



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Právní povaha posudků lékařské posudkové služby**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Bc. Irena Šimková

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

České Budějovice 2019

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Právní povaha posudků lékařské posudkové služby“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5.5.2019 .....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala panu prof. JUDr. Vilému Kahounovi, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, trpělivost, konzultace a cenné podněty.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za poskytnutou podporu.

# **Právní povaha posudků lékařské posudkové služby**

## **Abstrakt**

Diplomová práce je zaměřena na právní povahu posudků lékařské posudkové služby. Lékařská posudková služba v průběhu historie zaznamenala mnoho změn a její pravomoc se stále mění a vyvíjí. Bohužel pro laickou veřejnost je někdy charakter posudkové služby trochu nejednoznačný a bývá tak na posudky nahlíženo velmi skepticky. V dnešní době se této problematice věnuje pouze několik málo odborníků, a proto jsem se rozhodla, že informace sjednotím a shrnu hlavní cíle lékařské posudkové služby. Pro lepší pochopení a dokreslení práv a povinností této služby jsem nahlédla i do historie.

Vzhledem k charakteru práce jsem se rozhodla pro teoretickou práci, která poukazuje nejen na historický vývoj u nás, ale i na Slovensku, dále se zaměřuje především na současný stav a vymezení pojmů nezbytných pro pochopení činnosti lékařské posudkové služby. Cílem práce je zmapovat systém lékařské posudkové služby a práce je tedy souhrnem informací nejen pro laickou veřejnost, ale poslouží i pro studijní účely a informovanost sociálních pracovníků, kteří se každý den setkávají s mnoha dotazy na toto téma. Lékařská posudková služba se dotýká mnoha životních etap člověka, tedy nejedná se jen o posuzování zdravotního stavu pro důchodové pojištění, ale i pro zdravotní pojištění nebo zajištění sociálních služeb.

Vzhledem k tomu, že tématem se nezabývá mnoho autorů, je někdy poměrně těžké nalézt jednoznačné vytyčení právní povahy jednotlivých posudků. Právní charakter posudků je však zakotven v zákonech, a charakter posudků má dopad i na další životní etapy posuzované osoby a nároky nejen na finanční, ale i sociální zabezpečení, a proto je důležité se tímto tématem i jeho změnami stále zabývat a předkládat nové a ucelené informace.

## **Klíčová slova**

posudková služba; posudek; zdravotní stav; posudková komise

## **Legal nature assessments of medical assessment service**

### **Abstract**

The diploma thesis is focused on the legal nature assessments of medical assessment service. The medical assessment service has seen many changes over the course of history, and its competence is constantly changing and evolving. Unfortunately, the nature of the assessment service is sometimes ambiguous for the non-professional public and is thus viewed very skeptically. Nowadays, only a few experts are dedicated to this topic, so I decided to unify the information and summarize the main objectives of the medical assessment service. In order to better understand and illustrate the rights and duties of this service, I also looked into history.

Given the nature of the work, I decided to work on theoretical work, which points out not only the historical development in the Czech Republic, but also in Slovak Republic, further it focuses on the current state and definition of terms necessary for understanding the work of the medical assessment service. The objective of the work is to map the system of medical assessment service and work is thus a summary of information not only for the non-professional public, but also for study purposes and awareness of social workers who meet daily with many questions on this topic. The medical assessment service affects many human life stages, so it is not only about assessing health status for pension insurance, but also for health insurance or ensure the social services.

Since many authors are not concerned with the topic, it is sometimes quite difficult to find a clear definition of the legal nature of individual assessments. However, the legal nature of the assessments is enshrined in the law, and also affects other life stages of the person that being assessed and claims not only for financial but also for social security, and it is therefore important to deal with this topic and its changes and submit new and comprehensive information.

