

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Posuzování zdravotního stavu v České republice a ve státech  
Evropské unie**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

JUDr. Martin Šimák, Ph.D.

Autor práce:

Aneta Borská

2012

## **Abstrakt**

Diplomová práce s názvem „Posuzování zdravotního stavu v České republice a ve státech Evropské unie“ je teoreticky koncipovanou prací, která nabízí souhrnné informace o oblasti posudkové činnosti se zaměřením na problematiku nemocenského pojištění, a to v České republice a v dalších pěti vybraných zemích Evropské unie.

Volba vybraných států je ovlivněna jak geografickými a historickými vazbami k České republice, tak i odlišností systému sociálního zabezpečení. Největší pozornost je věnovaná posudkové činnosti v rámci nemocenského pojištění České republiky. U ostatních států je uveden zejména průběh posuzování zdravotního stavu z důvodu nemoci, těhotenství a mateřství či ošetřování člena domácnosti.

Cílem práce je provést analýzu procesu posuzování zdravotního stavu v České republice a následnou komparaci těchto výsledků se stavem ve vybraných zemích Evropské unie, a sice na Slovensku, v Polsku, v Rakousku, ve Velké Británii a ve Francii. Zjistit rozdíly a zaměřit se na silná i slabá místa systému, případně navrhnout efektivnější řešení v rámci České republiky.

Z výsledků práce vyplývá, že ve všech zkoumaných státech je lékařské potvrzení o pracovní neschopnosti zákonnou podmínkou pro získání nároků na nemocenské dávky, přičemž postup při získávání osvědčení je podobný ve všech šesti zemích. Jedná se o vyšetření a posouzení zdravotního stavu lékařem, který má pověření orgánu spravujícího sociální zabezpečení v dané zemi. I přes odlišnosti systémů sociálního zabezpečení v jednotlivých zemích je spojujícím prvkem pro nárok na dávku účast na sociálním pojištění.

Tato práce může sloužit i širší veřejnosti jako shrnutí poznatků týkajících se problematiky posuzování zdravotního stavu v rámci nemocenského pojištění v České republice a ve vybraných zemích Evropské unie a také k lepší orientaci v daných systémech.

## **Abstract**

The diploma thesis titled “A health state assessment in the Czech Republic and in states of the European Union” is a theoretically conceived work that offers comprehensive information on assessment activities focused on the sickness insurance in the Czech Republic and other five selected countries of the European Union.

A choice of the selected states has been affected both geographical and historical linkages to the Czech Republic as well as differences in the social security systems. The most attention has been devoted to the assessment activities under the sickness insurance of the Czech Republic. For other countries there has been particularly given a course of the health state assessment due to the illness, pregnancy and maternity or care for a household member.

The aim of the thesis is to analyze the process of the health state assessment in the Czech Republic and a subsequent comparison of those results with a situation in the selected countries of the European Union, namely the Slovak Republic, Poland, Austria, Great Britain and France. To identify differences and to focus on strengths and weaknesses of the systems or to suggest a more efficient solution within the Czech Republic.

The results of the thesis show that in all researched countries a medical certificate of the incapacity for work is the legal condition for an acquisition of claims to sickness benefits and the procedure for an obtaining of the certificate is similar in all six countries. It is the examination and health state assessment by a physician authorized by a body administering the social security in the given country. Despite differences of the social security systems in individual countries, a connecting element for the claim to the benefit is the participation on the social insurance.

This thesis may also serve the general public as a summary of findings on the issue of the health state assessment under the sickness insurance in the Czech Republic and selected countries of the European Union and for a better orientation in the given systems.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2012

.....

Aneta Borská

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala JUDr. Martinu Šimákovi, Ph.D. za jeho trpělivost, cenné podněty a odborné vedení mé diplomové práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Česká republika.....	9
1.1.1 Posuzování zdravotního stavu v nemocenském pojištění.....	11
1.1.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely dočasné pracovní neschopnosti...	12
1.1.3 Posuzování ve věci vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství.....	20
1.1.4 Posuzování ve věci peněžité pomoci v mateřství .....	20
1.1.5 Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného .....	20
1.2 Slovensko .....	28
1.2.1 Lékařská posudková činnost nemocenského pojištění .....	29
1.2.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely dávky nemocenské .....	31
1.2.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely mateřské .....	34
1.2.4 Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného .....	35
1.2.5 Posuzování zdravotního stavu ve věci vyrovnávací dávky.....	35
1.3 Polsko.....	38
1.3.1 Rozhodování ve věci pracovní neschopnosti.....	39
1.3.2 Vyrovnávací příspěvek .....	42
1.3.3 Peněžitá dávka v mateřství.....	42
1.3.4 Ošetřovné .....	43
1.3.5 Rehabilitační dávky .....	43
1.4 Velká Británie .....	44
1.4.1 Prohlášení o způsobilosti k práci – „fit note“ .....	44
1.4.2 Typy nemocenské .....	46
1.4.3 Posouzení pracovní schopnosti .....	47
1.4.4 Pracovní volno z důvodu závislosti blízké osoby .....	49
1.4.5 Těhotenství.....	49
1.5 Rakousko.....	51
1.5.1 Pracovní volno pro nemoc „Krankenstand“ .....	52
1.5.2 Nemocenské „Krankengeld“ .....	53

1.5.3	Dávky v mateřství „Wochengeld“ .....	55
1.6	Francie.....	56
1.6.1	Absence v zaměstnání z důvodu nemoci .....	56
1.6.2	Dlouhodobá nemoc .....	58
1.6.3	Dávky v mateřství a otcovské dávky .....	60
2.	DISKUZE.....	61
3.	ZÁVĚR .....	72
4.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	74
5.	KLÍČOVÁ SLOVA .....	83
6.	PŘÍLOHY .....	84

## Úvod

Zakladatel moderní sociologie Émile Durkheim řekl, že: „...než začneme něco studovat, musíme se nejprve zbavit předsudků a zaujmout postoj, že předem nic nevíme“ (2). Ačkoliv je tímto tvrzením myšlena objektivita badatele při snaze pravdivě popsat fakta na základě empirie, Durkheimův názor v podstatě velmi přesně vystihuje mé počáteční (ne)znalosti o posuzování zdravotního stavu za hranicemi naší země. I to byl jeden z impulzů k podrobnějšímu prostudování tohoto tématu.

Tak jako dochází k rychlému vývoji v oblasti přírodních, technických nebo společenských věd, dochází k neustálému pokroku a rozvoji i v oblasti posudkového lékařství. Vzhledem k tomu, že lékařská posudková činnost má velmi široký rozsah působnosti, je zde snaha o co nejefektivnější využití veškerých poznatků a jejich zpracování pro praktické uplatnění. Lékařská posudková služba (dále jen LPS) svou činností přímo ovlivňuje vyplácené náklady v systému sociálního zabezpečení. A jak je tomu jinde v Evropě? Na to jsem se snažila nalézt odpověď ve své diplomové práci.

Hlavním cílem, který jsem si na počátku stanovila, bylo provést analýzu procesu posuzování zdravotního stavu v České republice a následnou komparaci těchto výsledků se stavem ve vybraných zemích Evropské unie, a sice na Slovensku, v Polsku, v Rakousku, ve Velké Británii a ve Francii. Zaměřuji se přitom pouze na posuzování ve věci nemocenského pojištění, a to z důvodu značného rozsahu tématu.

Práce je koncipována teoreticky, podává náhled na téma, které dosud nebylo uceleným způsobem prozkoumáno, přičemž její součástí je mimo jiné i vyhledání a studium zahraničních zdrojů mapující toto téma.

V tomto tématu spatřuji také značnou aktuálnost, kterou potvrzuje fakt, že sociální systém celé Evropy, kam posuzování zdravotního stavu občanů jistě spadá, je často diskutovaným a transformovaným tématem.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Česká republika

#### Vývoj posudkové činnosti v České republice

Posudkové lékařství jako medicínský obor částečně navazovalo na funkce a úkoly, které v systému pojišťoven plnili úřední revizní a důvěrní lékaři. S rozvojem techniky, nových technologií a diferenciací v péči o zdraví však stoupaly nároky na posuzování zdravotního stavu jedince ve vztahu k výkonu práce a jednotlivým povoláním či jiným společensky důležitým činnostem. Vzdávající nároky na odbornou kvalifikaci těchto lékařů vedly ke vzniku samostatné katedry (1961) a následně i studijního oboru (1971) posudkového lékařství. Jméno, které se v této souvislosti často skloňuje, patří prof. Rudolfovi Burešovi, za jehož hlavní přínos v oboru se považuje vytvoření ucelené teorie a metodologie posudkové činnosti, kterou vytvořil v roce 1972. Prof. Bureš také definoval základní posudkové kategorie a vymezil jejich obsah.

Dalšími osobnostmi, s nimiž je obor posudkového lékařství neodmyslitelně spojován, je MUDr. Jiří Jeřábek, CSc., pod jehož vedením se dotvořil pevný systém předatestační přípravy, a také doc. MUDr. Jan Vrbík, CSc., který zachoval obor posudkového lékařství a zasadil se o návaznost vzdělávání posudkových lékařů (1).

#### Organizace a činnost LPS v současné době

Lékařská posudková služba v resortu MPSV představuje soustavu lékařských posudkových orgánů, jejichž stěžejním úkolem je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany (58). LPS je složkou sociálního systému disponující výlučně posudkovými pravomocemi, v systému nemocenského pojištění se však jedná především o kontrolní, nikoli rozhodovací pravomoce.

Lékařská posudková činnost v resortu MPSV je vykonávána *Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, posudkovými komisemi MPSV ČR, Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ) a okresními správami sociálního zabezpečení (OSSZ) (1).*

Posudková činnost je realizovaná v oblasti pojistných i nepojistných systémů sociálního zabezpečení, konkrétně tedy v nemocenském a důchodovém pojištění, pro účely státní sociální podpory, sociální péče, pomoci v hmotné nouzi a dále pro účely sociálně právní ochrany dětí, sociálních služeb a zaměstnanosti. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob podle § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, které vykonávají OSSZ, zahrnuje hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení a pro účely poskytnutí dávek nebo mimořádných výhod podle jiných právních předpisů při zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách. Za tímto účelem posuzují invaliditu a změnu jejího stupně nebo dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat pro tento stav výdělečnou činnost. Posudkovou činnost provádějí také pro účely příspěvku na mobilitu, pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením a pro účely příspěvku na zvláštní pomůcku. Hodnotí, zda zdravotní stav posuzovaných osob nevylučuje poskytnutí konkrétního příspěvku na zvláštní pomůcku. V oblasti příspěvku na péči posuzují stupeň závislosti fyzické osoby a provádějí posudkovou činnost pro účely řízení o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením (9).

Posudková činnost je vykonávána také v rezortu ministerstva zdravotnictví, a to ošetřujícími lékaři v rozsahu jejich odbornosti. Předním úkolem je posuzování zdravotní způsobilosti k práci a následné vystavení rozhodnutí např. o dočasné pracovní neschopnosti. Pracovní schopnost po uplynutí podpůrní doby posuzují posudkoví lékaři ČSSZ. Ošetřující lékaři provádějí i specializovanou posudkovou činnost podle zvláštních předpisů jako např. posuzování zdravotní způsobilosti pro řízení motorového vozidla, ke studiu, sportovní činnosti, pro účely vydání zbrojního průkazu a v dalších případech (1, 18).

Lékařská posudková činnost je dále vykonávána v rezortech ministerstva vnitra, spravedlnosti a obrany. Zde se jedná zejména o posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu služby, nebo zda úraz či onemocnění vznikly při výkonu služby nebo v její přímé souvislosti (1).

### 1.1.1 Posuzování zdravotního stavu v nemocenském pojištění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje nemocenské pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství, ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj, zároveň také upravuje organizaci a provádění pojištění. Prováděním pojištění se rozumí posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění (1, 6). Tento zákon je tedy komplexní úpravou nemocenského pojištění, která zahrnuje jak okruh osob účastných nemocenského pojištění, jejich nároky, stanovení výše poskytovaných dávek, posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění, tak i organizační uspořádání či řízení v nemocenském pojištění (4, 57).

Účelem pojištění je zabezpečení pojištěnce některou z dávek nemocenského pojištění při vymezené zdravotně sociální události, pokud zároveň splňuje podmínky nároku na dávku. Tou je zejména účast na pojištění po minimálně stanovenou dobu a zdravotní podmínka (1, 5).

Z nemocenského pojištění se poskytují čtyři druhy peněžitých dávek, a to: *nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství, ošetřovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství*. Všechny tyto dávky vyplácí okresní správa sociálního zabezpečení a jsou hrazeny ze státního rozpočtu (1, 6, 57).

Role prvoinstanční lékařské posudkové služby je v tomto systému především kontrolní. Provádí kontrolu posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění ošetřujícími lékaři, kontroluje vedení evidence dočasně práceneschopných pojištěnců apod. Vlastní posudková činnost je pak zaměřená na posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti po uplynutí podpůrčí doby (1, 6).

V podmínkách nároku na jednotlivé dávky je obsažena řada posudkově rozhodných skutečností. Jsou jimi například podpůrčí doba a její trvání, podmínky nároku z hlediska vzniku a ukončení pojistné události apod. (1).

Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulanti, ústavní nebo lázeňskou péči a zařízení závodní preventivní péče při ošetřování

pojištěnce v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Posuzování zdravotního stavu je lékař oprávněn vykonávat jen v rozsahu své odbornosti.

Ošetřujícím lékařem není zařízení záchranné služby a pohotovostní služby. Ošetřující lékař je v pozici úřední osoby, pokud plní úkoly státu nebo společnosti a používá při tom svěřené pravomoci pro plnění těchto úkolů. V tomto směru se na něj vztahuje i obecná a trestně právní ochrana (6, 34).

### **1.1.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely dočasné pracovní neschopnosti**

Dočasnou pracovní neschopností (DPN) se podle nové právní úpravy rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné uvedené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost (a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní) i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. Tato právní úprava také ošetřuje situaci, kdy je DPN příčinou nemožnosti plnění povinností uchazeče o zaměstnání, vznikla-li DPN v ochranné lhůtě nebo trvá-li po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání (34).

Z toho vyplývá, že ošetřující lékař je povinen po uplynutí 180 kalendářních dní trvání pracovní neschopnosti posoudit pracovní schopnost pojištěnce nejenom ve vztahu k dosavadní pojištěné činnosti, ale obecně k možnosti vykonávat pojištěnou činnost a rovněž k možnosti plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Pro to, aby mohl být zaměstnanec uznán jako obecně práce schopný, je nutné prohlásit jeho zdravotní stav za stabilizovaný. To znamená, že se jeho zdravotní stav ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost bez zhoršení zdraví, a případné další léčení jej nemůže podstatně ovlivnit. Pracovní neschopnost se posuzuje odděleně ke každé z pojištěných činností, neboť každá může klást jiné požadavky na zdravotní způsobilost pojištěnce.

Vznikne-li pojištěnci po ukončení DPN v následujícím kalendářním dni další DPN, považuje se za pokračování předcházející (1, 6, 34).

## **Vznik dočasné pracovní neschopnosti**

O vzniku DPN rozhodne ošetřující lékař zaměstnance, pokud vyšetřením zjistí, že pojištěnci jeho zdravotní stav nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a to z důvodu nemoci nebo úrazu. Dále takto rozhodne, pokud jde o vznik DPN v ochranné lhůtě, která nedovoluje pojištěnci plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, jde-li o přijetí zaměstnance do ústavní péče v nemocnici či odborném léčebném ústavu nebo poskytování komplexní lázeňské péče. Ošetřující lékař rozhodne stejně, jestliže se jedná o přijetí pojištěnce do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého k hospitalizaci či pokud došlo k poškození nebo ztrátě kompenzační pomůcky, pro kterou nemůže vykonávat dosavadní pojištěnou činnost (1, 6).

Existují také mimořádné důvody vzniku DPN, na které zákon pamatuje. Patří sem DPN pojištěnce v době nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství, jestliže mu závažné onemocnění, trvající déle než 1 měsíc, znemožňuje pečovat o dítě nebo DPN pojištěnky, která doložila potvrzení orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu.

DPN začíná dnem, kdy ji ošetřující lékař zjistí, maximálně však 3 kalendářní dny přede dnem, kdy ji stanovil. Pokud orgán nemocenského pojištění souhlasí, lze uznat DPN zpětně i za období delší než 3 dny (3, 6, 34).

V případech, že ošetřující lékař neshledá důvody ke vzniku DPN, ale pojištěnec na vydání rozhodnutí trvá nebo pojištěnec nesouhlasí s datem vzniku DPN, lékař o tom vydá rozhodnutí. Pojištěnec se může dovolávat přezkoumání takového rozhodnutí lékaře podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který doplňuje obecnou úpravu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (6, 8, 33).

Lékař, který rozhodl o vzniku DPN, a tato neschopnost byla ukončena rozhodnutím orgánu nemocenského pojištění, může rozhodnout o vzniku DPN téhož pojištěnce v období do 7 dnů po ukončení předchozí DPN rozhodnutím tohoto orgánu, pro stejnou nebo obdobnou nemoc, s výjimkou akutního vzplanutí téže nemoci, avšak pouze

s předchozím písemným souhlasem orgánu uděleným na základě žádosti ošetřujícího lékaře (1, 6, 33).

### **Průběh dočasné pracovní neschopnosti**

Ošetřující lékař posuzuje v průběhu DPN, zda došlo k obnovení pracovní schopnosti zaměstnance nebo zda je jeho zdravotní stav stabilizovaný. S ohledem na zdravotní stav pojištěnce stanovuje termín dalšího ošetření nebo kontroly, který vyznačí na rozhodnutí o DPN (1).

Prokáže-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemůže dostavit k ošetření nebo kontrole ve stanovený den, stanoví ošetřující lékař náhradní termín. Prokázal-li pojištěnec existenci vážných důvodů, pro které se nemohl dostavit k ošetření nebo kontrole ve stanovený den, ošetřující lékař vydá nové rozhodnutí o vzniku DPN, která se považuje za pokračování předchozí DPN (1, 6, 34).

### **Ukončování dočasné pracovní neschopnosti**

Podle § 59 zákona o nemocenském pojištění, rozhoduje o ukončení DPN ošetřující lékař:

- pojištěnce, pokud vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost dnem, kdy tuto skutečnost zjistil, nebo nejpozději 3. kalendářním dnem následujícím po dni tohoto vyšetření,
- pojištěnce při ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče, jestliže zdravotní stav pojištěnce umožňuje vykonávat dosavadní práci,
- pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte, při ukončení ústavní péče tohoto dítěte nebo při ukončení pobytu tohoto pojištěnce v zařízení, kam bylo dítě přijato,
- pojištěnce, který po opravě nebo opatření nové kompenzační pomůcky může vykonávat dosavadní pojištěnou činnost,

- pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství z jakékoliv pojištěné činnosti k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, pokud ovšem nezačala pobírat tuto dávku dříve,
- pojištěnky, která byla v DPN v souvislosti s těhotenstvím a porodem, uplynutím šestého týdne po porodu, pokud není nadále dočasně práceneschopná z jiných důvodů,
- pojištěnce, kterému závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě, jestliže zjistí, že mu jeho zdravotní stav opět umožňuje o dítě pečovat,
- pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li DPN v ochranné lhůtě nebo trvá-li DPN po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i v případě, že pojištěnec není uchazečem o zaměstnání,
- pojištěnce, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu v den, který je vyznačen na rozhodnutí o vzniku DPN, aniž by prokázal existenci vážných důvodů, pro které se k ošetření či kontrole nemohl dostavit,
- pojištěnce, který je poživitelem starobního důchodu a jehož pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož v době DPN vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, a to nejpozději dnem, kterým podle písemného oznámení orgánu nemocenského pojištění zanikl nárok na nemocenské, pokud k ukončení DPN nedojde dříve (1, 6, 7).

