

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního
zabezpečení**

Diplomová práce

doc. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D.

Bc. Helena Sobotková

5.5.2008

The examination of state of health of citizens for the purposes of social welfare benefits

The topic of the thesis is „The examination of state of health of citizens for the purposes of social welfare benefits.” Medical statement service ensures this activity, which has a wide medical, social, employment and economic importance. On 1st January 2006 the first instance medical statement service was divided into the insurance and non-insurance system. OSSZ and ČSSZ continues providing examinations for the insurance systems while the examination for the non-insurance system is carried out by physicians of the newly created examination services of employment agencies.

The paper aims at analysing the so far experience of the medical statement service after the division into the insurance and non-insurance system. I presume that the division of the medical statement service and its transformation have been effective.

I have dealt with the medical statement system in the most wide context. In the theoretical part I have concentrated on historical development of the medical statement service, on its system and the scope of activity of the medical statement service and I did not omit the examination of state of health of citizens for the purposes of the social welfare systems. In the practical part I concentrated on physicians carrying out medical statements for employment agencies and district administrations of social welfare, on their feelings, opinions on the reorganization of the medical statement service in 2006.

The research was carried out in Central Bohemia region with the view to evaluate the division of the medical statement service in the insurance and non-insurance system. A quantitative attitude was chosen for this research using the questionnaire method. Two types of questionnaires were handed out: for physicians of the medical statement service of employment agencies and for physicians of medical statement service of district administration of social welfare system. In total there were 40 questionnaires handed out to the physicians of medical statement service of district administration of social welfare system and 25 to the physicians of the medical statement service of employment agencies. 34 (100%) questionnaires were used filled by the employment agencies physicians and 16 (100%) questionnaires filled by the

physicians of the district administration of social welfare system. I chose the graph form to process the research part of the paper.

The principal hypothesis was confirmed. For both the physicians of the medical statement service of employment agencies and physicians of medical statement service of district administration of social welfare system was proved that the division of the medical statement service into the insurance and non-insurance system was effective.

Further activities within the organization of the medical statement service should endeavour to depict small discrepancies and to ensure a continuous improvement of the system.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního zabezpečení vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2008

Bc. Helena Sobotková

Poděkování

Děkuji tímto doc. JUDr. Vilému Kahounovi, Ph.D. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé diplomové práce.

Obsah:

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Historický vývoj posudkové služby	10
1.1.1 Období let 1924-1950	10
1.1.2 Období let 1951-1989	12
1.1.3 Období let 1990 do současnosti	15
1.2 Pojem posudkové služby sociálního zabezpečení	15
1.3 Lékařská posudková služba a její reorganizace v roce 2006	16
1.4 Současná organizace lékařské posudkové služby	17
1.5 Kompetence lékařské posudkové služby	20
1.5.1 Kompetence posudkových komisí MPSV	20
1.5.2 Posudkové kompetence OSSZ	21
1.5.3 Posudkové kompetence úřadu práce	22
1.6 Řízení před orgány posudkové služby sociálního zabezpečení	23
1.6.1 Práva a povinnosti posuzované osoby v posudkovém řízení	24
1.6.2 Práva a povinnosti orgánů lékařské posudkové služby	25
1.7 Posudková kritéria	26
1.8 Opravná řízení	28
1.9 Lékařská posudková služba úřadu práce	30
1.9.1 Kmenoví lékaři úřadu práce a smluvní lékaři	30
1.9.2 Náplň práce lékařů posudkové služby úřadu práce	33
1.10 Posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních systémů	34
1.10.1 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociální péče	35
1.10.2 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely státní sociální podpory	37
1.10.3 Posuzování osoby zdravotně znevýhodněné	39
1.10.4 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely zvýšení životní úrovně vlastní prací	40
1.10.5 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálních služeb	41
1.11 Posuzování zdravotního stavu pro účely pojistných sociálních systémů	43

1.11.1 Nemocenské pojištění	43
1.11.2 Důchodové pojištění	45
1.12 Prameny práva posudkové služby sociálního zabezpečení	46
1.13 Mezinárodní srovnání	47
1.13.1 Systém posudkové služby ve Velké Británii	48
1.13.2 Systém posudkové služby v Irské republice	49
1.13.3 Systém posudkové služby v Rakousku	50
1.13.4 Systém posudkové služby v Německu	51
1.14 Evropská asociace posudkových a revizních lékařů	51
2 Cíle práce a hypotézy	53
2.1 Cíle práce	53
2.2 Hypotézy	53
3 Metodika	55
3.1 Použité metody	55
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	56
4 Výsledky	57
4.1 Výzkumný soubor 1 – lékaři posudkové služby ÚP	57
4.2 Výzkumný soubor 2 - lékaři posudkové služby OSSZ	67
4.3 Porovnání výsledků posudkových lékařů ÚP a posudkových lékařů OSSZ	75
5 Diskuse	86
6 Závěr	92
7 Seznam použité literatury	94
8 Klíčová slova	98
9 Přílohy	99

Úvod

Lékařská posudková činnost v sociálním zabezpečení má široký význam medicínský, sociální, pracovněprávní a ekonomický. Teorie a praxe lékařské posudkové činnosti prodělává řadu let prudký vývoj. Příčiny tohoto jevu je třeba hledat ve společenském a ekonomickém vývoji a sociální politice státu, které staví lékařskou posudkovou činnost před nové a nové úkoly (7).

V České republice do 30.6.2006 byla lékařská posudková služba rezortu práce a sociálních věcí jednotná a působila v první instanci na okresních správách sociálního zabezpečení, v hlavním městě Praze na Pražské správě sociálního zabezpečení. Dlouhodobě nepříznivý vývoj v oblasti prvoinstanční posudkové služby sociálního zabezpečení vedl ČSSZ k požadavku jejího tzv. „odbřemenění“. ČSSZ byla orgánem, který prováděl nemocenské a důchodové pojištění (pojistné systémy) a dále zajišťoval prostřednictvím prvoinstanční posudkové služby sociálního zabezpečení odborné podklady i pro nepojistné systémy: státní sociální podporu, sociální péči a zaměstnanost, tj. systémy, které byly mimo vlastní rozhodovací činnosti ČSSZ. Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto o reorganizaci posudkové služby sociálního zabezpečení. Cílem reorganizace posudkové služby sociálního zabezpečení bylo zajistit, aby se prvoinstanční posudková služba OSSZ a ČSSZ mohla soustředit na posuzování invalidity a kontrolu dočasné pracovní neschopnosti, kde je v posledních letech zaznamenáván nepříznivý vývoj, a aby nově zřízená posudková služba na úřadech práce garantovala posuzovaným osobám kvalifikované a jednotné posouzení (10).

Od 1.7.2006 tedy došlo k rozdělení prvoinstanční lékařské posudkové služby. Posuzování zdravotního stavu pro účely pojistných systémů, to je pro nemocenské a důchodové pojištění, nadále vykonávají lékaři působící ve struktuře ČSSZ a OSSZ, které v těchto věcech rovněž rozhodují. Posuzování pro účely nepojistných systémů provádí od 1.7.2006 lékaři nově vzniklé posudkové služby úřadů práce.

Uvedené důvody a především propojenost zdravotní a sociální oblasti v této problematice mě vedly k výběru tématu diplomové práce. Chci o lékařské posudkové službě pojednat v co nejširších souvislostech. V teoretické části se soustředím na

historický vývoj LPS, systém a náplň práce LPS a neopominu ani posuzování zdravotního stavu občanů pro jednotlivé systémy sociálního zabezpečení. V praktické části se zaměřím na posudkové lékaře ÚP a OSSZ a jejich pocity a názory na reorganizaci LPS v roce 2006.

1 Současný stav

Posudkové lékařství je multidisciplinární a integrující lékařský obor, který vychází z poznatků klinických oborů a právních ustanovení a interpretuje je formou posudku o zdravotním stavu, který má velký ekonomický dopad jak pro jednotlivce, tak pro společnost, protože je podkladem pro rozhodování o dávkách, které plynou z předpisů o sociálním zabezpečení (2).

Posudkové lékařství je samostatný lékařský obor, který je vysoce specializovaný a ve své činnosti nezastupitelný. Pracuje s informacemi různých kategorií, které můžeme rozdělit na informace biologické, profesiografické a sociologické(5). V posudkové činnosti jde o řešení komplexního problému, který má tři základní aspekty, medicínský, ekonomický a sociální, vsazené do relevantních norem právního prostředí. Je to činnost společensky nesmírně odpovědná, odborně náročná a obtížná, se specifickými aspekty etickými a psychologickými (2).

1.1 Historický vývoj posudkové služby

Postavení, organizační struktura a rozsah kompetencí posudkové služby v oblasti sociální ochrany obyvatelstva se v posledních desetiletích do určité míry měnily, posudková služba jako soustava posudkových orgánů si přesto stále udržovala své stěžejní určení. Tím je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany (20).

1.1.1 Období let 1924-1950

Na území bývalé Československé republiky byla za účinnosti sociálně pojišťovacího zákona z roku 1924 (zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří) nositelem sociálního pojištění

Ústřední sociální pojišťovna. Posudky o invaliditě podávali jednotliví lékaři, kteří byli ve smluvním vztahu k této pojišťovně, popř. k jejím okresním složkám, kterými se později staly okresní sociální pojišťovny (14).

Pokud jde o procesněprávní úpravu, nebyla v tomto systému žádná speciální procesní pravidla pro postup posuzujících lékařů. Neexistoval žádný „zvláštní“ posudkový orgán, který by byl nositelem procesních práv a povinností; procesní vztahy se odvíjely výlučně mezi pojišťovnou a pojištěncem. Zvláštní právní úprava těchto vztahů byla zčásti provedena v samotném pojišťovacím zákoně (např. § 186 až 194 zákona č. 221/1924 Sb. z. a n.), dílem byla odkazována na předpisy pro civilní řízení soudu. Poněkud odlišná právní situace byla v opravném řízení. O opravných prostředcích proti výměrům pojišťovny ve věcech důchodového pojištění tehdy rozhodovaly pojišťovací soudy, které vycházely především z vyjádření lékařů v postavení soudních znalců z jednotlivých medicínských oborů (14).

V roce 1929 byl přijat zákon č. 26/1929 Sb. z. a n., který se ovšem týkal pouze penzijního pojištění soukromých zaměstnanců. Toto pojištění prováděl Všeobecný penzijní ústav a v organizaci a procesu posudkové činnosti nebyly významnější rozdíly oproti shora uvedenému (14).

Nepříliš odlišný právní stav v organizaci posudkové služby existoval za účinnosti pojišťovacího zákona z roku 1948 (zákon č. 99/1948 Sb. z. a n., o národním pojištění), zejména pokud šlo o posudkovou činnost na prvním stupni. Nositelem pojištění byla v té době Ústřední národní pojišťovna, která zaměstnávala pro tyto účely tzv. důvěrné lékaře, působící při jednotlivých okresních národních pojišťovnách. Důvěrní lékaři (nikoli tedy lékaři ošetřující) pořizovali podkladovou dokumentaci pro účely posouzení, posuzované pojištěnce v případě potřeby sami vyšetřovali a na tomtéž tiskopisu zároveň prováděli vyhodnocení. Tiskopis končil posudkem lékaře Ústřední národní pojišťovny. Používané tiskopisy zachycovaly podstatně větší úhrn posudkově významných informací, než je tomu dnes (14).

Výrazných změn, odpovídajících pojetí „národního pojištění“, doznala oproti předchozímu období hmotněprávní úprava, zejména vymezení invalidity. Ta byla v § 63 cit. zákona pojímána coby ztráta nebo podstatný pokles výdělku následkem

nepříznivého zdravotního stavu (nemoci nebo poklesu tělesných či duševních schopností) rázu trvalého, tj. takového, který podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně potrvá déle než rok. Za ztrátu výdělku se přitom považovalo, pokud byl pojištěnec nucen zanechat výdělečné činnosti a nemohl-li vykonávat ani jinou výdělečnou činnost přiměřenou jeho dosavadnímu zaměstnání. Ve srovnání s dnes platnou právní úpravou je zajímavé, že se v definici invalidity jako její výchozí pojem a zároveň základní posudkové kritérium poprvé objevuje „trvalý nepříznivý zdravotní stav“ v podobě v podstatě shodné, jako je tomu dnes (14).

V systému národního pojištění získal na významu i institut zvýšení důchodu pro bezmocnost, který se u nás poprvé objevil k 1. 10. 1941 jako součást penzijního pojištění. Rovněž v systému národního pojištění nebyla zpočátku právními předpisy stanovena žádná zvláštní procesní pravidla pro postup posuzujících lékařů (14).

1.1.2 Období let 1951-1989

Po přijetí organizačního – či co do obsahu a dopadu spíše „reorganizačního“ – zákona v roce 1951 (zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění) došlo k zásadní přeměně dosavadní struktury orgánů národního pojištění. Zanikla Ústřední národní pojišťovna a byl zřízen Státní úřad důchodového zabezpečení (dále jen SÚDZ), který zpočátku ještě zaměstnával posudkové lékaře působící na jednotlivých okresech. Postupně však byl od roku 1952 dosavadní systém organizace posudkové činnosti nahrazován novým. Jeho jádrem se poprvé staly sborové orgány, tzv. posudkové komise důchodového zabezpečení (dále jen PKDZ), zřizované na základě Směrnice SÚDZ pro úpravu posudkové služby v sociálním zabezpečení. Zřízení posudkových komisí bylo zdůvodněno i tím, že např. posuzování invalidity není jen otázkou medicínskou, ale také otázkou sociálněpolitickou a pracovněpolitickou, které je třeba řešit i se zřetelem k problému začleňování osob se sníženou pracovní schopností do pracovního procesu. Další interní normativní instrukcí SÚDZ byl v dohodě s tehdejšími ministerstvem zdravotnictví vydán „Jednací řád posudkových komisí“, který stanovil působnost,

složení a některá procesní pravidla postupu těchto komisí, působících na prvním stupni – tedy při tehdejších okresních národních výborech (dále jen ONV). Hlavním úkolem posudkových komisí bylo v té době podávat posudky o tom, zda jsou splněny „zdravotně pracovní“ podmínky nároků na invalidní důchod a jiné dávky důchodového zabezpečení, které byly podmíněny nepříznivým zdravotním stavem, a předkládat orgánům SÚDZ návrhy na přiznání dávky nebo zamítnutí návrhu na dávku nebo na změny důchodu. Posudkové komise byly v té době čtyřčlenné, členy byli i „zástupce pracujících“ a umístěvatel příslušného národního výboru. V téže době se rovněž na základě Směrnice SÚDZ pro zřízení a působnost krajských posudkových komisí důchodového zabezpečení konstitovaly krajské posudkové komise důchodového zabezpečení se zajímavě vymezenou působností. V ní se odrážely základy působnosti k posudkové činnosti pro účely soudního řízení při rozhodování o opravných prostředcích proti výměrům o dávkách důchodového zabezpečení, na než navázala působnost pozdějších posudkových komisí KNV a zčásti i nynějších posudkových komisí MPSV.

Za účinnosti prvního zákona o sociálním zabezpečení z roku 1956 (zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení) došlo k dalším změnám v organizaci posudkové činnosti, když byly při ONV zřízeny okresní posudkové komise sociálního zabezpečení (dále jen OPKSZ) a při KNV krajské posudkové komise sociálního zabezpečení (dále jen KPKSZ). V jejich složení přibyl v roce 1959 pátý člen, a to poslanec příslušného národního výboru, který pak byl od roku 1960 až do roku 1990 vždy předsedou posudkové komise sociálního zabezpečení (dále jen PKSZ) na obou stupních.

Organizace a činnost posudkových orgánů sociálního zabezpečení byla v té době stanovena nejprve vyhláškou SÚDZ č. 108/1957 ú. l., o organizaci a činnosti posudkových komisí sociálního zabezpečení, o rok později pak vyhláškou Státního úřadu sociálního zabezpečení (dále jen SÚSZ) č. 92/1958 ú. l., o organizaci a činnosti posudkových komisí sociálního zabezpečení. Posudkové komise měly podle těchto vyhlášek povahu znaleckých orgánů. Vyhlášky vypočítávaly, že mezi úkoly posudkových komisí náleží podávání posudků, vyjádření, doporučení a návrhů;

jakékoliv rozhodování, tj. vydávání rozhodnutí, jim – stejně jako podle dnes platné právní úpravy stávajících orgánů posudkové služby sociálního zabezpečení – nepříslušelo.

Pokud jde o hmotněprávní úpravu, zákon č. 1956 přinesl rozlišení invalidního důchodu a částečného invalidního důchodu, a tím i invalidity a částečné invalidity jako dvou relativně samostatných posudkových a právních kategorií **(14)**.

Významnou změnu postavení do té doby existujících posudkových orgánů přinesla právní úprava jejich organizace a působnosti v roce 1960 – vládní vyhláška č. 151/1960 Sb., o organizaci a působnosti posudkových komisí sociálního zabezpečení. Tehdejší posudkové komise sociálního zabezpečení byly kromě posudkových a poradních úkolů vybaveny také rozhodovací pravomocí. Šlo přitom o rozhodovací pravomoc výlučně v posudkových otázkách – rozhodovaly o invaliditě, částečné invaliditě, bezmocnosti a v dalších případech, kde poskytnutí dávky důchodového zabezpečení bylo závislé na posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti **(20)**. O odvoláních proti rozhodnutí okresních posudkových komisí rozhodovaly krajské posudkové komise, působící při KNV **(14)**.

Nové předpisy o sociálním zabezpečení přijaté v roce 1964 (např. vyhláška SÚSZ č. 108/1964 Sb., o působnosti národních výborů ve věcech sociálního zabezpečení), vybavily posudkové komise sociálního zabezpečení rozhodovací pravomocí navíc v některých dávkových věcech sociálního zabezpečení, např. rozhodování o zvýšení důchodu a výchovného pro bezmocnost a nebo o mimořádných výhodách občanů trvale těžce poškozených na zdraví **(20)**.

Předpisy o sociálním zabezpečení z roku 1988 (zákon č. 1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a vyhláška FMPSV č. 149/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení), nepřinesly významnější změny v právní úpravě základních hmotněprávních institutů, s nimiž posudková služba v sociálním zabezpečení následně pracovala – s dílčími novelizacemi – až do 31.12.1995 **(14)**.

1.1.3 Období let 1990 do současnosti

Novelizace právních předpisů, přijaté po roce 1989, přinesly, v návaznosti na zásadní změny v organizaci státního mechanismu, také podstatné zásahy do postavení a organizačního uspořádání orgánů posudkové služby (20). S účinností od 1.5.1990 byl zákonem č. 125/1990 Sb., počet členů posudkových komisí ONV a KNV snižzen z pěti na tři (odpadli předsedové-poslanci a zástupci pracujících), přičemž předsedou se stal po třech desetiletích opět posudkový lékař, zaměstnaný na příslušném národním výboru. S účinností od 1.9.1990 pak byly zákonem č. 210/1990 Sb. „prvoinstanční“ posudkové komise přesunuty k nově zřízeným okresním správám sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ) a „druhoinstanční“ posudkové komise k Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR (14).

S účinností od 1.1.1993 zákonem č. 590/1992 Sb. byly prvoinstanční posudkové komise zrušeny a posudková činnost pro účely rozhodování v prvním stupni správního řízení byla přenesena na jednotlivé lékaře OSSZ. Od téhož data došlo také k zásadní úpravě v oblasti metodického řízení lékařů OSSZ, a to vznikem odboru lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení (dále jen LPS ČSSZ) jako zcela nového řídicího a metodického článku ve struktuře posudkové služby. Byl opuštěn do té doby léta fungující model, kdy členové druhoinstančních posudkových komisí – posudkových komisí MPSV, vyvíjeli zároveň metodickou činnost vůči posudkovým orgánům na prvním stupni (20). Vznikl tedy dosud existující model, kdy přímé metodické řízení lékařů a dalších pracovníků oddělení lékařské posudkové služby OSSZ vykonává lékařský odbor ČSSZ, zatímco metodické vedení členů posudkových komisí MPSV vykonává odbor posudkové služby sociálního zabezpečení MPSV (20).

1.2 Pojem posudkové služby sociálního zabezpečení

Posudková služba sociálního zabezpečení v širším smyslu je z organizačního hlediska tvořena subjekty, které vykonávají lékařskou posudkovou činnost pro účely

sociálního zabezpečení, z funkčního hlediska jí pak rozumíme samotný výkon lékařské posudkové činnosti, která má právní význam v sociálním zabezpečení. Do širšího vymezení posudkové služby náležejí následující subjekty; posudkoví lékaři a další lékařské posudkové subjekty, vykonávající lékařskou posudkovou činnost ve strukturách orgánů rezortů, v nichž působí orgány sociálního zabezpečení (jde o rezorty Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva obrany, Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti) (3). Dále sem náležejí praktičtí lékaři, ambulantní specialisté a lékaři klinických pracovišť, u nichž rozsah jejich lékařské posudkové činnosti pro účely sociálního zabezpečení vyplývá z právního předpisu anebo ze smluvního vztahu k některému ze správních úřadů, vykonávajících státní správu v sociálním zabezpečení. Správní úřad pak na základě podkladů z jejich lékařské posudkové činnosti vydává správní rozhodnutí či přijímá jiná relevantní opatření, odvíjející se od hodnocení zdravotního stavu posuzovaných osob (5).

Posudková služba sociálního zabezpečení v užším smyslu je z organizačního hlediska tvořena soustavou specializovaných lékařských posudkových subjektů, působících pouze v organizačních strukturách rezortu MPSV. Ve funkčním pojetí pak zahrnuje výkon vymezeného rozsahu lékařské posudkové činnosti jednak pro účely rozhodování správních úřadů ve věcech sociálního zabezpečení, jednak pro účely rozhodování soudů v rámci přezkoumání zákonnosti rozhodnutí nositelů důchodového pojištění ve věcech důchodového pojištění a důchodového zabezpečení, jakož i výkon vymezeného okruhu dalších činností (např. kontrolních), které jsou lékařskou posudkovou činností podmíněny, anebo s ní bezprostředně souvisejí (3).

1.3 Lékařská posudková služba a její reorganizace v roce 2006

V roce 2006 byl schválen dlouho očekávaný zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, který nabývá účinnosti od 1.1.2007. Současně byl schválen i doprovodný zákon č. 109/ 2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Doprovodný zákon až na výjimky nabývá účinnosti dne 1.7.2006.

Přijetím doprovodného zákona č. 109/ 2006 Sb. dochází k rozdělení posudkové služby tzv. první instance na dvě části (27). Posuzování zdravotního stavu pro účely pojistných systémů, to je pro nemocenské a důchodové pojištění, nadále vykonávají lékaři působící ve struktuře OSSZ a ČSSZ a posuzování pro účely nepojistných systémů provádí lékaři nově vzniklé lékařské posudkové služby úřadů práce (dále jen LPS ÚP) (13).

1.4 Současná organizace lékařské posudkové služby

Lékařská posudková služba je v současné době v resortu sociálních věcí organizována výlučně v rámci orgánů státní správy pro oblast sociálního zabezpečení (konkrétně jde o orgány sociálního zabezpečení a o úřady práce), nikoli tedy např. v orgánech územní samosprávy, veřejnoprávních institucích anebo v rámci nestátních subjektů, působících v sociální oblasti (9, 19). Je třeba uvést, že lékařská posudková činnost pro účely systému sociální ochrany je ve stanoveném rozsahu vykonávána na orgánech státní správy i mimo resort MPSV, a to v resortech obrany, vnitra a spravedlnosti (9).

