 2/3 rozsahu kloubních exkurzí, přitom posudkově rozhodné je zejména omezení rozsahu flexe.

- f) ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,

Jedná se o kombinaci několika postižení pohybového systému s těžkými funkčními následky, tj. postižení celé páteře a dvou nosných kloubů – kyčlí, kolen nebo kolena a kyčle, přičemž těžkým omezením pohyblivosti se rozumí snížení kloubních exkurzí (nejvýznamnějším parametrem je omezení rozsahu flexe) pod kritické hodnoty pro běžný život, tj. o polovinu až dvě třetiny jejich rozsahu.

- g) těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,

Jedná se o kombinaci několika (tří a více) postižení pohybového systému s těžkými funkčními následky na pohyblivost, např. kombinaci těžkého postižení několika úseků páteře a těžkého postižení nosných kloubů obou dolních končetin nebo uvolňování a nestabilitu pánevního pletence se středně těžkými parézami dolních končetin nebo nedostatečný vývin dvou končetin a hrudníku (či jeho deformity) nebo těžké dystrofie či atrofie trupového a končetinového svalstva s odkázaností na invalidní vozík a jiné. Není-li těžce postižena funkce alespoň jedné dolní končetiny, postižení ostatních systémů zpravidla nemá podstatný vliv na pohyblivost. Odkázanost na vozík

pro invalidy musí být dlouhodobá (déle než rok) a je dána pohybovým selháním při chůzi mimo přirozené prostředí (byt, nejbližší okolí bydliště).

- h) disproporční poruchy růstu provázené deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,

Jedná se o chondrodystrofii/achondroplázii nebo nanismus jakéhokoliv původu s výše uvedenými deformitami a malým vzrůstem do 120 cm. Ukončení růstu musí být doloženo odborným lékařským nálezem.

- i) anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně bez možnosti oprotézování nebo exartikulace v kyčelním kloubu,

Jde o stav, který je definován po stránce chybění části těla, tj. dolní končetiny. Nemožnost oprotézování je zpravidla daná funkčně nepříznivým celkovým zdravotním stavem nebo nepříznivými lokálními poměry – krátkým pahýlem, deformitami nebo dlouhodobými trofickými změnami, které vedou k neposkytnutí protézy ze systému veřejného zdravotního pojištění. V případě exartikulace v kyčelním kloubu se oprotézování nezohledňuje.

- j) anatomická nebo funkční ztráta končetiny,

Jde o stav po amputaci horní nebo dolní končetiny, stav funkčně významného omezení vývoje končetiny, plegie končetiny nebo takové postižení končetiny, kdy končetina neplní svoji funkci ve vztahu k činnostem, které jsou potřebné pro ovládání, řízení motorového vozidla, usnadňování nastupování a nakládání vozíku do něj, pro provádění celkové hygieny a WC, ovládání počítače nebo volný a samostatný pohyb v bytě. Z důvodů výše citovaných funkčních deficitů stav pak vyžaduje poskytnutí zvláštních pomůcek ve smyslu vyhlášky k ZPDOZP (příloha č. 1 část I). Za funkční ztrátu končetiny lze považovat rovněž i částečnou anatomickou ztrátu končetiny, pokud její důsledky jsou jako výše zmiňované. Např. u horní končetiny lze za příslušnou ztrátu považovat i anatomickou ztrátu ruky v zápěstí nebo u dolní končetiny anatomickou ztrátu v kotníku, neboť obě tyto vady vyžadují speciální úpravu motorového vozidla

- k) anatomická nebo funkční ztráta obou horních končetin,

Jde o stav po amputaci obou horních končetin funkčně významného rozsahu, stav funkčně významného omezení vývoje obou horních končetin nebo takové postižení obou končetin, kdy končetiny neplní svoji funkci. Pro účely tohoto zákona lze již ztrátu obou rukou považovat za ztrátu obou horních končetin.

