

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Invalidizace v důsledků postižení podpůrného a pohybového aparátu
v okrese České Budějovice v roce 2007**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:
doc. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D.**

**Autor:
Danuše Kohoutová**

2009

Abstract

Název práce: Invalidizace v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007.

Invalidita je v našem pojetí chápána nejen jako omezení pracovní schopnosti způsobující ztrátu na výdělku a možnosti ekonomické činnosti, ale často je v ní obsažen i aspekt společenský. Jednu z nejčastějších příčin vzniku invalidit představuje ztráta nebo pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku postižení pohybového aparátu. Velmi důležitá je zde problematika posuzování zdravotního stavu hlavně z hlediska zajištění určité provázanosti posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k schopnosti pracovního začlenění a zhodnocení zachované pracovní schopnosti. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat skupinu občanů požadujících přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007 a následně vyhodnotit vliv věku, fyzické práce a vzdělání na počet těchto žadatelů. Byly stanoveny tři hypotézy: 1. lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé starší 55 let, 2. lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé fyzicky pracující a 3. lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé s nižším vzděláním. K získání potřebných informací jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu sekundární a obsahové analýzy dat. Výběrový vzorek byl ze základního souboru získán metodou náhodného výběru. Veškeré informace byly čerpány z písemných dokladů, aniž bylo provedeno osobní šetření u sledovaných osob. Po rozboru a vyhodnocení dat nebylo v případě první hypotézy prokázáno její potvrzení, neboť žadatelé o přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu nebyly starší 55 let. Druhá i třetí hypotéza se jednoznačně potvrdily. 84,8% sledovaných žadatelů je fyzicky pracujících a 79,73% sledovaných žadatelů má nižší vzdělání. Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření by bylo zajímavé a také přínosné zaměřit se na zmapování invalidity vzhledem k těmto skupinám žadatelů ještě z hlediska jejich sociální situace a začlenění na trhu práce.

Abstract

Title of the thesis: Disablement due to the musculoskeletal disorders in České Budějovice District in 2007.

Disability is considered in our environment to be not only work ability limitation resulting in the loss of income and reducing the opportunities of economic activities, but also to include a social aspect. One of the most frequent causes of disabilities is the loss or reduction of capability to perform systematic gainful activities due to the musculoskeletal system impairment. Issues of health evaluation are very important especially with regard to providing certain connection between the assessment of health state and work ability in relation to the capability of job assignments and evaluation of preserved work ability. The aim of the bachelor thesis was to investigate a group of citizens applying for disability pension due to the musculoskeletal system impairment in České Budějovice District in 2007 and consequently to evaluate the impact of age, physical work and education on the number of such applicants. Three hypotheses have been established: 1. People applying for disability pension approval due to the musculoskeletal system impairment are mostly elderly people more than 55 year old, 2. People applying for disability pension approval due to the musculoskeletal system impairment are mostly people having manual labour, and 3. People applying for disability pension approval due to the musculoskeletal system impairment are usually of lower education level. To obtain necessary information, I have chosen a quantitative research, the method of secondary and content analysis of data. Selected sample from the basic group of population has been chosen using a method of random selection. All information has been sourced from written documents without the necessity of personal interviewing with observed people. Analysis and evaluation of data obtained have shown that the first hypothesis was not confirmed since the applicants for disability pension due to the musculoskeletal system impairment were not over the age of 55. The second and third hypotheses have been confirmed unambiguously. 84.8% of observed applicants work manually and 79.73% of observed applicants have lower level of education. Regarding the results of the research survey, it would be interesting

and beneficial to focus on investigating the disability of these groups of applicants in relation of their social situation and job market engagement.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Invalidizace v důsledků postižení podpůrného a pohybového aparátu v v Českých Budějovicích v roce 2007“ 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 bakalářské 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 dne 11. 4. 2009

Danuše Kohoutová

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce doc. JUDr. Vilému Kahounovi, Ph.D. za inspiraci a čas strávený odborným vedením při zpracování bakalářské práce. Poděkování za obětavou pomoc patří i zaměstnancům ČSSZ pracoviště České Budějovice a lékařům posudkové služby na OSSZ České Budějovice za jejich cenné rady a náměty.

Obsah:

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Systém sociálního zabezpečení	10
1.1.1 Orgány sociálního zabezpečení	11
1.1.2 Principy sociálního zabezpečení	11
1.2 Právní úprava a principy důchodového systému	12
1.3 Aplikace koordinačních nařízení v oblasti důchodového pojištění	14
1.4 Druhy důchodů z důchodového pojištění	15
1.5 Konstrukce výpočtu důchodu	15
1.6 Pojem invalidita	17
1.6.1 Definice pojmu invalidita	20
1.6.2 Posuzování zdravotního stavu	22
1.6.3 Invalidní důchod	23
1.6.3.1 Plný invalidní důchod	23
1.6.3.2 Invalidní důchod v mimořádných případech	27
1.6.3.3 Částečný invalidní důchod	28
1.6.4 Invalidní důchod a výdělečná činnost	31
1.7 Lékařská posudková služba	31
1.7.1 Pojem lékařská posudková služba	31
1.7.2 Funkce lékařské posudkové služby	32
1.7.3 Činnost lékařské posudkové služby	33
1.8 Invalidita v důsledku postižení pohybového aparátu	37
2 Cíl práce a hypotézy	43
2.1 Cíl práce	43
2.2 Hypotézy	43
3 Metodika	44
3.1 Použitá metodika	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	44

4	Výsledky	46
	4.1 Interpretace výsledků	46
5	Diskuze	52
6	Závěr	55
7	Seznam použitých zdrojů	57
8	Klíčová slova	60
9	Přílohy	61

ÚVOD

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

Snížení nebo ztráta pracovní schopnosti má nepříznivý dopad nejen na jednotlivé občany, ale ovlivňuje i sociální postavení jejich rodin a tím působí negativně i na celou společnost. Vzhledem k tomu, že v jakékoliv nepříznivé životní situaci, ať již v současnosti či v budoucnosti, se může ocitnout každý z nás, je oblast sociální politiky a jejích subsystemů stále aktuálnějším tématem. Okruh otázek se velmi dynamicky vyvíjí v závislosti na změnách v pracovních i životních podmínkách a celkovém vývoji dané společnosti. Právě veškeré společenské změny vyvolávají potřebu existence dobrého a fungujícího sociálního systému.

Právo na sociální zabezpečení je zakotveno v mezinárodních úmluvách, kterými je Česká republika vázána, a dále v Listině základní práv a svobod, která tvoří součást ústavního pořádku České republiky.

Společenská péče spočívá v pomoci státu občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny, a kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku nemohou sami překonat nepříznivé životní situace. Jedná se o pomoc poskytovanou státem z jeho prostředků formou sociálních podpor, dávek a služeb, a to mimo rámec účasti na pojištění, dětem, rodinám a dalším potřebným osobám.

Problémy financování sociálního zabezpečení, posuzování zdravotního stavu a zaměstnanosti se prolínají s úrovní a rozvojem každé společnosti. Toto úzce souvisí se zdravím a na pevném zdraví závisí výkonnost obyvatel v pracovním procesu.

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku ztráty nebo poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu, neboť představuje jednu z nejčastějších příčin vzniku invalidity.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Systém sociálního zabezpečení

Sociální zabezpečení je někdy chápáno velmi úzce, jen jako například nemocenské a důchodové pojištění, v širším smyslu sem zahrnujeme zejména zabezpečení při ztrátě zaměstnání, zdravotní péči nebo pomoc v tíživé životní situaci.

Obsah sociálního zabezpečení poprvé vymezila úmluva č. 102 z roku 1952 přijatá Mezinárodní organizací práce.

Sociální zabezpečení poskytuje lidem pomoc v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. (38)

Nejčastějšími nástroji systému sociálního zabezpečení jsou:

- sociální pojištění,
- sociální zaopatření (podpora),
- sociální pomoc,
- sociální služby.

Právní úpravu organizace a provádění sociálního zabezpečení obsahuje zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1992. Sociální zabezpečení podle tohoto zákona zahrnuje úkoly orgánů sociálního zabezpečení, úkoly zaměstnavatelů a povinnosti občanů při provádění sociálního zabezpečení a dále řízení ve věcech důchodového pojištění, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Nově přestává upravovat procesní a další otázky nemocenského pojištění. Právní úprava této problematiky je obsažena výhradně v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální pojištění je povinný systém, který umožňuje občanům připravit se částečným odkladem finančních prostředků v době ekonomické aktivity na řešení takových sociálních událostí jako je stáří, ztráta zaměstnání, nemoc krátkodobá i dlouhodobá, úmrtí životního partnera (manžela/manželky), úmrtí živitele (rodiče),

úraz. Stát proto organizuje systém, do kterého občané v době ekonomické aktivity vkládají finanční prostředky, které jsou následně využívány k řešení těchto sociálních situací. Občan se tak ve většině případů povinně, za určitých situací i dobrovolně, pojišťuje proti případné budoucí ztrátě nebo poklesu svého příjmu. Dalším, kdo přispívá do tohoto systému, jsou zaměstnavatelé.

Z prostředků pojistného je zajišťována výplata peněžitých dávek v případě ztráty výdělků v důsledku nemoci nebo mateřství – ze systému nemocenského pojištění, a dále ve stáří, při invaliditě a úmrtí občana – ze systému důchodového pojištění. (8)

Dále je z prostředků sociálního pojištění financována státní politika zaměstnanosti, tj. aktivní umísťování občanů na trhu práce nebo jejich rekvalifikace a poskytování dávek nezaměstnaným. Tyto úkoly zabezpečuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) prostřednictvím úřadů práce.

1.1.1 Orgány sociálního zabezpečení

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Česká správa sociálního zabezpečení

Okresní správy sociálního zabezpečení

Ministerstvo vnitra

Ministerstvo spravedlnosti

Ministerstvo obrany

1.1.2 Principy sociálního zabezpečení

Systém sociálního zabezpečení je založen teoreticky na dvou principech, zabezpečovacím a pojistném.

V právní úpravě založené na principu zabezpečovacím na straně jedné a pojistném na straně druhé lze nalézt rozdíly jak v hmotně právní úpravě systému dávek a podmínek nároků na tyto dávky, tak ve způsobu financování celého systému. Princip zabezpečovací, kde nefunguje přímá vazba mezi finančními vstupy a výstupy systému a princip pojistný, kde existuje přímá vazba mezi plněním pojistné povinnosti a realizací dávkových nároků. V souvislosti s tím můžeme hovořit i o sociální solidaritě,

resp. o míře jejího uplatnění, která se nám do obou systémů prolíná. Sociální solidaritou se rozumí míra participace jednotlivých subjektů, které jsou účastníky sociálního systému (občanů a pojištěnců), na důsledcích objektivním právem předvídaných sociálních událostí. (3)

1.2 Právní úprava a principy důchodového systému

Důchodové pojištění má v České republice dlouholetou tradici a patří mezi nejdůležitější úseky sociálního zabezpečení. Základním hmotně právním předpisem, který upravuje nároky z důchodového pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele, je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Ke schválení tohoto zákona došlo dne 30. června 1995 a účinnosti nabyl dnem 1. ledna 1996.

Od roku 1996 je základní důchodové pojištění založeno na těchto principech:

1. *jednotná úprava* – pro jednotlivé skupiny pojištěnců platí jednotné zásady pro nároky na důchody a jejich výpočet. To platí i pro cizince, kterým vzniknou stejné nároky ze základního důchodového pojištění jako ostatním pojištěncům, a to při splnění stejných podmínek.
2. *povinná účast* – při splnění stanovených podmínek je systém povinný pro všechny ekonomicky aktivní osoby. To například znamená, že občan se nemůže vyvázat z důchodového pojištění (podat žádost o vynětí ze systému) a přestat platit pojistné, a to i kdyby měl dostatečné příjmy k zajištění svého stáří. Na druhé straně je umožněna i dobrovolná účast na systému, např. osobám ekonomicky neaktivním nebo osobám pracujícím v nesmluvní cizině apod.
3. *obligatornost dávek* – při splnění zákonných podmínek vzniká občanovi právní nárok na dávku z důchodového pojištění. Dobrovolné dávky důchodové pojištění neupravuje.

4. *zajištění soudní ochrany* – v rámci správního soudnictví se uplatňuje soudní přezkum rozhodnutí plátců důchodů. V prvním stupni je přitom příslušný již krajský soud.
5. *státní garance* – důchody z důchodového pojištění jsou zajišťovány a zaručovány státem, neboť výdaje na důchodové pojištění jsou součástí výdajů státního rozpočtu, přičemž pojistné na důchodové pojištění se vede na samostatném účtu státního rozpočtu. Důchodové pojištění je prováděno státními orgány.
6. *zásluhovost* – na důchodové pojištění se platí stanovené pojistné, které je určeno z příslušného vyměřovacího základu, který pak slouží ke stanovení základu pro výpočet důchodu. Při výpočtu však dochází stanoveným způsobem k redukci, princip zásluhovosti je tedy uplatňován v omezené míře.
7. *solidarita* – v důchodovém pojištění se uplatňuje jednak princip solidarity pojištěnců s vyššími příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a jednak princip solidarity osob ekonomicky aktivních s osobami, které pobírají důchody (mezigenerační solidarita). Vybírané pojistné se průběžně spotřebovává, slouží k úhradě vyplácených důchodů (tzn., že důchodové pojištění je založeno na průběžném financování).
8. *sociální aspekt* – pro systém důchodového pojištění je charakteristický široký okruh náhradních dob pojištění, tj. dob, za které pojištěnec neplatí pojistné na důchodové pojištění, a přesto se mu tyto doby započítávají pro účely důchodového pojištění.
9. *dynamičnost* – řada prvků konstrukce výpočtu důchodu se každoročně upravuje s přihlédnutím k ekonomickému vývoji.
10. *ochrana nabytých práv* – projevuje se především při přijímání nových právních norem, kdy většinou v jejich přechodných ustanoveních je uzákoněno zachování těch nároků na dávky, které již byly získány podle předchozích předpisů, a to i když dávky ještě nebyly přiznány.(10)

1.3 Aplikace koordinačních nařízení EU v oblasti důchodového pojištění

Do provádění důchodového pojištění se promítl i vstup České republiky do Evropské unie v roce 2004. Český důchodový systém se nemění, pouze je nutno respektovat koordinační nařízení, která jsou nadřazena nejen vnitrostátním právním předpisům, ale i uzavřeným mezinárodním bilaterálním smlouvám. V oblasti důchodového pojištění se aplikují nařízení Rady (EHS) č. 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství a nařízení Rady (EHS) č. 574/72 stanovující postup provádění nařízení Rady (EHS) č. 1408/71.

Koordinace je založena na čtyřech základních principech:

- *rovné zacházení*, tzn. migrující osoby užívající stejných výhod jako státní příslušníci dotyčného státu;
- *aplikaci právního řádu jediného státu*, která spočívá v tom, že migrující osoba může podléhat právním předpisům pouze jednoho členského státu;
- *sčítání dob pojištění*, které má velký význam v důchodovém pojištění, neboť pro získání nároku na důchod lze přihlídnout k dobám pojištění získaných v jiných členských státech;
- *zachování nabytých práv*, z čehož vyplývá, že migrující osoby mají nárok na výplatu důchodu nejenom ve státě, kde získaly na něj nárok, ale od kteréhokoliv jiného členského státu.

Pro koordinaci národních systémů starobních, invalidních a pozůstalostních důchodů se používá tzv. *metoda dílčích důchodů*. To znamená, že celkový důchod se skládá z jednotlivých dílčích důchodů, jejichž výše odpovídá době pojištění v jednotlivých členských státech, kde žadatel o důchod pracoval (byl pojištěn). (24)

1.4 Druhy důchodů z důchodového pojištění

Ze základního důchodového pojištění se poskytují tyto důchody:

- starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu),
- plný invalidní,
- částečný invalidní,
- vdovský a vdovecký,
- sirotčí.

Důchody můžeme rozdělit na dvě skupiny:

- důchody *přímé*, tj. důchody starobní, plné invalidní a částečné invalidní
- důchody *odvozené*, tj. důchody vdovské, vdovecké a sirotčí (tzv. pozůstalostní).

Rozdíl mezi přímými a odvozenými důchody je ten, že důchody přímé se vyměřují v závislosti na dobách pojištění a výši výdělků (výpočtového základu) oprávněného, zatímco odvozené důchody (jejich procentní výměra) se stanoví z přímého důchodu (resp. procentní výměry), který pobíral zemřelý nebo na který by měl nárok.

Jsou-li současně splněny podmínky nároku na výplatu více důchodů téhož druhu nebo na výplatu starobního důchodu, plného invalidního nebo částečně invalidního důchodu, vyplácí se jen jeden důchod, a to vyšší.

1.5 Konstrukce výpočtu důchodu

Konstrukce výpočtu důchodů je dvousložková:

- první složku tvoří *základní výměra*, která je jednotná pro všechny druhy důchodů,
- druhou složku tvoří *procentní výměra*, jejíž výše je rozdílná podle délky doby pojištění a výše příjmů dosažených v rozhodném období před přiznáním důchodu.

System neobsahuje žádná omezení výše důchodu stanovená pevnou částkou nebo procenty (pokud nebereme v úvahu redukci vyměřovacího základu při výpočtu důchodu), avšak v zájmu ochrany pojištěnců je stanovena minimální výše procentní výměry, a to částkou 770 Kč měsíčně (u částečného invalidního důchodu činí tato částka 385 Kč měsíčně).

Prvky konstrukce výpočtu důchodu:

- rozhodné období, z něhož se zjišťují příjmy pro výpočet důchodu,
- vyměřovací základ,
- všeobecný vyměřovací základ,
- přepočítací koeficient pro úpravu naposledy stanoveného všeobecného vyměřovacího základu,
- koeficient nárůstu všeobecného vyměřovacího základu,
- osobní vyměřovací základ a
- výpočtový základ.

Rozhodným obdobím je v důchodovém pojištění časový úsek, z něhož se zjišťují hrubé příjmy z výdělečné činnosti, tj. období 30 kalendářních roků bezprostředně před rokem přiznání důchodu. Tohoto cílového stavu však bude dosaženo postupně. V případě důchodů přiznávaných v prvním roce účinnosti zákona o důchodovém pojištění (tj. v roce 1996) bylo rozhodné období desetileté, určené roky 1986 až 1995. Za každý další rok účinnosti zákona o důchodovém pojištění se toto desetileté období prodlužuje o jeden rok.

Ročními vyměřovacími základy jsou skutečně dosažené vyměřovací základy za jednotlivé kalendářní roky rozhodného období, vynásobené tzv. koeficientem nárůstu všeobecného vyměřovacího základu.

Výši *všeobecného vyměřovacího základu* za kalendářní rok stanoví vláda nařízením do 30. září následujícího kalendářního roku, a to ve výši průměrné měsíční mzdy zjištěné Českým statistickým úřadem za kalendářní rok. Jeho výše přitom nesmí

být nižší než výše všeobecného vyměřovacího základu za bezprostředně předcházející kalendářní rok.

Přepočítací koeficient se stanoví jako podíl průměrné měsíční mzdy zjištěné Českým statistickým úřadem za první pololetí kalendářního roku, který o jeden rok předchází roku přiznání důchodu, a průměrné měsíční mzdy zjištěné Českým statistickým úřadem za první pololetí kalendářního roku, který o dva roky předchází roku přiznání důchodu. Výši přepočítacího koeficientu stanoví vláda nařízením do 30. září kalendářního roku, ve kterém stanoví všeobecný vyměřovací základ.

Osobní vyměřovací základ je měsíční průměr úhrnu ročních vyměřovacích základů pojištěnce za rozhodné období. Z rozhodného období, z něhož se zjišťují příjmy pro výpočet důchodu, se vylučují některé zákonem stanovené doby, tzv. doby vyloučené, takže nedojde k jeho "rozmělnění".

Výpočtový základ se zjistí redukcí osobního vyměřovacího základu. Hranice redukce stanovuje vláda nařízením, a to vždy od 1. ledna. (2)

Můžeme říci, že konstrukce výpočtu je dynamická a určitým způsobem zohledňuje obecný mzdový vývoj.

Všechny dávky důchodového pojištění jsou nárokové (tzn. při splnění zákonem stanovených podmínek je na ně nárok) a přezkoumatelné soudem.

1.6 Pojem invalidita

Pojmu invalidita se užívá v nejrůznějších souvislostech v praxi i v různých vědních oborech, takže jde zároveň o pojem medicínský, ekonomický, sociologický a právní. Medicínská kategorie invalidity tradičně vycházela především ze souvislosti mezi nemocí a možnostmi jejího léčení. V tomto pojetí se invalidní jeví ten, koho nelze vyléčit. Ekonomický pohled na invaliditu je především zaměřen na životní situaci postiženého i jeho rodiny. Zároveň se jedná o událost vysoce společensky závažnou, která se projeví i v ekonomice sociálního pojištění. Z právního hlediska musí být splněny podmínky stanovené platnou právní úpravou.

Právní úprava invalidity vychází v podstatě ze tří základních koncepcí, které bývají také určitým způsobem kombinovány anebo řešeny v různých mezistupních invalidity plné nebo částečné.

- 1) *Koncepce fyzické invalidity* klade důraz na hledisko snížených či vymizelých fyziologických vlastností člověka; vyzdvihuje tedy druh a stupeň zdravotního postižení a důsledky změn zdravotního stavu hodnotí způsoby, v nichž ekonomické a profesní důsledky dlouhodobého zdravotního postižení postrádají relevanci.
- 2) *Koncepce profesionální (stavovské) invalidity* klade důraz na dosavadní povolání před vznikem invalidity a někdy i na zdravotní způsobilost k obdobnému zaměstnání v určitém oboru či odvětví; vyzdvihuje tedy hodnocení změn v profesním životě osoby se zdravotním postižením.
- 3) *Koncepce všeobecné invalidity* klade důraz na hodnocení příčinné souvislosti dlouhodobého zdravotního postižení a nemožnosti uplatnit se v jakémkoli zaměstnání; tato koncepce usiluje o stimulaci zájmu osoby se zdravotním postižením o pracovní uplatnění, přiměřené jejímu zdravotnímu stavu (tj. o využití její zbývající pracovní schopnosti – validity) tím, že za invalidního považuje v zásadě jen toho, kdo nemůže pro své dlouhodobé zdravotní postižení vykonávat za obvyklých podmínek jakékoli soustavné zaměstnání. (13)

Vliv nemoci, úrazu, zdravotního postižení na celkový stav jedince jako celku, jeho biopsychosociální pohodu je v současné době z posudkového hlediska určován především funkční diagnózou, tj. celkovými funkčními schopnostmi fyzickými, psychickými a smyslovými, s přihlédnutím k výtěžným činnostem, které vykonával předtím, než k poklesu soustavné výtěžné činnosti došlo, k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem. Při určování poklesu soustavné výtěžné 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 schopnosti pojištěnce, zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován a schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti než dosud vykonával.

Dokud možnosti léčebné a pracovní rehabilitace nebyly nijak zvláště rozvinuté, invalidita jako ztráta nebo omezení schopnosti soustavné výdělečné činnosti, kterou se dnes rozumí schopnost pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, v mnoha případech znamenala trvalé vyřazení pracovníka z pracovního procesu a tím jeho plnou závislost na prostředcích sociálního zabezpečení. Ke značnému pokroku došlo v oblasti rehabilitace a tím se otevřela možnost poměrně značnému počtu invalidních osob zařadit se znovu do pracovního procesu. Zároveň postupně došlo k přehodnocení dosavadního nazírání na postavení invalidních osob.

V našem systému důchodového pojištění existují následující typy invalidity:

- *plná invalidita* – jestliže z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pojištěncova schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %,
plná invalidita tzv. fyzická v případě, že zdravotní postižení umožňuje pojištěnci vykonávat soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek,
- *částečná invalidita* – jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pojištěncova schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33%,
částečná invalidita tzv. fyzická v případě, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. (13)

1.6.1 Definice pojmu invalidita a pojmy s ní související

Jediná všeobíjící definice neexistuje, ale v zásadě lze hovořit o tom, že jde o sociální stav občana vyjadřující míru poklesu jeho pracovního potenciálu v důsledku trvalého či dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu.

Pracovní schopnost, pracovní potenciál, výdělečná schopnost

O pracovní schopnosti z hlediska posudkové činnosti můžeme hovořit jako o poměru pracovního potenciálu člověka (vymezeného jako souhrn všech pro práci významných fyziologických a psychických vlastností a schopností organismu, a to bez vztahu k určité konkrétní práci nebo profesi) k požadavkům (nárokům) pro výkon konkrétní pracovní činnosti. Současná právní úprava nezdůrazňuje pojmový rozdíl mezi pracovní a výdělečnou schopností. Platné právní předpisy důchodového pojištění používají pojem schopnost soustavné výdělečné činnosti. Výdělečnou činnost definuje § 27 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (32)

Soustavná výdělečná činnost

Za soustavnou výdělečnou činnost se dle ustanovení § 5 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, považuje činnost vykonávaná tak, že výdělek z ní je stálým zdrojem příjmu, a to i když tato činnost nezakládá účast na důchodovém pojištění. Činnost, která je vykonávaná nejdéle po dobu jednoho roku v rámci pracovní rehabilitace podle právních předpisů o zaměstnanosti, nelze za soustavnou výdělečnou činnost považovat.

Pojem schopnosti soustavné výdělečné činnosti vymezuje ustanovení § 6 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. Pro účely posouzení poklesu soustavné výdělečné činnosti lékařem lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení se touto schopností rozumí schopnost vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající tělesným, smyslovým a duševním schopnostem jedince.

Při určování poklesu 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. (32)

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Výchozím předpokladem uznání plné nebo částečné invalidity je jednoznačné zjištění existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pokládá pro účely důchodového pojištění platná právní úprava v § 26 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, takový nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok.

Posouzení nepříznivosti zdravotního stavu a jeho dlouhodobosti pro účely důchodového pojištění je posouzením ryze medicínským, do něhož nelze s ohledem na výslovné zákonné vymezení promítat úvahy o rozsahu zachovaného pracovního potenciálu a jeho vztahu k předchozím výdělečným činnostem. (32)

Dočasná pracovní neschopnost

Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné v zákoně uvedené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. (33)

K ukončení dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN) dochází i v případě, kdy po uplynutí 180 dnů trvání DPN je pojištěncův stav stabilizovaný a je schopen vykonávat i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. V takovémto případě je ošetřující

lékař oprávněn požadovat součinnost orgánu nemocenského pojištění, zaměstnavatele i zařízení závodní preventivní péče, které musí vydat své vyjádření o zdravotní způsobilosti pojištěnce vykonávat dosavadní zaměstnání do 7, resp. 15 dnů. Pracovní neschopnost se posuzuje odděleně ke každé z pojištěných činností, neboť každá může klást jiné požadavky na zdravotní způsobilost pojištěnce. (33)

1.6.2 Posuzování zdravotního stavu

Důkazní prostředky nezbytné k posouzení zdravotního stavu občanů pro účely sociálního zabezpečení zajišťují lékaři lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení. Řídí se ustanovením § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Důkazní prostředky nezbytné pro posouzení zdravotního stavu

- anamnéza
- subjektivní stesky
- objektivní nálezy.

Anamnéza

Základem každého správného vyšetření je dobře odebraná anamnéza. Získává se nejen ze zdravotní dokumentace, ale i od posuzovaného při ústním jednání s lékařem lékařské posudkové služby na okresních správách sociálního zabezpečení. Kvalitní záznam anamnézy napomáhá orientaci v konkrétním případě a vede k co možná nejobjektivnějšímu posouzení občana, může být orientačním vodítkem při stanovení data vzniku invalidity, zejména u duševních poruch, nebo při posuzování invalidity v souvislosti s úrazem. Zvláštní význam má při prohlídce zjišťovací. Tyto údaje jsou pak opakovaně používány různými lékaři lékařské posudkové služby i v budoucnosti (např. při kontrolních lékařských prohlídkách).

Pro potřeby vypracování posudku o zdravotním stavu a pracovní schopnosti je potřeba zjišťovat anamnézu sociální (v rozsahu podle účelu posouzení), pracovní (stupeň vzdělání, jednotlivé výdělečné činnosti, profesní profil – získané údaje

se vyhodnocují při konečném stanovení míry poklesu soustavné vředělečné činnosti ve smyslu ustanovení § 39 odst. 2 zákona o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a ustanovení § 6 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění) a zdravotní (rodinné, osobní a nynějšího onemocnění).

Subjektivní stesky

Pro lékaře lékařské posudkové služby mají dvojí význam. Posuzují se z hlediska korelace diagnostických závěrů s udávanými subjektivními potížemi a z pohledu dostatečného podložení objektivních nálezů.

Součástí tzv. „Záznamu o jednání“ musí být vždy stanovisko posuzovaného k možnému pracovnímu zařazení. To znamená, že se ve vztahu k objektivnímu zjištění vyhodnocuje jako součást důkazních prostředků.

Objektivní nálezy

Pomocí objektivních nálezů získávají lékaři lékařské posudkové služby informace o celkovém zdravotním stavu posuzované osoby, informace o zdravotním postižení, jeho závažnosti, funkčním dopadu, atd. Vlastním šetřením doplňují pouze některé údaje jako např. výšku, váhu, způsob chůze nebo rozsah hybnosti kloubů. Všechny odborné nálezy musí vždy obsahovat funkční vyšetření, na základě kterého se posuzují různé stupně zdravotního postižení při stejné diagnóze.

1.6.3. Invalidní důchod

1.6.3.1 Plný invalidní důchod

Při definici plné invalidity vychází právní úprava důchodového pojištění z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pro účely zákona o důchodovém pojištění se za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav považuje takový nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok. Důsledkem toho dochází k poklesu soustavné vředělečné schopnosti pojištěnce, tedy

zhoršení nebo i nemožnost uplatnit se na trhu práce. Plná invalidita je sociální událostí krytou důchodovým pojištěním. (20)

Podmínky nároku

Nárok na plný invalidní důchod má pojištěnec, jestliže se stal plně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku plné invalidity podmínky nároku na starobní důchod při dosažení důchodového věku, popř. byl-li mu přiznán starobní důchod před dosažením důchodového věku podle § 31 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo se stal plně invalidním následkem pracovního úrazu. (20)

Podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je pojištěnec plně invalidní, jestliže jeho zdravotní stav je dlouhodobě nepříznivý a z důvodu tohoto dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu mu poklesla výdělečná schopnost nejméně o 66 %, nebo z důvodu jeho zdravotního postižení je schopen soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. (32)

Důchodové pojištění rozeznává dva typy plné invalidity.

Definice prvního typu spočívá v poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %. Způsob posouzení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti je stanoven § 6 vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. Procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti stanovuje příloha č. 2, výše uvedené vyhlášky. Jde o rozsáhlý dokument, kde jsou uvedena zdravotní postižení podle funkčního zatížení a jim odpovídající míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, která je vyjádřena procentuálním rozmezím. (2)

Druhý typ plné invalidity připouští soustavnou výdělečnou činnost, ale jen za zcela mimořádných podmínek. Okruh těchto zdravotních postižení je stanoven v příloze č. 3 vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém

pojištění (jedná se např. o amputační ztrátu jedné horní a jedné dolní končetiny, ochrnutí obou končetin, imobilita, pro kterou je postižený trvale upoután na invalidní vozík, atd.). Hovoříme o tzv. invaliditě fyzické. (2)

Potřebná doba pojištění

Potřebná doba pojištění pro nárok na plný invalidní důchod činí:

- u pojištěnce do 20 let méně než 1 rok,
- u pojištěnce od 20 do 22 let 1 rok,
- u pojištěnce od 22 let do 24 let 2 roky,
- u pojištěnce od 24 let do 26 let 3 roky,
- u pojištěnce do 26 do 28 let 4 roky,
- u pojištěnce nad 28 let 5 let.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem plné invalidity, a pokud půjde o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 let před vznikem plné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění se považuje též za splněnou, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období 10 roků, dokončeném po vzniku plné invalidity (u pojištěnce mladšího 24 let přitom činí 2 roky).

Pro účely splnění podmínky potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod se za dobu pojištění považuje též doba účasti na pojištění osob, které se soustavně připravují na budoucí povolání studiem na střední, vyšší odborné škole nebo vysoké škole v České republice, a to po dobu prvních šesti let tohoto studia po dosažení věku 18 let a osob vedených v evidenci úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání po dobu, po kterou jim náleží podpora v nezaměstnanosti nebo podpora při rekvalifikaci, a to v rozsahu nejvýše tří let též po dobu, po kterou jim tato podpora nenáleží, s tím, že doba tří let se zjišťuje zpětně ode dne vzniku nároku na důchod. Doba, po kterou podpora v nezaměstnanosti nebo podpora při rekvalifikaci nenáležela před dosažením věku 55 let, se do ní započítává pouze v rozsahu nejvýše

jednoho roku (§ 5 odst. 1 písm. m) a n) zákona o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZDP). (32)

Výše plného invalidního důchodu

Výše plného invalidního důchodu se skládá ze základní výměry a procentní výměry. Výše základní výměry částečného invalidního důchodu činí nyní dle platných předpisů 2 170 Kč měsíčně (mění se vždy nařízením vlády). Výše procentní výměry se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu.

Konstrukce výpočtu plného invalidního důchodu odpovídá výši starobního důchodu, kterého by pojištěnec dosáhl, kdyby pro svůj nepříznivý zdravotní stav nebyl nucen ukončit výdělečnou činnost před dosažením řádného starobního důchodu. Pro nárok na plný invalidní důchod se započítává k době pojištění získané ke dni vzniku plné invalidity ještě doba do dosažení důchodového věku, tzv. dopočtená doba; u žen se přitom bere v úvahu důchodový věk stanovený pro ženy, které nevychovaly žádné dítě. Dopočtená doba se však nezapočítává, jestliže plná invalidita vznikla následkem úmyslného poškození zdraví, které si pojištěnec způsobil nebo nechal způsobil, nebo poškození zdraví pojištěnce, které vzniklo jako následek jeho úmyslného trestného činu.

Výše procentní výměry plného invalidního důchodu činí za každý celý rok doby pojištění 1,5 % výpočtového základu. Jsou-li splněny zákonem dané podmínky, do doby pojištění se zahrnují i tzv. náhradní doby pojištění, vymezené v § 12 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

V zájmu ochrany pojištěnců je stanovena minimální výše procentní výměry, a to částkou 770,- Kč měsíčně. (20)

Pro výklad uvádím simulovaný příklad:

Muž narozený 18. 3. 1948 požádal o přiznání plného invalidního důchodu podle § 39 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Lékařem lékařské posudkové služby byl uznán plně invalidním od 7. 1 2009. Před vznikem invalidity získal 34 roků pojištění.

Pro stanovení výše plného invalidního důchodu se hodnotí také dopočtená doba tj. doba od vzniku plné invalidity (7. 1. 2009) do dosažení důchodového věku, tj. v tomto případě do 18. 5. 2010. Celková doba pojištění muže činí 35 let (hodnotíme pouze ucelené roky).

Osobní vyměřovací základ (dále jen OVZ) daného muže za rozhodné období, tj. od roku 1986 do roku 2008, je 26 218,- Kč.

Redukcí OVZ zjistíme výpočtový základ, a to následujícím způsobem:

- částka 10 500,- Kč náleží v plné výši,
- k této částce připočítáme 30 % rozdílu mezi částkou 26 218,- Kč (OVZ) a částkou 10 500,- Kč (první redukční hranice), tedy 30 % z 15 718,- Kč, tj. 4 716,- Kč.

Výpočtový základ činí celkem 15 216,- Kč (10 500,- Kč + 4 716,- Kč).

Za každý rok pojištění náleží 1,5 % výpočtového základu, tzn., že za 35 let pojištění činí procentní výměra plného invalidního důchodu 52,5 % (35 let x 1,5 %) výpočtového základu, tj. 7 989,- Kč.

Procentní výměra plného invalidního důchodu tedy činí 7 989,- Kč. K procentní výměře náleží vždy ještě základní výměra 2 170,- Kč (7 989,- Kč + 2 170,- Kč).

Plný invalidní důchod daného muže tak bude činit 10 159,- Kč.

1.6.3.2 Invalidní důchod v mimořádných případech

Zvláštním typem invalidního důchodu je tzv. „invalidita z mládí“.

Nárok na tento typ invalidního důchodu může získat osoba, která dosáhla alespoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je plně invalidní, jestliže plná invalidita vznikla před dosažením 18. roku věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu.

Výše procentní výměry plného invalidního důchodu osoby činí měsíčně 45 % výpočtového základu; pro účely stanovení výpočtového základu se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ, který o dva roky předchází roku přiznání plného invalidního důchodu, vynásobený přepočítacím koeficientem (§ 17 odst. 4, ZDP) pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. (2)

1.6.3.3 Částečný invalidní důchod

Pojištěncům, jejichž nepříznivý zdravotní stav způsobuje pokles soustavné výdělečné činnosti, je vedle léčebné a pracovní rehabilitace možné poskytnout ze systému důchodového pojištění za splnění zákonných podmínek i dávku částečného invalidního důchodu.

Podmínky nároku

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

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

Obdobně jako u plné invalidity rozeznává zákon o důchodovém pojištění dva typy částečné invalidity. První spočívá v poklesu soustavné výdělečné činnosti a druhý typ se opírá o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který značně ztěžuje obecné životní podmínky. (32)

Potřebná doba pojištění

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod se posuzuje obdobně jako u plného invalidního důchodu a činí:

- u pojištěnce do 20 let méně než 1 rok,
- u pojištěnce od 20 do 22 let 1 rok,
- u pojištěnce od 22 let do 24 let 2 roky,
- u pojištěnce od 24 let do 26 let 3 roky,
- u pojištěnce do 26 do 28 let 4 roky,
- u pojištěnce nad 28 let 5 let.

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z období před vznikem částečné invalidity, a půjde-li o pojištěnce ve věku nad 28 let, z posledních 10 let před vznikem částečné invalidity. Podmínka potřebné doby pojištění se považuje též za splněnou, byla-li tato doba získána v kterémkoliv období 10 roků, dokončeném po vzniku částečné invalidity (u pojištěnce mladšího 24 let přitom činí 2 roky).

Podmínka potřebné doby pojištění se považuje též za splněnou, pokud bezprostředně před vznikem částečné invalidity byl pobírán plný invalidní důchod přiznaný podle § 42 odst. 1, zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, tzv. „invalidita z mládí“. (32)

Výše částečného invalidního důchodu

Stejně jako výše plného invalidního důchodu se výše částečného invalidního důchodu skládá ze základní výměry a procentní výměry. Výše základní výměry částečného invalidního důchodu činí nyní dle platných předpisů 2 170,- Kč měsíčně (mění se vždy nařízením vlády). Výše procentní výměry částečného invalidního důchodu činí polovinu procentní výměry plného invalidního důchodu za každý celý rok doby pojištění, tj. 0,75 % výpočtového základu za každý celý rok pojištění, včetně doby dopočtené.

Minimální výše procentní výměry je stanovena zákonem jako polovina minimální procentní výměry plného invalidního důchodu, tj. částkou 385,- Kč měsíčně. (2)

Pro výklad uvádím simulovaný příklad:

Žena narozená 11. 9. 1974 požádala o přiznání částečného invalidního důchodu. Lékařem lékařské posudkové služby byla uznána částečně invalidní od 11. 2. 2009.

Pro stanovení výše částečného invalidního důchodu má započteno celkem 40 let pojištění včetně doby dopočtené, která se zjišťuje z doby od vzniku částečné invalidity do dosažení důchodového věku, tj. do 11. 9. 2037.

Osobní vyměřovací základ (OVZ) dané ženy za rozhodné období, tj. od roku 1993 (tedy v tomto případě roku následujícího po dosažení 18. roku věku) do roku 2008, je 12 510,- Kč.

Redukcí OVZ zjistíme výpočtový základ, a to následujícím způsobem:

- částka 10 500,- Kč náleží v plné výši,
- k této částce připočítáme 30 % rozdílu mezi částkou 12 510,- Kč (OVZ) a částkou 10 500,- Kč (první redukční hranice), tedy 30 % z 2 010, tj. 603,- Kč.

Výpočtový základ činí celkem 11 103,- Kč (10 500,- Kč + 603,- Kč).

Za každý rok pojištění náleží 0,75 % výpočtového základu, tzn., že za 40 let pojištění činí procentní výměra částečného invalidního důchodu 30 % (40 let x 0,75 %) výpočtového základu, tj. 3 331,- Kč.

Procentní výměra částečného invalidního důchodu tedy činí 3 331,- Kč. K procentní výměře náleží vždy ještě základní výměra 2 170,- Kč (3 331,- Kč + 2 170,- Kč).

Částečný invalidní důchod dané ženy tak bude činit 5 501,- Kč.

1.6.4 Invalidní důchod a výdělečná činnost

U plně invalidního důchodce se výdělečná činnost nepředpokládá, ale zákon o důchodovém pojištění souběh výdělečné činnosti s pobíráním plného invalidního důchodu neupravuje. Z pohledu na věc můžeme říci, že poklesla-li schopnost soustavné výdělečné činnosti např. na 70 %, zbývá pojištěnci 30 % pracovního potenciálu, který by mohl k výdělečné činnosti využít. Otázka, zda konkrétní výdělečná činnost odpovídá rozsahu této zbylé schopnosti i s ohledem na jeho zdravotní stav (zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem), je otázkou posudkovou. (3)

1.7 Lékařská posudková činnost

Zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely pojistných i nepojistných sociálních systémů posuzuje lékařská posudková služba sociálního zabezpečení. Je začleněna v organizačních strukturách orgánů resortu Ministerstva práce a sociálních věcí a je vykonávána jako součást veřejné správy.

Každý subsystém sociálního zabezpečení (důchodové pojištění, nemocenské pojištění, sociální péče, sociální podpora), systém zaměstnanosti a civilní služby mají své specifické potřeby a požadavky na posouzení zdravotního stavu a z něj vyplývajících důsledků. Každý posudek musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu občana a musí odpovídat posudkovým kritériím, která jsou zakotvena v obecně závazných právních předpisech. (21)

1.7.1 Pojem lékařská posudková služba

Pojem lékařské posudkové činnosti celkově zahrnuje pestrou oblast posudkových činností, odehrávajících se i mimo systém sociálního zabezpečení, jejichž podstatou je hodnocení zdravotního stavu, popř. důsledků zdravotního postižení, a to pro nejrůznější účely. Teoretickými a metodologickými otázkami lékařské posudkové činnosti se zabývá obor posudkového lékařství. Jde o výrazně interdisciplinární lékařský

obor, který má v našich zemích jako samostatný medicínský obor bohatou tradici. V rámci výkladů o posudkové službě sociálního zabezpečení půjde o lékařskou posudkovou činnost, jejíž podstatou je posuzování zdravotního stavu a důsledků zdravotního postižení, které mají svou relevanci v oblasti sociálního zabezpečení, tj. o lékařskou posudkovou činnost vykonávanou pro účely sociálního zabezpečení. (13)

V širším slova smyslu jde z hlediska organizačního pojetí o subjekty, vykonávající lékařskou posudkovou činnost pro účely sociálního zabezpečení, zatímco z hlediska funkčního pojetí o výkon lékařské posudkové činnosti, která má svůj podstatný význam v sociálním zabezpečení.

V užším slova smyslu posudkovou službou sociálního zabezpečení v organizačním pojetí rozumíme soustavu specializovaných lékařských posudkových subjektů a ve funkčním pojetí pak výkon vymezeného rozsahu lékařské posudkové činnosti jak pro účely rozhodování správních úřadů ve věcech sociálního zabezpečení, tak pro účely rozhodování soudů v rámci přezkoumávání zákonnosti rozhodnutí ve věcech důchodového pojištění, ale i výkon vymezeného okruhu dalších činností (např. kontrolních), které jsou lékařskou posudkovou činností podmíněny, anebo s ní bezprostředně souvisejí. (13)

1.7.2 Funkce posudkové služby sociálního zabezpečení

Nejvýznamnější základní funkcí posudkové služby sociálního zabezpečení je funkce sociální. Je bezprostředně spojena se základním charakterem činnosti posudkové služby sociálního zabezpečení, neboť její výstupy slouží jako podklady pro daný typ dávky řešící sociální situaci osob se zdravotním postižením, anebo častěji i existencí důsledků, které z těchto postižení vyplývají. V některých agendách k tomu přistupuje i funkce zdravotní, spočívající ve výrocích lékařské posudkové služby ve vztahu k dočasné pracovní neschopnosti a ke stanovení míry poklesu soustavné výdělečné činnosti. Někdy se uvádí i ekonomická funkce, která však ve srovnání s funkcí sociální je pouze funkcí druhotnou. Spočívá v tom, že např. svými aktivitami na úseku dočasné pracovní neschopnosti a invalidity ovlivňuje do určité míry i objem

ekonomicky aktivní populace. Rozhodující vliv však má nemocnost jako biologický jev, který je na výkonu lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení nezávislý. Jde o odpovědnost za to, aby uznání stavů spojených s dočasnou pracovní neschopností nebo poklesem schopnosti soustavné výdělečné činnosti, tzn. omezení nebo vyloučení výdělečné činnosti a s tím spojené materiální zabezpečení odpovídajícími dávkami nebylo neprávem odepřeno těm, kdo splňují kritéria stanovená právními předpisy, a na straně druhé, aby těchto sociálních opatření nevyužívali ti, kteří stanovená posudkově medicínská kritéria nesplňují. (13)

1.7.3 Činnost lékařské posudkové služby

Orgány posudkové služby sociálního zabezpečení vykonávají posudkovou činnost pro účely rozhodování v sociálním zabezpečení, které je podmíněno posouzením zdravotního stavu osob a důsledcích z tohoto stavu vyplývajících.

V souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, posuzuje zdravotní stav a pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro účely důchodového pojištění posudkový lékař okresní (Pražské) správy sociálního zabezpečení příslušné podle místa trvalého bydliště pojištěnce. (21)

Způsob posouzení a stanovení míry poklesu soustavné výdělečné činnosti

Způsob posouzení a míru poklesu soustavné výdělečné činnosti stanoví vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění a její příloha č. 2. Je to obsáhlý předpis, v němž jsou funkčně vystižena zdravotní postižení a jim odpovídající míra poklesu soustavné výdělečné činnosti vyjádřená procentuálním rozmezím. V rámci tohoto rozmezí se pak určí konkrétní procentní pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro konkrétní zdravotní postižení. Tento předpis určuje i způsob posuzování. Vždy je potřeba určit zdravotní postižení, které je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, neboť je-li postižení více,

jednotlivé hodnoty poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se nesčítají, ale s ohledem na ně lze horní hranici rozmezí navýšit až o 10 %. (8)

Skutečnost, že jde o obecně závazný předpis, zajišťuje jednotnost rozhodování a omezuje subjektivní přístupy posudkových lékařů. Vzhledem k zohlednění při stejném zdravotním postižení, tzv. zbytkového pracovního potenciálu, posuzovaného pojištěnce s ohledem na jeho dřívější výdělečnou činnost, resp. zaměstnání včetně nabytých znalostí, zkušeností a schopnosti případné rekvalifikace, může dojít i k rozdílnému posudkovému závěru v otázce invalidity. Jak již bylo uvedeno, plně invalidní je pojištěnec, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %. Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %. (6, 21)

Vlastní posuzování zdravotního stavu

Posudkový lékař by měl nejprve určit zdravotní postižení, které je rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a způsobuje největší funkční omezení. Jednotlivé procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti jsou podle druhu zdravotního postižení uvedeny v příloze 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, a to zpravidla v určitém procentním rozmezí. Při posuzování zdravotního stavu je potřeba vycházet jak z obecných posudkových zásad, tak z konkrétních posudkových hledisek uvedených u jednotlivých zdravotních postižení. Přitom je nutno respektovat, jak jsou u konkrétního zdravotního postižení stanovena konkrétní posudková hlediska – zda jde o taxativní vymezení nebo o vymezení fakultativní. (6)

Při souběhu několika významných funkčních stavů, způsobujících pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti (dále jen SVČ), je nutné zjistit, které zdravotní postižení je svým dopadem na schopnost výdělečné činnosti nejvýznamnější a procentní míry poklesu schopnosti SVČ stanovit podle tohoto postižení. Za rozhodující příčinu lze tedy považovat to zdravotní postižení, které působí nejvyšší míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. (13)

Při určování procentní míry poklesu schopnosti SVČ této rozhodující příčiny dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (dále jen DNZS) je nutné brát zřetel na závažnost ostatních postižení, ale též ve smyslu § 39 odst. 2 ZDP na zachované tělesné, smyslové a duševní schopnosti. Je však nezbytné posudkově odlišit vznik dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a vznik invalidity. Datum vzniku invalidity nelze automaticky ztotožňovat s datem stanovení DNZS. V praxi to znamená, že je-li zdravotní postižení uznáno jako DNZS, nemusí se zároveň jednat o naplnění zákonné podmínky stanoveného poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti pro uznání plné nebo částečné invalidity.

Procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle výsledné poruchy funkce (podle stupně funkčního postižení). Posudkový lékař zároveň hodnotí, jak byl postižený orgán nebo tělesný systém dříve vykonávanou výdělečnou činností zatěžován. Byl-li vzhledem k pracovnímu zařazení zatěžován méně, stanoví se procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti při dolní hranici daného procentního rozmezí, a je-li tomu naopak, potom při jeho horní hranici.

S funkčním omezením daným rozhodující příčinou DNZS je nutno porovnat kvalifikační potenciál a nároky profese, k níž je občan posuzován, v souladu se zněním § 39 odst. 2 ZDP, a pak určit konkrétní procentní míru poklesu SVČ.

Dolní hranici procentuálního rozpětí posudkový lékař volí v případě, že zdravotní postižení nemá dopad na schopnost využití kvalifikačního potenciálu a naopak.

Při *stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti* může lékař posudkové služby za určitých podmínek zvýšit horní hranici stanoveného procentuálního rozmezí až o 10 procentních bodů na základě ustanovení § 6 odst. 4 vyhlášky č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. Obdobně lze podle odst. 5 téhož ustanovení citované vyhlášky dolní hranici poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti snížit až o 10 procentních bodů. Při navyšování nebo snižování hodnocení je nutno zohlednit:

- předchozí výdělečnou činnost,
- dosažené vzdělání,
- zkušenosti,

- znalosti,
- schopnost rekvalifikace,
- působení více příčin dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo naopak jeho příznivou stabilizaci. (19)

Tento způsob posouzení umožňuje zcela individuální a komplexní zhodnocení dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti posuzovaného. V praxi může mít využití tohoto ustanovení zcela zásadní vliv na výsledný stupeň invalidity, resp. neuznání žádného stupně invalidity.

Jednotlivá, shora uvedená kritéria je potřeba vyhodnocovat ve vzájemné souvztažnosti. Např. jiný vliv bude mít postižení pohybového aparátu na pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti u nekvalifikovaného dělníka, který dosud pracoval jako přidavač na stavbě, a jiný u stavebního inženýra, pracujícího u počítače v kanceláři.

Pokud v příloze č. 2 citované vyhlášky není uvedeno zdravotní postižení, které by lékař posudkové služby určil jako rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, stanoví se procentní míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti podle takového zdravotního postižení, které je svým funkčním dopadem nejvíce srovnatelné s postižením uvedeným v příloze.

Vlastní určení konkrétní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, stanovení horní, střední či dolní hranice daného rozmezí, stejně tak jako využití možnosti zvýšení horní či snížení dolní procentní hranice o 10 procentních bodů, musí být vždy náležitě a dostatečně podrobně odůvodněno. (8)

Posudek vypracovaný lékařem posudkové služby bez specializované způsobilosti v oboru posudkového lékařství musí být aprobován lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru posudkového lékařství. (21)

Zároveň je potřeba si uvědomit, že zdravotní stav každého občana není neměnný a konstantní. Z tohoto důvodu se u pacientů provádí následné kontrolní lékařské prohlídky. U zdravotně postižených občanů mohou mít nejrůznější změny zdravotního stavu různý charakter a tím i změny výsledků posouzení různé důvody. Kontrolní

lékařská prohlídka může pak prokázat změnu zdravotního stavu ve smyslu zlepšení, stabilizace nebo zhoršení.

Ke zlepšení dochází především u úrazových postižení, pooperačních stavů, zánětlivých chorob apod., u nichž probíhá dynamický vývoj zvláště v případech, kde se podaří dlouhodobým a intenzivním léčením, rekonvalescencí a rehabilitací dosáhnout zhojení nebo alespoň částečného zlepšení funkce nebo činnosti orgánu nebo systému. To pak má dopad na pobírání dávky ze systému sociálního zabezpečení. Důsledky zdravotního postižení se snížily, společnost snižuje stupeň jejich kompenzace, případně kompenzaci dále již neposkytuje. V některých případech však k úplné stabilizaci či remisi nedochází, ale i takovou skutečnost lze považovat za příznivou změnu.

Naopak, je-li objektivně prokázáno zhoršení zdravotního stavu a je dlouhodobého či trvalého rázu, má občan nárok na zvýšení dávky. Jinou situací je, kdy občan subjektivně pociťuje zhoršení svého zdravotního stavu, aniž je k tomu ošetřujícími lékaři a orgány posudkové služby sociálního zabezpečení nalezen objektivní korelát.(9)

Při posuzování zdravotního stavu vychází lékaři posudkové služby, jak jsem již uváděla, z výsledků funkčních vyšetření. V dnešní době pomocí pokroku lékařské vědy mohou odborní lékaři mnohé změřit a vypočítat, např. stanovení vitální kapacity plic, srdeční výkon apod. Co však stále neumí, je změřit intenzitu bolesti. Přitom bolest podstatným způsobem omezuje pracovní potenciál posuzovaného občana. Hodnocení bolesti není posudkovým problémem např. při generalizovaných nádorových onemocněních, tam je přiznání invalidity plně indikováno. Problémem je hodnocení bolesti pohybového aparátu, např. při degenerativních onemocněních páteře, kloubů, apod. (6)

1.8 Invalidizace v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu

V mnoha publikacích, médiích, lékařských časopisech a v neposlední řadě i dle názorů lékařů posudkové služby na Okresní správě sociálního zabezpečení

České Budějovice patří žádosti o přiznání invalidního důchodu v důsledku nemoci či postižení pohybového aparátu mezi nejčastější.

Pohybový aparát člověka je soustava tvořená kostrou a příčně pruhovaným kosterním svalstvem. Kdyby však byly všechny kosti spolu pevně spojeny, nebyli bychom schopni žádného pohybu. Této možnosti dosahujeme díky pohyblivým spojům kostí, které nazýváme klouby a pomocí svalů pak dokážeme rozpohybovat až 180 různých kloubních spojení. Takto vybaveni již do života vstupujeme, ale musíme si uvědomit, že i pohybový aparát si zaslouží a potřebuje nezbytnou péči.

Pohybový aparát můžeme rozdělit na:

- *pasivní* (podpůrný) – kostra
Kostra je tvořena páteří, lebkou, kostrou hrudníku, lopatkovým a pánevním pletencem a kostrou volných dolních a horních končetin. Spojení kostí může být pohyblivé (klouby) nebo nepohyblivé (vazivo, chrupavky a kosti)
- *aktivní* – příčně pruhované kosterní svalstvo
Příčně pruhované kosterní svalstvo je tvořeno a ovládáno nervovou soustavou. Stahem jednotlivých svalů vzniká koordinovaný pohyb těla nebo jeho částí. (36)

Při posuzování procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vychází posudkoví lékaři okresních správ sociálního zabezpečení ze specifikace jednotlivých druhů zdravotního postižení, uvedených v příloze č. 2 k vyhlášce č. 284/1995Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, kde postižení podpůrného a pohybového aparátu, kde je podřazeno kapitole XV Podpůrný a pohybový aparát.

Pro úplnost uvádím „*Obecné posudkové zásady*“ uvedené v této kapitole.

- Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle funkčního postižení (postižení pohybu, zatížitelnosti) a vlivu na ostatní orgánové systémy.
- Při zjištění pohybových a degenerativních změn je nutno srovnat, zda jejich rozsah a výskyt přesahuje rámec změn, typický pro určitý věk. Pouhé rentgenové zjištění degenerativních změn nepředpokládá pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti, stejně tak skutečnost, že byla provedena operace na končetině nebo na páteři nebo došlo k úrazu. Při chronických zánětech kloubů je nutno přihlídnout vedle poruchy funkce také k aktivitě procesu.
- Při celkové osteoporóze či osteomalácii je míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti závislá na rozsahu a stupni patologických změn skeletu a z nich vyplývající poruchy funkce.
- Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti při poranění svalů a šlach se stanoví podle funkční újmy. (32)

Kapitola XV - podpurný a pohybový aparát, *př. č. 2 k vyhlášce č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění*, je dále rozčleněna podle druhu zdravotního postižení na jednotlivé oddíly, kde je zároveň uvedena i míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v procentech. Jednotlivá procentní rozmezí zde neuvádím, neboť jsou v tomto okamžiku bezpředmětná. (28)

- oddíl A Degenerativní kloubní onemocnění, osteoartrózy
- oddíl B Zánětlivá kloubní onemocnění
- oddíl C Metabolické kostní choroby, osteoporóza, osteopatie a chondropatie
- oddíl D Jiná onemocnění měkké tkáně, šlach, vazů, fascií, synoviální blány a burz
- oddíl E Nemoci svalové
- oddíl F Dorzopatie, deformující dorzopatie, spondylopatie. (32)

V rámci výzkumu a naplnění cíle bakalářské práce bylo zároveň zjištěno, že nejčastějším důvodem žádostí o přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou dorzopatie a degenerativní kloubní onemocnění (viz příloha č. 1)

Dorzopatie, deformující dorzopatie a spondylopatie

Do této skupiny patří stavy po zlomeninách trnových výběžků nebo příčných výběžků obratlů, degenerativní změny na páteři a ploténkách, stavy po operacích páteře a plotének, stavy po úrazech páteře a plotének, vrozené nebo získané deformity páteře apod. (32)

Spondylózou označujeme postižení meziobratlové ploténky, *spondylartrózou* pak postižení meziobratlových kloubů. Dochází k postupné destrukci chrupavky a novotvorbě kosti v okolí. Tvoří se osteofyty, které jsou-li na páteři přední (ventrální), většinou neškodí, na zadní straně obratlů (dorzální) mohou utlačovat struktury páteřního kanálu, případně nervové kořeny. (6)

Degenerativní kloubní onemocnění, osteoartrózy

Artróza – je vleklé onemocnění kloubů, při němž se naruší struktura kloubní chrupavky.

Mění se její struktura a postupně se ztrácí její pružnost. Chrupavka se ztenčuje, její povrch přestává být hladký a může zcela zaniknout, takže při pohybu dochází k většímu tření a podráždění. Po degeneraci chrupavky zůstávají konce kostí v kloubu odhalené a na jejich okrajích se vytvářejí výrůstky. Ty se snaží kloub stabilizovat, ale současně ho tím dělají méně pohyblivým a deformují ho.

Artróza postihuje prakticky všechny klouby. Gonartróza – artróza kolenních kloubů, koxarthóza – artróza kyčelních kloubů, risartróza - artróza kloubu palce u ruky, spondylartróza – artróza páteře a bederních obratlů, artroóza – artróza krčních obratlů, artróza ramenního kloubu, artróza loketního kloubu, artróza hlezenního kloubu, artróza kloubů prstů.

Mluvíme-li o artróze, máme většinou na mysli *osteoartrózu*, neboť jejich příčiny jsou stejné. Označení „Osteoartróza“ zahrnuje i změny v kosti kloubního systému přiléhající k chrupavkové tkáni. (17)

Příčiny primární artrózy resp. osteoartrózy neznáme. Jednou z hlavních příčin je stáří vzhledem k všeobecně větší četnosti u vyšších věkových skupin. V generaci padesátiletých je artrózou resp. osteoartrózou postiženo 80 % obyvatelstva. Sedmdesátníci a starší trpí osteoartrózou ve více než 90 %. Prvé osteoartrótické změny lze však zjistit již kolem 20. roku věku.

Dále hrají významnou úlohu vlivy genetické, endokrinní, mechanické, dále kvalita výživy a záněť. Formy artrózy resp. osteoartrózy vznikající na podkladě těchto vlivů však nazýváme sekundární osteoartrózou.

Podle *Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10* jsou zdravotní postižení pohybového a podpůrného aparátu podřazena kapitole XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 – M99).

Tato kapitola obsahuje následující oddíly:

- M00-M25 Artropatie
 - M00-M03 Infekční artropatie
 - M05-M14 Zánětlivé polyartropatie
 - M15-M19 Artrózy
 - M20-M25 Jiná onemocnění kloubů

- M30-M36 Systémová onemocnění pojivové tkáně

- M40-M54 Dorzopatie
 - M40-M43 Deformující dorzopatie
 - M45-M49 Spondylopatie
 - M50-M54 Jiné dorzopatie

- M60-M79 Onemocnění měkké tkáně
 - M60-M63 Onemocnění svalů
 - M65-M68 Onemocnění synoviální blány a šlachy
 - M70-M79 Jiná onemocnění měkké tkáně

- M80-M94 Osteopatie a chondropatie
 - M80-M85 Poruchy hustoty a struktury kosti
 - M86-M90 Jiné osteopatie
 - M91-M94 Chondropatie

- M95-M99 Jiná onemocnění svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (14)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce je:

- zmapovat skupinu občanů požadujících přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007,
- vyhodnotit ze zdrojů získaných na Okresní správě sociálního zabezpečení České Budějovice vliv vzdělání, věku a zaměstnání na požadování přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007.

2.2 Hypotézy

Na základě stanoveného cíle své práce jsem zvolila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé starší 55 let,

Hypotéza č. 2: lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé fyzicky pracující,

Hypotéza č. 3: lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé s nižším vzděláním.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ve své práci jsem zvolila k získání potřebných informací metodu sekundární a obsahové analýzy dat adekvátních dokumentů týkajících se posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení.

Takto byla získána stěžejní část informací pro splnění stanovených cílů mé práce. Ostatní údaje pro potřeby výzkumu byly obstarány pomocí kvantitativního výzkumu.

Charakteristika použité metody:

- Analýza (studium) dokumentů - rozbor jakýchkoliv dokumentů (úřední statistiky, úřední spisy, apod.), které nebyly vytvořeny za účelem prováděného výzkumu. (4) Umožňuje využití dat, která již byla někým shromážděna. (12) K typickým technikám této metody patří sekundární analýza dat a obsahová analýza.
- Kvantitativní výzkum - tj. metoda standardizovaného výzkumu, který popisuje jevy pomocí proměnných (znaků), které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například s využitím statistiky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základním souborem bylo 1 252 žadatelů o přiznání plného či částečného invalidního důchodu v důsledku postižení podpurného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007.

Pro potřeby výzkumu byla použita data pořízená lékařskou posudkovou službou na Okresní správě sociálního zabezpečení České Budějovice v roce 2007. Metodou náhodného výběru jsem získala reprezentativní vzorek 375 žadatelů, u kterých

jsem provedla analýzu dokumentů - „Záznamů o jednání“ lékařské posudkové služby a poté získaná data zpracovala za účelem potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

Dále jsem pro potřeby výzkumu rozdělila žadatele dle jejich pracovního zařazení do skupin podle číselného kódu, který je používán na Okresních správách sociálního zabezpečení, oddělení nemocenského pojištění (viz příloha č. 2 – druh pracovního zařazení).

Za pomoci lékaře posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení v Českých Budějovicích, jeho praktických zkušeností a znalostí jsem výše uvedené skupiny zaměstnání rozdělila podle pracovního zatížení na duševně pracující, fyzicky pracující s lehčí zátěží a fyzicky pracující s těžší zátěží (viz příloha č. 3 - rozdělení žadatelů podle pracovního zatížení).

Z lékařské dokumentace posudkové služby vedené na Okresní správě sociálního zabezpečení jsem získala informace o dosaženém vzdělání zkoumané skupiny žadatelů (viz příloha č. 3 - rozdělení žadatelů podle dosaženého vzdělání).

4 VÝSLEDKY

V této části se zaměřím na vyhodnocení výsledků sekundární a obsahové analýzy dat.

Veškeré informace byly získány z písemných dokladů, aniž bylo provedeno osobní šetření u sledovaných osob. Celá výzkumná práce, resp. všichni respondenti byli z okresu České Budějovice a sledovaným obdobím byl rok 2007.

4.1 Interpretace výsledků

4.1.1 Cílem první hypotézy bylo zjištění, zda *lidé požadující přiznání plného či částečného invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou starší 55 let.*

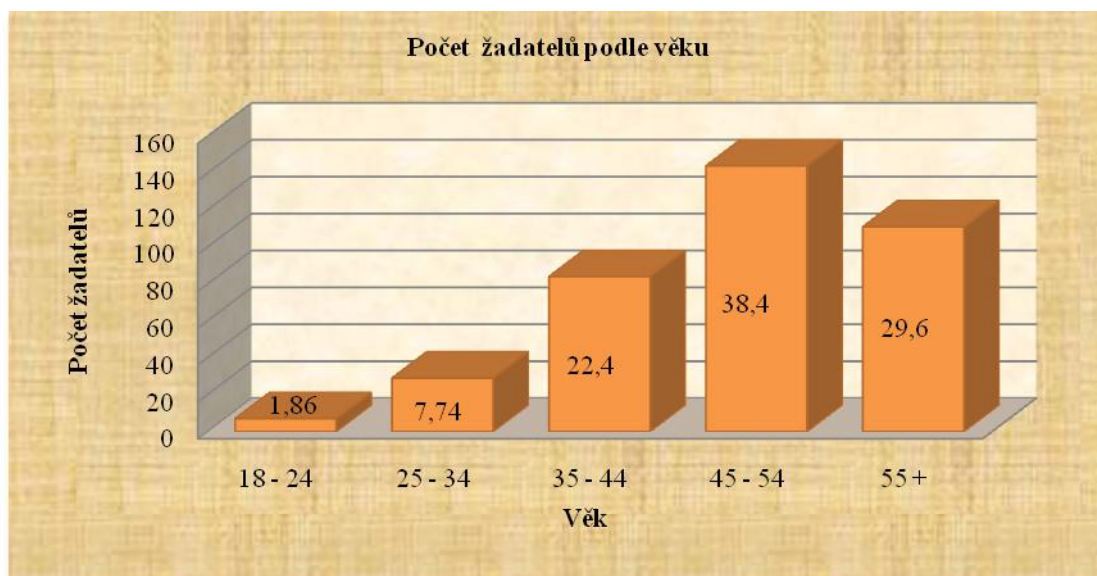
Sledovala jsem tedy strukturu žadatelů o přiznání dávky se zaměřením na jednotlivé věkové kategorie, a to osoby ve věku 18 - 24 let, 25 – 34 let, 35 – 44 let, 45 – 54 let a osoby starší 55 let.

Tabulka 1: Počet žadatelů o invalidní důchod vzhledem k věku

Věk	Počet žadatelů	Procentuální zastoupení
18 - 24	7	1,86
25 - 34	29	7,74
35 - 44	84	22,4
45 - 54	144	38,4
55 +	111	29,6
Celkem	375	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1: Počet žadatelů o invalidní důchod v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu vzhledem k věku



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení

Lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu se pohybují nejčastěji ve věkovém rozhraní 45 - 54 let, a poté až lidé ve věku 55 let a starší. Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu 375 sledovaných žadatelů o tuto dávku důchodového pojištění tvoří věková skupina 45 – 54 let 38,4 %, tj. 144 žadatelů a lidé starší 55 let 29,6 %, tj. 111 žadatelů.

Z provedeného šetření vyplývá, že stanovená *hypotéza č. 1 se nepotvrdila.*

4.1.2 Ve druhé hypotéze jsem si jako kritérium zvolila *vliv pracovní zátěže na počet osob požadujících přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení pohybového a podpůrného aparátu.*

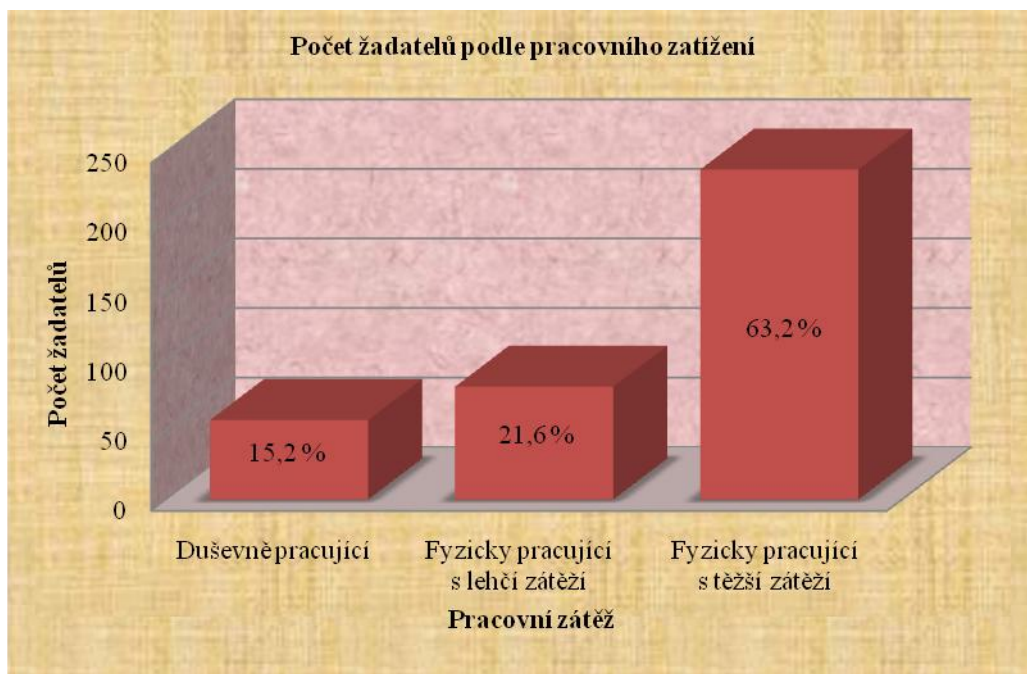
Vliv pracovního zařazení na počet žadatelů o důchod v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu znázorňuje tabulka č. 2 a graf č. 2.

Tabulka 2: Počet žadatelů o invalidní důchod vzhledem k pracovní zátěži

Pracovní zátěž	Počet žadatelů	Procentuální vyjádření
Duševně pracující	57	15,2
Fyzicky pracující s lehčí zátěží	81	21,6
Fyzicky pracující s těžší zátěží	237	63,2
Celkem	375	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: Počet žadatelů o invalidní důchod v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu vzhledem k pracovní zátěži



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení

Lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou lidé fyzicky pracující převážně s těžší zátěží.

Rozborem spisové dokumentace lékařské posudkové služby na Okresní správě sociálního zabezpečení České Budějovice bylo zjištěno, že o přiznání částečného nebo plného invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu žádají většinou lidé fyzicky pracující, a to s těžší zátěží – 237 žadatelů, tj. 63,2 % a lidé fyzicky pracující s lehčí zátěží 81 žadatelů, tj. 21,6 %.

V tomto případě lze konstatovat, že stanovená *hypotéza č. 2 se potvrdila*.

4.1.3 Předmětem hypotézy č. 3 bylo potvrzení, popř. vyvrácení domněnky o tom, že lidé požadující přiznání částečného či plného invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou převážně lidé s nižším vzděláním.

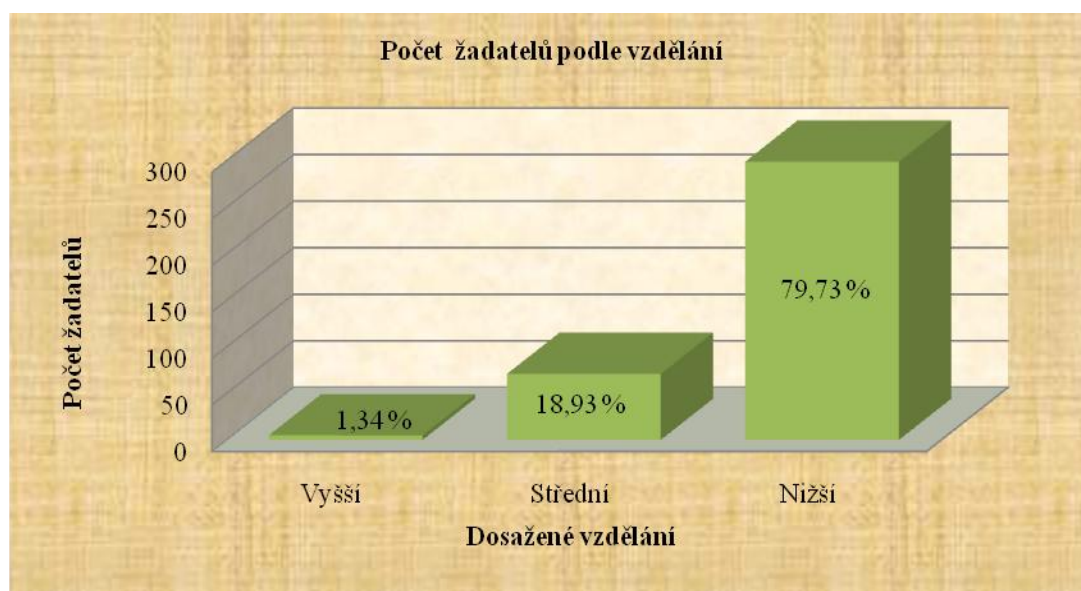
Výrazný vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na počet žadatelů o přiznání dávky důchodového pojištění v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu v okrese České Budějovice v roce 2007 znázorňuje tabulka č. 3 doplněná grafem.

Tabulka 3: Počet žadatelů o invalidní důchod k dosaženému vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet žadatelů	Procentuální vyjádření
Vyšší	5	1,34
Střední	71	18,93
Nižší	299	79,73
Celkem	375	100

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Počet žadatelů o invalidní důchod v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu vzhledem k dosaženému vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení

Z celkového počtu 375 sledovaných žadatelů o přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu má 229 žadatelů nižší vzdělání, 71 žadatelů střední vzdělání a jen 5 žadatelů vzdělání vyšší. Pokud bychom pro větší názornost tyto počty vyjádřili v procentech, pak by 79,73 % připadalo na žadatele s nižším vzděláním, 18,93 % na žadatele se středním vzděláním a pouze 1,34 % na žadatele s vyšším vzděláním.

Z předložených výsledků výzkumu je zřejmé, že lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou převážně lidé s nižším vzděláním, z toho vyplývá, že *hypotéza č. 3 se potvrdila*.

5 DISKUZE

Pomocí kvantitativního výzkumu a obsahové analýzy sekundárních dat jsem zjišťovala věk, pracovní zatížení a dosažené vzdělání žadatelů a následně vyhodnotila, zda získané výsledky potvrzují či vyvracejí položené hypotézy.

Řešením pro občany, kteří mají pohybové potíže a nesplňují podmínky pro nárok pro přiznání invalidního důchodu, by byl předčasný starobní důchod, který však vyvolává oprávněné obavy občanů ze znatelného poklesu životní úrovně. Jako problém často lidé uvádí, že v souvislosti s vysokou nezaměstnaností v České republice, vzhledem k jejich věku a zdravotním potížím, nemají velkou šanci dostat jinou pracovní příležitost. Jedním z řešení by mohla být rekvalifikace těchto občanů, které se však často ze stejných důvodů brání. Zdravotní potíže, které tito lidé uvádí jako důvod své žádosti o invalidní důchod, nesporně mají. To potvrzuje lékařská dokumentace i vyšetření lékařské posudkové služby. Pokles jejich schopnosti soustavné výdělečné činnosti však často nedosahuje zákonem stanovené hranice pro přiznání částečného či plného invalidního důchodu. Vezmeme-li v úvahu míru nezaměstnanosti, která má v současnosti stoupající tendenci, můžeme se domnívat, že v přiznání invalidního důchodu vidí jisté ekonomické zabezpečení. Nechci tím však zpochybňovat udávané subjektivní potíže těchto občanů, jako je bolestivost, určité omezení hybnosti, apod. Velice často se při posuzování zdravotního stavu lékařem posudkové služby zjišťuje, že výrazné omezení rozsahu hybnosti velkých či malých kloubů prokázáno není, nejsou ani prokázány deformace či deformity kloubů a jejich žádost se většinou zamítá.

Lidé s nižším vzděláním se obvykle uplatňují v dělnických profesích, kde jsou kladeny vyšší nároky na fyzickou zdatnost. A to se následně projevuje zejména u chorob pohybového aparátu.

První hypotézou jsem se zaměřila na věk žadatelů o přiznání invalidního důchodu. Ve výzkumné části jsem pak zjišťovala, do jaké míry ovlivňuje určitá věková skupina počet žadatelů. Překvapující pro mne bylo, že nejvíce žadatelů je ve věkové kategorii 45 – 54 let (144 respondentů, tj. 38,4 %) a poté teprve kategorie žadatelů starších 55 let (111 respondentů, tj. 29,6 %).

Tím má *hypotéza č. 1, že o přiznání invalidity v důsledku postižení pohybového aparátu žádají lidé ve věku 55 let a starší, se nepotvrdila.*

Jelikož mě zajímaly i další faktory, které by mohly mít významnou úlohu při požadování přiznání invalidního důchodu, stanovila jsem si proto v této práci *druhou hypotézu: Lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé fyzicky pracující.*

Charakter práce se mění vlivem technického pokroku a všeobecně ubývá těžké fyzické a manuální práce a přibývá činností obslužných. To je důvodem, proč nemůžeme schematicky každou dělnickou profesi spojovat s těžkou fyzickou prací, ale je třeba posuzovat konkrétní nároky na vykonávanou činnost. Z tohoto důvodu jsem ještě pro potřeby výzkumu rozdělila fyzickou práci na práci s těžší zátěží a na práci s lehčí zátěží.

V literatuře upravující oblast posudkové služby je uváděno, že pohybové ústrojí bývá nejčastějším zdrojem bolestí v organismu a je ve shodě s biologickou funkcí, která podléhá naší vůli. Přemíra statické zátěže a asymetrické přetěžování mohou být jednou z hlavních příčin zdravotních potíží této skupiny žadatelů o přiznání částečného nebo plného invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu. Podrobnější analýza dat ukázala, že 237 žadatelů z celkového výzkumného vzorku 375 žadatelů bylo posuzováno jako fyzicky pracující s těžší zátěží a tvořilo 63,2 %, 81 žadatelů tvořících 21,6 % bylo fyzicky pracujících s lehčí zátěží a jen 57 respondentů, tj. 15,2 % bylo duševně pracujících.

Tímto lze zkonstatovat, že *druhá hypotéza se potvrdila.*

Jelikož obecnou pracovní pozici bezpochyby ovlivňuje naše vzdělání, např. osoba s vyšším vzděláním má větší předpoklady pro vedoucí a administrativní funkce než osoba s nižším vzděláním, zvolila jsem pro svoji třetí hypotézu jako kritérium vlivu na počet žadatelů o přiznání invalidního důchodu, dosažené vzdělání.

Třetí hypotéza zní: Lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou s nižším vzděláním.

Jak vyplývá z výsledků výzkumu, 299 žadatelů, tj. 79,73 % z celkového zkoumaného vzorku 375 žadatelů o přiznání invalidního důchodu, byli lidé s nižším vzděláním. 71 žadatelů, tj. 18,93 % všech žadatelů, byli lidé se středním vzděláním a jen nepatrná skupina 5 žadatelů, tj. 1,34 %, lidé s vyšším vzděláním.

Po ověření této hypotézy lze říci, že i třetí hypotéza *se potvrdila*.

Domnívám se, že můj výzkum vypovídá o tom, že v přiznání invalidity žadatelé vidí jisté ekonomické zabezpečení při svém zdravotním znevýhodnění. Je třeba si uvědomit, že občan, jehož základní životní podmínky nejsou zabezpečeny dostatečnými příjmy a on si sám nemůže vlastním přičiněním tyto podmínky nebo prostředky na jejich vytvoření zajistit, se tak dostává do situace tzv. hmotné nouze. V případě hmotné nouze se pak občanům neposkytuje dávka důchodového pojištění, jak se lidé mylně často domnívají, ale dávka státní sociální podpory. Pro tyto občany bych spatřovala jako řešení vhodnou rekvalifikaci následovanou dalšími nástroji aktivní politiky zaměstnanosti jako např. dostatečná finanční podpora pro zaměstnavatele, kteří by zaměstnávali občany vyššího věku a občany zdravotně znevýhodněné, kteří však nesplňují podmínky přiznání plného či částečného invalidního důchodu.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování skupiny žadatelů o přiznání plného či částečného invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu.

Důvodem, proč jsem se na tuto oblast ve své práci zaměřila, bylo, že během mé praxe na České správě sociálního zabezpečení jsem se s touto skupinou žadatelů denně setkávala a zjišťovala, že tito žadatelé nejen vzhledem k těžké fyzické práci, kterou vykonávají, ale i k věku a s ním souvisejícími zdravotními problémy, svou práci zvládají jen těžko nebo ji dokonce již nadále vykonávat nemohou a přitom ještě nesplňují podmínky nároku pro přiznání starobního důchodu.

Ve výzkumné části jsem pro zmapování této skupiny žadatelů zvolila hledisko věku, pracovního zatížení a vzdělání. Významnou roli při zpracování tématu této bakalářské práce hrála znalost dané problematiky a odborná pomoc pracovníků – lékařů posudkové služby, kteří jsou v každodenním kontaktu s realitou a klienty. Výzkumná část byla pro mě velice zajímavá a přínosná.

Z hypotéz, které vzešly ze zkušeností z praxe, se potvrdily pouze dvě hypotézy, a to, že lidé požadující přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu jsou většinou lidé fyzicky pracující a lidé s nižším vzděláním. Překvapující pro mě bylo zjištění, že o přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení podpůrného a pohybového aparátu nežádají nejčastěji lidé ve věku 55 let a starší, ale lidé ve věkové kategorii 45 – 54 let. Při zohlednění všech tří hledisek jsou pak nejčastějšími žadateli lidé ve věku 45 – 54 let, lidé s těžší fyzickou zátěží a s nižším vzděláním. (viz příloha č. 4)

Invalidita je problém velmi složitý a historicky podmíněný. V některých evropských zemích je invalidita považována pouze za dočasnou pracovní neschopnost. V našem pojetí je invalidita chápána nejen jako omezení pracovní schopnosti způsobující ztrátu výdělku a možnosti ekonomické činnosti, ale často je v ní obsažen i aspekt společenský.

Z toho důvodu by bylo zajímavé a také přínosné, zaměřit se a zmapovat invaliditu vzhledem k těmto skupinám žadatelů ještě z hlediska jejich sociální situace a začlenění

na trhu práce. Zdravotně sociální problematika těchto osob si však vzhledem k celkové situaci na poli zaměstnanosti, zvyšujícímu se počtu občanů staršího věku, který s sebou přináší řadu zdravotních potíží, především pak těch pohybových, zasluhuje celospolečenskou a především pak politickou diskusi o situaci těchto občanů a jejím vhodném řešení.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Změny v důchodovém pojištění od 1. 1 2009* [online]. 2009 [cit. 2009-03-22]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/zmeny-v-duchodovem-pojisteni-od-1-1-2009.htm>.
2. BREJCHA, A., ŠANTRŮČEK, V. *Právo důchodového pojištění*. Praha: LINDE, 1998. 427 s. ISBN 80-7201-124-3.
3. BREJCHA, A., ŠANTRŮČEK, V. *Zákon o důchodovém pojištění*. Praha: CODEX, 1996. 425 s. ISBN 80-85963-07-8.
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
6. *Informace pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení V*. Praha: MPSV, 2002. 168 s. ISBN 80-86552-17-9.
7. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
8. KAHOUN, V., KOZLOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. *Sociální práce*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 336 s. ISBN 80-7254-138-2.
9. KAHOUN, V. *Pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF, 1999. 126 s. ISBN 80-7040-340-3.
10. KAHOUN, V., VURM, V., KUČEROVÁ B., *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 88 s. ISBN 978-80-7387-130-7.
11. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V., *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
12. KOZLOVÁ, L. Některé základní problémy sociologického výzkumu. *Kontakt*, České Budějovice, ZSF JU, 2000, roč. 2, č. 1, s. 41-44. ISSN 1212-4117.

13. LANGER, R., *Posudková služba sociálního zabezpečení*. Praha: LINDE, 1999. 370 s. ISBN 80-7201-188-X.
14. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize*. 1. vyd. Praha: ÚZIS, 1992. 779 s. ISBN neuvedeno.
15. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Průvodce sociálním systémem v roce 2009* [online]. 2009 [cit. 2009-02-28].
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6099/PSP_01_09.pdf.
16. *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-9* [online]. 2005 [cit. 2009-03-25].
Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/NPPI_2007.pdf.
17. PHARMA NEWS. *Problémy pohybového systému* [online]. 2009 [cit. 2009-03-03]. Dostupné z: http://www.pharmanews.cz/2006_05/pohyb_01.html.
18. PRÁVO SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ [online]. [cit. 2009-03-03].
Dostupné z:
http://www.szab-ch-vske.estranky.cz/clanky/prednasky/pravo-socialniho-zabezpeceni---predn_-1_.
19. Předpisy o sociálním zabezpečení. *Důchodové pojištění*. Praha: MPSV, 2001. 216 s. ISBN 80-85529-99-8.
20. PŘIB, J., VOŘÍŠEK, V. *Důchodové předpisy s komentářem*. 3. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, 2004. 431 s. ISBN 80-7263-236-1.
21. *Průvodce pro posudkovou službu sociálního zabezpečení*. Praha: MPSV, 1998. 208 s. ISBN 80-85529-43-2.
22. SLOWÍK, J. Medializace handicapu a její úskalí. *Kontakt* [online]. 2005, roč. 7, č. 1-2 [cit. 2008-04-08], s. 111-114. Dostupné z:
<http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt/jednotlivacisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt05/kontakt-1-2-05.pdf>. ISSN 1212-4117.
23. *Slovník pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení*. Praha: MPSV, 2001. 163 s. ISBN 80 86552-05-5.
24. *Sociální zabezpečení 2009*. Praha: ČSSZ, 2009. 34 s. ISBN 978-80-87039-13-7.

25. TOMEŠ, I., *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2.vyd., Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
26. TÓTHOVÁ, V. POLENOVÁ, K. MATĚJKOVÁ, L. *Akademický rok 2008/2009*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 428 s.
27. Vyhláška č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti, pro účely sociálního zabezpečení, v platném znění
28. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, v platném znění
29. Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, v platném znění
30. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění
31. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění
32. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.
33. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění
34. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění.
35. Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, v platném znění.
36. DOKTOR ZDRAVÍ. *Klouby a pohyb* [online]. 2009. [cit. 2009-03-03].
Dostupné z: <http://www.doktor-zdravi.cz/lekarna/problemy-s-pohybovym-aparatem/id4543.html>.
37. MEDOP. *Důležité změny v nemocenském pojištění pro ošetřující lékaře platné od 1.1.2009* [online]. 2009. [cit. 2009-01-04].
Dostupné z: <http://www.medop.cz/clanky.php?typ=3&id=357&detail=1>.
38. *Právní předpisy sociálního zabezpečení* [online]. 10.3.2008 [cit. 2009-03-10].
Dostupné z: http://www.szab-ch-vske.estranky.cz/clanky/prednasky/pravo-socialniho-zabezpeceni---predn_1_.

8 Klíčová slova

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Invalidita

Lékařská posudková služba

Pracovní potenciál

Pracovní schopnost

Soustavná vředělečná činnost

9 PŘÍLOHY

- Příloha č. 1 Počet žádostí o invalidní důchod ze sledovaného vzorku podle druhu zdravotního postižení
- Příloha č. 2 Druh pracovního zařazení
- Příloha č. 3 Rozdělení žadatelů podle pracovního zatížení a vzdělání
- Příloha č. 4 Vliv pracovní zátěže, vzdělání a věku na počet žadatelů o přiznání invalidního důchodu v důsledku postižení pohybového aparátu

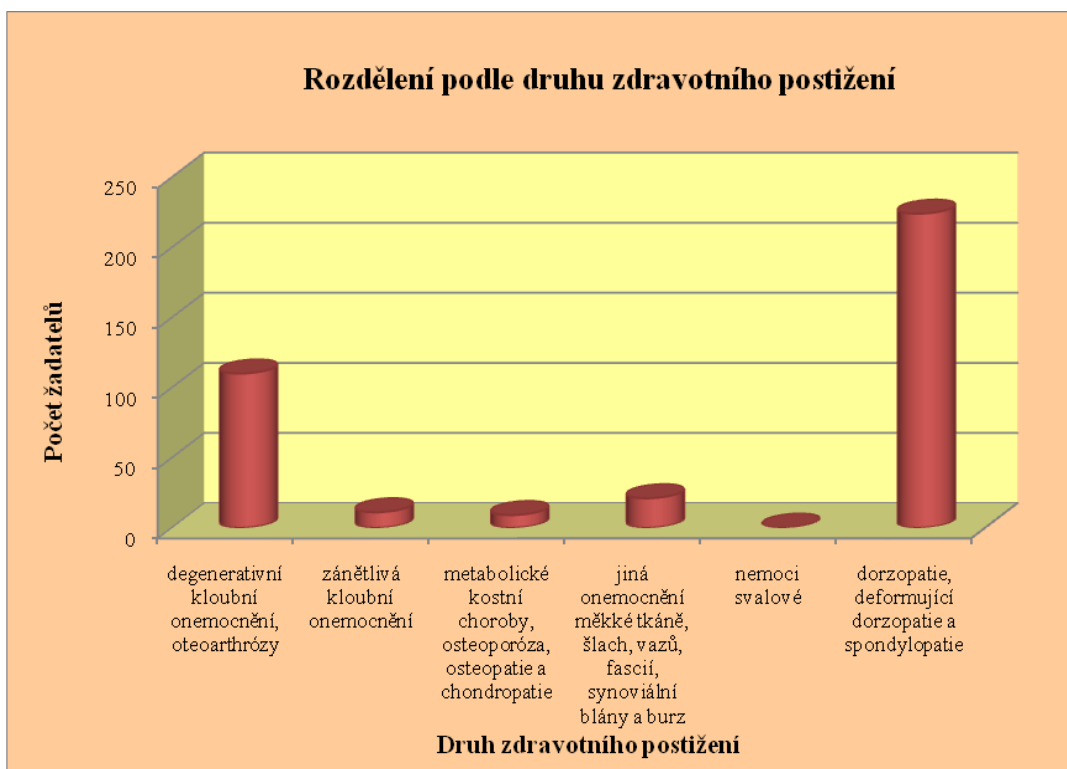
Příloha č. 1

Tabulka 4 Počet žádostí o invalidní důchod ze sledovaného vzorku podle druhu zdravotního postižení v okrese České Budějovice v roce 2007

Oddíl	Druh zdravotního postižení	Počet žadatelů
A	degenerativní kloubní onemocnění, osteoartrózy	110
B	zánětlivá kloubní onemocnění	11
C	metabolické kostní choroby, osteoporóza, osteopatie a chondropatie	9
D	jiná onemocnění měkké tkáně, šlach, vazů, fascií, synoviální blány a burz	21
E	nemoci svalové	0
F	dorzopatie, deformující dorzopatie a spondylopatie	224
Celkem		375

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 Počet žádostí o invalidní důchod ze sledovaného vzorku podle druhu zdravotního postižení v okrese České Budějovice v roce 2007



Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 2

Druh pracovního zařazení

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
student	obchodní ředitel	zástupce vedoucího	technik	pokladní	vlakvedoucí	krmič	kovář	řidič	pom. síla
voják	vedoucí prodejny	lékařka	revizní technik	operátorka	hasič	krmička	topenář	strojvedoucí	uklízečka
	manažer	učitelka	technolog	expedientka	prodavačka	ošetřovatel	vozmistr	soustružník	vrátný
	vedoucí oddělení	učitel	laborant	admin.prac.	servírka	zahradnice	brusič	skladník	hlídač
		kopista	odborný poradce	pošt.doručovatelka	průvodčí		automechanik	truhlář	pokojská
			zdrav. sestra	doručovatelka	sanitárka		zedník	traktorista	pekařka
			mistr	sekretářka	OSVČ výkup		elektroúdržbář	železničář	pekař
			ekonom	revizor	strážný		tesař	strojník	dělník
			obchodník		policista		údržbář	skladnice	dělnice
			obchodní zástupce		prodavač		zámečník	obráběč kovů	
			účetní		kuchařka		spojový manipulát	montážník	
			úřednice		kuchař		malíř pokojů	šička	
			referent		kadeřnice		frézařka	pradlena	
			bezpeč.služba		barman		kvalitář	pletařka	
			hokejista		číšník		mechanik	plánografka	
							zámečník		
							elektrikář		
							lakýrník		
							seřizovač		
							karosář		
							podlahář		
							svářeč		
							instalatér		

Příloha č. 3

Číselný kód druhu zaměstnání

- 0 Ostatní
- 1 Vedoucí a řídicí pracovníci (zákonodárci)
- 2 Vědecký a odborný duševní pracovník
- 3 Technický, zdravotnický a pedagogický pracovník
- 4 Nižší administrativní pracovník
- 5 Provozní pracovník ve službách
- 6 Kvalifikovaný zemědělec a lesní dělník
- 7 Řemeslníci a kvalifikovaní dělníci
- 8 Obsluha strojů a zařízení
- 9 Pomocný a nekvalifikovaný pracovník

Rozdělení žadatelů podle pracovního zatížení

- | | | |
|---------|-------|----------------------------------|
| Skupina | 0 – 3 | duševně pracující |
| Skupina | 4 – 5 | fyzicky pracující s lehčí zátěží |
| Skupina | 6 – 9 | fyzicky pracující s těžší zátěží |

Dosažené vzdělání

- | | |
|---------|---------------------------------|
| Vyšší | ukončené vysokoškolské vzdělání |
| Střední | gymnázium |
| | úplné střední odborné |
| | střední odborné s maturitou |
| Nižší | střední odborné bez maturity |
| | základní vzdělání |

Příloha č. 4

