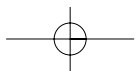
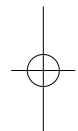
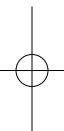


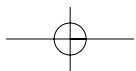
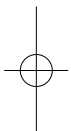
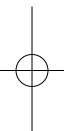
# SBORNÍK INFORMACÍ O POSUDKOVÉ SLUŽBĚ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Praha 2007



## Obsah:

Úvod	5
Informace o česko - britském semináři o organizaci a činnosti posudkové služby	7
System kontinuálního sledování efektivity posudkové agendy v pojistných i nepojistných systémech a návrh dalších opatření	13
Historický vývoj invalidity v České republice	36
Nemoci z povolání a Evropský seznam nemocí z povolání	50
Rok lékařské posudkové služby na úřadech práce	54
Posuzování zdravotního stavu pro účely náhradní rodinné péče	58
Pohled posudkového lékaře na sociální šetření	61
Invalidizace podle statistiky nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2005	66
Informace o česko - slovenském semináři posudkové služby	73
Problematika lékařské posudkové činnosti při uznávání mimořádných výhod (výtah z atestační práce)	78
Informace o návrhu zákona o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon)	84



# Úvod

## Vážené kolegyně a kolegové,

po roce se Vám předkládá další z řady publikací pro posudkovou službu sociálního zabezpečení.

Rok 2007 je rokem hledání optimální strategie organizace a činností lékařské posudkové služby v rámci systému sociálního zabezpečení.

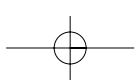
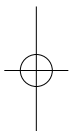
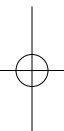
Z rozhodnutí pana ministra se připravuje opětné sjednocení lékařské posudkové služby, která bude organizačně působit ve strukturách ČSSZ.

O těchto závěrech bylo rozhodnuto panem ministrem na koncepčních poradách k Národnímu úřadu pro zaměstnanost a sociální správu a k lékařské posudkové službě v březnu t.r. Současný stav lékařské posudkové služby je považován za přechodný. Přijímaná opatření ve věci lékařské posudkové služby budou obsažena v návrhu doprovodného zákona k zákonu o Národním úřadu pro zaměstnanost a sociální správu.

Mohu Vás ubezpečit, že novému řešení věci je věnována velká pozornost jak z hlediska věcného, tak právního i personálního. Není třeba mít obavy v souvislosti s připravovanými změnami, neboť všechny stávající kompetence lékařů posudkové služby budou nadále zachovány. Pro připravovaný systém bude zapotřebí všech dobrých posudkových lékařů, ať pracují na OSSZ, ČSSZ, úřadu práce či PK MPSV.

Věřím, že současně se změnou organizačního uspořádání lékařské posudkové služby se podaří uskutečnit ještě případná doprovodná opatření, která by napomohla ke zlepšení situace v lékařské posudkové službě. O vývoji situace a konkrétním řešení budete průběžně informováni jak v resortním tisku, tak na odborných akcích posudkových lékařů.

MUDr. Rostislav Čevela,  
ředitel odboru posudkové služby MPSV ČR



## Informace o česko-britském semináři o organizaci a činnosti posudkové služby

MUDr. Rostislav Čevela, ředitel odboru posudkové služby MPSV

Dne 13. června 2007 se v Hotelu Pyramida v Praze uskutečnil česko-britský seminář o organizaci a činnosti posudkové služby. Seminář zahájila paní náměstkyně ministra B.Elfmarková a ve svém úvodním vystoupení zdůraznila probíhající reformu sociálního zabezpečení a její celospolečenský význam a význam posudkové služby pro sociální systémy i jejich klienty. O organizaci a činnosti lékařské posudkové služby v ČR referoval ředitel odboru posudkové služby MUDr.R.Čevela a JUDr.J.Veselý, který informoval o zvažovaných záměrech a řešeních. Za britskou stranu na semináři vystoupili Dr William J.Gunneon, direktor for Health Work and Well-being an Chief Medical Adviser, UK Departement for WOrk and Pension, pan M.Hewson, Departement for Work an pension, Nick Barry, Medical Services Senior Account Manager, Dr. James Bolton, Protocol and Systems Coordinator. Ve svých vystoupeních se zaměřili na vztah zdraví a práce ve Velké Británii, činnost firmy ATOS Origin a program LIMA, činnost posudkové služby a kvalitu práce posudkové služby. Závěrečné slovo a shrnutí obsahu semináře a jeho významu pro posudkovou službu v ČR a její další směřování provedl MUDr.R. Čevela.

Seminář navázal na mezinárodní konferenci EUMASS a AADEP o invaliditě a pracovním začlenění (8.-9. 9. 2005), které se účastnili zástupci MPSV kde byl mimo jiné prezentován program LIMA vyvinutý ve Velké Británii firmou ATOS Origin, založený na principech posuzování Evidence Based Medicine. Po získání prvotních kontaktů se v březnu 2006 uskutečnila pracovní cesta ředitele a dvou pracovníků odboru s návštěvou a jednáním na jednom z 12 regionálních posudkových center firmy ATOS Origin ve Velké Británii v Croydnu (předměstí Londýna) a v ústředním centru posudkové služby firmy ATOS Origin přímo v Londýně.

Pro ty posudkové lékaře, kteří se nemohli česko-britského semináře zúčastnit, se uvádějí následující informace a poznatky tak, jak vyplynuly z pracovní cesty a z vystoupení britských partnerů na semináři.

Firma ATOS Origin je nadnárodní soukromá firma s více než 50.000 zaměstnanci. Firma poskytuje konzultační, poradenské a softwarové služby klientům z různých odvětví. Ve Velké Británii získala firma zakázku k posuzování zdravotního stavu pro účely Incapacity Benefit (dávka při dlouhodobé pracovní neschopnosti, obdoba invalidního důchodu, dále jen IB) a pro účely Disability

Living Allowance (obdoba příspěvku na péči). Klienty systému jsou fyzické osoby, které nemají nárok na dávky ze systému důchodového pojištění (nebyly pojištěny nebo nesplnily všechny potřebné podmínky systému), nepracují a nemohou pracovat (vykonávat soustavnou výdělečnou činnost), ale jejich zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý nebo potřebují dlouhodobě pomoc a péči druhé osoby. Při splnění určitých, právním předpisem stanovených podmínek, se jim přiznává státní dávka, v minimální výši, která plní úlohu invalidního důchodu nebo příspěvku na péči. Zakázka na posuzování zdravotního stavu je uzavřena mezi Ministerstvem práce a důchodů a firmou ATOS Origin. Obsahuje cca 300 dílčích požadavků na kvalitu a kvantitu posudkových procesů; jejich dodržování podléhá kontrole ze strany ministerstva a mohou být ukládány finanční sankce při nedodržení některého z ukazatelů.

Tyto dílčí závazky obsahují např. ukazatele:

- posudkové řízení nesmí přesáhnout 30 dnů
- při pozvání k jednání nesmí posuzovaný čekat na vyšetření déle než 10 minut
- posuzovaný má právo na vyšetření lékařem stejného pohlaví
- jsou nastavena přesná pravidla informování posuzovaného o posudkovém řízení: třikrát telefonický kontakt v různou denní dobu (musí se uskutečnit do 4 dnů od obdržení požadavku na posouzení), poté písemná výzva, aby posuzovaný sám kontaktoval firmu ATOS Origin za účelem sjednání termínu vyšetření, není-li takový kontakt ze strany posuzovaného následuje písemné předvolání na termín určený firmou ATOS Origin, další termín se poskytuje pouze v případě včasné předchozí omluvy z jednání,
- stanovení maximálního % případů, ve kterých je vypracovaný posudek vrácen ministerstvem k přepracování nebo doplnění
- apod.

Pro účely posuzování IB firma ATOS Origin vyvinula program LIMA - Logic Integrated Medicine Assessment (logické ucelené posuzování zdravotního stavu). Program se skládá ze tří samostatných celků. První z nich, vlastní posudkový program je založen na komplexním hodnocení zdravotního stavu. Na posudkovou část navazuje část analytická, ve které s vyhodnocuje zatížení a kvalita a výsledky činnosti posuzujícího lékaře. Právě na základě této části programu jsou pak činěna opatření ve vztahu ke konkrétnímu lékaři, zejména pak v oblasti vzdělávání a kontroly jeho práce. Třetí program poskytuje odborné medicínské údaje k jednotlivým druhům zdravotních postižení, aby posuzující lékař měl k dispozici aktuální poznatky lékařské vědy ve vztahu k posuzovanému zdravotnímu postižení.

Vlastní posudkový program obsahuje popis subjektivního vnímání zdravotního stavu posuzovaným a časový snímek jeho běžných denních aktivit. V další části programu se pak porovnávají a vyhodnocují subjektivní údaje o zdravotních problémech od posuzovaného, údaje o zdravotním stavu od



ošetřujícího lékaře a zjištění, učiněná posuzujícím lékařem. Výsledkem posouzení je pak stanovení dopadu zdravotních postižení na pracovní schopnost (schopnost pracovat, vykonávat soustavnou výdělečnou činnost). Jednotlivé části hodnocení jsou logicky provázány, podle vstupů vložených do programu v konkrétním případě je posuzující lékař naváděn k vyplnění navazujících částí (např. pokud si pacient nestěžuje na problémy s duševním zdravím a ani ve shromážděné dokumentaci nejsou lékařské zprávy, které by pro takové onemocnění svědčily, část týkající se posuzování duševního zdraví se nevyplňuje). Výsledkem posouzení je podrobná zpráva, která má následující strukturu:

### **Diagnózy a dosavadní léčba**

diagnózy nemocí, zdravotních postižení, podávané léky, vedlejší účinky, hospitalizace, psychologická/psychiatrická léčba

### **Popis stavu**

osobní anamnéza, sociální anamnéza, pracovní anamnéza, popis typického dne

### **Výsledek vyšetření**

celkový popis, dolní končetiny, horní končetiny, kardiovaskulární a respirační systém, smysly, vědomí, kontinence, mentální stav

### **Funkční zhodnocení**

sezení, zvedání, hybnost, stání, chůze po rovině, chůze po schodech, funkce horních končetin, smyslové funkce, duševní a mentální schopnosti, fyzická vykonnost, kontinence

### **Duševní zdraví**

plnění úkolů, denní aktivity, jednání ve stresových situacích, komunikace s okolím, shrnutí

### **Celkové zhodnocení**

posudkový závěr, prognóza

Citlivé údaje (neposkytují se posuzovanému)

### **Bodový přepočít**

Bodový přepočít je závěrečnou fází posuzování; řídí se podle podzákonných předpisů Ministerstva práce a důchodů. Ze zjištěných skutečností program provede bodový přepočít, tj. pro jaká omezení nebo neschopnosti a kolik bodů se posuzovanému přiznává a stanoví celkový počet bodů, který je pak následně využíván pro dávkové zpracování posuzovaného případu.

Výstupem z posuzování je tedy jak podrobná zpráva ve shora uvedeném struktuře, tak bodový přepočít.

Vstupy do posuzování jsou formuláře, z nichž zásadní význam má formulář vyplňovaný samotným posuzovaným (subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu) a formulář vyplňovaný ošetřujícím praktickým lékařem. Praktičtí lékaři mají právními předpisy danou povinnost vyplnit pro účely posuzujícího orgánu bezplatně formulář, který svým rozsahem odpovídá přibližně českému formuláři „400“, který v České republice vyplňují ošetřující praktičtí lékaři pro účely posuzování invalidity. Na základě shora uvedených vstupů proběhne prvotní recenze spisů (scrutiny). Z celkového počtu 750.000 posudků pro účely IB ročně, je cca 350.000 posudků uzavřeno posudkovým závěrem pouze z těchto podkladů. U zbývajících 400.000 případů je nařízeno ústní jednání spojené s vyšetřením posuzovaného.

Přestože ATOS Origin je nadnárodní firmou s více než 50.000 zaměstnanci po celém světě, lékařské služby spojené s posuzováním zdravotního stavu firma poskytuje pouze ve Velké Británii. Vedle posuzování zdravotního stavu podle smlouvy s Ministerstvem práce a důchodů poskytuje firma služby pracovního lékařství a medicínsko-právní konzultace. Služby pracovního lékařství využívají i státní úřady - např. Ministerstvo průmyslu a obchodu a Vězeňská služba. Partnery lékařských služeb ATOS Origin jsou: Lékařská komora (General Medical Council), Úsek posudkové služby Ministerstva práce a důchodů (Corporate Medical Group) a Fakulta pracovního lékařství (Faculty of Occupational Medicine). Celkem lékařská služba ATOS Origin zaměstnává cca 470 odborných zaměstnanců v plném úvazku (lékaři, sestry, pracovní konzultanti), 950 administrativních zaměstnanců v plném úvazku a přes 2500 smluvních lékařů a sester. Z uvedených údajů pro účely posuzování zdravotního stavu pro Ministerstvo práce a důchodů pracuje 268 lékařů v plném úvazku, téměř 1500 smluvních lékařů a cca 700 osob v administrativním zázemí. Prvotní recenzi (scrutiny) provádí vždy lékaři v plném úvazku, posuzování v programu LIMA provádí jak lékaři v plném úvazku, tak smluvní lékaři. Smluvní lékař posuzuje v programu LIMA samostatně, jím vypracovaný posudek nevyžaduje aprobaci lékaře-zaměstnance v plném úvazku. Posuzování pro účely smlouvy s Ministerstvem práce a důchodů se provádí ve 12 regionálních centrech (jedním z nich je Croydon), místních center je 122. Velikost center se liší, v nejmenším je 1 vyšetřovací místnost, v největším 23. Smluvní lékař musí vždy posuzování provádět v prostorách těchto center, vyšetřování v jeho vlastní ordinaci nepřichází v úvahu (jedním z bodů smlouvy s ministerstvem je i kvalita a vybavení vyšetřovací místnosti).

Firma ATOS Origin má rovněž vybudován rozsáhlý program řízení kvality založený na:

- auditu kvality
- podpoře a využívání konceptu Evidence Based Medicine
- lékařských standardech a pracovních postupech.

Systém řízení kvality zahrnuje následující oblasti:

- vzdělávání
- důraz na klinické poznatky
- řešení stížností
- hodnocení činnosti
- osobní plány rozvoje
- dotazníkové šetření mezi posuzovanými
- dotazníkové šetření mezi zaměstnavateli
- integrovaný systém auditu kvality.

Důležitý je i propracovaný systém vzdělávání lékařů působících v pozici posuzujících lékařů pro ATOS Origin, a to jak zaměstnanců tak smluvních lékařů. Musí se jednat o registrované lékaře s platnou licencií k provozování lékařského povolání. To současně zakládá závazek k provozování dobré lékařské praxe (Good Medical Practice) a k pravidelnému přezkušování (od 1.4. 2005 každých 5 let). Tito lékaři jsou při nástupu do zaměstnání k firmě popř. před podepsáním smluvního vztahu zařazeni do kurzu posuzování, který firma ATOS Origin organizuje, a který trvá 5 dnů. Lékař po absolvování tohoto kurzu získá plnou samostatnost v posuzování po cca 9 měsících. Zajímavý je i přístup k podkladům o zdravotním stavu. Podle české praxe je v případě potřeby objektivizace zdravotního stavu možno nařídit odborné vyšetření ve zdravotnickém zařízení, kterému se musí posuzovaný podrobit. Tento systém není ve Velké Británii zaveden, posuzuje se pouze z podkladů ošetřujícího lékaře, subjektivních potíží uváděných posuzovaným a v případech, které nejsou uzavřeny již při prvotní recenzi (scrutiny) též z výsledků vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Jiná vyšetření se neprovádějí, což zástupci MPSV hodnotili jako omezení uplatnění konceptu Evidence Based Medicine.

V rámci širší diskuze k problematice sociálního zabezpečení britští odborníci zmínili stručné informace o připravované sociální reformě. Ve Velké Británii došlo od 70. let do současnosti k velkému nárůstu počtu poživatelů důchodů z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti (invalidity) , a to o dvě třetiny, na stávajících 2,7 miliónu osob. Hlavním cílem reformy důchodového pojištění je snížení počtu poživatelů dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem o 1 milión osob v časovém horizontu dvou let.

Britské zkušenosti přinášejí do oblasti sociálního zabezpečení zcela novátorské přístupy, a to jak v samotném principu realizace státní zakázky na posuzování

zdravotního stavu privátní firmou, tak i v řízení vlastního procesu posuzování, jeho efektivitě, kvalitě, odbornosti a včasnosti. Pro posudkovou službu sociálního zabezpečení v ČR se závěry semináře stávají jedním z důležitých podnětů pro další směřování její organizace a činnosti.

# System kontinuálního sledování efektivity posudkové agendy v pojistných i nepojistných systémech

JUDr. Jiří Veselý, Ph.D., MPSV - odbor posudkové služby

## 1. Úvod

Úsekem 3 MPSV ve spolupráci s úsekem 4 MPSV s využitím některých dílčích podkladů ČSSZ byl zpracován materiál na téma „System kontinuálního sledování efektivity posudkové agendy v pojistných i nepojistných systémech“ jako řešení úkolu č. 401 zadaného panem ministrem na 45. OPV v r. 2006 (materiál schválen dne 29.3. 2007 na 12. OPV MPSV).

Cílem materiálu bylo vytvoření ucelené informace o efektivitě posudkové agendy v pojistných i nepojistných systémech. Tento materiál se stal výchozím materiálem k řešení dalšího úkolu daného panem ministrem na téma „Vyhodnocení efektivity posudkové agendy v pojistných i nepojistných systémech a návrh dalších opatření“. Užití verze materiálu se uvádí k informaci.

## 2. Popis stavu

Posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících vykonává pro účely důchodového a nemocenského pojištění ČSSZ prostřednictvím OSSZ, úřady práce provádějí posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících pro účely rozhodování o tom, zda se jedná o osoby zdravotně znevýhodněné (v těchto agendách rovněž rozhodují), pro účely státní sociální podpory, příspěvku na péči v sociálních službách, hmotné nouze a pro účely dávek sociální péče a mimořádných výhod. V současné době je na posuzování zdravotního stavu na OSSZ 348 systemizovaných funkčních míst lékařů a na úřadech práce 115 systemizovaných funkčních míst lékařů a cca 550 smluvních lékařů.

V případech, ve kterých podával prvoinstanční posudek úřad práce, podávají posudky pro účely odvolacího řízení správního posudkové komise MPSV, které podávají posudky rovněž pro účely přezkumného řízení soudního vedeného krajskými soudy, což vyplývá ze skutečnosti, že proti rozhodnutí ČSSZ ve věcech důchodového pojištění není řádný opravný prostředek v řízení správním přípustný. V posudkových komisích MPSV je v současné době 30 systemizovaných míst lékařů.

Řízení obou systémů je upraveno odlišně. Řízení OSSZ provádí podle zákona ČSSZ, MPSV řídí ČSSZ. Podle organizačního řádu ČSSZ jsou k řízení LPS na OSSZ zřízeny úsek LPS v čele s vrchním ředitelem, který se skládá ze 3 odborů, 1 samostatného oddělení a regionálních referátů. Tato řídicí struktura ČSSZ celkem představuje 43 systemizovaných míst.

K systemizaci ČSSZ je však třeba uvést, že před reorganizací lékařské posudkové služby bylo v ČSSZ systemizováno 66 lékařských míst a na OSSZ 470 lékařských míst, tedy celkem 536 lékařských míst. K 1.7. 2006 bylo z tohoto počtu delimitováno 90 systemizovaných lékařských míst, k 1.12. 2006 dalších 30. Celkem by tedy k březnu 2007 měla LPS ČSSZ disponovat 416 funkčními lékařskými místy. Uváděné údaje 348 systemizovaných lékařských míst na OSSZ a 43 systemizovaných lékařských míst v ČSSZ svědčí o využití 25 systemizovaných lékařských míst v ČSSZ jiným způsobem ( $348 + 43 = 391$  oproti  $536 - 120 = 416$ ).

Na MPSV je zřízen odbor posudkové služby, který zajišťuje jak metodické řízení ČSSZ a úřadů práce, tak koncepční a kontrolní činnost. Celkem systemizace odboru posudkové služby (bez posudkových komisí) představuje 21 systemizovaných míst, z toho 8 lékařských. Na řízení LPS úřadů práce je vyčleněno oddělení 333, které má systemizováno 5 míst.

Podrobnosti k aktuálnímu stavu k březnu 2007 jsou uvedeny v příloze č. 1.

### 3. Kritéria hodnocení efektivity

Při hodnocení efektivity posudkových procesů je třeba mít na zřeteli, že posudek o zdravotním stavu a důsledků z něj vyplývajících je podle platného právního stavu ve všech případech podkladem pro vydání rozhodnutí o dávce, výhodě nebo statusu v sociální oblasti. Konečné dopady posudků posudkové služby, ať již v pojistných nebo nepojistných systémech se tak ve svém důsledku projeví ve vyplácených dávkách a poskytovaných výhodách. Přitom zejména oblast poskytovaných výhod je velmi obtížně kvantifikovatelná, protože řadu výhod např. na základě průkazů mimořádných výhod poskytuje soukromý sektor a tyto výhody nejsou centrálně evidovány. Každopádně toto hledisko hodnocení efektivity posudkové činnosti by musely na základě shromažďovaných údajů hodnotit věcně příslušné útvary, které řídí provádění jednotlivých systémů sociální ochrany.

Řešený úkol byl však zadán v souvislosti se stabilizací lékařské posudkové služby úřadů práce a jeho hlavním cílem je objektivizovat potřeby jednotlivých posudkových systémů (ČSSZ/OSSZ, úřady práce, posudkové komise MPSV) na

personální a finanční zabezpečení, a to v kontextu nejen počtu vypracovaných posudků, ale i požadavků na jejich kvalitu, která by měla být měřitelná.

Z pohledu shora uvedeného zadání se navrhuje v systému hodnocení efektivity posudkové služby resortu hodnotit kritéria kvantity, kvality a hospodárnosti. Každý ze systémů posudkové služby má dílčím způsobem odlišnou procesní úpravu, a proto kritéria nemohou být zcela stejná, musí však být srovnatelná.

#### 4. Kritérium kvantity

Kritérium kvantity se navrhuje hodnotit v závislosti na jednotlivých druzích posudků a se zohledněním procesní úpravy pro jejich provádění (např. zda se jedná o posudek, pro který podával podklad smluvní lékař, zda se jedná o posudek prvoinstanční nebo druhoinstanční, zda se jedná o prvoposudek nebo kontrolní posudek). Podle těchto kritérií budou vypracovány typové postupy pro vypracování posudku s ohodnocením časové náročnosti jednotlivých úkonů při zpracování posudku a posudku jako celku.

Typové posudky jsou vypracovány v tomto členění:

- a. Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě zjišťovací
- b. Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě kontrolní
- c. Posudek OSSZ pro prodloužení výplaty nemocenského
- d. Posudek OSSZ pro vydání rozhodnutí o ukončení DPN
- e. Posudek OSSZ - činnost referentky
- f. Posudek úřadu práce s využitím podkladu smluvního lékaře
- g. Posudek úřadu práce bez využití podkladu smluvního lékaře
- h. Posudek úřadu práce - činnost referentky
- i. Posudek posudkové komise MPSV
- j. Posudek posudkové komise MPSV - činnost referentky

Typové posudky jsou obsaženy v příloze č. 2.

Každý typový posudek představuje průměrnou časovou náročnost podle jednotlivých typů. Srovnáním typové náročnosti a počtu posudků s personálních obsazením (ve vztahu k využitelné pracovní době) lze v hodnoceném období určit zda personální zajištění odpovídalo vypracovanému počtu posudků. Typové posudky jsou koncipovány tak, aby je bylo možné v daných časových hodnotách vypracovat v nejvyšší možné hodnocené kvalitě podle kritérií kvality.

Kromě typových posudků je nutné souběžně u ČSSZ vyhodnocovat zatížení krátkodobou agendou, tedy provádění kontroly posuzování dočasné pracovní

neschopnosti (a kontroly posuzování potřeby ošetřování podle nového zákona o nemocenském pojištění) ve vztahu k lékařům mimo resort práce a sociálních věcí. Rovněž v rámci této činnosti je potřebné nastavit kritéria sledování efektivity, jejich návrh obsahuje příloha č. 3 tohoto materiálu.