- l) anatomická ztráta dolní končetiny ve stehně s možností oprotézování,

Jde o stav, který je definován po stránce chybění části těla, tj. dolní končetiny, a možnosti oprotézování. Nezáleží na tom, jaký typ protézy je poskytován, o jakého uživatele protézy jde (exteriérový typ, interiérový typ) a zda protézu využívá.

- m) anatomické ztráty horních končetin na úrovni obou zápěstí a výše nebo vrozené či získané vady obou horních končetin s úplnou ztrátou základní funkce obou rukou (úchopu a přidržování) závažně narušující posturální funkci těla.

Jde o anatomickou ztrátu obou horních končetin od zápěstí výše nebo vrozené či získané vady s funkční ztrátou základní funkce obou rukou, tj. úchopu a přidržování, které současně závažným způsobem narušují stabilitu trupu/těla – posturální stabilitu a působí osobě se zdravotním postižením závažné problémy v celkové mobilitě. Pro ztrátu nebo nefunkčnost obou horních končetin/ztrátu funkce obou rukou nebo celých paží není schopna otevírat nebo zavírat dveře, má závažné problémy při nastupování a vystupování do prostředků hromadné dopravy; závažné problémy v oblasti posturální stability z důvodu anatomické nebo funkční ztráty obou horních končetin mohou mít dopad i na schopnost chůze.

Závažné narušení posturální funkce těla při uvedeném zdravotním postižení je třeba prokázat neurologickým nálezem nebo nálezem rehabilitačního lékaře.

2) Těžké zrakové postižení, za které se považuje:

- a) úplná nevidomost obou očí, ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,
- b) praktická nevidomost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 1/60 (0,02) - světlocit s jistou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 -10 stupňů od bodu fixace, bez omezení zrakové ostrosti,
- c) těžká slabozrakost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) - lepší než 1/60 (0,02),
- d) ztráta jednoho oka nebo ztráta visu jednoho oka se závažnější poruchou zrakových funkcí na druhém oku, visus vidoucího oka roven nebo horší než 6/60 (0,10) nebo koncentrické zúžení zorného pole do 45 stupňů od bodu fixace.

Vymezují se úrovně závažných očních poruch podle rozsahu omezení vizu do dálky s optimální korekcí a zorného pole.

Při těžké slabozrakosti vymezené Snellenovým zlomkem (zraková ostrost do dálky s optimální korekcí) je současně závažným způsobem postižen i vizus do blízka a tato osoba je neschopna práce do blízka. Z uvedeného vyplývá potřeba příslušné zvláštní pomůcky vymezené právním předpisem.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat stavům, kdy vizus do dálky může být v přijatelné míře zachován (nedosahuje úrovně těžké slabozrakosti), ale vizus do blízka je zcela zásadním způsobem narušen (např. makulární degenerace).

Naopak u některých stavů může nastat situace, kdy vizus do dálky je těžce postižen, ale vizus do blízka je přijatelný (např. senilní katarakta). Stav je operabilní a neměl by tedy zakládat DNZS.

3) Těžké sluchové postižení, za které se považuje:

- a) oboustranná úplná hluchota, neschopnost slyšet zvuky a rozumět řeči ani s nejvýkonnějším sluchadlem nebo přetrvávající neschopnost slyšení po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy,
- b) oboustranná praktická hluchota, ztráta sluchu při tónové audiometrii v rozsahu 70 - 90 dB, zbytkový sluch se ztrátou slyšení 85 – 90 %, sluchově postižený je schopen vnímat zvuk mluvené řeči jen se sluchadlem, ale rozumí jí jen minimálně (z 10 – 15 %), přes používání kompenzační pomůcky nebo po implantaci kochleární nebo kmenové neuroprotézy,
- c) těžká forma hluchoslepoty, kombinované těžké postižení sluchu a zraku, funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu v rozsahu 56 – 69 dB, ztráta slyšení 65 – 84 % až ztráta sluchu v rozsahu oboustranné hluchoty a ztráta zraku v rozsahu těžké slabozrakosti obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) – lepší než 1/60 (0,02).

