

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PRÁVNÍ ASPEKTY INVALIDITY Z MLÁDÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ČESKÉ BUDĚJOVICE 2007

JANA HORYNOVÁ

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

P r á v n í a s p e k t y
i n v a l i d i t y z m l á d í

Diplomová práce

Autor : Jana Horynová

7. dubna 2007

Vedoucí práce : Doc. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D.

Legal aspects of invalidity from youth

This study occupies itself with legal aspects of invalidity from youth. It represents an issue that is very significant from the social point of view although not regulated as single problem by law. However the whole theme infiltrates to another specific fields: social insurance, assessment medicine, psychology, juristic section, medicinal issue, ethics, upbringing and special pedagogy in a broad meaning.

Current Czech law regulation of theme concerning benefits for persons with long-term unfavorable health state is based on concept of full and partial invalidity pension as benefits within pension insurance scheme and pension increase for incapacity (helplessness). Generally full and partial invalidity pension benefits originate from reduction of gainful activity and reaching of relevant time period of pension insurance. According to a survey it is evident that number of awarded full and partial invalidity pensions has increased in „Jihočeský“ region. Respecting diagnostic flags structure the greatest occurrence of full invalidity pensions from youth has been recorded in group of intermediate cephalonia. Solving of social insurance of the elderly is planned under the pension reform at the present. The main goal of invalidity pension is permission to live as close as possible to normal state thus to face up to a handicap and to secure appropriate family, social and work life. In fine we could deduce that there should be confirmation of obligatory conversion of full invalidity pension to old-age pension when reaching retirement age within Czech pension reform.

In my study I have focused on some factors decisive for occurrence of full or partial invalidity. It represents socially significant problems in broad range of relations that establish or could establish. Long-term loss or reduction of ability to work have negative impact not only on individuals but also affect social status of their families and thus negatively influence the whole society. Exclusion from work process traumatizes young people.

Pension benefits provided to the disabled from youth are not deduced from tolled premiums. That is the reason I think this should be solved out of the pension insurance system as well as pension increase for incapacity (helplessness). Costs on

these benefits would be compensated by state budget within pension insurance system in the near future with perspective of transmission of these benefits to other social scheme.

In this connection it is necessary to emphasize that mankind should be made sure that there is basic perception and crucial aim of social welfare in focusing on level and quality of life of individuals and their families not affected by unfavorable social or economic influences as well as their health state and well-being that will not be compounded by diseases and injuries. This fact will substantially affect the strategy of modern social policy.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Právní aspekty invalidity z mládeže“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 7.dubna 2007

Jana Horynová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Doc. JUDr. Vilému Kahounovi, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a za jeho trpělivost a ochotu během vypracování diplomové práce.

V Českých Budějovicích dne 7. dubna 2007

Jana Horynová

OBSAH	
I. Úvod	8
II. Současný stav	10
1. Pojem invalidita	10
2. Právní úprava invalidních osob	13
3. Pojem, koncepce a zákonné vymezení invalidity	15
4. Koncepce invalidity v sociálním zabezpečení	18
5. Ústavní ochrana invalidních osob	26
6. Posuzování zdravotního stavu	28
7. Mezinárodní srovnávání invalidity	31
8. Plný invalidní důchod	43
8.1. Podmínky nároku na plný invalidní důchod	44
8.1.2 Plná invalidita	44
8.1.3. Posuzování plné invalidity	46
8.1.4. Potřebná doba pojištění	48
8.1.5. Výše plného invalidního důchodu	49
8.1.6. Plný invalidní důchod a výdělečná činnost	50
8.1.7. Plný invalidní důchod a starobní důchod	51
8.2. Plný invalidní důchod v mimořádných případech (invalidita z mládí)	51
8.3. Částečný invalidní důchod	54
8.3.1. Částečná invalidita	55
8.3.2. Posuzování částečné invalidity	55
8.3.3. Potřebná doba pojištění	57
8.3.4. Výše částečného invalidního důchodu	58
8.3.5. Částečný invalidní důchod a příjem z výdělečné činnosti	59
8.4. Pojem osoba zdravotně znevýhodněna	62
8.4.1. Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely osob zdravotně znevýhodněné	63
8.5. Příspěvek na péči	73
9. Problematika posuzování invalidity z mládí	82

III. Výzkumná část	89
1. Cíle práce	89
2. Metodika výzkumné práce	89
3. Výsledky	91
4. Hodnocení výsledků výzkumné práce	116
5. Závěry práce	119
6. Seznam použitých zdrojů	123
7. Klíčová slova	126
8. Přílohy	127
Seznam použitých a některých souvisejících právních předpisů	
Seznam tabulek	
Seznam grafů	
Seznam diagnóz	
Seznam zkratk	

I. ÚVOD

Invalidita a zabezpečení invalidních osob patří do oblasti sociálního zabezpečení vedle zabezpečení ve stáří k nejvýznamnějším okruhům problémů, a to jak z hlediska počtu zabezpečených osob, tak z hlediska rozsahu nákladů na toto zabezpečení. Jde o okruh otázek velmi dynamicky se vyvíjejících v závislosti na změnách v pracovních i životních podmínkách a celkovému vývoji dané společnosti. Problematika invalidity a rehabilitace soustřeďuje stále větší pozornost různých vědních disciplín. Tato tendence, projevující se výrazně zejména v posledních desetiletích, zřejmě souvisí s tím, že stále vzrůstá počet invalidních osob v důsledku úrazů (zejména v dopravě) a různých chorob, přičemž v souvislosti s pokrokem v oblasti lékařství se daří stále větší počet postižených osob zachovat na živu, často však zůstávají invalidní. To má ovšem za následek značný růst nákladů na zabezpečení invalidních osob.

Problémy ve financování sociálního pojištění, posuzování zdravotního stavu a zaměstnanosti mě přivedlo na myšlenku zaměřit pozornost na jeho dílčí problém, zaměřit se na občany, u nichž došlo v mladém věku ke snížení nebo ztrátě pracovní schopnosti. Dlouhodobá ztráta nebo pokles pracovní schopnosti má nepříznivý dopad nejen na jednotlivé občany, ale ovlivňuje i sociální postavení jejich rodin a tím působí negativně i na celou společnost. Úroveň a rozvoj každé společnosti úzce souvisí se zdravím a na pevném zdraví závisí výkonnost obyvatel v pracovním procesu.

Zánik nebo snížení pracovní schopnosti právě u nastupující generace je pro celou společnost nesmírnou ztrátou. Vyřazení z pracovního procesu pak mladé lidi značně traumatizuje.

V souvislosti s demografickou tendencí ve snižování počtu narozených dětí je tato problematika obrovským společenským problémem k řešení. Proto i sebemenší snížení incidence invalidity nebo částečné invalidity občanů mladších věkových skupin je a bude mít významný celospolečenský dopad.

Cílem práce je rozebrat, upozornit a zmapovat problematiku postavení invalidity z mládí v kontextu invalidních důchodů přiznaných ve smyslu ust. § 42 odst. 1 zák. č.

155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Jedná se o tzv. invaliditu z mládí. V právních předpisech není tento termín pro tuto skupinu uživatelů dávky důchodového pojištění upraven jako samostatný právní institut. Přesto se obecně hovoří o invaliditě z mládí.

Jde o problematiku společensky vysoce závažnou, neboť má projev nejen v ekonomice sociálního pojištění, ale jde o problematiku medicínskou, posudkového lékařství, psychologickou, právní, etickou, výchovnou, speciálně pedagogickou a v nejširším významu sociální.

Ve své práci jsem se proto zaměřila na některé faktory, které byly u mladých lidí rozhodující pro vznik plné či částečné invalidity.

Problematika invalidity z mládí není v odborné literatuře popsána v rozsahu předkládané práce. Jde o problematiku vysoce společensky závažnou v celé šíři vztahů, které vznikají nebo mohou vznikat.

Slovo invalidita pochází z latinského slova validus – zdraví, statný, silný. Ve většině případů bývá výklad spojován se sníženou schopností invalidního jedince vykonávat zaměstnání, kdy příčinou tohoto stavu je úraz, vrozená vada, nemoc nebo porucha tělesná či duševní (3).

II. OBECNÁ ČÁST

1. Pojem invalidita

Pojmu invalidita se používá v nejrůznějších souvislostech v praxi, ale hlavně se jedná o pojem medicínský, ekonomický, sociologický a právní. Obecně vzato je invalidita stabilizovaná nemoc se zdravotními potížemi. Invaliditu můžeme chápat jako významnější přechodné nebo trvalé tělesné nebo duševní poškození nebo ztrátu určité funkce. Invalidita je definována v každé době zákonem.

Medicínská kategorie invalidity vychází ze souvislosti mezi nemocí a možnostmi léčení. V tomto pojetí se jako invalidní jeví ten, koho nelze vyléčit. Ekonomická kategorie invalidity má na zřeteli změnu životní úrovně zdravotně postiženého a sociologická kategorie různé sociální důsledky této změny. Invalidita ve smyslu právním musí odpovídat podmínkám stanoveným právní úpravou platnou v daném státě. Jednotlivým prvkem pojmu invalidita je však dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se závažnými profesionálně ekonomickými důsledky, tedy element biologický a zároveň sociálně ekonomický.

S tím souvisí forma a způsob zajištění sociálních událostí. Pro zabezpečovací systémy je typičtější forma povinné účasti na systému, který je garantován státem, či jiným veřejnoprávním subjektem. Systémy sociálního zabezpečení v jednotlivých zemích jsou založeny nejčastěji na principech, které využívají výhod nemocenského i důchodového pojištění a je garantováno prostředky státního rozpočtu s obsahem občanské solidarity se sociálně slabšími.

V současné době je plná invalidita nejčastěji zapříčiněna chorobami krevního oběhu, chorobou onkologickými a chorobami duševními. Choroby pohybového aparátu představují nejčastěji příčinu invalidity částečné.

Invalidita je sociální událostí, protože vyřazuje člověka ze standardních situací trvale nebo dlouhodobě a musí se člověk s invaliditou naučit žít.

Pro hmotné zabezpečení občana z prostředků sociálního zabezpečení má zásadní význam, zda je dysfunkce jeho organismu, tj. snížení nebo omezení schopnosti vyrovnávat se s působením nejrůznějších jevů a vlivů vnějšího prostředí, dočasná, nebo

naopak dlouhodobá, případně trvalá. Je ovšem třeba si uvědomit, že dlouhodobá pracovní neschopnost není nutně nezměnitelným zdravotním stavem. Podstata rozlišování dočasné a dlouhodobé pracovní neschopností spočívá v prognóze, zda lze v poměrně krátké době obnovit pracovní schopnost, nebo zda zdravotně postižený je zřejmě na dlouhou dobu, popř. trvale zbaven schopnosti vykonávat za obvyklých pracovních podmínek určité zaměstnání. V současnosti je plná invalidita nejčastěji zapříčiněna chorobami krevního oběhu, chorobami onkologickými a chorobami duševními, zatímco choroby pohybového aparátu představují nejčastější příčinu invalidity částečné. V souvislosti s tím vznikají značné problémy při určování rozdílu mezi dočasnou chorobou a trvalou dysfunkcí organismu, tedy mezi dočasným a trvalým omezením pracovní schopnosti. Neboť u chorob krevního oběhu je toto rozlišování většinou značně složitější než u chorob pohybového ústrojí. Přitom řešení této otázky je rozhodující pro řešení důležitého právního problému, zda a od jaké doby se má jednat o zabezpečení při dočasné pracovní neschopnosti, nebo naopak při invaliditě.

Se zřetelem ke stupni, rozsahu nebo závažnosti a časovému trvání dysfunkce organismu a jejím důsledkům se rozlišují v sociálním zabezpečení právní statky občanů, označované jako :

- Snížená pracovní schopnost s dočasným trváním
- Plná pracovní neschopnost s dočasným trváním
- Snížená, omezená nebo neúplná pracovní schopnost s dlouhodobým trváním
- Plná pracovní neschopnost s dlouhotrvajícím stavem
- Bezmocnost

Ztráta pracovní potence se zpravidla vyjadřuje krácením pracovního úvazku nebo ztrátou určitého podílu výdělku. Vývoj dočasné pracovní neschopnosti směrem k invaliditě může být velmi složitý, dokud rozsah zdravotního postižení není ještě ustálen, a nemá tudíž povahu trvalé změny. Jako mezičlánek mezi nemocenským a invalidním důchodem je forma dočasného invalidního důchodu.

Krátkodobé stavy poruchy zdraví bývají zahrnovány pod pojem pracovní neschopnost, naproti tomu dlouhodobé stavy poruch zdraví bývají v teorii, legislativě

i praxi sociálního zabezpečení spojovány s pojmem invalidita. Pojmy pracovní neschopnosti a invalidita spolu úzce souvisejí, nelze je ovšem ztotožňovat. Pojem invalidita je komplexnější a zpravidla nepředstavuje jen dlouhodobou neschopnost k pracovní činnosti, kladoucí určité požadavky na fyzické a duševní schopnosti pracovníka. Vyplývá z ní v zásadě též ztížení realizace řady životních funkcí člověka. Pojetí těchto pojmů v platné právní úpravě dané země je vždy též výsledkem určitého historického vývoje.

Přestože je invalidita někdy pojímána jako příčinná souvislost mezi dlouhodobou změnou zdravotního stavu a změnou v pracovním uplatnění člověka, která se vyvinula v důsledku nemoci, nelze opomíjet podstatný rozdíl v nestejně vnitřní dynamice zdravotního stavu při nemoci a invaliditě. Nemoc je fází více dynamickou, invalidita fází fyziologického procesu s určitými prvky statickými. Dočasná pracovní neschopnost zpravidla neznamena pro pracovníka podstatnou změnu života. Naproti tomu invalidita si často vynucuje podstatnou změnu způsobu života jednotlivce i jeho rodiny.

Definici přechodu dynamického stavu ve stav statický může právní norma řešit věcně nebo časově. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav lze např. charakterizovat nevyvratitelnou právní domněnkou jako stav, který trvá déle než jeden rok (tzv. řešení časové), nebo vyjít z presumpce ustálenosti nepříznivého zdravotního stavu (tzv. řešení věcné).

Postavení invalidní osoby je determinováno především druhem invalidity, případně jejími specifickými a možnostmi využívání zachované pracovní schopnosti.

Dokud možnosti léčebné a pracovní rehabilitace nebyly ještě rozvinuté, zaznamenala invalidita v mnoha případech trvalé vyřazení pracovníka z pracovního procesu a jeho odkázanost na prostředky sociálního zabezpečení. Jevila se pak ve svých důsledcích jako předčasné stáří. Značný pokrok, který nastal v oblasti rehabilitace, však umožnil v poměrně značném počtu zařazovat invalidní osoby znovu do pracovního procesu a vedl k přehodnocení dosavadního nazírání na posouzení invalidních osob.

2. Právní úprava invalidních osob

Koncepce plné a částečné invalidity byla uplatněna ve vnitrostátním zákonodárství České republiky v roce 1995 schválením zákona o důchodovém pojištění a vychází v zásadě z posuzování tzv. zbytkového pracovního potencialu občana, u něhož byl zjištěn dlouhodobě nepříznivý stav neboli zdůrazňuje principy tzv. invalidity všeobecné. Hlavním cílem nové koncepce invalidity a jejího posuzování bylo zajištění posuzovaného s individuálním přístupem kladoucím důraz na funkční vyšetření a sjednocení kritérií pro posuzování obou stupňů invalidity. Jde v zásadě o sociální stav občana vyjadřující míru poklesu jeho pracovního potencialu v důsledku trvalé či dlouhodobé nepříznivosti jeho zdravotního stavu. V právních předpisech sociálního zabezpečení se používá v souvislosti s plnou i částečnou invaliditou kategorie jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, pracovní potencial, pracovní schopnost či neschopnost, schopnost soustavné výdělečné činnosti a její pokles, změněná pracovní schopnost nebo bezmocnost.

Výchozím předpokladem uznání plné nebo částečné invalidity, jakož i předpokladem dalších možných úvah o splnění i ostatních zákonných podmínek vzniku nároku na plný invalidní důchod nebo částečný invalidní důchod, je přesvědčivé a jednoznačné zjištění existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Invalidní důchody nejsou jedinými důchody vyplácenými ze sociálního zabezpečení z titulu invalidity. V systémech sociálního pojištění existuje též sociální úrazové pojištění, které zahrnuje i úrazové důchody, vyplácené invalidům. Zákon č.266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců by měl nabýt účinnosti dnem 1.1. 2008.

Nezjištění dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu již samo o sobě vylučuje jakékoliv další úvahy o případném nároku na některý z invalidních důchodů (plný či částečný). Zjištění existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je totiž primární podmínkou pro případný vznik nároku na uvedené dávky důchodového pojištění. Důchodové pojištění má v České republice dlouholetou tradici. Mezi základní principy důchodového pojištění v České republice patří princip jednotné úpravy a hlavním rysem důchodového pojištění je povinná účast na důchodovém pojištění při

splnění zákonem stanovených podmínek. Výchozím předpokladem uznání plné nebo částečné invalidity, jakož i předpokladem jakýchkoli dalších možných úvah o splnění zákonných podmínek vzniku nároku na plný nebo částečný invalidní důchod je přesvědčivé lékařské zjištění dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu posuzované osoby. Teprve kladná odpověď otvírá možnost posouzení míry zachované schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro účely hmotného zabezpečení .

Dřívější předpisy o sociálním zabezpečení platné před rokem 1964 nepoužívaly výslovně jako výchozí pojem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nýbrž pojmy víceméně obdobné, jako například trvalé zhoršení zdravotního stavu v době trvání zaměstnání nebo do dvou roků po výstupu z něho, nebo jako nepříznivý zdravotní stav, je-li trvalý, to znamená, potrvá-li podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně déle než rok. Shodně je vymezen pojem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu i pro účely státní sociální podpory.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav neznamena automaticky vznik takového nároku, aniž by byly splněny další jeho zákonné podmínky, resp. nemá automaticky za následek uznání plné nebo alespoň částečné invalidity.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pokládá platná právní úprava takový nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Charakteristika zdravotního stavu jako dlouhodobě nepříznivého, podle současné právní úpravy, vychází obecně z právní domněnky zohledňující hledisko časové jakož i hledisko věcné. Posouzení nepříznivosti a dlouhodobosti zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění je posouzením ryze medicínským, do něhož nelze s ohledem na výslovné zákonné vymezení promítat úvahy o rozsahu zachovaného pracovního potencionálu a jeho vztahu k dříve vykonávaným výdělečným činnostem, ač se tak někdy v praxi nesprávně děje.

Nepřesvědčivé proto bývají v praxi takové posudkové závěry, které při uznané nemoci z povolání, jež trvá již déle než rok a u níž nejsou ani předpoklady jejího vyléčení do jednoho roku, dokazují, že u posuzované osoby není dán dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, neboť takový závěr, podle něhož lékařsky uznaná nemoc není považována za nepříznivý zdravotní stav, odporuje obecně známým představám

ztotožňujícím zejména v medicínské praxi dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav s nemocí.

3. Pojem, koncepce a zákonné vymezení invalidity

Pojem invalidity bývá používán v nejrůznějších souvislostech a zároveň různými obory, které jej chápou po svém. Pojem invalidity v oblasti medicíny vyzdvihuje především otázky dlouhodobého nebo trvalého onemocnění (zdravotního postižení) a možnosti jeho léčení včetně léčení poúrazových stavů spojených s léčebnou rehabilitací, jakož i možnosti adaptace nemocného či zdravotně postiženého člověka na běžný život, tzn. především změny v životní úrovni invalidních osob nebo ztrátou jejich výdělečné schopnosti. Sociologické chápání invalidity odráží nejrůznější společenské důsledky spojené s invalidizací člověka. Rovněž invaliditu v právním smyslu lze zkoumat z různých aspektů – podle toho, jak jsou podmínky pro uznání invalidity upraveny různými zeměmi nebo v různých historických epochách, anebo jak jsou upraveny soudobým zákonodárstvím.

Invalidizace osob neschopných výdělečné činnosti pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je středem pozornosti sociální politiky v oblasti sociálního zabezpečení. Při vymezení obsahu pojmu invalidity jako sociální události se nabízí srovnání s jinou sociální událostí, zejména se stářím. U invalidity je možno rovněž rozlišovat, v jakém období lidského života vznikla, hovoříme tak např. o invaliditě z mládí, nebo na druhé straně o individualitě vzniklé v produkčním, eventuálně postprodukčním věku. Plně invalidním je však i takový pojištěnec, který je schopen pro své zdravotní postižení, které je kvalifikováno jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. U tohoto typu plné invalidity jde na rozdíl od posuzování procentuálního rozsahu zbytkového pracovního potencionálu v podstatě o prominutí hledisek charakteristických pro fyzickou invaliditu a zohledňují se zde při zachování schopnosti soustavné výdělečné činnosti těžká zdravotní postižení tělesná, smyslová, mentální, jakož i ta, která způsobují imobilitu.

Za částečně invalidního se považuje především pojištěnec, jehož schopnost soustavné výdělečné činnosti poklesla z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejméně o 33%, avšak zároveň poklesla méně než 66 %, neboť při dosažení této hranice poklesu výdělečné schopnosti by již pojištěnec spadl do kategorie plně invalidních osob. Částečně invalidním je ovšem i ten pojištěnec, jemuž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky.

Právní úpravu způsobu posouzení a procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, stanovení okruhu zdravotních postižení umožňujících soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek a stanovení okruhu zdravotních postižení značně ztěžujících obecné životní podmínky svěřil zákonodárce prováděcí vyhlášce MPSV.

Zdravotní stav a pracovní, resp. výdělečnou schopnost občanů a otázky vzniku, existence a trvání jejich plné nebo částečné invalidity posuzují pro účely zjištění nároků z důchodového pojištění lékaři správ sociálního zabezpečení při tzv. zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídkách. Zatímco zjišťovací prohlídky slouží zpravidla k prověření žádosti pojištěnce o některý z invalidních důchodů, kontrolní lékařská prohlídka slouží k ověření dalšího trvání dříve uznané plné nebo částečné invalidity. Zanikla-li totiž invalidita v důsledku zlepšení zdravotního stavu poživatele invalidního důchodu nebo v důsledku stabilizace dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu spojené s adaptací člověka na nemoc nebo na trvalé pourazové následky, anebo zjistí-li se dřívější posudkový omyl, kterým byla nadhodnocena nepříznivost zdravotního stavu, nebo jiný důvod zániku invalidity (např. zpřísnění právní úpravy), může to být důvodem pro odnětí pobíraného druhu invalidního důchodu. Při posuzování plné a částečné invalidity musí lékaři správ sociálního zabezpečení vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných o zdravotním stavu občanů odbornými lékaři.

Plně nebo částečně invalidním se občan může stát v nízkém, někdy velmi nízkém věku. Příčiny příslušného stupně invalidity mohou být různé, ale hlavně – různé mohou být nároky vyplývající ani ne tak z příčin jako z časového období, v němž daný stupeň invalidity vznikl. Již v minulosti byl používán pojem „invalidé z mládí“, třebaže takto v právním předpise nebyl nikdy označen.

Důležitým momentem v péči o invalidní osoby je péče o handicapovanou mladou populaci. V České správě sociálního zabezpečení jsou registrovány osoby vyžadující komplexní koordinovanou péči. Početně největší skupinu tvoří mentálně zaostalí a mentálně nemocní, dále děti s různými fyzickými defekty, s nedostatečnými lokomotorickými funkcemi a děti chronicky nemocné. Počet registrovaných z celkově živě narozených dětí s nějakým zdravotním postižením je mnohem více.

Problematika důchodového zabezpečení invalidů z mládí nebyla až do roku 1965 řešena. Stejně tak neřešily předpisy platné do té doby ani nárok na invalidní důchod občanů, kteří sice pracovali, ale stali se invalidními dříve, než získali dobu zaměstnání potřebnou pro vznik nároku na důchod. Podle předpisů platných před rokem 1965 vznikl nárok na invalidní (částečný invalidní) důchod jen pracujícím, který získal ke dni vzniku invalidity potřebnou dobu zaměstnání. Pracujícím, který tuto podmínku nesplnil, byl plně invalidní a také potřebný, mohl být přiznán jen sociální důchod.

Dosavadní věcná úprava o invalidním (částečném invalidním) důchodu v mimořádných případech se zpřesnila, a pokud šlo o invaliditu z mládí byla zvýhodněna. Důchod invalidy z mládí byl do roku 1975 dobrovolnou dávkou. Po změně se stal dávkou nárokovou přiznávanou od 26. roku věku invalidy v pevné částce, která náleží pracujícím

- před vstupem do zaměstnání, jestliže získal potřebnou dobu pro nárok na důchod
- po vstupu do zaměstnání, nebyl zaměstnán po dobu potřebnou pro nárok na důchod před vznikem plné (částečné) invalidity a získal však spolu s dobou zaměstnání před vznikem plné invalidity potřebnou dobu. Jestliže tedy nárok na invalidní (částečný) důchod vznikl nemohl nárok zaniknout jen proto, že žádost o tento důchod byla podána v době, kdy pracující neměl potřebnou dobu pro nárok na důchod.

Uvedené změny byly podle důvodové zprávy humanitním hlediskem a bylo třeba invalidům z mládí zajistit nárok na důchod, který by je dostatečně zabezpečil.

Při další úpravě se vycházelo z toho, že výše důchodu invalidů z mládí by neměla být vyšší než výše invalidního důchodu pracujících. Proto byla zvolena i pro invalidy z mládí možnost výpočtu důchodu z fiktivního výdělku. Tím došlo ke

sjednocení výpočtu důchodu u invalidů z mládí a pracujících, který vznikl nárok na invalidní důchod v mladém věku.

Změny lze shrnout do těchto zásad :

1. nárok na invalidní důchod občanů, kteří se stali plně invalidními před dovršením rozhodného věku a nemohli být zaměstnáni vůbec nebo po dobu potřebnou pro nárok na důchod;
2. nově se zavedla u invalidity z mládí výše invalidního důchodu podle obecných předpisů. Znamená to, že výše není stanovena pevnou částkou z možnosti zvýšení;
3. u invalidity z mládí, kterým vznikl nárok na invalidní (částečně invalidní) důchod se nepříslušel zvýšení.

Obecně lze konstatovat, že úpravy pomíjejí podmínky získání potřebné doby pro vznik nároků na invalidní důchod z objektivního důvodu, tj. z důvodu vzniku invalidity v době, kdy ještě občan neměl možnost získat jakoukoli dobu zaměstnání.

4. Koncepce invalidity v sociálním zabezpečení

Problematika dlouhodobé (případně trvalé) pracovní a výdělečné neschopnosti občanů a jejich zabezpečení z prostředků společnosti patří mezi nejzávažnější úkoly sociální politiky, a to především z hlediska nalezení vyváženého vztahu mezi ekonomickými možnostmi a představou o míře možného zařazování zdravotně postižených občanů do pracovního procesu. Zabezpečení invalidních osob pak úzce souvisí s koncepcí zabezpečení osob v tzv. důchodovém věku, tedy se zabezpečením osob, jejichž pracovní potenciál klesá z důvodu stáří. Jestliže invalidita občana je důsledkem poruchy jeho tělesné integrity a je tedy jevem patologickým, pak stáří a s ním spojený úbytek pracovních sil člověka je naopak jevem přirozeným, jevem spojeným s fyziologickými změnami organismu v průběhu věku.

Slovo invalidita je používáno v různých souvislostech a v různých oborech. Proto každý obor definuje invaliditu po svém. Pojetí invalidity z hlediska medicíny

vyzdvihuje především otázky dlouhodobého nebo trvalého onemocnění a možnosti jeho léčení včetně léčení poúrazových stavů spojených s léčebnou rehabilitací, jakož i možnost adaptace nemocného či zdravotně postiženého člověka na normální život. Ekonomické pojetí invalidity hodnotí především změny v životní úrovni invalidních osob spojené s omezením nebo ztrátou jejich výdělečné schopnosti. Sociologické chápání invalidity odráží nejrozličnější společenské důsledky spojené s invalidizací občanů.

Právní pojetí invalidity neboli invalidita v právním smyslu, to znamená předpoklady pro uznání invalidity občanů stanovené právním řádem. Avšak i invaliditu z hlediska její právní úpravy lze zkoumat z různých pohledů – podle toho, jak podmínky práva uznání invalidity upravují různé státy, nebo jak je upravovaly různé historické epochy, anebo jak jsou upraveny současným zákonodárstvím. Soustředím se především na právní koncepci invalidity vyjádřenou v zákoně o důchodovém pojištění a jeho prováděcích předpisech z roku 1995, který již byl novelizován.

Invalidizace osob neschopných výdělečné činnosti pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je středem pozornosti sociální politiky v oblasti sociálního zabezpečení, resp. důchodového pojištění již proto, že statisticky lze pozorovat neustálý růst počtu osob, jejichž invalidita byla uznána pro nemoc či úraz. Nejčastější příčinou vzniku plné invalidity jsou v posledních letech choroby kardiovaskulárního aparátu neboli nemoci související s krevním oběhem, zatímco vznik částečné invalidity podmiňují převážně choroby pohybového ústrojí.

Na dokreslení významu problematiky spojené se sociálním zabezpečením invalidních osob lze připomenout, že rozhodujícím úsekem agendy přezkumného soudního řízení ve věcech důchodového pojištění se stal v dlouhodobějším horizontu přezkum zákonitosti rozhodnutí orgánů sociálního zabezpečení o nárocích na plné či částečné invalidní důchody včetně rozhodnutí o zvýšení důchodů pro bezmocnost, tedy o důchodových nárocích podmíněných zjištěním dlouhodobě nepříznivého stavu a závislých na odborném lékařském posouzení.

Jednou ze zásadních otázek invalidního zabezpečení v různých zemích a různých dobách je samotné pojetí invalidity. Definice a zajišťování invalidity je

v tomto úseku sociálního zabezpečení nejdůležitější a pravděpodobně také nejobtížnějším technickým problémem. Úpravy vycházející v podstatě ze tří základních koncepčních modelů invalidity, které vycházejí z třídění definice invalidity podle studie Mezinárodního úřadu práce v Ženevě z roku 1937, případně z modelů, které představují kombinaci některých z nich, a to :

- z invalidity fyzické, která vyzdvihuje hledisko snížených či vymizelých fyziologických schopností člověka, resp. vyzdvihuje stupeň zdravotního poškození a v níž se důsledky změn zdravotního stavu vyjadřují procentuálně, aniž by se přihlíželo k ekonomickým a profesionálním důsledkům zdravotního postižení, zjednodušeně řečeno lze říci, že zdravotně postižený je srovnáván se zdravým práce schopným člověkem
- z invalidity stavovské (profesní, profesionální), spočívající v neschopnosti a nemožnosti výkonu dosavadního či obdobného zaměstnání vykonávaného do vzniku invalidity a vyzdvihuje především změny v profesionálním životě postiženého občana, bere v úvahu dosavadní povolání před vznikem invalidity, resp. zaměstnání v určitém oboru či odvětví a nemožnost jeho výkonu v důsledku změny zdravotního stavu
- z invalidity všeobecné (výdělkové), která vychází z příčinné souvislosti zdravotního postižení a nemožnosti postiženého občana uplatnit se v jakémkoliv zaměstnání a za invalidního považuje v zásadě jen toho, kdo nemůže vykonávat pro své zdravotní postižení za obvyklých podmínek jakékoliv soustavné zaměstnání. Tato koncepce usiluje o stimulování zájmu zdravotně postiženého o určité pracovní uplatnění, přiměřené jeho zdravotnímu stavu, tedy o využití jeho zbývající pracovní schopnosti tím, že zásadně připouští uznat za invalidního pouze postiženého, pro něhož je jakékoliv soustavné zaměstnání za obvyklých pracovních podmínek vyloučeno.