Rovněž je nutné zohlednit, zda lékaři v systému kromě své vlastní činnosti vykonávali dohled nad činností jiných lékařů, což jim krátí využitelný fond pracovní doby. Toto zohlednění navrhujeme podle následujícího schématu: na výkon dohledu nad jedním nekvalifikovaným lékařem je potřebné 0,2 úvazku lékaře s kvalifikací. Pokud tento dohled bude zajišťován uvnitř systému LPS (přítom odděleně hodnotíme systém LPS ČSSZ/OSSZ, ÚP a PK MPSV) bude tento podíl odečten od celkového využitelného počtu systemizovaných míst pro výkon posudkové činnosti v daném systému. Pokud tento dohled bude nakoupen mimo daný systém LPS, nemůže se projevit v zatížení systemizovaných míst daného systému, ale projeví se ve finanční náročnosti. V systému, ze kterého je výkon zajišťován se zpravidla neprojeví, protože tato činnost je realizována cestou nadúvazků.

Vedle toho je potřebné sledovat počet a náročnost úkonů ve vztahu ke koordinaci sociálního zabezpečení v EU (tiskopisy týkající se zdravotního stavu).

Dále je potřebné zohlednit, zda je výkon posudkových činností vykonáván na pracovišti, kterému je výkon běžných provozních agend nesouvisejících s posudkovou činností zabezpečen jinými pracovníky, než pracovníky podílejícími se na výkonu posudkové činnosti nebo je nutné výkon těchto doprovodných administrativních činností zohlednit při určení pracovního vytížení pracovníků posudkové služby, a v jakém rozsahu. Přehled těchto doplňkových činností obsahuje příloha č. 3. V každém hodnoceném období bude vyhodnocen rozsah těchto činností vykonávajících pracovníky LPS v jednotlivých složkách LPS, bude vyjádřen jejich procentuální podíl na celkovém objemu pracovní doby a tento podíl bude odečten od využitelného fondu pracovní doby pro účely samotné posudkové činnosti. Účelem tohoto hodnocení bude m.j. do budoucna dosáhnout situace, kdy se podíl těchto činností na fondu pracovní doby pracovníků LPS bude snižovat. Je totiž neefektivní využívat kvalifikované pracovníky LPS (a to jak lékaře, tak referentky) pro tyto „obslužné činnosti“, avšak faktem je, že v současném uspořádání se tak děje, ovšem v různých složkách LPS v různé míře.

V příloze č. 4 jsou však uvedeny pouze činnosti, které nad rámec úkonů souvisejících se samotným posudkovým řízením vykonávají pracovníci LPS. Vedle toho - a nad rámec hodnocení činností LPS - je však třeba zohlednit, že činnost LPS vyžaduje též činnosti obslužné, které vykonávají jiní pracovníci než pracovníci LPS. Vzhledem k tomu, že v rámci převodu LPS z OSSZ na úřady práce nebyla na tyto činnosti převedena žádná funkční místa, navrhla SSZ



vypracování systému hodnocení i těchto obslužných činností. Návrh je obsažen v příloze č. 5.

## 5. Kritérium kvality

Navrhuje se, aby kvalita byla hodnocena podle totožných kritérií pro lékařskou posudkovou službu OSSZ (popř. i ČSSZ v odvolacích agendách ve věcech nemocenské pojištění) a odlišných pro posudkové komise MPSV, a to vzhledem k odlišné právní úpravě posudkových komisí MPSV a komisionálnímu způsobu jednání. Kvalita se bude hodnotit podle vážených kritérií, přičemž se bude vyjadřovat v procentech, a to takovým způsobem, že se počet dosažených bodů vydělí maximálním možným počtem bodů a výsledek se vynásobí stem. Procentní hodnocení tak bude srovnatelné, i když kritéria budou odlišná v závislosti na procesních požadavcích právních předpisů na výkon posudkové služby.

Kritéria hodnocení kvality posudků (OSSZ, ČSSZ a úřadů práce) obsahuje příloha č. 6 a kritéria hodnocení kvality posudkových komisí MPSV obsahuje příloha č. 7. Kvalita činnosti smluvních lékařů se nebude hodnotit samostatně, ale vždy jako součást výsledného posudku. Přitom v případě, kdy je za účelem zajištění smluvních lékařů uzavřena smlouva s celým zdravotnickým zařízením, je činnost smluvních lékařů hodnocena samostatně, vždy v konkrétních jednotlivých případech.

Kontrolu budou provádět řídicí orgány jednotlivých posudkových složek, tedy kontrolu OSSZ bude provádět ČSSZ, kontrolu úřadů práce MPSV - odd. 333 a kontrolu posudkových komisí MPSV - odd. 332. Jedná se však o kontroly, které nejsou plně souměřitelné, protože kontroly ve vztahu ČSSZ-OSSZ a MPSV-posudkové komise MPSV jsou interními kontrolami, zatímco kontrola ve vztahu MPSV-ÚP je výkonem kontroly podřízeného orgánu na základě plánu hlavních kontrolních činností MPSV. Paralelně bude prováděna kontrola posudkové činnosti ve vztahu MPSV-OSSZ, popř. MPSV-ČSSZ (kontrola odvolací agendy prováděné na ČSSZ) a to rovněž na základě plánu hlavních kontrolních úkolů MPSV.

Minimálním požadavkem na výkon interních kontrol bude kontrola 2% projednaných případů v hodnoceném období. U kontrol prováděných podle plánu hlavních kontrolních činností MPSV se počet kontrolovaných případů bude odvozovat od tohoto plánu.

Otázkou při provádění kontroly je existence centrálních databází vypracovaných posudků. Zatímco posudky úřadů práce a posudkových komisí

MPSV jsou vedeny v centrálních databázích spravovaných MPSV, databáze posudků OSSZ není ČSSZ vedena na centrální úrovni. Centrální databáze může být přínosem při provádění kontrol, protože jednak umožní náhodný výběr generovaný centrální databází, jednak může kontrolu značně zefektivnit (kontrola prováděná přímo v centrální databázi za předem definovaných podmínek).

## 6. Kritérium hospodárnosti

V rámci kritéria hospodárnosti se navrhuje hodnotit finanční náročnost posudků vypracovaných v jednotlivých posudkových systémech, a to vydělením počtu vypracovaných posudků celkovými náklady vynaloženými na jejich dosažení. Do celkových nákladů se přitom v jednotlivých systémech bude započítávat:

ČSSZ a OSSZ:

- platy na lékaře a referentky
- náklady na zdravotní výkony a specifické zdravotní výkony
- provozní náklady
- další náklady související s tzv. systémem mobility přijatým na ČSSZ
- náklady na aprobace posudků vypracovaných lékařem bez příslušného vzdělání
- náklady na vzdělávání

úřady práce:

- platy na lékaře a referentky
- náklady na zdravotní výkony a specifické zdravotní výkony
- provozní náklady
- náklady na smluvní lékaře
- náklady na aprobace posudků vypracovaných lékařem bez příslušného vzdělání
- náklady na vzdělávání

MPSV:

- platy na lékaře a referentky
- náklady na zdravotní výkony a specifické zdravotní výkony
- provozní náklady
- náklady na přisedící lékaře
- náklady na vzdělávání

## 7. Využití výsledků hodnocení efektivity

Výsledky hodnocení posudků podle jednotlivých kritérií poskytnou objektivní a ucelený pohled na zatížení, kvalitu a finanční náročnost v jednotlivých posudkových systémech. V kombinaci s aktuálním personálním zajištěním v jednotlivých systémech bude možné určit, zda jsou jednotlivé složky posudkové služby optimálně personálně zajištěny popř. navrhnout přesuny systemizovaných míst mezi jednotlivými složkami posudkové služby.

Rovněž hodnocení kritérií kvality a hospodárnosti prokáže, zda některý systém nezpracovává větší srovnatelné množství posudků, avšak na úkor kvality, popř. na úkor vyšší finanční náročnosti.

Podle uvedených kritérií je možné vyhodnocovat činnost všech systémů posudkové služby v závislosti na zvoleném časovém období, které může být v zásadě čtvrtletní, pololetní nebo roční. Doporučuje se využít obvyklou praxi ministerstva, podle které se plány hlavních kontrolních úkolů sestavují pololetně a efektivitu jednotlivých systémů posudkové služby hodnotit podle kalendářních pololetí.

## 8. Podklady potřebné k hodnocení efektivity

Hodnocení efektivity lze provádět vždy zpětně, a to až na základě shromáždění podkladů potřebných k hodnocení shora popsanych kritérií. Na potřebné době k shromáždění těchto podkladů bude záležet časový odstup od konce hodnoceného období, s jakým bude možné hodnocení provést. V zásadě by mělo na shromáždění údajů postačovat 21 kalendářních dnů od konce hodnoceného období a dalších 7 kalendářních dnů na jejich vyhodnocení.

Okruh potřebných údajů za každé hodnocené období v členění podle jednotlivých systémů je obsažen v příloze č. 8 tohoto materiálu.

## 9. Přílohy

### Příloha č. 1 - Popis aktuálního stavu LPS k březnu 2007

Do 30.6. 2006 fungovala v resortu jednotná posudková služba, kompetence byly stanoveny OSSZ, řízení zajišťovala ČSSZ. Tato posudková služba byla zabezpečena 536 funkčními lékařskými místy, z toho 470 na OSSZ a 66 v ČSSZ.

K 1.7. 2006 byla provedena reorganizace posudkové služby, která spočívala v převedení posuzování zdravotního stavu z OSSZ na úřady práce ve věcech sociální péče, státní sociální podpory a osoby zdravotně znevýhodněné - celkem se jednalo o agendu představující ročně cca 125 tisíc posudků. Za tím účelem bylo od 1.7. 2006 převedeno z ČSSZ 90 funkčních míst lékařů (z toho 85 bylo rozděleno mezi úřady práce a z 5ti vzniklo oddělení 333 MPSV k řízení LPS úřadů práce) a 30 funkčních míst referentů. K tomuto datu úřady práce poskytl dalších 55 funkčních míst referentů z vlastních zdrojů.

K 1.1. 2007 byly dále zrušeny kategorie bezmocnosti a dítěte dlouhodobě těžce zdravotně postiženého vyžadující mimořádnou péči, které dosud posuzovaly OSSZ a vznikla nová kategorie stupně závislosti (pro účely příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách), kterou začaly posuzovat úřady práce. Podle přechodných ustanovení zákona musely OSSZ dokončit všechna řízení zahájená před 1.1. 2007, což představuje cca 20 tisíc posudků na počátku roku 2007. Pro úřady práce bude posuzování stupně závislosti představovat cca 120 tisíc posudků ročně.

Celkem se tedy na úřadech práce roce 2007 očekává posouzení cca 245 tisíc případů. Další nárůst případů bude aktuální v souvislosti s přechodnými ustanoveními zákona o zaměstnanosti, podle kterých skončí k 30. 9. 2007 platnost statusů osob se změněnou pracovní schopností podle původního zákona o zaměstnanosti a lze předpokládat vzrůst počtu žádostí o uznání statutu osoby zdravotně znevýhodněné.

Sekce 4 z vlastního šetření a na základě podkladů úřadů práce předpokládá, že objem počtu posudků na úřadech práce by v roce 2007 mohl dosáhnout až celkového počtu 320 tisíc. Tento údaj byl získán matematickou projekcí současného vývoje žádostí, zejména o podání posudku ve věci stupně závislosti. Sekce 3 však předpokládá, že počet žádostí o posouzení stupně závislosti bude vyšší v 1. pololetí 2007 a ve 2. pololetí 2007 se již situace stabilizuje. Vyšší celkový počet žádostí na úřady práce o podání posudků v roce 2007 než 245 tisíc však v tuto chvíli nelze vyloučit.

Vzhledem k uvedeným předpokladům byla provedena druhá fáze posílení LPS úřadů práce na úkor ČSSZ, a to k 1.12. 2006. Jednalo se o 30 funkčních míst lékařů a 25 funkčních míst referentů, všechna místa byla rozdělena mezi úřady práce.

Systém LPS úřadů práce současně využívá již od 1.7. 2006 nový prvek smluvních lékařů, kterých je v současné době cca 550. Systém smluvních lékařů je v současné době ještě nezaběhnutý, lékaři se musí vzdělávat, řada lékařů má velmi malou produktivitu práce.

Pokud jde o situaci v ČSSZ, vedle posudků, které bylo nutno dokončit jako řízení zahájená v roce 2006, od 1.1. 2007 zůstalo v kompetenci OSSZ posuzování invalidity, posuzování určitých kategorií v souvislosti s nemocenským pojištěním a kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti. Po provedení delimitace 120 funkčních lékařských míst na úřady práce tak ČSSZ na tyto agendy mělo zůstat 416 funkčních lékařských míst (v současné době je obsazeno 315 systemizovaných lékařských míst). Objem posudků, které má ČSSZ zpracovat se odhaduje na cca 200 tisíc ročně, počet prováděných kontrol v rámci kontroly DPN na cca 130 tisíc ročně.

Porovnání náročnosti posuzování v ČSSZ a na úřadech práce je obtížné, je nesporné, že každý typ posudku má jinou časovou náročnost podle konstrukce příslušných posudkových kritérií. Předpokládá se proto stanovení tzv. typových posudků, které odliší časovou náročnost posudků pro jednotlivé systémy, a to v rámci plnění úkolů zadaných panem ministrem v listopadu 2006 (viz dále).

Pokud jde o posílení úřadů práce referentskými místy, bylo ve dvou fázích provedeno posílení úřadů práce na úkor ČSSZ o 55 funkčních míst referentů. Další funkční místa referentů byla poskytnuta z vlastních zdrojů úřadů práce celkem v počtu 82, a to na úkor jiných činností. Od počátku reorganizace LPS nebyla ve prospěch úřadů práce uvolněna žádná funkční místa obslužného personálu, což představují činnosti podatelny, účtárny a právní služby. Odhaduje se, že k poskytnutým 55 funkčním místům referentů by bylo potřebné minimálně ještě 100 -150 dalších funkčních míst referentů a obslužného personálu.

## Příloha č. 2 - Typové posudky

## Souhrnná srovnávací tabulka pro typové posudky

Číslo	Typ	Čas v minutách
4.1.	Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě zjišťovací	120
4.2.	Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě kontrolní	90
4.3.	Posudek OSSZ pro prodloužení výplaty nemocenského	60
4.4.	Posudek OSSZ pro vydání rozhodnutí o ukončení DPN	80
4.5.	Posudek OSSZ - činnost referentky	45-80
4.6.	Posudek úřadu práce s využitím podkladu smluvního lékaře	40
4.7.	Posudek úřadu práce bez využití podkladu smluvního lékaře	70-105
4.8.	Posudek úřadu práce - činnost referentky	70
4.9.	Posudek posudkové komise MPSV	195
4.10.	Posudek posudkové komise MPSV - činnost referentky	180

## Typový posudek 4.1. - Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě zjišťovací

činnost	čas v minutách
prvotní recenze	30
příprava jednání	45
jednání včetně ukončení posudku	45
<b>celkem</b>	<b>120</b>

## Typový posudek 4.2. - Posudek OSSZ v dlouhodobé agendě kontrolní

činnost	čas v minutách
prvotní recenze	20
příprava jednání	40
jednání včetně ukončení posudku	30
<b>celkem</b>	<b>90</b>

## Typový posudek 4.3. - Posudek OSSZ pro prodloužení výplaty nemocenského

činnost	čas v minutách
prvotní recenze	15
příprava jednání	25
jednání včetně ukončení posudku	20
<b>celkem</b>	<b>60</b>

## Typový posudek 4.4. - Posudek OSSZ pro vydání rozhodnutí o ukončení DPN

činnost	čas v minutách
prvotní recenze	20
příprava jednání	30
jednání	20
ukončení posudku	10
<b>celkem</b>	<b>80</b>

## Typový posudek 4.5. - Posudek OSSZ - činnost referentky

činnost	čas v min. /zjišťovací	čas v min. /kontrolní	čas v min./ prodloužení výplaty nemocen.
převzetí žádostí a založení případu	15	15	15
příprava jednání	10	10	10
jednání včetně ukončení posudku	45	30	20
administrativní závěr	10	10	
<b>celkem</b>	<b>80</b>	<b>65</b>	<b>45</b>

## Typový posudek 4.6. - Posudek úřadu práce s využitím podkladu smluvního lékaře

činnost	čas v minutách
kontrola podkladů	5
výběr smluvního lékaře spolupráce se SL na vyžádaných službách	5
nutných k vypracování posudku převzetí vyplněného podkladu k posudku,	10
kontrola, doplnění závěru, vytisknutí	15
zpracování podkladů pro úhrady	5
<b>celkem</b>	<b>40</b>

Typový posudek 4.7. - Posudek úřadu práce bez využití podkladu smluvního lékaře

činnost	čas v minutách
recenze žádosti	5
příprava na vypracování posudku	10
pokyn k vyžádání zdrav. dokum., jiných nálezů, odbor. vyš., pozvání k jednání	10
pokyn k odbornému vyšetření, vyplnění žádanky	5
a) vyšetření soc. přísp., SSP, zam.	15
b) vyšetření stup. závislosti (vč. návštěvy)	50
písemné vypracování posudku	20
zpracování podkladů pro úhrady	5
<b>celkem</b>	<b>a) 70</b>
	<b>b) 105</b>

Typový posudek 4.8. - Posudek úřadu práce - činnost referentky

činnost	čas v minutách
převzetí žádosti	5
zadání případu do počítače	5
realizace informačního dopisu	5
písemný záznam, kniha pošty	5
komunikace se SL, předání/ převzetí flash	10
vyžádání/ vrácení zdrav. dokum., jiných nálezů, odbor. vyš., pozvání k jednání	15
realizace závěru, vč. zaslání dopisu zadavateli, archivace	15
zpracování podkladů pro úhrady	5
Kontakt s klientem (osobní, telefonický)	5
<b>celkem</b>	<b>70</b>



Typový posudek 4.9. (pravý sloupec) a 4.10. (levý sloupec)

4.9. Posudek posudkové komise MPSV

4.10. Posudek posudkové komise MPSV - činnost referentky

Tajemnice PK	min.	Předseda PK	min.
Převzetí požadavku zadavatele	5		
Zadání případu do počítače	10		
Založení správního spisu	10		
Žádost o zdravotnickou dokumentaci	10		
		Prvotní recenze	15
Vyžádání podkladů souvisejících s došetřením zdravotního stavu ve zdravotnickém zařízení	15		
Zařazení případu do komise	10		
		Následná recenze	20
Vypracování pozvánky k jednání	10		
Příprava podkladů k projednání případu v PK	25	Přípravapodkladů k projednání případu v PK	70
Jednání PK	35	Jednání PK	35
		Dopracování posudku	50
Administrativní činnosti spojené s ukončením případu	30		
		Kontrola faktur	5
Průběžné vedení spisu	20		
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>Celkem</b>	<b>195</b>

### Příloha č. 3 - Návrh hodnocení efektivity krátkodobých agend OSSZ

#### Výchozí situace :

Hlavním principem činnosti lékařů OSSZ při provádění kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN) je cílené a výběrové provádění kontrol u ošetřujících lékařů.

V systému existuje cca 27.000 zdravotnických zařízení, která mohou, s ohledem na kompetence uvedené v zákoně o nemocenském pojištění, posuzovat a potvrzovat zdravotní stav pro účely nemocenského pojištění.

Dle údajů ČSSZ si však v posledních letech vyzvedlo tiskopisy Potvrzení pracovní neschopnosti pouze cca 20.000 zdravotnických zařízení. Z toho lze dovodit, že jak v současné době, tak i v následujících letech bude muset prvoinstanční lékařská posudková služba kontrolovat každoročně posuzování dočasné pracovní neschopnosti (případně i potřeby ošetřování) u cca 20.000 ošetřujících lékařů /zdravotnických zařízení. Každoročně je vykazováno cca 3,5-3,7 mil. dočasných pracovních neschopností.

Potřeba činnosti lékařské posudkové služby v této oblasti v procesu privatizace ve zdravotnictví postupně a neustále narůstala a narůstá, tak jak rostl a roste počet "privátních lékařských praxí a tzv. souběhů činností lékařů." Kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti spotřebovává značný fond pracovní doby lékařů OSSZ, a to nejen odborný, ale také pro ztráty "aktivní pracovní doby" v důsledku toho, že kontrolní činnost je vykonávána mimo pracoviště OSSZ, ve zdravotnických zařízeních/na pracovištích ošetřujících lékařů.

Kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti (s účinností zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, i potřeby ošetřování člena domácnosti), se tedy týká 20.000 ošetřujících lékařů/ zdravotnických zařízení.

Z toho je cca :

6.200 praktických lékařů pro dospělé

1.800 gynekologů

9.600 ambulantních specialistů a 200 zařízení lůžkové péče

2.200 praktických lékařů pro děti a dorost.

#### **a) Normativ na jednu pravidelnou kontrolní akci u praktického lékaře pro dospělé - 2 hod./ 1 x měsíčně**

Praktický lékař pro dospělé vede nejčastěji pojištěnce v evidenci práce neschopných a má nejvyšší denní stav práce neschopných oproti jiným odborným lékařům.

Při jedné kontrolní návštěvě u praktického lékaře posudkový lékař v průměru zkontroluje 20-25 případů.

Frekvence kontrol - 1 x měsíčně

Činnosti:

Příprava kontroly na základě programu EPN (evidence práce neschopných)	- 20 min.
Udělování souhlasů	-20 min.
Vlastní kontrola v ordinaci ošetřujícího lékaře, záznam o provedení kontroly	- 60 min.
Technické prodlevy ( cesta k ošetřujícímu lékaři)	- 20 min.

**b) Normativ pro jednu pravidelnou kontrolní akci u jiné odbornosti primární péče- zejména ambulantní specialisté - 1,5 hod./ 1x měsíčně**

Další skupinou odborných ošetřujících lékařů, kteří často vedou v evidenci práce neschopných poměrně velký počet pojištěnců jsou odbornosti jako např. gynekologie, psychiatrie, chirurgie, ortopedie, neurologie, interní lékařství.

Při jedné kontrolní návštěvě posudkový lékař v průměru zkontroluje 10 případů.

Frekvence kontrol - 1 x měsíčně

Činnosti:

Příprava kontroly na základě programu EPN (evidence práce neschopných)	-15 min
Vlastní kontrola v ordinaci ošetřujícího lékaře, záznam o provedení kontroly	- 45 min
Udělování souhlasů	-10 min.
Technické prodlevy ( cesta k ošetřujícímu lékaři)	- 20 min.

**c) Normativ pro jednu cílenou /výběrovou kontrolní akci - 1,5 hod./1x ročně**

U dalších cca 5.800 zdravotnických zařízení (např. oční, ORL, kožní, rehabilitace, revmatologie, imunologie, infekční, zubní, zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou péči) jsou nároky na frekvenci a obsah kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti podstatně menší, s menším výskytem kontrolovaných případů, mají cílený charakter nebo mají význam metodický, k zajištění správnosti postupů ošetřujících lékařů (např. ve vztahu k manipulaci s předepsanými tiskopisy, včasnosti odesílání Potvrzení PN, řádnému vyplňování, hlášení předepsaných skutečností apod.).

Do této oblasti je nutno zahrnout i cca 2.200 praktických lékařů pro děti a dorost, kterých problematika dočasné pracovní neschopnosti týká jen ojedinělých případech, ale s účinností zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, bude možno u nich provést cílenou kontrolu nebo na základě žádosti zaměstnavatele provést takovou kontrolu obligatorně.

Frekvence kontrol - 1 x ročně

Činnosti:

Příprava kontroly na základě programu EPN (evidence práce neschopných)	-20 min.
Vlastní kontrola v ordinaci ošetřujícího lékaře, záznam o provedení kontroly	- 50 min.
Technické prodlevy (cesta k ošetřujícímu lékaři)	- 20 min.

**d) Normativy pro administrativního pracovníka/referenta pro krátkodobou posudkovou agendu na OSSZ ( pro účely nemocenského pojištění)**

Činnosti pro kontrolu posuzování DPN - na jednu kontrolní akci

Příprava podkladů pro lékaře OSSZ	- 15 min.
Administrativní činnost, evidence záznamů	- 15 min.