### **Keywords**

assessment service; assessment; health status; assessment committee

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1 Historický průřez vývojem lékařské posudkové služby u nás a na Slovensku .....</b>	<b>8</b>
1.1 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA V LETECH 1918 – 1948 .....	8
1.2 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA V LETECH 1948 -1989.....	12
1.3 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA PO ROCE 1989 .....	18
<b>2 Současný stav.....</b>	<b>23</b>
2.1 PRÁVNÍ ZAKOTVENÍ ČINNOSTI LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY V SOUČASNOSTI .....	23
2.2 FUNKCE LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY .....	26
2.3 ORGANIZACE LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY .....	28
2.3.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR .....	29
2.3.2 Posudkové komise MPSV.....	30
2.3.3 Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) .....	31
2.3.4 Okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ) .....	32
2.4 ČINNOST LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY .....	33
<b>3 Vymezení pojmů .....</b>	<b>37</b>
3.1 POSUDEK.....	37
3.2 LÉKAŘSKÁ POSUDKOVÁ SLUŽBA .....	39
3.3 ZDRAVOTNÍ STAV.....	40
<b>4 Posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení</b>	<b>47</b>
4.1 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ .....	47
4.2 NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ .....	51
4.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	53
4.4 STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORA.....	55
<b>Diskuze .....</b>	<b>58</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>62</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>64</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>70</b>

## Úvod

Tématem této odborné studie je právní povaha posudků lékařské posudkové služby (dále také jako „LPS“). Toto téma bylo zvoleno především proto, že systém lékařské posudkové služby se v průběhu historie měnil a stále se mění. Stát poskytuje v oblasti sociálního zabezpečení peněžité částky, věcné dávky, kterými se znevýhodněným osobám zabezpečuje určitá životní úroveň a k tomu je nutné provedení objektivního posouzení zdravotního stavu jedince. Pro tyto případy se stanovila instituce lékařské posudkové služby. Pohled na tuto instituci je však poněkud skeptický a nejasný, proto jsem se rozhodla toto téma více rozpracovat a zohlednit aktuální vývoj a nové poznatky z této oblasti.

Cílem předkládané studie je zmapovat systém lékařské posudkové služby a právních úprav v posuzování zdravotního stavu. Za účelem naplnění tohoto cíle je práce systematicky členěna na čtyři hlavní kapitoly, které se dále dělí na jednotlivé podkapitoly. První kapitola je věnována historickému vývoji lékařské posudkové služby v České republice a na Slovensku. Tento vývoj je mapován od vzniku Československa v roce 1918 až do současnosti. Druhá kapitola je věnována současnému stavu lékařské posudkové služby a jeho právnímu zakotvení. Třetí kapitola pak vymezuje pojmy, se kterými text dále pracuje. Jedná se zejména o pojmy jako je posudek, lékařská posudková služba či zdravotní stav. Čtvrtá kapitola je pak zaměřena na posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení. V této kapitole je pojednáno například o posuzování pro účely zákona o důchodovém pojištění, pro účely zákona o sociálních službách, pro účely zákona o nemocenském pojištění, pro účely zákona o zaměstnanosti a rovněž pro účely zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Práce je koncipována jako teoretická, čerpá tedy především z odborné literatury zaměřené na lékařskou posudkovou službu, odborných článků dostupných jak v periodících, tak na internetu a dále z právních předpisů, které tuto problematiku upravují. Práce může přispět k lepší informovanosti široké veřejnosti a k efektivnějšímu využití stávajících možností posuzování zdravotního stavu.

## **1 Historický průřez vývojem lékařské posudkové služby u nás a na Slovensku**

Ačkoliv posudkové lékařství má delší tradici, v následujícím textu je představen vývoj lékařské posudkové služby na území České republiky a Slovenska po roce 1918, kdy vzniklo samostatné Československo. V rámci tohoto vývoje lze rozlišovat několik fází. První fází je posudkové lékařství mezi roky 1918 – 1948, druhou fází je pak období let 1948 – 1989 a třetí fází je období po roce 1989, kdy posudkové lékařství prošlo zásadním vývojem.

K samotným počátkům posudkového lékařství na našem území a na Slovensku je na počátku této kapitoly žádoucí uvést, že jeho počátky jsou spjaty s rozvojem sociálního zabezpečení na přelomu 18. a 19. století, kdy byly však řešeny jen dílčí problémy sociálního zabezpečení (Tröster, 2010, s. 28).