Zákon č. 470/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, upřesňuje změny týkající se ukončování dočasné pracovní neschopnosti. Mezi ty nejdůležitější patří, že pokud ošetřující lékař po uplynutí 180 dnů DPN zjistí, že zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný a existuje předpoklad, že již nebude moci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, dočasnou pracovní neschopnost ukončí 30. kalendářním dnem po tomto zjištění. O tom, že dočasná pracovní neschopnost bude ukončena, a že tento předpoklad je důvodem pro lékařskou prohlídku zařízením závodní preventivní péče ze zdravotních důvodů, zašle sdělení zaměstnavateli, jehož povinností je neprodleně zajistit lékařskou prohlídku v zařízení závodní preventivní péče. Toto zařízení je povinno provést lékařskou prohlídku ze zdravotních důvodů a vydat ve lhůtě

7 dnů (v případě nutnosti došetření zdravotního stavu do 15 dnů) posudek o zdravotní způsobilosti nebo nezpůsobilosti dočasně práceneschopného pojištěnce vykonávat dosavadní činnost. Posudek je nutné zaslat nebo předat zaměstnanci, jeho ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli, který požádal o provedení této prohlídky (7, 33).

DPN končí ze zákona 30. dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl pojištěnec posudkem OSSZ uznán invalidním či 30. dnem ode dne následujícího po dni, v němž orgán rozhodující o invalidním důchodu obdržel rozhodnutí soudu. To se týká případů, kdy byl pojištěnec uznán invalidním na základě výsledku soudního řízení o žalobě. Orgán rozhodující o invalidním důchodu neprodleně písemně vyrozumí ošetřujícího lékaře o tom, ke kterému dni DPN končí a ten vyznačí den ukončení DPN z důvodu uznání invalidity na předepsaném formuláři.

Byl-li zaměstnanec uznán invalidním v prvním nebo druhém stupni a po ukončení DPN 30. dnem od uznání u něj nastala nebo trvá jiná porucha zdraví, než která byla důvodem původního uznání DPN (vznikly tedy jiné důvody pro uznání DPN), která neumožňuje pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost, ošetřující lékař vystaví nové rozhodnutí o vzniku DPN. Ošetřující lékař smí v tomto případě rozhodnout, že DPN pojištěnce vznikla v období delším než 3 kalendářní dny přede dnem, v němž DPN zjistil (7, 33).

DPN nebude ukončena u pojištěnce, který byl uznán invalidním v prvním nebo druhém stupni, pokud u něj nastala nebo trvá (po dni, v němž byl uznán invalidním) jiná porucha zdraví než ta, která byla důvodem uznání DPN. DPN nebude ukončena ani v případě, že nastaly či trvají jiné důvody, které by odůvodňovaly její uznání, a tato porucha nebo tyto důvody neumožňují pojištěnci vykonávat pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, jestliže pojištěná činnost skončila, a to i když pojištěnec uchazečem o zaměstnání není. V takovém případě DPN pokračuje dále. Ošetřující lékař je povinen stanovit den, od něhož DPN pokračuje z důvodů uvedených ve větě první.

Při nesouhlasu s rozhodnutím o ukončení DPN se může pojištěnec dovolávat přezkoumání rozhodnutí lékaře. Rozhodnutí o vzniku a ukončení DPN a rozhodnutí o změně režimu dočasně práceneschopného pojištěnce vydává ošetřující lékař na



předepsaných tiskopisech. Část tiskopisů, která je určena pro zaměstnavatele, nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy nebo jiný údaj, z něhož lze diagnózu dovodit (1, 6, 34).

Podpůrní doba pro poskytování nemocenského trvá nejdéle 380 kalendářních dnů ode dne vzniku DPN nebo nařízení karantény (včetně případných zápočtů předchozích pracovních neschopností), pokud není stanoveno jinak a její výše činí po celou dobu trvání 60% redukovaného denního vyměřovacího základu (35).

### **Režim dočasně práceneschopného pojištěnce a místo pobytu v době DPN**

Tento režim stanoví zaměstnanci ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku DPN a může jej změnit v souladu se změnou zdravotního stavu. Režim zahrnuje stanovení léčebného režimu, povinnost zdržovat se v době DPN v místě pobytu a dodržovat čas povolených vycházek, povolení vycházek, včetně jejich rozsahu a doby (pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tyto vycházky nevyklučuje), povolení změny místa pobytu v době DPN (pokud zdravotní stav pojištěnce a stanovený léčebný režim tuto změnu nevyklučuje) a provádění pracovní rehabilitace, pokud ji zabezpečuje úřad práce (1, 34).

Místem pobytu dočasně práceneschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku DPN nebo místo změny pobytu. O povolení vycházek, změny jejich rozsahu a doby a o změně místa pobytu v době DPN rozhoduje ošetřující lékař, avšak pouze na základě žádosti dočasně práceneschopného pojištěnce.

Vycházky může ošetřující lékař povolit pouze v rozsahu, který odpovídá zdravotnímu stavu, a který nenarušuje stanovený léčebný režim. Nejvyšší celkový rozsah vycházek činí 6 hodin denně, a to v době mezi 7. a 19. hodinou. Ve výjimečných případech smí ošetřující lékař, na žádost dočasně práceneschopného pojištěnce a po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění uděleného na základě žádosti ošetřujícího lékaře, povolit, aby si tento pojištěnec volil dobu vycházek podle svého aktuálního zdravotního stavu. Povolit tento způsob vycházek lze nejdříve po uplynutí 3 měsíců ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti a nejvýše na dobu 3 měsíců. Takto lze postupovat opakovaně, a to i na dobu delší 3 měsíců. Jedná

se o případy, kdy probíhající léčba, její vedlejší účinky nebo celkově závažný zdravotní stav neumožňují pojištěnci, aby využil pevně stanovenou dobu vycházek.

Změnit místo pobytu v době DPN smí pojištěnec pouze s předchozím souhlasem ošetřujícího lékaře. Tuto změnu z důvodu pobytu v cizině může ošetřující lékař povolit jen po předchozím písemném souhlasu příslušného orgánu nemocenského pojištění, kterým jsou okresní správy sociálního zabezpečení. O souhlas orgánu nemocenského pojištění žádá tento orgán pojištěnec sám (1, 6, 34).

### **Povinnosti a oprávnění pojištěnce**

Pojištěnec, který je dočasně práceneschopný, je povinen podle ust. § 64 zákona o nemocenském pojištění plnit následující: dodržovat režim dočasně práceneschopného, umožnit provedení kontroly dodržování režimu a poskytnout součinnost k provedení této kontroly, dostavit se ve stanoveném termínu k ošetřujícímu lékaři nebo k lékaři orgánu nemocenského pojištění ke kontrole posouzení zdravotního stavu a DNP, předkládat lékaři orgánu nemocenského pojištění doklady potřebné ke kontrole posouzení zdravotního stavu a DPN a za tím účelem též prokázat svou totožnost, podrobit se na výzvu orgánu nemocenského pojištění vyšetření zdravotního stavu lékařem orgánu nemocenského pojištění a vyšetření ve zdravotnickém zařízení, které tento orgán určí. Dočasně práceneschopný pojištěnec má dále povinnost oznámit orgánu nemocenského pojištění (případně zaměstnavateli, pokud kontrolu provedl zaměstnavatel) důvody své nepřítomnosti v místě pobytu v době kontroly dodržování režimu, dostavit se do určeného termínu po ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče k ošetřujícímu lékaři ke kontrole DPN a v případě, že mu brání vážné důvody, dohodnout s ošetřujícím lékařem v této lhůtě jiný termín. Důležité je sdělit ošetřujícímu lékaři při uznání DPN místo pobytu, na kterém se bude zdržovat, požádat předem ošetřujícího lékaře o povolení změny místa pobytu v době DPN, ošetřujícímu lékaři hlásit změny údajů o dosavadní pojištěné činnosti a o zaměstnavateli, odevzdat rozhodnutí o vzniku DPN při jejím ukončení ošetřujícímu lékaři a sdělit ošetřujícímu lékaři, kdo je jeho zaměstnavatelem nebo v případě, že má pojištěnec více zaměstnavatelů, sděluje všechny své zaměstnavatele. Má-li být uznána dočasná

pracovní neschopnost, musí předat ošetřujícímu lékaři písemné potvrzení orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné pojištěné činnosti. Podstatné je předat zaměstnavateli rozhodnutí o vzniku DPN či karantény a rozhodnutí o jejím ukončení, potvrzení o době jejího trvání, rozhodnutí o změně režimu dočasně práceneschopného pojištěnce a informovat zaměstnavatele předem o změně místa pobytu v době období prvních 21 kalendářních dnů DPN.

Pojištěnec je oprávněn požádat příslušný orgán nemocenského pojištění (popř. jde-li o příslušníka, též příslušný služební útvar) o informaci týkající se čerpání podpůrčí doby pro výplatu nemocenského (1, 6, 7).

### **Povinnosti a oprávnění zaměstnavatele**

Zaměstnavatel je z titulu účasti svých zaměstnanců na nemocenském pojištění povinen plnit povinnosti stanovené v nemocenském pojištění. Podle § 65 zákona o nemocenském pojištění je povinen sdělit ošetřujícímu lékaři údaje o lékaři závodní preventivní péče a pracovním zařazení, pracovní náplni i pracovních podmínkách pojištěnce. Zaměstnavatel je oprávněn dát příslušnému orgánu nemocenského pojištění podnět ke kontrole důvodnosti DPN nebo ke kontrole dodržování jejího režimu, požadovat od ošetřujícího lékaře údaje o místě pobytu, rozsahu a době vycházek a provést kontrolu režimu svého zaměstnance v období prvních 21 dnů DPN, ve zvláštních případech i déle (1, 6).

### **Posuzování pracovní schopnosti po uplynutí podpůrčí doby**

Lékař orgánu nemocenského pojištění, tedy posudkový lékař, posuzuje na základě žádosti dočasně práceneschopného pojištěnce podané orgánu nemocenského pojištění, zda lze očekávat, že tento pojištěnec po uplynutí podpůrčí doby (380 dní) nabude v krátké době pracovní schopnost, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti.

Pro posouzení je orgán nemocenského pojištění oprávněn požádat ošetřujícího lékaře o vyjádření ke zdravotnímu stavu pojištěnce a o předložení lékařských zpráv, nálezů, posudků a zpráv o průběhu nemoci. Ošetřující lékař je povinen této žádosti

vyhovět ve lhůtě 8 kalendářních dní od doručení žádosti, nestanoví-li orgán nemocenského pojištění lhůtu delší (1, 6).

### **1.1.3 Posuzování ve věci vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství**

V kompetenci zařízení závodní preventivní péče je rozhodnout o tom, zda jsou shledány důvody (uvedené v § 42 odst. 1 zákona o nemocenském pojištění) pro převedení těhotné pojištěnky, pojištěnky do konce devátého měsíce po porodu nebo pojištěnky, která kojí, na jinou práci či jiné místo, jestliže vyšetřením zjistí tyto důvody. Zařízení závodní preventivní péče následně vydá rozhodnutí na předepsaném tiskopisu (1, 6).

### **1.1.4 Posuzování ve věci peněžité pomoci v mateřství**

Ošetřující lékař je povinen pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství stanovit těhotné pojištěnce očekávaný den porodu a potvrdit jej na předepsaném tiskopise. Jeho povinností je potvrdit také to, že pojištěnka porodila, a den porodu v případě, že se pojištěnce peněžitá pomoc v mateřství nevyplácela přede dnem porodu. Musí potvrdit, že matka dítěte nemůže nebo nesmí o dítě pečovat pro závažné dlouhodobé onemocnění, pro které by byla uznaná dočasně práceneschopnou, kdyby byla pojištěnkou. Mimo to je povinen plnit povinnosti ošetřujícího lékaře uvedené v § 61 písm. t) a w) zákona o nemocenském pojištění (1, 6).

### **1.1.5 Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného**

Ošetřující lékař rozhodne o vzniku potřeby ošetřování, jestliže vyšetřením zjistí, že dítě mladší 10 let je nemocné či utrpělo úraz, nebo osoba, která dovršila aspoň 10 let, je nemocná případně utrpěla úraz, a její zdravotní stav vyžaduje ošetřování jinou osobou. Dále takto rozhodne v případě ženy, která porodila, vyžaduje-li z důvodu stavu v době bezprostředně po porodu nezbytné ošetřování jinou osobou, nebo u fyzické osoby, která

jinak pečuje o dítě mladší 10 let, ale onemocněla, utrpěla úraz nebo byla přijata do ústavní péče, a proto nemůže o dítě pečovat.

Podobné povinnosti, které zákon o nemocenském pojištění stanovuje ošetřujícímu lékaři na úseku posuzování DPN, má také lékař na úseku posuzování potřeby ošetřování. Obdobně to platí i pro povinnosti zdravotnického zařízení, povinnosti pojištěnce a oprávnění zaměstnavatele (viz § 69, 70, 71 a 72 ZNP).

Ošetřující lékař vydává na předepsaných tiskopisech rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování, rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování, potvrzení o potřebě péče či potvrzení o trvání potřeby ošetřování. Tyto tiskopisy nesmí obsahovat statistickou značku diagnózy nebo jiný údaj, z něhož lze diagnózu dovodit (1, 6).

### **Kontrola posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění**

Kontrolu provádí orgán nemocenského pojištění prostřednictvím svého lékaře. Jedná se o kontrolu správnosti postupu při posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování a vedení zdravotnické dokumentace. Dále také ověřuje plnění povinností ošetřujících lékařů při posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování.

Kontrola se provádí na pracovišti ošetřujícího lékaře nebo na jiném místě určeném lékařem orgánu nemocenského pojištění, a to zpravidla za osobní účasti posuzované osoby. Lékař orgánu nemocenského pojištění může určit, ve kterých případech není přítomnost posuzovaného pojištěnce potřebná. Povinností je součinnost obou lékařů při kontrole, tím se rozumí umožnění vstupu na pracoviště a práce s dokumentací.

Zjistí-li orgán nemocenského pojištění, že nejsou důvody pro trvání DPN nebo potřeby ošetřování, rozhodne o jejím ukončení, pokud ji neukončil ošetřující lékař. Rozhodnutí je vykonatelné dnem, který je v rozhodnutí uveden jako den ukončení DPN či potřeby ošetřování, ne však dříve než dnem jeho ústního vyhlášení přítomnému pojištěnci nebo písemného doručení nepřítomnému pojištěnci. Pokud se pojištěnec osobně nezúčastnil kontroly, aniž by prokázal existenci vážných důvodů své neúčasti, je rozhodnutí vykonatelné dnem této kontroly (1, 6, 34).

### **Kontrola dodržování režimu dočasně práceneschopného pojištěnce**

Kontrolu dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopného zaměstnance provádí orgán nemocenského pojištění jak z vlastního podnětu, tak z podnětu ošetřujícího lékaře pojištěnce nebo zaměstnavatele. Podá-li podnět k provedení této kontroly ošetřující lékař nebo zaměstnavatel, je orgán povinen provést kontrolu do 7 dnů od obdržení žádosti a o výsledku žadatele neprodleně písemně informovat. V případě zjištění porušení tohoto režimu zaměstnancem, zasílá orgán nemocenského pojištění záznam o kontrole dočasně práceneschopnému pojištěnci, ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli (1, 6, 34).

### **Součinnost zdravotnických zařízení a fyzických či právnických osob**

Zdravotnická zařízení jsou povinna za úhradu provést na žádost orgánu nemocenského pojištění vyšetření zdravotního stavu dané osoby. Její povinností je podrobit se vyšetření pro účely posuzování DPN či kontroly posuzování DPN a posuzování pracovní schopnosti po uplynutí podpůrní doby, jakožto vyšetření zdravotního stavu osoby pro účely posuzování potřeby ošetřování. Zdravotnická zařízení musí zpracovat lékařské podklady, jichž je třeba k posouzení zdravotního stavu, pracovní schopnosti a pro kontrolu DPN a potřeby ošetřování, v rozsahu určeném orgánem nemocenského pojištění (1, 6).

Zdravotnická zařízení jsou povinna lékaři orgánu nemocenského pojištění na jeho žádost bezplatně sdělit informace potřebné ke kontrole posuzování zdravotního stavu a DPN, umožnit lékaři orgánu nemocenského pojištění nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu zapůjčit lékaři orgánu nemocenského pojištění zdravotnickou dokumentaci, v rozsahu určeném orgánem nemocenského pojištění. Zdravotnické zařízení plní tyto povinnosti do termínu stanoveného orgánem nemocenského pojištění. Pakliže není určen, platí patnáctidenní lhůta ode dne, kdy obdrželo žádost.

Výše úhrady se řídí seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a cenovými rozhodnutími Ministerstva zdravotnictví. Úhradu poskytuje ten, kdo si

provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením. To platí i pro náhradu poštovného za zaslání zdravotnické dokumentace (6).

Důvodem vzniku DPN pojištěnce může být i poškození nebo ztráta ortopedické či kompenzační pomůcky, pro kterou nemůže vykonávat dosavadní pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Fyzické a právnické osoby, které provádějí nebo zprostředkovávají opravy či prodej ortopedických nebo kompenzačních pomůcek, mají povinnost na vyžádání bezplatně sdělit ošetřujícímu lékaři nebo orgánu nemocenského pojištění informace o termínu stanoveném pro opravu či pořízení nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiné informace, které přímo souvisí s posouzením DPN, vznikla-li z důvodu ztráty nebo poškození pomůcky (1, 6, 34).

### **Tiskopisy požívané v nemocenském pojištění**

**„Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“** obsahuje pět dílů:

#### **I. díl** – „Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“

Tento díl odesílá ošetřující lékař nejpozději třetí pracovní den, který následuje po dni, v němž bylo vydáno rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti OSSZ příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře. U příslušníků ozbrojených složek je tento díl zasílán příslušnému služebnímu orgánu (Ministerstvu obrany, Ministerstvu vnitra).

#### **II. díl** – „Průkaz práceneschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“ (žlutý pruh)

Druhý díl rozhodnutí předává ošetřující lékař při vzniku dočasné pracovní neschopnosti pojištěnci, který jej má po celou dobu trvání neschopnosti u sebe a v případě potřeby se jím dále prokazuje. Při ukončení dočasné pracovní neschopnosti pojištěnec tento díl odevzdá ošetřujícímu lékaři, a ten doplní datum ukončení nebo poslední den trvání pracovní neschopnosti i konečnou diagnózu. Následně jej odešle příslušné OSSZ případně služebnímu orgánu, a to nejpozději třetí pracovní den následující po dni, ve kterém bylo rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti vydáno (1, 36).

**III. díl** – „Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ (modrý pruh)

Ošetřující lékař tento díl předává pojištěnci spolu s II. a zpravidla i IV. dílem rozhodnutí při vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Slouží zaměstnanci jako doklad k uplatnění nároku na náhradu mzdy nebo služebního příjmu a omluvení nepřítomnosti v práci (1, 36).

**IV. díl** – „Žádost o nemocenské“ (růžový pruh)

Čtvrtým dílem uplatňuje zaměstnanec nárok na nemocenské, pokud jeho dočasná pracovní neschopnost trvá více než 21 kalendářních dnů. Zaměstnanec následně tento díl předá svému zaměstnavateli. Zaměstnavatel jej spolu s vyplněným tiskopisem „Příloha k žádosti o nemocenské“ a dalším potvrzením o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zašle příslušné OSSZ. Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné (tedy OSVČ a zahraniční zaměstnanci) předávají IV. díl spolu s potvrzením o trvání dočasné pracovní neschopnosti (popř. rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti) přímo příslušné OSSZ.

Vznikla-li pracovní neschopnost úrazem, je nutné doložit, že nevznikla např. jako bezprostřední následek opilosti (§ 31 zákona o nemocenském pojištění). Jde o případy, kdy nemocenské náleží jen v poloviční výši. Pro tyto situace se používá „Záznam o úrazu“ nebo zaměstnanec písemně prohlásí, jakým způsobem k úrazu došlo (1, 36).

**V. díl** – „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli“ (růžový pruh)

Ošetřující lékař předává V. díl pojištěnci v den, ve kterém rozhodl o ukončení DPN, kde vyplní poslední den trvání dočasné pracovní neschopnosti. Zaměstnanec následně předává toto rozhodnutí svému zaměstnavateli. Je-li dočasná pracovní neschopnost kratší než 22 kalendářních dnů, ponechá si tento doklad zaměstnavatel pro účely výplaty náhrady mzdy. Byla-li pracovní neschopnost delší než 21 kalendářních dnů, zašle zaměstnavatel po doplnění části „Záznamy zaměstnavatele“ tento díl příslušné OSSZ (1, 36).



