

Zápis z průběhu obhajoby dne 30. 5. 2014 disertační práce:

Incidence invalidizace v ČR a její genderové rozdělení

(se zaměřením na skupiny diagnóz etiologicky souvisejících s životním stylem)

R. Pastorková

Školitel: doc. PhDr. K. Ivanová, Ph.D.

ÚSL LF UP Olomouc

Přítomni členové oborové rady dle prezenční listiny, oponenti a školitelka, hosté.

Úvodem představil doktorandku předseda doc. MUDr. S. Býma, CSc., přečetl její životopis a udělil jí slovo k představení disertační práce.

Práce byla prezentována formou power pointu, časový limit 15 minut byl dodržen.

Poté oponenti Doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D. a prof. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D. přečetli své oponentské posudky.

V části diskuse se doktorandka věnovala nejdříve odpovědi na tři dotazy, vznesené v oponentském posudku Doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D. opět formou power pointové prezentace.

1. V čem spatřujete význam genderového členění incidence invalidity event. dalších souvisejících parametrů v oblasti sociálního zabezpečení?

Střední délka života v celé Evropě se zásadně uvádí rozděleně – muži x ženy

Naděje na dožití = střední délka života – rozdílná

průměrná délka života narozené osoby za stávajících podmínek

ČR (2005): **muži – 75 let, ženy 80,8 let**

věková struktura v ČR: na **1 000 mužů** připadá ve věku

0-14 let **947 žen**,

15–64 let **978 žen** a

65 let a více **1 511 žen**

Evropa – rozdíl 3-4 roky...12 let (Rusko)

Snižuje se v neprospěch žen: 2005 – rozdíl 6,22,

2012 – 5,88(ženy odchází později do SD)

(zdroj: *www. ec-europe social.eu*)

„Why women are sicker than men?“

Jaké jsou dopady sociálního rozlišení genderu a jaký je skutečný význam biologických rozdílů mezi muži a ženami?

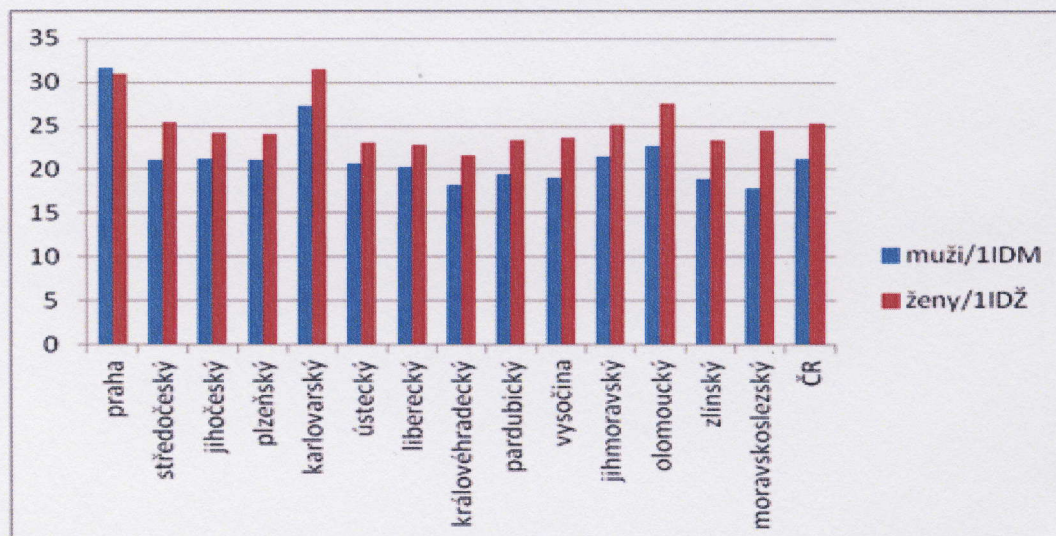
ANNANDALE, E. *The Sociology of Health and Medicine*. 3.vyd. Cambridge, UK : Polity press, 2001. ISBN 0-7456-1357-8.