Vymezují se úrovně těžkého sluchového postižení. V hodnocení podle Fowlera se pod úplnou hluchotou rozumí taková porucha sluchu, při které sluchově postižený s jakýmkoliv zesílením zvuku nevnímá zvuk, pouze případné vibrace. V případě implantace kochleární nebo kmenové neuroprotézy je posudkově rozhodné zhodnocení úspěšnosti zákroku a následné rehabilitace; přínos implantátu z hlediska slyšení a komunikace lze zpravidla zhodnotit po 2 až 3 letech.

4) Zdravotní postižení interní povahy způsobující těžké omezení pohyblivosti, za které se považuje:

- a) ischemická choroba dolních končetin ve stadiu kritické končetinové ischemie na jedné nebo obou dolních končetinách ohrožující vitalitu končetiny, a to ve stadiu II/IV podle Fontaina, resp. ve stadiu II/4, III/5 nebo III/6 podle Rutherforda, přičemž nebylo možno provést revaskularisaci nebo tato selhala,

Kritická končetinová ischemie, ohrožující vitalitu končetiny a spojená s poruchou mobility, je definována:

- *klinicky (klidové ischemické bolesti a vznik ulcerace nebo gangrény končetiny);*
- *současně je přítomen z měřitelných parametrů*
 - *pokles periferních systolických arteriálních tlaků u kotníku pod 50 mm Hg nebo prstový tlak nižší než 30 mm Hg, popř. transkutánní tlak kyslíku (TcPO₂) nižší 30 mm Hg v místě lézí*
 - *ABI (ischemický index kotník – paže měřený dopplerovsky) $\leq 0,4$;*
- *průkaz významných stenóz (větších než 75 %) / uzávěrů přírodních tepen pomocí zobrazovacích angiografických metod.*

Ve Fontainově klasifikaci odpovídá kritické končetinové ischemii stadium III a IV, resp. dle Rutherforda stadium II/4 a zejména III/5 a III/6 .

Popisované zdravotní postižení, včetně nemožnosti provést revaskularizaci ke zlepšení perfuze nebo tato selhala, je třeba doložit angiologickým nálezem, ev. nálezem chirurga se specializací v cévní chirurgii.

- b) chronická žilní insuficience (CVI) ve stupni postižení C6a/s (CVI s floridním vředem) nebo C5a/s (CVI se zhojeným vředem) nebo skóre žilní disability (VDS) ve stupni 3,

Do této skupiny patří nejtěžší výjimečné formy chronické žilní insuficience vzniklé především na podkladě posttrombotického syndromu nebo vzniklé plynulým rozvojem neřešených primárních varixů s rozsáhlými nehojícími se defekty, otoky, venózními klaudikacemi, flebolymfedémem a podobně způsobující těžké omezení pohyblivosti. Skóre žilní disability ve stupni 3 znamená neschopnost vykonávat běžné aktivity ani při kompresní terapii či elevaci končetiny (běžné aktivity jsou definovány jako aktivity před vznikem omezení při žilní nedostatečnosti). To znamená, že u těchto stavů i přes vyčerpání všech dostupných léčebných prostředků a postupů není možné očekávat zlepšení zdravotního stavu. Jde o výjimečné stavy chronické žilní insuficience, které zásadním způsobem omezují pohyblivost na byt a jeho okolí.

Stupeň zdravotního postižení nebo skóre žilní disability je třeba objektivizovat příslušným odborným lékařským nálezem – flebologickým, ev. nálezem vaskulárního specialisty (angiologa, cévního chirurga nebo dermatologa činného v oblasti dermatologické angiologie).