Významnějšího rozvoje sociálního zabezpečení doznalo ve druhé polovině 19. století, kdy docházelo k zakládání odborových organizací, ale i sociálně demokratických stran. V roce 1883 tak bylo uzákoněno povinné nemocenské pojištění a nedlouho poté v roce 1889 bylo pak uzákoněno také starobní a invalidní pojištění. Právě s těmito skutečnostmi bylo ve větším rozsahu nutné zaměřit se také na posuzování zdravotního stavu populace, což napomohlo k rozvoji lékařské posudkové služby (Kahoun, 2009, s. 31).

### ***1.1 Lékařská posudková služba v letech 1918 – 1948***

Když v roce 1918 vzniklo Československo, došlo prostřednictvím recepčních zákonů k převzetí rakousko-uherské právní úpravy sociálního zabezpečení a s tím i právní úpravy lékařské posudkové služby. Do československého práva byla tak převzata systém sociálního zabezpečení, který vznikl za vlády rakousko-uherského kancléře, kterým byl Otto von Bismarck. Již v roce 1924 byl však připraven zcela nový právním předpis, kterým byl zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Jednalo se o zákon, který v Československu upravil otázky správy



nemocenského pojištění stejně jako zabezpečení, pojišťovny či zajišťovny. tento předpis nabyl účinnosti dne 1.7.1926 (Čevela et al., 2010, s. 14).

Přijetí zákona č. 221/1924 Sb., bylo poměrně významným mezníkem ve vývoji práva sociálního zabezpečení stejně jako v oblasti právní úpravy lékařské posudkové služby, neboť tento předpis přispěl jednak k řešení celé řady naléhavých sociálních problémů, ale napomohl rovněž posílení demokratického vývoje v rámci Československa. Zákon č. 221/1924 Sb., byl součástí komplexní politiky reforem. Ta se v následujícím období ukázala být velmi prozíravým krokem, primárně s ohledem na vlivy spojené s následujícím politickým vývojem v okolních zemích (např. ve 30. letech došlo v Německu k nástupu nacismu k moci, ale podobná situace byla i v dalších zemích) (Tröster, 2010, s. 30 - 31).

Přesto je však nutné poukázat na poměrně významné rozdíly ve srovnání se současným pojetím sociálního zabezpečení, neboť *„zákon upravoval velmi rozsáhlou problematiku a byl několikrát měněn a doplňován. Byl formulován jako zákon základní, podle něhož byli pojištěni všichni zaměstnanci, jestliže nebyli tímto zákonem z pojištění výslovně vyloučeni. Vyloučení z tohoto pojištění byli zejména státní zaměstnanci a soukromí úředníci, jejichž zabezpečení bylo upraveno výhodněji. Z pojištění byli rovněž vyloučeni zaměstnanci, kteří nastoupili do zaměstnání až po 60. roce věku. Právní úprava zakotvená zákonem č. 221/1924 Sb. z. a n. se tak vztahovala v podstatě pouze na dělníky“* (Tröster, 2010, s. 30 - 31).

Od roku 1926 až do roku 1948 na československém území působila Ústřední státní pojišťovna, která byla nositelem a správcem sociálního pojištění. S tím pak byla spojena i posudková činnost, kterou prováděli lékaři, kteří měli s Ústřední státní pojišťovnou smluvní vztah, na jehož základě byli k vydávání posudků k otázkám invalidity. Později bylo možné mít smluvně upravený vztah i jen k jednotlivým k okresním složkám této pojišťovny. Okresní složky Ústřední státní pojišťovny pak byly transformovány na okresní sociální pojišťovny. Nadále však platilo, že posudkovou činnost vykonávali lékaři, kteří byli ve smluvní vztahu k těmto pojišťovnám (Šedivý, 1999, s. 30-31).