Ministerstvo práce a sociálních věcí

V pravomocích ústředního orgánu státní správy pro oblast sociálního zabezpečení je obsažena také jeho pravomoc organizační, řídicí, kontrolní a koncepční pro oblast lékařské posudkové služby (dále jen LPS). Kromě toho mu náleží ve vymezeném rozsahu i výkon lékařské posudkové činnosti, tj. podávání posudků pro účely stanoveného okruhu opravných řízení, a to na základě posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob v jednotlivých případech - tuto činnost vykonává svými posudkovými komisemi, které jsou ministerstvem zřizovány (20). Ministerstvo práce a sociálních věcí v oblasti LPS mj. odborně řídí a kontroluje výkon lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení ČR, sjednocuje výklady právních předpisů a přijímá opatření k zajištění jednotného výkonu státní správy, zpracovává koncepci posuzování zdravotního stavu pro účely systémů sociální ochrany, zpracovává návrhy

věcných záměrů právních předpisů, spolupracuje s jinými ústředními orgány státní správy i se zahraničními partnery a v souladu s plánem hlavních kontrolních úkolů provádí kontrolní akce na jednotlivých orgánech LPS. V současné organizační struktuře MPSV vykonává uvedené činnosti odbor posudkové služby (19).

Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí

Jde o jediné komisionální orgány LPS v resortu práce a sociálních věcí. Organizačně jsou začleněny v rámci regionálních organizačních struktur MPSV. V současné době jde o detašovaná pracoviště MPSV v Ostravě, Brně, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Českých Budějovicích, Plzni a Praze. Své posudkové závěry o zdravotním stavu a pracovní schopnosti posuzovaných osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení přijímají v rámci komise. Ta je tvořena minimálně třemi členy - posudkovým lékařem, který je předsedou komise, tajemnicí a odborným lékařem některého klinického oboru (nejčastěji jde o ortopeda, internistu, neurologa nebo psychiatra, může však jít i o lékaře dalších klinických oborů). Tyto posudkové komise nemají předem dané pevné složení, ale jsou na jednotlivých detašovaných pracovištích sestavovány posudkovým lékařem vždy k projednání určitého počtu konkrétních případů. Podle okolností případů může proto předseda komise ustavit členy komise i více odborných lékařů. Přestože příslušnost posudkových komisí (dále jen PK) není právně omezena žádným kriteriem místní příslušnosti - např. vztahem k trvalému pobytu posuzované osoby - v praxi se v naprosté většině obracejí o posouzení odvolací správní orgány nebo soudy na místně nejbližší detašované pracoviště MPSV, v jehož rámci posudkové komise působí (20).

Česká správa sociálního zabezpečení

Na úrovni České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) jako nositele sociálního pojištění působí úsek LPS. Ten řídí, koordinuje a kontroluje činnost v oblasti posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob a kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti lékaři nositele pojištění, včetně expertní posudkové činnosti pro oblast aplikace práva sociálního zabezpečení ES. Dále zpracovává

metodické pokyny pro posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti lékaři nositele pojištění. Podílí se v součinnosti s MPSV na tvorbě celostátní koncepce LPS a plní řadu dalších úkolů ve vztahu k lékařské posudkové činnosti. V současné organizační struktuře ČSSZ působí v rámci úseku LPS regionální oddělení LPS v Praze, Českých Budějovicích, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Brně a Ostravě. Tato regionální oddělení řídí výkon 83 referátů LPS, které působí na okresní úrovni a vyvíjejí činnost v rámci posudkových kompetencí okresních správ sociálního zabezpečení (9).

Okresní správy sociálního zabezpečení

Podle současného stavu nejsou referáty LPS nositele pojištění začleněny do organizační struktury okresních správ sociálního zabezpečení nebo Pražské správy sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ). Lékaři těchto referátů přesto vykonávají lékařskou posudkovou činnost pro účely důchodového pojištění a dále agendy spojené s nemocenským pojištěním, oboje v rozsahu kompetencí OSSZ. Dále vykonávají kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti, která je zákonem svěřena do působnosti OSSZ jako orgánu sociálního zabezpečení. Tato činnost tvoří z hlediska četnosti podstatnou část činnosti LPS (9, 19).

Úřady práce

Jde o zcela novou složku LPS, která je zřízena k 1.7.2006 v rámci reorganizace LPS. Složku, již nově náleží posuzování zdravotního stavu ve vymezeném okruhu věcí sociální péče, státní sociální podpory, sociální potřebnosti a zaměstnanosti, které doposud náleželo OSSZ. Na základě posouzení úřadem práce budou vypláceny příspěvky hrazené převážně ze státního rozpočtu, třebaže působnost k rozhodování o většině z nich a jejich vyplácení jsou svěřeny obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, jako občanům nejbližší dostupnému orgánu vykonávajícímu státní správu (28).

1.5 Kompetence lékařské posudkové služby

Kompetence k výkonu lékařské posudkové činnosti v oblasti sociální ochrany jsou pro specializovanou LPS resortu sociálních věcí stanoveny v zákonech. K úkolům LPS náleží posuzování zdravotního stavu osob a jeho důsledků pro jednotlivé systémy sociální ochrany a dále i výkon některých dalších agend s tímto posuzováním souvisejících. Výsledky posouzení zdravotního stavu osob a jeho důsledků orgány LPS v jednotlivých případech představují posudky, které tvoří podklady jak pro rozhodování správních orgánů v prvním stupni správního řízení a v řízení odvolacím, tak ve vymezeném rozsahu i pro rozhodování soudů v přezkumném řízení soudním (9).

1.5.1 Kompetence posudkových komisí MPSV

Kompetence PK MPSV vycházejí ze zákonem stanovené působnosti MPSV (§ 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů) (5). Do kompetencí PK MPSV náleží posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení, a to přezkumného řízení soudního (jde-li o věci důchodového pojištění) a odvolacího řízení správního (jde-li o věci, kdy napadené rozhodnutí vycházelo z posudku úřadu práce a také z posudku OSSZ, pokud jde o posouzení zahájená OSSZ před 1.7.2006). Posouzení zdravotního stavu provádí PK MPSV výlučně na základě požadavku odvolacího správního orgánu nebo soudu, které vedou opravné řízení, nikoli na základě požadavku osoby, jejíž zdravotní stav má být pro účely opravného řízení posouzen (19).

Lze souhrnně vyvodit, že v rámci posudků o zdravotním stavu a jeho důsledcích pro oblast sociálního zabezpečení náleží PK MPSV zejména posuzování:

- plné invalidity a částečné invalidity;
- bezmocnosti;
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte;

- dlouhodobě těžce zdravotně postiženého dítěte vyžadující mimořádnou péči;
- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou;
- zda si fyzická osoba může zvýšit ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací;
- zda jde o osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely přiznání mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu;
- zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, osobu dlouhodobě zdravotně postiženou a dítě dlouhodobě nemocné;
- stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči (9).

1.5.2 Posudkové kompetence OSSZ

Kompetence OSSZ na úseku posudkové činnosti, vykonávané posudkovými lékaři, se týkají jednak posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti, jednak kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN) (19).

Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob ve stanovených věcech sociálního zabezpečení zahrnuje posuzování:

- plné invalidity nebo částečné invalidity;
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte pro účely důchodového pojištění;
- zda občan v krátké době po uplynutí podpůrní doby pravděpodobně nabude opět pracovní schopnost, a to i k jinému zaměstnání;
- kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři a dodržování s tím souvisejících právních předpisů.

Místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení v případech se řídí místem trvalého pobytu posuzovaného občana, pokud se dále nestanoví jinak. Dále se

místní příslušnost okresní správy sociálního zabezpečení řídí sídlem speciální školy, jestliže posuzuje změněnou pracovní schopnost žáka této školy a sídlem věznice, popřípadě vazební věznice, jde-li o posouzení zdravotního stavu občana v době výkonu trestu odnětí svobody, popřípadě vazby (32).

1.5.3 Posudkové kompetence úřadu práce

Úřadům práce náleží od 1.7.2006 posuzování:

- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou;
- pro účely poskytnutí dávek a mimořádných výhod podle zvláštních právních předpisů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte;
- zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací;
- zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu;
- zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné;
- stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči.

Lékařské posouzení v rozsahu posudkových kompetencí úřadů práce je přitom podkladem pro prvoinstanční správní rozhodování samotného úřadu práce (půjde-li o posouzení osoby zdravotně znevýhodněné a - s výjimkou hlavního města Prahy - také o posouzení pro účely dávek státní sociální podpory) anebo rozhodování jiných správních orgánů (zejména obecních úřadů obcí s rozšířenou působností), které rozhodují v prvním stupni správního řízení a pro uvedené účely posouzení úřadem práce

vyžadují. Místní příslušnost úřadu práce se řídí bydlištěm fyzické osoby, jejíž zdravotní stav úřad práce posuzuje (9, 32).

1.6 Řízení před orgány posudkové služby sociálního zabezpečení

Posudkové řízení je souhrn procesních postupů lékařů OSSZ a posudkových komisí MPSV jako orgánů posudkové služby při posuzování zdravotního stavu a jeho právně významných důsledků v sociálním zabezpečení, jehož výsledkem je vydání posudku v konkrétní věci. V rámci posudkového řízení vznikají procesněprávní vztahy jednak mezi uvedenými orgány posudkové služby a posuzovanými osobami, jednak mezi uvedenými orgány posudkové služby a právníckými osobami. Jde o postupy v rámci specifické formy správní činnosti, která není správním rozhodováním ve smyslu správního řádu. Pravidelnou procesní součástí posudkového řízení je ústní jednání (4).

Posudkové řízení lze chápat jako procesně relativně samostatnou fázi správního řízení, v němž se rozhoduje o sociálních dávkách, podmíněných nebo ovlivněných nepříznivým zdravotním stavem a jeho právně významnými důsledky, popř. v němž se zjišťují podmínky pro další poskytování takových dávek. Relativní samostatnost posudkového řízení je dána dvěma faktory. Prvním je podmíněnost posudkového řízení existencí správního řízení (rozhodovacího procesu), v němž má být na podkladě posudku vydáno správní rozhodnutí; je přitom nerozhodné, zda takové správní řízení bylo zahájeno na žádost účastníka řízení nebo z podnětu správního orgánu (ex offio). Druhým faktorem je existence zvláštní právní úpravy posudkového řízení, která je v určitých směrech odlišná od právních úprav rozhodovacích procesů v sociálním zabezpečení. Uvedené pojetí lze uplatnit především tehdy, je-li orgán posudkové služby, který je subjektem posudkového řízení, organizační součástí toho orgánu sociálního zabezpečení, který na podkladě jeho posudku rozhoduje ve správním řízení (4).

Posudkové řízení však může v jiném okruhu případů představovat procesně samostatný postup posuzujícího subjektu (orgánu PSSZ) v oblasti státní správy, jehož výstupy směřují buď vně této soustavy – jako jeden z podkladů pro rozhodování soudů

v občanském soudním řízení, anebo o řízení, jehož výstup, tj. posudek, slouží jako podklad pro rozhodování jiného správního úřadu, než toho, v jehož organizační struktuře je orgán PSSZ začleněn. Zde mohou být prvky podmíněnosti posudkového řízení vztahovány nejen k rozhodovacímu procesu v podobě správního řízení, ale i k rozhodovacímu procesu v podobě soudního řízení, které je navíc ovládáno výrazně odlišnou procesněprávní úpravou podle občanského soudního řádu (4, 14).

Předmětem posudkového řízení je posouzení zdravotního stavu a některých jeho právně relevantních důsledků v sociálním zabezpečení. Subjekty posudkového řízení jsou lékař OSSZ, lékař ÚP nebo posudková komise MPSV, provádějící toto řízení a dále účastníci posudkového řízení (14).

Účastníkem posudkového řízení je vždy fyzická osoba, jejíž zdravotní stav má být posouzen. Je vždy účastníkem posudkového řízení a bývá obvykle zároveň i právním postavení účastníka správního řízení nebo přezkumného soudního řízení, pro jehož účely je posudek podáván (4).

Zahájení posudkového řízení, je nutno s ohledem na jeho podmíněnost určitým typem správního nebo soudního řízení, v němž má být na podkladě posudku rozhodováno, dovést, že posudkové řízení není zahajováno na základě návrhu posuzovaného či jiné fyzické osoby, ale pouze z podnětu orgánu sociálního zabezpečení, který vede správní řízení, popř. na základě podnětu soudu, který rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení přezkoumává (14).

1.6.1 Práva a povinnosti posuzované osoby v posudkovém řízení

Posuzovaná osoba, jejíž zdravotní stav a jeho právně relevantní důsledky v sociálním zabezpečení mají být v rámci posudkového řízení zhodnoceny, bývá většinou i v právním postavení účastníka správního nebo soudního řízení, pro jejichž účely je posudek v posudkovém řízení vydáván.

Posuzovaná osoba má podle platné právní úpravy v posudkovém řízení následující práva a povinnosti:

- Právo navrhopvat důkazy a jejich doplnění;
- Právo být přizván k ústnímu jednání;
- Právo na nepřítomnost jiných osob než lékařů při vyšetřování zdravotního stavu v rámci ústního jednání;
- Právo udělit či odeprít souhlas s přizváním jiných osob na jednání;
- Právo na neveřejný průběh ústního jednání orgánu posudkové služby;
- Právo zvolit si pro účely posudkového řízení svého právního zástupce a nechat se jím v posudkovém řízení zastupovat;
- Právo nahlédnout do správního spisu , který je v posudkové věci veden a požizovat si z něho výpisy;
- Právo na seznámení se s výsledky posouzení a na poučení o možnostech dalšího postupu.
- Povinnost vyhovět výzvě orgánu sociálního zabezpečení, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření , je-li příjemcem dávky důchodového pojištění;
- Povinnost vyhovět výzvě orgánu sociálního zabezpečení podrobit se vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření, je-li třeba její zdravotní stav zjistit v případech vyplácení dávky nebo poskytování služby sociální péče;
- Povinnost vyhovět výzvě orgánu sociálního zabezpečení podrobit se vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření, je-li dávka státní sociální podpory nebo její výše podmíněna nepříznivým zdravotním stavem oprávněné osoby (**4, 14**).

1.6.2 Práva a povinnosti orgánů lékařské posudkové služby

Posudek orgánu LPS musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby a musí odpovídat posudkovým kritériím, zakotveným v právních předpisech. Při posuzování orgán LPS musí vycházet z lékařských zpráv a posudků, vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu osob. Protože orgán LPS hodnotí všechny lékařské nálezy v jejich souvislosti a přihlíží i k výsledkům vlastního vyšetření,

nemůže být vázán každým jednotlivým nálezem odborného lékaře (a už vůbec ne jeho případnými závěry o neschopnosti výkonu soustavného zaměstnání či dokonce o invaliditě, které odborným lékařům nenáleží).

Orgán LPS může posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření (např. psychologickému) 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 sociálního zabezpečení nebo pro kontrolu posuzování DPN. Orgán LPS provádí za zákonem stanovených podmínek také nové posouzení zdravotního stavu (tzv. kontrolní lékařskou prohlídku), jejíž smyslem je ověření, zda zdravotní stav poživitele sociální dávky nadále odpovídá kritériím pro pobírání dávky.

Kromě součinnosti s orgánem LPS patří k nejvýznamnějším povinnostem posuzované osoby povinnost podrobit se na výzvu orgánu LPS vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení. Obecně lze říci, že pokud se posuzovaná osoba požadovanému vyšetření nepodrobí, může jí být výplata dávky sociálního zabezpečení zastavena (jde-li o poživitele dávky) anebo řízení o žádosti o takovou dávku přerušeno s možností jeho zastavení (jde-li o žadatele o dávku) (19).

1.7 Posudková kritéria

Podstatou činnosti LPS v sociální oblasti je posuzování zdravotního stavu a některých důsledků zdravotních postižení. Mezi posudkovými kritérii, jejichž hodnocení je při této posudkové činnosti prováděno, hrají proto rozhodující roli právně vyjádřená posudkově medicínská hlediska. Ta buď vycházejí nebo souvisejí s nepříznivým zdravotním stavem posuzované osoby.

Někdy jsou kritéria zdravotního stavu pro hodnocení zdravotní podmínky pro poskytování určité sociální dávky nebo pro stanovení její výše, hledisky výlučnými.

Většinou jsou kritéria nepříznivého zdravotního stavu hledisky výchozími, protože teprve za použití dalších kritérií je hodnocen vztah a dopad nepříznivého resp. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu do některých právně významných důsledků. Těmi je např. míra poklesu schopnosti soustavné výtěžné činnosti při posuzování invalidity, míra omezení sebeobsluhy při posuzování bezmocnosti, rozsah a druh ztráty pohybové nebo orientační schopnosti při posuzování pro účely poskytování mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené osoby apod.

Konkrétní posudková kritéria jsou stanovena v právních předpisech a jsou rozdílná pro posouzení zdravotního stavu pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany. Tato rozdílnost, která vyplývá z rozdílné funkce jednotlivých dávek pro osoby se zdravotním postižením, znamená, že zdravotní postižení, které odpovídá podmínkám přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat podmínkám pro přiznání dalších dávek. Např. skutečnost, že občan byl uznán plně invalidním, neznamená, že současně splňuje podmínky pro přiznání mimořádných výhod pro občany těžce zdravotně postižené nebo že zdravotní postižení občana, jemuž byly mimořádné výhody přiznány, splňuje podmínky pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla. Pokud posuzované osoby nejsou v tomto smyslu dostatečně informovány a předpokládají, že kladný výsledek jednoho posouzení zdravotního stavu pro účely systému sociální ochrany znamená automaticky i nárok na další dávku tohoto systému, může dojít ke zbytečným nedorozuměním.

Posudková kritéria v jednotlivých systémech jsou tedy postavena na hodnocení funkčního dopadu zdravotního postižení na určitou oblast. Z tohoto důvodu se může stát, že může být přítomen nepříznivý zdravotní stav, avšak jeho funkční dopad na posuzovanou oblast nesplňuje podmínky pro přiznání určité dávky. To, že zdravotní postižení občana nesplňuje podmínky pro přiznání dávky však neznamená, že toto zdravotní postižení nemá, jeho stupeň však v době posouzení nesplňuje konkrétní posudková kritéria **(14, 19)**.

1.8 Opravná řízení

Správní řízení, obdobně jako řízení soudní, je založeno na víceinstančním principu, umožňujícím, aby vydaná rozhodnutí byla přezkoumána zákonem stanovenými postupy. Tyto procesní postupy můžeme obecně nazvat opravným řízením a rozdělit je na opravná řízení správní, jsou-li vedena správními orgány, a na přezkumná řízení soudní, jsou-li vedena soudy (**14, 18**).

Posudky LPS o zdravotním stavu a pracovní schopnosti nejsou správním rozhodnutím, ale podkladem pro vydání správního (v případě PK MPSV i soudního) rozhodnutí. Z uvedeného důvodu nelze proti samotnému posudku podávat opravné prostředky. Ty jsou právně přípustné až proti rozhodnutí, které bylo na podkladě takového posudku vydáno (**19**).

Opravná řízení ve vztahu k posudkové činnosti lze vymezit jako procesní postupy, které na základě procesního úkonu (např. odvolání, žaloby, návrh na obnovu řízení) účastníka řízení anebo výjimečně i z jiného podnětu (podnět k přezkoumání mimo odvolací řízení), směřují k přezkoumání rozhodnutí správního orgánu, vydaného na základě posudku posudkového orgánu (**3**).

Ve vztahu k lékařské posudkové činnosti orgánů PSSZ přichází v úvahu přezkoumání posudků nejčastěji v rámci odvolacího řízení správního, ve velmi omezené míře pak ještě v rámci obnovy řízení nebo přezkoumání rozhodnutí mimo odvolací řízení (**14**).

Odvolacím řízením správním rozumíme v návaznosti na vymezení opravných řízení ve vztahu k posudkům orgánů PSSZ takové opravné řízení, které je ve smyslu právních předpisů sociálního zabezpečení anebo obecných předpisů o správním řízení vedeno správním orgánem na základě podaného odvolání (**14**).

Odvolání jako řádný opravný prostředek je zásadně přípustné proti každému prvoinstančnímu správnímu rozhodnutí, které je individuálním správním aktem, pokud jeho podání není výslovně vyloučeno zákonem. Správní rozhodnutí, která jsou vydávána na podkladě posudku orgánu PSSZ, mají vždy právní povahu individuálních správních aktů, protože upravují konkrétní právní poměry fyzické osoby jako účastníka

řízení – obvykle jde o rozhodnutí přiznání nebo nepřiznání sociální dávky nebo služby, podmíněné nepříznivým zdravotním stavem účastníka řízení. Odvolání je naopak nepřijatelné např. proti posudku orgánu PSSZ (3, 14).

Obnova řízení je první ze dvou mimořádných opravných postupů podle správního řádu, směřující buď na základě návrhu účastníka řízení, anebo z podnětu správního orgánu ve vztahu k pravomocnému správnímu rozhodnutí k obnově původního řízení zejména s cílem nápravy skutkových omylů (14). Zákon přitom kromě dalších podmínek, kterými jsou např. maximální subjektivní a objektivní lhůta od právní moci přezkoumávaného rozhodnutí uvádí úplný výčet důvodů pro obnovu řízení (3).

Přezkoumání rozhodnutí mimo odvolací řízení je druhým mimořádným opravným postupem ve smyslu správního řádu. Na rozdíl od obnovy řízení slouží k nápravě právních omylů, tj. k odstranění rozporu pravomocného správního rozhodnutí se zákony nebo obecně závaznými právními předpisy. Uplatnění tohoto mimořádného opravného postupu může přicházet v úvahu i u pravomocných rozhodnutí, která byla vydána na podkladě posudku orgánu PSSZ (14).

Přezkumným řízením soudním rozumíme takové opravní řízení, v němž je na základě podané podané žaloby soudem v rámci správního soudnictví přezkoumáváno pravomocné rozhodnutí správního orgánu, a to postupem podle soudního řádu správního s podpůrným a přiměřeným použitím občanského soudního řádu. Vztah přezkumného řízení soudního a posudků vydaných PSSZ je přitom dvojí. Jsou v něm přezkoumávána některá správní rozhodnutí nositelů důchodového pojištění, která byla vydána na podkladě posudku lékaře. Dále pak jsou pro účely těchto soudních řízení vydávány v téže věci nové posudky posudkovými komisemi MPSV, a to v rozsahu požadavku soudu, který takové řízení vede. V přezkumném řízení soudním rozhodují o opravných prostředcích v prvním stupni krajské soudy; opravný prostředek je nazýván návrhem na přezkoumání rozhodnutí nositele pojištění. Proti rozhodnutí krajského soudu jako soudu prvního stupně lze podat opravné prostředky. Jde jednak o odvolání, o němž v odvolacím řízení rozhoduje Vrchní soud v Praze. Kromě toho lze v důchodových věcech podat za stanovených podmínek dovolání, o němž rozhoduje Nejvyšší soud v ČR v Brně (14).

1.9 Lékařská posudková služba úřadu práce

Na úřadech práce vznikla dne 1.7.2006 nová lékařská posudková služba, na kterou přešla dosavadní část posudkové agendy, kterou ČSSZ/OSSZ vykonávala pro jiné subjekty. Lékaři úřadu práce tak posuzují zdravotní stav občanů přímo pro úřady práce, které na základě nich rozhodují. Dále jim je svěřena pravomoc posuzovat zdravotní stav i pro obecní úřady, které rozhodují na základě nich v přenesené působnosti (28).

Na základě posouzení úřadem práce jsou vypláceny příspěvky hrazené převážně ze státního rozpočtu, třebaže působnost k rozhodování o většině z nich a jejich vyplácení jsou svěřeny obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, jako občanům nejbližší dostupnému orgánu vykonávajícímu státní správu (19).

1.9.1 Kmenoví lékaři úřadu práce a smluvní lékaři

Na úřadech práce je poprvé v rámci LPS použita kombinace výkonu lékařské posudkové činnosti kmenovými lékaři úřadu práce a smluvními lékaři. Zákon to vyjadřuje obecně tak, že při posuzování vychází úřad práce z podkladů vypracovaných lékařem určeným úřadem práce. Využití smluvních lékařů je přitom vysoce moderním prvkem, který neklade nároky na systemizovaná místa ve státní správě a současně posiluje účast lékařů pracujících v resortu zdravotnictví na posuzování zdravotního stavu v resortu práce a sociálních věcí (19).

