

**Analýza možnosti oddělení
invalidního pojištění
od starobního pojištění včetně
sociálně zdravotních
aspektů vývoje invalidity**

Daniela Bruthansová
Anna Červenková

technická spolupráce
Marie Pechanová

VÚPSV, v.v.i. Praha
2007

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
Vyšlo v roce 2007, 1. vydání, počet stran 94
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze JUDr. Zdeněk Přeslička (MPSV)
JUDr. Zdeněk Hájek (specialista na sociální zabezpečení, ČMKOS)

ISBN 978-80-87007-70-9

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Účelem uvedené studie je zjištění, zda by bylo možné vydělit invalidní pojištění ze systému důchodového pojištění a přiřadit k pojištění nemocenskému. Při řešení projektu bylo vycházeno z popisu stávajícího systému, a to jak z hlediska ekonomického (analýza příjmové a výdajové stránky nemocenského a důchodového pojištění), tak z hlediska zdravotního (srovnání příčin morbidity a invalidity podle skupin diagnóz - kapitola MKN-10).

Na základě popisu stávajícího systému v ČR, jeho podrobné statistické analýzy a popisu uspořádání v některých evropských zemích bylo zjištěno, že oddělení invalidního pojištění od ostatních typů důchodového pojištění možné je. Projekt obsahuje tři možné varianty řešení při zachování současné výše pojistného na sociální pojištění a řeší i pojistné osob samostatně výdělečně činných. Poukazuje na některé výhody takového řešení, k nimž patří zejména kontinuální sociální ochrana osob se zhoršeným zdravotním stavem a posílení úlohy rehabilitace v péči o tyto osoby. V závěru doporučuje provést některé legislativní změny, k nimž patří zejména automatická konverze invalidního důchodu ve starobní.

Klíčová slova:

invalidní pojištění, důchodové pojištění, systém starobních důchodů, nemocenské pojištění, morbidita=nemocnost, invalidita, pojistné, osoby samostatně výdělečně činné, konverze invalidních důchodů ve starobní, příjmy a výdaje důchodového systému

Abstract

The goal of presented study is to find out whether it would be possible to remove disability insurance from the system of old-age pension insurance and include it within the system of health insurance. We begin by describing the existing system from both economical point of view (analysis of the income and expense of health and pension insurance) and health point of view (comparison of morbidity and disability according to International Statistical Classification of Diseases ICD-10/WHO).

Based on the description of existing system in the Czech Republic, its detailed statistical analysis and description of arrangements in some European countries we established that it is possible to separate disability insurance from other type of pensions. We present three possible options of how to do this without changing the current level of social insurance contributions and which would also take into account the insurance of the self-employed. We describe some benefits of such solution, including continuous protection of people with poor health and increased emphasis on rehabilitation of such people. In concluding parts we recommend to make some legislative changes, including automatic conversion of disability pension into old-age pension.

Key-words:

Disability insurance, Pension insurance, The old-age pension scheme, Sickness insurance, Sickness, Disability, Contributions to social security insurance, insurance contributions, Self-employed persons, Conversion of disability pensions in (into) old-age pensions, Pension system incomes pension system outcomes

Obsah

1. Vymezení problému a cíle	7
2. Metodika	9
3. Pojetí invalidity	11
4. Pracovní neschopnost a invalidita	16
4.1 Vývoj pracovní neschopnosti (PN) pro nemoc a úraz	16
4.2 Pracovní neschopnost podle věku	19
4.3 Počet případů a trvání pracovní neschopnosti podle skupin diagnóz	22
4.4 Pracovní neschopnost a nově přiznané invalidní důchody	25
4.5 Přínos rehabilitace	28
5. Popis dosavadního systému v ČR	31
5.1 Nemocenské pojištění	32
5.2 Důchodové pojištění	34
5.3 Vypáčené starobní a invalidní důchody	37
6. Mezinárodní srovnání	42
6.1 Přístup k nemoci a invaliditě podle tabulek CESIFO 2004	42
6.1.1 Nemocenské pojištění	42
6.1.2 Invalidní pojištění	43
6.2 Dávky v nemoci a invaliditě v některých evropských zemích (modelový přístup podle publikace SOCIOKLUBU)	43
6.3 Vztah starobního a invalidního důchodu	52
6.4 Rehabilitace a pracovní uplatnění invalidů	54
7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků	57
8. Výhody a nevýhody navrhovaného řešení	61
9. Závěry a doporučení	62
Literatura	65
Seznam tabulek	66
Seznam grafů	67
Přílohy	68

1. Vymezení problému a cíle

Invalidní důchody jsou v důchodovém systému do jisté míry cizorodým prvkem. Jediné, co je s ostatními důchody spojuje, je náhrada příjmu. Nicméně však vznik titulu nároku není spjat ani s věkem jako u důchodů starobních ani se ztrátou „živitele“ jako u pozůstalostních důchodů. Hlavním důvodem pro přiznání invalidního důchodu je pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu, případně nevyhovující zdravotní stav dané osoby. Tím jsou invalidní důchody spíše spjaty s nemocenským pojištěním, a to s jeho dávkou „nemocenské“. Většinou jeho přiznání předchází dlouhodobá pracovní neschopnost, ať již z důvodu nemoci či úrazu (nemoci z povolání či pracovní úrazy nevyjímaje). Pouze malá část příjemců invalidních důchodů nebyla nikdy nemocensky pojištěna - hovoříme tak o invalidech z mládí.

Z evropských zemí je invalidní pojištění spojeno s nemocenským pojištěním v Belgii, ve Francii a ve Velké Británii; se starobním pojištěním je spojeno v Rakousku a v Německu a všeobecně v prostoru ovlivněném německou sociální doktrínou¹ (kam patří i ČR)

Invalidní důchod je podle současné legislativy (zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění a příslušné prováděcí předpisy) možno přiznat (při splnění zákonem stanovených podmínek) buď jako plný nebo částečný. V obou těchto případech buď z důvodu poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti (nejméně o 66 % u plného invalidního důchodu, u částečného invalidního důchodu pak nejméně o 33 %) nebo v případě plného invalidního důchodu vzniká plná invalidita též z důvodu zdravotního postižení dotyčné osoby, která je schopna soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. V případě částečného invalidního důchodu je též příčinou invalidity dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který dotyčné osobě značně ztěžuje obecné životní podmínky.

V neposlední řadě je třeba brát v úvahu další faktor, který se zdravotním stavem dotyčné osoby úzce souvisí, a to je zdravotní péče, která je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. ČR patří mezi země, kde je zdravotní a nemocenské pojištění odděleno (zdravotní je na veřejně právním principu, kdežto nemocenské na administrativně správním principu). Z toho plyne zásadně odlišný vztah ke státnímu rozpočtu. Příjmy z pojistného na sociální pojištění (jehož je nemocenské pojištění součástí) spravuje ČSSZ a jsou součástí státního rozpočtu. Ze státního rozpočtu pak ČSSZ každý rok dostává prostředky na dávky důchodového a nemocenského pojištění a administraci systému, a to nezávisle na tom, kolik na pojistném v předchozím období vybrala.² Oba tyto systémy jsou na sobě nezávislé, s odlišným způsobem hospodaření. Zdravotní péče je věcnou dávkou, kdežto nemocenské je dávka peněžní.

Cíl práce

Cílem práce je zmapování současného stavu v oblasti nemocenského a důchodového pojištění. Práce zahrnuje analýzu výhod a nevýhod vyčlenění invalidního

¹ pramen: Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu - ve vybraných zemích. Grantová studie MPSV ZVZ 64 říjen 2002, Praha: Socioklub, 2002

² Tisková zpráva ČSSZ 2.2.2007

pojištění z pojištění důchodového a jeho případnou inkorporaci do nemocenského pojištění.

Očekávané výstupy

Pro vyčlenění invalidního pojištění z důchodového a jeho inkorporaci do nemocenského pojištění je nezbytné změnit procentní sazby pojistného tak, aby část důchodového pojištění byla přesunuta do pojištění nemocenského.

2. Metodika

Při řešení problematiky možného spojení nemocenského a invalidního pojištění jsme vycházeli z platných právních předpisů, a to jak z oblasti sociální, tak zdravotnické. Ekonomický rozbor se opírá především o údaje MPSV, České správy sociálního zabezpečení (dále ČSSZ), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále ÚZIS).

Statistická data, čerpaná ze statistiky MPSV, pocházejí jednak z účelových publikací (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2002 - 2006 a Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2006), jednak ze sdělení oddělení metodiky statistiky a rozborů MPSV. Dalším pramenem jsou Aktuální informace ÚZIS.

Složité problémy představuje mezinárodní srovnání. V oblasti sociálního (nemocenského a důchodového) pojištění probíhá v oblasti nemocenského a důchodového pojištění v rámci EU pouze koordinace předpisů (na rozdíl od pracovního práva, kde jde o harmonizaci). V důsledku historického vývoje a řady dalších okolností vyskytují se zde značné rozdíly, takže mezinárodní srovnání jednotlivých systémů je poměrně obtížné. Ještě obtížnější je z popisu systémů v jednotlivých zemích vyvodit závěry vhodné pro aplikaci v České republice.

Pro mezinárodní srovnání využíváme proto publikaci "Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích", která byla jako Grantová studie MPSV ZVZ 64 vypracována v letech 2000 - 2002 a opírá se o speciálně provedené dotazníkové šetření. Vedení projektu bylo smluvně svěřeno profesoru JUDr. Igoru Tomešovi, CSc. a pro zajištění dokumentace ze zahraničí byla kontrahována firma JUDr. Igor Tomeš, PERSONNEL CONSULTING a její tým zahraničních spolupracovníků.

Cílem studie bylo především zdokumentovat ve vybraných zemích systémy zabezpečení občanů peněžitými dávkami podmíněnými dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, dále podat stručný přehled jejich historických kořenů, přehled předností a nedostatků jejich právní úpravy k roku 2000 a konečně nastínit možnosti jejich případného využití pro zlepšení systému v ČR.

Metodika studie spočívala v dotazníkovém šetření mezi mezinárodními odborníky. Celkem bylo obesláno 11 zemí dotazníkem, který požadované informace třídil do čtyř kapitol:

- A) Systémy dávek podmíněných nepříznivým zdravotním stavem a jejich rozvoj
- B) Pojetí invalidity
- C) Podmínky vzniku nároku na dávky podmíněné nepříznivým zdravotním stavem
- D) Hodnocení stávajících systémů a doporučení pro Českou republiku

Informace získané dotazníkovým šetřením o systémech vybraných států EU zpracovala JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D., která je také doplnila informacemi získanými a z internetových stránek vybraných mezinárodních organizací.

Uspořádání studie je modelové. Autoři studie rozdělili 11 zkoumaných systémů do šesti "modelů", které se vyznačují společnými rysy. Jsou to tyto modely:

2. Metodika

1. anglosaský (přesněji britský) - *Velká Británie*
2. středoevropský - *Švýcarsko, Rakousko, Německo*
3. západoevropský - *Francie, Belgie*
4. severoevropský - *Švédsko*
5. postkomunistický - *Polsko, Maďarsko, Slovensko*
6. balkánský - *Slovinsko*

Další možnost mezinárodního porovnání poskytuje CESIFO GmbH (oficiální název: Münchener Gesellschaft zur Förderung der Wirtschaftswissenschaften), což je nezávislé centrum ekonomických studií, spojující odbor ekonomie mnichovské univerzity s mezinárodní výzkumnou sítí CESIFO a dalšími asi pěti sty institucemi na celém světě (www.cesifo.de). Z podkladů tohoto centra uveřejňujeme srovnávací tabulky v příloze.

Dalším pramenem pro mezinárodní srovnání byly tabulky systému MISSOC. MISSOC („The Mutual Information System on Social Protection“ = *společný informační systém sociální ochrany*) byl založen v roce 1990 evropskou komisí jako nástroj poskytující průběžně komplexní informace o sociální ochraně ve státech Evropské unie. MISSOC se od té doby dále vyvíjel a stal se důležitým ústředním zdrojem informací o sociální ochraně ve všech státech EU. Dnes tento informační systém zahrnuje 25 členských států EU, tři země evropského hospodářského prostoru (Island, Lichtenštejnsko, Norsko) a Švýcarsko.

MISSOC je založen na spolupráci mezi evropskou komisí, sítí oficiálních zástupců zúčastněných zemí a sekretariátem jmenovaným evropskou komisí. K zabezpečení spolehlivosti zveřejněných časových informací MISSOC je každá země reprezentovaná 1 nebo 2 korespondenty z národních ministerstev nebo institucí zodpovědných za oblast sociální ochrany

3. Pojetí invalidity

Invaliditu lze chápat jako dlouhodobě³ trvající nepříznivý zdravotní stav vedoucí buď k neschopnosti soustavné výdělečné činnosti nebo k zásadnímu poklesu výdělku, případně k neschopnosti soustavné přípravy na povolání. Sociální solidarita se projevuje v poskytování dávek, jejichž účelem není kompenzovat zdravotní postižení jako takové, ale do jisté míry nahradit neschopnost soustavné výdělečné činnosti, pokles výdělku a ztížení společenského uplatnění.

Pojetí invalidity je velmi různorodé, v právních předpisech jednotlivých zemí o sociální ochraně osob s postižením nejsou obsaženy jednotné definice a kritéria pro získání statutu osoby s postižením. Autoři pramene SOCIOKLUB⁴ na základě modelového přístupu rozlišují tyto druhy invalidity:

- a) fyzická - ztráta nebo snížení tělesné schopnosti či funkce
- b) profesní - ztráta nebo snížení schopnosti vykonávat určitou profesi
- c) zaměstnanecká - ztráta nebo snížení schopnosti vykonávat určitý druh zaměstnání
- d) všeobecná - ztráta nebo snížení schopnosti výdělečné činnosti
- e) všeobecná zbytková - zachovaná schopnost výdělečné činnosti

Ze systémů, zkoumaných v publikaci v podstatě žádný nepojímá invaliditu jako zbytkovou schopnost výdělečné činnosti. Zbytková schopnost se nicméně objevuje v souvislosti s výší, eventuálně druhem invalidní dávky, která se přiznává.

Definice **fyzické invalidity** se používá především v úrazovém pojištění a v sociální pomoci. Fyzická invalidita se posuzuje v sociální péči a v souvislosti s dávkami z tohoto systému. Toto pojetí je na místě především tehdy, když je třeba o osobu s poškozeným zdravotním stavem pečovat a poskytovat jí určité služby. Kategorii, která vyjadřuje fyzickou invaliditu, je tedy rovněž **bezmocnost**. Fyzická invalidita se zohledňuje v Rakousku a ve Francii v případě, že vznikne v důsledku pracovního úrazu. V Německu, Švédsku, na Slovensku, do určité míry v Maďarsku a u dětí ve Slovinsku vytváří celou kategorii těžce zdravotně postižených, tedy osob zabezpečovaných ze systému sociální péče.

Definice **profesní a zaměstnanecké** invalidity se používá v odvětvových sociálních pojištovnách - např. pro ozbrojené sbory, státní zaměstnance, horníky.

Jako **zaměstnanecká** se invalidita pojímá v Maďarsku. V kombinaci se sociálními aspekty se toto pojetí objevuje rovněž ve Velké Británii. Již bylo zmíněno, že zaměstnanecká invalidita se objevuje rovněž v Belgii, i zde se zohledňuje sociální aspekt odpovídající našemu ztížení společenského uplatnění. Stejně tak Švýcarsko používá zaměstnaneckou invaliditu a kombinuje ji se všeobecnou.

Nejčastějším typem definice invalidity, který se objevuje ve zkoumaných zemích, je **všeobecná invalidita** vyjádřená jako ztráta nebo snížení schopnosti výdělečné činnosti. Ve Švýcarsku se objevuje v kombinaci se zaměstnaneckou invaliditou, Slovinsko ji kombinuje s profesionální invaliditou, Polsko ji obohacuje

³ většinou více než jeden rok

⁴ Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích. Grantová studie MPSV ZVZ 64 říjen 2002, Praha: Socioklub, 2002

3. Pojetí invalidity

prvky fyzické a profesionální invalidity, v Rakousku se používá u nekvalifikovaných pracovních sil, v Belgii se tento typ pojetí invalidity objevuje v souvislosti s pracovními úrazy, jinak v kombinaci se zaměstnaneckou invaliditou, Francie naopak pracovní úrazy z jinak všeobecného pojetí invalidity vyjímá a v souvislosti s pracovním úrazem posuzuje fyzickou invaliditu. V podstatě v ryzí formě se všeobecná invalidita objevuje ve Švédsku.

Skutečnost, že všeobecná invalidita je v současné době nejrozšířenějším pojetím invalidity, dává v podstatě nejširší možnost prohlásit osobu s poškozeným zdravotním stavem za invalidní. Toto pojetí je však potom třeba doplnit dalšími možnostmi systému směřujícími především k účasti invalidy na trhu práce. Umožňují identifikovat možnosti rehabilitace a pracovního uplatnění. Definice všeobecné invalidity využívají především systémy sociálního pojištění.

V definicích invalidity jde v podstatě o určování a měření příčinné souvislosti mezi dlouhodobým zdravotním poškozením a jeho následky - omezeními, které osobě způsobuje. Tato omezení jsou vždy rázu společenského, ať již ekonomického nebo jiného (občanského, sociálního). Jde tedy vždy o *kauzální nexus* mezi zdravotním poškozením a možnostmi výdělečné činnosti nebo společenského uplatnění. Dlouhodobá onemocnění, která nevyvolávají společenské důsledky, zpravidla nejsou předmětem společenské péče.

Invalidita má tedy svou stránku **zdravotní (fyzickou) a sociální**. Obě stránky jsou jasně odděleny v západoevropské (belgicko-francouzské) koncepci, která rozlišuje mezi **invaliditou** a **postižením**⁵. Ve Francii se za invalidního považuje ten, kdo měl v okamžiku vzniku invalidity zaměstnání, ze kterého platil příspěvky do sociálního systému. Postiženou je naopak osoba, která neměla příjem ze zaměstnání a proto nikdy nepřispívala do sociálního systému. Toto rozlišení pak vede k odlišnému řešení závislosti dotyčné osoby na všeobecném systému sociálního zabezpečení. Pojištěným jsou vypláceny invalidní dávky z nemocenského pojištění, postiženým jsou vypláceny dávky ze systému rodinných dávek⁶. Invalidita je tedy vnímána jako stabilizovaná fáze dlouhodobé nemoci či následků úrazu.

V tomto systému je zajímavý též přístup k problematice zaměstnávání invalidů a postižených, resp. k jejich motivaci k práci. Invalidé jsou zabezpečeni tak, že se počítá s jejich další pracovní aktivitou, jsou tedy rovněž motivováni k účasti na pracovním procesu. Postižení jsou naopak zabezpečeni tak, aby se zaručila jejich rovná možnost účasti na společenském životě, zejména formou asistence a doplňku příjmu za účelem kompenzace nákladů zvýšených v důsledku postižení.

Naproti tomu invalidita v německé koncepci byla od počátku vnímána jako předčasné zestárnutí (neschopnost pracovat). Proto se upravovala ve stejných právních předpisech jako starobní pojištění. Systémový rozdíl byl jen v tom, že v případě invalidity se tato neschopnost zjišťovala (prokazovala) a v druhém případě (stáří) se presumovala.

⁵ viz Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích. Grantová studie MPSV ZVZ 64 říjen 2002, Praha: Socioklub, 2002

⁶ něco jako náš příspěvek na péči

Velká Británie

Britský systém propojuje dávky v nemoci a v invaliditě, přičemž pojetí invalidity je u každého subsystému dávek jiné.

- a) U dávek poskytovaných při „pracovní nečinnosti“ se požaduje, aby příjemce dávky byl neschopen k práci vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.
- b) U dávek poskytovaných při ztrátě způsobilosti k zaměstnání je tento požadavek založen na ztrátě možnosti „užití života“ (výkonu dosavadního zaměstnání a účasti na společenském životě).
- c) U zdravotnicko-sociálních dávek se klade důraz na mimořádné potřeby, takže se zkoumá, které mimořádné potřeby invalidita u jedince vyvolala.
- d) Asistenční dávky jsou zase poskytovány osobám, které nejsou schopny plnohodnotného zaměstnání a jejich příjem je pod určitou minimální hranicí.

Lze tedy shrnout, že britské pojetí invalidity je široké, neomezuje se pouze na jeden aspekt a přitom je kladen silnější důraz na omezení schopnosti vykonávat zaměstnání.

Švýcarsko

Invalidita ve smyslu švýcarské legislativy je snížení výdělečné schopnosti předpokládané jako trvalé nebo dlouhotrvající, které vzniklo postižením fyzického nebo mentálního zdraví způsobeným vrozenou neschopností, chorobou nebo úrazem.

Pojištěnci mladší 20 let, kteří nevykonávají výdělečnou činnost, jsou považováni za invalidní, trpí-li poruchou fyzického nebo mentálního zdraví, která by pravděpodobně měla za důsledek neschopnost výdělku. Pojištěnci starší než 20 let jsou posuzováni jako invalidní, když jim porucha zdravotního stavu znemožňuje vykonávat jejich obvyklé práce.

Podle zákona o úrazovém pojištění je považována za invalidní osoba, jejíž výdělečná schopnost je pravděpodobně trvale nebo dlouhodobě postižena. Při hodnocení úrazové invalidity se porovnává pracovní výdělek, kterého by mohl dosáhnout pojištěnec, který se stal invalidním následkem úrazu, vykonáváje činnost, kterou od něj lze zodpovědně (raisonnablement) očekávat, s výdělkem, kterého by dosáhl, kdyby nebyl invalidní.

Invalidní důchod může být odmítnut, snížen nebo přechodně či definitivně zrušen pojištěnci, který úmyslně nebo závažným opomenutím, přečinem nebo zločinem způsobil nebo zhoršil svou invaliditu. Když pojištěnec odmítá nařízenou rehabilitaci, kterou od něj lze oprávněně vyžadovat a která by mohla podstatně zlepšit jeho výdělečnou schopnost, nebo když se z vlastní iniciativy nesnaží svoji výdělečnou schopnost zlepšit, pojišťovna mu nařídí, aby se podrobil rehabilitaci. Neuposlechne-li pojištěnec, důchod mu bude dočasně nebo trvale odmítnut.

Invalidní důchod pokrývá jen ztrátu schopnosti k zaměstnání a k práci. Pojetí invalidity v případě předčasného starobního důchodu je kombinací zaměstnanecké invalidity a všeobecné invalidity vyjádřené jako ztráta schopnosti výdělku. V případě invalidního důchodu poskytovaného z důvodu pracovního úrazu je invalidita pojímána jako fyzická invalidita ve smyslu ztráty funkčnosti.

Důchody financované z veřejných důchodových systémů pokrývají pouze schopnost zaměstnání a práce. Naopak důchody poskytované z úrazového pojištění mohou pokrývat rovněž ztížení společenského uplatnění.

3. Pojetí invalidity

Německo

V Německu existují dvě hlavní pojetí invalidity:

- a) **Zaměstnanecká invalidita** - neschopnost k zaměstnání (*Berufsunfähigkeit*)
- b) **Pracovní invalidita** - neschopnost k práci (*Erwerbsunfähigkeit*)
- c) Od roku 2001 však existuje další nové pojetí - **snížená schopnost k práci** (*Verminderte Erwerbsfähigkeit*)

Kromě toho zdravotní (fyzická, funkční) stránka invalidity je zahrnuta v dalších kategoriích:

- d) **Těžké zdravotní postižení** (*Schwerbehinderung*) - tato kategorie vyjadřuje funkční invaliditu a je naplněna, je-li funkční neschopnost organismu vyšší než 50%
- e) **Snížení schopnosti práce** (*Minderung der Erwerbsfähigkeit*) - tato kategorie se používá zvláště v úrazovém pojištění.

Pod vlivem německé sociální doktríny se sociální zabezpečení pro stáří a invaliditu vyvíjelo různě pro vojáky, státní (a veřejné) zaměstnance, soukromé úředníky, horníky a dělníky, takže můžeme hovořit o dvojím dualismu (jeden - manuální a nemanuální práce a druhý - veřejnoprávní a soukromoprávní systémy), které v některých zemích dodnes přežívá.

Invalidní důchody zásadně nahrazují úbytek příjmů a zabezpečují uspokojení zvláštních potřeb. Rehabilitační opatření jsou zabezpečována z jiných než důchodových systémů, jejichž cílem je vytvoření předpokladů pro účast na pracovním a sociálním životě prostřednictvím odpovídajících opatření.

Francie

Francouzský systém rozlišuje 8 hlavních kategorií vad: intelektuální vady a vady chování, psychické vady, sluchové, řečové, zrakové vady, tělesné a obecné vady, emotivní a estetické vady.

Od těchto kategorií vad se pak odvíjí stupnice dalších neschopností a znevýhodnění. Tato stupnice je v současné době⁷ přehodnocována tak, aby byly zohledněny její nedostatky, jež byly zjištěny v praxi.

Belgie

V Belgii jsou nemoc a invalidita (s výjimkou invalidity vzniklé jako následek pracovního úrazu nebo nemoci z povolání) upraveny stejným zákonem o nemoci a invaliditě. Doba jednoho roku od vzniku pracovní neschopnosti se nazývá dobou prvotní neschopnosti. Je-li daná osoba i nadále neschopna práce, přechází do invalidity.

Švédsko

Švédský systém pojímá invaliditu v oblasti pojištění jako všeobecnou invaliditu vyjádřenou jako ztráta schopnosti k výdělečné činnosti. Naopak v oblasti sociálních dávek je invalidita pojímána jako fyzická invalidita, vyjádřená ztrátou určitých funkcí.

⁷ v roce 2002

Polsko

System pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné (ZUS) pojímá invaliditu jako všeobecnou, vyjádřenou ztrátou výdělečné schopnosti, přičemž se zároveň zohledňují prvky fyzické a profesionální invalidity. System pro rolníky (KRUS) chápe invaliditu jako zaměstnaneckou, vyjádřenou ztrátou schopnosti pracovat na určité farmě.

Maďarsko

Kategorie osob se sníženou pracovní schopností vychází z koncepce profesionální, resp. zaměstnanecké invalidity, kdežto definice invalidních osob je širší. Jsou to osoby, kterým se nedostává zcela nebo významnou měrou schopností zraku, sluchu, pohybu či intelektu nebo které jsou výrazně omezeny v komunikačních schopnostech a tato omezení pro ně znamenají výrazné znevýhodnění v aktivní účasti na společenském životě.

Z uvedeného vyplývá, že pojetí invalidity v Maďarsku v případě osob se sníženou pracovní schopností sleduje koncepci profesionální, resp. zaměstnanecké invalidity, zatímco definice invalidních osob zohledňuje i ztížení společenského uplatnění.

Slovinsko

Definice invalidity je stanovena na základě podmínek pro klíčové skupiny postižených osob a rozsahu opatření a práv souvisejících s různými oblastmi života postižených. Pojetí invalidity je velmi různorodé, v právních předpisech o sociální ochraně osob s postižením nejsou obsaženy jednotné definice a kritéria pro získání statutu osoby s postižením.

4. Pracovní neschopnost a invalidita

4.1 Vývoj pracovní neschopnosti (PN) pro nemoc a úraz

Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz celkem se v ČR až do roku 2003 včetně vyvíjela poměrně nepříznivě: počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti mírně stoupal nebo stagnoval a zároveň se prodlužovala průměrná doba jejího trvání. Po přijetí novelizace zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, v platném znění, zákonem č. 421/2003 Sb. se situace radikálně změnila.

Ve snaze zabránit nárůstu krátkodobé pracovní neschopnosti došlo v důsledku výše uvedených právních předpisů ke snížení denního vyměřovacího základu za 1. až 14. den pracovní neschopnosti o 10 % a k poměrně razantnímu snížení na pouhou čtvrtinu denního vyměřovacího základu v 1. až 3. dni pracovní neschopnosti.⁸

V důsledku toho v roce 2004 počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti silně poklesl. I když v roce 2005 počet nově zjištěných případů opět vzrostl, nedosáhl již enormní výše z let 1997-2001.

Zároveň celkový počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti klesal daleko pomaleji než počet nově hlášených případů, takže průměrný počet kalendářních dnů na 1 případ vzrostl (viz tabulku č. 1 a graf č. 1). Tento vývoj lze vysvětlit tak, že podle nových pravidel se „nevyplatí“ stonat krátce. Lehčí nemoci se všeobecně řeší náhradním volnem nebo dovolenou a o „neschopenku“ se žádá jen u vážnějších případů pracovní neschopnosti, které trvají déle.

Tabulka č. 1 **Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz celkem**

rok	počet nově zjištěných případů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz		počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti		průměrný počet kalendářních dnů na 1 nově zjištěný případ	
	absolutní hodnota	index	absolutní hodnota	index	absolutní	index
1997	4 192 150	100,0	110 311 863	100,0	26,31	100,0
1998	3 790 700	90,4	101 552 348	92,1	26,79	101,8
1999	3 813 161	91,0	99 509 362	90,2	26,10	99,2
2000	3 812 185	90,9	106 730 462	96,8	28,00	106,4
2001	3 863 031	92,1	110 431 135	100,1	28,59	108,7
2002	3 589 680	85,6	110 410 839	100,1	30,76	116,9
2003	3 621 995	86,4	110 306 289	100,0	30,45	115,7
2004	2 705 662	64,5	94 083 080	85,3	34,77	132,2
2005	3 029 448	72,3	99 346 161	90,1	32,79	124,6
2006	2 706 725	64,6	95 428 077	86,5	35,26	134,0

Zdroj: ČSÚ - práce, sociální statistiky - Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR

⁸ Toto ustanovení fakticky nepostihuje osoby, které utrpěly pracovní úraz nebo onemocněly nemocí z povolání, neboť těmto osobám náleží doplatek rozdílu mezi nemocenskými dávkami a průměrným výdělkem.