-----  
 Časová náročnost celkem - 30 min.

#### Příloha č. 4 - Doplnkové činnosti pracovníků posudkové služby

1. Administrativní činnost související s pracovněprávními vztahy
  - vedení a evidence docházky, DPN, dovolenky
  - ochranné pracovní pomůcky
  - stravenky
  - dohody o pracovní činnosti
2. Administrativní činnost související s provozem pracoviště LPS
  - spotřební materiál, objednávky, nákup
  - DHIM, objednávky, evidence, inventarizace
  - publikace, tisk, objednávky
  - BOZP na pracovišti
3. Administrativní činnost související s posudkovou činností
  - statistické výkaznictví
  - vedení pošty
  - evidence žádostí
  - plány jednání
  - pozvánky k jednání
  - kontrola nevyřízených případů
  - smlouvy se zdravotnickými zařízeními
  - likvidace faktur
  - poskytování informací podle zákona č. 582/1991 Sb. (kopie záznamů o jednání)
4. Administrativní činnost související se vzděláváním
  - specializační vzdělávání v oboru posudkové lékařství
  - příprava a vykonání atestační zkoušky
  - zajišťování agendy celoživotního vzdělávání

**Příloha č. 5 - Návrh hodnocení obslužných činností na úřadech práce,  
které nevykonávají pracovníci LPS**

činnost	čas v min.
<i>a) podatelna</i>	
převzetí písemnosti, písemný záznam do knihy pošty (PC)	5
založení písemnosti do spisu s opatřením evidenčního čísla	3
postoupení spisu referentce LPS k dalšímu řízení	3
převzetí vyřízeného spisu s odesláním žadateli (jinému subjektu)	5
<b>celkem</b>	<b>16</b>
<i>b) účtárna</i>	
převzetí faktury, její evidence (zápis do knihy došlých faktur nebo do interního systému vedeného na PC)	5
kontrola požadované částky uvedené na faktuře za úkon LPS ÚP s ověřením skutečně provedeného výkonu u referentky LPS, adekvátně zadání kmenovým lékařem	10
likvidace faktury, vystavení příkazu k platbě	5
<b>celkem</b>	<b>20</b>
<i>c) právní služba- vydání rozhodnutí ve správním řízení</i>	
převzetí písemnosti posudku od referentky LPS ÚP nebo smluvního lékaře	5
založení posudku do spisu	
(včetně eventuální výzvy klienta k seznámení)	5
vyhotovení rozhodnutí (uložení do souboru Word)	
+ posudkový závěr	20
seznámení klienta s podklady pro vydání rozhodnutí	20
protokol - sepsání	10
vytisknutí rozhodnutí, podpis oprávněné úřední osoby, předání rozhodnutí podatelně k expedici	5
<b>celkem</b>	<b>65</b>
<b>V případě odvolání klienta proti rozhodnutí :</b>	
seznámení s vyjádřením klienta (písemně v daném termínu)	10
dožádání stanoviska smluvního lékaře	
nesouhlasí-li klient s posudkem	20
<b>celkem</b>	<b>dalších 30</b>

## Příloha č. 6 - Kritéria hodnocení kvality posudků OSSZ, ČSSZ a úřadů práce

Základem pro takový systém jsou čtyři základní aspekty provádění lékařské posudkové činnosti :

- a) medicínský, založený na objektivizaci zdravotního stavu a posudkově rozhodných skutečností ( jehož vyjádřením jsou kritéria 1. a 2.),
- b) posudkový, představující posudkové zhodnocení případu (kritérium 3.a 4.),
- c) právní, který je vyjádřením učiněných zjištění ve vztahu k příslušným právním předpisům ( kritérium 5.a 6.) ,
- d) administrativně technický, představující formální stránku posudku (kritérium 7. a 8.).

Z toho vychází i navrhovaný systém interního hodnocení kvality posudkové činnosti. V několika kritériích se vyjadřuje základní obsah posudkové činnosti ve vztahu k posouzení zdravotního stavu a vypracování posudku.

Každé kritérium - činnost je hodnocena v bodech, a to s ohledem na náročnost činnosti a její význam.

Každé kritérium je možno hodnotit pouze dvěma způsoby. Při zjištění nedostatečnosti, neúplnosti, nesprávnosti v postupu v rámci hodnoceného kritéria se tato skutečnost hodnotí 0 body. Pokud nebylo shledáno pochybení, nedostatky v postupu v rámci hodnoceného kritéria, tj, postup a provedení bylo správné, kritérium se hodnotí příslušným počtem bodů tj. 1 nebo 2 podle níže uvedeného návrhu.

Přitom se vychází z teze, že i případné částečné pochybení nebo nepřesnost v rámci daného kritéria je považováno za pochybení.

1. Objektivizace zdravotního stavu, s přihlédnutím k dodržení předepsaného dokazování o zdravotním stavu  
Hodnocení : 0 nebo 2 body
2. Vymezení ztracených a zachovaných funkcí a schopností  
Hodnocení : 0 nebo 1 bod
3. Objektivizace jiných posudkově rozhodných skutečností podle typu posudku např. kvalifikační potenciál, soběstačnost, poruchy pohyblivosti, orientace, potřeba mimořádné péče, handicap  
Hodnocení: 0 nebo 1 bod

4. Posudkové zhodnocení případu, posudkový závěr  
Hodnocení: 0 nebo 2 body
5. Správnost aplikace právní úpravy  
Hodnocení: 0 nebo 1 bod
6. Správnost výroku a odůvodnění  
Hodnocení : 0 nebo 1 bod
7. Formální stránka posudku  
Hodnocení: 0 nebo 1 bod
8. Lhůta pro podání posudku  
Hodnocení : 0 nebo 1 bod

Maximální hodnota za posudek je tedy 10 bodů.



## Příloha č. 7 - Kritéria hodnocení kvality posudků PK MPSV

Kritérium	Splněno	Nesplněno
Přehlednost spisové dokumentace	1	0
Úplnost spisové dokumentace <i>(potřebné podklady, spisový přehled, náležitosti protokolu)</i>	1	0
Součinnost s posuzovaným <i>(přizvání k jednání, jiné formy součinnosti)</i>	1	0
Nakládání s citlivými osobními údaji <i>(rozsah údajů sdělovaných zadavatelům, nakládání s lékařskými zprávami předloženými PK účastníkem řízení, neuvedení osobních údajů jiné než posuzované osoby)</i>	2	0
Projednáno v základní lhůtě	2	0
Splnění podmínek pro prodloužení lhůty	1	0
Projednáno v prodloužené lhůtě	1	0
Zdrav. stav (resp. postižení) dostatečně objektivizován	2	0
Použit relevantní výrok o výsledku posouzení	1	0
Správná aplikace právní úpravy posudkových kritérií	2	0
Posudkový závěr řádně odůvodněn <i>(včetně vztahu k prvoinstančnímu posudku - změna či potvrzení)</i>	2	0
Včasné dopracování posudku a odeslání dokumentace po ukončení jednání	1	0
Nezjištěny jiné nedostatky řízení	1	0

Maximum dosažitelných je 16 kladných bodů.

### Příloha č. 8 - Okruh potřebných údajů za každé hodnocené období v členění podle jednotlivých systémů

#### Kvantita:

- počet posudků podle jednotlivých vykonávaných agend (po dobu přechodného období se projeví i posudky, které se dokončují podle dříve účinných právních předpisů)
- počty provedených kontrol DPN (a kontroly posuzování potřeby ošetřování podle nového zákona o nemocenském pojištění) u ošetřujících lékařů (tzv. LPK) - pouze OSSZ
- počty zkontrolovaných DPN (a kontroly posuzování potřeby ošetřování podle nového zákona o nemocenském pojištění) - pouze OSSZ
- počty ukončených DPN rozhodnutím OSSZ
- počty aprobovaných posudků
- počty úkonů ve vztahu ke koordinaci sociálního zabezpečení v EU
- systemizovaný stav lékařů/referentů
- naplněný stav lékařů/referentů

#### údaje dodá

- za OSSZ ČSSZ
- za úřady práce odbor 33
- za posudkové komise MPSV odbor 33 MPSV

#### Kvalita:

- identifikace provedených kontrol
- výsledek hodnocení v %
- přijatá nápravná opatření
- vyhodnocení nápravných opatření přijatých v minulém hodnoceném období

#### údaje dodá

- za OSSZ ČSSZ
- za úřady práce odbor 33
- za posudkové komise MPSV odbor 33 MPSV

#### Hospodárnost:

- průměrný plat lékaře/referenta
- vynaložené prostředky na zdravotní výkony a specifické zdravotní výkony
- provozní náklady

- další náklady související s mobilitou (pouze OSSZ)
- náklady na smluvní lékaře (pouze úřady práce)
- náklady na přísedící lékaře (pouze posudkové komise MPSV)
- náklady na aprobační posudky (OSSZ a úřady práce)
- náklady na vzdělávání

údaje dodá

- za OSSZ ČSSZ
- za úřady práce úsek 6 MPSV ve spolupráci s úsekem 4 a odborem 33; u nákladů na vzdělávání ve spolupráci s odborem 11
- za posudkové komise MPSV odbor 33 MPSV; u nákladů na vzdělávání ve spolupráci s odborem 11

## Historický vývoj invalidity v České republice

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV - odbor posudkové služby

Počátky důchodového zabezpečení/pojištění sahají v naší zemi do druhé poloviny 19. století, kdy byly české země součástí rakousko uherské monarchie. Po vzniku Československé republiky v roce 1918 byly zčásti novelizovány rakousko-uherské zákony, a posléze byly vydávány postupně zákony nové. Teprve od roku 1926 vzniklo v Československé republice nové důchodové zabezpečení, které poskytovalo téměř všem osobám v zaměstnaneckém poměru ochranu pro případ stáří, invalidity, pracovního úrazu a chránilo jejich rodinné příslušníky pro případ úmrtí živitele.

Po vzniku samostatného státu ČSR v roce 1918 byly zahájeny práce na nové právní úpravě oblasti nemocenského a sociálního zabezpečení. Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který nabyl účinnosti od 1.7.1926, nově upravil správu nemocenského pojištění zaměstnanců, zabezpečení v nemoci, pracovní neschopnost, nemocenské dávky, zabezpečení ve stáří a starobní důchod, zabezpečení v invaliditě a invalidní důchod, pojišťovny a zajišťovny. Kromě uvedeného systému však existovaly paralelně další sociální systémy např. pro válečné poškozence, pojištění dělníků, penzijní pojištění soukromých zaměstnanců, hornické pojištění, zaměstnanců čs. státních drah, úrazové pojištění dělnické a další. Podle ust. § 109 zákona č. 221/1924 Sb., měl nárok na invalidní důchod nárok pojištěnec, který byl invalidní. Za invalidního se podle uvedeného zákona považoval, kdo si nemoc nebo jiné vady tělesné nebo duševní, nepřivodil úmyslně a nemohl prací přiměřenou jeho silám, schopnostem, výcviku a dosavadnímu povolání vydělat ani třetinu toho, co tělesně a duševně zdravý zaměstnanec téhož druhu s podobným výcvikem v téže obvodě obvykle vydělává. Přitom invalidní důchod náležel ode dne, kdy nastala invalidita, a pokud to nebylo možné zjistit, za den počátku invalidity se považoval den, kdy do pojišťovny došla žádost o invalidní důchod. Byl-li pojištěnec poživitelem nemocenského, náležel mu invalidní důchod až po uplynutí doby, po kterou mu náleželo nemocenské. V systému pojištění soukromých zaměstnanců však invalidita a nárok na invalidní důchod byly vymezeny poněkud odchylně (zákonem č. 26/1929 Sb.). Invalidní důchod náležel pojištěnci, který byl nezpůsobilý k výkonu svého povolání i k výkonu jiného povolání přiměřeného jeho dosavadnímu povolání, způsobu, jakým v něm byl zaměstnán, jeho postavení v něm i jeho praktickému a teoretickému vzdělání. Také váleční poškozenci a jejich pozítky měly zvláštní právní úpravu (zákon č. 142/1920 Sb.). Plný invalidní důchod příslušel válečnému invalidovi, jehož výdělečná schopnost byla snížena alespoň o 85%, částečný invalidní důchod náležel při nejméně 20% ztrátě výdělečné schopnosti a byl vyměřován z plného invalidního důchodu podle procenta ztráty. Důchod

mohl být zvýšen o 50 až 100% při slepotě nebo bezmocnosti. Po úpravě zákonem 133/1930 Sb., byly invalidní důchody zaměstnanců odstupňovány ve třech kategoriích podle procenta ztráty výdělečné schopnosti: 20-54%, 55-84% a nad 85%. Přitom pojištěnci, kteří měli ztrátu výdělečné schopnosti nad 85% se považovali za těžké invalidy a jejich invalidní důchod byl určitým způsobem zvýšen. Základem všech systémů kompenzujících invaliditu pojištěnce a ztrátu jeho příjmů bylo hledisko, že důchody nemohou poskytnout plnou náhradu za utrpenou ztrátu výdělečné schopnosti, a proto byly stanoveny tak nízko, že stačily jen na nejnужnější prostředky k obživě. Jejich přiznání bylo vázáno podmínkou, že důchodce nepracuje nebo jeho příjem nepřevyšuje stanovenou hranici.

Pokud se týká vývoje sociálních systémů v ČSR, a to až do roku 1938, lze z tehdejších ukazatelů vývoje důchodového zabezpečení uvést, že stoupal počet pojištěnců a postupně i počty poživatelů důchodu. V období hospodářské krize docházelo k nárůstu počtu invalidních důchodců, neboť propuštění zaměstnanci (zejména starší a zdravotně postižení) se snažili získat alespoň minimální příjem formou invalidního důchodu. V té době se údaje o vývoji počtu invalidních důchodců a nákladů na invalidní důchody samostatně nesledovaly, ale byly vykazovány dohromady se starobními důchodci a důchody. Pouze v kategorii důchodů, vyplácených každoročně válečným poškozcům se v třicátých letech uvádí cca 93 až 101 tisíc důchodů, vyplácených válečným poškozcům. Co se týká celospolečenské situace, literatura uvádí, že v roce 1930 připadal jeden důchodce na každého patnáctého obyvatele ČR, v roce 1937 pobíral důchod ze sociálního zabezpečení již každý dvanáctý obyvateľ ČR.

V době okupace probíhal vývoj v obou částech republiky odděleně a za odlišných podmínek. Během války byla vydána v českých zemích i na Slovensku řada vládních nařízeních, kterými byly pozměňovány a doplňovány dřívější předpisy. Za zmínku stojí např. to, že od roku 1943 bylo pro všechna odvětví hospodářství zavedeno důchodové pojištění. Došlo k vzrůstu celkového počtu pojištěnců důchodového pojištění a počtu důchodců. V dělnickém pojištění došlo také k zvýšení invalidizace, na kterém se podílely zhoršené životní podmínky i snaha řady pojištěnců vyhnout se z důvodu zdravotního postižení nasazení na práci do říše, kdy po dobu okupace se při posuzování invalidity postupovalo zřejmě "benevolentněji" než před válkou.

Období let 1945-1947 lze charakterizovat jako období snahy po sjednocení předpisů pro všechny kategorie zaměstnanců s cílem připravit a uzákonit jednotné, všeobecné národní pojištění a současně odčinit křivdy, způsobené válkou a fašistickou perzekucí. Byla vydána řada norem, z nichž lze z hlediska pojetí invalidity citovat zákon č. 44/1947 Sb., o hornickém pensijním pojištění. Nárok na invalidní důchod z tohoto pojištění byl vázán na neschopnost k dosavadnímu hornickému povolání. Přitom se rozlišovalo, pracoval-li horník

v posledních pěti letech pod zemí či pracoval-li na povrchu. V prvním případě byla posuzována neschopnost k dosavadní práci pod zemí nebo k jiné přiměřené práci pod zemí a zjištění takové neschopnosti bylo důvodem pro uznání "stavovské invalidity". V případě horníků pracujících na povrchu a u jiných zaměstnanců v hornictví, byla invalidita definována stejným způsobem jako v penzijním pojištění soukromých zaměstnanců, jako neschopnost k poslednímu povolání pojištěnce i k povolání přiměřenému dosavadnímu povolání, způsobu, jakým v něm byl zaměstnán, jeho postavení v něm a jeho praktickému i teoretickému vzdělání. Rovněž v péči o válečné invalidy došlo k úpravě a invalidní důchod (částečný) náležel osobám (každoročně cca 85.tisícům), jejichž výdělečná schopnost byla snížena aspoň o 25% (proti dřívějším 20%) a invalidům se ztrátou více než 45% náležel i příspěvek podle stupně poškození zdraví, případně i ošetrovací příspěvek z důvodu bezmocnosti nebo slepecký příspěvek.

Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, s účinností od 1.10.1948 upravil komplexně oblast zdravotní péče a sociálního zabezpečení. Vymezoval dávky sociálního zabezpečení, řízení ve věcech sociálního zabezpečení, zdravotnická zařízení, léčebnou a preventivní péče, podmínky nároku na lázně, pracovní úrazy a nemoci z povolání, důchodové přípojištění, zabezpečení ve stáří a starobní důchod, zabezpečení v nemoci, pracovní neschopnost, nemocenské dávky, zabezpečení v těhotenství a mateřství, zabezpečení v invaliditě a invalidní důchod, pozůstalostní důchody, pohřebné, rodinné přídatky, výchovné a správa nemocenského pojištění zaměstnanců. Podle ust. § 63 odst. 1 citovaného zákona měl nárok na invalidní důchod pojištěnec, u něhož již před nápadem starobního důchodu nastala ztráta nebo podstatný pokles výdělku jako následek nepříznivého zdravotního stavu (nemoci nebo poklesu tělesných či duševních schopností), je-li tento stav trvalý. Za trvalý se pokládal zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně potrvá déle než rok. Další skutečnosti pak byly uvedeny v odst. 2 a 3 ust. § 63. Ztrátou výdělku bylo, pokud musel pojištěnec zanechat výdělečné činnosti a nemohl-li vykonávat ani jinou výdělečnou činnost, přiměřenou dosavadnímu povolání. Podstatným poklesem výdělku bylo, pokud pojištěnec nevydělal ve svém povolání nebo jiném zaměstnání a nemohl ani ve svém dosavadním zaměstnání ani v jiném zaměstnání, přiměřeném jeho dosavadnímu povolání, vydělat více než polovinu svého průměrného ročního výdělku. Byl-li pojištěnec následkem nepříznivého zdravotního stavu trvale neschopen jakékoliv výdělečné činnosti (ust. § 63 odst.5), pokládaly se podmínky podle odst. 2 a 3 vždy za splněné. Tato právní úprava platila až do roku 1957, kdy byla nahrazena novým zákonem č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, který nabyl účinnosti 1.1.1957.

Zákon č. 55/1956 Sb., upravoval právo sociálního zabezpečení, subjekty sociálního zabezpečení, řízení ve věcech sociálního zabezpečení, organizaci sociální pomoci, dávky sociálního zabezpečení, důchodové pojištění a starobní,

invalidní a pozůstalostní důchody, nemocenské dávky a pracovní neschopnost. Nárok na invalidní nebo částečný invalidní důchod byl vymezen v ust. § 12 zákona. Invalidní nebo částečný invalidní důchod náležel zaměstnanci, který byl zaměstnán po dobu potřebnou pro nárok na důchod, jestliže se v době trvání zaměstnání nebo do dvou roků po výstupu z něho stal pro trvalé zhoršení zdravotního stavu invalidním nebo částečně invalidním. Zásady, podle nichž se posuzovala invalidita a částečná invalidita, stanovila vláda vyhláškou, která byla vyhlášena státním úřadem důchodového zabezpečení v úředním listě. Vyhláška č. 250/1956 Ú.l., v ust. § 1 vymezila invaliditu, a to třemi různými způsoby.

Zaměstnanec byl invalidní, jestliže pro trvalé zhoršení zdravotního stavu

- a) se stal neschopným k jakémukoliv soustavnému výdělečnému zaměstnání, nebo
- b) byl sice schopen vykonávat soustavné výdělečné zaměstnání, avšak výkon tohoto zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav, nebo
- c) byl sice schopen vykonávat výdělečné zaměstnání, avšak zcela nepřiměřeně jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání.

Podle ust. § 2 byl zaměstnanec částečně invalidní, jestliže jeho výdělek podstatně poklesl proto, že pro trvalé zhoršení zdravotního stavu

- a) byl sice schopen vykonávat dosavadní či jiné přiměřené zaměstnání, avšak jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek, nebo
- b) nebyl schopen vykonávat dosavadní zaměstnání, avšak byl schopen vykonávat jiné přiměřené zaměstnání méně kvalifikované.