Genderový rozdíl na trhu práce

- Mezikrajové rozdíly

- Ženy obecně – vyšší procentní míra nezaměstnanosti (přes časnější odchod do starobního důchodu proti mužům)
- Praha – jediný region – genderově zvýhodnění muži (méně mužů invalidizovaných proti ženám - vztaženo na počet neinvalidních na jednoho invalidního)
- **Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů**

Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů (rok 2009, vl. výzkum)



Mezikrajské genderové věkové rozdíly

- **Nejstarší populace - Praha** (průměrný věk ženy 43,3 let, muže 39,9 let)
- nejmladší populace – v Ústeckém kraji, kde průměrný věk v porovnání s Prahou je u žen nižší o 2,3 let u mužů o 1,8 let.
- Ke krajům se starší žijící populací patří **Plzeňský, Královéhradecký a Jihomoravský**
- mezi kraje s mladší populací žen a mužů patří **Karlovarský kraj**.
- **Zdroj: ČSÚ, dostupné**
https://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/analiza:zeny_a_muzi_v_krajich_cr_demografie

Další oblasti sociálního zabezpečení

- **Příspěvky na péči – resp. stupně závislosti**
- Interní databáze ČSSZ – aktuálně nečlení data genderově
- **Není možné srovnání**
- Lze předpokládat genderový rozdíl v diagnózách, potřebě péče, stupni závislosti a to i dle věkových skupin
- **Dle věkových skupin – 18-65 let** - nejvýznamnější z hlediska četnosti je V. skupina diagnóz dle MKN (**duševní nemoci**)

(platí pro 2008 i 2009)

Prevalence stupňů závislosti

- **Při zařazení 18-65 + včetně** - nejvýznamnější skupinou diagnóz jsou nemoci skupiny IX. – **oběhové**
- **Genderové členění????**

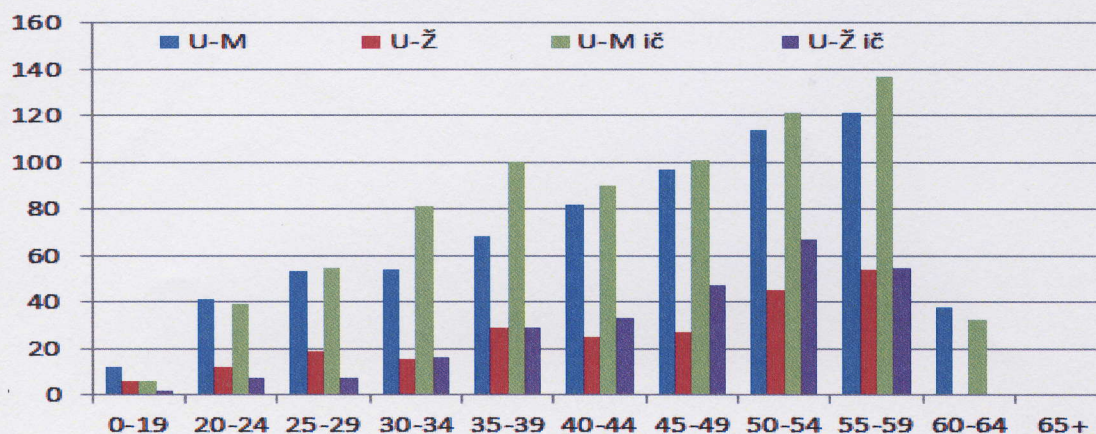
**2. Mohla byste přiblížit využití výsledků Vaší práce v pracovnělékařských službách?
Např. s ohledem na pracovní zařazení osob se zdravotním postižením?**

- Upřesnění skupin diagnóz, které invalidizují s přihlédnutím ke genderu
- možnost cílené pracovně lék. prevence při vytipování skupin onemocnění na podkladě incidence invalidizace
- **1. příklad:** úrazy – převaha muži - rozdíl – věkové skupiny