Od té doby se vyvinulo jemnější třídění invalidity a jejich definování, avšak základní kategorizace se o mnoho nezměnila. Dnes se uznávají čtyři přístupy (modely) (14) k definování dlouhodobě zdravotně nepříznivého stavu :

- ztráta či omezení tělesných funkcí,
- ztráta či omezení pracovní schopnosti (způsobilosti),
- ztráta či omezení možnosti využít kvalifikace (vzdělání) profese,
- ztráta či omezení sociálních rolí.

Ztráta či omezení tělesných funkcí se měří ztrátou biologických funkcí. Tento přístup se používá při stanovení náhrady škody jako např. v úrazovém pojištění. Je používán v britském AW testu (All Work Test), který kombinuje ztrátu či omezení biologických funkcí s všeobecnou schopností pracovat, tedy vykonávat jakoukoliv práci. Takovému měření se také někdy říká univerzální invalidita. Zdravotní poškození se může měřit nejen mírou ztráty (omezení) biologických funkcí (co člověk již nemůže), ale i mírou zbylých funkcí, což v sobě má motivující optimistický element (co všechno člověk ještě může). Tento přístup vyúsťuje zpravidla v přísnější definice invalidity. Vymezuje invaliditu neschopností (zbylou schopností) konat jakoukoliv práci.

Ztráta či omezení pracovní schopnosti (způsobilosti) se soustřeďuje nikoli na zdravotní změny, ale jen na jejich následky. Je to nejrozšířenější přístup k definování invalidity. Zdravotní poškození se vyjadřuje ztrátou schopností pracovat v jakémkoli zaměstnání, nebo zbylou pracovní schopností vykonávat jakékoli zaměstnání nebo samostatně výdělečnou činnost.

Ztráta možnosti využít kvalifikace (vzdělání) profese se může měřit ve vztahu k získané kvalifikaci (znalosti, dovednosti anebo zkušenosti) nebo získané profesi (vzdělání v určitém oboru). S prvním přístupem se setkáváme např. v hornickém pojištění, s tím druhým např. v některých odvětvových pojištěních (starší úpravy např. v Itálii).

Ztráta nebo omezení sociálních rolí je zaměřena ztíženým uplatněním ve společenských rolích, např. ve způsobilosti založit rodinu a mít děti nebo ve způsobilosti účastnit se občanského či politického života, či jinými rolemi, které jsou důležité pro uplatnění člověka ve společnosti.

Definicím je společné, že vycházejí ze změny zdravotního stavu, z poškození zdraví, z dlouhodobosti tohoto poškození, tedy z poměrně ustálené, stabilizované změny zdravotního stavu, z ekonomických následků tohoto zdravotního poškození, tj. ze ztráty příjmů, a to měřeno v jednotkách ztráty fyzické nebo duševní způsobilosti vykonávat výdělečnou činnost (pracovat).

Invalidita se tedy vždy označuje jako příčinná souvislost mezi ustálenou nepříznivou změnou zdravotního stavu a ztrátou způsobilosti k výdělečné činnosti (práci).

Sociálním rizikem tak není sama invalidita, ale její ekonomické náklady. Ty mohou zpravidla zahrnovat náklady na zdravotní péči, ztrátou výdělku, zvýšené náklady na přežití (dlouhodobá potřeba léků a pravidelné terapie), náklady na setrvání v přirozeném sociálním prostředí (ambulantní či pečovatelské služby, asistence) a náklady na péči ve speciálních zařízeních.

Z toho je patrné, že dlouhodobé onemocnění (např. cukrovka) se neoznačuje jako invalidita. Teprve působí-li ekonomické nebo sociální škody, je ustálená a dlouhodobá nepříznivá změna zdravotního stavu označována za invaliditu.

Invalidita je tedy fakticky pokračováním sociálního rizika ztráty výdělečné schopnosti (výdělku) způsobené nemocí. Jedinými skutečnými odlišnostmi jsou čas – podpůrná doba je neomezená a míra (měření) ztráty (velikost omezení) výdělečné způsobilosti.

Jsou výrazné rozdíly mezi definicemi invalidity v jednotlivých systémech podle druhu (pojištění, pomoc, zaopatření), účelu (úrazové pojištění, sociální pojištění atd.) a struktury (zda je pojištění invalidity spojeno s nemocenským nebo starobním).

Do řešení úprav se někdy promítají i mezistupně mezi uvedenými koncepcemi invalidity a překrývají se v nich různá kompromisní pojetí plné či částečné invalidity.

Invaliditu pak lze také třídit podle toho, v jakém období lidského života vznikla (hovoříme např. o invaliditě z mládí, anebo na druhé straně o invaliditě vzniklé v produkčním věku), anebo podle toho, z jakých příčin vznikla (z toho hlediska se rozlišuje invalidita vzniklá z obecných příčin, tedy v důsledku obecné choroby nebo nepracovního úrazu, a invalidita kvalifikovaná neboli tzv. úrazová, tedy invalidita

vzniklá v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání). K uvedené kvalifikované invaliditě, označované někdy též jako průmyslová invalidita, je třeba připomenout, že je již pouze věcí sociálně právní koncepce, zda i hmotné zabezpečení při jejím uznání se děje v rámci systému obecného obligatorního důchodového pojištění, anebo v rámci specializovaného, rovněž obligatorního tzv. úrazového pojištění. Zvýhodnění při takto zjištěné invaliditě se však dnes projevuje pouze v tom, že pro účely vzniku nároku na příslušný invalidní důchod se nezkoumá podmínka doby pojištění či doby zaměstnání ani důchodový věk z hlediska případného již vzniklého nároku na starobní důchod. Na rozdíl od právní úpravy platné do roku 1992 se již nezvýhodňují ve své výši invalidní důchody přiznané pro tzv. úrazovou invaliditu.

V ekonomicky vyspělých zemích lze konstatovat značný vývoj integrujících koncepcí týkajících se postavení invalidních osob, a to jak v oblasti zaměstnávání, tak ve všech sférách společenského života. Objektívni podmínky pro tento rozvoj vytvořil v těchto zemích pokrok v oblasti lékařství, zdravotnické techniky a rehabilitace. Zároveň však docházelo k přehodnocování dosavadních přístupů k invalidním osobám, a to v tom směru, že invalidé začali být pojímáni jako rovnocenní spoluúčastníci všech sfér společenského a ekonomického dění.

Postavení invalidních osob je determinováno především druhem invalidity, případně jejími specifickými a možnostmi využívání zachované pracovní schopnosti. Vědecký výzkum, a to jak teoretický, tak aplikovaný, ukázal, že progresivní tendence spočívá v co nejširším zapojování invalidů do výkonu práce mezi ostatními pracovníky, přičemž jak invalidita, tak ostatní pracovníci považují za normální, že pracují vedle sebe. Invalidita pak neočekává zvláštní ohleduplnost, resp. soucit se svým zdravotním postižením, nechápe sám sebe jako odlišného od zdravých lidí, nýbrž jako normálního spoluúčastníka pracovního procesu a tak na něj také pohlížejí ostatní pracovníci. Předpokladem takového vzájemného chápání ovšem je, že jsou vytvořeny co nejoptimálnější podmínky pro komunikování invalidů s ostatními se zřetelem k charakteru zdravotního postižení (bariérová architektura, elektronicky řízené protézy, moderní prostředky získávání informací pro smyslově postižené apod.). Naproti tomu zaměstnávání invalidů v tzv. chráněných dílnách, kde mají vytvořeny specifické

pracovní podmínky, je problematické, protože vytváří jakási „ghetta invalidů“, podporuje v nich pocit odlišnosti od zdravých, tedy „normálních lidí“ a nepřispívá k jejich společenské integraci.

Zajímavé zkušenosti byly získány v USA při uplatňování tří modelů. Jedná se o tzv. model medicínský, model adaptačně deviantní a model spolutvůrcí, resp. spoluúčastnický (1).

Model medicínský vychází z individuálního zdravotního stavu invalidů, zkoumá možnosti zlepšení nebo alespoň stabilizace tohoto stavu a k otázkám pracovního uplatnění invalidů přistupuje z těchto hledisek. Nevýhodou tohoto přístupu bývá určitá skepse ve vztahu k rozvoji zbylé pracovní schopnosti a obava, aby proces léčení nebyl nepříznivě ovlivněn zaměstnáváním.

Model adaptačně deviantní vychází z koncepce, že existuje jakási „norma pracovní schopnosti“, kterou splňují zdraví lidé. Pracovní schopnosti invalidů tuto normu nenaplní a stupeň odchylky od této normy představuje rozsah jejich deviace, tj. invalidity. Tato koncepce si klade za cíl hledat možnosti snížení rozsahu deviace, tedy co největšího přizpůsobení se invalidů zmíněné normě. Její nevýhodou však je, že v invalidech podporuje pocit odlišnosti od zdravých lidí.

Model spolutvůrcí, resp. spoluúčastnický klade důraz na rehabilitaci invalidů a sleduje cíl co nejvíce integrovat invalidy do pracovních kolektivů zdravých lidí i do společenského života. Vychází k koncepci, že v každé populaci se vyskytují jednotlivci, jejichž schopnosti a způsobilost se z různých hledisek liší od průměru, avšak i tyto jednotlivce je třeba chápat jako spolutvůrce hodnot vytvářených v dané společnosti. Přístup k invalidním osobám se u tohoto modelu nevyznačuje tím, že by očekával přizpůsobování se invalidů zdravým lidem, nýbrž tím, že zdůrazňuje potřebu všestranného vytváření podmínek k tomu, aby se invalidům jejich spolutvůrcí role umožnila a usnadnila. Nejde ovšem jen o objektivní technické podmínky, ale i o subjektivní přístup zdravých členů pracovních kolektivů k invalidům jako normálním spoluúčastníkům pracovního dění. V praxi se uplatňování tohoto modelu ukázalo jako nejprogresivnější, i když jeho důsledné naplňování je velmi složitým procesem, který se ještě stále vyvíjí.

Invalidní důchody nejsou jedinými důchody vyplácenými ze sociálního zabezpečení z titulu invalidity. V systému sociálního pojištění obvykle existuje též sociální úrazové pojištění, které zahrnuje i úrazové důchody, vyplácené invalidům. U nás v tomto směru zatím přetrvává systém tzv. odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání, mající formu podnikového zaopatřování.

Rozlišujeme dvě základní pojetí invalidních důchodů, a to :

- koncepce starobní
- koncepce nemocenská

Koncepce starobní chápe invaliditu jako předčasné zestárnutí. Přebírají se základní konstrukční prvky starobního důchodu. Pokud se u starobního důchodu výrazně uplatňuje výsluhová koncepce nebo princip zásluhovosti, uplatní se podle této koncepce i u invalidního důchodu. To platí i o době pojištění, resp. odpracovaných letech a také o čekací době. Starobní koncepce invalidního důchodu se výrazně uplatňuje v našem systému sociálního zabezpečení, a to již tradičně. Základní způsob výpočtu plného invalidního důchodu je shodný se starobním důchodem. U mužů se přičítají roky do věkové hranice pro starobní důchod mužů. U žen se přičítají roky až do hranice pro odchod do starobního důchodu u bezdětných žen. V důsledku přesného „okopírování“ konstrukce starobního je invalidní důchod ženy za jinak stejných podmínek nižší než invalidní důchod muže. Se sjednocením důchodového věku mužů a žen tento nedostatek odpadne. Dnešní zákonná úprava důchodového zabezpečení obsahuje také prvky sociální pomoci. Na plný invalidní důchod mají nárok i „invalidé z mládí“ – dnes je riziko invalidity před zahájením vlastní pracovní činnosti považováno za riziko, které lze krýt důchodovým zabezpečením (jde o tzv. bezpříspěvkovou penzi).

Koncepce nemocenská chápe invaliditu jako zvláštní formu nemoci, jako prodlouženou nemoc. S touto koncepcí invalidního důchodu je spjat princip zásluhovosti uplatňovaný pouze nebo nejvýše jako vazba důchodu na výdělek. Vyměřování výše důchodu podle počtu odpracovaných let nemá v tomto pojetí význam

a stejně tak není odůvodněna ani čekací doba. Nemocenská koncepce invalidního důchodu se původně používala pouze v sociálním úrazovém pojištění. Tím byly také preferovány pracovní úrazy a nemoci z povolání. Mezním případem uplatnění nemocenské koncepce je neexistence zvláštní dávky při invaliditě. „Nahrazuje“ ji pak nemocenské vyplácené bez časového omezení. Tento systém se od roku 1995 uplatňuje ve Velké Británii (incapacity benefit). Nemocenská koncepce se dále používá např. v Belgii, Francii, Nizozemsku a Irsku (31).

Nová koncepce plné a částečné invalidity byla uplatněna ve vnitrostátním zákonodárství České republiky v roce 1995 schválením zákona o důchodovém pojištění a vychází v zásadě z posuzování z tzv. zbytkového pracovního potencialu občana, u něhož byl zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, neboli zdůrazňuje principy tzv. invalidity všeobecné. Hlavním cílem nové koncepce invalidity a jejího posuzování bylo zajištění objektivnějšího posuzování zdravotního stavu a pracovní, resp. výdělečné schopnosti posuzovaného s individuálním přístupem kladoucí důraz na funkční vyšetření a sjednocení kritérií pro posuzování obou stupňů invalidity.

5. Ústavní ochrana invalidních osob

Obecné principy zabezpečení invalidních osob jsou obsaženy v konvenci Mezinárodní organizace práce (dále jen MOP) č. 128/1967 o dávkách při invaliditě, ve stáří a dávkách pozůstalých, jež významně ovlivnila úpravu těchto otázek v jednotlivých zemích. Podle této konvence se sociální událostí krytou zabezpečením při invaliditě rozumí neschopnost vykonávat jakoukoliv profesionální aktivitu ve stanoveném rozsahu, jestliže je pravděpodobné, že tato neschopnost je trvalá, nebo jestliže přetrvává po uplynutí stanoveného období neschopnosti dočasné nebo počáteční. Okruh chráněných osob má zahrnovat buď všechny osoby námezdně pracující, včetně učňů, nebo stanovené kategorie ekonomicky činné populace tvořící aspoň 75% z celkového počtu ekonomicky aktivní populace, nebo všechny osoby

s trvalým pobytem, jejichž prostředky během kryté sociální události nepřesahují stanovené limity (28).

Ze zabezpečení při invaliditě se vyplácejí dávky opětovné povahy. Tyto dávky přísluší v případě, že nastala krytá sociální událost chráněné osobě, která splňuje podmínku určité doby zaměstnání před vznikem této události. Tato doba může představovat buď 15 let doby placení pojistného nebo doby zaměstnání, anebo 10 let doby trvalého pobytu. Chráněným osobám, které nespĺňují žádnou z těchto podmínek, však má být zaručeno poskytování dávek v redukovaném rozsahu, pokud splňují podmínku 5 let doby zaměstnání, placení pojistného nebo rezidence před vznikem kryté sociální události.

Doba trvání nároku na dávku (podpůrčí doba) má zahrnovat celou dobu trvání kryté sociální události, případně má končit nahrazením dávek ze zabezpečení při invaliditě dávkami za zabezpečení ve stáří. Způsob výpočtu výše dávek při invaliditě má být určován procentuálně z výše dřívějšího výdělku a řídit se řadou stanovených pravidel, které zohledňují rodinné a sociální postavení chráněné osoby.

Členské státy, které ratifikovaly konvenci, jsou povinny:

- zajistit služby směřující k redukaci invalidů, s cílem připravit invalidy, pokud je to možné, ke znovuzapojení do dřívější profesionální činnosti, nebo aspoň k výkonu jiné profesionální činnosti, která odpovídá co nejlépe jejich dovednostem a schopnostem,
- činit opatření za účelem usnadnění umístování invalidů do vhodných zaměstnání.

Podle doporučení MOP č. 131/1967, které doplňuje konvenci č. 128/1967, by měly být poskytovány za stejných podmínek a v redukované výši dávky také při částečné invaliditě.

Ústavně zaručená sociální práva obsahuje Listina základních práv a svobod z roku 1991, která se stala součástí ústavního pořádku České republiky. Podle čl. 30 mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti

k práci, jakož i při ztrátě živitele. Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek. Rodiče, kteří pečují o děti, pak mají podle čl. 32 odst. 5 právo na pomoc státu. Ústavní právo osob zdravotně postižených na zvýšenou ochranu zdraví při práci, na zvláštní pracovní podmínky, na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě povolání, je zaručeno v čl. 29 Listiny základních práv a svobod. Stanovit a upravit podrobnosti ukládá Listina základních práv a svobod zákonu.

Na uvedené ústavní základy navazuje a musí s nimi být v souladu sociální zákonodárství, tedy zákony upravující a garantující za stanovených podmínek důchody starobní a invalidní, dávky poskytované při krátkodobé pracovní neschopnosti, mateřství a při ošetřování člena rodiny, jakož i pozůstalostní důchody, a dále systém sociální péče, resp. systém nově připravované sociální pomoci. Výrazný je i systém státní sociální podpory.

Na čl. 31 Listiny základních práv a svobod zaručující právo na ochranu zdraví na bezplatnou péči včetně zdravotních pomůcek na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon, navazuje systém zdravotního pojištění.

Soudní ochrana nároků za sociálního zabezpečení je garantována v rámci správního soudnictví již Listinou základních práv a svobod. Nejpropracovanější systém soudní ochrany subjektivních práv občanů v oblasti sociálního zabezpečení osvědčený dlouholetou praxí, jakož i v zásadě obdobnou praxí sousedních zemí (Slovensko, Německo a Rakousko), máme v oblasti důchodového pojištění, kde občan nespokojený s rozhodnutím nositele důchodového pojištění o jeho důchodu má právo obrátit se na soud, aby posoudil zákonnost takového rozhodnutí (22,25,32).

6. Posuzování zdravotního stavu

Zdravotní stav a pracovní, resp. výdělečnou schopnost občanů a otázky vzniku, existence a trvání jejich plné nebo částečné invalidity posuzují pro účely zjištění nároků z důchodového pojištění lékaři správ sociálního zabezpečení při tzv. zjišťovacích

a kontrolních lékařských prohlídkách. Zatímco zjišťovací prohlídky slouží zpravidla k prověření žádosti pojištěnce o některý z invalidních důchodů, kontrolní lékařská prohlídka slouží k ověření dalšího trvání dříve uznané plné nebo částečné invalidity.

Prvním okruhem je řízení o zákonném nároku občana na plný invalidní důchod nebo částečný invalidní důchod. V tomto řízení na podkladě posudků vydává rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení, mnohem méně často při posuzování invalidity vojáků z povolání, příslušníků Policie ČR nebo příslušníků Vězeňské služby ČR vydávají na podkladě posudků o invaliditě rozhodnutí orgány sociálního zabezpečení ministerstva obrany, ministerstvo vnitra nebo generálního ředitelství Vězeňské služby ČR.

Druhým okruhem je řízení, jehož předmětem je posouzení plné invalidity nebo částečné invalidity, které je zahajováno z vlastního podmětu sociálního zabezpečení v případech stanovených zákonem. Toto správní rozhodnutí je v podstatě rozhodnutím o plnění či neplnění zdravotní podmínky nároku na plný invalidní důchod nebo částečný invalidní důchod, přičemž v případě následně podané žádosti pojištěnce o dávku důchodového pojištění podmíněnou dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se další dokazování této podmínky zdravotního stavu žadatele již neprovádí. Toto řízení, které je uplatňováno pouze u pojištěnců, kteří jsou delší dobu v dočasné pracovní neschopnosti, umožňuje uznat invaliditu i proti vůli posuzované osoby.

Zanikla-li totiž invalidita z důsledku zlepšení zdravotního stavu poživatelé invalidního důchodu nebo v důsledku stabilizace dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu spojené s adaptací člověka na nemoc nebo na trvalé pouřazové následky, anebo zjistí-li se dřívější posudkový omyl, kterým byla nadhodnocena nepříznivost zdravotního stavu, nebo jiný důvod zániku invalidity (např. přísnění právní úpravy), může to být důvodem pro odnětí pobíraného druhu invalidního důchodu. Při posuzování plní a částečné invalidity musí lékaři správ sociálního zabezpečení vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných o zdravotním stavu občanů odbornými lékaři.

Pro účely přezkumného soudního řízení např. tehdy, podá-li pojištěnec k soudu žalobu proti rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení o zamítnutí žádosti o

plný či částečný invalidní důchod nebo proti rozhodnutí o odnětí takového důchodu – podává posudek o zdravotním stavu pojištěnec a rozsahu jeho pracovní, resp. výdělečné schopnosti Ministerstvo práce a sociálních věcí svými posudkovými komisemi.

Pokud jde o posudkové komise MPSV, posuzování invalidity provádějí pro účely dvojího typu oprávněných řízení. Zejména jde o řízení soudní, v nichž pojištěnec žádá o přezkoumání rozhodnutí nositele sociálního pojištění o svém nároku na plný invalidní důchod nebo částečný invalidní důchod.

Soud je v takovém případě povinen požádat posudkovou komisi MPSV o posudek, následně ale může využít i soudních znalců.

Dále jde o odvolací řízení správní, kdy se pojištěnec odvolal proti rozhodnutí o plné nebo částečné invaliditě v němž podávají posudek lékaři správy sociálního zabezpečení a o odvolání rozhoduje ČSSZ.

Jak posudek lékaře ČSSZ, tak posudek posudkové komise MPSV musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby a musí odpovídat posudkovým kritériím, zakotvených právních předpisech. Při posuzování orgán lékařské posudkové služby (dále jen LPS) musí vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu osob a provádí-li vlastní vyšetření, přihlédnou též k jeho výsledku.

Orgán LPS může posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení. Zdravotnická zařízení jsou povinna na vyžádání takové vyšetření provést, stejně jako zapůjčit zdravotní dokumentaci posuzované osoby nebo vypracovat podklady, potřebné pro posouzení zdravotního stavu a rozhodnutí o dávce plného invalidního důchodu nebo částečného invalidního důchodu. Orgán LPS provádí ze zákonem stanovených podmínek také nové posouzení zdravotního stavu, jejichž smyslem je ověření, zda zdravotní stav poživatele důchodu nadále odpovídá kritériím pro pobírané dávky.

7. Mezinárodní srovnávání invalidity

Jednou ze základních povinností členských států Mezinárodní organizace práce pro ratifikaci Úmluvy je, že příslušné státní orgány učiní všechna nezbytná opatření, aby veškerá opatření ratifikované normy byla uvedena v život. Z toho plyne závazek přizpůsobit a udržovat právo i praxi státu v plném souladu s jejími ustanoveními. Jak vyplývá z toho, co bylo uvedeno, úctyhodný počet evropských států ratifikoval úmluvy, které upravují záležitosti sociálního zabezpečení. Normy měly velmi značný vliv na vývoj zákonodárství o sociálním zabezpečení, na přiznání dávek a na poskytování zdravotní péče v Evropě. V souladu s ustanoveními ratifikovaných dokumentů pokrývá zákonodárství všech evropských zemí všechny sociální události vedené v Doporučení MOP a zabezpečení příjmů. Většinou se vyžadují lékařská vyšetření a jsou spravovány nebo kontrolovány ve spolupráci s lékařskými službami posuzujícími zdravotní stav chráněných osob.

Všechny studie evropských soustav sociálního zabezpečení prokázaly, že ochrana je v podstatě univerzální. V současnosti je veškeré obyvatelstvo chráněno prakticky proti všem rizikům. Přestože sociální úsilí a zájmy jsou ve všech 39 evropských zemích -15 členských státech Evropské unie a 24 státech stojících mimo – srovnatelné, žádné dva systémy nejsou stejné. Rozvíjely se, zrály a měnily za různých podmínek, byly vystaveny stejným tlakům a stresům jako obyvatelstvo, které ochraňují. Některé přežily velké války, politické a národnostní nepokoje, zakusily období prosperity, rychlé industrializace a ekonomického rozvoje, střídaného depresí a nezaměstnaností, některé státy zanikly jiné se zrodily. Ve vývoji systémů sociálního zabezpečení se odráží celá historie Evropy.

Různorodost systémů se projevuje v různorodosti ústředních správních orgánů v jednotlivých státech. Ve většině zemí je systém sociálního zabezpečení spravován ministerstvem práce, které odpovídá za práci a sociální pojištění jako v České republice. Tyto ústřední orgány mají nejrozličnější názvy jako Práce a sociální péče (Itálie), Práce a sociálních věcí (Bulharsko, Česká republika, Izrael, Německo, Rakousko), Práce a sociálního pojištění (Kypr), Práce a sociální politiky (Polsko), Práce a sociální

ochrany (Rumunsko), Práce a sociálního zabezpečení (Portugalsko, Španělsko). Samostatná ministerstva sociálních věcí jsou v Dánsku, Irsku, Litvě (Ministerstvo sociální péče), Belgii, Lucembursku a na Maltě (Ministerstvo sociálního zabezpečení), na Ukrajině (Ministerstvo sociální ochrany obyvatelstva) a ve Spojeném království (Ministerstvo sociálního zabezpečení). V některých dalších zemích je sociální zabezpečení spojeno s jinými obory jako je například se zdravotnictvím ve Finsku (Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví), Norsko (Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí) a v Řecku (Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení) nebo se zaměstnaností v Nizozemsku a Portugalsku. Komplexní odpovědnost mají Ministerstvo práce, vystěhovalců a sociálních věcí v Albánii a Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny na Slovensku. Odpovědnost může být rovněž rozdělena mezi dvě ministerstva – práce, správa peněžitých dávek – zdravotnictví, správa zdravotních dávek jako je v Bělorusku, Bulharsku, Irsku, Itálii, Kypru, Litvě, Lotyšsku, Moldavsku, Portugalsku, Rumunsku, Spojeném království, Španělsku a na Ukrajině. Ve Francii spravují programy sociálního zabezpečení tři ministerstva : Ministerstvo veřejného zdraví a zdravotního pojištění, Ministerstvo mezigenerační solidarity a Ministerstvo integrace a akcí proti sociálnímu vylučování. Zvláštní rozdělení odpovědnosti mají federativní státy, jako je Švýcarsko.

Správní struktura soustav sociálního zabezpečení v Evropě je rovněž rozdílná. Jednotné programy sociálního zabezpečení někdy spravuje jeden orgán jako v Irsku, Španělsku nebo ve Spojeném království (s výjimkou zdravotnických služeb). Jinde, jako v Dánsku, Finsku, Francii nebo Německu, byly k tomuto účelu zákonem vytvořeny zvláštní orgány s různým stupněm autonomie, podléhající jen nepřímému nebo formálnímu dozoru ministerstva. Takové orgány bývají spravovány radami, často tripartitními, složenými ze zástupců zaměstnavatelů, zaměstnanců a vlády. Tato demokratická struktura vyjadřuje zájmy těch, jichž se program nejvíce dotýká. V důsledku svého autonomního postavení mají tyto orgány zpravidla široká oprávnění politického řízení, vybírají daně ze mzdy placené zaměstnavatelem, sestavují rozpočty a vyplácejí dávky. Vzhledem k tomu, že příjemci dávek vyplácených orgánem sociálního zabezpečení jsou rozptýleni po celé zemi, je odpovědnost za stanovení

nároku na dávku, kontrolu příjemců dávek a poskytování služeb delegována na místní nebo regionální úřadovny. Dobrým příkladem decentralizované, autonomní správní struktury může být dvousložkový systém ve Finsku. Všeobecný finský důchodový program, zvaný Národní důchodová soustava, je spravován Úřadem sociálního pojištění (Kela), což je finančně a administrativně nezávislá nevládní instituce, řízená správní radou jmenovanou parlamentem. Pod tento program spadají všichni finští občané trvale žijící ve Finsku nejméně tři roky a občané jiných zemí trvale žijící ve Finsku nejméně pět let bezprostředně před důchodem. Správa druhé složky, vázané na zaměstnání (Soustava důchodů ze zaměstnání), je vysoce decentralizována a svěřena soukromým pojišťovnám, penzijním fondům a nadacím, kontrolovaným vládním orgánem zvaným Ústřední institut důchodového zabezpečení (ETK). Celý program podléhá všeobecnému dozoru Ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví. Všeobecný dozor nad systémem sociálního pojištění v Nizozemsku provádí tripartitní Poradní rada sociálního zabezpečení. Banka sociálního pojištění je pověřena správou starobních a pozůstalostních důchodů a průmyslové svazy správou invalidních důchodů pro každé odvětví obchodu a průmyslu.

Evropské země mají také rozdílné typy programů sociálního zabezpečení. Jen v některých státech (Malta, Polsko nebo Řecko) pokrývají programy sociálního pojištění všechny sociální události – stáří, invaliditu, úmrtí, nemoc, mateřství a pracovní úrazy. V jiných zemích (Bělorusko, Irsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Moldavsko, Rumunsko, Spojené království a Španělsko) poskytují orgány sociálního pojištění všechny dávky s výjimkou zdravotních, jež jsou v kompetenci různých poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou nemocenské pojišťovny, fondy nebo státní zdravotnické systémy, kontrolované ministerstvy odpovědnými za zdravotnictví. Ve zbývajících zemích jsou různé kombinace rozsahů sociálního pojištění a různé systémy univerzálních důchodů, povinných soukromých penzí, povinných programů vázaných na výdělek, všeobecný systém ochrany práce, systémy sociální pomoci nebo povinného pojištění s veřejnými, polosoukromými nebo soukromými nositeli.

