Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích v letech 2003- 2008

Část I.

Daniela Bruthansová
Věra Jeřábková

VÚPSV, v.v.i, Praha
2010

Publikace byla schválena ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 414. publikaci
Vyšlo v roce 2010 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 76
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze Ing. Alexandr Stožický, CSc. (1. LF UK Praha)
doc. JUDr. Jarmila Pavlátová, CSc. (Vysoká škola finanční a správní Praha)

ISBN 978-80-7416-065-3

http://www.vupsv.cz

Abstrakt

Monografie pojednává o vývoji nově přiznaných invalidních důchodů (plných a částečných) podle nejčastějších skupin diagnóz MKN-10, a to II. Novotvary, V. Poruchy duševní a poruchy chování, IX. Nemoci oběhové soustavy a XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Ve sledovaném období došlo k poklesu skupiny IX. Nemoci oběhové soustavy, naopak zcela v souladu s evropskými trendy došlo k nárůstu počtu nově přiznaných invalidních důchodů na nemoci skupiny V. Poruchy duševní a poruchy chování.

Rovněž hodnotí změny ve věkové struktuře a pohlaví příjemců nově přiznaných invalidních důchodů, krajském rozložení nově přiznaných invalidních důchodů a nejčastějších diagnózách v rámci vybraných skupin diagnóz v roce 2003 až 2008.

Klíčová slova: invalidita, invalidní důchod, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), skupiny diagnóz, evropské trendy

Abstract

Monography deals with trends in newly assigned full and partial disability pensions according to the most frequented ICD-10 chapters in the years 2003-2008. These are: Chapter II. Neoplasms, V. Mental and behavioural disorders, IX. Diseases of the circulatory system, XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. During the period monitored the number of newly assigned disability pensions within the Chapter IX Diseases of the circulatory system decreased. In contrary, but in accordance with European trends, number of newly assigned pensions in the chapter V. Mental and behavioural disorders increased.

Further, changes during 2003-2008 in newly assigned full and partial disability pensions according to age, gender, region and particular most frequent diagnoses in above given ICD-10 chapters have been evaluated.

Key words: invalidity, invalidity pension, International Statistical Classification of Diseases (ICD-10), ICD-10 chapters. European trends

Obsah

Úvod 7

1. Metodika 9
1.1 Použité zkratky a termíny 9
1.2 Statistika invalidity v ČR 9
1.3 Mezinárodní srovnání 10

2. Pojetí invalidity a definice základních pojmů 11

3. Invalidita v ČR 14
3.1 Vývoj invalidizace jako podmínky pro přiznání invalidních důchodů 14
3.2 Právní úprava invalidity do roku 1995 14
3.3 Právní úprava invalidity od roku 1996 do roku 2009 15
3.4 Současná právní úprava invalidity 17

4. Analýza invalidity v České republice 20
4.1 Vyplacené důchody 20
4.2 Nově přiznané invalidní důchody 25
4.3 Srovnání vyplacených a nově přiznaných invalidních důchodů 31

5. Invalidita v ČR podle skupin diagnóz (MKN-10) 32
5.1 Nejčastější příčiny invalidity v roce 2003 a 2008 32

6. Sociální dopady invalidity 40
6.1 Invalidita a nezaměstnanost 40

7. Léčebná rehabilitace jako nástroj snížení počtu invalidních osob 42

8. Francie 44
8.1 Právní podmínky 44
8.2 Zdravotní příčiny invalidity v roce 2006 48
8.3 Nejčastější příčiny invalidity 52
8.4 Vliv dlouhodobých onemocnění na vznik invalidity 55
8.5 Shrnutí 57

9. SRN 58
9.1 Právní podmínky 58
9.2 Současný systém invalidních důchodů v SRN 58
9.3 Nejčastější příčiny invalidity 62

10. Závěr 65

Literatura 68

Přílohy 71

Úvod

Právo na sociální zabezpečení patří mezi základní lidská práva. Toto právo v moderním smyslu začalo být (zpočátku pro některé zaměstnance) realizováno koncem XIX. století (Německo, Rakousko-Uhersko). Jeho širší realizace nastala až ve století XX. Mezi sociální práva je považováno i právo na přiměřené hmotné zabezpečení v případech, kdy osoba si nemůže vlastními silami vydělávat na živobytí, ať již z důvodu věku či nemoci. V takovýchto případech bývá zabezpečena při splnění všech zákonných podmínek důchodem starobním nebo invalidním ze systému sociálního zabezpečení.

Česká republika je ve věci starobního, invalidního a pozůstalostního zabezpečení vázána řadou mezinárodních úmluv, z nichž k nejvýznamnějším patří úmluvy Mezinárodní organizace práce (ILO), zejména úmluvy č. 35-40 z roku 1933, úmluvou č. 48 z roku 1935 a úmluvami č. 128 a 138 z roku 1967. Z dokumentů Rady Evropy je právo na sociální zabezpečení upraveno Evropským zákoníkem sociálního zabezpečení z roku 1990.

V České republice je toto právo obsaženo v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky (zákon č. 2/1993 Sb. v platném znění). Podle čl. č. 30 odst. 1 tohoto právního předpisu mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele. Právě nezpůsobilost občana k práci může vést k invaliditě a při splnění všech zákonných podmínek se takovýto občan stává příjemcem invalidního důchodu.

Formulace zadání

V České republice se počínaje rokem 1990 významně zvýšila střední délka života obyvatelstva. V letech 1990-2000 došlo k jejímu poměrně rychlému nárůstu, a to o 4,1 roku u mužů a o 3 roky u žen[1]. V období 2001-2008 se pak tento nárůst zpomalil. V roce 2008 oproti roku 2001 vzrostla střední délka života u mužů o 1,86 roku (rok 2008 73,96 let) a o 1,63 roku u žen (rok 2008 80,13 let).[2] K tomuto trendu, svědčícímu o zlepšení zdravotního stavu populace, přispěla jak změna životního stylu, tak lepší zdravotní péče. Zejména osoby s vyšším vzděláním a s vyššími příjmy změnily svůj životní styl a stravovací zvyklosti výrazněji než osoby z nižších sociálních vrstev a rovněž u nich došlo k výraznějšímu zlepšení parametrů zdravotního stavu. Také české zdravotnictví se po roce 1989 postupně dostalo na úroveň prakticky srovnatelnou s vyspělými evropskými státy. Došlo k zavádění nových léčebných postupů, používání nových léků a zkvalitnilo se technické vybavení zdravotnických zařízení.

I přes výše uvedené skutečnosti se však Česká republika nadále řadí mezi státy se zvýšenou mírou invalidity obyvatel. Při mezinárodním srovnání hraje nikoli nevýznamnou úlohu fakt, že v České republice do 1.1. 2010 ze zákona nedocházelo při dosažení důchodového věku invalidního důchodce ke konverzi invalidního důchodu

[1] Statistická ročenka ČR 2001

[2] Statistická ročenka ČR 2008

v důchod starobní. Na tyto skutečnosti byla naše republika opakovaně upozorňována ze strany OECD. Podle údajů publikovaných v databázi WHO (Světové zdravotnické organizace) není však úroveň invalidity v ČR neúměrně vysoká: co do počtu nově invalidizovaných osob patří ČR zhruba na střední místo mezi srovnatelnými zeměmi (rok 2008 ČR 456,65 nově přiznaných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel; EU 324,18 nově přiznaných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel)[3].

Cíl výzkumu

Monografie by měla zmapovat situaci v přiznávání nových invalidních důchodů (plných i částečných) za období let 2003-2008, přičemž vychází ze situace zjištěné studií VÚPSV „Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU" podle I.-XIX. skupiny diagnóz X. Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). U vybraných skupin diagnóz podle četnosti jejich výskytu - tj. skupin II. Novotvary, V. Poruchy duševní a poruchy chování, VI. Nemoci nervové soustavy, IX. Nemoci oběhové soustavy a XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, by pak měla zmapovat vývoj v letech 2003 a 2008, krajské rozložení nově přiznaných invalidních důchodů, věkovou strukturu, členění podle pohlaví a nejčastější diagnózy, na jejichž základě byl invalidní důchod přiznán.

Aby bylo možno získat ucelený přehled o této problematice v mezinárodních souvislostech, byly pro podrobnější legislativní a zčásti i statistickou analýzu zvoleny dvě vyspělé západoevropské země, jejichž důchodový systém je obdobně jako v České republice založen na dvousložkovém systému. Jsou to: Francie, kde jsme měli k dispozici pouze vybrané údaje za roky 1998 a 2006, a Německo, odkud jsme získali poměrně rozsáhlá data (počty nově přiznaných invalidních důchodů v letech 2003 až 2008 v rámci jednotlivých skupin diagnóz, příčiny invalidity na základě konkrétních diagnóz v roce 2003, výdaje na důchody v letech 2003 až 2008).

Očekávané výstupy

Monografie by měla napomoci objasnění příčin poměrně vysokého počtu každoročně přiznávaných nových invalidních důchodů v České republice a nalézt mechanismy, které by mohly vést ke zlepšení tohoto jevu.

[3] Zdroj: WHO HFA New invalidity

1. Metodika

1.1 Použité zkratky a termíny

ČSÚ – Český statistický úřad

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

I – invalidní důchod plný

Ič – invalidní důchod částečný

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí podle 10. revize

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Mezi termíny používanými MKN-10 a ČSSZ pro sčítání diagnóz existuje určitá terminologická nejednotnost. Zatímco ČSSZ označuje stupeň agregace termínem „skupina diagnóz", v MKN-10 je to termín „kapitola".

Při řešení problematiky analýzy invalidity v letech 2003-2008 jsme vycházeli z platných právních předpisů, a to jak z oblasti sociální, tak zdravotnické. Statistické údaje se opíraly především o údaje Ministerstva práce a sociálních věcí (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2003-2008), České správy sociálního zabezpečení (Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění), Českého statistického úřadu (Publikace o obyvatelstvu) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (Zdravotnické ročenky). Dalším zdrojem byla sdělení oddělení Metodiky statistiky a rozborů MSPV.

1.2 Statistika invalidity v ČR

V polovině devadesátých let prodělal náš sociální systém řadu zásadních změn, které se nevyhnuly ani důchodovému pojištění. V důsledku těchto změn (přechod z MKN-9 na MKN-10 a jiné pojetí invalidizace podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění) došlo k přerušení ve srovnatelnosti statistických údajů o invaliditě. Proto ČSSZ rokem 1994 skončila vydávání ročenky Statistika příčin invalidity a od roku 1995 údaje o invalidních důchodech v podrobnějším členění (zejména příčin invalidity podle skupin diagnóz) vůbec nepublikovala. Až v roce 2004 byla Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění rozšířena o doplňující data týkající se invalidity (původně pouze počet nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů v členění podle věku a pohlaví), a to konkrétně o příčiny invalidity podle MKN-10 (tj. 19 skupin diagnóz).

Pro účely této monografie nám proto na podzim roku 2009 poskytla ČSSZ prostřednictvím MPSV sestavy za nově přiznané plné a částečné důchody v letech

2003 až 2008, a to v absolutním vyjádření podle věku, skupin diagnóz a krajů NUTS 3. Oproti údajům ze Statistických ročenek ČSSZ tyto sestavy navíc obsahovaly údaje týkající se počtu nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů podle jednotlivých skupin diagnóz v krajích a konkrétních diagnóz v rámci jednotlivých skupin diagnóz.

1.3 Mezinárodní srovnání

Složitý problém představuje mezinárodní srovnání. V rámci Evropské unie probíhá v oblasti nemocenského a důchodového pojištění pouze koordinace právních předpisů (na rozdíl od pracovního práva, kde jde o harmonizaci) a v důsledku historického vývoje tak dochází ke značným rozdílům mezi systémy jednotlivých států. Proto je mezinárodní srovnání jednotlivých systémů poměrně obtížné a ještě obtížnější je z popisu systémů v jednotlivých zemích vyvodit závěry vhodné pro aplikaci v České republice.

V této monografii byly pro získání validních údajů o invaliditě osloveny tři země – Francie, Německo a Belgie. Informace však poskytly pouze Francie a Německo, a to ve zcela rozdílné struktuře, než byla původně požadována. Francie uvedla údaje o invaliditě pouze za roky 1998 a 2006 a údaje získané z Německa se týkaly období 2003 až 2008. Poskytnuté údaje tak nebyly zcela porovnatelné.

2. Pojetí invalidity a definice základních pojmů

Invaliditu lze chápat jako dlouhodobě[4] 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.

V odborné literatuře je mnoho různých definic invalidity. Jednou z nejvýstižnějších je definice prof. I. Tomeše, DrSc., který uvádí „za invaliditu označujeme stabilizovanou fázi nemoci se zdravotním postižením dlouhodobějšího rázu. Invaliditu chápeme jako významnější přechodné nebo trvalé tělesné či duševní poškození nebo ztrátu určité funkce či části organismu s následnou sníženou pracovní schopností, popř. společenským uplatněním".[5]

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.

Invaliditou se zabývá řada vědních oborů. Termín invalidita je používán v mnoha souvislostech Především jde o termín medicínský, sociologicky, ekonomický či právní.

Z medicínského hlediska lze invaliditu chápat jako určité stadium onemocnění, které zpravidla již nelze zcela vyléčit.

Invalidita z ekonomického hlediska přináší s sebou zpravidla pokles finančních příjmů jedince s čímž zpravidla souvisí pokles jeho životní úrovně a v neposlední řadě i jeho zhoršené uplatnění na trhu práce.

Sociologické hledisko se zabývá sociálními důsledky invalidity z hlediska výše uvedených zdravotních a ekonomických změn.

Z právního hlediska musí invalidita odpovídat podmínkám stanoveným v příslušných právních předpisech.

Narozdíl od nemoci je invalidita již dlouhodobě či trvale ustáleným stavem a lze změřit její dlouhodobé nebo trvalé důsledky. V moderním pojetí se invalidita měří mírou zbylého potenciálu schopnosti k dalšímu životu a práci. Invaliditu nelze považovat za handicap – v současné době je tento termín nahrazen termínem disabilita, nelze ji rovněž považovat za nemoc, je to stav, který se může, ale také nemusí v dlouhodobé perspektivě změnit, daná osoba jej musí brát jako realitu, se kterou se musí naučit žít. „V českém pojetí se invalidita chápe spíše jako předčasné stáří než jako prodloužená nemoc"[6]

[4] většinou více než jeden rok

[5] Tomeš I.: Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Portál s.r.o., Praha 2010, s. 216

[6] Tomeš I.: Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Portál s.r.o., Praha 2010, s. 217

Invalidizace

Je statistickou mírou invalidity ve společenské skupině. Měří se poměrem přiznávaných důchodů k počtu nemocných nebo poměrem přiznávaných důchodů ke všem osobám v dané měřené skupině. Měřit lze jak celkové hodnoty, tak i hodnoty podle jednotlivých nemocí či skupin nemocí.
Definice invalidity
Tři hlavní koncepce.

Koncepce invalidity[7]

Měření invalidity přináší s sebou v praxi problémy. V teorii sociálního zabezpečení byly vypracovány čtyři právní definice invalidity reflektující různá pojetí etalonu (tj. čím je invalidita poměřována).

1. **Koncepce invalidity fyzické** - zdravotně postižený je srovnáván fyzicky se zdravým, práceschopným jedincem. Fyzická invalidita se posuzuje především v systému sociální pomoci 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.
2. **Koncepce invalidity profesionální (stavovské)** - bere v úvahu dosavadní povolání před vznikem invalidity a nemožnost ho vykonávat po změně zdravotního stavu.
3. **Koncepce zaměstnanecké invalidity** - vychází z hodnocení ztrát v zaměstnání. Přihlíží k možnosti dále provozovat zaměstnání v určitém oboru či odvětví. Je zohledňován sociální aspekt odpovídající našemu „ztížení společenského uplatnění".
4. **Koncepce invalidity všeobecné** – vyjádřená jako ztráta nebo snížení schopnosti výdělečné činnosti. Posuzuje příčinnou souvislost mezi změnou pracovního stavu a nemožností uplatnit se v jakémkoli zaměstnání. Invalidní je pouze jedinec, který nemůže vykonávat žádné soustavné zaměstnání za obvyklých pracovních podmínek. Definic všeobecné invalidity využívají především systémy sociálního pojištění.

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. Umožňuje identifikovat možnosti rehabilitace a pracovního uplatnění.

Měřítkem míry invalidity

pak může být:

- jakákoliv pracovní činnost,
- předchozí pracovní činnost,

[7] Tomeš I.: Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Portál s.r.o., Praha 2010, s. 219 -220

- nevyužité dosažené vzdělání či kvalifikace (i v případě, že nebylo uplatněno v posledním zaměstnání před vznikem invalidity),
- ztížené společenské uplatnění, a to jak v rodinném životě, tak ve společnosti,
- pracovní činnost jedince je sice možná, ale vystavuje jej možnosti zhoršení zdravotního stavu.

3. Invalidita v ČR

3.1 Vývoj invalidizace jako podmínky pro přiznání invalidních důchodů

Podmínkou pro přiznání invalidního důchodu je uznání invalidity, tj. invalidizace[8], což ještě nemusí automaticky znamenat přiznání invalidního důchodu. Vzhledem k tomu, že jde o podmínku nutnou (i když nikoli postačující), je však vývoj invalidizace určující konstantou při sledování vývoje počtu a struktury invalidních důchodů.

Ve vývoji invalidity nastalo zásadní zlomové období se zavedením sociálního pojištění v roce 1993, kdy vznikla Česká správa sociálního zabezpečení (včetně jejích nižších orgánů okresních a krajských správ sociálního zabezpečení), která se stala nositelem sociálního pojištění.

Ve vývoji invalidizace v ČR lze v polovině 90. let XX. století pozorovat zásadní zlomové období. Podle údajů ČSSZ (viz pramen Bojičová) byl vývoj po roce 1993 ovlivněn především vznikem ČSSZ (OSSZ), tj. zcela nového orgánu pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, čímž bylo převedeno posuzování pro účely sociálního zabezpečení v nejširším slova smyslu do rukou posudkových lékařů začleněných do OSSZ. Důsledky byly zcela zásadní. Citujeme: „Změnil se také způsob posuzování – v dřívějších komisích měli hlavní slovo volení poslanci, nelékaři - laici a posudkoví lékaři byli v těchto komisích zcela osamoceni a měli pouze hlas poradní. Tento způsob prosazování zejména invalidit se odrazil v tom, že se přihlíželo k faktorům nemedicínským, nesouvisejícím se zdravotním stavem, a právě těmto faktorům (např. nemožnosti sehnat zaměstnání v místě bydliště) byla při uznávání invalidity namnoze přikládána větší důležitost než kritériím medicínským".

Sama medicínská kritéria doznala rovněž změny, a to přijetím 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) s účinností od 1.1.1994. Vzhledem k tomu, že otázka klasifikace nepříznivého zdravotního stavu z hlediska invalidizace představuje jak problém medicínský, tak nezřídka i sociální, došlo v ČR k přijetí další klasifikace WHO, a to Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví[9] (dále MKF). Tato klasifikace řeší problém následků chorob, úrazů nebo vrozených vad napříč etiologickým diagnózám, uváděných v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

3.2 Právní úprava invalidity do roku 1995

Do 31.12.1995 byla invalidita upravena zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Právní úprava sice rozlišovala, dva druhy invalidity, tedy plnou a částečnou, kritéria invalidity však byla poněkud odlišná.

[8] Pramen Analýza však pojem „invalidizace" ztotožňuje s ukazatelem „počet invalidních důchodů".

[9] Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, české vydání Grada Publisching 2008, s.10

Podle § 29 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb. byl občan (plně) invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav:

a) byl neschopen výkonu soustavného zaměstnání; jednalo se o typ obecné invalidity,

b) výkon takového zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav; tento typ invalidity vedle konstatování invalidity zároveň připouštěl výkon soustavného zaměstnání a v důsledku toho vlastně zhoršování zdravotního stavu,

c) byl schopen vykonávat soustavné zaměstnání, avšak zcela nepřiměřené jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního zaměstnání; jednalo se o tzv. stavovskou invaliditu poměrně úzkého okruhu osob,

d) byl schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. Byl to typ tzv. fyzické invalidity; občan s velmi těžkým zdravotním postižením pracovat mohl, avšak za zcela mimořádných podmínek; přitom žádný právní předpis blíže nespecifikoval termín „mimořádné podmínky"; pouze se omezil na uvedení těžkých ortopedických vad a slepoty,

Jak z výše uvedených kritérií plné invalidity vyplývá, klasifikace plné invalidity vyvolávala v praxi problémy. Především posudkový orgán paradoxně přiznával invaliditu a zároveň připouštěl výkon soustavného zaměstnání při vážném zhoršení zdravotního stavu. Rovněž tak vymezování tzv. stavovské invalidity přinášelo v praxi problémy. Docházelo k nejednotné aplikaci právních předpisů. To neodstranily metodické postupy vydávané k řešení této problematiky.

Podle § 37 odst. 2 a odst. 3 zákona č. 100/1988 Sb. byly rozlišovány dva typy částečné invalidity:

a) „obecná částečná invalidita", kdy byl posuzován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a jeho dopad na schopnost vykonávat dosavadní zaměstnání, avšak jen za zcela ulehčených podmínek nebo občan byl sice schopen vykonávat nějaké zaměstnání, zpravidla však neodpovídající jeho dosavadní kvalifikaci a v důsledku toho byl zjištěn nebo předpokládán podstatný pokles jeho výdělku,

b) „fyzická částečná invalidita", která byla vymezena v příloze č. 2 vyhlášky č. 149/1988 Sb., prováděcího předpisu k zákonu o sociálním zabezpečení seznamem zdravotních postižení, která se projevují zjevnými chorobnými příznaky nebo vadami značně ztěžujícími obecné životní podmínky.

Tato koncepce částečné invalidity se však v 1. polovině 90. let XX. století nezřídka stávala pro občana diskriminujícím faktorem uznání invalidity. Důvody bylo možno spatřovat jak v tržní ekonomice, kdy stejné profese mohou být odlišně odměňovány, tak v jednotlivých sektorech ekonomiky a jednotlivých regionech, kde docházelo k výrazným disproporcím. Hodnocení podstatného poklesu výdělku posudkovým lékařem se tak stávalo nefunkčním.

3.3 Právní úprava invalidity od roku 1996 do roku 2009

Výše uvedené nedostatky jak plné, tak částečné invalidity se pokusila vyřešit nová právní úprava, a to zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Podle § 39 odst. 1 písm. a) a písm. b) tohoto právního předpisu byl pojištěnec plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo

b) byl schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek, (ty byly specifikovány v příloze č. 3 prováděcí vyhlášky k zákonu o důchodovém pojištění).

Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vycházelo z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem; přitom se bralo v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával.

Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a okruh zdravotních postižení umožňujících soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek stanovila vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.

Podle § 44 odst. 1 a odst. 2 z.č. 155/1995 Sb. byl pojištěnec částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu

a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %

b) pojištěnec byl částečně invalidní též tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžoval obecné životní podmínky, (takováto zdravotní postižení obsahovala příloha č. 4 prováděcí vyhlášky).

Již výše zmíněná prováděcí vyhláška č. 284/1995 Sb. upravila některé termíny související s invaliditou, zejména soustavnou výdělečnou činnost, pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti, zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek a zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky.