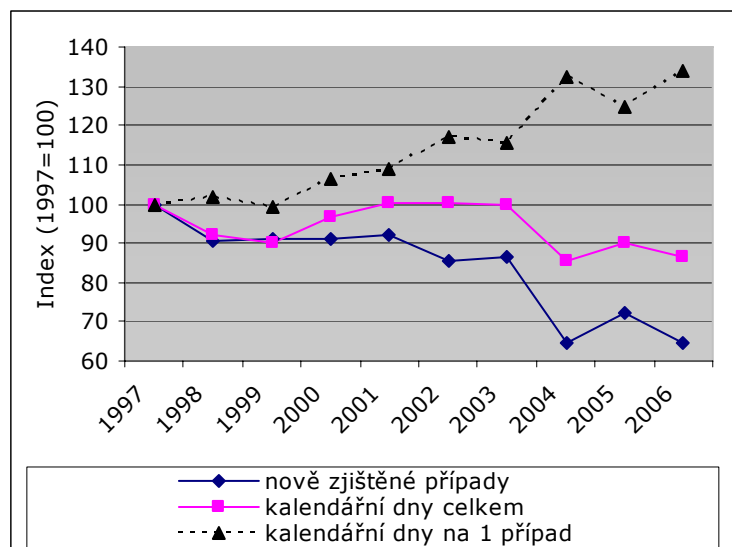
Tendence k prodlužování pracovní neschopnosti je shodná u obou pohlaví, u žen je nepatrně silnější (viz tabulku č. 2 a graf č. 2). Příčinou je zřejmě odlišná struktura diagnóz podle pohlaví.

Tabulka č. 2 **Vývoj počtu kalendářních dnů PN na jeden nově hlášený případ**

rok	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
muži	25,4	25,9	25,4	27,7	28,2	30,3	30,2	33,8	31,8	33,9
ženy	27,2	27,7	26,8	28,3	29,0	31,2	30,8	35,8	33,8	36,7
celkem	26,3	26,8	26,1	28,0	28,6	30,8	30,5	34,8	32,8	35,3

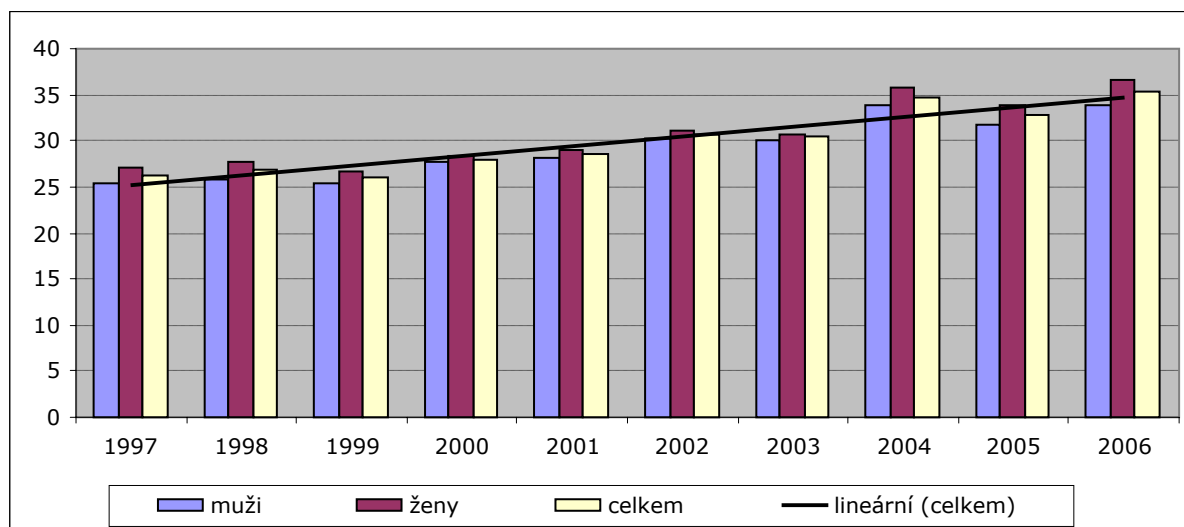
Zdroj: výpočet VÚPSV podle dat ČSÚ - práce, sociální statistiky- Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR

Graf č. 1 **Index vývoje nově zjištěných případů pracovní neschopnosti a jejího trvání (vývoj počtu kalendářních dnů celkem a na 1 případ) v % (rok 1997=100%)**



Zdroj: výpočet VÚPSV podle dat ČSÚ - práce, sociální statistiky- Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR

Graf č. 2 Vývoj počtu kalendářních dnů PN na jeden nově hlášený případ



Zdroj: ČSÚ - práce, sociální statistiky - Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR

Data o trvání pracovní neschopnosti pro tabulky a grafy č. 1 a č. 2 jsou čerpána ze statistik ČSÚ a týkají se nově hlášených případů. Jiné prameny (ČSSZ, ÚZIS) uvádějí data o trvání pracovní neschopnosti podle ukončených případů. Porovnání ale ukazuje, že data podle obou zdrojů se nijak podstatně neliší ani co do absolutní výše ani trendu.

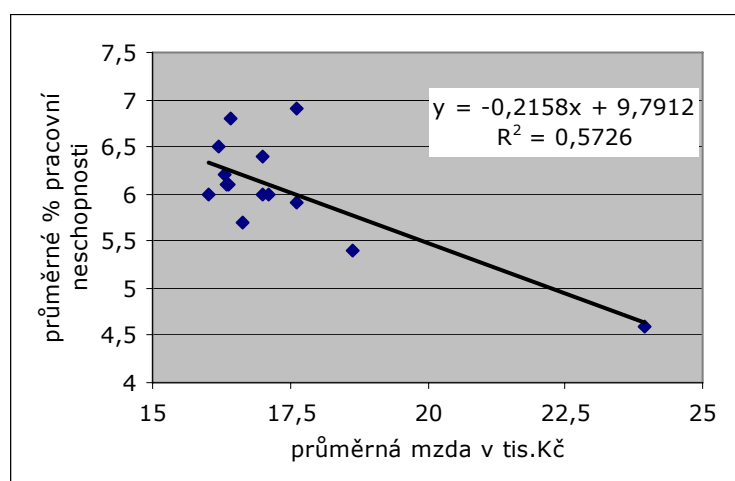
Průměrné procento pracovní neschopnosti není tedy dáno příčinami čistě medicínskými, ale je silně ovlivněno i ekonomicky. O tom svědčí vztah mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a průměrnou mzdou: v krajích s vysokými měsíčními výdělků je průměrné procento pracovní neschopnosti nižší než v krajích s nízkou mzdou.

Tento vztah vyjadřuje hodnota korelačního koeficientu $-0,75668$. Údaje podle krajů jsou uvedeny v tabulce 3. Názorně vynikne tento vztah na grafu č. 3. Určitou výjimkou je Moravskoslezský kraj, kde je vyšší mzdový průměr a zároveň vyšší pracovní neschopnost.

Tabulka č. 3 **Průměrná mzda a průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2005 podle krajů**

rok 2005	průměrná mzda v Kč	% pracovní neschopnosti
hl. město Praha	23 933	4,6
Středočeský kraj	18 634	5,4
Jihočeský kraj	16 632	5,7
Plzeňský kraj	17 627	5,9
Karlovarský kraj	16 002	6,0
Ústecký kraj	17 094	6,0
Liberecký kraj	17 008	6,0
Královéhradecký kraj	16 371	6,1
Pardubický kraj	16 357	6,1
Vysočina	16 294	6,2
Jihomoravský kraj	16 984	6,4
Olomoucký kraj	16 193	6,5
Zlínský kraj	16 420	6,8
Moravskoslezský kraj	17 618	6,9

Zdroj: ČSÚ - Krajské ročenky, ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti

Graf č. 3 **Průměrná mzda a průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2005 podle krajů**

Zdroj: ČSÚ - Krajské ročenky, ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti

4.2 Pracovní neschopnost podle věku

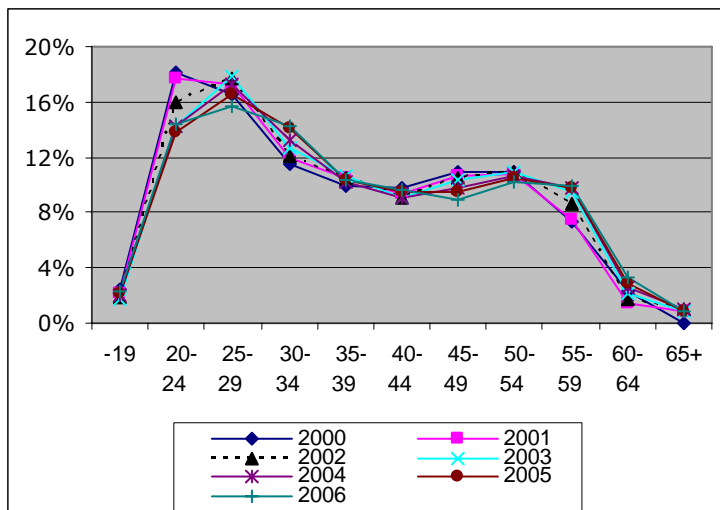
Statistické údaje ÚZIS nám dovolují zjistit počet případů pracovní neschopnosti podle pohlaví v pětiletých věkových intervalech. Na grafech č. 4 a č. 5 je uvedeno procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti podle pohlaví a věku (odpovídající tabulky jsou v příloze).

Vzdor všeobecně rozšířenému mínění, že mladší lidé jsou zdravější a nemocnost stoupá s věkem, je na grafech u obou pohlaví nápadný vysoký počet práceneschopných ve věkovém rozmezí 20 - 29 let. Příčina není zdravotní, ale

4. Pracovní neschopnost a invalidita

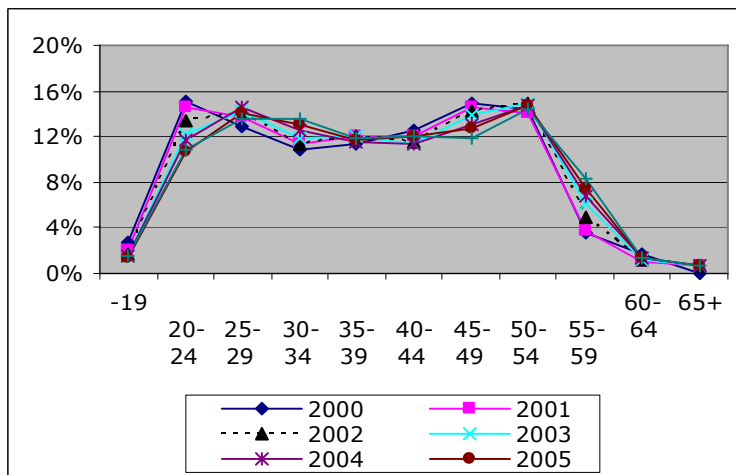
ekonomická: mladší pracovníci dosahují zpravidla nižších výdělků, takže nemocenské pro ně nepředstavuje takový propad v příjmech jako u starších pracovníků s vyššími výdělky.

Graf č. 4 **Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti - muži**



Zdroj: ÚZIS zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Graf č. 5 **Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti - ženy**



Zdroj: ÚZIS zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Poté se podíl práceneschopných postupně snižuje až k dosažení předdůchodového věku. Ve čtvrtém až pátém deceniu (ve věku 40 až 59 let) se podíl práceneschopných mužů sice poněkud zvyšuje, ale nenabývá hodnot běžných ve druhém deceniu. Naopak u žen v předdůchodovém věku podíl práceneschopných značně roste, takže v některých letech dokonce překračuje podíl skupiny 20 - 29 let. U mužů jde tedy o víceméně jednovrcholové rozdělení s maximem v mladších věkových kategoriích, u žen naproti tomu o rozdělení dvouvrcholové.

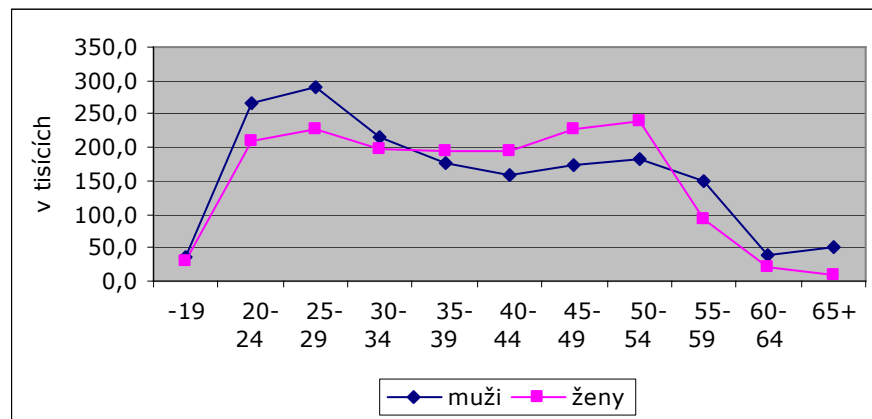
Pro snazší srovnání uvádíme i počty práceneschopných v absolutním vyjádření (tabulka č. 4 a graf č. 6), a to jako průměrné hodnoty za celé sledované období. Průběh tohoto ukazatele je obdobný jako u procentního vyjádření v grafech 4 a 5.

Tabulka č. 4 **Průměrný roční počet práceneschopných za léta 2000 - 2006**

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
muži	35,5	265,2	288,8	215,8	175,5	158,4	172,3	181,5	149,5	38,7	51,8
ženy	30,3	210,8	228,1	197,6	194,4	195,2	226,8	239,7	92,7	21,6	9,9

Zdroj: výpočet VÚPSV na základě dat ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

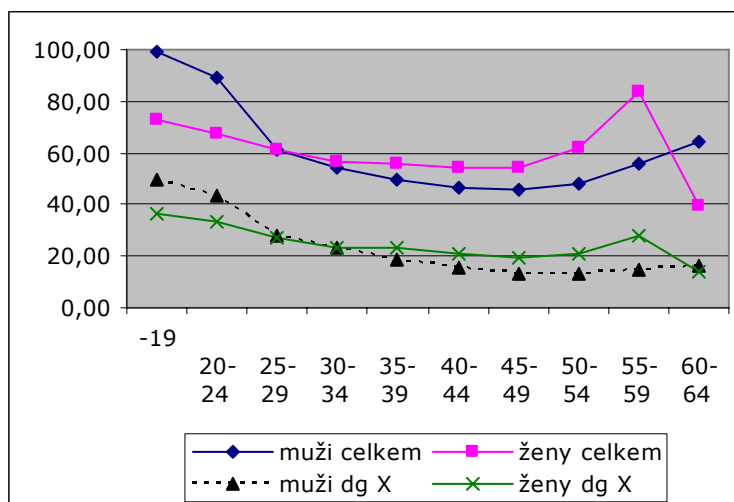
Graf č. 6 **Průměrný roční počet práceneschopných za léta 2000 - 2006**



Zdroj: výpočet VÚPSV na základě dat ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Nejpřesvědčivějším ukazatelem pro srovnání nemocnosti mužů a žen podle věku je však počet práceneschopných na 100 pojištěnců. Tento ukazatel umožňuje též srovnávat nemocnost podle věku a skupin diagnóz (tabulka č. 5 a č. 6). Data uvádíme za rok 2006.

Graf č. 7 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců (2006)



Zdroj: ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

V tabulce č. 5 a na grafu č. 7 vidíme počet případů na 100 pojištěnců celkem (v rozdělení podle pohlaví) a tentýž ukazatel za skupinu diagnóz X. - Nemoci dýchací soustavy, které v roce 2006 představují nejčastější příčiny (téměř 40 %) ukončených případů pracovní neschopnosti (37,5 % u mužů a 39,9 % u žen). Nemocnost na akutní nemoci dýchacích cest a chřipku (dg. J00 - J22) nemusí být totožná s počtem osob v pracovní neschopnosti. Tuto skutečnost lze vysvětlit vyšší příjmovou hladinou starších osob. Uvedené diagnózy zpravidla nejsou příčinou uznání invalidity; ostatně celá X. skupina se na invaliditě podílí mizivým procentem.

Tabulka č. 5 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců (rok 2006)

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
muži celkem	99,52	89,00	61,39	54,48	49,27	46,53	45,55	47,82	56,10	64,33
ženy celkem	72,73	67,82	61,29	56,56	55,77	54,15	54,42	62,00	83,59	39,84
muži dg X.	49,58	43,03	28,04	22,88	18,62	15,66	13,50	12,90	14,43	16,09
ženy dg X.	36,13	33,56	27,36	23,35	23,14	21,15	19,33	20,72	27,78	14,27

Zdroj: ÚZIS - zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

4.3 Počet případů a trvání pracovní neschopnosti podle skupin diagnóz

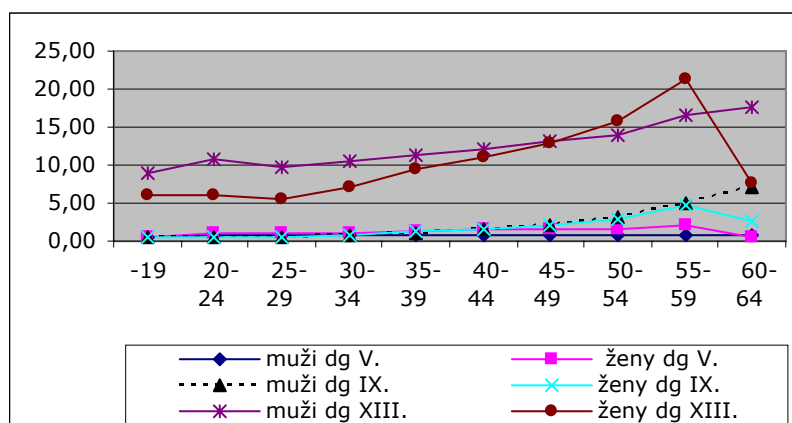
Tabulka č. 5 i graf č. 7 ukazují podobné tendence, jako jsme zjistili již za předchozí roky, tj. u mužů i žen dochází k poklesu případů pracovní neschopnosti se stoupajícím věkem a poté k poměrně rychlému nárůstu v období těsně před důchodem. Tento nárůst je u žen výrazně rychlejší.

Podobný průběh lze též sledovat i u některých vybraných skupin diagnóz (tabulka č. 6 a graf č. 8). Pro sledování jsme vybrali skupiny diagnóz, které hrají významnou roli jako příčiny nově přiznaných invalidních důchodů, a to skupinu V. - Poruchy duševní a poruchy chování, IX. - Nemoci oběhové soustavy a XIII. - Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně.

Tabulka č. 6 **Počet ukončených případů PN na 100 pojištěnců u vybraných skupin diagnóz(2006)**

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
muži dg V.	0,51	0,74	0,73	0,75	0,77	0,76	0,70	0,69	0,67	0,76
ženy dg V.	0,61	0,92	1,01	1,11	1,41	1,58	1,54	1,61	2,13	0,50
muži dg IX.	0,40	0,58	0,64	0,81	1,08	1,53	2,23	3,20	4,90	6,99
ženy dg IX.	0,41	0,47	0,53	0,81	1,20	1,53	1,98	2,79	4,68	2,59
muži dg XIII.	8,96	10,83	9,65	10,63	11,37	12,02	13,11	14,02	16,63	17,59
ženy dg XIII.	6,11	6,13	5,50	7,21	9,50	11,05	12,81	15,83	21,40	7,64

Zdroj: ÚZIS- zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Graf č. 8 **Počet ukončených případů PN na 100 pojištěnců u vybraných skupin diagnóz(2006)**

Zdroj: ÚZIS- zdravotnická statistika, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Ze sledovaných skupin diagnóz je nejsilněji zastoupena skupina XIII. (Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně), a to v mladším a středním věku (do 45 let) více u mužů, ve věku před důchodem více u žen. Pokles u žen ve věku 60 - 64 let je dán dosažením důchodového věku - ženy, které trpí pohybovými potížemi, využívají možnosti odejít do důchodu, přestávají být pojištěnkami a ze statistiky mizí. Totéž se týká nemocí oběhové soustavy (skupina IX.). U Poruch duševních (skupina V.) je pozoruhodný jejich nárůst u žen v pátém deceniu, tj. těsně před důchodem.

Největší **počet případů** pracovní neschopnosti připadá na skupinu diagnóz X. - Nemoci dýchací soustavy, kde však jednotlivé případy trvají jen krátce. Podle **délky trvání** PN je na prvním místě skupina XIII. - Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Z hlediska vztahu mezi PN a invaliditou je významnější struktura podle délky trvání, neboť až po uplynutí nejméně poloviny podpůrní doby dochází k zahájení řízení o uznání invalidity.

4. Pracovní neschopnost a invalidita

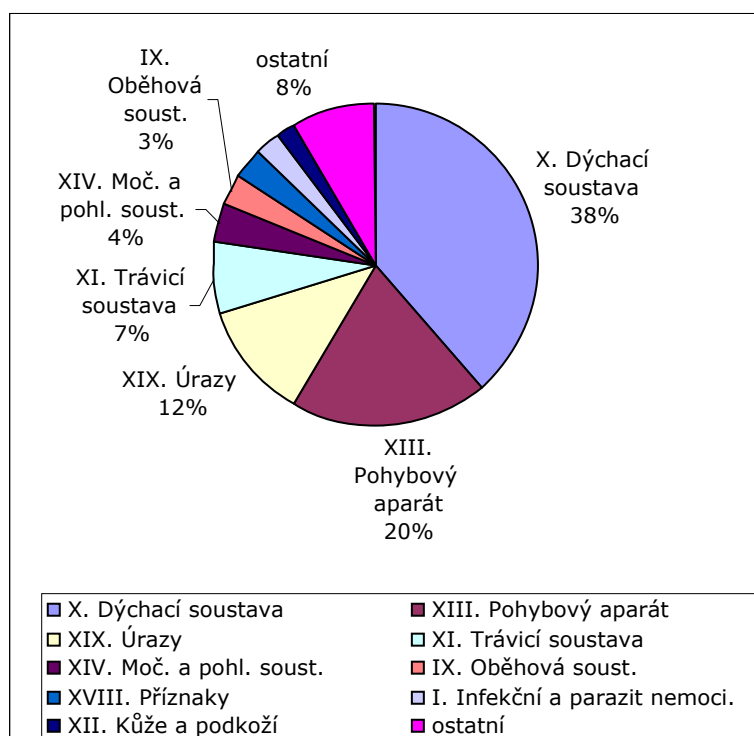
Tabulka č. 7 **Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle skupin diagnóz**

podíl podle počtu případů		podíl podle trvání ve dnech	
X. Dýchací soustava	38,6%	XIII. Pohybový aparát	28,6%
XIII. Pohybový aparát	19,7%	X. Dýchací soustava	18,8%
XIX. Úrazy	12,0%	XIX. Úrazy	15,1%
XI. Trávící soustava	6,8%	IX. Oběhová soust.	5,9%
XIV. Moč.a pohlavní soustava	4,1%	XI Trávící soustava	5,1%
IX. Oběhová soust.	3,1%	XXI. Faktory	3,7%
XVIII. Příznaky	2,9%	XIV. Moč.a pohlavní soustava	3,6%
I. Infekční a parazit nemoci	2,7%	V. Poruchy duševní	3,3%
XII. Kůže a podkoží	1,8%	II. Novotvary	3,1%
ostatní	8,4%	ostatní	12,8%
	100,0%		100,0%

Zdroj: ÚZIS, zdravotnická statistika - Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2006

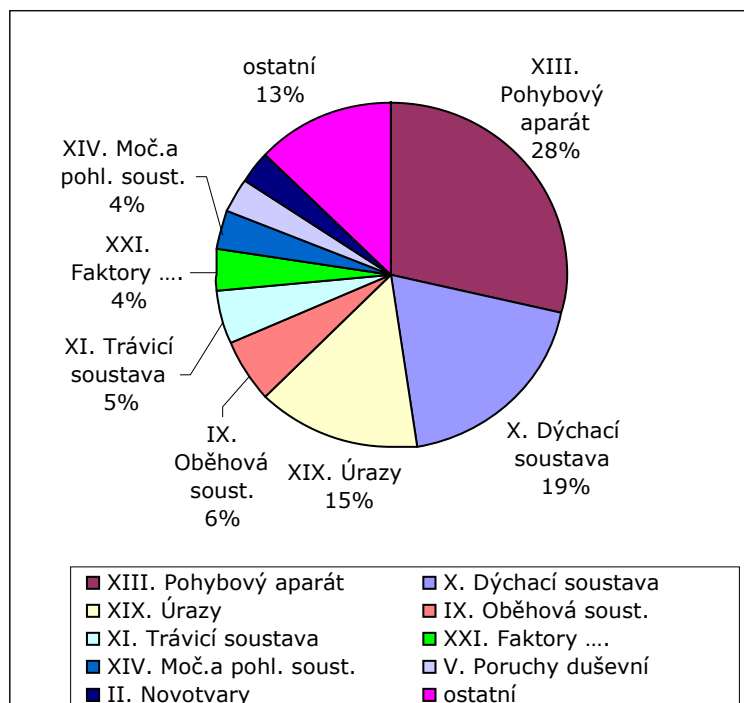
Porovnáním údajů tabulky č. 7 a grafů č. 9 a č. 10 zjišťujeme, že nejčastější příčinou uznání pracovní neschopnosti jsou nemoci dýchací soustavy, ale největší podíl na jejím trvání mají nemoci pohybového aparátu. Podobně kardiovaskulární choroby (nemoci oběhové soustavy) se podílejí pouhými třemi procenty na počtu případů, ale šesti procenty na délce PN ve dnech.

Graf č. 9 **Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle počtu případů**



Zdroj: ÚZIS, zdravotnická statistika - Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2006

Graf č. 10 **Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle trvání ve dnech**



Zdroj: ÚZIS, zdravotnická statistika - Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2006

4.4 Pracovní neschopnost a nově přiznané invalidní důchody

Pracovní neschopnost může končit buď uzdravením nebo úmrtím nebo uznáním plné či částečné invalidity, resp. přiznáním odpovídajícího invalidního důchodu.

4. Pracovní neschopnost a invalidita

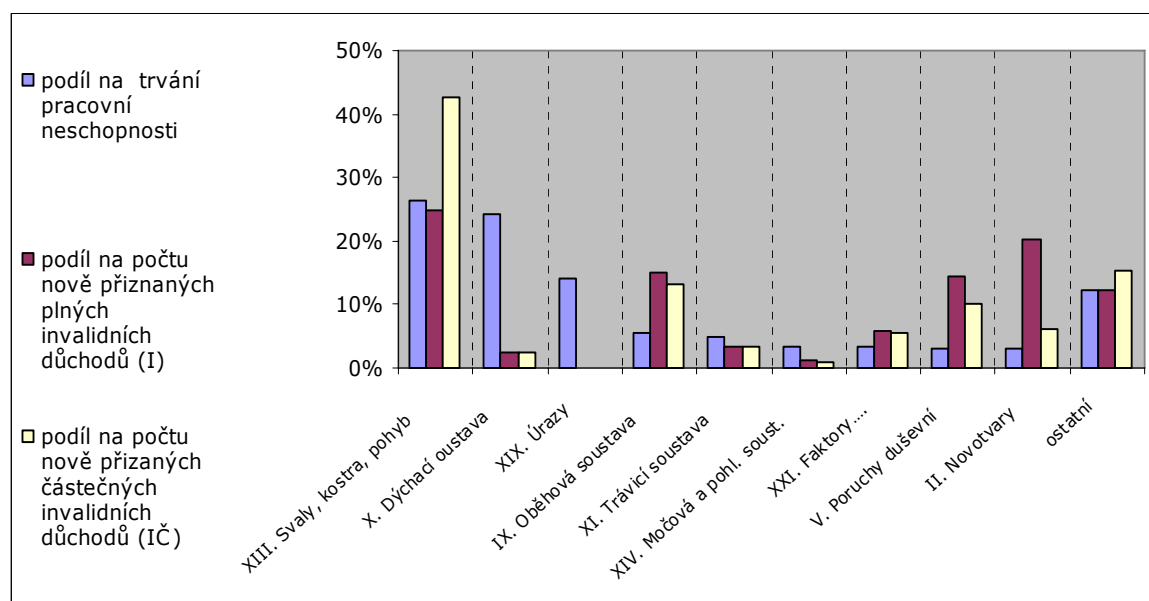
Tabulka č. 8 **Podíl vybraných skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti a na počtu nově přiznaných invalidních důchodů**

	podíl na trvání PN (ve dnech)	podíl na počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů (I)	podíl na počtu nově přiznaných částečných invalidních důchodů (IČ)
XIII. Svaly, kostra, pohyb	26%	25%	43%
X. Dýchací soustava	24%	3%	2%
XIX. Úrazy	14%	0%	0%
IX. Oběhová soustava	6%	15%	13%
XI. Trávicí soustava	5%	3%	3%
XIV. Močová a pohl. soustava	4%	1%	1%
XXI. Faktory....	3%	6%	5%
V. Poruchy duševní	3%	14%	10%
II. Novotvary	3%	20%	6%
ostatní	12%	12%	15%
celkem	100%	100%	100%

Zdroj: ČSÚ, statistická ročenka z oblasti práce a sociální statistiky - Nově hlášené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v ČR 2006, MPSV data poskytnutá oddělením metodiky statistiky a rozborů, ČSSZ - Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění

Vzhledem k tomu, že nemáme k dispozici odpovídající data o uznání **invalidity** podle skupin diagnóz, porovnáváme za rok 2005 strukturu ukončených pracovních neschopností (ve dnech) podle skupin diagnóz se strukturou **nově přiznaných invalidních důchodů** ve stejném členění (tabulka č.8 a graf č. 11)

Graf č. 11 **Podíl vybraných skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti a na počtu nově přiznaných invalidních důchodů**



Zdroj: ÚZIS - zdravotnická statistika „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“

V tabulce i grafu uvádíme devět z celkem dvaceti skupin diagnóz, a to ty, které se významněji (více než třemi, resp. pěti procenty) podílejí na trvání

nemocnosti či na počtu přiznaných invalidních důchodů. Porovnáme-li podíly vybraných skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti a na počtu nově přiznaných invalidních důchodů, zjišťujeme, že bezvýhradně nejčetnější příčinu jak trvání pracovní neschopnosti, tak invalidity tvoří skupina XIII. - Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Tato skupina je příčinou více než dvou pětín (43 %) nově přiznaných částečných invalidních důchodů, což vysoko překračuje podíl na trvání pracovní neschopnosti.