### **„Náhradní hlášení“**

Jedná se o tiskopis, který vystavuje ošetřující lékař v případě, že došlo ke ztrátě některého z dílů rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, případně k jeho znehodnocení. Na něm vyznačí, který díl rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti se nahrazuje a vyplní pouze údaje, které příslušný díl obsahuje. Tiskopis neobsahuje části, které vyplňuje pojištěnec a zaměstnavatel. Pokud jde o náhradu IV. nebo V. dílu, uvede zaměstnavatel a pojištěnec potřebné informace pro výplatu nemocenského na druhé straně tiskopisu, případně na přiloženém volném listě (1, 36).

### **„Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“**

Ošetřující lékař na tomto tiskopise uvádí datum vzniku a ukončení potřeby ošetřování nemocné osoby a také vznik potřeby péče o zdravé dítě ve věku do 10 let z důvodu onemocnění osoby, která jinak o dítě pečuje, nebo v případě nařízení karantény. Tiskopis obsahuje následující díly:

#### **I. díl – Rozhodnutí o vzniku potřeby ošetřování (péče) – žádost o ošetřovné**

První díl předává ošetřující lékař osobě, která potřebuje ošetřování nebo osobě, která z důvodu onemocnění či karantény nemůže zabezpečit péči o dítě ve věku do 10 let. Jde-li o nemocné dítě, předává tiskopis osobě, která je k ošetření doprovází. Pojištěnec uplatňující nárok na ošetřovné předává tento doklad svému zaměstnavateli, který jej následně spolu s dalšími tiskopisy předá příslušné OSSZ (1, 36).

#### **II. díl – Rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)**

Ve druhém díle ošetřující lékař doplní poslední den potřeby ošetřování (péče) a předá jej osobě, která potřebovala ošetřování (osobě, která ji doprovází) či osobě, která nemohla z důvodu onemocnění či karantény pečovat o dítě do 10 let věku. Lékař může rozhodnout o ukončení potřeby ošetřování nejvýše tři kalendářní dny dopředu ode dne, kdy vyšetřením zjistil, že tato potřeba pominula, resp. pomine. Pojištěnec vyplní údaje v části B tohoto dílu rozhodnutí. Tiskopis předá svému zaměstnavateli, který jej po doplnění údajů v části C zašle příslušné OSSZ (1, 36).

### **„Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“**

Jedná se o potvrzení trvání DPN ošetřujícím lékařem, trvá-li tato neschopnost déle než 21 kalendářních dnů. Lékař je povinen pro účely náhrady mzdy potvrdit její trvání vždy k 21. kalendářnímu dni ode dne jejího vzniku. Přestože zákon blíže nespecifikuje, ke kterému dni a v jakém intervalu má lékař potvrzovat trvání dočasné pracovní neschopnosti či karantény pro účely výplaty nemocenského, je třeba vycházet z toho, že nemocenské představuje náhradu ušlého výdělku z důvodu dočasné pracovní neschopnosti, a proto by mělo být toto potvrzení ošetřujícím lékařem vystavováno zpravidla jedenkrát za měsíc. Není však nezbytné, aby bylo vystavováno vždy k poslednímu dni kalendářního měsíce (1, 37).

OSSZ vyplácení nemocenské průběžně, dávky k výplatě jsou bankám předávány zpravidla každý pracovní den. Ošetřující lékař tedy může vystavit toto potvrzení k jakémukoli dni v kalendářním měsíci.

Zaměstnanec následně předá toto potvrzení, stejně jako v předchozím případě, svému zaměstnavateli a osoba samostatně výdělečně činná nebo zahraniční zaměstnanec jej předává příslušné OSSZ.

„Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“ vystavené k 21. kalendářnímu dni si zaměstnavatel ponechává a použije jej jako podklad pro výplatu náhrady mzdy za prvních 21 kalendářních dnů trvání DPN. Další potvrzení následně předává zaměstnavatel spolu se IV. (případně i s III.) dílem žádosti o nemocenské a vyplněným tiskopisem „Příloha k žádosti o dávku“ bez prodlení příslušné OSSZ. Podklady k výplatě nemocenského je zaměstnavatel povinen předávat příslušné OSSZ neprodleně, čili je jeho povinností je zasílat průběžně během měsíce (1, 37).

### **„Žádost o peněžitou pomoc v mateřství“**

Ošetřující lékař, v tomto případě gynekolog, vyplňuje pouze část A tiskopisu, kde potvrzuje těhotné pojištěnce pravděpodobný den porodu. Pojištěnka vyplňuje část B. V případě úmrtí matky či jejího závažného dlouhodobého onemocnění, při kterém se nemůže o dítě adekvátně starat nebo z rozhodnutí příslušného orgánu, se na základě dohody mezi matkou a manželem či otcem dítěte uplatňuje nárok na peněžitou pomoc v mateřství při převzetí dítěte do péče, a to žádostí se stejným názvem (6).

Dohoda matky a manžela (případně otce dítěte) musí být písemná, musí obsahovat zákonem stanovené údaje a lze ji uzavřít nejdříve po ukončení 6. týdne po porodu (1, 32).

### **„Žádost o vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství“**

V části A tiskopisu potvrzuje ošetřující lékař (gynekolog) pravděpodobný den porodu. Praktický lékař nebo lékař závodní preventivní péče následně vydává v části B (bodu 2) rozhodnutí o tom, že zaměstnankyně nemůže vykonávat dosavadní práci, protože ohrožuje její těhotenství, mateřství nebo kojení. Skutečnost, že zaměstnankyně koná práci zakázanou těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a kojícím ženám, potvrzuje zaměstnavatel v části B bodu 1 a v části C tohoto tiskopisu. Pokud zaměstnankyně vyplnila část D tiskopisu, pak jej spolu s vyplněnou „Přílohou k žádosti o dávku nemocenského pojištění“ předává zaměstnavatel neprodleně příslušné OSSZ.

Zaměstnavatel je dále povinen každý měsíc, ve kterém trvá převedení zaměstnankyně na jinou práci, zaslat příslušné OSSZ další vyplněný tiskopis, a to „Potvrzení pro účely výplaty vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství“. Důvodem je stanovení rozdílu mezi denním vyměřovacím základem zaměstnankyně před převedením na jinou práci a započitatelným příjmem připadajícím na jeden kalendářní den v kalendářním měsíci převedení (1, 6, 32).

## 1.2 Slovensko

System sociálního zabezpečení na Slovensku se skládá z nemocenského (zdravotního) pojištění, ze sociálního pojištění, ze systému penzijního spoření a zahrnuje státní sociální podporu určenou rodinám i dávky sociální podpory. Zaměstnavatel platí příspěvky na nemocenské pojištění, starobní pojištění a pojištění pro případ ztráty zaměstnání za zaměstnané osoby formou srážek ze mzdy (22).

### **Lékařská posudková činnost při výkonu sociálního pojištění obecně**

Lékařská posudková činnost při výkonu sociálního pojištění se člení na lékařskou posudkovou činnost *nemocenského pojištění*, *důchodového pojištění* a *úrazového pojištění* (68). Problematiku lékařské posudkové činnosti řeší zákon č. 461/2003 Z.z., o sociálním poistění (10).

Lékařská posudková činnost nemocenského pojištění s ohledem na účelné vynakládání prostředků na nemocenské pojištění zahrnuje kontrolu posuzování způsobilosti k práci ošetřujícím lékařem a dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopného pojištěnce.

Lékařská posudková činnost důchodového pojištění obsahuje posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a poklesu schopnosti vykonávat výdělečnou činnost a také posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezaopatřeného dítěte, posuzování nemoci a stavu nezaopatřeného dítěte, které vyžaduje zvláštní péči.

Lékařská posudková činnost úrazového pojištění zahrnuje posuzování poklesu pracovní schopnosti, posuzování zdravotní způsobilosti poškozeného absolvovat rehabilitaci nebo rekvalifikaci pro účely opětovného zařazení do pracovního procesu, kontrolu bodového ohodnocení pracovního úrazu a nemoci z povolání pro účely náhrady za bolest a náhrady za ztížení společenského uplatnění ve sporných případech, dále také posuzování účelnosti vynaložených nákladů spojených s léčením, za které se považují náklady na léčiva a léky, zdravotnické prostředky, potraviny pro zvláštní léčebné účely či doprava poškozeného spojená s léčením (15, 69).

Lékařskou posudkovou činnost při výkonu sociálního pojištění provádí posudkový lékař sociálního pojištění příslušné pobočky Sociální pojišťovny „Sociálnej poisťovne“ a posudkový lékař sociálního pojištění Ústředí sociální pojišťovny „Ústredia Sociálnej poisťovne“. Kontrolu dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopného pojištěnce provádí určený zaměstnanec Sociální pojišťovny.

Lékařská posudková činnost při výkonu sociálního pojištění se provádí za osobní účasti pojištěnce nebo poškozeného. Posudkový lékař při výkonu lékařské posudkové činnosti spolupracuje s praktickým lékařem, ošetřujícím lékařem a také s revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Výkon lékařské posudkové činnosti je podmíněn získáním odborné způsobilosti posudkového lékaře, který musí mít specializaci v oboru posudkové lékařství nebo musí být zařazen do specializačního studia v tomto oboru.

Posudkový lékař kontroluje zdravotní výkony pro účely sociálního pojištění vykazované pobočce Sociální pojišťovny zdravotnickými zařízeními s ohledem na účelné vynakládání prostředků sociálního pojištění (15, 69).

### **1.2.1 Lékařská posudková činnost nemocenského pojištění**

#### **Kontrola posuzování způsobilosti k práci**

Kontrola posuzování způsobilosti k práci zahrnuje kontrolu odborné úrovně posuzování způsobilosti k práci ošetřujícím lékařem a kontrolu diagnostického a léčebného procesu ve vztahu k délce dočasné pracovní neschopnosti. Ve sporných případech zahrnuje kontrolu potřeby ošetřování nebo péče pro poskytování ošetřovného a potřeby přeřazení na jinou práci pro poskytování vyrovnávací dávky (15).

Mezi posuzované osoby patří pojištěnci uznání jako dočasně neschopní práce, kterým bylo nařízeno karanténní opatření, dále osoby, jež vyžadují ošetřování či péči pojištěnce a zaměstnankyně přeřazené na jinou práci pro účely vyrovnávací dávky.

Kontrolu posuzování způsobilosti k práci provádí posudkový lékař Sociální pojišťovny, a to pobočky příslušející místu výkonu práce ošetřujícího lékaře. Tato kontrola se provádí na pracovišti ošetřujícího lékaře, v odůvodněných případech ji lze provést i na jiném místě určeném dohodou mezi posudkovým a ošetřujícím

lékařem. Kontrola posuzování způsobilosti k práci se provádí ve lhůtách určených posudkovým lékařem. Pokud jde o dočasnou pracovní neschopnost posuzované osoby, provádí se nejméně jednou za čtyři týdny trvání této neschopnosti (10, 68).

S ohledem na účelné vynakládání prostředků na nemocenské pojištění se kontrola posuzování způsobilosti k práci provádí u osob, kterým vznikl nárok na poskytování některé dávky nemocenského pojištění (neposkytuje se tedy např. osobám, které nemají nárok na nemocenské, jsou evidovány na úřadu práce apod.).

K provedení kontroly posuzování způsobilosti k práci je ošetřující lékař povinen předložit potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti, zdravotní dokumentaci posuzované osoby, umožnit provedení kontroly v termínu určeném posudkovým lékařem, předvolat posuzovanou osobu na kontrolu, pokud posudkový lékař neurčí jinak, doplnit vyšetření a zajistit ústavní léčení posuzované osoby, pokud o to písemně požádá posudkový lékař a nebrání-li tomu závažné důvody, projednat trvání dočasné pracovní neschopnosti posuzované osoby, pokud trvá déle než 21 dní. Ošetřující lékař je také povinen projednat s pobočkou vývoj obnovy pracovní schopnosti každého pojištěnce, jehož dočasná pracovní neschopnost trvá déle než 26 týdnů a také projednat s touto pobočkou vývoj obnovy pracovní schopnosti pojištěnce, jehož dočasná pracovní neschopnost má trvat déle než 52 týdnů.

Za porušení uvedených povinností může Sociální pojišťovna ve smyslu § 239 zákona o sociálním pojištění uložit pokutu až do výše 16 596,96 eur. Při ukládání pokuty přihlíží Sociální pojišťovna k závažnosti porušení povinností stanovených tímto zákonem (10, 68).

### **Kontrola dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopným pojištěncem**

Dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopným pojištěncem, který určil ošetřující lékař, organizuje posudkový lékař a kontroluje určený zaměstnanec Sociální pojišťovny. Posudkový lékař a určený zaměstnanec provádějící kontrolu dodržování léčebného režimu jsou povinni zejména v součinnosti s ošetřujícím lékařem provádět výběr dočasně práceneschopných pojištěnců, u nichž se má provést kontrola s ohledem na diagnostické a terapeutické postupy, nemoci a úrazy, na délku trvání dočasné

pracovní neschopnosti a jiné závažné skutečnosti. Dále informují dočasně práceneschopné pojištěnce o jejich právech a povinnostech v souvislosti s nemocenskými dávkami a v souvislosti s uznáním dočasné pracovní neschopnosti. Na potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti uvádějí, kdy a kde provedli kontrolu, oznámí ošetřujícímu lékaři porušení léčebného režimu, přičemž se vždy prokazují pojištěnci oprávněním k provedení kontroly (15).

Kontrolu dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopného pojištěnce lze provést na podnět jak posudkového lékaře, ošetřujícího lékaře, zaměstnavatele, tak i jiné fyzické nebo právnické osoby.

Tato kontrola se provádí v bytě pojištěnce s jeho souhlasem nebo na místě, kde je předpoklad, že se dočasně práceneschopný pojištěnec zdržuje. Posudkový lékař příslušné pobočky organizuje a určený zaměstnanec Sociální pojišťovny vykonává kontrolu dodržování léčebného režimu dočasně práceneschopným pojištěncem od prvního dne dočasné pracovní neschopnosti (10, 68).

### **1.2.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely dávky nemocenské**

Nemocenská dávka je dávkou, která se poskytuje pojištěnci, pokud byl pro nemoc nebo úraz uznán dočasně práceneschopným pro výkon výdělečné činnosti nebo mu bylo nařízeno karanténní opatření. Nárok na tuto dávku mají zaměstnanci, povinně nemocensky pojištěné osoby, dobrovolně nemocensky pojištěné osoby a fyzické osoby, kterým vznikla dočasná pracovní neschopnost po zániku nemocenského pojištění v ochranné lhůtě.

Nárok na nemocenské vzniká zaměstnanci od 11. dne dočasné pracovní neschopnosti, při zániku nemocenského pojištění před uplynutím 10. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, ode dne následujícího po dni zániku nemocenského pojištění a v ochranné lhůtě od prvního dne dočasné pracovní neschopnosti. V případě povinně nemocensky pojištěných osob i osob dobrovolně nemocensky pojištěných nárok vzniká od 1. dne dočasné pracovní neschopnosti (71).

Nárok na nemocenské zaniká ukončením dočasné pracovní neschopnosti, nejpozději však uplynutím 52 týdnů od jejího vzniku, tedy uplynutím *podpůrného období*, dále dnem nabytí právoplatnosti rozhodnutí soudu, podle kterého byl pojištěnec pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin, v jehož důsledku se stal dočasně práceneschopným, a dnem smrti pojištěnce (71).

Nemocenská dávka se počítá z denního vyměřovacího základu (DVZ) podle délky trvání pracovní neschopnosti a její výše činí 25 % DVZ za první 3 kalendářní dny pracovní neschopnosti, od 4. dne dosahuje 55 % DVZ. Čekací doba se vyžaduje pouze u dobrovolně pojištěných osob (45).

### **Práva pojištěnce**

Pojištěnec má právo uplatnit nárok na nemocenské a jeho výplatu a také požádat o vystavení potvrzení o nemocenských dávkách, o nároku na jeho výplatu, o vystavení formuláře E 104, pokud uplatňuje nárok na peněžitou dávku v nemoci v jiném členském státě EU, kde je nárok na tuto dávku podmíněn získáním určitého období nemocenského pojištění.

Mezi jeho povinnosti patří uvádět v žádostech rodné číslo (identifikační číslo sociálního zabezpečení), příslušné pobočce prokázat skutečnosti rozhodné pro vznik, trvání a zánik nároku na dávku, nárok na její výplatu a její částku. Po písemné výzvě Sociální pojišťovny je povinen prokázat tyto skutečnosti do 8 dnů ode dne doručení výzvy, pokud ta neurčila jinou lhůtu. Vznik nároku na nemocenské se prokazuje zejména žádostí o nemocenské. Pokud dočasná pracovní neschopnost vznikne v důsledku úrazu, má pojištěnec povinnost předložit k potvrzení vyplněný tiskopis „Hlášení úrazu pro účely nemocenského“. Trvání nároku na nemocenské se prokazuje především předložením „Průkazu o trvání dočasné pracovní neschopnosti“, který vystaví ke konci kalendářního měsíce ošetřující lékař pojištěnce. Lhůta pro doručení na pobočku Sociální pojišťovny je do 3. dne následujícího kalendářního měsíce, v opačném případě hrozí, že nemocenské bude vyplaceno s měsíčním zpožděním (10, 68).



### **Povinnosti dočasně práceneschopného pojištěnce**

Dočasně práceneschopný příjemce nemocenské dávky je ve smyslu § 227 odst. 2 až 4 zákona o sociálním pojištění povinen účastnit se kontroly posuzování způsobilosti k práci během trvání DPN, zdržovat se během DPN na adrese uvedené v žádosti o přiznání nemocenského, během trvání DPN dodržovat léčebný režim určený ošetřujícím lékařem, oznámit Sociální pojišťovně ukončení neschopnosti do tří dnů ode dne jejího skončení, pokud trvala více než deset dní a plnit další povinnosti stanovené zákonem (10, 68).

Pojištěnec je také povinen prokázat příslušné organizační složce Sociální pojišťovny skutečnosti rozhodné pro vznik, trvání a zánik nároku na dávku a nároku na její výplatu. Příjemce dávky je povinen do osmi dnů oznámit příslušné organizační složce Sociální pojišťovny změnu ve skutečnostech rozhodných pro trvání nároku na dávku, zánik nároku na dávku, nárok na její výplatu a její částku. Pokud byl pojištěnec nebo příjemce dávky písemně vyzván příslušnou organizační složkou, aby prokázal tyto skutečnosti, je povinen výzvě vyhovět ve lhůtě osmi dnů ode dne doručení výzvy, pokud není určeno jinak. Pojištěnec je povinen do osmi dnů písemně oznámit příslušné organizační složce Sociální pojišťovny změnu jména a příjmení a příjemce dávky i změnu adresy.

Za porušení uvedených povinností může Sociální pojišťovna ve smyslu § 239 zákona o sociálním pojištění uložit pokutu. Pokud pojištěnec poruší léčebný režim, nemá nárok na výplatu nemocenského ode dne jeho porušení po skončení dočasné pracovní neschopnosti, nejvýše v rozsahu 30 dnů ode dne porušení léčebného režimu určeného lékařem (10, 68).

### **Povinnosti zaměstnavatele**

Zaměstnavatel je povinen postoupit pobočce Sociální pojišťovny II. díl potvrzení, pokud dočasná pracovní neschopnost zaměstnance trvá déle než 10 dní a předložit „Potvrzení zaměstnavatele o zaměstnanci pro účely uplatnění nároku na nemocenskou dávku“ na individuální vyžádání pobočky Sociální pojišťovny z důvodu,

že neviduje údaje o zaměstnanci (vyměřovací základy, registrační údaje) potřebné k posouzení nároku na nemocenskou dávku (71).

### **Povinnost ošetřujícího lékaře**

Ošetřující lékař je povinen potvrzovat dočasnou pracovní neschopnost pojištěnci z důvodu jeho dočasné pracovní neschopnosti, a to na formuláři určeném Sociální pojišťovnou (71).