Za soustavnou výdělečnou činnost se podle § 5 této vyhlášky považovala činnost vykonávaná tak, že výdělek z ní byl stálým zdrojem příjmu, a to i když tato činnost nezakládala účast na důchodovém pojištění. Za soustavnou výdělečnou činnost pro účely invalidity však nebyla považována činnost vykonávaná nejdéle po dobu jednoho roku v rámci pracovní rehabilitace podle právních předpisů o zaměstnanosti.

Poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se podle § 6 vyhlášky rozuměla schopnost pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem.

Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti podle druhů zdravotního postižení obsahovala příloha č. 2 vyhlášky.

Pro stanovení procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti bylo nutné určit zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. V případě existence více zdravotních postižení najednou, jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se nesčítaly. V takovémto případě bylo stanoveno, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanovila podle tohoto zdravotního postižení, a to se zřetelem k závažnosti ostatních zdravotních postižení.

Horní hranici míry poklesu této schopnost bylo možné zvýšit až o 10 procentních bodů v případě, že příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce bylo zdravotní postižení, které s ohledem na jeho předchozí výdělečné činnosti, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti a schopnost rekvalifikace způsobovalo pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti větší, než odpovídala horní hranice míry poklesu této schopnosti. To platilo obdobně, nastal-li pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku působení více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce.

Právní úprava invalidity sice od r. 1996 nezná tzv. stavovskou invaliditu, nicméně dolní hranici poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti bylo možno snížit až o 10 procentních bodů v případě, když příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce bylo zdravotní postižení, které s ohledem na jeho předchozí výdělečné činnosti, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti, schopnost rekvalifikace a dlouhodobě příznivou stabilizaci zdravotního stavu způsobovalo pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti menší, než odpovídalo dolní hranici míry poklesu této schopnosti.

Prováděcí vyhláška rovněž upravila situace, kdy zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nebylo uvedeno v již výše zmíněné příloze č. 2 této vyhlášky. V takovémto případě se stanovila procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti podle takového zdravotního postižení uvedeného v této příloze, které bylo s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.

3.4 Současná právní úprava invalidity

Radikální změny v invaliditě přináší novela zákona o důchodovém pojištění č. 306/2008 Sb., podle ní s účinností od 1.1.2010 zaniklo členění invalidních důchodů na plné a částečné. Invalidita je od výše uvedeného data stanovena ve třech stupních.

Podle ustanovení § 38 zákona o důchodovém pojištění (dále jen zákon) má pojištěnec nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let a stal se

a) invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod,

b) invalidním následkem pracovního úrazu.

Pojištěnec je podle § 39 zákona invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.
Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu I. Stupně,

b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu II. stupně,

c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu III. stupně.

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních

schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu

a) zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost,
b) zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, tedy zdravotní stav, který se ustálil na úrovni, která umožňuje pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti; udržení stabilizace zdravotního stavu může být přitom podmíněno dodržováním určité léčby nebo pracovních omezení,
c) zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován (jestliže nabyl, popřípadě znovu nabyl schopností a dovedností, které mu spolu se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti),
d) schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával,
e) schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %,
f) v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Potřebná doba pojištění na invalidní důchod zůstala v nové právní úpravě nezměněna. Novela zákona o důchodovém pojištění však přináší změnu v případě nároku na invalidní důchod u pojištěnce staršího 38 let. V tomto případě se podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod považuje za splněnou rovněž v případě, byla-li tato doba získána v období posledních 20 let před vznikem invalidity; potřebná doba pojištění činí přitom 10 roků.

Dále pro účely podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod se za dobu pojištění nově považuje doba studia po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let studia na střední nebo vysoké škole v ČR.

Novela zákona o důchodovém pojištění zachovává možnost přiznat invalidní důchod tzv. invalidům z mládí. Podle ustanovení § 42 zákona na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu Za invaliditu třetího stupně se považuje též takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění. Při posuzování invalidity pro účely nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně se u těchto osob neprovádí srovnání se stavem, který byl u dotyčné osoby před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Další významnou změnou je zavedení konverze invalidního důchodu ve starobní. Podle ustanovení § 61a odst. 1 zákona zaniká nárok na invalidní důchod

dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let; tímto dnem vzniká tomuto poživateli nárok na starobní důchod.

Pro úplnost je však třeba konstatovat, že vzhledem ke sledovanému období (2003-2008) se výše uvedené legislativní změny do monografie nepromítnou.

4. Analýza invalidity v České republice

V závislosti na datové základně (sledovaným obdobím jsou léta 2003-2008) je tato analýza invalidity zpracována podle právní úpravy platné do konce roku 2009.

4.1 Vyplacené důchody

V České republice se do 31.12.2009 ze základního důchodového pojištění poskytovaly následující typy důchodů:

- starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu),
- plné invalidní,
- částečné invalidní,
- vdovské a vdovecké,
- sirotčí.

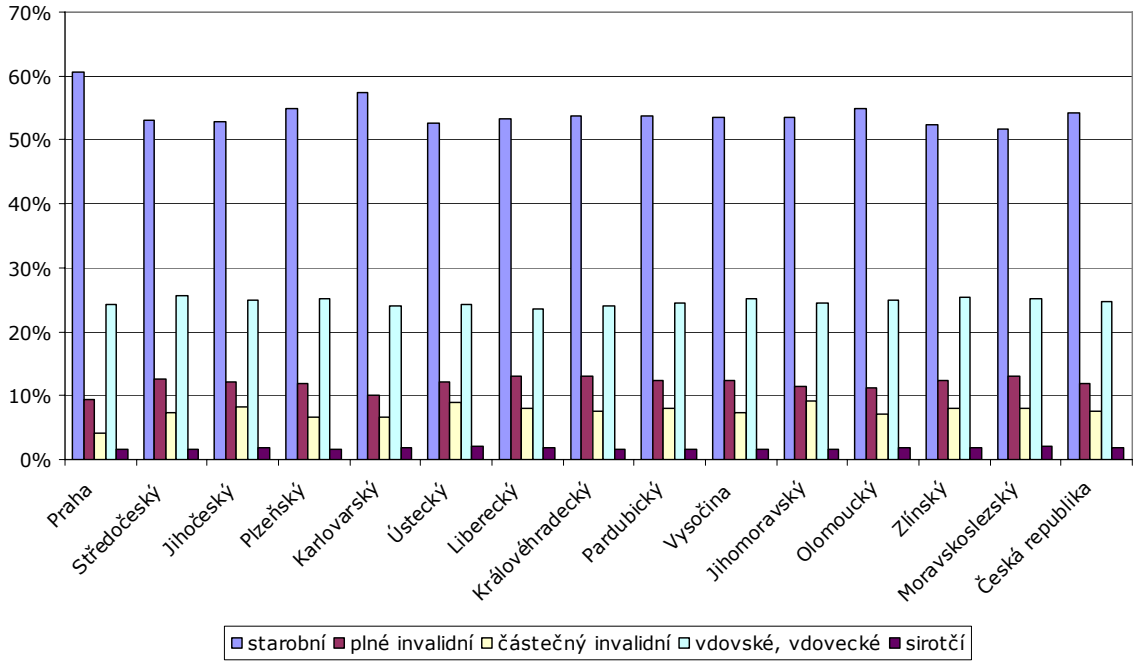
Rozložení výše uvedených typů důchodů podle počtu příjemců v jednotlivých krajích České republiky je v čase téměř neměnné a rovnoměrné po celé republice. Jejich rozložení k 31.12.2008 pak znázorňuje tabulka č. 1 a graf č. 1. Ze všech vyplacených důchodů tvořily k 31.12.2008 v ČR starobní důchody 54 %, plné invalidní důchody 12 %, částečné invalidní důchody 8 %, vdovské a vdovecké důchody (včetně souběhu) 25 % a sirotčí důchody 2 %. Celorepublikovému průměru se ze všech krajů vymykalo pouze Hlavní město Praha, které má co do struktury obyvatelstva nejvyšší podíl starobních důchodců (rok 2008 61 %) a současně nejnižší podíl plně i částečně invalidních důchodců. Hlavní město Praha má v porovnání s ostatními kraji i celou Českou republikou relativně vyšší zastoupení osob starších 65 let a současně nejnižší podíl osob do 14 let věku (rok 2008 12,17 %), viz příloha 1 a) a 1 b).

Tabulka č. 1 **Rozložení příjemců různých typů důchodů v krajích a ČR k 31.12. 2008 (%)**

kraj	starobní	plný invalidní	částečný invalidní	vdovský, vdovecký (včetně souběhu)	sirotčí
Hl. město Praha	61%	9%	4%	24%	2%
Středočeský	53%	12%	7%	26%	2%
Jihočeský	53%	12%	8%	25%	2%
Plzeňský	55%	12%	7%	25%	2%
Karlovarský	58%	10%	7%	24%	2%
Ústecký	53%	12%	9%	24%	2%
Liberecký	53%	13%	8%	24%	2%
Královéhradecký	54%	13%	8%	24%	2%
Pardubický	54%	12%	8%	24%	2%
Vysočina	54%	12%	7%	25%	2%
Jihomoravský	53%	11%	9%	24%	2%
Olomoucký	55%	11%	7%	25%	2%
Zlínský	52%	12%	8%	25%	2%
Moravskoslezský	52%	13%	8%	25%	2%
Česká republika	54%	12%	8%	25%	2%

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2008

Graf č. 1 **Rozložení příjemců různých typů důchodů v krajích a ČR k 31. 12. 2008 (%)***

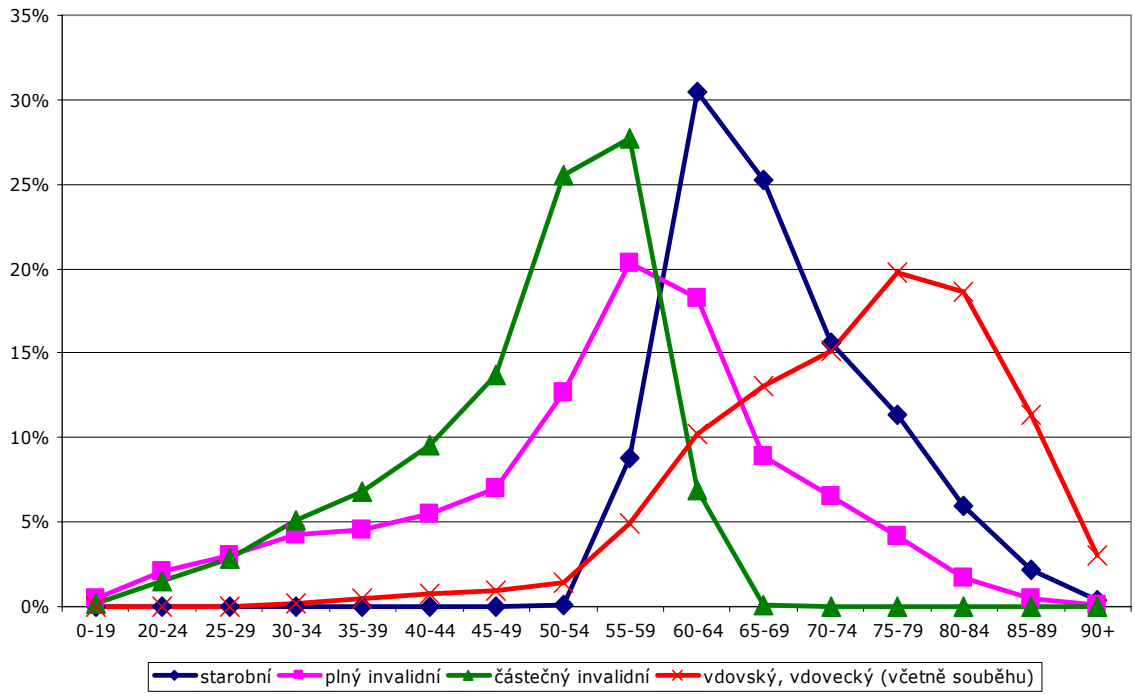


**100 % = celkový počet příjemců všech typů důchodů v příslušném kraji, resp. ČR*
Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2008

Z výše uvedeného je patrné, že nadpoloviční většinu příjemců důchodů tvoří starobní důchodci (cca 54 %) a příjemci invalidních důchodů (plných a částečných) se na celkovém počtu vyplacených důchodů podílí přibližně jednou pětinou (19 %).

Věková struktura příjemců vybraných typů vyplacených důchodů k 31.12.2008 je znázorněna na grafu č. 2 a věková struktura plných a částečných invalidních důchodů podle pohlaví na grafech č. 3 a č. 4. Lze si povšimnout, že v případě vyplacených částečných invalidních důchodů nastává ve věkové kategorii 60–64 let skoková změna – pokles oproti věkové kategorii 55-59 let je o 21 procentních bodů. Více než čtvrtina částečných invalidních důchodů (28 %) je přitom vyplacena právě ve věkové kategorii 55-59 let. Tento prudký pokles lze vysvětlit tím, že příjemcům částečných invalidních důchodů se při odchodu do starobního důchodu, což bývá nejčastěji právě ve věkové kategorii 60-64 let (30 % vyplacených starobních důchodů), jejich důchod ruší. Oproti tomu příjemci plných invalidních důchodů zůstávají invalidními důchodci i po dosažení věkové hranice pro odchod do starobního důchodu. [10]

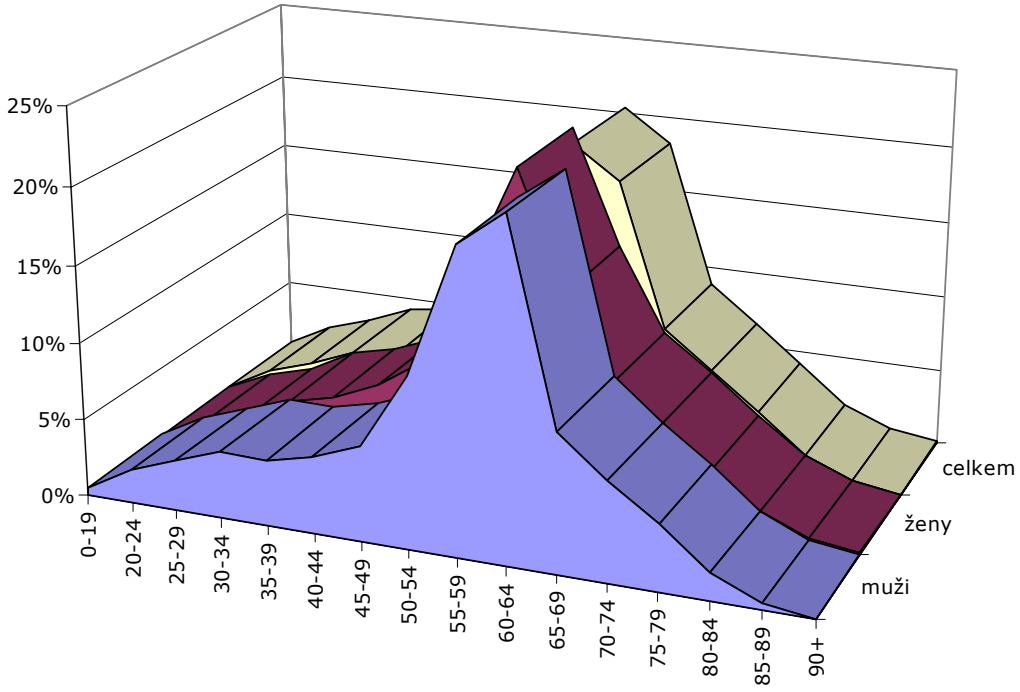
Graf č. 2 **Podíl vyplacených důchodů podle věku příjemce k 31.12.2008 (%)**



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2008

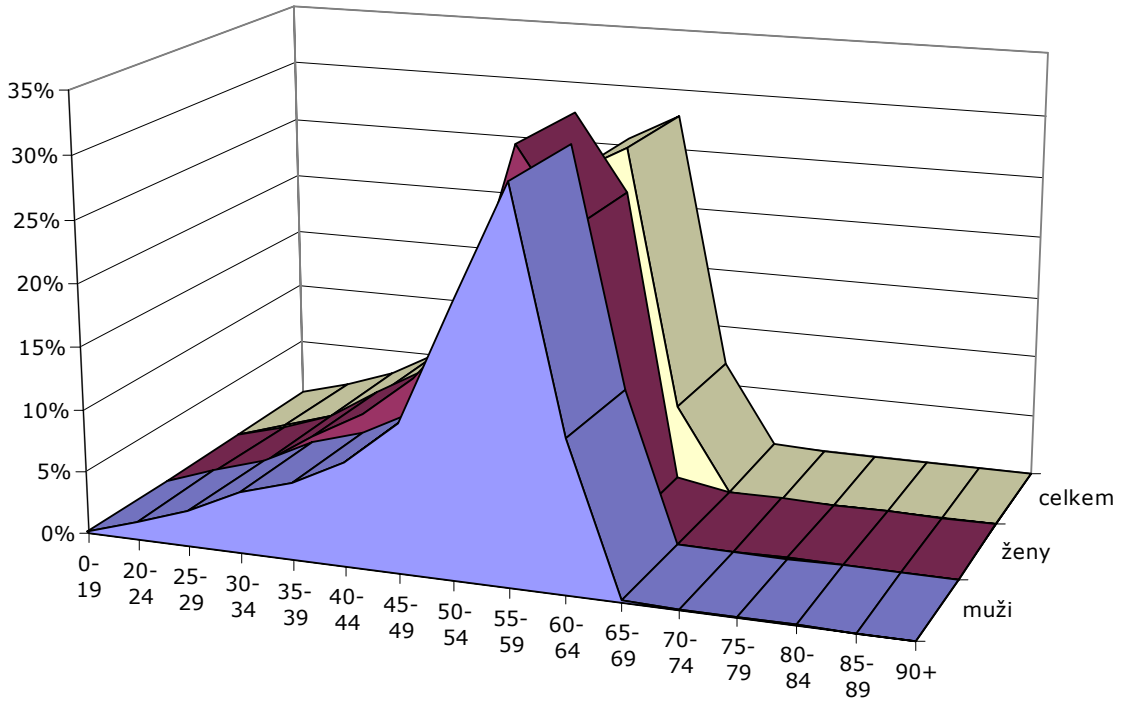
[10] Tento stav platil pouze do 31.12.2009, neboť s účinností od 1.1.2010 platí ustanovení § 61a odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (v platném znění). Nárok na invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let; tímto dnem vzniká tomuto poživateli nárok na starobní důchod.

Graf č. 3 **Rozložení vyplacených *plných invalidních důchodů* podle pohlaví a věku příjemců k 31.12.2008 (%)**



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2008

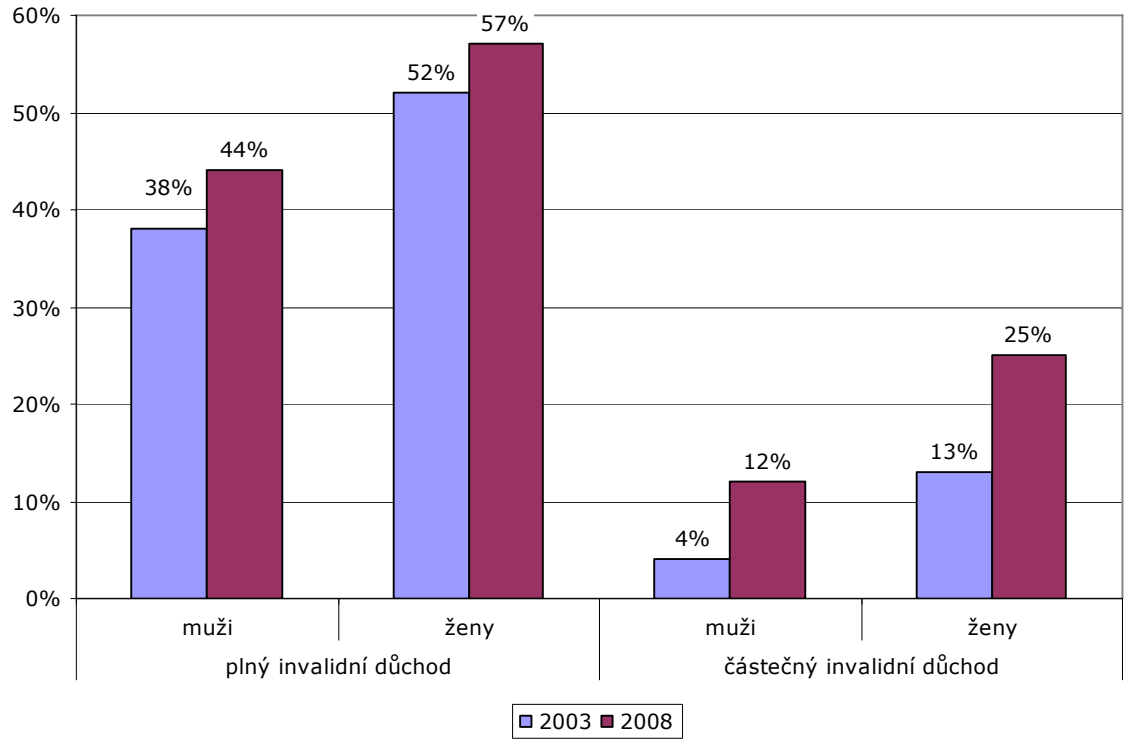
Graf č. 4 **Rozložení vyplacených *částečných invalidních důchodů* podle pohlaví a věku příjemců k 31.12.2008 (%)**



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2008

To je mimo jiné patrno i z grafu č. 5, který udává podíl příjemců invalidních důchodů v důchodovém věku (muži nad 60 a ženy nad 55 let). Z celkového počtu vyplacených plných invalidních důchodů v roce 2008 bylo 44 % příjemců mužů a 57 % příjemců žen v důchodovém věku. Naproti tomu stejnou věkovou hranici překročilo u částečných invalidních důchodů pouze 12 % mužů a 25 % žen. Ve srovnání s rokem 2003 se podíly u mužů i žen v důchodovém věku na celkovém počtu vyplacených plných invalidních důchodů zvýšily, a to o 5 procentních bodů u mužů a 6 procentních bodů u žen. V případě částečných invalidních důchodů pak došlo ke zvýšení podílů o 10 procentních bodů u mužů a 12 procentních bodů u žen.

Graf č. 5 **Podíl příjemců v důchodovém věku[11] na celkovém počtu vyplácených invalidních důchodů podle pohlaví a druhu důchodu v roce 2003 a 2008 (%)**



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, Statistická ročenka 2003 a 2008

Vývoj počtu vyplacených plných a částečných invalidních důchodů od roku 1980 do roku 2008 (vždy k 31.12.) na 100 tisíc obyvatel ukazuje tabulka č. 2 a graf č. 6. Z uvedených údajů vyplývá, že od roku 1980 počet vyplacených plných invalidních důchodů stoupal, přičemž jejich maximum nastalo v roce 1995 (4 029 vyplacených plných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel). V následujících letech docházelo k jejich postupnému poklesu. Oproti tomu u vyplacených částečných invalidních důchodů dochází od roku 1995 k trvalému růstu (v roce 2008 bylo vyplaceno 1982 částečných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel). Z tabulky i grafu je navíc zřejmé, že počet částečných invalidních důchodů je podstatně menší než počet důchodů plných.