Lékaři úřadu práce budou mít hlavně ověřovací, revizní a metodickou funkci ve vztahu ke smluvním lékařům. Ve volné kapacitě budou vykonávat i klasickou komplexní posudkovou činnost (27).

Kmenoví lékaři úřadu práce

V České republice je celkem 77 úřadů práce, na každém ÚP je oddělení LPS. Lékařská místa na LPS ÚP byla obsazena jednak lékaři, kteří přešli delimitací z ČSSZ,

jednak lékaři, kteří se sami o tuto práci ucházeli a prošli výběrovým řízením, vypsáním MPSV. Původně bylo plánováno na každé LPS ÚP 1 lékařské místo pro posudkového (tzv. kmenového) lékaře na plný pracovní úvazek, pouze na ÚP s vysokým zatížením bylo naplánováno více lékařských míst (v Praze 5 lék. míst, v Brně, Karviné, Olomouci a Ostravě po 2 lék. místech). Vytíženost kmenových lékařů však byla v některých okresech tak vysoká, že od 1.12.2006 byl počet lékařských míst zvýšen o 30. V současné době je v Praze na LPS ÚP 6 lékařských míst, na dalších 33 ÚP po 2 lékařských místech. Základním předpokladem pro výkon práce kmenového posudkového lékaře je atestace z posudkového lékařství. Posudková služba v ČR se však dlouhodobě potýká s nedostatkem odborníků v posudkovém lékařství, proto trvá zájem i o lékaře s atestacemi z jiných lékařských oborů, kteří by se této práci chtěli věnovat. Podmínkou je, že v horizontu několika málo let si atestaci z posudkového lékařství doplní (26). Kromě průběžného vzdělávání prošli lékaři přijati do zaměstnaneckém poměru i vstupním školením, jehož délka a obsah byl modifikován v závislosti na úrovni jejich specializačního vzdělání v oboru posudkové služby (28).

Smluvní lékaři

Se vznikem lékařské posudkové služby na úradech práce je spojeno i zavedení vícestupňového posuzování zdravotního stavu. Tento systém, který úspěšně funguje v zahraničí (SRN, SR), je založen na spolupráci odborných lékařů resortu zdravotnictví s lékaři resortu práce a sociálních věcí.

Úřady práce navázaly smluvní vztahy s lékaři specialisty z různých lékařských oborů. Zájem je zejména o odborníky z řad internistů, neurologů, ortopedů, chirurgů a traumatologů, psychiatrů, praktických lékařů pro děti a dorost, praktických lékařů pro dospělé, ale i o odborníky z užších oborů jako je oční lékařství, ORL, dermatovenerologie a dalších. V souvislosti s posuzováním stupně závislosti od 1.1.2007 je potřeba řady smluvních lékařů posílit zejména o zkušené pediatry, geriatry a další lékaře se zkušenostmi v péči o staré a dlouhodobě nemocné pacienty.

Smluvní lékaři (dále jen SML) vypracovávají s využitím své odbornosti a zkušeností podkladové posudky o zdravotním stavu občanů, které jim přidělí

kmenový lékař. Posudkoví lékaři úřadu práce pak při souhlasu s jejich posudkem dokončí posuzovací proces doplněním výroku a odůvodněním.

Tento systém by měl přispět ke zlepšení odborné kvality a objektivity při posuzování zdravotního stavu a při plném využití smluvních lékařů také k pružnějšímu fungování posudkové služby úřadů práce, která by bez jejich spoluúčasti nebyla schopna velký objem práce zvládnout. Smluvní lékaři mohou při posuzování využívat buď vlastní prostory a zařízení, nebo prostory a vybavení, které pro ně jsou vyhrazeny na úřadech práce. Při přípravě podkladových materiálů k vypracování posudků a dalších úkonech jim jsou k dispozici referentky LPS ÚP. Posuzované osoby mohou smluvní lékaři prostřednictvím referentky pozvat k vyšetření, nebo mohou posoudit jejich zdravotní stav z dostatečné podkladové dokumentace v nepřítomnosti. Výsledek svého posouzení však ani osobě, kterou vyšetřili, nesdělují, protože nejde o konečný závěr, dokončení posudku provádí teprve kmenový posudkový lékař.

Odměna SML za vypracování jednoho podkladového posudku o zdravotním stavu činí v současné posudkové agendě 300 Kč. Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči, je časově i odborně náročnější, proto se za jeden vypracovaný podkladový posudek pro tyto účely počítá s odměnou 600 Kč.

U smluvních lékařů se nepředpokládá složení atestace z posudkového lékařství. Na podzim roku 2006 uspořádalo MPSV ČR pro pracující smluvní lékaře ÚP několik vstupních školení, která byla věnována základním principům při posuzování zdravotního stavu pro účely dávek a služeb sociální péče, státní sociální podpory a posuzování stupně závislosti pro účely zákona o sociálních službách. V roce 2007 proběhla další školení v posudkové problematice pro nové smluvní lékaře. V případě zájmu ze strany spolupracujících smluvních lékařů je možné uspořádat i další opakovací kurzy se zaměřením na specifické problémy v posuzování zdravotního stavu, zajímavé kazuistiky a podobně (**13, 26**).

1.9.2 Náplň práce lékařů posudkové služby úřadu práce

Lékař úřadu práce provádí vlastní posudkovou činnost, kam můžeme zařadit:

- recenze spisů – na základě došlé žádosti o posouzení zdravotního stavu příslušným úřadem provede LPS ÚP prvotní recenzi spisů. Spisy k recenzi připravuje referent. Poté si LPS ÚP vyžádá vyplnění příslušných tiskopisů T400 (příloha 1), T403 (příloha 2) ošetřujícím lékařem u všech uvedených případů. Po vrácení tiskopisů lékař rozděljuje jednotlivé případy podle složitosti a povahy případu jednotlivým smluvním lékařům. Případy složité si ponechá sobě (9).
- vypracování posudku – po obdržení tiskopisu dává lékař ÚP v případě, kdy to povaha věci vyžaduje a vyplněný tiskopis není k posouzení případu dostačující nebo má podezření, že došlo k nadhodnocování zdravotního stavu ze strany ošetřujícího lékaře, pokyn k vyžádání a posléze vrácení zdravotnické dokumentace ošetřujícího lékaře. V případě, že ani potom není dostatek odborných podkladů pro posouzení případu, vyzve lékař posuzovanou osobu, aby se podrobila kontrolním vyšetřením ve zdravotnickém zařízení určeným orgánem posudkové služby. Po shromáždění podkladové dokumentace dostatečné pro posouzení dá lékař pokyn referentovi k pozvání posuzovaného k jednání (9, 38).

Lékař ÚP vypracovává na základě podkladové odborné dokumentace kompletní posudek o zdravotním stavu včetně posudkového zhodnocení. Součástí posudku je výrok a odůvodnění a stanovená doba platnosti posudku. Po vyhotovení posudku je posudek zasílán orgánu, který si posudek vyžádal (9).

Posudková činnost lékaře ÚP ve vztahu k smluvním lékařům je:

- recenze spisů – lékař úřadu práce rozděljuje při recenzi spisů jednotlivé případy podle složitosti k posouzení jednotlivým smluvním lékařům, a to v rozsahu smluvního vztahu. Při rozdělování přihlíží ke konkrétní odborné způsobilosti smluvního lékaře. V případě,

že není známa povaha posuzovaného případu ani zdravotní postižení, přidělí lékař ÚP spis podle zatíženosti jednotlivých smluvních lékařů.

- konzultace – v případě potřeby provádí konzultace náročných případů pro smluvní lékaře.
- povolení – vzhledem ke kompetencím daným zákonem o zaměstnanosti dává souhlas smluvnímu lékaři k vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby ve zdravotnickém zařízení nebo odbornému vyšetření.
- schválení a dokončení posudku smluvního lékaře – lékař úřadu práce přijímá posudky vypracované smluvním lékařem a kontroluje posudky smluvních lékařů z hlediska úplnosti posudku, souladu s posudkově medicínskými hledisky a odůvodnění posudkového závěru. Závěrem vyjádří lékař ÚP buď souhlas nebo nesouhlas s posudkovým závěrem. V případě souhlasu uzavírá lékař ÚP posuzované případy uvedením výroku a odůvodnění. V případě nesouhlasu vrací lékař posudek smluvnímu lékaři k doplnění či přepracování.
- výsledek posouzení – posouzení je uzavřeno předáním hotového posudku referentovi, který výsledek posouzení sdělí příslušnému úřadu.

Další úkoly lékaře úřadu práce jsou lékařská revize nákladů, statistika, hodnocení práce smluvních lékařů, spolupráce s orgány posudkové služby a další (9).

1.10 Posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních systémů

Pro nepojistné systémy v prvním stupni pro účely sociálního zabezpečení vypracovávají posudky o zdravotním stavu lékaři úřadů práce. Posudky slouží jako podklad orgánu, který rozhoduje o dávce nebo službě. Posouzení zdravotního stavu si vždy vyžádá orgán, který o dávce nebo službě rozhoduje.

Fyzická osoba může požádat ze sociálního zabezpečení o dávky a výhody, které jsou podmíněny nepříznivým zdravotním stavem (8).

1.10.1 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociální péče

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění, dále ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákoně č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, v platném znění (**9, 11**).

Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny vlastním příjmem nebo dávkami z pojištění, dále ti, kteří ji potřebují kvůli vysokému věku nebo zdravotnímu stavu, a ti, kteří nemohou vlastními silami překonat nepříznivou situaci (**9, 15**).

Posudková služba provádí posuzování zdravotního stavu občanů ve věcech sociální péče, tj. zda jde o občana těžce zdravotně postiženého pro účely přiznání:

- mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany,
- příspěvků sociální péče.

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Dle § 86 odst. 2 zákona č. 100/1988 Sb., v plném znění, občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody, zejména v dopravě nebo při potřebě průvodce; těmto občanům s těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I. stupně, občanům se zvlášť těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody II. stupně a občanům se zvlášť těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce jsou přiznávány mimořádné výhody III. stupně. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I. stupeň průkaz TP, II. stupeň průkaz ZTP a III. stupeň průkaz ZTP/P. Průkaz mimořádných výhod je veřejnou listinou (**35**).

Občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.) (příloha 3), které podstatně omezuje jejich

pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P).

Některé výhody, které vyplývají z přiznání průkazů TP, ZTP a ZTP/P jsou uvedeny v příloze č. 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.. Další úlevy a slevy jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů (např. vyšší sazba, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P – ministerstvo financí; bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování – ministerstvo dopravy apod.) (12).

Zdravotní stav občana posuzuje lékař úřadu práce. O posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan. Při posuzování zdravotního stavu a důsledky z něj vyplývajících pro účely přiznání mimořádných výhod se klade důraz na podrobné funkční vyšetření zdravotního stavu posuzovaného občana se zaměřením na poruchy pohyblivosti a orientace, přičemž zdravotní postižení omezující pohybové a orientační schopnosti musí být dlouhodobého charakteru (3, 12).

Dle § 86 odst. 1 zákona č. 100/1988 Sb., v plném znění, občanům těžce zdravotně postiženým, zejména nevidomým a občanům s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí, se poskytují věcné dávky, peněžité dávky a bezúročné půjčky k překonání obtíží vyplývajících z jejich postižení (35).

Příspěvky sociální péče

Jedná se o jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, příspěvek na úpravu bytu (§ 34 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění), příspěvky na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění), příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění), příspěvek na individuální dopravu (§ 37 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění), příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže (§ 45 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění), příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům (§ 46 vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění) (24).

Při posuzování zdravotního stavu občanů těžce zdravotně postižených se posuzuje funkční dopad zdravotního postižení na omezení pohybových schopností. Při posuzování zdravotního stavu je nutno spolehlivě zjistit zdravotní stav se zaměřením na poruchy pohyblivosti, přičemž zdravotní postižení omezující pohybové schopnosti musí být dlouhodobého charakteru. Hodnotí se funkční dopad zdravotního postižení uvedená v příloze č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb., v platném znění, případně o úplnou nebo praktickou nevidomost nebo o mentální postižení, definované v § 35 citované vyhlášky, a nelze funkčně srovnávat (9).

1.10.2 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely státní sociální podpory

Podmínky, za kterých se poskytují dávky státní sociální podpory, jsou upraveny v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění a ve vyhlášce č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupeň zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, v platném znění (9).

Státní sociální podporou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a poskytuje ji i při některých dalších sociálních situacích. Nárok na některé dávky státní sociální podpory a jejich výše jsou pak závislé na dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a stupni zdravotního postižení oprávněné osoby (3, 9).

Jedná se o dávky jako je sociální příspěvek, rodičovský příspěvek, zaopatřovací příspěvek a dávky pěstounské péče.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok (36). Zákonem vymezený dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je základním posudkovým kritériem. To znamená, že nezohledňuje krátkodobé a přechodné poruchy zdraví. V systému státní sociální podpory (dále jen SSP) se neodškodňuje samotné zdravotní postižení. Účelem tohoto systému je přispět vymezenému okruhu osob

s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem na zvýšené životní náklady způsobené jejich handicapem (3).

Stupeň zdravotního postižení vyjadřuje míru funkční poruchy způsobující omezení nebo znemožnění uspokojování běžných životních potřeb fyzické osoby v závislosti na věku, pohlaví a sociálních a kulturních potřebách; funkční poruchou se rozumí nedostatek tělesných, smyslových nebo duševních schopností. Stupně zdravotního postižení vyjádřené v procentech se stanoví podle druhů zdravotního postižení uvedených v příloze, která je součástí vyhlášky č 207/1995 Sb., v platném znění (25).

Rozlišujeme tři stupně zdravotního postižení pro nezaopatřené dítě:

- a) od 20 % do 49 %, považuje se nezaopatřené dítě za dlouhodobě nemocné,
- b) od 50 % do 79 %, považuje se osoba za dlouhodobě zdravotně postiženou,
- c) od 80 % do 100 %, považuje se osoba za dlouhodobě těžce zdravotně postiženou.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte se považuje dítě, jehož dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Tato nepříznivá zdravotní situace pak následně ovlivňuje normální denní způsob života dítěte zpravidla po více než tři měsíce v roce, je příčinnou opakovaných a častých vzplanutí choroby, případně i hospitalizací nebo jiného léčebného ekvivalentu (3, 25).

Při posuzování zdravotního stavu lékař ÚP vychází ze zpráv ošetřujícího lékaře a odborných lékařů a přihlíží k výsledkům vlastního vyšetření. Základem posudku je jako vždy cílená anamnéza, objektivizace zdravotního stavu posuzované osoby funkčními vyšetřeními, jejich analýza, dopad zjištěných skutečností na uspokojování běžných životních potřeb fyzické osoby v závislosti na věku, pohlaví a sociálních a kulturních potřebách (9).

1.10.3 Posuzování osoby zdravotně znevýhodněné

Stanoví se zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. Kategorie „osoba se zdravotním postižením“ podle zákona o zaměstnanosti je pojem, který má svůj význam především v oblasti pracovněprávní a v zaměstnanosti. Jeho smyslem je vytyčit zákonem určený okruh osob, které mají z důvodu závažného zdravotního postižení ztížené postavení na trhu práce a stát jim poskytuje zvýšenou pomoc nebo podporu při získávání nebo udržení zaměstnání (9).

Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen "osoby se zdravotním postižením") se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,
- c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").

Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle zákona se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění (37).

Při posuzování zdravotního stavu pro účely uznání osobou zdravotně znevýhodněnou musí lékař ÚP vycházet z lékařských zpráv a posudků vypracovaných

odbornými lékaři a zdravotním stavu občanů, přihlédne i k výsledkům vlastního vyšetření (9).

1.10.4 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely zvýšení životní úrovně vlastní prací

Stanoví se zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi a zákonem č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti.

Občanům, kteří potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pomoc, zajišťuje tuto pomoc stát. Jednou z forem této pomoci je poskytování dávky z důvodu nedostatečného příjmu podle zákona o hmotné nouzi osobám, které si vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou zvýšit příjem vlastním přičiněním a jejich základní životní potřeby nejsou zajištěny (9).

Osoba se nachází v hmotné nouzi, není-li dále stanoveno jinak, jestliže její příjem a příjem společně posuzovaných osob po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje částky živobytí, přičemž si nemůže tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním a zabezpečení jejich základních životních podmínek je tak vážně ohroženo.

Zvýšením příjmu vlastním přičiněním se rozumí zvýšení příjmu, vlastní prací, řádným uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo jiným využitím majetku.

Posouzení schopnosti osoby zvýšit si příjem vlastní prací vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu zahrnuje posouzení zdravotního stavu ve vztahu ke schopnosti započítat výdělečné činnosti u osoby nepracující, zvýšení rozsahu a intenzity výdělečné činnosti, vykonávat zaměstnání odpovídající kvalifikaci (33).

Pro účely posuzování této posudkově medicínské kategorie neexistují konkrétní posudkově medicínská kritéria uvedená v právních předpisech. Přitom závěr posudku, výrok, musí být jednoznačný. Občan si může zvýšit nebo nemůže zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací. K dosažení účelu posudkového

řízení je nutno učinit všechny kroky, které jsou vzhledem k okolnostem případu potřebné. Věc lze projednat a přijmout posudkový závěr jedině tehdy, jsou-li k dispozici podklady dostatečné pro objektivizaci zdravotního stavu a důsledky z něj vyplývající. Na základě učiněných zjištění orgán posudkové služby, pokud stanoví pracovní rekomandaci (doporučení okruhu vhodných prací), musí tuto rekomandaci vymežit jak negativním, tak pozitivním způsobem. To znamená stanovit okruh zdravotně nevhodných prací, které by mohly vést k poškození zdraví vlivem práce, a současně stanovit okruh zdravotně a kvalifikačně vhodných přiměřených prací, pracovních činností, nikoli konkrétních zaměstnání(9).

1.10.5 Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálních služeb

Stanoví se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (9).

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku (34).

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti **(34)**.

Posudková služba posuzuje stupeň závislosti na základě žádosti obecního úřadu s rozšířenou působností. Součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření provedeném sociálním pracovníkem. Sociální šetření je tedy předepsaným důkazem, bez kterého nemůže lékař ÚP stupeň závislosti posoudit. V tomto smyslu je nezbytná spolupráce obou složek, na základě jejichž činnosti je stupeň závislosti posudkovou službou stanoven. Lékař se při posuzování stupně závislosti ocitá poněkud v jiné roli. Jeho úloha spočívá v posouzení zdravotního stavu a následném zjištění, zda jde o osobu, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Ve svém posouzení přitom vychází z hodnocení sociálního pracovníka a konfrontuje jeho zjištění s funkčními poruchami podmíněnými dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

Při objektivizaci zdravotního stavu vychází lékař ÚP ze zdravotního stavu doloženého nálezy ošetřujícího lékaře, v případě pochybností o zjištěných

skutečnostech si může vyžádat provedení příslušného odborného lékařského vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení či zapůjčit zdravotnickou dokumentaci od ošetřujícího lékaře a z ní zjistit potřebné skutečnosti. Může také sám vyšetřit zdravotní stav posuzované osoby, včetně ověření schopností fyzické osoby na úradě práce nebo při návštěvě posuzované osoby v místě jejího bydliště nebo v místě, kde se zdržuje (29).

1.11 Posuzování zdravotního stavu pro účely pojistných sociálních systémů

Pojistnými systémy v rámci sociálního zabezpečení ČR jsou nemocenské a důchodové pojištění.

1.11.1 Nemocenské pojištění

Nemocenské pojištění zaměstnanců upravuje zákon 54/1956 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška 143/1965 Sb., o poskytování peněžitých dávek v nemocenském pojištění, v platném znění.

Podmínkou nároku na nemocenské je uznání dočasné pracovní neschopnosti či nařízená karanténa a účast na nemocenském pojištění v době vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

Posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení je nedílnou součástí léčebně preventivní péče ošetřujícího lékaře a vychází z právní úpravy uvedené v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v zákoně č. 528/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a vyhlášce č. 31/1993 Sb., o posuzování pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení (9).

Dočasnou pracovní neschopnost posuzuje ošetřující lékař, popřípadě příslušná okresní správa sociálního zabezpečení svým lékařem. Ošetřujícím lékařem se pro účely této vyhlášky rozumí lékař, který má občana ve své ambulantní, ústavní nebo lázeňské péči, s výjimkou lékaře záchranné služby a pohotovostní služby, a lékař závodní

preventivní péče při ošetření občana v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči (22).

Lékař uzná práce neschopným občana, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání nebo dosavadní samostatnou výdělečnou činnost, občana, který byl přijat do ústavní péče ve zdravotnickém zařízení nebo kterému byla na náklady zdravotního pojištění poskytnuta komplexní lázeňská péče, a to na celou dobu pobytu, občana, který byl jako průvodce přijat s nezletilým dítětem do ústavní péče, uchazeče o zaměstnání, jestliže pro zdravotní stav není schopen plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání nebo není schopen výkonu práce v rámci vhodného zaměstnání zprostředkovaného příslušným úřadem práce, občana, který nemůže vykonávat dosavadní zaměstnání, dosavadní samostatnou výdělečnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání pro poškození nebo ztrátu ortopedické pomůcky, a to po dobu nezbytně nutnou k její opravě nebo opatření pomůcky nové (22).

Nemocenské náleží zaměstnanci, který je uznán dočasně neschopným k výkonu svého dosavadního zaměstnání, trvá-li pracovní neschopnost déle než 3 kalendářní dny. Nemocenské se poskytuje od čtvrtého kalendářního dne pracovní neschopnosti do skončení pracovní neschopnosti nebo do uznání invalidity nebo částečné invalidity. Nemocenské se však poskytuje nejdéle po dobu jednoho roku od počátku pracovní neschopnosti (31).

Ukončení pracovní neschopnosti zpravidla provede ošetřující lékař a to tehdy, pominou-li důvody, jež k uznání pracovní neschopnosti vedly. Pracovní neschopnost může ukončit i lékař OSSZ a to tehdy, zjistí-li, že zdravotní stav posuzovaného občana nevyžaduje další trvání pracovní neschopnosti a ošetřující lékař odmítá pracovní neschopnost ukončit. V těchto případech vydá OSSZ rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti (9).

1.11.2 Důchodové pojištění

Důchodové pojištění upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění upravuje vyhláška č. 284/1995 Sb., v platném znění, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.

Dávky důchodového pojištění jsou starobní důchod, invalidní důchod, částečný invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod a sirotčí důchod.

Pro účely posouzení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pojištěnce (§ 39 odst. 3 zákona) se touto schopností rozumí schopnost pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem. Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a podle druhů zdravotního postižení jsou uvedeny v příloze č. 2, která je součástí této vyhlášky. Pro stanovení procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je nutné určit zdravotní postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Je-li těchto zdravotních postižení více, jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti 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, a to se zřetelem k závažnosti ostatních zdravotních postižení (23).

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. 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; přitom 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. Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a okruh zdravotních postižení umožňujících soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek stanoví prováděcí předpis.

Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %. Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanoví prováděcí předpis. Pojištěnec je částečně invalidní též tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Okruh zdravotních postižení značně ztěžujících obecné životní podmínky stanoví prováděcí předpis (30).