Skupina U – úrazy

- pro úrazové diagnózy je situace přesně opačná
- jednoznačná genderová převaha ve prospěch mužů a to ve všech věkových kategoriích
- Platí pro plné i částečné invalidity
- **Důvod:** rizikovější životní styl – sporty, pracovní zařazení – úrazy souvisí s věkem (Studie autorů Chau, Bhattacharjee a Kunar a Lorhandicap Group, regresní analýza, 2888 osob)

**Srovnání incidence invalidizace pro úrazové diagnózy
a její genderové rozdělení (2009, vl. výzkum)**



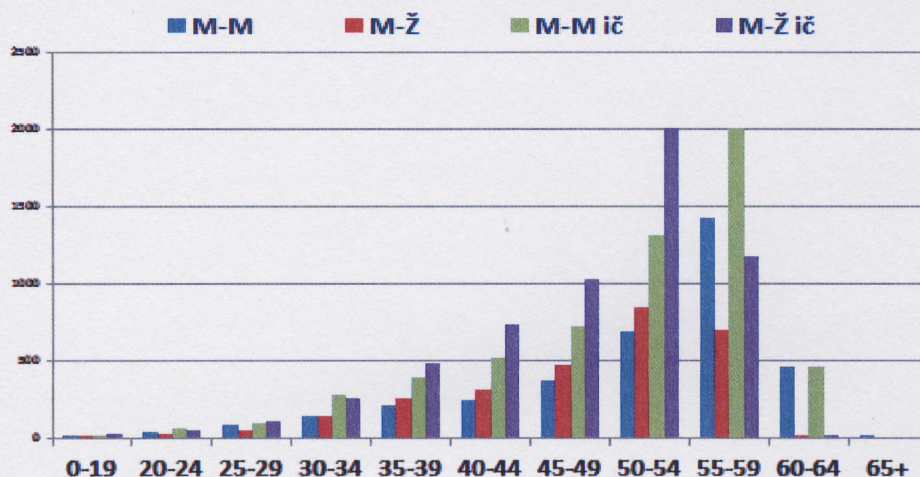
- Některé státy akceptovaly evropský seznam nemocí z povolání s dvěma nemocemi páteře (Francie, Německo, Dánsko, Slovensko, Belgie, Itálie, Španělsko, Bulharsko, Rumunsko, Slovinsko, pobaltské republiky).

V ČR – příprava metodiky –jeden z podkladů – invalidizace na uvedenou sk. diagnóz - výzkum primárních dat (vlastní spisy)

Skupina M – pohybový systém

- do 54 let vykazuje genderovou převahu pro ženy, nad 55 let převažují muži
- *klíčové věkové skupiny 50 -54 let, kde stále převažují ženy a 55-59 let, kde se incidence otáčí, a převažují muži*
- **Důvod:** delší aktivní pracovní život, fyzicky náročnější pracovní zařazení u mužů

Srovnání incidence invalidizace pro choroby pohybového systému a její genderové rozdělení (2009, vl. výzkum)



3. Váš výzkum vychází z hodnocení let 2008 a 2009. Bylo by možné i přes uvedené důvody vzájemně srovnat incidenci invalidit před rokem 2010 a po změně legislativy, která v r. 2010 nastala?

První stupeň – pokles pracovní schopnosti (PS) o 35 - 49%

Druhý stupeň pokles PS o 49 - 69%

Oba stupně odpovídají dřívější částečné invaliditě (35 - 49%)

Třetí stupeň nad 70% – dříve plná invalidita (nad 70%)

Možnost srovnání – ano, ale....

- **Celostátní data** – sekundární – srovnání obtížné - výsledek zkreslen, nízká validita, nízká výpovědní hodnota
 - **Vlastní případy - spisy** – primární data - podrobná – srovnání ano – je možno je srovnat – ale nutno vzít individuálně každý spis a přehodnotit dle obou vyhlášek
- Příklad:**
- Změna legislativy – nejen 3. stupně, ale i jiné hodnocení %míry poklesu PS
 - např. dg. okruh schizofrenních onemocnění
 - do 31. 12. 2009 – těžká porucha – 50-80% - možný plný důchod
 - Od 1. 1. 2010 – těžká porucha – 50-60% - 2. st.
 - Při srovnání – zkreslení výsledků – nelze hodnotit jako zlepšení léčby, zdravotního stavu obyvatel – změna legislativy!!!