### **Povinnosti Sociální pojišťovny**

Mezi povinnosti Sociální pojišťovny patří provádět nemocenské pojištění v souladu s platnými právními předpisy, koordinačními předpisy EU a mezinárodními smlouvami, rozhodnout o nároku na nemocenskou dávku do 60 dnů od zahájení řízení (doručení žádosti o nemocenské místně příslušné pobočce Sociální pojišťovny), v mimořádně složitých případech prodloužit lhůtu o dalších 60 dnů, přičemž o této skutečnosti účastníka uvědomí, vyplácet nemocenské ve lhůtách určených pobočkou, vydávat na žádost pojištěnce potvrzení o nároku na dávku, nároku na její výplatu a potvrzení o částce nemocenského, stejně tak na žádost vystavit E formuláře vztahující se k dávkám v nemoci a mateřství (71).

#### **1.2.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely mateřské**

„Materské“ (mateřská) je dávka nemocenského pojištění, poskytovaná z důvodu těhotenství nebo péče o narozené dítě. Ošetřující lékař vydává těhotné pojištěnce potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství a mateřství na určeném tiskopise. Zaměstnavatel následně předkládá „Potvrzení zaměstnavatele o zaměstnanci pro účely uplatnění nároku na nemocenskou dávku“, a to na individuální vyžádání pobočky Sociální pojišťovny v případě, že neviduje údaje o zaměstnankyni potřebné k posouzení nároku na tuto dávku (70).

#### **1.2.4 Posuzování zdravotního stavu pro účely ošetřovného**

„Ošetřovné“ (ošetřovné) je dávka poskytovaná z důvodu osobního a celodenního ošetřování nemocného dítěte, nemocného manžela či nemocné manželky, nemocného rodiče nebo nemocného rodiče manžela (manželky) nebo z důvodu osobní a celodenní péče o zdravé dítě do deseti let věku. Ošetřující lékař je povinen potvrdit dočasnou pracovní neschopnost z důvodu potřeby ošetřování nemocného člena rodiny na určeném formuláři sociálního zabezpečení a zaměstnavatel předkládá „Potvrzení zaměstnavatele o zaměstnanci pro účely uplatnění nároku na nemocenskou dávku“ na individuální vyžádání pobočky Sociální pojišťovny v případě, že neeviduje údaje o zaměstnanci potřebné k posouzení nároku na tuto dávku, jako jsou registrační údaje nebo vyměřovací základy.

Potřeba ošetřování nebo péče na poskytování ošetřovného je ve sporných případech v rámci kontroly posuzování způsobilosti k práci kontrolována posudkovým lékařem sociálního pojištění (72).

#### **1.2.5 Posuzování zdravotního stavu ve věci vyrovnávací dávky**

„Vyrovnávací dávka“ (vyrovnávací dávka) je dávka poskytovaná zaměstnankyni, která je z důvodu těhotenství přeřazena na jinou práci, protože práce, kterou předtím vykonávala, je podle zvláštního právního předpisu těhotným ženám a ženám do konce devátého měsíce po porodu zakázána nebo podle lékařského posudku ohrožuje její těhotenství či mateřství, a při práci, na kterou je přeřazena, dosahuje bez svého zavinění nižšího příjmu než při práci, kterou vykonávala před přeřazením.

Stejně jako v předchozích případech je ošetřující lékař povinen potvrdit dočasnou neschopnost výkonu výdělečné činnosti z důvodu těhotenství a mateřství určeném na tiskopise a zaměstnavatel předkládá v případě vyžádání pobočky Sociální pojišťovny „Potvrzení zaměstnavatele o zaměstnanci pro účely uplatnění nároku na nemocenskou dávku“ (73).

## **Tiskopisy používané v nemocenském pojištění**

### **„Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti“**

Jedná se o pětidílný tiskopis Sociální pojišťovny, který vystaví ošetřující lékař zdravotnického zařízení při zjištění dočasné pracovní neschopnosti. Pojištěnci lékař předá:

**I. díl** potvrzení: „Legitimácia dočasne práceneschopného poistenca“ – tímto dílem se pojištěnec prokazuje zaměstnanci Sociální pojišťovny provádějícímu kontrolu dodržování léčebného režimu a lékař na něm vyznačuje datum kontroly. Po ukončení dočasné pracovní neschopnosti ho pojištěnec předává lékaři (71).

**II. díl** potvrzení: „Žiadosť o nemocenské/úrazový príplatok“ – tímto dílem pojištěnec uplatňuje nárok na dávku, přičemž před předáním zaměstnavateli či odesláním Sociální pojišťovně je povinen vyznačit, o jakou dávku žádá (nemocenské případně úrazový příplatek), zapsat údaje v prohlášení a podepsat jej (71).

**II a. díl** potvrzení: „Žiadosť o náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti“ – zaměstnanec tímto dílem uplatňuje nárok na náhradu příjmu u zaměstnavatele (71).

**IV. díl** potvrzení: „Hlásenie zamestnávateľovi a pobočke Sociálnej poisťovne o ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti“ – po podepsání prohlášení je pojištěnec povinen neprodleně zaslat tento díl pobočce, která vyplácí nemocenské. V případě, že DPN trvala maximálně 10 dní, pak zaměstnanec tento díl odevzdává svému zaměstnavateli.

Jestliže ošetřující lékař uzná pojištěnce za dočasně práceneschopného z více nemocenských pojištění, vystaví potvrzení zvlášť pro každé z nich (71).

Zaměstnanec předá II. díl potvrzení pobočce pouze v případě, že dočasná pracovní neschopnost trvala více než 10 kalendářních dnů, a to prostřednictvím svého zaměstnavatele, který vypíše a podepíše potvrzení zaměstnavatele. Povinně nemocensky pojištěna samostatně výdělečně činná osoba, dobrovolně nemocensky

pojištěná osoba a osoba v ochranné lhůtě předloží II. díl potvrzení pobočky Sociální pojišťovně, která provádí nebo naposledy vykonávala její nemocenské pojištění (71).

#### **„Žiadosť o materské“**

Tento tiskopis Sociální pojišťovny vystaví ošetřující lékař zdravotnického zařízení zpravidla na začátku osmého až šestého týdne před očekávaným dnem porodu. Žádá-li o mateřské jiný pojištěnec nežli matka, která dítě porodila, poskytne ji příslušná pobočka Sociální pojišťovny (70).

#### **„Žiadosť o ošetrovné“**

Jedná se o dvoudílný tiskopis, který vystaví lékař zdravotnického zařízení při zjištění potřeby osobního a celodenního ošetřování nebo péče.

**I. díl** žádosti – tímto dílem pojištěnec uplatňuje nárok na dávku, přičemž před odesláním Sociální pojišťovně je povinen vyznačit údaje v prohlášení a podepsat jej.

**II. díl** žádosti – představuje potvrzení o skončení potřeby ošetřování či péče (72).

#### **„Žiadosť o vyrovnávaciu dávku“**

„Žiadosť o vyrovnávaciu dávku“ je tiskopis Sociální pojišťovny, který vystaví ošetřující lékař zdravotnického zařízení při zjištění potřeby přeřazení na jinou práci. Tímto formulářem pojištěnka uplatňuje svůj nárok na vyrovnávací dávku (73).

### **1.3 Polsko**

Pracovní neschopnost řeší zákon z roku 1998 „o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych“ (o důchodech a dávkách z Fondu sociálního zabezpečení), a zákon z roku 1999 „o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa“ (o peněžitých dávkách ze sociálního pojištění pro případ nemoci a mateřství).

Peněžité dávky, které se poskytují pro případ nemoci a mateřství, spadají do nemocenského pojištění a zahrnují nemocenské dávky, poskytování dávek rehabilitace, vyrovnávací příspěvek, peněžité dávky v mateřství a příspěvek na péči (12).

#### **Rozhodování o pracovní neschopnosti obecně**

Práceschopná, ve smyslu zákona „o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych“, je osoba, která zcela nebo zčásti ztratila výdělečné schopnosti v důsledku poškození organismu a má malou šanci znovu získat schopnost pracovat. Zcela v pracovní neschopnosti je člověk, který ztratil schopnost vykonávat jakoukoliv práci. Částečně práceschopná je osoba, která do značné míry ztratila schopnost pracovat v souladu s úrovní kvalifikace.

Pracovní neschopnost zpravidla nepřesahuje 5 let. Pracovní neschopnost se schvaluje na dobu delší než 5 let, pokud podle dosavadních znalostí medicíny neexistuje možnost znovu získat pracovní schopnost před uplynutím této lhůty.

Zachování schopnosti pracovat za podmínek stanovených v nařízení o pracovní a sociální rehabilitaci a zaměstnávání osob se zdravotním postižením nebrání uznání plné pracovní neschopnosti.

Neschopnost žít samostatně představuje stav, kdy došlo k poškození organismu v takové míře, která vyžaduje trvalou nebo dlouhodobou péči jiné osoby při plnění základních potřeb (74).

### **1.3.1 Rozhodování ve věci pracovní neschopnosti**

Prohlášením pracovní neschopnosti pro účely stanovení nároku na dávky, které přímo závisí na zjištění pracovní neschopnosti a neschopnosti žít samostatně, je v kompetenci ošetřujících lékařů a lékařské komise „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych“ (odbor sociálního pojištění) (74).

#### **Hodnocení pracovní neschopnosti**

Posuzování pracovní neschopnosti i určení jejího stupně provádí ošetřující lékař a musí obsahovat náležitosti jako je datum vzniku pracovní neschopnosti, dobu trvání nebo předpokládanou dobu trvání pracovní neschopnosti, její příčinu, možnost žít samostatně a příležitost pro rekvalifikaci. Výsledek se odevzdává k odbornému posouzení lékaři „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych“.

Proti rozhodnutí odborného lékaře může pojištěnec vznést námitky u lékařské komise odboru ZUS do 14 dnů od obdržení rozhodnutí. Námitky se podávají prostřednictvím příslušné organizační jednotky v místě bydliště pojištěnce. Lékařská komise nebere zřetel na námitky podané po této lhůtě. Ve zvláštních případech může odbor ZUS na žádost dotyčné osoby obnovit termín pro vznesení námítky.

Předseda odboru může do 14 dnů od vydání rozhodnutí odborného lékaře podat námitku a předat rozsudek k projednání lékařské komisi. Organizační jednotka ministerstva tak neprodleně informuje zaměstnance o podání námítky. Lékařská komise je zpravidla tříčlenná a rozhoduje ve formě rozsudku (24).

Při posuzování míry a stupně poškození zdravotního stavu a prognózy pro obnovení pracovní schopnosti ošetřující lékař a odborná lékařská komise berou na zřetel:

- stupeň poškození těla a schopnost obnovit potřebné dovednosti léčbou a rehabilitací,
- schopnost vykonávat předchozí práci nebo jinou práci nebo jinou práci s potřebou rekvalifikace, a to s ohledem na druh a povahu prováděné činnosti, úroveň vzdělání, věk a psychofyzické předpoklady.

Odborný lékař a lékařská komise vydá rozhodnutí na základě dodané dokumentace k žádosti až po fyzické kontrole zdravotního stavu pojištěnce. Toto rozhodnutí však mohou vydat i bez přímého zkoumání zdravotního stavu zaměstnance, pokud jsou součástí žádosti veškeré potřebné záznamy. V případě potřeby může komise požádat o doplnění dokumentace, zejména o názory specialistů z řad konzultantů nebo psychologů či doplnění o jiná vyšetření a testy. Specialisté hodnotí zdravotní stav pojištěnce přímým zkoumáním a analýzou již získaných zdravotních záznamů. Důraz je kladen na to, aby odborníci měli patřičné vzdělání ve svém oboru a prošli atestací. Zároveň nesmí dojít k tomu, aby byl ošetřující lékař pojištěnce členem posudkové komise (11, 74).

Pobočka ministerstva v předem stanovené lhůtě ukládá pojištěnci povinnost podrobit se veškerým potřebným odborným vyšetřením. V případě nesplnění této povinnosti bez zjevného důvodu je pojištěnec písemně vyrozuměn o důsledcích svého jednání.

Pokud zdravotní stav uvedený v osvědčení o zdravotní způsobilosti brání v osobní účasti na prohlídce, může být tato prohlídka provedena v místě pobytu pojištěnce, a to s jeho předchozím svolením. Odmítnutí této prohlídky bez zjevné příčiny vede k odstoupení od řízení.

Odborný lékařský posudek, na který nebyly vzneseny žádné námitky, jiné důvody o neplatnosti nebo rozhodnutí lékařské komise, stanoví základ pro rozhodování o dávkách, které přímo závisí na zjištění pracovní neschopnosti a neschopnosti žít samostatně (11, 74).

### **Dohled nad plněním právních předpisů o pracovní neschopnosti**

Dohlížení na provádění právních předpisů o pracovní neschopnosti má ve své kompetenci předseda institutu. Jeho kontrola zahrnuje:

- kontrolu správnosti a jednotnou aplikaci zákona o pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři a lékařskou komisí.
- poskytování směrnic pro uplatňování právních předpisů o pracovní neschopnosti lékařům a komisí,



- právo předat věc lékařské komisi, pokud je ve výsledku uvedené kontroly zjištěn rozpor mezi posudkem odborného lékaře a skutečným stavem pojištěnce nebo pravidly zákona o pracovní neschopnosti (11, 74).

### **Dávky nemocenské**

Pojištěné osoby mají nárok na nemocenské dávky po čekací lhůtě. Tato doba se liší v závislosti na povaze pojištění. Osoba podléhající povinnému nemocenskému pojištění má nárok na nemocenské dávky po 30 dnech nepřetržitého nemocenského pojištění. Osoba dobrovolně nemocensky pojištěná má nárok na nemocenské dávky po 90 dnech nepřetržitého pojištění.

Nárok na nemocenské dávky má pojištěnec, který se stal nezpůsobilým k práci po dobu trvání nemocenského pojištění. Nárok na dávky nemocenské v době trvání pracovní neschopnosti je 182 dnů (podpůrní doba), v případě tuberkulózy maximálně 270 dnů. Pracovní neschopnost v době těhotenství zakládá pojištěnce nárok na nemocenské dávky po dobu až 270 dnů (74).

Pojištěnec nemá nárok na nemocenské:

- za období, ve kterých nárokuje náhradu na základě ustanovení zvláštního předpisu,
  - v době neplaceného volna nebo rodičovské dovolené,
  - v době zajišťovací vazby či trestu odnětí svobody, s výjimkou případů, kdy nárok na dávku připadá osobě zapojené do pojištěné činnosti,
  - po celou dobu pracovní neschopnosti, byla-li způsobena úmyslným trestním činem a za tento čin byl pojištěnec odsouzen pravomocným rozhodnutím soudu,
  - během prvních pěti dní, pokud byla neschopnost způsobena požitím alkoholu (tato skutečnost je vedena zdravotním kódem na lékařském potvrzení).

Dokumentem tvořícím základ pro výplatu nemocenského, je potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti vydané na příslušném formuláři (74).

Povinnost zaměstnavatele platit náhradu mzdy v době pracovní neschopnosti upravuje zákon o peněžitých dávkách sociálního pojištění a zákoník práce. Zaměstnavatelé zajišťují nemocné zaměstnance mzdou od prvního dne nemoci po dobu

33 dní ve výši 80 %, což představuje povinný limit. Zaměstnavatelé procentní sazbu zvýší, jestliže to stanoví pracovněprávní normy (jde-li např. o pracovní úraz) (20).

### **1.3.2 Vyrovnávací příspěvek**

„Zasiłek wyrównawczy“ neboli vyrovnávací příspěvek ve smyslu zákona „o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych“ je poskytován pojištěnci, který je z důvodu snížené pracovní způsobilosti přeložen na jinou pracovní pozici, přičemž i jeho je plat snížen. Vyrovnávací příspěvek je poskytována po dobu rehabilitace, maximálně však 24 měsíců.

Na tento příspěvek nemá nárok pojištěnec, který pobírá invalidní důchod. Pokud zdravotní stav pojištěnce vyžaduje podstoupit rehabilitaci a jeho pracovní neschopnost byla způsobena pracovním úrazem nebo nemocí z povolání, má zaměstnanec nárok na vyrovnávací příspěvek z úrazového pojištění. V ostatních případech se vyrovnávací příspěvek vyplácí z nemocenského pojištění.

Vyrovnávací příspěvek je rozdíl mezi průměrnou měsíční mzdou za posledních 12 kalendářních měsíců předcházejících měsíci přechodu na jiné zaměstnání a odměnou obdrženu za nově vykonávanou práci (77).

### **1.3.3 Peněžitá dávka v mateřství**

Na „Zasiłek macierzyński“ tzv. peněžitou dávkou v mateřství má nárok pojištěnka, která je nemocensky pojištěná a narodilo se jí dítě, případně adoptovala dítě ve věku do 7 let nebo dítě ve věku do 7 let převzala do pěstounské péče.

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství mají také pracovnice zaměstnané na základě pracovní smlouvy uzavřené na dobu určitou s minimální délkou trvání jednoho měsíce nebo s pracovní smlouvou se zkušební dobu delší než jeden měsíc.

Ošetřující lékař pojištěnky vydává osvědčení o těhotenství pojištěnky a zároveň se vyjadřuje k možnosti pracovat během těhotenství (75).

### 1.3.4 Ošetřovné

Na „Zasiłek opiekuńczy“ neboli příspěvek na péči má nárok pojištěnec, který je uvolněn z práce z důvodu nutnosti osobní péče o:

1. zdravé dítě mladší 8 let v případě:
  - nepředvídaného uzavření mateřské školy či školy, kterou dítě navštěvuje,
  - porodu nebo nemoci rodiče, který trvale pečuje o dítě, pokud jeho zdravotní stav nedovoluje péči o dítě,
  - hospitalizace rodiče, který trvale pečuje o dítě,
2. nemocné dítě do věku 14 let,
3. dalšího nemocného člena rodiny (za kterého se považuje manžel, rodič či zákonný zástupce, prarodiče, vnuci, sourozenci a děti ve věku nad 14 let), a to za předpokladu, že žijí s osobou vyžadující péči ve stejné domácnosti.

Základním dokumentem, který je zapotřebí pro výplatu příspěvku, je zdravotní potvrzení. Obsahuje prohlášení pojištěnce o potřebě ošetřování osoby blízké, rozhodnutí příslušného zdravotnického zařízení o nutnosti izolace (v případě izolace dětí s podezřením na infekční onemocnění) a lékařské osvědčení o události (76).

### 1.3.5 Rehabilitační dávky

Dávka na rehabilitaci může být přiznána zaměstnanci, který i po zániku nároku na nemocenskou je stále neschopný práce, avšak má dobrou prognózu pro obnovení výdělečné schopnosti. Maximální délka vyplácení této dávky činí 12 měsíců a může být přiznána pouze osobám nemocensky pojištěným.

Podmínky pro přiznání rehabilitační dávky jsou hodnoceny posudkovým lékařem ZUS. Dávku vyplácí ZUS nebo zaměstnavatel, pokud zaměstnává více než 20 zaměstnanců (23).

## 1.4 Velká Británie

Vláda Velké Británie podporuje osoby se změněnými zdravotními podmínkami v návratu k odpovídající práci. Dlouhé období mimo pracovní proces totiž doprovází zhoršení duševního i tělesného stavu, zvýšené využívání zdravotnických služeb a v konečném důsledku i chudoby. Problematiku řeší zejména zákon z roku 1992 „Social Security Contributions and Benefits“, „Social Security – Incapacity for work“ z roku 1994 a „Welfare Reform“ z roku 2007 (53). Povinnost platit daně a pojištění je obsažena v „National Insurance“, což zahrnuje zdravotní i sociální pojištění (49).

Dávkový úřad, který je výkonným orgánem ministerstva sociálního zabezpečení (DSS) a odpovídá za vyplácení státních dávek, řídí veškeré všeobecné státní důchody a dávky a také dávky státní sociální péče při krátkodobém zdravotním postižení. Dávkový úřad zaměstnává lékaře na plný pracovní úvazek a ti jsou základem posudkové služby v rámci úřadu. Radí v medicínských záležitostech, které se vztahují k různým soustavám založeným na zdravotním stavu, a provádějí některé lékařské prohlídky a posudky (14).