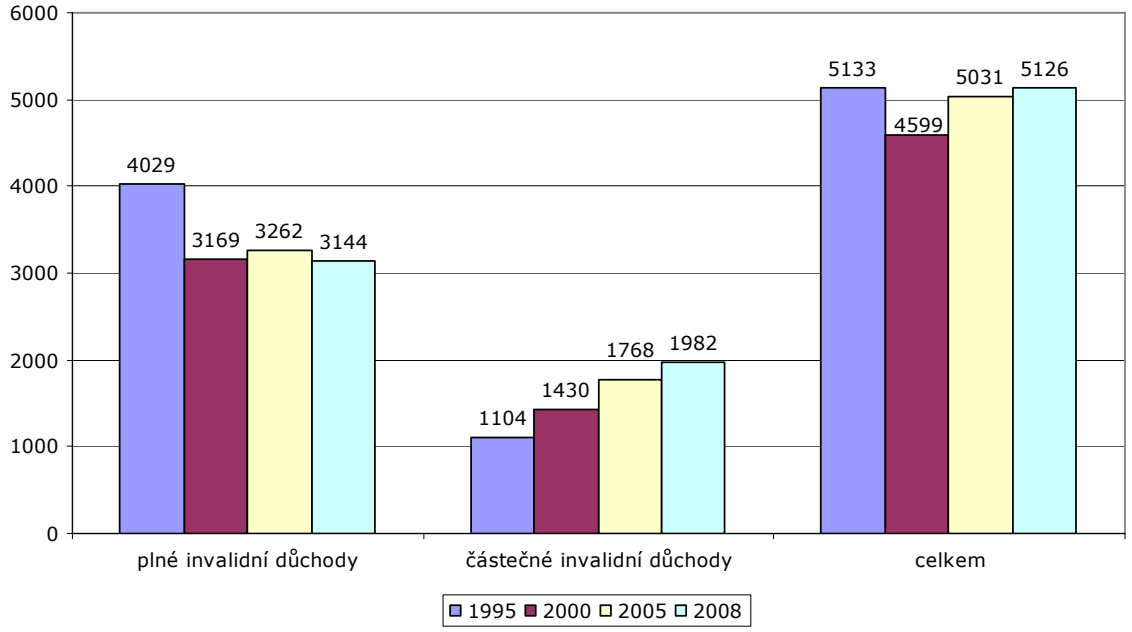
[11] Muži nad 60 let a ženy nad 55 let

Tabulka č. 2 **Vyplacené *plné a částečné invalidní důchody* na 100 tisíc obyvatel k 31. 12. daného roku**

rok	plné invalidní důchody			částečné invalidní důchody		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
1980	3 347	3 252	3 437	1 138	1 468	827
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	1 104	1 412	813
2000	3 169	3 598	2 767	1 430	1 689	1 185
2005	3 262	3 704	2 831	1 768	2 020	1 522
2008	3 144	3 526	2 754	1 982	2 187	1 769

Zdroj: r. 1980, 1985,1990 a 1995 – ÚZIS, Zdravotnická ročenka České republiky 1995. Od roku 2000 údaje z České správy sociálního zabezpečení

Graf č. 6 **Vyplacené *plné a částečné invalidní důchody* na 100 tisíc obyvatel v letech 1995, 2000, 2005 a 2008**



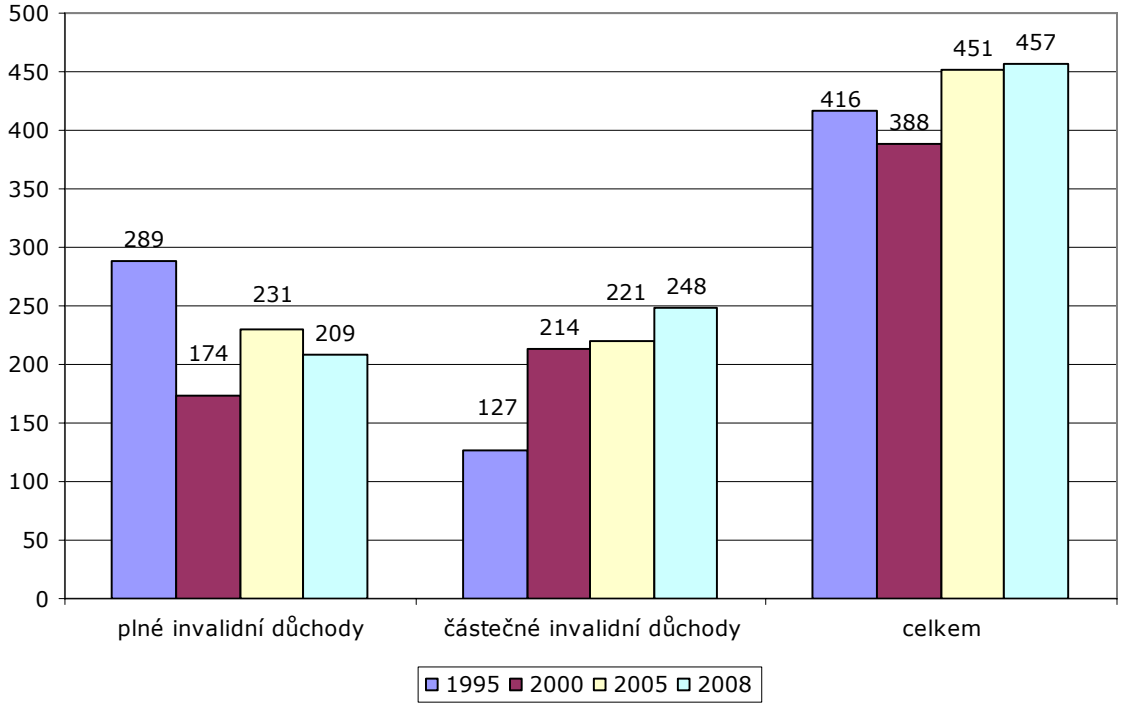
Zdroj: r. 1980, 1985,1990 a 1995 – ÚZIS, Zdravotnická ročenka České republiky 1995. Od roku 2000 údaje z České správy sociálního zabezpečení

4.2 Nově přiznané invalidní důchody

Zatímco u vyplacených invalidních důchodů tradičně tvoří podstatnou část plné invalidní důchody (v roce 2003 činil podíl vyplacených plných invalidních důchodů 66 % a částečných invalidních důchodů 34 %, v roce 2008 byly tyto podíly ve výši I 61 %, Ič 39 %), u nově přiznaných invalidních důchodů dochází k tzv. pravidelným obměnám v převažujícím počtu nově přiznaných plných a částečných invalidních

důchodů, a to vždy po pěti letech (tabulka č. 3, graf č. 7). Počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů převyšoval počet nově přiznaných plných invalidních důchodů až do roku 2001. V letech 2001-2005 se ovšem situace obrátila a bylo přiznáváno více plných invalidních důchodů (rok 2003 podíl I 53 %, Ič 47 %). Počínaje rokem 2006 je však opět z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů přiznáváno více částečných invalidních důchodů (rok 2008 podíl I 46 %, Ič 54 %).

Graf č. 7 **Nově přiznané *plné a částečné invalidní důchody* na 100 tisíc obyvatel v letech 1995, 2000, 2005 a 2008**



Zdroj: vlastní zpracování

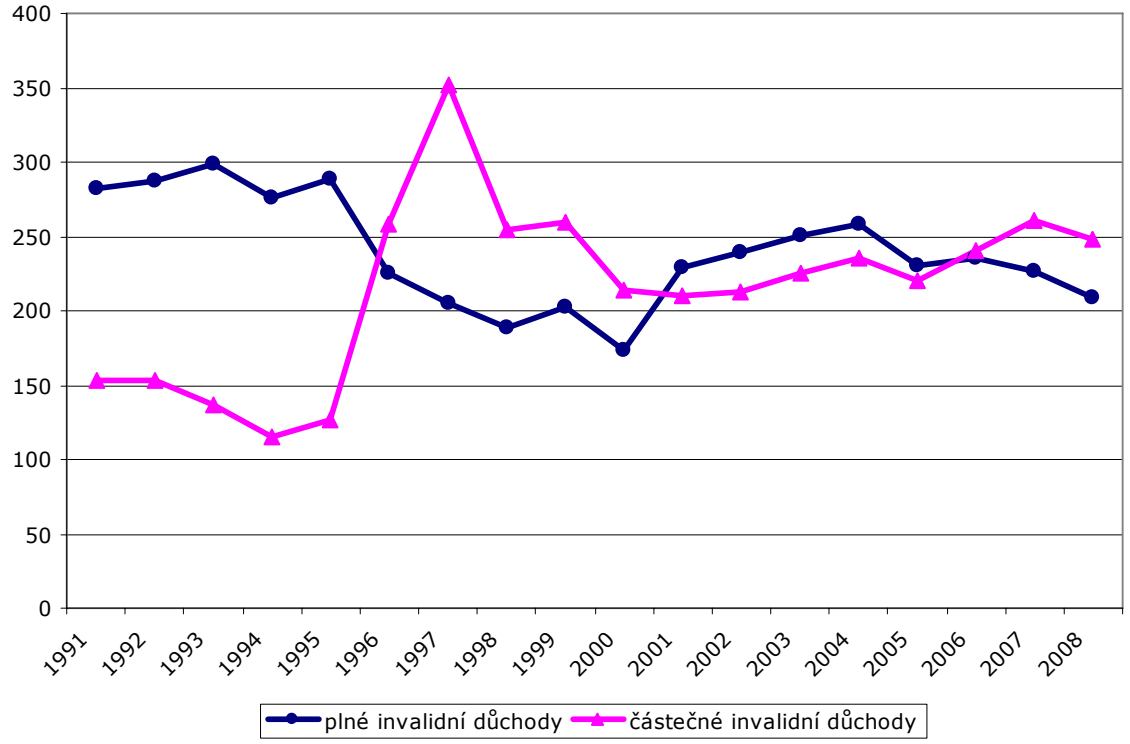
Tabulka č. 3 **Nově přiznané *plné a částečné invalidní důchody* na 100 tisíc obyvatel v letech 1991 až 2008**

rok	nově přiznané invalidní důchody		
	plné	částečné	celkem
1991	**282**	153	435
1992	**287**	153	440
1993	**299**	137	436
1994	**276**	115	391
1995	**289**	127	416
1996	225	**258**	483
1997	205	**352**	557
1998	188	**254**	442
1999	202	**259**	461
2000	174	**214**	388
2001	**229**	210	439
2002	**239**	213	452
2003	**250**	226	476
2004	**258**	236	494
2005	**231**	221	451
2006	236	**241**	477
2007	226	**261**	487
2008	209	**248**	457

Zdroj: vlastní zpracování

Tato pravidelnost je zřejmá i z grafu č. 8. Největší zlom ve vývoji nově přiznaných invalidních důchodů nastal v roce 1996. Zatímco počet nově přiznaných plných invalidních důchodů soustavně klesal, dramaticky vzrostl počet částečných invalidních důchodů, a to o více než dvojnásobek. Bylo to způsobeno zejména přijetím zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění s účinností od 1.1.1996, který změnil kritéria pro posuzování plné a částečné invalidity, a tím odstranil nedostatky dřívější právní úpravy. Další významná změna nastala v roce 2001, kdy počet nově přiznaných plných invalidních důchodů poprvé od roku 1996 opět převyšoval počet částečných invalidních důchodů. Možné příčiny lze spatřovat jak ve zhoršení zdravotního stavu některých skupin obyvatelstva, tak i v sociální a legislativní oblasti. V roce 1999 došlo v České republice ke značnému nárůstu nezaměstnanosti, a to především z důvodu ekonomického vývoje (dozvuky recese) spolu s nástupem silných populačních ročníků narozených v 70. letech 20. století (tzv. Husákovy děti) na pracovní trh. Je tudíž možné předpokládat, že dlouhodobě nezaměstnaní, kteří ztratili nárok na podporu v nezaměstnanosti, začali řešit svou sociální situaci právě „odchodem" do invalidního důchodu. Rovněž i zpřísnění výpočtu předčasných starobních důchodů, zákonem č. 116/2001 Sb., mohlo mít vliv, neboť od roku 1999 téměř tři pětiny (60 %) všech nově přiznaných starobních důchodů byly důchody předčasné (viz příloha 2). V tomto období mohlo také dojít k nárůstu přezkumných řízení, v nichž během roku 2001 ve zvýšené míře uspěli žadatelé o plný invalidní důchod. Počínaje rokem 2006 pak počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů začal opět převyšovat plné invalidní důchody.

Graf č. 8 **Vývoj nově přiznaných *plných a částečných invalidních důchodů* na 100 tisíc obyvatel v letech 1991 až 2008**



Zdroj: vlastní zpracování

Zatímco v letech 1997 až 2002 byl průměrný koeficient růstu u nově přiznaných plných invalidních důchodů 1,03, tj. meziroční růst o 3 %, a průměrný absolutní přírůstek 7 nově přiznaných plných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel, u nově přiznaných částečných invalidních důchodů byl meziroční pokles o 10 %, což je v absolutním vyjádření meziroční pokles o 28 nově přiznaných částečných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel (tabulka č. 4). V letech 2003 až 2008 pak činil u nově přiznaných plných invalidních důchodů průměrný koeficient růstu 0,96, tj. meziroční pokles o 4 %, a průměrný absolutní přírůstek -8 (meziroční pokles o 8 nově přiznaných plných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel), v případě částečných invalidních důchodů byl průměrný koeficient růstu 1,02 (meziroční růst o 2 %) a průměrný absolutní přírůstek 4 nově přiznané částečné invalidní důchody na 100 tisíc obyvatel. Pokud srovnáme tyto koeficienty s předchozím šestiletým obdobím, tj. roky 1997 až 2002, vidíme zde zcela opačný trend.

Tabulka č. 4 **Průměrný koeficient růstu (v%) a průměrný absolutní přírůstek nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel v letech 1997-2002 a 2003-2008**

invalidní důchody	průměrný koeficient růstu (v %)		průměrný absolutní přírůstek	
	1997–2002	2003–2008	1997–2002	2003–2008
plné	103%	96%	7	-8
částečné	90%	102%	-28	4

Zdroj: Vlastní zpracování

Kromě popisu vývoje a vysvětlení možných příčin nárůstu či poklesu počtu nově přiznaných invalidních důchodů je rovněž nezbytné uvést i jejich rozložení z hlediska věku a pohlaví. Zatímco v roce 2003 tvořila nejvyšší podíl u nově přiznaných plných invalidních důchodů věková skupina 50 až 54 let (28 %), o pět let později to byla již věková skupina 55 až 59 let (rok 2008 28 %). Nutno ovšem doplnit, že v roce 2003 byla více než třetina mužů ve věku 55 až 59 let (34 %) a více než třetina žen ve věku 50 až 54 let. V roce 2008 pak podíl mužů ve věkové skupině 55 až 59 let zůstal stejný (34 %), nicméně podíl žen ve věku 50 až 54 let se snížil o 4 procentní body (30 %) a naopak, podíl věkové skupiny 55 až 59 let se zvýšil, a to o 9 procentních bodů (rok 2003 12 %, rok 2008 21 %).

V případě částečných invalidních důchodů tvořila v roce 2003 největší podíl věková skupina 50 až 54 let (26 %). Na rozdíl od plných invalidních důchodů však nedošlo k žádnému rovnoměrnému posunu o jednu věkovou skupinu (tj. o jeden 5letý věkový interval) a změna nastala pouze u jednotlivých výší podílů věkových skupin u mužů a žen.

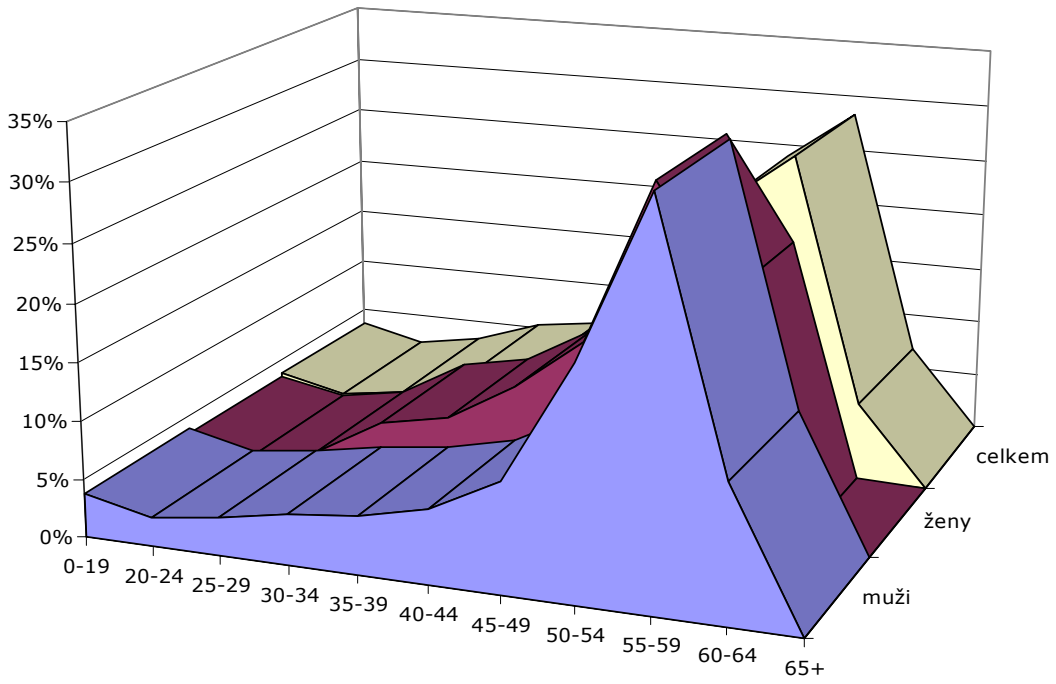
Porovnání věkové struktury a členění podle pohlaví v roce 2003 a 2008 je uvedeno v tabulce č. 5. Rozložení nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů podle pohlaví a věku v roce 2008 je znázorněno grafy č. 9 a 10. Je zřejmé, že plné a částečné invalidní důchody jsou charakteristické spíše pro osoby starší 50 let než pro mladou populaci, a to jak u mužů, tak i u žen.

Tabulka č. 5 **Rozložení nově přiznaných *plných a částečných invalidních důchodů* podle pohlaví a věku v roce 2003 a 2008 (%)**

věk	nově přiznané invalidní důchody 2003						nově přiznané invalidní důchody 2008					
	plné			částečné			plné			částečné		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
0-19	3%	3%	3%	1%	1%	1%	4%	3%	4%	1%	1%	1%
20-24	3%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	2%	2%	2%	2%	2%
25-29	3%	4%	3%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
30-34	3%	5%	4%	5%	6%	5%	4%	6%	5%	6%	7%	6%
35-39	5%	8%	6%	6%	8%	7%	5%	8%	6%	6%	9%	8%
40-44	6%	10%	8%	9%	12%	10%	6%	11%	8%	9%	12%	11%
45-49	13%	22%	17%	17%	24%	20%	9%	16%	12%	12%	18%	15%
50-54	24%	**34%**	**28%**	26%	**36%**	**31%**	20%	**30%**	24%	22%	**30%**	**26%**
55-59	**34%**	12%	26%	**28%**	7%	18%	**34%**	21%	**28%**	**31%**	18%	24%
60-64	4%	0%	3%	2%	0%	1%	12%	0%	7%	7%	0%	4%
65+	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

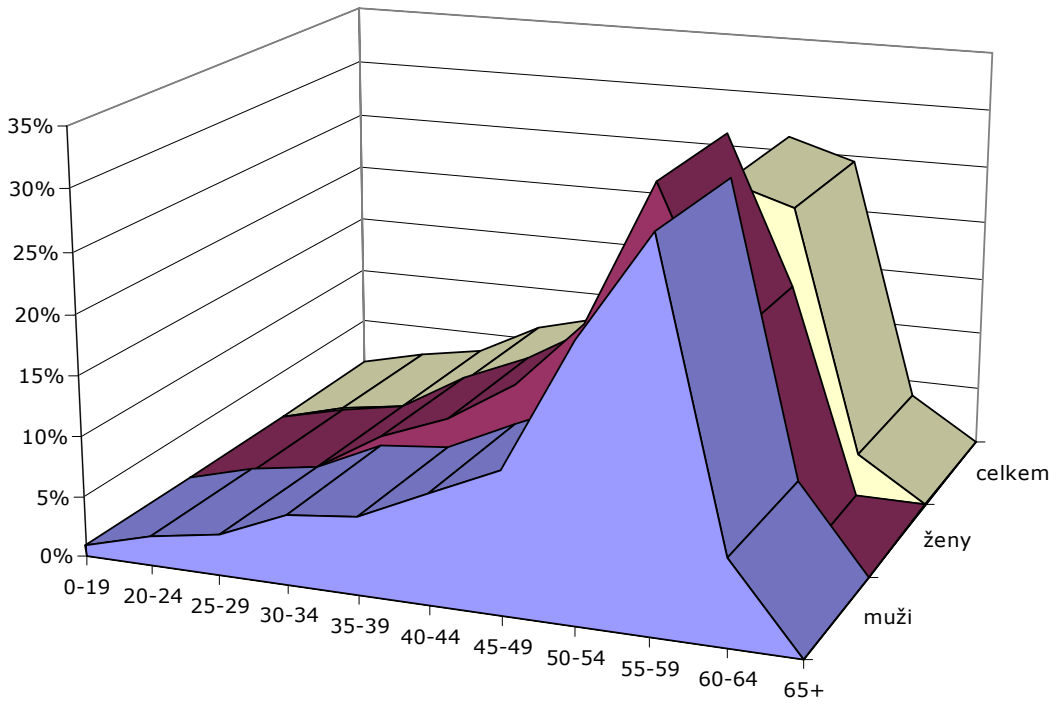
Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9 **Rozložení nově přiznaných *plných invalidních důchodů* podle pohlaví a věku v roce 2008 (%)**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10 **Rozložení nově přiznaných *částečných invalidních důchodů* podle pohlaví a věku v roce 2008 (%)**



Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Srovnání vyplacených a nově přiznaných invalidních důchodů

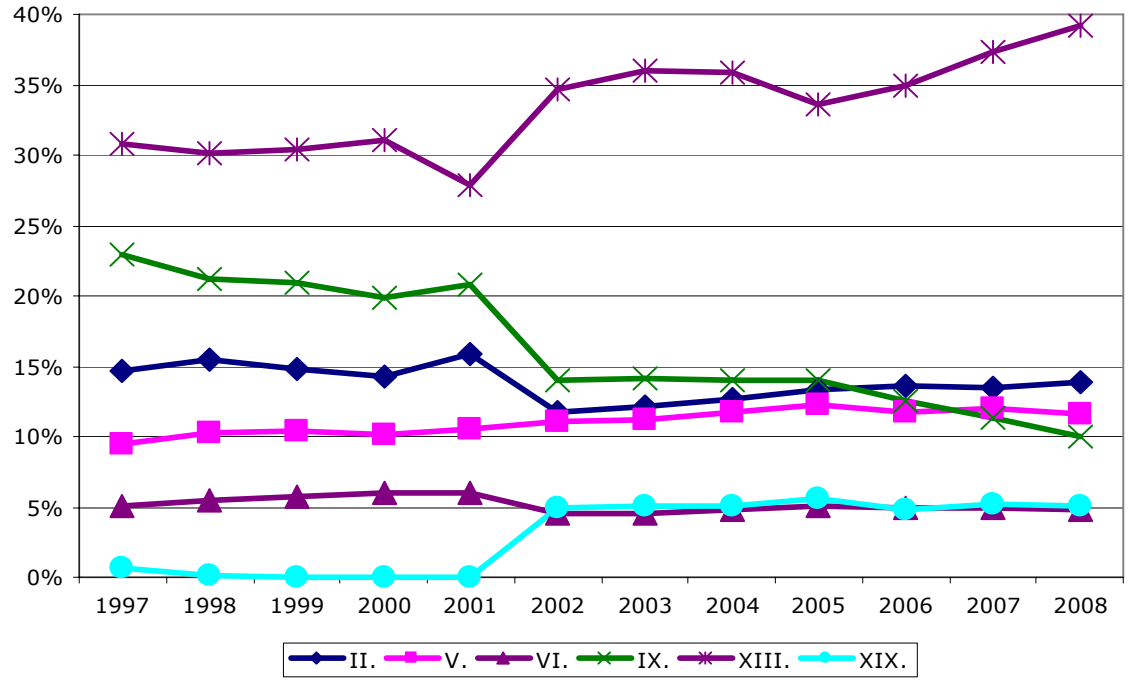
Z výše uvedených údajů je zřejmé, že u vyplacených invalidních důchodů převažují plné invalidní důchody. Nicméně z hlediska nově přiznaných důchodů tvoří v současnosti větší podíl částečné invalidní důchody. Odlišnosti zde pak nastávají i z hlediska věku. Zatímco plné invalidní důchody jsou vypláceny více než jedné pětině mužů ve věku 60 až 64 let (22 %) a více než jedné pětině žen ve věku 55 až 59 let (21 %), částečné invalidní důchody jsou vypláceny téměř jedné třetině mužů ve věku 55 až 59 let (31 %) a téměř jedné třetině žen ve věku 50 až 54 let (30 %). V případě nově přiznaných plných invalidních důchodů pak tvoří nejčetnější skupinu muži ve věku 55 až 59 let (34 %) a ženy ve věku 50 až 54 let (30 %). U nově přiznaných částečných invalidních důchodů je struktura obdobná jako v případě plných důchodů (muži 55 až 59 let - 31 %; ženy 50 až 54 let - 30 %).