- c) lymfedém dolní končetiny (primární i sekundární) ve stupni postižení 3 (elefantiáza),

Nejvyšší stupeň postižení (3) je ve většině případů označován jako elefantiáza, která je charakterizovaná tuhou fibrotizací podkoží, monstrózním zbytněním končetiny a význačně omezenou hybností.

Stupeň postižení s uvedením, že v daném případě byly využity veškeré dostupné terapeutické postupy, je třeba objektivizovat příslušným odborným lékařským nálezem vedoucího lékaře specializovaného lymfocentra, jejichž seznam je uveden na webových stránkách České lymfologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – www.lympho.cz.

- d) nezhojený defekt jedné nebo obou dolních končetin léčený adekvátním odlehčením (ortéza, vozík) po dobu nejméně 12 měsíců v certifikované podiatrické ambulanci pro diabetiky,

Jde o těžké omezení pohyblivosti v důsledku syndromu diabetické nohy, který je dle Mezinárodního konsenzu pro syndrom diabetické nohy z roku 2015 definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce tkáně nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin.

Zdravotní postižení včetně popisovaného léčení defektu je třeba objektivizovat nálezem z příslušné podiatrické ambulance pro diabetiky certifikované Českou diabetologickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty

Purkyně, respektive její podiatrickou sekci. Aktuální verze seznamu těchto ambulancí je zveřejněna jen na webových stránkách společnosti - www.diab.cz.

- e) Charcotova neuropatická osteoarthropatie jedné nebo obou končetin s nestabilitou nebo funkční deformitou nohy vyžadující trvalé odlehčení končetin pomocí ortézy nebo vozíku,

*Charcotova neuropatická osteoarthropatie je chronické, progresivní onemocnění kostí a kloubů vznikající na podkladě neuropatie nejčastěji v oblasti nohy. Pokud není urgentně zahájena adekvátní terapie, pak často dochází k destrukci postižených kostí a kloubů, což vede ke vzniku deformit nohy. Nestabilita a funkční deformita popisuje stav, kdy **noha nedokáže udržet fyziologický tvar při zátěži**, což vede k jejímu následnému poškození. Znamená to, že ačkoliv noha může být za klidového stavu (sed, leh) bez deformit, pod zátěží (stoj, chůze) nedokáže poskytnout normální funkci, deformuje se, dochází k abnormálnímu rozložení plantárních tlaků (do míst, která na to nejsou uzpůsobena), což může vést ke vzniku otlaků, případně časem morfologických deformit fixovaných i za klidového stavu (např. propadnutí klenby nohy).*

Zdravotní postižení s nutností trvalého odlehčení končetin je třeba objektivizovat u diabetické Charcotovy neuropatické osteoarthropatie nálezem z příslušné podiatrické ambulance – odkaz na jejich seznam je uveden výše; u nediabetické Charcotovy neuropatické osteoarthropatie nálezem neurologa vypracovaným ve spolupráci s ortopedem nebo rehabilitačním lékařem.

- f) srdeční selhání u osob zařazených na čekací listinu k transplantaci srdce,

Zařazení na čekací listinu k transplantaci srdce je třeba doložit příslušným kardiologickým nálezem.

- g) implantace dlouhodobých podpor oběhu,

Oběhovými podporami jsou míněny mechanické srdeční podpory, což jsou čerpadla krve, která jsou schopna u pacientů s pokročilým srdečním selháním částečně nebo úplně převzít úlohu srdce v krevním oběhu s cílem obnovení dostatečného srdečního výdeje. U některých pacientů může jít o konečné řešení jejich onemocnění, u jiných jde o přemostující řešení při čekání na transplantaci srdce.

Implantaci dlouhodobé (mechanické) podpory oběhu je třeba doložit kardiologickým nálezem.