1.12 Prameny práva posudkové služby sociálního zabezpečení

Právo posudkové služby, jehož předmětem je lékařská posudková činnost v systému sociální ochrany, je součástí práva sociálního zabezpečení. Jde o součást specifickou jak obsahem právních norem, tak jejich legislativním uspořádáním. Právní normy této oblasti nejsou obsaženy v jednom či několika na sebe navazujících právních předpisech, právní úprava je naopak poměrně roztržštěná. Procesněprávní úprava posudkové služby sociálního zabezpečení je obsažena jak v právních předpisech sociálního zabezpečení, tak v obecných předpisech o správním řízení. Celkově představuje právní úprava posuzování zdravotního stavu a jeho důsledků v systému sociální ochrany jeden z nejpestřejších a nespécifitějších úseků této oblasti, protože se v ní výrazněji než na jiných úsecích sociálního zabezpečení spojují prvky právní s prvky medicínskými, sociálními a sociálněekonomickými (3).

Základními prameny práva posudkové služby sociálního zabezpečení jsou normativní akty, tj. právní předpisy. Podle platného právního stavu nalezneme právní normy pro posudkovou službu sociálního zabezpečení v ústavním zákoně, v zákonech

a ve vyhláškách ministerstev. Pokud jde o normativní smlouvy jako prameny mezinárodního práva, jde v současnosti v podstatě pouze o Smlouvu o sociálním zabezpečení mezi Českou republikou a Slovenskou republikou – dvoustrannou mezinárodní smlouvou publikovanou jako sdělení Ministerstva zahraničí věci č. 228/1993 Sb. Pokud jde o úmluvy Mezinárodní organizace práce jako vícestranné mezinárodní smlouvy (např. Úmluva o minimální normě sociálního zabezpečení č. 102, uveřejněné u nás sdělením bývalého federálního ministerstva zahraničí věci č. 461/1991 Sb.), jejich bezprostřední význam pro oblast PSSZ je poněkud omezen. Situace je v oblasti posudkové služby odlišná než např. v oblasti závodních zdravotních služeb, které jsou předmětem Úmluvy MOP č. 161 o závodních zdravotních službách, publikované vyhláškou Ministerstva zahraničí věci č. 145/1988 Sb. (14).

Pokud jde o hmotné právo posudkové služby, upravuje materiální vztahy této oblasti. Jeho jádrem je stanovení právní relace mezi zdravotním pojištěním, odvozeným obvykle (ne však vždy) od dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a určitými posudkovými kategoriemi, které vymezují zdravotní podmínku poskytování některé dávky nebo služby sociálního zabezpečení anebo benefity z některého ze systémů sociální ochrany.

Pokud jde o procesní právo posudkové služby, upravuje především oprávnění a povinnosti, vznikající v souvislosti s postupy při posuzování zdravotního stavu a jeho důsledků v sociálním zabezpečení, a to zejména v rámci posudkového řízení. Jde o úpravu právních vztahů, vznikajících v rámci těchto postupů mezi posudkovými orgány a posuzovanými osobami, popř. mezi posudkovými orgány a právníckými osobami (3, 14).

1.13 Mezinárodní srovnání

Lékařská posudková služba existuje v každé zemi s rozvinutými sociálními systémy, a to jako tzv. důvěrní lékaři, revizní lékaři, lékaři pokladen, úřední lékaři či posudkoví lékaři, kteří pracují převážně ve strukturách nemocenských, úrazových,

důchodových či sociálních pojišťoven. Jsou i začleněni do struktur státních orgánů, zajišťujících poskytování státních sociálních dávek nebo zaměstnanost. Ať je řešení jakékoli, lékaři vždy posuzují zdravotní stav a důsledky z něj vyplývající a jsou zcela oproštěni od rozhodování a poskytování dávek či služeb apod., podmíněných nepříznivým zdravotním stavem. Takové řešení umožňuje nezávislost a objektivitu posuzování, bez střetu zájmu s žadateli o dávku, správci finančních prostředků či ošetřujícími lékaři žadatelů. Nejlépe pracují takové systémy lékařských posudkových služeb, které jsou začleněny přímo ve strukturách a orgánech, které mají zájem na kvalitě a spolehlivosti jejich práce, které je mohou metodicky řídit, poskytovat vhodné pracovní podmínky i dobré finanční ocenění za vykonanou práci.

V rámci EU neexistuje jednotný model posudkové služby. Každá země a její sociální systémy vznikaly a vyvíjely se v konkrétních historických a společenských podmínkách, a proto i „národní posudkové služby a systémy“ mají své zvláštnosti, své přednosti i nevýhody. Hlavní principy, které jsou součástí všech národních posudkových systémů, zajišťují objektivní posuzování, s důrazem na funkční stránku a dynamiku, při zachování individuálního přístupu ke každému projednávanému případu (9, 1).

Pokud se osoba nachází mimo území státu, ve kterém má nárok na dávky, není zpravidla potřeba posouzení jejího zdravotního stavu důvodem k tomu, aby se musela vrátit do domovského státu. V těchto případech může stát, ve kterém osoba pobývá, vypracovat lékařskou zprávu, která bude předána státu, ve kterém má osoba nárok na dávky. Domovský stát si pak ale může vyhradit právo dát osobu vyšetřit lékařem podle vlastního výběru (19).

1.13.1 Systém posudkové služby ve Velké Británii

V Británii existuje státní pojištění. Dávkový úřad má v čele tzv. radu starších (ředitel a poradce). Tento úřad má regionální pobočky po celé zemi. Součástí uvedených poboček tvoří 13 lékařských center, ve kterých pracuje 200 posudkových lékařů

v plném pracovním úvazku, kteří posuzují a metodicky řídí ošetřující lékaře, kteří jim podávají zprávy jako podklady pro posouzení.

Vedle posudkových lékařů pracuje v lékařských centrech na 900 administrativních pracovníků. Dalších 1200 posudkových lékařů pracuje v lékařských centrech ve zkráceném pracovním úvazku. Posudkoví lékaři posuzují invaliditu, nemoci z povolání a pracovní úrazy. Zdravotnické podklady pro posouzení podávají 3000 vybraných praktických lékařů, kteří připravují podklady především pro posouzení bezmocnosti a ztížených životních podmínek.

Nastupující posudkový lékař musí projít teoretickou průpravou, jež je ukončena zkouškou. Poté absolvuje lékař praktickou přípravu, takže se zaučuje u zkušeného kolegy posudkového lékaře. Pak posuzuje zdravotní stav občanů za přítomnosti zkušeného posudkového lékaře. Poté dostane provizorní pracovní licenci na dobu určitou, po kterou je po stránce kvality posuzování podrobně sledován. Prokáže-li dostatečné znalosti a schopnosti, dostane licenci k posuzování (21).

1.13.2 Systém posudkové služby v Irské republice

V Irsku existuje povinnost všech občanů pojistit se u státu na všechny druhy nepříznivých událostí. Sociální programy nabízené Ministerstvem sociální péče pokrývají různé sociální oblasti, zejména nezaměstnanost, nedostatečné příjmy rodin s dětmi, nemocenské, invaliditu a stáří.

Posudková služby v Irsku je jednotná, což znamená, že vypracovává posudky pro potřeby všech sociálních podsystémů. V čele posudkové služby stojí hlavní lékařský poradce ministra pro posuzování a jeho zástupcem je rovněž lékař.

Na detašovaných pracovištích ministerstva pracuje celkem 19 posudkových lékařů. Všichni posudkoví lékaři vykonávají svoji posudkovou činnost celkem v 69 ordinacích po celém Irsku. Jsou tedy jakýmsi „cestujícími“ posudkovými lékaři. Základní posudkovou činnost vykonávají tzv. smluvní lékaři, kterými jsou ošetřující lékaři a odborní lékaři. Smluvní lékaři posuzují dočasnou pracovní neschopnost,

invaliditu, pracovní úrazy, zdravotní postižení osob, které přispívaly do systému sociálního pojištění. Dále posuzují zdravotní stav osob, které pro svůj těžký zdravotní stav nemohly do systému sociálního pojištění přispívat.

Celý systém posuzování zdravotního stavu je založen na schopnosti či neschopnosti občana pracovat.

Posudkoví lékaři pracující v plném úvazku musí mít nejméně 6 let praxe, zejména ve všeobecném lékařství, a musí být registrovaní v lékařské komoře. Absolvují řadu školení a kurzů na univerzitách (21).

1.13.3 Systém posudkové služby v Rakousku

V Rakousku je sociální pojištění povinné téměř pro všechny zaměstnané osoby, a tedy téměř veškeré obyvatelstvo je kryto – alespoň do určitého stupně – systémem sociálního pojištění.

Téměř všechny postupy týkající se dávek a posudků jsou stanoveny právními předpisy nebo jinou formou schválení parlamentu. Nicméně nositelé pojištění – vzhledem ke svému samosprávnému postavení – mají v rámci veřejného sektoru určitý stupeň nezávislosti.

Všechny posudkové služby fungující v procesu posuzování pracovní neschopnosti osob a jejich nároků na dávky, jakož i všechny administrativní a lékařské procedury, které je třeba dodržet, jsou stanoveny buď zákonem, upraveny stanovami nositele pojištění nebo různými závaznými směrnici. Vzhledem k výše uvedenému existuje mnoho různých posudkových služeb, které jsou zapojeny do procesu posuzování pracovní neschopnosti a rozhodování o nároku na dávky. Každý nositel pojištění má svou vlastní posudkovou službu (21).

1.13.4 Systém posudkové služby v Německu

V Německu neexistuje ústřední posudková služba pro všechny úseky systému sociálního zabezpečení a systému sociální podpory. Každý úsek si organizuje svůj posudkový systém rozdílně podle svých specifických účelů a okolností. Liší se také integrace a postavení hodnotitelů.

Každá instituce odpovídá za správnost a přesnost svých dávkových rozhodnutí. To v podstatě závisí na pružnosti a kvalitě posudkového systému a tyto rysy posilují struktury specificky zaměřené na typ pojištění, kde také vykonávají přímý vliv (21).

1.14 Evropská asociace posudkových a revizních lékařů

Evropská asociace posudkových a revizních lékařů sdružuje posudkové a revizní lékaře pracující v pojišťovnách a v sociálním zabezpečení a podle statutu EUMASS se členy mohou stát jednotliví lékaři, odborné lékařské organizace nebo instituce zaměstnávající lékaře v sociálním zabezpečení nebo pojištění.

Asociace, která nyní sídlí v Bruselu, byla založena v roce 1973 v Mnichově. Zakládací smlouvu podepsali reprezentanti Belgie, Francie, Německa, Itálie a Holandska. V následujícím roce 1974 byl uspořádán první kongres, kterého se zúčastnili lékaři z Belgie, Francie, Holandska a Německa. V dalších letech se počet členů rozšiřoval až na současných 16 členských zemí (Belgie, Česká republika, Finsko, Francie, Holandsko, Irsko, Island, Itálie, Maďarsko, Německo, Norsko, Portugalsko, Slovensko, Slovinsko, Švédsko, Velká Británie) a další země žádají o přijetí (Polsko, Španělsko).

Česká republika, zastoupená Ministerstvem práce a sociálních věcí, je členem EUMASS od r. 1999 a od roku 2000 se připojila také Česká správa sociálního zabezpečení.

Představitelem EUMASS je Rada složená ze zástupců členů jednotlivých zemí. Za MPSV se zúčastňují pravidelných zasedání Rady dva zástupci a za ČSSZ rovněž dva zástupci. Činnost Rady řídí pětičlenný výbor.

Kongres EUMASS patří mezi nejvýznamnější akce a jednotlivé členské země se pravidelně každé dva roky v pořádání střídají.

Evropská asociace posudkových a revizních lékařů prosazuje posudková hlediska v akademických a klinických studiích týkajících se lékařsko-sociálních problémů, invalidity a relevantních oblastí veřejného zdravotnictví, brání etické standardy a funkce lékařů pracujících v sociálním pojištění. EUMASS má významnou úlohu v zajištění mezinárodní výměny informací v oblasti medicíny sociálního zabezpečení, spolupráce na vědeckých studiích a zajištění přístupu široké obce posudkových a revizních lékařů k nejnovějším informacím o vývoji vědy a výzkumu v daných oborech.

Rada EUMASS zřizuje podle potřeby pracovní komise, v současné době jsou dvě, jedna z nich zpracovává modifikaci systému ICF (=International Classification of Function) pro využití v sociálním zabezpečení členských zemí EUMASS a mezinárodní srovnání sociálních systémů, druhá skupina pro taxonomii vytváří srovnávací studii o způsobu posuzování zdravotního stavu v jednotlivých členských zemích.

Organizace, jejímž znakem se stala orámovaná modrá ležatá elipsa, v níž je menší eliptické pole zlaté barvy a v něm scéna z antické mytologie – býk (Zeus), unášející Evropu, která drží v ruce Aeskulapovu hůl. Stejná hůl je v pravé části znaku. Organizace je otevřena nejen všem evropským zemím, ale v posledních letech se o spolupráci zajímají i lékaři z mimoevropských zemí, zejména ze Spojených států (asociace AADEP). Zprávy o činnosti EUMASS jsou pravidelně zveřejňovány na vlastních internetových stránkách v oficiálních jazycích EUMASS, tj. v anglické a francouzské jazykové mutaci (16).

2 Cíle práce a hypotézy

Cíle a hypotézy jsou stanoveny na základě získaných zkušeností a obsahové sekundární analýzy dat.

2.1 Cíle práce

Cílem práce je analyzovat dosavadní zkušenosti lékařské posudkové služby v pojistném a nepojistném systému.

Dílčí cíle:

Zhodnotit změny, které přinesl nový systém lékařské posudkové služby při posuzování zdravotního stavu občanů.

Zhodnotit efektivitu sociálního šetření ve vztahu k posuzování zdravotního stavu lékařem posudkové služby úřadu práce.

Zjistit spokojenost lékařů posudkové služby s informacemi o zdravotním stavu občanů získanými od ošetřujících lékařů.

Zjistit zátěž lékařů OSSZ po rozdělení lékařské posudkové služby.

2.2 Hypotézy

Hlavní hypotéza: Předpokládám, že rozdělení lékařské posudkové služby a její transformace do nepojistného systému byla efektivní.

Dílčí hypotézy:

Hypotéza 1: Předpokládám, že nový systém posudkové služby přinesl pozitivní změny v odbornosti při posuzování zdravotního stavu občanů.

Hypotéza 2: Předpokládám, že lékaři posudkové služby úřadů práce k sociálnímu šetření nepřihlíží.

Hypotéza 3: Předpokládám, že lékaři posudkové služby jsou nespokojeni s informacemi o zdravotním stavu občanů získanými od ošetřujících lékařů.

Hypotéza 4: Předpokládám, že došlo k ulehčení zátěže lékařů OSSZ po rozdělení lékařské posudkové služby.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkum byl prováděn ve Středočeském kraji za účelem zhodnocení rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systému.

K tématu byl zvolen kvantitativní výzkum, za použití metody dotazování technikou dotazníku.

Výzkum probíhal od ledna do března roku 2008. V tomto období byli osloveni lékaři nově vzniklé posudkové služby úřadu práce a lékaři posudkové služby OSSZ. Lékaři byli kontaktováni osobně nebo prostřednictvím emailové pošty s prosbou o vyplnění dotazníku.

Dotazník pro lékaře posudkové služby úřadů práce obsahoval 17 otázek (příloha 4) a dotazník pro lékaře okresních správ sociálního zabezpečení obsahoval 15 otázek (příloha 5). Typy otázek byly otevřené, polootevřené a uzavřené. Výhodou techniky dotazníku byl možný sběr dat u většího počtu respondentů s ohledem na zachování jejich anonymity.

Dotazník pro lékaře posudkové služby úřadů práce obsahoval oblasti zaměřené na identifikaci věku, délku výkonu činnosti, dále se otázky týkaly specializace v posudkovém lékařství, zda došlo k ulehčení pracovního zatížení lékařů ÚP a OSSZ, co přineslo rozdělení LPS, názory na počty smluvních lékařů a finanční ohodnocení posudkových lékařů. Otázky byly dále zaměřeny na nejnáročnější a nejproblematictější posuzování pro jednotlivé účely, na efektivitu rozdělení LPS, na výhody a nevýhody, které rozdělení LPS přineslo. Poslední otázky byly zaměřeny na kvalitu zpráv od ošetřujících lékařů a na využití zpráv sociálního šetření při posuzování zdravotního stavu občanů.

Dotazník pro lékaře okresních správ sociálního zabezpečení byl totožný s dotazníkem pro lékaře úřadů práce, pouze byl zkrácen o otázky týkající se sociálního šetření.

Ke zpracování výzkumné části jsem zvolila formu grafů. U výzkumného souboru 1 – lékaři posudkové služby úřadů práce a výzkumného souboru 2 – lékaři posudkové služby okresních správ sociálního zabezpečení jsem použila dva typy grafů, výšečový a skupinový sloupcový. Grafy výšečové jsem použila u otázek, ve kterých byla možnost volby jedné odpovědi, grafy sloupcové u otázek, kde respondenti mohli zvolit více odpovědí. U grafů výšečových jsem při znázornění vycházela z celkového počtu respondentů, což tvoří 100 %. U grafů sloupcových jsem znázornila počet odpovědí na jednotlivé možnosti v otázce. Tyto typy grafů jsem zvolila pro přehlednost a jejich vypovídací schopnost. U sloupcových grafů jsem úmyslně ponechala pomocné osy pro přesnější znázornění výše sloupce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

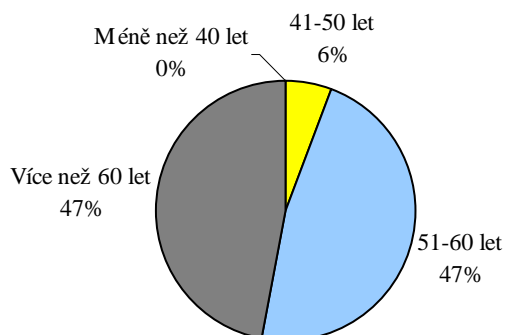
Základní soubor pro výzkum tvořili všichni lékaři posudkové služby v ČR, výběrový soubor neboli vzorek pro můj výzkum tvořili náhodně vybraní lékaři posudkové služby ve Středočeském kraji.

Celkem bylo rozdáno lékařům posudkové služby úřadů práce 40 dotazníků a lékařům posudkové služby okresních správ sociálního zabezpečení 25 dotazníků. Návratnost od posudkových lékařů ÚP byla 35 dotazníků, z toho bylo možno použít 34 (100 %) dotazníků. Návratnost od lékařů OSSZ byla 18 dotazníků, z toho bylo možno použít 16 (100 %) dotazníků.

4 Výsledky

4.1 Výzkumný soubor 1 – lékaři posudkové služby ÚP

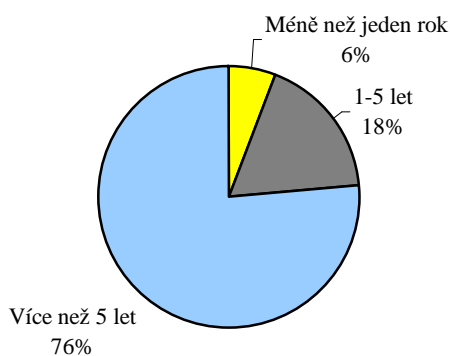
Graf 1: Rozdělení respondentů podle věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdělení respondentů podle věku. Věk méně než 40 let 0 respondentů (0 %), věk 41-50 let 2 respondenti (6 %), věk 51-60 let 16 respondentů (47 %) a věk více než 60 let 16 respondentů (47 %) (viz graf 1).

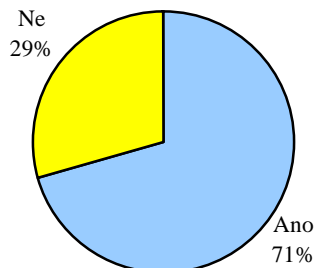
Graf 2: Délka činnosti jako posudkový lékař (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Činnost posudkového lékaře vykonávají méně než jeden rok 2 respondenti (6 %), 1-5 let 6 respondentů (18 %) a více než 5 let 26 respondentů (76 %) (viz graf 2).

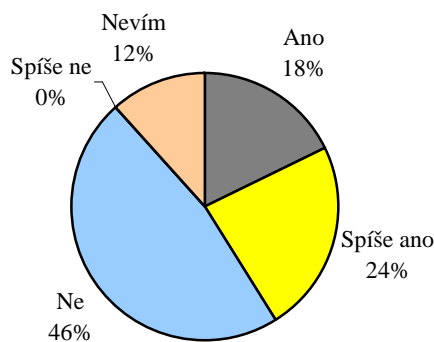
Graf 3: Specializace v posudkovém lékařství (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Specializaci v posudkovém lékařství má 24 respondentů (71 %), 10 respondentů (29 %) specializaci nemá (viz graf 3).

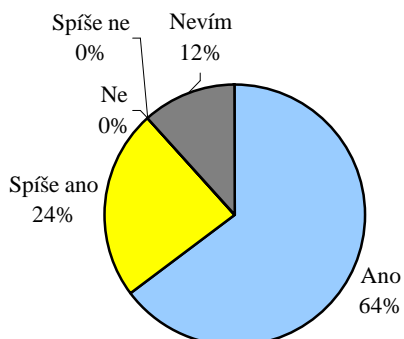
Graf 4: Názory respondentů, zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů ÚP (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů ÚP podle 6 respondentů (18 %) ano, spíše ano podle 8 respondentů (24 %), ne odpovědělo 16 respondentů (46 %), spíše ne 0 respondentů (0 %) a nevím odpověděli 4 respondenti (12 %) (viz graf 4).

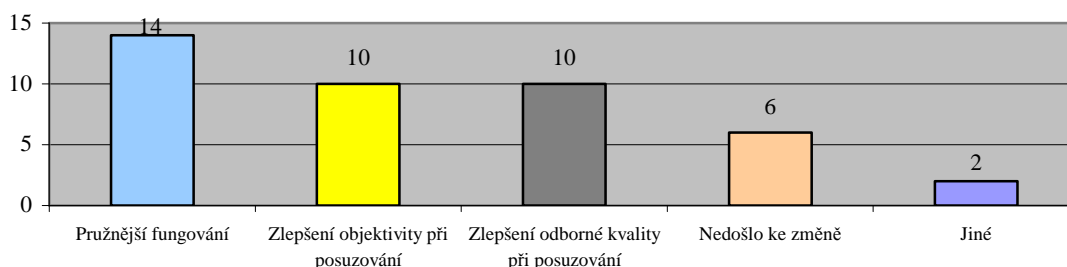
Graf 5: Názory respondentů, zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů OSSZ (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení lékařů posudkové služby OSSZ podle 22 respondentů (64 %) ano, spíše ano podle 8 respondentů (24 %), ne a spíše ne neodpověděl žádný respondent (0 %) a odpověď nevím zvolili 4 respondenti (12 %) (viz graf 5).

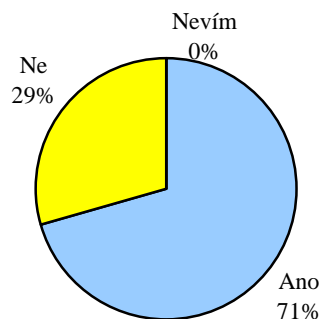
Graf 6: Rozdělení LPS přineslo (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 respondentů, kteří mohli zvolit více možností. Ve 14 případech byla zvolena možnost pružnější fungování, v 10 byla zvolena možnost zlepšení objektivitu při posuzování. Možnost zlepšení odborné kvality při posuzování byla zvolena v 10 případech, v 6 případech byla zvolena možnost nedošlo ke změně. Odpověď jiné byla zvolena ve dvou případech, respondenti uváděli zlepšení interpersonálních vztahů (viz graf 6).