5. Invalidita v ČR podle skupin diagnóz (MKN-10)[12]

5.1 Nejčastější příčiny invalidity v roce 2003 a 2008

Podobně jako v předchozích letech (graf č. 11) byly i v roce 2003 invalidní důchody (plné a částečné) nejčastěji přiznávány na základě onemocnění ze skupiny diagnóz XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jejichž podíl na celkovém počtu nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů činil 36 %. Mezi další významné skupiny diagnóz patřily skupiny IX. Nemoci oběhové soustavy (14 %), II. Novotvary (12 %), V. Poruchy duševní a poruchy chování (11 %), XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (5 %) a VI. Nemoci nervové soustavy (5 %). Dohromady se pak těchto šest skupin diagnóz v roce 2003 podílelo 83 % na všech nově přiznaných invalidních důchodech (plných + částečných).

Graf č. 11 **Vývoj podílů vybraných skupin diagnóz MKN-10 na nově přiznaných invalidních důchodech (plných+částečných) v letech 1997 až 2008 (%)**



Zdroj: vlastní zpracování

[12] Invalidní důchody jsou pojištěncům podle § 39 zákona o důchodovém pojištění přiznávány v případě, kdy jim z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pracovní schopnost, a to nejméně o 35 %. Onemocnění, na jejichž základě jsou invalidní důchody přiznávány, jsou uvedena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která kodifikuje systém označování a klasifikace onemocnění, poruch a zdravotních problémů. Je členěna do 21 kapitol (skupin diagnóz), jejichž výčet je uveden v příloze 3.

Struktura nově přiznaných invalidních důchodů se však lišila nejen podle typu invalidního důchodu (plný či částečný), ale i z hlediska pohlaví. V roce 2003 byly nejčastější příčinou přiznání plné i částečné invalidity u mužů i žen shodně Nemoci svalové a kosterní soustavy. Podíl mužů, jimž byl přiznán plný invalidní důchod na základě těchto onemocnění, tvořil více než jednu čtvrtinu (27 %), stejně tak jako podíl žen (30 %). V případě částečných invalidních důchodů ovšem tyto podíly dosahovaly v průměru téměř jedné poloviny - na základě skupiny diagnóz XIII. byl přiznán částečný invalidní důchod více než dvěma pětinám mužů (42 %) a téměř jedné polovině žen (48 %). Zcela odlišná situace nastala u skupiny diagnóz II. Novotvary. Zatímco částečný invalidní důchod byl přiznán pouhým 4 % mužů a 8 % žen, plný invalidní důchod byl již přiznán 15 % mužů a 18 % žen. Z hlediska členění podle pohlaví pak nastaly výrazné rozdíly pouze u skupiny diagnóz IX. Nemoci oběhové soustavy. Na jejím základě byl přiznán plný invalidní důchod 20 % mužů a pouhým 7 % žen a částečný invalidní důchod 18 % mužů a 8 % žen (tabulka č. 7, tabulka č. 8). U mužů se tak Nemoci oběhové soustavy umístily na pomyslném druhém místě (I 20 %, Ič 18 %) a u žen až na čtvrtém (I 7 %, Ič 8 %).

V průběhu pěti let se situace, co do příčiny invalidity, poněkud změnila. V roce 2008 se na počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů (plných a částečných) nadále nejvíce podílela onemocnění ze skupiny diagnóz XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, a to 39 %; nicméně na druhém místě se umístila skupina diagnóz II. Novotvary (14 %) a na třetím skupina diagnóz V. Poruchy duševní a poruchy chování (12 %). Ze druhé pozice v roce 2003 až na čtvrtou v roce 2008 tak poklesla skupina diagnóz IX. Nemoci oběhové soustavy, jejíž podíl se snížil o 4 procentní body (10 %). Skupina diagnóz XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin spolu se skupinou VI. Nemoci nervové soustavy zůstaly v nezměněné výši (shodně 5 %). V roce 2008 se pak těchto šest skupin diagnóz podílelo 85 % na nově přiznaných invalidních (plných a částečných) důchodech. Struktura nově přiznaných invalidních důchodů (plných a částečných) podle skupin diagnóz MKN-10 v roce 2003 a 2008 je uvedena v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 **Struktura nově přiznaných invalidních důchodů (plných+částečných) podle skupin diagnóz (kapitol) MKN-10 v roce 2003 a 2008 (%)**

kapitola	název kapitoly	2003	2008
I.	Některé infekční a parazitární nemoci	1%	1%
II.	**Novotvary**	**12%**	**14%**
III.	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	0%	0%
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	4%	4%
V.	**Poruchy dušení a poruchy chování**	**11%**	**12%**
VI.	**Nemoci nervové soustavy**	5%	**5%**
VII.	Nemoci oka a očních adnex	1%	1%
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	1%	1%
IX.	**Nemoci oběhové soustavy**	**14%**	**10%**
X.	Nemoci dýchací soustavy	3%	2%
XI.	Nemoci trávicí soustavy	3%	3%
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva	1%	1%
XIII.	**Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**	**36%**	**39%**
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	1%	1%
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí	0%	0%
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	0%	0%
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	0%	1%
XVIII.	Příznaky, znaky a abnormální klinické laboratorní nálezy nezařazené jinde	0%	0%
XIX.	**Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin**	**5%**	**5%**
	neudáno	1%	2%
	celkem	100%	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Struktura nově přiznaných invalidních důchodů podle typu důchodu a z hlediska pohlaví byla v roce 2008 velmi podobná jako v roce 2003. Na základě Nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně byl přiznán plný invalidní důchod téměř jedné třetině mužů (30 % z celkového počtu mužů, kterým byl přiznán plný invalidní důchod) a jedné třetině žen (33 % z celkového počtu žen, kterým byl přiznán plný invalidní důchod), přičemž částečný invalidní důchod byl přiznán 45 % mužů (z celkového počtu mužů, kterým byl přiznán částečný invalidní důchod) a 47 % žen. Z hlediska členění podle pohlaví se pak rovněž výrazněji odlišovala pouze skupina diagnóz IX. Nemoci oběhové soustavy (I muži 14 %, I ženy 5 %; Ič muži 14 %, Ič ženy 5 %). To znamená, že zatímco u mužů byly na pomyslném třetím místě (plné invalidní důchody) Nemoci oběhové soustavy (14 %), u žen to byly Poruchy duševní a poruchy chování (16 %). V případě částečných invalidních důchodů se pak na druhém místě u mužů umístily Nemoci oběhové soustavy (14 %) a u žen Poruchy duševní a poruchy chování (13 %). Struktura nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů podle pohlaví a kapitol MKN-10 v roce 2003 a 2008 je uvedena v tabulce č. 7 a tabulce č. 8, struktura nově přiznaných plných a částečných invalidních důchodů u čtyř nejčastějších kapitol MKN-10 podle pohlaví v roce 2008 je znázorněna na grafu č. 12.

Tabulka č. 7 **Struktura nově přiznaných *plných invalidních důchodů* podle pohlaví a kapitol MKN-10 v roce 2003 a 2008 (%)**

kapitola	muži		ženy	
	2003	**2008**	**2003**	**2008**
I.	1%	1%	1%	1%
II.	**15%**	**18%**	**22%**	**25%**
III.	0%	0%	0%	0%
IV.	4%	4%	4%	3%
V.	**11%**	**12%**	**17%**	**16%**
VI.	4%	5%	5%	5%
VII.	1%	1%	1%	1%
VIII.	0%	0%	0%	0%
IX.	**20%**	**14%**	**7%**	**5%**
X.	3%	2%	3%	2%
XI.	4%	4%	2%	3%
XII.	0%	0%	1%	0%
XIII.	**27%**	**30%**	**30%**	**33%**
XIV.	1%	1%	1%	1%
XV.	0%	0%	0%	0%
XVI.	0%	0%	0%	0%
XVII.	0%	1%	1%	1%
XVIII.	0%	0%	0%	0%
XIX.	6%	7%	3%	3%
neudáno	1%	1%	1%	2%
celkem	100%	100%	100%	100%

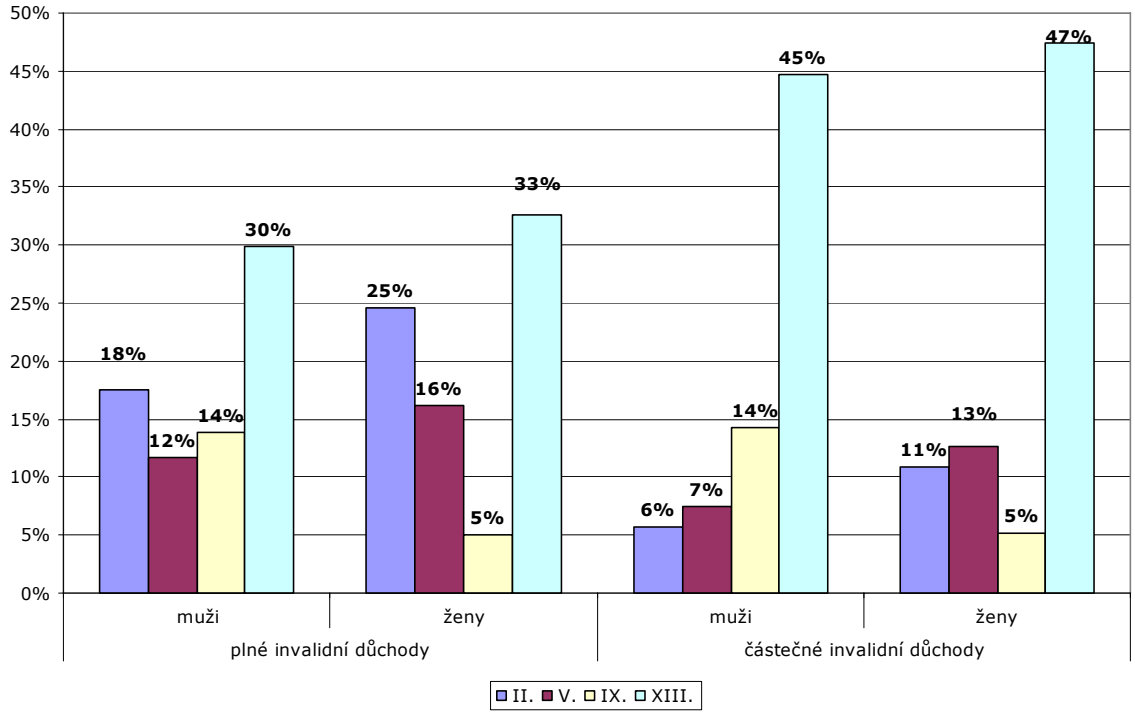
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 8 **Struktura nově přiznaných *částečných invalidních důchodů* podle pohlaví a kapitol MKN-10 v roce 2003 a 2008 (%)**

kapitola	muži		ženy	
	2003	**2008**	**2003**	**2008**
I.	1%	1%	1%	0%
II.	**4%**	**6%**	**8%**	**11%**
III.	0%	0%	0%	0%
IV.	4%	5%	4%	4%
V.	**7%**	**7%**	**11%**	**13%**
VI.	4%	4%	6%	5%
VII.	1%	1%	1%	1%
VIII.	1%	1%	1%	1%
IX.	**18%**	**14%**	**8%**	**5%**
X.	3%	2%	3%	2%
XI.	4%	3%	3%	3%
XII.	1%	0%	1%	1%
XIII.	**42%**	**45%**	**48%**	**47%**
XIV.	1%	1%	1%	1%
XV.	0%	0%	0%	0%
XVI.	0%	0%	0%	0%
XVII.	0%	1%	1%	1%
XVIII.	0%	0%	0%	0%
XIX.	7%	7%	3%	3%
neudáno	1%	2%	1%	1%
celkem	100%	100%	100%	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 12 **Struktura kapitol II., V., IX. a XIII. podle pohlaví a typu důchodu v roce 2008 (%)***



**100 % = celkový počet přiznaných invalidních důchodů pro daný typ důchodu a pohlaví*
Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedených údajů vyplývá, že ve sledovaném období 2003 až 2008 došlo k průměrnému poklesu nově přiznaných plných invalidních důchodů. Z hlediska členění podle pohlaví pak došlo k průměrnému meziročnímu poklesu o 4 % u mužů (koeficient růstu 0,96), tj. každý rok se snižoval počet nově přiznaných plných invalidních důchodů u mužů v průměru o 530; a o 2 % u žen (koeficient růstu 0,98), tj. průměrný meziroční absolutní pokles o 223 důchodů.

Z hlediska jednotlivých skupin diagnóz byl zaznamenám nejvyšší meziroční pokles nově přiznaných plných invalidních důchodů u Nemocí oběhové soustavy (skupina diagnóz IX.), a to o 10 % u mužů (absolutně pokles v průměru o 259 důchodů ročně), a o 9 % u žen (průměrný roční absolutní pokles o 55 důchodů). U žen byl pak v absolutním vyjádření nejvyšší průměrný meziroční pokles u skupiny diagnóz V. Poruchy duševní a poruchy chování, a to v průměru o 61 nově přiznaných plných invalidních důchodů ročně (tj. 4 % ročně). Nejvyšší průměrný absolutní meziroční růst byl naopak zaznamenán u kapitoly XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality, a to jak u mužů (průměrný nárůst o 3 nově přiznané plné invalidní důchody ročně), tak u žen (průměrný nárůst o 4 nově přiznané plné invalidní důchody ročně). Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů podle jednotlivých skupin diagnóz v roce 2003 a 2008 a průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu v letech 2003 až 2008 jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 **Počet nově přiznaných *plných invalidních důchodů* v roce 2003 a 2008 (absolutní hodnoty), průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu v letech 2003 až 2008**

kapitola	muži				ženy			
	2003	2008	průměrný absolutní přírůstek	průměrný koeficient růstu	2003	2008	průměrný absolutní přírůstek	průměrný koeficient růstu
I.	118	76	-8	92%	81	55	-5	93%
II.	2291	2 231	-12	99%	2268	2 230	-8	100%
III.	38	27	-2	93%	36	31	-1	97%
IV.	689	523	-33	95%	390	237	-31	91%
V.	1723	1 492	-46	97%	1769	1 464	**-61**	96%
VI.	621	604	-3	99%	502	490	-2	100%
VII.	116	89	-5	95%	116	86	-6	94%
VIII.	37	27	-2	94%	42	26	-3	91%
IX.	3063	1 770	**-259**	90%	728	455	-55	91%
X.	448	308	-28	93%	259	153	-21	90%
XI.	609	465	-29	95%	252	239	-3	99%
XII.	59	49	-2	96%	60	36	-5	90%
XIII.	4174	3 796	-76	98%	3052	2 957	-19	99%
XIV.	143	155	2	102%	116	76	-8	92%
XV.	1	0	0	0%	1	2	0	115%
XVI.	2	0	0	0%	2	0	0	0%
XVII.	51	67	3	106%	54	74	4	107%
XVIII.	3	10	1	127%	6	7	0	103%
XIX.	970	845	-25	97%	318	301	-3	99%
neudáno	217	188	-6	97%	119	139	4	103%
celkem	15373	12 722	-530	96%	10171	9 058	-223	98%

Zdroj: vlastní zpracování

Narozdíl od plných invalidních důchodů, byl u nově přiznaných částečných invalidních důchodů ve sledovaném období 2003 až 2008 zaznamenán jejich průměrný růst. U mužů byl průměrný meziroční růst nově přiznaných částečných invalidních důchodů ve výši 2 % (koeficient růstu 1,02), tj. každý rok bylo mužům nově přiznáváno v průměru o 190 částečných invalidních důchodů více; a u žen docházelo k meziročnímu růstu v průměru o 3 % (koeficient růstu 1,03), tj. průměrný absolutní růst o 377 důchodů ročně.

Podobně jako u plných invalidních důchodů, byl i u částečných invalidních důchodů v letech 2003 až 2008 nejvyšší meziroční pokles u skupiny diagnóz IX. Nemoci oběhové soustavy, a to jak u mužů (průměrný meziroční pokles o 71 nově přiznaných důchodů), tak i u žen (průměrný meziroční pokles o 42 nově přiznaných důchodů). Naopak, nejvyšší průměrný absolutní meziroční růst byl zaznamenán u kapitoly XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, a to v podobné výši u mužů (průměrný růst o 150 nově přiznaných důchodů ročně) i žen (průměrný meziroční růst o 177 důchodů). Počet nově přiznaných částečných invalidních důchodů podle jednotlivých skupin diagnóz v roce 2003 a 2008 a průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu v letech 2003 až 2008 jsou uvedeny v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10 **Počet nově přiznaných *částečných invalidních důchodů* v roce 2003 a 2008 (absolutní hodnoty), průměrný absolutní přírůstek a průměrný koeficient růstu v letech 2003 až 2008**

kapitola	muži				ženy			
	2003	2008	průměrný absolutní přírůstek	průměrný koeficient růstu	2003	2008	průměrný absolutní přírůstek	průměrný koeficient růstu
I.	81	83	0	100%	71	62	-2	97%
II.	532	751	44	107%	811	1 368	111	111%
III.	35	37	0	101%	39	53	3	106%
IV.	533	633	20	103%	481	477	-1	100%
V.	807	980	35	104%	1136	1 594	92	107%
VI.	494	527	7	101%	601	691	18	103%
VII.	145	183	8	105%	147	133	-3	98%
VIII.	166	121	-9	94%	156	150	-1	99%
IX.	2244	1 889	**-71**	97%	854	645	**-42**	95%
X.	325	240	-17	94%	297	292	-1	100%
XI.	473	460	-3	99%	318	377	12	103%
XII.	72	63	-2	97%	99	101	0	100%
XIII.	5151	5 900	**150**	103%	5114	6 001	**177**	103%
XIV.	84	91	1	102%	108	124	3	103%
XV.	2	0	0	0%	1	0	0	0%
XVI.	1	0	0	0%	1	0	0	0%
XVII.	51	83	6	110%	66	86	4	105%
XVIII.	6	5	0	96%	5	5	0	100%
XIX.	884	908	5	101%	301	333	6	102%
neudáno	169	252	17	108%	149	149	0	100%
celkem	12255	13 206	190	102%	10755	12 641	377	103%

Zdroj: vlastní zpracování

6. Sociální dopady invalidity

Přiznání invalidního důchodu s sebou nese poměrně značné změny v životě jeho příjemce a členů jeho rodiny.

V případě plného invalidního důchodu se takováto osoba zpravidla musí vyrovnat s poklesem svých příjmů. Její životní styl se mění. Ztrácí léta vžité návyky spojené s každodenní pracovní činností (ustrojit se a jít do zaměstnání), v závislosti na délce pobírání invalidního důchodu u takovéto osoby nezřídka dochází k přizpůsobení se této situaci, která může postupně vést až ke ztrátě zájmu o dění kolem sebe. Takovýto jedinec je pak ohrožen sociálním vyloučením.

Ještě horší situace nastává v případě, že v rámci přezkumného řízení není jedinec uznán invalidním vůbec nebo dojde k překlasifikování invalidity. Pak se jedinec ocitá na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, pro trh práce bývá většinou neatraktivní a i za zvýšené pozornosti úřadu práce (uložené zákonem o zaměstnanosti) a za pomoci nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti je velmi těžké najít pro takovouto osobu vhodné zaměstnání, které by si udržela alespoň po dobu jednoho roku. Obecně lze konstatovat, že osoby se zdravotním postižením jsou na trhu práce třikrát méně umístitelné než osoby zdravé.

6.1 Invalidita a nezaměstnanost

Obecně bývá zastáván názor, že rostoucí nezaměstnanost má vliv i na vzrůstající počet nově přiznávaných invalidních důchodů (plných a částečných). Nezaměstnaní, kteří nemohou najít nové uplatnění na trhu práce, nebo osoby, které jsou ohroženy ztrátou zaměstnání, se snaží vyřešit své existenční zabezpečení získáním invalidního důchodu.

Souvislost mezi nezaměstnaností a invaliditou se autorky této monografie pokusily ověřit pomocí korelační analýzy. Roční data o průměrném počtu nezaměstnaných osob v tisících byla převzata z Českého statistického úřadu a střední stav nově přiznaných invalidních (plných a částečných) důchodů byl propočítán na základě dat získaných od České správy sociálního zabezpečení, a to vše v krajském rozložení.

Vztah mezi invaliditou a nezaměstnaností ve většině krajů však prokázán nebyl. Výjimku tvořily pouze Jihočeský a Olomoucký kraj (na 1% hladině významnosti[13]). Zatímco Jihočeský kraj vykázal velmi silnou nepřímou lineární závislost mezi invaliditou a nezaměstnaností (korelační koeficient = -0,99), v případě Olomouckého kraje se naopak jednalo o velmi silnou přímou lineární závislost (korelační koeficient = 0,86). Jinými slovy, v případě Jihočeského kraje platilo, že čím vyšší je nezaměstnanost, tím nižší je invalidita, a v případě Olomouckého kraje je invalidita tím vyšší, čím vyšší je nezaměstnanost. Tyto výsledky je ovšem nutno brát obezřetně, neboť bylo vycházeno z relativně malého počtu získaných údajů (v souvislosti s poskytnutými daty od ČSSZ).

[13] hladina významnosti = chyba prvního druhu (tj. přijetí alternativní hypotézy, ačkoliv platí testovaná hypotéza)

Tabulka č. 11 **Síla závislosti mezi nezaměstnaností a invaliditou vyjádřená korelačním koeficientem**

kraj	korelační koeficient
Hlavní město Praha	x
Středočeský	x
Jihočeský	-0,987
Plzeňský	x
Karlovarský	x
Ústecký	x
Liberecký	x
Královéhradecký	x
Pardubický	x
Vysočina	x
Jihomoravský	x
Olomoucký	0,86
Zlínský	x
Moravskoslezský	x
Česká republika	x

Zdroj: vlastní zpracování, statistický software SPSS

7. Léčebná rehabilitace jako nástroj snížení počtu invalidních osob

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 ošetřovatelské 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) 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.