Za částečně invalidního podle § 2 odst. 3 se považoval též zaměstnanec, u něhož sice nedošlo k podstatnému poklesu výdělku, jestliže však trvalé zhoršení zdravotního stavu mu značně ztěžuje obecné životní podmínky. Další posudkově rozhodné skutečnosti byly vymezeny v ust. § 4. Podle § 4 odst. 1 se za trvalý pokládal nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně potrvá déle než jeden rok od vzniku pracovní neschopnosti. Podle odst. 2 citovaného paragrafu u osob, na něž se vztahovaly předpisy o důchodu za výsluhu let, se invalidita a částečná invalidita posuzovala se zřetelem k jejich způsobilosti vykonávat dosavadní zaměstnání. Podle odst. 3 ve všech případech, kdy šlo o zjištění invalidity (částečné invalidity), její příčiny a stupně, podávaly posudky a návrhy posudkové komise sociálního zabezpečení, zřízené podle ust. § 70 zákona č. 55/1956 Sb. Zároveň vyhláška v ust. § 4 odst. 4 uváděla, že podrobné pokyny pro posuzování invalidity bude vydávat státní úřad sociálního zabezpečení v dohodě s ministerstvy zdravotnictví a národní obrany a s Ústřední radou odborů. K vyhlášce č. 250/1956 Ú.l. byla vydána Směrnice státního úřadu sociálního zabezpečení č. 73/1957 Ú.l. Jejím obsahem bylo mimo jiné i vymezení některých stěžejních "posudkových pojmů", kde se např. uvádělo, co se rozumí zhoršením zdravotního stavu a trvalým zhoršením zdravotního stavu, soustavným

výdělečným zaměstnáním, soustavnou výdělečnou činností, podstatným poklesem výdělku, ulehčenými pracovními podmínkami, obecnými životními podmínkami aj. Zhoršením zdravotního stavu ve smyslu ust. § 1 a § 2 vyhlášky č. 250/1956 Sb. Ú.l. se rozuměl nepříznivý zdravotní stav, který nastal během zaměstnání (pojištění) nebo do dvou let po výstupu z něho a který spočíval v trvalém poklesu tělesných nebo duševních sil proti stavu, který u pracovníka byl již v době vstupu do zaměstnání (pojištění). Nepříznivý zdravotní stav, který u pracovníka byl již při vstupu do zaměstnání (pojištění) sám o sobě neodůvodňoval invaliditu, pokud nenastalo jeho zhoršení během zaměstnání (pojištění). Zdravotní stav posuzovaného byl výkonem soustavného výdělečného zaměstnání (činnosti) vážně zhoršován ve smyslu ust. § 1 vyhlášky tehdy, jestliže pracující má tak závažnou nemoc nebo vadu, že podle poznatků lékařské vědy by neměl vykonávat žádné soustavné výdělečné zaměstnání (činnost). Soustavným výdělečným zaměstnáním ve smyslu ust. § 1 odst. 1 vyhlášky se rozumělo zaměstnávání vykonávané v pracovním poměru zaměstnaneckém, které zakládalo jeho pojistnou povinnost v nemocenském pojištění zaměstnanců. Soustavnou výdělečnou činností ve smyslu ust. § 1 odst. 2 a 3 vyhlášky se rozuměla každá pracovní činnost, která zakládala pojistnou povinnost v důchodovém pojištění. Směrnice vyložila podrobně problematiku "přiměřenosti zaměstnání". Za přiměřené zaměstnání ve smyslu ust. § 2 odst. 1 vyhlášky č. 250/1956 Ú.l. se považovalo zaměstnání v pracovním poměru zaměstnaneckém, které není pracujícímu zcela cizí a odlehlé jeho dosavadnímu zaměstnání a na něž pracující stačí svými tělesnými a duševními schopnostmi se zřetelem k dovednostem, vědomostem a zkušenostem získaným přípravou k zaměstnání v závodech nebo studiem na školách všech stupňů, déle trvajícím výkonem zaměstnání, popřípadě výcvikem nebo školením pro nové zaměstnání, takže výkon tohoto zaměstnání je z hlediska společnosti účelný. Přiměřené zaměstnání méně kvalifikované ve smyslu ust. § 2 odst. 1 písmeno b) vyhlášky bylo zaměstnání v pracovním poměru zaměstnaneckém, na něž pracující stačí svými tělesnými a duševními schopnostmi, které však při porovnání s dosavadním zaměstnáním klade menší požadavky na dovednost, vědomosti a zkušenosti, po případě odpovědnost pracujícího. Zaměstnání zcela nepřiměřené dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání ve smyslu ust. § 1 odst. 1 písmeno c) vyhlášky bylo to, které bylo pracujícímu zcela cizí a odlehlé jeho dosavadnímu zaměstnání a nebylo v něm dostatečně využito dřívějších schopností pracujícího, takže z hlediska společnosti se nepovažovalo za účelné ani hospodárné, aby pracující takové nepřiměřené zaměstnání vykonával. Dřívějšími schopnostmi zaměstnanec se rozuměly jak vrozené tělesné a duševní schopnosti, tak i dovednosti, vědomosti a zkušenosti, získané před trvalým zhoršením zdravotního stavu přípravou k zaměstnání v závodech nebo studiem na školách všech stupňů, popřípadě déle trvajícím výkonem zaměstnání. Směrnice přímo uváděla několik praktických případů, jak k posuzování přiměřenosti zaměstnání přistupovat. Pro zjištění "zaměstnání zcela nepřiměřeného dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání" bylo uvedeno pro jemného



mechanika zaměstnání pomocného dělníka, pro učitele zaměstnání hlídače, pro inženýra chemie pak obsluhovač benzinového čerpadla. Proti předchozí právní úpravě došlo ke zpřísnění vymezení invalidity, a to jako neschopnosti k výkonu jakéhokoliv zaměstnání, kdy při splnění tohoto kritéria se automaticky předpokládala ztráta výdělků, a z těchto důvodů byl opuštěn požadavek skutečné ztráty výdělků. Podstatný pokles výdělků ve smyslu ust. § 2 vyhlášky musel být v příčinné souvislosti se změnami ve způsobu nebo druhu zaměstnání (pracovní činnosti) vyvolanými trvalým zhoršením zdravotního stavu zaměstnance. Tyto změny mohly spočívat v ulehčení pracovních podmínek v dosavadním zaměstnání ve smyslu ust. § 2 odst. 1 písm. a) vyhlášky, tj. zvláštní úprava-zkrácení pracovní doby, rozmnožení nebo prodloužení pracovních přestávek, snížení požadavků na pracovní výkon apod., nebo v záměně tohoto zaměstnání za jiné, které klade nižší požadavky na zaměstnance. Za podstatný pokles výdělků zaměstnance ve smyslu ust. § 2 odst.3 vyhlášky se považoval trvalý úbytek výdělků, který činní alespoň 30% jeho průměrného ročního výdělků, popřípadě průměrného ročního výdělků, z něhož mu byl důchod vyměřen. Za částečně invalidního se považoval i zaměstnanec, který nepotřeboval takové změny v zaměstnání (pracovní činnosti) ani neměl podstatný pokles výdělků, jehož zdravotní stav byl však trvale zhoršen tak, že zaměstnanec byl nucen při normálním způsobu života překonávat tolik nesnází, že v porovnání s zdravým zaměstnancem jsou jeho obecné životní podmínky značně ztíženy. Obecnými životními podmínkami se rozuměl souhrn obvyklých materiálních, společenských a kulturních potřeb pracujících. Obecné životní podmínky značně ztěžovalo takové zhoršení zdravotního stavu, které se projevovalo zjevnými chorobnými příznaky nebo vadami, pro něž mohl pracující vykonávat úkony běžného života (oblékání, obstarávání jídla, cesta do práce), a uspokojovat obvyklé společenské a kulturní potřeby (návštěva veřejných místností a kulturních podniků apod.) jen se značnými obtížemi při srovnání se zdravým pracujícím, žijícím v podobném prostředí. Jako příklad směrnice uváděla stavy po amputacích, těžké deformity, ochrnutí, úplnou hluchotu nebo zrakovou poruchu blížící se slepotě. Současně citovaná směrnice stanovila, že orgány sociálního zabezpečení rozhodují o nárocích na důchod, jejichž podmínkou je invalidita nebo částečná invalidita žadatele o důchod, na základě posudku posudkové komise sociálního zabezpečení o invaliditě či částečné invaliditě a její příčině. Přitom posudkové komise byly povinny řídit se směrnicí, opírat se o poznatky lékařské vědy a dbát posudkových hledisek podle odborných pokynů státního úřadu sociálního zabezpečení. Při hodnocení zdravotního stavu a posuzování pracovní schopnosti byla povinny přihlídnout ke zvláštním okolnostem jednotlivých případů a úplně zjistit všechny rozhodné skutečnosti. Rozhodujícím a velmi pokrokovým principem této právní úpravy byla skutečnost, že k invaliditě a částečné invaliditě přistupovala komplexně. Hodnocení vycházelo z pracovní schopnosti, přičemž za rozhodný se nepovažoval jen zdravotní stav občana (tj. jeho duševní a tělesné schopnosti), ale současně se hodnotil jeho kvalifikační potenciál a jeho využitelnost ve vztahu ke schopnosti dalšího výkonu zaměstnání a ekonomickému dopadu.

Výše uvedená právní úprava byla v roce 1964 nahrazena novou, a to zákonem č. 101/1964 Sb., v platném znění, a jeho prováděcí vyhláškou č. 102/1964 Sb., v platném znění. V ust. § 20 odst. 3 citovaného zákona byla vymezena invalidita pracovníka. Pracovník byl plně invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- a) byl neschopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání nebo výkon takového zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav,
- b) byl sice schopen vykonávat soustavné zaměstnání, avšak jen zcela nepřiměřeně jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání.

V ust. § 20 odst. 4 byla pak vymezena částečná invalidita. Pracovník byl částečně invalidní, jestliže jeho výdělek podstatně pokles proto, že pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl schopen vykonávat

- a) dosavadní nebo jiné stejně kvalifikované zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek anebo
- b) jen jiné zaměstnání méně kvalifikované.

Podle ust. § 27 odst. 3 byl za částečně invalidního považován též pracovník, jemuž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky, i když jeho výdělek podstatně nepoklesl; takovému pracovníkovi může být přiznán částečný invalidní důchod. Vyhláška č. 102/1964 Sb., v platném znění, pak definovala v ust. § 17 odst. 1 dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pokládal nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než rok. Následně odst. 2 považoval soustavné zaměstnání za zaměstnání v pracovním poměru, vykonávané s určitou pravidelností a v takovém rozsahu, že dosažený výdělek tvoří stálý zdroj příjmu pracovníka (takovým zaměstnáním však není zaměstnání, které nezakládá pojistnou povinnost v nemocenském pojištění podle předpisů platných pro pracovníky). Odst. 3 definoval zvláštní druh plné invalidity. Plně invalidním byl též pracovník, který pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav mohl sice vykonávat soustavné zaměstnání, avšak jen za zcela mimořádných podmínek (např. slepci, osoby s velmi těžkými ortopedickými vadami). V odst. 4 bylo uvedeno, co se považuje za zcela nepřiměřené zaměstnání. Zaměstnání bylo zcela nepřiměřené dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání, jestliže bylo pracovníku zcela cizí a odlehlé jeho dosavadnímu zaměstnání a nebylo-li v něm dostatečně využito jeho dřívějších schopností, takže z hlediska společnosti nebylo účelné, aby pracovník vykonával takové nepřiměřené zaměstnání. Dřívějšími schopnostmi pracovníka se rozuměly tělesné a duševní schopnosti, tak i dovednosti, vědomosti a zkušenosti získané před dlouhodobým zhoršením zdravotního stavu přípravou pro povolání v závodech nebo studiem na školách všech stupňů, popřípadě déle trvajícím výkonem zaměstnání. Prováděcí vyhláška č. 102/1964 Sb., v ust. § 18 (ve vztahu k § 20 odst. 4 zákona) vymezila podstatný pokles výdělku. Za podstatný pokles výdělku pracovníka se zpravidla považovalo, jestliže průměr jeho hrubých

výdělků za posledních šest měsíců byl alespoň o třetinu nižší než průměrný měsíční výdělek, z něhož s vypočítává důchod, avšak neomezený redukcí podle ust. § 9 odst.3 zákona. Šlo-li však o důchod, který podle dřívějších předpisů nebyl stanoven z průměrného měsíčního (ročního) výdělku, nebo jestliže s pracovník stav částečně invalidním v době přípravy pro povolání anebo jestliže po přiznání důchodu nastaly podstatné změny ve mzdových poměrech pracovníků, srovnává se průměr hrubých výdělků pracovníka zpravidla za posledních šest měsíců s průměrnou mzdou obvykle dosahovanou v zaměstnání, které pracovník konal v době vzniku nároku na důchod. Pro úplnost je nutno ještě uvést ust. § 18 odst. 3 citované vyhlášky, které za zaměstnání stejně kvalifikované považovalo zaměstnání, které nebylo zcela odlehlé dosavadnímu zaměstnání, kladlo podobné požadavky na zdatnost pracovníka a zpravidla mu umožňovalo dosáhnout přibližně stejného výdělku jako v dosavadním zaměstnání. Podle § 18 odst.4 se za zvlášť ulehčené pracovní podmínky považovaly podstatné pracovní úlevy, zejména zvláštní úprava pracovní doby (např. zkrácení pracovní doby a rozmnožení nebo prodloužení pracovních přestávek), snížení požadavků na pracovní výkon pracovníka pracujícího v úkolu apod. Odst. 5 pak vymezil zaměstnání méně kvalifikované, a to jako zaměstnání, na něž pracovník stačí svými tělesnými a duševními schopnostmi, které však při srovnání s dosavadním zaměstnáním kladly menší požadavky na tělesnou sílu, dovednost, vědomosti a zkušenosti, popřípadě na odpovědnost pracovníka, a zpravidla mu umožňovalo dosáhnout jen podstatně nižšího výdělku než v dosavadním zaměstnání. Ust. § 22 uvádělo, že obecné životní podmínky značně ztěžuje takový dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který se projevuje zjevnými chorobnými příznaky nebo vadami (např. stav po amputaci končetin), pro něž může pracovník vykonávat běžné životní úkony (oblékání, obstarávání jídla, cesta do práce) a uspokojovat obvyklé společenské a kulturní potřeby (návštěva veřejných místností, kulturních podniků) jen se značnými obtížemi ve srovnání se zdravými pracovníky žijícími v podobném prostředí. Proti předchozí právní úpravě byla kategorie "výdělečného zaměstnání" v definici "stavovské invalidity" nahrazena soustavným zaměstnáním. Ve vymezení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odpadla vazba na trvalost a pracovní neschopnost a naopak se zavedl předpoklad dlouhodobosti.

Další právní úprava-zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, nabyt účinnosti od 1.1.1976. V tomto zákoně v ust. § 24 invalidní a částečný invalidní důchod byl nově zapracován i princip, aby léčbou, rehabilitací, jinými opatřeními nebo pracovní rehabilitací si pracující udržel zaměstnání nebo aby byla obnovena jeho pracovní schopnost. Podle § 24 odst. 1 se pracujícím, jejichž nepříznivý zdravotní stav způsobil změnu, pokles nebo ztrátu pracovní schopnosti, poskytují zdravotnické orgány a orgány sociálního zabezpečení ve spolupráci s orgány Revolučního odborového hnutí a družstevními orgány a v součinnosti s organizacemi péči, aby potřebnou léčbou, převedením k vhodné práci, úpravou pracovních podmínek a účelnou pracovní rehabilitací

(definovanou v ust. § 84) si udrželi nebo získali vhodné zaměstnání, a tím si zabezpečili dosavadní životní úroveň. Podle odst. 2 § 24 při ztrátě nebo dlouhodobém poklesu pracovní schopnosti se pracující zabezpečují invalidním (částečným invalidním) důchodem. Pokud povaha zdravotního postižení a věk pracujícího připouštěly zlepšení zdravotního stavu a obnovení pracovní schopnosti, příznával se invalidní (částečný invalidní) důchod na dobu trvání plné (částečné) invalidity a umožňovala se vhodná pracovní rehabilitace, aby důchodci znovu získali pracovní schopnost, popřípadě mohli vhodně využívat zbývající pracovní schopnost. Ust. § 25 definovalo podmínky pro nárok na invalidní (částečný invalidní) důchod. Podle ust. § 25 odst.3 byl pracující plně invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- a) byl neschopen vykonávat jakékoli soustavné zaměstnání, nebo
- b) výkon takového zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav, nebo
- c) byl schopen vykonávat soustavné zaměstnání, avšak jen zcela nepřiměřeně jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání, anebo
- d) mohl vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek (občané nevidomí, občané s velmi těžkými ortopedickými vadami apod.).

Podle ust. § 25 odst. 4 byl pracující částečně invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl schopen vykonávat

- a) dosavadní nebo jiné stejně kvalifikované zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek a nebo
- b) jen jiné zaměstnání méně kvalifikované a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl.

Podle § 32 odst. 3 se za částečně invalidního považoval též pracující, jemuž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžoval obecné životní podmínky, i když jeho výdělek podstatně nepoklesl; takovému pracujícímu může být přiznán částečný invalidní důchod. č.128/1975 Sb., definovala další posudkově rozhodné skutečnosti, v ust. § 19 odst. 1 až 3. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pokládal nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než rok. Za zaměstnání zcela nepřiměřeně dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání se považovalo zaměstnání, jestliže bylo pracujícímu zcela cizí a odlehlé jeho dosavadnímu zaměstnání a nebylo-li v něm dostatečně využito jeho dřívějších schopností, takže z hlediska celospolečenských zájmů se nevyžaduje, aby pracující vykonával takové nepřiměřené zaměstnání. Dřívějšími schopnostmi pracujícího se rozuměly jak vrozené tělesné a duševní schopnosti, tak i dovednosti, vědomosti a zkušenosti získané před dlouhodobým zhoršením zdravotního stavu přípravou pro povolání v organizacích nebo studiem na školách všech stupňů, popřípadě déle trvajícím výkonem zaměstnání. Posudková služba pro praktické provádění posuzování měla k dispozici "Metodický pokyn pro posudkovou službu sociálního zabezpečení" z r.1979, který upřesnil hodnocení zdravotního stavu a posuzování

pracovní schopnosti pro účely sociálního zabezpečení. Nová prováděcí vyhláška č. 164/1979 Sb., měla ve vztahu k posudkové činnosti dopad pouze v ust. § 20 odst. 1 a 2, kde bylo vymezeno, co se považuje za podstatný pokles výdělku.

Následující právní úprava - zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění, s účinností od 1.10.1988 definoval prakticky obdobně jako předchozí právní úprava invaliditu a částečnou invaliditu.

Občan byl podle ust. § 29 odst. 2 invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

- a) byl neschopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání,
- b) výkon soustavného zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav,
- c) byl sice schopen vykonávat soustavné zaměstnání, avšak jen zcela nepřiměřeně jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání,
- d) byl schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek (občan nevidomí, občané s velmi těžkými ortopedickými vadami a pod).

Podle ust. § 37 odst. 2 byl občan částečně invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl schopen vykonávat

- a) dosavadní nebo jiné stejně kvalifikované zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek, nebo
- b) jen jiné zaměstnání méně kvalifikované, a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl.

Novela zákona č. 100/1988 Sb., provedená zákonem 37/1993 Sb., změnila vymezení částečné invalidity v ust. § 37 a to následovně :

Občan byl částečně invalidní podle ust. § 37 odst. 2, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl schopen vykonávat zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek nebo jiné než dosavadní zaměstnání s podstatně menšími požadavky na fyzické nebo psychické schopnosti, a v důsledku toho jeho výdělek podstatně poklesl. Tato změna byla nutná vzhledem ke změnám na trhu práce, útlumových programů, zániku nebo změny charakteru některých zaměstnání, rozvíjení samostatné výdělečné činnosti atd., kdy z posudkově medicínského hlediska bylo obtížné hodnotit srovnatelnost kvalifikace. Současně se z bývalého ust. § 37 odst. 2 písmeno b) stal nový odst. 3 s následujícím zněním. Občan je částečně invalidní také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky, i když jeho výdělek podstatně nepoklesl; zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky vymezí prováděcí předpis. Zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky vymezoval prováděcí předpis - příloha č. 2 k vyhlášce č. 149/1988 Sb. Další posudkově významná kategorie - dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav byl definován v ust. § 17 vyhlášky č. 149/1988 Sb.,

v platném znění. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pokládal nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než jeden rok. Vyhláška č. 149/1988 Sb., v platném znění, v ust. § 18 odst. 1 definovala soustavné zaměstnání jako zaměstnání vykonávané s určitou pravidelností tak, že výdělek z něho je stálým zdrojem příjmu. Za soustavné zaměstnání se nepovažovalo zaměstnání, které nezakládalo nemocenské pojištění nebo které netrvalo aspoň po dobu šesti měsíců po sobě následujících, anebo zaměstnání vykonávané v rámci pracovní rehabilitace doporučené národním výborem. Dále v ust. § 18 odst. 2 vyhlášky vymezovala nepřiměřenost zaměstnání. Zaměstnání bylo zcela nepřiměřené dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání, jestliže je k jeho výkonu požadována mnohem nižší kvalifikace, než která se požadovala k výkonu dosavadního zaměstnání, nebo v němž není využita odborná a úzce zaměřená kvalifikace získaná v dosavadním zaměstnání, a jestliže výkonem nového zaměstnání občanu poklesne výdělek zpravidla aspoň o polovinu výdělku, který dosahoval v dosavadním zaměstnání, popřípadě na dosavadním pracovišti. Přitom dosavadním pracovištěm se rozumělo pracoviště, kde občan využíval své kvalifikace a ze kterého byl převeden ze zdravotních důvodů. Pro uznání invalidity podle ust. § 29 odst. 2 písmeno d) zákona č. 100/1988 Sb., mělo význam zjištění zcela mimořádných podmínek, které byly definovány v ust. § 18 odst. 3 vyhlášky č. 149/1988 Sb., a to: a) jako nezbytná zcela zvláštní, zpravidla individuální úprava pracoviště, pracovních přístrojů, nástrojů a pomůcek nebo úprava přístupu na pracoviště, b) zajištění zvláštní dopravy na pracoviště a zpět spočívající v potřebě průvodce nebo individuální dopravy, c) schopnost výkonu zaměstnání výhradně formou domácí práce, d) schopnost výkonu zaměstnání výhradně v chráněných dílnách (chráněných pracovištích), ve výrobních družstvech invalidů a v provozovnách hospodářských zařízení svazu invalidů, a to na pracovních místech odpovídajících potřebám občanů se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením. U občanů úplně nebo prakticky nevidomých a u občanů s anatomicou nebo funkční ztrátou dvou končetin se vždy předpokládalo, že pracují za zcela mimořádných podmínek. V ust. § 19 odst. 1 byl vymezen podstatný pokles výdělku. Za podstatný pokles výdělku se považoval, jestliže měsíční průměr jeho hrubých výdělků zjištěný za posledních 12 měsíců je nižší než srovnatelný výdělek zpravidla aspoň o třetinu. Další odstavce uvedeného paragrafu se pak detailně zabývaly např. vymezením výdělků (hrubých a srovnatelných) a hodnocením podmínky podstatného poklesu výdělku, a to podle předpokládaných výdělků v doporučeném zaměstnání (v řízení o přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity) nebo podle nově dosahovaných výdělků v řízení s žádostí o přiznání částečného invalidního důchodu po převedení na jinou práci, změně zaměstnání ze zdravotních důvodů nebo vytvoření zvlášť ulehčených pracovních podmínek. Důležitým faktorem při posuzování bylo i správné posouzení posudkově medicínské kategorie "dosavadního zaměstnání" uvedené v ustanovení ust. § 20 odst.1 a odst. 2 vyhlášky č. 149/1988 Sb. Dosavadní zaměstnání bylo zaměstnání, které občan

před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu naposledy konal nebo k němuž se po ukončení základní školy soustavně připravoval studiem nebo výcvikem. Za naposledy vykonávané zaměstnání se však nepovažovalo zaměstnání, v němž došlo ke snížení výdělků a které občan začal vykonávat jen v důsledku změny zdravotního stavu, která založila částečnou invaliditu, a zaměstnání, v němž nebylo využito kvalifikace, pokud bylo nebo mělo být vykonáváno po dobu zpravidla kratší než dva roky. Vznikl-li dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, považuje se za dosavadní zaměstnání to zaměstnání, při jehož výkonu úraz vznikl nebo byla zjištěna nemoc z povolání. Podle § 20 odst. 2 vyhlášky se za stejné kvalifikované zaměstnání považovalo zaměstnání, které kladlo podobné požadavky na občana jako dosavadní zaměstnání, zpravidla mu umožňovalo dosáhnout přibližně stejného výdělků a nebylo zcela odlehlé dosavadnímu zaměstnání. Podle § 20 odst. 3 vyhlášky se zvláště ulehčenými pracovními podmínkami rozuměly zejména zkrácení pracovní doby nebo snížení požadavků na pracovní výkon občana pracujícího v úkolu aspoň o třetinu, zvláštní úprava pracoviště, výkon práce v chráněných dílnách (chráněných pracovištích, ve výrobních družstvech invalidů a v provozovnách hospodářských zařízení svazů invalidů. Za zvláště ulehčené pracovní podmínky se nepovažoval zákaz výkonu jen některých prací nebo pracovních úkonů, práce v určitém pracovním prostředí nebo v noci nebo změna pracovní náplně neodůvodněná dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Rozhodnou posudkově medicínskou skutečnost obsahovalo také ust. § 20 odst. 4 vyhlášky č. 149/1988 Sb., v platném znění. Při posuzování, jaká zaměstnání je občan ještě schopen vykonávat při svém dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, se vždy přihlíželo k možnosti rekvalifikace na jiné zaměstnání, a to zejména vzhledem k věku občana, dosažené kvalifikaci a rozsahu zachovaných pracovních schopností. Přitom současně podle ust. § 20 odst. 5 citované vyhlášky platilo, že invalidita (částečná invalidita) občanů, kteří konali službu v ozbrojených silách a nebyli vojáky z povolání, s posuzovala až po jejich propuštění z činné služby.