Pokračovala diskuse:

Prof. JUDr. Kahoun, Ph.D.: Uváděla jste rozdíl mezi Prahou a ostatními kraji – je možné tento rozdíl vysvětlit i jinými vlivy, než je uváděná procentní míra nezaměstnanosti?

Odpověď: určitě ano, na incidenci invalidity se podílí řada vlivů – jde o zdravotní, sociální a ekonomický podíl, takže mimo zdravotní péče, která může být v Praze dostupnější a mimo ekonomický vliv zaměstnanosti podílí se také sociální vlivy - (když jsou osoby i se zdravotním postižením zaměstnané, nemusí žádat o invaliditu, jednak z ekonomického důvodu, ale také ze sociálního) – bylo by možné vyspecifikovat tento rozdíl např. výzkumem počtu podaných žádostí a jejich výsledkem (zhodnocením) v mezikrajské komparaci.

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.: reakce na poznámku oponenta doc. MUDr. M. Nakládalové, Ph.D., že v práci byla velmi výstižně popsána metoda výzkumu, doc. Ivanová upozornila na tabulku Design výzkumu, který byla i součástí autoreferátu a která výstižně metodiku práce popisuje
Doktorandka souhlasila s tím, že výběr metody byl velmi náročný proces a popsala krátce nutnost postupu předvýzkum – stanovení hypotéz – vlastní výzkum.

prof. MUDr. Květoslav Šipr, CSc.: ocenil moderní terminologii – incidence invalidizace, genderové rozdělení, genderová převaha.

doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.: jakým způsobem by bylo možno využít metodu systematického review v oblasti posudkového lékařství?

Odpověď: významným způsobem v oblasti srovnávání legislativního rámce posuzování invalidit a dalších dávek sociálního zabezpečení v zemích EU a to zejména dávkové nároky, současně by ale bylo možno využít systematické review při tvorbě závazné metodiky pro účely např. potřeby požadovaných vyšetření, podkladů atd. v procesu posuzování

PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.: v tisku proběhla zpráva o chystané změně zákona 108/2006 o sociálních službách. Mám dvě otázky:

- 1) Bylo by možno využít výsledky výzkumu z oblasti dávek sociálního zabezpečení pro tvorbu legislativy z této oblasti a to zejména s přihlédnutím k osobám s diagnózou ze skupiny V. – psychiatrická onemocnění?
- 2) Bylo by možno blíže specifikovat tuto skupinu diagnóz vzhledem k posuzování stupně závislosti a ev. vzhledem k zastoupení osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům?

Odpověď: ad 1): ano, je pravda, že se připravují změny a v souvislosti s tím byla autorka práce na jednání MPSV, kde v rámci argumentace bylo možno uplatnit některé závěry výzkumné činnosti z disertační práce, navíc z výsledků práce vyplynul rozdíl v četnosti skupin diagnóz, pro které je přiznáván stupeň závislosti dle věkových skupin do 65 let věku a 65+, chybí ale genderové členění. Nicméně právě statistické

zpracování dat z této oblasti vedlo k prvním úvahám v oblasti změn posuzování stupně závislosti

Ad2): ano, bylo by to možno specifikovat a to opět ve dvou výzkumných liniích – celostátní data, kde by bylo možno získat charakteristiku prevalence dle podskupin diagnóz, ale bez genderového členění ve věkových skupinách 18-65 a 65+ a dále výzkum vlastních posouzených případů, kde by bylo možné jednak genderové členění a jednak informace o ustanovení opatrovníka u osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům. Výsledky výzkumu by potom mohly vést ke tvorbě a uplatnění nových legislativních případně i metodických rámců v oblasti dávek sociálního zabezpečení.

PhDr. Mgr. Miloslav Klugar, Ph.D.: 1) našla jste při své rešeršní činnosti v oblasti mezinárodních dat (legislativy a statistiky sociálního zabezpečení) systematické review ?

2) jaké typy mezinárodních studií jste získala při rešeršní činnosti?