### 1.4.1 Prohlášení o způsobilosti k práci – „fit note“

„Fit note“ je forma prohlášení, kterou lékař vystaví, pokud porucha zdraví ovlivňuje schopnost pracovat. Toto prohlášení umožňuje lékaři poskytnout více informací o tom, jak stav nemocného ovlivňuje schopnost pracovat. Zaměstnavatel tak může pracovat s touto informací a tím dopomoci k rychlejšímu návratu zaměstnance do pracovního procesu.

Lékař tak doporučí, kdy může zaměstnanec pracovat s určitou podporou, doporučuje způsoby, které pomohou zaměstnanci při návratu do práce, a poskytuje informace o tom, jaký vliv bude mít dosavadní činnost na jeho zdravotní stav.

„Fit note“ lze používat jako důkaz pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či zranění, ovšem až po sedmém kalendářním dni nemoci (41).

Od počátku července 2012 funguje elektronické vedení „fit note“ mezi praktickými lékaři. Obsahuje stejné informace jako klasická forma, ta se stále používá mezi nemocničními lékaři, specialisty a jinými odborníky. V případě, že lékař pracuje s „fit note“, vybere jednu ze dvou možností, a to že zaměstnanec není schopen pracovat, nebo může být způsobilý k práci.

**„Not fit for work“** – tuto možnost lékař zvolí v případě, že zdravotní stav zaměstnance nedovoluje pracovat po uvedené období.

**„May be fit for work“** – tuto možnost lékař zvolí, pokud se domnívá, že zaměstnanec bude mít možnost vrátit se do práce, jestliže dojde k úpravě pracovních podmínek (41).

Lékař je oprávněn vyslovovat k tomuto jisté připomínky. Ty mají vést k tomu, aby zaměstnavatel věděl, do jaké míry zdravotní stav ovlivňuje schopnost pracovat. V případě potřeby tak navrhne způsoby, které pomohou zaměstnanci vrátit se do práce. To může zahrnovat pozvolný návrat do práce, kdy zaměstnanec postupně zvyšuje své pracovní povinnosti, například po operaci nebo po úrazu. Dále změnu pracovní doby, což umožňuje jistou flexibilitu v příchodu nebo odchodu z práce, a přihlíží na změnu kompetencí, které berou v potaz zdravotní stav zaměstnance. Jako příklad může sloužit dočasný zákaz zvedání těžkých břemen při poškození páteře. Poslední představuje změnu místa pracoviště. Zaměstnanec tedy může pracovat v přízemí, pokud má například problémy vyjít do patra apod.

Ošetřující lékař stanovuje s přihlédnutím na zdravotní stav zaměstnance termín další kontroly, který společně s dalšími údaji uvádí na příslušném prohlášení.

Zjistí-li lékař, že je zaměstnanec i přes svou nemoc schopný práce, a zaměstnanec i zaměstnavatel souhlasí, aby pojištěnec nedocházel do práce, pak má pojištěnec nárok na dávku „Statutory Sick Pay“ (41).

Jestliže lékař označil na „fit note“ možnost, že je zaměstnanec způsobilý k práci, pak pojištěnec tyto informace předá svému zaměstnavateli a společně jednají o tom, zda a za jakých podmínek se může vrátit do práce. Pro dohodu mezi oběma stranami je důležité, aby projednali, jak k tomu dojde, jakou podporu zaměstnanec dostane i na jak

dlouho a jak tento návrat ovlivní výši mzdy, pokud například dojde ke změně pracovní doby.

V některých případech není možné, aby zaměstnavatel provedl změny potřebné pro návrat pojištěnce do práce. V tom případě zaměstnanec smí využít příkaz s možností „Not fit for work“ (41).

Zaměstnavatel nemůže požádat zaměstnance o poskytnutí lékařských potvrzení o pracovní neschopnosti během prvních sedmi dní nemoci. To je totiž doba, kdy má zaměstnanec nárok na zdravotní dovolenou a v tomto časovém horizontu ho smí zaměstnavatel požádat pouze o vyplnění vlastního prohlášení nebo vyplnění příslušného formuláře. V tomto období plyne nárok na „Statutory Sick Pay“, což představuje zákonné minimum. Mimo to má zaměstnavatel možnost nabídnout nemocenské schéma, které bude k nemocnému zaměstnanci velkorysejší (40).

#### **1.4.2 Typy nemocenské**

Existují dva typy nemocenských dávek „Company Sick Pay“ (tzv. smluvní nebo závodní nemocenské) a „Statutory Sick Pay“, které zaručuje stát pojištěným zaměstnancům.

Pokud zaměstnavatel provozuje vlastní systém nemocenské, tedy „Company Sick Pay“, má povinnost zakomponovat veškeré podmínky pro její nárok do pracovní smlouvy. V případě, že tuto formu benefitu zaměstnavatel neposkytuje, je povinen platit „Statutory Sick Pay“ (40).

Zpráva o lékařském posouzení bude odeslána lékařem na „Department of Work and Pensions“, kde se z rozhodovací pravomoci určí, zda má pojištěnec nárok na podporu a její příspěvek. Zde se hodnotí zpráva spolu s dalšími náležitostmi. Po vyhodnocení obdrží pojištěnec písemné vyrozumění s rozhodnutím.

Všechny lékařské informace týkající se nároku na dávku, včetně zprávy z lékařského posudku, jsou důvěrné. V některých případech může posudkový lékař zažádat praktického lékaře o doplnění informací, které se týkají zdravotního stavu pojištěnce. V tomto případě Lékařská služba, která organizuje lékařské posudky při

ministerstvu, osloví pojištěnce s dotazem, zda souhlasí s předáním veškerých informací ošetřujícímu lékaři (39).

Pokud je pojištěnec nespokojen s tím, jak lékařské posouzení proběhlo, může podat stížnost k „Medical Services“. Postup pro stížnost je uveden v dopise, který pojištěnec obdrží po lékařském posouzení. Právem pojištěnce je podat stížnost na konkrétního zdravotnického pracovníka, který posuzování prováděl. Nespokojený zaměstnanec má možnost požádat úřad, který rozhodnutí vydal, o vysvětlení svého rozhodnutí, požádat o jeho přezkoumání a také má možnost odvolání proti rozhodnutí k nezávislému soudu (39).

Dávky jsou vypláceny v případě pracovní neschopnosti od 4. dne po dobu 52 týdnů, a to konkrétní sumou. Čekací doba v případě dávek vyplácených zaměstnavatelem je stanovena tak, že výdělek zaměstnance musí dosáhnout minimální výše daného limitu. Pokud mají být dávky vypláceny státem, musí pojištěná osoba platit dostačující příspěvky minimálně 2 roky (19). Zaměstnanec je povinen předložit vlastní potvrzení v případě nemoci, trvající 4 až 7 dní a pokud nemoc trvá déle než 7 dní, pak předkládá lékařské potvrzení (14).

Odvolání v případě nespokojenosti mohou pojištěnci podat k:

1. Odvolacímu tribunálu sociálního zabezpečení, týká-li se toto odvolání výpočtu dávky,
2. Lékařskému odvolacímu tribunálu, v případě medicínských problémů.

Je-li žadatel stále nespokojen, může využít možnost odvolání ke komisaři sociálního zabezpečení, ten se však věnuje pouze otázkám porušení zákona. Další odvolání je možné k Nejvyššímu soudu, Sněmovně lordů a Evropskému soudnímu dvoru (14).

### **1.4.3 Posouzení pracovní schopnosti**

Posouzení pracovní schopnosti zahrnuje lékařské vyšetření, a pokud je potřeba také doplnění informací o onemocnění nebo zdravotním postižení pojištěnce. Schválený zdravotnický pracovník, který byl vyškolen v problematice zaměstnanosti a nárokových příspěvků, posoudí, jak onemocnění nebo zdravotní postižení ovlivňuje schopnosti

pracovat či vykonávat související činnosti. Tento pracovník mimo jiné poskytuje informace o oblasti „Department for Work and Pensions“, tedy ministerstva práce a důchodů, které je odpovědno za správu nároků na dávky. V jeho kompetenci je vyzvat pojištěnce, aby se zúčastnil dalšího lékařského vyšetření, pokud se domnívá, že potřebuje více informací o jeho zdravotním stavu (43).

Součástí vyšetření je vyplnění formuláře pojištěncem o míře ovlivnění schopnosti dokončit každodenní úkoly vlivem jeho onemocnění nebo zdravotního postižení. Jedná se o dotazník „Limited capability for work questionnaire ESA50“. Odpovědi v dotazníku by měly vysvětlit, jak nemoc nebo zdravotní postižení ovlivňuje schopnost dokončit každodenní úkoly zaměstnance.

Ve většině případů dochází k posouzení jedenkrát. Pokud však dojde ke změně stavu, lékařské vyšetření se opakuje. V případě změny tvrzení nebo jsou-li informace v dotazníku považovány za nedůvěryhodné, nárok na dávku se zamítne, bez dalšího lékařského posouzení.

Lékařské posouzení se obvykle koná ve zdravotnickém zařízení podle místa bydliště zaměstnance. Jestliže pojištěnec není schopen cestovat nebo je zdravotnické zařízení vzdálené více než 90 minut pěší chůze od jeho bydliště, pak jej schválený pracovník navštíví doma, přičemž půjde o předem sjednanou schůzku (43).

### **Práva zaměstnance při posuzování**

Zaměstnanec má právo, aby se tohoto úkonu účastnil jeho příbuzný, přítel nebo jiný člověk, který mu poskytne podporu. Smí požádat o tlumočníka, jestliže nekomunikuje anglicky, a pokud si pojištěnec přeje, aby bylo jeho hodnocení provedeno ve velštině, pak má možnost využít walesky mluvící zdravotnické pracovníky, kteří jsou k dispozici ve Walesu. Má právo požadovat, aby jeho zdravotní stav hodnotil schválený zdravotnický personál stejného pohlaví. V případě, že pojištěnec chce využít možnosti tlumočníka či zdravotníka stejného pohlaví, musí o tom informovat zdravotnické zařízení předem (43).



Posuzování schopnosti pracovat zahrnuje vyšetření duševního stavu a duševních nemocí. V případě, že se takové onemocnění potvrdí, vyplňuje pojištěnec dotazník, jak jeho stav ovlivňuje pracovní výkon. Hodnotí se nálada, způsob chování a reakce, postoj k okolnímu světu nebo jak zaměstnanec řeší neočekávané situace. Touto problematikou se zabývá „Jobcentre Plus“, přičemž v jeho kompetenci je navrhování spolupráce s dalšími odborníky (43).

#### **1.4.4 Pracovní volno z důvodu závislosti blízké osoby**

Zaměstnanec má nárok na neplacené volno, pokud pečuje o osobu, která je na této péči závislá („Time off for dependants“). Jedná se například o manžela, manželku, partnera, rodiče, dítě anebo o osobu žijící ve společné domácnosti jako člen rodiny. Závislá však může být i každá osoba, která důvodně spoléhá na pojištěnce v případě nouze, např. starší soused, který žije sám a který se dostane do nepříznivé životní situace (42).

#### **1.4.5 Těhotenství**

Pokud těhotná žena pracuje, její zaměstnavatel je povinen chránit její zdraví a bezpečnost, i bezpečnost jejího plodu. Pojištěnka je současně chráněná proti nespravedlivému zacházení. Těhotné pojištěnky chrání čtyři klíčová práva, kterými jsou „paid time off for antenatal care“, „maternity leave“, „maternity pay benefits“ a „protection against unfair treatment or dismissal“, čili placené volno z důvodu péče před porodem, mateřská dovolená, odměny v mateřství a ochrana před nespravedlivým zacházením nebo propouštěním.

Povinností zaměstnankyně je informovat zaměstnavatele o svém těhotenství minimálně 15 týdnů před začátkem týdne, ve kterém je určen den porodu. Zákon připouští i tu možnost, že se žena o svém těhotenství dozví po tomto termínu, pak je povinna informovat o této skutečnosti svého zaměstnavatele neprodleně po potvrzení těhotenství lékařem. V té době se žena rozhoduje, kdy chce zahájit „maternity leave“

a současně pobírání výplaty dávky. Ženám se však doporučuje, aby zaměstnavateli sdělily tuto skutečnost co nejdříve s ohledem na své bezpečí i bezpečí plodu (44).

Všechny těhotné zaměstnankyně mají právo na přiměřené pracovní volno pro prenatální péči, a to bez ohledu na délku trvání jejich zaměstnání. Předporodní péče může zahrnovat odpočinek i další lékařské prohlídky, pokud jsou doporučené ošetřujícím lékařem.

Zaměstnavatel je povinen průběžně vyhodnocovat rizika, která těhotné pojištěnce na pracovišti hrozí, případně přijímat další opatření k její ochraně i ochraně jejího plodu. Jde zejména o zvedání a nošení těžkých břemen, stání nebo sezení po dlouhou dobu nebo vystavení toxickým látkám. Zaměstnavatel musí odstranit takové riziko, nebo zajistit, aby mu zaměstnankyně nebyla vystavena (například tím, že jí nabídne vhodnou alternativu práce). Nemůže-li vyhovět ani jedné podmínce, je povinen přerušit práci zaměstnankyně a poskytnout jí plat v plné výši (44).

## 1.5 Rakousko

Vzhledem k systému povinného pojištění, poskytuje Rakousko komplexní strukturu sociální ochrany pro všechny zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné a pro některé další osoby. Osoby, které nejsou zahrnuty do systému nebo jsou v něm zahrnuty pouze částečně, mají možnost sjednání příslušného pojištění a být tak odpovídajícím způsobem pojištěny (67).

Rakouský systém sociálního zabezpečení se dělí na systém sociálního pojištění „Sozialversicherung“ a systém sociální pomoci „Sozialhilfe“. Sociální pojištění zahrnuje zdravotní (nemocenské) pojištění, úrazové pojištění, důchodové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti.

Východiskem pro spolupráci mezi sociálním pojištěním a praktickými lékaři je všeobecná dohoda mezi sociálním pojištěním a rakouskou lékařskou komorou a jednotlivé dohody mezi nositeli pojištění a každým jednotlivým praktickým lékařem. Na základě těchto smluv se praktičtí lékaři zavazují plnit určité úkoly, z nichž jedním je posouzení pracovní neschopnosti a následné podání hlášení sociálnímu pojištění. I když lékař jedná v zastoupení nositele pojištění, rozhoduje se na základě vlastní úvahy a s ohledem na medicínské aspekty. Neexistují žádné správní směrnice nebo pravidla sociálního zabezpečení, která by omezovala odbornou úvahu lékaře, zda občana uzná praceneschopným. Existence a trvání nemoci, která vede k pracovní neschopnosti, podléhá opakovaným kontrolám, jež provádí ošetřující lékař i lékař pojišťovny. Mimo to si pojišťovna vyhrazuje nárok na namátkové kontroly, které provádí úředník pojišťovny. Jedná se o neohlášené kontroly u vybraných osob, přičemž se zjišťuje dodržování léčebného režimu (48).

Všechny posudkové služby fungující v procesu posuzování pracovní neschopnosti a nároků na dávky, jakož i veškeré administrativní a lékařské procedury, které je třeba dodržet, jsou stanoveny zejména v zákoně o všeobecném sociálním pojištění „Allgemeines Sozialversicherungsgesetz“ (ASVG) z roku 1955, v zákoně o zaměstnanosti „Angestelltengesetz“ dále v navazujících právních předpisech pro různé skupiny a také ve stanovách každého nositele pojištění (19).

Vzhledem k velkému množství rakouských nositelů pojištění existuje mnoho různých posudkových služeb, které jsou zapojeny do procesu posuzování pracovní schopnosti a rozhodování o nároku na dávky (14).

Každý nositel pojištění má vlastní posudkovou neboli expertní službu. Ty, které s konečnou platností rozhodují o existenci PN a nároku na dávku, jsou zpravidla uvnitř nositelů pojištění. Vedle vlastních zdrojů využívají nositelé stávající zdravotní síť ke správě všech případů a k získání lékařských informací o pojištěncích.

V rakouském sociálním pojištění působí interní i externí posudkové služby. Interní posudkové služby jsou zastoupeny úředníky sociálního pojištění, komisí sociálního pojištění, lékaři, šéflékaři a posudkovými zdravotními středisky sociálního pojištění. Externí posudkové služby jsou tvořeny samostatnými praktickými lékaři, odbornými i posudkovými lékaři a diagnostickými zařízeními (14, 19).

### **1.5.1 Pracovní volno pro nemoc „Krankenstand“**

Pracovní neschopnost pro nemoc či úraz se neprodleně potvrzuje ošetřujícím lékařem. Pouze ve výjimečných situacích ji lze uznat zpětně. Lékař určí začátek a konec onemocnění a informuje zaměstnance o dalších kontrolních prohlídkách. Zaměstnanci jsou povinni informovat své zaměstnavatele o vzniku pracovní neschopnosti odpovídajícím způsobem a dále oznamovat veškeré změny související s vývojem zdravotního stavu. Pojištěnec je povinen sdělovat lékaři pravdivé příčiny své neschopnosti (62).

Kontrola pojištěnce a dodržování léčebného režimu pojištěnce je prováděná zaměstnancem nemocenského pojištění. Jedná se zejména o kontrolu dodržování pokynů ošetřujícího lékaře, jako je klid na lůžku, zákaz vycházení mimo povolenou dobu apod. Tito zaměstnanci jsou povinni legitimovat se úředním průkazem, jsou vázáni povinnou mlčenlivostí a v případě zájmu poskytují pojištěnci další potřebné informace.

Povinností pojištěnce je podrobovat se kontrolním lékařským prohlídkám a oznámit orgánu nemocenského pojištění ukončení nemocenské před předpokládaným datem (63, 64).

### **1.5.2 Nemocenské „Krankengeld“**

Nemocenské se vyplácí od 4. dne pracovní neschopnosti. Podle zákona má pojištěnec nárok na dávku nemocenské po dobu 26 týdnů. Toto období (podpůrní doba) se prodlužuje na 52 týdnů u zaměstnanců, kteří byli během posledních 12 měsíců před vznikem pojistné události minimálně 6 měsíců zaměstnání, přičemž čekací doba se nepožaduje (19, 60).

Pokud se předpokládá, že nemoc potrvá déle než 52 týdnů, avšak tato doba léčení nepřesáhne 78 týdnů, provádí se v období mezi 40. a 44. týdnem pracovní neschopnosti posouzení vývoje onemocnění. Hodnotí se pracovní schopnost pojištěnce a jeho opětovné začlenění do pracovního procesu. Dávky vyplácené zaměstnavatelem činí 100 % mzdy v době pracovní neschopnosti maximálně 6 až 12 týdnů (podle délky pracovního poměru), poté se vyplácí 50 % hrubé mzdy (60).

Nemocenské je vydáváno pouze na žádost pojištěnce. Žádost musí obsahovat potvrzení ošetřujícího lékaře, kde je uveden stupeň neschopnosti a výši výdělku ze všech pojištěných činností s platebním potvrzením (61).

Nárok na nemocenské dávky je pozastaven na dobu, dokud pojištěnec nedodá potřebné náležitosti, dokud pojištěnec pobírá přechodný příspěvek, pokud vykonává civilní nebo vojenskou službu a jestliže pobírá finanční náhradu při ukončení pracovního poměru (odstupné) (65).

V Rakousku mají příjemci mezd i platů po dobu pracovního volna pro nemoc nárok na další peněžitou dávku. V závislosti na délce zaměstnání mají nárok na pokračující vyplácení řádné mzdy po dobu 4-6 týdnů. Podle toho se nemocenské začíná vyplácet po skončení vyplácení mzdy nebo platu, nebo pokud se výplata sníží (např. pojištěnec dostane polovinu peněz od zaměstnavatele z titulu pokračujícího vyplácení mzdy a druhou polovinu tvoří dávky nemocenského) (14).

### **Zánik nároku na nemocenské**

Příspěvek není přiznán, vzniklo-li onemocnění nebo úraz jako důsledek trestného činu rvačky nebo jako přímý důsledek opilosti či zneužití jiných omamných látek. Nárok na nemocenské pojištění nevzniká, jestliže je vznik pracovní neschopnosti podmíněn úmyslným sebepoškozením či úmyslným trestným činem, přičemž je odsouzen k více než jednomu roku odnětí svobody (66).