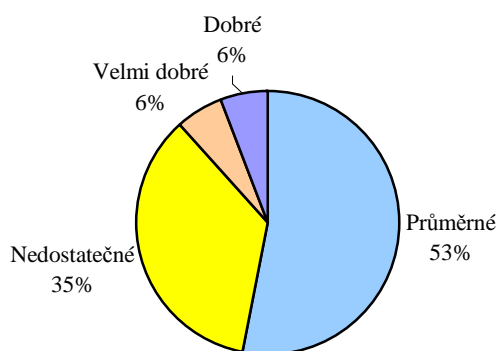
Graf 7: Názory respondentů, zda je počet smluvních lékařů dostatečný (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda je počet smluvních lékařů dostatečný odpovědělo 24 respondentů (71 %) ano, 10 respondentů (29 %) odpovědělo ne a 0 respondentů (0 %) nevím (viz graf 7).

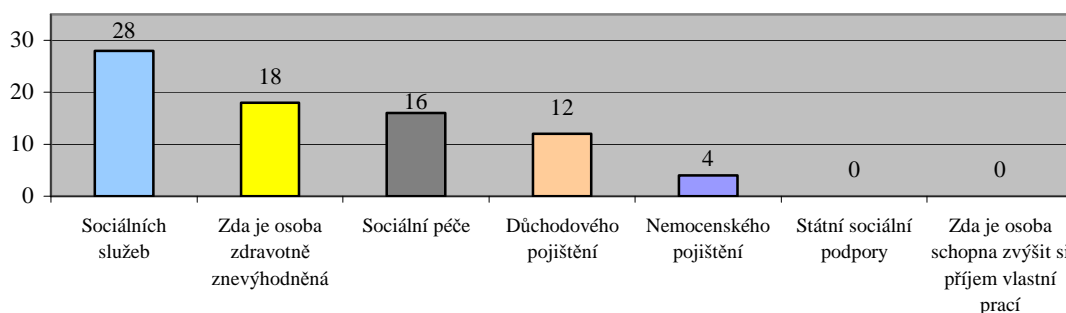
Graf 8: Finanční ohodnocení lékařů posudkové služby (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Finanční ohodnocení lékařů posudkové služby je velmi dobré podle 2 respondentů (6 %), dobré je pro 2 respondenty (6 %). Možnost průměrné zvolilo 18 respondentů (53 %) a možnost nedostatečné zvolilo 12 respondentů (35 %) (viz graf 8).

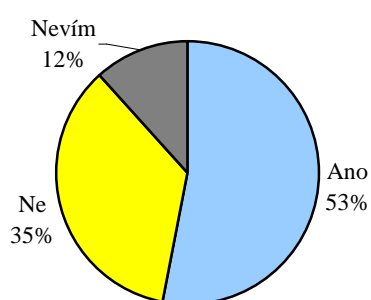
Graf 9: Posuzování zdravotního stavu je nejnáročnější a nejproblematictější pro účely (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 respondentů, kteří měli možnost zvolit více odpovědí. Možnost sociální služby byla zvolena v 28 případech, osmnáctkrát byla zvolena možnost zda je osoba zdravotně znevýhodněná. Sociální péče byla zvolena šestnáctkrát, důchodové pojištění dvanáctkrát a nemocenské pojištění čtyřikrát. Možnost státní sociální podpory a zda je osoba schopna zvýšit si příjem vlastní prací nebyla zvolena vůbec (viz graf 9).

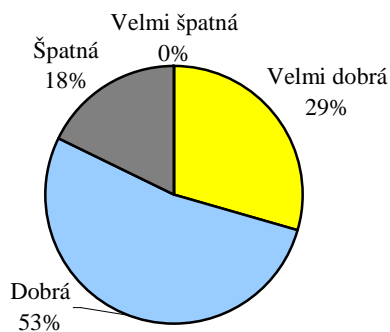
Graf 10: Názory respondentů, zda rozdělení LPS bylo efektivní (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz zda rozdělení LPS bylo efektivní odpovědělo 18 respondentů (53 %) ano, ne odpovědělo 12 respondentů (35 %) a neví zvolili 4 respondenti (12 %) (viz graf 10).

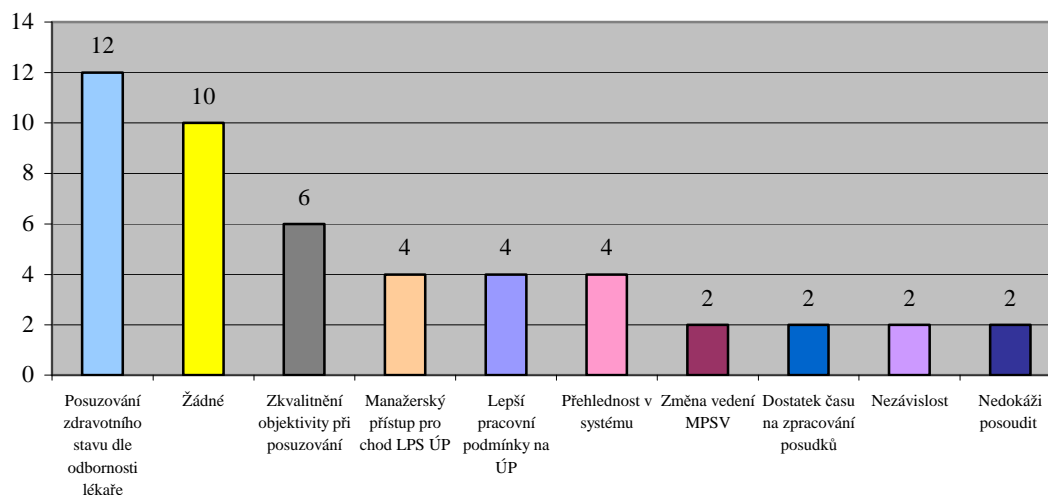
Graf 11: Spolupráce při předávání dokumentů mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Spolupráce mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP při předávání dokumentů byla podle 10 respondentů (29 %) velmi dobrá, podle 18 respondentů (53 %) dobrá, 6 respondentů (18 %) uvádí, že spolupráce byla špatná a možnost velmi špatná zvolena nebyla (viz graf 11).

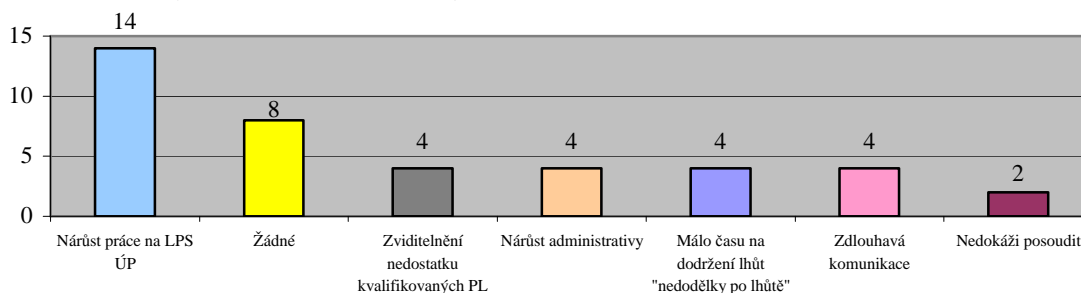
**Graf 12: Výhody, které přineslo rozdělení LPS
(v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 respondentů, kteří měli možnost napsat více odpovědí. Ve 12 případech byla zvolena možnost posuzování zdravotního stavu dle odbornosti lékaře, možnost žádné byla zvolena v 10 případech a zkvalitnění objektivitu při posuzování byla zvolena v 6 případech. Manažerský přístup pro chod LPS ÚP, lepší pracovní podmínky na ÚP a přehlednost v systému byly zvoleny vždy po čtyřech. Možnost změna vedení MPSV, dostatek času na zpracování posudků, nezávislost, a možnost nedokáží posoudit byla zvolena vždy po dvou (viz graf 12).

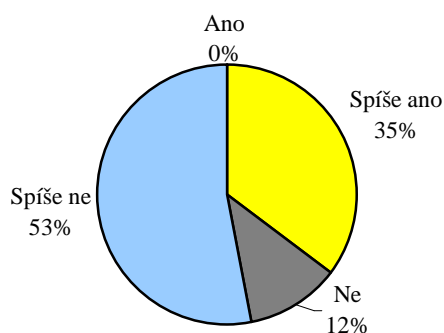
**Graf 13: Nevýhody, které přineslo rozdělení LPS
(v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 respondentů, kteří měli možnost napsat více odpovědí. Ve 14 případech napsali možnost nárůst práce na LPS ÚP, možnost žádné byla napsána osmkrát. Vždy po čtyřech odpovědích bylo zvoleno zviditelnění nedostatku kvalifikovaných PL, nárůst administrativy, málo času na dodržení lhůt „nedodělky po lhůtě“ a zdlouhavá komunikace. Dvakrát byla zvolena možnost nedokáži posoudit (viz graf 13).

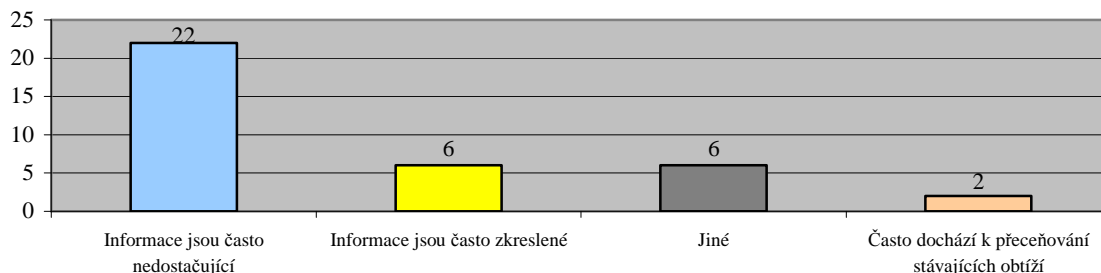
Graf 14: Názory respondentů, zda informace získané od ošetřujících lékařů jsou dostačující (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda informace získané od ošetřujících lékařů jsou dostačující, neodpověděl žádný respondent (0 %) ano, spíše ano odpovědělo 12 respondentů (35 %), možnost ne napsali 4 respondenti (12 %) a spíše ne napsalo 18 respondentů (53 %) (viz graf 14).

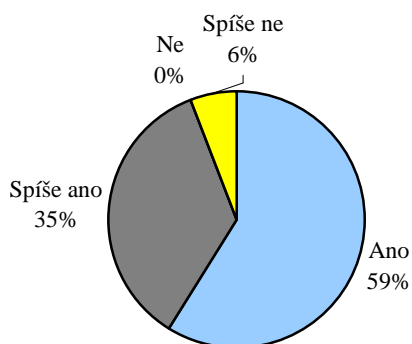
Graf 15: Důvody nespokojenosti s informacemi získanými od ošetřujících lékařů (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 22 respondentů, kteří měli možnost zvolit více možností. Možnost informace jsou často nedostačující byla zvolena dvaadvacetkrát, informace jsou často zkreslené šestkrát. Možnost jiné byla zvolena šestkrát, kde respondenti uváděli pozdní zasilání lékařských nálezů. Dvakrát byla zvolena možnost často dochází k přeceňování stávajících obtíží (viz graf 15).

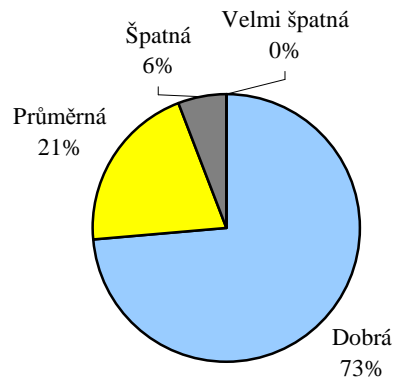
Graf 16: Při hodnocení zdravotního stavu je sociální šetření významným prvkem (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz zda je sociální šetření významným prvkem při hodnocení zdravotního stavu klienta odpovědělo 20 respondentů (59 %) ano, spíše ano odpovědělo 12 respondentů (35 %). Možnost ne nezvolil žádný respondent (0 %), spíše ne bylo zvoleno dvěma respondenty (6 %) (viz graf 16).

Graf 17: Spolupráce mezi LPS ÚP a sociálními pracovníci (v %)

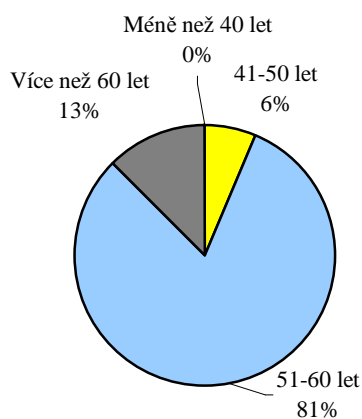


Zdroj: Vlastní výzkum

Spolupráce se sociálními pracovníci je podle 25 respondentů (73 %) dobrá, průměrná je podle 7 respondentů (21 %), možnost špatná zvolili dva respondenti (6 %), velmi špatné nezvolil žádný respondent (0 %) (viz graf 17).

4.2 Výzkumný soubor 2 – lékaři posudkové služby OSSZ

Graf 18: Rozdělení respondentů podle věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdělení respondentů podle věku. Věk méně než 40 let 0 respondentů (0 %), věk 41-50 let 1 respondent (6 %), věk 51-60 let 13 respondentů (81 %) a věk více než 60 let 2 respondenti (13 %) (viz graf 18).

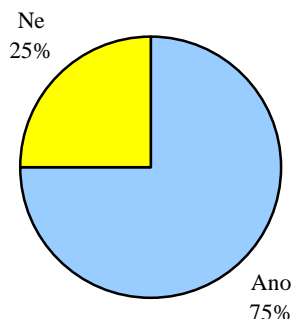
Graf 19: Délka činnosti jako posudkový lékař (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Činnost posudkového lékaře nevykonává žádný respondent (0 %) méně než jeden rok, 1-5 let 2 respondenti (13 %) a více než 5 let 14 respondentů (87 %) (viz graf 19).

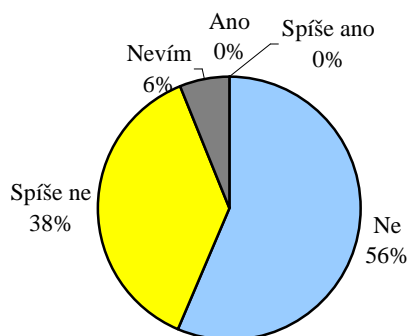
Graf 20: Specializace v posudkovém lékařství (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Specializaci v posudkovém lékařství má 12 respondentů (75 %), 4 respondenti specializaci nemají (25 %) (viz graf 20).

Graf 21: Názory respondentů, zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů ÚP (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda rozdělením lékařské posudkové služby došlo k ulehčení pracovní zátěže posudkových lékařů ÚP, neodpověděl žádný respondent (0 %) ano a spíše ano, ne odpovědělo 9 respondentů (56 %), spíše ne 6 respondentů (38 %) a nevím odpověděl 1 respondent (6 %) (viz graf 21).

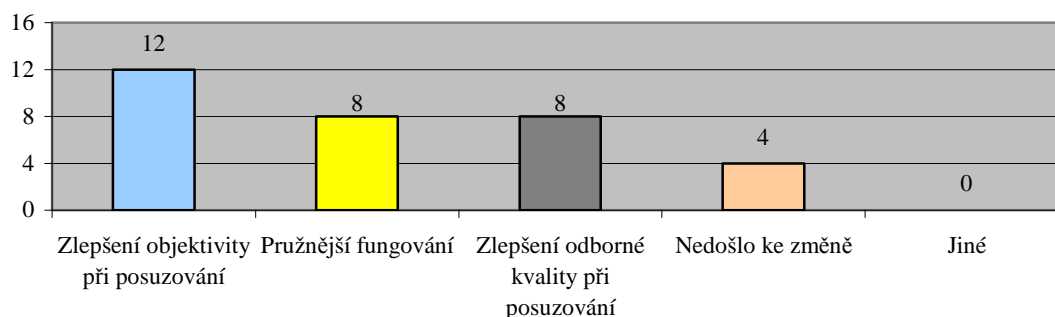
Graf 22: Názory respondentů, zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů OSSZ (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda rozdělením lékařské posudkové služby došlo k ulehčení pracovní zátěže posudkových lékařů OSSZ, odpovědělo 13 respondentů (81 %) ano, spíše ano odpověděli 3 respondenti (19 %), ne, spíše ne a nevím neodpověděl žádný respondent (0 %) (viz graf 22).

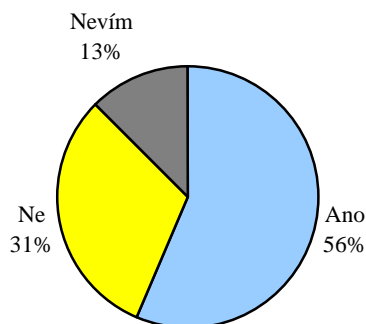
Graf 23: Rozdělení LPS přineslo (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 16 respondentů, kteří mohli zvolit více možností. Ve 12 případech byla zvolena možnost zlepšení objektivitu při posuzování, v 8 byla zvolena možnost pružnější fungování. Možnost zlepšení odborné kvality při posuzování byla zvolena v 8 případech, ve 4 případech byla zvolena možnost nedošlo ke změně. Odpověď jiné nebyla zvolena vůbec (viz graf 23).

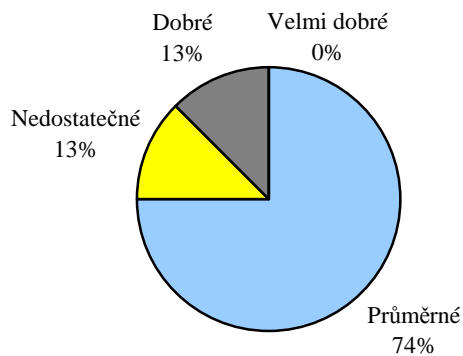
Graf 24: Názory respondentů, zda je počet smluvních lékařů dostačující (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda je počet smluvních lékařů dostačující, odpovědělo 9 respondentů (56 %) ano, 5 respondentů (31 %) odpovědělo ne a 2 respondenti (13 %) nevím (viz graf 24).

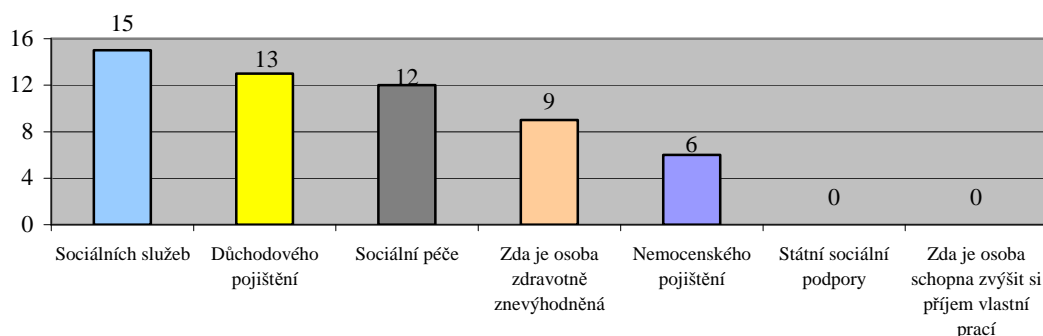
Graf 25: Finanční ohodnocení lékařů posudkové služby (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Finanční ohodnocení lékařů posudkové služby je velmi dobré podle 0 respondentů (0 %), dobré je pro 2 respondenty (13 %). Možnost průměrné zvolilo 12 respondentů (74 %) a možnost nedostatečné zvolili 2 respondenti (13 %) (viz graf 25).

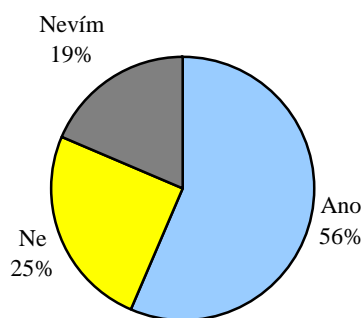
Graf 26: Posuzování zdravotního stavu je nejnáročnější a nejproblematictější pro účely (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 16 respondentů, kteří měli možnost zvolit více odpovědí. Možnost sociální služby byla zvolena v 15 případech, třináctkrát byla zvolena možnost důchodové pojištění. Sociální péče byla zvolena dvanáctkrát, zda je osoba zdravotně znevýhodněná devětkrát a nemocenské pojištění bylo zvoleno šestkrát. Možnost státní sociální podpory a zda je osoba schopna zvýšit si příjem vlastní prací nebyla zvolena vůbec (viz graf 26).

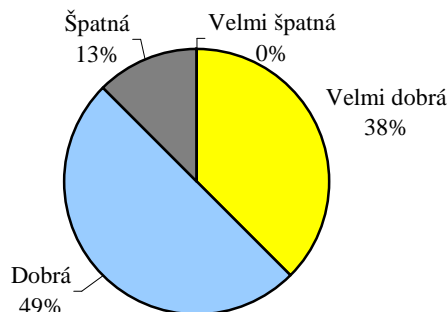
Graf 27: Názory respondentů, zda rozdělení LPS bylo efektivní (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz zda rozdělení LPS bylo efektivní, odpovědělo 9 respondentů (56 %) ano, ne odpověděli 4 respondentů (25 %) a nevíم zvolili 3 respondenti (19 %) (viz graf 27).

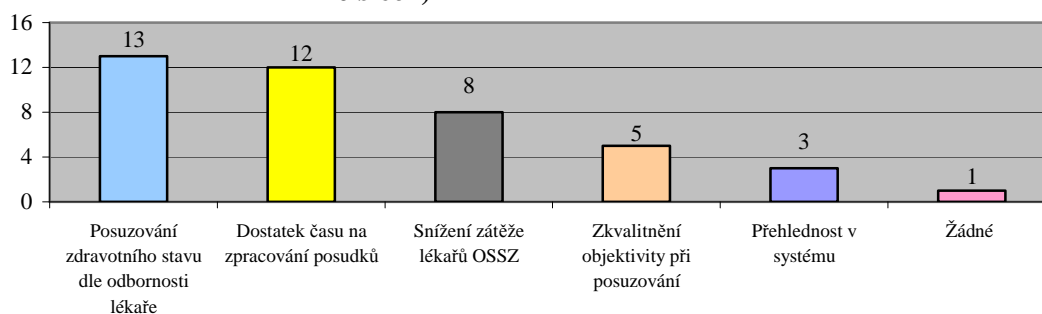
Graf 28: Spolupráce při předávání dokumentů mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Spolupráce mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP při předávání dokumentů byla podle 6 respondentů (38 %) velmi dobrá, podle 8 respondentů (49 %) dobrá, 2 respondenti (13 %) uvádí, že spolupráce byla špatná a možnost velmi špatná zvolena nebyla. (viz graf 28)

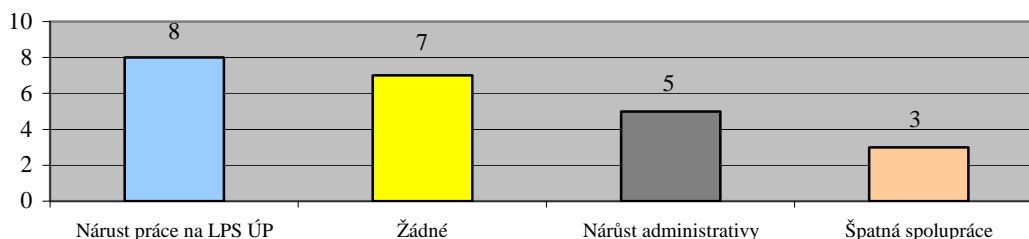
Graf 29: Výhody, které přineslo rozdělení LPS (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 16 respondentů, kteří měli možnost napsat více odpovědí. Ve 13 případech byla zvolena možnost posuzování zdravotního stavu dle odbornosti lékaře, možnost dostatek času na zpracování posudků byla zvolena dvanáctkrát, snížení zatížení lékařů OSSZ osmkrát. Možnost zkvalitnění objektivitu při posuzování byla zvolena pětkrát, třikrát přehlednost v systému a jedenkrát možnost žádné (viz graf 29).