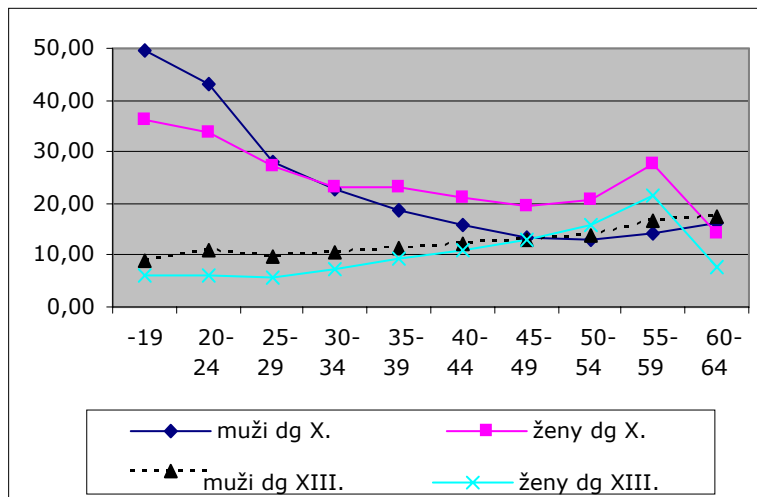
Zcela opačný poměr můžeme sledovat u skupiny X. - Nemoci dýchací soustavy. Nemoci v této skupině se značně podílejí jak na počtu případů, tak na trvání pracovní neschopnosti, ale jsou jen v malé míře příčinou invalidity. Porovnáme-li výskyt nemocí ve skupině X. a XIII. podle věku (tabulka č. 9 a graf č. 12), zjišťujeme, že s přibývajícím věkem nemocnost ve skupině X. klesá (s výjimkou žen ve věku těsně před důchodem), kdežto ve skupině XIII. u obou pohlaví roste. Z tabulky a grafu vidíme, že co do nemocnosti jsou ženy v předdůchodovém věku nejrizikovější skupinou.

Tabulka č. 9 **Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců - skupina dg X. a XIII.**

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
muži dg X.	49,58	43,03	28,04	22,88	18,62	15,66	13,50	12,90	14,43	16,09
ženy dg X.	36,13	33,56	27,36	23,35	23,14	21,15	19,33	20,72	27,78	14,27
muži dg XIII.	8,96	10,83	9,65	10,63	11,37	12,02	13,11	14,02	16,63	17,59
ženy dg XIII.	6,11	6,13	5,50	7,21	9,50	11,05	12,81	15,83	21,40	7,64

Zdroj: ÚZIS- zdravotnická statistika Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Značný rozdíl mezi podílem na trvání pracovní neschopnosti a na nově přiznaných invalidních důchodech pak vidíme u skupiny diagnóz XIX. - Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin (ve zkráceném znění "Úrazy"). Tato skupina se podílí nezanedbatelnou měrou (14 procenty) na trvání pracovní neschopnosti, ale jako příčinu invalidity ji statistika ČSSZ neuvádí. Jako konkrétní příčina invalidity je ve statistice ČSSZ vždy uvedeno konkrétní onemocnění (např. paraparéza), které sice může být následkem úrazu (např. autohavárie), ale úraz jako příčina se neuvádí.

Graf č. 12 **Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců - skupina dg X. a XIII.**

Zdroj: ÚZIS- zdravotnická statistika „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“

Značný podíl na počtu přiznaných invalidních důchodů má dále skupina diagnóz IX. - Nemoci oběhové soustavy, skupina V. - Poruchy duševní a poruchy chování a skupina II. - Novotvary. Podíl těchto skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti je podstatně nižší než na počtu invalidních důchodů.

Ze skupin diagnóz, které jsme zařadili do skupiny "Ostatní", mají podobný charakter jako výše uvedené ještě dvě další skupiny. Je to skupina IV. - Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, která se podílí necelým jedním procentem na trvání pracovní neschopnosti, avšak pěti procenty na přiznání invalidních důchodů (stejně I a IČ). Další obdobnou skupinou je skupina VI. - Nemoci nervové soustavy, která se na trvání pracovní neschopnosti podílí dvěma procenty, avšak opět pěti procenty na přiznání invalidních důchodů (stejně I a IČ).

4.5 Přínos rehabilitace

Klíčový faktor v systému péče o invalidní a potenciálně invalidní pacienty představuje léčebná rehabilitace. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů. Důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, které zakládá nárok na přiznání invalidity a tak rehabilitace snižuje počty nově přiznaných invalidních důchodů (rehabilitace poúrazových stavů, rehabilitace stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě, rehabilitace po kardiochirurgických výkonech apod.). Jako součást dlouhodobé kurativy řady onemocnění rehabilitace zlepšuje průběh onemocnění, zmírňuje komplikace a stupeň závislosti pacienta na ošetrovatelské a další péči a sociálních službách. Pacienta rychleji a v lepší kondici vrací do aktivního života a zlepšuje možnosti jeho návratu do ekonomicky aktivní činnosti, popřípadě zmírňuje stupeň jeho finálního zdravotního postižení a stupeň závislosti na zdravotních a sociálních službách.

V současné době není u nás rehabilitační péče v dostatečné míře využívána. Lékař nemá povinnost pacientům léčebnou rehabilitaci doporučit. Pokud pacient nabídnutou rehabilitační péči odmítne (a nespolupracuje tak na zlepšení svého

zdravotního stavu), nejsou z toho vyvozovány žádné důsledky. Ani při hodnocení jeho zdravotního stavu lékaři posudkové služby ani při eventuálním přiznání invalidního důchodu není na toto odmítnutí brán zřetel.

Ve většině evropských zemí (s výjimkou Rakouska a Švédska) není absolvování rehabilitace pro pacienty obligatorní, ale z odmítnutí rehabilitace jsou v řadě evropských zemí vyvozovány při přiznávání invalidity apod. důsledky. Jako příklad může sloužit Velká Británie, kdy výplata **IB** - (incapacity benefit - dávka při bezmocnosti) a **IS** - (Income Support - příjmová podpora)⁹ může být zastavena, pokud příjemce těchto dávek odmítne nabízenou rehabilitaci či vzdělávání. Nebo Švýcarsko, kde v případě, že pojištěnec odmítá nabídnutou rehabilitaci, kterou od něj lze oprávněně vyžadovat a která by mohla podstatně zlepšit jeho výdělečnou schopnost nebo když se z vlastní iniciativy nesnaží svoji výdělečnou schopnost zlepšit, pojišťovna mu nařídí, aby se podrobil rehabilitaci. Neuposlechne-li pojištěnec, invalidní důchod mu bude dočasně nebo trvale odmítnut.¹⁰

V České republice je zřetelný nedostatek lékařů a dalších odborných pracovníků působících v oboru rehabilitace. Proto často není ani reálné očekávat, že indikujícím lékařem požadovanou rehabilitační péči bude možno v požadované kvantitě a kvalitě zajistit. Flagrantním příkladem může být rozsah personálního zabezpečení rehabilitační péče v některých LDN. To zpětně vede k tomu, že indikující lékaři často slevují ze svých požadavků a akceptují i nedostatečný rozsah a intenzitu rehabilitace.

Právní úprava léčebné rehabilitace je považována za nedostatečnou. Z komplexní rehabilitace je v dostatečném rozsahu upravena pouze rehabilitace pracovní (zákon o zaměstnanosti). Proto řada odborníků usiluje o přijetí zákona o rehabilitaci (zahrnující komplexní rehabilitaci), takový právní předpis však nebyl dosud přijat.

Příslušná právní úprava by měla popsat postavení rehabilitace v systému zdravotní a sociální péče, rozsah výkonů ve vazbě na nosologické jednotky a míru zdravotního postižení a prostředky (personální, přístrojové a další), které bude mít rehabilitace k dispozici. Měla by zavést povinnost lékaře dokumentovaným způsobem pacientovi v indikovaných případech (např. stavy po CMP, poúrazové stavy, onemocnění pohybového a nosného aparátu apod.) nabídnout léčebnou rehabilitaci. V případě odmítnutí rehabilitace pacientem zapsat tento údaj do lékařské dokumentace, poučit pacienta o následcích, které pro něj toto odmítnutí bude mít, a to jak po stránce zdravotní, tak popřípadě i v dalším řízení o posouzení stupně zdravotního postižení a eventuálního přiznání invalidity.

Klasifikace zdravotního postižení v ČR není v jednotlivých složkách zdravotní a sociální péče zabývajících se touto problematikou (posudková služba, rehabilitační péče a další) jednotná. Jako progresivní, propracovaná a mezinárodně akceptovaná se nabízí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disabilit a zdraví WHO 2001-označovaná v českém překladu jako MKF, anglicky ICF (International Classification of Functional Disabilities and Health). Tato funkční klasifikace definuje stupeň poruchy na úrovni orgánů a struktur, nikoliv ve vztahu k etiologické diagnóze, ale s ohledem na funkční stav a zdravotní stav, ve vztahu k tomu, jak omezují aktivity jedince a

⁹ definice těchto dávek viz v subkapitole 6.2

¹⁰ podrobnosti viz v příloze VI

4. Pracovní neschopnost a invalidita

především ty aktivity, které jsou pro daného jedince důležité. V ČR jako jedné z mála evropských zemí nebyla dosud přijata a publikována.¹¹

¹¹ blíže v příloze VII

5. Popis dosavadního systému v ČR

Do systému sociálního zabezpečení občanů ČR patří i sociální pojištění, které se člení na pojištění nemocenské a důchodové a na státní politiku zaměstnanosti. Příjmem těchto systémů je pojistné na nemocenské pojištění, pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Pojistné je upraveno zákonem č. 589/1992 Sb. v platném znění a je příjmem státního rozpočtu. Poplatníci a sazby pojistného, platné v roce 2007, jsou uvedeny v tabulce 10.

Tabulka č. 10 **Sazby pojistného z vyměřovacího základu¹⁾ platné v roce 2007**

platby procentem z hrubé mzdy	zaměstnavatelé (organizace a malé organizace)	zaměstnanci	osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ)	osoby dobrovolně účastně důchodového pojištění
pojistné na nemocenské pojištění	3,30%	1,10%	4,40% ²⁾	
pojistné na důchodové pojištění	21,50%	6,50%	28,00%	28,00%
příspěvek na státní politiku zaměstnanosti	1,20%	0,40%	1,60%	
celkem	26,00%	8,00%	34,00% ³⁾	28,00%

Poznámky:

1) Vyměřovacím základem je pro zaměstnavatele a zaměstnance úhrn hrubých mezd, pro OSVČ od roku 2006 50% příjmu ze samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení (Úprava podle zákona č. 264/2006 Sb., účinného od 1.1.2007 a zákona č. 189/2006 Sb., jehož některá ustanovení také nabývají účinnosti 1. 1. 2007).

2) pro OSVČ je účast na nemocenském pojištění dobrovolná

3) v případě neúčasti na nemocenském pojištění činí celková sazba 29,60 % vyměřovacího základu

Prameny: Informace o změnách v oblasti pojistného od 1.1.2007 - webové stránky ČSSZ <http://www.cssz.cz/>

Předmětem projektu je pouze nemocenské a důchodové pojištění. Třetí složka sociálního pojištění (příspěvek na státní politiku zaměstnanosti) je pro účel projektu irelevantní. V přesném slova smyslu nemocenské a důchodové pojištění v ČR vlastně žádným pojištěním není. Financování je průběžné, což znamená, že výdaje na dávky v daném období jsou hrazeny z příjmů z pojistného vybraného v tomto období. Přebytky vybraného pojistného se odvádějí do státního rozpočtu (u nemocenského pojištění se z nich hradí i potřeby rozpočtových kapitol, které často nemají s účelem pojištění co dělat) a zase naopak v případě, že vybrané pojistné nestačí na úhradu dávek, mohou být chybějící prostředky doplněny ze státního rozpočtu. Systém sociálního pojištění tak nedisponuje žádným rezervním fondem.

Výše řečené platí však bez výhrad pouze pro nemocenské pojištění. Pro důchodové pojištění byl s účinností od 1.1.1996 zaveden zvláštní účet důchodového pojištění jako součást státních finančních aktiv, na který jsou každoročně převáděny finanční přebytky. Prostředky účtu lze použít pouze na výdaje na dávky důchodového pojištění a na převody zpět do státního rozpočtu¹².

¹² od 1. 1. 2008 zvláštní účet důchodového pojištění zrušen

Od roku 2004 je nemocenské a důchodové pojištění v přebytku. Tisková zpráva ČSSZ¹³ zdůvodňuje tento fakt tím, že ČSSZ je velmi úspěšná ve výběru pojistného a příslušenství¹⁴.

5.1 Nemocenské pojištění

Ve vztahu k nemocenskému pojištění existuje zásadní rozdíl mezi zaměstnanci a osobami samostatně výdělečně činnými (OSVČ). Pro zaměstnance je účast na nemocenském pojištění povinná (vzniká ze zákona), kdežto pro OSVČ nikoli; ti se ale mohou nemocenského pojištění účastnit dobrovolně.

Z nemocenského pojištění zaměstnanců se vyplácí čtyři druhy dávek: nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství a peněžité pomoc v mateřství. OSVČ, pokud si platí nemocenské pojištění, má nárok pouze na nemocenské a na peněžitou pomoc v mateřství. S výjimkou peněžité pomoci v mateřství není u zaměstnanců pro nárok na dávky stanovena žádná doba předchozí účasti, kdežto OSVČ vzniká nárok na nemocenské teprve po třech měsících účasti na nemocenském pojištění.

Tabulka č. 11 **Doba účasti na nemocenském pojištění potřebná pro výplatu dávek**

dávka	zaměstnanec	OSVČ
nemocenské	doba nestanovena	3 měsíce
podpora při ošetřování člena rodiny	doba nestanovena	nemá nárok
peněžité pomoc v mateřství	270 dnů v posledních dvou letech před porodem	270 dnů v posledních dvou letech před porodem + získat alespoň 180 dnů účasti na nemocenském pojištění OSVČ v 1 roce před porodem
vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství	doba nestanovena	nemá nárok

Zdroj: ČSSZ, internetové stránky www.cssz.cz

Tabulka č. 12 **Příjmy a výdaje nemocenského pojištění (v mil. Kč)**

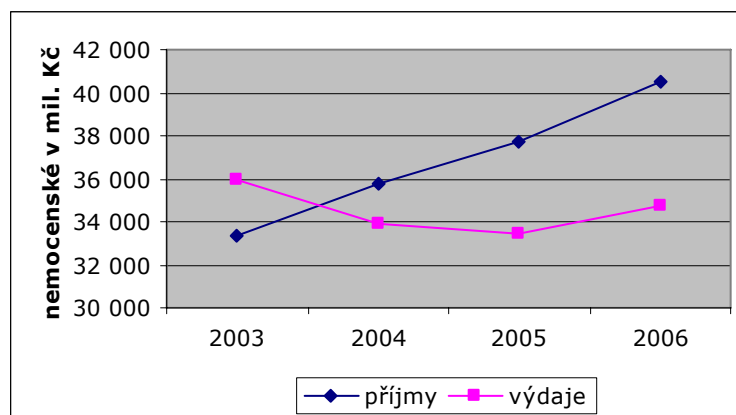
	2003	2004	2005	2006
příjmy	33 316	35 738	37 679	40 535
výdaje	35 962	33 921	33 408	34 751
rozdíl	-2 645	1 817	4 271	5 784

Zdroj: MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

¹³ z 2.2.2007

¹⁴ sem patří zejména penále za neplacení pojistného; od roku 2003 snížila ČSSZ kumulované pohledávky vůči plátcům pojistného o cca 2,5 miliard Kč

Graf č. 13 Příjmy a výdaje nemocenského pojištění (v mil. Kč)



Zdroj: MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

Za poslední tři roky vykazuje systém nemocenského pojištění přebytek. Výdaje podle účelu jsou patrné z tabulky č. 13, 14 a 15 a z grafu č. 13. Z nich je patrné, že ze všech dávek nemocenského nejrychleji roste peněžité pomoci v mateřství, což je dáno současným vzestupem porodnosti. Vývoj ostatních dávek je vcelku stabilní.

Tabulka č. 13 Výdaje ze systému nemocenského pojištění (v mil. Kč)

	2003	2004	2005	2006
nemocenské	29 527	24 708	26 262	26 972
podpora při ošetřování člena rodiny	1 004	730	819	825
vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství	6	5	4	4
peněžité pomoci v mateřství	3 774	4 124	4 579	4 982
ostatní	1 651	4 354	1 743	1 968
celkem	35 962	33 921	33 408	34 751

Zdroj: MPSV, sdělení odboru statistické metodiky a rozborů

Kromě nemocenského, podpory při ošetřování člena rodiny, vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství a peněžité pomoci v mateřství se ze systému nemocenského pojištění do 31. 12. 2006 hradily i další dávky, které by měly patřit do jiných rozpočtových kapitol, jako je např. zvýšení důchodu pro bezmocnost, státní příspěvek na penzijní připojištění a vyrovnání důchodů se Slovenskem. Toto užití prostředků vybraných v rámci nemocenského pojištění svědčí o tom, že pojistné na nemocenské pojištění je spíše kvazipojištěním a má do jisté míry charakter daně z příjmu.

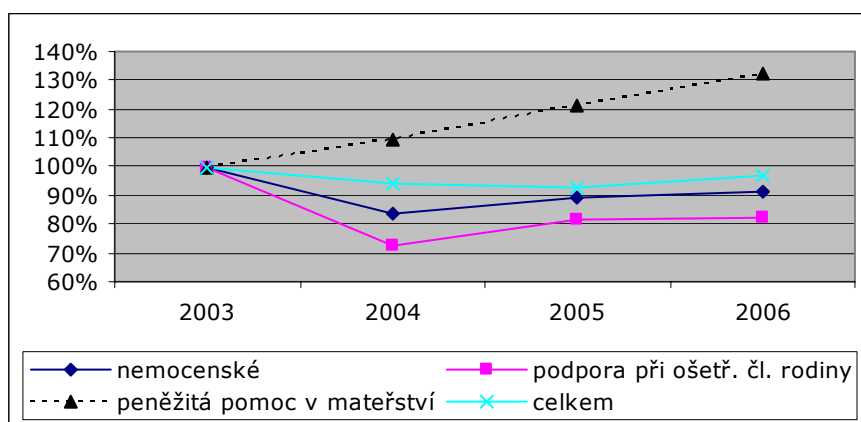
Struktura výdajů nemocenského pojištění je uvedena v tabulce 14. Z této tabulky je patrné, že z celkových výdajů nemocenského pojištění tvoří vlastní nemocenské zhruba čtyři pětiny (70 - 80 %). Jenom s tímto podílem by bylo možno počítat při případném převodu invalidních důchodů do systému nemocenského pojištění.

Tabulka č. 14 **Struktura výdajů nemocenského pojištění**

	2003	2004	2005	2006
nemocenské	82%	73%	79%	78%
podpora při ošetřování člena rodiny	3%	2%	2%	2%
vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství	0%	0%	0%	0%
peněžitá pomoc v mateřství	10%	12%	14%	14%
ostatní	5%	13%	5%	6%
výdaje systému nemocenského pojištění celkem	100%	100%	100%	100%

Zdroj: výpočet na základě údajů MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

Graf č. 14 **Vývoj výdajů nemocenského pojištění**



Zdroj: výpočet na základě údajů MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

Tabulka č. 15 **Vývoj výdajů nemocenského pojištění (index 2003=100)**

	2003	2004	2005	2006
nemocenské	100%	84%	89%	91%
podpora při ošetřování člena rodiny	100%	73%	82%	82%
peněžitá pomoc v mateřství	100%	109%	121%	132%
výdaje systému nemocenského pojištění celkem	100%	94%	93%	97%

Zdroj: výpočet na základě údajů MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

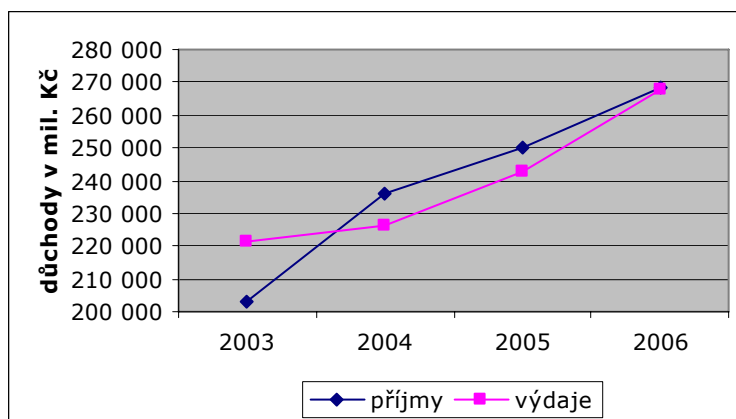
5.2 Důchodové pojištění

Důchodové pojištění je v zásadě financováno průběžně, tj. vybrané příspěvky jsou rozděleny a případný přebytek je uložen na zvláštní účet důchodového pojištění jako součást státních finančních aktiv. Z grafu 15 je zřejmé, že náš důchodový systém byl v roce 2003 ve ztrátě, v následujících dvou letech vykazoval mírný přebytek a v roce 2006 byl vyrovnaný.

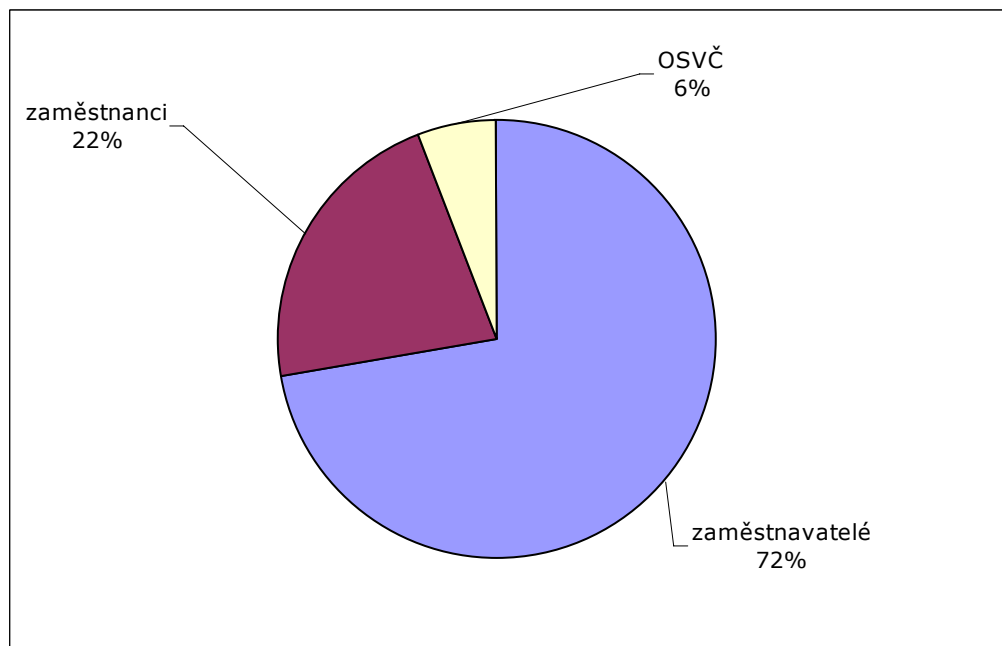
Tabulka č. 16 **Příjmy a výdaje důchodového pojištění (v mil. Kč)**

	2003	2004	2005	2006
příjmy	202 973	236 033	250 224	268 645
výdaje	221 450	226 385	242 528	267 912
rozdíl	-18 477	9 648	7 696	733

Zdroj: MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

Graf č. 15 **Příjmy a výdaje důchodového pojištění**

Zdroj: MPSV, sdělení oddělení statistické metodiky a rozborů

Graf č. 16 **Podíl zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ na příspěvcích do důchodového systému (2006)**

Zdroj: ČSSZ, internetové stránky www.cssz.cz

5. Popis dosavadního systému v ČR

Na **příspěvcích** do důchodového systému se podílejí zaměstnavatelé, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) stanoveným procentem z vyměřovacího základu. Nepatrným podílem přispívají osoby účastníci se důchodového pojištění dobrovolně. Podíl hlavních tří subjektů za rok 2006 je patrný z grafu č. 16, meziročně se prakticky nemění.

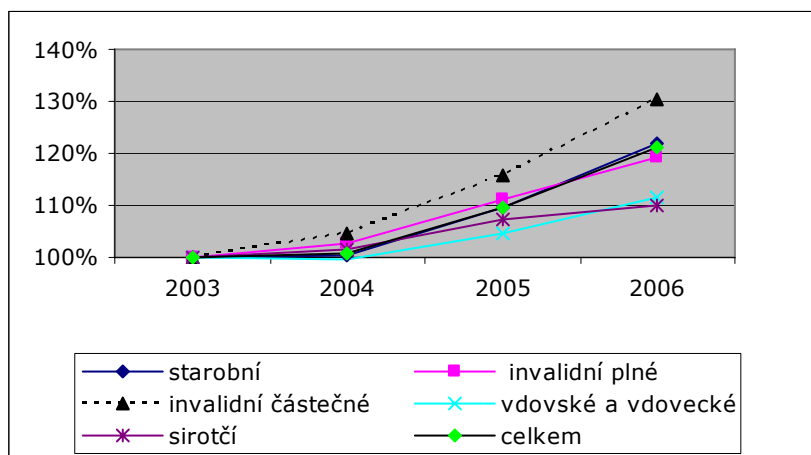
Za poslední tři roky vzrostly celkové **výdaje** na důchody o více než pětinu (o 21 %), z toho nejrychlejší růst (o 30 %) zaznamenaly výdaje na invalidní důchody částečné.

Tabulka č. 17 **Index růstu výdajů podle druhu důchodů**

	2003	2004	2005	2006
starobní	100%	100%	109%	122%
invalidní plné	100%	103%	111%	119%
invalidní částečné	100%	104%	116%	130%
vdovské a vdovecké	100%	100%	105%	112%
sirotčí	100%	102%	107%	110%
celkem	100%	101%	110%	121%

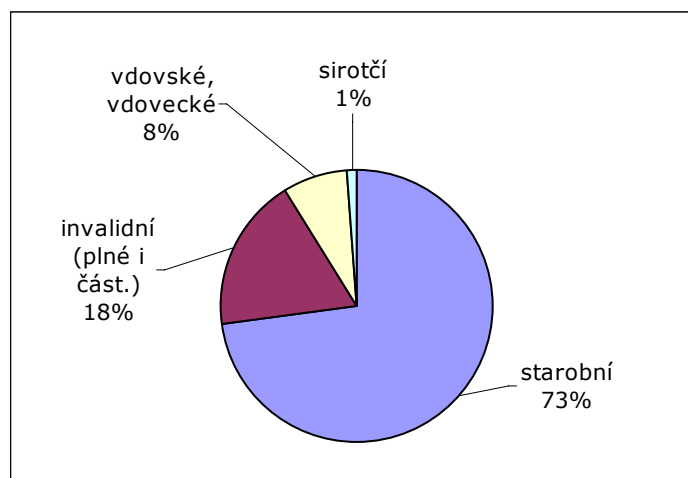
Zdroj: ČSSZ, *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2003-2006*

Graf č. 17 **Index růstu výdajů podle druhu důchodů**



Zdroj: ČSSZ, *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2003-2006*

Ve **struktuře výdajů** důchodového systému představují hlavní položku (téměř tři čtvrtiny) výdaje na důchody starobní (viz tabulku č. 18 a graf č. 18). Výdaje na invalidní důchody celkem (plné i částečné) tvoří v jednotlivých letech méně než pětinu (18 - 19 %), z toho je cca 14 % výdajů na invalidní důchody plné a 4-5 % na důchody částečné.