Tito smluvní lékaři měli ve sledovaném období do roku 1948 hlavní funkci v otázkách posuzování invalidity, nicméně vedle toho se v posudkové činnosti prosazovali ještě soudní znalci v oboru lékařství, kteří podávali posudky pro účely řízení před pojišťovacími soudy. Vrchní pojišťovací soud, který na území tehdejšího Československa působil, zastával názor, že pouze soudní znalci z oboru lékařství, byli schopni adekvátně posoudit, jakými onemocněními, tělesnými, popř. i duševními vadami pojištěnec reálně trpí stejně jako, jaký vliv mají tyto onemocnění a vady na možnost výdělku konkrétními pojištěnce. To znamená, že úkolem soudních znalců bylo v soudních řízeních před pojišťovacími soudy stanovit, zda na straně pojištěnce lze identifikovat nezpůsobilost k výdělku, která splňuje zákonné podmínky pro přiznání invalidity (Šedivý, 1999, s. 30-31).

Specifickým rysem tehdejší posudkové služby jak na straně smluvních lékařů, tak na straně soudních znalců byla skutečnost, že posudková služba se tehdy měla zabývat nejen medicínskými aspekty invalidity pojištěnce, ale i hospodářskými aspekty. Jinak řečeno, očekávalo se, že lékař vydávající posudek má velmi dobrý přehled i o situace na pracovním trhu, poměrech v jednotlivých oborech ekonomické činnosti a v jednotlivých profesích, ale i o mzdových otázkách, které bylo nutné zohlednit při určení, zda v konkrétním případě bylo možné hovořit o ztrátě na výdělku. Ztráta pracovní schopnosti byla hodnocena v procentech, neboť dle tehdejších pojišťovacích sudů se jednalo o nejvhodnější a nejpřesnější způsob, jak ztrátu pracovní schopnosti stanovit. Kritériem pro stanovení invalidity tehdy byla neschopnost pojištěnce z důvodu tělesných či duševních vad vydělat vlastní prací, která byla přiměřená jak jeho schopnostem, tak silám a výcviku třetinu výdělku, který byl v oboru, ve kterém pojištěnec pracoval považován za obvyklý (Šedivý, 1999, s. 30-31).

Jak je zřejmé, na invaliditu bylo v kontextu tehdejší právní úpravy nahlíženo především z ekonomického hlediska, nicméně pokud se týká pojetí invalidity a jejího vyjadřování v procentech, neliší se toto pojetí zásadně od úpravy současné. Za zmínku dále stojí fakt, že v tomto období nebyla ještě známa částečná invalidita, popř. invalida nižšího stupně jako je tomu v současnosti.

V obecné rovině je pro toto období charakteristické, že otázky sociálního zabezpečení byly upraveny poměrně roztržštěně, neexistovala jednotná úprava, která by pokrývala všechny jednotlivce, často byli také preferováni zejména dělníci a státní zaměstnanci. K zásadním změnám pak ve sledovaném období došlo mezi lety 1938 -1945 v souvislosti s druhou světovou válkou a Protektorátem Čechy a Morava, kdy navíc došlo k rozdělení Československa, čímž vývoj na Slovensku byl odlišný od vývoje v Protektorátu Čechy a Morava. Každopádně došlo v uvedeném období k řadě změnám, které měly především přizpůsobit pojištění na českém území politickým, ekonomickým i sociálním podmínkám v Evropě. Nelze však hovořit o tom, že by úpravy přinesly pojištěncům na našem území zásadnější změny k lepšímu. Předpisy, které byly přijaty v době německé okupace, navíc nebyly v roce 1946 uznány jako součást právního řádu Československa a došlo k převzetí právní úpravy z období 1. republiky, tj. přijaté po roce 1918, což vedlo jednak k nejednotnosti, ale i k poměrně složité situaci, neboť řada institutů byla znehodnocena hospodařením za 2. světové války, v případě řady fondů došlo dokonce k jejich zabavení ze strany okupantů. Sociální zabezpečení tak bylo jednou z priorit, na kterou bylo nutné se po válce zaměřit, což se projevilo v tom, že základní principy sociálního zabezpečení byly promítnuty do Košického vládního programu, který dále stanovil cíl přijmout nový zákon o národním pojištění (Tröster, 2010, s. 31 - 32).