Domnívá-li se nemocný, že potřebuje druhý odborný názor pro vyšetření či léčebný zákrok, měl by si vyžádat doporučení od praktického lékaře a také navštívit svou pojišťovnu. Ta náklady s tím spojené proplatí (pokud se další konzultace se specialistou odehraje ve stejném čtvrtletí jako konzultace první) jen při prokázání „medicínského opodstatnění“. Rakouské pojišťovny provozují vlastní ambulantní i ústavní zdravotnická zařízení, v nichž je možnost rychle zajistit kontrolní vyšetření šéflékařem. Na nezávislých klinikách mají také nasmlouvané lékaře zajišťující revizní činnost. Pacient si tak může svobodně vybrat mezi nezávislým lékařem a lékařem, který je zaměstnancem pojišťovny. Ne každému pacientovi však rakouská pojišťovna uzná „medicínské opodstatnění“ návštěvy druhého odborného lékaře v souvislosti s jeho onemocněním. Na své náklady si však nemocný může další posudek zajistit sám kdykoli.

Při odmítnutí žádosti pacienta o druhé odborné vyšetření pojišťovna riskuje soudní spor. V Rakousku funguje rychlé specializované řízení pro tyto spory, takže občané se domohou svých práv snadno (16).

### **1.5.3 Dávky v mateřství „Wochengeld“**

Povinně pojištěné zaměstnankyně obdrží „Wochengeld“ jako náhradu za ušlý příjem během těhotenství a mateřství, kdy nemohou pracovat. Peněžité dávky v mateřství je poskytována pouze na žádost, a to za období posledních osm týdnů před očekávaným dnem porodu, den porodu a za prvních osm týdnů po porodu. V případě, že pojištěnka porodila dvě a více dětí současně, činí podpůrní doba dvanáct týdnů po porodu.

Osvědčení pro pracovní neschopnost vydává ošetřující lékař, zjistí-li že zaměstnankyně vykonává činnost, která by ohrožovala její zdraví či těhotenství, případně zdraví plodu. Toto platí i v případě, že je žena nezaměstnaná (59).

## 1.6 Francie

Francouzský systém povinného sociálního pojištění pro zaměstnance s dávkami vztaženými k výdělků vychází ze zákona o sociálním zabezpečení „Code de la sécurité sociale“. Systém je financován z příspěvků a daní a účastníky jsou všichni zaměstnanci nebo osoby srovnatelné. Účast není omezena vzhledem k výši výdělků (19).

Systém zdravotního pojištění je rozdělen do dvou základních pilířů. Jde o povinné zdravotní pojištění, které nabízí pokrytí 75 % výdajů na zdravotní péči, a volitelné doplňkové pojištění, firemní individuální nebo kolektivní. Povinné zdravotní pojištění je rozděleno do 15 zdravotních fondů. Zaměstnanci a osoby na nich závislé jsou zařazeni do odpovídajícího fondu, který poskytuje vlastní zdravotnické služby (46).

Pojištěnci jsou zajištěni dávkami pro případ nemoci, mateřství, úrazu, smrti i nemoci z povolání, s výjimkou některých okolností. Předpoklady, které však pojištěnci musejí splňovat pro nárok na tyto dávky, jsou doložení minimálního počtu odpracovaných hodin nebo doložení zaplacení příslušné výše příspěvku. Zvláštní pravidla pak platí pro osoby, jejichž zaměstnání je pouze sezónní, nepravidelné, dočasné apod. (29).

### 1.6.1 Absence v zaměstnání z důvodu nemoci

Bez ohledu na dobu trvání nemocenské je pojištěnec povinen oznámit do 48 hodin od vystavení potvrzení o pracovní neschopnosti přerušeni zaměstnání, a to příslušné zdravotní pojišťovně i zaměstnavateli. Pokud se jedná o nezaměstnanou osobu, její povinností je informovat příslušné pracovní centrum. Ošetřující lékař je povinen uvádět zdravotní důvod nebo diagnózu, která vedla k pracovní neschopnosti, a vydat oznámení o pracovní neschopnosti, které má tři části.

Zaměstnanci zdravotního pojištění mají právo kontrolovat dodržování léčebného režimu, konec nemocenské a další náležitosti (28).

Pokud pojištěnec neinformuje zdravotní pojišťovnu do stanovené lhůty, hrozí mu zpoždění v zasílání následujících sdělení a s tím související následky a sankce. Výše



denní výměry dávky tak může být snížena o 50 %. Jestliže je však pojištěnec hospitalizován nebo z jiného důvodu nestihl včas oznámit tuto skutečnost, je povinen zdůvodnit, z jaké příčiny se mu nepodařilo dodržet stanovenou lhůtu. Zaměstnavatel je povinen předložit osvědčení o pracovní neschopnosti zdravotní pojišťovně. Jde o dokument, který umožňuje výplatu denní dávky, pokud jsou ovšem splněny podmínky pro vznik nároku (28).

Prodloužení pracovní neschopnosti je v kompetenci lékaře, který vydal první osvědčení. Existují však tři případy, kdy toto prodloužení smí vystavit jiný lékař, a to jedná-li se o:

- specialistu, jehož konzultaci doporučil ošetřující lékař,
- lékaře během hospitalizace pojištěnce v nemocnici,
- jiného lékaře, pokud ošetřující lékař pojištěnce, který vydal první osvědčení, není k dispozici.

Opět i v tomto případě, tedy při prodloužení pracovní neschopnosti, platí 48hodinová lhůta pro oznámení dané skutečnosti jak zdravotní pojišťovně, tak i zaměstnavateli.

Ošetřující lékař určuje léčebný režim a s ním i možnost pobytu mimo domov. Pakliže má pojištěnec povolené vycházky, smí je využít pouze v přesně stanovenou dobu, a to mezi 9. a 11. hodinou dopolední a následně od 14 do 16 odpoledne. Výjimku tvoří návštěva lékaře, tu lze uskutečnit i mimo stanovené vycházky (28).

### **Kontroly během pracovní neschopnosti**

Během nepřítomnosti pojištěnce v zaměstnání může zdravotní pojišťovna současně s lékařskou službou provádět kontroly, přičemž pojištěnec je povinen účastnit se těchto šetření. Výše denní výměry může být snížena nebo zrušena v případě, že:

- zdravotní stav zaměstnance již nevyžaduje dodržování léčebného režimu,
- zaměstnanec porušuje léčebný režim,
- zaměstnanec nedodrží svou oznamovací povinnost (28).

### 1.6.2 Dlouhodobá nemoc

Dlouhodobá nemoc je ta, jejíž závažnost nebo chronická povaha vyžaduje delší dobu léčení a současně také vyšší náklady na léčbu. Jde o stav, který vyžaduje přerušování výdělečné činnosti nebo péče po dobu delší než šest měsíců, a potřebná péče v souvislosti s danou patologií je standardně hrazena, tedy na základě míry sociálního zabezpečení. Konkrétní seznam nemocí zařazených do skupiny dlouhodobých nemocí obsahuje „Par l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale“.

Nemoci, které nejsou uvedeny v tomto seznamu, musí splňovat určitá kritéria pro to, aby byly považovány za dlouhodobou nemoc – např. pacient má těžkou formou onemocnění, forma je progredující či invalidizující nebo se jedná o závažné onemocnění, vyžadující dobu léčení minimálně šest měsíců a současně zvýšené náklady na ni (26).

V případě dlouhodobé nemoci se využívá tzv. „protocole de soins“. Jedná se o formulář, díky němuž pojištěnec uplatňuje své nároky na dávky. Tato koordinace systému umožňuje výběr ošetřujícího lékaře, který následně rozhodne o léčebném postupu, definuje veškeré terapeutické prvky, případně uvede další specialisty, kteří se budou podílet na léčbě. Kromě toho je v protokolu uvedena péče, kterou zjišťuje sociální zabezpečení. Jestliže pojištěnec nesouhlasí s rozhodnutím a následným postupem léčby nebo nesouhlasí-li s postupem zdravotní pojišťovny, má možnost odvolání proti takovému postupu (25).

Pojištěnec je povinen bezprostředně poté, co jeho lékař neshledal důvody pro další prodloužení nemocenské, nastoupit do zaměstnání. Za určitých podmínek, pokud se jedná o dočasný stav, lze využít práci na zkrácený úvazek z terapeutických důvodů, což bývá zajištěno změnou rozvržení pracovní doby.

Po návratu z nemocenské musí zaměstnavatel pojištěnci zajistit práci na původním či stejně kvalifikovaném pracovním místě. V té době se již dávky nemocenské neposkytují, ale jsou opět nahrazeny platem.

Jestliže zdravotní stav pojištěnce neumožňuje návrat do zaměstnání, je zaměstnanec povinen požádat o prodloužení předchozí nemocenské, a to ještě před jejím uplynutím. Trvá-li nemocenská více než tři týdny, je zaměstnanec povinen podrobit se lékařské

prohlídce pro to, aby mohl opět nastoupit do zaměstnání, přičemž tato podmínka se netýká nemocenské z důvodu pracovního úrazu. V takovém případě se vyžaduje lékařská prohlídka vždy. Zjistí-li lékař jisté překážky v návratu do pracovního procesu, je zaměstnavatel povinen usilovat o přeřazení svého zaměstnance na jiné místo v rámci pracoviště (27).

Domnívá-li se ošetřující lékař, že se pojištěnec nemůže vrátit k původní práci na plný úvazek, stanoví procentní podíl pracovních aktivit, na kterých se bude moci zaměstnanec podílet (např. 40 % pracovních aktivit týdně). Pak už je jen na zaměstnavateli a zaměstnanci, jak rozloží hodinovou pracovní dotaci.

Návrat do práce na zkrácený úvazek musí být schválen lékařem, přičemž z lékařského hlediska povede ke zlepšení zdravotního stavu zaměstnance a musí jej schválit lékařská služba zdravotní pojišťovny. Práci při zkráceném úvazku z důvodu nemoci musí bezpodmínečně předcházet zastavení práce na plný úvazek.

Využití této možnosti umožňuje pojištěnci pobírat náhradu ušlé mzdy ze zdravotního pojištění. Zaměstnavatel má možnost odmítnout zaměstnávat zaměstnance na částečný úvazek, neumožňuje-li mu to charakter provozu podniku (27).

### **Nárok na dávky**

Podle zákoníku sociálního zabezpečení poskytuje povinné zdravotní pojištění nemocenské dávky až 6 měsíců, pokud zaměstnanec pracoval alespoň 200 hodin během posledních 3 měsíců před pracovní neschopností nebo platil příspěvek na sociální zabezpečení. Na podpůrčí dobu 1 roku má nárok pojištěnec, jestliže se podílel na sociálním pojištění minimálně 12 měsíců a během té doby odpracoval nejméně 800 hodin. Pokud platil po tuto dobu příspěvek na sociální zabezpečení, pak má nárok na dávku.

Výše dávky činí 50 % denního vyměřovacího základu a je poskytována od 4. dne pracovní neschopnosti. Po 3 měsících dochází k přezkoumání zdravotního stavu. V případě pracovního úrazu či nemoci z povolání činí výše dávky 60 % denního vyměřovacího základu, přiznává se pojištěnci od prvního dne pracovní neschopnosti a po 29 kalendářních dnech se navyšuje na 80 % denního vyměřovacího základu (46).

### **1.6.3 Dávky v mateřství a otcovské dávky**

Hlavní podmínkou nároku na tuto dávku je pojištění po dobu minimálně 10 měsíců před předpokládaným datem porodu. Peněžité dávky jsou poskytovány pod podmínkou úplného ukončení veškeré výdělečné činnosti. Matka je povinna odejít alespoň na 8týdenní dovolenou a má nárok celkově na 16 týdnů dovolené (obvykle 6 týdnů před porodem a 10 týdnů po porodu). V případě adopce může být dovolená rozdělena mezi otce a matku. Výše denních příspěvků se rovná průměrné denní mzdě za poslední 3 měsíce až do horní meze sociálního zabezpečení, přičemž je stanovena jejich minimální výše. Od této referenční mzdy se odečítá povinné, zákonem stanovené a smluvní pojistné a všeobecný příspěvek na sociální zabezpečení (52).

## 2. DISKUZE

Předmětem a zároveň hlavním cílem této práce bylo provést analýzu procesu posuzování zdravotního stavu v České republice a následnou komparaci těchto výsledků se stavem ve vybraných zemích Evropské unie, a sice na Slovensku, v Polsku, v Rakousku, ve Francii a ve Velké Británii. Dále jsem chtěla zjistit rozdíly a zaměřit se na silná i slabá místa systémů, případně navrhnout efektivnější řešení v rámci České republiky. Práce je koncipovaná teoreticky, na základě analýzy získaných údajů jsem se snažila najít společné body a vzájemně je porovnat.

Vzhledem k tomu, že Česká republika vstoupila 1. května 2004 do Evropské unie a stala se jejím členským státem, začala se na občany ČR vztahovat práva a povinnosti vyplývající z právních norem EU. Jedním ze základních principů EU je právo občanů na volný pohyb. Pro oblast sociálního zabezpečení z toho vyplývá povinnost členských států zacházet s migrujícími občany států EU tak, aby nebyla omezena jejich možnost pracovat v rámci jednotlivých členských zemí (4). Nejdůležitějšími právními předpisy v této oblasti jsou tzv. koordinační nařízení, tedy Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004.

V červnu letošního roku nabylo účinnosti nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 465/2012, kterým se mění nařízení č. 883/2004 i nařízení č. 987/2009. Jde o nadnárodní právní předpisy (38).

V oblasti sociálního zabezpečení nedochází k harmonizaci národních sociálních systémů členských států, ale pouze k jejich koordinaci. Koordinace sociálního zabezpečení je založena na pěti základních principech, kterými jsou princip rovného zacházení, princip sčítání dob pojištění, princip zachování nabytých práv, princip aplikace právního řádu jednoho státu a princip asimilace faktů (31, 56).

Komunikace mezi jednotlivými příslušnými institucemi členských států se tak uskutečňuje prostřednictvím E-formulářů, které jsou potřebné k určení nároku na dávku, uvedení počtu a typu pojistných dob, oznámení pracovní neschopnosti, ohlášení výše

vyplácených dávek apod. Všechny formuláře jsou schváleny Evropskou komisí a jsou seřazeny do sedmi sérií podle druhu dávek. E-formuláře jsou vypracovány ve všech oficiálních jazycích EU a jsou zrcadlové. Státy se však mohou dohodnout, že ke vzájemné komunikaci tyto formuláře nepotřebují a mohou od jejich používání ustoupit. Zásadní význam pro spolupráci mezi členskými státy a jejich institucemi však hraje tzv. elektronizace. Nová nařízení o koordinaci sociálních systémů požadují, aby instituce mezi sebou komunikovaly elektronicky, prostřednictvím strukturovaných elektronických dokumentů (SED). Dosavadní komunikace na základě E-formulářů by tedy měla být postupně nahrazena elektronickou výměnou informací a písemné dokumenty by měly být používány pouze v případech, kdy se jedná s dotyčnou osobou či je vydání papírového dokumentu jinak odůvodněno. (50, 51, 53).

Na základě rozboru informací získaných v této diplomové práci mohu jen doplnit, že Česká republika má uzavřené také bilaterální smlouvy v oblasti sociálního zabezpečení se všemi pěti analyzovanými státy, a ty garantují stejná práva i povinnosti příslušníkům vždy obou stran.

Arnoldová uvádí, že v souladu s ustanoveními ratifikovaných dokumentů pokrývá zákonodárství všech evropských zemí veškeré sociální události uvedené v Doporučení Mezinárodní organizace práce o zabezpečení příjmů. Všechny subsystémy sociálního zabezpečení ve všech státech mají své specifické potřeby a nároky kladené na posouzení zdravotního stavu. Z toho vyplývá, že splnění podmínek nároku na dávku v jednom subsystému nutně nepředstavuje nárok na dávku z jiného subsystému. V případě posouzení zdravotního stavu se většinou vyžadují lékařské zprávy či vyšetření a kontroly jsou prováděny ve spolupráci s lékařskými službami. Výchozí kvalifikační podmínkou pro přiznání peněžitých dávek nebo pro revizi peněžitých dávek poskytovaných při sociálních událostech definovaných v normách Mezinárodní organizace práce je lékařské posouzení zdravotního stavu žadatele nebo příjemce dávky a stanovení pracovní neschopnosti. Jde především o nemoc, mateřství, invaliditu a pracovní úraz (14).

To je důvod, proč všechny evropské instituce sociálního zabezpečení zřídily lékařské služby pro posuzování zdravotního stavu příjemců dávek, avšak organizační

struktury a jejich vztah k institucím sociálního zabezpečení nebo zdravotnictví jsou stejně rozmanité jako organizace správy a typy programů sociálního zabezpečení v konkrétních evropských zemích.

Arnoldová hovoří o tom, že v systémech sociálního pojištění všech zemí EU je lékařské osvědčení o pracovní neschopnosti zákonnou podmínkou pro získání nároku na nemocenskou dávku a je také hlavním nástrojem, který umožňuje zaměstnancům přerušit výkon pracovních povinností při zachování svých práv. Postup pro získání lékařského osvědčení je ve všech zemích podobný. Je výsledkem lékařského vyšetření a posouzení zdravotního stavu lékařem, který je pověřen orgánem spravujícím sociální zabezpečení nebo zdravotnictví v dané zemi (14).

Ačkoli autorka popisuje stav z roku 2003, získané údaje v této práci potvrzují, že v případě všech šesti vybraných zemí je lékařské potvrzení nezbytné pro uplatnění nároku na dávku z nemocenského pojištění. Samotné posuzování zdravotního stavu se v jednotlivých zemích příliš neliší. Ošetřující lékaři ve všech zkoumaných státech především potvrzují pracovní neschopnost a stanovují termín další kontroly s ohledem na zdravotní stav zaměstnance. Slovenský zákon o sociálním pojištění navíc uvádí, že pokud jde o kontrolní posouzení dočasné pracovní neschopnosti, nejzazší termín kontroly u praktického lékaře je vždy po čtyřech týdnech. V ostatních státech takovýto termín není stanoven.

Společným a zároveň stěžejním bodem v posuzování zdravotního stavu ve všech sledovaných státech je rozhodnutí o vzniku pracovní neschopnosti. Toto rozhodnutí je vždy v kompetenci lékaře, který na základě objektivního zhodnocení aktuálního stavu pojištěnce určí, zda se vzniklé onemocnění slučuje s výkonem jeho povolání. Každé rozhodnutí nese datum vzniku pracovní neschopnosti. Jednotný systém však nefunguje v případě stanovení termínu kontroly. V Polsku se například uvádí předpokládaná doba trvání nemoci. Dodržování léčebného režimu, podobně jako u nás, kontrolují v Rakousku, na Slovensku i ve Francii. Všechny vybrané státy vyžadují po zaměstnancích mimo jiné určitou oznamovací nebo informační povinnost o vzniku nemoci vůči zaměstnavateli. Ve Francii má pojištěnec navíc tuto oznamovací povinnost vůči své zdravotní pojišťovně.

Spatřuji v tom určitou snahu vést pojištěnce k větší zodpovědnosti ve vlastních záležitostech, což považuji za krok správným směrem. Domnívám se totiž, že v České republice stále převažuje trend pasivních příjemců dávek, což je dle mého názoru způsobeno jednak negativním přístupem občanů k problematice sociálního zabezpečení, jednak nízkou informovaností o nemocenském pojištění. V tomto směru bych navrhovala mnohem více zapojit toto téma do veřejných diskuzí, protože jediné dobře informovaný jedinec se může správně a zodpovědně rozhodovat. Dle mého názoru by k tomu mohl přispět i správně nastavený systém odměňování, který by motivoval pacienty k uvážlivé péči o vlastní zdraví, a zpřísnění sankcí za nedodržení povinností dočasně práceneschopného. To by podněcovalo pojištěnce k větší vlastní iniciativě a komunikaci s ošetřujícími lékaři. Komunikace mezi lékařem a pacientem však klade velké nároky mimo jiné i na sebezpoznání lékaře.

Třebaže rozdíly v samotném posuzování zdravotního stavu nejsou v jednotlivých státech tak markantní, odlišnosti jsou patrné v konkrétních podmínkách pro nárok na dávku té které země. Jako první budu hodnotit doby karencí. Krebs popisuje, že karenční lhůta, tedy nevyplácení nemocenské dávky v prvních dnech nemoci, patří ke standardním evropským řešením. Existuje ve 12 z 15 původních členských zemí Evropské unie, a to nejčastěji v délce 3 dnů. Karenční lhůtu mají i tak silné sociální státy, jako jsou skandinávské členské země Evropské unie. Ve Finsku představuje karenční lhůta dokonce 9 dnů. Krebs tuto informaci doplňuje o sdělení, že se nepotvrzuje, že by karenční doba měla negativní dopad na zdravotní stav obyvatel. Naopak, nemocnost je v těchto zemích nižší a současně je zde lepší průměrný zdravotní stav obyvatel (55).

Z výsledků práce vyplývá, že na Slovensku ani v Polsku karenční doba pro nemocenskou není zavedena. Např. na Slovensku je vyplácená dávka nemocenské od prvního dne ve výši 25 % denního vyměřovacího základu a v Polsku je zaměstnanec zajištěn minimálně 80 % svého platu již od prvního dne nemoci či nařízené karantény. Ostatní státy, včetně České republiky, mají zavedenou třídní karenční dobu.

Náklady, které přímo i nepřímo souvisí s nepřítomností pracovníka v zaměstnání, jsou natolik vysoké, že je nezbytné provádět v tomto systému kontroly a pravidelně jej



obnovovat ve vztahu k probíhajícím změnám. Příkladem, který demonstruje neustálé hledání stavu, jenž by se přiblížil ideálu, je zavedení náhrady mzdy za stanovenou dobu trvání pracovní neschopnosti. Krebs vidí v zavedení náhrady mzdy jednak snahu zabránit zneužívání systému nemocenského pojištění jak ze strany zaměstnanců, tak i zaměstnavatelů, jednak snahu více zapojit zaměstnavatele do systému nemocenského pojištění, potažmo do vývoje a dopadů pracovní neschopnosti. Zaměstnavatelé by měli na podkladě těchto informací systematicky vytvářet zdravé pracovní podmínky pro své zaměstnance a motivovat je různými bonusy pro dosažení nízké nemocnosti. To však sebou nese i negativní důsledky, jelikož vidina finanční odměny může vést k tomu, že zaměstnanec nebude nárokovat nemocenské ani v době potřeby (55). Arnoldová ke kontrole systému nemocenského pojištění dodává, že jeho úplná kontrola je neproveditelná, avšak kontrola a revize zejména krátkodobých absencí pro nemoc či úraz je důležitým úkolem lékařských posudkových služeb orgánů sociálního zabezpečení (14).

Kontrola zdravotního stavu úzce souvisí s poskytováním zdravotní péče. V této souvislosti bych ráda zmínila diskuzi, na kterou jsem v odborných textech několikrát narazila. Jedná se o to, zda by mohlo dojít ke zrušení lékařské posudkové služby v nemocenském pojištění, resp. její kontrolní činnost, přičemž plnou odpovědnost za posuzování zdravotního stavu i kontrolní pravomoce by přebralí ošetřující lékaři. Osobně se domnívám, že by takové jednání nevedlo ke zefektivnění práce, naopak si myslím, že by se tímto krokem mohl celý systém sociálního zabezpečení zhroutit, a to vlivem snahy pojištěnců o útěk do nemoci. Tlak, který by mohl být vyvíjen na praktické lékaře v souvislosti s uznáváním dočasné pracovní neschopnosti, by mohl vést k neúměrnému zatěžování či zneužívání systému jednoduše proto, že v České republice funguje právo na výběr ošetřujícího lékaře, s čímž úzce souvisí financování praktických lékařů prostřednictvím kapitačních plateb. Ošetřující lékaři čelí, dle mého názoru, tlaku ze strany pacientů i ze strany zdravotních pojišťoven, a proto kontrolní činnost LPS má v tomto případě zásadní význam.

Narazila jsem ovšem i na další téma k diskuzi. Jiřík se ve svém článku pro Zdravotnické noviny zabývá otázkou, proč není možné sloučení zdravotního

a nemocenského pojištění. Popisuje v něm situaci, kdy zdravotní pojišťovny ve snaze ušetřit finanční prostředky vybízí praktické lékaře, aby vykazovali méně výkonů, a tím fakticky omezovali svou činnost. Domnívá se, že pokud by pojišťovny byly o začátku pracovní neschopnosti svého pojištěnce informovány, snažily by se prostřednictvím svých revizních lékařů o to, aby byl tento pacient urychleně vyšetřen a efektivně léčen (21).

Souhlasím s jeho tvrzením, že oba systémy se sice zabývají stejným subjektem, tedy nemocným pojištěncem v produktivním věku, avšak izolovaně, a to vede k neefektivnímu využívání všech dostupných možností. Současný systém ukazuje, že chybí provázanost těchto úzce spojených subjektů. Dle mého názoru zdravotní pojišťovny spíše upřednostňují kvantitu, tedy nízký objem vynaložených nákladů před kvalitou, čili vyléčeným pacientem, který je schopen návratu do zaměstnání. Jiřík uvádí, že vyšší počáteční náklady vynaložené na léčbu pacienta vedou v konečném důsledku ke zkrácení doby v pracovní neschopnosti. To má za následek opětovný návrat jak do pracovního procesu, tak i k placení zdravotního a sociálního pojištění. Pacient totiž během pracovní neschopnosti za sebe neodvádí žádné zdravotní pojištění a neodvádí to za něj ani jeho zaměstnavatel či stát.

U odborných lékařů vede omezování limitů k tomu, že dochází k prodlužování čekací doby na odborná vyšetření nebo operace, i když personální kapacita i technické vybavení má mnohem větší možnosti. Také v tom případě pak dochází k prodlužování pracovní neschopnosti a posudkový lékař je nucen přiznat po uplynutí ochranné lhůty invaliditu z důvodu neukončené léčby, přestože by byl pacient schopen po včasné operaci návratu do zaměstnání (21).

Tímto tématem se zabývá také Cabrnok, když hovoří o dvou složkách v rámci solidarity v nemoci, a to o peněžitéch a věcných dávkách v nemoci. Přestože jsou tyto dvě složky v naší realitě zcela odděleny, jsou to stále dvě části jednoho systému. Dokazuje to tím, že vyjmenovává společné body obou systémů. Pojištěnec je v obou systémech občanem, který je povinně pojištěn na základě zákona a zákon stanoví i výši pojistného. Plátce pojištění je v obou systémech jak pojištěnec, tak jeho zaměstnavatel, onemocnění je v obou systémech pojistnou událostí, ke které se vztahuje pojistné

plnění, lékař je v obou systémech tím, kdo spolu s pojištěncem rozhoduje o plnění (vystavuje pracovní neschopnost a současně poskytuje nebo předepisuje zdravotní péči) a pojištěnec během nemoci v obou systémech neplatí pojistné (30).

Cabrnoch tvrdí, že oddělení nemocenského pojištění od pojištění zdravotního je umělé a vychází z historického vývoje, kdy se v letech 1991 až 1992 oddělilo financování zdravotnictví od státního rozpočtu a vzniklo veřejné, tehdy ještě všeobecné, zdravotní pojištění. Takové oddělení obou součástí jednoho systému přináší určité nevýhody. Občan nevidí obě složky svého pojištění pro případ nemoci jako jeden celek a není tedy jeho výší motivován k péči o své zdraví i k hospodaření se svými prostředky, komplikovaný výběr pojistného vyvolává zvýšené náklady nejen na straně vybírajících institucí, ale i na straně plátců, stejně jako komplikovaná kontrola výběru pojistného, kdy je zapotřebí dvojí kontroly, přičemž pro každou jsou rozhodující rozdílné podklady. V systému také chybí motivace jak pacienta, tak lékaře k hospodaření s prostředky obou fondů současně a další nevýhodou je dvojí revize, tedy kontrola odůvodněnosti plnění.

Podle jeho slov má stávající organizace chyby v tom, že pojištěnec hradí pouze menší část pojistného, větší část za něj totiž hradí zaměstnavatel a pojištěnec tak nevidí celou částku a není dostatečně motivován ke kontrole jejího využívání ani k hospodaření s těmito prostředky. Dochází také k tomu, že pracovní neschopnosti často řeší jiné problémy jak zaměstnanců (pracovně právní problémy), tak zaměstnavatelů (sezónní nebo jiný dočasný nedostatek činnosti pro zaměstnance). To zvyšuje náklady nejen v systému nemocenského pojištění, ale i ve zdravotním pojištění (30).

Cabrnoch navrhuje změnit systém tak, aby byly vytvořeny především pozitivní motivace jednotlivých účastníků pojištění k chování ve prospěch systému, a dodává, že je potřeba vycházet z jasných principů. Navrhuje, aby pojištěnec hradil celé pojistné jak na nemocenské, tak na zdravotní pojištění na jedno místo, tedy zdravotní pojišťovně, kterou si svobodně zvolil, tak by vznikl přímý smluvní vztah mezi pojištěncem a pojišťovnou, přičemž obě strany by měly stanoveny svá práva i povinnosti. V kompetencích zdravotní pojišťovny by bylo provádění kontroly výběru pojistného, neplacení pojistného má totiž dopad na financování v případě pojistné události.

O čerpání by rozhodovali společně pojištěnec a lékař, přičemž pojištěnec by se rozhodl vyhledat lékaře, souhlasil by s pracovní neschopností a s čerpáním zdravotní péče a lékař by následně rozhodl o pracovní neschopnosti a poskytl by nebo předepsal zdravotní péči. Pozitivní motivace na obou stranách by vedla k efektivnímu chování, avšak musela by být propojena pro věcné i peněžité dávky. Kontrola odůvodněnosti plnění (revizní resp. posudková činnost) by byla prováděna společně pro zdravotní i nemocenské pojištění, zákonem by byly nastaveny záruky plnění tak, aby měl pojištěnec, který řádně platí pojistné a dodržuje smlouvu o pojištění, jistotu plnění v případě pojistné události a legislativa by umožnila krátkodobou nepřítomnost v zaměstnání bez nutnosti lékařského potvrzení. To by eliminovalo další navyšování kontaktů pojištěnce s lékařem z jiných než zdravotních důvodů (30).

Ačkoliv návrhy, které Cabrnach prezentuje, jsou dle mého názoru dobře argumentačně podpořeny a vidím v nich mnoho pozitivních změn pro náš systém, osobně si nedovedu představit, jak by prakticky probíhala fúze těchto dvou celků. Domnívám se, že i přes veškeré dostupné informace je náš dosavadní systém tak silně zakotven, že pro prosazení jakékoliv změny by bylo zapotřebí vytvoření ideálních podmínek jak v nemocenském, tak i zdravotním pojištění a podrobné informování veřejnosti. První zmínky, které jsem objevila na téma sloučení zdravotního a nemocenského pojištění na našem území, byly z roku 1998, od té doby došlo k mnoha změnám, avšak pouze na úrovních každého systému zvlášť.

Na základě získaných údajů a jejich prezentaci v teoretické části jsem zjistila, že v převážné většině zemí jsou systémy nemocenského a zdravotního pojištění propojené. Tímto způsobem to funguje ve Velké Británii, v Rakousku, ve Francii i na Slovensku. Pouze v České republice a v Polsku jsou tyto dva systémy oddělené. Mimo to Cabrnach navrhuje zavedení využití krátkodobé nepřítomnosti v zaměstnání bez nutnosti lékařského potvrzení. V Rakousku je zaveden „Krankenstand“, tedy jakési pracovní volno z důvodu nemoci, ovšem i v tomto případě je nutné lékařské potvrzení. Ostatní zkoumané země nemají „zdravotní volno“ ve svém systému zakotveno.

Další rozdíly, na které jsem se zaměřila v analýze systému posuzování zdravotního stavu, byly rozdíly v délce podpůrčí a čekací doby v jednotlivých státech v rámci

nemocenské. Z výsledků vyplývá, že nejkratší podpůrčí doba je v Polsku a činí celkem 182 dnů (v případě onemocnění tuberkulózou pak 270 dní). Na Slovensku je tato doba stanovena v délce nanejvýš 52 týdnů, stejně tak ve Velké Británii a v Rakousku. Rakouský systém však umožňuje prodloužení podpůrčí doby až na 78 týdnů. Francie zaručuje svým zaměstnancům výplatu nemocenské po dobu 12 měsíců a v České republice je maximální délka podpůrčí doby stanovena na 380 dní.

Zjistila jsem, že čekací doba pro vznik nároku na dávku v pracovní neschopnosti je zavedena ve Velké Británii, ve Francii a v Polsku. U nás je tato doba vyžadovaná pouze v případě osob samostatně výdělečně činných a na Slovensku u dobrovolně pojištěných osob. Rakousko tuto podmínku nevyžaduje. Arnoldová píše, že v některých zemích se v rámci čekací doby tyto dny neproplácejí vůbec, jinde může být výplata těchto dávek povinností zaměstnavatele a ze sociálního pojištění se začne vyplácet až po uplynutí této doby (14).

Ačkoli víme, že dávky nemocenské jsou poskytovány ve všech zkoumaných zemích, rozdíl můžeme předpokládat ve výši jejich výměry. Dávky nemocenské jsou ve Velké Británii kryty konkrétní paušální částkou, kdežto v ostatních státech tvoří procentní sazbu z denního vyměřovacího základu nebo hrubé mzdy. V České republice jde o částku ve výši 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu po celou dobu vyplácení nemocenské (tedy od 4. dne) a ve Francii je tato výměra stanovena na 50 % denního vyměřovacího základu (dále jen DVZ), taktéž od 4. dne pracovní neschopnosti. Co se týče Slovenska, zde se vyplácí nemocenské ve výši 25 % DVZ od 1. dne pracovní neschopnosti a od 4. dne trvání pracovní neschopnosti ve výši 55 % DVZ. Také v Polsku je nemocenská poskytována od prvního dne, avšak ve výši 80 % DVZ a v případě, že jde např. o pracovní úraz, pak DVZ činí 100 %. Jako poslední z výčtu všech zkoumaných zemí je Rakousko, kde zaměstnavatel poskytuje 100 % mzdy po dobu 6 až 12 týdnů (v závislosti na délce pracovního poměru) a následující dávky vyplácené státem činí 50 % z hrubé mzdy.

Z těchto skutečností vyplývá, že v České republice je nemocenské poskytované stejně jako ve Francii, Velké Británii a Rakousku od 4. dne neschopnosti, přičemž i délka podpůrčí doby je přibližně stejná. Dále se ukázalo, že náš redukovaný denní

vyměřovací základ činí 60 % a nižší je pouze ve Francii. Ačkoliv v Rakousku činí tato výše DVZ 50 % hrubé mzdy, předchází jí minimálně 6 a maximálně 12 týdnů nemocenské vyplácené zaměstnavatelem, a to ve výši 100 %.

Díky práci s velkým množstvím zdrojů jsem narazila na skutečnost, že všechny zkoumané země kladou velký důraz na to, aby lékaři účastníci se posuzování zdravotního stavu splňovali dané kvalifikační požadavky pro tuto činnost. Česká republika není výjimkou, i u nás funguje systém celoživotního vzdělávání lékařů a propracovaná struktura přípravy posudkových lékařů. Faktem ale je, že hlavním dlouhodobým problémem, se kterým se lékařská posudková služba rezortu MPSV potýká, je nedostatek posudkových lékařů, což má přímý dopad na i kontrolní činnost LPS v nemocenském pojištění.

Čeledová a Čevela ve svém příspěvku hovoří o tom, že nepříznivá personální situace v obsazenosti lékařských míst a věkového složení posudkových lékařů v České republice trvá přibližně 20 let. Autoři uvádějí, že hlavním důvodem je neschopnost ČSSZ konkurovat na trhu práce nabídkám zdravotnických zařízení při získávání nových lékařů. Neatraktivnost posudkového lékařství vidí v tom, že zatímco lékař s atestací z klinického oboru je ve zdravotnictví veden jako samostatně pracující lékař, přechodem na pozici posudkového lékaře tuto způsobilost samostatné práce pozbývá a musí pracovat pod dohledem lékaře se specializací v oboru posudkové lékařství, a to do té doby, než vykoná vlastní zkoušky z posudkového lékařství. Mimo to uvádějí, že prestiž tento obor ztrácí také vysokou administrativní náročností a omezeným kontaktem s pacientem (17).

LPS si tento stav uvědomuje, když hovoří o kritickém zatížení nadměrnou administrativou. Řešení tohoto chronického problému vidí v podobě realizace připravovaných projektů, jejichž cílem je zefektivnění činnosti lékařské posudkové služby a tím i zvýšení její kapacity. Soustředí se zejména na cílené rozšíření a využívání informačních technologií, sjednocení a zjednodušení postupů a vytvoření nové kategorie pracovníka, tedy odborného asistenta posudkového lékaře, jako podpůrného činitele v práci lékařů posudkové služby. Programem pro letošní rok je také zavedení elektronické komunikace s úřady práce a s ošetřujícími lékaři (13).

Připravované změny, které LPS ČSSZ pro letošní rok v rámci lékařské posudkové činnosti prezentuje a chystá, působí zajímavě. Zaujala mě zejména informace o snaze vytvořit nové profesní kategorie odborného asistenta posudkového lékaře. Myslím si, že by tím mohlo dojít ke snížení administrativního zatížení posudkových lékařů ve prospěch posuzovaných osob a zároveň kvalitní a včasná lékařská posudková činnost přispěje k větší stabilitě a důvěryhodnosti systému. Kromě toho spatřuji v nové pracovní pozici další možnost profesního uplatnění například absolventů Zdravotně sociální fakulty. Spolupráce posudkových a ošetřujících lékařů tak bude probíhat rychleji a efektivněji, což bude mít pozitivní dopad na celý systém nemocenského pojištění.

Co se týče vzdělávání posudkových lékařů v České republice, pak se domnívám, že požadování atestace v oboru zaručuje vysokou úroveň tohoto odvětví. Ostatní státy, kromě Velké Británie, vyžadují pro výkon funkce posudkového lékaře absolvování systémů kurzů nebo školení. Avšak dle mého názoru pouze vysoce erudovaný lékař může splňovat kvalifikační požadavky a být rovnocenným partnerem ostatním specialistům. V tomto spatřuji silnou stránku našeho systému a troufám si říct, že by se ostatní státy mohly naší strukturou vzdělávání inspirovat.

Zkvalitnění práce lékařů zajišťuje mimo jiné EUMASS (Evropská unie posudkových a revizních lékařů, kteří pracují v pojišťovnictví a v oblasti sociálního zabezpečení), pořádající mezinárodní pracovní setkávání, jejichž obsahem jsou odborná témata související s oborem, sledování aktuálního stavu v jednotlivých zemích, předávání zkušeností apod. Česká republika je členem EUMASS od roku 1999 (14, 47).

### 3. ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zmapování a poskytnutí stručného přehledu o posuzování zdravotního stavu v nemocenském pojištění v České republice a v dalších pěti vybraných zemích Evropské unie.

Lékařská posudková služba rezortu MPSV vykonává posudkovou činnost v oblasti pojistných i nepojistných systémů sociálního zabezpečení. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob, které vykonávají OSSZ, upravuje § 8 zákona č. 582/1991 Sb.

Pracovní neschopnost představuje důležitý ukazatel vývoje produktivity práce a současně také omezující faktor rozvoje lidských zdrojů. Její úroveň a vývoj je následkem řady příčin, které spočívají nejen v oblasti samotného zdraví, ale také v legislativních podmínkách poskytování náhrady mzdy a sociální podpory v nemoci, či v dalších příčinách ovlivněných ekonomickou úrovní a situací na trhu práce. Lékařská posudková činnost je tedy velmi úzce spjata s finančním dopadem na všechny oblasti sociálního zabezpečení. Z toho vyplývá, že je třeba klást velký důraz na kvalitu posuzování zdravotního stavu a zároveň na objektivitu jednotlivých posudků. Jde o to, aby nedošlo k poškození žadatele a jeho práv, ale také aby nedocházelo k opačnému jevu, nadužívání nebo zneužívání systému.

Výsledky práce ukazují, že posuzování zdravotního stavu v oblasti nemocenského pojištění musí vycházet ve všech zkoumaných státech z objektivně a spolehlivě zjištěného zdravotního stavu posuzovaného jedince a zároveň musí být v souladu s posudkovými měřítky a kategoriemi zakotvenými v obecně závazných předpisech. Posuzování zdravotního stavu se neomezuje pouze na vydání posudku, ale jedná se o komplexní proces, který využívá ke spolupráci všechny zainteresované strany (ošetřující lékaře, zaměstnavatele i další specialisty) a zahrnuje také kontrolní činnost.

Zásadní rozdíl můžeme spatřit při hodnocení jednotlivých složek nemocenského pojištění daných zemí, a to například v délce podpůrní doby, v zavedení karenční doby nebo v procentní výměře dávky.



V České republice je stěžejním problémem nedostatečně naplněná personální kapacita lékařských míst a vysoké administrativní zatížení posudkových lékařů. To může do budoucna ohrožovat nejen efektivitu jejich práce ale také kontrolní činnost v nemocenském pojištění a spolupráci s ošetřujícími lékaři. Proto si myslím, že velké úsilí by mělo být vynaloženo právě na zatraktivnění oboru posudkového lékařství s využitím veškerých motivačních prostředků (podpora dalšího vzdělávání, zaměstnanecké benefity i odpovídající finanční ohodnocení). Pozitivní motivace totiž úzce souvisí s pocitem smysluplnosti vlastní práce, oboru i systému. Zvýšení počtu posudkových lékařů zabezpečí zkvalitnění kontrolní činnosti v nemocenském pojištění a v konečném důsledku také zefektivní práci ošetřujících lékařů. Dle mého názoru by k tomu stavu mohlo přispět také zjednodušení komunikace mezi jednotlivými zúčastněnými stranami. Navrhovala bych sdílení informací s dalšími institucemi i vedení dokumentace elektronickou cestou. Výsledkem by bylo zkrácení doručovacích lhůt a urychlení agendy.

Domnívám se také, že by bylo vhodné inspirovat se u našich sousedů a pro zefektivnění i zkvalitnění poskytovaných služeb propojit sdílení informací v sektoru zdravotního a nemocenského pojištění. Výsledkem této kooperace by byla snazší komunikace, lepší transparentnost systému a možnost kontroly samotnými pojištěnci. Jejich aktivní přístup v této otázce by vyvíjel větší tlak na efektivní využívání všech zdrojů.

#### 4. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

##### **Monografie:**

1. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše, ZVONÍKOVÁ, Alena. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3285-5.
2. DURKHEIM, Émile. *Pravidla sociologické metody*. Praha: Vysoká škola politická ÚV KSČ, Katedra marxistické sociologie, 1969.
3. GREGOROVÁ, Zdeňka a kol. *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Brno: Doplněk, 2005, s. 280. ISBN 80-210-3686-9.
4. KAHOUN, Vilém a kol. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
5. TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8.

##### **Zákony:**

6. Zákon č. 187/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
7. Zákon č. 470/2011 Sb., ze dne 9. prosince 2011, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.
8. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
9. Zákon č. 582/1991 Sb., ze dne 17. prosince 1991, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.
10. Zákon č. 461/2003 Z. z., o sociálním poistení, ve znění pozdějších předpisů.

11. Zákon ze dne 17. února 1998, o emeryturách i rentách z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
12. Zákon ze dne 25. června 1999, o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

**Odborná periodika, odborné články, průvodce:**

13. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. Praha: MPSV ČR, 2012. ISBN 978-80-7421-044-0.
14. ARNOLDOVÁ, Anna. *Posudkové lékařství existuje i v Evropské unii*. Revizní a posudkové lékařství. 2003, VI, 2/2003. ISSN 1212-2904.
15. BOJCÚNOVÁ, Jaroslava., ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální pojištění a posuzování v systému nemocenského pojištění na Slovensku*. Revizní a posudkové lékařství. 2011, roč. 14, 1/2011. ISSN 1214-3170.
16. BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Druhý názor na léčbu: zkušenosti Německa a Rakouska*. Zdravotnické noviny. 2012, 8/2012. ISSN 1214-7664.
17. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Motivace lékařů pro práci v lékařské posudkové službě*. Revizní a posudkové lékařství. 2011, roč. 14, 2/2011. ISSN 1214-3170.
18. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Průvodce novým zákonem o nemocenském pojištění v roce 2009: Důležité informace nejen k nemocenskému, které byste měli vědět*. Praha: ČSSZ, 2008. ISBN 978-80-87039-28-1.
19. HOLAN, Zbyněk. *Nemocenské pojištění v evropských zemích*. Revizní a posudkové lékařství. 2004, roč. 7, 4/2004. ISSN 1214-3170.
20. CHVÁTALOVÁ, Iva. *Mezinárodní porovnání odlišností v poskytování náhrady příjmu v době nemoci pro malé a střední podniky, zejména v dávkových systémech zaměstnanců*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. ISBN 978-80-87007-84-6.

21. JIŘÍK, Petr. *Proč není možné sloučení zdravotního a nemocenského pojištění?*. Zdravotnické noviny. 2005, roč. 54, 23/2005. ISSN 1214-7664.
22. RYCHTÁŘOVÁ, Jana. *Sociální pojištění v EU - Slovensko: Nemocenské pojištění*. Národní pojištění. 2011, roč. 43, 1/2012. ISSN 0323-2395.
23. RYCHTÁŘOVÁ, Jana. *Systém sociálního zabezpečení v EU: Dávky nemocenského pojištění v Polsku*. Národní pojištění. 2010, roč. 41, 11/2010. ISSN 0323-2395.
24. ZVONÍKOVÁ, Alena. *Lékařská posudková služba v Polsku*. Revizní a posudkové lékařství. 2011, roč. 14, 1/2011. ISSN 1214-3170.

#### **Internetové zdroje:**

25. AMELI.FR: *Les ALD avec protocole de soins*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-12]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-souffrez-d-une-affection-de-longue-duree/les-ald-avec-protocole-de-soins/l-8217-etablissement-du-protocole-de-soins.php>
26. AMELI.FR: *Qu'est-ce qu'une affection de longue durée (ALD)?*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-26]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-souffrez-d-une-affection-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree-ald.php>
27. AMELI.FR: *Vous êtes en arrêt de travail pour maladie*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-12]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/la-reprise-du-travail.php>
28. AMELI.FR: *Vous êtes en arrêt de travail pour maladie*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-12]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/vos-demarches-et-formalites.php>

29. AMELI.FR: *Vous êtes salarié*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-12]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-professionnelle/vous-travaillez/vous-etes-salarie/les-conditions-generales-d-ouverture-des-droits.php>
30. CABRNOCH, Milan. *Sloučení nemocenského a zdravotního pojištění*. In: Informační stránky poslance MUDr. Milana Cabrnocha [online]. 2003 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: <http://www.cabrnoch.cz/stary-web/zdravotnictvi/030111pojisteni.html>
31. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Evropská unie*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/>
32. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Informace k novým tiskopisům vyplňovanými ošetřujícími lékaři* [online]. 2012, 23. 5. 2011 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/informace-k-novym-tiskopisum-vyplnovanymi-osestrujicimi-lekari.htm>
33. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Informace pro ošetřující lékaře: nejdůležitější změny od 1. 1. 2012* [online]. [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/informace-pro-osestrujici-lekare-nejdulezitejsi-zmeny-od-1-1-2012.htm>
34. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Informace pro ošetřující lékaře: zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. [online]. [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/cinnost/informace-pro-osestrujici-lekare-zakon-c-187-2006-sb-o-nemocenskem-pojisteni.htm>
35. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nemocenské*. [online]. 1. 2. 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/nemocenske.htm>
36. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Podrobné informace o tiskopisech*. [online]. [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/podrobne-informace-o-novych-tiskopisech-platnych-od-1-12-2009.htm>

37. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (karantény)*. [online]. 2012, 1. 2. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/potvrzeni-o-trvani-docasne-pracovni-neschopnosti-karanteny.htm>
38. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Určení státu pojištění*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/urceni-statu-pojisteni/>
39. DIRECTGOV. *After your medical assessment*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Illorinjured/DG\\_172032](http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Illorinjured/DG_172032)
40. DIRECTGOV. *Company sick pay rights*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Sicknessabsence/DG\\_10027238](http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Sicknessabsence/DG_10027238)
41. DIRECTGOV. *Statement of Fitness for Work - fit note*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Sicknessabsence/DG\\_187161](http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Sicknessabsence/DG_187161)
42. DIRECTGOV. *Time off for dependants*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Timeoffandholidays/DG\\_10026555](http://www.direct.gov.uk/en/Employment/Employees/Timeoffandholidays/DG_10026555)
43. DIRECTGOV. *The Work Capability Assessment*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Illorinjured/DG\\_172012](http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Illorinjured/DG_172012)
44. DIRECTGOV. *Working when pregnant*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: [http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Moneyandworkentitlements/WorkAndFamilies/Pregnancyandmaternityrights/DG\\_10026556](http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Moneyandworkentitlements/WorkAndFamilies/Pregnancyandmaternityrights/DG_10026556)

45. EKONOMIKA.SME. *Kalkulátor nemocenského v SR*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné z: <http://ekonomika.sme.sk/kalkulacky/kalkulator-nemocenskeho.php>
46. EUMASS.COM. *Professional sick leave: general information*. [online]. 2011 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://www.eumass.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=67&lang=en#france](http://www.eumass.com/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=67&lang=en#france)
47. EUMASS.COM. *Social security*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://www.eumass.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=69&lang=en](http://www.eumass.com/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=69&lang=en)
48. EURES: INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. *Rakousko: Životní a pracovní podmínky* [online]. 21. 6. 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/eures/prace\\_v\\_eu/zeme/rakousko/](http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_eu/zeme/rakousko/)
49. EURES: INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. *Velká Británie: Životní a pracovní podmínky* [online]. 21. 6. 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/eures/prace\\_v\\_eu/zeme/vb#o5](http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_eu/zeme/vb#o5)
50. EUROPEAN COMMISSION. *Social Affairs & Inclusion: What is coordination?* [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=850>
51. EUROPEAN COMMISSION. *The coordination of healthcare in Europe*. [online]. 2011 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6834&langId=en>
52. EVROPSKÁ KOMISE. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Francii*. [online]. 2011 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_cs.pdf)
53. EVROPSKÁ UNIE. *Základní informace o Evropské unii* [online]. 2010 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://europa.eu/about-eu/basic-information/index\\_cs.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/index_cs.htm)

54. HEALTH, WORK AND WELL-BEEING. *Statement of Fitness for Work – fit note*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-19]. Dostupné z: <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/our-work/statement-of-fitness-for-work-fit/>
55. KREBS, Vojtěch. *Nemocenské pojištění v České republice*. [online]. 2010 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky\\_PDF/Krebs.pdf](http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Krebs.pdf)
56. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Čtyři principy koordinace*. [online]. 2011 [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11491>
57. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2012*. [online]. [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7#dsn>
58. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Posudková služba – podrobné informace*. [online]. [cit. 2012-06-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7228>
59. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Anspruchsdauer*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7793&p\\_tabid=4&p\\_pubid=137047](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7793&p_tabid=4&p_pubid=137047)
60. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Dauer des Krankengeldanspruches*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7777&p\\_tabid=4&p\\_pubid=11219](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7777&p_tabid=4&p_pubid=11219)
61. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Erforderliche Unterlagen*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7777&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10038](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7777&p_tabid=4&p_pubid=10038)



62. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Feststellung der Arbeitsunfähigkeit*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7776&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10029](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7776&p_tabid=4&p_pubid=10029)
63. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Krankenbesuchsdienst*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7776&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10031](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7776&p_tabid=4&p_pubid=10031)
64. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Ladung zum Kontrollarzt*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7776&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10032](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7776&p_tabid=4&p_pubid=10032)
65. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Ruhensbestimmungen*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7777&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10036](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7777&p_tabid=4&p_pubid=10036)
66. ÖSTERREICHISCHE BETRIEBSKRANKENKASSEN: *Versagen und Verwirken des Anspruches auf Krankengeld*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=7777&p\\_tabid=4&p\\_pubid=10037](http://esv-bkk.sozvers.at/portal27/portal/bkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=7777&p_tabid=4&p_pubid=10037)
67. ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG: *Versicherungsschutz*. [online]. 2011 [cit. 2012-07-11]. Dostupné z: [http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=825&p\\_tabid=4](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=825&p_tabid=4)
68. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Lekárska posudková činnosť nemocenského poistenia*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/lekarska-posudkova-cinnost-nemocenskeho-poistenia/946s>
69. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Lekárska posudková činnosť pri výkone sociálneho poistenia – všeobecne*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/lekarska-posudkova-cinnost/48017s>

70. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Materské*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/materske/1293s>
71. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Nemocenské*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/nemocenske/1292s>
72. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Ošetrovné*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/osetrovne/1294s>
73. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *Vyrovnávacía dávka*. [online]. 2012 [cit. 2012-07-14]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/vyrovnavacia-davka/1295s>
74. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH: *Orzekanie o niezdolności do pracy*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=415#top>
75. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH: *Zasilek macierzyński*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=431>
76. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH: *Zasilek opiekuńczy*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=433>
77. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH: *Zasilek wyrównawczy*. [online]. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=437>

## **5. KLÍČOVÁ SLOVA**

Evropská unie

Nemocenské pojištění

Ošetřující lékař

Posudková služba

Posuzování zdravotního stavu

## **6. PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Srovnání zapojení zaměstnavatelů a karenční doba v PN

Příloha č. 2: Srovnání délky podpůrčí doby a výše dávky

Příloha č. 3: Vzor tiskopisu E 116

## Příloha č. 1

Srovnání zapojení zaměstnavatelů a karenční doba v PN

Stát	Zapojení zaměstnavatelů	Karenční doba
Česká republika	Ano (21 dní)	3 dny
Slovensko	Ano (10 dní)	0 dní
Rakousko	Ano (6 - 12 týdnů)	3 dny
Polsko	Ano (33 dní)	0 dní
Velká Británie	Ano (při splnění podmínek)	3 dny
Francie	Ano (kolektivní dohoda)	3 dny

*Zdroj: vlastní*

## Příloha č. 2

Srovnání délky podpůrčí doby a výše dávky

Stát	Podpůrčí doba	Výše dávky
Česká republika	380 dní	60 % redukovaného DVZ
Slovensko	52 týdnů	25 % do 3. dne, poté 55 % DVZ
Rakousko	52 týdnů (až 78 týdnů)	100 % zaměstnavatel, poté 50 %
Polsko	182 dnů (u TBC 270 dnů)	80 %, při pracovním úrazu 100 %
Velká Británie	52 týdnů	Dvě paušální dávky
Francie	12 měsíců	50 % DVZ

*Zdroj: vlastní*

### Příloha č. 3

SPRÁVNÍ KOMISE  
PRO SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ  
MIGRUJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ

E 116

CZ

(<sup>1</sup>)

#### LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA TÝKAJÍCÍ SE PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI (NEMOC, MATEŘSTVÍ, PRACOVNÍ ÚRAZ, NEMOC Z POVOLÁNÍ)

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. b); čl. 22 odst. 1 písm. a) bod ii); odst. 1 písm. b) bod ii); odst. 1 písm. c) bod ii);  
čl. 25 odst. 1 písm. b); čl. 52 písm. b); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod ii); odst. 1 písm. b) bod ii) a odst. 1 písm. c) bod ii)  
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 2 a 3; článek 24; čl. 26 odst. 5 a 7; čl. 61 odst. 2 a 3; článek 64; čl. 65 odst. 2 a 4

Tento formulář vyplní lékař instituce, která vyhotovuje formulář E 115, k němuž se tento formulář v případě nemoci nebo mateřství přiloží a odešle v zalepené obálce (2).

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Příslušná instituce, již je formulář určen
1.1	Název
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:
1.4	Odkaz: náš formulář E 116 ze dne _____ (datum)

2. Příloha k formuláři E 115 ze dne \_\_\_\_\_ (datum)

3.	Dotyčná osoba
3.1	Příjmení <sup>(3)</sup> :
3.2	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
3.3	Jméno: _____ Datum narození: _____
3.4	Adresa v zemi bydliště či pobytu:
3.5	Osobní identifikační číslo:

4. Já, níže podepsaný \_\_\_\_\_, doktor medicíny,  
jsem provedl lékařskou prohlídku výše jmenované osoby  
dne \_\_\_\_\_

- 4.1 a domnívám se, že se jedná o  
 nemoc  mateřství (očekávané datum porodu: \_\_\_\_\_)
- 4.2 a domnívám se, že se jedná o  
 pracovní úraz  nemoc z povolání  úraz
- 4.3  recidivu nebo zhoršení stavu

**A. Celková zpráva**

5.	Vyplňte ve všech případech
5.1	Anamnéza a nynější symptomy:
5.2	Klinické vyšetření:
5.3	Další pozorování:
5.4	Zvláštní vyšetření <sup>(4)</sup> :
5.5	Diagnóza:
5.6	Závěry:
5.7	<input type="checkbox"/> Dotyčná osoba nebyla shledána nezpůsobilou k práci
5.8	<input type="checkbox"/> Dotyčná osoba byla shledána nezpůsobilou k práci od _____ do _____
5.9	<input type="checkbox"/> Dotyčná osoba byla shledána částečně nezpůsobilou k práci ( _____ %) od _____ do _____ <sup>(5)</sup>
5.10	<input type="checkbox"/> Dotyčná osoba bude podrobena další lékařské prohlídce dne _____
5.11	<input type="checkbox"/> Dotyčná osoba by měla být způsobilá k práci od _____

**B. Zprávy v případě pracovního úrazu**

6.	První lékařská zpráva
6.1	Úrazem byla způsobena tato zranění <sup>(6)</sup> :
6.2	Tato zranění <input type="checkbox"/> měla <input type="checkbox"/> budou mít tyto následky <sup>(7)</sup>
6.3	Pracovní neschopnost začala dne _____
6.4	Zraněná osoba je ošetřována <input type="checkbox"/> doma <input type="checkbox"/> v ordinaci lékaře <input type="checkbox"/> v nemocnici <input type="checkbox"/> jinde
	Adresa <sup>(6)</sup> : _____

7.	Poslední lékařská zpráva
7.1	Ošetřování bylo ukončeno dne: _____
7.2	Zranění byla stabilizována dne: _____
7.3	<input type="checkbox"/> bez pozdějších následků
7.4	<input type="checkbox"/> pravděpodobně s těmito následky:
7.5	Podrobný popis stavu zraněné osoby po uzdravení nebo po ukončení ošetřování:

8.	Instituce místě bydliště či pobytu		
8.1	Název: _____		
8.2	Kód instituce: _____		
8.3	Adresa: _____		
8.4	Razítko	8.5	Datum: _____
		8.6	Podpis: _____

## POZNÁMKY

- (1) Symbol země, v níž se nachází instituce vyplňující formulář: BE = Belgie; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Německo; EE = Estonsko; GR = Řecko; ES = Španělsko; FR = Francie; IE = Irsko; IT = Itálie; CY = Kypr; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Lucembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Nizozemsko; AT = Rakousko; PL = Polsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Finsko; SE = Švédsko; UK = Spojené království; IS = Island; LI = Lichtenštejnsko; NO = Norsko; CH = Švýcarsko. Uveďte druh vyšetření a datum.
- (2) Formulář E 116 není vyžadován pro žádosti o dávky v mateřství vyplácené v Belgii. V případě Belgie musí být tento formulář vždy odeslán nejprve belgické instituci příslušné ve věci nemocenského pojištění. V České republice, Lichtenštejnsku, ve Finsku, Norsku a Švédsku vyplní tento formulář lékař dotyčné osoby a ověří jej pojišťovací instituce.
- (3) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (4) Uveďte druh vyšetření a datum.
- (5) Pro účely norských institucí.
- (6) Uveďte druh a charakter zranění a zraněnou část těla: zlomenina paže, pohmožděnina hlavy, prstů, vnitřní zranění, asfyxie atd.
- (7) Uveďte jisté nebo pravděpodobné následky zjištěných zranění: smrt, trvalá nebo dočasná pracovní neschopnost, celková nebo částečná; v případě dočasné neschopnosti uveďte pravděpodobnou délku jejího trvání.
- (8) Pokud je zraněná osoba ošetřována v nemocnici, uveďte název nemocnice.