- h) srdeční selhání s klidovými formami dušnosti ve funkční třídě NYHA IV,

Jde o srdeční selhání s klidovými formami dušnosti trvale ve funkční třídě NYHA IV. Dočasné stavy, kdy srdeční selhání s klidovými formami dušnosti ve funkční třídě NYHA IV trvá přechodně, do této kategorie nepatří.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem, ze kterého musí vyplývat trvalost funkčního stavu – NYHA IV.

- i) srdeční selhání ve funkční třídě NYHA III, pro které došlo v posledních 12 měsících alespoň dvakrát k hospitalizaci, kdy i po hospitalizacích zůstává funkční třída NYHA III,

Jde o srdeční selhání trvale ve funkční třídě NYHA III, pro které došlo v posledních 12 měsících alespoň dvakrát k hospitalizaci, kdy i po hospitalizacích zůstává funkční třída NYHA III. Rozhodující příčinou hospitalizace musí být vždy primárně zhoršení stávajícího srdečního selhání, nikoliv jiné onemocnění, které vede sekundárně ke zhoršení srdečního selhání.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem a příslušnými propouštěcími zprávami z hospitalizací pro srdeční selhání.

- j) srdeční selhání nejméně ve funkční třídě nejméně NYHA III, je-li objektivně doloženo omezení funkční výkonnosti, za něž je považován výsledek spiroergometrického vyšetření s dokumentovaným $\text{VO}_2\text{max} \leq 14 \text{ ml/kg/min}$, nebo u dítěte $< 50 \%$ předpokládaných hodnot pro daný věk dítěte,

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit kardiologickým nálezem spolu s výsledkem spiroergometrického vyšetření.

- k) těžká vleklá plicní nemoc vedoucí k respirační insuficienci, pro kterou je poskytována dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT),

Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (léčba pomocí inhalace kyslíku) je nemocným indikována na podkladě provedeného standardního kyslíkového testu s prokázanou příznivou reakcí na podání kyslíku podle metodiky schválené plátcí. Tito nemocní jsou nekuřáci s dobrou adherencí k léčbě, která může být prováděna pomocí koncentrátorů kyslíku nebo systémy kapalného kyslíku. Kyslík se obvykle podává pomocí kyslíkových brýlí, výjimečně inhalační maskou. Nemocní inhalují kyslík minimálně 16 hodin denně s pauzami ne delšími než 2 hodiny. Cílem dlouhodobé domácí oxygenoterapie je zlepšení kvality života nemocných, snížení potřeby hospitalizací (snížení exacerbací onemocnění) a snížení úmrtnosti.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit nálezem ošetřujícího pneumologa, který provádí nebo hodnotí kyslíkový test u nemocného a sleduje jeho adherenci k léčbě dlouhodobou domácí oxygenoterapií.

- l) těžká vleklá plicní nemoc vedoucí k respirační insuficienci s hyperkapnií, pro kterou je poskytována domácí neinvazivní ventilační podpora (NIV).

Neinvazivní ventilace je definována jako mechanická ventilační podpora bez invazivního zajištění dýchacích cest. V současné době dominuje ventilace pozitivním tlakem, přenášeným do horních dýchacích cest přes masku. Hlavní výhody oproti invazivní ventilaci jsou absence endotracheální kanyly, laryngeální masky či tracheostomie, dále nižší riziko poranění dýchacích cest, méně infekčních komplikací a ve většině případů též nepotřebnost sedace pacienta. Domácí neinvazivní ventilační podpora je indikována na základě

prokázání hyperkapnie (zvýšený parciální tlak CO₂ v krvi) měřením krevních plynů.