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. Ještě horší situace je v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby. Především v domovech pro seniory odmítají zdravotní pojišťovny léčebnou rehabilitaci těmto zařízením hradit.[14]

V České republice z komplexní rehabilitace je v dostatečném rozsahu upravena pouze rehabilitace pracovní (zákon o zaměstnanosti). Proto řada odborníků usiluje o

[14] Červenková, A., Bruthansová, D., Jeřábková, V.: Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb. Praha: VÚPSV.v.v.i., 2009, s.54

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 disposici. 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. Takovými následky pro pacienta, který by odmítl rehabilitaci, by v odůvodněných případech mohly být zejména finanční sankce. V úvahu by mohlo připadat snížení nemocenského a v případě stanovení invalidity by tato mohla být snížena o jeden stupeň.

8. Francie

8.1 Právní podmínky

Invalidní důchody jsou osobními důchody, jež mohou být přiznávány pouze pojištěncům a nikoli osobám s odvozenými nároky. Jejich cílem je kompenzovat ztrátu příjmu vázanou na omezení pracovní schopnosti, která vyplývá z *„nemoci, úrazu nepracovního charakteru či předčasného opotřebení organismu*".

Pojištěnec Všeobecné soustavy pojištění může požádat o invalidní důchod počínaje okamžikem, kdy mu jeho zdravotní stav znemožňuje získat v zaměstnání mzdu vyšší, než je třetina její obvyklé výše, kterou pobírají zaměstnanci ze shodné pracovní kategorie a ve stejném regionu. Pro přiznání invalidního důchodu se tak kromě celkového zdravotního stavu žadatele posuzují i pracovní a sociální kritéria, jako jsou věk, fyzické a duševní schopnosti, vzdělání a pracovní způsobilost. Například invalidní důchod, který je přiznán nevzdělanému zedníkovi ve věku 50 let trpícímu chronickou lumboischialgií (chronické bolesti v oblasti bederní páteře s vystřelováním do nohou – ischias), nebude přiznán účetnímu trpícímu stejnou nemocí.

Celý proces řízení o přiznání invalidního důchodu se tak vztahuje na splnění dvou základních podmínek, a to zdravotních (posouzení zdravotního stavu pojištěnce) a administrativních. To, zda jsou splněny určité administrativní podmínky, pak určují jednotlivá šetření provedená Národní pokladnou nemocenského pojištění zaměstnanců.

Podle právní úpravy platné do 31. 12. 2009 končila výplata invalidního důchodu dosažením 60. roku života. Poté následovala konverze invalidního důchodu ve starobní, který byl vypočítán v plné výši, z důvodu „neschopnosti práce ze zdravotních důvodů".

Počínaje 1. 1. 2010 ovšem nastala v této oblasti významná změna. **Zákon č. 2009-1646 z 24. prosince 2009 o financování sociálního zabezpečení pro rok 2010 přinesl několik změn legislativy týkající se důchodového pojištění, mj. konverze invalidního důchodu ve starobní. Poskytování invalidního důchodu již není systematicky ukončováno ve věku 60 let. K tomu, aby byl invalidní důchod ukončen, je třeba, aby o to dotyčná osoba výslovně požádala. V opačném případě pokračuje výplata invalidního důchodu až do doby, kdy o to dotyčný pojištěnec požádá, maximálně však do 65 let věku pojištěnce. Toto nové ustanovení umožňuje invalidním pojištěncům, kteří si to přejí, pokračovat v zaměstnání i po dosažení věku 60 let a kumulovat důchod s pracovní činností.**

Invalidní důchody vyplácejí správy nemocenského pojištění zaměstnaným sociálním pojištěncům jako náhradu za ztrátu mzdy vyplývající z alespoň dvoutřetinového snížení jejich schopnosti práce nebo výdělku ze zdravotního důvodu.

Základním právním předpisem upravujícím danou problematiku jsou příslušné články Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení.

Účelem invalidního pojištění je poskytnout pojištěnci důchod jako kompenzaci za ztrátu mzdy, která vyplývá ze snížení jeho pracovní schopnosti. Tento důchod může být tedy přiznán pouze pojištěnci osobně, jeho právní nástupci jsou z něj vyloučeni.

Nejčastěji invalidní důchod následuje po výplatách plnění nemocenské. Přiznává se dočasně „článek L. 341-9 zákoníku sociálního pojištění". V případě, že dojde ke zlepšení práceschopnosti nebo schopnosti výdělku pojištěnce, může za jistých podmínek dojít k jeho zrušení.

Pojem invalidity je globální; přihlíží totiž ke zdravotním kritériím, ale taky ke kritériím profesní a sociální povahy. Právě v tomto smyslu se koncepce invalidity odlišuje od přístupu zvoleného ve věci pracovních úrazů nebo vojenských důchodů. V těchto dvou legislativních úpravách je neschopnost hodnocena podle sazebníků, ovšem ty neexistují v invalidním pojištění.

Původ invalidního stavu může být trojí:

1) Nemoc nebo mimopracovní úraz

Invalidita, která by mohla vést ke vzniku nároku na důchod je hodnocena globálně, aniž by se rozlišovalo mezi nemocí nebo (mimopracovním) úrazem, který způsobil tuto invaliditu, a ostatními faktory pracovní neschopnosti.

2) Pracovní úraz, nemoc z povolání nebo z výkonu vojenské služby

Pokud je příčinou invalidity, která postihne pojištěnce, nemoc nebo postižení odškodňované na základě zákonných úprav o vojenských důchodech nebo o pracovních úrazech, může dotyčný získat invalidní důchod pouze, když ve stavu postižení dojde v důsledku nemoci nebo v důsledku úrazu ke zhoršení, které nelze odškodňovat uplatněním těchto zákonných úprav, a pokud celkový stupeň pracovní neschopnosti nebo schopnosti výdělku je alespoň dvoutřetinový. (Čl. L 371-7 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení a Čl. L 371-4 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení).

Ostatně, v případě, kdy nárok na důchod nebyl přiznán z titulu výše zmíněných zákonných úprav nebo když ke zhoršení nemoci vyplývající z válečných událostí dojde po uplynutí revizních termínů, obvyklých podmínek, může pojištěnec nárokovat přiznání invalidního důchodu za obvyklých podmínek (RICP Čl. 51).

3) Úmyslné zavinění

Čl. L 375-1 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení stanoví, že pro nemoci, poranění nebo postižení vzniklé úmyslným zaviněním pojištěnce nevzniká nárok na žádné peněžité plnění. V případě, že je zdrojem invalidního stavu takové zavinění, nelze pojištěnci přiznat nárok na důchod. Toto pravidlo je potvrzováno ve vnitřních předpisech Caisses primaires (správ sociálního zabezpečení) (čl. 51 §3). Existují z něj však výjimky jako např. pokus o sebevraždu. Judikatura totiž připouští, že pokus o sebevraždu vyplývá z chorobného stavu mařícího vůli; v tomto případě pojem zavinění zaniká stejně jako při účasti ve rvačce, jestliže není prokázáno úmyslné zavinění.

Aby pojištěnec mohl získat invalidní důchod, musí mu být méně než 60 let (čl. L 341-15 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení). Po dosažení tohoto věku je invalidní důchod nahrazen starobním důchodem vypláceným v případě pracovní neschopnosti, s výjimkou postižených vykonávajících ve věku 60 let nějakou činnost, kteří mají možnost se proti tomuto nahrazení ohradit (čl. L 341-16 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení).

Nezbytnou podmínkou přiznání invalidního důchodu je, že pojištěnec musí vykazovat snížení pracovní nebo výdělečné schopnosti alespoň o dvě třetiny, tj. postižení způsobuje, že není ve stavu zaopatřit si v jakékoliv profesi mzdu vyšší, než je třetina normální odměny v zaměstnání, které vykonával předtím.

Řízení o invaliditě zpravidla iniciuje správa nemocenského pojištění, také pojištěnec může sám podat žádost o invalidní důchod. Lhůta pro rozhodnutí o nároku na invalidní důchod je dvouměsíční.

Oproti pracovním úrazům nebo vojenským důchodům, které mají pro takové případy sazebník, hodnotí invaliditu případ od případu lékař konziliář. Ve svém hodnocení bere v úvahu nejen snížení pracovní schopnosti, ale rovněž celkový stav, věk a fyzické a duševní vlohy pojištěnce, stejně jako jeho odborné vzdělání. Pro jeho hodnocení jsou prvořadá profesionální a sociální kritéria. Nezbytnou podmínkou, aby pojištěnec byl prohlášen za invalidního, je absence možnosti obstarat si *v jakékoliv profesi mzdu vyšší, než je třetina normální odměny za práci pobírané ve stejném regionu, kde dotyčný sídlí, pracovníky stejné kategorie v profesi, kterou vykonával přede dnem, kdy došlo k přerušení práce* (viz články L 341-1, R 341-2 a L 341-3 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení).

Invalidní stav se hodnotí buď po zhojení poranění v případě úrazu, který se neřídí legislativou o pracovních úrazech, nebo nejpozději po uplynutí tříletého období, kdy pojištěnec pobíral dávky z titulu nemocenského pojištění. Před uplynutím této lhůty je možné toto hodnocení v případě, že se zdravotní stav nemocného stabilizuje a nelze jej již prostřednictvím aktivní léčby dále zlepšit. Invalidní stav je hodnocen i v době, kdy je zjištěn lékařský nález invalidity vyplývající z předčasného opotřebení organismu, v takovémto případě mohou být dávky přiznány okamžitě, aniž bylo předtím vypláceno nemocenské.

Nárok na invalidní důchod se předkládá k vyjádření lékaři konziliáři (lékařskému radovi) nemocenské pojišťovny. Diagnózy chorob, které jsou původcem invalidního stavu, zapisuje do databází zdravotní služby (Service Médical) lékař konziliář, který nemocného vyšetřuje. Ve Francii se stejně jako v České republice k tomuto účelu používá Mezinárodní klasifikace nemocí, a to její X. decenální revize.

Lékař konziliář zařadí invalidy do jedné ze tří kategorií, které stanoví právní předpis. Toto zařazení určuje výši důchodu. Tři kategorie invalidity stanovené článkem L 341-4 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení jsou následující:

- Kategorie I: invalidé *schopní vykonávat odměňovanou činnost.* Jejich důchod se rovná 30 % jejich průměrné roční mzdy odpovídající příspěvkům vypláceným v průběhu deseti kalendářních let pojištění, ke kterým přihlédnout je pro pojištěnce nejvýhodnější. Nicméně jestliže pojištěnec nenačítá deset let pojištění, důchod se rovná 30 procentům průměrné roční mzdy odpovídající příspěvkům vypláceným v průběhu let pojištění, které od registrace splnil.
- Kategorie II: invalidé *naprosto neschopni vykonávat jakoukoliv profesi.* Jejich penze se rovná 50 % jejich průměrné roční mzdy za deset nejlepších kalendářních let zaměstnaneckého poměru.
- Kategorie III: invalidé, kteří jsou *naprosto neschopni vykonávat jakoukoliv profesi a nadto musí spoléhat na asistenci třetí osoby k tomu, aby mohli vykonávat obyčejné úkony života* (např. vstát, obléci se, chodit, jíst, provést osobní hygienu…). Jejich penze se rovná důchodu invalidů ve druhé kategorii s navýšením o paušální částku (tzv. zvýšení pro třetí osobu). Toto navýšení nesmí být nižší než je roční minimum stanovené nařízením, na které se vztahují koeficienty valorizace důchodu.

Zaměstnaní pojištěnci, kteří již pro určitou chorobu pobírají dávky z titulu právních předpisů týkající se pracovních úrazů, vojenských důchodů nebo invalidních

důchodů vyplácených v jiném režimu sociálního zabezpečení, nemohou za totéž onemocnění uplatňovat nárok na pobírání invalidního důchodu ze všeobecného režimu. To však neplatí v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, pokud odškodnění není možné z titulu, pro který jim byly dávky přiznány, nebo když vykazují nějaké nové onemocnění. Podmínkou však je, že se všemi ostatními onemocněními dohromady bude stupeň pracovní nebo výdělečné neschopnosti vyšší než dvě třetiny.

Aby invalidní zaměstnanec mohl pobírat důchod, musí splňovat některé administrativní podmínky. První podmínkou je, že je registrován v sociálním zabezpečení alespoň dvanáct měsíců před prvním dnem měsíce, v jehož průběhu došlo k přerušení práce s následnou invaliditou, nebo k lékařskému nálezu invalidity vyplývající z předčasného opotřebení organismu. Druhou podmínkou je, že v průběhu předchozích dvanácti měsíců (období nezaměstnanosti jsou podobná námezdné práci) může prokázat alespoň 800 hodin závislé pracovní činnosti. Nicméně, lékař konziliář se vyjadřuje k lékařskému hodnocení stupně invalidity, a to nezávisle na administrativní analýze žádosti pojištěnce. V některých případech, navzdory příznivému vyjádření lékaře konziliáře, se může stát, že invalidní důchod udělen nebude.

V takovém případě má pojištěnec možnost se v této věci odvolat proti rozhodnutí lékaře konziliáře. Příslušný je soud pro sporné případy pracovní neschopnosti (TCI = Tribunal du Contentieux de l´Incapacité), jestliže se spor týká hodnocení stupně invalidity anebo u lékařského znalce, a to v podobách stanovených článkem L 141-1 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení, pokud se spor týká hodnocení stabilizovaného rázu zdravotního stavu nemocného.

Invalidita ve Francii podléhá přezkoušení. Jestliže se při něm zjistí, že postižený musí být zařazen do jiné kategorie, než byl zařazen v předchozím období, určí správa sociálního zabezpečení tuto novou kategorii a doporučeným dopisem s doručenkou o tom uvědomí dotyčného pojištěnce. Když se zjistí, že výdělečné schopnosti pojištěnce pobírajícího důchod jsou vyšší než 50%, správa sociálního zabezpečení buď s okamžitou platností nebo od data uvedeného ve svém rozhodnutí důchod pozastaví nebo zruší a o svém rozhodnutí uvědomí pojištěnce doporučeným dopisem s doručenkou.

Jestliže byla žádost o důchod zamítnuta nebo když byl předešlý přiznaný důchod zrušen, může pojištěnec podat novou žádost o důchod ve lhůtě dvanácti měsíců po zamítnutí předchozí žádosti nebo po datu zrušení předtím přiznaného důchodu.

V takovém případě je stav postižení hodnocen k datu nové žádosti nebo v okamžiku zhoršení nemoci, pokud k takovému zhoršení dojde v průběhu lhůty dvanácti měsíců (čl. L 341-8 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení). Ve správním postupu se práva dotyčného nezkoumají, jelikož požadované podmínky musely být vyhodnoceny ke dni přerušení práce. (čl. R 313-5 Sbírky zákonů o sociálním zabezpečení).

Právní předpisy nepředpokládají pobírání invalidního důchodu v případech, kdy se předem existující zdravotní stav od začátku závislé pracovní činnosti nezhoršil. Počínaje zákonem z roku 1975 tito pacienti spadají pod Technické komise profesní orientace a rekvalifikace (COTOREP), což jsou komise schopné udělit jim specifickou pomoc, která jim zaručí minimální příjem (Allocation aux Adultes Handicapés: AAH = podpora handicapovaným dospělým). Toto plnění, které je v kompetenci státu, vyplácejí pokladny rodinných přídavků. Naproti tomu invalidní důchod je však vyplácen, jestliže se zdravotní stav osoby od začátku závislé činnosti zhorší nebo jestliže jí vznikne nějaké nové onemocnění. Nezbytnou podmínkou pro nárok na

invalidní důchod však je, že se všemi onemocněními dohromady dojde ke snížení její výdělečné schopnosti alespoň o dvě třetiny.

8.2 Zdravotní příčiny invalidity v roce 2006

Ve všech zemích OECD vykazují veřejné výdaje „invalidních soustav" rostoucí podíl na HDP[15]. Nejinak je tomu i ve Francii, kde se v roce 2006 zvýšila částka vyplacených invalidních důchodů přibližně 580 tisícům invalidů na 4 miliardy eur, tedy částku blížící se výdajům spojeným s pracovní neschopností (5,2 miliardy eur v roce 2006). Aby bylo možno zajistit finanční rovnováhu účtů sociálního zabezpečení, bylo potřeba získat informace o dynamice výdajů na tento systém. První studie v této věci byla publikována v roce 2001 Národní pokladnou nemocenského pojištění zaměstnanců CNAMTS a týkala se zdravotních příčin invalidních důchodů přiznaných v roce 1998[16]. Další studie měla za cíl aktualizovat získané informace zdravotně-administrativní povahy a porovnat situaci v roce 2006 se situací zjištěnou v roce 1998.

Studie vycházela z právního vymezení invalidity (viz výše). Invalidé v ní byli zařazeni do tří kategorií podle zdravotního stavu a pracovní schopnosti, přičemž toto zařazení definovalo úroveň jejich finančního zabezpečení. Invalidé první kategorie (osoby schopné vykonávat výdělečnou činnost) tvořili v roce 2006 28 % z celkového počtu invalidních osob. Hlavní skupinu pak tvořili invalidé druhé kategorie (osoby neschopné výkonu jakékoliv pracovní činnosti), jejichž podíl tvořil 71 % z celkového počtu invalidních osob, a poslední třetí kategorii (osoby neschopné výkonu jakékoliv pracovní činnosti) tvořilo pouhé 1 % invalidů.

Nejčastěji docházelo k poskytování invalidního důchodu z důvodu pokračování dlouhodobé pracovní neschopnosti, kdy posudkový lékař pokladny na základě lékařského vyšetření uznal, že zdravotní stav zaměstnance je stabilizovaný a neumožňuje mu znovu začít vykonávat pracovní činnost (viz výše).

V roce 2006 vyplatila Všeobecná soustava zaměstnanců soukromého sektoru[17] nemocenské dávky 4,5 milionům zaměstnanců. Pro 770 000 z nich byla pracovní neschopnost delší než 60 dní a 74 298 z nich byl přiznán invalidní důchod, což je v poměru k aktivní populaci[18] podíl 3,7 promile.

V zemích OECD pak byl tento poměr na začátku prvního desetiletí 21. století průměrně 6:1000, avšak s poměrně různorodými definicemi v jednotlivých zemích, obecně méně restriktivními než definice, která se bere v úvahu v oblasti sociálního zabezpečení[19].

Jak již bylo uvedeno výše, největší počet přiznaných invalidních důchodů spadal do druhé kategorie, jejichž podíl tvořil v roce 2006 71 % z celkového počtu 74 298

[15] Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2003.

[16] Caisse Nationale d´Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). 2001.

[17] Mimo státních úředníků, zaměstnanců spadajících pod místní a územní správní celky (zaměstnanci obcí, ...) nebo jiné soustavy sociálního zabezpečení (především vzájemnou zemědělskou sociální pojišťovnu).

[18] Její počet byl k 1. lednu 2006 odhadován na základě databází nemocenského pojištění na 19,9 milionů osob.

[19] Ve Francii byl proud přechodů do invalidity odhadován na 4,8 promile, avšak do toho byly zahrnuty i jiné dávky a především dávky vztahující se k pracovním úrazům a nemocem z povolání [Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2006].

přiznaných invalidních důchodů[20] (graf č. 13, tabulka č. 12). Tento podíl je v čase prakticky neměnný (v roce 1998 tvořily invalidní důchody druhé kategorie 69 % všech přiznaných invalidních důchodů).

To platí i pro vývoj podílů invalidních důchodů třetí kategorie, jejichž absolutní počet byl v roce 2006 946 (1,3 % z celkového počtu 74 298 přiznaných invalidních důchodů) a v roce 1998 724 (1,4 % z celkového počtu 50 993 přiznaných invalidních důchodů).

Jiný vývojový trend ovšem nastává ve věkovém složení osob, jimž byl nově přiznán invalidní důchod. Zatímco v roce 1998 byla za všechny kategorie invalidních důchodů dohromady nejvíce zastoupena věková skupina 50 až 59 let, a to 55 % z celkového počtu všech nově přiznaných invalidních důchodů, v roce 2006 tvořil podíl této věkové skupiny již 62 % (tj. průměrný meziroční růst o 6,5 %). Oproti tomu podíl věkové skupiny 40 až 49 let se snížil, a to o 4 procentní body (v roce 1998 bylo přiznáno 31 % invalidních důchodů z celkového počtu 50 993 invalidních důchodů osobám ve věku 40 až 49 let, v roce 2006 pak 27 % invalidních důchodů z celkového počtu 74 298 invalidních důchodů).

Ke změně dochází i z hlediska pohlavní struktury. V roce 1998 tvořil podíl mužů na celkovém počtu 50 993 přiznaných invalidních důchodů 58 % a podíl žen z tohoto celkového počtu 42 %. Oproti tomu v roce 2006 tvořil podíl žen již 51 % z celkového počtu 74 298 přiznaných invalidních důchodů (podíl mužů byl ve výši 49 %).

Celkově lze tedy konstatovat, že zatímco rozdělení invalidity podle jednotlivých kategorií se v roce 2006 oproti roku 1998 lišilo poměrně málo, skladba věku a pohlaví se změnila výrazněji: populace „nových" invalidů byla v roce 2006 starší a s větším zastoupením žen než v roce 1998. Vysvětlení tohoto jevu lze spatřovat ve spojení demografických, epidemiologických a sociálních faktorů, neboť především v letech 1998 až 2006 se ve Francii změnila věková struktura obyvatelstva. To potvrzuje i Účetní komise sociálního zabezpečení, která odhadovala, že vývoj výdajů na invaliditu v letech 1990 až 2004 lze vysvětlit právě vývojem věkové struktury obyvatelstva, a to ze dvou třetin[21]. Pro období 1996 až 2006 byl však tento odhad již ve výši 42 %[22], a to z důvodu existence i jiných vlivů. Toto zjištění se mimo jiné velmi podobalo i odhadům, jež vycházely z oblasti pracovní neschopnosti v letech 1997 až 2002. V tomto případě vysvětloval faktor stárnutí aktivního obyvatelstva nárůst počtu vyplacených nemocenských dávek z 50 %[23].

Na základě zjištěných poznatků, kdy k poskytování invalidního důchodu docházelo nejčastěji z důvodu pokračování dlouhodobé pracovní neschopnosti, byly invalidní důchody přiznávány zejména ve věkové kategorii 50 až 59 let. Proč se nejčastěji využíval institut invalidity právě v této věkové kategorii, se snažila vysvětlit výše citovaná publikace. Posudkoví lékaři mohli „urychlovat" přechod osob

[20] Pro zjednodušení hovoříme v tomto dokumentu o „přiznaných důchodech". Ve skutečnosti se údaje medicínské povahy, kterými disponuje nemocenské pojištění, týkají pojištěnců, u kterých posudkový lékař vyjádřil k poskytování důchodu souhlasné stanovisko. Avšak v určitých případech se v rámci administrativního šetření prokáže, že administrativní podmínky pro poskytnutí důchodu nejsou splněny. To byl případ 4,3 % zaměstnanců, kteří byli v posledních pěti letech lékařskou kontrolní službou uznáni invalidními. V roce 2006 činí tento rozdíl 3,9 % a celkově byl po prošetření administrativních podmínek pro poskytnutí důchodu přiznán invalidní důchod 71 385 zaměstnancům, avšak lékařskou kontrolní službou jich bylo uznáno invalidními 74 298.