Vyhláškou č. 306/1991 Sb., byla s účinností od 1.8.1991 zrušena v ust. § 18 odst.2 vyhlášky č.149/1988 Sb., podmínka podstatného poklesu výdělků alespoň o polovinu jako kritérium pro uznání zaměstnání za zcela nepřiměřené při posuzování invalidity podle ustanovení § 29 odst. 2 písmeno c) zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění. Tato změna měla sloužit ke zjednodušení řízení v tom, že se nebude dále sledovat podmínka poklesu výdělků, ale hodnotila se pouze přiměřenost zaměstnání, které je posuzovaný občan schopen vykonávat. Vyhláškou MPSV ČR č. 30/1993 Sb., se s účinností od 1.1.1993 mimo jiné změnilo i ustanovení poslední věty v ust. § 20 odst. 1 vyhlášky č. 149/1988 Sb. Oproti stavu, kdy se za dosavadní zaměstnání považovalo to zaměstnání, při jehož výkonu byla zjištěna nemoc z povolání, se nově za dosavadní zaměstnání považovalo to, jehož výkon vedl ke vzniku nemoci z povolání. Toto nové znění vycházelo ze skutečnosti, že některé nemoci z povolání byly zjištěny až po

odchodu pracovníka ze zaměstnání, jehož výkon vedl ke vzniku nemoci z povolání. Tento stav šlo však v posudku konstatovat nejdříve od 1.1.1993, jak to umožňovala vyhláška č. 30/1993 Sb. Jako pomůcka pro posuzování zcela nepřiměřeného zaměstnání v rámci hornických povolání sloužil do r.1991 Výnos federálního ministerstva paliv a energetiky č. 4/1981 o odměňování dělníků (reg.částka 6/1982 Sb.), ve znění Výnosu federálního ministerstva paliv a energetiky č. 1 /1985 Sb. (reg.částka 8/1985 Sb.) s přílohami obsahujícími stupnice mzdových tarifů. Pro mzdové tarify platilo 9 tříd, z nichž kvalifikační katalog dělnických povolání báňského průmyslu využíval z 9 ti tarifních tříd třídy 3.-9. Uvedený výnos byl zrušen zákonem č. 1/1992 Sb., o mzdě, odměně za pracovní pohotovost a o průměrném výděлку. Při posuzování musela být věnována pozornost i skutečnosti, zda nedošlo k přeřazení na jinou práci nebo vyřazení z práce v podzemí pro naplnění, případně překročení nejvyšší přípustné expozice (NPE), a to, zda tyto skutečnosti nastaly před zjištěním dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo až v souvislosti s jeho zjištěním, zejména zjištěním nemoci z povolání. Podle tehdy vydané metodického pokynu MPSV (1993) se přiměřenost vykonávaného zaměstnávání posuzovala z hlediska schopností občana a celospolečenského významu práce, především na základě způsobnosti občana vykonávat méně nebo více složité, odpovědné a namáhavé práce. Práce se podle složitosti, odpovědnosti a namáhavosti členily do 12 ti tarifních stupňů dle Nařízení vlády ČSFR č. 43/1992 Sb., o stanovení minimálních mzdových tarifů (Jednotný katalog prací). Za pracovníky vysoce kvalifikovaných hornických povolání se považovali pracovníci, kteří před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vykonávali v podzemí hlubinných dolů povolání horník, pokud v něm získali 6. nebo 7. tarifní stupeň (dle citovaného Nařízení vlády). Tzn., že tento typ invalidity byl uznáván především u vysoce kvalifikovaných hornických povolání, která byla před vznikem invalidity vykonávána v podzemí. Šlo o povolání horník, ve kterém posuzovaný získal 6. nebo 7. tarifní stupeň, tj. kde dosavadním zaměstnáním byl horník dělník, předák, razič, rubač, kombajnér, strojník, střelní mistr, záchranář. Za zcela nepřiměřená zaměstnání se považovala ta rekomandovaná zaměstnání, která v katalogu mzdových tarifů byla zařazená nejvýše do 3. tarifního stupně (včetně). Dalším profesním okruhem, u kterého byla stavovská invalidita uznávána byli např. špičkoví umělci-solisté, vysoce a úzce specializované profese (např. v letectví, námořní dopravě apod.), pokud jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jeho důsledky na pracovní schopnost občana naplnily výše uvedená věcná a právní hlediska.

Počátkem 90. tých let došlo k zásadním politicko společenským, ekonomickým a právním změnám, které se rovněž promítly do oblasti sociálního zabezpečení, kde si vynutily mimo jiné novou právní úpravu důchodového pojištění. Tou se stal s účinností od 1.1.1996 zákon č. 155/1995 Sb., a prováděcí vyhláška MPSV ČR č. 284/1995 Sb. Uvedené právní předpisy a v nich vymezené posudkově medicínské kategorie a postupy při posuzování poklesu výdělečné



schopnosti a invalidity jsou známy všem posudkovým lékařům. Proto se v tomto přehledu jejich obsah neuvádí.

Na závěr nelze než konstatovat, že v dřívějších právních úpravách lze nalézt mnoho inspirujících prvků k věcnému a právnímu vymezení invalidity. Výše uvedený přehled dokládá, že v oblasti posudkového lékařství se vyvíjely a měnily názory na invaliditu a s ní související otázky a problémy. Současně lze uvést, že řada věcí byla v oblasti posuzování invalidity účelově upravována i podle celospolečenského zadání a potřeb dávkového systému.

## Nemoci z povolání a Evropský seznam nemocí z povolání

MUDr. Hana Šobíšková, MPSV - odbor posudkové služby

V září 2003 přijala Evropská komise doporučení č. 2003/670/ES, v němž vyzvala členské státy, aby do svých právních předpisů začlenily evropský seznam nemocí z povolání uvedený v příloze č.1 doporučení. Současně byly členské státy vyzvány, aby byla zlepšena preventivní opatření týkající se nemocí z povolání, která by vedla ke snížení počtu nově uznávaných nemocí z povolání.

V České republice je současný stav takový, že seznam nemocí z povolání je uveden v nařízení vlády č. 290/1996 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. Toto nařízení vlády bude zrušeno zákonem č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, jehož účinnost je zatím odložena. Součástí uvedeného zákona je příloha č. 1, která obsahuje seznam nemocí z povolání doplněný o položku 123 - nemoc z organických kyselin z doporučení Komise 2003/670/ES ze dne 19.září 2003.

Při porovnání národního seznamu nemocí z povolání s evropským seznamem nemocí z povolání je zřejmé, že v národním seznamu nemocí z povolání nejsou uvedeny 3 položky z přílohy č.1 evropského seznamu nemocí z povolání, a to položka 307 - chronická obstrukční bronchitida, položka 310 - bronchopulmonální onemocnění způsobené prachem Thomasovy moučky a položka 507 - nystagmus horníků. Dvě posledně jmenované položky byly uvedeny v předchozím seznamu nemocí z povolání ve vyhlášce č.149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, která byla zrušena v roce 1995. Vzhledem k tomu, že se tato onemocnění v našich podmínkách po desetiletí nevyskytla, byla ze seznamu vypuštěna. Pokud jde o chronickou bronchitidu, tato není uvedena v seznamu nemocí z povolání z toho důvodu, že je velmi obtížné vyhodnotit podíl pracovních a mimopracovních faktorů, a to především kouření, na vzniku onemocnění. Do budoucna je však českými odbornými pracovníky zvažováno zařazení tohoto onemocnění do seznamu nemocí z povolání.

Při posuzování a uznávání nemocí z povolání se v České republice postupuje podle vyhlášky č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají. Posuzování nemocí z povolání podléhá přísným pravidlům. Onemocnění musí splňovat jednak klinická kritéria a jednak musí být ověřeno pracovníky orgánu ochrany veřejného zdraví nebo Státním úřadem pro jadernou bezpečnost, že postižený pracoval za podmínek, které mohly vést ke vzniku nemoci z povolání.

Právním předpisem, který v České republice v současné době upravuje ochranu

zaměstnanců před následky pracovních úrazů a nemocí z povolání je zákoník práce. Jde o zákonné pojištění a jeho podstata spočívá v tom, že zaměstnavatelé zaměstnávající alespoň jednoho zaměstnance (s výjimkou organizačních složek státu), jsou pro případ své odpovědnosti za škodu způsobenou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání ze zákona pojištěni u České pojišťovny, a.s., pokud s ní měli sjednáno pojištění odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání k 31. 12. 1992, ostatní zaměstnavatelé jsou ze zákona pojištěni u Kooperativy pojišťovny, a.s. Zaměstnavatel má na základě této právní úpravy právo, aby za něho příslušná pojišťovna nahradila škodu, která vznikla zaměstnanci při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, v rozsahu, v jakém za ni zaměstnavatel odpovídá podle zákoníku práce.

Tato současná právní úprava byla koncipována jako provizorní a měla zabezpečit ochranu poškozených zaměstnanců v situaci, kdy byl zahájen proces privatizace dřívějších státních podniků, jejich následná restrukturalizace spojená s velkým pohybem pracovních sil, častými změnami vlastnických vztahů, zánikem podniků a s dalšími změnami, které by ve svých důsledcích připravily řadu zaměstnanců o jeden ze základních prvků pracovněprávní a sociální ochrany.

V roce 2006 byl proto přijat zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců č. 266/2006 Sb., kterým byla změněna dosavadní koncepce poskytování a právní úpravy zákonného pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemocí z povolání na pojištění sociálního systému, které je formulováno jako pojištění komplementární k zákonnému systému sociálního zabezpečení. Do budoucna již tedy nepůjde o pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, ale o formu sociálního úrazového pojištění s vlastním systémem poskytovaných dávek. Zachovává se komplementární podoba pojištění, to znamená, že úrazové pojištění bude, tak jako předchozí zákonné pojištění, komplementem k pojištění zdravotnímu, nemocenskému a důchodovému.

Do zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců č. 266/2006 Sb., byl zakotven i institut prevence vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání, který je klíčový z hlediska mezinárodních zkušeností i z hlediska praktických potřeb zaměstnanců i zaměstnavatelů. Prevence prováděná nositelem úrazového pojištění nebude nahrazovat plnění povinností jednotlivých zaměstnavatelů v oblasti prevence rizik, uložených zákoníkem práce, ale bude působit celoplošně k předcházení vzniku poškození zdraví při práci. Na tuto úrazovou prevenci bude v jednotlivých letech vyčleněno 6 % z celkového objemu dávek vyplacených v předchozím roce.

Orgán pojištění bude směřovat preventivní opatření do aktivit, které se vymykají možnostem jednotlivých zaměstnavatelů. Jedná se zejména o předávání informací o předcházení škodám v různých formách (výchova a vzdělávání,

vydávání publikací, pořádání výstav a konferencí), o využití výsledků výzkumu v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a výsledků analýz příčin a okolností vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání. Zákon předpokládá, že Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhlásí programy v oblasti prevence a Česká správa sociálního zabezpečení bude zadávat veřejné zakázky a vyhlášovat veřejnou soutěž na zpracování a uskutečňování projektů.

Počet nemocí z povolání v České republice dlouhodobě klesá a mění se i složení přiznaných nemocí z povolání. Klesá počet onemocnění, která jsou způsobena faktory, u nichž je definován vztah mezi expozicí faktoru a rizikem onemocnění jako je například hluk a prach. Problémem zůstávají onemocnění z přetížení horních končetin, profesionální kožní onemocnění a alergická onemocnění dýchacího ústrojí způsobovaná přecitlivělostí na danou látku. Pokud jde o odvětví ekonomické činnosti je zaznamenáván nejvyšší výskyt onemocnění v odvětví zdravotní a sociální péče a veterinární činnosti, což je ovlivněno především výskytem onemocnění svrabem a trychofyciemi v zemědělství. Ostatní profesionální infekční onemocnění se vyskytují pouze sporadicky, po zavedení povinného očkování zdravotníků proti virové hepatitidě typu B v roce 1991, došlo k výraznému snížení počtu tohoto onemocnění.

V roce 2006 ( 1216 hlášených nemocí ) byl výskyt nemocí z povolání nižší proti roku 1996 (2541 nemocí) cca o polovinu. Při incidenci 27,5 na 100 000 pojištěnců to může být ve srovnání s jinými evropskými státy nízké číslo a je obtížné odhadnout zda je možné ještě dále, při kriteriích pro přiznávání nemocí z povolání, která jsou u nás přísněji nastavená než jinde a při zavedených povinných opatřeních v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, výrazně snižovat počty nemocí z povolání. Kritéria pro přiznávání nemocí z povolání nejsou v jednotlivých členských státech jednotná a pokud by došlo jejich sjednocením v rámci EU ke změkčení, lze uvažovat i o situaci, že u některých diagnóz se může počet přiznaných nemocí z povolání v dalších letech zvýšit.

### Profesionální onemocnění hlášená v ČR v letech 1996-2006

Pro předávání statistických dat do systému EUROSTAT/EODS, byla ve spolupráci s Českým statistickým úřadem a Ústavem zdravotnických informací

Rok	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Počet postižených osob	1122	1317	1316	1506	1567	1661	1713	1863	2801	2326	2483
Počet hlášených profesionálních onemocnění celkem	1216	1400	1388	1558	1600	1677	1751	1886	2111	2376	2543
Z toho											
Nemoci z povolání	1150	1340	1329	1486	1531	1627	1691	1845	2054	2350	2519
Ohrožení	66	60	59	72	69	50	60	41	57	26	24
Muži	708	817	826	972	977	1034	1104	1192	1261	1551	1565
Ženy	508	583	562	586	623	643	647	694	850	825	978
Incidence na 100 000 zaměstnanců	27,5	31,5	31,6	35,1	35,8	37,4	38,7	41,1	44,1	49,1	55,2

České republiky vypracována metodika sběru dat, která je v souladu s metodikou předepsanou EODS. Tato metodika se stala základem pro nové Závazné pokyny k Národnímu registru nemocí z povolání, které vydal ÚZIS na podkladě zmocnění § 67d odst. 6 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Data o nemocech z povolání hlášených v České republice, včetně údajů o etiologické noxe u jednotlivých případů nemocí z povolání jsou předávána každoročně do EUROSTATu cestou ÚZIS a ČSÚ. V roce 2004 byly do EUROSTATu předány údaje o všech nemocech z povolání, hlášených v České republice v referenčních letech 2002-2004.

## Rok lékařské posudkové služby na úřadech práce

MUDr. Julie Wernerová, MPSV - odbor posudkové služby

Lékařská posudková služba úřadů práce zahájila činnost před rokem - 1. července 2006. K rozdělení jednotné posudkové služby resortu práce a sociálních věcí došlo z důvodu opakovaných požadavků lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení o nutnosti tzv. odbřemenění posudkové služby od posuzování pro tzv. nepojistné systémy, tzn. od činnosti, která nesouvisí se základními úkoly ČSSZ - výkonem nemocenského a důchodového pojištění. Důvodem byla kritická personální situace a neúměrný nárůstu počtu nevyřízených případů. Reorganizace posudkové služby byla realizována zákonem č. 109/ 2004 Sb., kterým se měnily některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Posudková služba úřadů práce byla vytvořena z lékařské posudkové služby ČSSZ převedením 85 lékařských míst a 30 referentských míst na úřady práce. Dalších 55 referentských míst poskytly úřady práce posudkové službě z vlastních zdrojů. Posudková služba úřadů práce tedy zahájila činnost s 85 systemizovanými lékařskými místy a 85 místy referentskými. Z 85 lékařských míst převedených z ČSSZ na úřady práce bylo lékaři obsazeno jen 62, 5 míst. Značným úsilím ředitelů ÚP se neobsazená lékařská místa podařilo postupně obsadit. K říjnu 2006 pracovalo na ÚP 93 fyzických lékařů v úvazku 81, tj. naplněnost lékařských míst 95, 6 % a 83 referentek.

Již při přípravě reorganizace LPS bylo zřejmé, že 85 lékařů nemůže zvládnout veškerou posudkovou činnost, vykonávanou na úřadech práce, zvláště od ledna 2007, kdy měla být zavedena nová posudkově medicínská kategorie- stupeň závislosti. Proto byl v České republice zaveden systém tzv. smluvních lékařů, obvyklý v řadě evropských zemích. Smluvní lékaři- odborníci se specializovanou způsobilostí v klinických medicínských oborech- připravují posudky pro oblast sociálního zabezpečení a zaměstnanosti s využitím své specializace. Odborník v posudkovém lékařství, tzv. kmenový lékař úřadu práce, pak posudek zkontroluje, event. dokončí právní závěr. Při tom smluvní lékař metodicky vede, poskytuje konzultace a celou činnost posudkové služby koordinuje. Tento systém se v ČR začal rovněž postupně rozvíjet. Získávání smluvních lékařů však bylo a je stále obtížné. Myšlenka spolupráce s kliniky nebyla v posledních desetiletích na této úrovni posudkovou službou v ČR realizována, proto si na ni museli zvyknout všichni- jak posudkoví lékaři, kliničtí lékaři, tak pacienti. Smluvní lékaři byli proškoleni pracovníky MPSV a v režii MPSV. Obdrželi i řadu studijních materiálů. Přesto se ukazovalo ( a stále ukazuje), že systém smluvních lékařů vyžaduje delší čas na stabilizaci, k posuzování zdravotního stavu je potřeba

řada posudkově medicínských zkušeností, která se nezískají jinak než praxí, konzultacemi se zkušenějšími kolegy atd.

Dalším problémem, který se při zahájení činnosti posudkové služby úřadů práce vyskytl, byl nedostatek lékařů s atestací z posudkového lékařství. Zákon č. 95/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v pl. zn., totiž zavedl podmínku pro samostatný výkon povolání lékaře, a to získání specializované způsobilosti v oboru specializačního vzdělávání, tedy v posudkovém lékařství. Bez odborné způsobilosti může lékař vykovávat lékařské povolání pouze pod dohledem lékaře s příslušnou specializovanou způsobilostí. Protože ČSSZ dlouhodobě nepodporovala získávání atestací z posudkového lékařství, posudková služba úřadů práce zahájila činnost jen s 50% lékařů s příslušnou atestační zkouškou. Úřady práce, kterým se nepodařilo získat lékaře s atestací z posudkového lékařství, musely nakupovat služby lékaře s atestací navíc. V říjnu 2006 to bylo 32 úřadů práce.

Vzhledem k tomu, že od začátku činnosti byla posudková služba ÚP v početně poddimenzovaném stavu, smluvních lékařů bylo málo a nezvládal se počet posudků, narůstal počet nevyřízených případů, získala LPS ÚP k 1. 12. 2006 převodem z ČSSZ dalších 30 systemizovaných lékařských míst a 25 referentských míst.

Naplňování nově přidělených lékařských míst však bylo obtížné. K 31. prosince 2006 pracovalo na ÚP 108 lékařů v úvazku 91, což byla naplněnost 79 %. Služby atestovaného lékaře muselo nakupovat z venčí 28 ÚP. Postupně se však podařilo ke konci roku 2006 uzavřít cca 500 smluv s lékaři na externí spolupráce, dále smlouvy s 3 zdravotnickými zařízeními a s 2 psychology. Naopak 3 úřady práce neměly uzavřenou smlouvu s žádným klinickým lékařem. Referentky LPS pracovaly v úvazku 109,5, dále pracovaly pro posudkovou službu stážistky a praktikantky.

Zatížení posudkovou agendou bylo v druhém pololetí 2006 přiměřené, srovnatelné se zátěží minulých let. Posudková služba obdržela 59 543 žádosti o posudek, a ve lhůtě vypracovala cca 40 023 posudků. Nevyřízeno zůstalo 18 710 posudků, ale pouze 9 134 bylo nevyřízeno po lhůtě 30 dnů (lhůta 60 dnů se statisticky nesleduje).

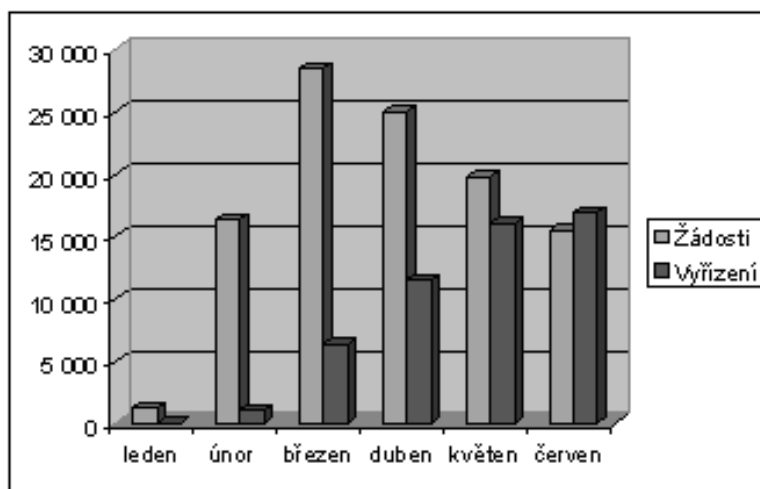
Po 1. lednu 2007 nastala v posudkové službě zátěžová situace. Vzhledem k nabytí účinnosti nového zákona o sociálních službách a zavedení nové dávky-příspěvku na péči, přibyla nová posudkově medicínská kategorie a sice posuzování zdravotního stavu pro účely uznání stupeň závislosti. S posuzováním neměli praktické zkušenosti ani posuzující lékaři, ani spolupracující sociální pracovníci obcí. Všichni lékaři úřadů práce byly v nové problematice teoreticky

proškolení a za normálních okolností by byla nová problematika relativně dobře zvládnutá. Množství posudků v této věci však předčil očekávání.

Příspěvek na péči nahradil obecně řečeno stávající zvýšení důchodu pro bezmocnost, nároky vyplývající z uznání dítětem dlouhodobě těžce zdravotně postiženým vyžadujícím mimořádnou péči a nároky osob pobírající příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. Ačkoliv všechny stávající nároky byly osobám zachovány (jen pro úplnost- příspěvek na péči náleží osobě vyžadující péči, nikoliv pečovateli), je příspěvek finančně natolik zajímavý, že o příspěvek žádají i občané, jimž dávka byla překlopena (chtějí vyšší stupeň), nebo osoby, které evidentně netrpí dlouhodobou nemocí nebo ti, kteří pomoc druhé osoby vyžadují jen krátkodobě nebo jen při ojedinělých aktivitách (činnostech).

Počet žádostí obecních úřadů o posouzení stupně závislosti postupně dramatičtěji narůstal. Zatím co v lednu 2007 uplatnily obce v celé republice jen 1 228 žádostí o posouzení, v únoru uplatnily již 16 329 žádostí, v březnu 28 456 žádostí, v dubnu obce uplatnily 24 938 žádostí, v květnu 19 806 žádostí o posouzení a v červnu 15 482 žádostí. Během půl roku uplatnily obce 106 239. Celkové množství se prakticky blíží předpokládané celoroční zátěži v oblasti stupně závislosti. Přitom statistika ještě není úplná, některé úřady práce nestačí nové případy do počítačového programu zadávat.

**Graf: Počet žádostí o posouzení stupně závislosti a vyřízení v 1. pololetí 2007**



Rovněž ostatní typy posudků vykázaly v 1. pololetí 2007 v porovnání s druhým pololetím 2006 nárůst, a to o celkem o 18 994. K nárůstu došlo



především v kategorii osoba zdravotně znevýhodněná, a sice o 134% ( počet žádostí stoupl z 5 023 na 11 714), dále v kategorii mimořádných výhod o 23 % ( z 40 803 na 50 264), stouply žádosti o příspěvky sociální péče o 40 % ( z 7 610 na 10 675).

Celková zátěž posudkové služby tedy za 1. pololetí roku 2007 činila 184 848 žádostí o posouzení, vypracováno bylo 118 710 posudků. Spolu s nedodělkou z loňského roku zbylo nevyřízeno v 30-ti denní lhůtě 50 902 posudků.

Vzhledem k dramaticky narůstající zátěži posudkové služby úřadů práce v průběhu prvních měsíců roku 2007 bylo rozhodnuto vedením MPSV o dalším personálním navýšení. K datu 1. 6. 2007 bylo z ČSSZ převedeno na úřady práce dalších 40 systemizovaných lékařských míst a 70 administrativních míst pro referentky a obslužný personál.

Získávat tzv. kmenové lékaře pro úřad práce je však velmi obtížné. K pololetí 2007 pracuje v lékařské posudkové službě ÚP 127 lékařů, a to v úvazku 98, 6. Při tom jen 43 lékařů má uzavřenou smlouvu na dobu neurčitou. Celkem 74 lékařů má atestaci z posudkového lékařství, na 27 ÚP však musí být dohled lékaře s atestací nakupován z vnějšku a tato služba představuje další náklady na činnost posudkové služby. Dále je uzavřeno cca 600 smluvních vztahů s jednotlivými lékaři a jsou uzavřeny smlouvy s 5-ti zdravotnickými zařízeními.

Závěrem lze konstatovat, že situace v lékařské posudkové službě je napjatá. Na úřady práce se nedaří získávat lékaře s odbornou způsobilostí v posudkovém lékařství, ani lékaře, kteří by chtěli svoji profesi a již získanou odbornou způsobilost změnit na posudkové lékařství. Situace je tak kritická, že vedení MPSV rozhodlo o přípravě nové změny v organizaci posudkové služby, a to o opětovném sloučení. Ukazuje se, že vzhledem k dlouhodobému nedostatku posudkových lékařů se jejich rozdělením a minimalizací pracovišť na úřadech práce ( většinou 1-2 lékaři) s obtížnou zastupitelností situace v posudkové službě ještě zkomplikovala. Systém smluvních lékařů, který má chybějící posudkové lékaře částečně doplnit, je sice životaschopný, ale jeho plné rozvinutí na úroveň SRN nebo Rakouska si vyžádá několik let.