Popisované zdravotní postižení je třeba doložit odborným lékařským nálezem ošetřujícího lékaře akreditované spánkové laboratoře, který provádí vyšetření krevních plynů, kontrolu účinnosti přístroje BiPAP (druh mechanické ventilace, při které pacient dýchá samovolně a výměna vzduchu je usnadněna kontinuálním působením tlaku, který se do plic přenáší pomocí nazální nebo nazoorální masky) a sleduje adherenci konkrétního pacienta k léčbě domácí neinvazivní ventilační podporou. Seznam akreditovaných pracovišť lze najít na webových stránkách odborné společnosti – www.pneumologie.cz.”;

5) Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zadržního systému, za které se považují:

- a) zdravotní postižení uvedená v odst. 3 tohoto článku (tj. těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí), písm. a), b), d) až i), l) a m),

(Tj. kromě anatomické ztráty podstatných částí jedné horní a jedné dolní končetiny v předloktí a výše a v bérce a výše, dále kromě anatomické nebo funkční ztráty končetiny a kromě anatomické nebo funkční ztráty obou horních končetin.)

Uvedená zdravotní postižení odůvodňující přiznání výše uvedených příspěvků představují stavy s velmi těžkou poruchou mobility bez ohledu na její etiologii.

- b) těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace.

*Jedná se o vrozenou nebo raně získanou (do 2 let věku) poruchu intelektu projevující se závažným postižením rozumových schopností. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence; pro stanovení diagnózy a stupně retardace je rozhodující po vyšetření klinickým psychologem vyjádření psychiatra. Při těžké mentální retardaci se IQ pohybuje v pásmu 20 až 34, hodnoty IQ pod 20 odpovídají hluboké mentální retardaci. **Stavy s IQ a duševními kompetencemi těsně nad hranicí těžké mentální retardace spojené s dalšími poruchami, například závažnými poruchami chování a sociability, stavy agresivity, se považují za stavy na rozhraní těžké mentální retardace.** U malých dětí v předškolním věku nelze spolehlivě hodnotit mentální postižení dle IQ, obtížně lze stanovit také přesnou míru poruchy intelektu. Proto mentální postižení u těchto dětí je nutno posuzovat velmi individuálně, spíše na základě retardačního kvocientu (opozždění psychomotorického vývoje) s přihlédnutím k dalším poruchám, jako např. k poruchám chování.*

Dané ustanovení se nevztahuje na demenci, kterou se oproti mentální retardaci rozumí snížení již nabytých intelektových schopností; může k ní dojít po dosažení 2 let věku jedince.

II. Zdravotní stav vylučující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (kontraindikace)

- a) duševní poruchy, poruchy chování a poruchy intelektu se závažnou poruchou, s narušením rozpoznávacích a ovládacích schopností, stavy závislosti na návykové látce nebo návykových látkách, způsobují-li nemožnost užívání pomůcky,

Z důvodů výše uvedených duševních poruch a závislosti osoba není schopna zvláštní pomůcku samostatně nebo s pomocí či dohledem jiné fyzické osoby smysluplně využívat, tj. ani s pomocí druhé osoby nemůže účelně využít benefit zvláštní pomůcky. Např. příspěvek na zvláštní pomůcku stropní zvedací systém, včetně instalace, může být přiznán i osobě s výše uvedenou poruchou, pokud s pomocí druhé osoby může účelně zvláštní pomůcku užívat.

Těžká nebo hluboká mentální retardace a stavy na rozhraní těžké mentální retardace však nejsou kontraindikací v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému, neboť v tomto případě se jedná o jednu z indikací.

- b) hluchoněmost; tato kontraindikace platí jen ve vztahu k vodicímu psovi.

Hluchoněmost je chorobný stav způsobený ztrátou sluchu buď vrozenou, nebo získanou v časném dětství. Němota je přidruženým jevem a její příčinou je hluchota vzniklá před začátkem vývoje řeči. Hluchoněmý nemůže dávat psovi řečové povely.

- c) těžká polyvalentní alergie a alergie na zvířecí srst; tato kontraindikace platí jen ve vztahu k vodicímu psovi.

Přítomnost psa ve výše uvedených případech by mohla vést ke zhoršení rozsahu a stupně alergie.