[21] Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2006.

[22] Spočívalo to v aplikaci podílů přechodu do invalidity podle věkové třídy z r. 1998 na věkovou strukturu obyvatelstva z r. 2006.

[23] Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D. CNAMTS.2006

v dlouhodobé pracovní neschopnosti do invalidity, a to na základě doporučení zprávy z roku 2003[24], jež byla vypracovaná Generální inspekcí sociálních věcí (IGAS) a Generální inspekcí financí (IGF). V roce 2004 a 2005, kdy došlo ke značnému nárůstu počtu přechodů do invalidity, se pak zvýšily kontroly pracovních neschopností[25]. Při následné analýze časových rozvrhů přechodu do invalidity v regionu Ile de France[26] Vrchní radou pro budoucnost nemocenského pojištění (HCAAM) bylo zjištěno, že procento přiznaných invalidních důchodů v době kratší než dva roky od začátku pracovní neschopnosti se zvýšilo ze 44 % v roce 2002 na 57 % v roce 2007. Na celém území Francie se pak podíl invalidních důchodů přiznaných na konci maximální doby trvání pracovní neschopnosti (tj. 3 roky) posunul z 29 % v roce 2001 na 21 % v roce 2005.

K nárůstu počtu přechodů do invalidity mohly přispět i jiné faktory jako například revize podmínek přístupu do různých veřejných programů předčasných důchodů[27]. Mezi roky 1996 a 2005 se počet osob nově využívajících těchto programů snížil na čtvrtinu, přičemž v roce 2005 dosáhl hodnoty 26 686[28]. Je tedy možné, že invalidní důchody tak nahradily část těchto programů. Možné vysvětlení spočívá i ve zvýšení psychických a fyzických poruch u určitých pracovních kategorií, neboť i přes skutečnost, že v současné době je ve Francii počet pracovních hodin v týdnu nižší a omezuje se i tzv. monotónní práce, dochází u zaměstnanců obecně k celkovému zvýšení pracovní zátěže. Právě ženy, jimž byl přiznán invalidní důchod v roce 2006 v mnohem větší míře než v roce 1998, jsou více než muži vystaveny depresivním poruchám, a to v souvislosti se zaměstnáním, které je klasifikované jako namáhavé (po stránce fyzické nebo duševní).[29]

V neposlední řadě vývoj počtu osob (resp. pacientů), kterým byla přiznána invalidita mezi lety 1998 a 2006, odráží i vývoj dlouhodobých onemocnění (ALD_{30})[30] v oblasti epidemiologie, která zakládají nárok na osvobození od tzv. ticket modérateur. V letech 1998 až 2006 tak docházelo k pravidelnému zvyšování četností kardiovaskulárních onemocnění (průměrný meziroční růst o +3,2 % nově přiznaných invalidních důchodů) a nádorů (průměrný meziroční růst o +5,5 %)[31,32].

[24] Gissler E, Roquel T, Lejeune D, Mercereau F. IGAS 2003.

[25] Posílení kontrolní politiky se datuje od dubna 2003 a ještě se zvýšilo v letech 2004 a 2005 se zavedením systematické kontroly pracovních neschopností v 60 dnech neschopnosti v červnu 2005.

[26] Note et avis du HCAAM, février 2008

[27] Zvláštní přídavek Národního fondu zaměstnanosti (ASFNE), progresivní předčasný důchod a přídavek na náhradu za zaměstnání (ARPE).

[28] Direction de l´Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES). 2006.

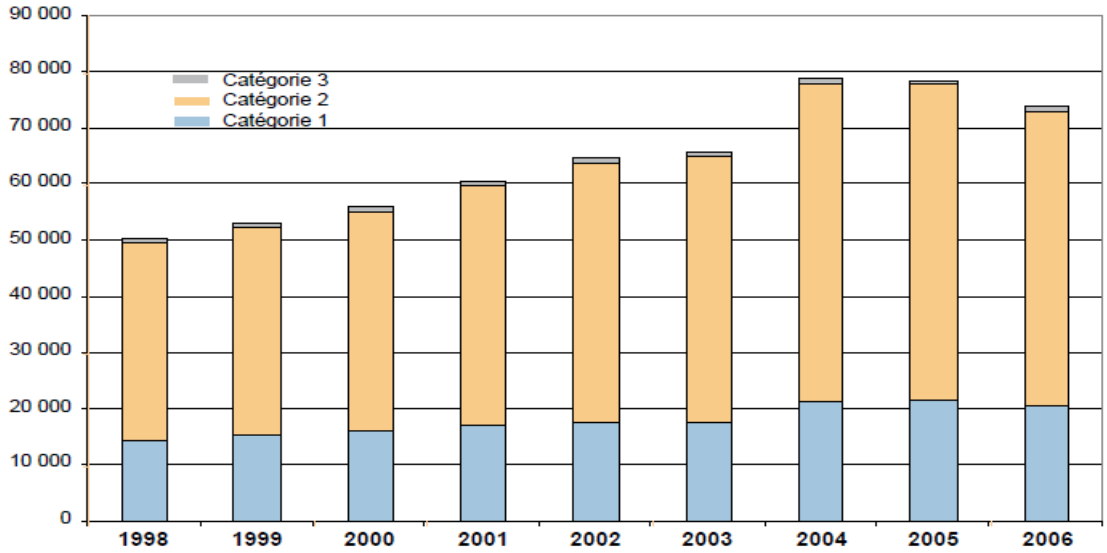
[29] Debrand T, Lengagne P.IRDES.2007.

[30] ALD_{30} je seznam 30 dlouhodobých onemocnění, která zakládají nárok na osvobození od „ticket modérateur", což je část výdajů za zdravotní péči, kterou hradí pacient.

[31] Paita M, Weill A. CNAMTS. 2007.

[32] Weill A, Vallier N, Salanave B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C, Ricordeau P, Allemand H. 2006.

Graf č. 13 **Počet zaměstnanců uznaných lékařskou kontrolní službou invalidními v letech 1998 až 2006**



Zdroj: Applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

Tabulka č. 12 **Počet zaměstnanců uznaných lékařskou kontrolní službou invalidními podle pohlaví, věku a kategorie invalidity v roce 1998 a 2006***

	kategorie I		**kategorie II**		**kategorie III**		**celkem**	
muži	**1998**	**2006**	**1998**	**2006**	**1998**	**2006**	**1998**	**2006**
do 30 let	244	262	484	555	46	44	774	861
30 - 39 let	1100	1006	1840	1923	89	94	3029	3023
40 - 49 let	2579	2775	5764	6094	151	157	8494	9026
50 - 59 let	3294	4252	13555	19103	217	332	17066	23687
muži celkem	**7217**	**8295**	**21643**	**27675**	**503**	**627**	**29363**	**36597**
ženy								
do 30 let	222	279	258	320	12	13	492	612
30 - 39 let	1235	1711	1518	1979	43	42	2796	3732
40 - 49 let	2948	4307	4167	6361	68	107	7183	10775
50 - 59 let	2991	6166	7582	16026	98	157	10671	22349
ženy celkem	**7396**	**12463**	**13525**	**24686**	**221**	**319**	**21142**	**37468**
muži a ženy celkem								
do 30 let	466	541	742	875	58	57	1266	1473
30 - 39 let	2335	2717	3358	3902	132	136	5825	6755
40 - 49 let	5527	7082	9931	12455	219	264	15677	19801
50 - 59 let	6285	10418	21137	35129	315	489	27737	46036
celkem	**14613**	**20758**	**35168**	**52361**	**724**	**946**	**50505**	**74065**

** z technických důvodů nebyly v roce 2006 do informačních systémů zaznamenány věk a/nebo kategorie invalidity za 233 nových důchodců ze 74 298 (0,3%); v roce 1998 se tyto chybějící údaje týkaly 488 osob z 50 993 (1,0 %)*

Zdroj: Applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS

8.3 Nejčastější příčiny invalidity

V roce 2006 představovaly hlavní příčinu nově vzniklých invalidit následující tři skupiny nemocí:

- Poruchy duševní a poruchy chování (skupina diagnóz V.), které se podílely na celkovém počtu přiznaných invalidních důchodů 28,1 %,
- Nemoci svalové a kosterní soustavy (skupina diagnóz XIII.), jejichž podíl tvořil 23,8 % a
- Novotvary (skupina diagnóz II.) s podílem 13,2 %.

Tyto tři skupiny diagnóz se tak dohromady podílely 65,1 % na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů (tabulka č. 13). Podobně tomu bylo i v roce 1998. Podíl skupiny diagnóz V. byl ve výši 26,7 %, skupiny XIII. 20,2 % a skupiny II. 12,5 %. Podíl přechodů do invalidity ve vztahu k aktivní populaci tvořil v roce 2006 u Nemocí svalové a kosterní soustavy 0,9 promile a u Poruch duševních a poruch chování 1,0 promile. Převaha těchto onemocnění však není vlastní pouze Francii. V celé „zóně" OECD se duševní poruchy a nemoci pohybového aparátu staly dvěma hlavními problémy veřejného zdraví, které jsou příčinou přiznání invalidních dávek[33]. Možná vysvětlení tohoto jevu se velmi často vztahují k oblasti trhu práce, neboť stále nové, složitější a naléhavější požadavky pracovního procesu obecně mohou vyvolat duševní poruchy u většího počtu osob.

Ve Francii představovaly v roce 2006 mezi duševními onemocněními první příčinu přechodu do invalidity depresivní, reaktivní a neurotické poruchy: 12 902 osob, tj. 17,4 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů; oproti tomu v roce 1998 tento podíl byl ve výši 13,1 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů (tzn. v letech 1998, až 2006 došlo k průměrnému meziročnímu růstu o 8,6 %). Mezi nemocemi svalové a kosterní soustavy pak byly v popředí nemoci páteře a plotének: 7 540 osob, tj. 10,1 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů, v roce 1998 tento podíl tvořil 8,9 % (průměrný meziroční růst v letech 1998 až 2006 ve výši 6,6 %). Novotvary se v roce 2006 týkaly 9 791 osob, tj. 13,2 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů, přičemž samotná rakovina prsu byla příčinou 3 231 přechodů do invalidity (v roce 1998 u 1 590 osob). V letech 1998 až 2006 tak došlo k průměrnému meziročnímu růstu v počtu nově přiznaných invalidit na základě rakoviny prsu o 9,3 %. Rakovina horních aerodigestivních cest, bronchopulmonální rakovina a rakovina trachey[34], podporované tabakismem, byly v roce 2006 příčinou 1 756 přechodů do invalidity, přičemž v roce 1998 byl tento počet ve výši 1 639 (v letech 1998 až 2006 došlo k průměrnému meziročnímu růstu o 0,9 %).

Výskyt některých onemocnění byl však v roce 2006 ve srovnání s rokem 1998 nižší. Například Ischemické kardiopatie se v roce 2006 staly příčinou přechodu do invalidity u 3 151 osob (tj. 4,2 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů), přičemž v roce 1998 byl tento počet ve výši 2 509 osob (tj. 4,9 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů). Rovněž došlo k poklesu infekčních a parazitárních onemocnění, která byla v roce 2006 příčinou 1 145 přechodů do invalidity (tj. 1,5 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů), a to o 0,9 procentních bodů (rok 1998 2,4 %). Nejcitelnější pokles byl pak

[33] Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2003.

[34] Dotyčnými lokalizacemi jsou rakovina rtu, ústní dutiny a hltanu, rakovina hrtanu a bronchopulmonální rakovina a rakovina trachey.

zaznamenán u infekce HIV. V roce 1998 byl přiznán invalidní důchod na základě tohoto onemocnění 897 osobám, nicméně v roce 2006 se tento počet snížil na 514 osob (v letech 1998 až 2006 došlo k průměrnému meziročnímu poklesu o 6,7 %).

Tabulka č. 13 **Příčiny invalidity za všechny kategorie invalidit dohromady (absolutní hodnoty); průměrný věk osob, jimž byl přiznán invalidní důchod, a poměr mužů a žen v rámci jednotlivých diagnóz v roce 1998 a 2006**

příčiny invalidity		1998			2006		
		N	průměrný věk	poměr muži/ženy	N	průměrný věk	poměr muži/ženy
některé infekční a parazitární nemoci		**1 249**	**43**	**2,9**	**1 145**	**47,1**	**2,1**
z toho:	virová hepatitida	156	47	1,3	396	48,2	1,9
	infekce HIV	897	40,9	4	514	45,4	3,1
novotvary		**6 397**	**50**	**1,1**	**9 791**	**51,3**	**0,7**
z toho:	karcinomy rtu, ústní dutiny a hltanu	821	50,8	10,6	811	52,5	5,9
	karcinomy hrtanu	285	51,5	18	265	52,5	13,7
	karcinomy jícnu	120	52	14	124	53,7	11,4
	karcinomy žaludku	120	50,3	3,1	137	51,3	2
	kolorektální karcinomy	497	52	1,6	805	52,8	1,2
	bronchopulmonální karcinomy a karcinomy průdušnice	533	52,1	5,3	680	53,2	2,9
	karcinomy prsu	1 590	49,9	0	3 231	51,1	0
	jiné gynekologické karcinomy	294	49,9	0	486	51,2	0
	karcinomy prostaty	94	56,3	-	261	56,3	-
	karcinomy močového měchýře	134	53,6	9,3	166	54,2	7,3
	karcinomy mozku a centrální nervové soustavy	201	43,5	1,4	247	45,7	1,5
	karcinomy štítné žlázy	78	48,2	0,4	139	49,3	0,2
	leukémie	209	47,7	2,2	300	49	0,9
	hodgkinova choroba	88	43,3	1,8	86	45,3	1,4
	nehodgkinské lymfomy	237	49	1,7	345	50,9	1,5
nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek		**2 336**	**50,9**	**2,1**	**2 760**	**51,6**	**1,5**
z toho:	diabetes	1 897	51,5	2,4	2 183	52,3	2
	obezita	234	48,7	0,9	282	50,7	0,7
poruchy duševní a poruchy chování		**13 591**	**46,7**	**0,8**	**20 850**	**48,2**	**0,7**
z toho:	schizofrenie a delirické poruchy	2 135	40,4	1,6	2 113	40,5	1,7
	maniodepresivní psychózy	848	46,8	0,9	1 298	47,6	0,6
	deprese, neurózy, reaktivní poruchy	6 661	49,1	0,5	12 902	50,1	0,5
	poruchy osobnosti	2 495	45,9	1	2 695	45,7	0,9
nemoci nervové soustavy		**3 879**	**45,9**	**1,5**	**5 171**	**46,7**	**1,1**
z toho:	roztroušená skleróza	900	43	0,6	1 309	43,9	0,4
	hemiplegie	712	48,7	2,7	679	48,9	1,9
	paraplegie a tetraplegie	252	31,1	3,1	343	41,7	2,5
nemoci oběhové soustavy		**6 712**	**51,5**	**4,2**	**8 651**	**52,2**	**3,3**
z toho:	ischemické kardiopatie	2 509	52,4	8,7	3 151	53	6,5
	cévní mozkové příhody	810	49,4	2,4	1 590	50,3	1,7

	ateritidy dolních končetin	656	52,3	19,5	648	53,1	8,5
nemoci dýchací soustavy		**1 517**	**51,1**	**2,6**	**1 389**	**52**	**1,7**
nemoci trávicí soustavy		**1 409**	**48,3**	**2,2**	**1 690**	**49,2**	**1,6**
z toho:	Crohnova choroba a ulcerózní kolitida	245	42,5	0,8	421	44,6	0,7
	cirhózy a alkoholové patologie jater	808	49,5	3,6	707	50,8	3,6
nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně		**10 309**	**50,4**	**1,1**	**17 673**	**51,3**	**0,8**
z toho:	revmatoidní polyartritidy a jiné	819	48,7	0,5	1 209	49,9	0,4
	artrózy (všechny lokalizace kromě páteře)	2 408	53,3	1,2	3 640	53,9	0,7
	spondylartritidy	309	46,2	1,7	589	46,7	1
	nemoci páteře a plotének	4 525	50	1,3	7 540	51	1

Zdroj: Applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

Stejně jako v roce 1998, i v roce 2006 představovaly hlavní příčinu přechodu do invalidity první kategorie Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jejichž podíl na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů v první kategorii tvořil 30,3 % (tabulka č. 14). Poruchy duševní a poruchy chování se umístily na druhém místě s podílem ve výši 24,1 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů v kategorii 1.

Pokud jde o invaliditu druhé kategorie, skladba nemocí byla velmi podobná jako u první kategorie, nicméně v jiném pořadí. Nejvíce invalidních důchodů zde bylo přiznáno na základě Poruch duševních a poruch chování (30,0 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů v kategorii 2) a na druhém místě se umístily Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (21,6 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů v kategorii 2).

Naproti tomu onemocnění, která byla příčinou přechodů do invalidity třetí kategorie, byla od první a druhé kategorie invalidity co do skupin nemocí rozdílná. Nemoci nervové soustavy (roztroušená skleróza, hemiplegie, para- a kvadruplegie) představovaly v roce 2006 42,9 % všech nově přiznaných invalidních důchodů v kategorii 3 a v případě, kdyby se k nim připojily i neurologické následky mozkových cévních příhod (součástí nemocí oběhové soustavy), by byl tento podíl ve výši 57,8 % (546 osob). Rovněž Novotvary byly ve třetí kategorii zastoupeny více než u invalidity první a druhé kategorie (18,3 % z celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů v kategorii 3).

Tabulka č. 14 **Počet nově přiznaných invalidních důchodů v jednotlivých kategoriích podle skupin diagnóz MKN 10 v roce 2006 (N - absolutní hodnoty, % - relativní vyjádření)**

skupiny diagnóz	kategorie 1		kategorie 2		kategorie 3		celkem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
některé infekční a parazitární nemoci	346	1,7%	787	1,5%	9	1,0%	1 142	1,5%
novotvary	2 478	11,9%	7 120	13,6%	173	18,3%	9 771	13,2%
nemoci endokrinní, výživy a př. látek	645	3,1%	2 080	4,0%	14	1,5%	2 739	3,7%
poruchy duševní a poruchy chování	5 010	24,1%	15 692	30,0%	76	8,0%	20 778	28,1%
nemoci nervové soustavy	1 458	7,0%	3 295	6,3%	406	42,9%	5 159	7,0%
nemoci oběhové soustavy	2 008	9,7%	6 461	12,3%	164	17,3%	8 633	11,7%
nemoci dýchací soustavy	276	1,3%	1 097	2,1%	2	0,2%	1 375	1,9%
nemoci trávicí soustavy	452	2,2%	1 227	2,3%	7	0,7%	1 686	2,3%
nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	6 298	30,3%	11 320	21,6%	11	1,2%	17 629	23,8%
poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	805	3,9%	1 405	2,7%	52	5,5%	2 262	3,1%
ostatní	982	4,7%	1 877	3,6%	32	3,4%	2 891	3,9%
celkem	20 758	100,0%	52 361	100,0%	946	100,0%	74 065	100,0%

** z technických důvodů nebyly v roce 2006 do informačních systémů oznámeny věk a/nebo kategorie invalidity za 233 nových důchodců ze 74 298 (0,3%); v roce 1998 se tyto chybějící údaje týkaly 488 osob z 50 993 (1,0 %)*

Zdroj: Applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

8.4 Vliv dlouhodobých onemocnění na vznik invalidity

Problematika vlivu dlouhodobých onemocnění na vznik invalidity je předmětem společné studie Institutu pro výzkum a dokumentaci v ekonomii zdravotnictví (IRDES) a Národního institutu demografických studií (INED).

Tato studie vznikla na základě propojení dat o invaliditě z roku 2006 a dat o nástupu dlouhodobých onemocnění ALD_{30}. Cílem je s odstupem času stanovit, která onemocnění nejčastěji způsobují invaliditu a která věková kategorie osob se stane potenciálním příjemcem invalidního důchodu.

Bylo zjištěno, že u pojištěných osob mladších 60 let, kteří trpí více než 10 let roztroušenou sklerózou, vznikne přechod do invalidity u 23,4 % z nich. U pacientů s cévní mozkovou příhodou činí tento podíl 21,9 % a u osob s koronární nemocí 15,1 %. U infekcí HIV (AIDS) je tento podíl pouze ve výši 3,6 %, což je způsobeno příznivými výsledky dosaženými při léčbě. Podíly ostatních onemocnění, která způsobují invaliditu po 3 či 10 letech od vzniku nemoci, jsou uvedeny v tabulce č. 16.

V této studii se rovněž prokázalo, že riziko vyloučení z trhu práce (nezaměstnanost, invalidita) pro ekonomicky aktivní osobu, která trpí v daný den dlouhodobým onemocněním (ALD_{30}), se po čtyřech letech až zečtyřnásobuje.

Tabulka č. 15 **Počet nově přiznaných invalidních důchodů osobám ve věku 50-59 let v členění podle pohlaví a skupin diagnóz MKN 10 v roce 2006 (N - absolutní hodnoty, % - relativní vyjádření)**

skupiny diagnóz	ženy		muži		celkem	
	N	%	N	%	N	%
některé infekční a parazitární nemoci	167	0,7%	290	1,2%	457	1,0%
novotvary	3 825	17,0%	2 925	12,3%	6 750	14,6%
(z toho karcinomy prsu)	(3 222)	(14,3%)	-	-	(3 222)	(7%)
nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	737	3,3%	1 269	5,4%	2 006	4,3%
poruchy duševní a poruchy chování	6 794	30,2%	4 222	17,8%	11 016	23,9%
nemoci nervové soustavy	989	4,4%	1 411	6,0%	2 400	5,2%
nemoci oběhové soustavy	1 331	5,9%	5 193	21,9%	6 524	14,1%
nemoci dýchací soustavy	339	1,5%	687	2,9%	1 026	2,2%
nemoci trávicí soustavy	328	1,5%	657	2,8%	985	2,1%
nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	6 648	29,6%	5 581	23,6%	12 229	26,5%
poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	167	0,7%	220	0,9%	387	0,8%
ostatní	1 155	5,1%	1 238	5,2%	2 393	5,2%
celkem	22 480	100,0%	23 693	100,0%	46 173	100,0%

Zdroj: Applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

Tabulka č. 16 **Podíl osob, kterým byl po třech, resp. deseti letech od vzniku dlouhodobého onemocnění (ALD_{30}) přiznán invalidní důchod (100 % = počet osob, které trpí daným onemocněním 3 roky, resp. 10 let)**

onemocnění	podíl (%)	
	po 3 letech	po 10 letech
roztroušená skleróza (ALD 25)	14,0	23,4
invalidizující cévní mozková příhoda (ALD 1)	19,8	21,9
těžká evolutivní revmatoidní polyartritida (ALD 22)	10,1	17,1
chronické arteriopatie s ischemickými manifestacemi (ALD 3)	10,6	17,0
koronární nemoc (ALD 13)	9,9	15,1
srdeční insuficience, těžké kardiopatie (ALD 5)	9,6	14,3
těžká chronická nefropatie a nefrotický syndrom (ALD 19)	7,6	13,2
těžké formy neurologických onemocnění, těžká epilepsie (ALD 9)	8,8	13,0
dlouhodobá psychiatrická onemocnění (ALD 23)	9,9	13,0
těžká chronická respirační insuficience (ALD 14)	9,0	12,6
těžká ankylozující spondylartritida (ALD 27)	8,0	12,5
maligní nádory (ALD 30)	8,4	10,8
závažná arteriální hypertenze (ALD 12)	5,1	9,8
aktivní chronické nemoci jater a cirhózy (ALD 6)	5,9	8,6
diabetes 1. typu a diabetes 2. typu (ALD 8)	3,3	7,6
Crohnova choroba a evolutivní ulcerozní kolitida (ALD 24)	2,2	4,7
závažná primární imunodeficience, AIDS (ALD 7)	1,9	3,6

Zdroj:SNIIR-AM a applicatif Hippocrate; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

8.5 Shrnutí

V roce 2006 bylo ve Francii Všeobecnou soustavou pojištění vyplaceno formou invalidních důchodů kolem 4 miliard eur. Nově bylo přiznáno téměř 75 000 invalidních důchodů, zatímco v roce 1998 to bylo pouhých 51 000 důchodů. Možné vysvětlení této progrese spočívá v sociologických a demografických faktorech, jako jsou vývoj věkové struktury populace, omezení přístupu k programu předčasných důchodů aj.