## Posuzování zdravotního stavu pro účely náhradní rodinné péče

MUDr. Lenka Šírová, MPSV - odbor posudkové služby

Problematika provádění náhradní rodinné péče (osvojení, pěstounské péče) je upravena v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Na zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče se podílí obecní úřady obcí s rozšířenou působností, krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí. Cílem osvojení, potažmo pěstounské péče je vytvoření nového rodinného svazku, v první řadě ku prospěchu dítěte, dále pak ku prospěchu osvojitelů a celé společnosti.

Žadatelé o náhradní rodinnou péči jsou povinni se podle § 27 zákona č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podrobit odbornému posouzení, které zahrnuje mimo jiné i posouzení zdravotního stavu žadatelů.

Cílem a smyslem posouzení zdravotního stavu žadatele pro účely sociálně-právní ochrany je zjistit, zda zdravotní stav žadatele nebrání účelu zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče.

Posuzování zdravotního stavu žadatele pro účely zprostředkování osvojení nebo svěření dítěte do pěstounské péče zahrnuje posouzení, zda zdravotní stav žadatele po stránce duševní, tělesné nebo smyslové nebrání výkonu dlouhodobé, soustavné, dostatečné a řádné péče a výchově dítěte, tedy neomezuje jeho vychovatelské a pečovatelské schopnosti.

Posuzování zdravotního stavu žadatele pro účely zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče provádějí krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí, a to svými lékaři. Na krajských úřadech většinou provádějí posuzování zdravotního stavu žadatelů posudkoví lékaři. Na MPSV toto posuzování je svěřeno odboru posudkové služby, který zároveň metodicky vede lékaře krajských úřadů. Při svém posuzování vycházejí posuzující lékaři zejména z lékařských zpráv a posudků vypracovaných registrujícími praktickými lékaři pro dospělé a odbornými lékaři, kteří mají žadatele ve své léčebné a dispenzární péči. Posuzující lékaři krajských úřadů a MPSV musí stanovit jednoznačný závěr, tedy zda posuzovanou osobu doporučují, doporučují s výhradami nebo nedoporučují zařadit do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči.

Posuzování zdravotního stavu žadatele musí mít individuální charakter a nevychází pouze ze samotné existence zdravotního postižení jako takového, ale z dopadu tohoto postižení na dlouhodobé pečovatelské a vychovatelské

schopnosti žadatele. Proto neexistuje ani žádný seznam lékařských diagnóz, které by jednoznačně vylučovaly zařazení do evidence žadatelů o náhradní rodinnou péči. Vždy je posuzována celková schopnost péče o dítě a zajištění jeho příznivého vývoje

Závěr posouzení zdravotního stavu musí být zdůvodnitelný jen nepříznivým zdravotním stavem. Posuzující lékař nemůže uzavírat hodnocení zdravotního stavu tak, že nedoporučuje zařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči např. vzhledem k závěrům sociálního šetření či psychologického vyšetření, nebo že žadatel či žadatelka pobírá plný nebo částečný invalidní důchod. Stejně tak není důvodem nezařazení nepříznivý zdravotní stav partnera. Důvodem k nezařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči nejsou ani chronická onemocnění jako je např. roztroušená skleróza. Pokud zjišťujeme, že proběhla jediná ataka, která nezpůsobila žádné nebo jen minimální pohybové omezení, neomezila celkovou výkonnost posuzované a zdravotní stav je při adekvátní léčbě dobře stabilizován, pak lze z hlediska zdravotního stavu žádosti vyhovět. Jiná je situace při stejné diagnóze v tom případě, kdy onemocnění vedlo k těžkému pohybovému omezení, snížení celkové výkonnosti s následným omezením nebo ztrátou pracovní schopnosti. Důsledkem je omezení pečovatelských a výchovatelských schopností a žádosti o zařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči nelze vyhovět. Složitě je i posouzení zdravotního stavu u žadatelek, které prodělaly zpravidla do věku 30 let onkologické gynekologické onemocnění. Po absolvování úspěšné onkologické léčby, která obvykle vede ke ztrátě možnosti mít vlastní dítě, se jinak považují za zcela zdravé a chtějí tuto situaci řešit okamžitým osvojením dítěte. Posouzení je možné kdykoliv po ukončení onkologické léčby. Opět je však třeba individuálně zhodnotit dopad prodělaného onkologického onemocnění na výchovatelské a pečovatelské schopnosti v souvislosti s prognózou a dosavadním průběhem onemocnění. Stejně tak u psychické poruchy je třeba zvážit dopad poruchy na výchovatelské a pečovatelské schopnosti. V situaci, kdy psychická porucha nemá nepříznivý vliv na osobnost, emoční prožívání, intelekt, schopnost zvládnout psychickou i fyzickou zátěž, není důvod žádosti nevyhovět.

Posoudit zdravotní stav žadatele o náhradní rodinnou péči je jednoduché v případě, že je žadatel zdravý. Když žadatel trpí vážnou chronickou chorobou, je posouzení značně komplikované. Odhadnout vývoj onemocnění na řadu let dopředu je v řadě případů velmi obtížné a vyžaduje, aby posuzující lékař měl dostatečné medicínské znalosti a zkušenosti a byl schopen své závěry sladit s novými poznatky a pokroky lékařské vědy.

Pro informaci uvádíme přehled počtu posudků za poslední 2 roky, které byly vypracovány v souvislosti s žádostí o zařazení do seznamu žadatelů o náhradní rodinnou péči.

## Přehled posouzení pro řízení o žádosti vypracované lékaři krajských úřadů

Rok	Celkem posudků	Z toho s doporučujícím závěrem	Z toho s nedoporučujícím závěrem	Z toho zastaveno
2005	1725	1701	24 tj. 1,3 %	
2006	1616	1515	91 tj. 5,6 %	10

## Přehled posouzení pro odvolací řízení správní vypracované MPSV

rok	Celkem	Potvrzen závěr posudku lékaře krajského úřadu	Nepotvrzen závěr posudku lékaře krajského úřadu
2005	4	4	0
2006	16	11	5

## Pohled posudkového lékaře na sociální šetření

MUDr. Alena Zvoníková, MPSV - odbor posudkové služby

V úvodu zamyšlení nad sociálním šetřením pro účely posouzení stupně závislosti je třeba připomenout, proč vlastně bylo sociální šetření zavedeno jako jeden z podkladů pro posouzení stupně závislosti. Při probíhající reformě sociálního zabezpečení, modernizaci některých systémů a vzniku nových systémů se z pohledu posudkové služby, jejích potřeb, organizace, koncepce i koncepce jednotlivých posudkových systémů vychází jak z vlastních principů a záměrů systému, potřeb klientů i nositele systému, zohledňují se pokroky lékařské vědy, nové sociální přístupy, principy posílení sociálního začlenění, zlepšení kvality života apod. Samozřejmě, že v rámci každého sociálního systému se zpracovává řešení, které musí obsáhnout efektivní činnost systému a všech jeho součástí, tedy i posudkové činnosti v rámci konkrétního systému.

Při zahájení prací na právní úpravě sociálních služeb byla situace posudkové služby personálně nepříznivá a byla nastolena otázka tzv. oběmenění lékařské posudkové služby OSSZ a ČSSZ od posudkové agendy, která nebyla vykonávána pro vlastní potřeby, tj. o oblast sociální péče, státní sociální podpory, zaměstnanosti. Rovněž nový systém, který byl připravován, by v budoucnu dále zvýšil zatížení prvoinstanční posudkové služby na OSSZ. Při dlouhodobém nedostatku posudkových lékařů se proto při přípravě věcného záměru zákona o sociálních službách navrhlo řešení, které mělo usnadnit práci posuzujícího lékaře jak po věcné stránce, tak i z hlediska efektivity využívání jeho pracovní kapacity a minimalizace ztrát pracovní doby vykonáváním návštěv posuzovaných klientů. Toto řešení předpokládalo, že jak lékař, tak sociální pracovník budou působit v rámci stejného orgánu, který bude posuzovat stupeň závislosti a rozhodovat o příspěvku na péči. Sociální šetření mělo poskytnout posuzujícímu lékaři orientaci o potřebách fyzické osoby-klienta, a to zejména o jeho omezeních. Předpokládalo se, že by posuzující lékař cíleně, za základě údajů ze žádosti a ze zdravotnické dokumentace sociálnímu pracovníkovi sdělil, na jaké skutečnosti je potřebné se při šetření zaměřit, jaké věci je nutno zjistit nebo ověřit. Sociální pracovník měl současně žadateli poskytnout potřebné informace o systému sociálních služeb a sociální poradenství včetně pomoci se zprostředkováním sociálních služeb. Tento systém spolupráce měl snížit časovou náročnost zpracování posudku o zdravotním stavu a stupni závislosti. Při posuzování zdravotního stavu a bezmocnosti vykonávali lékaři OSSZ/PSSZ ve valné většině případů návštěvu posuzované osoby v místě, kde se zdržovala, aby si ověřili, zda a jakým způsobem zvládá úkony rozhodné pro uznání některého ze stupňů bezmocnosti. To zvyšovalo časovou náročnost kladenou na podání jednoho posudku cca o hodinu. Při dlouhodobě nepříznivé personální situaci posudkové služby sociálního zabezpečení bylo proto nutné při koncipování

nového posudkového systému zvážit i tyto skutečnosti a přispět novým řešením k efektivitě činnosti posuzujícího lékaře. Během zpracovávání návrhu zákona bylo rozhodnuto o řešení, které oddělilo posuzujícího lékaře od sociálního pracovníka stejně tak jako bylo institucionálně odděleno posuzování stupně závislosti a rozhodování o příspěvku na péči. Součástí změn bylo i zřízení posudkové služby úřadů práce a vymezení její kompetencí.

Ustanovení § 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí kompetence obecního úřadu obce s rozšířenou působností v rámci řízení o příspěvku na péči, z nichž pro sociální šetření jsou významné následující odstavce:

- (1) Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí pro účely rozhodování o příspěvku sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Sociální šetření provádí sociální pracovník.
- (2) Obecní úřad obce s rozšířenou působností zašle příslušnému úřadu práce žádost o posouzení stupně závislosti osoby; součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek.
- (5) Obecní úřad obce s rozšířenou působností provádí sociální šetření také, pokud o to úřad práce požádá v případech, kdy provádí kontrolu posouzení zdravotního stavu osoby.

Sociální pracovník je odborný pracovník, který používá při výkonu své profese různé metody práce, jejichž výstupem je i sociální šetření. O způsobech a metodách práce sociálního pracovníka však není posuzující lékař informován a ani nejsou žádným způsobem zachyceny v rámci sociálního šetření. Zákon o sociálních službách v ust. § 6 odst. 1 uvádí pouze, co je obsahem sociálního šetření. Právní předpis však další bližší skutečnosti ve vztahu k sociálnímu šetření nestanoví. Sociální šetření o situaci a schopnostech posuzované osoby se vede na základě právní úpravy a metodického vedení sociálních pracovníků předepsaným způsobem podle struktury úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. Nevede se podle jednotlivých činností v rámci úkonu. U jednotlivých úkonů sociální pracovník používá škálu hodnocení: schopen, neschopen, vyžaduje pomoc druhé osoby, vyžaduje soustavný dohled druhé osoby. V některých sociálních šetřeních sociální pracovník připojí i svůj vlastní komentář k učiněným zjištěním.

Pro posuzujícího lékaře je sociální šetření v zásadě dobrým vodítkem, aby se orientoval globálně o situaci posuzované osoby i o schopnosti provádět konkrétní úkony. Mnohdy je ale obtížné pochopit, proč došlo v rámci sociálního šetření k zjištění schopnosti nebo neschopnosti. Za limitující skutečnost písemného zápisu sociálního šetření lze považovat to, že není zřejmé, jakými zjišťovacími metodami byla zjištěna schopnost či neschopnost provádět úkon / činnosti, např. zda vlastním pozorováním, praktickým ověřením, na základě subjektivního

sdělení posuzované osoby nebo blízké osoby, případně že není (ve výjimečných případech pro nespolehlivost) možné učinit spolehlivé zjištění. Z uvedených skutečností pak vyplývá validita sdělení sociálního pracovníka o neschopnosti. Tam, kde se neschopnost, zjištěná sociálním pracovníkem odvíjí pouze od subjektivního sdělení fyzické osoby nebo osoby jí blízké, bývá spolehlivost takové neschopnosti v řadě případů problematická a při lékařském posouzení nedojde k jejímu uznání.

K možnosti vlastních zjištění o schopnostech posuzované osoby lze pro informaci posuzujícího lékaře uvést, že obecně existují následující metody.

Metoda pozorování :

- a) subjektivní - rozhovorem, se zjišťováním zaměřeným na běžné denní aktivity- schopnosti vykonávat úkony a omezení a potřeby fyzické osoby,
- b) objektivní- pozorováním např. jak jsou vykonávány některé činnosti, způsob chování, tělesná zdatnost, chůze, pohyblivost, orientace, komunikace, znalosti a dovednosti
- c) projekční - promítnutí kritérií do chování a konání fyzické osoby, u níž je prováděno šetření.

Metoda rozhovoru může být aplikována buď volným rozhovorem-kdy posuzované osobě je ponechána iniciativa a teprve v průběhu rozhovoru se kladou doplňující otázky, nebo řízeným rozhovorem-který je veden podle předem připravené rámcové osnovy otázek, zaměřených k určitému cíli; takový rozhovor má určitou strategii a taktiku a jeho výsledek záleží na zkušenostech a schopnostech tazatele

Může být také zvolena metoda dotazníku, jehož obsahem mohou být otázky uzavřené - tj.otázky, kde je možná pouze odpověď ano-ne, otázky otevřené- které dávají širší prostor pro odpověď fyzické osoby nebo otázky škálové- s pevně stanovenými možnostmi klasifikace

Z dosavadních zkušeností posuzujícího lékaře se sociálním šetřením lze v některých případech vyzorovat, že se sociální pracovník necítí vázán obsahem úkonů - činnostmi, v rámci úkonu vymezenými, a proto vnímá např. obsahu úkonu příprava stravy, mytí těla, vaření, péče o prádlo, běžný úklid v domácnosti odlišně než stanoví prováděcí právní předpis - vyhlášky č. 505/2006 Sb. Jde zejména o to, že obsah úkonů je subjektivně zřejmě považován jako mnohem náročnější než ve skutečnosti je a než jak vyplývá z jeho definování prostřednictvím jednotlivých činností. Proto v daném úkonu dochází k nadhodnocení neschopnosti a posuzující lékař musí takovou neschopnost, uznanou nadhodnocením, negovat. V řadě případů si sociální pracovník a bohužel, také i posuzující lékař není vědom "dialektiky úkonů", tzn., že v úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti se vyskytují úkony, které

jsou srovnatelného charakteru a tudíž i srovnatelných nároků na fyzické, duševní a smyslové schopnosti. Jde např. o hodnocení schopnosti mytí těla a mytí nádobí, neboť pokud není porucha psychiky nebo nevidomost a posuzovaná osoba má horní končetiny přiměřeně funkční, je schopna si umýt ruce a obličej a je tedy schopna si umýt i nádobí, přičemž právní předpis nestanoví, zda uvedené úkony se mají vykonávat ve stoje nebo že se při nich může sedět. Obdobně jde o podávání a porcování stravy a přemísťování předmětů denní potřeby, protože pokud je osoba schopna dát stravu na talíř, rozdělit jí, uchopit nádobu, talíř nebo misku a přenést uvedený předmět, je v podstatě schopna přemísťovat předměty denní potřeby (čímž se však nemyslí stěhování nábytku). Další příkladem je komunikace slovní, písemná, neverbální - pokud takový úkon je schopna osoba zvládnout, zejména přijímat a vytvářet smysluplné zprávy, chápat význam a obsah zpráv a komunikovat, svědčí to nepochybně o tom, že její duševní, intelektové a smyslové schopnosti jsou dostatečné na to, aby chápala a rozeznala hodnotu peněz a věcí a zvládla nakládání s penězi nebo jinými cennostmi. Dalším projevem přehlížení vyhlášky č. 505/2006 Sb., jsou ty případy, kdy sociální pracovník úkon u osoby do 18 let věku nehodnotí, ač je podle citované vyhlášky a obsahu úkonu v daném věku hodnotitelný, a to prostřednictvím vymezené činnosti, nebo v daném úkonu hodnotí neschopnost, ač právní úprava zcela v konkrétním případě (vzhledem k věku a úkonu) stanoví, že k pomoci a dohledu se nepřihlíží. Proto v takových případech musí posuzující lékař tento nesoulad nebo pochybení, obsažené v sociálním šetření správně posudkově vyhodnotit. Spolehlivost lékařského posouzení stupně závislosti by nepochybně zvýšilo, pokud by sociální pracovník v sociálním šetření upozornil nad rámec šetřených úkonů na ty skutečnosti, které považuje za významné pro posouzení stupně závislosti nebo skutečnosti, které by měly být při zjišťování zdravotního stavu a stupně závislosti zjištěny nebo ověřeny.

Vzhledem k výše uvedenému je nutno znovu zopakovat a připomenout, že sociální šetření je předepsaným podkladem a jedním z podkladů pro posouzení stupně závislosti stejně jako nálezy a zprávy ošetřujících lékařů. Obsah sociálního šetření může být a zpravidla i bývá v dalším průběhu posudkového procesu vyhodnocen odchylně. Sociální šetření není věcně ani významově totožné s posouzením dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a stanovením stupně závislosti. Toho by si měli být plně vědomi jak smluvní lékaři, tak kmenoví lékaři úřadu práce, aby se zpřesnily kvalita vyhodnocování obsahu sociálního šetření a kvalita jejich posudkové činnosti při posuzování stupně závislosti. Je potřebné, aby posuzující lékař s obsahem sociálního šetření pracoval zcela individuálně, pozorně, vyhodnocovat a posuzoval jeho obsah ve vzájemných souvislostech všech posudkově rozhodných skutečností, dynamicky a efektivně. Sociální pracovník nedisponuje znalostmi medicíny ani lékařskými zkušenostmi, aby mohl spolehlivě zjistit, zda neschopnost provádět hodnocený úkon vyplývá z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu či zda nejde o nadhodnocování či vědomou simulaci ze strany posuzované osoby. Tak jako každá práce, může být



také práce sociálního pracovníka, ale také smluvního lékaře, poznamenána určitým subjektivním hlediskem a nepřesností, z kterých mohou vyplynout skutečnosti, které je nutno při stanovení stupně závislosti kmenovým lékařem úřadu práce rozpoznat a vyrovnat se s nimi ve věcném a právním závěru posudku.

Dosavadní zkušenosti posudkové služby úřadů práce ukazují, že tím, že posuzující lékař a sociální pracovník působí v rozdílných strukturách a rozdílné je i jejich metodické vedení, se jejich spolupráce stala poněkud obtížnější a zdlouhavější. Lze však očekávat, že s přibývajícimi zkušenostmi, doladováním metodických a pracovních postupů i po vzájemných pracovních jednání mezi posuzujícími lékaři a sociální pracovníky dojde k vyjasnění vzájemných potřeb a rolí.

## Invalidizace podle statistiky nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2005

MUDr. Irena Hanušová, MPSV - odbor posudkové služby

Po několikaleté přestávce poskytla ČSSZ statistiku nově přiznaných invalidních důchodů s rozlišením diagnózy jako rozhodující příčiny pro přiznání invalidity. Kromě členění nově přiznaných invalidních důchodů podle kapitol MKN 10 jsou k dispozici bližší údaje v kapitolách Novotvary, Poruchy duševní a poruchy chování, Nemoci oběhové soustavy, Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin, kde je k dispozici podrobnější členění až na jednotlivé diagnózy. Jde o pět kapitol MKN 10, které hrají v invalidizaci hlavní roli.

Dále je poskytnutá statistika členěna na plné a částečné invalidní důchody a umožňuje porovnat rozdíly v invalidizaci mezi muži a ženami, rozdíly podle věku a rozdíly v krajích ČR. V roce 2005 jde o první údaje tohoto druhu, proto vývoj v invalidizaci podle těchto kritérií bude možno hodnotit až v letech následujících. Z vývojových řad je možno porovnat počty nově přiznaných invalidních důchodů v přepočtu na 100 tis. obyvatel. Viz graf č.1.

Z grafu je patrné, že počet nově přiznaných invalidních důchodů plných i částečných oproti minulému roku poklesl. Nepříznivá je skutečnost, že počet nově přiznaných plných invalidních důchodů přesahuje počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů.

K porovnání údajů týkajících se krajů ČR byla použita statistická data z ročenky MPSV "Počet obyvatel v jednotlivých krajích a ČR celkem v roce 2005", aby mohl být proveden přepočet na 100 tis. obyvatel. Viz následující tabulka.

Počet obyvatel v krajích ČR v roce 2005

Hl.m.Praha	1181610	Královéhradecký	548368
Středočeský	1158108	Pardubický	506024
Jihočeský	627766	Vysočina	510767
Plzeňský	551528	Jihomoravský	1130358
Karlovarský	304274	Olomoucký	639161
Ústecký	823173	Zlínský	590142
Liberecký	429031	Moravskoslezský	1250769
		<b>ČR</b>	<b>10251079</b>

## Celkové počty nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů

V roce 2005 bylo nově přiznáno celkem 46 184 invalidních důchodů, z toho plných invalidních důchodů bylo přiznáno 23 613 (51,1%) a částečných invalidních důchodů 22 571 (48,9%).

Z posudkově medicínského hlediska má význam příčina nově přiznaného invalidního důchodu.

### Medicínské příčiny přiznání invalidního důchodu

#### - částečné invalidní důchody

Nejčastějším důvodem k přiznání invalidního důchodu bylo onemocnění z kapitoly 13, tj. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (9 657, tj. 43%), na druhém místě byly nemoci kapitoly 9, tj. Nemoci oběhové soustavy (2 966, tj. 13%), na třetím místě poruchy z kapitoly 5, tj. Poruchy duševní a poruchy chování (2 266, tj. 10%). Na čtvrtém místě šlo o nemoci z kapitoly 2, tj. Novotvary (1 366, tj. 6%) a na pátém místě nemoci kapitoly 19, tj. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (1 215, tj. 5,4%). Další, pro invalidizaci významnější, byly kapitoly Nemoci nervové soustavy (1 181, tj. 5,2%) a Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (1097, tj. 4,9%).

#### - plné invalidní důchody

I u plných invalidních důchodů byla nejčastějším medicínským důvodem nemoc z 13. kapitoly (5 880, tj. 25%), na druhém místě byly nemoci z kapitoly 2, Novotvary (4 778, tj. 20%) a na třetím místě nemoci kapitoly 9, Nemoci oběhové soustavy (3 526, tj. 15%). Na čtvrtém místě poruchy z kapitoly 5 (3 394, tj. 14,4%), a na pátém místě nemoci kapitoly 19 (1 360, tj. 5,8%). Následovaly nemoci nervové a endokrinní, obdobně jako u částečných invalidních důchodů.

Závěrem lze konstatovat, že nejčastějším medicínským důvodem k invalidizaci byly Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. V celkovém součtu představovaly 34 %, tj. cca 1/3 všech nově přiznaných invalidních důchodů. Dalšími příčinami byly Nemoci oběhové soustavy, jichž bylo 14%, Novotvary tvořily 13%, Poruchy duševní a poruchy chování tvořily 12% a Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin cca 5,5 %. Další, pro invalidizaci významnější, byly nemoci nervové a endokrinní. V grafu č. 2 je podrobněji zachycena situace v počtu nově přiznaných invalidních důchodů podle jednotlivých kapitol MKN 10.

### Rozdíly v invalidizaci podle pohlaví

Z celkového počtu invalidních důchodů bylo přiznáno 25 787 invalidních důchodů mužům (55,8%) a 20 397 (44,2) invalidních důchodů ženám.