Odpověď: ad1) ne, nenašla, mezinárodní údaje byly čerpány zejména z Eurostatu.

Ad 2): studie se týkaly zejména výzkumu vlivů životního stylu na zdravotní stav obyvatel, úrazovosti v souvislosti s pracovním zařazením a dále onemocnění souvisejících se životním stylem- kardiovaskulární choroby, obezita, diabetes mellitus. Studie byly zpracovány různými metodami a technikami, z oblasti prevence to byly řízené rozhovory, intervenční program zaměřující se na kouření a fyzickou aktivitu zkoumala prospektivní multicentrická kohortní studie AHA study v letech 2000 – 2003 ve Švédsku, kombinaci metody výzkumu genového polymorfismu u subjektů a metody standardizovaného dotazníkového šetření faktorů životního stylu u těchto subjektů s následným zpracováním regresní analýzou při korelaci faktorů životního stylu a BMI využila studie MONICA/KORA, dále např. zajímavá studie metodou regresní analýzy z oblasti úrazovosti v souvislosti s věkem a pracovním zařazením francouzských autorů atd.

Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D. (host): jak pohlížíte na možnost propojení zdravotního a sociálního pojištění ve smyslu sdílení dat, informací případně jednotné koncepce? Dali by se využít výsledky vaší práce v této oblasti?

Odpověď: propojení obou systémů je více než žádoucí, při rešeršní činnosti se ukázalo, že je řada zemí, které tyto systémy má propojeny a to dokonce ve formě jednoho ministerstva. Určitě je nejen žádoucí, ale přímo ekonomicky nezbytné v budoucnu tímto směrem vykročit. Výsledky práce ukazují velmi úzkou provázanost zdravotního pojištění, které je konzumováno ve formě zdravotní péče a sociálních dávek, které jsou následnou nadstavbou u osob s dlouhodobým onemocněním. Zcela určitě se konkrétní závěry práce dají uplatnit v preventivních zdravotních programech a to především genderově členěných, protože výsledky práce ukazují rozdílný přístup mužů a žen k chronickým onemocněním, která souvisí se životním stylem a prevence bez genderové specifikace nemůže vykazovat takovou účinnost, jakou by mohla mít při jejím genderovém zaměření. Problém je nejen v nesdílení dat a informací, ale také v tom, že plátce zdravotní péče – tedy zdravotní pojišťovna – nemůže ovlivnit např. délku pracovní neschopnosti a plátce nemocenských dávek – tedy ČSSZ – nemůže

ovlivnit dobu trvání léčby nebo dobu objednání k diagnostickému či léčebnému výkonu. Stejně tak je třeba jinak přistupovat k ekonomicky aktivnímu obyvatelstvu a jinak k seniorům, jak rovněž prokázaly výsledky práce v oblasti dávek sociálního zabezpečení dle věkových skupin.

Prof. JUDr. Kahoun, Ph.D.: při stanovení DNZS se uvádí tzv. rozhodující diagnóza, bylo by možné konstatovat, že se na snížení pracovní schopnosti podílí i další diagnózy u jednoho posuzovaného?

Odpověď: tento fakt byl zohledněn při výzkumu v části B., tedy vlastních případů, kdy byla zkoumána nejen tzv. rozhodující diagnóza, ale i přítomnost dalších onemocnění, resp. diagnóz z okruhu uvedených chorob, které souvisí se životním stylem, jako např. hypertenze, onemocnění kloubů atd. Tato specifikace byla provedena právě z důvodu získání podrobnějších výsledků z oblasti incidence invalidizace při zohlednění všech významných diagnóz, nejen diagnózy tzv. rozhodující pro přiznání invalidity.

Následovala diskuse mezi členy komise, oponenty, školitelkou a hosty na příbuzná témata k práci a oboru doktorandky – posudkové lékařství – ale další konkrétní dotazy již vzneseny nebyly.

Po ukončení diskuse následovalo neveřejné hlasování o výsledku obhajoby práce.

V Olomouci dne 3. 6. 2014, zpracovala Radmila Pastorková