Graf č. 18 **Struktura výdajů podle druhů důchodů v roce 2006**

Zdroj: ČSSZ, Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2003-2006

Tabulka č. 18 **Struktura výdajů podle druhu důchodů**

	2003	2004	2005	2006
starobní	72%	72%	72%	73%
invalidní (plné i část.)	18%	19%	19%	18%
vdovské a vdovecké	8%	8%	8%	8%
sirotčí	1%	1%	1%	1%
celkem	100%	100%	100%	100%

Zdroj: ČSSZ, Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2003-2006

5.3 Vyplácené starobní a invalidní důchody

Zásadní rozdíl mezi důchodovým systémem v ČR a ve většině ostatních evropských zemí je zejména ve vztahu mezi invalidními důchody a důchody starobními. Jestliže invalidní důchodce dospěje do věku, kdy má nárok na důchod starobní, dochází ve většině evropských zemí k tzv. konverzi invalidního důchodu v důchod starobní, kdežto v ČR tomu tak není. V důsledku toho je v ČR relativně více invalidních důchodců než v jiných evropských zemích.¹⁵ Na rozdíl od mnoha jiných oblastí práva sociálního zabezpečení a pracovního práva není však v EU problematika invalidity prakticky koordinována, takže se uspořádání v dalších zemích EU může dosti odlišovat.¹⁶

Ve většině zahraničních systémů přechází po dosažení důchodového věku invalidní důchod ve starobní. Je tomu tak ve Velké Británii, Švýcarsku, Německu (zde se doba pobírání invalidního důchodu započítává jako doba pojištění pro starobní

¹⁵ Např. v SRN podíl invalidních důchodců v obyvatelstvu se v letech 1993 - 2000 pohyboval od 2,3 do 2,4 %, zatímco v ČR tento podíl v letech 1997 - 2001 činil od 4,6 do 4,7 %, tj. dosahoval hodnot zhruba dvojnásobných.

Pramen: BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - KOLÁŘOVÁ, M. Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU. Praha: VÚPSV, 2002

¹⁶ viz pramen Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích. Grantová studie MPSV ZVZ 64 Praha: Socioklub, 2002

5. Popis dosavadního systému v ČR

důchod) v Belgii a ve Švédsku. Konverze je jednoznačně povinná ve Švýcarsku, Německu, Belgii a Švédsku; v Británii a ve Francii je možná za určitých podmínek. Na Slovensku a v Polsku zásadně platí, že ten, kdo dosáhl důchodového věku, může si vybrat mezi invalidním důchodem a starobním důchodem podle toho, který je pro něj výhodnější.

V Rakousku naopak konverze neexistuje - v případě, že byl přiznán jako trvalý, invalidní důchod zásadně trvá i po dosažení důchodového věku. Ve Francii trvá nárok na invalidní důchod doživotně tehdy, když invalidní důchodce v době dosažení důchodového věku nepracuje. Vykonává-li naopak výdělečnou činnost, přechází jeho nárok na invalidní důchod v nárok na důchod starobní.

Tabulka č. 19 **Konverze invalidního důchodu do důchodu starobního**

země	ano - konverze existuje	ne - invalidní důchod se vyplácí doživotně	částečně - konverze je možná za určitých podmínek
Velká Británie			X
Švýcarsko	X		
Rakousko		X	
Německo	X		
Francie			X
Belgie	X		
Švédsko	X		
Polsko			X
Slovensko	X		
Slovinsko		X	
Česko		X	

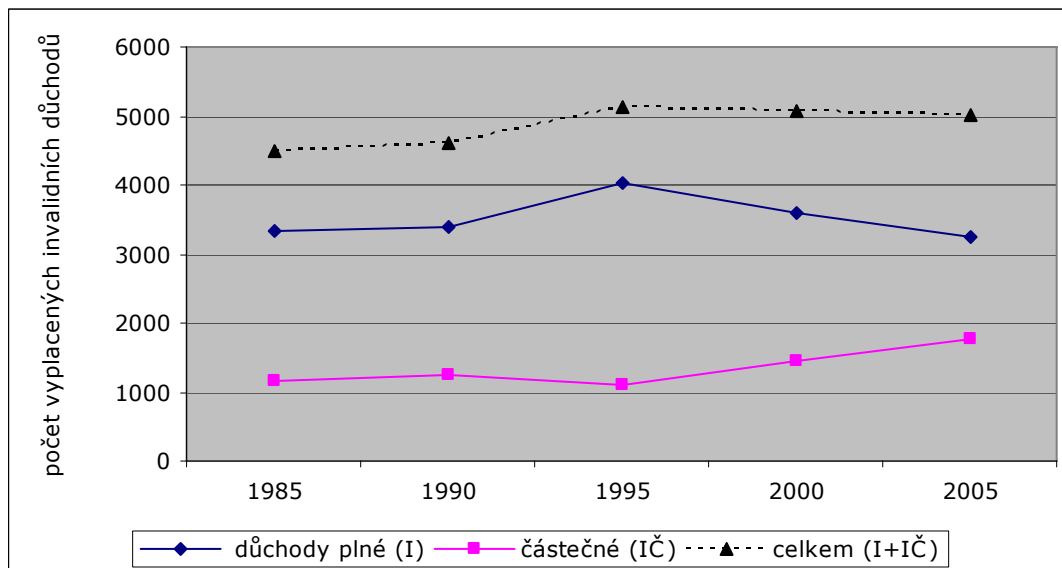
Pramen: Grantová studie MPSV ZVZ 64, říjen 2002. Praha: Socioklub, 2002

V důsledku legislativních změn, zejména přijetí zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, došlo po roce 1995 v ČR k poklesu počtu vyplácených plných invalidních důchodů a nárůstu počtu důchodů částečných. Vývoj počtu vyplácených invalidních důchodů v ČR na 100 000 obyvatel za posledních dvacet let je patrný z tabulky 20 a z grafu 19. Počet vyplácených plných invalidních důchodů (I) na 100 000 obyvatel od roku 1985 do roku 1995 rostl a poté je zaznamenán pokles vyplácených důchodů plných a nárůst důchodů částečných.

Tabulka č. 20 **Počet vyplácených invalidních důchodů na 100 000 obyvatel v ČR 1985-2006**

rok	plné invalidní důchody (I)			částečné invalidní důchody (IČ)		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
1985	3 329	3 303	3 353	1 157	1 548	788
1990	3 385	3 412	3 360	1 238	1 661	838
1995	4 029	4 115	3 948	1 103	1 412	813
2000	3 605	3 598	3 611	1 463	1 689	1 249
2005	3 257	3 704	2 831	1 765	2 020	1 522
2006	3 254	3 698	2 830	1 850	2 098	1 613

Pramen: MPSV, ČSSZ – Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění

Graf č. 19 **Počet vyplácených invalidních důchodů na 100 000 obyvatel v ČR 1985-2005**

Zdroj: MPSV, ČSSZ - Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění

Neexistence konverze plného invalidního důchodu v důchod starobní znamená, že rozložení příjemců plných a částečných invalidních důchodů podle věku se zásadně liší. (viz graf č. 20)

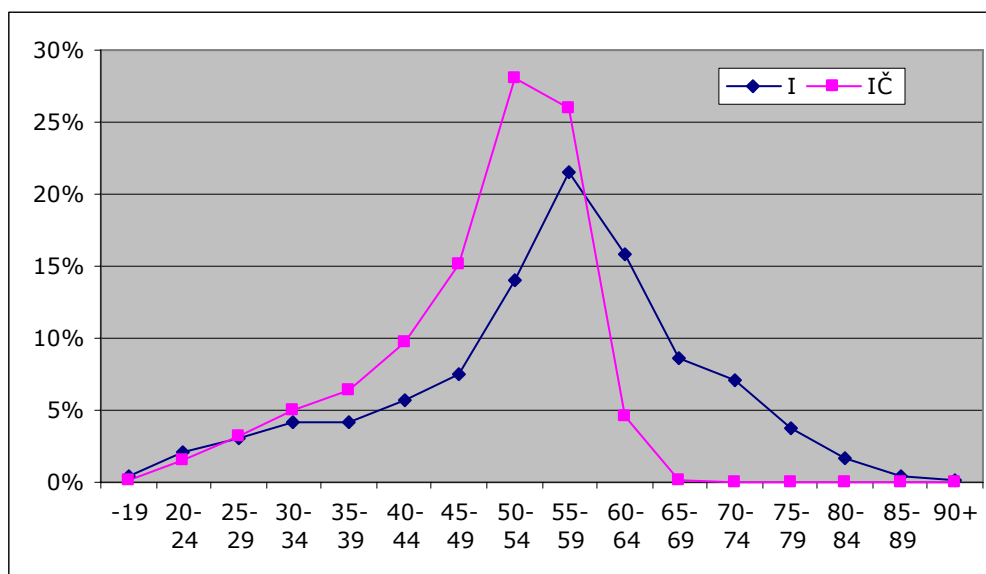
Při odchodu do starobního důchodu se poživatelům částečných invalidních důchodů jejich důchod - až na zanedbatelné výjimky - ruší. Naproti tomu poživatelé plných invalidních důchodů zůstávají invalidními důchodci i po dosažení věkové hranice pro odchod do starobního důchodu. Proto zanedbatelné procento (cca třetina) příjemců plných invalidních důchodů dosahuje důchodového věku (tabulka č. 21). V důsledku toho je průměrný věk příjemců plných invalidních důchodů podstatně vyšší než příjemců důchodů částečných (tabulka č. 22).

Tabulka č. 21 **Podíl příjemců v důchodovém věku na celkovém počtu vyplácených invalidních důchodů (rok 2006)**

druh důchodu	muži nad 61 let	ženy nad 58 let
plný invalidní (I)	30,3%	36,8%
částečný invalidní (IČ)	1,0%	1,3%

Zdroj: ČSSZ - Statistická ročenka 2006 z oblasti důchodového pojištění

Graf č. 20 **Rozložení vyplácených plných (I) a částečných (IČ) invalidních důchodů podle věku příjemců (v %) k 31.12.2006**



Zdroj: Výpočet VÚPSV podle údajů Statistické ročenky z oblasti důchodového pojištění

Tabulka č. 22 **Průměrný věk příjemců invalidních důchodů k 31.12.2006**

	muži	ženy	celkem
plný invalidní (I)	55	55	55
částečný invalidní (IČ)	50	47	49

Zdroj: Výpočet VÚPSV podle údajů Statistické ročenky z oblasti důchodového pojištění

Z uvedeného jasně vyplývá, že relativně vysoké výdaje na plné invalidní důchody jsou víceméně problémem definičním, resp. legislativním. Úpravou podmínek pro přiznání starobního důchodu, které by v okamžiku dosažení věku pro odchod do starobního důchodu zakotvovaly povinnou konverzi invalidního důchodu ve starobní, jak je tomu v jiných zemích EU, by došlo ke zpřehlednění důchodového systému.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že pro případný převod výplaty invalidních důchodů z důchodového do nemocenského pojištění je třeba uvážit, že cca jedna třetina osob pobírajících plný invalidní důchod dosáhla již důchodového věku a mohla by pobírat důchod starobní.

Pro úplnost je nutno ještě zmínit problematiku **úrazového pojištění**. Pracovní úrazy a nemoci z povolání v současné době neodůvodněně zatěžují solidární systém zdravotního, nemocenského a důchodového pojištění. Jak podle současných právních předpisů, tak i podle přijatého, ale dosud neúčinného zákona o úrazovém pojištění, nejsou z pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání hrazeny ani náklady na léčbu ani nemocenské a případné invalidní důchody. Přitom průměrná délka pracovní neschopnosti překračuje u pracovních úrazů 45 dnů (tj. více než 6 týdnů) a u nemocí

z povolání 130 dnů (více než 4 kalendářní měsíce), což je mnohem více než celkový průměr.¹⁷

Pojistné plnění u úrazového pojištění záleží zejména v tzv. **rentách**, tj. náhradách za ztrátu výdělku po dobu pracovní neschopnosti a případně i po jejím skončení (rozdíl v čistých mzdách), za ztrátu na důchodu (rozdíl mezi výší důchodu, kterou by pracovník dosáhl kdyby byl zdravý a důchodu po zranění, resp. po nemoci z povolání) a v **jednorázovém odškodnění**, kam patří bolestné, náhrada za ztížené společenské uplatnění a případně jednorázové odškodnění pozůstalých.

Pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání představuje tedy dosud jakési kvazipojištění, kde povinné pojistné zaměstnavatelů slouží pouze k opakujícím se a jednorázovým platbám (tzv. renty a jednorázová odškodnění).

Nicméně jak vyplývá z údajů tabulky č. 14, podíl pracovních úrazů a nemocí z povolání na počtu nově zjištěných případů pracovní neschopnosti a na její délce není velký a proto se tímto problémem nebudeme podrobněji zabývat.

Tabulka č. 23 **Podíl pracovních úrazů (PÚ) a nemocí z povolání (NzP) na nově zjištěných případech a celkovém počtu dnů pracovní neschopnosti (PN)**

	podíl PÚ na celkovém počtu nově zjištěných případů PN	podíl PÚ na celkovém počtu dní PN	podíl NzP na celkovém počtu nově zjištěných případů PN	podíl NzP na celkovém počtu nově zjištěných případů PN
2001	2,41 %	3,43 %	0,03 %	0,14 %
2002	2,53 %	3,43 %	0,03 %	0,14 %
2003	2,29 %	3,26 %	0,03 %	0,11 %
2004	3,02 %	3,79 %	0,03 %	0,12 %
2005	2,71 %	3,73 %	0,03 %	0,10 %
2006	3,04 %	3,95 %	0,03 %	0,09 %

Zdroj: ČSÚ – práce, sociální statistiky – Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR

¹⁷ BRUTHANSOVÁ, D. – ČERVENKOVÁ, A. – PECHANOVÁ, M. – VÁVRA, A. – MÍKOVÁ, V. *Vypracování metody pro zjišťování pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením vzniklým po pracovním úrazu nebo nemoci z povolání*. Praha: VÚPSV, 2005

6. Mezinárodní srovnání

6.1 Přístup k nemoci a invaliditě podle tabulek CESIFO 2004

6.1.1 Nemocenské pojištění

Tabulky CESIFO sledují **dávky v nemoci** ze 6 kritérií, kterými jsou:

1. Příjemci dávek
2. Podmínky pro výplatu nemocenského (minimální nutná doba pojištění apod.)
3. Čekací doba na výplatu dávek
4. Doba, po kterou jsou dávky poskytovány
5. Výše dávek (nejčastěji ve vztahu k předchozímu výdělku)
6. Zdanění dávek

V Evropě bylo celkem sledováno 19 zemí, kromě 17 členských států EU ještě Švýcarsko a Norsko. Jednotlivé systémy se podle těchto kritérií navzájem velmi liší. Ze srovnání se svým velmi složitým systémem vymyká Velká Británie. I u jiných zemí se setkáváme s extrémními hodnotami.

Příjemci dávek jsou většinou zaměstnanci v pracovním poměru, s výjimkou Irska a Švýcarska, kde mají nárok všichni rezidenti (ve Švýcarsku ale též nerezidenti tam zaměstnaní). V 7 zemích jsou nemocensky pojištěni též osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), někde je možné dobrovolné pojištění. Některé země stanovují věkovou hranici, a to dolní (15-16 let) a horní (65 let), jinde jsou do okruhu pojištěných osob výslovně zahrnuti nezaměstnaní a učni.

Podmínky pro výplatu nemocenského (kvalifikační doba) se v jednotlivých zemích liší: v sedmi z nich neexistuje, jinde je určena minimální doba předchozího pojištění. Z tohoto hlediska je zajímavé uspořádání v Řecku, kde na délce doby pojištění závisí doba vyplácení dávek (čím delší kvalifikační doba, tím delší trvání dávek).

Čekací doba na výplatu dávek (karenční doba) je u zaměstnanců 0 až 3 dny, u OSVČ a dobrovolně pojištěných může být i delší (až 16 dní).

Doba, po kterou jsou dávky poskytovány, není ve Švédsku formálně stanovena; jinde se její rozpětí pohybuje od 6 měsíců (v Itálii a v Polsku) do 3 let (v Portugalsku). Pokud nedojde k uzdravení, následuje řízení o přiznání invalidního důchodu.

Výše dávek je stanovena buď absolutně (v eurech) nebo procentní sazbou, která se pohybuje od 25 % do 100 % mzdy. Výše dávek závisí hlavně na délce trvání nemoci, a to v kladném i záporném směru (s délkou nemoci se někde snižuje, jinde zvyšuje) a na počtu vyživovaných osob. V některých zemích se dávky snižují při hospitalizaci.

Zdanění dávek. Až na dvě výjimky podléhají nemocenské dávky zdanění.

6.1.2 Invalidní pojištění

Pro sledování invalidního pojištění byla vybrána 4 kritéria:

1. Okruh pojištěných osob
2. Pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti
3. Doba poskytování
4. Minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)

Počet sledovaných evropských zemí je stejný jako u nemocenského pojištění, kromě 17 členských států EU je ještě uvedeno Švýcarsko a Norsko.

Okruh pojištěných osob v jednotlivých zemích se velmi liší nejen podle zemí, ale i podle penzijních systémů. Např. v Dánsku a v Irsku jsou pojištěni všichni státní příslušníci s trvalým pobytem. Ve Švédsku a Norsku rovněž, ale jen s určitým věkovým omezením a ve Finsku a Švýcarsku s omezením na určitý typ pojištění (Finsko - státní důchod, Švýcarsko - základní schéma). Ve většině zemí patří k pojištěncům zaměstnanci, jinde též OSVČ a nezaměstnaní.

Pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nutný pro uznání invalidity je většinou stanoven v procentech ztráty této schopnosti a většinou se pohybuje u plné invalidity mezi 50 a 67 %. Ve Finsku je toto kritérium chápáno opačně jako výše zbytkové pracovní schopnosti (40 % pro plnou, 60% pro částečnou invaliditu). Ve Velké Británii je požadována 100 % neschopnost k jakékoli práci.

Doba poskytování invalidního důchodu je zpravidla stanovena od konce uplynutí podpůrčí doby nemocenského až do dosažení důchodového věku, kdy invalidní důchod většinou přechází ve starobní (podrobněji viz tabulka příloha č. I)

Minimální doba pro uznání nároku (čekací doba) s výjimkou Švédska a Irsku vyžadují ty státy, které do okruhu pojištěných osob započítávají všechny osoby s trvalým pobytem, alespoň tříletou dobu trvalého pobytu; Dánsko u cizinců alespoň 10 let pobytu, Irsko vyžaduje 260 týdnů pojištění s řádným placením pojistného. V zemích, kde okruh pojištěných osob tvoří zaměstnanci (případně OSVČ), se minimální doba případ od případu liší zejména podle věku zaměstnance, ve kterém k invaliditě došlo.

6.2 Dávky v nemoci a invaliditě v některých evropských zemích (modelový přístup podle publikace SOCIOKLUBU)

Sociální ochrana osob se zdravotním postižením je velmi rozsáhlé téma. O rolích jejich sociální ochrany lze hovořit na nejrůznějších úrovních - od obecných, přes systémové až po velmi konkrétní technické. Na rozdíl od zákonných úprav v jiných oblastech, nejsou předpisy týkající se zabezpečení občanů dávkami v nemoci a invaliditě v rámci EU koordinovány, nýbrž zůstávají věcí každé členské země. V důsledku historického vývoje a řady dalších okolností vyskytují se zde značné rozdíly, takže vzájemné porovnání je velmi nesnadné. Ještě obtížnější je z popisu systémů v jednotlivých zemích vyvodit závěry vhodné pro aplikaci v České republice.

Uvedený nesnadný úkol se pokusil řešit Socioklub v publikaci "Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích", která byla jako Grantová studie MPSV ZVZ

64 vypracována v letech 2000 - 2002. Ve studii se autoři zaměřují zejména na pozitiva a negativa jednotlivých systémů.

Anglosaský (britský) model

Systém dávek a služeb pro nemocné a postižené ve Velké Británii je velmi složitý a historicky podmíněný a není pravděpodobné, že by byl uplatnitelný v jiné zemi. Složitost britského systému paradoxně vyplývá z jeho přehnané jednoduchosti, zavedené Beveridgeovským systémem po druhé světové válce. Tento systém nejenže poskytoval jednu úroveň nemocenských a invalidních dávek, aby se kompletně pokrylo přerušení či zastavení pracovní činnosti. Neuznávaly se žádné vyšší úrovně závislosti nebo částečná invalidita.

Výsledkem tohoto systému je, že není zcela postaven na pojistném principu. Takové systémy totiž nefungují pro ty postižené osoby, které do systému nikdy nemohly přispívat. Díky uvedenému principu mají např. na DLA nárok i lidé postižení od narození, postižené ženy v domácnosti a prostřednictvím této dávky jsou podporováni rovněž rodiče postižených dětí. Systém je tak velmi flexibilní.

Jako negativum lze vnímat pojetí dávky IB (incapacity benefit), která je postavena na principu „všechno nebo nic“, jenž ve svém důsledku odrazuje od rehabilitace a návratu do pracovního procesu. Toto negativum je ještě umocněno skutečností, že výše JA (Jobseekers Allowance), na kterou vznikne nárok po skončení pobírání IB, je tak nízká, že je pro postiženého téměř nepřijatelné vystoupit z režimu IB a ztratit na tuto dávku nárok. Uvedený problém v současné době řeší vláda. V současné době není pravděpodobné, že by Velká Británie přijala celý dávkový systém, který by řešil částečnou invaliditu pojímanou jako snížení výdělečné schopnosti.

Ve Velké Británii se do roku 1995 poskytovaly dvě samostatné dávky - nemocenská a invalidní - ze dvou systémů. V roce 1995 byly obě dávky a oba systémy spojeny a nová dávka se nazývá *incapacity benefit* čili dávka při nezpůsobilosti pracovat. Došlo i ke zpřísnění podmínek. Testem se zkoumá způsobilost k jakékoliv práci, nikoliv jen k práci přiměřené ke kvalifikaci zdravotně postiženého, jak tomu bylo dříve. Hlavním nedostatkem současného britského systému je skutečnost, že dávky jsou příliš nízké a v cca čtvrtině případů je třeba je doplňovat asistenčními dávkami. Dalším problémem je motivace k práci místo žádání o dávky.

Vzhledem ke značné složitosti britského modelu uvádíme jednotlivé typy dávek v abecedním pořadí.

AA - (Attendance Allowance) - dávka na obsluhu, která se v současné době poskytuje osobám starším 65 let jako ekvivalent dávky pro postižené (Disablement Living Allowance), jež se za stejných podmínek poskytuje mladším účastníkům systému.

DLA - (Disablement Living Allowance) se poskytuje ve třech výměrách a náleží mladším invalidům (do 65 let). Její součástí jsou také příspěvky na mobilitu, do nichž jsou zahrnuty např. příspěvky na zakoupení automobilu, apod.

DPTC - (Disabled Person's Tax Credit) daňový kredit pro invalidní osoby je původně dávka vyplácená ze systému sociálního zabezpečení, která byla zavedena spolu s DLA. Je to v podstatě doplněk příjmu, aby se tak ztraktivnila méně placená práce, kterou postižená osoba přijme, a zabránilo se její nezaměstnanosti. Bez této dávky by se mnoha invalidům nevyplatilo pracovat.

IB - (incapacity benefit) - dávka při bezmocnosti je invalidní dávkou, jež byla zavedena v roce 1994, když byl redukován systém lékařské kontroly. V současné době se tato dávka vyplácí ve třech výměrách, vzrůstá v souvislosti s trváním bezmocnosti. Pro dlouhodobě invalidní osoby mladší 45 let existuje v rámci této dávky příplatek, který má do určité míry kompenzovat skutečnost, že nemohly spořit ze svých příjmů na důchodové pojištění. Dávka IB se vyplácí rovněž těm zaměstnancům, kteří jsou dočasně práceneschopní a z nějakého důvodu jim nevznikl nárok na SSP.

ICA - (Invalid Care Allowance) dávka při péči o invalidní osobu je zvláštní dávkou zaměřenou na uspokojování potřeb osob, které přestaly pracovat, aby mohly pečovat o svého postiženého příbuzného, zpravidla rodiče, a tak samy zůstaly bez pravidelného pracovního příjmu.

IS - (Income Support) se vyplácí všem, kdo mají nízké příjmy a nejsou zaměstnaní na plný pracovní úvazek (definovaný jako nejméně 16 hodin týdně). Pro posouzení výše příjmu se posuzuje příjem rodiny, která je definována jako společně žijící manželé a jejich závislé děti. Pobírání IS se zohledňuje spolu s IB pro posuzování nároku na jiné dávky ze sociálního zabezpečení.

JA - (Jobseekers Allowance) dávka uchazečům o zaměstnání byla jako dávka vytvořena v 80. letech a vznikla ze spojení dávky v nezaměstnanosti a IS pro nezaměstnané. Po dobu prvních šesti měsíců, kdy je osoba nezaměstnaná, je JA dávkou založenou na pojistném principu, po uplynutí této doby je to asistenční dávka, vyplácená za stejných podmínek jako IS.

SDA - (Severe Disablement Allowance) - dávka pro těžce zdravotně postižené byla jako dávka uzavřena pro nové žádosti v dubnu 2001. Před tímto datem byla dávkou paralelní k IB, která byla vyplácena v o něco nižší výměře osobám, které nesplňovaly podmínky účasti na pojištění (studentům, ženám v domácnosti, mladším zaměstnancům). Tato dávka byla poskytována pouze těžce zdravotně postiženým osobám, vymezeným jako „neschopné zabezpečit běžný chod domácnosti.“

SSP - (statutory sick pay) - povinné nemocenské spravuje zaměstnavatel, který náklady na poskytnutí dávek svým zaměstnancům hradí z Národních pojistných příspěvků. Ostatní hradí stát. Dávka je plošná a její výše nedosahuje výše starobního důchodu nebo příspěvku k příjmu (income support). Pro krátkodobou pracovní neschopnost není třeba lékařského potvrzení, v případě delší pracovní neschopnosti o ní vydává potvrzení všeobecný praktický lékař činný pro zaměstnavatele.

Středoevropský model - Švýcarsko

Autoři citované studie hodnotí systém švýcarského invalidního pojištění jako dobrý, který nepotřebuje strukturální změnu.

Systém se opírá o tyto zákony:

- LAI** federální zákon o invalidním pojištění
- LPP** federální zákon o pojištění zaměstnanců
- LAA** federální zákon o úrazovém pojištění
- LAVS** federální zákon o starobním pojištění

Invalidní pojištění podle zákona o invalidním pojištění LAI je v podstatě povinné připojištění ke starobnímu pojištění dle LAVS. Povinnost platit invalidní pojistné je stanovena pro pojištěnce i pro jejich zaměstnavatele. Pojistné činí 1,4 % z výdělku. Osoby bez výdělečné činnosti v roce 2002 platily 54 až 1 400 franků ročně podle jejich sociální úrovně. Pojistné se platí jako příplatek k pojištění starobnímu dle LAVS a tvoří

"první pilíř" systému. Pojištěncům vzniká v případě sociální události nárok na invalidní rentu, event. na doplňkovou rentu pro manželku nebo manžela (rente complémentaire pour leur conjoint) a na rentu pro každé z dětí, které by v případě úmrtí pojištěnce mělo nárok na sirotčí rentu podle zákona LAVS.

Pojištění je financováno pojistným zaměstnanců a zaměstnavatelů, příspěvky Konfederace, výnosem z kompenzačních fondů a příjmy z rekursů proti třetím osobám, zodpovědným za újmu na zdraví pojištěnců.

"Druhý pilíř" systému tvoří profesionální pojištění LPP, které spolu s pojištěním dle LAVS a LAI zajišťuje starým osobám, vdovám a sirotkům, jakož i invalidům, zachování životní úrovně přiměřené jejich dřívější životní úrovni. Je prováděno četnými pojistnými institucemi nazývanými Penzijní pokladny (Caisse de pensions), specializovanými pro určité profese, které jsou registrovány v registru profesionálního pojištění u Federálního úřadu sociálního pojištění (Office fédéral des assurances sociales). Pojištění dle LPP je sociální pojištění a mezi dávkami existuje také invalidní renta v případě částečné nebo úplné neschopnosti výdělků (invalidity) pojištěné osoby. Invalidní rentiéri dle LPP mají také nárok na doplňkovou rentu pro manželku nebo manžela (rente complémentaire pour leur conjoint) a na rentu pro každé z dětí, které by v případě úmrtí pojištěnce mělo nárok na sirotčí rentu.

Narozdíl od financování pojištění dle LAI a LAVS, na které přispívá stát, jsou penzijní pokladny dle LPP financovány pouze pojistným, placeným z poloviny zaměstnanci a z poloviny zaměstnavateli.

Nemá-li invalidní osoba nárok na rentu podle výše zmíněných "pilířů", mají tyto osoby v různých kantonech nárok na sociální asistenci. Bezmocné osoby, které pro svou invaliditu potřebují trvalou cizí pomoc nebo trvalý cizí dozor pro výkon běžných životních potřeb, mají nárok na přídavek pro bezmocnost.

Středoevropský model - Rakousko

V Rakousku představuje sociální zabezpečení jeden z důležitých faktorů sociální soudržnosti a výrazně přispívá k redukci chudoby a sociálnímu a ekonomickému rozvoji. Přesto musí stávající systém reagovat na současné potřeby trhu práce, sociální vztahy a demografický vývoj.

Invalidní důchod je dávkou veřejného penzijního systému. Nárok na něj vzniká po určité době pojištění (6 měsíců až 15 let, podle věku žadatele) a v případě, že žadatel je invalidní. Invalidita se posuzuje nikoli pouze jako zdravotní kategorie, ale také z hlediska dosavadní pracovní aktivity invalidy v posledních 15 letech.

Předčasný důchod - v roce 1981 byl zaveden systém, podle kterého mohou dělníci nárokovat invalidní důchod, pokud nejsou nadále ze zdravotních důvodů schopni vykonávat dosavadní nebo podobnou práci, kterou většinou vykonávali v posledních 15 letech. Jedná se v podstatě o jinou formu předčasného důchodu, která je však ošetřena v rámci invalidního, nikoli starobního důchodového systému.

V poslední době bylo Rakousko, stejně jako ostatní evropské státy, nuceno snížit sociální výdaje a přijmout některé sociální reformy. Co se týče důchodového pojištění, byly navýšeny příspěvky, ale je nutné reformovat rovněž např. podmínky pro vznik nároku, rehabilitaci apod.

Středoevropský model - Německo

Německý důchodový systém je velmi složitý, což je dáno jeho dlouhou tradicí. Povinný systém důchodového pojištění byl zaveden v roce 1889 jako starobní a

invalidní důchodový systém pro dělníky. Některé charakteristiky tohoto systému zůstaly v platnosti až do dneška. V Německu existují v podstatě čtyři systémy zabezpečující invalidní dávky.

1. Sociální pojištění pro zaměstnance, které zahrnuje

1.1 Povinné důchodové pojištění (Gesetzliche Rentenversicherung) Povinné důchodové pojištění je původně pouze starobní, ale zahrnuje rovněž invalidní dávky a rehabilitační programy, stejně jako pozůstalostní důchody.

1.2. Povinné úrazové pojištění (Gesetzliche Unfallversicherung). Povinné úrazové pojištění je provozováno 35 průmyslovými a 20 zemědělskými profesními svazy. Úrazové dávky se poskytují jen v případě pracovních úrazů či nemocí z povolání a mohou být považovány za kompenzaci na základě principu náhrady škody.

2. Zaměstnanecké pojištění státních zaměstnanců a vojáků (Beamtenversorgung)

Nejde o důchody v pravém slova smyslu, ale jedná se v podstatě o prodlouženou výplatu mzdy, která se uplatňuje i v případě invalidity. Důchodové dávky pro státní zaměstnance bývají zpravidla vyšší, než pro ostatní zaměstnance. Systémy pro státní zaměstnance a ostatní zaměstnance zásadně nejsou -až na výjimky - propojitelné. Státní zaměstnanci sice nejsou účastni všeobecného úrazového pojištění, ale v případě pracovního úrazu mohou žádat o zvláštní dávku úrazového důchodu (*Unfallruhegehalt*), která je vyšší než jejich invalidní důchod.

3. Systém sociální pomoci prováděný zemskými vládami

Nedostačují-li dávky ze sociálního pojištění k zabezpečení potřeb postižené osoby nebo nevznikne-li takové osobě na dávku nárok vůbec, je možné žádat o dávky sociální pomoci. Systém sociální pomoci se aktivuje v případě chudoby (či její hrozby) jako dlouhodobá platba určená k uspokojení zvláštních potřeb.

4. Dávky poskytované válečným poškozcům

Jsou poskytovány v peněžní formě, jsou částečně plošné a částečně závislé na příjmu. Německý důchodový systém bývá kritizován pro svou vysokou příspěvkovou úroveň. V důsledku reformy z roku 2001 lze očekávat redukci úrovně invalidních důchodů, která může vést k růstu chudoby.

Západoevropský model - Francie

Citovaná práce uvádí doslova: "Za pozitivum francouzského systému lze považovat skutečnost, že systém zabezpečuje rovněž osoby, které z důvodu své nemoci nikdy nepřispívaly do systému, což ukazuje na vysokou úroveň národní solidarity. Výhodou, kterou lze doporučit českému systému, je nezávislost posudkových míst a absence jejich podřízenosti např. orgánu odpovědnému za výplatu invalidních dávek."

K tomu lze poznamenat, že francouzský systém klade velký důraz na udržení invalidních pracovníků v zaměstnání, resp. na získání potřebné kvalifikace.

Francouzský systém rozlišuje mezi **invaliditou a postižením**. Za **invalidního** se považuje ten, kdo má v okamžiku vzniku úrazu zaměstnání, ze kterého platí příspěvky do sociálního systému, a to v rámci povinného pojištění, ze kterého se vyplácí dávky v závislosti na výši příjmu, tedy podle principu zásluhovosti. **Postiženou** je naopak osoba, která neměla příjem ze zaměstnání, když došlo ke vzniku invalidity, a proto nikdy nepřispívala do sociálního systému. Dávky postiženým

jsou vypláceny ze systému rodinných dávek. Invalidé jsou motivováni k účasti na pracovním procesu. Postižení jsou naopak zabezpečeni tak, aby se zaručila jejich rovná možnost účasti na společenském životě, zejména formou asistence a doplňku příjmu za účelem kompenzace nákladů zvýšených v důsledku postižení.

Západoevropský model - Belgie

Jako pozitivum současného belgického systému lze označit skutečnost, že široká škála zákonů a metod ošetřuje invaliditu z různých hledisek. Belgický systém lze považovat za dobrý, poskytující dobrou kompenzaci a zohledňující variabilitu důvodů neschopnosti k práci.

V Belgii je zakotveno hned několik systémů, které určitým způsobem zohledňují osoby se zhoršeným zdravotním stavem. Tyto systémy jsou založeny na bázi povinného sociálního pojištění pro zaměstnance, ze kterého se pak vyplácí dávky v závislosti na dosahovaném příjmu. Systémy jsou určeny pouze zaměstnancům.

Kromě pojištění pro případ úrazu, nemoci z povolání a (dočasně) neschopnosti k práci existují dva typy dávek, týkající se invalidních osob a to invalidní dávka a dávka k podpoře integrace (integrační příspěvek). V případě **invalidních dávek** se za postiženého pro účely příspěvku nahrazujícího příjem považuje osoba, jejíž fyzické nebo mentální poruchy zapříčinily snížení schopnosti výdělku o třetinu a více, ve srovnání se zdravým člověkem vykonávajícím stejnou práci. **Integrační příspěvek** se naproti tomu poskytuje invalidním osobám, jejichž schopnost sebeobsluhy byla oficiálně prohlášena za sníženou či ztracenou. Ztráta schopnosti sebeobsluhy musí být oficiálně uznána.

Severoevropský model - Švédsko

Mezi pozitiva současného systému patří zejména povinnost pokusit se o rehabilitaci před každým rozhodnutím o invalidním důchodu, dále možnost poskytovat přechodné invalidní důchody, existuje částečný invalidní důchod a institut „spícího invalidního důchodu“.

1. **Invalidní důchod** je všeobecnou dávkou, na kterou vzniká nárok na základě invalidity. Jedná se o povinný veřejný penzijní systém, který pokrývá všechny osoby, resp. všechny obyvatele pojištěné ve Švédsku ve věku 16-64 let a postižené děti, které nedosahují 16 let. K získání nároku na dávku invalidního důchodu musí být ze zdravotních důvodů snížena pracovní schopnost. Invalidní důchod se poskytuje ve třech výměrách. Je-li pracovní schopnost zcela nebo téměř vyloučena, je dán nárok na plný invalidní důchod. Je-li pracovní schopnost omezena o 3/4, je dán nárok na 3/4 invalidního důchodu. Je-li pracovní schopnost omezena minimálně o 1/2, je dán nárok na 1/2 invalidní důchod. Ve všech ostatních případech poklesu pracovní schopnosti je nárok na 1/4 invalidního důchodu.
2. **Invalidní dávka** je poskytována za účelem proplacení nákladů na technickou pomoc nebo zvláštní asistenci.
3. **Úrazové pojištění** vyrovnává ekonomickou invaliditu, vznikla-li v souvislosti s výkonem práce.

V rámci švédského systému lze žádat o všechny tři typy dávek současně.

Finanční okolnosti se nezohledňují, v potaz se bere pouze pracovní schopnost. Výjimku z tohoto pravidla představuje případ, kdy je invalidní osoba i přes svou

neschopnost k práci schopna dosáhnout stejné úrovně příjmů, jako když byla zdravá. V takovém případě nárok na invalidní důchod nevzniká, neboť bylo prokázáno, že i přes postižení je stále dána pracovní schopnost. Znamená to, že invalidní dávky nahrazují ztrátu příjmu plynoucí ze vzniku invalidity, nikoli pouze zhoršení zdravotního stavu, které nemusí automaticky ve všech případech znamenat zhoršení schopnosti dosáhnout stejné úrovně výdělku jako před vznikem invalidity

Pobírá-li invalida plný invalidní důchod, zásadně není možnost vykonávat výdělečnou činnost. V případě částečného invalidního důchodu lze tuto vykonávat do té míry, jak to odpovídá zbytkové pracovní schopnosti. Ve Švédsku dokonce existuje tzv. „spící invalidní důchod“. Znamená to, že pokud má někdo nárok na invalidní důchod, existuje možnost vykonávat výdělečnou činnost po určitou omezenou dobu (zpravidla 3 roky), aniž by došlo ke ztrátě práva na invalidní důchod. Zjistí-li po nějaké době invalidní osoba, že již není schopná tuto práci vykonávat, může se znovu vrátit do režimu invalidního důchodu, tedy výplatu této dávky znovu aktivovat.

Od roku 2003 má být invalidní důchod součástí nemocenského pojištění a bude se tedy jednat o nemocenskou, nikoli důchodovou dávku. Podmínky pro vznik nároku budou zásadně stejné, jen výpočet dávky se změní (v současnosti je podobný jako výpočet dávky starobního důchodu).

Postkomunistický model - Polsko, Maďarsko, Slovensko

Polsko

V systému sociálního pojištění, které zahrnuje jednak pojištění důchodové, jednak pojištění pro případ pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, existují zvláštní systémy pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné (řízené Správou sociálního zabezpečení - ZUS) a pro rolníky (řízené zvláštní správou - KRUS).

Rozdíl je např. v pojetí invalidity. ZUS pojímá invaliditu jako všeobecnou, vyjádřenou ztrátou výdělečné schopnosti, přičemž se zároveň zohledňují prvky fyzické a profesionální invalidity. Naopak KRUS se řídí kritériem neschopnosti pracovat na určité farmě, tedy zaměstnaneckou invaliditou vyjádřenou ztrátou schopnosti být zaměstnán v zemědělství (ze zdravotních důvodů nemůže jedinec vykonávat práci na farmě déle než 6 měsíců). Oba systémy se dále liší v požadované minimální době pojištění.

ZUS poskytuje dva typy invalidních důchodů - dočasný důchod a dlouhodobý důchod. V případě dočasných důchodů je další poskytování dávek po období platby závislé na opětovném určení invalidity. V případě dlouhodobých důchodů nemusí být znovu posuzována invalidita, ledaže by o posouzení požádal sám invalidní občan (např. za účelem změny z částečné na plnou invaliditu). Podobná pravidla platí i u dávek poskytovaných z KRUS.

Hlavním kritériem pro posuzování invalidity je od roku 1996 neschopnost práce. Za invalidního se považuje ten, kdo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zcela nebo částečně ztratil schopnost vykonávat práci a není tu možnost znovunabytí této schopnosti nebo rekvalifikace. Částečně invalidní osoba je ta, která převážně ztratila schopnost pracovat ve svém dosavadním zaměstnání za využití své kvalifikace. Plně invalidním je naopak ten, kdo nemůže vykonávat žádnou práci. Při posuzování invalidity se zohledňují následující kritéria:

- Charakter a průběh nemoci a její vliv na funkčnost organismu

- Psychofyzická schopnost organismu a úroveň vyrovnání se s anatomickými ztrátami, důsledky nemoci
- Kvalifikace, věk, profese, dosud vykonávané aktivity a schopnost dále vykonávat profesionální práci
- Možnosti znovunabytí pracovních schopností zdravotní péčí, rehabilitací nebo profesní rekvalifikací.

V obou systémech - ZUS a KRUS - je stanovena minimální výše invalidního důchodu, a to pevnou částkou. Minimální dávky jsou pak indexovány stejným faktorem jako všechny ostatní důchody (průměrný důchod při dvacetiprocentní inflaci roste stejně jako reálné mzdy). Polský systém nestanoví maximum dávky invalidního důchodu přímo, existuje nicméně nepřímá limitace pojistitelných příjmů, která činí 250 % průměrné mzdy. Tato hranice ve svém důsledku znamená i stanovení maximální výše důchodu.

V devadesátých letech prošel systém výraznými změnami. Od roku 1996 jsou invalidní důchody založeny na zbytkové pracovní schopnosti, nikoli na zdravotní podmínce. Ve svém důsledku to znamenalo snížení nákladů na systém, neboť došlo k redukci nově přiznávaných stavů invalidity.

Zároveň je však třeba podotknout, že Polsko patří k zemím s nejvyšším poměrem invalidních osob. Lze to vnímat jako výsledek ekonomické transformace, která přinesla nezaměstnanost, a tak vzrostl počet těch osob, které žádaly o invalidní dávky.

Další problém lze spatřovat v motivaci invalidních osob k výdělečné činnosti. Zatímco částečně invalidní osoba může dosahovat určitého příjmu za současného zachování nároku na dávku, u plně invalidních osob je taková možnost téměř vyloučena, neboť podmínky, za jakých si mohou vydělávat, a hranice možného dosaženého příjmu za současného zachování nároku na invalidní dávku jsou nastaveny příliš přísně.

Maďarsko

Jako pozitivní lze beze sporu vnímat skutečnost, že právní úprava, která stanoví invalidní dávky a služby, je velmi široká a zahrnuje poměrně velký počet životních situací. To na druhé straně do značné míry vyvolává nepřehlednost a komplikovanost systému.

Maďarský systém dávek poskytovaných na základě nepříznivého zdravotního stavu stojí před podstatnými změnami, jejichž cílem je vybudovat koherentní systém podpory postižených.

Slovensko

Invalidita je na Slovensku pojata jako všeobecná invalidita, vyjádřená jako ztráta schopnosti výdělečné činnosti, s důrazem na zbytkovou pracovní schopnost.

V době zpracování citované studie byl na Slovensku teprve přijat (v květnu 2002) zákon č. 413/2002 Z. z., o sociálnom poistení. Naopak v oblasti sociální pomoci Slovensko Českou republiku o 10 let předešlo, neboť zde již od roku 1988 platí zákon č. 195/1988 Z. z., o sociálnej pomoci.

Podle slovenských právních předpisů se za invalidního považuje občan, jehož schopnost vykonávat výdělečnou činnost pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

poklesla o více než 66 % v porovnání se zdravou fyzickou osobou. Částečnou invaliditou se rozumí takový stav, kdy pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav občana poklesla jeho schopnost vykonávat výdělečnou činnost o alespoň 33 %, ale ne o více než 66 % v porovnání se zdravou fyzickou osobou.

Co se týče slovenského systému, autoři citované studie se domnívají, že „...hodnotit zcela nový zákon o sociálním pojištění je v současné době předčasně. Pozitivně lze vnímat skutečnost, že byla přijata nová, moderní a ucelená právní norma. Jak se osvědčí v praxi, ještě ukáže čas.“

Balkánský model - Slovinsko

Slovinská ústava zakotvuje právo na sociální zabezpečení jako jedno z lidských práv a základních svobod. Článek 50 zaručuje všem občanům, kteří splňují podmínky stanovené zákonem, právo na sociální zabezpečení. Z hlediska zakotvení práv invalidních osob je velmi důležitý čl. 52 ústavy, který stanoví právo invalidních osob na ochranu a zvláštní pracovní podmínky tak, jak je stanoví zákon včetně práva na vzdělávání a přípravu na budoucí povolání. Slovinská právní úprava naproti tomu nezahrnuje ztížení společenského uplatnění.

Nejdůležitější právní normou je zákon o invalidním pojištění. Ve Slovinsku jde o dva systémy pojištění: **povinný systém** starobního a invalidního pojištění na základě mezigenerační solidarity (systém financování pay-as-you-go); fungování a rozvoj tohoto systému zajišťuje stát a **doplňkové pojištění** pro pojištěnce účastné povinného pojištění (doplňkové invalidní důchody), které je založeno na principu reciprocity a solidarity, je financováno pojištěnci a zaměstnavateli.

Za invalidního se považuje ten, jehož zdravotní stav doznal takových změn, které nemohou být odstraněny lékařskou péčí a rehabilitačními opatřeními a které snižují schopnost pojištěnce k výdělečné činnosti.

Invalidita se klasifikuje do následujících kategorií:

Kategorie I - se vztahuje na pojištěné osoby, které nejsou schopny vykonávat organizovanou placenou práci nebo byly uznány za osoby, kterým nezbyla žádná schopnost k práci

Kategorie II - zahrnuje pojištěnce, jejichž pracovní schopnost je redukována o 50 % a více

Kategorie III - se uplatní, pokud pojištěnec i přes předchozí pracovní rehabilitaci není nadále schopen práce na plný pracovní úvazek, ale může vykonávat určité práce alespoň na polovinu pracovního úvazku nebo jeho pracovní schopnost byla redukována o 50 %, nebo je-li stále schopen pracovat na plný úvazek, ale již ne na místě, kde pracoval dříve.

Stávající systém povinného invalidního pojištění byl nahrazen novým, jenž vstoupil v platnost 1.1.2000. První fáze reformy invalidního pojištění byla již dokončena, právní úprava však musí být harmonizována s novým Zákoníkem práce, zákonem o zaměstnanosti, zákonem o vzdělávání a zaměstnávání invalidních osob, který se připravuje, a zákonem o ochraně zdraví a bezpečnosti při práci. Z tohoto důvodu také byla účinnost nového zákona o invalidním pojištění posunuta až do roku 2003.

S reformou by se měla odstranit negativa současného systému. Reforma se řídí těmito zásadami:

1. Invalidní pojištění zůstává, spolu s pozůstalostním pojištěním, právně zakotveno jako samostatná oblast sociálního pojištění. Povinné invalidní pojištění zůstane také hlavním systémem, ze kterého se poskytují invalidní dávky. Dobrovolný doplňkový systém bude tento základní skutečně pouze doplňovat a podporovat.
2. Bude zaveden zvláštní příspěvek na všeobecné invalidní pojištění a speciální příspěvek na pojištění profesionálních rizik. Konkrétní výše těchto příspěvků bude stanovována vládou.
3. Definice invalidity bude revidována. Bude zavedena absolutní definice invalidity jako kombinace všeobecné a zaměstnanecké invalidity.
4. Pracovní rehabilitace se stane základním právem a zároveň povinností postiženého pracovníka, bude upravena v rámci invalidního pojištění a bude umožňovat volbu více různých forem rehabilitace, i za účelem zvýšení kvalifikace.
5. Poskytování peněžních dávek bude zcela individualizováno, základ dávky bude odvozen od invalidního důchodu pojištěnce.
6. Doplňkové pojistné programy budou odděleny od povinného zdravotního pojištění pro případ pracovního úrazu a nemoci z povolání. V budoucnosti se počítá s vytvořením nového programu pokrývajícího profesionální rizika, začleněného do zdravotního a invalidního pojištění.
7. Povinnosti zaměstnavatele nebudou nadále odvíjeny od příčiny invalidity, ale podle pracovněprávních předpisů budou relativizovány ve vztahu ke konci pracovní smlouvy (princip relativní ochrany zaměstnání).

Pojištěnec se může dobrovolně pojistit pro případ ztráty pracovní schopnosti v rámci dobrovolného doplňkového pojištění nebo doplňkového důchodového pojištění.

6.3 Vztah starobního a invalidního důchodu

Jestliže poživatel plného invalidního důchodu dosáhne věku pro přiznání starobního důchodu, pak v ČR zůstává invalidním důchodcem - neexistuje konverze plného invalidního důchodu v důchod starobní. Vzhledem k závažnosti této problematiky vjíjíme z citované práce SOCIOKLUBU informace o vztahu invalidního a starobního důchodu v jednotlivých sledovaných zemích.

Velká Británie

Co se týká vztahu invalidních dávek k nároku na starobní důchod, nepřiznává se IB (incapacity benefit) starobním důchodcům. Pobírá-li invalidní osoba IB a dosáhne důchodového věku, může tuto dávku pobírat ještě po dobu jednoho roku ve výši starobního důchodu, což pro ni znamená určité daňové výhody. DLA (Disablement Living Allowance) nelze pobírat při dosažení důchodového věku, příjemci této dávky mohou nárokovat AA (Attendance Allowance). Bez náhrady zaniká při dosažení důchodového věku nárok na ICA (Invalid Care Allowance).

Švýcarsko

Dle LAI výše invalidní renty odpovídá výši starobní renty, na kterou by měl pojištěnec nárok podle zákona o starobním pojištění LAVS. Výpočet je složitý.

Rakousko

Předčasný důchod - v roce 1981 byl zaveden systém, podle kterého mohou dělníci nárokovat invalidní důchod, pokud nejsou nadále ze zdravotních důvodů schopni vykonávat dosavadní nebo podobnou práci, kterou většinou vykonávali v posledních 15 letech. Jedná se v podstatě o jinou formu předčasného důchodu, která je však ošetřena v rámci invalidního, nikoli starobního důchodového systému.

Německo

V povinném důchodovém systému po dosažení důchodového věku automaticky končí nárok na invalidní důchod a přechází v nárok na důchod starobní. Doby pobírání invalidního důchodu jsou zohledněny jako doby pojištění při stanovování výše starobního důchodu. Naopak důchody ze systému pro státní zaměstnance a z úrazového pojištění jsou poskytovány doživotně. V rámci právní úpravy povinného důchodového pojištění se rovněž stanoví, že starobní důchod se musí začít vyplácet do 24 měsíců po skončení nároku na invalidní důchod.

Francie

Jakmile invalida dosáhne důchodového věku, zastaví se výplata invalidního důchodu. Pokud pracuje, může pobírat jako každý jiný starobní důchod, pokud nepracuje, doživotně je mu vyplácena dávka B.D.A.

Belgie

V belgickém právním řádu nejsou žádná pravidla, která by stanovila, že starobní důchod nesmí být nižší než invalidní důchod. Starobní důchod se nesmí sbíhat s dávkou nemocenského pojištění nebo invalidní dávkou. Obě tyto dávky jsou suspendovány, jakmile invalidní osoba dosáhne důchodového věku. Jen dávky za pracovní úraz a nemoc z povolání mohou být kumulovány s důchodem, v tomto případě však dochází k jejich redukci.

Švédsko

Invalidní důchody se vyplácí do věku 65 let, kdy nastává důchodový věk a důchodové nároky přecházejí do režimu starobního důchodu. Pobírání invalidního důchodu či dávek z úrazového pojištění zakládá nárok na následné pobírání starobního důchodu. Neexistuje však žádné pravidlo, že by starobní důchod nemohl být nižší než invalidní.

Polsko

Zásadně platí, že lze nárokovat pouze jednu dávku ze systému sociálního zabezpečení pro osoby se zdravotním postižením, souběh dávek se zásadně nepřipouští. Výjimkou z tohoto pravidla jsou důchody poskytované ze systému úrazového pojištění v případě pracovního úrazu, kde lze nárokovat jednu a půl dávky. Všeobecně je možné zvolit tu dávku, která je pro příjemce výhodnější. Např. kdo dosáhl důchodového věku, může si vybrat mezi invalidním důchodem a starobním důchodem. Doby invalidity nejsou zohledňovány při přiznávání starobního důchodu. Je-li starobní důchod nižší než invalidní, oprávněný nadále pobírá invalidní důchod a starobní důchod se mu nevyplácí.

Maďarsko

Otázka konverze invalidního důchodu ve starobní není v cit. práci uvedena.

Slovensko

Jsou-li současně splněné podmínky nároku na výplatu více důchodových dávek, vyplácí se zásadně jen jedna důchodová dávka, a to ta, která je nejvyšší. Jsou-li dávky stejně vysoké, vyplácí se ta, kterou si zvolí pojištěnec.

Slovinsko

Otázka konverze invalidního důchodu ve starobní není v cit. práci uvedena.

6.4 Rehabilitace a pracovní uplatnění invalidů

(pramen: MISSOC 2007)

V této subkapitole jsme ze zemí uváděných v tabulkách MISSOC vybrali pouze ty, které už byly předmětem výkladu v předchozích subkapitolách. U každé země je jako bod 1. sledována rehabilitace a rekvalifikace, jako bod 2. preference zaměstnávání invalidů.

Velká Británie

1. Preventivní zdravotní péče, léčba a léčebná rehabilitace jsou poskytovány Národní zdravotní službou. Zjištění pracovní schopnosti, rehabilitace a podporované zaměstnání jsou upraveny zvláštními zákony (Disabled Persons Employment Act 1944 a 1958 a Employment and Training Act 1973). Během rehabilitace a zaškolování jsou vypláceny dávky.
2. Zakázána je jakákoli diskriminace osob s postižením.

Švýcarsko

1. Rehabilitace je upřednostňována. K rehabilitačním opatřením, poskytovaným z invalidního pojištění patří zejména léčebná opatření, profesní opatření (poradenství, nové zaškolení, rekvalifikace, získání zaměstnání, kapitálová výpomoc), speciální výchovná opatření, pomocné vybavení (podpůrná zařízení, protetika apod.), peněžní příspěvky.
2. Zahrnuto v bodu 1., samostatně neexistuje.

Rakousko

1. Různá opatření léčebné, profesní a sociální rehabilitace. Před přiznáním invalidního důchodu musí být proveden pokus o znovunabytí pracovní schopnosti pomocí rehabilitace.
2. Povinnost podniků zaměstnávat invalidní osobu (se ztrátou pracovní schopnosti více než 50 %) na každých 25 zaměstnanců anebo platit kompenzaci ve výši 209 euro měsíčně.

Německo

1. Během léčebné i profesní rehabilitace jsou poskytovány základní dávky i tzv. přechodné dávky (Übergangsgeld). Orgány penzijního pojištění musí zjišťovat, zda žádosti o důchod by bylo možno předejít opatřeními v oblasti rehabilitace.
2. Povinnost zaměstnávat těžce postižené osoby ve všech podnicích s více než 20 zaměstnanci ve výši 5 % osazenstva. V případě neplnění, speciální odvod (*Ausgleichsabgabe*).

Francie

1. Odborná rekvalifikace ve specializovaných odborných rekvalifikačních centrech nebo podnicích včetně psychotechnických zkoušek; na náklady přispívají fondy sociálního zabezpečení. Po dobu rekvalifikace pokračuje výplata důchodů nebo jejich částí.
2. Firmy s 20 nebo více zaměstnanci mají povinnost zaměstnávat 6 % invalidních pracovníků z osazenstva. Jinak platí povinný odvod nebo musí odebírat práci a služby od instituce s chráněným zaměstnáním.

Belgie

1. Funkční a profesní rekvalifikace ve specializovaných zařízeních, na základě rozhodnutí odborníků.
2. neexistuje

Švédsko

1. Zařízení a pomoc poskytují místní zdravotní instituce. Je možné spojit profesní rekvalifikaci s částečným invalidním důchodem. Před tím, než je rozhodnuto o dávce invalidního důchodu, je třeba vždy zhodnotit možnosti rehabilitace. Je-li konstatováno, že rehabilitace je možná, vytvoří zaměstnavatel spolu s úřadovnou sociálního pojištění rehabilitační plán. Během období rehabilitace trvá nárok na rehabilitační dávku ve stejné výši jako dávka nemocenského.
2. Speciální kvóta pro zaměstnávání invalidů neexistuje.

Polsko

1. Rehabilitace obvykle začíná po vyčerpání dávek nemocenského, ale může začít i do šesti měsíců od začátku invalidity. Pokud invalidita trvá, je možné v průběhu rehabilitace až 12 měsíců čerpat speciální rehabilitační dávku (*Świadczenie rehabilitacyjne*).
2. Firmy s 25 nebo více zaměstnanci mají povinnost zaměstnávat 6 % invalidních pracovníků z osazenstva, přičemž vážněji postižené osoby jsou započítávány dvakrát nebo třikrát. Při nesplnění této povinnosti odvádějí firmy platbu do Státního fondu pro rehabilitaci handicapovaných osob, z něhož se hradí různé programy pro rehabilitaci a zaměstnávání těchto osob. Speciální opatření se týkají osob s následky pracovních úrazů a nemocí z povolání.

Maďarsko

1. Zdravotní péče, lázně, sanatoria. Existují různé formy rehabilitace pro osoby s 50% a větší ztrátou pracovní schopnosti (rekvalifikační příspěvek, speciální příspěvek na vyrovnání výchozích příjmů v novém zaměstnání pokud nedosahují 80 % předchozích příjmů apod.).
2. Povinnost zaměstnávat postižené osoby ve všech podnicích s více než 20 zaměstnanci ve výši 5 % osazenstva. V případě neplnění, speciální odvod do rehabilitačního oddělení fondu zaměstnanosti (*Munkaeröpiaci Alap*) ve výši 152 000 HUF (605 euro) za osobu ročně (2007). Podporu z fondu zaměstnanosti (*Munkaeröpiaci Alap támogatás*) obdrží zaměstnavatel, který zaměstnává alespoň po dobu jednoho roku osobu se zdravotním postižením (s nejméně 40 % ztráty pracovní schopnosti), která nedostává ani invalidní ani starobní důchod. Existují i rekvalifikační centra a chráněné dílny.

Slovensko

1. Speciální lázeňská péče lůžková i ambulantní, rehabilitace na základě doporučení specialisty.
2. Povinnost zaměstnávat postižené osoby ve všech podnicích s více než 20 zaměstnanci ve výši 3,2 % osazenstva. Těžší invalidi se započítávají víckrát. Za své invalidní zaměstnance platí zaměstnavatel nižší zdravotní pojištění (5 % místo 10 %).

7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků

Východiska

Pro přerozdělení prostředků pojistného na sociální pojištění projekt vychází ze stávajících výdajů i příjmů důchodového i nemocenského systému, a to na úrovni roku 2006.

Při oddělení invalidního pojištění od pojištění důchodového přecházejí do nemocenské:

1. všechny částečné invalidní důchody

2. plné invalidní důchody ve třech variantách:

2.1 stávající stav bez konverze

2.2. stávající stav s konverzí při současné hranici odchodu do důchodu - třetina současných příjemců plných invalidních důchodů (tj. ti, kteří jsou v důchodovém věku podle současných pravidel) se stává důchodci starobními

2.3. stav s konverzí nad 65 - pětina současných příjemců plných invalidních důchodů (tj. ti, kteří jsou ve věku 65+) se stává důchodci starobními.

Cílem navrhovaných opatření je návrh přerozdělení vybraného pojistného a dávek uvnitř systému sociálního pojištění. Jde o vyjmutí odpovídajícího objemu prostředků ze systému důchodového pojištění a jeho převedení do systému pojištění nemocenského. Důsledkem toho dojde ke změně procentuálních sazeb pojistného, a to jak pro organizace, tak pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ).

Tabulka č. 24 **Výdaje na důchody v roce 2006**

výdaje na důchody	tis. Kč	%
starobní důchod	193 933 637	73
invalidní důchod plný	37 124 155	14
invalidní důchod částečný	11 766 829	4
vdovské důchody	18 864 882	7
vdovecké důchody	1 804 958	1
sirotčí důchody	2 731 414	1
	266 225 875	100

Zdroj: ČSSZ – Statistická ročenka 2006 z oblasti důchodového pojištění

Z tabulky č. 24 je patrné, že téměř pětinu (18 %) výdajů na všechny důchody tvoří výdaje na invalidní důchody. **Částečné** invalidní důchody (4 % celkového objemu důchodů) by byly vypláceny jako nemocenské až do doby, kdy by se pacient buď uzdravil nebo odešel do starobního důchodu.

U **plných** invalidních důchodů (14 % celkového objemu důchodů) jsou zvažovány tři varianty.

Varianta 1 - bez konverze. Plné invalidní důchody by byly vypláceny jako nemocenské bez ohledu na věk příjemce.

7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků

Varianta 2 - automatická konverze plného invalidního důchodu ve starobní podle současného důchodového věku k 31.12.2006. Jak již bylo uvedeno v kapitole 5.3 (tabulka č. 21 a 22 a graf č. 20), v roce 2006 byla zhruba třetina příjemců plných invalidních důchodů v důchodovém věku. Vycházíme z počtu sólo vyplácených plných invalidních důchodů v roce 2006 (Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2006, tab. 8-02, str. 64).

Za předpokladu konverze plného invalidního důchodu ve starobní by výplata důchodů osob, jejichž invalidní důchody byly konvertovány ve starobní, zůstala v systému důchodového pojištění, resp. byla by tam převedena ze systému nemocenského pojištění po dosažení důchodového věku.

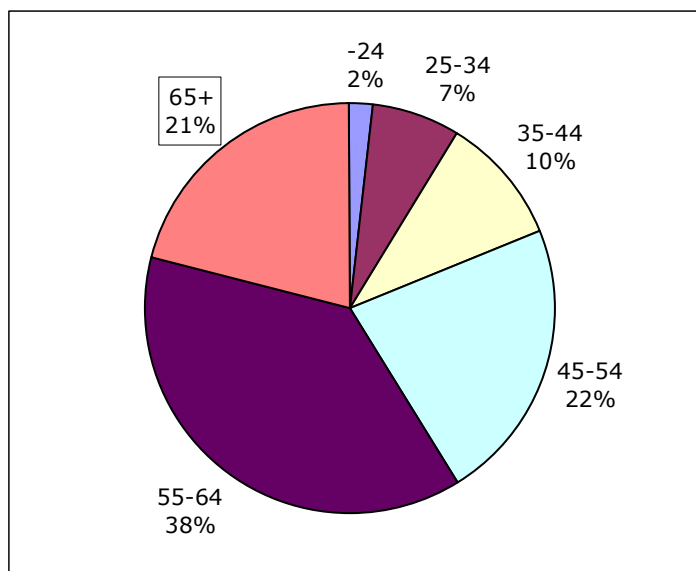
Varianta 3 automatická konverze plného invalidního důchodu ve starobní v 65 letech pro muže i ženy. Podobně jako u varianty 2 by výplata důchodů osob ve věku nad 65 let byla převedena z nemocenského do důchodového pojištění. Ve srovnání s variantou 2 by převedených důchodů bylo méně.

Tabulka č. 25 **Rozložení plných invalidních důchodů podle věku¹⁸ příjemců (rok 2006)**

věk	-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	celkem
podíl příjemců	2%	7%	10%	22%	38%	21%	100%

Zdroj: ČSSZ – Statistická ročenka 2006 z oblasti důchodového pojištění

Graf č. 21 **Rozložení plných invalidních důchodů podle věku příjemců (rok 2006)**



Zdroj: ČSSZ – Statistická ročenka 2006 z oblasti důchodového pojištění

¹⁸ Rozložení podle věku lze zjistit u počtu vyplácených důchodů, nikoli u jejich výše, takže předpokládáme, že výše vypláceného důchodu je ve všech věkových kategoriích stejná, i když tomu tak zřejmě není. Dostupná statistická data nám však neumožňují tuto nepřesnost korigovat.

Tabulka č. 26 **Výdaje na důchody a nemocenské 2006 (tis. Kč)**

výdaje na důchody a nemocenské 2006 (tis. Kč)	současný stav	varianta 1	varianta 2	varianta 3
		(bez konverze)	(konverze 1/3)	(konverze 1/5)
starobní důchody	193 933 637	193 933 637	193 933 637	193 933 637
invalidní (příp. invalidní konvertované)	48 890 984	0	12 374 718	7 424 831
pozůstalostní důchody	23 401 254	23 401 254	23 401 254	23 401 254
celkem důchody	266 225 875	217 334 891	229 709 609	224 759 722
nemocenské včetně invalidit	26 971 697	75 862 681	63 487 963	68 437 850
celkem důchody + nemocenské	293 197 572	293 197 572	293 197 572	293 197 572

Zdroj: výpočet VÚPSV podle údajů MPSV oddělení statistické metodiky a rozborů

Při výpočtu tabulky č. 26 vycházíme ze součtu výdajů na důchody a na nemocenské. Z tabulky 27 pak vidíme, že zatímco v současném uspořádání výdaje na důchody tvoří 91 % této sumy a nemocenské 9 %, po navrhovaném přesunu prostředků dojde ke značnému snížení podílu výdajů na důchody a nárůstu nemocenského, a to u všech tří variant.

Tabulka č. 27 **Výdaje na důchody a nemocenské 2006**

výdaje na důchody a nemocenské 2006 (v %)	současný stav	varianta 1	varianta 2	varianta 3
		(bez konverze)	(konverze 1/3)	(konverze 1/5)
starobní důchody	66,1%	66,1%	66,1%	66,1%
invalidní (příp. konvertované)	16,7%	0,0%	4,2%	2,5%
pozůstalostní důchody	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%
celkem důchody	90,8%	74,1%	78,3%	76,7%
nemocenské včetně invalidit	9,2%	25,9%	21,7%	23,3%
celkem důchody + nemocenské	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: výpočet VÚPSV podle údajů MPSV oddělení statistické metodiky a rozborů

Nové sazby pojistného na důchodové pojištění

Tabulka č. 28 **Placené pojistné na důchody v jednotlivých variantách**

v % a v mil. Kč	současný stav			varianta 1 (bez konverze)	varianta 2 (konverze 1/3)	varianta 3 (konverze 1/5)
	sazby	podíly podle subjektů	částky			
příjmy od zaměstnavatelů	21,5 %	72,3 %	193 937	158 501	167 444	163 867
příjmy od zaměstnanců	6,5 %	21,8 %	58 632	47 919	50 623	49 541
příjmy od OSVČ	28,0 %	5,9 %	15 802	12 914	13 643	13 352
PŘÍJMY CELKEM		100,0 %	268 371	219 335	231 710	226 760
výdaje na důchody celkem			266 226	217 335	229 710	224 760
rozdíl mezi příjmy a výdaji			2 145	2 000	2 000	2 000

Zdroj: výpočet VÚPSV podle údajů MPSV oddělení statistické metodiky a rozborů

Uvedené přesuny si vyžádají změny sazeb pojistného u jednotlivých variant. U sazeb pojistného na důchody celkové předpokládáme příjmy důchodového systému (tj. placené pojistné na důchody v jednotlivých variantách) "rozklíčujeme" podle

7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků

skutečného podílu jednotlivých subjektů v roce 2006. Z výsledku vypočteme příslušné sazby podle vzorce: $SP:SS=NP:NS$, kde

SP = staré pojistné v Kč

SS = staré sazby v procentech

NP = nové pojistné v Kč

NS = nové sazby v procentech

Vycházíme z předpokladu, že příjmy důchodového systému musí krýt jeho výdaje + malá rezerva 2 miliardy Kč.

Sazby na nemocenské pojištění jsou vypočteny ze sazeb na důchodové pojištění rozdílem tak, aby - s výjimkou OSVČ bez účasti na nemocenském pojištění - celková výše sazeb pojistného na sociální pojištění zůstala zachována.

Tabulka č.29 **Sazby pojistného na sociální pojištění**

	dosavadní	varianta 1	varianta 2	varianta 3
zaměstnavatelé	26%	26%	26%	26%
na nemocenské pojištění	3,3%	7,2%	6,2%	6,6%
na důchodové pojištění	21,5%	17,6%	18,6%	18,2%
na státní politiku zaměstnanosti	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
zaměstnanci	8%	8%	8%	8%
na nemocenské pojištění	1,1%	2,3%	2,0%	2,1%
na důchodové pojištění	6,5%	5,3%	5,6%	5,5%
na státní politiku zaměstnanosti	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
OSVČ s účastí na nemocenském pojištění	34,0%	34,0%	34,0%	34,0%
na důchodové pojištění	28,0%	22,9%	24,2%	23,7%
na státní politiku zaměstnanosti	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%
dobrovolná účast na nemocenském pojištění	4,4%	9,5%	8,2%	8,7%
OSVČ bez účasti na nemocenském pojištění	29,6%	24,5%	25,8%	25,3%

Zdroj: výpočet VÚPSV podle údajů MPSV oddělení statistické metodiky a rozborů

8. Výhody a nevýhody navrhovaného řešení

Jak bylo výše uvedeno, vyčlenění invalidního pojištění z pojištění důchodového a jeho následná inkorporace do nemocenského pojištění je v zásadě možné, i když je nutné počítat s určitými problémy.

Především není jisté, zda navrhované řešení bude vůbec politicky průchodné, neboť se jedná o sociálně velmi citlivý problém.

I v případě politické shody navrhované řešení přinese s sebou poměrně značné legislativní změny a vzhledem k poměrně dlouhému legislativnímu procesu (nepředpokládáme, že by tato věc byla řešena ve stavu legislativní nouze) odhadujeme, že nový systém by mohl fungovat cca od roku 2010. V době do případné účinnosti novelizace právních předpisů lze do jisté míry jako nevýhodu považovat nutnost změn administrativních postupů (nový software, školení příslušných pracovníků apod.).

Podle našeho názoru však výhody navrhovaného řešení by převyšovaly zmíněné nevýhody. Zejména by došlo ke kontinuální sociální ochraně osob se zhoršeným zdravotním stavem, neboť takový systém by spojoval velmi podobná sociální rizika.

Dále by došlo k zjednodušení posudkové služby, zejména k posílení její kontinuity od krátkodobé pracovní neschopnosti až po případnou invaliditu. K případně ještě větším úsporám by mohlo dojít při případném sloučení takto pojatého nemocenského pojištění s pojištěním zdravotním, neboť propojení revizních lékařů s posudkovými lékaři zajistí optimalizaci léčebného procesu (rovnovážné propojení věcných a peněžitých dávek).

9. Závěry a doporučení

V rámci připravované reformy důchodového pojištění připadá v úvahu několik variant uspořádání tohoto pojištění. Jednou z nich je i možný zásah do léta vžitého systému dávek vyplácených z důchodového pojištění. Vedle starobních a pozůstalostních důchodů jsou ze systému vypláceny i důchody invalidní, jejichž charakter se poněkud liší. Odlišnost spočívá v tom, že starobní a pozůstalostní důchody nahrazují ztrátu výdělku z důvodu stáří anebo ztráty živitele, kdežto u invalidních důchodů je ztráta či pokles příjmu spojen se zdravotním stavem příjemce. Tím se invalidní důchody blíží spíše nemocenskému pojištění. Pouze s tím rozdílem, že nemocenské představuje náhradu výdělku při krátkodobé nepřítomnosti v práci, kdežto invalidní důchod má trvalejší charakter.

Při řešení projektu bylo vycházeno ze stávajícího systému, jehož popis je proveden z hlediska ekonomického a zdravotního (srovnání diagnóz jako příčin morbidity a invalidity).

Počet případů pracovní neschopnosti podle jednotlivých skupin diagnóz (MKN - 10) nelze bezprostředně srovnávat s **počtem přiznaných invalidních důchodů** podle týchž skupin. Nejčastější příčinou PN jsou diagnózy skupiny X. - Nemoci dýchací soustavy, které většinou způsobují jen krátkodobou pracovní neschopnost. Naproti tomu **hlavní příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti** jsou diagnózy skupiny XIII. - Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Tyto skupiny diagnóz jsou též nejčastější příčinou invalidity.

V délce pracovní neschopnosti je skupina diagnóz XIII. na prvním místě. Podílí se zde více než jednou čtvrtinou (26 %). V počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů představuje příčinu z jedné čtvrtiny (25 %) a v počtu nově přiznaných částečných invalidních důchodů dokonce více než dvě pětiny (43 %) případů.

U dalších nejčastějších diagnóz již není srovnání tak jednoznačné. Skupina XIX. - Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin - je sice vedena jako příčina u 14 % pracovní neschopnosti, ale v případě důvodu pro uznání invalidity tato skupina prakticky nefiguruje, neboť jako příčina je v případě invalidity posuzováno konkrétní zdravotní poškození.

Další významnou skupinou diagnóz je skupina IX. - Nemoci oběhové soustavy která se podílí 6 % na trvání pracovní neschopnosti, 13 % na počtu nově přiznaných částečných invalidních důchodů a 15 % na počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů. Vztah těchto ukazatelů by mohl být předmětem podrobnější medicínsko - sociální analýzy, což však přesahuje rámec projektu.

Mezinárodní srovnání systémů sociálního pojištění bylo provedeno ze sekundárních pramenů (studie Socioklubu „Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích“ a statistické údaje CESIFO a MISSOC). Výsledkem bylo mimo jiné zjištění, že oproti ČR ve většině evropských zemí dochází k automatické konverzi plného invalidního důchodu ve starobní. Dalším významným zjištěním je skutečnost, že ve zemích EU je invalidní pojištění spojeno s nemocenským pojištěním v Belgii, ve Francii a ve Velké Británii.

Údaje uvedené ve studii ukazují, že sloučení nemocenského pojištění a pojištění invalidního je v zásadě možné a má svou logiku. Výhodu lze spatřit především ve větší efektivnosti a operativnosti zdravotní péče. Její nepřerušovaná kontinuita by mohla

napomoci úspěšnosti léčby a v neposlední řadě i poklesu nově přiznávaných invalidit (zejména v případě nemocí pohybového aparátu, které tvoří nejčastější příčinu jak dlouhodobé nemocnosti, tak invalidit).

Rovněž by bylo nanejvýš žádoucí klást zvýšený důraz na léčebnou rehabilitaci. neboť důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace by mohla mimo jiné zefektivnit kurativu a popřípadě i snížit nárůst nově přiznaných invalidních důchodů. V současné době není dostatečně využívána. V tomto oboru není dostatek lékařů a dalších odborníků. Lékař dnes nemá povinnost (a de facto ani možnost) nabídnout pacientům léčebnou rehabilitaci. Rovněž tak případné odmítnutí nabízené rehabilitace pacientem nemá pro něj žádné finanční důsledky. Právní předpis upravující rehabilitaci nebyl dosud přijat.

Z ekonomického hlediska by případná změna neměla přinést větší obtíže, neboť jak nemocenské pojištění, tak důchodové pojištění, jehož součástí tvoří invalidní pojištění, hospodaří v podstatě vyrovnaně.

Z právního hlediska by si ovšem takováto změna vyžádala legislativní změny příslušných právních předpisů (viz níže doporučení). Za zcela kruciólní lze považovat zavedení automatické konverze invalidního důchodu ve starobní. Česká republika je jednou z mála evropských zemí, která tuto automatickou konverzi nemá. To má ovšem za následek i zbytečně zvýšený počet poživatelů invalidních důchodů.

Po technické stránce by sloučení obou systémů znamenalo provést přesun části pojistného ze systému důchodového pojištění do nemocenského pojištění a stanovit odpovídající sazbu, jak pro zaměstnavatele, tak pro zaměstnance i pro OSVČ. Při výpočtu pojistného a stanovení sazeb byly brány v úvahu tři možné varianty, a to :

- I. ponechání současného stavu bez konverze invalidního důchodu ve starobní
- II. automatická konverze při dosažení důchodového věku, stav k 1.1. 2007
- III. automatická konverze při dosažení důchodového věku 65 let pro muže i ženy

Při případné konverzi je nutno přijmout taková opatření, aby pro příjemce důchodu nedošlo ke změně k horšímu.

Problematickou skupinu představují OSVČ s fakultativní platbou nemocenského pojištění. V úvahu připadají tři možné varianty řešení :

- a) zavést povinné nemocenské pojištění i pro OSVČ
- b) zavést povinné pouze invalidní pojištění a nemocenské pojištění ponechat fakultativním
- c) ponechat nemocenské pojištění včetně invalidního pojištění fakultativním s tím, že v případě invalidity by nepojištěné osoby neměly nárok na invalidní důchod.

V případě OSVČ projekt doporučuje zavést povinné pouze invalidní pojištění a nemocenské pojištění ponechat fakultativním.

Pokud jde o financování, zde se vzhledem k aktuální reformě veřejných financí autoři projektu přiklání k variantě III (automatická konverze invalidního důchodu ve starobní při dosažení věku 65 let pro muže i ženy).

Vzhledem k výše uvedenému by tak oddělení invalidního pojištění od starobního do jisté míry mohlo usnadnit reformu důchodového systému.

Pro úplnost je třeba poznamenat, že do budoucna by bylo vhodné zvážit, zda by vedle spojení nemocenského pojištění s pojištěním invalidním nemělo dojít i k propojení s pojištěním zdravotním. V současné době oba subjekty mají poněkud rozdílné zájmy. Zdravotní pojišťovny mají zájem léčit pacienta co nejlevněji bez ohledu na to, jak dlouho bere dávky (nemocenské, případně invalidní důchod). Nemocenské

pojištění nezajímají věcné (finanční) náklady na vlastní léčbu, naopak jeho zájmem je co nejkratší doba pobírání dávek. Lze předpokládat, že takovéto spojení by přineslo především v oblasti dlouhodobých peněžitých dávek nemalé finanční úspory. Rozpracování této úvahy je však nad rámec uvedené studie.

Rovněž by bylo třeba vytvořit úrazové pojištění jako plnohodnotný paralelní pojistný systém, ze kterého by byly hrazeny veškeré výdaje spojené s pracovními úrazy a nemocemi z povolání (včetně komplexní léčby, nemocenského a invalidních důchodů).

Pro spojení nemocenského pojištění s pojištěním invalidním bude zejména zapotřebí provést nezbytné legislativní změny, především:

- zavést automatickou konverzi invalidního důchodu ve starobní (v 65 letech)
- změnit procentuální sazby nemocenského a důchodového pojištění tak, aby celkové sazby na sociální pojištění zůstaly beze změny
- přijmout zákon o rehabilitaci a v něm mimo jiné zavést:
 - povinnost lékaře písemně nabídnout pacientovi léčebnou rehabilitaci
 - v případě odmítnutí rehabilitace pacientem, zapsat tento údaj do lékařské dokumentace, poučit pacienta o následcích, které pro něj toto odmítnutí bude mít, a to jak po stránce zdravotní, tak popřípadě i finanční
 - sankce pro pacienta, který odmítne rehabilitaci

Mezi další doporučení patří :

- Pro optimalizaci celého systému spojit nově pojaté nemocenské pojištění se zdravotním pojištěním tak, aby revizní a posudkoví lékaři tvořili jeden celek a mohli posuzovat zdravotní stav pacienta jak z léčebné stránky, tak ze stránky poskytování dávek ze systému sociálního pojištění.
- Do zákona o úrazovém pojištění inkorporovat příslušná ustanovení, podle kterých by v případě pracovního úrazu či nemoci z povolání jak léčba, tak i invalidní důchod byly hrazeny z tohoto pojištění a nebylo zatěžováno nemocenské pojištění.

Literatura

Aktuální informace 33/01, 29/02, 38/03, 29/05, 23/06, 32/07, ÚZIS

BRUTHANSOVÁ D. - ČERVENKOVÁ A. - PECHANOVÁ M. - VÁVRA A. - MÍKOVÁ V. *Vypracování metody pro zjišťování pracovního potenciálu osob se zdravotním postižením vzniklým po pracovním úrazu nebo nemoci z povolání.* Praha: VÚPSV, 2005

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - KOLÁŘOVÁ, M. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích E.* Praha: VÚPSV, 2002

CESIFO DICE [Wage Replacement in Case of Sickness \(II\): Sickness Benefits, 2004](http://www.cesifo.com/)
Dostupné z: <http://www.cesifo.com/>

MISSOC („The Mutual Information System on Social Protection“ = *společný informační systém sociální ochrany*).

Nejméně jsou nemocní Pražané. Dostupné z: <http://www.mesec.cz/clanky/cesi-jsou-dvakrat-nemocnejsi-nez-nemci/>

Pojistně matematická zpráva o sociálním pojištění, Praha 2006, MPSV ČR

Statistická ročenka Práce a sociální statistika - Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR 2000-2006; ČSÚ

Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění (roky 2000-2006). Praha: ČSSZ

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2002–2006. Praha: MPSV

Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích. *Grantová studie MPSV ZVZ 64 říjen 2002.* Praha: Socioklub, 2002

Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2006. Praha: MPSV

Zdravotnická ročenka, zdravotnická statistika: Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz (roky 2000-2005). Praha: ÚZIS

Seznam tabulek

4. Pracovní neschopnost a invalidita

- Tabulka č. 1 Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz celkem
- Tabulka č. 2 Vývoj počtu kalendářních dnů PN na jeden nově hlášený případ
- Tabulka č. 3 Průměrná mzda a průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2005 podle krajů
- Tabulka č. 4 Průměrný roční počet práce neschopných za léta 2000 - 2006
- Tabulka č. 5 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců (rok 2006)
- Tabulka č. 6 Počet ukončených případů PN na 100 pojištěnců u vybraných skupin diagnóz (2006)
- Tabulka č. 7 Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle skupin diagnóz
- Tabulka č. 8 Podíl vybraných skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti a na počtu nově přiznaných invalidních důchodů
- Tabulka č. 9 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců - skupina Dg X. a XIII.

5. Popis dosavadního systému v ČR

- Tabulka č. 10 Sazby pojistného z vyměřovacího základu platné v roce 2007
- Tabulka č. 11 Doba účasti na nemocenském pojištění, potřebná pro výplatu dávek
- Tabulka č. 12 Příjmy a výdaje nemocenského pojištění (v mil. Kč)
- Tabulka č. 13 Výdaje ze systému nemocenského pojištění (v mil. Kč)
- Tabulka č. 14 Struktura výdajů nemocenského pojištění
- Tabulka č. 15 Vývoj výdajů nemocenského pojištění (index 2003=100)
- Tabulka č. 16 Příjmy a výdaje důchodového pojištění (v mil. Kč)
- Tabulka č. 17 Index růstu výdajů podle druhu důchodů
- Tabulka č. 18 Struktura výdajů podle druhu důchodů
- Tabulka č. 19 Konverze invalidního důchodu do důchodu starobního
- Tabulka č. 20 Počet vyplácených invalidních důchodů na 100 000 obyvatel v ČR 1985-2006
- Tabulka č. 21 Podíl příjemců v důchodovém věku na celkovém počtu vyplácených invalidních důchodů (rok 2006, v %)
- Tabulka č. 22 Průměrný věk příjemců invalidních důchodů k 31.12.2006
- Tabulka č. 23 Podíl pracovních úrazů (PÚ) a nemocí z povolání (NzP) na nově zjištěných případech a celkovém počtu dnů pracovní neschopnosti (PN)

7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků

- Tabulka č. 24 Výdaje na důchody v roce 2006
- Tabulka č. 25 Rozložení plných invalidních důchodů podle věku příjemců (rok 2006)
- Tabulka č. 26 Výdaje na důchody a nemocenské 2006 (tis. Kč)
- Tabulka č. 27 Výdaje na důchody a nemocenské 2006 (%)
- Tabulka č. 28 Placené pojistné na důchody v jednotlivých variantách
- Tabulka č. 29 Sazby pojistného na sociální pojištění

Seznam grafů

4. Pracovní neschopnost a invalidita

- Graf č. 1 Index vývoje nově zjištěných případů pracovní neschopnosti a jejího trvání (vývoj počtu kalendářních dnů celkem a na 1 případ) v % (rok 1997=100%)
- Graf č. 2 Vývoj počtu kalendářních dnů PN na jeden nové hlášený případ
- Graf č. 3 Průměrná mzda a průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2005 podle krajů
- Graf č. 4 Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti – muži
- Graf č. 5 Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti - ženy
- Graf č. 6 Průměrný roční počet práceneschopných za léta 2000 - 2006
- Graf č. 7 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců (2006)
- Graf č. 8 Počet ukončených případů PN na 100 pojištěnců u vybraných skupin diagnóz (2006)
- Graf č. 9 Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle počtu případů
- Graf č. 10 Struktura ukončené pracovní neschopnosti v roce 2006 podle trvání ve dnech
- Graf č. 11 Podíl vybraných skupin diagnóz na trvání pracovní neschopnosti a na počtu nově přiznaných invalidních důchodů
- Graf č. 12 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců - skupina dg X. a XIII.

5. Popis dosavadního systému v ČR

- Graf č. 13 Příjmy a výdaje nemocenského pojištění (v mil. Kč)
- Graf č. 14 Vývoj výdajů nemocenského pojištění
- Graf č. 15 Příjmy a výdaje důchodového pojištění
- Graf č. 16 Podíl zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ na příspěvcích do důchodového systému (2006)
- Graf č. 17 Index růstu výdajů podle druhu důchodů
- Graf č. 18 Struktura výdajů podle druhů důchodů v roce 2006
- Graf č. 19 Počet vyplácených invalidních důchodů na 100 000 obyvatel v ČR 1985-2005
- Graf č. 20 Rozložení vyplácených plných (I) a částečných (IČ) invalidních důchodů podle věku příjemců (v %) k 31.12.2006

7. Návrh přerozdělení stávajících prostředků

- Graf č. 21 Rozložení plných invalidních důchodů podle věku příjemců (rok 2006)

Přílohy

Seznam příloh

Příloha	Název přílohy
I.	Invalidní důchody dle CESIFO 2004
II.	Náhrada mzdy v případě nemoci, dávky v nemoci dle CESIFO 2004
III.	Plné a zkrácené názvy kapitol MKN-10
IV.	Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti v letech 2000-2006 - muži
V.	Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti v letech 2000-2006 - ženy
VI	Povinnost či možnost rehabilitace v mezinárodním srovnání
VII.	Současné problémy rehabilitace v ČR Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Příloha č. I Invalidní důchody dle CESIFO - 2004

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
Rakousko	<p>Všichni zaměstnanci v placeném zaměstnání, osoby soustavně se připravující na budoucí povolání</p> <p>Rodiční příslušníci - pomáhající členové rodiny v soukromém podnikání</p> <p>Osoby zaměstnané na základě doplňkových pracovních vztahů</p> <p>Osoby dobrovolně pojištěné</p>	<p>50 %</p>	<p>Od prvního dne měsíce následujícího po vzniku invalidity nebo od uplatnění nároku na dávku</p> <p>Penze je zaručena po období 24 měsíců; její prodloužení vyžaduje novou žádost</p> <p>Po dosažení důchodového věku je invalidní důchod zaručen ve stejné výši; konverze ve starobní důchod je možná na základě žádosti</p>	<p>Invalidní důchod: „Odjakživa“ nebo 60 pojištěných měsíců po dobu posledních 120 kalendářních měsíců; požadavky od 50. do 60. roku věku se zvyšují až do dosažení 60 let, kdy je zapotřebí 180 pojištěných měsíců v období posledních 360 kalendářních měsíců</p> <p>Čekací doba se nevyžaduje, jestliže invalidita vznikla na základě pracovního úrazu nebo nemoci z povolání nebo před dosažením věku 27 let při 6 měsících pojištění</p>
Belgie	Zaměstnanci	66,66 %	Od prvního dne skončení pracovní neschopnosti (1 rok) až do dosažení důchodového věku	6 měsíců se 120 odpracovanými dny
Česká republika	Povinná účast pro zaměstnance či osoby v obdobném poměru, osoby samostatně výdělečně činné a stanovené skupiny jako např. studenti, nezaměstnané osoby, osoby pečující o děti nebo o bezmocné osoby atd.	<p>Plná invalidita 66 %</p> <p>Částečná invalidita 33 %</p>	Od uznání invalidity (zpravidla po uplynutí podpůrčí doby nemocenského)	<p>Plná a částečná invalidita závisí od věku osoby, u níž byla invalidita zjištěna, pak je třeba minimální doba pojištění</p> <p>Do 20 - méně než 1 rok</p> <p>20-22 - 1 rok</p> <p>22-24 - 2 roky</p> <p>24-26 - 3 roky</p> <p>26-28 - 4 roky</p> <p>28 a více - 5 let</p> <p>(pokud nejde o invalidní důchod z mládí)</p>
Dánsko	Všichni státní příslušníci s trvalým pobytem	<p>Důchody od 1.1.2003 - neschopnost k práci</p> <p>Do 31.12.2002 50 %</p>	Nejvyšší věk 64 let	Nejméně 3 roky trvalého pobytu mezi věkem 15-64 let; cizinci 10 let trvalého pobytu, 5 z nich bezprostředně předcházející žádosti o důchod

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavně výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
Finsko	<p>Státní důchod: Povinný okruh pojištěných osob - všichni s trvalým pobytem ve věku od 16 do 65 let</p> <p>Zaměstnanecký důchod: Všichni pojištění zaměstnanci ve věku 14-65 let a důchod osob samostatně výdělečně činných ve věku 18-65 let</p> <p>Oddělené zákony pro různé skupiny (nejdůležitější je Employees Pensions Act, adaptující obecné principy na rozdílné situace).</p>	<p>Státní důchod: Bez stanovených podmínek</p> <p>Zaměstnanecký důchod: Invalidní důchod: Ne více než 2/5 zbytkové pracovní schopnosti</p> <p>Částečný invalidní důchod: ne více než 3/5 zbytkové pracovní schopnosti</p> <p>Individuální předčasný důchod: bez stanovených podmínek</p>	<p>Invalidní důchod: od konce uplynutí podpůrčí doby nemocen. (300 dní) tak dlouho, jak jsou splněny podmínky; dosažením 65 let věku je invalidní důchod automaticky konvertován ve starobní</p> <p>Po uplynutí podpůrčí doby nemocen. je invalidní důchod přiznán na časově omezenou dobu jako rehabilitační peněžitě dávkou.</p> <p>Individuální předčasný důchod: od přiznání důchodu tak dlouho, jak jsou splněny jeho podmínky, dosažením věku 65 let automat. konverze ve starobní</p>	<p>Státní důchod: 3 roky trvalého pobytu po dosažení 16 let věku</p> <p>Zaměstnanecký důchod: Zaměstnanci vznik nároku od prvního dne zaměstnání</p> <p>Osoby samostatně výdělečně činné - čekací doba 4 měsíce</p>
Francie	Zaměstnanci	66,66 %	<p>Od data vzniku invalidity nebo od uplynutí podpůrčí doby nemocenského (3roky) nebo jestliže lékařský posudek konstatoval invaliditu z důvodu předčasného fyzického poškození</p>	<p>Pravidelné pojištění po dobu nejméně 12 měsíců před prvním dnem v měsíci, kdy došlo k přerušení práce z důvodu invalidity nebo úrazu s následnou invaliditou nebo k lékařskému uznání invalidity z důvodu předčasného „opotřebením“ (organismu); pojištěný musí platit alespoň minimální pojistné v posledních 12 měsících předcházejících škodné události nebo prokázat 800 odpracovaných hodin z posledních 12 měsíců, z nichž alespoň 200 hodin bylo za poslední 3 měsíce před škodnou událostí</p>
Německo	Zaměstnanci Zdravotně postižené osoby neschopné pracovat	<p>Částečná invalidita: Schopnost pracovat 3-6 hodin denně</p> <p>Plná invalidita: Schopnost pracovat méně než 3 hodiny denně</p>	<p>Od konce měsíce, ve kterém byly splněny podmínky V 65 letech věku konverze ve starobní důchod.</p>	<p>Zaměstnanci: 60 měsíců z nich 36 příspěvkových v posledních 5 letech před počátkem choroby; podmínka nároku bude splněna i tehdy, jestliže pojištěnec pracovní schopnost byla snížena (poškozena) stanovenou událostí (např. pracovním úrazem)</p>

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
Rusko	Zaměstnanci	50 %	Od data, kdy invalidita je uznána.	Rozlišené schéma
Maďarsko	Všechny pojištěné osoby	67 %	<p>Možnost pobírat invalidní důchod začíná dnem, kdy bylo lékařskou komisí vydáno rozhodnutí o invaliditě. Jestliže lékařská komise nestanovila datum uznání invalidity, je tímto dnem datum, kdy bylo žádosti vyhověno</p> <p>Možnost pobírat invalidní důchod končí, pokud poživatel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) už není invalidní 2) řádně pracuje a jeho příjem za předchozí čtyři měsíce není výrazně nižší než příjem, který by byl mohl získat v zaměstnání před vznikem invalidity <p>Starobní důchodce nemůže získat invalidní důchod</p>	Potřebná doba pojištění závisí na věku žadatele v době vzniku invalidity
Irsko	V zásadě všechny osoby starší 16 let včetně, v pracovním nebo učebním poměru	Trvalá neschopnost k práci	<p>Od data, kdy byl stanoven stav trvalé invalidity (nemocenské pobírání běžně alespoň po dobu 12 měsíců)</p> <p>Neomezené trvání</p> <p>Žádný maximální věk</p>	<p>Nejméně 260 týdnů pojištění s řádným placením pojistného</p> <p>Nejméně 48 týdnů placeného nebo úvěřovaného pojistného během pojistného roku předcházejícího žádosti</p>
Itálie	Zaměstnanci v soukromém sektoru	66 % snížení schopnosti pracovat pro získání příspěvku na invaliditu 100% snížení schopnosti pracovat pro získání invalidního důchodu	<p>Od měsíce následujícího po podání žádosti nebo od stanovení snížené schopnosti (<i>u nás částečná invalidita</i>) nebo neschopnosti pracovat (<i>u nás plná invalidita</i>)</p> <p>Věková hranice: dosažení důchodového věku</p>	<p>Obecná invalidita: 5 příspěvkových let s alespoň 3 za posledních 5 let</p> <p>Pracovní invalidita (způsobená okolnostmi zaměstnání, jinými než pracovní úraz): žádné podmínky</p>

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
Lucembursko	Všichni zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné. Možnost dobrovolného pojištění	Žádná hranice není stanovena	Pro trvalou neschopnost: okamžitě Pro dočasnou neschopnost: po vyčerpání podpůrné doby nemocenského anebo invalidita trvá bez přerušení 6 měsíců V 65 letech konverze ve starobní důchod	12 měsíců pojištění za 3 roky předcházející invaliditě Žádná lhůta se nevyžaduje pokud je invalidita způsobena úrazem jakéhokoliv druhu nebo nemocí z povolání, které nastaly během pojistného vztahu
Nizozemsko	Všichni zaměstnanci do 65 let - zákon o invalidním pojištění (WAO)	15 % zbytkového pracovního potenciálu	Od skončení výplaty nemocenského	Žádné podmínky pro přiznání dávky
Polsko	Všichni příjemci mzdy OSVČ Zemědělci Příjemci dávek v nezaměstnanosti Příjemci rodičovských dávek	Neschopnost k práci není stanovena v % ani v bodech; je popsána jako „úplná“ nebo „částečná“ v závislosti na zbytkové pracovní schopnosti	Tak dlouho, pokud jsou splněny podmínky	Závisí na věku, ve kterém invalidita vznikla; po 30. roce věku minimálně 5 let pojištění, u mladších méně
Portugalsko	Všichni pojištění zaměstnanci	Výdělečná schopnost ne více než 1/3 dosahovaná v normálním zaměstnání	Od prvního dne měsíce, kdy byla podána žádost nebo ode dne, který byl stanoven lékařskou komisí pro stanovení trvalé invalidity, až do důchodového věku	Příspěvky jsou placeny nebo připisovány po dobu 5 let. Jiné kratší doby jsou v případě vážných onemocnění (např. HIV, rakovina) Po 1 095 dnech pobírání nemocenského invalidita schválena lékařskou komisí

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
S panělsko	Zaměstnanci	33 %	Od data, kdy příslušná instituce deklarovala žadatelovu trvalou neschopnost k práci (většinou to bývá zjištění trvale existující invalidity)	<p>Trvalá invalidita:</p> <p>U osob do 26 let věku řádné pojištění alespoň 1/2 doby mezi 16. rokem života a škodnou událostí</p> <p>U osob nad 26 let věku 1/4 doby mezi 20. rokem života a škodnou událostí, minimálně 5 let</p> <p>1/5 pojištěné doby musí spadat do 10 let předcházejících škodné události.</p> <p>Pokud osoba není pravidelně pojištěna, potřebná doba se prodlužuje</p> <p>Výše uvedené není požadováno v případě úrazů (pracovních i ostatních) a nemocí z povolání</p>
S védsko	Všechny osoby s trvalým pobytem ve věku 19 – 64 let a všechny děti s postižením do 19 let věku	25 %	<p>Od 19 do 29 let věku náhrada za nemožnost aktivního života</p> <p>Od 30 do 64 let věku - náhrada za nemoc</p> <p>Příspěvek na péči o dítě s postižením:</p> <p>vyplácený rodiči pečujícím o dítě s postižením do 16 let věku</p> <p>Příspěvek z důvodu postižení:</p> <p>vyplácený osobě od 16 do 65 let věku s takovým postižením, které vyžaduje speciální pomoc nebo zvýšené náklady</p>	<p>Dávky jsou zaručeny po celou dobu trvalého pobytu</p> <p>Osoby nad 19 let věku musí mít alespoň 1 rok příjem zaručující nárok na důchod, a to v určitém časovém období, které závisí na věku příjemce dávky v době vzniku invalidity</p> <p>Příspěvek na péči o dítě s postižením - trvalý pobyt</p> <p>Příspěvek z důvodu postižení - trvalý pobyt</p>
Velká Británie	Zaměstnanci , OSVČ a nezaměstnaní	100 % neschopnost k jakémukoliv práci	Dávky při dlouhodobé neschopnosti (invaliditě): zpravidla po 1 roce pracovní neschopnosti až do penzijního věku (65 muži, 60 ženy)	Musí mít pojistný titul nebo čerpat nemocenské po dobu 52 týdnů, a to v době, kdy je praceneschopný

země	okruh pojištěných osob	pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti	doba poskytování	minimální doba pro uznání nároku (čekací doba)
Norsko	<p>Všechny osoby od 16 let s trvalým pobytem, nezávislé na typu pracovní činnosti</p> <p>Doplňková penze pokrývá všechny pracovní aktivní osoby, závislé činnosti, svobodná povolání nebo OSVČ</p>	<p>50 %</p> <p>Ve fázi reaktivace 20 %</p> <p>Zvyšování nad minimum (základní % hranice) po 5 %</p>	<p>Invalidiní důchod mezi 18. - 67. rokem věku</p> <p>Základní dávky (mají pokrýt zvýšené náklady vzniklé v důsledku zdravotního stavu) a Příspěvek na péči (nemají věkovou hranici (ani horní ani dolní)).</p>	<p>V zásadě 3 roky pojištění bezprostředně před vznikem invalidity; možné jsou výjimky</p>
Sv. Václavsko	<p>1. pilíř (základní schéma): všechny osoby usazené nebo zaměstnané ve Sv. Václavsku</p> <p>2. pilíř (zákonné minimum): -zaměstnanci nad 17 let věku, kteří odpovídají 1. pilíři a dostávají od téhož zaměstnavatele roční mzdu vyšší než 25 320 CHF (16 215 EUR), - příjemci dávek z pojištění v nezaměstnanosti - dobrovolné pojištění pro ostatní zaměstnance a pro OSVČ</p>	<p>1. pilíř (základní schéma): 40 % pro čtvrtinový důchod 50 % pro poloviční důchod 60 % pro 3/4 důchod 70 % pro plný důchod</p> <p>2. pilíř (zákonné minimum): 50 % pro poloviční důchod 66,7 % pro plný důchod</p>	<p>1. pilíř (základní schéma): Konverze invalidního důchodu ve starobní v 63 letech u žen a v 65 letech u mužů</p> <p>2. pilíř (zákonné minimum): Po dobu trvání nároku</p>	<p>1. pilíř (základní schéma) jeden rok pojištění</p> <p>2. pilíř (zákonné minimum) není stanovena minimální doba pojištění</p>

Příloha č. II Náhrada mzdy v případě nemoci, dávky v nemoci dle CESIFO - 2004

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Rakousko	Všichni zaměstnanci v placeném zaměst. Nezaměstnaní pobírající dávky z pojištění pro případ nezaměstnanosti. Účastníci pracovní rehabilitace	Není požadována žádná doba zaměstnání ani pojištění Neschopnost k práci musí být uznána lékařem od 4. dne nemoci	3 dny Uznání dávek je pouze ode dne uznání, jestliže neschopnost k práci byla oznámena do jednoho týdne	Obecně je zákonná minimální doba 52 týdnů Podle pravidel pojišťovacích fondů mohou být dávky v nemoci prodlouženy až na 78 týdnů	50 % hrubého platu nebo mzdy, 60 % od 43. dne nemoci; max. výše 3 450 EUR měs. Pro osoby, které jsou pojištěny dobrovolně, je dávka v nemoci 113,57 EUR
Belgie	Všechny osoby zaměstnané podle pracovní smlouvy a doplňkových pracovně-právních vztahů	- Požadovaná doba zaměstnání a účasti na pojištění: 6 měsíců, v nichž bylo 120 dnů odpracováno nebo doby postavené na roveň odpracovaným - prokázání platby (alespoň) minimální částky pojistného - byly přerušeny všechny činnosti z důvodu snížení schopnosti výdělků alespoň o 66 % - lékař nemocenského fondu musí obdržet do 2 dnů zprávu o přerušení práce	1 pracovní den Žádná čekací doba v případě, že: - pojištěná osoba byla nezaměstnána alespoň 9 dnů v průběhu 21 dnů předcházejících neschopnosti k práci nebo je neschopna z důvodu těhotenství, porodu, šestinedělí; - nezaměstnaná osoba vykonává veřejně prospěšné práce - zaměstnanci byla nařízena karanténa z důvodu kontaktu s infekčním onemocněním	Maximální doba 1 rok	60 % výdělku Od 31. dne pracovní neschopnosti: 55 % výdělku pro osoby žijící ve společné domácnosti Maximální výše: 101,2117 EUR denně

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Dánsko	Všichni zaměstnanci a OSVČ (včetně pomáhajících osob)	<p>Zaměstnanci: <i>Dávky placené zaměstnavatelem:</i> Minimální odpracovaná doba 74 hodin během 8 týdnů bezprostředně předcházejících onemocnění. <i>Dávky placené obcí:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - odpracováno alespoň 120 hod. během 13 dnů bezprostředně předcházejících onemocnění nebo osoby, které práve dokončily odborný výcvik, který trval alespoň 18 měsíců, a osoby, které mají placené místo jako součást odborného výcviku - nezaměstnaní pobírající dávky z pojistění v nezaměstnanosti <p>OSVČ: Osoba musí být pracovně činná nejméně 6 měsíců v období posledních 12 měsíců, přičemž 1 měsíc musí bezprostředně předcházet onemocnění Dobrovolné pojistění pro OSVČ a pomáhající manželku (m-a)</p>	<p>Zaměstnanci: Žádná čekací doba</p> <p>OSVČ: 2 týdny; v případě dobrovolného pojistění jsou dávky OSVČ a pomáhající manželce/ovi vypláceny již od 3. dne popř. od 1. dne nemoci - závisí na typu pojistění</p>	<p>52 týdnů v období 18 měsíců Nezahrnuje: první 2 týdny pracovní neschopnosti (placeny zaměstnavatelem); po 8 týdenním období nepřítomnosti z důvodu nemoci a každých 8 týdnů příslušná instituce zváží další možné kroky; ta po 6 měsících nemoci musí navrhnout asistenční plán, který předloží nemocné osobě; pokud tato není schopna práce, musí být zahájeno řízení vedoucí k přiznání invalidního důchodu</p>	<p>Zaměstnanci: Vypočítává se ze základu hodinové mzdy (příspěvky odváděné do Fondu pracovního trhu-<i>Labor Market Fund</i>), max. 430 EUR týdně nebo 12 EUR za hodinu (37 hodin týdně) podle počtu odpracovaných hodin Doba hrazená zaměstnavatelem 2 týdny</p> <p>OSVČ: Denní příspěvky jsou vypočítávány na základě výdělku z pracovní činnosti se stejným maximem jako shora; OSVČ, které využijí dobrovolné pojistění, mají práva alespoň na 2/3 maximální částky</p>

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Finsko	Všichni obyvatelé ve věku 16 - 64 let	Neschopnost pracovat uznaná lékařem od 9. dne nemoci; není požadována žádná předchozí odpracovaná doba ani doba pojištění	9 dní (mimo nedělí) následujících po dni, kdy nemoc vznikla	Pro totéž onemocnění max. 300 dnů (kromě nedělí) během dvouletého období	Zaměstnavatel platí plat či mzdu po prvních 9 dní nemoci; poté denní výše dávek závisí na ročním výdělku (se složitým výpočtem redukcí)
Francie	Všichni zaměstnanci a osoby v obdobném vztahu	Pojištěnec musel platit minimální příspěvky (pojistné) vypočtené na základě minimální mzdy (SMIC = 7,19 EUR hodinového výdělku) nebo mít splněnu minimální dobu trvání pracovní činnosti: <ul style="list-style-type: none"> - Po dobu prvních 6 měsíců: 1,015 SMIC po dobu předcházejících 6 měsíců nebo 600 hodin odpracovaných v předchozích 3 měsících - Po 6 měsících 2,030 SMIC po dobu předcházejících 12 měsíců včetně 1,015 SMIC v prvních 6 měsících nebo mít odpracováno 800 hodin v předchozích 12 měsících, z toho 200 hodin v prvních 3 měsících 	3 dny	Normálně 12 měsíců (360 dnů) za tři po sobě jdoucí roky, ale pouze do konce 36. měsíce u dlouhodobé nemoci	<ul style="list-style-type: none"> - 50 % denního výdělku max. 41,26 EUR - se 3 dětmi 66,66 % od 31. dne max. 55,02 EUR - 51,49% od 7. měsíce pobírání nemocenského bez přerušení

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Německo	Všichni zaměstnanci a osoby v obdobném vztahu	Neschopnost k práci uznaná lékařem od 4. dne nemoci, není vyžadována odpracovaná ani pojistná doba	Žádná čekací doba	Nemocenské je pro tentýž případ nemoci omezeno na 78 týdnů během 3 let	Nemocenské: 70 % běžného výdělku, což nesmí přesáhnout 90 % čistého výdělku Běžný výdělek: <i>Platy a příjmy z pracovní činnosti běžně získané během posledních 3 měsíců, ze kterých je odváděno pojistné;</i> zaměstnavatel vyplácí mzdu nebo plat po dobu 6 týdnů prac. neschopnosti; po 1. roce se rozhoduje o důchodu
Řecko	Všichni zaměstnanci a osoby v obdobném vztahu	Neschopnost k práci uznaná lékařem sociální pojistovny Požadované příspěvky: - 100 dní pojištění v předcházejícím roce nebo 12 měsíců z 15 měsíců předcházejících nemoci (podpůrčí doba 182 dní) - 300 dní pojištění v období dvou let nebo 27 měsíců ze 30 měsíců předcházejících nemoci (podpůrčí doba 360 dnů) - 1 500 dnů pojištění za 5 let předcházejících pracovní neschopnosti z důvodu těžké nemoci (podpůrčí doba 720 dnů)	3 dny	Podpůrčí doba je závislá na délce pojištění: 182, 360 nebo 720 dnů, viz podmínky	- Po dobu prvních 15 dnů: celkový strop pro dávky plus příspěvky na závislé osoby (max. 4) 13,53 EUR denně - Po 15 dnech: celkový strop pro dávky plus příspěvky na závislé osoby (max. 4) 24,87 EUR denně - Výše dávek závisí na pojistovací kategorii

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Maďarsko	Všichni zaměstnanci, OSVČ a podobné skupiny, příjemci dávek v nezaměstnanosti a jiných náhrad příjmu	Není požadována žádná odpracovaná doba ani žádná kvalifikační doba	Žádná čekací doba	Maximálně 1 rok	Nemocenské dávky jsou placeny jako procentuální podíl průměrného denního hrubého výdělku (za předchozí kalendářní rok); výše dávek závisí na délce předchozí doby pojištění
Irsko	Až na výjimky všechny osoby šestnáctileté a starší a osoby zaměstnané na základě smlouvy o poskytování služeb a učňové	52 týdenních příspěvků na pojištění placených od vstupu do prvního zaměstnání a 39 týdenních příspěvků placených nebo úvěrovaných v průběhu roku předcházejícího dávkovému roku, z nichž minimálně 1/3 musí být placeny mi příspěvků	3 dny	Bez omezení pokud žadatel má zaplaceno 260 týdenních příspěvků Omezeno na 52 týdnů jestliže byly zaplacený příspěvky za období 39-52 týdnů	134,80 EUR týdně Rodinné příplatky Závislá dospělá osoba: 89,40 EUR týdně Každé závislé dítě 16,80 EUR týdně
Itálie	Žádné peněžní dávky, pro zaměstnance pokračuje výplata mzdy	Není požadována ani odpracovaná doba ani žádná doba pojištění	3 dny	Maximálně 6 měsíců (180 dnů) v roce	Bez hospitalizace: 50 %; od 21. dne 66,66 % (základem výpočtu je skutečný výdělek) S hospitalizací: Dávky jsou kráceny na 2/5 pro pojištěnce bez závislých osob
Lucembursko	Všechny činné osoby a důchodci v placeném zaměstnání	Není požadována ani odpracovaná doba ani žádná doba pojištění	Žádná čekací doba	Maximálně 52 týdnů; platba končí, pokud je příznán invalidní důchod	Plný výdělek, který by pojištěnec získal, kdyby pokračoval v práci
Nizozemsko	Všichni zaměstnanci do 65 let věku	Není požadována ani odpracovaná doba ani žádná doba pojištění	Žádná čekací doba	104 týdnů	70 % denní mzdy, za maximální denní mzdu je považováno 167 EUR

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Polsko	Povinné pojištění pro všechny zaměstnance Dobrovolné pojištění pro OSVČ	Obecně 30 kalendářních dnů pojištění To však neplatí v případě, že: - doba mezi jednotlivými pojištěními nepřesáhla 30 kal. dnů - absence pojištění byla způsobena rodičovskou dovolenou, vojenskou službou nebo jiným neplaceným volnem - absolvent si platil pojištění alespoň 90 kal. dnů od obdržení diplomu - pojištěná osoba platila pojistné alespoň po dobu 10 let - pracovní úraz, nemoc z povolání	Žádná čekací doba	- 6 měsíců s možností prodloužení o další 3 měsíce, pokud existuje možnost obnovení způsobilosti k práci - 9 měsíců v případě TBC (s možností prodloužení o další 3 měsíce)	- 100 % porovnatelné mzdy za měsíc od 91. kal. dne trvající pracovní neschopnosti z důvodu pracovního úrazu, nebo nemoci z povolání nebo nemoci vyskytující se v těhotenství. - 70 % porovnatelné mzdy za měsíc v případě hospitalizace - 80 % v ostatních případech <i>Porovnatelná mzda: vypočítá se na základě hrubého výdělku během 6 měsíců (12 měs. v případě dobrovolného pojištění) předcházejících vzniku pracovní neschopnosti</i>

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Portugalsko	Všichni zaměstnanci	6 měsíců registrovaných plateb pojištění, z nichž 20 dní musí být v průběhu 4 měsíců bezprostředně předcházejících dni před dnem vzniku pracovní neschopnosti	3 dny Žádá čekací doba v případě - hospitalizace - nemoci, která vznikla v souvislosti s těhotenstvím a porodem - TBC	Maximálně 1 095 dní (pak následuje pokud možno invalidita)	<p>Denní dávka</p> <p>Stanovená procentuální částka v závislosti na délce trvání neschopnosti a na průměrném denním výdělku v 6 měsících předcházejících 2 měsícům, ve kterých nemoc začala</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55 %, * jestliže pracovní neschopnost trvá 30 dnů nebo méně • 60 %, * jestliže pracovní neschopnost trvá 31 dnů až 90 dnů • 70 %, jestliže pracovní neschopnost trvá 91 dnů až 365 dnů • 75 %, jestliže pracovní neschopnost trvá déle než 365 dnů • v případě TBC 80 % nebo 100 % pokud má pojistěný 2 nebo více závislých osob <p>*) v těchto případech je procentuální částka zvýšena o 5 % v závislosti na následujících situacích:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Výše výdělku, ze kterého se vypočítává nemocenské, je rovná 500 EUR nebo menší • Domácnost s max. 3 dětmi ve věku do 16 let nebo do 24 let, pokud pobírají přídavky na děti • Domácnost s dětmi, které jsou příjemci přídavku na děti zvýšeného z důvodu nepříznivého zdravotního stavu <p>Minimální nemocenské 30 % minimální mzdy nebo průměrné mzdy, pokud je nižší</p>

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Slovensko	Všichni zaměstnanci, OSVČ, dobrovolně pojištění	Zaměstnanci: Není požadována čekací doba OSVČ a dobrovolně pojištění: 270 kal. dní účasti na nemocenském pojištění v období 2 let předcházejících onemocnění	Žádná čekací doba	52 týdnů	Zaměstnanci: 55 % denního vyměřovacího základu (rozhodným obdobím je předchozí kal. rok, měs. strop 335 EUR= průměrná národní mzda), a to od 11. dne pracovní neschopnosti OSVČ a dobrovolně pojištění: Během prvních 3 kal. dnů pracovní neschopnosti 25 % vyměřovacího základu, potom 55 %; pouze 50 % je vypláceno v případě; že pracovní neschopnost je důsledkem požití alkoholu nebo omamné látky; žádna dávka se nevyláčí pokud pracovní neschopnost vznikla v důsledku úmyslného sebepoškození; v případě odmítnutí léčby, je dávka poskytována pouze po dobu 30 dnů
Španělsko	Všichni zaměstnanci	Pojistné musí být placeno po dobu 180 dnů během 5 let bezprostředně předcházejících nemoci (s výjimkou úrazu) Lékařem potvrzený doklad o pracovní neschopnosti musí být zaslán nejpozději 4. den absence a obdržén zaměstnavatelem do 5 dnů	3 dny	12 měsíců s možností prodloužení o dalších 6 měsíců, je-li možnost, že osoba nabude opět pracovní schopnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Od 4. do 20 dne pracovní neschopnosti 60 % referenční mzdy • Od 21. dne 75 % referenční mzdy Základ pro výpočet referenční mzdy: Kvocien vypočítaný z vyměřovacího základu, tj. z denní mzdy v měsíci předcházejícím ukončení práce a počet pojištěných dnů

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Švédsko	Zaměstnanci a OSVČ	<p>Pracovní neschopnost z důvodu nemoci potvrzená lékařem od 8. dne nemoci</p> <p>Není třeba ani odpracovaná doba ani doba pojištění</p> <p>Onemocnění musí být oznámeno zaměstnavateli/úřadu sociálního pojištění od prvního dne absence</p>	<p>Zaměstnanci: 1 den čekací doba</p> <p>OSVČ: Mohou si zvolit různou čekací dobu 3 nebo 30 dnů</p>	<p>Není žádná formální hranice podpůrčí doby, ale nemocenské může být změněno v invalidní důchod v případě, že nemoc trvá dlouhou dobu</p>	<p>Zaměstnavatelé platí nemocenské od 2. do 21. dne nemoci ve výši 80 % mzdy</p> <p>77,6 % příjmu je vyměřovací základ; Úřad sociálního pojištění platí nemocenské od 22. dne nemoci</p>
Velká Británie	<p>Dávka v krátkodobé neschopnosti (nemocenské) (IB): zaměstnanci a OSVČ (s výjimkou vdaných žen, které se rozhodly před dubnem 1997 být nepojištěny) a nezaměstnaní</p> <p>Zákonné nemocenské (SSP): Pouze zaměstnanci</p>	<p>Neschopnost vykonávat běžné zaměstnání, obvykle potvrzená pracovní neschopnost praktickým lékařem</p> <p>Zákonné nemocenské: Výdělek zaměstnanců před onemocněním musí dosahovat minimální výše pro platbu do Fondu národního pojištění: Dávka v krátkodobé neschopnosti Pojistné musí být uhrazeno v dostatečné výši v jednom libovolném daňovém roce a ve dvou letech, které jsou relevantní dávkou, což jsou obvykle 2 roky předcházející roku, kdy byla podána žádost (o nemocenské)</p> <p>Zaměstnanci, pokud chtějí oba druhy nemocenského, musí splňovat stanovené podmínky</p>	<p>3 dny</p>	<p>Nemocenské po dobu 52 týdnů, musí trvat neschopnost k práci, nižší částka placena po dobu 28 týdnů, od 29. týdne vyšší nemocenské.</p> <p>Pak nahrazeno dlouhodobou dávkou (invalidní důchod)</p>	<p>Zákonné nemocenské Standardní výše dávky 98 EUR týdně (max. 28 týdnů)</p> <p>Výdělky nižší než 117 EUR: žádné dávky</p> <p>Nemocenské je placeno ve dvou výších: prvních 28 týdnů 83 EUR, potom 98 EUR týdně; osoby v důchodovém věku až 110 EUR týdně</p> <p>Doplňky: Manželka nad 60 let věku nebo dospělý starající se o závislé dítě 51 EUR, je-li v důchodovém věku 63 EUR</p> <p>Pokud jsou nezaopatřené děti, stoupá výše dávky při prvním dítěti 14 EUR, při každém dalším o 17 EUR</p>

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Švýcarsko	Dobrovolné pojištění pro všechny usedlé nebo zaměstnané osoby ve věku 15 - 65 let	Pojišťovatel může pojištění vyloučit z pojištění po dobu nemoci; celková doba vyloučení nesmí přesáhnout 5 let; pro změnu pojišťovatele platí zvláštní pravidla	3 dny (pokud není dojednáno jinak)	Nejvýše 720 dní v období 900 souvisejících dnů	Smluvní výše
Norsko	Zaměstnanci, OSVČ a osoby dobrovolně pojištěné s příjmem vyšším než polovina základní částky	Odpracované 4 týdny	Žádná čekací doba pro zaměstnance, 16 dnů pro OSVČ a dobrovolně pojištěné (ti se mohou na čekací dobu připojit)	260 dnů pro zaměstnance, 248 dnů pro OSVČ a dobrovolně pojištěné	100 % pro zaměstnance, 100 % základu příjmu pro dobrovolně pojištěné od 17. dne a 65 % pro OSVČ od 17. dne
Austrálie	Zaměstnanci s limitovaným příjmem a ostatní osoby, které splňují stanovené podmínky Osoby s trvalým pobytem od 2.1 let do penzijního věku	Nemoc nebo úraz zabraňující práci; musí mít zaměstnání kam se může vrátit nebo být studentem v denním studiu	7 dní čekací doba	Platí se po stanovenou dobu	<ul style="list-style-type: none"> Až 100 EUR týdně, pokud má partnera a závislé děti Až 101,75 EUR pokud je svobodný ve věku 21 let a více a bez závislých osob Až 110,10 EUR pokud je sám se závislými osobami nebo nad 60 let věku
Kanada	Všichni, kdo pracují za mzdu nebo plat včetně zaměstnanců federální vlády a také OSVČ-rybáři Nárok je přenosný mezi provinciemi	420 - 700 hodin zaměstnání s pojištěním za poslední rok Dávky na léčbu a hospitalizaci: Jsou vyžadovány 3 měsíce trvalého pobytu v provincii	2 týdny	Až 45 týdnů	55 % předcházejícího průměrného výdělku, ze kterého se platilo pojištění Pro osoby s nízkým příjmem (méně než 18 447 EUR) se závislými osobami - rodinné příživky
Japonsko	Zaměstnanci průmyslových a obchodních firem s 5 nebo více zaměstnanci Dobrovolné pojištění pro ostatní zaměstnance	U pojištěného zaměstnání Jestliže pojištěná osoba opouští zaměstnání, ale byla pojištěna během 12 měsíců předcházejících onemocnění, nemocenské nebo mateřské dávky pokračují	3 dny	Až 18 měsíců nebo do uznání invalidity	60 % průměrné denní základní mzdy podle mzdové třídy

země	příjemci dávek	podmínky	čekací doba	podpůrčí doba	výše dávek
Nový Zéland	<p>Krátkodobá neschopnost k práci na plný úvazek</p>	<ul style="list-style-type: none"> Věk 18 let nebo starší (16 let, pokud je vdaná/ženatá se závislým dítětem) 24 měsíců trvalého pobytu Posuzovaný příjem V případě pobytu kratšího než 24 měsíců je možná dávka z posuzovaného příjmu v případě hmotné nouze 	<p>1 až 10 týdnů čekací doby, určuje se podle předchozího výdělku a rodinných okolností</p>		<p>Podle posuzovaného příjmu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Až 86,70 EUR (157,37 NZD) - věk 25 let, svobodný, bezdětný Až 124,10 EUR (225,40 NZD) - svobodný příjemce s jedním dítětem 135,40 EUR (245,91 NZD) svobodný se 2 nebo více dětmi Až 144,40 EUR (262,26 NZD) pro bezdětný manželský pár 153,50 EUR (278,70 NZD) Manželský pár s 1 a více dětmi <p>Jedná se o týdenní dávky</p> <p>Dávky jsou redukovány, pokud příjem přesahuje 40 EUR (80 NZD týdně)</p>
USA	<p>Zaměstnanci v průmyslu a obchodu v 6 soudních okresech Žádný program ve 45 státech unie</p>	<p>Minimální pojištěná mzda za poslední rok 325 - 7470 EUR (300 - 6900 USD), 4 - 20 odpracovaných týdnů v posledním roce nebo kombinace obou podmínek.</p>	<p>7 dní, v Kalifornii a Portoriku od data hospitalizace</p>	<p>Až 52 týdnů</p>	<p>75 % výdělku (Rhode Island) 66,66 % (Havaj) 53 % (New Jersey) Proměnlivé podíly ze čtvrtletního nebo ročního výdělku (Kalifornie, New York a Portoriko) Maximální dávka: 122,50 - 426,50 EUR (113 - 394 USD) týdně</p>

Pozn. Japonsko a Nový Zéland, údaje z r. 2002, USA z r. 2003

Příloha č. III Plné a zkrácené názvy kapitol MKN-10

	plný název kapitol MKN-10	používaný zkrácený název	zkratky v grafech
I.	Některé infekční a parazitární nemoci	Infekční a parazit.: nemoci	
II.	Novotvary	Novotvary	Novotvary
III.	Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy, týkající se mechanismu imunity	Nemoci krevní, imunita	
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	Nemoci endokrinní, výživa	Výživa
V.	Poruchy duševní a poruchy chování	Poruchy duševní	Duše
VI.	Nemoci nervové soustavy	Nemoci nervové soust.	Nervy
VII.	Nemoci oka a očních adhex	Nemoci oka	
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	Nemoci ucha	
IX.	Nemoci oběhové soustavy	Oběhová soust.	Oběh
X.	Nemoci dýchací soustavy	Dýchací soustava	
XI.	Nemoci trávicí soustavy	Trávicí soustava	
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva	Kůže a podkoží	
XIII.	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	Pohybový aparát	Pohyb
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	Moč. a pohl. soustava	Moč. a pohl. soust.
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí	Těhotenství, porod	
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	Perinatální stavy	
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	Vrozené vady	
XVIII.	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	Příznaky	Příznaky
XIX.	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	Úrazy	Úrazy
XX.	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtí		
XXI.	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	Faktory	Faktory

Příloha č. IV Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti v letech 2000-2006 muži

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
2000	2%	18%	17%	12%	10%	10%	11%	11%	7%	2%	0%
2001	2%	18%	17%	12%	10%	9%	11%	11%	7%	1%	1%
2002	2%	16%	18%	12%	11%	9%	11%	11%	9%	2%	1%
2003	2%	14%	18%	13%	11%	9%	10%	11%	10%	2%	1%
2004	2%	14%	17%	13%	10%	9%	10%	11%	10%	3%	1%
2005	2%	14%	17%	14%	10%	9%	9%	10%	10%	3%	1%
2006	2%	14%	16%	14%	10%	10%	9%	10%	10%	3%	1%

Příloha č. V Procentní rozložení ukončených případů pracovní neschopnosti v letech 2000-2006 ženy

	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
2000	3%	15%	13%	11%	11%	12%	15%	14%	4%	2%	0%
2001	2%	15%	14%	11%	12%	12%	15%	14%	4%	1%	1%
2002	2%	13%	14%	11%	12%	12%	14%	15%	5%	1%	1%
2003	2%	12%	14%	12%	12%	11%	14%	15%	6%	1%	1%
2004	2%	12%	15%	13%	12%	11%	13%	15%	7%	1%	1%
2005	1%	11%	14%	13%	12%	12%	13%	15%	7%	1%	1%
2006	2%	11%	14%	14%	12%	12%	12%	14%	8%	1%	1%

Příloha č. VI. Povinnost či možnost rehabilitace v mezinárodním srovnání

země	povinná rehabilitace před přiznáním invalidního důchodu ano/ne	možnost rehabilitace ano/ne	poznámka
anglosaský model			
Velká Británie	ne	ano	Výplata IB a IS může být zastavena, pokud příjemce těchto dávek odmítne nabízenou rehabilitaci či vzdělávání.
středoevropský model			
Švýcarsko	ne	ano	Když pojištěnec odmítá nařízenou rehabilitaci, kterou od něj lze oprávněně vyžadovat a která by mohla podstatně zlepšit jeho výdělečnou schopnost, nebo když se z vlastní iniciativy nesnaží svoji výdělečnou schopnost zlepšit, pojišťovna mu nařídí, aby se podrobil rehabilitaci. Neuposlechne-li pojištěnec, důchod mu bude dočasně nebo trvale odmítnut.
Rakousko	ano	ano	Než je přiznán invalidní důchod, musí žadatel podstoupit určité rehabilitační programy. Pouze v případě, že rehabilitace je neúspěšná, je důchod přiznán.
Německo	ne	ano	Rehabilitační opatření jsou zabezpečována z jiných než důchodových systémů, jejichž cílem je vytvoření předpokladů pro účast na pracovním a sociálním životě prostřednictvím odpovídajících opatření.
západoevropský model			
Francie	ne	ano	Po pracovním úrazu, během hospitalizace a rehabilitace vzniká nárok na denní odškodné, jehož výše závisí na výši dosud dosahovaného výdělku. Po rehabilitaci následuje další řízení, v jehož rámci se posuzuje invalidita a dosavadní výše invalidního důchodu se eventuálně upraví.
severoevropský model			
Švédsko	ano	ano	Před každým rozhodnutím o invalidním důchodu existuje povinnost pokusit se o rehabilitaci. Před tím, než je rozhodnuto o dávce invalidního důchodu, je třeba vždy zhodnotit možnosti rehabilitace. Je-li konstatováno, že rehabilitace je možná, vytvoří zaměstnavatel spolu s úřadovnou sociálního pojištění rehabilitační plán. Během období rehabilitace trvá nárok na rehabilitační dávku ve stejné výši jako dávka nemocenského.
postkomunistický model			
Polsko	ano	ano	Systémy ZUS i KRUS ¹⁹ provádějí lékařské rehabilitační programy, které jsou nicméně zaměřeny na osoby, které pobírají dočasné dávky a rehabilitace je tedy zaměřena na zlepšení zdravotního stavu tak, aby se dotyčná osoba mohla opět zapojit do pracovního procesu. Rehabilitační programy jsou organizovány rovněž v rámci sociální péče.

¹⁹ Systémy pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné (řízené Správou sociálního zabezpečení - ZUS) a pro rolníky (řízené zvláštní správou - KRUS).

Maďarsko	ne	ano	Co se týče rehabilitace, je právo na ni zaručeno zákonem č. XXVI. z roku 1998. Cílem činnosti na jeho základě založené nadace je zlepšení schopností postižených a zajištění jejich přístupu k rehabilitačním programům a zařízením, stejně tak jako podpora spolupráce organizací a sdružení rehabilitaci zajišťujících.
Slovensko	ne	ano	Osobě, jejíž nepříznivý zdravotní stav vznikl v důsledku nemoci z povolání nebo pracovního úrazu, může být rovněž poskytnuta pracovní rehabilitace, pokud podle posudku posudkového lékaře lze předpokládat jeho opětovné zařazení do pracovního procesu.
balkánský model			
Slovinsko	ne	ano	Invalidním osobám jsou poskytovány rovněž služby, zejména v rámci rehabilitace, ale také přizpůsobení pracovních podmínek a nástrojů jak v průběhu pracovní rehabilitace, tak za účelem výkonu jiného povolání. Náklady na toto přizpůsobení nese pojišťovna.

***Pramen:** Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích; Grantová studie MPSV ZVZ 64 říjen 200., Praha: Socioklub, 2002*

Příloha č. VII. Současné problémy rehabilitace v ČR

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc.

Česká republika má obrovský počet pracovišť, která nesou název „rehabilitační“. V těchto pracovištích se provádí fyziatrická terapie, převážně pasivními metodami elektroléčby a vodoléčby, dále léčebný tělocvik a myoskeletální medicína. Tyto léčebné programy jsou v rehabilitaci v některých případech užitečné, ale ve zcela malém rozsahu. Rehabilitační pracoviště jsou definována ve zdravotnických zařízeních a pokud se počne v zákoně hovořit o ucelené rehabilitaci, velká většina vedoucích těchto rehabilitačních zařízení prohlásí, že jich se to netýká, ony provádějí „rehabilitaci“. Jde o paradox, který již dlouhá léta u nás přetrvává. Pokud se v České republice neujasní postavení rehabilitace, jsou všechny úvahy o jejím využití velmi problematické. Chybí statistické informace o problémech, které rehabilitace řeší. Rehabilitace se u nás chápe jako jeden z mnoha lékařských oborů, který vedou lékaři, avšak nezastupitelnou roli mají i další odborníci (fyzioterapeuti, ergoterapeuti apod.)

Závažným problémem je nedostatek rehabilitačních lůžek (a lůžek následné péče a ošetrovatelské péče všeobecně), nedostatečná rehabilitační péče v některých domovech pro seniory a v rámci terénních sociálních služeb.

Klasifikace zdravotního postižení

Ani klasifikace zdravotního postižení v jednotlivých složkách zdravotní a sociální péče zabývajících se touto problematikou (posudková služba, rehabilitační péče a další) není u nás jednotná. Údaje, které v naší republice jsou k dispozici o etiologických příčinách, vycházejí z Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10). Tato více než 100 let stará tradice je bezesporu výborná, ale danému účelu - klasifikaci zdravotního postižení - nevyhovuje.

Tím, že narůstá problém osob přeživších těžké zdravotní stavy a prodlužuje se pravděpodobnost dožití, stávají se složitější, a tím i důležitější průvodní jevy a následky, které těžké zdravotní poruchy provázejí a dlouhodobě přetrvávají. Tedy jde o incidenci a prevalenci jevů, které jsou právě programem moderní rehabilitace.

Informace nabízí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, Disabilit a Zdraví WHO 2001- označovaná anglicky jako ICF (International Classification of Functioning Disability and Health).

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti disability a zdraví (MKF) - Ministerstvo zdravotnictví v r. 2001 klasifikaci MKF akceptovalo, nechalo ji přeložit, avšak do dnešního dne (prosinec 2007) chybí její publikace. ČR tak patří mezi několik málo evropských zemí, které dosud klasifikaci MKF nepoužívají. I po jejím případném zavedení bude však ještě delší dobu trvat, než se vžije a než budeme schopni využívat jejích dat.

Historie klasifikace MKF a její hlavní rysy

Klasifikace byla schválena 54. Světovým zdravotním shromážděním (v r.2001) a doporučena k mezinárodnímu používání a vybízí členské státy používat MKF ve svých přehledech a zprávách. Klasifikace má velký význam pro rehabilitaci, jak je ve světě chápána.

Jde o konečné znění původní Mezinárodní klasifikace poruch disabilit a handicapů MKPDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ICIDH WHO z r. 1980), která měla být po desetiletém zkušebním užívání potvrzena. Zkušební doba se protáhla na 21 roků a nyní byla schválena skutečně

velmi významná moderní hodnotící technika, která bude mít značný vliv na celosvětové zdravotně-sociální myšlení. Má poskytovat vědeckou bázi pro zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům, jejím východiskům a vyhodnocovat, co je pro to určující. Dále má vytvořit společný jazyk, který popisuje zdraví a ke zdraví se vztahujícím stavům, aby se zlepšila vzájemná komunikace. Bude to statistický nástroj shromažďující data, informace o faktorech prostředí. Jedno z mnoha upotřebení v oblasti klinické a možno říci celospolečenské je především v **rehabilitaci a v posudkové činnosti**. Rehabilitace je v klasifikaci uváděna jako velký samostatný systém, který po akutně diagnostickém léčebném počátku onemocnění, pokud zůstávají rezidua a hrozí případně trvalé následky, pomáhá dosáhnout pomocí léčebných sociálních pracovníků a pedagogicko-výchovných prostředků co největší stupeň funkční nezávislosti.

Oč jde v klasifikaci MKF

Původní MKPDH (ICIDH) vznikla jako požadavek vyjádřit, utřídit a klasifikovat následky etiologicky definovaných onemocnění a úrazů, které jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10), kterou běžně používáme v komunikaci s pojišťovnami. Lékaři, ale i jiní odborníci si již dlouho uvědomovali, že tatáž nemoc nebo úraz (diagnóza) může způsobit velmi rozličné obtíže a příznaky a ty mohou být různě závažné, a naopak tyto příznaky a obtíže mohou být způsobeny různými diagnózami. Například **člověk má jako hlavní obtíž problém s přemísťováním z místa na místo**, která omezuje a de facto determinuje jeho život. Může jít o centrální obrnu, periferní obrnu, extra pyramidovou poruchu, kořenovou bolest, artropatii nosných kloubů, amputaci dolní končetiny, myopatii, poruchu mozečkovou, poruchu vestibulární, srdeční insuficienci, plicní insuficienci, ztrátu zraku, různé mentální nebo psychické poruchy. Ve všech uvedených případech nastávají nějaké problémy s lokomocí. Jednou je to spíše přesun na velkou vzdálenost, někdy chůze do kopce nebo do schodů, někdy orientace v novém terénu nebo orientace ve složité komunikační síti a někdy jen jednoduchý přesun z lůžka do koupelny nebo na klozet. Takové omezení však můžeme zmírnit pomocí dobře organizovaných léčebných prostředků rehabilitace, vybavením technickými asistivními pomůckami v nejširším slova smyslu, odstraněním architektonických bariér a zavedením facilitačních prostředků jako jsou zřetelné informace a signály. Další velkou pomocí jsou sociální prostředky rehabilitace jako je dobrá a promyšlená legislativa aktivní pozitivní postoj společnosti k těmto spoluobčanům. Důležitou složkou je finanční kompenzace zhodnocených poruch formou různých důchodů, které mohou být pomocí uvedené klasifikace dosti dobře vyhodnoceny.

„Objev“ tří nových pojmů důležitých pro rehabilitaci

V původní klasifikaci MKPDH (ICIDH) byly definovány a klasifikovány tři nové základní komponenty.

1. Na úrovni orgánu funkční a morfologická **porucha (Impairment)**.
2. Když porucha dosáhne takového rozsahu, že se projeví na úrovni jedince a omezí ho v některých běžných činnostech, byla nazvána **disabilitou (Disability)**. Vzhledem k možným záměnám českých výrazů, jsme doporučili používat anglicismus „disabilita“.
3. Porucha i disabilita při projekci do společenské roviny se nazvala **handicapem (Handicap)**.

Pojmy se velmi rychle ujaly a počaly se používat i jako označení osob - disabilní a handicapovaní občané a vstoupily pro svoji praktičnost s předstihem i do legislativy

některých zemí. V rehabilitaci se počaly vytvářet programy zaměřené na poruchu, disabilitu a handicap. V posudkovém lékařství například ve Francii hlavní směrnice pro posuzování osob při přiznávání důchodu ze zdravotních důvodů (náš invalidní důchod) neuvádí žádné etiologické diagnózy - Guide - Bareme pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées - (Příručka pro hodnocení poruch a disabilit handicapovaných osob).

Z pohledu nadnárodních dohod o rovnoprávnosti lidí bylo těmto pojmům v prvních verzích klasifikace vytýkáno, že opět vytvářejí označení skupin občanů, které se tím dostávají do podřadného postavení, nebo jak se někdy uvádí, jako skupiny devalorizované (La valorisation des roles sociaux - Wolf Wolfenberger - Editions de Deux Continents, Geneve, 1991). Zde je nutno připomenout, že všechny názvy které označují nějaké nepříznivé stavy vztahující se ke zdraví, se mohou sémanticky posunout do roviny hrubého, urážlivého označení. Tak lze uvést pojmy mrzák, debilní, idiot, pojmy které se v lékařské terminologii dříve běžně užívaly, a dnes jsou již zcela nevhodné. Také pojmu handicap a handicapovaný je vytýkáno, že je příliš chápán z postoje lékařů a málo hodnotí, co společnost dělá pro to, aby dotyční právě nebyli handicapovaní. Je důležité hodnotit současně vždy i pozitivní aspekt zdraví, které orgány a funkce daný jedinec nemá porušené. Je skutečně relativní, zda hodnotíme, jak je člověk více nebo méně zdravý nebo nemocný, neschopný nebo naopak schopný. Je třeba zdůraznit, že jde hlavně o stavy, které se nevztahují k akutnímu ohrožení, ale spíše které mají subchronický nebo dlouhodobý ráz. Byly tedy navrženy pojmy **(komponenty) tělesné funkce, tělesné struktury, aktivity a participace, faktory prostředí.**

Byla poněkud upravena původní první komponenta, která se projevuje na funkcích tělesných systémů včetně funkcí psychických a tělesných struktur, což jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jiné součásti. Pokud dojde k **poruše** (impairment) je to **signifikantní odchylka nebo ztráta dané funkce nebo struktury.**

Další komponenta je **aktivita**, což je **úkol (úkon) nebo činnost, kterou člověk provádí.**

Další komponenta je **participace**, což je **zapojení se do životní situace.**

Nová komponenta je **faktor prostředí**, který je významný, poněvadž může velmi příznivě (**facilitujícím způsobem**) nebo nepříznivě (**bariérovým působením**) ovlivnit překonávání nepříznivého vlivu zdravotních poruch.

V komponentě tělesné funkce byly vybrány následující funkce, pro které se používá výrazu domény:

1. Mentální funkce 2. Senzorické funkce včetně bolesti, která se chápe jako důležitá informace 3. Funkce hlasu a řeči 4. Funkce kardiovaskulárního, hematologického, imunitního a respiračního systému 5. Funkce zažívacího, metabolického a endokrinního systému 6. Funkce genitourinálního a reprodukčního systému 7. Funkce neuromuskuloskeletální a funkce vztahující se k pohybu 8. Funkce pokožky a k ní se vztahující struktury

V komponentě tělesné struktury, byly vybrány následující domény:

1. Struktury nervového systému 2. Oko, ucho a příslušné struktury 3. Struktury vztahující se k hlasu a řeči 4. Struktury kardiovaskulárního, imunitního a respiračního systému 5. Struktury vztahující se k zažívacímu, metabolickému a endokrinnímu systému 6. Struktury vztahující se ke

genitourinálnímu a reprodukčnímu systému 7. Struktury vztahující se k pohybu 8. Kůže a k ní se vztahující struktury

Komponenty aktivita i participace se hodnotí v následujících doménách:

1. Učení se a uplatnění vědomostí 2. Všeobecné úkoly a požadavky (provést jednoduchý úkol, složitý úkol sám, ve skupině, řídit stupeň vlastní aktivity a odpovědnosti, zvládat obtíže a stress) **3. Komunikace 4. Pohyblivost 5. Péče o sebe 6. Život v bytě 7. Mezilidská jednání a vztahy** (jednat s různými lidmi - cizími, přáteli, příbuznými, členy rodiny, milenci - přiměřeným způsobem v souvislosti se společenskou situací **8. Hlavní oblasti života** (výchova předškolní, školní, povolání, vyšší vzdělání, a zaměstnání, ekonomický život **9. Komunita, sociální a civilní život** (život ve společnosti mimo rodinu, rekreace, spiritualita, lidská práva, politický život a občanství).

Pokud je **aktivita** v některé doméně **limitovaná** (snížená) jde o obtíže které člověk může mít, když aktivitu provádí, tedy v dané doméně jde o **disabilitu**, ale ostatní domény mohou být zcela bez limitu, tedy v nich se člověk cítí zcela zdrav. Pokud jde o **participaci**, (účast promítaná do společenské roviny) může být **restringovaná** (omezená) což jsou problémy, které člověk může prožívat, když se zapojuje do životních situací. Tedy jde o upravenou minulou představu handicapu.

Příklad - člověk má vyhovující aktivitu vidění v běžném životě. Pokud však jde o participaci v pracovním výkonu jako řidič lokomotivy vlaku, musí být výkon vidění trvale dokonalý a při limitované aktivitě je restringující pro výkon tohoto povolání.

Zcela nové komponenty jsou již výše uvedené spoluúčastné **faktory prostředí** (environment) a **faktor osobní** (genotypické a fenotypické vlastnosti dané osoby). Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí a vedou svůj život. Ta je nutno rovněž hodnotit. Mohou být **facilitující** nebo **bariérové**.

Komponenta prostředí obsahuje následující domény:

1. Produkty a technologie 2. Přírodní prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí 3. Podpora a vztahy (účinná fyzická a citová podpora, výživa, ochrana, vztahy k jiným osobám v jejich domě, na pracovišti, ve škole ve hrách) **4. Postoje** (postoje členů rodiny, přátel, příbuzných, autorit, společnosti, státní normy, organizace) **5. Služby, systémy a principy řízení**

Všechny komponenty se testují v jednotlivých doménách stejným systémem kvalifikátorů. **Žádný** problém: **0-4 %**, **lehký** (nepatrný) problém: **5-24 %**, **mírný** (střední) problém: **25-49 %**, **těžký** extrémní problém: **50-95 %**, **úplný** (totální problém **96-100 %**).

U mnoha aktivit není stanovena hodnota limitu a vycházíme z průměrného výkonu, úkolu nebo úkonu podle Gausovy křivky biologických jevů, tedy průměru dané populace, ale musí se vždy individuálně posoudit. V klasifikaci se doporučuje, aby se standardy do budoucna postupně stanovily tak, aby byly údaje srovnatelné v různých zemích.

Klasifikace neklasifikuje osobu, ale situace, ve kterých se osoba nachází. Neoznačuje tedy invalidní, postižené, handicapované, zmrzačené, ale určuje naše zdraví, které máme každý v různých doménách různě procentní. Není nutno hovořit o občanova, který je plně nebo částečně invalidní, ale o občanova XY, jehož aktivita je limitovaná například v doméně sensorické funkce, ale nadprůměrná v doméně

mentální funkce a v doméně kardiovaskulární a respiračního systému, což se vyjadřuje v procentech, podobně, jak je zvykem i u nás v posudkovém lékařství. Může se to jevit jako formalita, ale jde o velký pozitivní posun v myšlení společnosti a zvláště v rehabilitaci, která je v uvedených doménách prostředkem, jak je lze příznivě ovlivnit. Dále je to právě v posudkové činnosti, která je v procesu rehabilitace velmi důležitou pomocí, jak neovlivnitelné poruchy finančně a společensky kompenzovat.

Klinický příklad

- Subklinická patologická bioelektrická aktivita skupiny mozkových buněk z ložiska jizevnaté tkáně vzniklé při porodu je porucha. Je bez příznaků až do chvíle, kdy vnějšími podněty vznikne velký epileptický záchvat v dospělém věku. Po dobu záchvatu je ve všech doménách aktivita i participace totálně limitována a restringována. Problém je v tomto časovém úseku 100%. Po odeznění záchvatu aktivity nebudou limitované. Pokud se záchvat bude opakovat častěji, participace (účast na společenském životě) bude zhoršena, např. bude občan propuštěn z práce, poněvadž pracuje až dosud v prostředí, kde jsou rotující stroje, nebo pracuje ve výškách, bude mu odebrán řidičský průkaz, rozejde se s ním dívka, poněvadž v povědomí veřejnosti je epilepsie velmi nepříznivě chápána, je proti ní mnoho předsudků. Občan musí brát pravidelně léky, některé nejsou bezplatné, nemůže se účastnit zábav do pozdních nočních hodin, nemůže konzumovat alkohol, musí respektovat životosprávu včetně určité diety. Velmi záleží na tom, jaké jsou zdravotní služby, dostupné léky, sociální cítění, pracovní podmínky zákony, možnosti rekvalifikace atd. Těžiště řešení bude především v doméně faktorů prostředí.
- Neuromuskulární a k pohybu se vztahující funkce jsou náhle přerušeny na úrovni hrudní míchy, poněvadž došlo ke zlomení obratle při úrazu. Zpočátku jsou téměř všechny aktivity i participace těžce omezeny, ale existuje dobrý léčebný systém v paraplegických centrech, což je hodnoceno ve vnějších faktorech, které jsou v dané zemi velmi facilitující včetně organizace a zákonodárství. Již od počátku léčebného a rehabilitačního programu, které se prostupují, je připravován budoucí život občana. S předstihem, než bude propuštěn z centra, se zajišťuje zaměstnání, případná rekvalifikace, byt, řízení osobního automobilu, dobrý vozík („na míru“), rodinná situace, sociální podmínky atd. Výsledek je plné znovuzачlenění do života, i když při hodnocení v některých doménách bude vysokoprocentní nebo totálně nepřekonatelný problém.

V obou případech je možno vysledovat úzkou návaznost na široké zázemí problémů, které je lze nejlépe řešit na místní úrovni. Na počátku je zdravotní problém, který však přesahuje do mnoha oblastí, které klasifikace MKF nabízí diagnostikovat a hodnotit ve prospěch nejvyšší funkční schopnosti dané osoby.