V členění podle typu invalidního důchodu bylo přiznáno nejvíce plných invalidních důchodů mužům (30%), dále částečných invalidních důchodů mužům (25%), částečných invalidních důchodů ženám (24%) a plných invalidních důchodů ženám (21%).

U žen byly nejčastějším důvodem k přiznání invalidního důchodu Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, Novotvary, Poruchy duševní a poruchy chování, Nemoci oběhové soustavy, Nemoci nervové a endokrinní.

U mužů byly nejčastějším důvodem k přiznání invalidního důchodu Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, Nemoci oběhové soustavy, Novotvary, Poruchy duševní a poruchy chování, Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin a Nemoci endokrinní.

Z výše uvedených dat vyplývá, že v invalidizaci existují některé rozdíly mezi pohlavími. Nejčastější příčina invalidizace u obou pohlaví, tj. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně se uplatňuje více u žen než u mužů. Druhou nejčastější příčinou u mužů jsou Nemoci oběhové soustavy, ale u žen jsou to Novotvary. Na třetím místě jsou u žen Poruchy duševní a poruchy chování, u mužů Novotvary. Na čtvrtém místě jsou u žen Nemoci oběhové soustavy, u mužů Poruchy duševní a poruchy chování a na pátém místě jsou u žen Nemoci nervové soustavy a u mužů Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. V kapitole 9, 11 a 19 převažují výrazně muži, v kapitole 2 a 5 celkově převažují ženy. V grafu č. 5 se ukazují rozdíly v invalidizaci v členění podle pohlaví a kapitol MKN 10.

### Věkové rozdíly v invalidizaci

Z hlediska věkového rozložení přiznaných invalidních důchodů do 29 let převažují muži v počtu přiznaných invalidních důchodů, od 30 do 54 let převažují ženy a nad 55 let převažují opět muži. Podrobnější informace jsou uvedeny v grafu č.3. V grafu č. 4 se ukazuje, že invalidizace dosahuje u žen maxima mezi 50-54 rokem věku a u mužů dosahuje maxima později, a to ve věku 55-59 let.

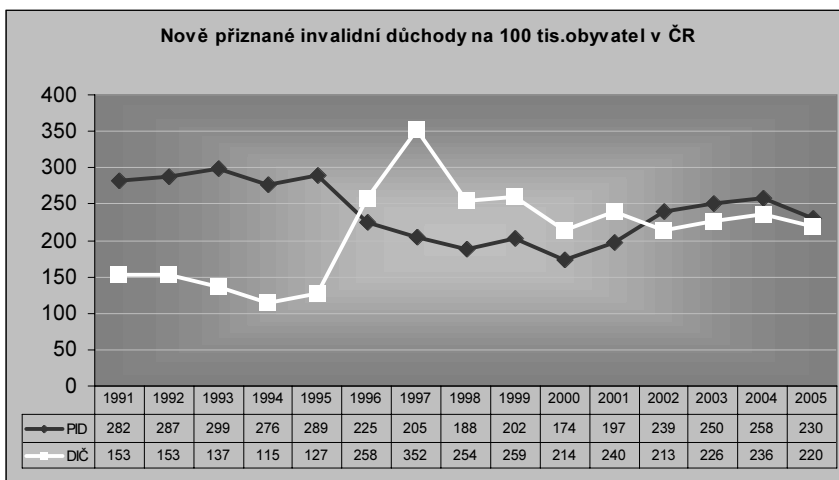
## Členění podle krajů ČR

K porovnání rozdílů mezi jednotlivými kraji byly použity údaje v přepočtu na 100 tis. obyvatel. Základní údaje jsou uvedeny v grafu č. 6.

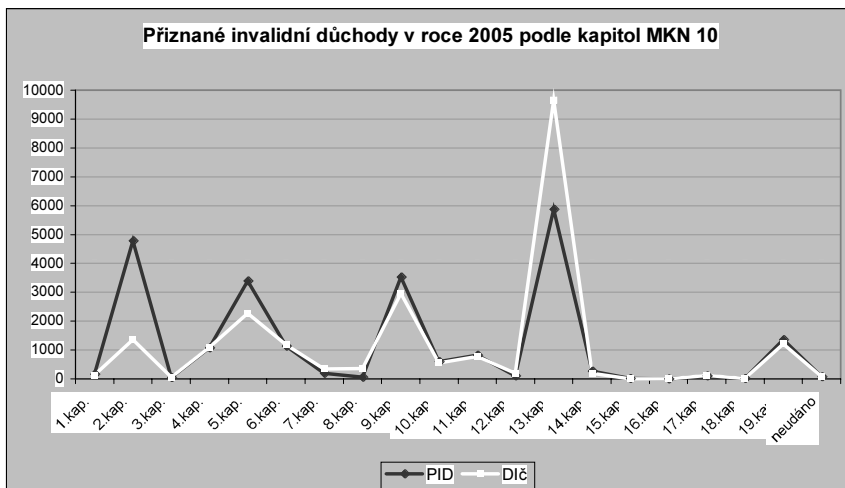
### Nejčastější nemoci vedoucí k invaliditě

V grafu č.7 jsou znázorněny počty nejčastěji zastoupených kapitol MKN 10 v invalidizaci. V nejméně zastoupené kapitole 13 Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně jsou nejčastěji příčinou invalidity diagnózy ze skupiny M40-M54 Dorzopatie, M14-M19 Artrózy a M05-M14 Zánětlivé polyartropatie. V kapitole 9 Nemoci oběhové soustavy je nejčastěji zastoupena skupina diagnóz I20-I25 Ischemické choroby srdce, I30-I52 Jiné formy srdečních onemocnění a I60-I69 Cévní nemoci mozku. V kapitole 2 Novotvary jsou nejčastější diagnózy C 50 Zhoubný novotvar prsu, diagnostická skupina C15-C26 Zhoubné novotvary trávicího ústrojí a C51-C58 Zhoubné novotvary ženských pohlavních orgánů. V kapitole 5 Poruchy duševní a poruchy chování je nejčastější skupina F30-F39 Afektivní poruchy, F20-F29 Schizofrenie, poruch schizotypální a poruchy s bludy a F 40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

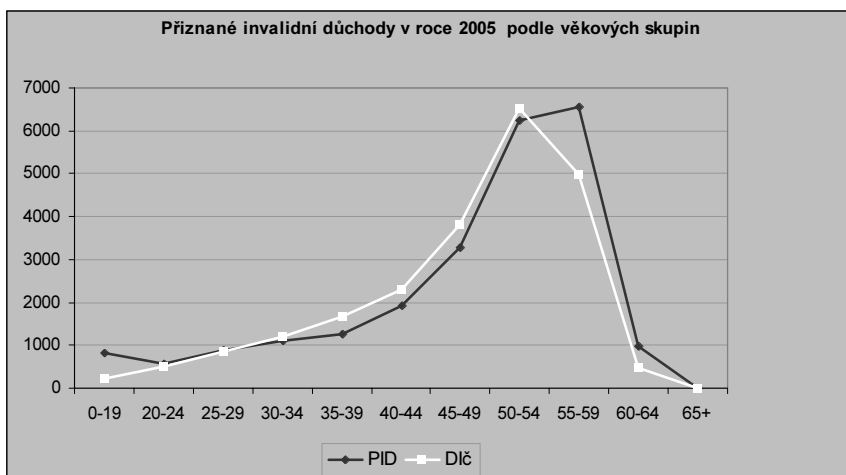
Graf číslo 1



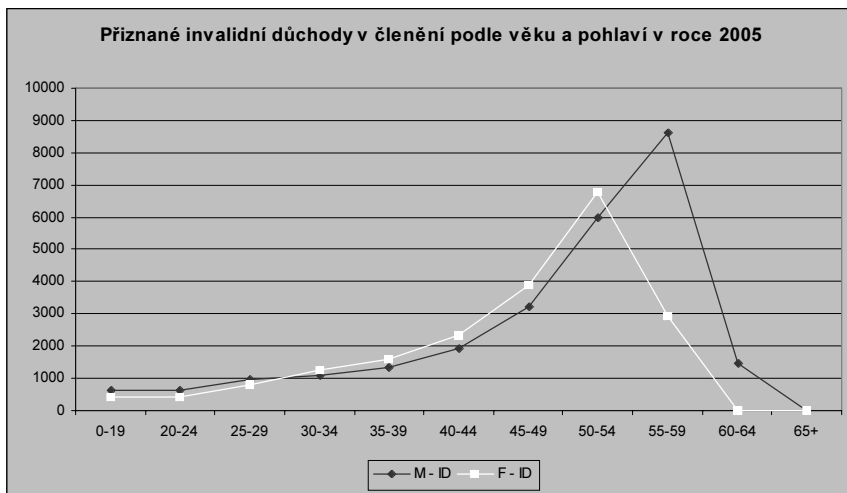
Graf číslo 2



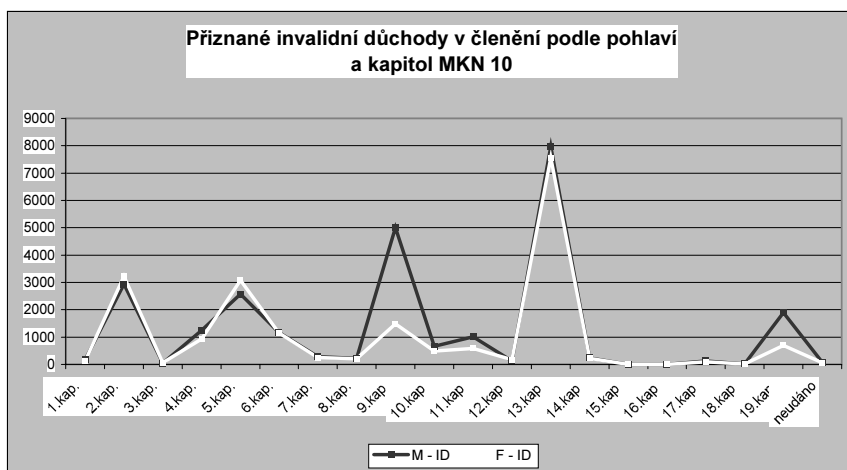
Graf číslo 3



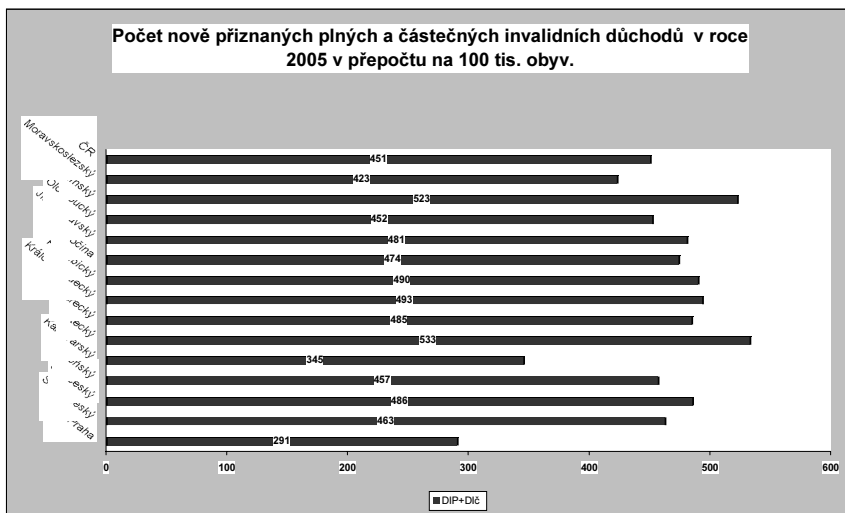
Graf číslo 4



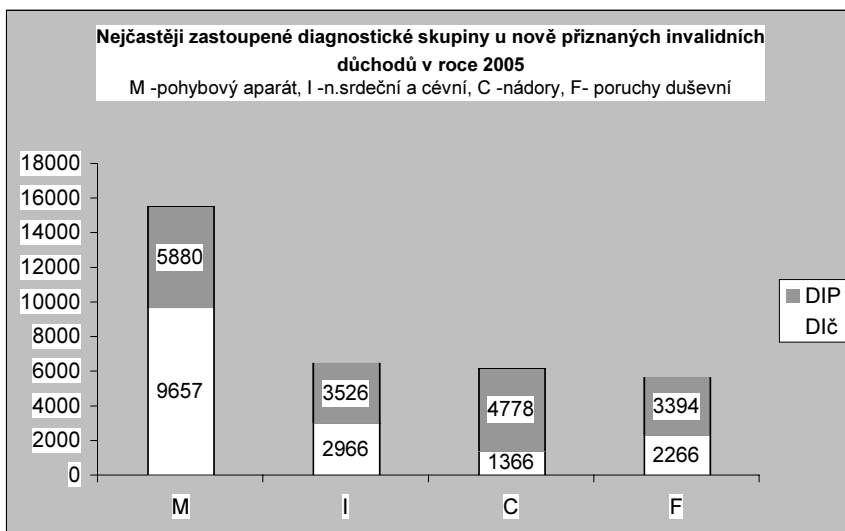
Graf číslo 5



Graf číslo 6



Graf číslo 7





## Informace o česko - slovenském semináři posudkové služby

MUDr. Viera Holeyšová, MPSV - odbor posudkové služby

Ve dnech 24. a 25. dubna 2007 se v Praze konal dvoudenní česko - slovenský seminář s paní MUDr. Veronikou Majtánovou, ředitelkou odboru lékařské posudkové činnosti Sociální pojišťovny a jejími spolupracovníky o organizaci, činnosti a řízení posudkové služby v působnosti Sociální pojišťovny.

Seminář zahájil vrchní ředitel sekce 3 MPSV Mgr. Jiří Král a ředitel odboru posudkové služby MPSV MUDr. Rostislav Čevela.

Z odboru posudkové služby MPSV provedla prezentaci MUDr. Julie Wernerová na téma "Organizace a činnost lékařské posudkové služby v ČR" a MUDr. Alena Zvoníková na téma "Činnost lékařské posudkové služby v pojistných systémech".

Zajímavá byla pro všechny prezentace MUDr. Majtánové a jejích spolupracovníků o lékařské posudkové činnosti na Slovensku. Byli jsme seznámeni s kompetencemi lékařské posudkové činnosti, její právní úpravou, s organizací výkonu lékařské posudkové činnosti a kontrolou její kvality, s personálními otázkami a odbornou způsobilostí pro výkon lékařské posudkové činnosti, vzděláváním i odměňováním. V další části jsme byli seznámeni s LPC nemocenského, důchodového a úrazového pojištění, s právní úpravou a statistickým sledováním v jednotlivých systémech.

Pro ilustraci jsme vybrali z prezentační nabídky slovenských zástupců některé zajímavé údaje:

### Veková štruktúra posudkových lekárov sociálneho poistenia

	SP, pobočka	SP, ústredie	SP
do 30 rokov	0	0	0
31 - 40	25 + 5 MD	2 MD	25 + 7MD
41 - 45	14	0	14
46 - 50	21	1	22
51 - 55	50	7	57
56 - 60	42	6	48
61 - 70	45	7	52
71 a viac	9	0	9
<b>Spolu</b>	<b>211 z toho 5 MD</b>	<b>23 z toho 2 MD</b>	<b>234 z toho 7 MD</b>

## Kontrola kvality LPC

na úrovni pobočky SP

na úrovni ústredia SP

### Vedúci ÚLPC

- konzultácia s posudk. lekárom pred posúdením zdravotného stavu
- recenzia Lekárskej správy z posúdenia zdravotného stavu (overenie každej LS podpisom vedúceho PL)
- pravidelné mesacné semináre

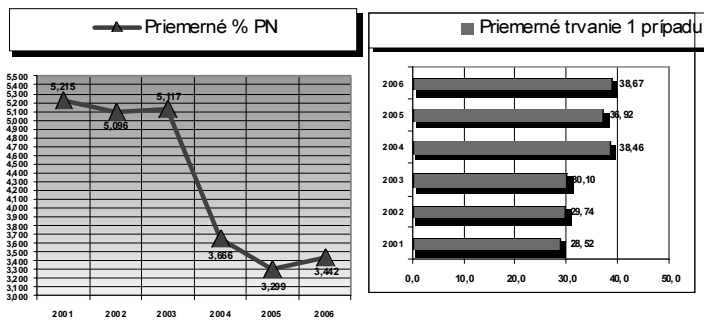
### PL, ústredia – vysunutých pracovísk (13 PL)

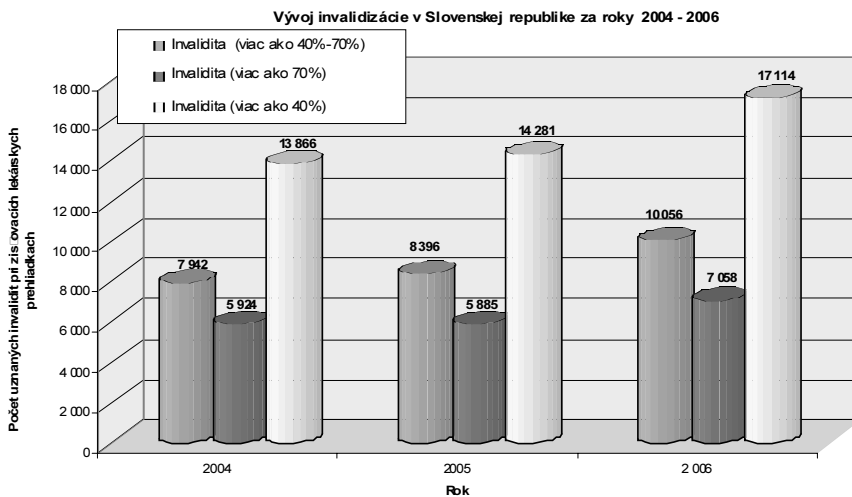
- riadna recenzná činnosť, recenzné správy, nariadené M-KLP

### OLPC . Odd. 241

- vypracovanie súmárov recenzných správ – percento posudkovej chybovosti (mesacne)
- mimoriadna recenzná činnosť
- špecifická recenzná činnosť
- Plán kontrolnej činnosti SP – tematické kontroly vo vybraných pobočkách, komplexné kontroly vo vybraných pobočkách

## Vývoj dočasnej pracovnej neschopnosti pre chorobu a úraz v Slovenskej republike v rokoch 2001- 2006

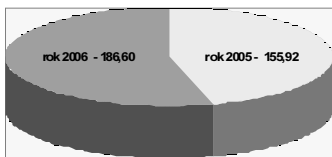




**Incidenca novozuznaných invalidít na 100 000 obyvateľov**

Porovnanie rokov 2005 a 2006

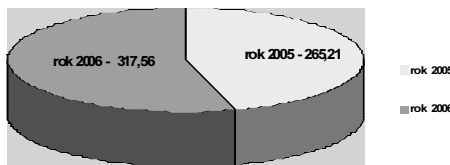
Miera poklesu schopnosti vykonávať  
zárobkovú činnosť viac ako 40% - 70%



Miera poklesu schopnosti vykonávať  
zárobkovú činnosť viac ako 70%



Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 40%



**Vývoj Invalidizácie v roku 2006**  
**podľa veku, pohlavia, diagnostických skupín**  
**Invalidita (viac ako 40% - 70%) – 10 056 Muži + Ženy**

Poradie	Diagnostická skupina	Pocet	%	Veková skupina
I. miesto	Choroby svalov, kostry a spojiv. tkaniva - z toho:	2 563	25,5%	50-60
	Koxartrózy	330	3,3%	
	Dorzalgie - bolesti chrbta	466	4,6%	
II. miesto	Duševné poruchy a poruchy správania - z toho:	1 685	16,8%	50-60
	Poruchy zapríčinené užitím alkoholu	143	1,4%	
	Poruchy zapríčinené užitím návyk. látok	10	0,1%	
	Mentálna retardácia	241	2,4%	
III. miesto	Choroby obehovej sústavy - z toho:	1 310	13,0%	50-60
	Vysoký krvný tlak (Hypertenzia)	333	3,3%	
	Ischemická choroba srdca (ICHS)	384	3,8%	

**Vývoj Invalidizácie v roku 2006**  
**podľa veku, pohlavia, diagnostických skupín**  
**Invalidita (viac ako 70%) – 7 058 Muži + Ženy**

Poradie	Diagnostická skupina	Pocet	%	Veková skupina
I. miesto	Nádory (Novotvary) - z toho:	2 421	34,3%	50-60
	Zhubné nádory	2 236	31,7%	
	Ostatné nádory	36	0,9%	
II. miesto	Choroby obehovej sústavy - z toho:	1 500	21,3%	50-60
	Vysoký krvný tlak (Hypertenzia)	857	12,1%	
	Ischemická choroba srdca (ICHS)	243	3,4%	
III. miesto	Duševné poruchy a poruchy správania - z toho:	1 155	16,4%	50-60
	Poruchy zapríčinené užitím alkoholu	10	0,1%	
	Poruchy zapríčinené užitím návyk. látok	1	0,0%	
	Mentálna retardácia	74	1,1%	

**Vývoj Invalidizácie v roku 2006**  
**podľa veku, pohlavia, diagnostických skupín**  
**Invalidita (viac ako 40%) – 17 114 Muži + Ženy**

Poradie	Diagnostická skupina	Pocet	%	Veková skupina
I. miesto	Nádory (Novotvary) - z toho:	2 926	17,1%	50-60
	Zhubné nádory	2 681	15,7%	
	Ostatné nádory	59	0,3%	
II. miesto	Choroby svalov, kostry a spojiv. tkaniva - z toho:	2 925	17,1%	50-60
	Koxartrózy	401	2,3%	
	Dorzalgie	507	3,0%	
III. miesto	Duševné poruchy a poruchy správania - z toho:	2 840	16,6%	50-60
	Poruchy zapríčinené užitím alkoholu	153	0,9%	
	Poruchy zapríčinené užitím návyk. látok	11	0,1%	
	Mentálna retardácia	315	1,8%	

## Problematika lékařské posudkové činnosti při přiznávání mimořádných výhod (výťah z atestační práce)

MUDr. Marie Stašová, Úřad práce České Budějovice

Od roku 2002 pracuji jako posudkový lékař. Posuzování zdravotního stavu pro účely sociální péče, především při přiznávání mimořádných výhod, se stalo mým denním chlebem, radostí, ale především noční můrou. Zdálo by se, že jde o problematiku méně závažnou v dopadu finančním pro handicapovaného jedince, ale závažnou pro svou velikou četnost a odraz v různých jiných výhodách a resortech.

### Posuzování zdravotního stavu pro účely sociální péče

Úkolem lékařské posudkové služby je podání posudku o zdravotním stavu, který slouží jako podklad pro vydání konečného rozhodnutí o dávce sociálního zabezpečení. Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny. Občanům, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci, se dle § 86 odst. 2 zákona č.100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení v platném znění poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody I. - III. stupně, zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce.

### Mimořádné výhody

Zdravotní postižení musí být dlouhodobého charakteru. Posuzování zdravotního stavu v sociálním zabezpečení je svěřeno posudkovým lékařům, posuzování mimořádných výhod posudkovým lékařům úřadů práce. Jde o zcela novou složku LPS, kde byla použita kombinace posuzování lékaři kmenovými a smluvními. Jde o vysoce moderní prvek, kdy se nekladou nároky na systemizovaná místa ve státní správě, posiluje se účast lékařů pracujících v resortu zdravotnictví na posuzování v resortu práce a sociálních věcí. V každém případě se zvedá úroveň vypracování podkladů těmito lékaři pro posuzování a více si váží práce posuzujících lékařů. Někteří lékaři po zaškolení posuzování opouští, protože jde o práci náročnou, hlavně při každodenním kontaktu s klienty. Posudkoví lékaři vycházejí z podkladů vypracovaných ošetřujícími lékaři. Jde o praktické i odborné lékaře. Pokud předložená dokumentace není úplná, je možné vyžádat kompletní zdravotní dokumentaci od ošetřujícího lékaře, pozvat si posuzovaného k vyšetření, doplnit novým odborným vyšetřením. Posudkový

závěr se opírá v první řadě o funkční dopad zdravotního postižení. Samotná diagnosa neříká nic o závažnosti postižení. Lékař se setkává zpravidla s osobami, jejichž onemocnění nepostihuje jen jeden orgán nebo systém. Funkční dopad se musí zvážit u každého postižení a pak dle závažnosti postižení se stanoví stěžejní příčina zjištěného stavu.

Dalším krokem je určení termínu kontrolní lékařské prohlídky. U některých postižení lze předpokládat, že zdravotní stav je trvalý a nezměnitelný. U většiny posudků je nutné termín stanovit dle dynamiky vývoje zdravotního stavu. Nejsou-li podklady dostatečné pro učinění posudkového, hrozí riziko nadhodnocení nebo podhodnocení závažnosti zdravotního postižení. Je třeba si uvědomit, že nadhodnocení vede k plýtvání finančními prostředky, podhodnocení vede k poškození posuzované osoby.

Od roku 2002 jsem začala pracovat jako posudkový lékař na OSSZ v Českých Budějovicích. Přišla jsem v období, kdy chyběli čtyři posudkoví lékaři a práce se nahromadila. Bylo 400 nedodělků převážně v oblasti kontrolních prohlídek invalidit a žádostí o mimořádné výhody. Stoupající počty žadatelů o přiznání mimořádných výhod ukazuje následující tabulka.

Počet posouzených žadatelů o mimořádné výhody na OSSZ České Budějovice v letech 2002 - 2006

Rok	2002	2003	2004	2005	do 5/2006
Počet MV	1105	1213	1652	1743	801

Důvody vyššího počtu žádostí o mimořádné výhody jsou v lepší informovanosti občanů o možnostech si požádat o sociální dávky jak od svých lékařů, sociálních pracovníků, ale i z médií. Dále stárnutí populace, zvyšující se sociální nejistoty a v neposlední řadě četnost různých výhod, které jsou s průkazem občana těžce postiženého spojené. V poslední době jde hlavně o možnost označení parkovacího místa před domem a parkování před hypermarkety na označených místech pro invalidy.

Nejčastější diagnózy dle alfanumerického kódu podle MKN 10, které se objevují jako hlavní diagnózy vyplývají z toho, že je nutno posoudit dopad na pohybové a orientační schopnosti posuzovaného. Jde tedy hlavně o diagnózy z kapitoly XIII. nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně M 00 - M 99. Výrazně vedou podkapitoly spondylopatie M 45 - M 49, dorzopatie M 50 - M 54 a artrózy M 15 - M 19. Méně častá je diagnóza revmatické artritidy, osteoporosy s patologickými frakturami či bez nich, ankylozující spondylitidy a poruchy kolena. Smutnou kapitolou je stoupající počet onemocnění ze skupiny C 00 - C 97 - zhubné novotvary a následky polytraumat z kapitoly S a T.

V oblasti hodnocení omezení orientace spíše převládají diagnózy F 00 - F 03 a F 70 - F 79 hlavně u dětí a gerontů a pak ze skupiny postižení smyslu nemoci oka a očních adnex H 00 - H 59 a ucha H 60 - H9 5. Interních onemocnění s dopadem na pohybové schopnosti vedou diagnózy selhání srdečního, CHOPN a astmatu. U dětí se objevují vrozené vývojové vady. Ostatní diagnózy dle MKN jsou vzácnější.

### Statistická hodnocení četnosti uznání mimořádných výhod za roky 2003 - 2006

Každým rokem počet žádostí o přiznání mimořádných výhod stoupá. Nejde o dramatické nárůsty, ale je třeba vidět za čísly lidskou práci, finanční dopad v dávkách, ale i v neposlední řadě pomoc handicapovaným.

V roce 2002 bylo posouzeno na OSSZ 1 105 žádostí o mimořádné výhody a v roce 2005 1 743. Jde tedy o nárůst téměř o jednu třetinu.

Rozbor posudků MV za 2. pololetí roku 2006 na úřadu práce v Č. Budějovicích

Období	Celkem	Neuznán žádný stupeň	Uznán I. stupeň	Uznán II. stupeň	Uznán III. stupeň
7/2006	1	0	0	0	1
8/2006	141	32	21	70	18
9/2006	65	11	13	34	7
10/2006	106	15	31	47	13
11/2006	92	18	23	39	12
12/2006	83	12	30	36	5
Celkem	488	88	118	226	56

Nelze bohužel provést srovnání rozložení jednotlivých stupňů a neuznání, protože podrobnější statistiky nejsou z předchozích let z OSSZ k dispozici.

V roce 1965 bylo v republice celkem evidováno 26 022 průkazek, z toho 9 000 TP, 9 550 ZTP a 7 400 ZTP/P. Prudší nárůst z důvodů ekonomických nastal po roce 1998. Celkem bylo evidováno 340 960 průkazek, z toho 21 048 bylo vydáno do 18 let. TP 77 086. ZTP 189 440 a ZTP/P 74 434. Do roku 1980 stoupl počet TP 4x, ZTP 8x a ZTP/P 4x. Určitý pokles nastal v roce 2002 při výměně průkazek. Ještě dnes se setkávají pracovníci sociálních odborů MM s původními bílými průkazkami.



Pro zajímavost uvádím počet držitelů MV všech stupňů v ČR ve vybraných letech od roku 1965 do roku 2003.

Rok	1965	1975	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Počet MV	26 022	82 728	312 192	340 960	356 942	349 682	315 220	289 727	281 908

Pro ilustraci, jak velké finance jsou ve hře, uvádím hodnoty vyplacených příspěvků na provoz motorového vozidla magistrátem města České Budějovice. V r. 2003 bylo vyplaceno 21 671 000 Kč, v r. 2004 23 390 000 Kč, v roce 2005 25 545 000 Kč a v roce 2006 již 29 039 000 Kč. Ano, jde o desítky milionů korun jen v oblasti necelého bývalého okresu.

### Nejčastější zdůvodnění žádostí o přiznání MV ze strany žadatelů

Málokdy je vyplněna na Lékařském nálezu k posouzení zdravotního stavu pro účely státní sociální podpory a dávek a služeb sociální péče kolonka "Žádost podávám z těchto důvodů" odpovídajícím způsobem. Např. žádám sociální dávky, žádám vše co mi náleží, chci peníze na benzín, žádám průkazku, abych mohl parkovat před domem, mám tíživou sociální situaci, nemohu sehnat zaměstnání, nedostanu se k lékaři, mám těžkou zdravotní situaci, jsem invalidní a chci průkazku invalidy. Nejkurioznější byl výčet závad motorového vozidla, pro které nejde již opravit, protože si žadatel spletl žádost o příspěvek na motorové vozidlo. Nikam nedojdu, potřebuji označení auta, abych mohl parkovat na vyhrazených místech před markety. Mám průkazku na hluchotu, ale chci ji na pohybovku. Dcera nemůže zaparkovat před domem a před poliklinikou, když mě vozí k lékaři. Málokdy jsou uvedeny zdravotní potíže, pro které je nutno handicapovanému pomoci jeho handicap zmírnit. Mnohdy jde i o zcela ležícího posuzovaného, který si sám žádost nepodal a sám nepodepsal.

### Problematika vyplňování Lékařského nálezu k posouzení zdravotního stavu a MV

Ošetřující lékař, třebaže se musí postarat o svého pacienta v celé šíři zdravotních i sociálních problémů, chce především léčit. Vyplňování jakýchkoliv tiskopisů považuje v lepším případě za ztrátu času. Škoda, že za ztrátu času považuje si i s pacientem popovídat. Praktický lékař je často jediným, který může svými znalostmi a zkušenostmi v širokém záběru všeobecného vzdělání pacienta uklidnit, poučit, ale i mu pomoci v těžké sociální situaci. Součástí lékařského vzdělání je orientovat se v jednotlivých dávkách a i vyplňovat Lékařské nálezy nutné k posouzení zdravotního stavu. Lékaři, kteří vyplňovali tiskopisy vzorně za socialismu, je vyplňují v dostatečné kvalitě i dnes a dodají i odborné nálezy.

Lékaři, kteří jsou spíše podnikatelé než doktoři, přesvědčují své pacienty, aby si podali žádost o cokoliv i když jsou bez závažného narušení zdravotního stavu, protože si mohou fakturovat vyplnění nálezu. Výrazné zvýšení kvality nálezů lze pozorovat jen u praktických lékařů pro dospělé, kteří začali pracovat na úřadu práce jako lékaři smluvní. Pochopili, jak je důležité úplné a správné vypsání všech důležitých údajů.

## **Rozdílný přístup k posuzování MV u jednotlivých posudkových lékařů**

Nikdy nelze dosáhnout toho, aby při posouzení několika posudkovými lékaři dopadl posudek zcela stejně. Nejde o matematiku, ale biologii. Záleží na mnoha okolnostech, na životních zkušenostech posuzujícího, na jeho praxi jak v lékařském oboru tak v posudkové činnosti. Záleží na proškolení od kolegů, na metodologii, na školení IPVZ. Výbornou pověst mají inovační kurzy pro posudkové lékaře. Při posuzování jsou regionální rozdíly. V některých okresech se nikdy neuznávaly MV II. stupně po implantaci endoprotézy nosných kloubů, jinde ano, alespoň po dobu nutnosti chůze o dvou berlích při porušeném stereotypu chůze. Je na závalu, že je uvedená nutnost, aby porucha zdravotního stavu byla dlouhodobá, ale není přímo stanoven 1 rok, jako je striktněji uvedeno u posuzování stupně závislosti. Stalo se nešvarem, že si pacienti chirurgických oddělení ihned po fraktuře kostí dolní končetiny žádají o mimořádné výhody. Rozdílný přístup jednotlivých posudkových lékařů se projevuje též v množství změnových posudků u komisí MPSV. V poslední době jako posudkový lékař úřadu práce mám dobré zkušenosti s kvalitním metodickým vedením. Je podporováno vzdělávání na všech úrovních, včetně účasti na inovačních kurzech IPVZ. Je umožněno setkávání i s lékaři posudkových komisí MPSV na odborné úrovni. Dále pořádáme v Č.Budějovicích setkávání lékařů LPS úřadů práce zhruba jedenkrát za 3-4 měsíce ohledně vzdělávání se vzájemně, které je velmi dobře všemi přijímáno.

## **Názory pracovníků státní správy magistrátu města Č.Budějovice**

Dobrá spolupráce posudkových lékařů s pracovníky státní správy, se sociálními pracovníky na sociálním odboru magistrátu města a na jednotlivých pověřených obcích je určitě s výhodou. Někdy se posudkovým lékařům zdá, že není možné, aby si žádosti o sociální dávky podávali lidé téměř bez zdravotního handicapu, lidé pouze s finančními potížemi, bezdomovci, alkoholici a v poslední době patologičtí hráči a narkomani. Sociální pracovníci musí vzít žádost od každého klienta a nemají možnost nikoho odmítnout. Jejich pokusy o vysvětlení podmínek přiznání MV často končí tristně. Méně času a stresu je stojí žádost přijmout a zaregistrovat. Problémy jsou s daty vzniku dávky. Nejčastějším názorem pracovníků státní správy na mimořádné výhody je, že jsou

zneužívány. Příspěvek na benzín neslouží těm, kterým je určený. Autem se vozí zdravý vnuk a dědečka odveze sanitní vůz. Velkým problémem je příspěvek na individuální dopravu, který by právem patřil nemocným, kteří nevlastní motorové vozidlo a za příspěvek hradí jízdu k lékaři taxíkem nebo výpomoc souseda.

### Závěr

Problematika lékařské posudkové činnosti při posuzování mimořádných výhod je velmi komplexní. Mimořádné výhody se začaly poskytovat v roce 1957. Šlo o velmi dobrý úmysl pomoci vyrovnat handicap pouze některým klientům těžce zdravotně postiženým především při problémech v dopravě.

Všichni pracovníci, kteří jsou účastníky procesu přiznávání mimořádných výhod, kromě posuzovaných, se nakonec shodli, že nejlepším řešením by bylo tuto dávku zrušit. Svými "přílepkami" v jiných oblastech společenského života se stala dávkou, která neplní svůj přednostní úkol a to je umožnit handicapovanému vyrovnat se se svým postižením v oblasti orientace a pohybu, ale vzbuzuje pocit, že člověku vlastnickému průkazku nejméně II. stupně přinese mnohé finanční výhody a přilepšení k invalidnímu či starobnímu důchodu. Přínosem by bylo dávky specifikovat pro handicapované zapojené do pracovního procesu. Tam jde o peníze dobře investované. V současné době často dávka neslouží tomu, komu je určena a může být kompenzována eventuálně dávkou určenou jako příspěvek na péči, která se dá lépe kontrolovat - alespoň doufám. Stát se chová se svou obrovskou sociální sítí jako stát vlastníci nezměrné finanční prostředky určené k "rozdávání" často na nepravých místech a mimořádné výhody jsou jedním z příkladů nesprávných výdajů. Určitě by se našla místa, kde peníze chybí. Bude nutné hlavně změnit lidské myšlení. Bude třeba naučit další generace, že si člověk musí chtít pomoci především sám. Že se na své prohry musí chystat ve svém lepším životním období, že si musí našetřit na své handicap. Že je dobré mít kolem sebe pár přátel, kteří v nouzi rádi pomohou a že spoléhat se na dávky a pomoc druhých bude až to poslední k čemu bude muset sáhnout.

Vzhledem k tomu, že jsem pracovala s malými soubory, nejsou výsledky nijak zajímavé ani překvapivé. Zvýšil se počet neuznaných případů z důvodu přísného dodržování indikací a z důvodu zvýšeného počtu žádostí u velmi málo handicapovaných jedinců. Poměr mezi přiznanými mimořádnými výhodami I. - III. stupně je zhruba stále stejný, tj. největší počet je průkazek II. stupně. Mírně stoupl počet průkazek I. stupně hlavně z důvodu změny indikací v oblasti onemocnění páteře a kloubů. Počet žádostí o průkazku ZTP/P je také neúměrný zdravotnímu stavu posuzovaných. Zcela se vytrácí povědomí o nutnosti průvodce při handicapu smyslovém a při upoutanosti na vozík pro invalidy a soustřeďuje se do oblasti gerontologie. Zde je doprovod starší osoby zcela přirozený a morální. Nejde o handicap, ale stav fyziologický.

# Informace o Návrhu zákona o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (*antidiskriminační zákon*)

Mgr. Jarmila Táborská, MPSV - odbor posudkové služby

## Úvod

Návrh zákona je předložen ministerstvem spravedlnosti spolu s návrhem zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s jeho přijetím (změnový zákon). Materiál je v současné době (červenec 2007) schválen vládou. Úspěšné zakončení legislativního procesu ve věci je podmíněno schválením materiálu horní i dolní komorou Parlamentu České republiky a podpisem prezidenta České republiky. Návrh zákona a příslušného změnového zákona byl předložen vládě již podruhé, původní znění bylo přepracováno s přihlédnutím k legislativnímu vývoji a se zohledněním některých zásadních pozměňovacích návrhů uplatněných při projednávání původních návrhů v obou komorách Parlamentu ČR. Návrh zákona dále implementuje nově některé směrnice Rady Evropy (dále jen "Rady").

## Současný platný právní stav

Ze zhodnocení současné právní úpravy vyplynulo, že právní úprava povinnosti zajišťovat rovné zacházení a ochranu před diskriminací v českém právním řádu není dostatečná a neodpovídá požadavkům vyplývajícím pro Českou republiku z práva Evropského společenství (dále jen "ES").

Povinnost zajišťovat rovné zacházení a ochranu před diskriminací, tak jak vyplývá z práva ES, se vztahuje na velké množství právních vztahů. Jde o právní vztahy v oblasti zaměstnání, přístupu k zaměstnání a povolání, samostatné výdělečné činnosti, odborného vzdělávání, poradenství a rekvalifikace, členství a účasti v organizacích pracovníků nebo zaměstnavatelů, sociální ochrany včetně sociálního zabezpečení a zdravotní péče, sociálních výhod, vzdělání a přístupu ke zboží a službám, které jsou k dispozici veřejnosti, a bydlení. Z práva ES vyplývá povinnost zajišťovat rovné zacházení a ochranu před diskriminací z důvodů pohlaví, rasy, etnického původu, náboženského vyznání či víry, zdravotního postižení, věku a sexuální orientace.

Platný právní stav nesplňuje plně požadavky na zajištění rovného zacházení a ochrany před diskriminací ze strany práva ES ve smyslu toho, že každý členský stát EU má zajišťovat ochranu před diskriminací tím, že ve svých právních předpisech nejen zakáže diskriminaci, ale i vymezí pojmový aparát (tj. definice

přímé a nepřímé diskriminace, obtěžování, sexuální obtěžování, pronásledování) a upraví nástroje právní ochrany před diskriminací. Tyto požadavky mohou být splněny pouze ve formě přijetí samostatného zákona, jehož začleněním do našeho právního systému dojde k požadované ucelené úpravě dané problematiky. Tento zákon zatím nebyl v ČR přijat, v současné době je předkládána druhá varianta návrhu zákona.

V současné době tedy daná problematika je zapracována pouze v jednotlivých právních předpisech, chybí však ucelený základní právní předpis s tím, že až na výjimku pracovněprávních předpisů upravujících závislou práci, tuto problematiku příslušné právní předpisy obsahují zcela nedostatečně nebo vůbec. Kromě pracovněprávních vztahů a přístupu k zaměstnání je tak nezbytné antidiskriminační ustanovení promítnout i do dalších oblastí, zejména samostatné výdělečné činnosti, sociální ochrany včetně sociálního zabezpečení a zdravotní péče, sociálních výhod, vzdělání a přístupu ke zboží a službám, které jsou k dispozici veřejnosti a bydlení.

České republice hrozí z důvodu netransponování směrnice Rady 2000/78/ES žaloba ze strany Evropské komise. Jde o obecnou antidiskriminační směrnici, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání, a obecný rámec pro ochranu před diskriminací na základě náboženského vyznání či víry, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace. Problémem na naší straně je skutečnost, že dosud nebyla přijata zákonná rámcová podoba dané problematiky ve formě zákona.

### Navrhovaná právní úprava

Hlavním cílem předkládaného návrhu zákona je doplnění právního řádu České republiky tak, aby bylo dosaženo jeho souladu s požadavky práva ES v těch případech, kdy tomu tak zatím nebylo.

Navržený zákon upravuje právo na rovné zacházení a ochranu před diskriminací v oblasti zaměstnání, přístupu k zaměstnání a povolání, samostatné výdělečné činnosti, odbornému vzdělávání, poradenství a rekvalifikaci, členství a účasti v organizacích pracovníků nebo zaměstnavatelů, sociální ochrany včetně sociálního zabezpečení a zdravotní péče, sociálních výhod, vzdělání a přístupu ke zboží a službám, které jsou k dispozici veřejnosti včetně bydlení. Navrhovaný zákon upravuje právo na rovné zacházení a ochranu před diskriminací jednak z důvodů rasy nebo etnického původu, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání či víry a dále i z jiného důvodu, zejména jazyka, politického aj. smýšlení, národnosti, členství nebo činnosti v politických stranách nebo politických hnutích, odborových organizacích a jiných sdruženích, sociálního původu, majetku, rodu, manželského stavu,

povinností k rodině nebo jiného postavení a povinnosti fyzických a právnických osob při jejich zajišťování.

Samotný návrh zákona počítá celkem 18 ustanovení, z nichž je třeba podtrhnout především základní ustanovení § 2 a § 3 zákona, kde v souladu s příslušnými směrnici ES se stanoví, která jednání jsou ze zákona považována za diskriminační. Ustanovení definují jednak pojem "diskriminace" obecně a dále pojmy "přímá diskriminace" a "nepřímá diskriminace". Ustanovení uvádějí diskriminační důvody pro oba druhy diskriminace.

Mezi diskriminační důvody přímé diskriminace jsou mimo jiné uváděny pojmy "zdravotní postižení" a "zdravotní stav". Níže uvedená kasuistika použitá předkladatelem v rámci přípravy a při předložení materiálu přibližuje danou problematiku.

Ve vztahu pojmů "zdravotní postižení" a "zdravotní stav", bylo vycházeno z rozsudku Evropského soudního dvora (velkého senátu) ve věci Sonia Charón Navas proti Eurest Colactividades S.A. (rozsudek č. C-13/05) ze dne 11.7.2006. Předmětem rozsudku byla žádost o rozhodnutí o předběžné otázce na základě článku 234 Smlouvy o založení ES. Soud dospěl k názoru, že na osobu, která byla propuštěna zaměstnavatelem výlučně z důvodu nemoci, se nevztahuje obecný rámec pro boj proti diskriminaci na základě zdravotního postižení stanovený směrnicí Rady 2000/78/ES a že nemoc jako taková nemůže být považována za důvod doplňující důvody na základě kterých směrnice 2000/78/ES zakazuje jakoukoli diskriminaci. Soud uvedl, že pojem „zdravotní postižení“ není samotnou směrnicí 2000/78/EC definován, směrnice za účelem definování tohoto pojmu neodkazuje ani na právo členských států. Proto pojem „zdravotní postižení“ ve smyslu směrnice 2000/78/ES musí být vykládán autonomním a jednotným způsobem s ohledem na účel směrnice. Použitím pojmu „zdravotní postižení“ si zákonodárce úmyslně zvolil výraz, který se liší od výrazu „nemoc“. Jednoduché postavení naroveň obou těchto pojmů je tedy vyloučeno. Pojem „zdravotní postižení“ musí být chápán jako znamenající omezení vyplývající z fyzických, duševních nebo psychických postižení, bránící účasti dotčené osoby na profesním životě. Proto, aby omezení spadalo pod pojem „zdravotní postižení“ musí být pravděpodobné, že bude dlouhodobé.

Z rozsudku plyne, že pojmy „zdravotní postižení“ a „nemoc“ nejsou zaměnitelné. Z toho lze dovodit, že nemohou být zaměnitelné ani pojmy "zdravotní postižení" a "zdravotní stav", případně "nepříznivý zdravotní stav". Proto předkladatel pojem "zdravotní postižení" zařazuje mezi přímé diskriminační důvody uvedené v ustanovení § 2 odst. 3 písm. a) a pojem "zdravotní stav" mezi přímé diskriminační důvody uvedené v citovaném ustanovení, odst. ale pod písm. b) - tedy z jiného důvodu. Jen osobám se zdravotním postižením tedy náleží zvýšená ochrana, z níž plynou určité

povinnosti, např. zaměstnavatele, zejména povinnosti přijmout tzv. přiměřená opatření, jak je uvádí návrh zákona. Definicí zdravotního postižení pak stanoví zvláštní zákon (zákon o zaměstnanosti).

Zákon dále stanoví právní prostředky ochrany před diskriminací. Osoba, jejíž právo na rovné zacházení bylo porušeno, se může u soudu domáhat zejména toho, aby bylo od diskriminace upuštěno, aby byly odstraněny následky diskriminačního zásahu a aby jí bylo dáno přiměřené zadostiučinění. Jinak je navržena instituce, která bude zprostředkovávat právní pomoc ve věcech ochrany před diskriminací, vydávat doporučení a stanoviska, provádět nezávislý výzkum a poskytovat informace veřejnosti. Předkladatel převzal pro tento návrh řešení vlády z roku 2005 - tedy pověřil uvedenou činností veřejného ochránce práv, čímž dojde ke značnému rozšíření jeho působnosti.

### Závěr

Je třeba zdůraznit, že v souvislosti s přijetím zákona o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon) je třeba přijmout řadu novel některých zákonů, jednak proto, aby se zabránilo duplicitám v právním řádu a jednak proto, aby byl stanoven stejný standard ochrany pro celou oblast rovného zacházení.

Přijetím citovaného zákona včetně změnového zákona by pak v důsledku pro Českou republiku znamenalo splnění požadovaného doplnění českého právního řádu a zamezení hrozby případného podání žaloby ve věci ze strany Evropské komise.

Účelová neperiodická publikace  
Není určena k prodeji na knižním trhu

**Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení**

Vyšlo v roce 2007, vydání první, 88 stran, 1500 výtisků.  
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, Na Poříčním právu 1  
128 00 Praha 2  
ve Vydavatelství KUFR, Naskové 3, 150 00 Praha 5

ISBN 978 - 80 - 86878 - 30 - 0