Mezi nejčastější onemocnění, která byla příčinou přechodu do invalidity, patřily v roce 2006 ve Francii, stejně jako ve většině evropských zemí, Poruchy duševní a poruchy chování a Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně[35].

Rostoucí ekonomická i lidská cena invalidity tak představuje pro rozvinuté země značný problém. Řešením tohoto problému by mohla být co nejužší spolupráce ošetřujících lékařů, pracovních lékařů a posudkových lékařů, a to jak při primární prevenci (vyhledávání a minimalizování rizikových faktorů vedoucích k onemocnění zaměstnanců; depistáž osob, které jsou ohroženy onemocněním nebo u nich byla zjištěna onemocnění vedoucí k invaliditě), tak i sekundární prevenci zaměstnanců s onemocněními, která by mohla vést k invaliditě, a to již při převzetí do zdravotní péče. Je třeba, aby pracovní lékař předvídal eventuální přechod zaměstnance do invalidity a ve spolupráci se zaměstnavatelem s předstihem řešil možnost udržení zaměstnance v pracovním procesu. Nabízí se zde celá škála možných opatření, např. zkrácená pracovní doba či jiná vhodná úprava pracovních podmínek. V některých případech je řešením i přizpůsobené pracovní místo.

V současné době vykonává pracovní činnost pouze menšina invalidních důchodců - hlavně v první kategorii, což Vrchní rada pro budoucnost nemocenského pojištění (HCAAM) považuje za nedostatečné. Proto v případech, kdy je to možné, by bylo vhodné usnadnit invalidním důchodcům opětovné zapojení do pracovního procesu. Tato skutečnost by mohla mít i pozitivní vliv na jejich postavení ve společnosti. Poživatelé invalidních důchodů jsou vzhledem ke svému často špatnému zdravotnímu stavu a nízkým příjmům ohroženi sociálním vyloučením. Vrchní rada rovněž navrhla pro poživatele invalidních důchodů uvažovat o možnosti „uvolnit příjmový strop" a zároveň „zvýšit výši minimálního důchodu" a v neposlední řadě rozvíjet i podnikovou péči o tyto osoby. Nicméně situace veřejných financí ve Francii nedovoluje uvažovat o zatížení nákladů všeobecné soustavy. O to užší je manévrovací prostor, zvláště kdyby mělo dojít k rozšíření stávající podmínky týkající se „předchozí činnosti" (potřebná doba zaměstnání pro nárok na invalidní důchod). Existují totiž případy, že někteří zaměstnanci nemohou pobírat invalidní důchod pro nesplnění výše uvedené podmínky, (například v případě karcinomů je dva roky po stanovení diagnózy podíl nemocných, kteří jsou nezaměstnaní, stejného řádu jako podíl nemocných, kteří jsou invalidní[36]).

[35] Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). 2006.

[36] Malavolti L, Merrmilliod C, Bataille P,Compagnon C,Moatti JP et le groupe d´étude ALD Cancer. 2006.

9. SRN

9.1 Právní podmínky

Německý systém důchodového pojištění, jehož počátky se datují od přijetí pruského hornického zákona z roku 1854, patří k nejstarším v Evropě. Invalidními důchody se v Německu podle současné právní úpravy rozumějí důchody z důvodu snížené výdělečné schopnosti (Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit). Základním právním předpisem upravujícím tuto problematiku je kniha VI. Sociálního zákoníku (Sozialgesetzbuch, kniha VI, Rentenreformgesetz z 18.12.1989), v platném znění. Právní předpisy týkající se důchodů z důvodu snížené výdělečné schopnosti byly reformovány k 1.1.2001.

Systém platný do 31.12.2000

Statistické údaje, které máme k dispozici, se týkají pouze důchodů a důchodců podle právní úpravy platné do 31.12. 2000, proto se o něm zmíníme podrobněji. Tento systém, platný ve Spolkové republice Německo do 31.12.2000 byl poměrně složitý. Především zde byly rozlišovány důchody z důvodu neschopnosti výkonu povolání (Renten wegen Berufsunfähigkeit BU-Rente) a důchody z důvodu neschopnosti výdělečné činnosti (Rente wegen Erwerbsunfähigkeit). Tato problematika byla upravena v §§ 43, 44 VI. knihy Sociálního zákoníku ve znění platném do 31.12.2000.

„Neschopni výkonu povolání" (Berufsunfähig) ve smyslu § 43 odst. 2 VI. knihy sociálního zákoníku (ve znění platném do 31.12.2000) byli pojištěnci, jejichž výdělečná schopnost v jejich dosavadním povolání klesla z důvodu nemoci nebo zdravotního postižení na méně než polovinu výdělečné schopnosti tělesně, mentálně a duševně zdravých pojištěnců s obdobným vzděláním a rovnocennými znalostmi a schopnostmi.

„Neschopni výdělečné činnosti" (Erwerbsunfähig) ve smyslu § 44 odst. 2 VI. knihy Sociálního zákoníku (ve znění platném do 31.12.2000) byli pojištěnci, kteří z důvodu nemoci nebo zdravotního postižení nejsou v dohledné době schopni vykonávat s určitou pravidelností výdělečnou činnost na všeobecném trhu práce nebo dosahovat více než velmi nízké (zanedbatelné) odměny za práci nebo pracovního příjmu (geringfügiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen).

U většiny důchodů šlo o snížení příjmu z důvodu neschopnosti výdělečné činnosti. Na celkovém počtu důchodů z obou důvodů se neschopnost výkonu povolání podílela u mužů asi jednou pětinou, u žen jednou dvacetinou. Rozdíl mezi muži a ženami je dán specifikou důchodového zabezpečení horníků (Knappschaftliche Rentenversicherung).

9.2 Současný systém invalidních důchodů v SRN

S účinností od 1.1.2001 byl výše zmíněný systém zrušen zákonem o reformě důchodů z důvodu snížené výdělečné schopnosti (EM-ReformG) z 20.12.2000 (BGBl. I., s. 1827). Byl zaveden dvoustupňový systém důchodů z důvodu snížení výdělků

(Erwerbsminderungsrenten) (§ 43 VI. knihy Sociálního zákoníku ve znění platném od 1.1.2001).

Ve Spolkové republice Německo se **důchod z důvodu snížené výdělečné schopnosti** člení na důchod z důvodu **plného snížení výdělečné schopnosti** (plný invalidní důchod) a na důchod z důvodu **částečného snížení výdělečné schopnosti** (částečný invalidní důchod); ochrana z důvodu neschopnosti výkonu povolání byla zrušena, i když některá ustanovení vztahující se na starší pojištěnce dočasně přetrvávají.

Pojištěnci mají až do dosažení zákonné věkové hranice[37] nárok na **plný invalidní důchod,** jestliže nejsou v důsledku nemoci nebo postižení v dohledné době schopni za obvyklých podmínek na trhu práce vykonávat pracovní činnost minimálně 3 hodiny denně (§ 43 odst. 2 soc. zákoníku VI).

Naopak, na **částečný invalidní důchod** mají nárok pojištěnci, jejichž omezená pracovní schopnost jim dovoluje pracovat od 3 do 6 hodin denně (§ 43 odst. 1 soc. zákoníku VI). Není-li na trhu práce možnost pracovat na zkrácený úvazek, je dán ze zákona nárok na plný invalidní důchod. Při omezené pracovní schopnosti od 6 a více hodin není na všeobecném trhu práce na částečný invalidní důchod nárok (§ 43 odst. 3 soc. zákoníku VI). K situaci na trhu práce se přitom nepřihlíží.

Nárok v zásadě vzniká pouze tehdy, jestliže za posledních pět let od započetí invalidity jsou za tři roky splněny povinné příspěvky pojištěného zaměstnání nebo činnosti a jestli je od započetí invalidity splněna celková čekací doba. V případě pracovních úrazů to však platí bez této podmínky.

Invalidní důchody jsou v zásadě **důchody dočasnými**. Důchod časově neomezený od počátku je zaručen pouze v případě, kdy nárok na něj existuje nezávisle na stávající situaci na trhu práce a je nepravděpodobné, že snížená pracovní schopnost se bude moci zvýšit (§ 102 odst. 2 soc. zákoníku VI). Po uplynutí stanovené lhůty může být důchod po přezkoumání zdravotního stavu znova povolen. Lékařské stanovení lhůty pobírání důchodu je možné maximálně na dobu 9 let. Poté dochází k trvalému snížení pracovní schopnosti. Invalidní důchody jsou vypláceny pouze v případě, jestliže se pracovní příjem nebo náhrada ze zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti nebo srovnatelný příjem pohybuje v rámci zákonem stanovených **možností výdělku.** Hranice výdělku mohou přitom být v průběhu jednoho kalendářního roku překročeny dvakrát, a to o částku do výše stanovené výdělkové hranice. Vedle invalidního důchodu v plné výši je v současné době možno si navíc vydělat měsíčně maximálně 350 € hrubého (§ 96a odst. 2. č. 2 soc. zákoníku VI i.V. m. § 18 soc. zákoníku IV). Vydělá-li pojištěnec více než 350 €, plný invalidní důchod se v plné výši již nevyplácí. V úvahu přichází vyplácení invalidního důchodu ve výši 3/4, 1/2 nebo 1/4 plné důchodové částky (§ 96a odst. 1a č. 2 soc. zákoníku VI). Je-li výdělková hranice pro plný invalidní důchod překročena o 1/4, důchod zůstává v plné výši. Invalidní důchod může být vyplácen v plné výši nebo jeho polovina (§ 96a odst. 1 č. 1 soc. zákoníku VI). Je-li výdělková hranice invalidního důchodu překročena ve výši jeho poloviny, důchod zůstává v plné výši.

Kromě výše uvedených důchodů ještě ve Spolkové republice Německo existuje typ starobního důchodu, který je poskytován v souvislosti se zdravotním stavem pojištěnce. Jedná se o **starobní důchod pro osoby těžce zdravotně postižené**. Zdravotní postižení definuje § 2 knihy IX. sociálního zákoníku. Předčasné uplatnění

[37] V SRN je rovněž prodlužována věková hranice pro odchod do starobního důchodu, od 65 let věku u osob narozených po roce 1948 do 67 let věku u osob narozených po roce 1963.

nároku na starobní důchod pro osoby těžce zdravotně postižené je možné nejdříve po dovršení 63. roku života pojištěnce.

Podle tohoto právního ustanovení jsou osoby zdravotně postižené, jestliže se jejich tělesné funkce, mentální schopnosti nebo duševní zdraví odchylují s velkou pravděpodobností po dobu delší než šest měsíců od stavu typického pro příslušný věk a je tím omezena jejich účast na životě společnosti. Jestliže lze očekávat omezení, jsou takovéto osoby ohroženy zdravotním postižením.

Za těžce zdravotně postižené osoby jsou považovány takové osoby, jejichž stupeň zdravotního postižení je minimálně 50 %, jim na roveň jsou postaveny i zdravotně postižené osoby se stupněm zdravotního postižení nižším než 50%, ale vyšším než 30 %, jestliže v důsledku svého zdravotního postižení nemohou získat nebo udržet vhodné pracovní místo bez postavení na roveň zdravotně postiženým osobám. Pojištěnci mají na tento důchod nárok v případě, že dovršili 63. rok života, při přiznání starobního důchodu jsou uznáni jako osoby těžce zdravotně postižené a splnili čekací dobu 35 let.

V Německu tvoří invalidní důchody méně než jednu desetinu z celkových výdajů na důchody, přičemž jejich podíl v čase neustále klesá (rok 2003 8,0 %, rok 2008 6,6 %). V letech 2003 až 2008 se tak v průměru podílely na celkových výdajích na důchody: starobní důchody 74,8 %; vdovské/vdovecké 17,6 %; invalidní důchody 7,2 % a sirotčí 0,4 % (tabulka č. 17).

Tabulka č. 17 **Výdaje na invalidní, starobní, vdovské/vdovecké a sirotčí důchody v Německu v letech 2003 až 2008 (%)**

rok	výdaje na důchody	z toho důchody:			
		invalidní	starobní	vdovské/ vdovecké	sirotčí
2003	100,0%	8,0%	73,5%	18,0%	0,4%
2004	100,0%	7,6%	74,2%	17,8%	0,4%
2005	100,0%	7,2%	74,7%	17,6%	0,4%
2006	100,0%	6,9%	75,2%	17,5%	0,4%
2007	100,0%	6,7%	75,5%	17,4%	0,4%
2008	100,0%	6,6%	75,8%	17,3%	0,4%

Zdroj: Berufsverband der Socialversicherungsärzte Deutschlands e.V.

Podíl přechodů do invalidity ve vztahu k aktivní populaci tvořil v roce 2008 5 %. Z celkového počtu 31 955 335 aktivních pojištěnců zákonného důchodového pojištění (GRV) do věku 64 let byl invalidní důchod nově přiznán (EM-Rente) 1 563 807 z nich.

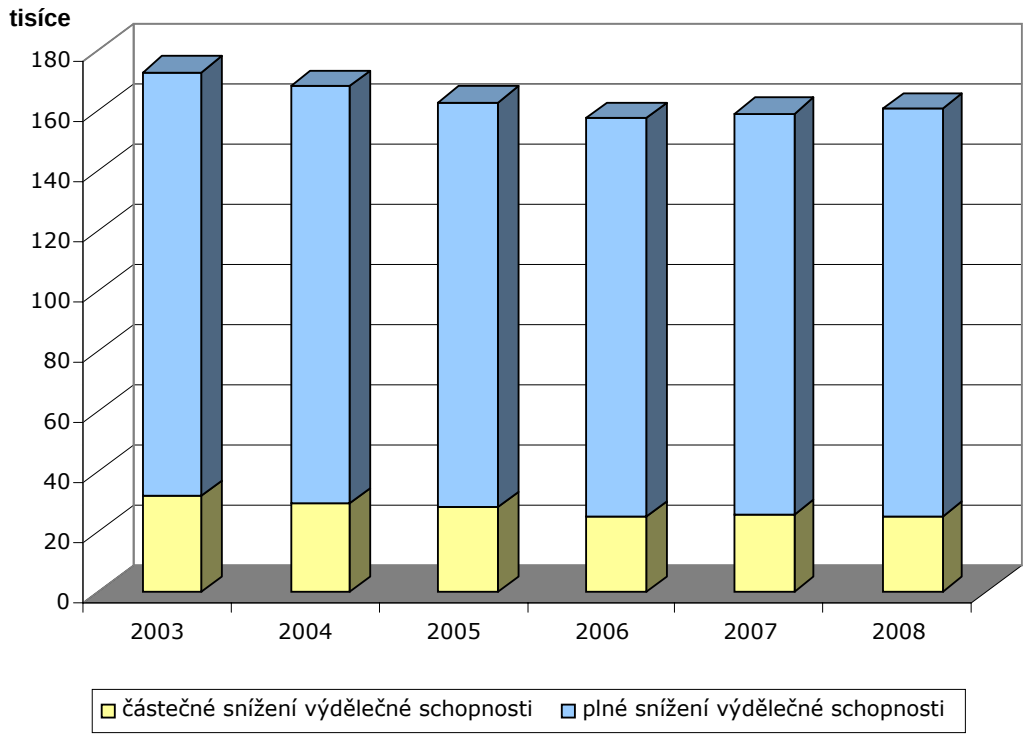
Invalidní důchody se v Německu člení na invalidní důchody přiznané z důvodu částečného, respektive plného snížení výdělečné schopnosti. Plné snížení výdělečné schopnosti je pak příčinou přiznání invalidního důchodu ve více než 80 % případů, a to již od roku 2003 (tabulka č. 18, graf č. 14). Z hlediska pohlaví jsou invalidní důchody přiznávány spíše mužům než ženám (ve sledovaném období 2003 až 2008 byl podíl mužů, resp. žen, na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů v průměru 56 % mužů, 44 % žen).

Tabulka č. 18 **Invalidní důchody v důsledku snížení výdělečné schopnosti - muži a ženy celkem, v letech 2003 až 2008 (%)**

rok	invalidní důchody celkem	z toho:			
		z důvodu		horníci	
		částečné snížení výdělečné schopnosti	plné snížení výdělečné schopnosti	snížená pracovní schopnost	dosažení 50. roku života
2003	100%	18%	81%	1%	0%
2004	100%	17%	82%	1%	0%
2005	100%	17%	82%	1%	0%
2006	100%	16%	83%	1%	1%
2007	100%	16%	83%	1%	1%
2008	100%	15%	83%	1%	1%

Zdroj: Berufsverband der Socialversicherungsärzte Deutschlands e.V.

Graf č. 14 **Invalidní důchody v důsledku snížení výdělečné schopnosti - muži a ženy celkem, v letech 2003 až 2008 (absolutní hodnoty)**



Zdroj: Berufsverband der Socialversicherungsärzte Deutschlands e.V. vlastní zpracování

9.3 Nejčastější příčiny invalidity

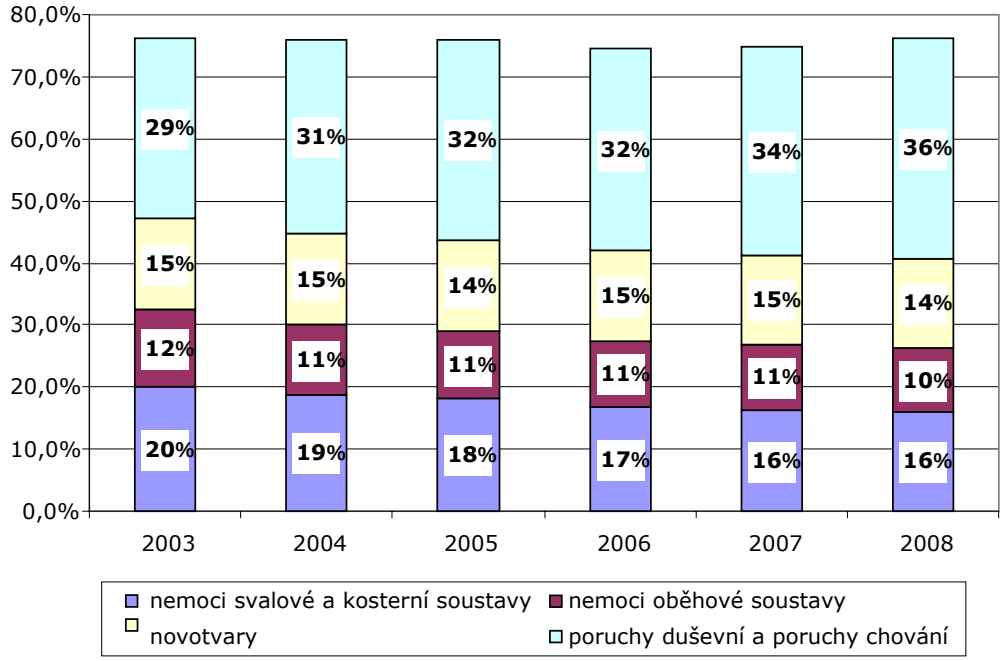
Počet nově přiznaných invalidních důchodů se v letech 2003 až 2008 pohyboval v rozmezí 158 265 až 174 176, přičemž nejvyšší hodnoty bylo dosaženo v roce 2003 a nejnižší naopak v roce 2006. V roce 2008 bylo nově přiznáno 161 256 invalidních důchodů.

Ve sledovaném období (2003-2008) představovaly hlavní příčinu nově vzniklých invalidit v Německu následující skupiny nemocí:

- Poruchy duševní a poruchy chování (skupina diagnóz V., v průměru 32,4 %),
- Nemoci svalové a kosterní soustavy (skupina diagnóz XIII., v průměru 17,7 %),
- Novotvary (skupina diagnóz II., v průměru 14,5 %),
- Nemoci oběhové soustavy (skupina diagnóz IX., v průměru 11,1 %).

Tyto čtyři skupiny diagnóz se v průměru podílely 75,7 % na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů. Během pětiletého vývoje pak nastaly významnější změny pouze u skupiny diagnóz V. Poruchy duševní a poruchy chování, jejíž podíl se v roce 2008 oproti roku 2003 zvýšil o 7 procentních bodů (rok 2003 29 %, rok 2008 36 %), a u skupiny diagnóz XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy, jejíž podíl se v roce 2008 oproti roku 2003 snížil o 4 procentní body (rok 2003 20 %, rok 2008 16 %). Podíly ostatních skupin diagnóz pak zůstaly v téměř nezměněné výši (graf č. 15).

Graf č. 15 **Nově přiznané invalidní důchody v rámci vybraných skupin diagnóz v letech 2003 až 2008 (%)**



Zdroj: Berufsverband der Socialversicherungsärzte Deutschlands e.V. vlastní zpracování

Z hlediska členění podle pohlaví nastaly významné rozdíly pouze u Nemocí oběhové soustavy a Poruch duševních a poruch chování (tabulka č. 19). Zatímco Nemoci oběhové soustavy jsou příčinou invalidity spíše u mužů (rok 2003 16 % mužů, 7 % žen; rok 2008 14 % mužů, 6 % žen), Poruchy duševní a poruchy chování jsou častější pro ženy (rok 2003 25 % mužů, 36 % žen; rok 2008 30 % mužů, 42 % žen).

Tabulka č. 19 **Nově přiznané invalidní důchody podle MKN-10 u mužů, žen a celkem v roce 2008 (%)**

skupina diagnóz	muži	ženy	celkem
nemoci svalové a kosterní soustavy	16%	16%	16%
nemoci oběhové soustavy	14%	6%	10%
nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	5%	3%	4%
novotvary	13%	15%	14%
poruchy duševní a poruchy chování	30%	42%	36%
nemoci dýchací soustavy	3%	2%	2%
nemoci nervové soustavy	6%	7%	6%
nemoci kůže a podkožního vaziva	0%	0%	0%
ostatní	12%	9%	10%
celkem	100%	100%	100%

Zdroj: Berufsverband der Socialversicherungsärzte Deutschlands e.V.

Data, týkající se konkrétních diagnóz, na jejichž základě byly nově přiznány invalidní důchody, byla poskytnuta pouze za rok 2003. Následující je proto uvedeno spíše pro ilustraci.

Z celkového počtu 26 212 žen, kterým byl přiznán v roce 2003 invalidní důchod na základě Poruch duševních a poruch chování, tvořily z více než jedné třetiny konkrétní příčinu Afektivní poruchy (36 %) a z téměř jedné třetiny Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (30 %). Nejčastější pak byly diagnózy F32 Depresivní fáze (4 526 žen) a F33 Periodická depresivní porucha (3 326 žen). Průměrný věk žen s nově přiznaným invalidním důchodem na základě skupiny diagnóz V. byl 48 let.