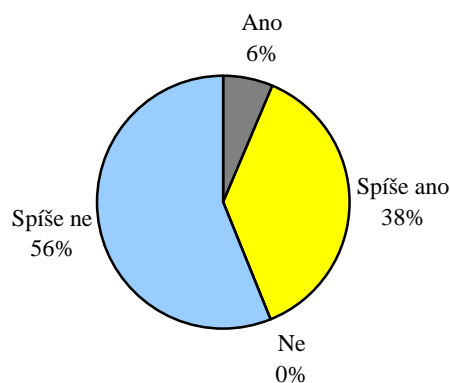
**Graf 30: Nevýhody, které přineslo rozdělení LPS
(v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 16 respondentů, kteří měli možnost napsat více odpovědí. V 8 případech byla zvolena množnost nárůst práce na LPD ÚP, v 7 případech byla zvolena možnost žádné. Nárůst administrativy byl zvolen v 5 případech a špatná spolupráce ve 3 případech (viz graf 30).

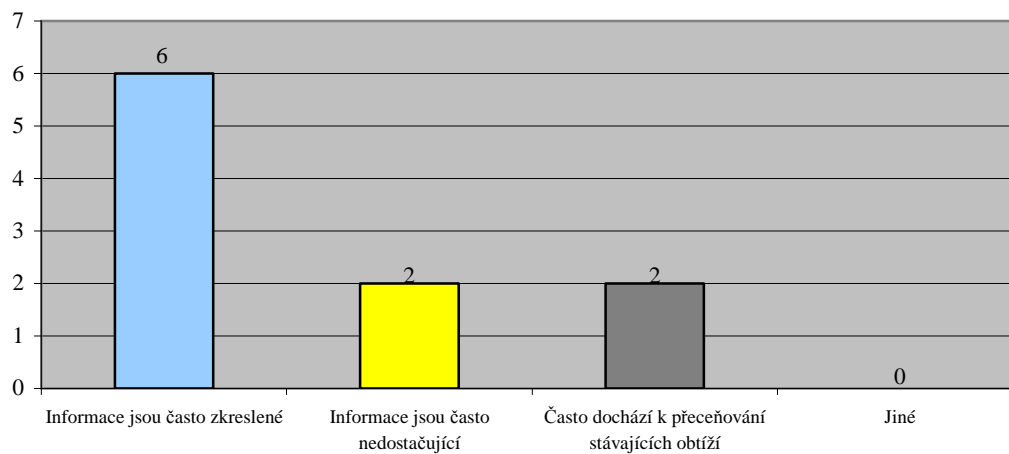
**Graf 31: Názory respondentů, zda informace získané od
ošetřujících lékařů jsou dostačující (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda informace získané od ošetřujících lékařů jsou dostačující, odpověděl 1 respondent (6 %) ano, spíše ano odpovědělo 6 respondentů (38 %), možnost ne nenapsal žádný respondent (0 %) a spíše ne napsalo 9 respondentů (56 %) (viz graf 31).

Graf 32: Důvody nespokojenosti s informacemi získanými od ošetřujících lékařů (v absolutních číslech)

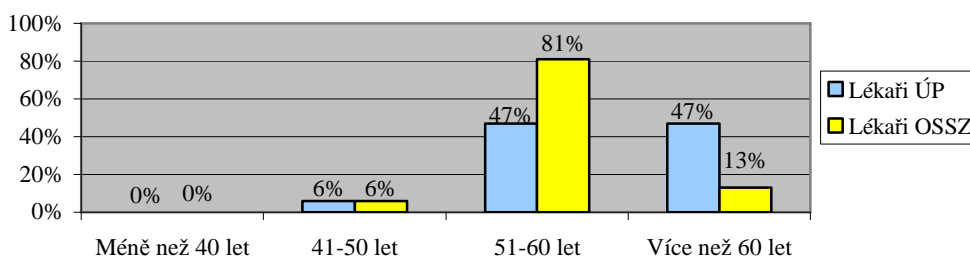


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 9 respondentů, kteří měli možnost zvolit více možností. V 6 případech byla zvolena možnost informace jsou často zkreslené, možnost informace jsou často nedostačující byla zvolena dvakrát, stejně tak jako možnost často dochází k přeceňování stávajících obtíží. Možnost jiné zvolena nebyla (viz graf 32).

4.3 Porovnání výsledků posudkových lékařů ÚP a posudkových lékařů OSSZ

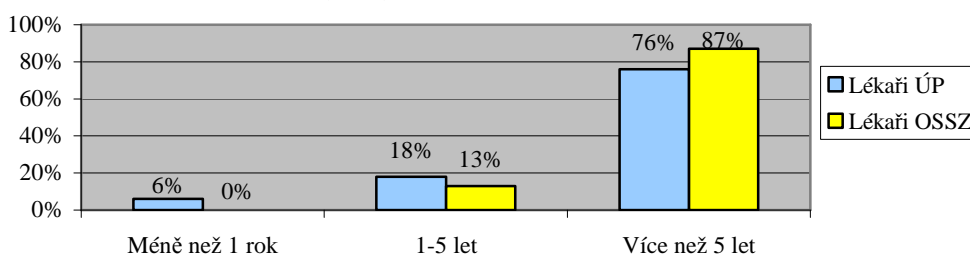
Graf 33: Porovnání věku respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Posudkových lékařů ÚP odpovídalo 34 (100 %) a posudkových lékařů OSSZ odpovídalo 16 (100 %). Méně než 40 let má 0 % lékařů ÚP a 0 % lékařů OSSZ, ve věku 41-50 let se nachází 6 % lékařů ÚP a 6 % lékařů OSSZ. Věk 51-60 let má 47 % lékařů ÚP a 81 % lékařů OSSZ, více než 60 let má 47 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ (viz graf 33).

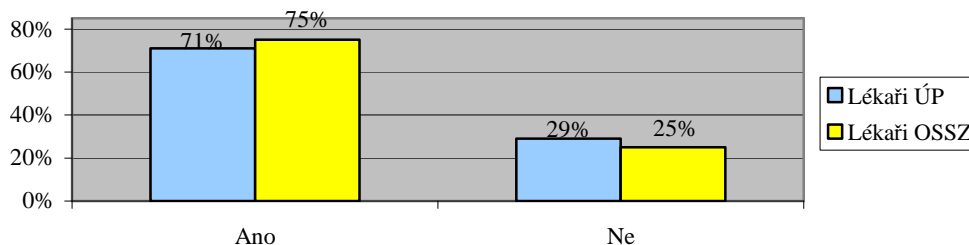
Graf 34: Porovnání délky činnosti jako posudkový lékař (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Činnost posudkového lékaře vykonává 6 % lékařů ÚP méně než 1 rok a 0 % lékařů OSSZ, 1-5 let tuto činnost vykonává 18 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ a více než 5 let ji vykonává 76 % lékařů ÚP a 87 % lékařů OSSZ (viz graf 34).

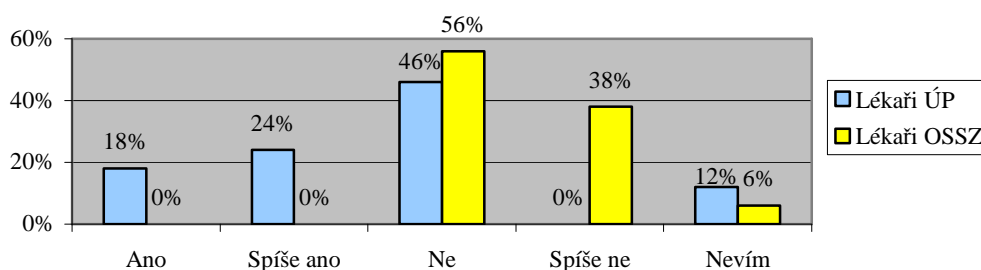
Graf 35: Porovnání zda mají lékaři specializaci v posudkovém lékařství (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Specializaci v posudkovém lékařství má 71 % lékařů ÚP a 75 % lékařů OSSZ, specializaci nemá 29 % lékařů ÚP a 25 % lékařů OSSZ (viz graf 35).

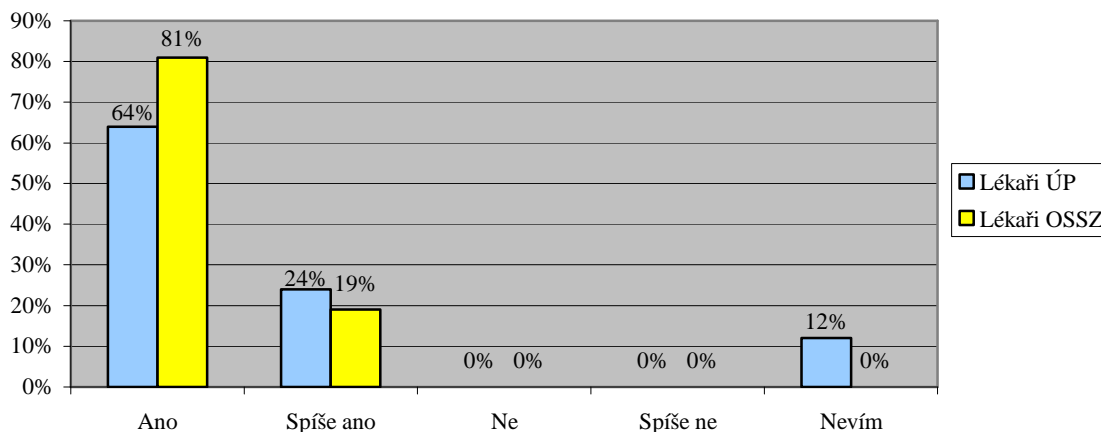
Graf 36: Porovnání názorů respondentů zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení lékařů posudkové služby ÚP (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení lékařů posudkové služby ÚP odpovědělo 18 % lékařů ÚP ano a 0 % lékařů OSSZ. Spíše ano odpovědělo 24 % lékařů ÚP a 0 % lékařů OSSZ, ne odpovědělo 46 % lékařů ÚP a 56 % lékařů OSSZ a spíše ne odpovědělo 0 % lékařů ÚP a 38 % lékařů OSSZ. Možnost nevím zvolilo 12 % lékařů ÚP a 6 % lékařů OSSZ (viz graf 36).

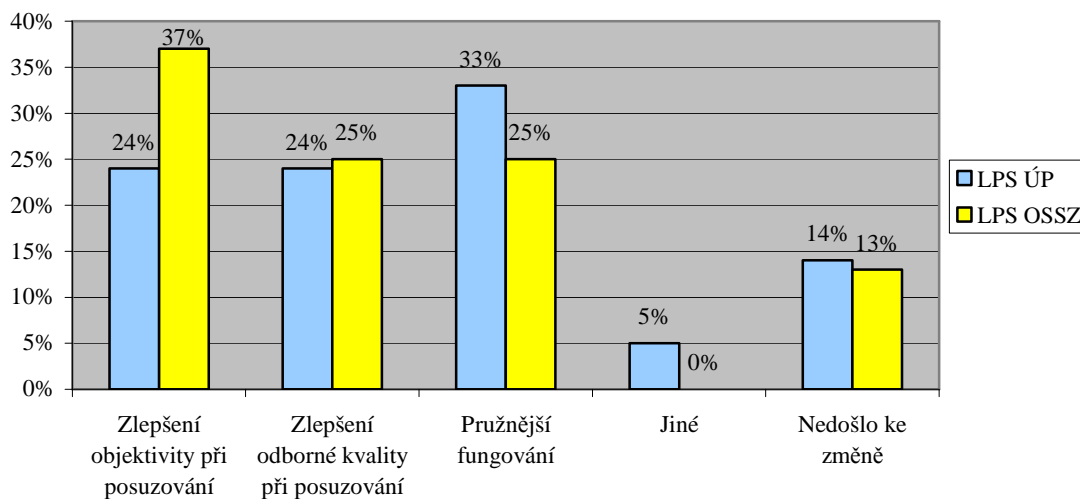
Graf 37: Porovnání názorů respondentů zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení lékařů posudkové služby OSSZ (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz zda rozdělením LPS došlo k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů OSSZ odpovědělo 64 % lékařů ÚP a 81 % lékařů OSSZ ano, spíše ano odpovědělo 24 % lékařů ÚP a 19 % lékařů OSSZ, odpovědi ne a spíše ne zvolilo 0 % lékařů ÚP a 0 % OSSZ, možnost nevím zvolilo 12 % lékařů ÚP a 0 % lékařů OSSZ (viz graf 37).

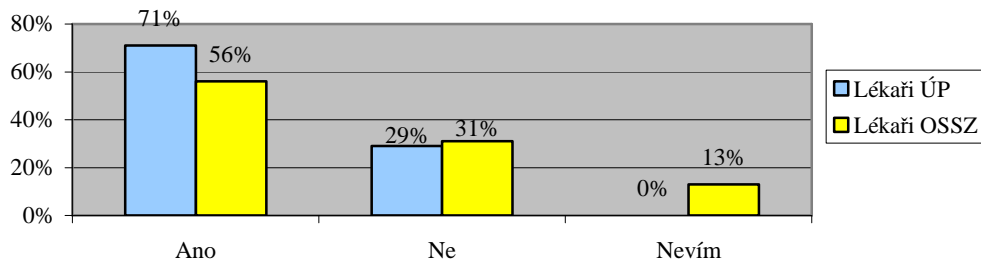
**Graf 38: Porovnáání názorů respondentů co přineslo rozdělení LPS
(v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 lékařů posudkové služby ÚP a 16 lékařů posudkové služby OSSZ, kteří měli možnost zvolit více odpovědí. Posudkoví lékaři ÚP označili celkem 42 odpovědí (100 %) a posudkoví lékaři OSSZ označili celkem 32 odpovědí (100 %). Z celkového počtu 42 odpovědí (100 %) od lékařů ÚP byla zvolena možnost zlepšení objektivitv při posuzování ve 24 % a z celkového počtu 32 odpovědí (100 %) od lékařů OSSZ byla zvolena ve 37 %. Možnost zlepšení odborné kvality při posuzování byla lékaři ÚP zvolena ve 24 % a lékaři OSSZ ve 25 %, pružnější fungování bylo zvoleno lékaři ÚP ve 33 % a lékaři OSSZ ve 25 %. Možnost jiné byla zvolena lékaři ÚP v 5 % a lékaři OSSZ byla zvolena v 0 %. Lékaři ÚP označili možnost nedošlo ke změně ve 14 % a lékaři OSSZ ve 13 % (viz graf 38).

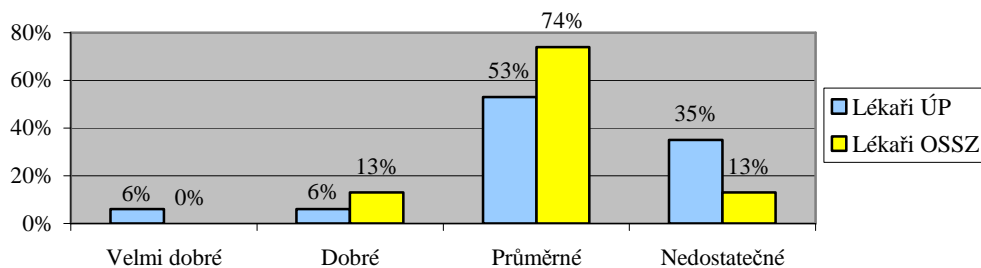
Graf 39: Porovnání názorů respondentů, zda je počet smluvních lékařů dostačující (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda je počet smluvních lékařů dostačující, odpovědělo ano 71 % lékařů ÚP a 56 % lékařů OSSZ, ne odpovědělo 29 % lékařů ÚP a 31 % lékařů OSSZ. Možnost nevím zvolilo 0 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ (viz graf 39).

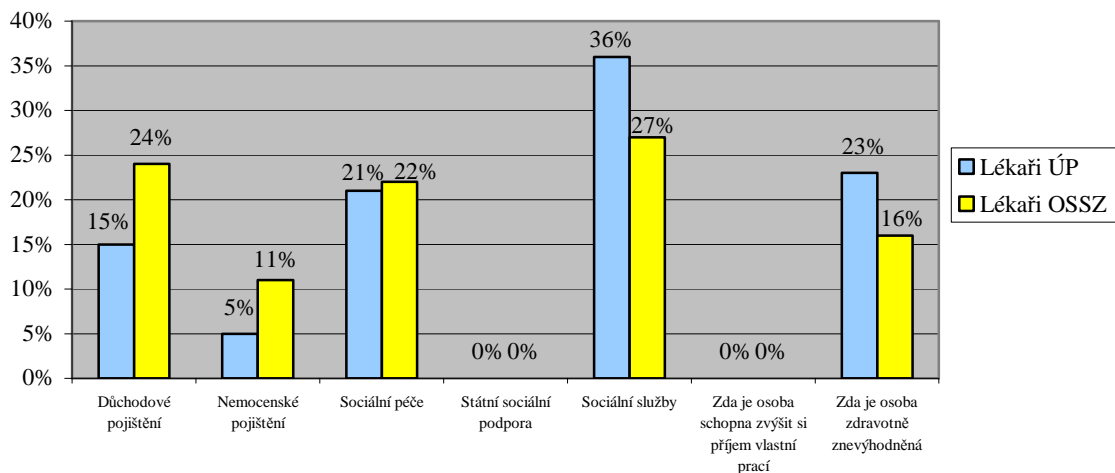
Graf 40: Porovnání názorů respondentů na finanční ohodnocení lékaře posudkové služby (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Finanční ohodnocení je podle 6 % lékařů ÚP a 0 % lékařů OSSZ velmi dobré, dobré je podle 6 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ. Možnost průměrné zvolilo 53 % lékařů ÚP a 74 % lékařů OSSZ a možnost nedostatečné zvolilo 35 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ (viz graf 40).

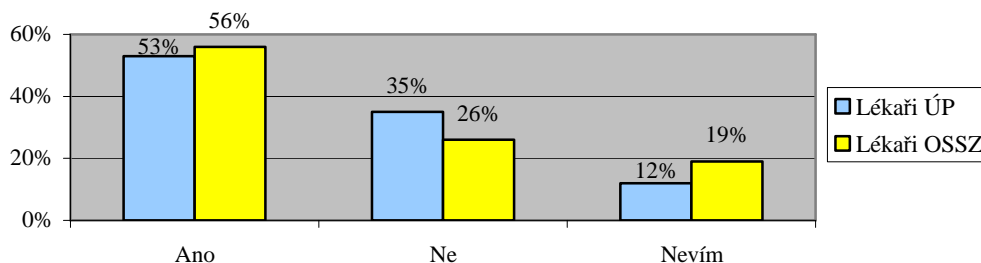
Graf 41: Porovnání názorů respondentů pro jaké účely je posuzování zdravotního stavu nejnáročnější a nejproblematičtější (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 lékařů ÚP a 16 lékařů OSSZ, kteří měli možnost zvolit více odpovědí. Lékaři ÚP označili celkem 78 odpovědí (100 %) a lékaři OSSZ 55 odpovědí (100 %). Z celkového počtu 78 odpovědí od lékařů ÚP (100 %) byla lékaři ÚP zvolena v 15 % možnost důchodové pojištění a z celkového počtu 55 odpovědí (100 %) od lékařů OSSZ byla tato možnost zvolena v 24 %. Možnost nemocenské pojištění byla zvolena v 5 % lékaři ÚP a v 11 % lékaři OSSZ, sociální péče byla zvolena lékaři ÚP ve 21 % a lékaři OSSZ ve 22 %. Lékaři ÚP a lékaři OSSZ nezvolili možnost státní sociální podpory ani jednou 0 %, možnost sociální služby byla zvolena ve 36 % lékaři ÚP a v 27 % lékaři OSSZ. Zda je osoba schopna zvýšit si příjem vlastní prací byla zvolena v 0 % lékaři ÚP a v 0 % lékaři OSSZ a možnost, zda je osoba zdravotně znevýhodněná, byla zvolena lékaři ÚP ve 23 % a lékaři OSSZ v 16 % (viz graf 41).

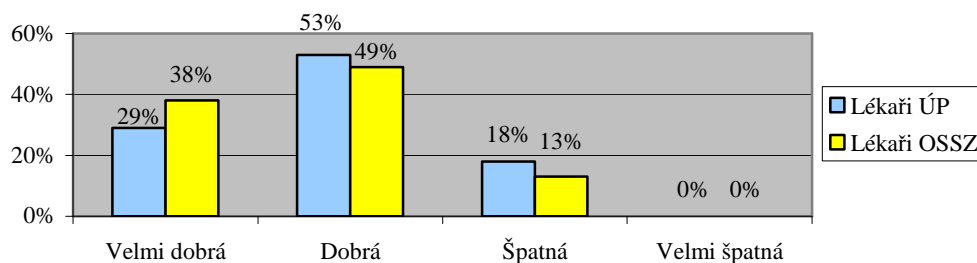
Graf 42: Porovnání názorů respondentů zda rozdělení LPS bylo efektivní (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda rozdělení LPS bylo efektivní, odpovědělo ano 53 % lékařů ÚP a 56 % lékařů OSSZ, ne odpovědělo 35 % lékařů ÚP a 26 % lékařů OSSZ, možnost nevím zvolilo 12 % lékařů ÚP a 19 % lékařů OSSZ (viz graf 42).

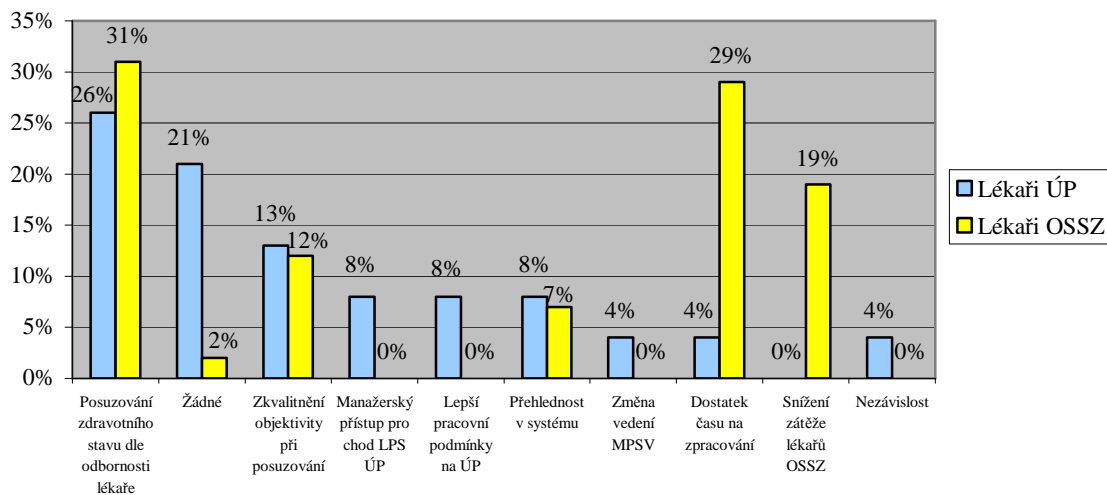
Graf 43: Porovnání spolupráce mezi OSSZ a ÚP při předávání dokumentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Při předávání dokumentů byla spolupráce lékařů ÚP a OSSZ velmi dobrá podle 29 % lékařů ÚP a podle 38 % lékařů OSSZ, dobrá byla podle 53 % lékařů ÚP a 49 % lékařů OSSZ. Špatná spolupráce byla podle 18 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ, velmi špatná spolupráce byla podle 0 % lékařů ÚP a OSSZ (viz graf 43).

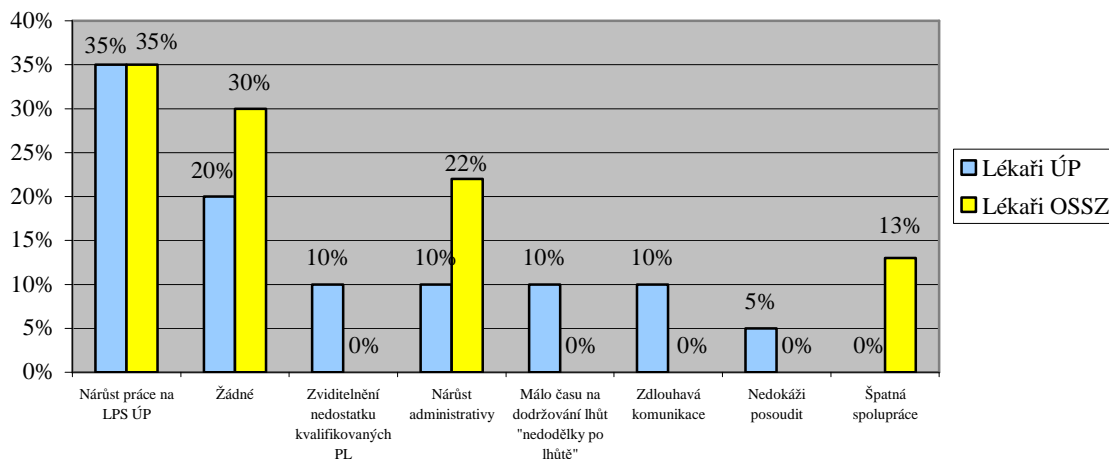
Graf 44: Porovnání názorů respondentů na výhody, které rozdělení LPS přineslo (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 lékařů ÚP a 16 lékařů OSSZ, kteří měli možnost napsat více odpovědí. Lékaři ÚP napsali celkem 48 odpovědí (100 %) a lékaři OSSZ napsali celkem 42 odpovědí (100 %). Z celkového počtu odpovědí 48 (100 %) od lékařů ÚP byla zvolena možnost posuzování zdravotního stavu dle odbornosti lékaře ve 26 % a z celkového počtu 42 odpovědí (100 %) od lékařů OSSZ byla tato možnost zvolena ve 31 %. Možnost žádné byla zvolena lékaři ÚP ve 21 % a lékaři OSSZ ve 2 %, zkvalitnění objektivit při posuzování bylo zvoleno ve 13 % lékaři ÚP a lékaři OSSZ ve 12 %, manažerský přístup pro chod LPS ÚP byl zvolen lékaři ÚP v 8 % a lékaři OSSZ nebyl zvolen vůbec 0 %. Možnost lepší pracovní podmínky na ÚP byla zvolena lékaři ÚP v 8 % a v 0 % lékaři OSSZ, přehlednost v systému byla zvolena v 8 % lékaři ÚP a lékaři OSSZ v 7 %. Změna vedení MPSV byla zvolena lékaři ÚP ve 4 %, lékaři OSSZ zvolena nebyla vůbec 0 %, možnost dostatek času na zpracování byla zvolena lékaři ÚP ve 4 % a lékaři OSSZ ve 29 %. Možnost snížení zátěže lékařů OSSZ nebyla lékaři ÚP zvolena vůbec 0 % a lékaři OSSZ v 19 %, nezávislost byla zvolena lékaři ÚP ve 4 % a lékaři OSSZ nebyla zvolena vůbec 0 % (viz graf 44).

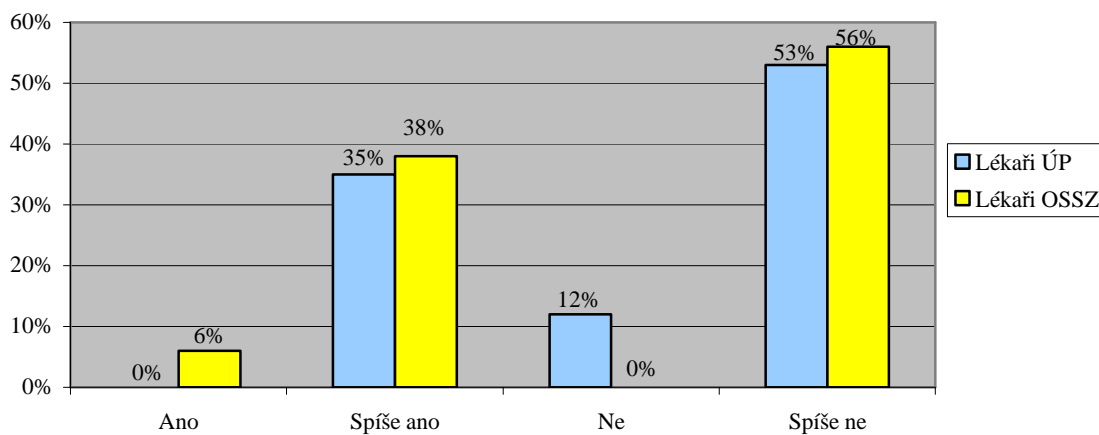
Graf 45: Porovnání názorů repondentů na nevýhody, které rozdělení LPS přineslo (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 34 lékařů ÚP a 16 lékařů OSSZ, kteří měli možnost napsat více odpovědí. Lékaři ÚP označili celkem 40 odpovědí (100 %) a lékaři OSSZ označili celkem 23 odpovědí (100 %). Z celkového počtu 40 odpovědí (100 %) označili lékaři ÚP ve 35 % možnost nárůst práce na LPS ÚP, lékaři OSSZ tuto možnost označili také ve 35 %. Možnost žádné nevýhody byla označena lékaři ÚP ve 20 % a lékaři OSSZ ve 30 %, možnost zviditelnění nedostatku kvalifikovaných PL byla označena lékaři ÚP v 10 % a lékaři OSSZ v 0 %, nárůst administrativy bylo zvoleno v 10 % lékaři ÚP a ve 22 % lékaři OSSZ. Málo času na dodržování lhůt „nedodělky po lhůtě“ bylo zvoleno lékaři ÚP v 10 % a lékaři OSSZ v 0 %, zdlouhavá komunikace byla zvolena v 10 % lékaři ÚP a lékaři OSSZ v 0 %, možnost nedokáží posoudit byla zvolena lékaři ÚP v 5 %, lékaři OSSZ v 0 %. Možnost špatná komunikace byla lékaři ÚP zvolena v 0 % a lékaři OSSZ byla zvolena ve 13 % (viz graf 45).

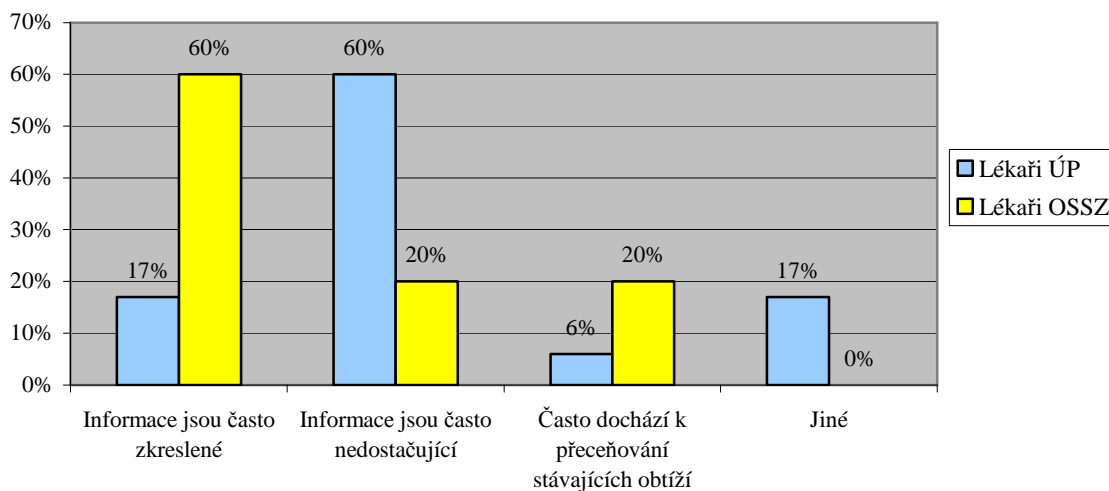
Graf 46: Porovnání zda informace získané od ošetřujících lékařů jsou dostačující (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda jsou informace od ošetřujících lékařů dostačující, odpovědělo 0 % lékařů ÚP ano, z lékařů OSSZ odpovědělo ano 6 % lékařů. Možnost spíše ano zvolilo 35 % lékařů ÚP a 38 % lékařů OSSZ, ne odpovědělo 12 % lékařů ÚP a 0 % lékařů OSSZ a možnost spíše ne zvolilo 53 % lékařů ÚP a 56 % lékařů OSSZ (viz graf 46).

Graf 47: Porovnání důvodů nespokojenosti s informacemi získanými od ošetřujících lékařů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tento dotaz odpovídalo 22 lékařů ÚP a 9 lékařů OSSZ, kteří měli možnost zvolit více odpovědí. Lékaři ÚP označili celkem 36 odpovědí (100 %) a lékaři OSSZ 10 odpovědí (100 %). Z celkového počtu odpovědí 36 (100 %) od lékařů ÚP byla možnost informace jsou často zkreslené zvolena v 17 % a z celkového počtu odpovědí 10 (100 %) od lékařů OSSZ byla tato možnost zvolena v 60 %. Možnost informace jsou často nedostačující byla lékaři ÚP zvolena v 60 % a lékaři OSSZ byla zvolena ve 20 %, možnost často dochází k přeceňování stávajících obtíží byla lékaři ÚP zvolena v 6 % a lékaři OSSZ byla zvolena ve 20 %. Možnost jiné byla zvolena v 17 % lékaři ÚP a lékaři OSSZ byla zvolena v 0 % (viz graf 47).

5 Diskuse

Výzkum přinesl řadu zajímavých podnětů pro další sledování vývoje lékařské posudkové služby.

Výzkum byl proveden za použití metody dotazování technikou dotazníku. Dotazníky vyplňovaly dvě skupiny respondentů, lékaři posudkové služby úřadů práce a lékaři posudkové služby okresních správ sociálního zabezpečení. U lékařů posudkové služby úřadů práce bylo možno použít 34 dotazníků tj. 100 % a u lékařů posudkové služby okresních správ sociálního zabezpečení bylo možno použít 16 dotazníků tj. 100 %.

MPSV sledovalo důsledně vývoj posudkové služby sociálního zabezpečení a bylo si vědomo celospolečenského významu této problematiky (10). Bylo zpracováno několik návrhů na stabilizaci situace v LPS, z nichž nejucelenější byla obsažena ve vládním návrhu zákona, kterým se mění některé zákony o sociálních službách (28). Vznik zákona o sociálních službách byl tedy využit k realizaci nového uspořádání posudkové služby, což s sebou přineslo řadu nových řešení v oblasti kompetencí, nových posudkových systémů a způsobu posuzování.

Jedním z velkých problémů oboru byl, a i po rozdělení posudkové služby zůstává, vysoký věk posudkových lékařů. Nejpočetnější skupina lékařů je ve věku 50 – 59 let (36 %) a ve věku 60 – 69 let (29 %) (33), což potvrzuje i můj výzkum. Lékařů OSSZ je ve věku 51-59 let (81 %) a ve věku 60 a více let je jich (13 %). U lékařů OSSZ se dá předpokládat, že tato vysoká věková hranice zůstala stejná i po rozdělení posudkové služby především proto, že nedošlo k personální změně lékařů na těchto pozicích, tedy nemohlo dojít ani ke změně věkové struktury lékařů. Naopak u nově vzniklé posudkové služby úřadů práce byl předpoklad, že dojde ke snížení věkové struktury posudkových lékařů vlivem především tzv. smluvních lékařů. Většina kmenových lékařů úřadů práce byla na svá místa delimitována z ČSSZ (27), kde tedy věková hranice zůstala stejná. Úřady práce navázaly podle nového systému smluvní vztahy s lékaři z resortu zdravotnictví, kde se pravděpodobně předpokládalo, že se díky těmto lékařům sníží věková hranice. Z mého výzkumu však vyplývá, že se věková

hranice nesnížila, dá se říci, že zůstala neměnná. Lékařů pracujících pro ÚP je ve věkovém rozmezí 51 – 59 let (47 %) a stejně tak je lékařů ve věku 60 a více let (47 %). Možná toto číslo zůstalo stejné i tím, že mnoho lékařů, kteří pracují jako smluvní lékaři pro ÚP, jsou lékaři již v důchodovém věku, kteří si tímto způsobem přivydělávají.

Posudkové lékařství je oborem specializačního vzdělávání ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění. Kvalifikace v oboru je nezbytným předpokladem pro samostatný výkon specializované posudkové činnosti (1). V posledních letech je však počet lékařů, kteří získávají specializovanou způsobilost v oboru posudkového lékařství, velmi malý a velké množství lékařů, kteří pracují v prvoinstanční posudkové službě tuto způsobilost nezískalo (10). To vyplývá i z mého výzkumu, kde 25 % lékařů OSSZ tuto specializaci nemá. U lékařů posudkové služby ÚP je situace podobná, u kmenového lékaře je základním předpokladem k výkonu práce kmenového lékaře atestace z posudkového lékařství, avšak u smluvních lékařů tato podmínka není. Pro smluvní lékaře byla MPSV ČR uspořádána vstupní školení, která byla věnována základním principům při posuzování zdravotního stavu občanů (13). Vzhledem k tomu, že ve výzkumu nebyli rozlišeni lékaři kmenoví a lékaři smluvní, celkem bylo 29 % lékařů ÚP, kteří nemají atestaci v posudkovém lékařství, což je pravděpodobně vyšší především díky smluvním lékařům. Řešením stávající situace je vytvořit jednotný systém vzdělávání posudkových lékařů v rámci rezortu ministerstva práce a sociálních věcí, a tak připravit a realizovat opatření vedoucí ke zvýšení počtu lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru posudkové lékařství a soustavně rozvíjet jejich odborné a zaměstnanecké schopnosti (17).

Lékaři ČSSZ posuzovali zdravotní stav nejen pro vlastní potřebu ČSSZ, ale současně podávali posudky i pro jiné orgány sociálního zabezpečení (27). To vedlo ČSSZ k požadavku jejího „obřemenění“. Rozdělením lékařské posudkové služby se posudková činnost pro účely nepojistných systémů v rozsahu 130-150 tisíc posudků ročně přesunula z kompetence OSSZ na posudkovou službu úřadů práce (10). Tímto došlo k značnému ulehčení zátěže posudkových lékařů OSSZ, což je patrné i z výsledků

výzkumu, kdy 100 % lékařů OSSZ souhlasí s tímto názorem. Stejný názor mají i lékaři ÚP a to 88 %, zbylých 12 % nedokáže zhodnotit.

Počet obsazených lékařských míst postupně klesal a pracovní zatížení na jedno lékařské místo vyjádřené množstvím vypracovaných posudků stoupal, což nepřímo ovlivňovalo provádění posudkové činnosti a její kvalitu (10). Nový systém organizace lékařské posudkové služby měl přispět ke zlepšení odborné kvality a objektivitě při posuzování zdravotního stavu a při plném využití smluvních lékařů také k pružnějšímu fungování posudkové služby. Z výzkumu vyplývá, že došlo ke zlepšení objektivitě z celkového počtu 100 % odpovědí ve 24 % odpovědí od lékařů ÚP a 37 % odpovědí od lékařů OSSZ, ve 24 % odpovědí od lékařů ÚP a 25 % odpovědí od lékařů OSSZ došlo ke zlepšení odborné kvality při posuzování a ve 33% odpovědí od lékařů ÚP a 25 % odpovědí od lékařů OSSZ došlo k pružnějšímu fungování. Lze tedy říci, že se v tomto směru rozdělení lékařské posudkové služby osvědčilo.

Dlouhodobým problémem je i nízké finanční ohodnocení lékařů posudkové služby, což činí tento obor neschopným konkurence na lékařském trhu práce (1). Je tedy zapotřebí zlepšit finanční ohodnocení lékařů. Posudkoví lékaři by za ideální považovali plat vyšší, než je mzda všeobecného lékaře (6). Z mých výsledků vyplývá, že 53 % lékařů ÚP a 74 % lékařů OSSZ považuje finanční ohodnocení za průměrné a 35 % lékařů ÚP a 13 % lékařů OSSZ považuje finanční ohodnocení za nedostatečné. Tyto výsledky se dají nadále považovat jako neuspokojivé a je třeba problematiku finančního ohodnocení posudkových lékařů i nadále řešit.

Nejnáročnější a nejproblematictější posuzování zdravotního stavu je dle výzkumu posuzování pro účely sociálních služeb (příspěvek na péči). Z celkového počtu odpovědí 100 % od lékařů ÚP to tvoří 37 % a odpovědí od lékařů OSSZ to tvoří 27 %. Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči je časově i odborně náročnější (13). U jednotlivých posudků dělá čas na jeden posudek cca 1 hodinu, u příspěvku na péči se počítá s delším časem cca 2 hodiny na jeden posudek (27).

Jednotnost posudkové služby byla sice výhodná pro možnost jednotného metodického vedení a řízení lékařské posudkové služby, ale zároveň šlo o nesystémový jev. Jeden subjekt vypracovával posudky i pro cizí subjekty, aniž by na jejich podkladě

vyplácel dávky (27). Hlavní hypotéza v práci byla, že transformace lékařské posudkové služby do nepojistného systému byla efektivní. Z výzkumu vyplývá, že tato hypotéza byla potvrzena, 53 % lékařů ÚP a 56 % lékařů OSSZ je spokojeno a myslí si, že rozdělení LPS bylo efektivní. Model víceúrovňového posuzování zdravotního stavu, který byl zaveden i u nás, úspěšně funguje v zahraničí (SRN, SR), je založen na spolupráci odborných lékařů resortu zdravotnictví s lékaři resortu práce a sociálních věcí. Potvrzení této hypotézy se dá podpořit i výsledky, které plynou z výzkumu a to výhodami, které tento systém přinesl. Jednou z nepřehlédnutelných a velmi přínosných pozitiv nového systému je posuzování zdravotního stavu dle odbornosti lékaře, z celkového počtu odpovědí 100 % tvoří právě výše uvedená výhoda 26 % z odpovědí lékařů ÚP a 31 % z odpovědí lékařů OSSZ. Jedná se především o odborníky z řad internistů, neurologů, ortopedů, chirurgů, traumatologů, psychiatrů a dalších. Tito lékaři vypracovávají s využitím své odbornosti a zkušenosti podkladové posudky o zdravotním stavu občanů, které jim přidělí kmenoví lékaři (13). Lékaři ČSSZ posuzovali zdravotní stav nejen pro vlastní potřebu ČSSZ, ale současně podávali posudky i pro jiné orgány sociálního zabezpečení (27). To vedlo ČSSZ k požadavku jejího „obtěžení“. Dle 19 % odpovědí z celkového počtu od lékařů OSSZ došlo k snížení zátěže lékařů OSSZ a dle 29 % odpovědí od lékařů OSSZ došlo k zvýšení času na posuzování. Z toho plyne, že tento požadavek byl naplněn. Další významnou výhodou nového systému je zkvalitnění objektivity při posuzování dle lékařů ÚP z celkového počtu odpovědí tvoří tato odpověď 13 % a od lékařů OSSZ 12 %. Nový systém předpokládal zlepšení objektivity při posuzování zdravotního stavu i tento předpoklad byl naplněn. V neposlední řadě se rozdělením LPS docílilo zlepšení pracovních podmínek na ÚP a přehlednost v systému.

Samozřejmě nedílnou součástí nového organizačního systému jsou nejen výhody, ale i nevýhody, které se při zavádění něčeho nového vždy objevují, a je na nich třeba pracovat. Jednou z nevýhod je nárůst práce na LPS ÚP, tuto nevýhodu uvádí 35 % lékařů ÚP z celkového počtu odpovědí a 35 % lékařů OSSZ. Nárůst práce na LPS ÚP bylo možno předpokládat, pokud došlo k odlehčení práce na OSSZ. Lékaři ÚP mají možnosti smluvních lékařů a je tedy na nich, jak si zorganizují chod práce na svém

pracovišti. V současné době je počet žádostí na ÚP a OSSZ přibližně stejný. Za další nevýhodu se může počítat nárůst administrativy 10 % z celkového počtu odpovědí od lékařů ÚP a 22 % od lékařů OSSZ. Většina lékařů se rovněž shoduje v tom, že k vyšší kvalitě práce se dospěje posílením o pracovníky na administrativní práce, což by pochopitelně vedlo ke snížení administrativní zátěže posudkových lékařů, kterou za cestu ke zkvalitnění práce považují posudkoví lékaři (6). Ostatní nevýhody se objevují v nepatrném množství a nejsou to nevýhody, které by byly problémy zásadními.

Přenesení pravomoci k posuzování zdravotního stavu osob pro účely nepojistných sociálních systémů z OSSZ na úřady práce bylo spojeno s některými nezbytnými přechodnými opatřeními v administrativní oblasti. Šlo zejména o tzv. spisovou rozlukou, týkající se posudkových spisů, vedených dosud na OSSZ. OSSZ mělo povinnost předat příslušným úřadům práce tyto spisy bezúplatně (9). Dle 29 % lékařů ÚP a 38 % lékařů OSSZ byla spolupráce při předávání velmi dobrá a dle 53 % lékařů ÚP a 49 % lékařů OSSZ byla dobrá. Tento jev může být pozitivně ovlivněn i tím, že mnoho lékařů OSSZ bylo delimitováno na místa lékařů na OSSZ, to znamená, že si dokumentaci předávali sami sobě.

Informace, které posudkoví lékaři získávají od ošetřujících lékařů, jsou pro 12 % lékařů ÚP nedostatečné a pro 53 % lékařů ÚP spíše nedostatečné, pro 56 % lékařů OSSZ jsou spíše nedostatečné. To může vycházet ze skutečnosti, že tiskopisy, do kterých ošetřující lékaři doplňují informace, jsou jasně dané a mohou být nedostatečně zpracované. Z celkového počtu odpovědí 100 % je 17 % odpovědí, že informace jsou často zkreslené a 60 % odpovědí, že jsou informace nedostačující od lékařů ÚP, z pohledu lékařů OSSZ se jedná o 60 % odpovědí, že informace jsou zkreslené a 20 % odpovědí, že informace jsou nedostačující. Předpokladem nekvalitního zpracování lékařských zpráv může být nedostatečná motivace ošetřujících lékařů k vyplňování těchto tiskopisů, nedostatek času a nekvalitně doplněné dokumentace veškerými lékařskými zprávami pacienta. Je třeba se nad tímto problémem zamyslet a pokud možno ho řešit, protože je tímto práce posudkových lékařů značně ztížena.

Sociální šetření je predepsaným důkazem, bez kterého nemůže lékař ÚP stupeň závislosti posoudit. Lékař posudkové služby vychází ve svém posouzení z hodnocení

sociálního pracovníka a konfrontuje jeho zjištění s funkčními poruchami podmíněnými dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (29). Pro lékaře ÚP je sociální šetření významným prvkem při hodnocení zdravotního stavu v 59 % a spíše je významným prvkem v 35 %, z čehož jednoznačně vyplývá, že sociální šetření má nezastupitelnou roli v posuzování zdravotního stavu. Je třeba dodat, že velmi záleží na zkušenostech sociálních pracovníků, které sociální šetření vedou. Myslím, že sociální pracovníci by měly mít dostatečné vzdělání a praxi v oblasti prací se seniory a handicapovanými klienty. Tím se lze vyhnout neobjektivnímu zpracování sociálních šetření a příliš zdlouhavému výčtu problémů klienta.

Spolupráce lékařů ÚP a sociálních pracovníků je nezbytná. Pro obě skupiny pracovníků je posuzování schopnosti zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti pro účely příspěvku na péči novou záležitostí (29). Je třeba, aby postupem času došlo k co největšímu přiblížení se hodnocení zákonem daných úkonů. 73 % lékařů hodnotí spolupráci jako velmi dobrou a 21 % jako průměrnou, což je velmi dobrý úspěch po roční spolupráci mezi oběma skupinami.

6 Závěr

Lékaři posudkové služby mají nezastupitelnou roli při posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního zabezpečení. Hlavním cílem mé práce bylo analyzovat dosavadní zkušenosti lékařské posudkové služby v pojistném a nepojistném systému. Dalšími dílčími cíli bylo zhodnotit změny, které přinesl nový systém lékařské posudkové služby při posuzování zdravotního stavu občanů, zhodnotit efektivitu sociálního šetření ve vztahu k posuzování zdravotního stavu lékařem posudkové služby úřadu práce, zjistit spokojenost lékařů posudkové služby s informacemi o zdravotním stavu občanů získanými od ošetřujících lékařů a zjistit zátěž lékařů OSSZ po rozdělení lékařské posudkové služby.

K výzkumu byla stanovena hlavní hypotéza, která byla potvrzena. Dále byly stanoveny dílčí hypotézy, z nichž tři byly potvrzeny a jedna nepotvrzena.

Hlavní hypotéza: U zkoumaného vzorku lékařů úřadů práce i lékařů okresních správ sociálního zabezpečení bylo potvrzeno, že transformace lékařské posudkové služby do nepojistného systému byla efektivní. Díky rozdělení systému došlo k zlepšení objektivitu při posuzování, k zlepšení odborné kvality při posuzování a pružnějšímu fungování v systému.

Dílčí hypotéza 1: U obou výzkumných vzorků bylo potvrzeno, že nový systém posudkové služby přinesl pozitivní změny v odbornosti při posuzování zdravotního stavu občanů. Jedná se především o odborníky z řad internistů, neurologů, ortopedů, chirurgů, traumatologů, psychiatrů a dalších. Tito lékaři vypracovávají s využitím své odbornosti a zkušenosti podkladové posudky o zdravotním stavu občanů, které jim přidělí kmenoví lékaři.

Dílčí hypotéza 2: Lékaři posudkové služby úřadů práce k sociálnímu šetření nepřihlíží. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Pro lékaře úřadů práce je sociální šetření významným prvkem.

Dílčí hypotéza 3: Lékaři posudkové služby jsou nespokojeni s informacemi o zdravotním stavu občanů získanými od ošetřujících lékařů, hypotéza byla potvrzena. Informace jsou často zkreslené a nedostačující.

Dílčí hypotéza 4: K ulehčení zátěže lékařů OSSZ po rozdělení lékařské posudkové služby došlo, hypotéza byla potvrzena. Lékaři OSSZ mají nyní více času na posuzování zdravotního stavu pro pojistný systém.

Vzhledem k výši uvedenému je možno v závěru této diplomové práce konstatovat, že rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systém bylo efektivní. Rozdělení přineslo řadu pozitivních změn v posuzování zdravotního stavu klientů. Došlo ke zkvalitnění objektivitu při posuzování a pružnějšímu fungování. Začlenění smluvních lékařů do systému přineslo možnost odborného posuzování.

V současné době se připravuje opětné sjednocení lékařské posudkové služby, která bude organizačně působit ve strukturách ČSSZ. Změny, které by mělo opětovné sloučení přinést, jsou především zaměřeny na řešení nedostatku posudkových lékařů a nedílnou součástí reformy by měla být i opatření ke zvýšení kvality podávaných posudků. Zvýšením jejich kvality se dosáhne úspor nákladů na dávky osob, jejichž zdravotní stav neodpovídá kritériím pro přiznání dávek a výhod ze sociálního zabezpečení.

Z výzkumu vyplývá a i můj osobní názor je, že pokud došlo již jednou k rozdělení posudkové služby, bylo by mnohem výhodnější stávající systém zachovat a pouze ho do budoucna vylepšovat. Vytvořit institut nezávislého posudkového lékaře, který spolupracuje se smluvními lékaři, referentkami a obcemi. Pokud dojde k opětovnému sloučení, nemyslím si, že by došlo k rozšíření řad posudkových lékařů, naopak vzhledem k vysokému věku lékařů spíše dojde k jejich odchodu do důchodu a nezůstanou žádní kvalifikovaní posudkoví lékaři.

Předpokládám, že práce by mohla sloužit jako podklad a zdroj o efektivitě či neefektivitě rozdělení lékařské posudkové služby, a dále k využití v návrzích na legislativní úpravy a k eventuálnímu využití v terénní praxi.

7 Seznam použité literatury

1. BOHÁČ, Jan. Koncepce oboru posudkové lékařství. *Revizní a posudkové lékařství*, 2006, roč. 9, č. 1, s. 15-18. ISSN 1214-3170.
2. BOJIČOVÁ, Ljijana. *Příručka pro začínající posudkové lékaře*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 63 s. ISBN 80-86552-25-X.
3. BUDILOVÁ, Alena. *Příručka pro posudkovou službu sociálního zabezpečení*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. 335 s. ISBN 80-86552-42-X.
4. BUDILOVÁ, Alena. *Slovník pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2001. 167 s. ISBN 80-86552-05-5.
5. BUDILOVÁ, Alena. *Základy posudkového lékařství pro studenty lékařských fakult*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 63 s. ISBN 80-86552-24-1.
6. ČEVELA, Rostislav – ČELEDOVÁ, Libuše. *Názory lékařů a veřejnosti na práci lékařské posudkové služby* [online]. 27.3.2008 [cit. 2008-04-05]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5244>>.
7. ČEVELA, Rostislav. Lékařská posudková činnost v sociálním zabezpečení na prahu třetího tisíciletí. *Práce a sociální politika*, 2006, roč. 3, č. 12, s. 4. ISSN 0049-0962.
8. ČEVELA, Rostislav. *Lékařská posudková služba* [online]. 14.5.2007 [cit. 2008-01-17]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4136>>.
9. ČEVELA, Rostislav. *Příručka pro posudkovou službu úřadu práce*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. 86 s. ISBN 80-86878-33-3.
10. HOŠEK, Marián. Význam posudkové služby sociálního zabezpečení. *Práce a sociální politika*, 2005, roč. 2, č. 9, s. 4. ISSN 0049-0962.
11. Integrovaný portál MPSV. *Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-01-18]. Dostupné z: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp>>.

12. Integrovaný portál MPSV. *Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany* [online]. c2002-2006 [cit. 2008-01-18]. Dostupné z: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp/vyhody>>.
13. KOČVAROVÁ, L. Reorganizace lékařské posudkové služby v roce 2006, *Revizní a posudkové lékařství*, 2007, roč. 10, č. 1, s. 29-30. ISSN 1214-3170.
14. LANGER, Radim. *Posudková služba sociálního zabezpečení: znění právních předpisů s komentářem a rejstříkem výrazů*. Praha: Linde, 1999. 370 s. ISBN 80-7201-188-X.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
16. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Evropská asociace posudkových a revizních lékařů* [online]. 15.2.2008 [cit. 2008-03-12]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5123>>.
17. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Koncepce jednotného vzdělávání posudkových lékařů rezortu MPSV* [online]. 1.2.2008 [cit. 2008-04-05]. Dostupné z: <<http://www.noviny-mpsv.cz/cs/5049>>.
18. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Lékařská posudková služba sociálního zabezpečení* [online]. 10.5.2007 [cit. 2008-01-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4051/posudkova_sluzba.pdf>.
19. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Posudková služba – podrobné informace* [online]. 1.2.2007 [cit. 2008-01-17]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/2094>>.
20. MPSV-odbor koncepce sociální zdravotní politiky. Informace o stavu posudkové služby rezortu práce a sociálních věcí.. In *Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení*. Praha: KUFŘ, 2006. s. 7-30. ISBN 80-86878-32-5.
21. Personnel. *Lékařské posudkové služby: program EU Phare, závěrečná zpráva projektu GTAF III/WP 2/03-03*. 1. vydání. Praha: Sociopress, 1997. 295 s. ISBN 80-902260-4-3.

22. Vyhláška o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení č. 31/1993 Sb. Ostrava: Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-657-3.
23. Vyhláška, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění č. 284/1995 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-570-0.
24. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení č. 182/1991 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.
25. Vyhláška, kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory č. 207/1995 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.
26. WERNEROVÁ, Julie. *Lékařská posudková služba v ČR a její reorganizace: úřady práce jako nová složka LPS* [online]. c2002-2005 [cit. 2008-01-17]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/poradna/Neschopnost/novinky_posudkove.html>.
27. WERNEROVÁ, Julie. Posudková služba úřadu práce. *Tempus medicorum*, duben 2006, roč. 15, č. 4, s. 19. ISSN 1214-7524.
28. WERNEROVÁ, Julie. Reorganizace posudkové služby sociálního zabezpečení. In *Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení*. Praha: KUFR, 2006. s. 70-73. ISBN 80-86878-32-5.
29. WERNEROVÁ, Julie. Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posuzování stupně závislosti. *Časopis sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*, 2007, č. 1, s. 40-42. ISSN 1213-6204.
30. Zákon o důchodovém pojištění č.155/1995 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 978-80-7208-635-1.
31. Zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců. č. 54/1956 Sb. Ostrava: Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-657-3.
32. Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení č. 582/1991 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-570-0.
33. Zákon o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.

34. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.
35. Zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.
36. Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-571-9.
37. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. Ostrava: Sagit, 2004. ISBN 80-7208-442-9.
38. ZVONÍKOVÁ, A. Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení. *Revizní a posudkové lékařství*, 2006, roč. 9, č. 4, s. 67-69. ISSN 1214-3170.

8 Klíčová slova

Posudková služba

Dávky sociálního zabezpečení

Úřad práce

Česká správa sociálního zabezpečení

Posuzování zdravotního stavu

Ošetřující lékaři

9 Přílohy

Příloha 1: Tiskopis T400

Příloha 2: Tiskopis T403

Příloha 3: Zdravotní postižení odůvodňující poskytování mimořádných výhod

Příloha 4: Dotazník pro posudkové lékaře ÚP

Příloha 5: Dotazník pro posudkové lékaře OSSZ

Příloha 1: Tiskopis T400

LPS Úřadu práce v



**Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu
pro účely mimořádných výhod a příspěvků sociální péče**

Vyžádáno dne:

Lhůta:

Došlo:

Posuzovaná osoba

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Bydliště:

Adresa pro doručování pošty:

Anamnéza

Osobní (u dětí a mladistvých včetně školní anamnézy – do jakého typu školy chodí, do které třídy):

Nynější onemocnění:

Subjektivní potíže:

Současná terapie:

Celkový objektivní nález (u významných poruch přiložit kopie odborných nálezů):

Výška:

Váha:

Psychický stav a duševní schopnosti (u dětí psychomotorický vývoj):

Chování (přiměřené, problémové, narušené – popsat):

Komunikace vč. řeči (přiměřená, narušená – jak):

Orientace: místem ano ne časem ano ne osobou ano ne

Paměť: přiměřená narušená

Intelekt nebo psychomotorický vývoj dítěte (psychologické vyšetření ze dne):

normální snížený IQ nebo opožděný PMV

U dětí čtení, psaní:

Zrak:

Sluch:

Celkový interní nález (především patologický, včetně event. funkčních a laboratorních nálezů):

Pohybový systém se zaměřením na funkční postižení (u stoje a chůze uvést stabilitu, potřebu ortopedických pomůcek - jakých, potřebu pomoci, u končetin a páteře uvést kloubní hybnost, deformity, ztráty a jejich rozsah, neurologický nález, tíže příp. paréz apod.):

Diagnostický souhrn:

Přiložené odborné nálezy:

**Jméno, podpis a telefon lékaře, který vyplnil tiskopis
Razítko zdravotnického zařízení**

V

dne

Zdroj: LPS ÚP Rakovník

LPS Úřadu práce v

Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu

- pro stanovení, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou
- pro stanovení stupně zdravotního postižení pro účely státní sociální podpory
- pro stanovení stupně závislosti pro účely sociálních služeb
- pro stanovení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte
- pro stanovení, zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem k svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací

Vyžádáno dne:	Lhůta:	Došlo:
Prohlídka:	zjišťovací / kontrolní	

Posuzovaná osoba

Jméno:	Příjmení:
Datum narození:	Rodné číslo:
Bydliště:	
Adresa pro doručování pošty:	
Zaměstnavatel (uvést u OZZ a zvýšení životní úrovně prací):	
Druh samostatné výdělečné činnosti (uvést u OZZ a zvýšení životní úrovně prací):	

Anamnéza (odpovídající údaje zatrhnout, PA uvést u OZZ a zvýšení životní úrovně vlast. prací)

Sociální:	
Bydlí	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> v rodině členné
<input type="checkbox"/> V bezbariérovém bytě, zařízení sociálních služeb (neuvádí se u OZZ a zvýšení životní úrovně prací)	
<input type="checkbox"/> Navštěvuje jesle, mateřskou školu nebo jiné kolektivní zařízení (jaké) třídu	
Pracovní:	
Dosažené vzdělání:	<input type="checkbox"/> základní <input type="checkbox"/> vyučen <input type="checkbox"/> středoškolské <input type="checkbox"/> vysokoškolské
Dosud pracoval jako (pro osobu zdravotně znevýhodněnou výčet vykonávaných profesí v posledních 10 letech):	
V současné době <input type="checkbox"/> nepracuje <input type="checkbox"/> pracuje jako	
Vykonává práci	<input type="checkbox"/> těžkou <input type="checkbox"/> středně těžkou <input type="checkbox"/> lehkou <input type="checkbox"/> psychicky náročnou
<input type="checkbox"/> v 1, 2, 3 - směnném provozu <input type="checkbox"/> na úvazek plný <input type="checkbox"/> částečný	
Změna zaměstnání ze zdravotních důvodů: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano - kdy, z jakého a do jakého zaměstnání:	
Rodinná a osobní:	
Nynější onemocnění:	



Hospitalizace v posledních 3 letech:

Subjektivní potíže:

Soběstačnost a péče o vlastní osobu z pohledu ošetřujícího praktického lékaře (vyplnit jen u stupně závislosti):

Potřeba pomoci nebo dohledu při soběstačnosti (např. při nákupu, vaření, mytí nádobí, péče o prádlo, nakládání s penězi):

Potřeba pomoci nebo dohledu při péči o vlastní osobu (např. při mytí, česání, přijímání potravy, čištění zubů):

Potřeba ošetřování (např. ošetření kůže, provádění cvičení, aplikace převazů, inhalací):

Současná terapie (včetně logopedie, rehabilitace, psychoterapie apod.):

Jména a adresy dalších lékařů, u kterých je žadatel v léčení (pokud jsou známy):

Celkový objektivní nález (u významných poruch přiložit kopie odborných nálezů):

Výška:

Váha:

Psychický stav a duševní schopnosti:

Chování: přiměřené problémové narušené

Komunikace: přiměřená narušená jak

Orientace: místem ano ne časem ano ne osobou ano ne

Paměť: přiměřená narušená

Intelekt: normální snížený IQ (psychologické vyš. ze dne)

Psychomotorický vývoj dítěte:

přiměřený opožděný

Psychomotorická retardace: lehká středně těžká těžká hluboká

Dítě: sedí ano ne stojí ano ne leze ano ne chodí ano ne

Řeč:

Čtení:

Psaní:

Zrak:

Sluch:

Kardiovaskulární systém:

Dýchací systém:

Zažívací systém, stav výživy, endokrinní, hematologický a imunologický systém, kůže a sliznice:

Urogenitální systém, kontinence:

Nervový a pohybový systém:

Chůze samostatná ano ne s potřebou pomůcek – jakých
 s pomocí druhé osoby
 stabilní nestabilní

Stoj samostatný ano ne s potřebou pomůcek – jakých
 s pomocí druhé osoby
 stabilní nestabilní

Horní končetiny (např. hybnost, deformity, ztráty, jemná motorika):

Dolní končetiny (např. hybnost, deformity, ztráty):

Páteř, hrudník, pánev:

Diagnostický souhrn:

Dosavadní průběh jednotlivých onemocnění, účinnost léčby a další předpokládaný vývoj:

Přiložené odborné nálezy :

**Jméno, podpis a telefon lékaře, který vyplnil tiskopis
Razítko zdravotnického zařízení**

V

dne

Zdroj: LPS ÚP Rakovník

Příloha 3: Zdravotní postižení odůvodňující poskytování mimořádných výhod

Poznámka: níže jsou uvedeny druhy onemocnění (postižení), které opravňují nemocného k získání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P. Není-li zde onemocnění uvedeno, provádí se srovnání omezení pohyblivosti nebo orientace dle níže uvedených podmínek.

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné funkční omezení horní končetiny (např. na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b) anatomická ztráta jedné dolní končetiny od kloubu Lisfrankova (art. metatarso-tarsální) výše,
- c) podstatné funkční omezení jedné dolní končetiny (např. na podkladě těžké parézy),
- d) zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- e) pakloub kosti holenní,
- f) ztuhlost kolenního nebo kyčelního kloubu,
- g) stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s dobrou nebo mírně porušenou funkcí operované končetiny,
- h) postižení cév dolní končetiny s těžkými trofickými změnami a se závažnou poruchou krevního oběhu, příp. varikosní komplex obou dolních končetin s obdobným postižením,
- ch) záchvatová onemocnění spojená se ztrátou vědomí dostavující se alespoň několikrát měsíčně.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- a) vrozené nebo získané defekty odpovídající stavům po amputaci v obou bércích nebo (u jednostranného postižení) v kloubu kolenním a výše,
- b) funkční ztráta jedné dolní končetiny, např. na podkladě úplného ochrnutí (plegie) této končetiny,
- c) současné amputační ztráty podstatných částí jedné dolní a horní končetiny,
- d) těžší funkčně významné parézy dvou končetin,
- e) pakloub stehenní kosti,
- f) stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny,
- g) stavy po úrazech nebo nemocech páteře s následnými těžkými poruchami hybnosti,
- h) těžké obliterace cév dolních končetin s výrazným trofickým postižením a s výrazným funkčním postižením hybnosti,
- ch) těžké kyfokoliózy spojené s kardiopulmonální nedostatečností,
- i) vady a nemoci srdce s prokázanou chronickou oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě,
- j) objektivně prokázaná dechová nedostatečnost těžkého stupně,
- k) pokročilá stadia Bechtěrevovy nemoci (počínaje IV. stadiem),
- l) úplná nebo praktická hluchota,
- m) chronické vady a nemoci interního charakteru trvale značně ztěžující pohybovou schopnost.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- a) anatomická nebo funkční ztráta dvou končetin,
- b) současné ztuhnutí páteře i velkých kloubů v konečném stadiu Bechtěrevovy nemoci,
- c) závažné mentální postižení stupně imbecility nebo idiocie,
- d) úplná nebo praktická slepota obou očí,
- e) úplná nebo praktická hluchota u dětí do skončení docházky do základní školy,
- f) trvalé nebo dlouhodobé těžké multiorgánové selhávání, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti občana.

4. U nemocí a vad neuvedených v této příloze, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, se funkční postižení porovnává s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

Zdroj: Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.

Příloha 4: Dotazník pro posudkové lékaře ÚP

Dobrý den,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma „**Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního zabezpečení**“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro zpracování diplomové práce.

Při vyplňování prosím zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za trpělivé vyplnění

Bc. Helena Sobotková

1. Věk:

- méně než 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- více než 60 let

2. Činnost posudkového lékaře vykonáváte:

- méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- více než 5 let

3. Máte specializaci v posudkovém lékařství?

- ano
- ne

4. Došlo podle Vás rozdělením LPS k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů úřadu práce?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

5. Došlo podle Vás rozdělením LPS k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů okresních správ sociálního zabezpečení?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

6. Rozdělením do pojistného a nepojistného systému došlo podle Vás? (lze zaškrtnout více možností):

- ke zlepšení objektivitity při posuzování
- ke zlepšení odborné kvality při posuzování
- k pružnějšímu fungování
- jiné
- nedošlo ke změně

7. Je podle vás počet smluvních lékařů dostačující?

- ano
- ne
- nevím

8. Finanční ohodnocení lékaře posudkové služby je:

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- nedostatečné

9. Za nejnáročnější a nejproblematičtější považujete posuzování zdravotního stavu pro účely (lze zaškrtnout více možností):

- důchodového pojištění
- nemocenského pojištění
- sociální péče
- státní sociální podpory
- sociálních služeb
- zda je osoba schopna zvýšit si příjem vlastní prací
- zda je osoba zdravotně znevýhodněná

10. Myslíte si, že rozdělení lékařské posudkové služby na pojistný a nepojistný systém bylo efektivní?

- ano
- ne
- nevím

11. Spolupráce mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP byla při předávání dokumentů:

- velmi dobrá
- dobrá
- špatná
- velmi špatná

12. Jaké výhody podle Vás přineslo rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systému?

-
-
-
-

13. Jaké nevýhody podle Vás přineslo rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systému?

-
-
-
-

14. Jsou pro Vás informace získané od ošetřujících lékařů dostačující?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

Pokud jste odpověděl(a) ne, spíše ne vyplňte otázku č.15, pokud Vaše odpověď byla ano, spíše ano pokračujte vyplňováním otázky č.16.

15. Pokud nejste spokojen, proč? (možnost zaškrtnout více možností)

- informace jsou často nedostačující
- informace jsou často zkreslené
- často dochází k přeceňování stávajících obtíží klienta
- jiné.....

16. Je pro Vás sociální šetření významným prvkem při hodnocení zdravotního stavu klienta?

- ano
- spíše ano

- ne
- spíše ne

17. Jak hodnotíte Vaši spolupráci se sociálními pracovníci, které vedou sociální šetření:

- dobrá
- průměrná
- špatná
- velmi špatná

Zdroj: Vlastní dotazník

Příloha 5: Dotazník pro posudkové lékaře OSSZ

Dobrý den,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma „**Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního zabezpečení**“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro zpracování diplomové práce.

Při vyplňování prosím zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za trpělivé vyplnění

Bc. Helena Sobotková

1. Věk:

- méně než 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- více než 60 let

2. Činnost posudkového lékaře vykonáváte:

- méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- více než 5 let

3. Máte specializaci v posudkovém lékařství?

- ano
- ne

4. Došlo podle Vás rozdělením LPS k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů úřadu práce?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

5. Došlo podle Vás rozdělením LPS k ulehčení pracovního zatížení posudkových lékařů okresních správ sociálního zabezpečení?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nevím

6. Rozdělením do pojistného a nepojistného systému došlo podle Vás? (lze zaškrtnout více možností):

- ke zlepšení objektivitity při posuzování
- ke zlepšení odborné kvality při posuzování
- k pružnějšímu fungování
- jiné
- nedošlo ke změně

7. Je podle vás počet smluvních lékařů dostačující?

- ano
- ne
- nevím

8. Finanční ohodnocení lékaře posudkové služby je:

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- nedostatečné

9. Za nejnáročnější a nejproblematictější považujete posuzování zdravotního stavu pro účely (lze zaškrtnout více možností):

- důchodového pojištění
- nemocenského pojištění
- sociální péče
- státní sociální podpory
- sociálních služeb
- zda je osoba schopna zvýšit si příjem vlastní prací
- zda je osoba zdravotně znevýhodněná

10. Myslíte si, že rozdělení lékařské posudkové služby na pojistný a nepojistný systém bylo efektivní?

- ano
- ne
- nevím

11. Spolupráce mezi lékaři OSSZ a lékaři ÚP byla při předávání dokumentů:

- velmi dobrá
- dobrá
- špatná
- velmi špatná

12. Jaké výhody podle Vás přineslo rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systému?

-
-
-
-

13. Jaké nevýhody podle Vás přineslo rozdělení lékařské posudkové služby do pojistného a nepojistného systému?

-
-
-
-

14. Jsou pro Vás informace získané od ošetřujících lékařů dostačující?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

Pokud jste odpověděl(a) ne, spíše ne vyplňte otázku č.15, pokud Vaše odpověď byla ano, spíše ano pokračujte vyplňováním otázky č.16.

15. Pokud nejste spokojen, proč? (možnost zaškrtnout více možností)

- informace jsou často nedostačující
- informace jsou často zkreslené
- často dochází k přeceňování stávajících obtíží klienta
- jiné.....

Zdroj: Vlastní dotazník