V různých systémech sociálního zabezpečení platí rozdílné podmínky pro vznik nároku na jednotlivé dávky a různá kritéria pro zajišťování a kontrolu nezpůsobilosti

příjemců dávek a stanovení její závažnosti. V jistém smyslu většina sociálních událostí definovaných ve zmíněném Doporučení MOP č. 67 z roku 1944 o zabezpečení příjmů, podrobně specifikovaných v později přijatých normách MOP, se vztahuje ke zdraví. Z těchto sociálních událostí, uznávaných zákonodárství většiny zemí, zahrnuje pracovní úraz – úraz při práci a nemoc z povolání. Zaměstnanci dostávají odškodné za ztrátu mzdy vzniklou neschopností, někdy za způsobenou bolest a utrpení a skoro vždy za náklady nutné lékařské péče. Při nemoci, která není způsobena výkonem povolání, se poskytují dva druhy dávek – peněžité, odškodnění za ztrátu mzdy způsobenou neschopností pracovat – a zdravotní dávky, zdravotní péče. Peněžité dávky jsou pro udržení zdraví stejně důležité jako lékařská péče, což je dávka nejbezprostřednější související se zdravím. I když mateřství a těhotenství nejsou nemoc, vyžadují prenatální, porodní a postnatální péči a hospitalizaci, je-li potřebná. Pro pracující ženu znamenají ztrátu výdělku, kompenzovanou mateřskými dávkami, poskytovanými ve všech evropských systémech sociálního zabezpečení. Účinné provozování systému invalidního pojištění vyžaduje, aby peněžité dávky v případě invalidity byly rovněž souběžně provázeny opatřeními léčebné péče a rehabilitace. Lékařské posouzení je základní složkou objektivního stanovení krátkodobé nezpůsobilosti. Invalidita nebo dlouhodobá nezpůsobilost musí být definována ekonomicky i lékařsky, neboť kritérium související s povoláním je stejně důležité jako lékařské posouzení neschopnosti provozovat jakoukoli podstatnou výdělečnou činnost, která je závislá na situaci na trhu práce.

Systémy lékařské nebo zdravotní péče, na jejichž základě se poskytují zdravotní dávky sociálního pojištění, prošly po druhé světové válce opravdovou revolucí, lékařskou i sociální. Byla způsobena velkými sociálními změnami ve společnosti a bouřlivým chemickým, biologickým a technickým pokrokem v metodách lékařského vyšetření a terapie, které ovlivnily zdravotní služby, jejich organizaci a sociální hodnotu a vyvolaly jejich postupné rozšíření na nové kategorie obyvatelstva. To mělo vliv na tradiční metody organizace zdravotní péče, uplatňované sociálním zabezpečením a lékařskou profesí, což jsou podle tradičního hlediska dva hlavní institucionální partneři ve všech systémech nemocenského pojištění. Museli přizpůsobit své metody

a organizaci této revoluci a pokusit se uspokojit tužby veřejnosti vážící se k právu všech na sociální zabezpečení a na slušné životní podmínky, lékařskou péči a ochranu dětství a mateřství. Přijetí těchto důležitých lidských práv nevyhnutelně vyvolalo rychlý růst nákladů, které se společnost nyní snaží kontrolovat.

V této souvislosti je nutno zdůraznit, že základním lidským vnímáním a klíčovým záměrem sociálního zabezpečení je dát lidstvu ujištění, že úroveň a kvalita života jednotlivců a jejich rodin nebude narušována nežádoucími sociálními nebo ekonomickými vlivy a že jejich zdraví a pohodu nebudou zhoršovat nemoci a úrazy. Tato skutečnost podstatně ovlivnila moderní strategii sociální politiky. Bylo uznáno, že každá akce v oboru sociálního zabezpečení by měla začít prevencí a teprve po ní by mělo následovat léčení, rehabilitace a kompenzace. Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení následovala příkladu Mezinárodního úřadu práce a Světové zdravotnické organizace a v roce 1954 zahájila program prevence rizik spojených s povoláním, po němž následovalo přijetí nové koncepce prevence zahrnující strategii a opatření v rámci procesu práce i mimo něj. Dospělo se k závěru, že jakákoli aktivní sociální politika je možná pouze s uplatněním preventivních opatření. Je to věc nejen etického, ale také ekonomického zájmu.

Lékařské posouzení zdravotního stavu žadatele nebo příjemce dávky a stanovení jejich invalidity nebo pracovní neschopnosti převážně z lékařského hlediska je základní kvalifikační podmínkou pro přiznání peněžitých dávek nebo kritériem pro revizi peněžitých dávek poskytovaných při sociálních událostech, definovaných ve zmíněných normách MOP např. :

- nemoc je sociální událostí, při níž se mají vyplácet nemocenské dávky, je ztráta výdělků způsobená neschopností pracovat ze zdravotních důvodů, plynoucí z akutního stavu, který je vyvolán nemocí nebo úrazem a vyžaduje lékařskou péči
- invalidita je sociální událostí, při níž se mají vyplácet dávky pro případ invalidity; znamená neschopnost vykonávat jakoukoli podstatnou výdělečnou činnost, je způsobená chronickým stavem, vyvolaným nemocí, úrazem nebo ztrátou končetiny či funkce.

To je důvod, proč všechny evropské instituce sociálního zabezpečení zřídily lékařské služby pro posuzování zdravotního stavu příjemců dávek. Organizační struktury těchto služeb a jejich vztah k institucím sociálního zabezpečení nebo zdravotnictví jsou stejně rozmanité jako organizace správy a typy programů sociálního zabezpečení v evropských zemích.

Definice invalidity je v různých zemích Evropské unie různá. Za invalidního považuje např. :

Belgie : pracovník, který si pro nemoc nebo chorobu nemůže vydělávat víc než jednu třetinu normálního výdělku pracovníka téže kategorie a kvalifikace

Dánsko : osoba ve věku mezi 18 a 67 lety, jejíž pracovní schopnost je trvale snížena nejméně o polovinu pro duševní nebo tělesnou nezpůsobilost

Finsko : pojištěná osoba, která pro nemoc ztratila 3/5 své pracovní schopnosti a předpokládá se, že neschopnost potrvá nejméně jeden rok (invalidní důchod); pojištěná osoba, která po dlouhé pracovní kariéře dovršila 58 let věku a není schopna pokračovat ve svém dosavadním zaměstnání pro stres, únavu a jiné okolnosti spojené s prací (individuální předčasný starobní důchod)

Francie : pracovník, který si v důsledku choroby nebo zdravotního postižení už nemůže v žádném povolání vydělat více než jednu třetinu normálního výdělku pracovníka téže kategorie a kvalifikace ve stejné zeměpisné oblasti. Invalidita se dělí do tří skupin – osoba ještě považována za schopnou vykonávat výdělečné zaměstnání; - osoba neschopná vykonávat výdělečné zaměstnání; - osoba vyžadující pomoc jiné osoby

Irsko : pojištěná osoba, která pobírala nemocenské dávky nejméně 12 měsíců a jejíž nezpůsobilost je pravděpodobně trvalá

Itálie : pracovník, jehož výdělečná schopnost v povoláních odpovídajících jeho schopnostem je následkem choroby nebo zdravotního postižení trvale snížena nejméně na jednu třetinu

Lucembursko : pojištěná osoba, která následkem dlouhotrvající choroby nebo zdravotního postižení ztratila pracovní schopnost do té míry, že není schopna nadále vykonávat své poslední povolání nebo jiné povolání odpovídající jejím schopnostem

Německo : osoba, jejíž příjmy poklesly pod polovinu normálních příjmů zdravého pojištěnce s podobnou kvalifikací a stejnými dovednostmi (profesionální invalidita); pracovník, který již není schopen pravidelně pracovat, nebo si nemůže vydělávat víc než minimální příjem (všeobecná invalidita)

Nizozemsko : osoba, která je považována za úplně nebo částečně neschopnou práce, jestliže následkem choroby nebo zdravotního postižení si nemůže vydělat tolik jako zdraví pracovníci s podobnou kvalifikací a stejnými dovednostmi v místě, kde pracuje, nebo dříve převážně pracovala. Nerozlišuje se mezi příčinami nezpůsobilosti (invalidita nebo pracovní úraz)

Portugalsko : každý pracovník, který před dosažením důchodového věku následkem choroby nebo úrazu ztratí schopnost vydělat si více než jednu třetinu normální mzdy a na něhož se nevztahuje zvláštní zákonodárství o pracovních úrazech a nemocích z povolání

Rakousko : pracovník nebo zaměstnanec, který (v posledních 15 letech) pracoval hlavně (více než polovinu doby) v povolání, pro něž byl vyškolen a v němž získal potřebné dovednosti, jestliže jeho výdělečná schopnost se následkem jeho tělesného nebo duševního stavu snížila na méně než 50% výdělečné schopnosti zdravého člověka s podobným vzděláním a pracovní zkušeností

: pracovník, který pracoval převážně v jiných povoláních, než je to, pro které byl vyškolen a v němž získal potřebné dovednosti, jestliže následkem svého tělesného nebo duševního stavu nebude nadále schopen vydělat si jakoukoli činností alespoň polovinu příjmu, který by si výkonem této činnosti mohl vydělat zdravý člověk

: osoba, která následkem svého tělesného nebo duševního stavu již není schopen vydělat si více než polovinu příjmu, kterého výkonem takové činnosti pravidelně dosahuje zdravý člověk

Řecko : osoba trpící vážnou invaliditou, jestliže následkem choroby nebo tělesné nebo duševní nezpůsobilosti, která se objevila nebo zhoršila po připojení k pojištění, si nemůže po dobu nejméně jednoho roku vydělat více než jednu pětinu normálního výdělku pracovníka téže kategorie a kvalifikace. Avšak ti, kdo nejsou schopni si vydělat více než jednu polovinu, dostávají 50% onoho důchodu

Spojené království : za invaliditu se považuje neschopnost pracovat pro tělesnou nebo duševní chorobu nebo nezpůsobilost v době přerušení zaměstnání, po kterou trval nárok nebo domnělý nárok na sníženou dávku pro neschopnost po dobu 196 dnů (s výjimkou nedělí)

Španělsko : pracovník, který vyčerpal nárok na nemocenské dávky, avšak nadále potřebuje lékařskou péči a není schopen vrátit se do práce, ale neočekává se, že zůstane trvale nezpůsobilý (dočasná invalidita)

: pracovník, který po absolvování předepsané léčby trpí fyzickou nebo funkční nezpůsobilostí pravděpodobně definitivní povahy, která má za následek částečnou nebo úplnou neschopnost pracovat (trvalá invalidita)

Švédsko : osoba s trvalým pobytem ve věku 16-65 let, jejíž pracovní schopnost je trvale omezena nejméně o 25%. Postižené děti do 16 let věku

Česká republika : zákon o důchodovém pojištění čis.155/1955 Sb. stanoví „pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu : poklesla jeho neschopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%, nebo : je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek : pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33%.

Většina evropských zemí uznává dva typy dávek při trvalé invaliditě nebo nezpůsobilosti – plný a částečný důchod : Albánie, Bulharsko, Česká republika, Finsko, Island, Jugoslávie, Maďarsko, Německo, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko.

V Irsku se invalidní důchod poskytuje při dvou sociálních událostech : při trvalé neschopnosti pracovat a slepí. Důchod pro nevidomé vyplácený zrakově postiženým osobám s trvalým pobytem a omezenými příjmy podléhají zajišťování potřebnosti. V Litvě se invalidní důchod poskytováný při trvalé nebo dlouhotrvající pracovní neschopnosti různí podle stupně invalidity.

Následující země mají jen jeden typ důchodů při trvalé invaliditě : Belgie, Kypr, Lucembursko, Malta, Portugalsko, Turecko, Rakousko.

Invalidní důchody v trojí výši se při trvalé invaliditě poskytují v následujících zemích : Estonsko, Francie, Moldavsko, Rusko, Ukrajina, Švýcarsko.

V některých zemích platí zvláštní úpravy. Ve Švédsku se invalidní důchody poskytují buď jako plné, nebo jako $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ nebo $\frac{1}{4}$ důchodu. Ve Spojeném království byl v roce 1955 termín invalidní důchod nahrazen termínem „dávka pro zdravotní nezpůsobilost (dlouhodobou)“. Tento důchod se poskytuje po 52 týdnech neschopnosti nebo 28 týdnech osobám nevyléčitelně nemocným nebo těm, které pobírají vyšší sazbu pečovatelské složky příspěvku zdravotně nezpůsobilým osobám.

V různých zemích se příjemcům invalidních důchodů vyplácejí rozmanité doplňkové dávky, jako jsou dávky na úhradu individuální péče, příplatky na trvalou péči, příspěvky pro postižené, příspěvky na bydlení, lékařskou péči, příspěvky

pečovatelům, zvláštní příspěvky osamělým důchodcům, příplatky na závislé osoby – příspěvky na invalidní manželku (manžela) a děti, na těžké postižení, pracovní příplatky pro postižené. Některé z těchto dávek podléhají zjišťování potřebnosti nebo se pro ně vyžaduje lékařské osvědčení.

Význam programů invalidních důchodů v ekonomice vzrůstá. Jak je patrné z uvedených údajů, jsou pevně zakotveny ve všech evropských zemích. Za současné obtížné hospodářské situace a při klesajícím počtu pracovních příležitostí se trvalá invalidita stala výhodnou alternativou nezaměstnanosti. To přispělo k tomu, že se jí stále více využívá a že rostou náklady s ní spojené. Rostoucí počet programů invalidity a tenčící se rozpočtové prostředky mnoha institucí sociálního zabezpečení podtrhují význam lékařských posudkových služeb, které hrají významnou úlohu při vyřizování žádostí, při odvoláních a revizi dávek při trvalé invaliditě. Při všech úvahách o žádostech je nutno zdůraznit úlohu programů krátkodobé invalidity, protože tvoří přechod mezi výdělečnou činností a trvalou invaliditou. V této souvislosti nesmíme zapomínat, že ve většině zemí je základní rozlišení mezi definicí krátkodobé pracovní neschopnosti a trvalé invalidity spočívá ve skutečnosti, že přiznání nemocenského je založeno na profesionální neschopnosti vykonávat obvyklou práci, kdežto sociální událostí, při které by se měly vyplácet invalidní dávky, je obecná neschopnost k jakékoli výdělečné práci způsobená chronicky nepříznivým zdravotním stavem. Situace však není ve všech zemích stejná.

Typickou výjimkou je Spojené království, kde požadavek neschopnosti pro nemocenské je stejný jako pro dávku při dlouhodobé invaliditě. Pro přiznání dávek je velmi důležitý rozdíl v důrazu, jaký při posuzování nezpůsobilosti jednotlivé země kladou na zdravotní hlediska a na činitele spojené s výkonem povolání. Poskytnutí invalidního důchodu je vždy podmíněno přímým vztahem mezi neschopností a zdravotním poškozením a mezi jeho závažností a stupněm neschopnosti potřebné pro vznik nároku. Jak vyplývá z definic podmínek pro vznik nároku na plné důchody, prakticky veškeré právní úpravy stanoví, že žadatel nemůže vykonávat žádnou ekonomickou činnost, je neschopen práce. Zdravotní stav hraje důležitou legitimující, ale také omezující úlohu při přiznání invalidních dávek a ke zdravotnímu stavu se při

posuzování invalidity přihlíží především. Při rozhodování o žádosti se však vždy musejí brát v úvahu také kritéria související s povoláním. Právo na dávku není dáno chronickým stavem způsobeným chorobou nebo úrazem a jejich závažností, nýbrž vlivem zdravotního stavu žadatele na jeho pracovní schopnost. Všechny právní úpravy vyžadují důkaz, že dlouhodobá pracovní neschopnost vyplývá nikoli z obecného standardu povolání, nýbrž z osobní způsobilosti žadatele pro povolání. Aby reflektovaly toto individualizované postavení žadatele, vymezují všechny právní úpravy žadatelovy osobní charakteristiky vztahující se k jeho povolání, vzdělání, odbornému výcviku a minulé pracovní zkušenosti. Slouží to k určení zaměstnání, která by žadatel mohl vykonávat, avšak není přitom brána v úvahu jejich skutečná dostupnost. Na rozdíl od Nizozemska a Švédska, přihlíží se v Německu při posuzování žádostí také k dostupnosti vhodného umístění na trhu práce.

Programy důchodů poskytovaných při trvalé invaliditě jsou řízeny jak centrálně, tak i decentralizovaně. Organizace vyřizování žádostí a lékařské posudkové služby jsou v různých zemích organizovány různě. V Nizozemsku je formální kontrola vyřizování žádostí v rukou decentralizovaných odvětvových sdružení, ale posuzování zdravotního postižení je úkolem samostatného státního orgánu – Spojené lékařské služby. Ve Spojeném království vyřizují žádosti nezávislí rozhodčí úředníci při okresních úřadovnách odboru Správy dávek sociálního zabezpečení. V Německu a ve Švédsku je vyřizování žádostí a posuzování zdravotního postižení plně decentralizováno. Podobné rozdíly v praktických činnostech a struktuře, ovlivňující postupy při vyřizování žádostí, jsou i mezi jinými evropskými zeměmi. Některé státy mají integrovaný systém, to znamená, že celý postup odpovídá jediný orgán. V jiných zemích je tato odpovědnost rozdělena mezi více útvarů. Příkladem takovéto oddělené organizace je Nizozemsko.

Státy lze také dělit podle výkonu lékařských vyšetření. V některých zemích jsou žadatelé vyšetřováni vlastními silami, tedy lékaři, zaměstnanými u příslušného orgánu sociálního zabezpečení, v jiných je vyšetření svěřeno externím konzultantům, mezi nimiž je pokud možno i žadatelův ošetřující praktický lékař. V Nizozemsku může lékař, který patří k osazenstvu orgánu sociálního zabezpečení, rozhodnout, zda pověření vyšetřením někoho jiného, nebo zda je provede sám. V Německu provádějí většinu

vyšetření kmenoví lékaři příslušného orgánu, ve Švédsku vesměs externí poradci, ve Spojeném království se zdravotní stav posuzuje mimo okresní úřadovnu sociálního zabezpečení, většinou však v lékařské službě Dávkové agentury.

Jsou dva způsoby posuzování faktorů spojených s výkonem povolání. Buď se k nim přihlíží v rámci jediného posouzení, v němž často dominují zdravotní ohledy, nebo se zdravotní a odborné pracovní posouzení provádějí odděleně jako dvě součásti spojeného zdravotního a odborně profesního rozhodování. V Německu, Švédsku a Spojeném království mají rozhodčí úředníci možnost konzultovat s odborníky na problematiku práce, dělají to však zřídka. Příkladem skutečně integrovaného lékařského a pracovního postupu může být Nizozemsko, kde lékař sociálního pojištění a odborník na pracovní otázky aktivně spolupracují.

Je také nutné zmínit se zda o koordinaci správy invalidních dávek a o poskytování rehabilitačních služeb, které mohou napomoci tomu, aby programy invalidních důchodů zůstaly krajním řešením. V mnoha zemích je koordinace v této oblasti omezená. V běžné praxi Spojeného království jsou tyto dva postupy odděleny. Nejúčinnější je integrace v Německu, kde vyznávají zásadu „rehabilitace především“. Nabízejí obojí, rehabilitační i důchodové služby. Uplatněné nároky se vyřizují jako žádosti o některou z těchto dvou dávek. Nejprve však musí být rozhodnuto, zda rehabilitace je indikována. Jednotliví odborníci na problematiku práce ve Spojených lékařských službách v Nizozemsku a rehabilitační poradci v místních úřadovnách pojišťovny ve Švédsku mohou navrhnout vhodné rehabilitační služby.

Všechny evropské státy uznávají právo na opravné prostředky proti rozhodnutím o přiznání nároku na dávky invalidních důchodů. Většina zemí má nějakou formu správního opravného prostředku, ve všech státech platí právo na soudní přezkoumání. Nizozemští žadatelé musí usilovat o interní správní přezkoumání dříve, než podají opravný prostředek k soudu. Také v Německu začíná odvolávací řízení interním správním přezkoumáním na stejné úrovni, na jaké bylo přijato napadené rozhodnutí, ale přezkoumáním jsou pověřeni jiní úředníci. Ve Spojeném království putují opravné prostředky od zvláštního soudu sociálního zabezpečení k orgánu Komisařů sociálního zabezpečení a teprve poté může být opravný prostředek podán u řádných odvolacích

soudů. Ve Švédsku se proti prvnímu rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení podávají opravné prostředky přímo u správních soudů. Švédsku se proti prvnímu rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení podávají opravné prostředky přímo u správních soudů.

Posuzování pracovní neschopnosti a zejména trvalé nezpůsobilosti a invalidity je jedním z nesložitějších a nejrozporuplnějších lékařských úkonů, který klinická medicína ne vždy plně docení. Je to přímý spoj mezi lékařskou vědou a vnějším pracujícím světem. Vyžaduje nejen vysokou lékařskou kvalifikaci, ale také mimořádnou bezúhonnost, nestrannost a specifické znalosti pracovních podmínek a prostředí i profesiografii různých odvětví a povolání. Lékaři posuzují pacienty v podmínkách, za nichž není vždy snadné navázat vztah důvěry nebo důvěrnosti, který je základní podmínkou výkonu většiny lékařských profesí. Rozhodnutí musí vždy vycházet ze správné znalosti fyziologického, tělesného a duševního stavu žadatele, jeho anamnézy a diagnózy patologických procesů ovlivňujících jeho zdraví, avšak je také nutné brát v úvahu jeho lidské a profesionální prostředí.

8. Plný invalidní důchod

Právní úprava důchodového pojištění vychází při definici plné invalidity z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, za který se považuje takový nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Rozhodující je právě ona dlouhodobost nepříznivého zdravotního stavu, jejímž důsledkem je pokles pojištěncovy schopnosti výdělečné činnosti, tedy zhoršení postavení nebo i nemožnost uplatnit se na trhu práce. Na rozdíl od dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz si plná invalidita vynucuje podstatnou změnu způsobu života nejen pojištěnce, ale i jeho rodiny. Plná invalidita je sociální událostí krytou důchodovým pojištěním. České důchodové pojištění vychází tedy z koncepce tzv. všeobecné invalidity, v určité míře však dosahuje i prvky koncepce invalidity fyzické.

8.1. Podmínky nároku na plný invalidní důchod

Obecné principy zabezpečení invalidních osob obsahují úmluvy Mezinárodní organizace práce č.128 o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách (č.416/1991 Sb.) a č. 102 o minimální normě sociálního zabezpečení (č.461/1991 Sb.).

Pojištěnec má nárok na plný invalidní důchod, jestliže se stal plně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud ke dni vzniku plné invalidity nesplnil podmínky nároku na starobní důchod, popř. byl-li přiznán předčasný starobní důchod podle § 31 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, pokud nedosáhl důchodového věku.

Pojištěnec má nárok na plný invalidní důchod též, jestliže plná invalidita vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Potřebná doba pojištění se v těchto případech nevyžaduje a překážkou vzniku nároku není ani vznik nároku na starobní důchod nebo jeho pobírání.

8.1.2. Plná invalidita

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:

- poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%, nebo
- je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.

Tato definice plné invalidity se vztahuje na všechny pojištěnce, tj. i na osoby samostatně výdělečně činné (přede dnem účinnosti první novely zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, provedené zákonem č.134/1997 Sb. však osoby samostatně výdělečně činné nemohly být plně invalidní z důvodu poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%; pokud před tímto dnem zanikl nárok na plný invalidní důchod z důvodu výkonu samostatné výdělečné činnosti a trvala-li plná invalidita ke dni účinnosti zákona č. 134/1997 Sb.,

vznikl znovu nárok na plný invalidní důchod a tento důchod lze na základě žádosti opět přiznat).

Při posuzování plné invalidity dle zákona se stanovuje pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti s použitím vyhlášky č. 284/1995 Sb. v platném znění. Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce se vychází z jeho zdravotního stavu doloženého výsledky funkčních vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem. Při tom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující schopnost výdělečné činnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti než dosud vykonával.

Důchodové pojištění rozeznává tedy dva typy plné invalidity. Definice prvního typu spočívá v poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%. Mluvili se o soustavné výdělečné činnosti, pak za ni nelze považovat činnost, která nemá charakter trvalosti, tedy činnost vykonávanou pouze příležitostně, malého rozsahu nebo ekonomicky nevýznamnou. Za soustavnou výdělečnou činnost se nepovažuje ani činnost vykonávaná nejdéle po dobu jednoho roku v rámci pracovní rehabilitace na základě doporučení příslušného lékaře okresní správy sociálního zabezpečení. Za soustavnou výdělečnou činnost se tedy považuje činnost vykonávaná tak, že výdělek z ní je stálým zdrojem příjmu, a to i když tato činnost nezakládá účast na důchodovém pojištění.

Druhý typ plné invalidity soustavnou výdělečnou činnost připouští, ale definuje ji jako činnost vykonávanou jen za zcela mimořádných podmínek. Okruh zdravotních postižení umožňujících soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek stanoví příloha č. 3 vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb. Jedná se o tato zdravotní postižení : úplná nebo praktická nevidomost obou očí, amputační ztráta obou dolních končetin v bérce a výše, amputační ztráta obou horních končetin v zápěstí a výše, amputační ztráta jedné horní a jedné dolní končetiny, ochrnutí dvou končetin, imobilita,

pro kterou je postižený trvale upoután na invalidní vozík, střední mentální retardace, těžké formy duševních nemocí a těžce slabý zrak spolu s těžkou nedoslýchavostí, popřípadě úplnou nebo praktickou hluchotou. U druhého typu plné invalidity na rozdíl od prvního typu jde o tzv. fyzickou invaliditu.

8.1.3. Posuzování plné invalidity

V souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, posuzuje zdravotní stav a pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti posuzuje pro účely důchodového pojištění posudkový lékař okresní (Pražské) správy sociálního zabezpečení příslušné podle místa trvalého bydliště pojištěnce.

Za soustavou výdělečnou činnost se pro účely důchodového pojištění považuje činnost vykonávaná tak, že výdělek z ní je stálým zdrojem příjmu, a to i tehdy, když tato činnost nezakládá účast na důchodovém pojištění. Nepovažuje se však za ni činnost vykonávaná nejdéle po dobu jednoho roku v rámci pracovní rehabilitace na základě doporučení lékaře okresní správy sociálního zabezpečení.

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

Úprava způsobu posouzení a míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanoví vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a její příloha č. 2. Jde o obsáhlý předpis, v němž jsou funkčně vystižena zdravotní postižení a jim odpovídající míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vyjádřena procentním rozmezím.

V rámci tohoto rozmezí (např. 40-60% pokles) se pak určí pro konkrétní zdravotní postižení konkrétní procentní pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti.

Předpis určuje i způsob posuzování, a to tak, že při stanovení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je nutné určit zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Je-li takových postižení více, jednotlivé hodnoty se nesčítají. V tomto případě se určí, které zdravotní postižení je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle tohoto zdravotního postižení, ovšem se zřetelem k závažnosti ostatních postižení.

Je-li příčinou dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav postižení, které s ohledem na předchozí výdělečné činnosti, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti a možnost rekvalifikace způsobuje pojištěnci větší pokles této schopnosti, lze tuto horní hranici zvýšit až o 10 procentních bodů. Toto platí obdobně, když nastal pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku působení více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

V případě, kdy příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce je zdravotní postižení, které s ohledem na jeho předchozí výdělečné činnosti, dosažené vzdělání, zkušenosti, znalosti, možnost rekvalifikace a dlouhodobě příznivou stabilizaci zdravotního stavu způsobuje pokles schopnosti v daném procentním rozpětí, lze tuto dolní hranici snížit až o 10 procentních bodů.

Přijetí nových posudkových pravidel sice znamenalo v některých případech zpřísnění posuzování podmínek uznání invalidity, zároveň však znamenalo jeho zpřesnění umožňující navíc – byť jako vedlejší posudkové kritérium – zohlednit při stejném zdravotním postižení zbytkový pracovní potenciál posuzovaného pojištěnce s ohledem na jeho dřívější výdělečnou činnost, resp. zaměstnání včetně nabytých znalostí a zkušeností a schopnosti případné rekvalifikace. Při shodném zdravotním postižení tak může dojít i k rozdílnému posudkovému závěru v otázce invalidity.

Skutečnost, že jde o obecně závazný právní předpis, zajišťuje jednotnost rozhodování v pevně stanoveném rámci a omezuje subjektivní přístupy posudkových lékařů.

8.1.4. Potřebná doba pojištění

Doba pojištění potřebná pro vznik nároku na plný invalidní důchod je podstatně kratší než u důchodu starobního a je definována podle věku pojištěnců. Činí u pojištěnce věku:

- do 20 let méně než jeden rok
- od 20 let do 22 let jeden rok
- od 22 let do 24 let dva roky
- od 24 let do 26 let tři roky
- od 26 let do 28 let čtyři roky a
- od 28 let pět roků.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem plné invalidity, a jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 roků před vznikem plné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se považuje též za splněnou, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období 10 roků dokončeném po vzniku invalidity; u pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění 2 roky.

Pro účely splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se za dobu pojištění považuje též doba účasti na pojištění osob, které se soustavně připravují na budoucí povolání studiem na střední, vyšší odborné nebo vysoké škole, a to po dobu prvních šesti let tohoto studia po dosažení věku 18 let, a osob uvedených v evidenci úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání v rozsahu daných ust. § 5 odst.1 písm. n) zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a dále doba studia na střední nebo vysoké škole v ČR před dosažením věku 18 let, nejdříve však po ukončení povinné školní docházky. Do doby pojištění se započítávají rovněž všechny zákonem uznané náhradní doby, za předpokladu, že jsou splněny podmínky dané ust. § 12 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

8.1.5. Výše plného invalidního důchodu

Konstrukce výpočtu plného invalidního důchodu je shodná s konstrukcí výpočtu starobního důchodu. Znamená to, že výše plného invalidního důchodu odpovídá výši starobního důchodu, kterého by pojištěnec dosáhl, kdyby pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nebyl nucen předčasně ukončit výdělečnou činnost.

Pro nárok na plný invalidní důchod se připočítává k době pojištění získané ke dni vzniku plné invalidity ještě doba do dosažení důchodového věku. Tento tzv. dopočet určitým způsobem zvýhodňuje ženy : bez ohledu na počet vychovávaných dětí, a tedy bez ohledu na invalidní důchodový věk, se dopočet provádí do důchodového věku bezdětné ženy, tedy do nejvyššího důchodového věku, tj. důchodového věku určeného podle § 32 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a to i když skutečný individuální důchodový věk je nižší, např. z důvodu odpracování stanoveného počtu let v I. kategorii. Dupočet se však neprovádí, jestliže plná invalidita vznikla následkem úmyslného poškození zdraví, které si pojištěnec způsobil nebo nechal způsobil, nebo poškození zdraví, které vzniklo jako následek jeho úmyslného trestného činu.

Stejně jako důchod starobní, skládá se i plný invalidní důchod ze základní výměry a procentní výměry. Procentní výměra odráží délku doby pojištění včetně doby dupočtené a příjem dosahovaný v rozhodném období. Činí 1,5% výpočtového základu za každý celý rok pojištění včetně doby dupočtené. Také zde platí, že do doby pojištění se pro výši procentní výměry důchodů, na které vznikne nárok po 30. červnu 1998, započítávají náhradní doby pojištění pouze v rozsahu 80%, s výjimkou náhradních dob pojištění za dobu účasti na pojištění osob konajících vojenskou službu v Armádě ČR, osob pečujících o dítě ve věku do čtyř let nebo o dítě ve věku do 18 let, je-li dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, a osob pečujících osobně o blízkou převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo blízkou částečně bezmocnou osobu starší 80 let. Maximální výše plného invalidního důchodu není stanovena, a to ani v procentní, ani v pevné částce.

8.1.6. Plný invalidní důchod a výdělečná činnost

Přestože mezi důvody uznání plné invalidity není v zákoně o důchodovém pojištění na rozdíl od předchozích zákonů o sociálním zabezpečení výslovně uvedeno nebezpečí vážného zhoršení zdravotního stavu při výkonu soustavného zaměstnání je nepochybné, že schopností vykonávat práce (vlastní prací dosáhnout výdělek) odpovídající zachovalým tělesným, smyslovým a duševním schopnostem pojištěnce (§ 39 odst. 3 zákona o důchodovém pojištění) se nemíní výdělečná činnost vykonávaná vlastní prací na úkor zdraví, resp. vykonávaná s předpokladem vlivu této činnosti na zhoršování zdravotního stavu.

Výdělečná činnost se u poživatele plného invalidního důchodu nepředpokládá. Souběh nároku na výplatu plného invalidního důchodu s příjmem z výdělečné činnosti však je možný, neboť zákon o důchodovém pojištění tento souběh nezakazuje ani nijak specificky neupravuje.

Určitá pravidla týkající se výplaty invalidního důchodu při výdělečné činnosti vyplývají přímo z definice plné invalidity jako základní podmínky nároku na plný invalidní důchod. Rozhodující je stanovení procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti; z toho dále vyplývá, že ve zbylém rozsahu je schopnost soustavné výdělečné činnosti zachována. Např. bude-li míra poklesu této schopnosti stanovena v rozsahu 70%, vyplývá z toho zároveň, že v rozsahu 30% je schopnost soustavné výdělečné činnosti zachována a lze ji využít.

Otázka, zda konkrétní výdělečná činnost je vykonávána v rozsahu této zbylé schopnosti, je otázkou posudkovou. Výše výdělku dosahovaného výkonem soustavné výdělečné činnosti v rozsahu zachované schopnosti není relevantní.

Jestliže poživatel plného invalidního důchodu je výdělečně činný v cizině, plný invalidní důchod se po dobu této výdělečné činnosti nevyplácí.

8.1.7. Plný invalidní důchod a starobní důchod

Mnozí invalidé se domnívají, že dosažením důchodového věku se automaticky stávají starobními důchodci. Vycházejí přitom nejen z faktu dosaženého důchodového věku, ale také z obvyklé praxe posudkových lékařů, kteří poživatele plného invalidního důchodu ve vyšším věku již nepředvolávají ke kontrole zdravotního stavu.

Tato domněnka je nesprávná. Nejde o automatickou změnu, nýbrž o přiznání starobního důchodu je třeba požádat. Pak se uplatní ustanovení zákona o důchodovém pojištění o souběhu nároků na dva důchody – za předpokladu ovšem, že plná invalidita trvá. Starobní důchod bude přiznán, je-li vyšší než vyplácený plný invalidní důchod. Nárok na plný invalidní důchod pak zanikne. V případech, kdy vyměřený starobní důchod bude stejný jako vyplácený plný invalidní důchod, bude náležet jen jeden důchod, a to ten, který si důchodce zvolí v případech, kdy vyměřený starobní důchod bude nižší, což je typické pro ženy, které vychovaly děti a pro nárok na plný invalidní důchod jim byla zhodnocena doba dopočtená do důchodového věku bezdětné ženy, bude nárok na starobní důchod zamítnut a nadále jim bude vyplácen plný invalidní důchod.

8.2. Plný invalidní důchod v mimořádných případech (invalidita z mládí)

Principem téměř všech dávek důchodového pojištění je ovlivnění jejich nároku a výše nejen dosaženými vyměřovacími základy (zúčtovanou hrubou mzdou), ale v neposlední řadě i získanou dobu pojištění. Výjimkou z tohoto pohledu hodnocení je institut „invalidity z mládí“, který společně se zvýšením důchodu pro bezmocnost není ovlivňován získáním potřebné doby pojištění. Jde o průlom do pojistného principu, protože za této situace je důchodová dávka přiznávaná na základě principu zabezpečovacího. V praxi se jedná o případy, kdy v důsledku závažného zdravotního postižení občan nemůže být účasten důchodového pojištění před dosažením věku 18 let a bez vlastního zavinění tak není schopen řešit vzniklou sociální situaci.

S právní úpravou institutu „invalidity z mládí“ se setkáváme již v zák. č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení. S účinností od 1.1.1965 dle ust. § 27 odst. 2 tohoto zák. mohl být přiznán invalidní důchod občanu, který pro plnou invaliditu vzniklou v mládí nemohl být zaměstnán vůbec nebo po dobu potřebnou pro nárok na důchod a dosáhl věku 25 let, a to do výše 400 Kč měsíčně. Od 1.1.1976 byl nárok na invalidní důchod „z mládí“ upraven zák. č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Podle ust. § 32 odst. 2 citovaného zák. občanu, který dosáhl věku 26 let, stal se plně invalidním před dovršením věku rozhodného pro skončení povinné školní docházky a nemohl být proto zaměstnán vůbec nebo po dobu potřebnou pro nárok na důchod, náleží invalidní důchod. Výše invalidního důchodu byla stanovena pevnou částkou. V období od 1.1.1976 do 31.7.1979 náležel invalidní důchod ve výši 500 Kč měsíčně a od 1.8.1979 do 31.1.1982 ve výši 650 Kč měsíčně.

S účinností od 1.2.1982 došlo k zásadním změnám a to, jak ve věkové hranici pro vznik nároku na invalidní důchod přiznávaný z titulu „invalidity z mládí“, tak i ve způsobu výpočtu této dávky. Došlo ke snížení věkové hranice na 18 let věku. Výpočet výše důchodu byl stanoven obdobně jako u ostatních invalidních důchodů, tzn. procentní sazbou z průměrného měsíčního výdělku. U tohoto mimořádného důchodu se však vychází z fiktivního výdělku, který je stanoven prováděcí vyhláškou. Tato úprava byla provedena zákonným opatřením předsednictva Federálního shromáždění č. 7/1982 Sb., o zvýšení důchodů a o některých změnách zákona o sociálním zabezpečení a vyhl. federálního MPSV č. 15/1982 Sb., o změnách vyhl. č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. Tuto úpravu převzal i zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, platný od 1.10.1988, a také vyhl. federálního MPSV č. 149/1988 Sb., kterou provádí zákon o sociálním zabezpečení.

V současné době je oblast důchodového pojištění upravena zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který nabyl účinnosti dnem 1.1.1996. Přinesl oproti dosavadní právní úpravě zlom v tom smyslu, že je založen na pojistném principu. Přesto i nadále obsahuje zbytky principu zabezpečovacího, tj. např. existence důchodu invalidity z mládí, hodnocení některých dob bez ohledu na plnění pojistné události. Lze zde hovořit o principu sociální solidarity.

Zvláštní ustanovení o nároku a výši plného invalidního důchodu pro mladé invalidy je obsaženo v § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

Nárok na plný invalidní důchod z mládeži mají osoby za předpokladu, že splní následující podmínky :

- dovršení věku 18 let
- trvalý pobyt na území ČR
- plná invalidita vznikla před 18. rokem věku
- nemožnost být účasten na důchodovém pojištění z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a nezískání žádné doby pojištění.

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66%, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek (ust. § 39 zák. č. 155/1995 Sb.). Dle ust. § 26 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, se za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pro účely zákona o důchodovém pojištění považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok.

Způsob posouzení zdravotního stavu, stanovení procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a okruh zdravotních postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek je upraveno vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb., kterou provádí zákon o důchodovém pojištění. Pro vznik nároku na invalidní důchod se podle ust. § 5 prováděcí vyhlášky za soustavnou výdělečnou činnost považuje činnost vykonávat tak, že výdělek z ní je stálým zdrojem příjmů, a to i když tato činnost nezakládá účast na důchodovém pojištění za soustavnou výdělečnou činnost se však nepovažuje taková činnost vykonávaná nejdéle po dobu jednoho roku v rámci rehabilitace na základě doporučení příslušného lékaře okresní správy sociálního zabezpečení. Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky a jsou členěny podle druhů zdravotního postižení. Zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek jsou taxativně uvedeny v příloze č.3 citované vyhlášky.

Protože tito tzv. invalidé z mládí ve zdrcující většině nejsou schopni výdělečné činnosti, nemají ani vyměřovací základ, z něhož by bylo možno důchod vypočítat. Procentní výměru jejich plného invalidního důchodu proto stanoví zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a to tak, že činí 45% výpočtového základu; pro účely stanovení výpočtového základu se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ, který o dva roky předchází roku přiznání plného invalidního důchodu, vynásobený přečítacím koeficientem pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Základní výměra důchodu je stejná jako u všech ostatních důchodů.

Ve stejné výši náleží plný invalidní důchod i pojištěnci mladšímu 28 let věku, je-li plný invalidní důchod přiznán před 18. rokem věku, nebo je-li období od 18. roku věku do vzniku nároku kryto dobou pojištění, nebo doba, která není kryta pojištěním, je kratší jednoho roku. Za dobu pojištění se v těchto případech považuje i celá doba studia na střední, vyšší odborné a vysoké škole (po ukončení povinné školní docházky), doba, po kterou byl pojištěnec veden v evidenci úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, a náhradní doba pojištění, i když doba pojištění netrvala ani jeden rok.

V mimořádné výši 45% výpočtového základu náleží procentní výměra plného invalidního důchodu také pojištěnci, který ke dni vzniku nároku na plný invalidní důchod získal alespoň 15 roků doby „čistého“ pojištění bez náhradních dob, jestliže procentní výměra důchodu vyměřená z jednoho vyměřovacího základu je nižší. Jde v těchto případech o zvláštní stanovení minimální výše plného invalidního důchodu.

8.3. Částečný invalidní důchod

Pojištěnec má nárok na částečný invalidní důchod, jestliže se stal částečně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, nebo jestliže se stal částečně invalidním následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

8.3.1. Částečná invalidita

Pojištěnců, jejichž nepříznivý zdravotní stav způsobuje pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti, se vedle léčebné péče a pracovní rehabilitace poskytuje i zabezpečení formou částečného invalidního důchodu. Přijetím zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, došlo k zásadní změně definice částečné invalidity.

Změna definice částečné invalidity spočívá v tom, že pokles výdělku již není podmínkou uznání částečné invalidity. V tomto pojetí jde o zhodnocení zbývajících schopností výdělečné činnosti pojištěnce postavené na objektivním zjištění zdravotního stavu s přihlédnutím k jeho vzdělání, předchozímu zaměstnání a možnosti rekvalifikace. Při zhodnocení zbývajících schopností výdělečné činnosti není měřítkem dosahovaný výdělek, ale zbývajících objektivně existujících tělesných a duševních schopností umožňujících další soustavnou výdělečnou činnost.

Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33%. Pojištěnec je částečně invalidní také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky.

Zákon o důchodovém pojištění tedy rozeznává dva typy částečné invalidity: první spočívá v poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, druhý pak pouze v existenci dlouhodobě nepříznivého stavu, který značně ztěžuje obecné životní podmínky pojištěnce. Nejde však o jakékoli zdravotní postižení, ale pouze o to, které je uvedeno v příloze č. 4 vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb. Jedná se o zdravotní postižení ortopedická, chirurgická, nervová a smyslová.

8.3.2. Posuzování částečné invalidity

Zdravotní stav a pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti posuzuje pro účely důchodového pojištění stejně jako u plné invalidity posudkový lékař okresní

(Pražské) správy sociálního zabezpečení příslušné podle místa trvalého bydliště pojištěnce.

Při posuzování zdravotního stavu a hodnocení zbývajících schopností soustavné výdělečné činnosti postupuje posudkový lékař stejně jako při posuzování plné invalidity. Řídí se přitom rovněž vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb. a její přílohou č. 2.

Při posuzování částečné invalidity dle § 44 odst.2 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se zaměřením na značně stížené obecné životní podmínky se jedná o zdravotní postižení, která jsou uvedena ve vyhl. č. 284/1995 Sb.. Tento typ částečné invalidity lze uznat pouze u osob, které sice mají zachovanou výdělečnou schopnost, ale trpí takovými nemocemi a vadami, při kterých mohou vykonávat běžné životní úkony a uspokojovat obvyklé společenské a kulturní potřeby jen se značnými obtížemi (ve srovnání se zdravými osobami žijícími v obdobném prostředí). Jedná se o závažnější postižení ortopedická, některá chirurgická a neurologická onemocnění určitá závažnější postižení smyslového ústrojí. Dle §44 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb. nelze ani nadále posuzovat běžná interní onemocnění, nemoci duševní, kožní apod., i když se v určitých fázích choroby ovlivňují ve značné míře zdravotní způsobilost k výdělečné činnosti. Je třeba je posuzovat jako obecnou invaliditu souvislosti s § 44 zákona č. 155/1995 Sb. a s přílohou č. 284/1995 Sb. v platném znění. Stanovení data vzniku částečné invalidity při obecném onemocnění je nedílnou součástí každé zjišťovací prohlídky. Při posuzování invalidity se musí nejdříve stanovit, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Musí se zjistit povaha, rozsah, dynamika a prognóza zjištěných chorobných změn a určit dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Při posuzování částečné invalidity pro obecné onemocnění obvykle předchází přerušení výkonu zaměstnání uznáním dočasné pracovní neschopnosti. V těchto případech, jestliže pojištěnec je práce neschopen po dobu alespoň 6 měsíců včetně zápočtu předchozích pracovních neschopností, které se započítávají do podpůrní doby pro účely nemocenského pojištění a jsou shodné se dnem vzniku částečné invalidity, neboť konzultací je konstatován sociálně právní dosah zjištěného dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a předpokládaného poklesu

schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Při posuzování částečné invalidity se musí při stanovování data vzniku částečné invalidity vycházet z odborných lékařských nálezů, dle kterých je jednoznačně prokázáno zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek nebo značně ztěžující obecné životní podmínky. Pouze v případech vzniku těchto zdravotních postižení v dětském věku platí pro stanovení data vzniku částečné invalidity postup dle platných vyhlášek.

8.3.3. Potřebná doba pojištění

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod je shodná s potřebnou dobou pro nárok na plný invalidní důchod a činí u pojištěnce ve věku:

- do 20 let méně než jeden rok
- od 20 let do 22 let jeden rok
- od 22 let do 24 let dva roky
- od 24 let do 26 let tři roky
- od 26 let do 28 let čtyři roky
- od 28 let pět roků.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem částečné invalidity, a jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 roků před vznikem částečné invalidity.

Pro účely splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod se za dobu pojištění považuje též doba studia na střední, vyšší odborné nebo vysoké škole v ČR, ale rovněž studium na těchto školách v cizině, je-li podle individuálního rozhodnutí MŠMT postaveno na roveň studia na těchto školách v ČR, a to i před dosažením věku 18 let. Do doby pojištění se započítávají rovněž všechny zákonem uznané náhradní doby pojištění.

Podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod se považuje za splněnou také tehdy, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období 10 roků po vzniku částečné invalidity; u pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění 2 roky.

Od 1.1. 1998 však již není podle zák. č. 289/1997 Sb. podmínka potřebné doby pojištění splněna, získá-li pojištěnec kdykoli před vznikem částečné invalidity aspoň pět roků „čistého“ pojištění bez náhradních dob.

Potřebná doba pojištění se nevyžaduje, vznikla-li částečná invalidita následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

Od 1.1.1998 se však za splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod považuje též, byl-li bezprostředně před vznikem částečné invalidity pobírán plný invalidní důchod dle ust. § 42 odst.1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, tzv. invalidity z mládí.

8.3.4. Výše částečného invalidního důchodu

Pro nárok a výši částečného invalidního důchodu se stejně jako u plného invalidního důchodu připočítává k době pojištění včetně náhradní doby pojištění ke dni vzniku částečné invalidity ještě doba do dosažení důchodového věku. Informace o tom, kdy se tato doba nepřipočítá platí i zde.

Stejně jako ostatní důchody se výše částečného invalidního důchodu skládá ze základní výměry a procentní výměry. Základní výměra náleží ve stejné výši jako u ostatních důchodů. Procentní výměra činí polovinu procentní výměry plného invalidního důchodu, tj. 0,75% výpočtového základu za každý celý rok pojištění včetně doby dopočtené. Maximální výše není stanovena, minimální výši procentní výměry částečného invalidního důchodu stanoví zákon v polovině minimální procentní výměry plného invalidního důchodu.

Pro nároky vznikající po 30. červnu 1998 však již i zde bude platit snížený zápočet některých náhradních dob pojištění.

Zvláštní ustanovení o výši částečného invalidního důchodu platí pro pojištěnce mladší 28 let věku. Pokud je jim částečný invalidní důchod přiznán před 18 rokem věku nebo je-li období od 18 let věku do vzniku nároku na částečný invalidní důchod kryto dobou pojištění nebo doba, která není kryta dobou pojištění, je kratší jednoho roku, činí

částečný invalidní důchod 22,5% výpočtového základu, pro jehož určení se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ za kalendářní rok, který o dva roky předchází roku přiznání částečného invalidního důchodu, vynásobený přepočítacím koeficientem pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Jde tedy o analogii pro postup používaný od 1. ledna 1998 pro stanovení výše plného invalidního důchodu za stejných podmínek. Totéž platí o výši procentní výměry částečného invalidního důchodu pojištěnce, který ke dni vzniku částečné invalidity získal alespoň 15 roků „čistého“ pojištění bez náhradních dob.

8.3.5. Částečný invalidní důchod a příjem z výdělečné činnosti

Účelem částečného invalidního důchodu je zajistit pojištěnci částečnou náhradu příjmu, o který přichází v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Proto se nárok na výplatu a výši částečného invalidního důchodu váže na výši dosahovaného příjmu z výdělečné činnosti. Tím se dosáhne spravedlivějšího posouzení kompenzace ztráty výdělku v důsledku dlouhodobého snížení schopnosti výdělečné činnosti. Na rozdíl od předchozí právní úpravy nebude mít překročení hranice příjmu za následek odnětí nároku na důchod, ale pouze omezení nebo odnětí jeho výplaty.

Jestliže průměrný měsíční příjem z výdělečné činnosti poživatele částečného invalidního důchodu :

- nepřesahuje 66% pojištěncova srovnatelného vyměřovacího základu, vyplácí se částečný invalidní důchod v plné výši,
- je vyšší než 66%, ale nepřesahuje 80% pojištěncova srovnatelného vyměřovacího základu, vyplácí se částečný invalidní důchod ve výši poloviny základní výměry a poloviny procentní výměry,
- přesahuje 80% pojištěncova srovnatelného vyměřovacího základu, částečný invalidní důchod se nevyplácí.

Částečný invalidní důchod se nevyplácí rovněž po dobu výdělečné činnosti v cizině. Poživatel částečného invalidního důchodu pracující v cizině totiž nemůže být

posuzován, protože příjem, ze kterého platí pojistné, je dán částkou, kterou si sám určí. Příjem z výdělečné činnosti však nemá vliv na výplatu částečného invalidního důchodu, který byl přiznán pro značné ztížení obecné životní podmínky. Tento typ částečného invalidního důchodu náleží rovněž v případech, kdy jeho poživatel je výdělečně činný v cizině.

Výši dosahovaného příjmu z výdělečné činnosti poživatele částečného invalidního důchodu sleduje plátcе důchodu. Vzhledem k daňovým předpisům je třeba příjmy zjišťovat za zdaňovací období, tedy za kalendářní rok. Protože však částečné invalidní důchody nejsou přiznávány jen od 1. ledna, ale i během celého roku, stanoví zákon o důchodovém pojištění, že průměrný měsíční příjem se stanoví z úhrnu příjmů za předchozí kalendářní rok. Byl-li však částečný invalidní důchod přiznán až ve druhé polovině roku, berou se pro stanovení průměrného příjmu v úvahu příjmy dosažené až v následujícím kalendářním roce.

Při zjišťování průměrného měsíčního příjmu z výdělečné činnosti se za příjem z výdělečné činnosti považuje vyměřovací základ pro stanovení pojistného podle zákona o pojistném a vylučují doby,

- v nichž neměl pojištěnec příjem z výdělečné činnosti, nebo pobíral dávky nemocenského pojištění nahrazující ušlý příjem, popř. trvaly důvody, které jsou podmínkou pro jejich poskytování,
- kdy pojištěnec byl výdělečně činný v cizině,
- před přiznáním částečného invalidního důchodu.

Poživatel částečného invalidního důchodu je povinen do 10. dubna kalendářního roku předložit plátcі důchodu :

- přehled po příjmech ze závislé činnosti, měl-li v předchozím kalendářním roce pouze příjmy ze závislé činnosti, nebo
- oznámení o tom, že v předchozím kalendářním roce měl příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, anebo
- oznámení o tom, že v předchozím kalendářním roce neměl žádné příjmy z výdělečné činnosti.

Poživatel částečného invalidního důchodu, který podal oznámení o tom, že měl v předchozím kalendářním roce příjmy ze samostatné výdělečné činnosti, je pak povinen do 10. července předložit plátcí důchodu přehled o příjmech z této činnosti. Pokud vykonával souběžně se samostatnou výdělečnou činností i závislou činnost, uvede v přehledu odděleně i tyto příjmy. Přehled se podává na stanovených tiskopisech.

Rozhodující pro posouzení nároku na výplatu a výši částečného invalidního důchodu bude zjištěná výše dosahovaného průměrného měsíčního příjmu poživatele důchodu ve vztahu k jeho srovnatelnému vyměřovacímu základu.

Srovnatelný vyměřovací základ se určí vynásobením osobního vyměřovacího základu, z něhož byl částečný invalidní důchod vypočten, určitým koeficientem. Srovnatelný vyměřovací základ tak reaguje na růst mezd, a to každoročně.

Od 1. ledna 1998 došlo v důsledku zákona č. 134/1997 Sb. k podstatným změnám v sestavování tohoto koeficientu. Tyto změny lze rozlišit podle předpisů, podle kterých byl částečný invalidní důchod přiznán, resp. podle předposledního kalendářního roku rozhodného období, za které byl zjištěn osobní vyměřovací základ (resp. průměrný měsíční výdělek u důchodů přiznaných podle předpisů platných před 1. lednem 1996) pro výpočet tohoto důchodu.

Podmínky pro nekrácení částečného invalidního důchodu i při výdělečné činnosti kromě obecných (tj. nepřekročili-li průměrný měsíční příjem z výdělečné činnosti 66% srovnatelného vyměřovacího základu, nebo nejde-li o poživatele částečného invalidního důchodu přiznaného proto, že mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky – tyto obecné podmínky pro nekrácení důchodu) doplňuje zákon č. 134/1997 Sb. o dvě nové podmínky.

Věk 65 let

Jestliže poživatel částečného invalidního důchodu dosáhne věku 65 let, jeho příjem z výdělečné činnosti na území ČR se nesleduje. Jestliže však je výdělečně činný v cizině, důchod se po dobu této činnosti nevyplácí a jeho výplata nenáleží.

Výše úhrnného příjmu

V minulosti docházelo k tomu, že poživatel částečného invalidního důchodu dosáhl ve sledovaném kalendářním roce celkového nízkého příjmu z výdělečné činnosti,

ale protože jej dosáhl za krátkou dobu, činil průměrný měsíční příjem vypočtený podle obecných pravidel částku, která přesahovala 66%, popř. 80% srovnatelného vyměřovacího základu, takže bylo nutno důchod krátit na polovinu, event. jeho výplatu zastavit.

Tento důsledek zákon č. 134/1997 Sb. odstranil. Stanoví, že částečný invalidní důchod se vyplácí v plné výši, jestliže úhrnný příjem z výdělečné činnosti za kalendářní rok předcházející roku kontroly tohoto příjmu nepřesahuje dvanáctinásobek částky životního minima platné pro jednotlivce (tj. dospělého občana, který by žil v domácnosti sám – bez ohledu na skutečný počet členů jeho domácnosti) k 1. lednu kalendářního roku, za který se stanoví průměrný měsíční příjem z výdělečné činnosti. Předchází-li rok přiznání částečného invalidního důchodu kalendářnímu roku, v němž se provádí kontrola pojištěncova průměrného měsíčního příjmu z výdělečné činnosti, upraví se dvanáctinásobek popsané částky úměrně počtu kalendářních dnů pobírání tohoto důchodu v kalendářním roce (30).

8.4. Pojem osoba zdravotně znevýhodněna

Zatímco invalidita (zejm. tzv. všeobecná) vychází v zásadě ze vztahu mezi dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a výdělečnými schopnostmi občana, osoba zdravotně znevýhodněna vyjadřuje vztah dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu k výběru zaměstnání.

Osoba zdravotně znevýhodněna je institut tzv. pracovního zákonodárství a její vymezení a dopad do politiky zaměstnanosti jsou upraveny zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Osoba zdravotně znevýhodněna proto nemá význam pro posuzování nároků v oblasti povinného důchodového pojištění, s pojmem invalidita má pouze společný základ, tj. jak osoba zdravotně znevýhodněna, tak i osoba plně nebo částečně invalidní může být uznána, ta u níž je konstatován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Tato skutečnost má někdy význam v přezkumném soudním řízení vyvolaném žalobou

podanou proti rozhodnutí nositele důchodového pojištění, který se zamítá například žádost o některý z invalidních důchodů z důvodu, že u žadatele lékař správy sociálního zabezpečení nezjistil dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, přestože tento žadatel prokáže, že byl posudkově uznán osobou zdravotně znevýhodněnou. Tento rozpor je nutné v důkazním soudním řízení odstranit.

8.4.1. Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely osob zdravotně znevýhodněné

Meritorní právní úprava osob zdravotně znevýhodněné je pak obsažena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Tato právní úprava se nevztahuje na občany starší 65 let. Z hlediska metodologického, teoretického a právní úpravy můžeme pro nároky ze sociálního zabezpečení rozlišovat 3 druhy změn pracovní schopnosti, a to:

- plnou invaliditu (absolutní invalidita)
- částečnou invaliditu (relativní invalidita) a
- zdravotní znevýhodnění.

Plná invalidita spočívá v tom, že posuzovaný občan nemá žádný společensky významný či společensky použitelný pracovní potenciál. Jedná se o občany neschopné jakékoliv společensky významné práce, přičemž jsou takto plně invalidní v pravém slova smyslu a může se u nich hovořit o absolutní invaliditě.

Částečná invalidita pak spočívá v tom, že posuzovanému občanovi zbývá část společensky významného či společensky použitelného pracovního potenciálu. Jedná se o takové občany, jejichž pracovní schopnost je sice výrazně změněna a přiměřenost jejich pracovního potenciálu k požadavkům práce je porušena jak z hlediska klinického, tak kvalifikačního a z hlediska technického mohou tito občané beze škody na svém zdraví se svým zbývajícím pracovním potenciálem a v určitých pracovních podmínkách

(dle rekomandace) vykonávat určitou společensky významnou práci. V tomto smyslu můžeme situaci považovat za relativní invaliditu.

Změněná pracovní schopnost je vyjádřena poměrem dvou veličin, a to pracovního potenciálu k požadavkům zaměstnání, přičemž je výrazem nepříznivého zdravotního stavu a jeho dopadu ve smyslu snížení pracovního potenciálu nebo snížení možnosti uplatnění pracovního potenciálu. Výrazem porušení této rovnováhy je změněná pracovní schopnost, kdy následkem poruchy zdraví je ovlivněna funkční zdatnost občana v jeho fyzických nebo smyslových schopnostech, popřípadě jeho kvalifikace nebo schopnost kvalifikace využívat či se připravovat k pracovnímu uplatnění.

Zatímco řešení situace případů plně invalidních je poměrně jednoduché a prosté (tj. jde o zabezpečení existence plným invalidním důchodem), jde při řešení situace osob zdravotně znevýhodněných a občanů částečně invalidních o problematiku daleko obtížnější. Jde v podstatě o problematiku znovuoobnovení funkčního postavení ve společnosti, obnovení rovnovážného stavu v sociální situaci, a to především na základě znovuuvoření přiměřenosti mezi pracovním potenciálem a požadavky zaměstnání. Obnovení je možné zásahem do obou těchto složek:

- u pracovního potenciálu léčbou, rehabilitací a rekvalifikací,
- u požadavků zaměstnání modifikací dosavadního zaměstnání, doplnění kvalifikace či změnou zaměstnání.

Při posuzování osob zdravotně znevýhodněných je třeba uvážit všechny tyto možnosti a doporučuji je zahrnout do navrhovaného řešení. Řešení problematiky občana se změněnou pracovní schopností probíhá metodologicky ve třech fázích:

- porovnání a sladění pracovního potenciálu a požadavků zaměstnání nebo výběr jiného zdravotně vhodného zaměstnání,
- případná příprava občana pro zdravotně vhodné zaměstnání,
- realizace tohoto zdravotně vhodného zaměstnání.

Vývoj sociální situace osob se změněnou pracovní schopností probíhá schematicky, vyjádřeno po takovéto ose postupu:

Porucha zdraví, změna pracovního potenciálu, narušení nebo znemožnění uplatnění kvalifikace, nepřiměřenost mezi schopnostmi občana a požadavky zaměstnání, pokles pracovního výkonu, snížená mzda, snížení životní úrovně.

Osoby zdravotně znevýhodněné jsou v kategorií převážně pracovně právní (na rozdíl od invalidity, kde se jedná především o kategorii medicínsko-právní). Její definice byla právní úpravou k 1.1.1991 vyňata ze zákona o sociálním zabezpečení, kam dosti dobře nezapadala a stala se tak institutem pracovního práva a je zakotvena v již zmíněném § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Základní definice občana se změněnou pracovní schopností byla beze změn převzata ze zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

K tomu, aby občan mohl být považován za osobu zdravotně znevýhodněnou je třeba, aby získal statut občana se změněnou pracovní schopností. Tento statut je vymezen kategorií

- osoba zdravotně znevýhodněna nebo
- osoba zdravotně znevýhodněna s těžkým zdravotním postižením.

Statut osoby zdravotně znevýhodněných lze získat přímo úředním výrokem nebo tím, že právní předpisy jej za osobu zdravotně znevýhodněnou považují.

Statut osob zdravotně znevýhodněných na základě úředního rozhodnutí

Posuzováním zdravotního stavu občanů jsou pověřeny okresní (Pražská) správy sociálního zabezpečení, které svými lékaři posuzují, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou či o osobu zdravotně znevýhodněnou s těžkým zdravotním postižením. Přiznání osoby zdravotně znevýhodněných je vázáno na zjištění dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, který podstatně omezuje možnost pracovního uplatnění. Okresní správy sociálního zabezpečení přímo rozhodují o věci přiznání či nepřiznání zdravotního znevýhodnění či zdravotního znevýhodnění s těžkým zdravotním postižením a rovněž tak o tom, že se občan nepovažuje za osobu zdravotně znevýhodněnou, jestliže se nepodrobil vyšetření zdravotního stavu a přitom byl na tuto

možnost upozorněn. V této věci používá lékař okresní správy sociálního zabezpečení v záznamu o jednání ustanovení § 53 zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, který stanoví, že příjemce dávky důchodového zabezpečení podmíněné dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem, jakožto i občan se změněnou pracovní schopností, který byl vyzván orgánem sociálního zabezpečení, aby se podrobil vyšetření zdravotního stavu, je povinen této výzvě vyhovět. Okresní správa sociálního zabezpečení v případě porušení tohoto ustanovení použije § 106 odst. 4 zák. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, který stanoví, že v případě, kdy se občan se změněnou pracovní schopností nepodrobí vyšetření, nepovažuje se ode dne uvedeného v rozhodnutí za občana se změněnou pracovní schopností. To platí pro kontrolní lékařské prohlídky změněné pracovní schopnosti. Jestliže občan při zjišťovací prohlídce změněné pracovní schopnosti není součinný, pak použije okresní správa sociálního zabezpečení ustanovení § 83 a) zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, tj. řízení pak přeruší a event. řízení po 12 měsících zastaví.

Okresní správa sociálního zabezpečení je orgánem, který o osobách zdravotně znevýhodněných rozhoduje ve správním řízení v prvním stupni, a to v souladu s ustanovením § 109 zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, který stanoví, že k rozhodování jsou v prvním stupni příslušné okresní správy sociálního zabezpečení, pokud zák. č. 582/1991 Sb. nestanoví jinak. Je samozřejmé, že pro vydání rozhodnutí o změněné pracovní schopnosti je nezbytné používat ustanovení předpisů o správním řízení. Okresní správa sociálního zabezpečení rozhoduje o změněné pracovní schopnosti na žádost občana, jehož zdravotní stav má být posouzen. Samostatné rozhodnutí o zdravotním znevýhodnění okresní správa sociálního zabezpečení nevydává, pokud zdravotní znevýhodnění automaticky vyplývá z vlastního výroku o plné či částečné invaliditě. Při přiznání, odnětí nebo neuznání zdravotního znevýhodnění vydává okresní správa sociálního zabezpečení účastníku řízení vždy rozhodnutí, přičemž text tohoto rozhodnutí je jednotný a nepřihlíží k věku účastníka řízení, neboť není účelné vydávat zvláštní rozhodnutí o zdravotním znevýhodnění pro občana mladistvého (tj. 15 – 18 let)

a po překročení 18. roku věku, případně vydávat rozhodnutí další. Zdravotní znevýhodnění se přiznává nejdříve v souvislosti se skončením povinné školní docházky na základní škole. Za osobu zdravotně znevýhodněnou nebo osobu zdravotně znevýhodněnou s těžkým zdravotním postižením se podle zákonné úpravy nepovažuje občan starší 65 let. Účel přiznání zdravotního znevýhodnění u občanů mladistvých je spjat s doporučením nejvhodnějšího způsobu přípravy pro povolání nebo umístění do zaměstnání vhodného vzhledem ke zjištěnému zdravotnímu postižení, neboť umístění ve zdravotně přiměřeném zaměstnání je prevencí pozdější invalidity.

Při posuzování zdravotního stavu mladistvých je třeba se zaměřit na čtyři základní hlediska ve vztahu k pracovnímu potenciálu a rovněž tak k nárokům povolání:

- hledisko klinické přiměřenosti – tj. co mladiství smí, co pro něho není klinicky kontraindikováno (např. nesmí pracovat ve výškách, řídit motorová vozidla apod.),
- hledisko technické přiměřenosti – tj. co mladiství může a na co stačí (např. s vadou zraku nestačí na práci hodináře apod.),
- hledisko kvalifikace – tj. co mladiství umí (např. může být ze svého dětství dosti dobrým či kvalifikovaným včelařem, modelářem, zahradníkem apod.),
- hledisko subjektivního vztahu k práci – tj. co mladiství dělat chce.

Lékař okresní správy sociálního zabezpečení, který mladistvého posuzuje, musí umět správně posoudit nejen nálezy odborných lékařů, ale musí také umět zhodnotit sociální situaci, míru schopností i dovedností a odhadnout perspektivy v oblasti životního uplatnění mladistvého občana. Posuzování změněné pracovní schopnosti u zdravotně postiženého mladistvého občana je otázkou odpovědnou a složitou také proto, že se předem neví, jak se zatížení na organismu projeví. U mladistvých je posuzování z hlediska lidského i společenského o to závažnější, že se vlastně nehodnotí současná pracovní schopnost, ale i vysoce prognosticky další průběh zdravotního postižení ve vztahu k práci a životnímu režimu. Posudkový orgán, který zdravotní znevýhodnění

posuzuje, má vysoký stupeň odpovědnosti a musí vycházet z odborných sociálních a psychologických aspektů a rovněž tak i z profesiografických charakteristik.

Statut osob zdravotně znevýhodněných na základě právních předpisů

Zdravotně znevýhodněna osoba je:

- která má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění; osoba zdravotně znevýhodněna je též poživatel důchodu podmíněného nepříznivým zdravotním stavem, pokud je mu zachována pracovní schopnost a dovoluje mu pracovní uplatnění nebo přípravu na toto uplatnění;
- která je poživatelem částečného invalidního důchodu podle § 44 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zde se jedná o občana, který je poživatelem částečného invalidního důchodu na základě rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení podle § 5 písm. a) č. 1 zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů;
- která byla uznána částečně invalidním, i když ji nevznikla nárok na částečný invalidní důchod nebo ji nárok na částečný invalidní důchod vznikl, avšak tento důchod se pro souběh s příjmem z výdělečné schopnosti nevyplácí podle § 46 odst. 1 písm. c) zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů;
- jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky podle § 44 odst. 2 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní postižení značně ztěžující obecné životní podmínky jsou stanoveny v příloze č. 4 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.

Osoba zdravotně znevýhodněna s těžkým zdravotním poškozením je občan, který má mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění včetně přípravy k němu a může se uplatnit jen ve zcela úzkém okruhu zaměstnání, např. v zaměstnání za zcela

mimořádně upravených pracovních podmínkách. Těmito mimořádně upravenými pracovními podmínkami se rozumí nejen zvláštní technické přizpůsobení pracoviště (např. práce vsedě na vozíku pro invalidy, akustická a hmatová signalizace pro nevidomé, optická signalizace pro hluchoněmé apod.), ale i přizpůsobení šaten, umývár, záchodů a event. i individuální dovoz do zaměstnání nebo domácí práce.

Osoba zdravotně znevýhodněna s těžkým zdravotním poškozením je vždy občan plně invalidní podle § 39 odst. 1 písm. b) zák. č. 155/1995 Sb., který je schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek a občan, který se může pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav připravovat na budoucí povolání jen za zcela mimořádných podmínek. Zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek je stanovena v příloze č. 3 vyhlášky č. 284/1995 Sb.

Pro účely posuzování a uznání zdravotních postižení osob zdravotně znevýhodněných lze vymezit tato rámcová postižení:

Rámcové vymezení zdravotních postižení, při kterých může být uznáno zdravotní znevýhodnění s těžkým zdravotním postižením /tj. mimo automatické změněné pracovní schopnosti s těžkým zdravotním postižením při plné invaliditě podle § 39 odst. 1 písm. b) zák. č. 155/1975 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů/. Zdravotní znevýhodnění s těžkým zdravotním postižením je přiznáváno při těžkém postižení pohybových orientačních, mentálních nebo duševních schopností. Například lze uvést:

- těžká postižení smyslových funkcí (úplná či praktická nevidomost obou očí)
- těžká postižení pohybových funkcí
- těžká postižení duševních funkcí
- těžká kombinovaná postižení funkcí smyslových, pohybových a duševních

Rámcové vymezení zdravotních postižení, při kterých může být uznáno zdravotní znevýhodnění /tj. mimo automatické změněné pracovní schopnosti při částečné invaliditě/

Jde o chronicky probíhající onemocnění a vady s výraznou poruchou funkce postiženého orgánu s recidivujícím, dlouhotrvajícím průběhem zpravidla ovlivňujícím ostatní orgánové systémy, popřípadě celkový zdravotní stav posuzované osoby. Rozhodující není diagnóza nemoci, nýbrž z ní plynoucí funkční omezení a její dopad na pracovní schopnost občana. Systémově možno podat následující členění chorobných stavů:

Postižení pohybového ústrojí mající za následek značné omezení pohybové schopnosti popřípadě tolerance zátěže - např. těžší skoliózy, Perthesova nemoc s následnou deformitou horní části stehenní kosti, rozsáhlejší amputační ztráty končetin nezávisle na tom, zda jsou nošeny protézy, Bechtěrevova choroba atd.

Postižení kůže s chronickými nepříznivými doprovodnými projevy jako odpuzující pachy, mokvání, zohyzdění, nebo onemocnění postihující především ruce a obličej - např. chronické ekzémy, dermatózy, lupus erytematodes, dermatomyositis, sklerodermie atd.

Postižení dýchacího ústrojí s recidivujícími projevy poruchy plicních funkcí, s dušností při středně velké zátěži vyžadující dodržování zvláštního režimu a životosprávy - např. bronchiectasie, plicní fibróza, pneumokonióza, asthma bronchiale atd.

Postižení srdce a oběhového ústrojí s poruchou rytmu, s chronickými známkami selhávání srdeční funkce, s centrálními nebo periferními poruchami prokrvení - např. ICHS, kardiomyopathie, stavy po myokarditidě, paroxysmální tachykardie, aneurysmata centrálních tepen, obliterující atheroskleróza, chronická žilní insuficience atd.

Postižení zažívacího ústrojí s chronickými poruchami výživy vyžadující dodržování zvláštního dietního režimu a životosprávy - např. recidivující chronická vředová choroba žaludku a dvanácterníku, chronické hepatitidy, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, divertikulitidy, chronické poruchy pankreatu atd.

Postižení močového ústrojí s recidivujícími poruchami ledvinných funkcí a s nutností dodržování zvláštního dietního režimu a životosprávy – např. chronická glomerulonefritis, chronická pyelonefritis, nefrózy, recidivující nefrolithiasa nebo nefrolithiasa působící chronickou obstrukci vývodných močových cest atd.

Poruchy výměny látkové a vnitřní sekrece s výrazným ovlivněním celkového stavu a s nutností chronické substituční léčby a speciálních dietetických opatření a úpravou životosprávy – fenylketonurie, diabetes mellitus léčený insulinem, poruchy funkce hypofyzy, poruchy funkce nadledvin atd.

Postižení krve a krvetvorných orgánů s výraznými změnami krvetvorby, zejména útlumem, se závažnými poruchami imunity, s poruchami krevní srážlivosti, s alterací celkového stavu, vyžadující chronickou léčbu a úpravu životosprávy – např. hemofilie, perniciózní anémie, polycytémie, hemoblastózy atd.

Postižení nervového systému s výpadovou nebo iritační symptomatologií, s obrnami periferních nervů, s poruchou pohybových koordinací, se záchvatovými stavy, s poruchami motoriky, s poruchami řeči, s poruchami psychiky – např. vrozená onemocnění CNS, dětská mozková obrna, roztroušená skleróza mozkomíšní, myasthenia atd.

Postižení psychiky s výrazným omezením duševního výkonu, poruchy osobnosti, adaptace, sociability, afektivity, poznávacích funkcí – např. anomální vývoj osobnosti, psychózy, těžké neurózy, těžké poruchy intelektu s IQ zpravidla pod 60 atd.

Postižení smyslová s výrazným omezením zejména zraku (těžké poruchy vidění, zúžení zorného pole), s těžkými poruchami sluchu, s poruchami rovnováhy vyžadující speciální úpravu životních podmínek – např. praktická hluchota, pigmentová degenerace sítnice, odchlípení sítnice, těžká Meniérova choroba atd.

Občan s přiznaným statutem zdravotního znevýhodnění požívá určitých zákonných ochran, např.:

- podle § 2 odst. 1 písm k) zák. č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů, jsou osoby se změněnou pracovní schopností, které se připravují pro pracovní uplatnění, účastníci nemocenského pojištění;
- osoby zdravotně znevýhodněné požívají zvýšené ochrany v pracovně právních vztazích zakotvené v ustanoveních zákoníku práce, např. výpověď je platná se souhlasem úřadu práce. Tento souhlas se nevyžaduje, jde-li o výpověď danou zaměstnanci staršímu než 65 let nebo o výpověď z organizačních důvodů, tj. z důvodu, že se zaměstnavatel nebo jeho část přemísťuje, zaměstnavatel zaniká, nebo o výpověď z důvodů, z nichž by mohl být pracovní poměr zrušen okamžitě nebo pro porušení pracovní kázně;
- podle vyhlášky č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností, požívají občané se změněnou pracovní schopností výhod při přípravě pro pracovní uplatnění
- osobě zdravotně znevýhodněné jsou přiznávány finanční úlevy v daňové oblasti - např. zvýšení nezdanitelné částky základu daně z příjmů podle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů atd.

Obsahové i právní vymezení statutu osoby zdravotně znevýhodněné již nevyhovuje v současné době potřebám postižených ani praxi kompetentních orgánů ve sféře sociálního zabezpečení a politiky zaměstnanosti. Přístupy k řešení této problematiky (vzniklé před rokem 1990) neodpovídají změněným podmínkám ekonomiky v České republice. Kategorie občana se změněnou pracovní schopností vymezená zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, není ve srovnatelném významu zakotvena v žádné mezinárodní právní normě ani nevyhovuje

současným potřebám. Definice není již plně funkční, protože nevypovídá o rozsahu a tíži zdravotního postižení ani o konkrétních omezeních zdravotních postižení osoby, ani pozitivně nedefinuje zbývající pracovní potenciál ve vztahu k možnosti pracovního uplatnění. Řešení problému těchto občanů je spojeno s problematikou jejich zaměstnanosti. Efektivní řešení problematiky osob zdravotně znevýhodněných ve sféře ekonomické, zdravotní a sociální je odvislé od koncepčnosti a komplexnosti a je nerealizovatelné bez řešení finanční stránky. Ta závisí nejen na komplexní hospodářské situaci a na společenství a politické vůli, ale i na vzájemné spolupráci všech zúčastněných v řešení problematiky. Legislativní řešení je proto aktuální otázkou sociální politiky (10, 16, 21).

8.5. Příspěvek na péči

Na rozdíl od osob zdravotně znevýhodněných má pro oblast důchodového pojištění význam posudkové uznání tzv. bezmocnosti, které zakládá nárok na zvýšení důchodu (nemusí jít vždy jenom o důchod invalidní) poskytovaného z důchodového pojištění. Zvýšení důchodu pro bezmocnost se poskytuje jako jediná dávka tzv. důchodového zabezpečení a nemůže být tedy financována ze zvláštního účtu důchodového pojištění zřízeného v rámci státního rozpočtu. Podmínky nároku na tuto dávku upravuje zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Předpoklady stavu, který je pojmenován termínem bezmocnost, jsou upraveny ustanovením § 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zák. o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, které stanoví:

1. částečně bezmocná je fyzická osoba (dále jen „osoba“), která potřebuje dlouhodobě pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech, například při mytí, česání a oblékání. Za částečně bezmocnou se vždy považuje osoba prakticky nevidomá;
2. převážně bezmocná osoba, která potřebuje kromě pomoci uvedené v odstavci 1 pravidelnou pomoc, popřípadě soustavný dohled jiné osoby při hlavních

životních úkonech, například při chůzi i při výkonu fyziologické potřeby. Za převážně bezmocnou se vždy považuje osoba úplně nevidomá;

3. úplně bezmocná je osoba, která zcela pozbyla schopnost sebeobsluhy, potřebuje soustavné ošetřování a je odkázána trvale na pomoc jiné osoby při všech životních úkonech.

Platná právní úprava tedy rozeznává tři stupně bezmocnosti: částečnou, převážnou a úplnou. Těm odpovídá i odstupňování výše pobírané dávky, tedy zvýšení důchodu pro příspěvek na péči.

Při stanovení výše částky, o níž se zvyšuje důchod z důvodu bezmocnosti, se vychází z částky, která se podle ustanovení § 3 odst. 2 písm. e) zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů, považuje za potřebnou k zajištění výživy a ostatních základních potřeb osoby, která není nezaopatřeným dítětem. Při částečné bezmocnosti se zvyšuje důchod o 20 % z částky na osobní potřebu, při převážné bezmocnosti o 40 % a při úplné bezmocnosti o 75 %. Toto zvýšení důchodu pro bezmocnost nepodléhá zvyšování důchodů podle valorizačních pravidel stanovených v předpisech o důchodovém pojištění. Tato výše se však mění v souvislosti se změnami částky na osobní potřebu podle zákona o životním minimu.

Bezmocnost představuje kategorii, u níž je právně relevantním důsledkem zdravotního postižení míra soběstačnosti (sebeobsluhy) osoby, resp. míra omezení této soběstačnosti. Bezmocnost má právní význam v důchodovém zabezpečení, v důchodovém pojištění a v sociální péči. Pro uznání bezmocnosti jsou stanoveny tři podmínky, které musejí být splněny zároveň:

- nutnost ošetření jinou osobou
- nutnost obsluhy jinou osobou a
- dlouhodobost, resp. trvalost potřeby (nutnosti) takto poskytované péče, odvozená od dlouhodobosti, resp. trvalosti nepříznivého zdravotního stavu. Nestačí tedy pouze krátkodobé stavy, přestože splňují první dvě podmínky bezmocnosti.

Intenzita prvních dvou podmínek přitom v podstatě vymezuje bezmocnost ve třech stupních. Druh zdravotního postižení (diagnóza) není kritériem, tzn., že sám o sobě není pro posouzení bezmocnosti významný, ale jeho význam je dán pouze z hlediska hodnocení jeho dlouhodobosti a s ní spojené nutnosti soustavné péče.

Ošetřením se rozumí přímé poskytování nezbytné péče související s domácím léčením (podávání léků, obkladů, klyzmat, převazy, prevence proleženin atd.), dále pak pomoc při osobní hygieně (mytí, česání, stolice, močení, přestlání lůžka apod.) a pomoc při jídle a pití. Za ošetření se považuje také soustavný dohled u osob těžce mentálně postižených a dlouhodobě duševně nemocných.

Obsluhou se rozumí nezbytná pomoc jiné osoby směřující k usnadnění úkonů sebeobsluhy, např. podání připravených pokrmů a nápojů, pomoc při chůzi, při oblékání, pomoc při přenášení a odnášení různých potřeb apod.

Při posuzování bezmocnosti vůbec, stejně tak jako při určování jejich jednotlivých stupňů (částečné, převážné a úplné bezmocnosti), se vychází zejména z hodnocení způsobilosti k samostatnému výkonu základních potřeb a úkonů za pobytu na lůžku, při jídle, osobní hygieně, oblékání, lokomoci a komunikaci a zohledňuje se rovněž nutnost soustavného dohledu. Pokud jde o osoby s těžšími vadami zraku, je taková osoba z tohoto titulu částečně bezmocná, je-li prakticky nevidomá, anebo převážně bezmocná, je-li úplně nevidomá.

Potřeba pomoci jinou osobou se vztahuje jen na vlastní osobu stíženou bezmocností a nikoli na úkony spojené s vedením domácnosti, tedy úklid, nákup, praní prádla, topení apod. Bezmocnost musí být trvalá, přičemž trvalostí se rozumí soustavnost, tj. nepřetržitost poskytované péče (která v sobě zahrnuje nutnost ošetření a obsluhy jinou osobou). Uvedené podmínky, tj. nutnost ošetření a nutnost obsluhy jinou osobou, musí být splněny soustavně, přičemž poskytovaná péče musí být soustavná a nepřetržitá. Pokud některá z těchto podmínek splněna není, nejde o bezmocnost. Přitom není pro nárok na zvýšení důchodu pro bezmocnost rozhodné, jakým onemocněním žadatel trpí, byť by se jednalo o onemocnění trvalé, ale zda jeho zdravotní stav vyžaduje

nepřetržité poskytování nezbytné pomoci jinou osobou při těch úkonech, které jsou pro zjištění bezmocnosti rozhodující.

Demonstrativní výčet nezbytných životních úkonů stanovených v ustanovení § 2 odst. 1 vyhl. č. 284/1995 Sb. znamená, že může jít případně i o jiné úkony, než které jsou uvedeny v citované vyhlášce. Skutečnost, že vyhláška hovoří o „některých“ nezbytných životních úkonech, znamená, že částečná bezmocnost může být dána i tehdy, bude-li důchodce potřebovat dlouhodobou pomoc jiné osoby jenom při některých životních úkonech z těch, které jsou pro příklad vyjmenovány.

Je nutné upozornit na skutečnost, že podmínky nároku na dávku důchodového zabezpečení – zvýšení důchodu pro bezmocnost byly upraveny § 70 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů do 31.12.2006, kdy bylo toto ustanovení zákonem č. 109/2006 Sb. zrušeno a lze tedy o pojmu „bezmocnost“ hovořit v současnosti již jen v minulém čase.

Pojem „bezmocnost“ byl nahrazen „příspěvkem na péči“.

Několik poznámek k soběstačnosti a bezmocnosti

Pokud osoba disponuje potřebnými psychickými, smyslovými a fyzickými schopnostmi a vlastnostmi, které ji slouží k uspokojení běžných životních potřeb a vyrovnání se s nároky prostředí, kde žije, je soběstačná, nezávislá.

Soběstačnost je tedy relativní, neboť jde o vztah "funkčního potenciálu" osoby a podmínek jejího života.

Pokud však funkční potenciál nezbytný k udržení sociální existence v daných životních podmínkách není dostatečný, vzniká stav určité nesoběstačnosti (závislosti), bezmocnosti a potřeba různých sociálních opatření a v různém stupni (dávek, služeb, péče) k zajištění soběstačnosti. Stav kompenzace, rovnováhy, soběstačnosti může být porušen jak změnou funkčního potenciálu - změnou zdravotního stavu, zdravotním postižením, ale také změnou jeho životních podmínek a prostředí.

Soběstačnost lze hodnotit z různých pohledů.

Ekonomická soběstačnost je podmíněna dostatečnými ekonomickými zdroji, prostředky tak, aby si člověk mohl opatřit základní životní potřeby, především bydlení, potravu, ošacení, zajistit hygienu, základní kulturní potřeby. Tato potřeba se individuálně velmi liší v závislosti na zdravotním stavu, životních podmínkách, ale i životním stylu.

Fyzická soběstačnost je podmíněna složkou fyzickou, složkou psychickou a smyslovou a představuje komplex fyziologických schopností k zvládnání běžných životní úkonů sebeobsluhy a sociální existence.

Velkou roli hrají i faktory zevní, tj. prostředí a podmínky, kde taková osoba žije, technická a občanská vybavenost, bydlení, bezbariérovost prostředí, míra kompenzace a adaptace apod., neboť mohou bezprostředně soběstačnost ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně nebo vést k dřívější nebo pozdější manifestaci určitého stupně nesoběstačnosti.

Nesoběstačnost, bezmocnost je určité závažné, frustrující znesnadnění, které se stává překážkou k dosažení plné společenské integrace.

Je většinou podmíněna závažným snížením nebo ztrátou motorických (pohybových) funkcí, těžkým poškozením psychických funkcí, ztrátou funkcí v oblasti smyslové, případně mimosmyslovou poruchou, např. poruchy komunikace (afazie, alexie, agrafie).

Bezmocnost musí být trvalá.

Trvalost se nevztahuje přímo k dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu či zdravotnímu postižení jako takovému (s výjimkou nevidomosti), ale k dlouhodobosti, soustavnosti, nepřetržitosti (každodenní) potřeby péče, obsluhy nebo ošetření nebo dohledu.

Bezmocnost se nevztahuje na období zvýšené péče v období přechodného zhoršení zdravotního stavu, při rekonvalescenci apod.

Splnění podmínky trvalosti nevylučuje, že se mohou vyskytnout případy, kdy po čase dojde k adaptaci, úpravě, příp. zlepšení mající za následek snížení stupně bezmocnosti.

Bohužel, za dobu existence kategorie bezmocnosti nebyly v právním předpise nikdy přesně a úplně definovány základní životní úkony ani to, co se považuje za obsluhu a ošetření ke kompenzaci nesoběstačnosti.

Jde i o pohled na vlastní životní úkon, jeho rozsah a způsob provedení - tj. zda posuzovaná osoba je insuficientní v celém rozsahu úkonu či pouze částečně - např. vyhláška deklaruje komplexní úkon oblékání a posuzovaný si neobleče pouze ponožky a neobuje se, nebo vyhláška uvádí mytí a v posudkové praxi se hodnotí, že se osoba umyje, ale nevykoupe se.

U potřeby ošetření není zřejmé, zda se má vycházet z takového ošetření, které je schopna zvládat stejně stará, zdravá osoba, případně zda je třeba pohled rozšířit o i specializované ošetřovatelské úkony.

U pomoci při chůzi pak měl tvůrce předpisu spíše na mysli pomoc při stání, sezení, vstávání a ulehání, přemísťování, pohybu na lůžku apod., tedy spíše k mobilitě při sebeobsluze než pouze k vlastnímu procesu chůze.

Bohužel, právní předpis nevynechává takovou důležitou věc, jako je oblast stravování, tj. obstarání a přípravy stravy, což nepochybně patří ke každodenním úkonům, bez kterých se nikdo neobejde.

Určitý rozpor lze nalézt rovněž v tom, že zákon deklaruje trvalost stavu, vyhláška však uvádí dlouhodobost.

Vzhledem k těmto věcným a právním nejasnostem není zřejmě posuzování bezmocnosti vždy zcela jednotné.

Přes absenci moderního věcného a právního vymezení soběstačnosti, základních - nezbytných, pravidelných životních úkonů, potřebných k zajištění nezávislého sociálního života a integrace osoby, je nutno se zamyslet nad skutečnostmi, které jsou z posudkově medicínského hlediska rozhodující pro komplexní zhodnocení všech faktorů a skutečností, které podmiňují snížení nezávislosti a podmiňují pokles soběstačnosti na úroveň některého ze stupňů bezmocnosti.

Posudkový orgán by měl znát, které faktory (životní podmínky a prostředí) a funkce (zejména psychické, smyslové a psychické) jsou nezbytné pro nezávislý, samostatný život každého jedince.

Z posudkově medicínského hlediska soběstačnost člověka závisí na

- celkové tělesné kondici a pohybových schopnostech,
- funkci končetin -zejména horních končetin, k provádění manipulačních úkonů sebeobsluhy v rámci každodenního života,
- duševních a mentálních funkcích pro sociální existenci a integraci,
- schopnosti řeči (mluvení) nebo jiné komunikace k dorozumění,
- smyslových funkcích pro orientaci a komunikaci.

Přitom je třeba vytyčit "životní úkony potřeby, případně schopnosti", které z hlediska samostatného každodenního sociálního života člověka lze považovat za zcela zásadní a nepostradatelné.

Jde o

- schopnost orientace v obvyklém prostředí,
- schopnosti lokomoce, kterou představuje široké spektrum funkcí od chůze, stání, sezení, vstávání a ulehání, přemísťování,
- schopnost komunikace (porozumět a dorozumět se),
- schopnosti adekvátně posoudit a rozhodnout své potřeby a záležitosti,
- přípravu pokrmu a přijímání potravy,
- celkovou hygienu (mytí, koupání, sprchování),
- péče o ústa, vlasy, obličej, ruce (minimální hygiena),
- výkon fyziologické potřeby (použití toalety, příp. použití kompenzačních pomůcek),
- zvládnutí zdravotní samopéče - sebeošetření jednoduchými ošetrovatelskými úkony (podávání léků, inhalace, převazy, obklady, použití kompenzační pomůcky apod.).

Je třeba se zamyslet i nad tím, zda by měly být v této souvislosti určitým způsobem zohledněny i tzv. jednoduché a nezbytné úkony péče o domácnost. Za běžné a nepostradatelné činnosti v rámci sociální existence lze označit

- obstarávání si potravin a předmětů potřebných ke každodennímu životu,

- péče o lůžko a péče o prádlo,
- obsluha běžných domácích spotřebičů (manipulace s kohoutky, vypínači),
- mytí nádobí, úklid povrchů a přeprání drobného prádla.

V situacích, kdy osoba se zdravotním postižením a funkčním omezením není schopna si zajistit alespoň určitým banálním způsobem svou domácnost, stává se sociálně dezintegrovanou, nepřizpůsobivou a nesoběstačnou.

Podle počtu, druhu, rozsahu a významu narušených nebo chybějících životních činností a potřeb a s přihlédnutím k frekvenci jejich konání (opakování) je pak možné provést kategorizaci stupně nesoběstačnosti - ve smyslu tří stupňů bezmocnosti.

Vzhledem k tomu, že dosavadní právní úprava nedefinovala taxativně, co se považuje za životní úkony a potřeby z hlediska soběstačnosti a bezmocnosti a ustanovení § 2 vyhlášky č. 284/1995 Sb., pouze příkladmo uvádí některé úkony, jeví se potřebné, aby tato oblast byla v budoucnu zpracována věcně i právně novým, moderním a komplexním způsobem, který by reagoval na potřeby handicapovaných, nesoběstačných osob, sjednocoval terénní aplikaci a zajišťoval rovná práva posuzovaných osob.

Pro úplnost je nutno uvést, že i jiné systémy (zejména rehabilitační) se zabývají hodnocením schopností a běžných činností člověka ve vztahu k jeho samostatnosti, nezávislosti. Např. Bartelův test základních všedních činností hodnotí 10 činností ve dvou až třech stupních a to 0, 5, 10 nebo 15 body (ve smyslu svede úkon samostatně, bez pomoci, svede s pomocí, neprovede -insuficientní. Z toho vyplývá některý ze čtyř stupňů závislosti, a to vysoká závislost (do 40 bodů), závislost středního stupně (45-60 bodů), lehká závislost (65-95 bodů) a nezávislost (100 bodů). Hodnocenými činnostmi a funkcemi jsou najedení a napití, oblékání a koupání, osobní hygiena, kontinence stolice, kontinence moče, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině, chůze po schodech. Jiným způsobem hodnocení je test instrumentálních všedních činností. Ten hodnotí 8 činností ve třech stupních a to 0,5 nebo 10 body. Součtem bodů se určí některá ze tří kategorií závislosti - závislost (0-40 bodů), částečná závislost (45-75 bodů) a nezávislost (80 bodů). Hodnocenými činnostmi jsou telefonování, transport,

nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků, finance. Dalším, neméně důležitým, je test kognitivních funkcí a jeho pět oblastí hodnocení, tj. orientace, vstřípivost, pozornost a počítání, výbavnost, řeč, komunikace a konstrukční schopnosti. V testu může být docíleno maximálního skóre 30 bodů, přičemž skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu nebo demenci. Test má senzitivitu 87 % a specifitu 82 %. Výše uvedené způsoby hodnocení dokazují, že přístup k jedné skutečnosti - soběstačnosti jednotlivce může být velice variabilní, z mnoha pohledů i teoreticko-praktických východisek. Takové hodnocení soběstačnosti nemůže být nikdy zřejmě absolutně vyčerpávající. Musí postihovat co nejširší spektrum základních, pravidelně, každodenně se opakujících činností směřujících k zvládnutí péče o sebe sama a svou sociální existenci, samozřejmě i s přihlédnutím k zevním podmínkám prostředí a nárokům moderní společnosti.

Popsané znaky soběstačnosti, nezávislosti mají při narušení jejich integrity řadu závažných důsledků v oblasti sociální, sociologické, právní i ekonomické.

Posouzení soběstačnosti - bezmocnosti a všech rozhodných skutečností, vážících se k tomuto jevu, by mělo umožnit získání představy o skutečné povaze a rozsahu omezení soběstačnosti, stupni závislosti a potřebě a povaze opatření k zabezpečení přiměřené sociální existence.

Uznání příspěvku na péči přináší důchodci určité, zákonem definované zvýšení důchodu, neboť se předpokládá, že osoba, která není soběstačná má zvýšené životní náklady. Zvýšení důchodu pro bezmocnost přináší tedy určitý finanční požitek, neřeší však sociální důsledky toho jevu - snížení závislosti a potřeby posílení soběstačnosti a integrace. Příspěvky na péči vyplácené jako zvýšení důchodu slouží i k jiným účelům než "nákupu potřebných sociálních služeb". Rovněž i v některých případech rodina a osoby blízké neposkytují nesoběstačnému důchodci potřebnou péči. Stávající systém neumožňuje kontrolovat využívání zvýšení důchodu pro příspěvek na péči. Příspěvek na péči lze tedy považovat za institut, který kromě peněz (ke kompenzaci zvýšených nákladů) nepřináší důchodci cílenou pomoc ve formě sociální služby. (11)

Vzhledem k posudkově medicínskému i sociálnímu významu této kategorie je nutné se jím zabývat a řešit jej v nových společenských souvislostech, s ohledem na

potřeby nesoběstačných, závislých, bezmocných osob se zdravotním postižením i seniorů i z pohledu sociálních systémů.

9. Problematika posuzování invalidity z mládí

V předchozí části jsem konstatovala skutečnost, že pojem „invalidita z mládí“, je pojem, který v tomto svém vyjádření neexistuje v právním řádu ČR. Je uváděn jako termín, kterému se obecně v reálné praxi rozumí, ale není výslovně definován. Je uváděn pouze na úrovni vnitřních metodických pokynů v České správě sociálního zabezpečení. Slovy zákonných norem se jedná o invaliditu tvořící podklad možnosti přiznání plného invalidního důchodu podle ust. §42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, které stanoví, že na plný invalidní důchod má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je plně invalidní, jestliže plná invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu. Zmíněná potřebná doba pojištění je charakterizována u ust. § 40 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, které ve svém prvním odstavci vyžaduje potřebnou dobu pojištění pro nárok na plný invalidní důchod u pojištěnců podle dosaženého věku.

Potřebná doba pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se zajišťuje z období před vznikem plné invalidity, a jde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 roků před vznikem plné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se považuje za splněnou též, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období 10 roků dokončeném po vzniku plné invalidity. U pojištěnce mladšího 24 let činí přitom potřebná doba pojištění 2 roky. Pro účely splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se za dobu pojištění považuje též doba účasti na pojištění osob uvedených v § 5 odst. 1 písm. m) a n) a dále doba studia na střední škole v ČR před dosažením 18 let věku, nejdříve však po ukončení povinné školní docházky.

Z výše uvedené podmínky doby vzniku plné invalidity ve smyslu § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, jednoznačně vyplývá, že datum vzniku

této invalidity musí spadat do období před dosažením 18 let věku. V posudkové lékařské praxi byl opakovaně zaznamenán výskyt stanovení data vzniku tohoto druhu invalidity od 18 let věku, přičemž v takovém případě nelze realizovat dávku, neboť tato podmínka zmíněné právní normy není splněna. V souvislosti s účinností zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, tj. od 1.1.1996, vzniká pro konstatování doby vzniku plné invalidity složitější situace v tom smyslu, že před 1.1.1996 je nutno při posuzování invalidity postupovat podle tehdejších ust. zák. č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění. Konkrétně se jedná o ust. § 29 odst. 2 písm. a) tohoto zákona konstatující neschopnost výkonu jakéhokoliv soustavného zaměstnání a písm. d) konstatující schopnost výkonu soustavného zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. Po 1.1.1996, tj. od účinnosti zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, nutno plnou invaliditu z mládí posuzovat podle této právní úpravy, a to podle ust. § 39 odst. 1 písm. a) vyžadující pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo podle písm. b) vyžadující schopnost soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že vyžaduje současná legislativa pro dobu před 1.1.1996 konstatování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který nebyl posuzovaný občan schopen vykonávat soustavné zaměstnání ve smyslu § 29 odst. 2 písm. a) zák. č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení nebo konstatování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro který byl posuzovaný občan schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek ve smyslu § 29 odst. 2 písm. d) zák. č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a dále, od 1.1.1996 konstatování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nejméně o 66% ve smyslu § 39 odst. 1 písm. a) zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění nebo konstatování schopnosti soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek podle § 39 odst. 1 písm. d) zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. K problematice stanovování doby vzniku plné invalidity podle § 42 odst.1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, tzv. invalidity z mládí, se jeví za vhodné upozornění, že datum vzniku plné invalidity je samozřejmě nutné co

nejblíže specifikovat, a to např. od určitého věku, od určitého konkrétního datumu, od narození, ale nejpozději do 18 let věku.

Řízení o plné invaliditě ve smyslu § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tj. o invaliditě z mládí, nemůže být zahájeno jiným způsobem než formou žádosti občana nebo jeho zákonného zástupce. Z uvedeného vyplývá, že žádost o plnou invaliditu ve smyslu § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, může podat, podle své úvahy, každý občan při jakémkoliv svém zdravotním stavu. Za této skutečnosti může při vlastním posuzování zdravotního stavu nastat situace, že je po 1.1.1996 zjištěn dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav působící pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti spadající do rozmezí 33 až 66%, podle přílohy vyhl. č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění, přičemž tato skutečnost odůvodňuje pro lékařskou posudkovou službu sociálního zabezpečení konstatování částečné invalidity podle § 44 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dále může nastat situace, že je zjištěna taková porucha zdravotního stavu, která odpovídá některému z postižení uvedených v příloze č. 4 vyhl. č. 284/1995 Sb., přičemž takto je založena odůvodněnost konstatováním ve smyslu značného ztížení obecných životních podmínek pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, a tím konstatování částečné invalidity podle ustanovení § 44 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Od počátku účinnosti zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, do současnosti není pro oblast invalidity z mládí; nikterak na zábranu konstatování částečné invalidity lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení. Zábrana konstatování částečné invalidity lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení v oblasti posuzování invalidity z mládí, spočívá před 1.1. 1996 v tehdy platném ustanovení § 37 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, který stanovil, že občan je částečně invalidní, jestliže pro dlouhodobě zdravotně nepříznivý stav je schopen vykonávat zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek nebo jiné než dosavadní zaměstnání s podstatně menšími požadavky na fyzické nebo

psychické schopnosti a v důsledku toho výdělek posuzovaného občana podstatně klesl. Za podstatný pokles výděлку byl v době před 1. lednem 1996 považován pokles alespoň o třetinu dosahovaného průměrného měsíčního výděлку. V případě občana žádajícího o plný invalidní důchod podle ustanovení § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, pro tzv. invaliditu z mládí, není pravděpodobné, že by tento občan mohl vykázat nějakou dobu pojištění a tím samozřejmě nějaké příjmy, přičemž je takto uvedené ustanovení § 37 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, pro lékařskou posudkovou službu sociálního zabezpečení nepoužitelné, neboť i záležitost hodnocení podstatného poklesu výděлку byla před 1. lednem 1996 předmětem hodnocení ze strany samotné lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení. Poslední možností, která může při posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení v řízení o plném invalidním důchodu ve smyslu § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, nastat, je skutečnost, že shledá takové poruchy zdravotního stavu, která odpovídají zdravotnímu postižení uvedeným v příloze č. 2 vyhl. č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, přičemž tento stav odpovídá částečné invaliditě pro značné ztížení obecných životních podmínek dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, i když výdělek občana podstatně nepoklesl. Takto by bylo možno konstatovat před 1. lednem 1996 částečnou invaliditu podle ustanovení § 37 odst. 3 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a to z toho důvodu, jak z výše uvedeného právního ustanovení vyplývá, že záležitost výděлку se v tomto případě nehodnotí. V činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení je věc posuzování zdravotního stavu v řízení o plném invalidním důchodu ve smyslu ustanovení § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, poměrně málo četnou záležitostí v porovnání s množstvím dalších posuzovaných případů.

Praktické zkušenosti v ojedinělých případech prokázaly, že obecně v posudkové veřejnosti je představa možnosti konstatování výhradně a pouze plné invalidity v okruhu řízení o plném invalidním důchodu podle ustanovení § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, přičemž

posudkové závěry ve smyslu uznání invalidity nebývají využívány. Tato mylná představa nemůže vycházet z jiného podkladu, než ze známé skutečnosti, že podmínkou výplaty plného invalidního důchodu (s výjimkou plného invalidního důchodu ve smyslu § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb.) a rovněž tak částečného invalidního důchodu je, kromě uznání plné invalidity nebo částečné invalidity lékařskou posudkovou službou sociálního zabezpečení, také potřebná doba pojištění pro nárok na plný nebo částečný invalidní důchod.

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod je zakotven v ust. § 43 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, které stanoví, že pojištěnec má nárok na částečný invalidní důchod, jestliže se stal částečně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění nebo se stal částečně invalidním následkem pracovního úrazu.

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod se posuzuje stejným způsobem jako potřebná doba pojištění pro nárok na plný invalidní důchod, a to v souladu s ustanovením § 44 odst. 3 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů podle ustanovení § 40 téhož zákona. Toto ustanovení vyžaduje pro určité jmenované věkové kategorie příslušnou potřebnou dobu pojištění stanovenou v délce roků a ve věkové kategorii, která s největší pravděpodobností přichází v úvahu ve věci posuzování v řízení o plném invalidním důchodu podle § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tj. v kategorii do 20 let věku, kdy se vyžaduje potřebná doba pojištění kratší než 1 rok, přičemž minimální doba pojištění stanovena není. Může nastat situace, že občan ve věku do 20 let může mít takový zdravotní stav, který zakládá po 1. lednu 1996 částečnou invaliditu podle ustanovení § 44 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tj. z důvodu poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33% podle přílohy č. 2 vyhl. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, nebo podle ustanovení § 44 odst. 2 téhož zákona, tj. při zjištění zdravotního postižení odpovídajícího některému zdravotnímu postižení uvedenému v příloze č. 4 vyhl. č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, značně ztěžujícímu obecné životní podmínky,

anebo může nastat situace, kdy před 1. 1. 1996 je u tohoto občana zjištěno takové zdravotní postižení, které odpovídalo zdravotním postižením uvedeným v příloze č. 2 vyhlášky č. 149/1988 Sb., kterou se prováděl zákon o sociálním zabezpečení, značně ztěžujícím obecné životní podmínky, přičemž takovýto občan může mít získanu třeba jen minimální potřebnou dobu pojištění nebo jeho invalidizující porucha zdravotního stavu je následkem pracovního úrazu. Za takovéto popsané situace přísluší výplata částečného invalidního důchodu, neboť se jedná o skutečnost splnění všech zákonných podmínek. Popsané situace samozřejmě jsou a budou jevem velmi vzácným a výjimečným, přičemž pro účely správnosti posudků lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení je nezbytně nutné částečnou invaliditu, zjištěnou v řízení o plném invalidním důchodu podle ustanovení § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb. (tj. záležitost tzv. invalidity z mládí), konstatovat. V této souvislosti nutno upozornit na skutečnost, že lékařská posudková služba sociálního zabezpečení je zodpovědná za správné určení stupně invalidity bez ohledu na další dávkové skutečnosti, tj. na výplatu plných či částečných invalidních důchodů podle dalších již nelékařských zákonných podmínek.

Další část práce je věnována významu stanovení data vzniku plné nebo částečné invalidity. Pro tuto oblast je důležité zjištění dne nebo alespoň stanovení časového období, kdy se stal nejpozději nepříznivý zdravotní stav posuzovaného občana dlouhodobým ve smyslu ustanovení § 26 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, které stanoví, že za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely zákona o důchodovém pojištění považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Tato doba musí být přesvědčivě doložena funkčním vyšetřením dostatečně kvantifikujícím míru poruchy zdraví či smyslového postižení. Je nepřijatelné, aby lékařská posudková služba správy sociálního zabezpečení při podávání posudků o plné nebo částečné invaliditě jakkoliv přizpůsobovala datum vzniku s přihlédnutím k určitým ustanovením administrativního charakteru, tj. doba vzniku nesmí být ovlivněna např. dnem uplatnění žádosti o důchod, dnem projednání, dnem podání žádosti na okresní správu sociálního zabezpečení, dnem započítání studia apod. Pokud lékařská posudková služba správy sociálního zabezpečení

nemůže stanovit datum vzniku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu s bližším určením, potom nezbyvá než do posudku uvést, že datum vzniku nelze určit přesně na bližší časové období, a že například s vysokou pravděpodobností vznikla plná nebo částečná invalidita v útlém dětství, před vstupem do základní školy, před ukončením povinné školní docházky nebo může být konstatován postupný vznik plné nebo částečné invalidity, která je nepochybně zjištěna k určitému datu (např. podle dne určitého odborného lékařského vyšetření), ale nejpozději před dosažením 18 let věku.

Lékařská posudková služba sociálního zabezpečení je zodpovědná za správné určení stupně invalidity bez ohledu na další dávkové skutečnosti, tj. výplatu plných či částečných invalidních důchodů podle dalších již nelékařských zákonných podmínek.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Cíle práce

- zjistit počet a diagnózy přiznaných invalidních důchodů z mládí
- provést kvantifikaci finančních dopadů této skupiny příjemců dávek důchodového pojištění z prostředků sociálního pojištění
- analyzovat možné příčiny vzniku a navrhnout možnosti prevence výskytu u těchto osob

2. Metodika výzkumné práce

Ve výzkumné části jsem zvolila nově přiznané invalidity dětí narozených v letech 1981 až 1987 v Jihočeském kraji. Výběr byl proveden tak, že z tabulačních seznamů jednotlivých OSSZ Jihočeského kraje přiznaných plných invalidních důchodů za léta 1999 až 2005 byly atomizovány z databáze ČSSZ právě tyto případy. Výběr těchto případů byl zaměřen na informace o poživatelích invalidity z mládí, důvody invalidizace, lokalizace poživatelů invalidit z mládí a přiznání stupně bezmocnosti ke zvýšení důchodu pro příspěvek na péči. Detailním prostudováním spisové dokumentace, včetně posudkové zdravotní dokumentace, byly rozebrány podklady pro uznání invalidity podle místa trvalého bydliště poživatele důchodu. Informace o občanech těchto věkových skupin, kterým byl invalidní důchod přiznán v letech 1999 až 2005 a o změnách, k nimž došlo v jejich zdravotním stavu a o pracovní schopnosti, byly zpracovány zpětně. Veškeré informace byly získány z písemných dokladů, aniž bylo provedeno osobní šetření u sledovaných osob. To především s ohledem na nevhodnost další osobní komunikace s klientem, resp. s rodinou, která trpí již samotným faktem nepříznivého zdravotního stavu a s tím souvisejících zdravotních a sociálních důsledků. Dokumentace byla zpracována za Jihočeský kraj. V ekonomickém oddílu jsem vycházela z právních předpisů a jejich aplikací na případy v konkrétním roce včetně simulace nákladů na poživatele důchodu invalidit z mládí a příspěvku na péči

v Jihočeském kraji vzhledem k počtu poživatelů plných invalidních důchodů invalidů z mláďí.

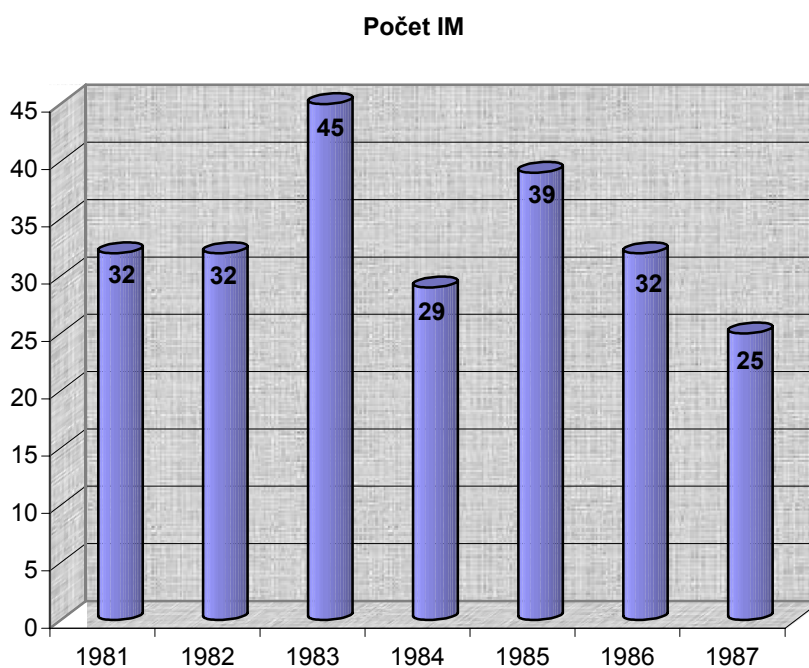
3. Výsledky

Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)
celkem za Jihočeský kraj

tabulka č. 1

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	32	2	14	2	3
1982	32	1	16	6	6
1983	45	7	19	7	9
1984	29	0	14	2	3
1985	39	2	9	7	6
1986	32	4	12	3	3
1987	25	2	9	7	6
celkem	234	18	93	34	36

graf č. 1



**Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz**

celkem za Jihočeský kraj

tabulka č. 2

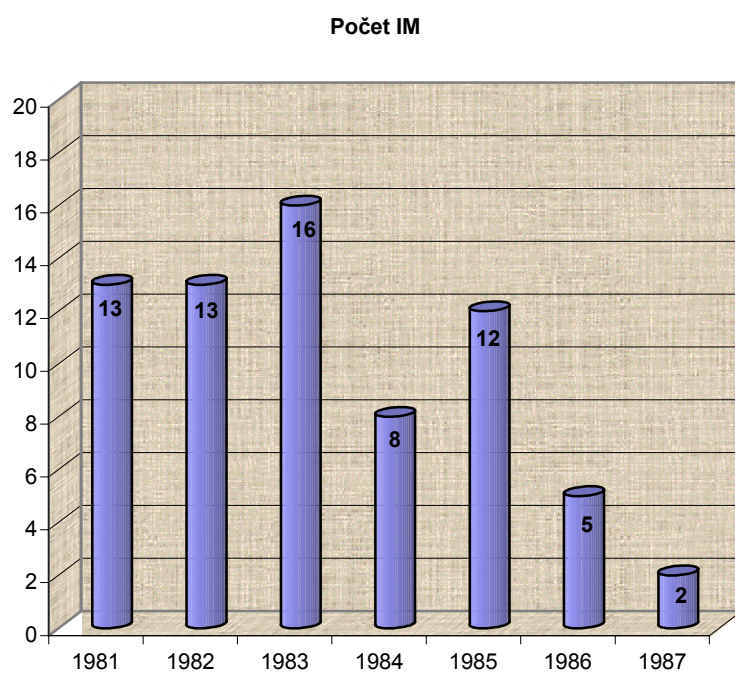
Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15					1	1		2
F 07					1		1	2
F 20					1	1		2
F 21	1		1	1	1		2	6
F 22							1	1
F 32	1	1	1		2	1		6
F 60	1							1
F 63								
F 70	2	1	4	2	1	1		11
F 80					1		1	2
F 84						2		2
F 73					1	1		2
F 78			2	1	1	1	1	6
F 71	13	13	19	12	11	14	11	93
F 72	2	4	3	1	7		3	20
G 11	1			1				2
G 12			1	1	1			3
G 23	1		1					2
G 31		1		1				2
K 25			1				1	2
G 82		1			1	1		3
H 54	1	1						2
H 91								
I 25		1	1		1			3
I 71				1	1			2
G 80	6	3	6	3	4	3	2	27
K 76				1				1
M 50		2	2	2		2		8
M 51						2	1	3
M 54	1	2	1		1			5
Q 03				1		1		2
Q 04					2		1	3
Q 21	1	1	1	1				4
Q 90								
S 36			1			1		2
S 71		1						1
W 86	1							1
Počet IM	32	32	45	29	39	32	25	234

Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)
OSSZ České Budějovice

tabulka č. 3

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	13	1	6	1	
1982	13		9		
1983	16	3	6	1	
1984	8		4		
1985	12		3	2	
1986	5	1	2		
1987	2		1	1	
celkem	69	5	31	5	0

graf č. 2



**Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí - IM) dle diagnóz**

OSSZ České Budějovice

tabulka č. 4

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03					1			
F 07			1					1
F 11								
F 20		1			1			2
F 21								
F 22								
F 32	1	1						2
F 42								
F 60								
F 63								
F 70			1					1
F 71	5	3	7	4	3	1	1	24
F 72	1	1	1		2			5
F 73								
F 78				1				1
F 80			1					1
F 84		1						1
F 91								
G 11								
G12	1							1
G 23								
G 31								
G 68								
G 80	4	2	2	1	1	1		11
G 82								
H 54		1		1				2
H 90								
H 91		2						2
I 25								
I 69								
I 71	1		1					2
K 25								
K 76								
M 50		1						1
M 51								
M 54					1			1
M 62							1	1
M 90								
Q 03					1			1
Q 04			1			1		2
Q 20								
Q 21								
Q 34						1		1
Q 42								
Q 79					1			1
Q 80						1		1
Q 90			1		1			2
S 36				1				1
S 71								
W 86								
Počet IM	13	13	16	8	12	5	2	69

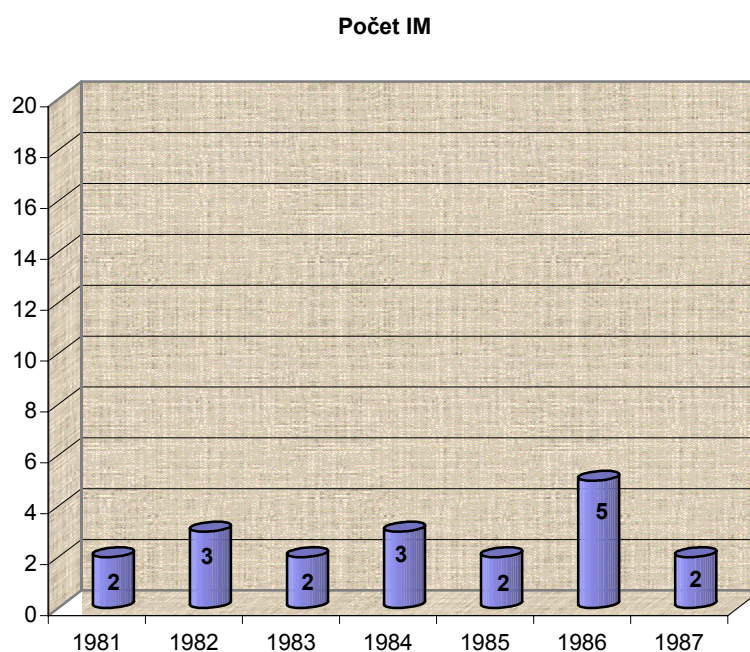
**Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)**

OSSZ Český Krumlov

tabulka č. 5

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	2		2		
1982	3		1	1	
1983	2		2		
1984	3		1		1
1985	2				
1986	5		3		
1987	2		1		
celkem	19	0	10	1	1

graf č. 3



Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí - IM) dle diagnóz

OSSZ Český Krumlov

tabulka č. 6

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03								
F 07								
F 11								
F 20								
F 21								
F 22								
F 32			2					2
F 42								
F 60								
F 63								
F 70					1	1		2
F 71	1	1		3		2	1	8
F 72								
F 73								
F 78								
F 80								
F 84								
F 91							1	1
G 11		1						1
G 12								
G 23								
G 31		1						1
G 68								
G 80								
G 82								
H 54								
H 90								
H 91					1			1
I 25								
I 69								
I 71								
K 25								
K 76								
M 50								
M 51								
M 54								
M 62								
M 90								
Q 03								
Q 04								
Q 20								
Q 21								
Q 34								
Q 42						1		1
Q 79								
Q 80						1		1
Q 90								
S 36								
S 71	1							1
W 86								
Počet IM	2	3	2	3	2	5	2	19

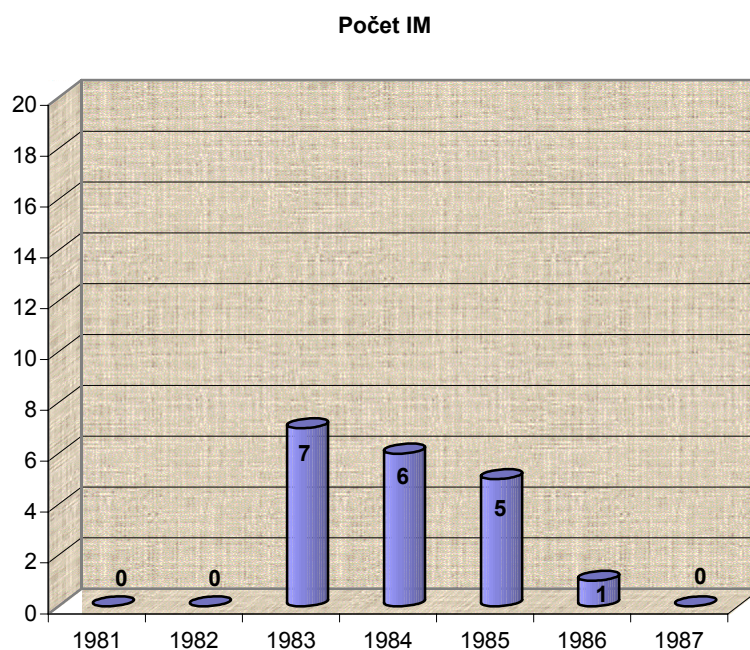
Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)

OSSZ Jindřichův Hradec

tabulka č. 7

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981					
1982					
1983	7		3	2	1
1984	6		3	1	
1985	5		2	1	
1986	1		1		
1987					
celkem	19	0	9	4	1

graf č. 4



Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz
OSSZ Jindřichův Hradec

tabulka č.8

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03								
F 07					1			1
F 11								
F 20			1					1
F 21								
F 22								
F 32				1				1
F 42								
F 60								
F 63								
F 70								
F 71			1	2	1	1		5
F 72			1		1			2
F 73								
F 78								
F 80								
F 84								
F 91								
G 11								
G 12								
G 23								
G 31								
G 68								
G 80			3	2	2			7
G 82				1				1
H 54								
H 90								
H 91								
I 25								
I 69								
I 71								
K 25								
K 76			1					1
M 50								
M 51								
M 54								
M 62								
M 90								
Q 03								
Q 04								
Q 20								
Q 21								
Q 34								
Q 42								
Q 79								
Q 80								
Q 90								
S 36								
S 71								
W 86								
Počet IM	0	0	7	6	5	1	0	19

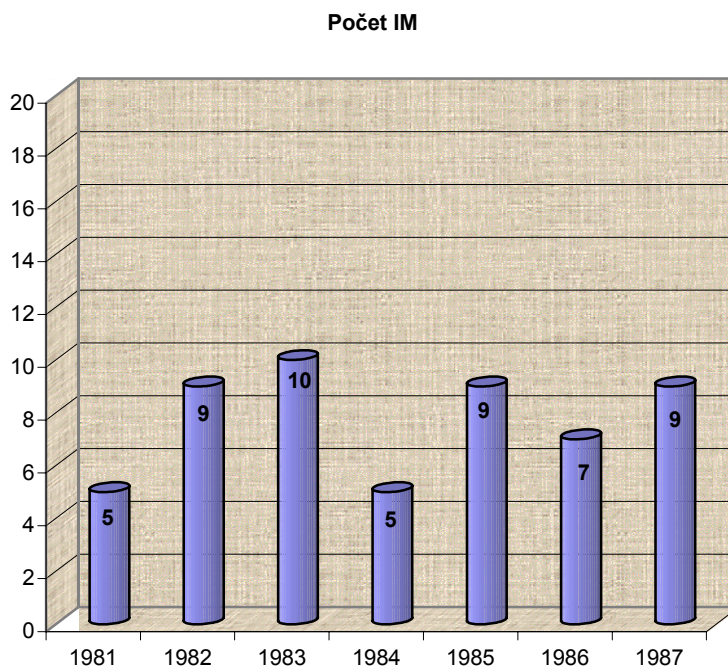
Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)

OSSZ Písek

tabulka č. 9

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	5		1		1
1982	9	1	3	3	6
1983	10	2	6	2	7
1984	5		3	1	2
1985	9		8		6
1986	7		2	2	3
1987	9		2	2	2
celkem	54	3	25	10	27

graf č. 5



Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz

OSSZ Písek

tabulka č.10

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15					1			1
E 83							1	1
F 03								
F 07	1			1			2	4
F 11								
F 20								
F 21								
F 22								
F 32			1					1
F 42								
F 60								
F 63								
F 70				1			1	2
F 71		6	9	1	5	4	2	27
F 72		2		1	1		1	5
F 73								
F 78								
F 80								
F 84								
F 91								
G 11								
G 12								
G 23								
G 31								
G 68					1			1
G 80	2						1	3
G 82								
H 54		1						1
H 90						1	1	2
H 91	1							1
I 25				1				1
I 69								
I 71								
K 25								
K 76								
M 50								
M 51								
M 54	1							1
M 62								
M 90						1		1
Q 03								
Q 04								
Q 20						1		1
Q 21								
Q 34								
Q 42								
Q 79								
Q 80								
Q 90					1			1
S 36								
S 71								
W 86								
Počet IM	5	9	10	5	9	7	9	54

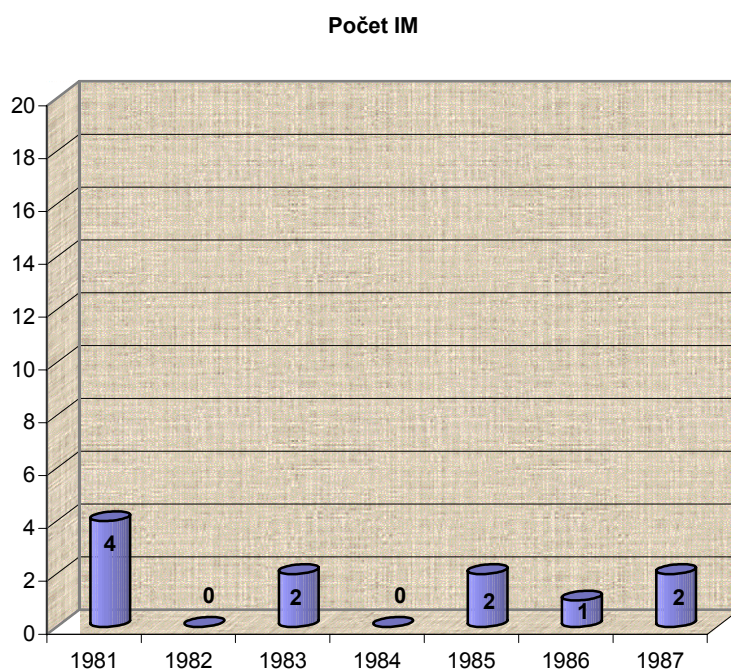
Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM)

OSSZ Prachatice

tabulka č. 11

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	4		2		
1982					
1983	2		1		
1984					
1985	2		1		
1986	1				
1987	2		2		
celkem	11	0	6	0	0

graf č. 6



Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz
OSSZ Prachatice

tabulka č. 12

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03								
F 07								
F 11								
F 20								
F 21								
F 22								
F 32	1							1
F 42					1		1	2
F 60								
F 63								
F 70								
F 71	2				1	1		4
F 72							1	1
F 73	1							1
F 78								
F 80								
F 84								
F 91								
G 11								
G 12								
G 23								
G 31								
G 68								
G 80								
G 82								
H 54			2					2
H 90								
H 91								
I 25								
I 69								
I 71								
K 25								
K 76								
M 50								
M 51								
M 54								
M 62								
M 90								
Q 03								
Q 04								
Q 20								
Q 21								
Q 34								
Q 42								
Q 79								
Q 80								
Q 90								
S 36								
S 71								
W 86								
Počet IM	4	0	2	0	2	1	2	11

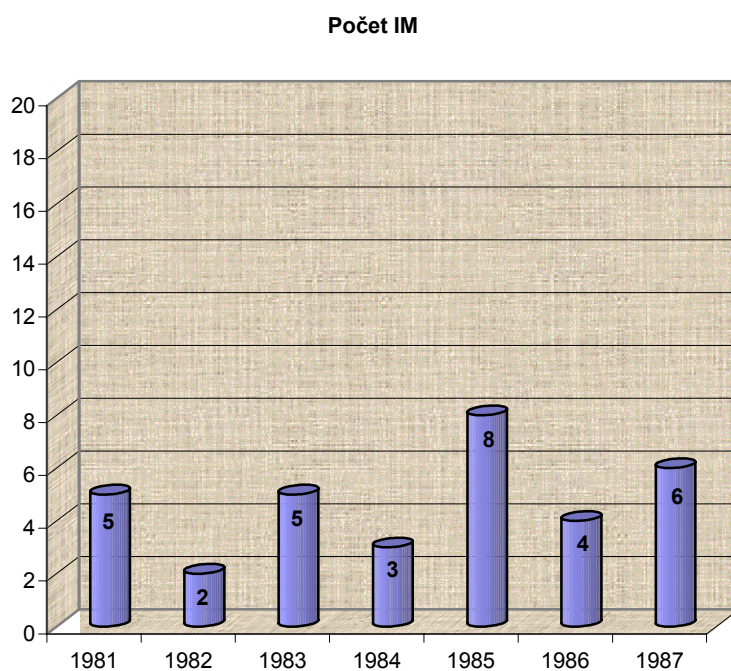
Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládeže – IM)

OSSZ Strakonice

tabulka č. 13

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	5		2	1	2
1982	2			1	
1983	5	2		1	1
1984	3		1		
1985	8	3		2	1
1986	4	1			
1987	6	1	2	3	4
celkem	33	7	5	8	8

graf č. 7



**Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz
OSSZ Strakonice**

tabulka č. 14

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03								
F 07								
F 11							1	1
F 20	1				1			2
F 21								
F 22								
F 32			1	1	1			3
F 42								
F 60						1		1
F 63					1			1
F 70			1					1
F 71	3	1	2		1	2	5	14
F 72	1		1		2			4
F 73								
F 78								
F 80								
F 84								
F 91								
G 11								
G 12								
G 23								
G 31								
G 68								
G 80		1			1			2
G 82								
H 54						1		1
H 90								
H 91								
I 25								
I 69					1			1
I 71				1				1
K 25								
K 76								
M 50								
M 51								
M 54								
M 62								
M 90								
Q 03								
Q 04								
Q 20								
Q 21								
Q 34								
Q 42								
Q 79								
Q 80								
Q 90				1				1
S 36								
S 71								
W 86								
Počet IM	5	2	5	3	8	4	6	33

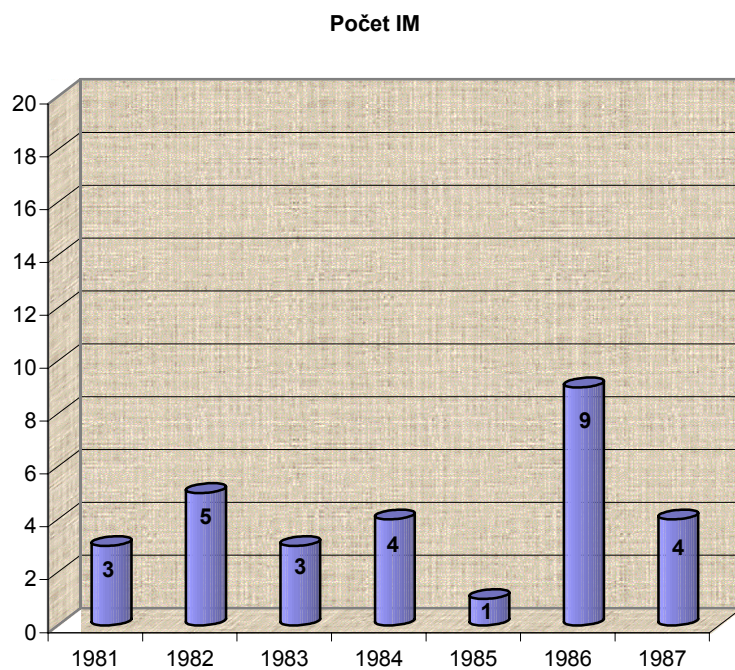
Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. §42 odst. 1 zák. 155/1995 Sb. (invalidita z mládeže – IM)

OSSZ Tábor

tabulka č. 15

Rok narození	Počet IM	Bezmocnost			v ÚSP
		částečná	převážná	úplná	
1981	3	1	1		
1982	5		3	1	
1983	3		1	1	
1984	4		2		
1985	1		1		
1986	9	2	4	1	
1987	4	1	1	1	
celkem	29	4	13	4	0

graf č. 8



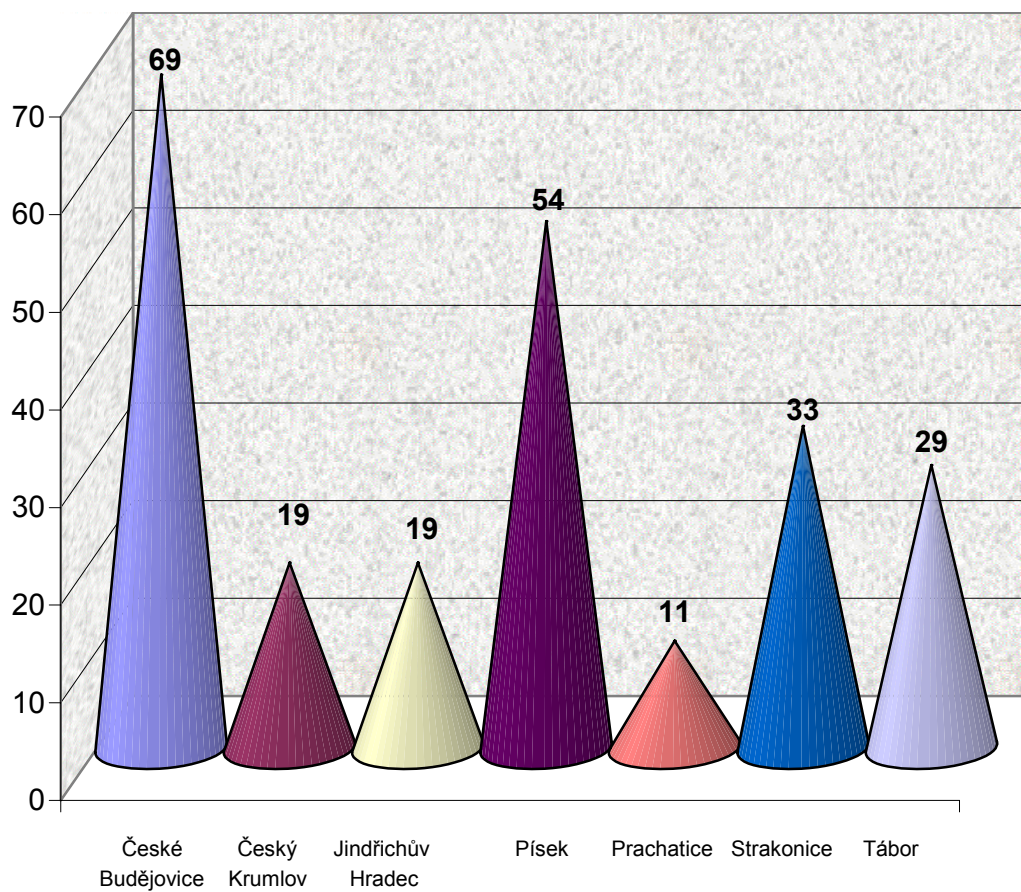
**Počet poživatelů invalidních důchodů
dle ust. 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) dle diagnóz
OSSZ Tábor**

tabulka č. 16

Diagnóza	Rok narození							Celkem
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	
C 15								
E 83								
F 03								
F 07								
F 11								
F 20								
F 21								
F 22								
F 32						1		1
F 42								
F 60								
F 63								
F 70								
F 71	2	2		2		3	2	11
F 72		1			1		1	3
F 73				1				1
F 78			1					1
F 80								
F 84								
F 91								
G 11								
G 12								
G 23								
G 31								
G 68								
G 80			1			2	1	4
G 82								
H 54				1		1		2
H 90								
H 91								
I 25								
I 69								
I 71								
K 25								
K 76								
M 50								
M 51	1							1
M 54								
M 62								
M 90								
Q 03								
Q 04								
Q 20								
Q 21			1					1
Q 34								
Q 42								
Q 79								
Q 80						2		2
Q 90		1						1
S 36								
S 71								
W 86		1						1
Počet IM	3	5	3	4	1	9	4	29

Porovnání IM celkem dle jednotlivých OSSZ

graf č. 9

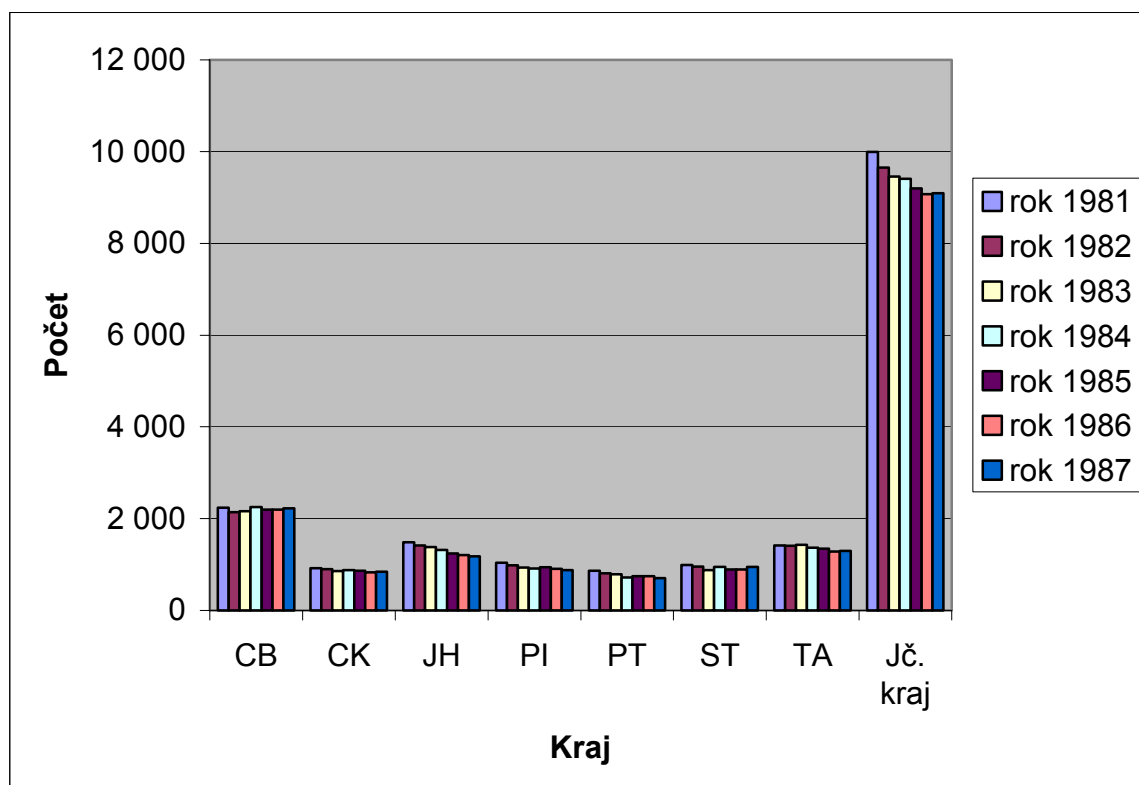


Počet živě narozených dětí v Jihočeském kraji

tabulka č. 17

Rok	CB	CK	JH	PI	PT	ST	TA	Jč. kraj
1981	2 239	920	1 486	1 037	866	992	1 412	8 952
1982	2 144	901	1 418	986	809	956	1 411	8 625
1983	2 160	860	1 382	934	786	880	1 428	8 430
1984	2 250	880	1 319	910	721	946	1 364	8 390
1985	2 193	862	1 244	941	747	891	1 344	8 222
1986	2 199	829	1 208	905	743	892	1 282	8 058
1987	2 223	844	1 176	879	705	951	1 295	8 073

graf č. 10

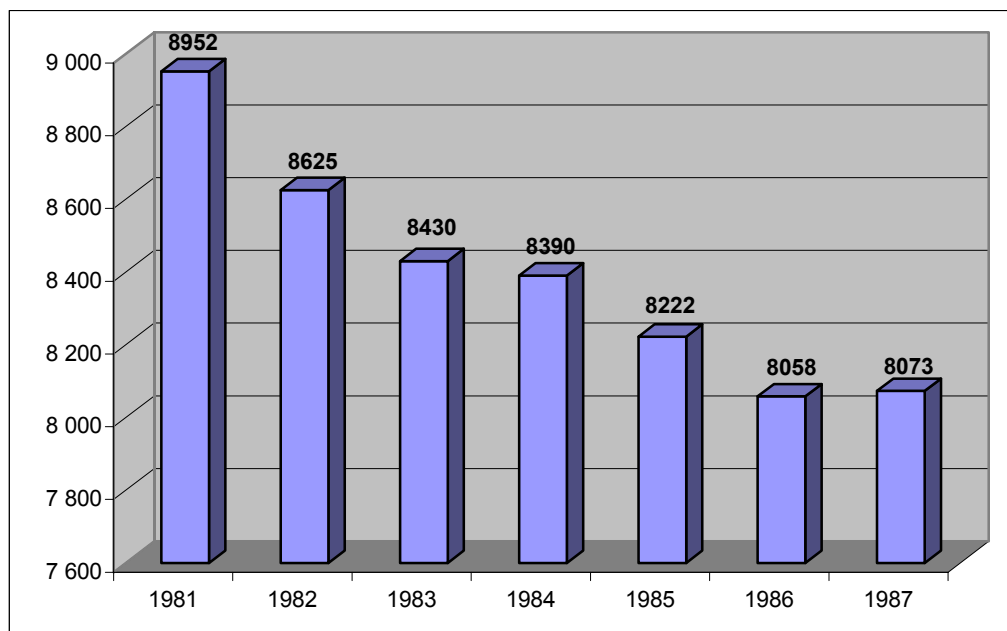


Procento invalidit z mládí
k počtu živě narozených dětí v Jihočeském kraji

tabulka č. 18

Rok	Celkem	IM	%
1981	8 952	32	0,35
1982	8 625	32	0,37
1983	8 430	45	0,53
1984	8 390	29	0,34
1985	8 222	39	0,47
1986	8 058	32	0,39
1987	8 073	25	0,30

graf č. 11

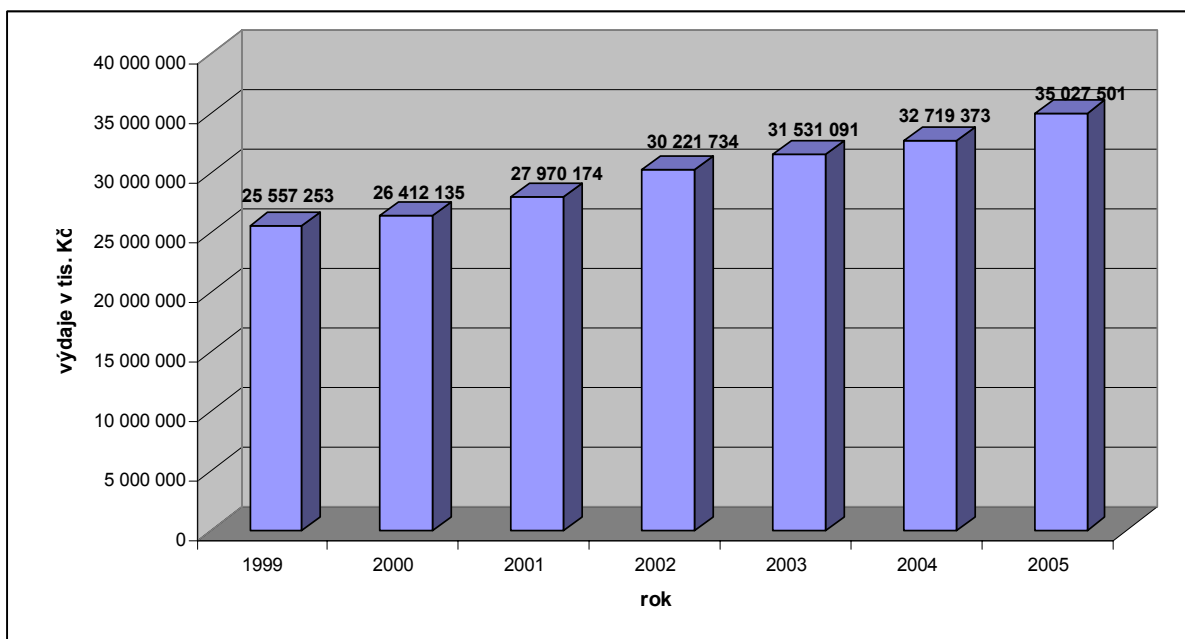


Výdaje na plné invalidní důchody (v tis. Kč)

tabulka č. 19

Rok	Výdaje
1999	25 557 253
2000	26 412 135
2001	27 970 174
2002	30 221 734
2003	31 531 091
2004	32 719 373
2005	35 027 501

graf č. 12



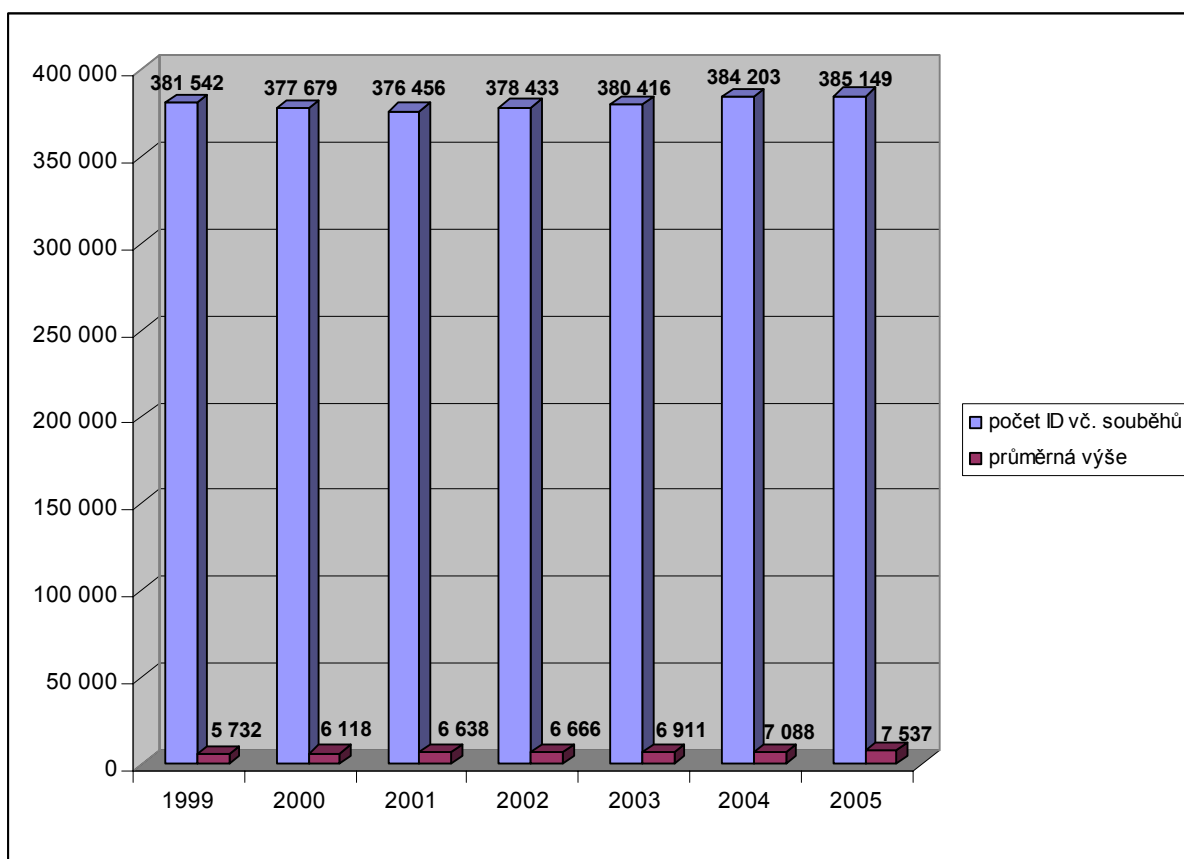
Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů

Česká republika

tabulka č. 20

Rok	počet ID vč. souběhů	průměrná výše
1999	381 542	5 732
2000	377 679	6 118
2001	376 456	6 638
2002	378 433	6 666
2003	380 416	6 911
2004	384 203	7 088
2005	385 149	7 537

graf č. 13



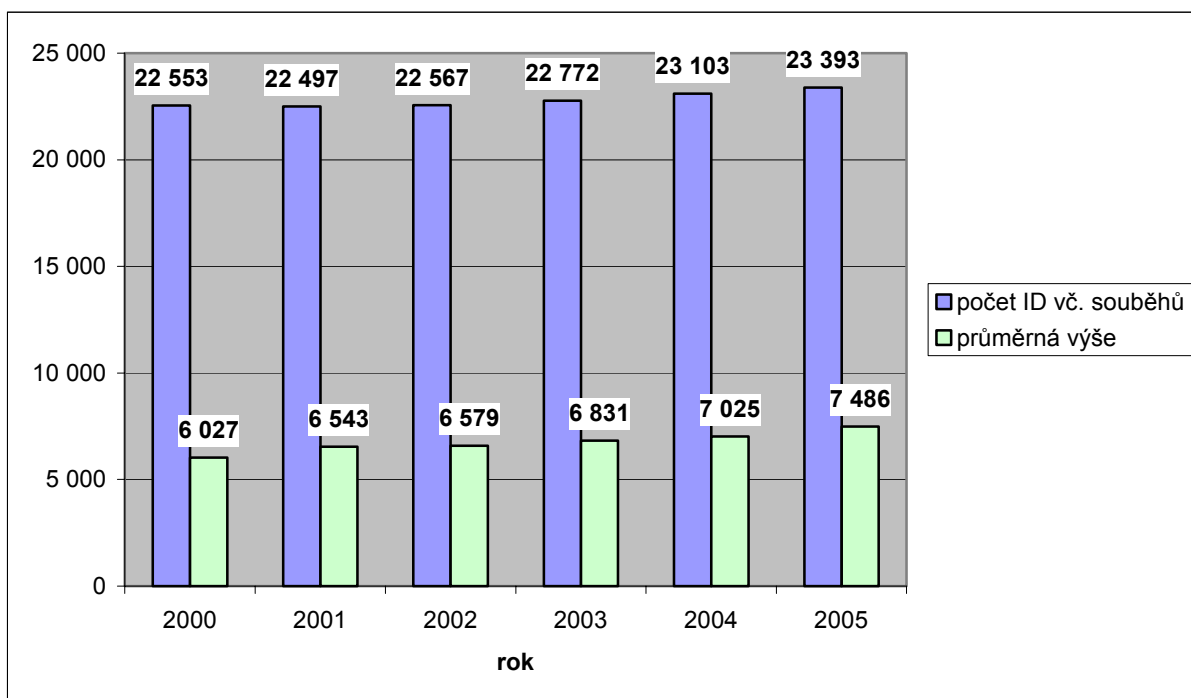
Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů

Jihočeský kraj

tabulka č. 21

Rok	počet ID vč. souběhů	průměrná výše
1999	není k dispozici	není k dispozici
2000	22 553	6 027
2001	22 497	6 543
2002	22 567	6 579
2003	22 772	6 831
2004	23 103	7 025
2005	23 393	7 486

graf č. 14



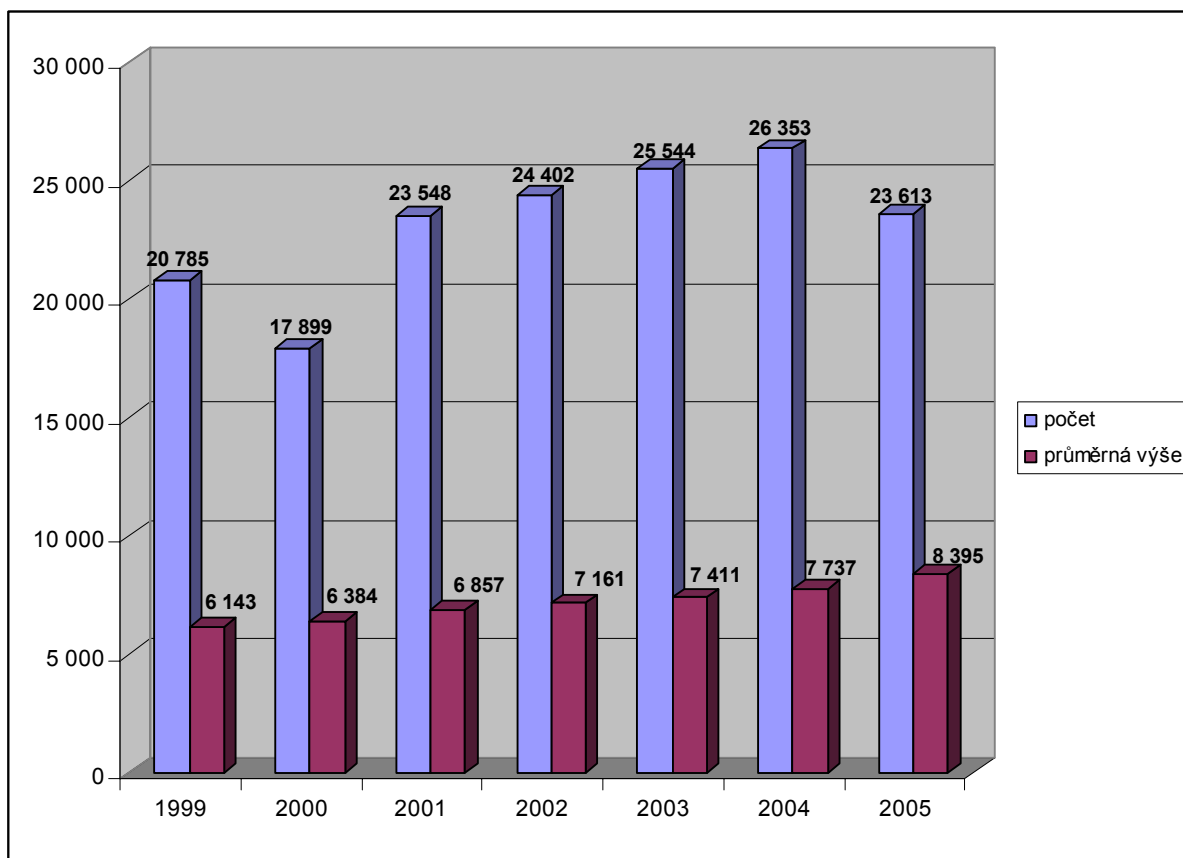
**Počet a průměrná výše přiznaných
plných invalidních důchodů**

Česká republika

tabulka č. 22

Rok	počet	průměrná výše
1999	20 785	6 143
2000	17 899	6 384
2001	23 548	6 857
2002	24 402	7 161
2003	25 544	7 411
2004	26 353	7 737
2005	23 613	8 395

graf č. 15

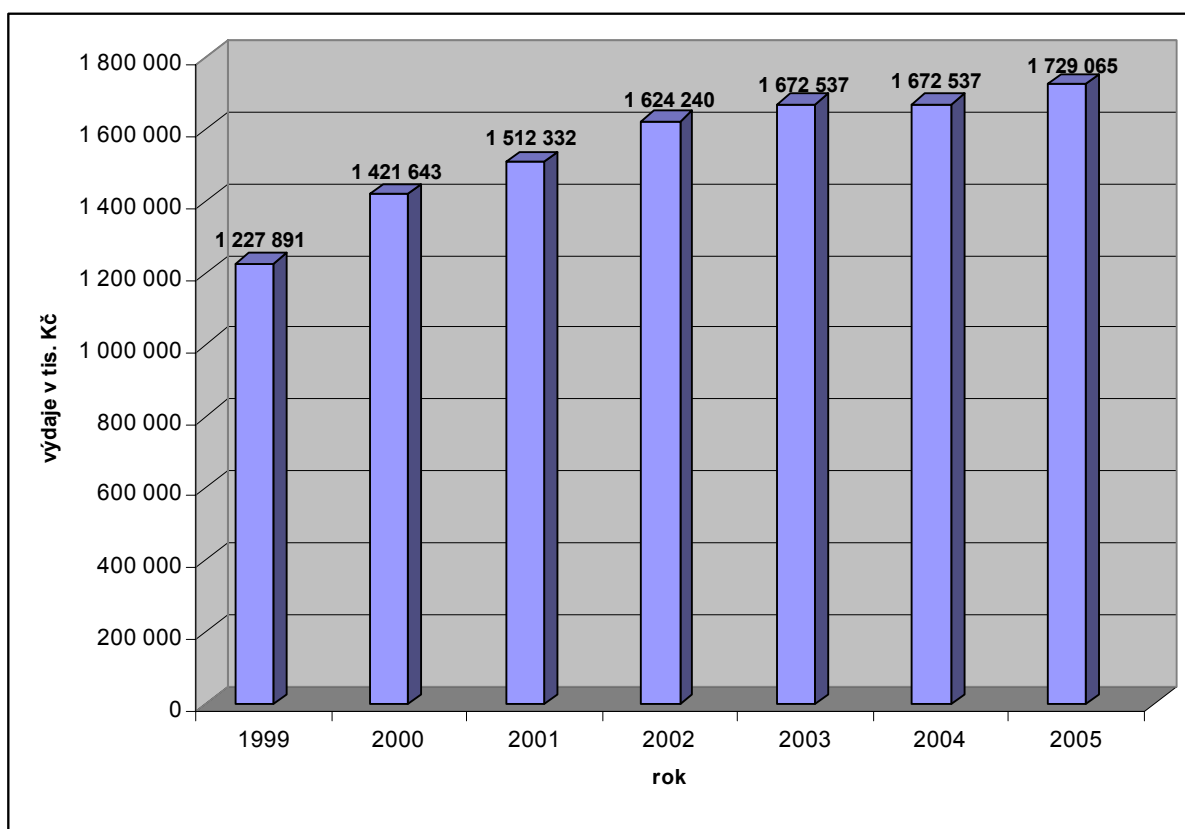


Přehled o výdajích za bezmocnost (v tis-Kč)

tabulka č. 23

Rok	Výdaje
1999	1 227 891
2000	1 421 643
2001	1 512 332
2002	1 624 240
2003	1 672 537
2004	1 672 537
2005	1 729 065

graf č. 16

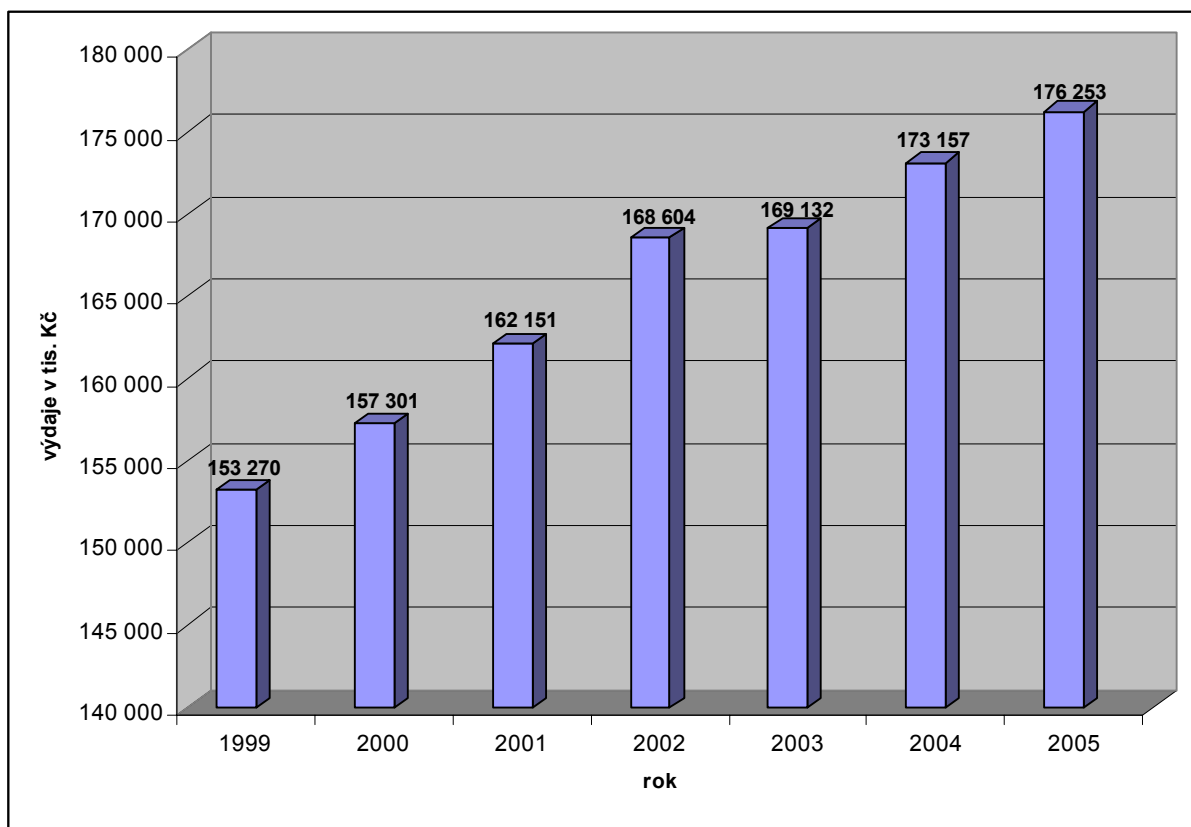


Přehled o počtu bezmocností

tabulka č. 24

Rok	Výdaje
1999	153 270
2000	157 301
2001	162 151
2002	168 604
2003	169 132
2004	173 157
2005	176 253

graf č. 17



4. Hodnocení výsledků výzkumné práce

Z výsledků práce v předchozí části prezentované a provedeného šetření na území Jihočeského kraje se zaměřením na problematiku invalidizace v souvislosti s přiznáním plného invalidního důchodu podle ustanovení § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů, tzv. invalidita z mládí, dětí narozených v období roku 1981 - 1987 lze vyvodit následující. Z provedeného šetření je zřejmé, že počet přiznaných plných invalidních důchodů v řízení podle uvedeného právního ustanovení v Jihočeském kraji narůstá. Za uvedené období, tj. rok 1981 – 1987 bylo v Jihočeském kraji v předmětné souvislosti přiznáno 234 plných invalidních důchodů, přičemž nejčetnější výskyt byl zaznamenán za rok 1983 (45). Z uvedeného počtu uznaných plných invalidních důchodů (234) byl zdravotní stav takového charakteru, že došlo k přiznání zvýšení důchodů pro bezmocnost ve 145 případech a to ve 18 případech pro bezmocnost částečnou, v 93 případech pro bezmocnost převážnou a v 34 případech pro bezmocnost úplnou. Rovněž tak z uvedeného počtu přiznaných invalidních důchodů pro tzv. invaliditu z mládí (234) je za zmíněné období 36 případů s pobytem v ústavech sociální péče.

Podle diagnostického zaměření, rovněž tak za výše uvedené období roku 1981 až 1987, je nejvyšší výskyt plných invalidních důchodů pro invaliditu z mládí, zaznamenán v diagnostické skupině střední mentální retardace (93 případů), dále dětské mozkové obrny (27 případů), a těžké mentální retardace (20 případů) a lehká mentální retardace (11 případů). Ostatní diagnostické skupiny nedosahují za období roku 1981 - 1987 počtu 10, přičemž se pohybují v rozsahu maximálně 1 – 8 případů. Nejvíce přiznaných invalidních důchodů pro invaliditu z mládí, bylo za uvedené sledované období zaznamenáno samozřejmě v nejpočetnějším kraji, tj. České Budějovice (69 případů), dále v Písek (54 případů), Strakonice (33 případů), Tábor (29 případů), Prachatice (11 případů) Český Krumlov a Jindřichův Hradec (19 případů). Podle okresů Jihočeského kraje je situace podle diagnostického rozložení podkladů přiznání plného invalidního důchodu za uvedené sledované období následující. Nejvyšší počet přiznaných invalidit pro střední mentální retardaci je v Českých Budějovicích (24 případů), Písek (27

případů), Strakonice (14 případů), Tábor (11 případů), Český Krumlov (8 případů), Prachatice (4 případy), Jindřichův Hradce pro dětskou mozkovou obrnu (7 případů). Z uvedených absolutních počtů uznaných plných invalidních důchodů pro invaliditu z mládí, které jsou dále doloženy tabulkovou částí je zřejmé, že trend vývoje invalidizace v této oblasti zaznamenává směr nepříznivý, což dále dokládá i procentuálně vyjádřený vztah uznaných invalidit z mládí k počtu živě narozených dětí.

Situace Jihočeského kraje podle relace uznaných invalid z mládí k živě narozeným dětem je za období roku 1981 – 1987. V roce 1981 činil počet živě narozených dětí 8 952 a v 0,35% došlo k uznání plné invalidity, v roce 1982 činil počet živě narozených dětí 8 625 a v 0,37% došlo k uznání plné invalidity, v roce 1983 počet živě narozených dětí 8 430 a v 0,53% byla uznána plná invalidita, v roce 1984 činí počet živě narozených dětí 8 390 a v 0,34% byla uznána plná invalidita, v roce 1985 je počet živě narozených dětí 8 222 přičemž v 0,47% došlo k uznání plné invalidity, v roce 1986 je počet živě narozených dětí 8 058 přičemž v 0,39% došlo k uznání plné invalidity a v roce 1987 je počet živě narozených dětí 8 073 přičemž v 0,30% došlo k uznání plné invalidity. Údaje sledovaného období roku 1981 – 1987 doložené tabulkovou částí, prokazují nejenom pozvolný plíživý pokles v počtu živě narozených dětí, ale i rovněž tak pozvolně plíživý vzestup procenta uznaných plných invalidních důchodů z mládí, který v Jihočeském kraji má za sledované období své vyvrcholení v roce 1983, přičemž nelze konstatovat v souvislosti se zmíněným vyvrcholením zlepšení trendu ve vztahu k období po tomto zmiňovaném roce.

Dále bylo zjištěno, že počet možností prevence vzniku invalidity: počet přiznaných invalidit svědčí o významu perinatálního období a vývojových vad. Je tedy nutné neustále zlepšovat :

- péči o těhotnou ženu, porod a poporodní období
- životní styl žen, zvláště pak v období těhotenství
- zlepšit a zdokonalovat a rozšiřovat prenatální péči v oblasti primárního genetického screeningu zaměřeného na genealogický výzkum a na rozšiřování biochemických metod směřující k vyšetření metabolických poruch.

Podle mého názoru je závažný vysoký počet invalidů z mládeže z řad středně mentálně retardovaných jedinců. Zde by měla sehrát významnou úlohu integrační metodika v oblasti speciální pedagogiky, tj. zapojování dětí se střední mentální retardací do základních škol a provádět speciální přípravu pro pracovní uplatnění těchto jedinců v rozsahu jejich schopnosti. S tím však souvisí nutnost rozšiřovat integrační procesy při vzdělávání těchto osob a vytváření pro ně vhodných pracovních příležitostí.

Náklady na výplatu plných invalidních důchodů podle § 42 odst. 1 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, představují v Jihočeském kraji v roce 2005 částku 35 027 501,- Kč. (tab. č.19), přičemž v průběhu sledovaného období lze konstatovat narůstající trend.

Ze zpracovaného materiálu je závažný stoupající počet invalidů z řad středně mentálně retardovaných osob. Z mého hlediska by významnou úlohu měla sehrát integrační metodika v oblasti speciální pedagogiky, tj. zapojování postižených dětí do obyčejných základních škol, kroužků a vytvářet jim prostředí, které by co nejvíce rozšiřovalo jejich schopnosti. Přes veškerou snahu rodiny nebo školy nelze někdy zabezpečit srovnatelnou poskytovanou péči jako mají v ústavech odbornými pracovníky. Podle mého názoru by však mělo být umístování invalidních osob v těchto zařízeních co nejnižší, ale ekonomické možnosti neumožňují mnohým rodinám se o postižené osoby starat a hlavně předcházet příčinám, které vedou k invalidizaci. Náklady na výplaty plných invalidních důchodů a příspěvků na péči představují jen v jihočeském kraji vysokou částku.

Důchody poskytované invalidům z mládeže nejsou odvozeny od zaplaceného pojistného. Proto se domnívám, že by měly být řešeny mimo systém důchodového pojištění, obdobně jako zvýšení důchodů pro bezmocnost, a to tak, že v nejbližší budoucnosti by náklady na ně hradil důchodovému pojištění stát (a nadále by je vyplácela instituce důchodového pojištění) a perspektivně by tyto dávky byly převedeny do jiného sociálního systému. To je i k řešení v rámci důchodové reformy.

5. Závěr práce

Současná právní úprava problematiky dávek určených pro občany s dlouhodobě nepříznivým stavem je v ČR založena na institutech plného a částečného invalidního důchodu jako dávek důchodového pojištění a příspěvků na péči jako dávky sociálního zabezpečení.

Plné a částečné invalidní důchody kromě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu spočívají v poklesu soustavné výdělečné činnosti a získání potřebné doby pojištění. Zbylý pracovní potenciál lze využít s tím, že výše příjmů z výdělečné činnosti má vliv pouze v případě částečného invalidního důchodu na jeho výši, event. výplatu. Kromě tohoto právní úprava umožňuje přiznat od 18 let věku plný invalidní důchod i osobě, která má trvalý pobyt na území ČR, jejíž plná invalidita vznikla před dosažením věku 18 let, a tato osoba nebyla účastna důchodového pojištění pro potřebnou dobu, tj. invalidita z mládí. Zvýšení příspěvku na péči náleží osobám, které potřebují ošetření a obsluhu jinou osobou. Výše je odvozena z životního minima.

Řešení sociálního pojištění invalidů v ČR je v současné době k diskusi v rámci připravované reformy důchodového pojištění. Do roku 1918 se v rámci Rakousko-Uherska prosazovalo německé pojetí, které od počátku vnímala stáří a invaliditu jako dvojčata, protože v obou případech jde především o dlouhodobou (trvalou) neschopnost být výdělečně činným. Proto se upravovaly ve stejných právních předpisech. Systémový rozdíl byl jen v tom, že u invalidity se tato neschopnost zjišťovala (prokazovala), ve druhém případě (stáří) se presumovala. Lze souhlasit s názory o jisté nelogičnosti v současné úpravě dlouhodobé změny zdravotního stavu v sociálním pojištění. Vícepilířové vnímání starobního pojištění neřeší invalidní důchody. Při vnímání zabezpečení ve stáří jako zasloužený výdělek či odložená spotřeba není místo pro zabezpečení zdravotně postižených osob. Proto se opětovně objevují myšlenky generovaných systémů, které nevnímají invaliditu jako předčasné zestárnutí, ale jako určitou stabilizovanou fázi ve vývoji zdravotního postižení, vyvolávající pracovní neschopnost či zdravotní překážky ve výdělečné činnosti.

I když starobní důchod je vnímán jako zaopatření ve stáří a nikoli jako zabezpečení při presumované invaliditě, jeho formule vychází buď z toho, že si člověk na důchod ušetřil (princip spoření), nebo že dosažením určitého věku naplnil sociální událost či pojištěné riziko a má tak doživotní nárok na smluvené zaopatření (princip pojištění). V obou případech se při stanovení cílové výše důchodu přihlíží k tomu, co člověk ušetří tím, že nepracuje (např. dopravné, stravování mimo domov aj., což je odhadem asi třetina z celkových čistých příjmů).

Invalidní člověk má zpravidla vyšší potřeby než ten, kdo chodí do práce. Toto zvýšení je způsobeno větší spotřebou léků, potřebou technické podpory, aby mohl žít a pohybovat se, vyššími nároky na prostředí a jeho údržbu aj. Invalidní důchody jsou vždy jen důchody z naplněného sociálního rizika. Mají proto vždy povahu pojištění a solidarity mezi pojištěnci – tedy těch, kteří se nestali invalidními, s těmi, kteří se invalidními stali.

Cílem poskytování starobního důchodu je zabezpečit doživotně člověka, kterému systematicky v čase ubývá síl a přibývá problémů. Tento stav lze oddalovat a proces zpomalovat, ale nelze jej zastavit. V solidárních systémech s průběžným financováním je skončení výdělečné činnosti jako podmínka odchodu do důchodu racionálním důsledkem uplatnění solidarity, nikoli výrazem ztráty schopnosti pracovat.

Cílem invalidního důchodu je umožnit člověku život co nejbližší normalitě, tedy vyrovnáváním handicapu umožňovat normální rodinný, společenský a pracovní život. Na rozdíl od starobních důchodců je u invalidů výdělečná činnost žádoucí. Je logické, že s přibýváním věku se tento smysl invalidního důchodu pozvolna vytrácí rychlostí, s jakou člověk pozbývá reintegrativní schopnosti. To však smysl invalidních důchodů nemění. Naopak, je to argument pro nahrazení invalidních důchodů starobními důchody v době, kdy invalidní osoba dosáhne důchodového věku, protože smysl invalidního důchodu v tomto věku již pomine. Spojení pojištění ve stáří a pojištění v invaliditě je tedy ve střední Evropě tradiční (německý či rakousko-uherský model), avšak není racionální.

Oddělení invalidního pojištění od starobního otevírá cestu reformě důchodového pojištění, protože umožní přesnější a přiléhavější úpravu obou velmi rozdílných sociálních událostí.

V Evropě se projevují různé tendence. Je obtížné předvídat, kam se vývoj posune. Po Lisabonském summitu je nepochybné, že se důraz pozvolna přesune z pečovatelských na odstraňování překážek pro rovné šance zdravotně postižených ve společnosti. Instrumentální charakter péče se projeví ve volbě sledovaných cílů. Místo sociálního komfortu bude péče cílena na odstraňování důvodů dezintegrace zdravotně postiženého. Tento posun se zřejmě projeví v přesunu důrazu z peněžitých dávek na úpravu podmínek práce a života a na poskytování služeb, nezbytných pro reintegraci postiženého.

Zesilující důraz na nezadatelná lidská práva všech osob žijících na daném území se pravděpodobně projeví i ve změně postavení zdravotně postiženého v procesu sociální ochrany. Z objektu péče se pozvolna stane subjektem, který by měl spolurozhodovat o nejvhodnějším způsobu sociální ochrany a sociálního zabezpečení pro uspokojování svých potřeb. To se projeví pravděpodobně v rostoucí roli nestátních subjektů v poskytování sociální ochrany za finanční podpory státu. Místo „přidělování“ bude sociální ochrana poskytována podle přání žadatele a bude se ve zvýšené míře respektovat jeho volba mezi poskytovateli.

Aby se tyto procesy mohly plně uplatnit i v sociálním pojištění, budou se invalidní důchody stále více přibližovat ostatním dávkám, poskytovaným v souvislosti s nepříznivými změnami ve zdravotním stavu. V systémech, kde jsou invalidní důchody zařazeny spolu se starobními důchody do systému důchodového pojištění, bude pozvolna sílit dezintegrační proces, který umožní lépe cílit invalidní důchody na rizika, která má kompenzovat. Rozdělení bude urychlováno zájmovými skupinami, které budou prosazovat stále více cílení invalidního důchodu na potřeby zdravotně postižených, které se evidentně odlišují od potřeb stárnoucích lidí.

Rozdělení systému starobního a invalidního pojištění do dvou systémů umožní i v sociálním invalidním pojištění rozvíjet preventivní a rehabilitační péči a služby podporující reintegraci zdravotně postižených do ekonomického a sociálního života.

Řešení oddělení nebude jednoduché, musí se vyřešit řada souvisejících problémů, např. přechod z invalidního důchodu do starobního v okamžiku dosažení věku nároku na starobní důchod, placení pojistného do starobního pojištění za invalidní důchodce aj.

Česká republika patří mezi státy se zvýšenou mírou invalidizace obyvatel. Při mezinárodním srovnání hraje nikoliv nevýznamnou úlohu fakt, že v ČR ze zákona nedochází při dosažení důchodového věku invalidního důchodce ke konverzi invalidního důchodu v důchod starobní. Na tyto skutečnosti bylo ČR opakovaně upozorňováno ze strany OECD. Na rozdíl od mnoha jiných oblastí sociálního a pracovního práva není v EU problematika invalidity prakticky koordinována, takže se uspořádání v jednotlivých zemích dosti liší. Svědčí o tom skutečnost, že dokonce ani poměrně jasně vymežitelná maximální věková hranice pro pobírání invalidního důchodu není jednotná, např. ve Francii, Belgii a SRN se dosažením zákonné hranice věku pro odchod do starobního důchodu invalidní důchod automaticky mění ve starobní, ve Velké Británii toto neplatí, neboť si to příjemci mohou ponechat i ve věku nad 65 let je-li to pro ně daňově výhodnější. V této skutečnosti lze také spatřovat jednu z příčin, proč v ČR počet vyplácených starobních důchodů (v přepočtu na 100 tis. obyvatel) je podstatně vyšší než ve výše uvedených zemích. Z uvedeného lze vyvodit závěr, že by v rámci důchodové reformy v ČR měla být zakotvena povinná konverze plného invalidního důchodu ve starobní, a to v okamžiku dosažení důchodového věku.

6. Seznam použitých zdrojů

1. Biskup, J., Systémy zabezpečení dávkami podmíněnými dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, Národní pojištění, 2003, č. 10, s. 9-12, ISSN 0323-2395
2. Brejcha, A., Šantrůček, V., Právo důchodového pojištění, Linde, Praha, ISBN 80-7201-124-3
3. Bruthausová, D., Červenková, A., Kolářová, M., Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU, VÚPSU, Praha, ISBN 80-239-0586-4
4. Burdová, E. a kol., O důchodovém zabezpečení pracujících, Práce, Praha, 1988
5. Červenková, A., Kotíková, J., Odborná příprava zdravotně postižené mládeže a její uplatnění na trhu práce, VÚPSV, Praha, 2001
6. Dávky sociální péče, MPSV, Praha, 1998, ISBN 80-85529-49-1
7. Dolejší, M., K otázkám psychologie mentální retardace, Avicenum – Zdravotnické nakladatelství, Praha, 1978, 08-065-78
8. Hartl, P., Hartlová, H., Psychologický slovník, Portál, Praha, 2000, s. 323
9. Informace pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení V, MPSV, Praha, 2002, s. 58-63, ISBN 80-86552-17-9
10. Kahoun, V., Kramářová, N., Chodura, V., Posuzování zdravotního stavu pro účely změněné pracovní schopnosti, Kontakt, České Budějovice, ZSF JU, 2000, č. 1, s. 45-51, ISSN 1212-4117
11. Kahoun, V., Kučera, M., Kozlová, L., Dítě v sociálním zabezpečení, Kontakt, České Budějovice, ZSF JU, 2000, č. 2, s. 96-103, ISSN 1212-4117
12. Kahoun, V., Tóthová, V., Postavení dítěte v systému důchodového pojištění a státní sociální podpory, In Sociální práce, Praha, Triton, 2003, s. 69-82, ISBN 80-7254-138-2
13. Kahoun, V., Velemínský, M., Výsledky šetření kvalitativních důvodů pro přiznání invalidity z mládí v okrese České Budějovice, Kontakt, České Budějovice, č. 1, 2004

14. Kolektiv autorů, Posuzování úrovně invalidity ve vybraných evropských zemích, Sociopress, Praha, 2000, ISBN 80-9022260-9-4
15. Kozlová, L., Hrušková, M., Kahoun, V., Vurm, V., Analýza zdravotních postižení dětí a jejich sociálních důsledků, In Sociální práce, Praha, Triton, 2003, s. 133-142, ISBN 80-7254-138-2
16. Langer, R., Posudková služba sociálního zabezpečení, Linde, Praha, 1999, ISBN 80-7201-188-X
17. Nový, K., Nový právní rádce invalidních občanů, Linde, Praha, 1997, ISBN 80-72012-3
18. Právní předpisy o zaměstnanosti, MPSV, Praha, 2006, ISBN 80-86878-36-8
19. Průša, L., Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb, VÚPSV, Praha, 2001
20. Příb, J., Voříšek, V. a kol., Důchodové pojištění v České republice, ANAG, Olomouc, 1996, ISBN 80-85646-37-4
21. Příručka pro posudkovou službu sociálního zabezpečení, MPSV, Praha, 2002, ISBN 80-86552-42-X
22. Ryba, J. a kol. Nad sociálním zabezpečením. Praha: Orac, 1998, ISBN 80-86199-01-0
23. Slovník pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení, MPSV, Praha, 2001, ISBN 80-86552-05-5
24. Sociální doktrína České republiky, 2002, <http://www.socioklub.cz/doktrina.htm>
25. Systémy zabezpečení občanů dávkami podmíněnými existencí dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve vybraných zemích, Grantová studie MPSV ZVZ 64, Praha, 2002
26. Tichý, L., Raiver, A., Svoboda, P., Zemánek, J., Král, R., Evropské právo, C.H.Beck, Praha, 1999, ISBN 80-7179-113-X
27. Tomeš, I. a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Spolek českých právníků Všehrad, 1998. 2. vydání. s. 120-126, ISBN 80-85305-39-9

28. Tomeš, I. a kol., Právo sociálního zabezpečení, Teorie a mezinárodní srovnání, Všehrad, Praha, 1995, ISBN 80-85305-33-X
29. Víková, J., Invalidita u občanů mladších věkových skupin, Výzkumný ústav sociálního zabezpečení, Praha, 1971
30. Voříšek, V., Přib, J. a kol., Důchodové pojištění v České republice, ANAG, Olomouc, 1998, 3. vydání, s. 167-190, ISBN 80-85646-83-8
31. Vostatek, J. Sociální a soukromé pojištění. Praha: CODEX Bohemia, 1996. s. 121-131, ISBN 80-85963-21-3
32. Vysokajová, M., Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení, Karolinum, Praha, 2000, ISBN 80-246-0057-9

7. Klíčová slova :

invalidita

potřebná doba pojištění

plný invalidní důchod

částečný invalidní důchod

dlouhodobě nepříznivý stav

příspěvek na péči

Seznam použitých a některých souvisejících právních předpisů

- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění,
- Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 128/1967 o invalidních, starobních a pozůstalostních dávkách, *publikace ve Sbírce zákonů č. 416/1991*
- Doporučení Mezinárodní organizace práce č. 131/1967
- Listina základních práv a svobod
- Vyhláška č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení,
- Vyhláška č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení
- Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení
- Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 102/1952 o minimálních standardech sociálního zabezpečení, *publikace ve Sbírce zákonů č. 461/1991*
- Zákon č. 134/1997 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Vyhláška č. 149/1988 Sb., o změnách vyhlášky č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 289/1997 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců
- Vyhláška č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností
- Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
- Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře
- Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory

Seznam tabulek

1. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) celkem za Jihočeský kraj
2. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - celkem za Jihočeský kraj
3. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) - České Budějovice
4. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - České Budějovice
5. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) – Český Krumlov
6. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz – Český Krumlov
7. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) – Jindřichův Hradec
8. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz – Jindřichův Hradec
9. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) – Písek
10. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - Písek
11. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) - Prachatice
12. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - Prachatice
13. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) – Strakonice

14. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - Strakonice
15. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) Tábor
16. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mláďí – IM) dle diagnóz - Tábor
17. Počet živě narozených dětí v jihočeském kraji
18. Procento invalidit z mláďí k počtu narozených dětí v jihočeském kraji
19. Výdaje na plné invalidní důchody v jihočeském kraji
20. Počet a průměrná výše plných invalidních důchodů za ČR
21. Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů v jihočeském kraji
22. Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů za ČR
23. Přehled o výdajích za bezmocnost
24. Přehled o počtu bezmocností

Seznam grafů

1. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) celkem za Jihočeský kraj
2. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) - České Budějovice
3. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) – Český Krumlov
4. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) – Jindřichův Hradec
5. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) - Písek
6. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) - Prachatice
7. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) - Strakonice
8. Počet poživatelů invalidních důchodů dle ust. § 42 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. (invalidita z mládí – IM) – Tábor
9. Porovnání IM celkem dle jednotlivých OSSZ
10. Počet živě narozených dětí v jihočeském kraji
11. Procento invalidit z mládí k počtu živě narozených dětí v jihočeském kraji
12. Výdaje na plné invalidní důchody v jihočeském kraji
13. Počet a průměrná výše plných invalidních důchodů za ČR
14. Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů v jihočeském kraji
15. Počet a průměrná výše vyplácených plných invalidních důchodů za ČR
16. Přehled o výdajích za bezmocnost
17. Přehled o počtu bezmocností

Výpis diagnóz podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize

C 15	zhoubný novotvar jícnu
F 07	poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku
F 20	schizofrenie
F 21	schizotypální porucha
F 22	poruchy s trvalými bludy
F 32	depresivní fáze
F 60	specifické poruchy osobnosti
F 63	nutkavé a impulzivní poruchy
F 70	lehká mentální retardace
F 71	střední mentální retardace
F 72	těžká mentální retardace
F 73	hluboká mentální retardace
F 78	jiná mentální retardace
F 80	specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
F 84	pervazivní vývojové poruchy
G 11	dědičná ataxie
G 12	míšní svalová atrofie a příbuzné syndromy
G 23	jiné degenerativní nemoci bazálních ganglií
G 31	jiné degenerativní nemoci nervové soustavy, nezařazené jinde
G 80	dětská mozková obrna
G 82	paraplegie a tetraplegie
H 54	slepota a slabozrakost
H 91	jiná nedoslýchavost, ztráta sluchu
I 25	chronická ischemická nemoc (choroba) srdeční
I 71	výduť aorty – aneurysma aortae – a disekce
K 25	žaludeční vřed – ulcus ventriculi
K 76	jiné nemoci jater
M 50	onemocnění krčních meziobratlových plotének
M 51	onemocnění jiných meziobratlových plotének
M 54	dorzalgie
Q 03	vrozený hydrocefalus
Q 04	jiné vrozené vady mozku
Q 21	vrozené vady srdeční přepážky
Q 90	downův syndrom
S 36	poranění nitrobřišních orgánů
S 71	otevřená rána kyčle a stehna
W 86	poranění svalu a šlachy v úrovni bérce

Seznam zkratk

- MOP - Mezinárodní organizace práce
- OSSZ - Okresní správa sociálního zabezpečení
- PSSZ - Pražská správa sociálního zabezpečení
- ČSSZ - Česká správa sociálního zabezpečení
- MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- ČR - Česká republika
- CNS - Centrální nervový systém
- OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
- EU - Evropská unie
- SRN - Spolková republika Německo
- WHO - Světová zdravotnická organizace