U mužů byla situace trochu odlišná. Z celkového počtu 24 498 nově přiznaných invalidních důchodů tvořily téměř jednu čtvrtinu Afektivní poruchy (23 %) a jednu pětinu Poruchy duševní a poruchy chování způsobené používáním psychoaktivních látek (20 %). Mezi nejčastější diagnózy pak patřily diagnózy F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (4 591 mužů) a F20 Schizofrenie (3 286 mužů). Průměrný věk mužů s nově přiznaným invalidním důchodem na základě skupiny diagnóz V. byl 47 let.

Nemoci svalové a kosterní soustavy byly příčinou přiznání invalidního důchodu v roce 2003 u 14 165 žen a 20 789 mužů. Průměrný věk žen byl 52 let a mužů 53 let. Nejčastější příčinou byly shodně Dorzopatie (51 % žen, 60 % mužů), přičemž mezi nejčastější diagnózy patřily M54 Dorzalgie (2 091 žen, 3 847 mužů) a M51 Onemocnění jiných meziobratlových plotének (1 758 žen, 3 391 mužů).

Invalidní důchody byly v roce 2003 rovněž velmi často přiznávány na základě onemocnění ze skupiny diagnóz II. Novotvary, a to přesně 11 863 ženám a 13 535 mužům. Zatímco u žen převažoval Zhoubný novotvar prsu (34 % žen), u mužů to byly Zhoubné novotvary trávicího ústrojí (26 % mužů) a Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohrudních orgánů (22 % mužů). Mezi nejčastější diagnózy patřila u

mužů diagnóza C34 Zhoubný novotvar průdušky (2 461 mužů) a u žen diagnóza C50 Zhoubný novotvar prsu (4 024 žen). Průměrný věk žen byl 50 let a mužů 52 let.

Nemoci oběhové soustavy pak byly typičtější spíše pro muže než pro ženy (5 333 žen, 16 118 mužů). Cévní nemoci mozku byly příčinou přiznání invalidního důchodu u 42 % žen a 28 % mužů a Ischemické nemoci srdeční u 14 % žen a 30 % mužů. Mezi nejčastější diagnózy se shodně (u mužů i žen) zařadily diagnózy I63 Mozkový infarkt (1 130 žen, 2 748 mužů) a I25 Chronická ischemická nemoc srdeční (693 žen, 2 748 mužů). Průměrný věk žen s nově přiznaným invalidním důchodem na základě skupiny diagnóz IX. byl 52 let a mužů 54 let.

10. Závěr

Po zpracování celé problematiky lze konstatovat následující: Co do počtu nově přiznaných invalidních důchodů za jednotlivé kalendářní roky ČR zaujímá podle údajů publikovaných v databázi WHO asi střední místo mezi srovnatelnými evropskými státy, které WHO tyto údaje poskytly (větší počet než ČR mají např. skandinávské státy). Přesto se Česká republika nadále řadí mezi státy s relativně vyšší mírou invalidity obyvatel. Na tuto skutečnost byla naše republika opakovaně upozorňována ze strany OECD.

Ve snaze nalézt příčiny tohoto jevu jsme se pokusili o mezinárodní srovnání invalidity s vybranými evropskými státy, a to s Německem a Francií, které mají jako Česká republika dvousložkové důchody. Přestože jsme z těchto zemí získali množství údajů, ty nebyly pro porovnání vždy zcela kompatibilní.

Stejně jako v ostatních evropských zemích, ani ve vybraných porovnávaných zemích dosud nebylo dostatečně přikročeno ke koordinaci právní stránky této problematiky v rámci EU.

Každý z porovnávaných států má vlastní typy invalidních důchodů. Francie má tři kategorie důchodů, z nichž první lze víceméně považovat za obdobu našeho bývalého částečného invalidního důchodu, v Německu byl od 1.1. 2001 zaveden dvoustupňový systém důchodů z důvodu snížení výdělků (Erwerbsminderungsrenten) (§ 43 VI. knihy Sociálního zákoníku v platném znění), kde existují dva typy invalidních důchodů, a to buď z důvodu plného nebo částečného snížení výdělečné schopnosti. Kromě výše uvedených důchodů existuje v Německu ještě typ starobního důchodu, který je poskytován v souvislosti se zdravotním stavem pojištěnce. Jedná se o starobní důchod pro osoby těžce zdravotně postižené, tj. ve své podstatě předčasný starobní důchod, a nárok na něj lze uplatnit nejdříve po dovršení 63. roku života pojištěnce.

Za zásadní překážku pro ucelené mezinárodní srovnání lze považovat, že **v jednotlivých sledovaných zemích jsou používána odlišná zdravotní kritéria hodnocení invalidity.** Průlom do této oblasti může přinést všeobecné používání MKF, obdobně jako je tomu při používání MKN-10. Všeobecné používání MKF by znamenalo plnou kompatibilitu zdravotních i sociálních kritérií, což by mohlo mít význam nejen pro statistická data, ale též by mohlo být v členských zemích EU základem pro přípravu kompatibilní legislativy týkající se problematiky invalidity a s ní spojených sociálních dávek. Pro všechny sledované země je naopak společné to, že zpravidla přiznávají invalidní důchod na časově omezenou dobu, po jejímž uplynutí dochází k období našeho přezkumného řízení s možností překlasifikování invalidity či přiznání validity.

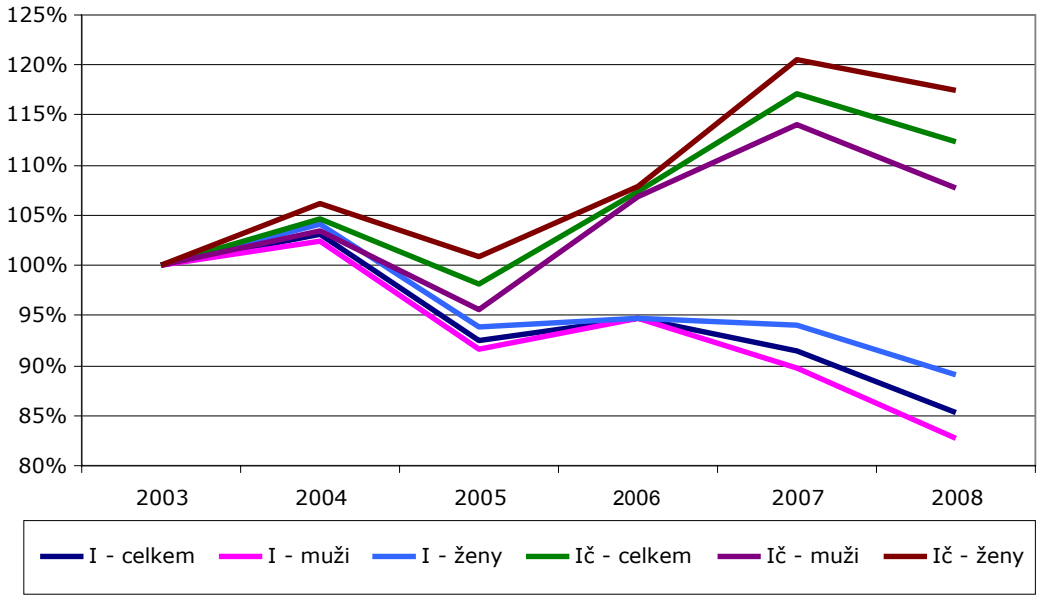
Při mezinárodním srovnání hraje nikoli nevýznamnou úlohu fakt, že ve všech srovnávaných zemích EU dosažením důchodového věku dochází ze zákona ke konverzi invalidního důchodu ve starobní. S účinností od 1.1. 2010 je tomu tak i v ČR**.** Nicméně ve sledovaném období (2003-2008) tomu v ČR ještě nebylo, a proto v této skutečnosti lze spatřovat jednu z příčin, proč v ČR počet vyplácených invalidních důchodů (v přepočtu na 100 000 obyvatel) je podstatně vyšší než obdobné ukazatele ve srovnávaných zemích.

Pro získání uceleného obrazu o vývoji invalidity v ČR v letech 2003 až 2008 jsme provedli statistické srovnání počtu nově přiznaných plných a částečných

invalidních důchodů, a to jak celkem, tak v přepočtu na 100 tisíc obyvatel podle věkové struktury a příčin invalidity.

Zatímco nově přiznané plné invalidní důchody v letech 2003 až 2008 v průměru klesaly, a to ročně o 8,2 důchodů na 100 tisíc obyvatel, u nově přiznaných částečných invalidních důchodů docházelo k průměrnému ročnímu růstu, a to o 4,4 důchodů na 100 tisíc obyvatel. Výrazné změny ve vývojovém trendu pak nastaly u plných invalidních důchodů v letech 2004 a 2005, kdy počet nově přiznaných plných invalidních důchodů poklesl z hodnoty 258 důchodů na 100 tisíc obyvatel na hodnotu 231 důchodů na 100 tisíc obyvatel a v letech 2007 a 2008, kdy tento pokles činil 17 plných invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel (rok 2007 I 266 na 100 tisíc obyvatel, rok 2008 I 209 na 100 tisíc obyvatel). U částečných invalidních důchodů byl zlomovým obdobím rok 2005, kdy oproti roku 2004 došlo k poklesu o 15 invalidních důchodů na 100 tisíc obyvatel (rok 2004 Ič 236 na 100 tisíc obyvatel, rok 2005 Ič 221 na 100 tisíc obyvatel), a rok 2006, kdy se jejich počet oproti roku 2005 zvýšil o 20 nově přiznaných důchodů na 100 tisíc obyvatel (rok 2005 Ič 221 na 100 tisíc obyvatel, rok 2006 Ič 241 na 100 tisíc obyvatel), stejně jako v roce 2007 oproti roku 2006 (Ič 261 na 100 tisíc obyvatel). Změnu celkového trendu ve vztahu k roku 2003 můžeme názorně vidět z grafu č. 16, kde tři horní linie znázorňují časovou řadu plných (I) a dolní částečných (Ič) invalidních důchodů.

Graf č. 16 **Vývoj počtu nově přiznaných plných (I) a částečných (Ič) invalidních důchodů (2003=100 %)**



Co do **věkového rozložení** příjemců nově přiznaných plných a částečných důchodů (viz tabulka č. 5 a graf č. 9 a 10) podle pohlaví byly plné invalidní důchody nejčastěji přiznávány mužům ve věku 55 až 59 let (rok 2003 28 %, rok 2008 31 %) a ženám ve věku 50 až 54 let (rok 2003 34 %, rok 2008 30 %). U nově přiznaných částečných invalidních důchodů byla struktura obdobná (muži 55 až 59 let - rok 2003 28 %, rok 2008 31 %; ženy 50 až 54 let - rok 2003 36 %, rok 2008 30 %).

Mezi nejčastější příčiny přiznání invalidního důchodů patřily v České republice ve sledovaném období onemocnění ze skupiny diagnóz XIII. Nemoci svalové a kosterní

soustavy a pojivové tkáně, II. Novotvary, V. Poruchy duševní a poruchy chování a IX. Nemoci oběhové soustavy, jež se společně na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů podílely v letech 2003 až 2008 v průměru 74 %.

Z hlediska mezinárodního srovnání převyšuje podíl duševních chorob, jako příčin celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů, ve Francii a Německu odpovídající podíl v České republice (Francie rok 2006 28,1 %, Německo 2003-2008 v průměru 32,4 %, ČR 2003-2008 v průměru 12 %). Naproti tomu nemoci ze skupiny diagnóz XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně jsou v ČR oproti Francii a Německu výrazně vyšší - jejich podíl na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů tvořil v ČR v letech 2003-2008 v průměru 36 %, v Německu v letech 2003-2008 v průměru 18 % a ve Francii v roce 2006 23,8 %. Onemocnění ze skupiny diagnóz II. Novotvary se pak podílí na nově přiznaných invalidních důchodech ve všech srovnávaných zemích přibližně ve stejné výši (Francie rok 2006 13,2 %, Německo 2003–2008 v průměru 14,5 % a ČR 2003–s2008 v průměru 13 %).

Premisa, že existuje vztah mezi nárůstem nezaměstnanosti a počtem nově přiznaných invalidních důchodů se nepotvrdila.

Pokud jde o možné medicínské nástroje ke snížení počtu osob, kterým je nově přiznáván invalidní důchod, mohla by značnou roli hrát ucelená rehabilitace, především její medicínská složka. Problém je však jak v relativně malém počtu rehabilitačních center, tak i v nedostatku kvalifikovaných pracovníků (zejména fyzioterapeutů a ergoterapeutů). Legislativní zakotvení v ČR chybí, neboť zákon o ucelené rehabilitaci dosud nebyl přijat.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem doporučujeme následující:

Sjednotit kritéria pro posuzování invalidity a sociálních dávek

1. Připravit zákon o rehabilitaci, na který by navazovala posudková kritéria maximálně zohledňující zbytkový pracovní potenciál. V zákoně rovněž stanovit povinnost ošetřujícího lékaře nabídnout pacientovi léčebnou rehabilitaci.
2. V souvislosti s bodem 2 novelizovat zákon č. 187/2006 sb., o nemocenském pojištění ve smyslu, že v případě, že pacient odmítne ošetřujícím lékařem nabídnutou léčebnou rehabilitaci, vystavuje se sankci např. krácení nemocenského ode dne odmítnutí.
3. V zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění zakotvit peněžní sankci pro pojištěnce v případě odmítnutí léčebné rehabilitace (např. překlasifikování stupně invalidity směrem dolů).
4. Pro snížení relativně vysoké míry invalidity zavést ve větší míře spolupráci úřadů práce s rehabilitačními centry v oblasti posuzování pracovního potenciálu a jeho aktivizace.
5. MPSV ve spolupráci s MZd by vedle sledování počtu nově přiznaných invalidních důchodů mělo nadále podporovat tvorbu a implementaci odborných doporučení (v souladu s pokrokem medicíny) a pravidelně s nimi seznamovat lékaře posudkové služby.
6. Do statistického sledování nově přiznaných invalidních důchodů Českou správou sociálního zabezpečení zavést vedle dosavadního členění podle věku a pohlaví též členění osob podle dosaženého vzdělání.

Literatura

Literatura

BRUTHANSOVÁ, Daniela. ČERVENKOVÁ, Anna. KOLÁŘOVÁ, Monika. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU.* Praha: VÚPSV, 2002. 84s.

BRUTHANSOVÁ, Daniela. ČERVENKOVÁ, Anna. JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-032-5

Caisse Nationale d´Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). 2001

Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2006

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka ČSSZ za rok 2003*. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/2A3E8B09-F499-4A47-A0FF-C9FC171F2895/0/sr_2003.pdf

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2004*. Praha, 2005. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/FA6016F4-F4EB-486D-8D03-CFB1C2E738EB/0/SR2004.pdf

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2005*. Praha: ČSSZ, srpen 2006. ISBN 80-87039-01-7

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2006*. Praha: ČSSZ, srpen 2007. ISBN 978-80-87039-06-9

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2007*. Praha: ČSSZ, červenec 2008. ISBN 978-80-87039-11-3

Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2008*. Praha: ČSSZ, červenec 2009. ISBN 978–80–87039–18–2

Český statistický úřad. Trh práce v ČR 1993 až 2008 - Nezaměstnanost dle oblastí a krajů. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3103-09

Český statistický úřad. *Publikace o obyvatelstvu - Věkové složení obyvatelstva v roce 2008*. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4003-09-_v_roce_2008

Český statistický úřad. *Statistická ročenka České republiky 2001*. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2001edicniplan.nsf/publ/10n1-01-2001

Český statistický úřad. *Statistická ročenka České republiky 2008*. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/0001-08

Debrand, T. Lengagne, P. IRDES.2007

Direction de l´Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES) 2006.

Gissler, E. Roquel, T. Lejeune, D. Mercereau, F. IGAS 2003

KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1

Kusnik-Joinville, O. Lamy, C. Merlière, Y. Polton, D. CNAMTS. 2006

Malavolti L, Merrmilliod C, Bataille P,Compagnon C,Moatti JP et le groupe d´étude ALD Cancer. 2006

Note et avis du HCAAM, février 2008

Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2003

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). 2006

Paita, M. Weill, A. CNAMTS. 2007

Statistika světové zdravotnické organizace. *WHO HFA New invalidity*. ÚZIS, Praha

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3

*Zdravotnictví České republiky 2008 ve statistických údajíc*h. Praha: ÚZIS, srpen 2009. ISBN 978-80-7280-804-5

Zdravotnická ročenka České republiky 1995. Praha: ÚZIS, listopad 1996. ISSN 1210-9991

Weill A, Vallier N, Salanave B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C, Ricordeau P, Allemand H. 2006

Worl Health Organization. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: ÚZIS, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2

WHO. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize*. Praha, 1993

Přílohy

Příloha 1a

Věkové složení obyvatelstva k 31. 12. 2008 v krajích a České republice (%)

kraj	věková skupina			
	0-14	15-64	65+	celkem
Hlavní město Praha	12,17%	72,00%	15,83%	100,00%
Středočeský	14,91%	70,84%	14,25%	100,00%
Jihočeský	14,36%	70,83%	14,81%	100,00%
Plzeňský	13,83%	70,94%	15,23%	100,00%
Karlovarský	14,57%	71,77%	13,66%	100,00%
Ústecký	15,17%	71,54%	13,29%	100,00%
Liberecký	14,75%	71,37%	13,88%	100,00%
Královéhradecký	14,29%	70,05%	15,66%	100,00%
Pardubický	14,56%	70,34%	15,10%	100,00%
Vysočina	14,53%	70,28%	15,19%	100,00%
Jihomoravský	13,84%	70,63%	15,53%	100,00%
Olomoucký	14,13%	70,74%	15,13%	100,00%
Zlínský	13,97%	70,56%	15,47%	100,00%
Moravskoslezský	14,30%	71,23%	14,47%	100,00%
Česká republika	14,14%	70,99%	14,87%	100,00%

Zdroj: ČSÚ – Věkové složení obyvatelstva v roce 2008

Příloha 1b

Věkové složení obyvatelstva po 5letých věkových skupinách k 31.12.2008 v krajích a České republice (%)

věková skupina	Hlavní město Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Králové-hradecký	Pardubický	Vysočina	Jiho-moravský	Olomoucký	Zlínský	Moravsko-slezský	Česká republika
0-4	5,04%	5,74%	5,14%	5,09%	5,19%	5,49%	5,34%	5,13%	5,16%	5,03%	5,11%	5,05%	4,88%	5,00%	5,19%
5-9	3,67%	4,62%	4,50%	4,32%	4,61%	4,81%	4,65%	4,47%	4,55%	4,51%	4,25%	4,41%	4,41%	4,46%	4,40%
10-14	3,47%	4,55%	4,72%	4,42%	4,76%	4,87%	4,76%	4,69%	4,85%	4,99%	4,48%	4,67%	4,68%	4,84%	4,55%
15-19	4,90%	5,91%	6,24%	5,89%	6,41%	6,30%	6,33%	6,15%	6,33%	6,58%	6,08%	6,35%	6,35%	6,56%	6,09%
20-24	6,67%	6,46%	6,69%	6,69%	7,10%	6,88%	6,79%	6,62%	6,87%	6,97%	6,68%	6,77%	6,86%	6,98%	6,76%
25-29	8,43%	7,43%	7,34%	7,48%	7,21%	7,39%	7,36%	7,09%	7,35%	7,40%	7,62%	7,42%	7,34%	7,19%	7,50%
30-34	10,15%	9,48%	8,65%	8,93%	8,71%	8,87%	9,05%	8,69%	8,84%	8,50%	9,03%	8,90%	8,60%	8,40%	9,00%
35-39	7,74%	7,93%	7,47%	7,50%	7,69%	7,77%	7,70%	7,44%	7,46%	7,37%	7,47%	7,39%	7,41%	7,52%	7,59%
40-44	6,79%	6,75%	6,68%	6,71%	6,90%	6,80%	6,63%	6,52%	6,48%	6,71%	6,74%	6,61%	6,77%	7,15%	6,76%
45-49	6,09%	6,00%	6,38%	6,29%	6,41%	6,02%	5,94%	6,00%	6,12%	6,49%	6,27%	6,33%	6,58%	6,66%	6,25%
50-54	6,66%	6,83%	7,34%	7,13%	7,09%	6,89%	6,74%	6,99%	7,03%	7,02%	7,02%	7,11%	7,12%	7,12%	6,98%
55-59	7,27%	7,27%	7,33%	7,38%	7,64%	7,64%	7,73%	7,51%	7,27%	6,85%	7,08%	7,28%	7,14%	7,27%	7,30%
60-64	7,29%	6,78%	6,72%	6,93%	6,63%	6,97%	7,09%	7,02%	6,61%	6,39%	6,65%	6,59%	6,38%	6,38%	6,76%
65-69	4,87%	4,58%	4,72%	4,97%	4,75%	4,69%	4,62%	4,92%	4,73%	4,71%	4,98%	4,87%	4,88%	5,12%	4,83%
70-74	3,37%	3,36%	3,58%	3,64%	3,45%	3,16%	3,13%	3,61%	3,61%	3,73%	3,57%	3,55%	3,77%	3,38%	3,47%
75-79	3,35%	3,02%	3,16%	3,28%	2,69%	2,61%	2,82%	3,37%	3,32%	3,26%	3,23%	3,16%	3,31%	2,86%	3,10%
80-84	2,56%	2,08%	2,10%	2,12%	1,75%	1,77%	2,06%	2,36%	2,20%	2,19%	2,31%	2,19%	2,21%	1,92%	2,15%
85+	1,67%	1,21%	1,26%	1,23%	1,01%	1,06%	1,24%	1,40%	1,25%	1,29%	1,45%	1,36%	1,31%	1,19%	1,31%
celkem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Zdroj: ČSÚ – Věkové složení obyvatelstva v roce 2008

Příloha 2

Počet nově přiznaných starobních důchodů celkem a starobních důchodů předčasně krácených v letech 1996 až 2008

rok	starobní celkem	starobní předčasně krácený			starobní předčasně krácený (v % všech starobních)		
		dočasně	trvale	celkem	dočasně	trvale	celkem
1996	59 714	3 610	7 258	10 868	6%	12%	18%
1997	80 832	7 958	16 360	24 318	10%	20%	30%
1998	114 834	12 330	43 205	55 535	11%	38%	**48%**
1999	109 537	12 075	45 853	57 928	11%	42%	**53%**
2000	96 894	10 085	46 966	57 051	10%	48%	**59%**
2001	88 779	6 576	44 744	51 320	7%	50%	**58%**
2002	60 383	7 119	13 103	20 222	12%	22%	33%
2003	88 988	20 760	17 472	38 232	23%	20%	43%
2004	103 534	11 453	27 194	38 647	11%	26%	37%
2005	91 409	5 394	23 202	28 596	6%	25%	31%
2006	104 955	7 015	27 864	34 879	7%	27%	33%
2007	105 550	3 358	31 811	35 169	3%	30%	33%
2008	109 559	413	35 461	35 874	0%	32%	33%

Příloha 3

Přehled kapitol MKN-10

kapitola	název kapitoly
I.	Některé infekční a parazitární nemoci
II.	Novotvary
III.	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
V.	Poruchy dušení a poruchy chování
VI.	Nemoci nervové soustavy
VII.	Nemoci oka a očních adnex
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku
IX.	Nemoci oběhové soustavy
X.	Nemoci dýchací soustavy
XI.	Nemoci trávicí soustavy
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva
XIII.	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
XVIII.	Příznaky, znaky a abnormální klinické laboratorní nálezy nezařazené jinde
XIX.	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
XX.	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
XXI.	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami