

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

**Naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné  
od 1.1.2009 v okrese Jindřichův Hradec.**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:  
Ing. Josef Mlsna**

**Autor:  
Bc. Iva Tučková**

**2011**

## **Abstract**

### **Title: Meeting main objectives of the sickness insurance legislation effective from January 1<sup>st</sup>, 2009 in the region of Jindřichův Hradec.**

The area of a sickness insurance, I have chosen for my diploma thesis, is not only important for me in terms of my working life, but as well as for my private life, because a temporary working incapacity and a title for sickness insurance benefits accompanies a life of each of us, either directly in our family circle or among friends or colleagues. The working incapacity, as a social event, is familiar to all of us. Someone meets it more often, someone less often, however it always influences our private as well as working life from a financial perspective, it has an impact on our working duties and it strikes our family groove. At the same time it has a very human dimension, since it concerns the most valuable we have – it is our health. It deepens solidarity among people, mutual support and empathy.

I have chosen the above topic also for the reason that I had already been working in the area of the sickness insurance for five years. I am interested whether there have been met the main objectives from the new legislation especially in terms of savings in financial means, a decrease of a number of temporary incapacities and a prevention of a misuse of the temporary working incapacities. The main aim of this thesis is to analyze individual areas of an implementation of the sickness insurance and on the basis of obtained results and statistical data to evaluate whether the main objectives of the sickness insurance legislation from January 1<sup>st</sup>, 2009 in the region of Jindřichův Hradec were met.

Three hypotheses were presented in the thesis. The first premise said that with the effectiveness of this law financial means had spent on the sickness insurance benefits had been saved. The second premise was a decrease of the temporary incapacities and the third proven one was the meeting of the main objectives of the legislation in the whole implementation range of the sickness insurance in the region of Jindřichův Hradec. Two research methods were chosen; an analysis of documents, a technique of a secondary analysis and a content analysis. The second method was a semi-structured interview with professionals in the area of the sickness insurance. Defined

hypotheses were confirmed by the carried out research. Financial means spent on the sickness insurance benefits were saved very dramatically already in the first half of the effectiveness of this law and the number of temporary incapacities decreased by one third of cases in that period.

The third hypothesis was also confirmed by both chosen research methods and defined objectives of the new legislation were met in the region of Jindřichův Hradec.

The defined aims of the diploma thesis were achieved, hypotheses were verified, there were mentioned important remarks and changes and provisions, which would lead to another streamlining of the sickness insurance system, were proposed. The obtained results are beneficial for my work in this area and they are a motivation as well as a challenge to other research activities.

## **Abstrakt**

**Název práce: Naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 v okrese Jindřichův Hradec.**

Oblast nemocenského pojištění, kterou jsem si pro zpracování diplomové práce vybrala, je pro mne důležitá nejen z hlediska pracovního života, ale i soukromého, neboť dočasná pracovní neschopnost a nárok na dávky nemocenského pojištění provází životem každého z nás, ať už přímo, v kruhu rodinném nebo mezi přáteli či spolupracovníky. Neschopnost k práci, jako sociální událost, je důvěrně známa každému z nás. Někdo se s ní setkává častěji, jiný méně často, vždy však ovlivní náš soukromý i pracovní život z hlediska finančního, zasáhne do našich pracovních povinností i do zaběhnutého režimu rodiny. Současně má i velmi lidský rozměr, neboť se týká toho nejcennějšího, co každý z nás má a tím je zdraví. Prohlubuje solidaritu mezi lidmi, vzájemnou pomoc a empatii.

Výše uvedené téma jsem si vybrala také z toho důvodu, že v oblasti nemocenského pojištění pět let pracuji a zajímá mne, zda došlo k naplnění hlavních cílů nové právní úpravy zejména z hlediska úspory finančních prostředků, poklesu počtu dočasných pracovních neschopností a k zamezení zneužívání dočasné pracovní neschopnosti. Hlavním cílem této práce je analyzovat jednotlivé oblasti provádění nemocenského pojištění a na základě zjištěných výsledků a statistických podkladů vyhodnotit, zda došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 v okrese Jindřichův Hradec.

V rámci práce byly stanoveny tři hypotézy. První předpoklad byl, že účinností tohoto zákona došlo k úspoře finančních prostředků vynaložených na dávky nemocenského pojištění. Druhým předpokladem byl pokles dočasných pracovních neschopností a třetím prokázané naplnění hlavních cílů právní úpravy v celé šíři provádění nemocenského pojištění v okrese Jindřichův Hradec. Výzkumné metody byly zvoleny dvě, a to analýza dokumentů, technikou sekundární analýzy a obsahové analýzy a druhou metodou byl polostandardizovaný rozhovor s odborníky v oblasti nemocenského pojištění. Stanovené hypotézy byly provedeným výzkumem potvrzeny. K úspoře finančních prostředků vynaložených na dávky nemocenského pojištění došlo

a to velmi výrazně již v prvním půl roce účinnosti zákona a počet dočasných pracovních neschopností v tomto období poklesl o třetinu případů.

Třetí hypotéza byla také potvrzena oběma zvolenými výzkumnými metodami a stanovené cíle nové právní úpravy byly v okrese Jindřichův Hradec naplněny.

V diplomové práci bylo dosaženo stanovených cílů, byly ověřeny hypotézy, zmíněny důležité postřehy a navrženy změny a opatření, která by vedla k dalšímu zefektivnění systému nemocenského pojištění. Získané výsledky jsou přínosem pro moji další práci v této oblasti a rovněž motivací i výzvou k další výzkumné činnosti.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu 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-v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákon č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Jindřichově Hradci dne 29.4.2011

Bc. Iva Tučková

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce Ing. Josefu Mlsnovi za věnovaný čas, obětavou pomoc a odborné vedení při zpracování diplomové práce.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b> .....	8
<b>1</b> <b>Současný stav</b> .....	10
<b>1.1</b> <b>Účast na pojištění</b> .....	11
1.1.1   Okruh pojištěných osob.....	11
1.1.2   Podmínky účasti zaměstnanců.....	12
1.1.3   Podmínky účasti OSVČ.....	13
<b>1.2</b> <b>Dávky nemocenského pojištění</b> .....	13
1.2.1   Obecné podmínky nároku.....	13
1.2.2   Druhy dávek .....	14
1.2.3   Společná ustanovení o dávkách.....	21
<b>1.3</b> <b>Posuzování zdravotního stavu</b> .....	21
<b>1.4</b> <b>Hlavní důvody a principy zavedení právní úpravy účinné od 1.1.2009</b> .....	26
1.4.1   Předpokládané dopady a důsledky účinnosti právní úpravy.....	30
<b>2</b> <b>Cíl práce a hypotézy</b> .....	32
2.1     Cíl práce.....	32
2.2     Hypotézy.....	32
<b>3</b> <b>Metodika</b> .....	33
3.1     Použitá metodika.....	33
3.2     Charakteristika výzkumného souboru.....	34
<b>4</b> <b>Výsledky</b> .....	37
4.1     Posuzování zdravotního stavu a dočasná pracovní neschopnost.....	37
4.2     Dávky nemocenského pojištění .....	56
4.3     Polořízené rozhovory.....	77
4.4     Ověření stanovených hypotéz.....	88
<b>5</b> <b>Diskuze</b> .....	89
5.1     Návrhy změn v systému nemocenského pojištění.....	90
<b>6</b> <b>Závěr</b> .....	97
<b>7</b> <b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	100
<b>8</b> <b>Klíčová slova</b> .....	105



## Úvod

Sociální zabezpečení České republiky je tvořeno třemi pilíři – sociálním pojištěním, státní sociální podporou a sociální pomocí.

Sociální pojištění je jedním ze tří pilířů sociální politiky České republiky. Systém sociálního pojištění je tvořen důchodovým a nemocenským pojištěním. Nemocenské pojištění je součástí systému práva sociálního zabezpečení, který je samostatným právním odvětvím a upravuje chování subjektů ve společenských vztazích, vznikajících v rámci sociálního zabezpečení.

Základním úkolem nemocenského pojištění je zabezpečení pojištěných osob při určitých sociálních událostech tak, aby byl dopad těchto sociálních událostí odstraněn, nebo alespoň zmírněn. Systém nemocenského pojištění slouží především k zabezpečení pojištěnce dočasně práce neschopného z důvodu nemoci, úrazu, karantény nebo při rozhodnutí lékaře o potřebě ošetřování (péče) o nemocné dítě nebo jiného člena rodiny. Dále pak k zabezpečení pracujících žen (popř.mužů) v době, kdy z důvodu těhotenství, porodu a péče o narozené dítě nemohou vykonávat práci v zaměstnání nebo musí být přeřazeny na práci méně finančně ohodnocenou. Tyto úkoly nemocenského pojištění jsou realizovány formou výplaty dávek nemocenského pojištění, kdy podmínky pro nárok a výplatu těchto dávek byly v posledních letech několikrát změněny.

Tématem mé diplomové práce je srovnání právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009, kdy nabyl účinnosti zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, a právní úpravy účinné do 31.12.2008, zejména v oblasti poskytování dávek nemocenského pojištění – podmínky nároku a výplaty, počtu pracovních neschopností, zefektivnění a průhlednost systému v kontextu stanovených hlavních cílů nové právní úpravy.

Toto téma jsem si vybrala zejména z toho důvodu, že od roku 1999 pracuji na Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec a poslední čtyři roky právě na úseku nemocenského pojištění. Vybraná problematika je mi tedy obsahově velmi blízká a věřím, že mi budou výsledky diplomové práce významným přínosem pro mou další činnost v této oblasti. Dalším důvodem výběru mého tématu je skutečnost, že jsem se

v průběhu svého několikaletého působení na okresní správě sociálního zabezpečení, ale i mimo ni, setkala se zneužíváním systému nemocenského pojištění. K tomuto dochází zejména z důvodu nevhodně nastaveného systému vztahů lékař – pacient, kdy ošetřující lékaři vychází svým pacientů maximálně vstříc a dochází k nadužívání dávek nemocenského pojištění, nejvíce nemocenského. Lékaři jsou málo motivováni k neprodlenému uschopnění pacienta ihned po zdoání nemoci, ke včasnému zajištění odborného vyšetření, ke stanovení přiměřeného rozsahu vycházek v pracovní neschopnosti pojištěnce i ke změnám pobytu na žádost pojištěnce. V zájmu udržení si pojištěnce ve stavu mu obvykle vyhoví ve všech požadavcích, takže dočasně práce neschopní hojně cestují, na základě lékařem povolené změny pobytu, i při infekčních diagnózách mají neomezené vycházky a s bolestmi zad, i po odborném vyšetření, které neprokázalo žádné závažné postižení nosného či pohybového ústrojí, setrvávají v dočasné pracovní neschopnosti několik měsíců. Pojištěnci tohoto přístupu lékařů využívají a někteří takto kalkulují i s dovolenou, kterou si na vánoční svátky neschovají, neboť mají vyzkoušeno, že si lze volno zabezpečit pracovní neschopností. Protikladem k těmto lidem jsou ti, kteří nemoci přecházejí, ať už z důvodů finančních nebo pracovního vytížení, což také není správné, neboť ohrožují zdraví své, svých blízkých, přátel i spolupracovníků. Zneužívání pracovní neschopnosti je odčerpávání společných peněz nás všech na úkor těch poctivých a opravdu potřebných, kteří se z důvodu dlouhodobé vážné nemoci dostali do složité životní situace spojené s finančními těžkostmi a jsou odkázáni na systém sociálního zabezpečení. Protipólem jsou jedinci, kteří se snaží z tohoto sociálního systému díky své pohodlnosti, lenosti a nepoctivosti promyšleně vyzískat co nejvíce. Sociální pojištění by mělo lidem pomoci v nemoci, v případě úrazu, invalidity, ve stáří, v mateřství a rodičovství, tedy v situacích, kdy si nemohou zajistit dostatečný příjem výdělečnou činností sami, ale nemělo by podporovat jedince, jejichž schopnost a možnost výdělečné činnosti omezena nebyla.

## 1 Současný stav

V současné době upravuje provádění nemocenského pojištění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, který zásadně mění způsob provádění nemocenského pojištění a komplexně upravuje nemocenské pojištění zaměstnanců civilního sektoru, příslušníků ozbrojených složek (hasiči, policisté, vojáci, příslušníci celní správy, vězeňské služby, bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace) a osob samostatně výdělečně činných. Tento zákon upravuje nemocenské pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství a mateřství a ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj. Dále pak upravuje organizaci a provádění pojištění včetně posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění. Nově jsou zainteresováni do počtu i délky pracovní neschopnosti zaměstnanců zaměstnavatelé, kteří prvních 21 dnů pracovní neschopnosti vyplácí zaměstnanci náhradu mzdy a to od 4. dne dočasné pracovní neschopnosti a pouze za dny, které jsou pro zaměstnance dny pracovními. Od 22. dne dočasné pracovní neschopnosti vyplácí okresní správy sociálního zabezpečení práce neschopným pojištěncům nemocenské. Nárok na ostatní dávky a jejich výplatu si pojištěnci uplatňují od počátku vzniku sociální události u okresních správ sociálního zabezpečení. Těmito dávkami jsou: ošetřovné, peněžitá pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Přijaté změny v provádění nemocenského pojištění, které zákon o nemocenském pojištění přinesl, by měly vést ke snížení nemocnosti i výdajů na dávky nemocenského pojištění, ke zjednodušení a zkvalitnění systému.

Na doplnění úvodu uvádím, že od 1.1.2011 vyplácí zaměstnavatel náhradu mzdy prvních 21 dnů ode dne rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti na rozdíl od období, které ve své práci popisují (1. pololetí roku 2009 a 2010), kdy zaměstnavatel vyplácel náhradu mzdy prvních 14 dnů. Nemocenské je nyní vypláceno od 22. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, zatímco do 31.12.2010 bylo vypláceno od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti.

## **1.1 Účast na pojištění**

### **1.1.1 Okruh pojištěných osob**

Podle právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 již nejsou účastni nemocenského pojištění společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným a komanditisté komanditní společnosti, jestliže za odměnu konají pro společnost práci mimo pracovně právní vztah. Dále nejsou účastni nemocenského pojištění studenti a žáci.

Pojištění jsou účastni ze zákona povinně při splnění zákonem stanovených podmínek

a) zaměstnanci, jimiž se rozumí

- zaměstnanci v pracovním poměru
- příslušníci policie, hasičského záchranného sboru, celní správy, vězeňské služby, bezpečnostní informační služby, úřadu pro zahraniční styky a informace a vojáci z povolání
- státní zaměstnanci podle služebního zákona
- členové družstev, kteří pro družstvo vykonávají práci, za niž jsou odměňováni
- zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti
- pracovníci v pracovně právním vztahu uzavřeném podle cizích právních předpisů
- soudci
- členové zastupitelstev územních samosprávných celků, kteří jsou pro výkon funkce dlouhodobě uvolněni
- poslanci a senátoři
- členové vlády
- fyzické osoby, které jsou jmenovány nebo voleny do funkce vedoucího správního úřadu
- dobrovolní pracovníci pečovatelské služby
- pěstouni
- odsouzení ve výkonu trestu zařazení do práce

- osoby činné v poměru, který má charakter pracovního poměru, ale pracovní poměr nevznikl, neboť nebyly splněny podmínky stanovené pracovními předpisy
- b) osoby samostatně výdělečně činné, pokud se přihlásí k pojištění, neboť nemocenské pojištění je pro ně dobrovolné (43).

### **1.1.2 Podmínky účasti zaměstnanců na pojištění**

- 1) výkon zaměstnání na území České republiky nebo v cizině pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR
- 2) trvání nebo uzavření zaměstnání alespoň 15 kalendářních dnů (podmínka se pokládá za splněnou zaniklo-li zaměstnání např. po 5 dnech, pokud bylo sjednáno alespoň na 15 dnů)
- 3) sjednaná částka započitatelného příjmu za kalendářní měsíc dosahuje alespoň výše rozhodného příjmu (v roce 2009, 2010 i 2011 činí výše rozhodného příjmu 2 000,-Kč)

Zvláštní skupinu tvoří zaměstnanci vykonávající tzv. zaměstnání malého rozsahu, což je zaměstnání na území ČR, které trvá nebo mělo trvat alespoň 15 kalendářních dnů, avšak výše příjmu z tohoto zaměstnání nedosahuje výše rozhodného příjmu nebo jej dosahuje jen v některých měsících. Tito zaměstnanci jsou pojištěni jen v těch kalendářních měsících, v nichž dosáhnou příjmu alespoň 2 000,-Kč.

Osoba, která vykonává více zaměstnání zakládajících účast na pojištění, je pojištěna z každého tohoto zaměstnání.

Vyňati z pojištění jsou zaměstnanci pracující v České republice pro zaměstnavatele, který požívá diplomatických výsad a imunit, jsou-li pojištěni v jiném státě, a také zaměstnanci pracující pro mezinárodní organizaci na území ČR, kteří písemně požádají o vynětí z pojištění (41).

### **1.1.3 Podmínky účasti OSVČ**

Účast osob samostatně výdělečně činných na pojištění, je na rozdíl od zaměstnanců, dobrovolná. Jejich účast na pojištění vzniká dnem podání písemné přihlášky k pojištění.

Podmínkami pro účast na pojištění tedy je:

- 1) výkon samostatné výdělečné činnosti na území ČR nebo v zahraničí, avšak na základě oprávnění vyplývajících z právních předpisů ČR
- 2) podání písemné přihlášky k nemocenskému pojištění

Vykonává-li osoba více samostatných výdělečných činností, je z nich pojištěna jen jednou (27).

## **1.2 Dávky nemocenského pojištění**

### **1.2.1 Obecné podmínky nároku na dávky a jejich výplatu**

Podmínky pro nárok na dávku se obecně označují jako dávkové schéma, které zahrnuje existenci pojistného vztahu, určitou dobu trvání pojištění a vznik sociální události.

Pro nárok na konkrétní dávku musí být splněny specifické podmínky stanovené zákonem pro nárok na dávku a její výplatu.

Z nemocenského pojištění jsou pojištěncům vypláceny čtyři dávky: nemocenské, ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Nárok na dávku vzniká, pokud podmínky pro vznik nároku byly splněny v době pojištění nebo v době přerušení pojištění. Na nemocenské je nárok také z ochranné lhůty ze skončeného pojištění (ochranná lhůta je doba po skončení pojištění, v níž je osoba na základě tohoto posledního zaměstnání považována za pojištěnce; tato lhůta trvá sedm kalendářních dnů). Ochranná lhůta pro nárok na peněžitou pomoc v mateřství činí u žen, jejichž pojištění skončilo v době těhotenství, 180 kalendářních dnů. Ochranná lhůta však činí nejvýše tolik dnů, kolik dnů pojištění trvalo (19).

Ochranná lhůta platí jen pro vybrané pojištěné činnosti. Neplatí například z pojištěné činnosti poživatele starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, dále ze zaměstnání malého rozsahu, ze zaměstnání sjednaného na dobu dovolené, prázdnin apod. Tato odchylná úprava oproti ostatním pojištěncům vyplývá

ze skutečnosti, že tito pojištěnci po zániku pojištění jsou zabezpečeni dávkou důchodového pojištění nebo to vyplývá z charakteru vykonávané činnosti. Z ochranné lhůty nenáleží ošetřovné a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Pojištěnec nemá nárok na výplatu dávky za dobu, po kterou vykonává v pojištěné činnosti, z níž nárok na dávku plyne, práci. Toto neplatí pro vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Dávky jsou vypláceny za kalendářní dny a vypočtená výše dávky se zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

Dávky se vypočítávají z úhrnu měsíčních vyměřovacích základů pro odvod pojistného za období 1 roku před vznikem sociální události (tzv. rozhodné období). Nemá-li pojištěnec v rozhodném období započitatelný příjem nebo odpracovaných alespoň 30 kalendářních dnů, je rozhodným obdobím první předchozí kalendářní rok.

Pokud zaměstnanec vykonává více zaměstnání zakládajících účast na pojištění, posuzují se podmínky pro vznik nároku z každé této pojištěné činnosti samostatně, dávka však náleží ze všech pojištění jen jednou (19).

### **1.2.2 Druhy dávek**

#### **Nemocenské**

Nárok na nemocenské má pojištěnec, který byl uznán dočasně práce neschopným nebo kterému byla nařízena karanténa podle zvláštního právního předpisu, trvá-li dočasná pracovní neschopnost nebo nařízená karanténa déle než 14 kalendářních dnů, respektive 21 kalendářních dnů v právní úpravě platné od 1.1.2011 (38).

Nemocenské se vyplácí nejdéle 380 kalendářních dnů (tzv. podpůrčí doba), poté může pojištěnec požádat písemně o prodloužení výplaty nemocenského po uplynutí podpůrčí doby. Podpůrčí doba může být pojištěnci prodloužena maximálně o 3 měsíce a to opakovaně, vždy na základě nového posouzení zdravotního stavu, celkem však maximálně o 350 kalendářních dnů. O prodloužení podpůrčí doby rozhodne orgán nemocenského pojištění na základě posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem, jestliže lze očekávat, že pojištěnec v krátké době nabude pracovní schopnosti a to i k jiné, než dosavadní pojištěné činnosti. Poživateli starobního důchodu a invalidního

důchodu pro invaliditu třetího stupně vyplácí nejdéle 70 kalendářních dnů (od 1.1.2011 nejdéle 63 kalendářních dnů), nejdéle však do dne, jímž skončilo zaměstnání v případě zaměstnance nebo pojištění, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou (1).

Podmínkou nároku na nemocenského je u osoby samostatně výdělečně činné její účast na nemocenském pojištění alespoň po dobu tří měsíců bezprostředně předcházejících dni vzniku dočasné pracovní neschopnosti (29).

Výše nemocenského činí 60 % denního vyměřovacího základu za kalendářní den do konce dočasné pracovní neschopnosti nebo vyčerpání podpůrní doby. V některých případech je vypočtená výše nemocenského vyplácena v poloviční výši. Jedná se o případy, kdy si pojištěnec přivodil dočasnou pracovní neschopnost zaviněnou účastí ve rvačce, pokud se nejedná o sebeobranu nebo pomoc napadenému, dále pokud si pracovní neschopnost přivodil jako bezprostřední následek své opilosti nebo zneužití omamných prostředků nebo psychotropních látek nebo při spáchání úmyslného trestného činu nebo úmyslně zaviněného přestupku. Rozhodné skutečnosti pro nárok na dávku a její výplatu musí orgán nemocenského pojištění došetřit u věcně příslušných orgánů a institucí – např. u Policie České republiky, zdravotnického zařízení, komise pro projednávání přestupků při městském úřadu apod.

Nárok na nemocenské nemá pojištěnec, který si přivodil dočasnou pracovní neschopnost úmyslně (42).

### **Peněžítá pomoc v mateřství**

Tato dávka zabezpečuje ženu, která v pokročilém stadiu těhotenství a při péči o narozené dítě nemůže vykonávat výdělečnou činnost a zabezpečit tak potřeby své a svého dítěte z dosažených příjmů z této výdělečné činnosti.

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství má

- pojištěnka, která porodila dítě; před porodem má v době nejdříve od počátku osmého týdne před očekávaným dnem porodu nárok na peněžitou pomoc v mateřství těhotná pojištěnka,
- pojištěnec, pokud převzal dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu,



- pojištěnec, který pečuje o dítě, jehož matka zemřela, pojištěnec, který o dítě pečuje a je otcem dítěte nebo manželem ženy, která dítě porodila, pokud matka dítěte nemůže nebo nesmí o dítě pečovat pro závažné dlouhodobé onemocnění, pro které byla uznána dočasně práce neschopnou a nemá nárok na výplatu peněžité pomoci v mateřství,
- pojištěnec, který s matkou dítěte uzavřel písemnou dohodu, že bude pečovat o dítě (dohodu lze uzavřít nejdříve od počátku 7. týdne po porodu, musí v ní být uveden den, od kterého bude pojištěnec o dítě pečovat, den porodu a úředně ověřený podpis matky dítěte).

Podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství je účast pojištěnce na pojištění alespoň po dobu 270 kalendářních dní v posledních dvou letech přede dnem nástupu na peněžitou pomoc v mateřství a to z každé pojištěné činnosti, z níž pojištěnec uplatňuje na tuto dávku nárok.

Podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství osoby samostatně výdělečně činné je, kromě splnění podmínky účasti 270 dnů na pojištění, účast na pojištění jako osoby samostatně výdělečně činné alespoň 180 kalendářních dnů v posledním roce přede dnem nástupu na peněžitou pomoc v mateřství.

Peněžitou pomoc v mateřství mohou čerpat také muži – otcové narozených dětí nebo manželé matek z důvodu nemoci matky, pro niž nemůže o dítě pečovat, anebo pro to, že uzavřela s manželem nebo otcem dítěte písemnou dohodu o převzetí dítěte do péče. Tuto dohodu lze uzavřít po uplynutí šesti týdnů ode dne porodu. Podpis matky dítěte v dohodě musí být úředně ověřen nebo musí být dohoda podepsána před orgánem nemocenského pojištění (41).

Délka výplaty peněžité pomoci v mateřství (délka podpůrní doby):

- 28 týdnů u pojištěnky, která dítě porodila,
- 37 týdnů u pojištěnky, která porodila zároveň dvě nebo více dětí a pečuje alespoň o dvě z těchto dětí,
- 22 týdnů u pojištěnce, který pečuje o dítě namísto pojištěnky na základě dohody o převzetí dítěte do péče nebo z důvodu vážného onemocnění pojištěnky, při němž

nemůže o dítě pečovat

- 31 týdnů u pojištěnce, který pečuje zároveň o dvě nebo více dětí.

Výjimky: u pojištěnky, která porodila, nesmí být podpůrní doba pro výplatu peněžité pomoci v mateřství kratší než 14 týdnů a nesmí skončit před uplynutím 6 týdnů ode dne porodu. Jestliže dítě zemřelo před uplynutím podpůrní doby, končí podpůrní doba uplynutím 2 týdnů ode dne úmrtí dítěte, pokud podpůrní doba neskončila dříve.

Nástup na peněžitou pomoc v mateřství nastává:

- a) dnem, který pojištěnka určí v období od počátku osmého týdne do počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu; pokud pojištěnka tento den v tomto období neurčí, začíná podpůrní doba od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu,
- b) dnem porodu, pokud k porodu došlo před počátkem osmého týdne
- c) dnem převzetí dítěte pojištěncem do péče

Výše peněžité pomoci v mateřství za kalendářní den činí 70 % denního vyměřovacího základu (28).

### **Ošetřovné**

Ošetřovné, jako jediná dávka nemocenského pojištění, není vypláceno v důsledku sociální události týkající se osoby pojištěnce. Ošetřovné vypláceno pojištěnci, který pečuje o dítě či osobu, která z důvodu poruchy zdraví, nebo ze zákonem stanovených důvodů, jeho pomoc potřebuje. Nejčastěji se jedná o nemoc nebo úraz dítěte mladšího 10 let nebo osoby, s níž pojištěnec žije ve společné domácnosti a pečuje o ni.

Nárok na ošetřovné má zaměstnanec, který nemůže vykonávat v zaměstnání práci z důvodu

a) ošetřování

- dítěte mladšího 10 let, pokud toto dítě onemocnělo nebo utrpělo úraz, nebo
- jiného člena domácnosti, jehož zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytně ošetřování jinou fyzickou osobou, nebo členky domácnosti, která porodila,

jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytně ošetřování jinou fyzickou osobou, nebo

b) péče o dítě mladší 10 let, protože

- školské zařízení nebo zvláštní dětské zařízení, popřípadě jiné obdobné zařízení pro děti, v jehož denní nebo týdenní péči dítě jinak je, nebo škola, jejímž je žákem, jsou uzavřeny z nařízení příslušného orgánu z důvodu havárie, mimořádného opatření při epidemii nebo jiné nepředvídané události,
- dítě nemůže být pro nařízenou karanténu v péči školského zařízení nebo jiného obdobného zařízení pro děti, v jehož denní nebo týdenní péči dítě jinak je,
- fyzická osoba, která jinak o dítě pečuje, onemocněla, utrpěla úraz, porodila nebo jí byla nařízena karanténa, a proto nemůže o dítě pečovat.

Podmínkou nároku na ošetřovné je, že ošetřovaná osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; to neplatí v případě ošetřování nebo péče o dítě mladší 10 let rodičem. Pro účely tohoto zákona se v případě rozvodu manželství a svěřeni dítěte soudem do společné nebo do střídavé výchovy obou rodičů za domácnost považuje domácnost každého z těchto rodičů.

Rodiče nebo jiné oprávněné osoby se mohou v ošetřování jednou vystřídat.

V témže případě ošetřování náleží ošetřovné jen jednou a jen jednomu z oprávněných nebo postupně dvěma oprávněným, jestliže se v témže případě ošetřování vystřídají. Vystřídání podle věty první je možné jen jednou; u zaměstnance, který takto převzal ošetřování, se podmínky nároku na ošetřovné posuzují ke dni převzetí ošetřování (péče). Změna druhu onemocnění (diagnózy) se nepovažuje za nový případ ošetřování (24).

Nárok na ošetřovné nemají příslušníci, zaměstnanci činní na základě dohody o pracovní činnosti, domácí zaměstnanci, dobrovolní pracovníci pečovatelské služby, odsouzení ve výkonu trestu odnětí svobody zařazení do práce, pojištěnci, kteří jsou žáky nebo studenty, ze zaměstnání, které spadá výlučně do období školních prázdnin nebo prázdnin, zaměstnanci účastní pojištění z důvodu výkonu zaměstnání malého rozsahu, zahraniční zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné (15).

Ošetřovné je vypláceno 9 kalendářních dnů anebo 16 kalendářních dnů, jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči alespoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku. Za osamělého zaměstnance se pro účely ošetřovného považuje zaměstnanec svobodný, ovdovělý nebo rozvedený, pokud nežije s družkou (druhem) nebo v registrovaném partnerství. Za osamělého zaměstnance se považuje i zaměstnanec, jehož manželka (manžel) je ve výkonu trestu odnětí svobody v trvání nejméně jednoho roku nebo je nezvěstný.

Podpůrčí doba u ošetřovného počíná od prvního dne potřeby ošetřování nebo péče. To platí i v případě převzetí ošetřování (péče) jiným oprávněným. Vznikla-li potřeba ošetřování (péče) dnem, v němž má zaměstnanec směnu již odpracovanou, počíná podpůrčí doba následujícím kalendářním dnem.

Výše ošetřovného za kalendářní den činí 60 % denního vyměřovacího základu (7).

### **Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství**

Nárok na vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství má

- těhotná zaměstnankyně, která je převedena na jinou práci, protože práce, kterou předtím konala, je podle zvláštních právních předpisů těhotným ženám zakázána nebo podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře ohrožuje její těhotenství,
  
- zaměstnankyně, která je v období do konce devátého měsíce po porodu převedena na jinou práci, protože práce, kterou předtím konala, je podle zvláštních právních předpisů zakázána matkám do konce devátého měsíce po porodu nebo podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře ohrožuje její zdraví nebo mateřství,
  
- zaměstnankyně, která kojí a je převedena na jinou práci, protože práce, kterou předtím konala, je podle zvláštních právních předpisů kojícím ženám zakázána nebo podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře ohrožuje její zdraví či schopnost kojení,

- těhotná příslušnice, příslušnice do konce devátého měsíce po porodu nebo příslušnice, která kojí, jestliže podle zvláštních právních předpisů byla odvolána z dosavadního služebního místa, neboť to vyžaduje její bezpečnost a ochrana zdraví při práci, a byla ustanovena na jiné služební místo,

pokud dosahuje bez svého zavinění nižšího započitatelného příjmu, než před tímto převedením na jinou práci nebo ustanovením na jiné služební místo. Ke snížení započitatelného příjmu z důvodu kratší pracovní doby nebo doby služby se nepřihlíží.

Nárok na vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství nemá osoba samostatně výdělečně činná a zaměstnankyně

- a) činná na základě dohody o pracovní činnosti,
- b) odsouzenou ve výkonu trestu odnětí svobody zařazenou do práce,
- c) účastna pojištění z důvodu výkonu zaměstnání malého rozsahu,
- d) dobrovolnou pracovníci pečovatelské služby,
- e) žákyní nebo studentkou, pokud zaměstnání spadá výlučně do období školních prázdnin nebo prázdnin,
- f) zahraničním zaměstnancem.

Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství se vyplácí za kalendářní dny, v nichž trvalo převedení na jinou práci nebo ustanovení na jiné služební místo. Těhotné zaměstnankyni nebo příslušnici se vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství vyplácí nejdéle do počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu.

Výše vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství se stanoví jako rozdíl mezi denním vyměřovacím základem zjištěným ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci nebo ustanovení příslušnice na jiné služební místo a průměrem jejích započitatelných příjmů připadajícím na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení nebo ustanovení (33).

### **1.2.3 Společná ustanovení o dávkách**

Nárok na dávku vzniká dnem splnění podmínek stanovených zákonem o nemocenském pojištění.

Nárok na výplatu dávky vzniká splněním podmínek stanovených zákonem o nemocenském pojištění pro vznik nároku na dávku a na její výplatu a uplatněním nároku na výplatu způsobem stanoveným tímto zákonem.

Nárok na výplatu dávky zaniká uplynutím tří let ode dne, za který dávka nebo její část náleží.

Pokud nárok na dávku nebo na její výplatu zanikl, dávka se odejme nebo se její výplata zastaví, a to ode dne následujícího po dni, za který již byla vyplacena. Pokud byla dávka vyplácena v nižší částce, než v jaké náleží, nebo byla neprávem odeprána anebo byla přiznána od pozdějšího data, než od jakého náleží, dávka se zvýší nebo přizná, a to ode dne, od něhož dávka nebo její zvýšení náleží. Byla-li dávka vyplácena ve vyšší částce, než v jaké náleží, nebo se vyplácí neprávem, dávka se sníží nebo odejme nebo se její výplata zastaví ode dne následujícího po dni, za který byla vyplacena (38).

## **1.3 Posuzování zdravotního stavu**

Právní úprava posuzování zdravotního stavu obsažená v zákonu o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb. (dále jen „ZNP“), v platném znění, nahradila vyhlášku č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, a zcela komplexně řeší problematiku posuzování zdravotního stavu pojištěnců pro účely nemocenského pojištění. ZNP neupravuje posuzování zdravotního stavu například pro omluvení nepřítomnosti studentů a žáků ve škole, pro nemožnost plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu, neboť tyto osoby nepatří od 1.1.2009 do okruhu pojištěných osob, a proto by jim lékař neměl vystavit rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Toto rozhodnutí lze vystavit pouze pojištěnci pro uplatnění nároku na nemocenské (14).

Práva a povinnosti lékařů jsou podrobně uvedeny v ustanovení § 53 až § 80 zákona o nemocenském pojištění. V některých oblastech mají ošetřující lékaři rozšířené kompetence, například v povolování změn místa pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce v době pracovní neschopnosti, kdy je lékař omezen pouze územím České republiky, ale lokalita, doba i četnost změny místa pobytu je výhradně na jeho posouzení a povolení. Pouze u změny pobytu do ciziny je třeba předchozího souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení. Posudkoví lékaři lékařské posudkové služby místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení kontrolují plnění povinností ošetřujících lékařů, posuzují, zda pojištěnec po vyčerpání podpůrné doby nabude v krátké době pracovní schopnosti, aby okresní správa sociálního zabezpečení mohla rozhodnout o prodloužení poskytování nemocenského. Posudkový lékař konzultuje s ošetřujícími lékaři konkrétní případy pracovní neschopnosti, zejména pak dlouhodobé pracovní neschopnosti. Posudkový lékař přezkoumává odůvodněnost trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování (péče) z vlastní činnosti nebo z podnětu zaměstnavatele, ošetřujícího lékaře či pracovníka oddělení nemocenského pojištění okresní správy sociálního zabezpečení, které dávku vyplácí (32).

Dočasná pracovní neschopnost je stav, který pro poruchu zdraví či jiné zákonem stanovené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost nebo plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá po skončení pojištění.

Zákon hovoří o „dočasné“ pracovní neschopnosti, to znamená, že předpokládá obnovení pracovní schopnosti pojištěnce. V případě, že k obnovení pracovní schopnosti nedojde, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti, jedná se o invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně, podle poklesu pracovní schopnosti vyjádřeného v procentech (2).

Dočasná pracovní neschopnost je krátkodobá nepředvídatelná sociální událost, pro kterou občan nemůže vykonávat zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost. Zpravidla se jedná o nemoc nebo úraz, ale může jít rovněž o události, které nesouvisí s poruchou zdraví a přesto jsou příčinou pracovní neschopnosti jedince. Takovou událostí je přijetí jedince do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilé osoby nebo

poškození či ztráta ortopedické nebo kompenzační pomůcky (9). O vzniku, trvání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti rozhoduje ošetřující lékař v rozsahu své odbornosti (překročí-li lékař své oprávnění, dopustí se tím správního deliktu, za který mu okresní správa sociálního zabezpečení může uložit pokutu). Lékař vystavuje pojištěnci na základě posouzení jeho zdravotního stavu rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti. Toto rozhodnutí může vystavit 3 dny zpětně nebo i déle než tři dny zpětně po předchozím souhlasu lékaře lékařské posudkové služby místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Nejistí-li ošetřující lékař po vyšetření důvody k rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, avšak pojištěnec požaduje vydání rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, vydá ošetřující lékař rozhodnutí o tom, že dočasná pracovní neschopnost nevznikla (32).

ZNP komplexně řeší i problematiku režimu dočasně práce neschopného pojištěnce včetně kontroly režimu a sankcí za jeho porušení. Režim dočasně práce neschopného pojištěnce stanoví ošetřující lékař při rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Režim dočasně práce neschopného pojištěnce může být ošetřujícím lékařem změněn v souladu se změnou zdravotního stavu (11).

Režim dočasně práce neschopného pojištěnce zahrnuje stanovení léčebného režimu, povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat povolené vycházky. Místem pobytu dočasně práce neschopného pojištěnce je místo, které pojištěnec sdělil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Ošetřující lékař rozhodne o povolení vycházek, včetně jejich rozsahu a doby, pokud zdravotní stav pojištěnce tyto vycházky nevyklučuje. Rovněž lékař povoluje pojištěnci změnu místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti, pokud jeho zdravotní stav a stanovený léčebný režim tuto změnu nevyklučuje. K povolení změny pobytu pacienta v pracovní neschopnosti delší tří dnů není již třeba předchozího souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení, ale toto povolování je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře, vyjma změn pobytu do ciziny, kde zůstala v platnosti nutnost předchozího souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení (32). Dodržování lékařem stanoveného režimu práce neschopného pojištěnce kontroluje orgán nemocenského pojištění – tedy pověřený pracovník okresní správy sociálního



zabezpečení. Dodržování povolených vycházek a místa pobytu může v prvních 14 dnech kontrolovat i zaměstnavatel u svého zaměstnance. Toto je jedna ze zásadních změn, které vedou k zainteresování zaměstnavatelů v systému a rovněž k omezení zneužívání systému. Zaměstnavatel, který zjistí porušení režimu u svého dočasně práce neschopného zaměstnance, může mu zčásti nebo i zcela neposkytnout náhradu mzdy, která činí 60 % průměrného hodinového výdělku. Ošetřující lékař je povinen zaměstnavateli na jeho žádost poskytnout informaci o rozsahu vycházek a místě pobytu jeho zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti. K dalším povinnostem ošetřujícího lékaře například patří:

- vedení evidence dočasně práce neschopných pojištěnců, u nichž rozhodl o vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo které převzal do své péče,
- stanovit režim dočasně práce neschopného pojištěnce,
- odeslat příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, o ukončení dočasné pracovní neschopnosti a hlášení o změně režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, a to nejpozději třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydáno,
- posuzovat v průběhu dočasné pracovní neschopnosti, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda došlo k obnově jeho pracovní schopnosti,
- potvrdit pojištěnci na předepsaném tiskopisu trvání dočasné pracovní neschopnosti pro účely výplaty dávek a poskytování náhrady mzdy a to vždy ke 14. kalendářnímu dni ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti a následně v měsíčních intervalech, zpravidla k poslednímu dni v měsíci,
- rozhodnout o ukončení dočasné pracovní neschopnosti v den, ve kterém zjistil, že netrvají důvody dočasné pracovní neschopnosti,
- oznámit pojištěnci a příslušnému orgánu nemocenského pojištění na předepsaném tiskopisu změnu diagnózy nemoci následující den po dni, kdy ke změně došlo,
- oznámit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce,

- sdělit zaměstnancům orgánu nemocenského pojištění oprávněným provést kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce nebo zaměstnancům zaměstnavatele pověřeným k provedení této kontroly na požádání skutečnosti potřebné k provedení kontroly a to včetně stanoveného režimu,
- zabezpečit příslušné tiskopisy před zneužitím a sdělit neprodleně orgánu nemocenského pojištění ztrátu, zničení nebo poškození předepsaných tiskopisů (8).

Od účinnosti ZNP platí rovněž nové tiskopisy k provádění nemocenského pojištění. Namísto čtyřdílného potvrzení vzniku pracovní neschopnosti je používán pětídílný tiskopis rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, jehož I. díl zasílá ošetřující lékař do evidence okresní správy sociálního zabezpečení místně příslušné podle sídla zdravotnického zařízení. Druhý díl slouží jako legitimace práce neschopného pojištěnce, na níž mu ošetřující lékař zaznamenává datum příští kontroly, povolené vycházky, jejich rozsah a rovněž tento díl práce neschopný předkládá při kontrole dodržování režimu k záznamu kontrolora a provedené kontrole. Třetí díl je podkladem pro zaměstnavatele pro výplatu náhrady mzdy v prvních 14 dnech dočasné pracovní neschopnosti. Díl čtvrtý je žádost o nemocenské, které v případě, že pracovní neschopnost trvá déle než 14 kalendářních dnů, odesílá zaměstnavatel s dalšími podklady orgánu nemocenského pojištění k výplatě dávky. Pátý díl je ukončením dočasné pracovní neschopnosti a výplaty dávky. Dalším novým tiskopisem je hlášení ošetřujícího lékaře, v němž lékař hlásí okresní správě sociálního zabezpečení všechny změny režimu pojištěnce, včetně jeho přijetí do péče či předání jinému lékaři, povolení a rozsah vycházek, změny pobytu v době pracovní neschopnosti, změnu diagnózy apod. Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti může ošetřující lékař vystavit 3 dny zpětně a ukončit tři dny dopředu. Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti může lékař vystavit i déle než tři dny zpětně až po předchozím souhlasu místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. V kompetencích lékaře došlo k několika změnám – například k povolení změny pobytu pacienta v pracovní neschopnosti delší

tří dnů není již třeba souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení, ale toto povolení je plně v kompetenci lékaře, vyjma změn pobytu do zahraničí, kde zůstala v platnosti nutnost předchozího souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení (43).

#### **1.4 Hlavní důvody a principy zavedení právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009**

K objasnění důvodů zavedení nové právní úpravy, zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který nabyl účinnosti 1.1.2009, je důležité uvést hlavní důvody vzniku a implementace zákona o nemocenském pojištění, aby bylo zřejmé z jakých důvodů a za jakým účelem bylo provádění nemocenského pojištění tak zásadně upraveno.

##### **Komplexnost systému**

Úprava nemocenského pojištění platná před 1.1.2009 byla roztržštěná do mnoha právních předpisů, včetně podzákoných norem, které byly mnohokrát novelizovány. K těmto právním předpisům zejména patřil:

- zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů, který upravoval hmotně právní stránku systému nemocenského pojištění zaměstnanců,
- zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavicích na děti z nemocenského pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 32/1957 Sb., o nemocenské péči v ozbrojených silách, ve znění pozdějších předpisů, upravující systém nemocenské péče v ozbrojených silách
- zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, upravující hmotně právní stránku systému nemocenského pojištění osob samostatně výdělečně činných

- vyhláška Ústřední rady odborů č. 143/1965 Sb., o poskytování peněžitých dávek v nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, která upravovala postup lékařů při posuzování dočasné pracovní neschopnosti
- vyhláška č. 141/1958 Sb., o nemocenském pojištění a o důchodovém zabezpečení odsouzených.

Tyto právní předpisy postupně zastarávaly a v důsledku vývoje společnosti i právního řádu podléhaly častým novelizacím, jejichž neblahým důsledkem byla ztížená orientace v textu právních norem a výkladové problémy.

Úprava nemocenského pojištění mnoha právními předpisy byla nepřehledná a nejednotná a mnoho institutů nemocenského pojištění neodpovídalo společenské a ekonomické situaci.

Nová právní úprava nemocenského pojištění účinná od 1.1.2009 řeší komplexně problematiku nemocenského pojištění včetně organizace a provádění nemocenského pojištění, řízení v nemocenském pojištění a posuzování zdravotního stavu pojištěnců. V souvislosti s touto novou právní úpravou nemocenského pojištění došlo k nutným úpravám zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, zákona o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, zákona o důchodovém pojištění a zákoníku práce (31).

### **Jednotnost systému**

Účelem nové právní úpravy nadále zůstává zabezpečení ekonomicky aktivních občanů v případě vzniku některé ze zákonem uznaných sociálních událostí, tedy pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu, karantény, ošetřování člena domácnosti, těhotenství a mateřství. Poskytované dávky mají nahradit ztrátu výdělku v době vzniku a trvání sociální události, avšak jejich výše má být přiměřená, aby byl jedinec motivován k návratu k výdělečné činnosti.

Jednotnost systému spočívá ve shodně nastavených podmínkách pro nárok na dávku, její výši a výplatu. Drobné odlišnosti v provádění nemocenského pojištění podle této právní úpravy jsou u některých skupin pojištěnců z důvodu odlišného charakteru jejich výdělečné činnosti - například u osob samostatně výdělečně činných, domácích pracovníků a příslušníků ve služebním poměru (31).

### **Solidarita v systému**

Nový systém nemocenského pojištění je i nadále založen na solidaritě mezi zdravými a nemocnými, osobami s vyššími a nižšími příjmy, avšak míra solidarity je, ve srovnání s předchozími právními úpravami, omezena (31).

### **Zachování funkčních prvků**

Právní úprava účinná od 1.1.2009 převzala z dřívějšího systému nemocenského pojištění mnoho tradičních a osvědčených postupů a institutů. Nebyly převzaty pouze ty, které jsou vzhledem k úpravě jiných právních odvětví již nadbytečné (31).

### **Účast na pojištění**

Nemocenské pojištění je koncipováno tak, aby byla umožněna účast na pojištění všem osobám výdělečně činným na území České republiky. Je nadále povinné pro zaměstnance a osoby jim na roveň postavené a dobrovolné pro osoby samostatně výdělečně činné, vzhledem ke specifickému charakteru jejich činnosti i příjmům z ní plynoucích (31).

### **Ochranné prvky systému**

Nová úprava posílila ochranné prvky proti zneužívání systému a to zejména:

- změnou konstrukce výpočtu výše dávek nemocenského pojištění
- zavedením regresních náhrad (tento prvek nabyl účinnosti 1.1.2010)
- zajištěním zaměstnance v prvních 14 dnech nemoci zaměstnavatelem
- opatřeními v posuzování pracovní neschopnosti (31).

### **Finanční vyrovnanost systému**

Příjmy z vybraného pojistného na nemocenské pojištění budou v rovnováze s výdaji na vyplacené dávky nemocenského pojištění (31).

### **Účast zaměstnavatelů**

Zaměstnavatelé se podílejí na finančním zabezpečení svých zaměstnanců v době vzniku jejich pracovní neschopnosti a to výplatou náhrady mzdy v prvních 14 dnech nemoci. Pravomoci zaměstnavatelů se zvýšily, což také přispívá ke zvýšení jejich zainteresovanosti v systému a posílení společenské kontroly zneužívání systému (31).

### **Zlepšení funkce systému a zamezení jeho zneužívání**

Přijata tato opatření:

- zvýšení odpovědnosti lékařů
- jasné a konkrétní vymezení práv a povinností zúčastněných subjektů
- přesné vymezení kompetencí účastníků pojištění
- rozšíření působnosti orgánů nemocenského pojištění
- důsledná kontrola dlouhodobých pracovních neschopností
- možnost uložit sankci účastníkům systému (31).

### **Princip rovného zacházení**

Právní úprava vychází z principu rovného zacházení s muži a ženami a ze zákazu jakékoli diskriminace. Proto je touto úpravou například umožněno mužům vystřídat se se ženou v péči o narozené dítě a pobírat dávku nemocenského pojištění (peněžitou pomoc v mateřství) namísto ženy (31).

### **Soulad právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky, mezinárodními smlouvami a právními akty Evropských společenství**

Právní úprava nemocenského pojištění je zcela v souladu s Ústavou České republiky a Listinou základních práv a svobod, zejména čl. 30, v němž je zakotveno právo občana na hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci a při ztrátě živitele (31).

Právní úprava je v souladu s mezinárodními dokumenty např. s Úmluvou Mezinárodní organizace práce č. 102, o sociálním zabezpečení, č. 130, o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci, s Evropskou sociální chartou (čl. 8 – právo zaměstnaných žen na ochranu, čl. 12 – právo na sociální zabezpečení), Evropským zákoníkem sociálního zabezpečení (čl. 13-18 – dávky v nemoci, čl. 46-52 dávky v mateřství) (31).

#### **1.4.1 Předpokládané dopady a důsledky implementace právní úpravy účinné od 1.1.2009 v oblasti sociální a ekonomické**

##### **Dopad na státní rozpočet**

Konstrukce dávek nemocenského pojištění a výše stanoveného pojistného zajistí vyrovnanou bilanci nemocenského pojištění. Mírný přebytek státního rozpočtu nastane při nemocnosti do 5,3%. Každé snížení nemocnosti o 0,1% bodu přinese úsporu finančních prostředků o cca 300 mil. Kč. V souvislosti s poklesem nemocnosti se zvýší příjmy z nemocenského pojištění, důchodového pojištění a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a rovněž dojde k navýšení prostředků na zdravotní pojištění.

##### **Finanční dopad na zaměstnavatele**

Pro průměrného zaměstnavatele výdaje na náhradu mzdy v prvních 14 dnech pracovní neschopnosti, při nemocnosti do 5,3%, byly vypočteny na 1% z objemu vyměřovacích základů zaměstnanců. U zaměstnavatelů s výrazně vyšší četností pracovní neschopnosti, než je celostátní průměr, jsou výdaje na výplatu náhrady mzdy vyšší, než úspora na snížené sazbě pojistného. Zaměstnavatelé mají však možnost ovlivnit výplatu náhrady mzdy a pracovní neschopnost svých zaměstnanců kontrolami dodržování režimu práce neschopného a rovněž mohou požádat lékařskou posudkovou službu místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení o přezkoumání důvodnosti trvání konkrétní dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance. U zaměstnavatelů s počtem zaměstnanců nad 25 (dřívější organizace) došlo k poklesu výdajů

na administrativní náklady, neboť výplatu dávek nemocenského pojištění jejich zaměstnanců převzaly okresní správy sociálního zabezpečení (31).

### **Dopady na rovnost žen a mužů**

Stanovená výše pojistného na nemocenské pojištění i výše dávek jsou pro ženy a muže jednotné. Dávky jsou počítány z jimi dosažených příjmů, avšak vyšší příjmy jsou výrazněji redukovány, než příjmy nižší, z čehož plyne, že diferenciací v oblasti dávek nemocenského pojištění je podstatně menší, než jejich příjmové odlišnosti. S ohledem na skutečnost, že muži obecně dosahují vyšších průměrných výdělků než ženy, dávky vyplácené mužům nahrazují menší část jejich příjmů, než je tomu u dávek vyplácených ženám (31).



## 2. Cíl práce a hypotézy

### 2.1 Cíl práce

Hlavním cílem této práce je analyzovat jednotlivé činnosti provádění nemocenského pojištění a na základě zjištěných výsledků a statistických podkladů vyhodnotit, zda došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 v okrese Jindřichův Hradec.

V rámci dosažení hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle:

- Srovnávací metodou vyhodnotit četnost dávek a vynaložené finanční prostředky na dávky nemocenského pojištění před účinností nové právní úpravy (v roce 2007 a 2008) a po zavedení této právní úpravy (v letech 2009 a 2010).
- Analyzovat oblast dočasné pracovní neschopnosti, zejména její četnosti a délky před a po účinnosti nové právní úpravy .
- Metodou polostandardizovaného rozhovoru zjistit u dlouholetých odborných pracovníků Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, kteří provádějí nemocenské pojištění, zda z jejich pohledu došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009.

### 2.2 Hypotézy

**Hypotéza č. 1:** V důsledku změn, které do systému nemocenského pojištění přinesla nová právní úprava, došlo k úspoře finančních prostředků vynaložených na dávky nemocenského pojištění v okrese Jindřichův Hradec.

**Hypotéza č. 2:** Změny podmínek pro nárok na dávku a její výplatu a změny v oblasti posuzování zdravotního stavu způsobily pokles počtu dočasných pracovních neschopností v okrese Jindřichův Hradec.

**Hypotéza č. 3:** Hlavní cíle nové právní úpravy nemocenského pojištění byly naplněny a došlo tak ke zkvalitnění systému a k zamezení jeho zneužívání.

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metodika

#### První výzkumná etapa

Na základě stanovených cílů byl zvolen a použit kvantitativní výzkum jako metoda standardizovaného výzkumu, který popisuje jevy pomocí proměnných, které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány například s využitím statistiky. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací. Výzkum v této práci byl proveden sekundární analýzou dat obsažených v oficiálních statistikách a pomocí kvótního výběru výzkumného vzorku.

#### *Charakteristika použitých metod výzkumu.*

Analýza (studium) dokumentů – tedy rozbor jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem prováděného výzkumu (úřední spisy, statistiky, evidence apod.). Tato metoda umožňuje zpracování dat, která již byla shromážděna za jiným účelem dříve, technikou sekundární analýzy a obsahové analýzy (23). Takto byly analyzovány statistické materiály tištěné i v elektronické podobě České správy sociálního zabezpečení a Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec týkající se dočasné pracovní neschopnosti a výplaty dávek nemocenského pojištění ve zkoumaném období, tedy v 1. pololetí roku 2007 a 2008 ve srovnání s 1. pololetím roku 2009 a 2010.

#### Druhá výzkumná etapa.

K naplnění třetího stanoveného dílčího cíle byl použit kvalitativní výzkum, tedy metoda, jež umožňuje proniknout hlouběji do zkoumané problematiky formou nenumernického šetření a interpretace sociální reality. Kvalitativní výzkum se provádí relativně málo standardizovanými metodami získávání dat, kontakt s terénem je dlouhodobější a intenzivnější. Kvalitativní výzkum využívá induktivní logiku – získaná data jsou induktivně analyzována, komparována a interpretována (10).

Základní technikou sběru dat byly polostandardizované rozhovory vedené s pracovníky Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, kteří nemocenské pojištění provádějí několik let a mohou tedy porovnat pozitiva i zápory jednotlivých oblastí systému nemocenského pojištění.

#### *Charakteristika použitých metod výzkumu.*

Dotazování - polostandardizovaný (polořízený) rozhovor – tradiční technika kvalitativního výzkumu, sběru informací v terénu. Pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Příznačná je vzájemná přímá interakce mezi výzkumníkem - tazatelem a respondentem, tzv. „face to face“, a jednosměrný tok informací. Výzkumník získává informace za použití předem připravených otázek, kterými zjišťuje skutečnosti vztahující se ke zkoumané společenské realitě (12).

Sběr dat pro zpracování výzkumu probíhal v měsíci červenci až říjnu roku 2010.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

V první výzkumné etapě tvořili výzkumný soubor dočasně práce neschopní pojištěnci a pojištěnci, kterým vznikl nárok na dávku a její výplatu evidovaní Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec ve sledovaných obdobích, tedy v prvním pololetí roku 2007, 2008, 2009 a 2010. Tato čtyři první pololetí byla komparována z hlediska počtu dočasných pracovních neschopností, počtu vyplacených dávek nemocenského pojištění a částky, která byla na tyto dávky vynaložena.

V druhé etapě výzkumu tvořili cílovou skupinu zaměstnanci Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, kteří mají hluboké odborné znalosti a především dlouholeté praktické zkušenosti v oblasti provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, zejména v oblasti výplaty dávek nemocenského pojištění.

V rámci kvalitativního výzkumu metodou polořízeného rozhovoru jsem oslovila sedm pracovníků Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec. Jedním z nich je

vedoucí pracovník, který se prováděním nemocenského pojištění zabývá již 25 let, další je zástupce vedoucího pracovníka, pracující v dané oblasti 16 let a 5 řadových referentů, kteří v tomto oboru působí v časovém údobí od 15 do 6 let. Dva z těchto řadových pracovníků pracují v oblasti zpracování dávek nemocenského pojištění - posuzují nárok na dávku a její výplatu, provádějí výpočet a zpracování dávek k výplatě. Třetí pracovník vykonává rozhodovací činnost ve věcech dávkových i nedávkových (rozhoduje o nároku na dávku a její výplatu, o výši dávky, o přeplatku na dávce, o regresní náhradě, o prodloužení podpůrní doby, o přestupcích a správních deliktech, o uložení pokuty za nesplnění povinností apod.). Další pracovník se zabývá evidencí dočasných pracovních neschopností všech pojištěných osob v okrese a činnostmi s evidencí spojenými a sedmým respondentem je kontrolorka dodržování režimu práce neschopnými pojištěnci v okrese Jindřichův Hradec.

### **Otázky pro respondenty**

Otázky jsem na základě svých vlastních zkušeností v oboru nemocenského pojištění volila a formulovala tak, aby co nejvíce směřovaly k dosažení stanoveného cíle práce. Každému z respondentů bylo položeno celkem šest otázek.

Otázka první: Byl naplněn cíl komplexnosti, jako jeden z hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009?

Otázka druhá: V čem spočívá, z Vašeho pohledu, jednotnost nové právní úpravy nemocenského pojištění?

Otázka třetí: Přinesla nová právní úprava nemocenského pojištění úspory ve výdajích na dávky a provádění nemocenského pojištění?

Otázka čtvrtá: Došlo ke zprůhlednění systému a zamezení jeho zneužívání?

Otázka pátá: Přinesl nový systém nemocenského pojištění zjednodušení v jeho provádění pro jednotlivé skupiny zúčastněných subjektů?

Otázka šestá: Mají změny podmínek pro nárok na dávku a změny ve výpočtu a procentuální výši dávky vliv na počet pracovních neschopností?

## 4 Výsledky

### I. výzkumná etapa

#### 4.1 Posuzování zdravotního stavu a dočasná pracovní neschopnost

Právní úprava posuzování zdravotního stavu obsažená v zákonu o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb. (dále jen „ZNP“), v platném znění, nahradila vyhlášku č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, a zcela komplexně řeší problematiku posuzování zdravotního stavu pojištěnců pro účely nemocenského pojištění, včetně nových pravomocí a povinností jednotlivých účastníků pojištění.

##### *Nové pravomoci zaměstnavatele.*

Zaměstnavatel nově může ovlivnit četnost i délku dočasné pracovní neschopnosti svých zaměstnanců například prováděním kontroly dodržování režimu. Zaměstnavatel je podle § 65 odst. 2 písm. c) ZNP oprávněn provést kontrolu, zda zaměstnanec v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti dodržuje režim práce neschopného pojištěnce spočívající v povinnosti zdržovat se v místě pobytu, které uvedl ošetřujícím lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti a v dodržování rozsahu a doby povolených vycházek. K tomu je zaměstnavatel oprávněn požadovat od ošetřujícího lékaře informace o místě pobytu zaměstnance v době dočasné pracovní neschopnosti a o rozsahu a době povolených vycházek. Jestliže zaměstnavatel zjistí porušení tohoto režimu pojištěncem, může mu náhradu mzdy snížit nebo zcela odejmout. Rovněž může dát zaměstnavatel podnět ke kontrole okresní správě sociálního zabezpečení, která je povinna na žádost zaměstnavatele kontrolu provést do sedmi kalendářních dnů a o provedené kontrole zaměstnavatele neprodleně vyrozumět (21).

Pokud má zaměstnavatel pochybnosti o důvodnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti svého zaměstnance, může požádat posudkového lékaře lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení o přezkoumání odůvodněnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti. Posudkový lékař, ve spolupráci s ošetřujícím

lékařem a na základě posouzení zdravotního stavu pojištěnce, posoudí, zda je trvání dočasné pracovní neschopnosti odůvodněné a shledá-li, že nejsou důvody pro její trvání, rozhodne okresní správa sociálního zabezpečení o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Tyto nové možnosti zaměstnavatele vedou ke snižování počtu dočasných pracovních neschopností jeho zaměstnanců a zamezují zneužívání systému nemocenského pojištění neodůvodněným prodlužováním pracovní neschopnosti.

#### *Opakované posuzování zdravotního stavu – stabilizace zdravotního stavu.*

Další novinkou je povinnost ošetřujícího lékaře po 180 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti, posoudit, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný. Za stabilizovaný zdravotní stav se pro účely ZNP považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na určité úrovni zdraví a pracovní schopnosti, která pojištěnci umožňuje vykonávat dosavadní nebo jinou pojištěnou činnost, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit. Čerpání 180 dnů podpůrní doby jsou ze zákona povinny ošetřujícímu lékaři písemně hlásit okresní správě sociálního zabezpečení a to nejméně 15 dní předem (čerpání 380 dnů alespoň dva měsíce předem). Zpočátku implementace ZNP se často ošetřující lékaři ptali okresní správy sociálního zabezpečení, proč jim toto čerpání 180 dnů podpůrní doby nemocenského hlásí. Rovněž pojištěnci a zaměstnavatelé, kterým se hlášení také zasílá, se zpočátku dotazovali za jakým účelem takové hlášení obdrželi. Nyní již hlášení vstoupilo ve známost všem zúčastněným subjektům, avšak po roce a půl účinnosti této povinnosti opětovného posouzení zdravotního stavu pojištěnce ošetřujícím lékařem, nebyl na Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec zaznamenán jediný případ, kdy by lékař po 180 dnech trvání dočasnou pracovní neschopnost pojištěnci ukončil z důvodu stabilizace jeho zdravotního stavu. Lékaři již při distribuci nových tiskopisů před 1.1.2009 avizovali, že tuto povinnost nebudou striktně plnit, respektive zdravotní stav sice opakovaně posoudí, ale neuschopní pojištěnce, který by byl schopen jiné pojištěné činnosti, než dosavadní, neboť by pojištěnec musel ve většině případů ukončit dosavadní zaměstnání a hledat si nové. Opětovné posuzování zdravotního stavu, respektive zjištění jeho stabilizace, by také

mělo přispět ke snižování výdajů na nemocenské. Toto systémové opatření nové právní úpravy není ošetřujícími lékaři využíváno a ani posudkovými lékaři orgánu nemocenského pojištění při kontrolách správnosti posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti dostatečně prosazováno (26).

#### *Zkrácení doby, o kterou je možno prodloužit podpůrčí dobu výplaty nemocenského.*

Účinností ZNP lze prodloužit dobu, po kterou práce neschopný bude pobírat nemocenské, tzv. podpůrčí dobu. Běžná podpůrčí doba pro poskytování nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti je 380 kalendářních dnů. Po jejím vyčerpání lze na základě žádosti pojištěnce a posouzení zdravotního stavu pojištěnce posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení rozhodnout o jejím prodloužení. Prodloužit lze podpůrčí dobu pojištěnci, u něhož lze očekávat, že v krátké době, nejdéle v době 350 kalendářních dnů od uplynutí podpůrčí doby, nabude pracovní schopnost a to i k jiné, než dosavadní pojištěné činnosti. Prodloužení podpůrčí doby bylo možné i podle právních předpisů účinných do 31.12.2008 a to o celý rok jedním rozhodnutím vydaným na základě jednoho posouzení zdravotního stavu pojištěnce (25). Nyní však lze podpůrčí dobu prodloužit nejvýše o tři měsíce a to i opakovaně až do celkového zápočtu 380 + 350 dnů vyplácení nemocenského. Podmínkou však je vždy nové posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem, což rovněž přispívá k zamezení zneužívání systému nemocenského pojištění nadbytečně dlouhým čerpáním nemocenského.

#### *Pokuta práce neschopnému pojištěnci.*

ZNP umožňuje orgánu nemocenského pojištění uložit pojištěnci pokutu za závažné porušení režimu dočasné práce neschopného, Jedná se zejména o povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek. Při nedodržení některé z těchto povinností pojištěncem, může mu být uložena pokuta až do výše 20 000,-Kč. To znamená, že pokud pracovník orgánu nemocenského pojištění pověřený kontrolou dodržování režimu nezastihne práce neschopného pojištěnce v době mimo vycházek v místě pobytu a pojištěnec dostatečně



neomluví svoji nepřítomnost, jedná se o závažné porušení režimu, za něž může být uložena pokuta ještě vedle krácení či odnětí nemocenského (20). O krácení či odnětí nemocenského z důvodu porušení režimu rozhoduje orgán nemocenského pojištění ve správním řízení (52). Nemocenské lze zkrátit či zcela odejmout ode dne zjištění porušení režimu až na 100 kalendářních dnů, ne však déle, než do skončení dočasné pracovní neschopnosti, při níž došlo k porušení režimu. V podstatě lze za porušení režimu pojištěnce potrestat krácením či odnětím nemocenského a k tomu mu je možno uložit pokutu za porušení povinnosti (22).

Všechny výše uvedené změny v provádění nemocenského pojištění vedou ke snížení počtu dočasných pracovních neschopností, ke zkrácení jejich délky a k zamezení zneužívání nemocenského, nejčastěji vyplácené dávky.

#### *Evidence práce neschopných*

Pracovní neschopnost je (obvykle) nepředvídatelná sociální událost, při níž si člověk nemůže zajistit příjmy na uspokojení svých potřeb výdělečnou činností z důvodu nemoci či úrazu. Výjimkou jsou plánované lékařské zákroky. Práce neschopní občané jsou evidováni v okresních evidencích u okresních správ sociálního zabezpečení, podle místa výkonu činnosti ošetřujícího lékaře, který jim rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti vystavil. Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec vede evidenci rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti 171 praktických a odborných lékařů a dvou zdravotnických zařízení – Nemocnice Jindřichův Hradec a Nemocnice Dačice. Dále jsou zde evidována rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, která vystavili lékaři působící v Lázních Aurora v Třeboni a v Bertiných lázních v Třeboni.

Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystaví ošetřující lékař, tedy lékař, který má občana ve své ambulantní, ústavní či lázeňské péči, a to v souladu s § 57 zákona o nemocenském pojištění. Dočasné pracovní neschopnost začíná dnem, kdy ji ošetřující lékař vyšetřením zjistil, v odůvodněných případech může lékař rozhodnout o jejím vzniku až tři dny zpětně. Ke zpětnému vystavení rozhodnutí o pracovní neschopnosti delšímu 3 dnů musí lékař obdržet souhlas lékaře referátu lékařské posudkové služby

místně příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Ošetřující lékař má ze zákona povinnost odeslat příslušný díl rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti místně příslušné okresní správě sociálního zabezpečení nejpozději třetí kalendářní den po vystavení rozhodnutí o vzniku nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Doklady o dočasné pracovní neschopnosti okresní správa sociálního zabezpečení označí prezenčním razítkem a odpovědný pracovník je zpracuje do celostátní počítačové evidence práce neschopných pojištěnců. Zaevidovaná rozhodnutí jsou ukládána do kartotéky vedené po jednotlivých měsících a podle příjmení ošetřujících lékařů. Do počítačové aplikace jsou zapisovány všechny údaje uvedené na rozhodnutí o pracovní neschopnosti, tedy jméno a příjmení občana, adresa v době pracovní neschopnosti, jméno a sídlo zaměstnavatele, diagnóza, hospitalizace, vycházky, změny pobytu při dočasné pracovní neschopnosti a také údaje o provedené kontrole dodržování režimu práce neschopným pojištěncem. Ošetřující lékař je ze zákona povinen hlásit okresní správě sociálního zabezpečení všechny změny týkající se dočasné pracovní neschopnosti práce neschopného pojištěnce včetně povolení a rozsahu vycházek či změny jeho pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti a to následující pracovní den (42).

#### *Spolupráce s lékaři činnými v okrese Jindřichův Hradec.*

Okresní správa sociálního zabezpečení spolupracují se všemi lékaři, kteří vykonávají svou lékařskou praxi v jejich územním obvodu. V působnosti Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec je 171 činných lékařů praktických, odborných i poskytujících lázeňskou péči. V osobním styku jsou s nimi lékaři referátu lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení působící při každé okresní správě sociálního zabezpečení, kteří za lékaři docházejí na pravidelné konzultace a řeší s nimi případné problémy související s dočasnou pracovní neschopností konkrétních práce neschopných pojištěnců. V písemném a telefonickém styku je s těmito lékaři nejvíce pracovník evidence dočasné pracovní neschopnosti oddělení nemocenského pojištění okresní správy sociálního zabezpečení, který s lékaři vyřizuje nesrovnalosti na rozhodnutí o pracovní neschopnosti - nejčastěji jde o chybějící či nečitelné údaje,

chybná rodná čísla, neuvedení zaměstnavatele či diagnózy a podobně. Pracovník evidence pracovní neschopnosti rovněž těmto lékařům vydává potřebné tiskopisy, kterými jsou: rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče), hlášení ošetřujícího lékaře, potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti.

#### *Vývoj počtu a délky dočasné pracovní neschopnosti.*

Pro srovnání a zaznamenání vývoje počtu a délky dočasných pracovních neschopností v okrese Jindřichův Hradec jsem zvolila 1. pololetí roku 2007 a 2008 ve srovnání s tímž obdobím roku 2009 a 2010.

V 1. pololetí roku 2007 byl celkový počet dočasných pracovních neschopností v okrese Jindřichův Hradec 14 418, celkový počet prostonaných dnů pak 482 737 a průměrná délka trvání jedné pracovní neschopnosti byla 33,48 dne.

V 1.pololetí roku 2008 byl celkový počet dočasných pracovních neschopností v okrese Jindřichův Hradec 11 116, celkový počet prostonaných dnů stoupl na 502 657 a průměrná délka trvání jedné pracovní neschopnosti byla 40,73 dne. V 1. pololetí roku 2008 tedy došlo k poklesu počtu dočasných pracovních neschopností, avšak k prodloužení trvání pracovní neschopnosti v průměru téměř o 7 kalendářních dnů na každý případ. Nejčastější příčinou pracovní neschopnosti byly v prvním pololetí roku 2007 i roku 2008 nemoci dýchací soustavy, dále pak onemocnění pohybové soustavy a na třetím místě byly diagnózy skupiny S - tedy úrazy, v nichž převažovaly úrazy nepracovní nad pracovními.

Po účinnosti právní úpravy platné od 1.1.2009 došlo k poklesu počtu pracovních neschopností o téměř třetinu. Zatímco v 1. pololetí 2008 bylo 11 116 případů práce neschopných, v 1. pololetí roku 2009 bylo evidováno 7 734 pracovních neschopností, což představuje pokles o 30,42 % případů. Z celkového počtu pracovních neschopností v 1.pololetí roku 2009 bylo 4 103 případů onemocnění či úrazů mužů a 3 631 případů onemocnění či úrazů u žen.

Celkový počet prostonaných dnů byl v tomto pololetí 393 488, tedy o 21,72 % nižší, než v 1. pololetí roku 2008. Z toho 194 214 dnů prostonali muži a 199 274 dnů ženy.

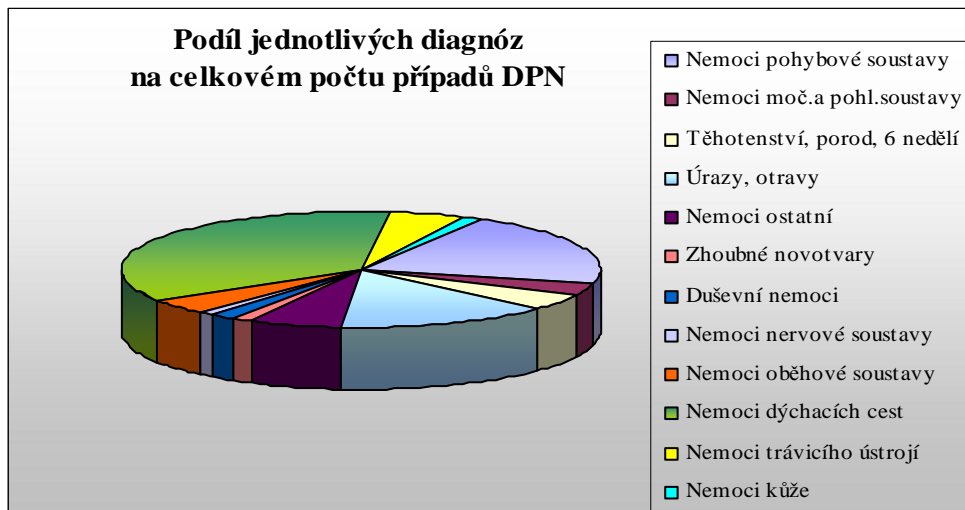
Průměrná délka trvání jedné dočasné pracovní neschopnosti byla v 1. pololetí roku 2009 50,88 dne, tedy o 10 dnů delší než v témže období roku 2008. Muži stonali kratší dobu, v průměru 47,33 dne a ženy pak průměrně 54,88 dne.

Statistika dočasné pracovní neschopnosti podle délky trvání, v 1. pololetí roku 2009, vykazuje nejvíce případů pracovní neschopnosti v trvání 1 – 14 dnů – 3 100 případů (1 705 muži a 1 395 ženy), od 15 do 30 dnů bylo 1 659 případů (911 muži a 748 ženy), v kategorii od 31 do 60 dnů bylo 1 194 případů (640 muži, 554 ženy) a případů nad 61 dnů bylo 55 z toho 33 mužů a 22 žen.

Podle diagnóz bylo v 1. pololetí 2009 nejvíce dočasných pracovních neschopností z důvodu onemocnění dýchací soustavy (2 769 případů), nejčastěji se jednalo o akutní infekci horních cest dýchacích, dále onemocnění pohybové soustavy (1 590 případů) a třetí nejčastější příčinou byly úrazy (1 105 případů). Je zde tedy zřetelná shoda s četností diagnóz podle druhu ve srovnání s týmiž obdobími roku 2007 a 2008. Druhým nejčastějším důvodem dočasné pracovní neschopnosti jsou onemocnění pohybového aparátu, zejména onemocnění zad. Mužů, kteří byli práce neschopní pro onemocnění zad bylo 402 z celkového počtu, s akutní infekcí horních cest dýchacích je evidováno 312 případů, s chřipkou bylo v pracovní neschopnosti 282 mužů, další v pořadí v rozmezí od 180 do 160 případů se dělí akutní zánět hltanu, mandlí a průdušek. Z úrazových diagnóz byly nejčetnější otevřené rány zápěstí a ruky (75 mužů), s poraněním kloubů a vazů kotníku a nohy stonalo 62 mužů, na třetím místě byla poranění kloubů a vazů kolene s 55 případy a 50 mužů také nemohlo pracovat z důvodu zlomeniny zápěstí a ruky.

V nemocnosti žen byla v 1. pololetí situace obdobná – nejvíce žen bylo dočasně práce neschopných z důvodu akutní infekce horních cest dýchacích (280 žen), chřipky (229 žen), bolestí zad pak 295 žen, 196 žen bylo neschopno práce z důvodu dohledu nad vysoce rizikovým těhotenstvím. V úrazových diagnózách u žen je na prvním místě otevřené poranění zápěstí a ruky (24 žen) těsně před poraněním kloubů a vazů kotníku a nohy (23 žen) a další v pořadí je povrchní poranění bérce, zlomenina bérce včetně kotníku a povrchní poranění kotníku a nohy (13 případů).

Pro názornost uvádím grafické zpracování podílu jednotlivých diagnóz na celkovém počtu případů dočasných pracovních neschopností (DPN) v 1. pololetí roku 2009.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

V 1. pololetí roku 2010 bylo evidováno 6 012 pracovních neschopností, což představuje pokles o 22,26 % případů. Z celkového počtu pracovních neschopností v 1. pololetí roku 2010 bylo 3 070 případů onemocnění či úrazů mužů a 2 942 případů u žen.

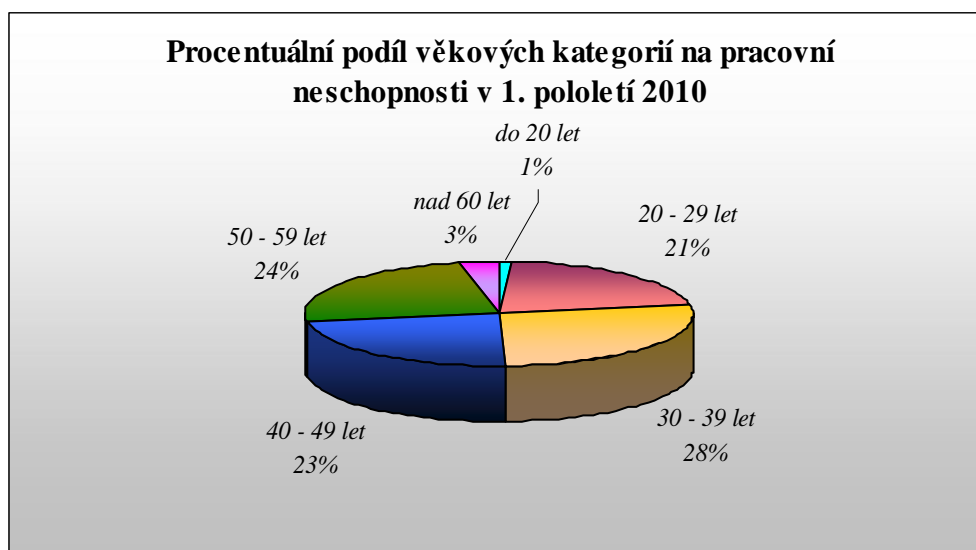
Celkový počet prostonaných dnů byl v tomto pololetí 278 118, tedy o 29,32 % nižší, než v 1. pololetí roku 2009. Z toho 138 578 dnů byli v dočasné pracovní neschopnosti muži a 139 540 dnů ženy.

Průměrná délka trvání jedné dočasné pracovní neschopnosti byla v 1. pololetí roku 2010 46,26 dne, tedy o 4 dny kratší než v předchozím roce. Muži byli práce neschopní kratší dobu, v průměru 45,14 dne a ženy pak průměrně 47,43 dne.

Statistika dočasné pracovní neschopnosti podle trvání, v 1. pololetí roku 2010, vykazuje nejvíce případů pracovní neschopnosti v trvání 1 – 14 dnů – 2 329 případů (1 203 muži a 1 126 ženy), od 15 do 30 dnů bylo 1 444 případů (761 muži a 683 ženy), v kategorii od 31 do 60 dnů bylo 952 případů (490 muži, 462 ženy) a případů nad 365 dnů bylo 66 z toho 41 mužů a 25 žen.

Podle diagnóz bylo v 1. pololetí 2010 nejvíce dočasných pracovních neschopností z důvodu onemocnění dýchací soustavy (1881 případů), nejčastěji se jednalo o akutní

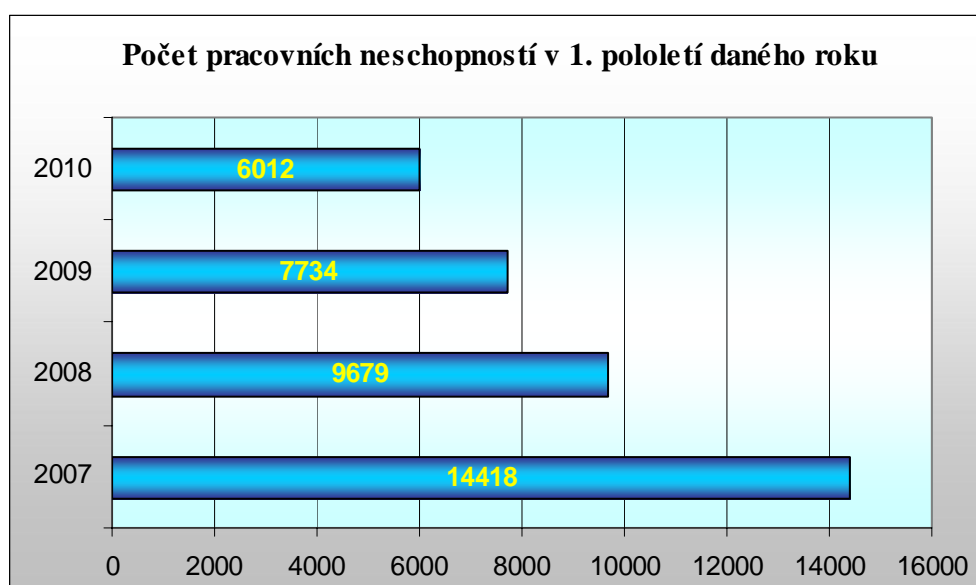
infekci horních cest dýchacích, dále onemocnění pohybové soustavy, zejména zad (1 363 případů) a třetí nejčastější příčinou byly úrazy (861 případů). Je zde tedy zřetelná shoda s četností diagnóz podle druhu ve srovnání s tímž obdobím roku 2007, 2008 a 2009. Druhým nejčastějším důvodem dočasné pracovní neschopnosti jsou onemocnění pohybového aparátu, zejména onemocnění zad. Mužů, kteří byli dočasně práce neschopní s onemocněním zad bylo 752 z celkového počtu, s akutní infekcí cest dýchacích je evidováno 713 případů, s chřipkou stonali 132 muži. Z úrazových diagnóz bylo nejčetnější podvrtnutí a natažení kotníku (38 mužů), s poraněním kloubů a vazů kolene stonalo 33 mužů, na třetím místě byly otevřené rány prstů a ruky s 29 případy. V nemocnosti žen byla v 1. pololetí roku 2010 situace obdobná – nejvíce žen bylo dočasně práce neschopných z důvodu infekce dýchacích cest (800 žen), pro chřipku (115 žen), pro bolesti zad 611 žen a 116 žen bylo neschopno práce z důvodu dohledu nad vysoce rizikovým těhotenstvím. Nejčastějším úrazem u žen bylo podvrtnutí a natažení kotníku (18 žen) těsně před otevřenou ránou prstů a ruky (13 žen). Z hlediska věku bylo nejvíce práce neschopných v kategorii 30 – 39 let a to 1 628 pojištěnců (829 mužů a 799 žen) a také v rozmezí 50 – 59 let – 1 441 případ z toho 723 mužů a 718 žen. V průměru nejdelší pracovní neschopnost měli muži ve věku nad 60 let v trvání 69,31 dne.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Jedním z cílů právní úpravy nemocenského pojištění bylo snížení nákladů na dávky nemocenského pojištění. Vzhledem k tomu, že nejčteněji vyplácenou dávkou je nemocenské, srovnajme si tedy faktory, které výši výdajů ovlivňují, tedy četnost a délku pracovní neschopnosti před a po účinnosti nové právní úpravy.

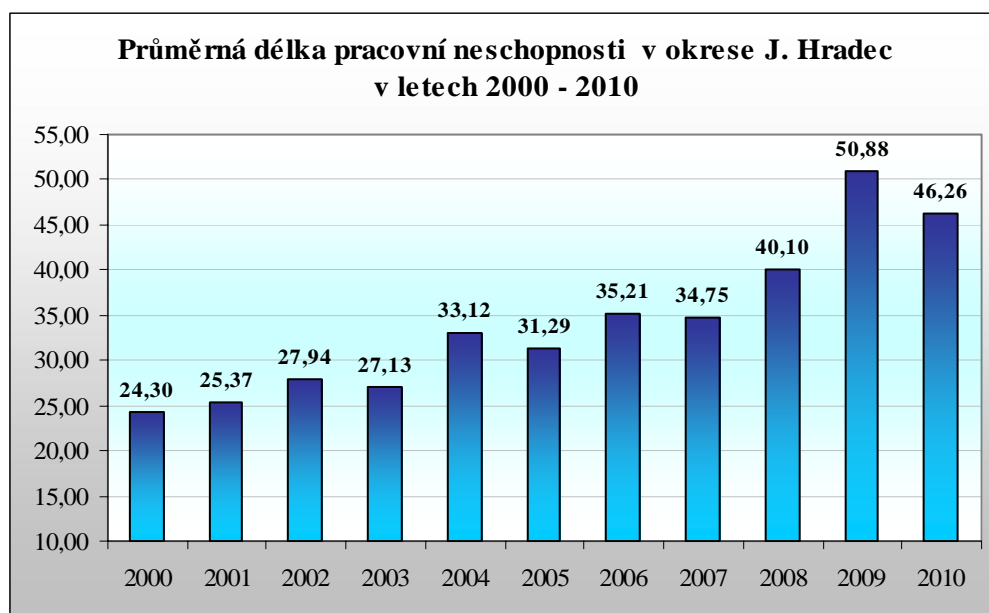
Počet ukončených případů v 1. pololetích srovnávaných roků znázorňuje graf, z něhož je patrné, že počet pracovních neschopností od roku 2007 postupně klesá. Je to způsobeno zejména zpřísněním kritérií pro poskytování nemocenského a snížení jeho výše. Ve srovnání 1. pololetí 2007 a 2010 činí pokles počtu případů 58 %. Po definitivním nastavení stejné procentuální výše nemocenského po celou dobu nemoci od 1.1.2009 počet neschopností oproti roku 2007 klesl téměř o polovinu.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

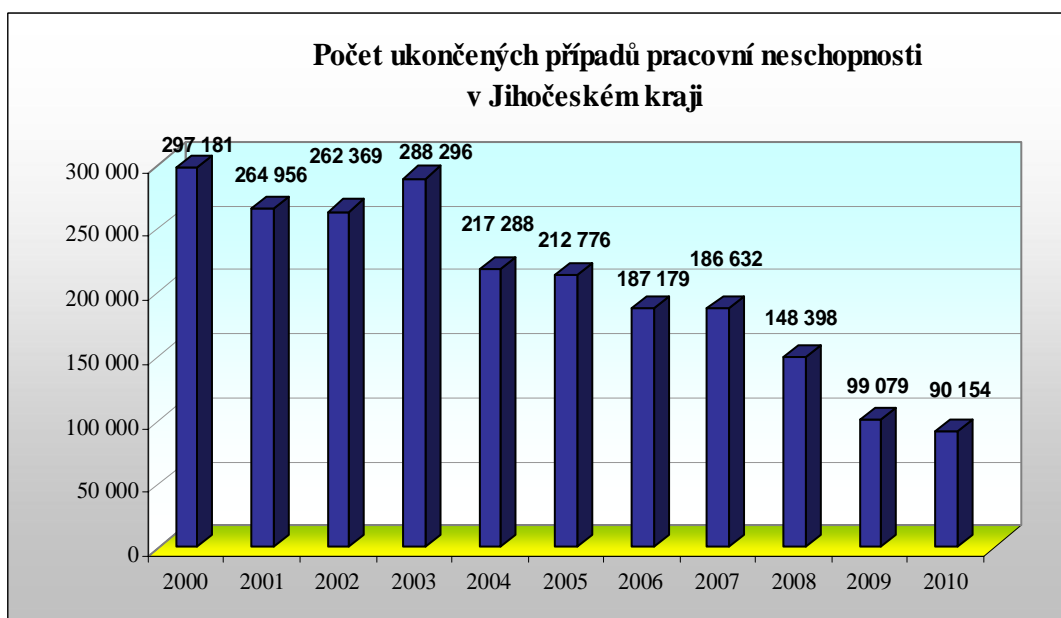
Znatelný pokles počtu dočasných pracovních neschopností byl i v roce 2008 z důvodu změn zavedených zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Jednou z nejvýznamnějších změn bylo poskytování nemocenského až od 4. dne dočasné pracovní neschopnosti, což mělo za následek prodloužení pracovních neschopností v roce 2008 (35). V roce 2009 se pracovní neschopnost v průměru opět prodloužila, neboť od účinnosti nové právní úpravy v prvních 14 dnech (od 1.1.2011 v prvních 21 dnech) poskytuje zaměstnavatel náhradu mzdy ve výši 60 % průměrného hodinového

výdělku, avšak pouze za pracovní dny. Tuto finanční ztrátu se někteří pojištěnci snažili vyrovnat délkou pracovní neschopnosti.



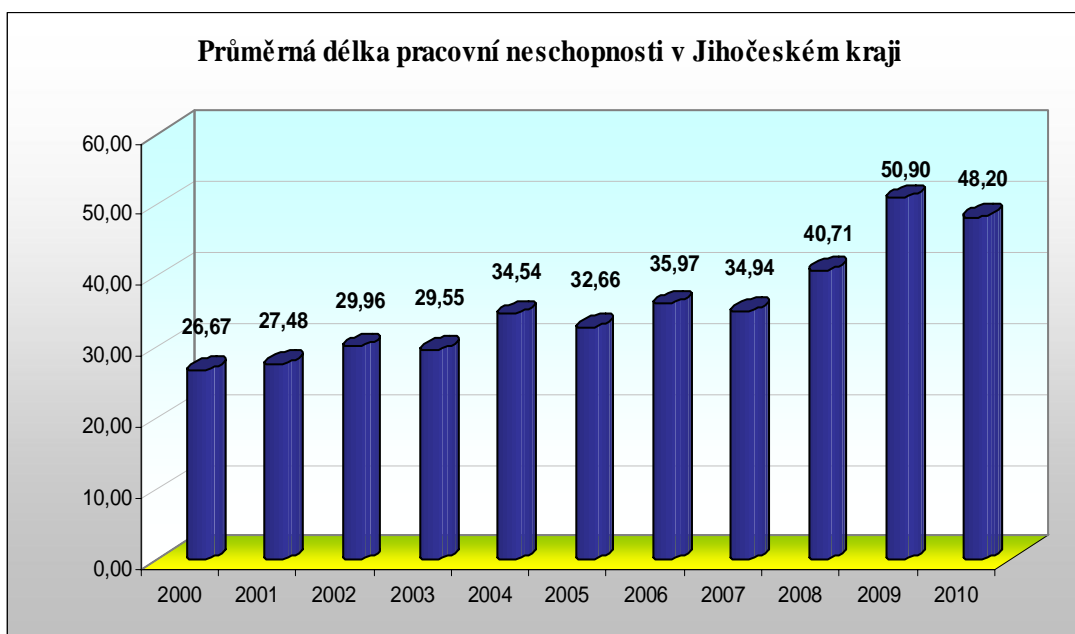
Zdroj: OSSZ J. Hradec

Trend klesajícího počtu dočasných pracovních neschopností a současné prodlužování jejich délky je celorepublikový, pro dokreslení dokládám údaje za Jihočeský kraj.



Zdroj: ČSSZ pracoviště České Budějovice





Zdroj: ČSSZ pracoviště České Budějovice

### **Kontrola dodržování režimu práce neschopnými pojištěnci**

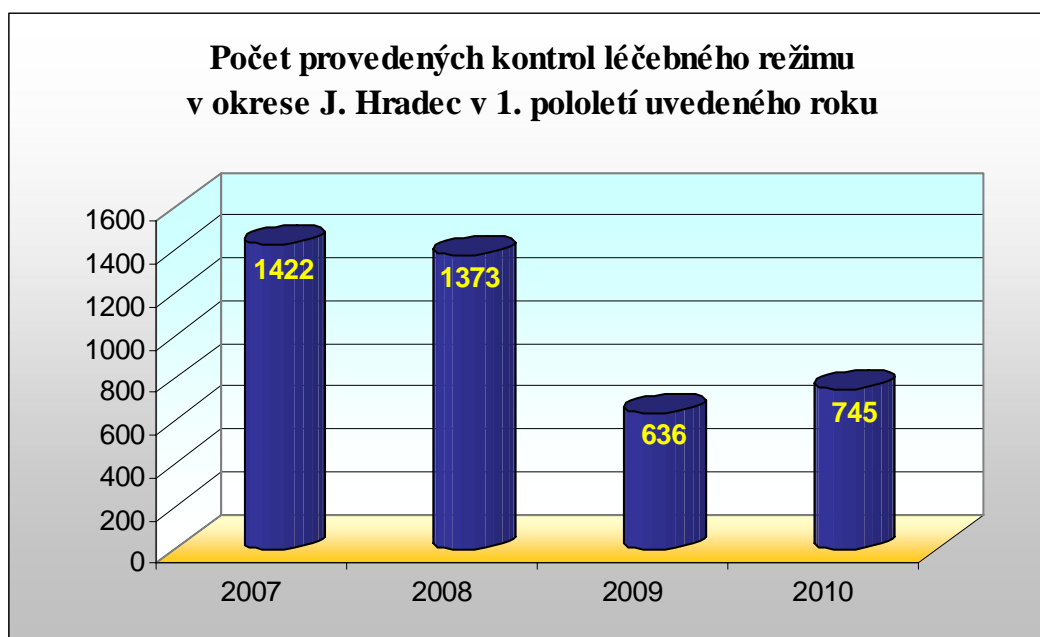
Kontrolu dodržování režimu práce neschopnými pojištěnci provádí pověřený pracovník okresní správy sociálního zabezpečení. Tyto kontroly jsou prováděny podle vlastního výběru s důrazem na dlouhodobé pracovní neschopnosti a pojištěnce, kteří již porušili režim práce neschopného, dále na žádost zaměstnavatele, ošetřujícího lékaře či lékaře lékařské posudkové služby. Pověření pracovníci provádějí kontroly u pojištěnců v průběhu celého týdne, v různých hodinách s ohledem na rozsah vycházek povolených ošetřujícím lékařem. Kontrolor léčebného režimu si připraví plán kontrol a po jejich provedení a návratu na okresní správu sociálního zabezpečení tyto kontroly pečlivě zaeviduje do příslušného programu. Při návštěvě pojištěnce je kontrolor povinen se prokázat průkazem pracovníka České správy sociálního zabezpečení opatřeným fotografií, jménem, příjmením a pracovním zařazením. Pojištěnec kontrolorovi předloží průkaz totožnosti a rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, kam kontrolor zaznamená datum kontroly a připojí svůj podpis (43).

Pokud není pojištěnec v době kontroly na adrese uvedené na rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti zastižen, zanechá zde kontrolor oznámení o kontrole. Pojištěnec oznámení s uvedením důvodu své nepřítomnosti v době kontroly a eventuálním potvrzení ošetřujícího lékaře (pokud byl například v době kontroly u něho na vyšetření) zašle bezodkladně zpět na okresní správu sociálního zabezpečení. Pokud nemá pojištěnec pro svoji nepřítomnost dostatečný důvod a prokáže se tedy porušení režimu, zahájí pracovník pověřený rozhodovací činností správní řízení o krácení nebo odnětí nemocenského. Nemocenské může být kráceno nebo zcela odňato na dobu až 100 kalendářních dnů ode dne porušení režimu (30).

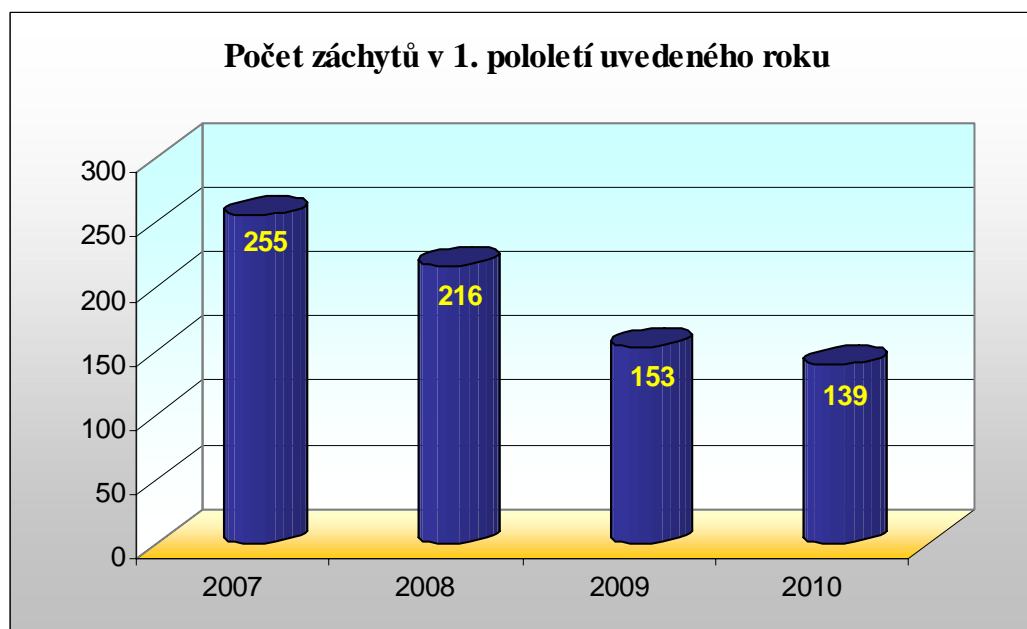
Kontroloři dodržování režimu práce neschopnými pojištěnci mají opravdu nelehké povolání, neboť na kontrolu chodí či jezdí za každého počasí, často jsou nuceni obcházet rozsáhlé usedlosti, aby mohli zaklepat na okno, v případě, že po zazvonění občan nevychází, musejí se ptát obyvatel v obci, aby našli stavení, kde pobývá, musejí se mít na pozoru před volně běhajícími psy, a pojištěnci k nim nezdvořilí.

Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec má jednu kontrolorku práce neschopných, která své povolání vykonává již řadu let a má tedy výborné znalosti místních podmínek – ulic, jednotlivých domů i osamocených objektů v jakémkoli městě či obci okresu, který je nejrozsáhlejší v Jihočeském kraji. V zimě jsou zde velmi drsné podmínky a zejména směrem na Vysočinu jsou úseky při sněžení zcela neprůjezdné a na některé samoty se nelze dopravit. Pro zajímavost dokládám v grafickém znázornění níže počet kontrol dodržování léčebného režimu a také počet záchyťů při těchto kontrolách. Záchytem se rozumí nezastižení pojištěnce v místě pobytu v dočasné pracovní neschopnosti, které uvedl ošetřujícímu lékaři při vystavování dočasné pracovní neschopnosti a je tedy povinen se zde zdržovat.

Pokles počtu provedených kontrol v roce 2009 byl způsoben nárůstem činností spojených s výplatou dávek nemocenského pojištění, jejichž počet výrazně vzrostl z důvodu výplaty dávek pojištěncům bývalých velkých organizací, které do 31.12.2008 vyplácely svým zaměstnancům dávky nemocenského pojištění samy (16).



Zdroj: OSSZ J. Hradec



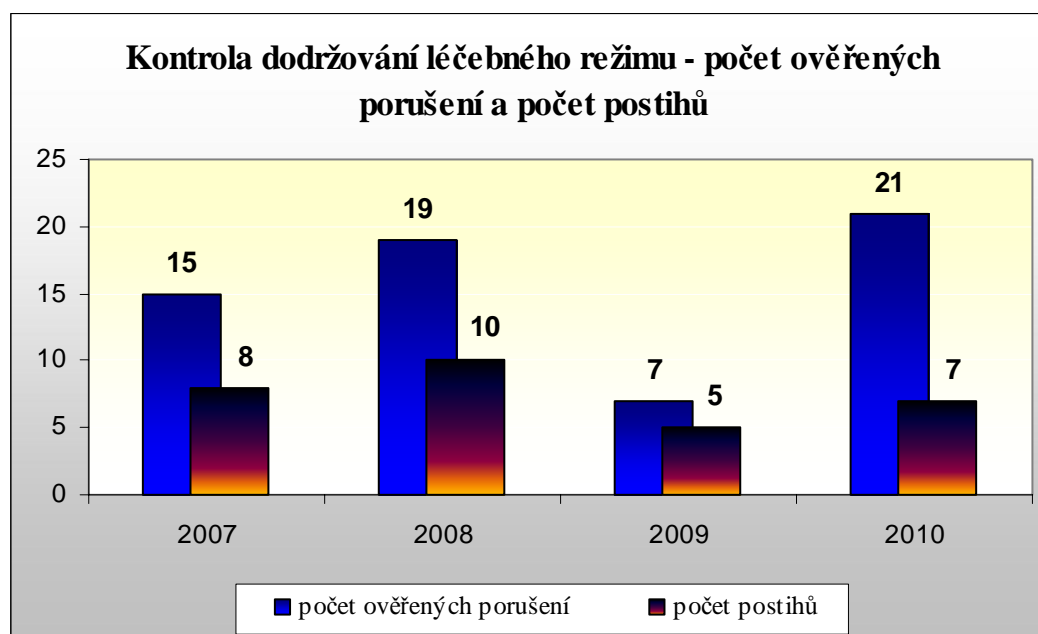
Zdroj: OSSZ J. Hradec

**V oblasti evidence dočasné pracovní neschopnosti a kontroly dodržování režimu byly hlavní cíle právní úpravy účinné od 1.1.2009 z velké části naplněny.** Co se týče komplexnosti systému jsou tyto dvě oblasti nemocenského pojištění zahrnuty v tomto jednom právním předpisu a to včetně postupu lékařů při posuzování zdravotního stavu, podrobně stanovených postupů okresních správ sociálního zabezpečení jako orgánů nemocenského pojištění a rovněž výčet práv a povinností pojištěnců i zaměstnavatelů. Jsou zde také taxativně vymezena porušení povinností, přestupky a sankce za tato porušení včetně rozmezí výše v níž lze sankci pojištěnci, zaměstnavateli či zdravotnickému zařízení uložit.

Povinnosti pojištěnce v oblasti dočasné pracovní neschopnosti, jejího vzniku, průběhu i ukončení jsou vymezena v § 64 zákona o nemocenském pojištění. Mezi nejčastěji porušované povinnosti pojištěncem patří dodržování režimu dočasně práce neschopného, za které může být pojištěnci podle § 125 kráceno nebo zcela odňato nemocenské na dobu až 100 dní ode dne porušení režimu. Dále je to porušení povinnosti spočívající v umožnění orgánu nemocenského pojištění nebo zaměstnavateli zkontrolovat dodržování režimu dočasně práce neschopného. Pokud pojištěnec kontrolu neumožní, může mu být podle § 76 odst. 4) uložena pořádková pokuta až do výše 10 000,- Kč. Povinnosti zdravotnického zařízení, respektive ošetřujícího lékaře, jsou uvedeny v ustanovení § 61. Zejména se jedná o povinnosti v posuzování zdravotního stavu, tedy vůči pacientovi a vůči okresní správě sociálního zabezpečení – včasná hlášení skutečností a změn v dočasné pracovní neschopnosti pacienta a vedení evidence pacientů. Za neplnění povinností ošetřujícímu lékaři může být uložena pokuta až do výše 10 000,- Kč (51). Spolupráce s lékaři v okrese, jak již bylo uvedeno, je velice dobrá. Avšak jejich časté velmi vstřícné chování vůči pacientům ztěžuje plnění povinností okresních správ sociálního zabezpečení. Především se jedná o povolování a rozsah vycházek, který lékaři často stanoví jako „neomezené vycházky“, tudíž provádět kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce je v takových případech zbytečné. Popřípadě mají pojištěnci vycházky v celodenním rozsahu s přerušením na jednu hodinu v poledne.

V červenci roku 2010 byla kontrolorka dodržování režimu u jednoho z ošetřujících lékařů z Českých Velenic, kterému vezla při cestě na kontroly vyžádané tiskopisy, a ptala se ho proč mají pojištěnci s nemocnými zády celodenní vycházky, když s touto diagnózou chodí do lesa na borůvky (kontrolovaní měli modré ruce a za dveřmi nádoby s borůvkami). Lékař odpověděl, že jim prý zaměstnavatel neplatí, a tak že si alespoň něco vydělají na borůvkách...Také při omlouvání nepřítomností pojištěnců v době kontroly dodržování režimu pracovníkem okresní správy sociálního zabezpečení jsou lékaři velmi shovívaví a stran pojištěnců ochotní. Do telefonu pracovníkovi okresní správy sociálního zabezpečení sdělí, že u nich pojištěnec v den kontroly nebyl. O týden později, zřejmě po osobní návštěvě pojištěnce, je okresní správě sociálního zabezpečení od lékaře doručeno vyjádření, že u něho pojištěnec ten den byl na kontrole, popřípadě, že si byl nechat předepsat pro léky...

Pro dokreslení výše uvedeného dokládám grafické znázornění počtu ověřených porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a počtu postihů, tedy krácení či odnětí nemocenského. Rozdíl z velké většiny činí dodatečné omluvení dočasně práce neschopného lékařem. Údaje jsou uvedeny za první pololetí každého roku.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Okresní správy sociálního zabezpečení se snaží s lékaři dobře vycházet, neboť oni se velkou měrou v systému nemocenského pojištění angažují a administrativa při provádění posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti je opravdu značná, přesto by neměli být tolik vázání na počet pacientů a měli by v mnoha případech být objektivnější – přísnější.

Systém nemocenského pojištění je tedy komplexně ošetřen jedním právním předpisem, v němž každý účastník systému má svá práva a povinnosti včetně postupů, jak těmto povinnostem dostát.

Dalším cílem zákona o nemocenském pojištění byla jednotnost systému, což je v oblasti dočasné pracovní neschopnosti rovněž naplněno, neboť všechny zúčastněné subjekty zařazené do jedné ze skupin „ošetřující lékař“, „pojištěnec“, „zaměstnavatel“, „orgán nemocenského pojištění“ mají zákonem stanovená práva i povinnosti. V nemocenském pojištění jde především o zabezpečení ekonomicky aktivních občanů v případě vzniku některé zákonem uznané sociální události. Pojištěnci, u nichž taková situace nastane, mají tedy stejný nárok na zabezpečení a shodně nastavené podmínky pro stanovení rozsahu a výše této pomoci.

Solidarita mezi zdravými a nemocnými a osobami s vyššími a nižšími příjmy v novém systému nemocenského pojištění zůstala zachována, ovšem její míra byla snížena, což se projevuje nejvíce v oblasti výplaty dávek.

Dalším cílem nové právní úpravy nemocenského pojištění bylo rozšířit ochranné prvky systému, což se v oblasti dočasné pracovní neschopnosti projevilo zejména ve zpřísnění postupů při rozhodování o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a v jejím průběhu. Například pojištěnec musí pravidelně docházet na kontroly stanovené ošetřujícím lékařem, pokud se na kontrolu nedostaví a dostatečně se neomluví, je lékař oprávněn tímto dnem rozhodnout o ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Dalším ochranným prvkem proti zneužívání systému je posuzování zdravotního stavu pojištěnce po 180 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti. Lékař je povinen po 180 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti posoudit, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a to i pro jinou, než dosavadní pojištěnou činnost. V praxi to znamená, že pokud lékař vyšetřením zjistí, že pojištěnec může namísto dosavadního zaměstnání vykonávat jinou

práci, ukončí dočasnou pracovní neschopnost a pojištěnec si např. prostřednictvím úřadu práce hledá nové zaměstnání, které bude korespondovat s jeho zdravotním omezením (29). Zneužívání systému v oblasti dočasné pracovní neschopnosti rovněž přispívají i kontroly dodržování režimu prováděné zaměstnavateli. Pojištěnci vědí, že při porušení režimu jim zaměstnavatel může snížit nebo nevyplatit náhradu mzdy, a proto obvykle neriskují, režim dodržují a nenarušují tak průběh léčby nemoci či úrazu. Častější porušení režimu bývá při delší pracovní neschopnosti, což je patrné z počtu zaměstnavatelem hlášených porušení režimu Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec. Zaměstnavatel je ze zákona povinen porušení okresní správě sociálního zabezpečení hlásit. V 1. pololetí roku 2009 Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec obdržela 6 hlášení o porušení režimu od zaměstnavatelů a v 1. pololetí roku 2010 pět hlášení. Okresní správy sociálního zabezpečení tato hlášení považují za neodkladný podnět k provedení vlastní kontroly dodržování režimu pojištěncem a to kontroly opakované.

Dalším ochranným prvkem systému je kontrola posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění (§ 74), v němž je stanoveno, že orgán nemocenského pojištění provádí svým lékařem kontrolu správnosti posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování a kontrolu plnění povinností ošetřujících lékařů při posuzování zdravotního stavu (37).

Zjistí-li orgán nemocenského pojištění, že nejsou důvody pro trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování, rozhodne, podle § 75, o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování, pokud ji neukončil ošetřující lékař. Tato možnost je obecně okresními správami sociálního zabezpečení poměrně málo využívána. Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec patří k těm správám, které tohoto institutu využívají. V roce 2010 bylo lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradce ukončeno celkem sedm dočasných pracovních neschopností, což ve srovnání s ostatními okresními správami Jihočeského kraje absolutně nejvyšší počet. To však vypovídá jednak o poctivém a zodpovědném posuzování zdravotního stavu lékaři orgánu nemocenského pojištění a současně i o nekvalitní práci ošetřujících lékařů v okrese, kteří by měli v takových případech

dočasnou pracovní neschopnost sami ukončit. Pokud ošetřující lékař v případě, že potřeba trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování pominula, neukončí dočasnou pracovní neschopnost nebo ošetřování, a to v období jednoho roku opakovaně, může mu být orgánem nemocenského pojištění stanoven zákaz rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti. Tento institut uvedený v ustanovení § 79, odst. 1) písmeno c) nebyl dosud Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec využit, neboť se nejednalo o porušení povinností stejným lékařem, ale vždy šlo o jiného ošetřujícího lékaře (36).

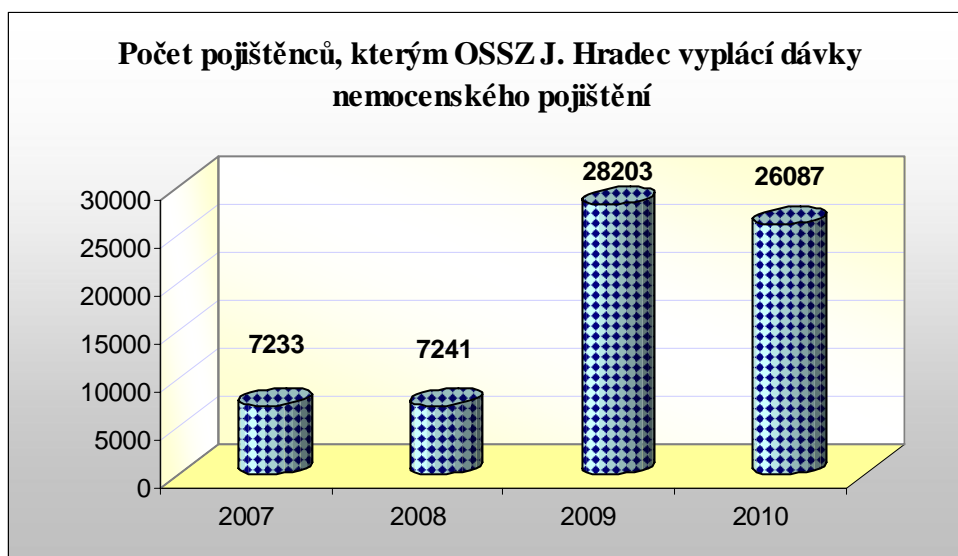
S předchozím cílem úzce souvisí i cíl zlepšení funkce systému a zamezení jeho zneužívání, který se v oblasti posuzování dočasné pracovní neschopnosti naplnil zejména zvýšenou odpovědností a pečlivostí lékařů orgánu nemocenského pojištění v důsledné kontrole dlouhodobých pracovních neschopností a opakovaným posuzováním zdravotního stavu pojištěnce.

V oblasti dočasné pracovní neschopnosti a posuzování zdravotního stavu byly hlavní cíle právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 z velké části naplněny. Zejména ze strany zaměstnavatelů, kteří si v mnoha případech provádějí kontroly dodržování režimu u svých dočasně práce neschopných zaměstnanců sami, nebo prostřednictvím fyzických a právnických osob, které za tímto účelem vznikly záhy po účinnosti zákona o nemocenském pojištění. Nový systém nemocenského pojištění funguje relativně krátkou dobu, a proto zatím nejsou všechny jeho možnosti v plné míře využívány. Například včasné ukončení dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem, nedostatečné posuzování zdravotního stavu pojištěnce v průběhu dočasné pracovní neschopnosti, kdy po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti má ošetřující lékař posoudit, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný, což mnoho lékařů zcela opomíjí. Ze strany okresních správ sociálního zabezpečení se jedná zejména o nedostatečné využívání ustanovení výše uvedeného § 75 a s ním souvisejícího ustanovení § 79. Rovněž pravidelná a soustavná kontrola plnění povinností ošetřujícími lékaři není lékaři orgánu nemocenského pojištění v dostatečné míře prováděna (43).



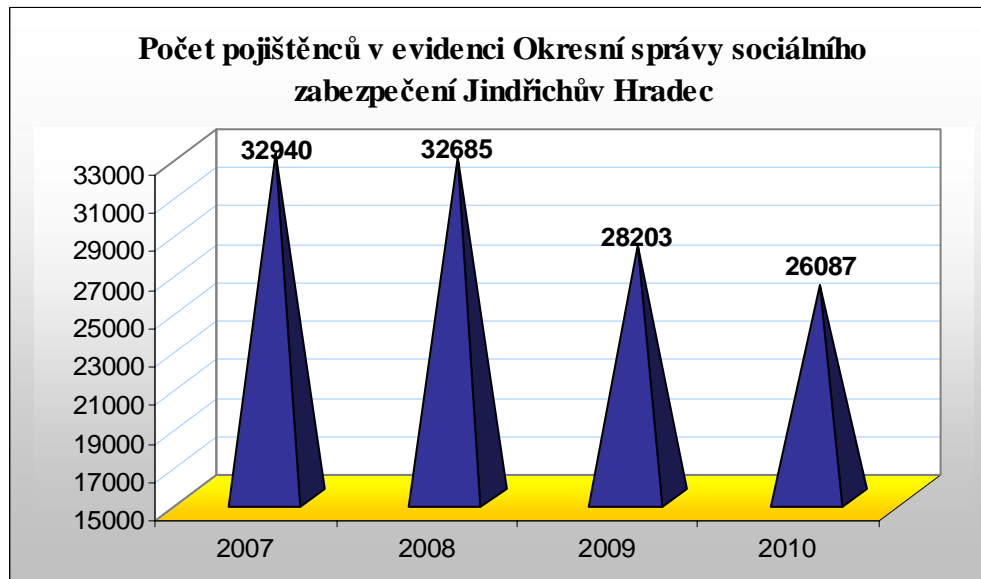
## 4.2 Dávky nemocenského pojištění

Jednou z nejvýznamnějších změn zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je způsob zabezpečení občana v době dočasné pracovní neschopnosti, kdy je nemocenské vypláceno až od 15. dne dočasné pracovní neschopnosti. První tři dny pracovní neschopnosti nejsou placeny a od čtvrtého do 14. dne je nově zaměstnavatelem dočasně práce neschopnému zaměstnanci vyplácena náhrada mzdy, avšak pouze za pracovní dny (nikoli kalendářní). Trvá-li dočasná pracovní neschopnost dobu delší 14 kalendářních dnů, předá zaměstnavatel okresní správě sociálního zabezpečení neprodleně všechny doklady potřebné k výplatě nemocenského, včetně potvrzení o dosaženém příjmu v rozhodném období (13). Před účinností tohoto zákona vyplácely organizace s počtem zaměstnanců nad 25 nemocenské zaměstnancům samy, a za organizace tzv. malé (do 25 zaměstnanců) platila nemocenské jejich zaměstnancům místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení. Zákon o nemocenském pojištění již nerozlišuje malé a velké organizace, ale zavedl pojem „zaměstnavatel“ bez ohledu na počet zaměstnaných pracovníků. Tato opatření způsobila nárůst administrativy zejména malým organizacím, které nevyplácely žádné finanční prostředky pracovníkům z důvodu dočasné pracovní neschopnosti a nyní platí náhradu mzdy za prvních 14 dnů. Rovněž okresním správám sociálního zabezpečení, které vyplácely nemocenské zaměstnancům malých organizací a nyní, v případě pracovní neschopnosti delší 14 dnů, vyplácí nemocenské všem zaměstnancům v okrese, což je nárůst několika tisíců pojištěnců. Na Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec vzrostl počet pojištěnců, kterým okresní správa sociálního zabezpečení vyplácí dávky nemocenského pojištění, ze 7 200 na 28 000, tedy téměř čtyřikrát, což je markantní nárůst – viz grafické znázornění níže.



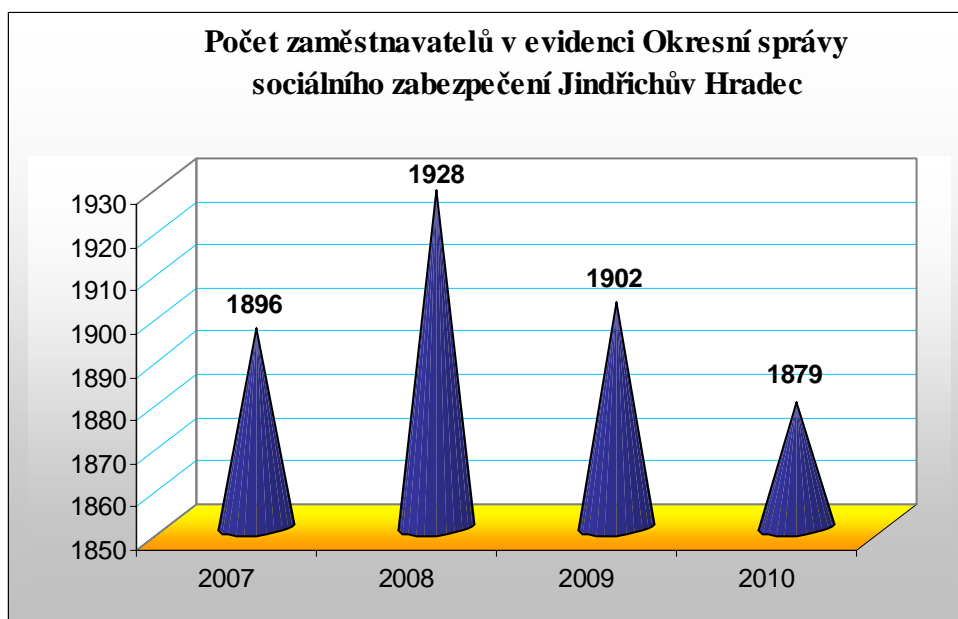
Zdroj: OSSZ J. Hradec

V roce 2010 došlo, v souvislosti s růstem nezaměstnanosti, k poklesu počtu pojištěnců, které Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec eviduje, a to o 2116 pojištěnců.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Níže uvedený graf znázorňuje počet evidovaných malých a velkých organizací v 1. pololetí roku 2007 a 2008 a počet evidovaných zaměstnavatelů v 1. pololetí roku 2009 a 2010.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

V rámci nemocenského pojištění jsou vypláceny čtyři dávky – nemocenské, ošetrovné (dříve podpora při ošetrování člena rodiny), peněžitá pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Podmínky pro nárok na dávku a její výplatu jsem již uvedla výše. Nyní se budu zabývat výplatou dávek nemocenského pojištění Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec. Zásadní změnou ve výplatě byl počet subjektů, kterým okresní správa sociálního zabezpečení dávky vyplácely. Dříve to byli pouze zaměstnanci tzv. malých organizací, nyní jsou to pojištěné osoby zaměstnané u všech zaměstnavatelů evidovaných v okrese (39).

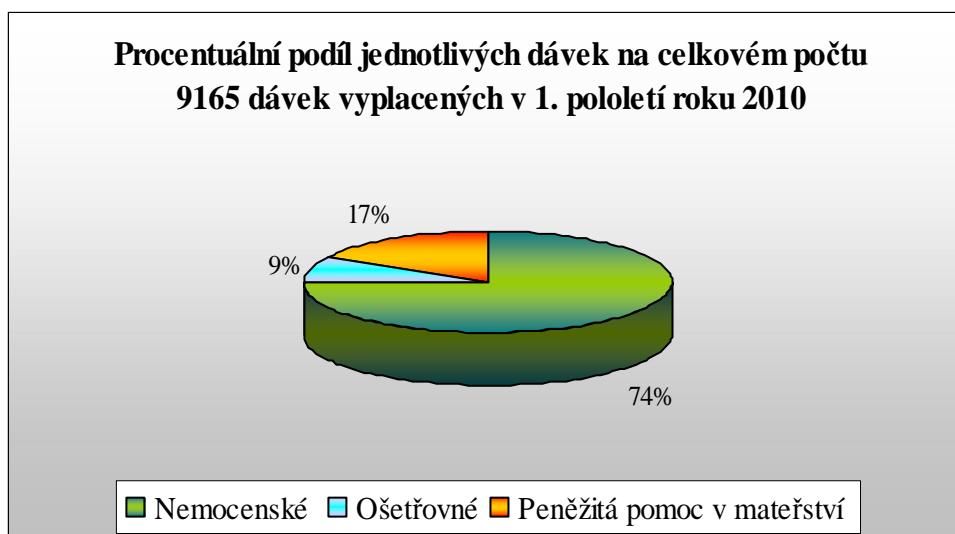
V prvním pololetí roku 2007 bylo vyplaceno Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec celkem 5 436 dávek nemocenského pojištění, z toho nejčetnější dávkou bylo nemocenské v počtu 4 081 výplat. Výdaje na tyto dávky činily 24 517 748,- Kč, z toho nemocenské tvořilo 74 % v částce 18 150 108,-Kč. Do celkových výdajů na dávky nemocenského pojištění je nutné zahrnout i výdaje na dávky nemocenského pojištění zaměstnanců tehdejších velkých organizací, které v 1. pololetí roku 2007 činily 87 952 272,-Kč. Celkové výdaje na dávky nemocenského

pojištění všech pojištěnců v okrese Jindřichův Hradec byly v 1 pololetí roku 2007 ve výši 112 470 020,- Kč.

V prvním pololetí roku 2008 bylo Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec vyplaceno celkem 4 167 dávek, z toho 69 % dávek tvořilo nemocenské (2 956 výplat) v částce 15 025 453,- Kč z celkových 21 793 597,- Kč. Celkové výdaje na dávky nemocenského pojištění všech pojištěnců (včetně pojištěnců velkých organizací) v okrese činily v tomto pololetí 97 795 597,-Kč.

V prvním pololetí roku 2009 bylo vyplaceno celkem 7 769 dávek v celkové částce 41 435 004,- Kč. Sedmdesát pět procent tvořilo nemocenské v počtu 5 810 výplat a v částce 32 861 525,- Kč.

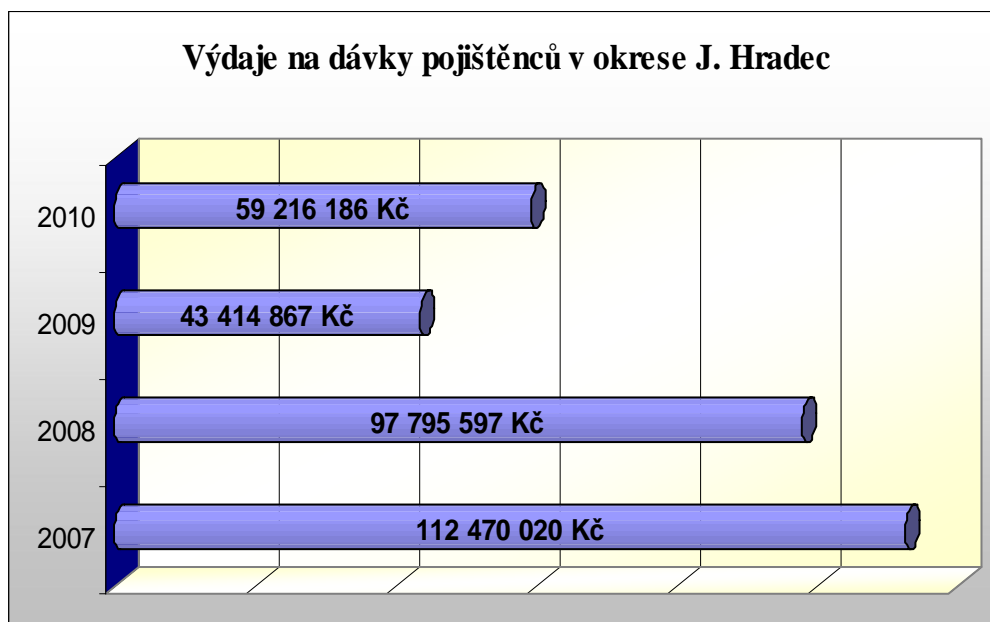
V lednu až červnu roku 2010 bylo na nemocenském vyplaceno 43 791 483,- Kč v 6 846 dávkách. Celkem bylo vyplaceno 9 165 dávek nemocenského pojištění v objemu 58 388 644,-Kč. Nemocenské se tedy podílelo celými 74 % - viz grafické znázornění.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

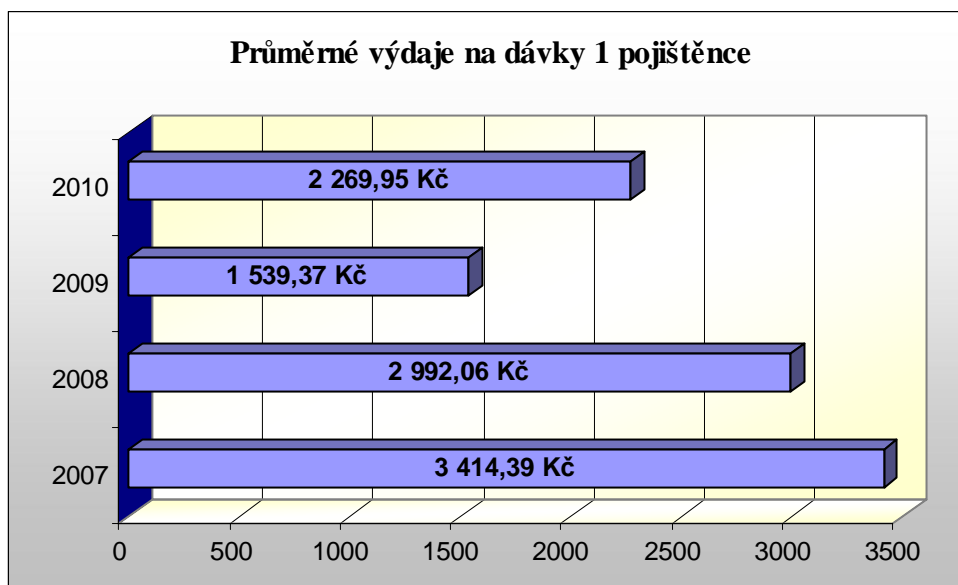
Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství nebyl v 1. pololetí roku 2010 vyplácen, proto není v grafu uveden.

Výdaje na dávky nemocenského pojištění pojištěnců evidovaných Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec účinností zákona o nemocenském pojištění velmi výrazně klesly. Jedná se o výdaje celkové, tedy o výdaje na dávky nemocenského pojištění vyplacené Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec i výdaje na dávky vyplacené pojištěncům velkými organizacemi v 1. pololetí roku 2007 a 2008. Razantní pokles je zřejmý hned v prvních měsících účinnosti zákona, kdy v 1. pololetí roku 2009 bylo na dávkách nemocenského pojištění vyplaceno o 54 380 730,- Kč méně než v 1. pololetí roku 2008. Vývoj vynaložených finančních prostředků znázorňuje uvedený graf.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Grafické znázornění průměrných výdajů na dávky nemocenského pojištění jednoho pojištěnce v prvních pololetích sledovaných let.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Z výše uvedeného grafického znázornění je zřejmý pokles výdajů finančních prostředků na dávky nemocenského pojištění po účinnosti zákona o nemocenském pojištění, tedy v 1. pololetí roku 2009 oproti 1. pololetí roku 2007 a 2008. V 1. pololetí roku 2010 lze sledovat nárůst výdajů v porovnání s tímž obdobím roku 2009, což souvisí s dopady globální ekonomické krize, růstem nezaměstnanosti a tedy častějším využíváním institutu dočasné pracovní neschopnosti.

K výplatě byly dočasné pracovní neschopnosti, které trvaly 14 a méně dnů – těch bylo v prvním pololetí roku 2010 celkem 2 329 a v prvním pololetí roku 2009 v počtu 3 100. Na základě těchto dočasných pracovních neschopností nepřekračujících 14 dnů vypláceli zaměstnavatelé pojištěncům náhradu mzdy.

***Naplnění hlavní cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 v oblasti výplaty dávek.***

Jedním ze stanovených cílů byla komplexnost systému, tzn. požadavek, aby právní norma upravovala všechny oblasti provádění nemocenského pojištění. Před účinností zákona o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, bylo nemocenské pojištění roztrženo do více právních předpisů, které byly často novelizovány a to vedlo jednak k výkladovým problémům a také k obtížné orientaci v této oblasti. Jednalo se například o zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, který upravoval účast na pojištění a podmínky pro nárok a výplatu dávek nemocenského pojištění pouze zaměstnanců. Nemocenské pojištění ostatních složek ekonomicky aktivního obyvatelstva bylo v dalších několika právních normách – např. v zákonu č. 32/1957 Sb., o nemocenské péči v ozbrojených silách, ve znění pozdějších předpisů. Další právní normou, upravující systém nemocenského pojištění, byl zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavicích na děti z nemocenského pojištění zaměstnanců, zákon č. 100/1988 Sb., upravující nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných, vyhláška č. 143/1965 Sb., o poskytování peněžitých dávek v nemocenském pojištění, vyhláška č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení a další prováděcí vyhlášky. Organizace a provádění nemocenského pojištění včetně řízení v nemocenském pojištění pak bylo upraveno zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení ve znění do 31.12.2008. Právní úprava tak byla roztržena do mnoha zákonných a podzákonných právních předpisů a práva a povinnosti pojištěných osob, subjektů podílejících se na provádění nemocenského pojištění včetně nároků plynoucích z pojištění nebyly upraveny jediným zákonem nebo byly stanoveny pouze prováděcími vyhláškami. Všechny uvedené oblasti systému nemocenského pojištění jsou nyní upraveny v novém zákonu o nemocenském pojištění, čili cíl komplexnosti je v této oblasti naplněn.

Dalším cílem je jednotnost systému, tedy zajištění všem spravedlivé a shodné podmínky pro nárok na dávku, její výši a výplatu. Skupiny subjektů účastných nemocenského

pojištění (např. zaměstnanci, příslušníci, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody zařazené do práce, pěstouni atd.) mají zákonem stanoveny stejné podmínky pro účast na pojištění, nárok na dávku nemocenského pojištění, mají zajištěnu stejnou konstrukci výpočtu výše dávky a podmínky pro výplatu dávky. Některé odlišnosti vyplývají z charakteru vykonávané pojištěné činnosti např. osobami samostatně výdělečně činnými, zahraničními zaměstnanci nebo domácími zaměstnanci (43).

Cíl solidarity mezi zdravými a nemocnými a mezi osobami s vyššími a nižšími příjmy byl rovněž naplněn, neboť solidarita mezi těmito skupinami vždy byla a je jedním ze základních kamenů systému nemocenského pojištění. Solidarita mezi zdravými a nemocnými se realizuje platbami měsíčního pojistného na nemocenské pojištění zdravými osobami, aby prostředky mohli ve stejnou dobu čerpat ti, kteří jsou dočasně práce neschopní a finanční podporu při pracovní neschopnosti v daném období potřebují. Solidarita osob s vyššími a nižšími příjmy je pak zajištěna redukčními hranicemi pro redukci denního vyměřovacího základu pro výpočet dávky nemocenského pojištění. Vypočtený denní vyměřovací základ se redukuje tak, že se do první redukční hranice (825,-Kč) započte ve výši 90 %, nad první do druhé redukční hranice (1 237,-Kč) ve výši 60 %, nad druhou do třetí (2 474,-Kč) ve výši 30 % a nad třetí redukční hranici se nepřihlíží. To znamená, že osoby s vysokými příjmy, které mají denní vyměřovací základ vyšší než 2 475,-Kč nedostanou nemocenské podle svého vysokého výdělku, byť z něho platily pojistné na nemocenské pojištění (38).

Posílení ochranných prvků systému, jako další z cílů nové právní úpravy nemocenského pojištění, který má zabránit zneužívání systému, se v oblasti dávek projevuje zpřísněním podmínek účasti na pojištění, jako základní podmínky pro vznik nároku na dávku. Prodloužila se nutná doba účasti na pojištění z osmi na patnáct dnů a zvýšila se hranice příjmu rozhodného pro účast na pojištění ze 400,- Kč na 2000,-Kč, přičemž je-li sjednán příjem nižší než 2000,- Kč je zaměstnanec pojištěn jen v těch měsících, v nichž dosáhl rozhodného příjmu. Významným ochranným prvkem je zkrácení ochranné lhůty (lhůta po skončení pojištění, kdy je dávka nemocenského pojištění



vyplácena na základě tohoto skončeného pojištění) ze 42 na 7 kalendářních dnů. U některých pojištěnců je s ohledem na charakter vykonávané činnosti nebo zabezpečení v jiném systému (dávkou důchodového pojištění) ochranná lhůta vyloučena. Ochranná lhůta neplyne například z pojištěné činnosti poživatele starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, neplyne ze zaměstnání malého rozsahu, ze zaměstnání sjednaného na dobu dovolené. Tento ochranný prvek byl zaveden rovněž na Slovensku, avšak o dva roky později a to od 1.1.2011, z čehož lze usuzovat, že v rámci předávání zkušeností mezi státy Evropské unie, patří k prvkům fungujícím (34).

Dalším ochranným prvkem je změna konstrukce výpočtu výše dávek nemocenského pojištění.

V roce 2007 (podle zákona č. 54/1956 Sb.) se počítalo nemocenské z výdělků dosažených ve 12 kalendářních měsících předcházejících vzniku dočasné pracovní neschopnosti (tzv. rozhodné období). Úhrn měsíčních výdělků se dělil počtem odpracovaných dnů s vyloučením dnů, v nichž náležela náhrada příjmu či dávka nemocenského pojištění; účelem vyloučení této doby je zamezení nedůvodnému rozmělnění vyměřovacího základu pojištěnce. Takto byl stanoven denní vyměřovací základ (dále jen „DVZ“), který byl redukován ve dvou redukčních hranicích tak, že do částky 550,- Kč se započítalo 90 % (od 15. dne trvání pracovní neschopnosti 100 %), od 550,- Kč do 790,- Kč se započítalo 60 % a nad částku 790,- Kč se nepřihlíželo. Nemocenské se poskytovalo od 1. kalendářního dne pracovní neschopnosti. Podpůrčí doba pro poskytování nemocenského trvala 1 kalendářní rok a bylo možné ji na základě posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem prodloužit maximálně o další 1 rok. Ochranná lhůta, tedy lhůta od skončení zaměstnání, v níž má osoba i po skončení zaměstnání nárok na poskytování nemocenského, byla 42 kalendářních dnů nebo méně, pokud zaměstnanec v tomto posledním zaměstnání odpracoval méně než 42 dnů (40). Podpora při ošetřování člena rodiny se poskytovala ve výši 69 % DVZ po dobu 9 kalendářních dnů nebo 16 kalendářních dnů u osamělých zaměstnanců, a to od prvního dne ošetřování (44).

Peněžité pomoci v mateřství se poskytovala od počátku 6. týdne před stanoveným dnem porodu po dobu 28 týdnů nebo 31 týdnů pokud žena porodila a pečuje o dvě či více dětí. Výše peněžité pomoci v mateřství byla 69 % DVZ (45).

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se počítal a nadále počítá jako rozdíl mezi denním vyměřovacím základem zjištěným před převedením zaměstnankyně na jinou práci z důvodu těhotenství či mateřství a průměrným denním započitatelným příjmem v kalendářních měsících po převedení (54).

V roce 2008 (podle zákona č. 54/1956 Sb.) se nemocenské počítalo z denního vyměřovacího základu zjištěného stejným způsobem jako v roce 2007 včetně redukce, neboť redukční hranice 550,- Kč a 790,- Kč zůstaly nezměněny. Zásadní změnou bylo poskytování nemocenského až od 4. kalendářního dne trvání pracovní neschopnosti, jako důsledek zavedení tzv. „karenční doby“ zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb. (47). Podpůrčí doba 1 rok zůstala stejná, avšak výše nemocenského se změnila podle délky trvání pracovní neschopnosti. Od 4. do 30. kalendářního dne trvání pracovní neschopnosti nemocenské činilo 60 % DVZ, od 31. do 60. kalendářního dne 66 % DVZ a od 61. dne do skončení dočasné pracovní neschopnosti nebo uplynutí podpůrčí doby ve výši 72 % DVZ. Ochranná lhůta byla razantně zkrácena ze 42 na 7 kalendářních dnů od skončení zaměstnání (25).

Podpora při ošetřování člena rodiny – podpůrčí doba zůstala nezměněna (9 nebo 16 kalendářních dnů), avšak výše této dávky klesla na 60 % DVZ.

Poskytování peněžité pomoci v mateřství v roce 2008 doznalo zásadní změny v délce poskytování této dávky, neboť od 1.1.2008 došlo ke sjednocení délky podpůrčí doby na 28 týdnů i u osamělých pojištěnců, kteří do té doby byli neodůvodněně zvýhodněni podpůrčí dobou v délce 37 týdnů. U této dlouhodobé dávky docházelo často ke zneužívání prodloužené podpůrčí doby (záměrné neprovdání, účelové prohlášení o nežití s druhem). Výše dávky v roce 2008 zůstala shodná s rokem 2007 (25).

Od 1.1.2009 se nemocenské počítá z úhrnu vyměřovacích základů zaměstnance pro odvod pojistného v období 12 kalendářních měsíců, které předcházejí měsíci vzniku

dočasné pracovní neschopnosti (tzv. „rozhodné období“). Rozhodné období se takto stanoví s jedinou výjimkou. Nemá-li zaměstnanec v rozhodném období 12 měsíců započitatelný příjem nebo ani jeden započitatelný den, tak se již rozhodné období neprodlužuje postupně vždy o 3 měsíce. Rozhodným obdobím je v tomto případě první předcházející kalendářní rok, v němž jsou započitatelné příjmy a alespoň 30 započitatelných dnů (tj. 30 dnů, které zaměstnanec odpracoval a má v nich výdělek). Úhrn vyměřovacích základů pro odvod pojistného ze všech 12 měsíců se vydělí počtem skutečně odpracovaných dní a z tohoto výsledku se vypočte 90 % a následně ještě z výsledku 60 %, neboť nemocenské od 15. do 30. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti činí 60% denního vyměřovacího základu. Od 31. do 60. kalendářního dne činilo nemocenské 66 % DVZ a od 61. dne do skončení pracovní neschopnosti nebo uplynutí podpůrní doby ve výši 72 % DVZ (17). Podpůrní doba začíná od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a končí dnem, jímž končí dočasná pracovní neschopnost, nejdéle však 380 kalendářních dnů ode dne vzniku pracovní neschopnosti. Do podpůrní doby se započítávají předchozí pracovní neschopnosti za rok zpět (s jednou výjimkou – pokud pojištěná činnost trvala 190 dnů od poslední pracovní neschopnosti, pak se nezapočtou) bez ohledu na to, zda byla za dny pracovní neschopnosti poskytována náhrada mzdy a nemocenské anebo náhrada mzdy nemocenské nenáleželo například proto, že si zaměstnanec způsobil pracovní neschopnost úmyslně. Podpůrní doba se prodlužuje z jednoho roku na 380 dnů. Skutečnost, že pracovní neschopnost vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, nemá již žádný vliv na její zápočet do podpůrní doby; dny pracovní neschopnosti z uvedených důvodů se započítávají do podpůrní doby na rozdíl od právní úpravy platné do 31.12.2008. Podpůrní dobu je možné, na základě žádosti pojištěnce a posouzení jeho zdravotního stavu posudkovým lékařem, prodloužit, ovšem už ne o celý kalendářní rok najednou, ale pouze o 3 kalendářní měsíce. Po uplynutí tříměsíčního prodloužení musí pojištěnec požádat o další prodloužení podpůrní doby, jeho zdravotní stav je znovu posuzován a pokud posudkový lékař shledá, že lze očekávat, že pojištěnec v krátké době nabude pracovní schopnost, prodlouží podpůrní dobu o další tři měsíce (19).

Toto čtvrtletní opakované posuzování zdravotního stavu dočasně práce neschopného pojištěnce zamezuje neodůvodněnému trvání dočasné pracovní neschopnosti, neboť není-li pojištěnci vypláceno nemocenské, slouží rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti jako omluvenka nepřítomnosti v zaměstnání. Posudkový lékař při takovémto opakovaném posuzování zdravotního stavu dočasně práce neschopného pojištěnce má možnost požádat pojištěnce, aby absolvoval odborná vyšetření a této žádosti je pojištěnec povinen vyhovět. Vyšetření odborných lékařů pomáhají posudkovým lékařům rozhodnout o tom, zda pojištěnec v krátké době nabude pracovní schopnosti či nikoli. V tom případě lékař ukončí pracovní neschopnost a doporučí pojištěnci požádat o invalidní důchod. Podle zdravotního stavu může být pojištěnci přiznán invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně v závislosti na rozmezí procentuálního snížení jeho schopnosti výdělečné schopnosti. Pokud je pokles pracovní schopnosti pojištěnce o 35–49 % jedná se o invaliditu prvního stupně. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesne o 50–69 %, je pojištěnec posouzen invalidním pro druhý stupeň a pokud je snížení pracovní schopnosti o 70 % a více, je uznán invalidním pro invaliditu třetího stupně. Pojištěnec, který byl uznán invalidním je ve dvouleté periodě zván posudkovými lékaři ke kontrole a novému posouzení zdravotního stavu, kde lékař zjišťuje, zda se pracovní schopnost pojištěnce nezvýšila nebo naopak, zda nedošlo k jejímu dalšímu poklesu (38).

Podpůrčí doba pro poskytování nemocenského u pracujícího poživitele starobního důchodu a invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně (dříve plný invalidní důchod) činí 70 kalendářních dnů při jedné i při více dočasných pracovních neschopnostech v kalendářním roce. Do podpůrčí doby se zahrnují jen kalendářní dny pracovní neschopnosti, za které je nárok na nemocenské, nezahrnuje se do ní prvních 14 dnů trvání pracovní neschopnosti, za které by měla být zaměstnavatelem poskytnuta náhrada mzdy, a dny pracovní neschopnosti po vyčerpání 70 dnů poskytování nemocenského. I u pracujících poživitelů starobních důchodů nebo invalidních důchodů pro invaliditu třetího stupně je tedy odlišný postup zápočtu předchozích pracovních neschopností, než v právní úpravě nemocenského pojištění účinné do 31.12.2008 (38).

Od 1.1.2011 činí podpůrná doba u pracujících poživatelů starobních důchodů nebo invalidních důchodů pro invaliditu třetího stupně 63 kalendářních dnů, tedy méně o týden, o který se prodloužilo poskytování náhrady mzdy v počátku dočasné pracovní neschopnosti (38).

Další zpřísnění podmínek pro nárok na dávku, její výši a výplatu je zahrnut v § 31 zákona o nemocenském pojištění, v němž je stanoveno, že výše nemocenského činí za kalendářní den 50 % vypočtené částky v případě, že si pojištěnec způsobí pracovní neschopnost zaviněnou účastí ve rvačce, jako bezprostřední následek své opilosti nebo zneužití omamných prostředků, anebo při spáchání úmyslného trestného činu nebo úmyslně zaviněného přestupku. Pokud je prokázáno některé z výše uvedených zavinění pojištěnce, je mu nemocenské vyplaceno ve výši 50 % ve zkráceném řízení není-li sporu o výši dávky nebo po došetření všech rozhodných skutečností okresní správa sociálního zabezpečení meritorně rozhodují ve správním řízení. Tohoto právního ustanovení využila Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec v roce 2009 ve 14 případech. V právní úpravě nemocenského pojištění platné do 31.12.2008 byla tato provinění taxativně vymezena v ustanovení § 24 zákona č. 54/1956 Sb., s tím, že zaměstnanec nemá v těchto případech nárok na nemocenské. Avšak v odstavci druhém tohoto ustanovení byla možnost dobrovolně přiznat nemocenské zaměstnanci, který má rodinné příslušníky, až do výše tří čtvrtin a zaměstnanci, který rodinné příslušníky nemá, až do výše poloviny vypočtené částky. Dobrovolné přiznání vyšší výše, než je polovina vypočtené částky nemocenského právní úprava účinná od 1.1.2009 neumožňuje (43).

Peněžité pomoci v mateřství byla v roce 2009 vyplácena ve výši 70 % DVZ po dobu 28 týdnů, popřípadě 37 týdnů, jestliže pojištěnka porodila a pečuje o dvě a více dětí. Nově nemají nárok na peněžitou pomoc v mateřství uchazečky o zaměstnání. Okruh osob, které mají nárok na peněžitou pomoc v mateřství je od 1.1.2009 rozšířen o manžela ženy, která porodila, a není-li manžel otcem dítěte, tak i o otce dítěte. Po uplynutí šesti týdnů po porodu může matka dítěte dát písemný souhlas k tomu, aby otec dítěte či její manžel nadále o dítě pečoval, čímž se ona vzdává výplaty peněžité pomoci v mateřství a tato dávka bude vyplácena muži na základě jeho žádosti. Podpis matky na této dohodě

musí být úředně ověřen nebo může být dohoda oběma podepsána přímo na okresní správě sociálního zabezpečení bez další potřeby ověřování. Dohodu lze zrušit i jednostranně, musí být ale ověřen podpis.

Podmínkou nároku na peněžitou pomoc v mateřství je účast pojištěnce na pojištění alespoň po dobu 270 kalendářních dní v posledních dvou letech přede dnem nástupu na peněžitou pomoc v mateřství. Do této doby se podle právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 již nezapočítává doba vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání, doba pobírání dávky důchodového pojištění a doba studia.

Ošetřovné v roce 2009 činilo 60 % DVZ. Podpůrní doba pro výplatu ošetřovného počínala 1. dnem potřeby ošetřování (péče) a trvala po dobu 9 dnů, u osamělých zaměstnanců 16 dnů. Nově je umožněno osobám žijícím v domácnosti jednou se vystřídat v témže případě ošetřování. Budou-li žít rodiče s dítětem ve společné domácnosti, dítě onemocní, může např. matka dítěte ošetřovat 1. až 5. den potřeby ošetřování, 6. a další dny potřeby ošetřování může ošetřovat otec. Podmínka společné domácnosti je splněna i v případě soudem stanovené střídavé péče o dítě rodiči. Nově se ošetřovné nevyplácí za dny pracovního klidu, pokud zaměstnanci nevznikl nárok na výplatu ošetřovného alespoň za 1 kalendářní den, který měl být pro něho pracovním dnem, a v němž potřeba ošetřování nebo péče trvala (36).

V roce 2010 ke změnám konstrukce výpočtu dávek nedošlo, nastaly však změny v procentuální výši vyplácených dávek nemocenského pojištění.

Nemocenské je vypláceno ve výši 60 % DVZ po celou dobu trvání pracovní neschopnosti – nedochází tedy k jeho procentuálnímu navýšení od 31. nebo 61. dne, tak jako v roce 2009. Tato úprava měla za následek mnoho telefonátů ze strany pojištěnců, často rozhořčených, neboť v měsíční výši dávky vyplácené déle dvou měsíců přišli o 12 % vyplácené částky (37). Rovněž výše peněžité pomoci v mateřství byla snížena ze 70 na 60 % DVZ, což činilo také výrazný rozdíl ve vyplácených částkách. Peněžitá pomoc v mateřství však byla novelou zákona o nemocenském pojištění, zákonem č. 166/2010 Sb., s účinností od 1.6.2010, zvýšena na původních 70 % DVZ. Legislativcům však z této snahy o navrácení původní výše dávky vypadl měsíc červen

2010, neboť novela stanoví doplatek za leden až květen a novou vyšší dávky od 1.7.2010, pouze u nově vzniklých dávek po 1.6.2010 bude již výpočet výše dávky podle nové úpravy. Znamená to tedy, že ženy, které nastoupily na peněžitou pomoc v mateřství v lednu 2010 a skončí v červenci (28 týdnů), dostanou doplatek do výše 70 % DVZ za leden až květen, za červen doplatek nenáleží (chyba novely zákona) a v červenci (respektive za červenec, neboť tato dávka se vyplácí zpětně, vždy k prvnímu pracovnímu dni v měsíci za měsíc uplynulý) jim již bude peněžítá pomoc v mateřství vyplácena ve zvýšené výši.

U ošetřovného byla od 1.1.2010 zavedena tzv. „karenční doba“ a ošetřovné bylo poskytováno od 4. dne potřeby ošetřování a podpůrní doba činila 6 kalendářních dnů, respektive 13 kalendářních dnů u osamělých zaměstnanců. S účinností od 1. 6. 2010 se ruší třídní karenční doba u ošetřovného. To znamená, že ošetřovné od 1. 6. 2010 náleží od prvního dne potřeby ošetřování (péče) po dobu nejdéle 9 kalendářních dnů (popř. 16 kalendářních dnů v případě osamělého zaměstnance, který má v péči dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku). Výše ošetřovného za kalendářní den zůstává nezměněna – 60 % DVZ (37).

Proti zneužívání systému a pro snížení finančních nákladů na dávky, byl jako další z ochranných prvků systému zaveden institut regresních náhrad s účinností od 1.1.2010. Regresní náhrady jsou upraveny v ustanovení § 126 zákona o nemocenském pojištění, v němž je uvedeno, že ten, kdo způsobil, že následkem jeho zaviněného protiprávního jednání zjištěného soudem nebo správním úřadem došlo ke skutečnostem rozhodným pro vznik nároku na dávku, je povinen zaplatit orgánu nemocenského pojištění regresní náhradu ve výši vyplacené dávky nemocenského pojištění (43). Povinnost zaplatit regresní náhradu vzniká na základě rozhodnutí orgánu nemocenského pojištění (52). Jako příklad můžeme uvést napadení jedné osoby druhou. Regresní náhradu bude orgán nemocenského pojištění vymáhat na druhé osobě a to ve výši vyplacené dávky osobě, která byla napadena a v důsledku tohoto napadení vznikla její dočasná pracovní neschopnost a tedy nárok na dávku a její výplatu. Může dojít i k vymáhání úhrady i více dávek souběžně nebo postupně. Například kdyby napadená a dočasně práce neschopná

osoba z důvodu zdravotního stavu potřebovala ošetřování (péči) jiné osoby, bude orgán nemocenského pojištění na viníkovi požadovat zaplacení i částky vyplacené na ošetřovném. Postupný nárok na zaplacení regresní náhrady by vznikl kupříkladu v případě znásilnění, v důsledku něhož by znásilněná osoba otěhotněla a měla nárok na nemocenské při dočasné pracovní neschopnosti, poté na výplatu peněžité pomoci v mateřství, popřípadě ještě vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství. Ze zkušeností Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec je však nejčastější příčinou rozhodování o zaplacení regresní náhrady za vyplacené nemocenské zavinění dopravní nehody. Pokud řidič poruší některé ustanovení zákona o silničním provozu a v důsledku tohoto porušení způsobí dopravní nehodu, při níž utrpí zranění s pracovní neschopností jiná osoba, je řidič povinen uhradit okresní správě sociálního zabezpečení částku rovnající se výši dávky vyplacené této osobě. Bohužel šetření v této věci je poměrně zdlouhavé a složité, neboť subjekty často neplní vůči okresním správám sociálního zabezpečení informační povinnost a ony samy se musí informací dožadovat a to i opakovaně. Podle ustanovení § 117 odst. 5) písm. c) a d) zákona o nemocenském pojištění sdělují bez žádosti a neprodleně okresním správám sociálního zabezpečení orgány Policie České republiky, státní zastupitelství, soudy a správní úřady skutečnosti, které nasvědčují tomu, že zaviněným protiprávním jednáním osoby došlo ke vzniku sociální události, z jejíhož důvodu byla poskytnuta dávka. Dále jsou povinny tyto subjekty neprodleně a bez žádosti sdělovat skutečnosti, že v rámci svého pravomocného rozhodnutí konstatovaly, že osoba způsobila vznik příslušné sociální události tím, že svým zaviněným protiprávním jednáním porušila právní předpis (38). Praxe je však zatím taková, že okresní správa sociálního zabezpečení v rámci své činnosti zjistí skutečnosti, které nasvědčují tomu, že zaviněným protiprávním jednáním osoby došlo ke vzniku sociální události jiné osoby a požádá o sdělení podrobností Policii České republiky, které je v mnoha případech třeba zaslat urgenci žádosti. Po určité době zašle policie vyjádření o tom, že případ předává státnímu zastupitelství. Státní zastupitelství rovněž neplní informační povinnost, takže jej okresní správa sociálního zabezpečení sama požádá o sdělení skutečností konstatovaných pravomocným rozhodnutím v dané věci. Často dochází i k odvolání proti rozsudku



soudu, čili šetření ve věci regresní náhrady se počítá na měsíce. Jakmile dostane okresní správa sociálního zabezpečení vyjádření státního zastupitelství o tom, že osoba svým zaviněným protiprávním jednáním způsobila vznik sociální události jiné osoby, které byla vyplacena z toho důvodu dávka nemocenského pojištění, zahájí správní řízení ve věci zaplacení regresní náhrady ve výši vyplacené dávky této druhé osobě. Vůči pojištěnci, jemuž byla dávka vyplacena, okresní správa sociálního zabezpečení nemohou nárok na regresní náhradu uplatňovat (38).

V případě způsobení zranění s následkem dočasné pracovní neschopnosti mezi manželi neplatí žádná výjimka, tzn. že pokud manžel svým zaviněným protiprávním jednáním způsobí zranění manželce (nebo manželka manželovi), je povinen uhradit státu zpět celou částku, která jí byla vyplacena na nemocenském popřípadě jiné dávce nemocenského pojištění. Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec už rozhodovala takový případ. Jednalo se o dopravní nehodu na železničním přejezdu, kde došlo k těžkému zranění ženy, které zavinil její manžel porušením dopravních předpisů. Bohužel ani v tomto případě nebyla možné žádné zmírnění, třebaže manželé byli potrestáni špatným zdravotním stavem ženy, soudním trestem pro muže i finanční újmou za rozsáhlé poškození osobního automobilu. Jestliže skutečnosti rozhodné pro nárok na dávku zaviní více subjektů, odpovídají za úhradu regresní náhrady orgánu nemocenského pojištění společně a nerozdílně a vzájemně se vypořádají podle míry zavinění. Okresní správa sociálního zabezpečení může na žádost osoby povinné zaplatit regresní náhradu povolit rozhodnutím placení regresní náhrady ve splátkách a rovněž může zcela nebo zčásti prominout dosud neuhrazenou regresní náhradu v případě, pokud je ohrožena výživa toho, kdo je povinen regresní náhradu zaplatit. K 30.6.2010 měla Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec jeden rozhodnutý případ o úhradě regresní náhrady ve výši 28 800,- Kč a tři případy ve fázi došetřování skutečností u Okresního státního zastupitelství Jindřichův Hradec.

K 31.12.2010 bylo rozhodnuto čtyřikrát o povinnosti uhradit regresní náhradu v celkové částce 59 200,-Kč. Ve třech případech se jednalo o dopravní nehody, kdy osoba porušila předpisy silničního provozu, způsobila dopravní nehodu, při níž došlo k ublížení na zdraví jiné osoby, která se v důsledku toho stala dočasně práce neschopnou a bylo

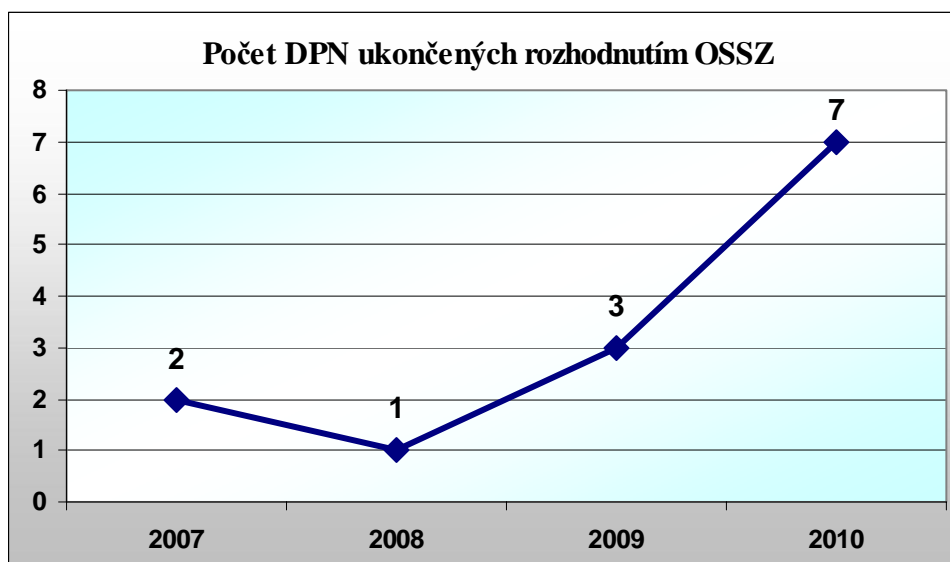
jí vypláceno nemocenské. V posledním řízení se jednalo o napadení v Suchdole nad Lužnicí, kde byl jeden mladý muž v nočních hodinách před zábavním klubem napaden druhým. Regresní náhrada byla předeepsána k úhradě ve výši 1 960,-Kč.

V roce 2011 byla prozatím ukončena tři řízení v celkové předeepsané částce 71 720,-Kč (stav k 31.3.2011). Jednalo se o dvě dopravní nehody a jedno napadení ženy vlastním bratrem. Tato žena byla v dočasné pracovní neschopnosti dlouhou dobu (od 18.5.2010 do 31.1.2011), tudíž i výše předeepsané regresní náhrady je značná 52 826,-Kč. Osoba povinná uhradit Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec regresní náhradu se dostavila a osobně požádala o povolení splácet dlužnou částku ve splátkách. Této žádosti bylo rozhodnutím vyhověno.

Dalším ochranným prvkem systému nemocenského pojištění je zvýšení zainteresovanosti zaměstnavatelů v systému. Zaměstnavatel se podílí na finančním zabezpečení zaměstnance výplatou náhrady mzdy v prvních 21 dnech jeho pracovní neschopnosti (do 31.12.2010 to bylo prvních 14 dnů). Zaměstnavatel vyplácí zaměstnanci náhradu mzdy od 4. do 21. dne pracovní neschopnosti ve výši 60 % průměrného výdělku zjišťovaného z hodinové mzdy. V tomto období je zaměstnavatel oprávněn provádět kontroly dodržování režimu tohoto zaměstnance. Režim dočasně práce neschopnému stanoví podle zdravotního stavu jeho ošetřující lékař a ten je povinen sdělit zaměstnavateli místo pobytu, kde se bude zaměstnanec v dočasné pracovní neschopnosti zdržovat a rozsah povolených vycházek. Zjistí-li zaměstnavatel kontrolou režimu dočasně práce neschopného zaměstnance porušení tohoto režimu, je oprávněn mu snížit nebo zcela odejmout náhradu mzdy (21). Toto rozšíření pravomocí zaměstnavatelů vede k větší kázni zaměstnanců a tudíž k rychlejšímu nabytí pracovní schopnosti. Zaměstnavatelé provádějí kontroly sami svými zaměstnanci anebo prostřednictvím jiné organizace (agentury) specializované na tuto kontrolní činnost. Zaměstnavatelé také mohou o kontrolu požádat okresní správu sociálního zabezpečení, která je ze zákona povinna kontrolu provést do 7 kalendářních dnů ode dne podání žádosti (19). Pokud má zaměstnavatel podezření na zneužívání dočasné pracovní neschopnosti zaměstnancem, může podat žádost o posouzení odůvodněnosti trvání

pracovní neschopnosti lékařské posudkové službě okresní správy sociálního zabezpečení. Lékař lékařské posudkové služby případ pracovní neschopnosti projedná s ošetřujícím lékařem, popřípadě si pozve práce neschopného na posouzení jeho zdravotního stavu a pokud zjistí, že není důvod k trvání dočasné pracovní neschopnosti je oprávněn neschopnost ukončit v den posouzení, o čemž je vydáno rozhodnutí ve správním řízení. Rozhodnutí práce neschopný obdrží bezodkladně do vlastních rukou a tímto doručením rozhodnutí nabývá účinnosti. Proti tomuto rozhodnutí je možné se odvolat do 3 dnů ode dne jeho doručení (převzetí), což nijak neovlivní bezprostřední účinnost rozhodnutí. Je-li dočasné pracovní neschopnost ukončena rozhodnutím posudkového lékaře, může ošetřující lékař pojištěnce rozhodnout o jeho další pracovní neschopnosti nejdříve po uplynutí 7 dnů od skončení předchozí pracovní neschopnosti, s výjimkou akutního vzplanutí těžé nemoci (36).

V posledních dvou letech počet ukončených dočasných pracovních neschopností rozhodnutím Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec vzrůstá – viz grafické znázornění (DPN v nadpisu grafu znamená „dočasná pracovní neschopnost“).



Zdroj: OSSZ J. Hradec

V roce 2011 (k 31.3.2011) byly ukončeny rozhodnutím Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec čtyři dočasné pracovní neschopnosti, čili je

pravděpodobné, že celkový počet bude v závěru roku vyšší, než v roce 2010, kdy byly v prvním čtvrtletí ukončeny dvě dočasné pracovní neschopnosti.

Dalším ochranným prvkem, který vede k zamezení zneužívání systému a zlepšení jeho funkce, je v oblasti výplaty dávek zejména přesné stanovení oprávnění a povinností jednotlivých účastníků systému.

Mezi nejdůležitější úkoly okresních správ sociálního zabezpečení patří:

- vyplácení dávek v termínu stanoveném zákonem (30 dnů ode dne řádného uplatnění nároku pojištěncem)
- rozhodování o účasti na pojištění
- rozhodování o nároku na dávku, o jejím odnětí, zastavení výplaty či změně výše
- rozhodují o vracení přeplatku na dávce, o úhradě regresní náhrady, o přestupcích a správních deliktech
- vedou evidenci zaměstnavatelů, zaměstnanců a jejich pojistných vztahů
- kontrolují plnění zákonných povinností ošetřujícími lékaři, zaměstnavateli a pojištěnci atd.

Plnění těchto úkolů uvedených v ustanoveních § 84 kontrolují nadřízené složky České správy sociálního zabezpečení (38).

K úkolům zaměstnavatelů v oblasti výplaty dávek, podle ustanovení § 92 až 99, zejména patří:

- oznámit okresní správě sociálního zabezpečení nástup zaměstnance do zaměstnání, které zakládá účast na pojištění, do 8 dnů ode dne nástupu a skončení zaměstnání do 8 dnů od ukončení výkonu činnosti zaměstnance
- přijímat žádosti svých zaměstnanců o dávky
- předávat neprodleně okresní správě sociálního zabezpečení podklady k výplatě dávek zaměstnanců (zejména rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti a přílohu k žádosti o dávku s uvedenými vyměřovacími základy pro výpočet výše dávky)

- oznamovat neprodleně okresní správě sociálního zabezpečení všechny skutečnosti, které mohou mít vliv na výplatu dávky (38).

Při porušení povinností ze strany zaměstnavatele mu může být uložena pokuta až do výše 20 000, 50 000 až 100 000,- Kč, podle druhu porušené povinnosti.

Pokuty jsou ukládány ve správní řízení o přestupku fyzických osob, které se jako zaměstnavatelé dopustí přestupku nejčastěji tím, že nepřijmou žádost zaměstnance o dávku a nepředají tuto žádost neprodleně s dalšími potřebnými doklady okresní správě sociálního zabezpečení. Za tato konkrétní porušení povinností může okresní správa sociálního zabezpečení podle ustanovení § 131 odst. 2) zákona o nemocenském pojištění, uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč (38).

Právnícké osoby se jako zaměstnavatelé nejčastěji dopouštějí výše uvedených porušení, pro která jsou okresní správou sociálního zabezpečení vedena řízení ve věci správního deliktu, za jehož spáchání může být, v souladu s ustanovením § 136 odst. 2), uložena pokuta až do výše 100 000,- Kč (38).

V roce 2010 byla Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec vydána dvě rozhodnutí ve věci spáchání správního deliktu fyzickou osobou, tedy přestupku.

V prvním případě se jednalo o pozdní zaslání podkladů k dávce nemocenského pojištění o celý měsíc a ve druhém případě o pozdní podání oznámení o nástupu a skončení zaměstnání zaměstnance. Za každý přestupek byla uložena pokuta ve výši 1 000,-Kč.

Pokuta za správní delikt právnícké osobě byla uložena ve dvou případech. V jednom případě se jednalo současně o dvě porušení povinností a byla uložena pokuta 3 000,-Kč v druhém případě pokuta 1 000,- Kč. Dvakrát bylo rozhodnuto o spáchání správního deliktu, ale pokuta uložena nebyla, neboť k nápravě stačilo projednání věci.

Pojištěnci mají, podle ustanovení § 103, v oblasti výplaty dávek tyto povinnosti:

- osvědčovat skutečnosti podstatné pro rozhodování o dávce
- oznámit neprodleně okresní správě sociálního zabezpečení všechny skutečnosti, které mohou ovlivnit nárok na dávku, její výši a výplatu a to do 8 dnů

- umožnit okresní správě sociálního zabezpečení přezkoumání skutečností rozhodných pro nárok na dávku a její výplatu

Nejčastějším porušením zákonné povinnosti pojištěncem je neohlášení rozhodných skutečností pro nárok na dávku, její výši a výplatu okresní správě sociálního zabezpečení. Za takové porušení může být pojištěnci uložena podle ustanovení § 128 odst. 3) pokuta až do výše 20 000,- Kč (38).

Oprávnění subjektů a jejich povinnosti jsou v novém systému nemocenského pojištění striktně a podrobně stanoveny včetně sankcí za neplnění povinností, což vede ke zkvalitnění a zrychlení provádění nemocenského pojištění. Tím, že s doklady pracuje postupně více zúčastněných subjektů (ošetřující lékař, zaměstnavatel, pracovníci okresní správy sociálního zabezpečení ve dvou úrovních – jedni posoudí nárok na dávku a její výplatu a doklady zpracují a druzí znovu rozhodné skutečnosti zkontrolují včetně výše vypočtené dávky a adresy či účtu příjemce) dochází k opakované kontrole skutečností a zamezení zneužívání systému nemocenského pojištění.

## **II. Výzkumná etapa**

### **4.3 Polostandardizované rozhovory s odbornými pracovníky**

*Otázka první: Byl naplněn cíl komplexnosti, jako jeden z hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009?*

Na tuto otázku odpovědělo kladně všech sedm respondentů. Provádění nemocenského pojištění je nyní uvedeno v zákonu č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění a není již třeba vyhledávat způsob provádění v několika právních předpisech, jak tomu bylo před účinností tohoto zákona. Provádění nemocenského pojištění je v zákonu o nemocenském pojištění podrobně a striktně stanoveno včetně kompetencí, práv a povinností zúčastněných subjektů. Všechny činnosti jsou podrobně rozepsány tak, aby nedocházelo k nejasnostem. Zpočátku bylo ze strany zaměstnavatelů a lékařů mnoho dotazů, neboť některé změny v provádění nemocenského pojištění zaměstnanců

a v posuzování zdravotního stavu byly zásadní. Rovněž se zavedením nového zákona byly obměněny všechny tiskopisy a některé zcela nové, tudíž se většina dotazů týkala jejich správného používání a vyplňování. Největší administrativní zátěž a počáteční těžkosti přinesla implementace nového zákona dřívějším tzv. malým organizacím, kterým nemocenské pojištění jejich zaměstnanců do 31.12.2008 prováděly okresní správy sociálního zabezpečení od prvního dne nemoci zaměstnanec a nyní musejí vyplácet v prvních 14 dnech zaměstnanci náhradu mzdy. Malé organizace však vždy s pracovníky okresních správ sociálního zabezpečení úzce spolupracovaly a tudíž se na ně s důvěrou obracely i po účinnosti nového zákona s dotazy a žádostmi o pomoc a tito pracovníci jim vždy ochotně pomohli.

*Otázka druhá: V čem spočívá, z Vašeho pohledu, jednotnost nové právní úpravy nemocenského pojištění?*

Šest respondentů odpovědělo, že naplnění jednotnosti zákona o nemocenském pojištění spatřují především ve shodných podmínkách účasti na pojištění pro jednotlivé skupiny výdělečně činných osob – tzn. stejné podmínky pro účast na pojištění pro zaměstnance a shodné podmínky pro všechny osoby samostatně výdělečně činné. Rovněž podmínky pro nárok na dávku nemocenského pojištění a její výplatu byly stanoveny pro všechny stejné a to včetně konstrukce výpočtu dávky a stanovení její procentuální výše k výplatě. Podmínky k účasti na pojištění a pro nárok na dávku a její výplatu byly pro osoby, které jsou výdělečně činné na území České republiky, nastaveny spravedlivě bez jakékoli diskriminace např. z důvodu věku, pohlaví či rasové příslušnosti.

Sedmá dotazovaná, kontrolorka dodržování režimu práce neschopných, uvedla, že systém posuzování zdravotního stavu se jí nejeví stejně spravedlivým pro všechny pojištěnce. Lékaři jsou ve většině případů velmi vstřícní vůči pojištěncům a vychází jim maximálně vstříc. U chřipkových nebo infekčních onemocnění stanovují dočasně práce neschopným celodenní vycházky, povolují jim změny pobytu, zejména víkendové pobyty prakticky při jakékoli diagnóze, a je-li kontrolou zjištěno porušení režimu, lékař v 90 % případů vezme toto porušení na sebe tím, že napíše okresní správě sociálního zabezpečení, že byl pacient v době kontroly dodržování režimu u něho na kontrole

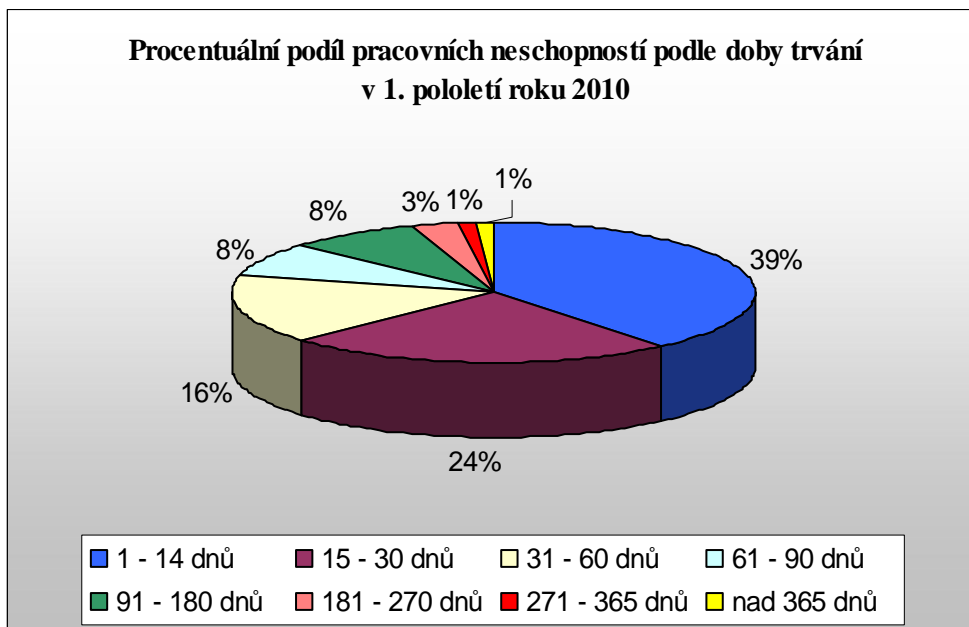
popřípadě jím byl poslán na vyšetření či rehabilitaci. Subjektivní postup lékařů v oblasti posuzování zdravotního stavu nezaručuje stejné zacházení všem pojištěným osobám. S tímto názorem se ztotožňuji, neboť se sama, podílím na provádění kontroly dodržování režimu práce neschopnými. Přijímám žádosti od zaměstnavatelů o provedení kontroly jejich dočasně práce neschopných zaměstnanců a následně je písemně zpravuji o výsledku kontroly. Tudíž z praxe vím o mnoha případech zjištěného a lékařem omluveného porušení režimu pojištěncem. Řešením by bylo upřesnění předpisů a postupů lékařů například stanovením maximálního rozsahu vycházek u jednotlivých diagnóz nebo alespoň diagnostických skupin, třebaže každé lidské tělo je unikátní organismus, avšak i lékaři při stanovení diagnózy a léčbě nemoci vycházejí z obecných poznatků vědy. Dále pak určení, zda je při té které konkrétní diagnóze vhodná změna pobytu a také povinnost lékaře osvědčit orgánu nemocenského pojištění skutečnost, že byl pacient v daný den a hodinu u něho na kontrole či ošetření. Situaci by napomohla též důslednější kontrola posuzování zdravotního stavu ošetřujícími lékaři posudkovými lékaři orgánu nemocenského pojištění.

*Otázka třetí: Přinesla nová právní úprava nemocenského pojištění úspory ve výdajích na dávky a provádění nemocenského pojištění?*

Všichni respondenti se shodli, že k finančním úsporám na dávkách došlo, což také vyplývá z výzkumu metodou analýzy dokumentů výše. Většina respondentů má zkušenosti ze svého okolí, že lidé často vystavit rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nechtějí, jedná-li se o předpokládanou krátkodobou nemoc jako například chřipkové onemocnění, střevní infekce nebo úpal či úžeh, neboť je to pro ně značně finančně nevýhodné. První tři dny jsou doma zadarmo a poté dostávají náhradu mzdy jen za pracovní dny ve výši 60 % průměrné mzdy, to znamená, že pokud onemocní ve středu, prvním placeným dnem nemoci je pondělí dalšího týdne. Je-li předpoklad rychlého uzdravení, je pro osobu finančně výhodnější vzít si dva až tři dny dovolené. Úsporu přinesla i výplata náhrady mzdy v prvních 14 dnech nemoci zaměstnavatelem, neboť 39 % dočasných pracovních neschopností nepřekročí svou délkou 14 dnů. Například v 1. pololetí roku 2010 bylo celkem evidováno 5 987



pracovních neschopností z toho jich 2 329 trvalo od 1 do 14 dnů – viz grafické znázornění.



Zdroj: OSSZ J. Hradec

Na otázku úspor ve výdajích na implementaci zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, dotazovaní jednotně odpověděli, že počáteční náklady na nové tiskopisy, nové programové i technické vybavení pro vlastní provádění i zvýšení počtu pracovníků byly velmi vysoké, avšak tato investice se zkvalitněním a zrychlením provozu postupně navrátí. Zástupkyně vedoucí oddělení nemocenského pojištění uvádí: „Jako nedostatek se mi jeví časté změny v tiskopisech, které jsou způsobeny častou změnou legislativy. Nový zákon o nemocenském pojištění je účinný od 1.1.2009, před tímto datem jsme všechny lékaře v okrese museli vybavit novými tiskopisy, což jsem prováděli osobně, abychom jim při té příležitosti poskytl radu a pomoc s jejich používáním. Všem lékařům jsme předali šestidílná rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, čtyřdílná rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče), potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti a trvání péče, žádost o peněžitou pomoc v mateřství apod. Novelou zákona byla platnost rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti a rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) ukončena k 31.10.2009. Od 1.11.2009 byla tato rozhodnutí

nahrazena novými tiskopisy – které měly méně dílů – rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti je nyní pětidílné a rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) má díly pouze dva. Opět jsme museli provést distribuci tiskopisů a jelikož se jedná o tiskopisy vydávané proti potvrzení lékaře, bylo mnohem efektivnější lékaře osobně navštívit. Doufáme, že tyto dva druhy tiskopisů jsou již dostatečně propracované a nebudou opět měněny. Přináší to nesnáze všem zúčastněným stranám.“ Ještě je nutné dodat, že vzhledem k novele zákona o nemocenském pojištění k 1.1.2011 budou koncem tohoto roku vydány nové tiskopisy „rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“, které již budou v textu poučení správně uvádět 21 dnů poskytování náhrady mzdy zaměstnavatelem.

*Otázka čtvrtá: Došlo ke zprůhlednění systému a zamezení jeho zneužívání?*

Respondenti se shodli na tom, že výhodou nového systému nemocenského pojištění je opakovaná kontrola nárokových podkladů. Doklad nejdříve vystaví ošetřující lékař a předá jej pojištěnci, který zkontroluje, zda údaje na rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo potřebě ošetřování (péče) jsou správné. Pojištěnec doklad předloží zaměstnavateli, který na jeho základě vystaví přílohu k žádosti o dávku nemocenského pojištění a současně zkontroluje, zda je doklad řádně pojištěncem vyplněn a odešle okresní právě sociálního zabezpečení. Zde podklady k dávce zkontroluje referent, posoudí nárok na dávku, dávku vypočte a předá dalšímu pracovníkovi okresní správy sociálního zabezpečení, který všechny údaje, včetně výpočtu výše dávky a čísla účtu příjemce (či adresy na kterou je dávka zasílána složenkou), zkontroluje a potvrdí správnost. Teprve poté je dávka odeslána k výplatě. Díky této několikanásobné kontrole se vyjasní rozpory a odstraní nedostatky na dokladech, aby mohla být dávka vyplacena v řádném termínu, tedy do 30 dnů od uplatnění nároku pojištěncem, a výši. Referentka, která se výplatou dávek zabývá již několik let k tomuto uvádí: „Nedávno jsem se setkala s rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti (V. díl rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti), na němž si sám pacient přepsal datum ukončení. Jeho ošetřující lékař ukončil pracovní neschopnost sobotou, což se pacientovi nelíbilo, neboť by neměl zaplacenou neděli, a tak si datum sám přepsal. Skutečnost jsme zjistili

z evidence pracovní neschopnosti a po konzultaci s lékařem jsme údaj opravili a dávku vyplatili správně, tedy pouze do soboty. Následně jsme případ nahlásili na policii České republiky pro podezření ze spáchání trestného činu.“ Další v čem spatřují respondenti možnost zneužití systému jsou údaje na dokladech, které uvedou pojištěnci, ale nikdo jejich pravdivost nekontroluje – jedná se například o institut společné domácnosti pro nárok na ošetřovné - pojištěnec si sám uvede, že s ošetřovanou osobou žije ve společné domácnosti, anebo do žádosti o ošetřovné uvede, že je osamělý a nežije s druhem a má tedy nárok na výplatu ošetřovného o sedm dní déle.

Respondenti se však shodují v tom, že nový systém nemocenského pojištění zahrnuje více ochranných prvků, které snižují riziko jeho zneužití. Jedná se například o zvýšení odpovědnosti a pravomocí lékařů – ošetřující lékař může například pracovní neschopnost ukončit, jakmile se pojištěnec nedostaví k plánované kontrole a řádně se neomluví. Lékař rovněž může požádat o kontrolu dodržování režimu pojištěnce okresní správu sociálního zabezpečení. Novou povinností lékaře je posuzování zdravotního stavu pojištěnce, pokud jeho pracovní neschopnost trvá 180 dnů – lékař posoudí, zda je jeho zdravotní stav stabilizovaný a to i pro jinou než dosavadní pojištěnou činnost. Proti neodůvodněně dlouhé výplatě nemocenského se nově prodlužuje podpůrní doba po uplynutí standardní podpůrní doby (380 kalendářních dnů) pouze na tři měsíce, a pokud si pojištěnec po jejím uplynutí požádá o další prodloužení je znovu posuzován jeho zdravotní stav posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení.

Zaměstnavatel může provádět kontrolu dodržování režimu svého zaměstnance po dobu poskytování náhrady mzdy sám a na základě výsledku kontroly náhradu mzdy snížit či odejmout, popřípadě může o kontrolu zaměstnance v dočasné pracovní neschopnosti požádat okresní správu sociálního zabezpečení. Pokud zaměstnavatel pochybuje o důvodnosti pracovní neschopnosti svého zaměstnance, může dát lékařům lékařské posudkové služby okresní správy sociálního zabezpečení podnět k přezkoumání odůvodněnosti trvání dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance.

Obecně tedy jde o zvýšení pravomocí lékařů, zaměstnavatelů i orgánů nemocenského pojištění a také přesné stanovení jejich povinností a sankcí za jejich neplnění. Pojištěnci

a příjemci dávky mají také svá práva a povinnosti uvedené v ustanovení § 103 a sankce za jejich nesplnění pak stanoví § 128 zákona o nemocenském pojištění.

Sankce za neplnění povinností okresní správy sociálního zabezpečení ukládají lékařům, zaměstnavatelům i pojištěncům v souladu s ustanoveními zákona o nemocenském pojištění a podle přestupkového zákona, kdy v případě, že obviněný prokáže, že porušení povinnosti nezavinil nebo mu nemohl nijak zabránit, správní orgán od uložení pokuty upustí. V případě, že je prokázáno zavinění subjektu, pohybuje se výše pokuty od jednoho až do sta tisíc korun českých. Zabývám se rozhodovací činností a tedy i přestupky fyzických osob a správními delikty právnických osob a nejvyšší pokutu jsme prozatím uložili zaměstnavateli právnické osobě ve výši 3 000,- Kč za současně dvě porušení povinnosti – zaměstnavatel nepřihlásil zaměstnance k pojištění ve lhůtě 8 dnů ode dne nástupu do zaměstnání a nepředal podklady k dávce zaměstnance neprodleně okresní správě sociálního zabezpečení. Pokuty jsme uložili několika zaměstnavatelům. Pojištěnci a zdravotnickému zařízení prozatím nikoli.

Dotazovaní rovněž uvedli, že k zamezení zneužívání systému nemocenského pojištění přispěly i přísnější parametry pro nárok na dávku, změna konstrukce výpočtu dávky a její nižší procentuální výše k výplatě. Rozdíl mezi nemocenským a mzdou za odpracovanou práci je podstatně větší, než za účinnosti dřívějších předpisů a tudíž nedochází k tak častému využívání pracovní neschopnosti např. zaměstnanci stavebních firem, které jsou závislé na počasí a v zimních měsících byli zaměstnanci, často i z podnětu zaměstnavatele, v dočasné pracovní neschopnosti. Bohužel někteří dočasně práce neschopní se snaží nízké finanční zabezpečení dávkou nemocenského pojištění vykompenzovat výdělečnou činností tzv. „na černo“, zvláště mají-li k tomu ideální podmínky v podobě celodenních nebo neomezených vycházek.

*Otázka pátá: Přinesl nový systém nemocenského pojištění zjednodušení v jeho provádění pro jednotlivé skupiny zúčastněných subjektů?*

Každý z dotazovaných se vyjádřil ke svému úseku provádění nemocenského pojištění. Kontrolorka dodržování režimu práce neschopnými uvedla: „V provádění kontrol nedošlo k nárůstu činností, který jsme předpokládali vzhledem k zákonné povinnosti provést kontrolu na žádost zaměstnavatele do sedmi dnů. Čekali jsme velký nárůst žádaných kontrol zaměstnavateli, ale průměrně obdržíme jednu až dvě žádosti týdně, čili je možné tyto žádané kontroly skloubit s plánem kontrol okresní správy sociálního zabezpečení. Evidence kontrol v centrální aplikaci přístupné všem pověřeným pracovníkům České správy sociálního zabezpečení umožňuje sledovat průběh kontroly od jejího naplánování až po eventuální správní řízení o snížení či odnětí nemocenského za porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce. To má výhodu zejména v případě změny místa pobytu pojištěnce – nově místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení podle počtu a výsledku provedených kontrol má přehled o léčebné morálce pojištěnce v dočasné pracovní neschopnosti.“

Referentky zpracovávající dávky nemocenského pojištění uvedly, že nový systém zpracování dávek je složitější než původní. Zadávání dokladů je časově náročnější. Výhodou je však opakovaná kontrola dokladů a také celostátní propojenost systému výplaty dávek, což je pozitivní zejména pro pojištěnce, kteří v místě jedné okresní správy sociálního zabezpečení bydlí a jiná je vyplácí, neboť se mohou na výplatu své dávky zeptat v místě bydliště a v případě nějaké nejasnosti jim referent podrobnosti u jiné správy došetří.

Pracovník, který vede evidenci pracovních neschopností uvedl: „Nový systém evidence pracovních neschopností pojištěnců v okrese je časově náročnější, než byl původní způsob. Do evidence se zadávají všechny údaje z I. a II. dílu rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti a také všechna hlášení ošetřujících lékařů, kterých je denně 20 – 30 kusů. Lékař hlásí změny adresy pobytu, stanovení nebo změny rozsahu vycházek, předání či převzetí pacienta z péče jiného lékaře, změny diagnózy apod. Aplikace evidence byla dříve jednodušší a pracovala 100 % spolehlivě. Současný program evidence pracovních neschopností obsahuje několik „záložek“, v nichž se

údaje doplňují a někdy bývá, díky centrálnímu propojení všech pracovišť české správy sociálního zabezpečení, často přetížena a pracuje velmi pomalu.“

Zástupce vedoucí, která zpracovává dávky a současně vede správní řízení v dávkových věcech uvedla, že došlo k nárůstu počtu správních řízení o prodloužení podpůrčí doby pro výplatu nemocenského a to v závislosti na novém způsobu prodlužování pouze o tři měsíce (nikoli až o rok, jak tomu bylo do 31.12.2008). Zdravotní stav pojištěnce je opakovaně každé tři měsíce posuzován, stanovisko lékaře je předáno oddělení nemocenského pojištění, které vydá na základě tohoto stanoviska rozhodnutí o prodloužení či neprodloužení podpůrčí doby. Počet správních řízení výrazně vzrostl až v roce 2010, kdy bylo rozhodováno o dočasných pracovních neschopnostech vzniklých po 1.1.2009. Počet vydaných rozhodnutí byl 118 (94 kladných rozhodnutí – podpůrčí doba byla pojištěnci prodloužena a 24 záporných), což činí pětinasobek počtu rozhodnutí v téže věci vydaných v roce 2009.

Z vlastní zkušenosti v oblasti správního řízení mohu říci, že díky počátečním problémům zaměstnavatelů s vyplňováním podkladů k dávce došlo ke vzniku mnoha přeplatků na dávkách, které okresní správa sociálního zabezpečení zjistí až při kontrole plnění povinností zaměstnavatelem a tyto přeplatky jsou pak vymáhány na viníkovi v rámci správního řízení. Nejvíce přeplatků je zaviněných zaměstnavatelem a několik také pojištěnci – jedná se zejména o případy, kdy pojištěnec neoznámí okresní správě sociálního zabezpečení skutečnosti rozhodné pro nárok na dávku, její výši a výplatu a dávka je vyplácena déle nebo ve vyšší částce než náleží. Ten, kdo zavinil přeplatek na dávce nemocenského pojištění je podle ustanovení § 124 zákona o nemocenském pojištění povinen jej plátcí dávky uhradit. Jedná-li se o vysoký přeplatek, může okresní správa sociálního zabezpečení povolit úhradu přeplatku ve splátkách. Této možnosti Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec již využila u přeplatku na peněžité pomoci v mateřství ve výši 29 000,- Kč. Pojištěnka okresní správě sociálního zabezpečení nesdělila, že nastoupila do zaměstnání po úmrtí dítěte a pobírala peněžitou pomoc v mateřství celých 28 týdnů, přičemž v takovém případě náleží peněžité pomoci pouze 14 týdnů ode dne porodu. Pojištěnce byl na základě její žádosti vystaven splátkový kalendář na tři roky doby splácení.

Vedoucí pracovník k tomu doplnil: „Nejsložitějším obdobím bylo první pololetí roku 2009, kdy se zapracovávali referenti, zaměstnavatelé i lékaři. Vzájemnou spoluprací a metodickou pomocí lékařům i zaměstnavatelům byly nesnáze a nejasnosti postupně odstraněny a nyní systém a spolupráce funguje velmi dobře. Občasné problémy i ve 2. pololetí roku 2010 mají zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají jednoho až tři zaměstnance, neboť se se vznikem jejich dočasné pracovní neschopnosti setkávají zřídkakdy a po dlouhé době potřebují se správným postupem a vyplněním potřebných dokladů pomoci.“

*Otázka šestá: Mají změny podmínek pro nárok na dávku a změny ve výpočtu a procentuální výše dávky vliv na počet pracovních neschopností?*

V odpovědi na tuto otázku se respondenti shodli na kladné odpovědi. Podmínky pro nárok na dávku jsou sice pro všechny pojištěnce shodné, ale v porovnání s podmínkami a parametry pro výpočet dávky podle právních předpisů účinných do 31.12.2008, jsou méně výhodné. Nárok na vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti lékařem má pouze pojištěnec, tedy osoba samostatně výdělečně činná (pokud si platí nemocenské pojištění, neboť pro tyto osoby je dobrovolné) a zaměstnanec, jehož zaměstnání zakládá účast na nemocenském pojištění. Zaměstnanec musí být výdělečně činný na území České republiky, zaměstnání trvá nebo mělo trvat alespoň 15 dnů a jeho příjem musí dosahovat alespoň 2 000,- Kč. Razantně byla omezena ochranná lhůta a to ze 42 na sedm kalendářních dnů, to znamená, že skončí-li pracovní poměr, tedy pojištění, a zaměstnanec onemocní za déle než 7 dnů, neplyne mu už nárok na nemocenské. Dotazovaní uvedli, že se i v roce 2010 setkávají s údivem pojištěnců, kteří se domnívají, že je ochranná lhůta stále 42 dnů.

V roce 2010 byly parametry pro výpočet a výplatu nemocenského zpřísněny. V důsledku toho došlo k úbytku dočasných pracovních neschopností, neboť, jak již bylo uvedeno výše, čerpali pojištěnci na kratší pracovní neschopnost dovolenou. Od 1.1.2010 bylo stanoveno, že nemocenské bude vypláceno ve výši 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu po celou dobu nemoci. Respondenti shodně uvedli, že to způsobilo velkou vlnu nevole a dotazů, když pojištěncům v únoru přišla výplata dávky

za leden o několik set korun nižší, než v lednu za prosinec, neboť jejich pracovní neschopnost trvala déle než dva měsíce a nemocenské jim ještě v lednu za prosinec bylo vyplaceno ve výši 72 %. Počet ukončených případů dočasných pracovních neschopností evidovaných Okresní správou sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec má ve sledovaných obdobích klesající vývoj.

Referentky, které zpracovávají dávky nemocenského pojištění uvedly, že došlo v roce 2010 rovněž k poklesu případů potřeby ošetřování (péče) v důsledku legislativní změny zákona o nemocenském pojištění, která stanovila, že od 1.1.2010 bude 3 denní karenční doba, v níž nebude ošetřovné vypláceno. Podpůrní doba u ošetřovného se zkrátila z 9 na 6 kalendářních dnů (z 16 na 13 u osamělých osob). Toto bylo zákonem č. 166/2010 Sb., kterým se mění zákon o nemocenském pojištění, zrušeno s účinností od 1.6.2010. V důsledku této legislativní změny došlo ve druhém pololetí roku 2010 k nárůstu počtu rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče).

### **Naplnění dílčích cílů této práce**

V rámci hlavního cíle práce byly stanoveny tři dílčí cíle.

První cíl byl zaměřen na oblast výplaty dávek nemocenského pojištění, kde byla analyzována postupně čtyři první pololetí roků 2007, 2008, 2009 a 2010. Byl porovnán počet vyplácených dávek v těchto obdobích zejména pro srovnání dopadů změn právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009.

Druhý cíl byl dosažen analýzou v oblasti dočasné pracovní neschopnosti ve výše uvedených obdobích opět se zaměřením na prokázání pozitivní účinnosti nového systému nemocenského pojištění, tedy na snížení četnosti a zkrácení délky dočasné pracovní neschopnosti a zamezení zneužívání dočasné pracovní neschopnosti.

Třetím cílem bylo pomocí polostandardizovaných rozhovorů získat cenné názory a zkušenosti odborných pracovníků Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, kteří mohou srovnávat pozitiva a úskalí systému nemocenského pojištění před a po účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, a ze svých



praktických zkušeností mohou posoudit, zda došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné do 1.1.2009.

#### **4.4. Ověření stanovených hypotéz**

Dvě ze stanovených hypotéz byly ověřeny výzkumem provedeným metodou analýzy dokumentů v oblasti dočasné pracovní neschopnosti a v oblasti výplaty dávek nemocenského pojištění v okrese Jindřichův Hradec.

V případě první hypotézy bylo prokázáno její potvrzení, neboť k úspoře finančních prostředků vynaložených na dávky nemocenského pojištění po účinnosti zákona o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., skutečně došlo. V 1. pololetí roku 2009, bezprostředně po účinnosti nového zákona, došlo k úspoře finančních prostředků v průměru na 1 pojištěnce o 51,44 % ve srovnání s 1. pololetím roku 2008, kdy bylo na nemocenské dávky 1 pojištěnce vynaloženo 2 992,06,-Kč. Po účinnosti zákona o nemocenském pojištění bylo v 1. pololetí roku 2009 na 1 pojištěnce vydáno v průměru 1 539,37,- Kč.

Druhá hypotéza byla rovněž potvrzena – k poklesu počtu dočasných pracovních neschopností v důsledku změn zákona č. 187/2006 Sb., v okrese Jindřichův Hradec došlo o téměř 2 000 případů dočasné pracovní neschopnosti. Před účinností nového zákona v 1. pololetí roku 2008 bylo 9 679 ukončených případů dočasné pracovní neschopnosti a v 1. pololetí roku 2009 evidovala Okresní správa sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec celkem 7 734 případů. V 1. pololetí roku 2010 došlo k dalšímu poklesu počtu případů dočasné pracovní neschopnosti na 6 012 případů.

Třetí hypotéza byla také potvrzena. Jednak analýzou dokumentů a také metodou polostandardizovaného rozhovoru s odborníky v oblasti nemocenského pojištění. Hlavní cíle právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 byly naplněny v obou sledovaných oblastech - v oblasti dočasné pracovní neschopnosti a v oblasti výplaty dávek nemocenského pojištění. V rámci práce byl každý cíl zvlášť v dané oblasti analyzován a zkoumán oběma výzkumnými metodami a vyhodnocen v závislosti na praktických poznatcích a zkušenostech i statistických ukazatelích.

## 5 Diskuse

Z hlediska názorů a praktických podnětů odborných pracovníků v oblasti nemocenského pojištění, dosažených výsledků v jednotlivých agendách a statistických ukazatelů Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec byly hlavní cíle právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 naplněny. V rámci činnosti České správy sociálního zabezpečení ani v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí nebyl zpracován materiál, který by hodnotil naplnění jednotlivých cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009, což bylo dne 3.8.2010 potvrzeno konzultací s odbornou pracovnící MPSV Ing. Martou Ženíškovou a vedoucí úseku nemocenského pojištění ČSSZ Mgr. Evou Bolckovou.

V databázi vysokoškolských prací jsem našla několik diplomových a bakalářských prací, jejichž tématem bylo nemocenské pojištění z různého úhlu pohledu. Žádný z autorů však nehodnotil naplnění hlavních cílů právní úpravy účinné od 1.1.2009. Nejčastějším tématem akademických prací byly dávky nemocenského pojištění, nárok na dávky, jejich výše a výplata v období před a po účinnosti zákona o nemocenském pojištění. Studentka Ekonomicko správní fakulty Masarykovy univerzity v Brně ve své bakalářské práci na téma: „Nový nemocenský zákon v praxi“ na základě výzkumu dospěla rovněž k výsledku poklesu počtu vyplácených dávek nemocenského pojištění i finančních prostředků na dávky vynaložených.. Pokles byl zaznamenán zejména u nemocenského, které bylo výrazně sníženo a lidé při krátkodobé nemoci častěji čerpají dovolenou namísto dočasné pracovní neschopnosti, nebo nemoc přecházejí. V lékárně, popřípadě na doporučení ošetřujícího lékaře, si zakoupí léky, vitamíny a čaje a léčí se sami, aniž by přerušili výdělečnou činnost. To je ovšem nezodpovědný přístup vůči okolí – rodině i spolupracovníkům, ale i vůči jim samým, neboť neléčená virová onemocnění mají negativní vliv na organismus jedince a jeho obranyschopnost.

O tomto tzv. „přecházení nemoci“ jsem hovořila se svou ošetřující lékařkou a s posudkovou lékařkou lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, které se názorově shodly na tom, že pacientů, kteří se léčí při práci a nechtějí být uznáni práce neschopnými stále přibývá. Ohrožují tím své okolí, neboť většina onemocnění horních cest dýchacích a chřipky jsou snadno přenosné

kapénkovou nákazou. Nemocný nemusí mít teplotu, má rýmu a kašel, kterým šíří choroboplodné zárodky v kapénkách na své blízké, kolegy a přátele, přičemž průběh nákazy u nich již nemusí být tak mírný, neboť závažnost onemocnění nezávisí pouze na virulenci zárodku vniknuvšího některou z cest nákazy do těla, nýbrž na mnoha dalších faktorech, především pak na odolnosti organismu jedince. Přecházením různých onemocnění tato odolnost klesá a jedinec se postupně stává náchylný vůči všem nákazám v prostředí a často se tento pokles obranyschopnosti projevuje i alergiemi, tedy nepřiměřenou reakcí na antigen, ne něž odolný a zdravý organismus reaguje zcela inaparentně. Tím, že budou lidé přecházením nemocí postupně vytrvale oslabovat svůj organismus a předávat infekci dalším, dojde ke zhoršení zdraví populace, což bude mít vážné důsledky. V oblasti zdravotnictví dojde ke zvýšení výdajů na zdravotní péči, tedy nákladná vyšetření a medikaci, hospitalizace a pobyty v ozdravných zařízeních. V nemocenském pojištění dojde k nárůstu počtu pracovních neschopností a zvýšení výdajů na dávky nemocenského pojištění. Dopady do národního hospodářství budou značné, neboť zvýšením nemocnosti dojde ke snížení počtu ekonomicky aktivních obyvatel a při vzrůstajícím počtu seniorů a nízké porodnosti dojde k finančnímu propadu národního hospodářství.

Zdraví je to nejcennější co každý z nás má. Měli bychom k němu přistupovat zodpovědně, chránit si je a usilovat o jeho udržení do co nejvyššího věku.

### **5.1 Návrhy změn v systému nemocenského pojištění**

Záměrem zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, je zamezení zneužívání nemocenského a snížení počtu i délky dočasných pracovních neschopností, neboť podmínky nároku na výplatu náhrady mzdy a nemocenského a výše poskytované náhrady mzdy a nemocenského jsou pro pojištěnce, zejména u krátkodobých dočasných pracovních neschopností, méně příznivé, než v obdobích minulých. Nová práva a povinnosti mají v tomto zákoně zaměstnavatelé, orgány nemocenského pojištění, pojištěnci a ošetřující lékaři.

Zejména lékaři by však měli být více motivováni k tomu, aby pojištěncům nevycházeli ve všem vstříc v obavě, že pokud jim nevyhoví, oni svého ošetřujícího lékaře změni. Dále k tomu, aby pojištěnci nevydávali rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo nepovolovali vycházky, pokud tomu jeho zdravotní stav neodpovídá. Aby bezodkladně zajistili důležitá vyšetření a nikoli až před koncem podpůrní doby pro výplatu nemocenského. Rovněž rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti by mělo být závislé výhradně na zdravotním stavu pacienta. Bylo by vhodné zapracovat do tohoto právního předpisu maximální rozsah vycházek pacienta a četnost změn jeho pobytu v době trvání dočasném pracovní neschopnosti. Vycházky jsou plně v kompetenci ošetřujícího lékaře, tudíž bude stále docházet k povolování vycházek neomezených nebo v celodenním rozsahu, čímž bude ztíženo provedení kontroly dodržování režimu u pojištěnců, kteří vykonávají výdělečnou činnost nebo jinou nevhodnou činnost, cestují či jinak maří úspěšný průběh léčebného procesu a zneužívají tak dávky nemocenského pojištění.

Zákon o nemocenském pojištění ukládá lékařům povinnost posuzovat po uplynutí 180 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda je či není schopen vykonávat jinou výdělečnou činnost, než tu, pro niž je uznán dočasně práce neschopným. Ze zkušeností Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec za uplynulý rok a půl účinnosti tohoto zákonného ustanovení (§ 61 písm. h)) je patrné, že se někteří lékaři touto svou povinností zcela nezabývají a někteří se poté, co z okresní správy sociálního zabezpečení obdrží hlášení čerpání 180 dnů podpůrní doby, telefonicky dotazují, proč je jim hlášení zasíláno a co mají činit, třebaže byli před účinností i záhy po účinnosti zákona o nemocenském pojištění opakovaně proškoleni a upozorněni na svá práva i povinnosti. Mám za to, že ošetřující lékaři nechtějí rozhodovat o ukončení dočasných pracovních neschopností s tím, že pojištěnec může plnit úkoly uchazeče o jiné zaměstnání, neboť je pravděpodobné, že nespokojený pojištěnec přejde k jinému ošetřujícímu lékaři, který vyhodnotí zdravotní stav s jiným výsledkem.

Podle mého názoru by měla být zajištěna motivace lékařů k rychlé a úspěšné léčbě, nikoli paušální částkou za jednoho pacienta, nýbrž bodovým systémem za rychlé

a úspěšné vyléčení konkrétní diagnózy. Mezinárodní klasifikace nemocí, která obsahuje mezinárodní alfanumerické značení nemocí – diagnóz a slouží ke snadnější spolupráci lékařů na celém světě, by mohla pro účely českých lékařů být podrobně rozepsána. Jednalo by se o přesnou specifikaci rozsahu vycházek u každé jednotlivé diagnózy (popřípadě pro zjednodušení alespoň u každé diagnostické skupiny), o stanovení možnosti změny pobytu a dále stupnici úspěšné a rychlé léčby, za kterou by byl lékař hodnocen. Aby nepřicházelo v úvahu předčasné ukončování pracovních neschopností pacientů za účelem urychlení léčby, byl by vytvořen dotazník ke každé diagnóze se škálami aspektů, které ovlivňují rychlost a léčbu (například 1 předepsaný lék a jeho účinnost - výborná, uspokojivá, neúčinný, alergická reakce nebo zhodnocení rychlosti léčby, kde by se samozřejmě kritéria počtu dnů lišila u každé diagnózy). Lékař by vyplněním dotazníku potvrdil, že pacient je úspěšně vyléčen a za toto svoje prohlášení by zodpovídal. Tento systém by pochopitelně nebyl možný u závažných obtížně léčitelných onemocnění (např. nádorová onemocnění) nebo recidivujících zdravotních obtíží (např. onemocnění krve, některá kožní onemocnění – lupus vulgarit apod.), avšak u běžných diagnóz by nejen zvýšil důslednost dodržování režimu pacientem, ale rovněž snahu lékaře o co nejefektivnější léčbu pacienta. Někteří lékaři svým vstřícným chováním k pacientům často anulují účinnost ochranných prvků nového systému nemocenského pojištění. Zejména provádění kontrol dodržování režimu dočasně práce neschopných, což je jeden z prvků, zamezujících zneužívání pracovní neschopnosti, je často znemožněno kvůli celodennímu rozsahu vycházek, popřípadě vycházkami neomezenými. Pokud je kontrola provedena a pacient není na adrese, uvedené jako adresa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti, zastižen, ošetřující lékař pojištěnci potvrdí, že byl v době kontroly u něho v ordinaci, případně, že jej vyslal na odborné vyšetření či rehabilitaci. S tímto postupem se opakovaně setkávají pracovníci okresních správ sociálního zabezpečení, ale i pracovníci zaměstnavatelů, kteří provádějí kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce v prvních 14 dnech nemoci, respektive 21 dnech od 1.1.2011. Například personalista největšího zaměstnavatele v okrese, který zaměstnává více než tisíc pracovníků, si postěžoval, že jejich smluvní ošetřující lékař nejenže píše pacientům vycházky

v celodenním rozsahu, ale rovněž je omlouvá, když jsou podezřelí z nedodržování režimu dočasně práce neschopného. Tento zaměstnavatel kontroluje své dočasně práce neschopné zaměstnance v době poskytování náhrady mzdy a poté pravidelně žádá o provedení kontroly okresní správu sociálního zabezpečení. Obvyklejší však je, že zaměstnavatelé s větším počtem zaměstnanců volí způsob zajištění kontroly svých dočasně práce neschopných zaměstnanců prostřednictvím agentur, které byly za tímto účelem zřízeny. Někteří zaměstnavatelé své zaměstnance finančně motivují k tomu, aby často nestonali a zvýhodňují je před těmi, kteří jsou práce neschopní několikrát v roce, což je pozitivní a účelný přístup, který má vést k využití dočasné pracovní neschopnosti v opravdu závažných případech, tedy k zamezení zneužívání dočasné pracovní neschopnosti a jejímu zbytečnému prodlužování. Zde však může dojít k podcenění rizika porušení zdraví z důvodu přecházení nemoci, jak již bylo uvedeno výše.

Dle mého názoru by bylo vhodné, kromě nastavení jednoznačnějších pravidel v kompetencích a postupech lékařů, také finanční zvýhodnění těch zaměstnanců, kteří jsou dočasně práce neschopní jen jednou ročně či vůbec, a to například snížením procentuální sazby pojistného na sociální zabezpečení v roce následujícím, což by se ve svém důsledku naší společnosti vyplatilo.

V přístupu k dočasné pracovní neschopnosti a výplatě dávek bychom si mohli vzít příklad od německé zdravotní pojišťovny AOK Bayern, jejíž zástupci o systému podpory pracovníků v době dočasné pracovní neschopnosti hovořili se zástupci České správy sociálního zabezpečení v září roku 2010. V Německu prvních šest týdnů dočasné pracovní neschopnosti vyplácí dávky zaměstnavatel a poté zdravotní pojišťovna AOK Bayern svými pobočkami po celé spolkové republice. Po uplynutí šesti týdnů předá pojištěnec doklady zdravotní pojišťovně, která nemoc uzná, respektive nemocenské vyplatí či ne. Již zde je zásadní rozdíl při starosti o předání kompletních dokladů, čehož je zbaven zaměstnavatel a je to plně na zodpovědnosti pojištěnce. Německá zdravotní pojišťovna primárně zjistí diagnózu od ošetřujícího lékaře, aby mohla stanovit přibližnou dobu léčení, neboť v Německu je léčba kompletní a navazující až do úplného vyléčení či stabilizace zdravotního stavu na určité úrovni. Jinými slovy zdravotní pojišťovna hned v počátku odhadne dobu pracovní neschopnosti, aby tato nemohla být

zbytečně prodlužována a do této doby započte současnou i následnou léčbu, tedy i eventuální rehabilitaci a lázně, které rovněž bezprostředně navazují na léčbu. Tím dostane obraz o vývoji a délce pracovní neschopnosti, který pochopitelně nelze přesně determinovat, neboť každý lidský organismus je unikátní, a tudíž i léčba může u různých jedinců probíhat odlišným způsobem i jinak dlouho. Rovněž systém přiznání invalidního důchodu z důvodu nemoci je v Německu dokonalejší – zpětným přiznáním důchodu nevznikají přeplatky na nemocenském, neboť to vyplácející instituce zařídí tak, aby pojištěnci nebylo nemocenské přeplaceno a nemusel je vracet. Instituce, která vyplácí důchody si vyžádá od AOK vyúčtování vyplaceného nemocenského a výplatu důchodů zahájí až po ukončení výplaty zdravotní pojišťovnou.

Další návrh, který by napomohl zamezení zneužívání nemocenského je prodloužení doby, v níž je možno postihnout pojištěnce, který prokazatelně poruší režim dočasně práce neschopného. V současné době na Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec právě o takovém porušení rozhodujeme ve správním řízení. Jedná se o pana F. M., který je v dočasné pracovní neschopnosti od března roku 2010. V červnu roku 2010 porušil léčebný režim stanovený lékařem, neboť vykonával činnosti, které dle vyjádření posudkové lékařky lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, nebyly v souladu s jeho úrazem, zdravotním stavem a lékařem indikovaným léčebným režimem. Tento pojištěnec s těžkým úrazem levé nohy v době povolených vycházek řídil traktor, nosil balíky slámy, sekal zahradu a konal další činnosti ve svém hospodářství nacházejícím se v jiném místě, než v místě pobytu. Toto porušení bylo prokázáno fotografiemi s datem, které Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec předal pan V. D., včetně komentáře k činnostem, času a dalšímu chování pojištěnce F. M. Okresní správy sociálního zabezpečení mohou, podle zákona o nemocenském pojištění, postihnout pojištěnce za porušení režimu dočasně práce neschopného do tří měsíců ode dne, kdy k porušení režimu dojde. Vzhledem k tomu, že byly důkazní materiály panem V. D. předány po osmi měsících ode dne porušení, nebylo možné panu F. M. nemocenské odejmout ani zkrátit. Rovněž nemohla být tomuto pojištěnci uložena pokuta v rámci přestupkového řízení, neboť ustanovení § 128 odst. 2) písm. a) zákona o nemocenském

pojištění umožňuje uložit pokutu pojištěnci až 20 000 Kč za přešůpek, který spočívá v nedodržení rozsahu a doby povolených vycházek a nezdržování se v místě pobytu dočasně práce neschopného, což tento pojištěnec nenaplnil. Správní řízení bylo s panem F. M. zahájeno, byl předvolán na Okresní správu sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, kde bylo porušení režimu dočasně práce neschopného projednáno, zejména z toho důvodu, aby si uvědomil, že porušil režim dočasně práce neschopného závažným způsobem a také to, že lidé jsou všímaví ke všem činnostem, které dočasně práce neschopní vykonávají, buť na vlastních pozemcích, neboť v dnešní době, kdy vzrostla nezaměstnanost a v menších městech je velmi obtížné sehnat zaměstnání, jsou lidé podráždění a více si všímají těch, co zaměstnání mají a dlouhodobě jsou v pracovní neschopnosti. Shrnu-li výše uvedené, jevílo by se mi jako vhodné prodloužit dobu možnosti krácení či odnětí nemocenského např. až na jeden rok ode dne porušení režimu dočasně práce neschopným pojištěncem, popřípadě do ustanovení o přestupcích pojištěnců zahrnout i porušení lékařem stanoveného léčebného režimu, aby nedocházelo ke zneužívání nemocenského.

Myslím si, že by bylo vhodné rovněž přesně specifikovat a vymezit podmínky účasti na nemocenském pojištění statutárních orgánů. Současná právní úprava společníkům a jednatelům společnosti s ručením omezeným, komanditistům komanditní společnosti a členům představenstva akciové společnosti, účast na nemocenském pojištění nepřiznává, jestliže předmětem jejich činnosti je působnost těchto statutárních orgánů podle obchodního zákoníku. Tyto osoby z titulu takové činnosti jsou při splnění zákonných podmínek účastny pouze důchodového pojištění, přičemž členům představenstva akciové společnosti zákon o důchodovém pojištění nepřiznává ani účast na důchodovém pojištění. Rozsudkem Nejvyššího správního soudu č.j. 3 Ads 119/2010-58, nebyl v takovém případě nárok na nemocenské uznán, neboť vykonávaná činnost nezaložila účast na nemocenském pojištění. Po vydání tohoto rozsudku byla kauza medializována a ze strany zaměstnavatelů okresní správy sociálního zabezpečení obdržely mnoho dotazů a také několik žádostí o vrácení pojistného zaplaceného za zaměstnance, který nevykonával zaměstnání zakládající účast na pojištění. Je nutné podmínky vzniku účasti na pojištění těchto osob přesněji vymezit, neboť za současného



stavu a po uveřejnění problému v médiích, by mohlo dojít k velkým a zbytečným státním výdajům na vrácené pojistné zaplacené za jednatele s.r.o. a členy představenstva, které je často vyšší, než částky vyplacené na dávkách nemocenského pojištění, jež by nevzniknutím pojistného vztahu (prokázáním v rámci správního řízení o sporu o pojistný vztah) byly přeplatkem.

## 6 Závěr

Ve své práci jsem se snažila objasnit, zda došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009. Nejprve jsem popsala současný stav v oblasti provádění nemocenského pojištění. Poté jsem vyjmenovala a podrobně vysvětlila jednotlivé hlavní cíle zákona o nemocenském pojištění účinného od 1.1.2009. Provádění nemocenského pojištění na Okresní správě sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec se dělí na čtyři oblasti a sice: výplata dávek nemocenského pojištění, evidence zaměstnanců a zaměstnavatelů, evidence dočasné pracovní neschopnosti a kontrola dodržování režimu práce neschopnými. Podrobně jsem zkoumala naplnění hlavních cílů zákona o nemocenském pojištění zejména ve třech ze čtyř zmiňovaných oblastí. V agendě evidence zaměstnavatelů a zaměstnanců nedošlo k žádné výrazné změně a podmínky pro vznik pojištění, včetně změn, jsem uvedla na počátku práce, v současném stavu.

V rámci dosažení tohoto hlavního cíle jsem si stanovila tři cíle dílčí. Jedním z dílčích cílů bylo prokázání naplnění hlavních cílů v oblasti výplaty dávek, kde jsem analyzovala a komparovala tuto agendu ve čtyřech prvních pololetích a sice roku 2007, 2008, 2009 a 2010. Druhým cílem bylo porovnání a rozbor evidence dočasné pracovní neschopnosti a kontroly dodržování režimu práce neschopnými pojištěnci, který byl realizován v týchž obdobích, tedy dvou pololetích před účinností zákona o nemocenském pojištění a dvou pololetích po jeho účinnosti. Třetí dílčí cíl prokazoval naplnění hlavního cíle názory dlouholetých odborných pracovníků v oblasti nemocenského pojištění, získaných pomocí polořízených rozhovorů. Všechny tři stanovené cíle byly naplněny a bylo jimi prokázáno, že se hlavní důvody a cíle nové legislativní úpravy nemocenského pojištění podařilo a daří naplňovat.

V rámci této diplomové práce jsem stanovila tři hypotézy. První hypotéza předpovídala úsporu finančních prostředků v oblasti výplaty dávek nemocenského pojištění po účinnosti nové právní úpravy v okrese Jindřichův Hradec. Tato hypotéza byla potvrzena metodou analýzy dokumentů a bylo prokázáno, že výdaje na dávky nemocenského pojištění po účinnosti zákona o nemocenském pojištění skutečně značně

poklesly – viz v kapitole výše grafické znázornění výdajů na jednoho pojištěnce i výdajů celkových.

Druhá hypotéza byla předpokladem poklesu počtu dočasných pracovních neschopností v okrese Jindřichův Hradec. Tato hypotéza byla metodou analýzy dokumentů také potvrzena.

Třetí hypotéza stanovila, že došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009 a ke zkvalitnění systému nemocenského pojištění zejména z hlediska jeho provádění, kontroly a zamezení jeho zneužívání. Třetí hypotéza byla zkoumána metodou analýzy dokumentů a také metodou polostandardizovaného rozhovoru s odbornými pracovníky Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec v oblasti nemocenského pojištění. Třetí hypotéza byla na základě získaných výsledků, zejména statistických ukazatelů a praktických poznatků a zkušeností, rovněž potvrzena.

Domnívám se, že v oblasti nemocenského pojištění by měla být zajištěna větší provázanost a hlubší spolupráce posudkových lékařů okresních správ sociálního zabezpečení s ošetřujícími lékaři. Především je třeba motivovat ošetřující lékaře k tomu, aby léčili jen osoby, které jsou skutečně nemocné a tedy práce neschopné a usilovali o co nejrychlejší a nejefektivnější obnovení jejich pracovní schopnosti. Zásadním problémem je velmi volný režim dočasně práce neschopných pojištěnců, který ošetřující lékaři stanovují. Vycházky v celodenním rozsahu (tzv. „neomezené“), nebo od 8 do 18 hodin jsou zcela běžné i při infekčních onemocněních. Pacientovi je tedy umožněno vykonávat výdělečné a jiné aktivity, pracovníkům okresních správ sociálního zabezpečení a zaměstnavatelům to znesnadňuje provedení kontroly dodržování léčebného režimu práce neschopného a také je zde nebezpečí šíření nákazy ve zdravé populaci. Zpřísněním režimu práce neschopným, především zkrácením rozsahu vycházek a omezení povolování změn pobytu pojištěnce v době dočasné pracovní neschopnosti, by se zamezilo zneužívání systému nemocenského pojištění a došlo by k úsporám ve výdajích na nemocenské. Konkrétně zákonná možnost lékařů změnit na žádost pojištěnce jeho pobyt v době dočasné pracovní neschopnosti je velmi hojně lékaři využívána. Dříve musel ošetřující lékař požádat o souhlas ke změně pobytu

pojištěnce v době dočasné pracovní neschopnosti delší tří dnů posudkového lékaře okresní správy sociálního zabezpečení. Nyní může ošetřující lékař dle svého uvážení měnit pobyt pacientů bez předchozího souhlasu okresní správy sociálního zabezpečení (s výjimkou změny pobytu do ciziny), což způsobilo značný nárůst počtu hlášení změn pobytu zasílaných ošetřujícími lékaři okresní správě sociálního zabezpečení. Nejčastěji se jedná o víkendové změny pobytu, ale také o týdenní a vícedenní změny pobytu. Důvod změny pobytu ošetřující lékaři do hlášení neuvádějí, lze se tedy domnívat, že v letních měsících není pracovní neschopnost na překážku absolvování dovolené.

Po shrnutí všech poznatků a výsledků při provádění nemocenského pojištění v působnosti Okresní správy sociálního zabezpečení Jindřichův Hradec, které byly soustředěny v rámci této práce, lze konstatovat, že došlo k naplnění hlavních cílů právní úpravy nemocenského pojištění účinné od 1.1.2009. Současně je nutno uzavřít, že výsledky by byly ještě průkaznější, pokud by všemi subjekty působícími při provádění nemocenského pojištění včetně orgánů nemocenského pojištění byl důsledněji využívány všechny instituty obsažené v právní úpravě.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BOLCKOVÁ, E. Poskytování dávek nemocenského pojištění poživatelům starobních důchodů. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 1, s. 9-12. ISSN 0323-2395.
2. BOLCKOVÁ, E. Poskytování dávek nemocenského pojištění poživatelům invalidních důchodů. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 2, s. 13-15. ISSN 0323-2395.
3. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Výroční zprávy* [online]. 2007 [cit. 5.9.2010]. Dostupné z: <<http://www.cssz.cz/cz/informace/informacnimaterialy/vyrocnizpravy.htm>>
4. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nemocenská statistika* [online]. 2007 [cit. 25.10.2010]. Dostupné z: <<http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika-2007.htm>>
5. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nemocenská statistika* [online]. 2008 [cit. 25.10.2010]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2008.htm>
6. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *V loňském roce lidé stonali méně a také kratší dobu* [online]. 2008 [cit. 20.10.2010]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2008/2008-02-06-v-lonskem-roce-lide-stonali-mene-a-take-kratsi-dobu.htm>
7. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nemocenské pojištění* [online]. 2009 [cit. 20.10.2010]. Dostupné z: <<http://cms.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/poskytovani-nemocenskeho-od-1-1-2009.htm>>
8. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nový zákon o nemocenském pojištění* [online]. 2009 [cit. 20.8.2010]. Dostupné z: <<http://cms.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/Novy-zakon-o-nemocenskem-pojisteni/>>
9. DANDOVÁ, Eva. Nemocenské pojištění. *Bezpečnost a hygiena práce*. 2008, roč. 57, č. 12, s. 4-5. ISSN 0006-0453.
10. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
11. Fenclová, Urban a kol. Occupational diseases reported in the Czech Republic in 2009. *Journal of Praktický lékař*. 2010, vol. 90, no. 5, p. 280-286. ISSN 00326739.

12. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
13. CHLÁDKOVÁ, Alena, ZTRATIL Michal. Rozhodný příjem z hlediska zákoníku práce a zákona o nemocenském pojištění. *Práce a mzda*. 2009, roč. 57, č. 8 ISSN 0032-6208.
14. CHVÁTALOVÁ, Iva. Rok 2009 a změny v nemocenském pojištění. *Práce a mzda*. 2009, roč. 57, č. 1, 32 s. ISSN 0032-6208.
15. JOUZA, Ladislav. Nový zákon o nemocenském pojištění. *Bulletin advokacie*. 2009, roč. 39, č. 4, 33 s. ISSN 1210-6348.
16. KAHOUN, V., VURM, V. *Nemocenské pojištění*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF, 1998. 88 s. ISBN 80-7040-305-5.
17. 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.
18. KAHOUN, V., KOZLOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. *Sociální práce* 1. vyd. Nakladatelství TRITON Praha, 2003, 336 s. ISBN 80-7254-138-2.
19. KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Nakladatelství TRITON Praha, 2009, 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
20. KALINOVÁ, L. K povinnostem a oprávněním dočasně práce neschopného pojištěnce. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 4, s. 21. ISSN 0323-2395.
21. KODROVÁ, J. *Náhrada mzdy a nemocenské zaměstnance při dočasné pracovní neschopnosti nebo karanténě 2009*. Nakladatelství ANAG, 2009, 85 s. ISBN 978-80-7263-500-9.
22. Kontrola dodržování léčebného režimu. *Národní pojištění*, 2006, roč. 37, č.12, s. 33. ISSN 0323-2395.
23. KOZLOVÁ, L. *Některé základní problémy sociologického výzkumu*. Kontakt, 2000, roč. 2, č.1, s. 41-44. ISSN 1212-4117.
24. LNĚNÍČKOVÁ, Jana. Řešení nejčastějších nejasností v oblasti nemocenského pojištění. *Personální a sociálně právní kartotéka*. 2009, roč. 5, č. 9, s. 16-22. ISSN 1211-9482.
25. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce*

- 2008 [online]. 2008 [cit. 11.10.2010]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4609>>
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2009* [online]. 2009 [cit. 11.12.2010]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7>>
27. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2010* [online]. 2010 [cit. 11.12.2010]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7>>
28. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2011* [online]. 2011 [cit. 5.3.2011]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7>>
29. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Průvodce sociálním systémem v roce 2009* [online]. 2009 [cit. 5.3.2011]. Dostupné z: [http: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6099/PSP\\_01\\_09.pdf >](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6099/PSP_01_09.pdf)
30. O nemocenské přišlo v 1. pololetí více než tisíc lidí. *Národní pojištění*. 2009, roč. 40, č. 10, s. 23. ISSN 0323-2395.
31. Poslanecká sněmovna parlamentu ČR. *Důvodová zpráva k zákonu č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. Praha: PSP, 2005. tisk č. 1005.
32. PŘIB, J. *Nemocenské pojištění v praxi : zákon s výkladem, k 1. 1. 2009*. Havlíčkův Brod: GRADA, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-1969-6.
33. PŘIB, Jan. *Nový zákon o nemocenském pojištění. Mzdy a personalistika v praxi*. 2006, roč. 8, č. 6, s. 20-24. ISSN 1212-7140.
34. SOCIÁLNÁ POISŤOVŇA. *Zmeny v nemocenskom poistení od 1.1.2011*. [online]. 2011 [cit. 25.3.2011]. Dostupné z: [http: <http://www.socpoist.sk/zmeny-v-nemocenskom-poistení/39117s#zmeny-v-ochrannej-lehote>](http://www.socpoist.sk/zmeny-v-nemocenskom-poistení/39117s#zmeny-v-ochrannej-lehote)
35. Stonalo méně lidí. *Národní pojištění*, 2008, roč.39, č.6, s. 19. ISSN 0323-2395.
36. Úplné znění. *Sociální pojištění 2009*. Ostrava: Sagit 2009. 384 s. ISBN 978-80-7208-716-7.
37. Úplné znění. *Sociální pojištění 2010*. Ostrava: Sagit 2010. 368 s. ISBN 978-80-7208-791-4.
38. Úplné znění. *Sociální pojištění 2011*. Ostrava: Sagit 2011. 352 s. ISBN 978-80-7208-827-0.
39. ŽENÍŠKOVÁ, M. *Nemocenské pojištění podle zákona č. 54/1956 Sb., ve znění pozdějších předpisů, s komentářem a příklady*, 6. aktualiz. vyd. Lipník nad Bečvou: ANAG, 2007. s. 143. ISBN 978-80-7263-365-4.

40. ŽENÍŠKOVÁ, M. *Nemocenské pojištění podle zákona č. 54/1956 Sb., ve znění pozdějších předpisů s komentářem a příklady od 1.1.2008*, 7. aktualiz. vyd. Lipník nad Bečvou: ANAG, 2008. s.159. ISBN 978-80-7263-436-1.

41. ŽENÍŠKOVÁ, M., Přib, J. *Zákon o nemocenském pojištění 2009 s komentářem a příklady*, 2. aktualiz. vyd. Lipník nad Bečvou: ANAG, 2008. s. 255. ISBN 978-80-7263-488-0.

42. ŽENÍŠKOVÁ, M., Přib, J. *Zákon o nemocenském pojištění s komentářem a příklady od 1.1.2011*, 4. aktualiz. vyd. Lipník nad Bečvou: ANAG, 2011. s. 248. ISBN 978-80-7263-642-6.

### **Právní předpisy:**

43. *Zákon č. 187/2006 Sb., ze dne 14.března 2006, o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*

44. *Zákon č. 54/1956 Sb., ze dne 1. ledna 1957, o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů.*

45. *Zákon č. 88/1968 Sb., ze dne 27.června 1968, o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*

46. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*

47. *Zákon č. 261/2007 Sb., ze dne 19.září 2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění účinném k 1.1.2008.*

48. *Zákon č. 262/2006 Sb., ze dne 21.dubna 2006, zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.*

49. *Zákon č. 582/1991 Sb., ze dne 17. prosince 1991, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*

50. *Zákon č. 589/1992 Sb., ze dne 20. listopadu 1992, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.*

51. *Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů.*

52. *Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.*



53. Vyhláška č. 31/1993 Sb., ze dne 22. prosince 1993, o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

54. Vyhláška Ústřední rady odborů č. 143/1965 Sb., o poskytování peněžitých dávek v nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

55. Vyhláška Ústřední rady odborů č. 165/1979 Sb., o nemocenském pojištění některých pracovníků a o poskytování dávek nemocenského pojištění občanům ve zvláštních případech, ve znění účinném k 31.12.2008.

## 8 Klíčová slova

Dávky nemocenského pojištění

Dočasná pracovní neschopnost

Kontrola dodržování režimu práce neschopných

Nemocenské

Nemocenské pojištění

Regresní náhrady