Čl. 8

Datum vzniku

- 1) Jako datum vzniku se uvede datum, ke kterému příslušná krajská pobočka Úřadu práce ČR ve věci žádá posouzení zdravotního stavu, pokud zdravotní stav odpovídá nároku na průkaz OZP nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Pokud je požadováno posouzení zdravotního stavu do budoucna, uvede se jako datum vzniku den posouzení, pokud zdravotní stav odpovídá nároku.
- 2) Datum vzniku zdravotního stavu odpovídajícího nároku na průkaz OZP nebo příspěvek na zvláštní pomůcku stanovuje PK MPSV pouze tehdy, pokud to výslovně požaduje odvolací správní orgán anebo tehdy, pokud to odpovídá zjištěné změně zdravotního stavu v průběhu období, které bylo PK MPSV hodnoceno.

Čl. 9

Doba platnosti posudku

- 1) Doba platnosti posudku pro účely přiznání průkazu OZP se určuje v závislosti na předpokládané změně zdravotního stavu. Pokud se jedná o zdravotní postižení, jehož funkční dopad na schopnost pohyblivosti nebo orientace se může měnit, stanoví se platnost posudku s ohledem na předpokládanou dynamiku vývoje zdravotního stavu a jeho funkčních důsledků. U trvalých stavů (trvalé ochrnutí, amputační ztráty končetin, nevidomost, hluchota) se platnost posudku stanoví trvale.

U osob mladších 18 let věku se doba platnosti posudku obvykle stanovuje při nástupu povinné školní docházky (v 6 až 7 letech), pak ve stěžejních věkových milnících (10 let, 15 let a 18 let), pokud se nejedná o stav neměnný, kdy se rovněž stanoví platnost posudku trvale, vyjma úplné nebo praktické hluchoty, kdy se stanoví platnost posudku do 18 let věku. Pokud posudkový orgán stanovuje platnost posudku a stanovuje ji na omezenou dobu, je nutno v posudkovém zhodnocení tuto skutečnost vždy řádně zdůvodnit (obvykle očekávaným zlepšením zdravotního stavu).

Nárok na průkaz OZP trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace žadatele o průkaz.

- 2) Dobu platnosti posudku pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku je třeba stanovovat individuálně, a to v závislosti na předpokládané změně zdravotního stavu ve vztahu k indikacím i kontraindikacím. U některých zdravotních postižení uvedených v příloze k zákonu lze dlouhodobou rehabilitací nebo řadou korekčních ortopedických operací nebo kochleárním implantátem nebo transplantací orgánu docílit během tří, maximálně pěti let, zlepšení funkčních schopností a snížení rozsahu a stupně postižení.

Současně je nutno vzít v úvahu pravděpodobnost vzniku kontraindikací ve střednědobém horizontu (cca do pěti let), kdy například s přibývajícím věkem dochází u posuzovaných osob ke změnám zdravotního stavu, které mohou zakládat i kontraindikace pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku (například prohloubení tíže duševní poruchy, prohloubení úbytku intelektu do úrovně demence, vznik alergie na zvířecí srst u osoby s polyvalentní alergií).

Pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku je možno stanovit trvalou platnost posudku, a to v případech spolehlivě zjištěných zdravotních stavů trvalého charakteru, kdy nelze očekávat zlepšení funkčních schopností probíhající léčbou, rehabilitací a ani adaptací na zdravotní postižení a není důvodné očekávat vznik možných kontraindikací.

Čl. 9a

Spolupráce s lékařskými odbornými společnostmi a profesními sdruženími

Ministerstvo práce a sociálních věcí může ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi nebo s profesními lékařskými sdruženími vydávat u vybraných druhů nebo skupin zdravotních postižení doporučené postupy k posuzování.

Čl. 10

Závěrečné ustanovení

Tato instrukce nabývá účinnosti dnem 1. 2. 2016, dodatek č. 1 dnem 15. 10. 2017, dodatek č. 2 dnem podpisu náměstkyně pro řízení sekce podpory rodiny.