Období mezi lety 1918 -1948 je tedy specifické celou řadou zásadních změn, kterými sociální zabezpečení procházelo, zásadní je zde vliv 2. světové války, která vedla k zastavení rozvoje, resp. leckdy spíše ke zhoršení stávající situace v oblasti právní úpravy sociálního zabezpečení i lékařské posudkové služby. Charakteristickým rysem tohoto období z pohledu posudkové služby, který jej odlišuje od současné situace, je také skutečnost, že neexistoval žádný zvláštní posudkový orgán, ale posudky vydávali jednotliví lékaři, kteří měli smlouvu s pojišťovnou, nicméně jednalo se o samostatné lékaře, nikoliv zástupce pojišťovny či nějakého posudkového orgánu.

## ***1.2 Lékařská posudková služba v letech 1948 -1989***

V návaznosti na výše uvedené skutečnosti, tedy na fakt, že úprava sociálního zabezpečení byla na československém území velmi roztržštěná, navíc v roce 1939 došlo k rozdělení Československa na Protektorát Čechy a Morava a samostatné Slovensko, bylo nutné po stabilizaci situace přijmout opatření za účelem určitého sjednocení právní úpravy. Za tímto účelem byl tak v roce 1948 přijat zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, jehož význam spočíval právě v tom, že úpravu sociálního pojištění na československém území do značné míry sjednotil (sjednoceny byly například všechny existující druhy pojištění na území Československa) a úprava byla navíc ve srovnání s předcházejícím obdobím ucelenější, což bylo v tehdejší době vnímáno jako významný sociálně politický pokrok (Čevela et al., 2010, s. 14).

Pokud se týká přímo posudkové služby, v letech 1948 – 1951 se úprava příliš nelišila od úpravy v předcházejícím období 1. republiky, nositelem sociálního pojištění v tomto období byla Ústřední národní pojišťovna. Zdravotní stav byl v tomto období posuzován tzv. důvěrnými lékaři, rozdílem oproti předcházejícímu období byla především skutečnost, že nově se jednalo o zaměstnance Ústřední národní pojišťovny. Tito lékaři jednak zajišťovali dokumentaci, která byla pro rozhodnutí o invaliditě, popř. ztrátě možnosti výdělků z důvodu zdravotního stavu nezbytná, ale také přímo vyšetřovali pojištěnce a následně vyhodnocovali jejich zdravotní stav. Tento způsob zajištění posudkové lékařské služby byl vnímán jako velmi efektivní, neboť výchozí podklady pro rozhodnutí o invaliditě nezajišťovali ošetřující lékaři pojištěnce, ale přímo důvěrní lékaři zaměstnaní v Ústřední národní pojišťovně (Langer, 1999, s. 23-26).

V návaznosti na zákon č. 99/1948 sb., o národním pojištění, se také začalo na československém území vůbec poprvé prosazovat posuzování bezmocnosti, tedy byla hodnocena rovněž otázka, zda pojištěnec potřebuje obsluhu či pomoc jiné osoby. V případě, že se ukázalo, že jedinec splňuje podmínky invalidity a zároveň také bezmocnosti, tj. potřeby pomoci ze strany jiné osoby, bylo možné navýšit invalidní důchod, který tento pojištěnec pobíral z důvodu bezmocnosti. Nadále neexistovala částečná invalidita, popř. invalidita nižšího stupně (Langer, 1999, s. 23-26).

Zásadní změnu oproti předcházejícímu období, lze spatřovat ve vymezení invalidity, které bylo nově jednotné pro všechny osoby, které byly v rámci systému sociálního zabezpečení pojištěny. Zákon č. 99/1948 Sb., definoval invaliditu jako ztrátu, popř. jako „*podstatný pokles výdělku jako následek nepříznivého zdravotního stavu (nemoci nebo poklesu tělesných či duševních schopností), je-li tento stav trvalý. Za trvalý se pokládá zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně potrvá déle než rok*“ (Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, § 63 odst. 1).

Pod pojmem ztráta výdělku se v této souvislosti rozuměla skutečnost, že pojištěnec byl s ohledem na svůj zdravotní stav nucen zanechat výdělečné činnosti, kterou doposud vykonával, zároveň mu zdravotní stav neumožňoval ani výkon jiné výdělečné činnosti, která by byla obdobná jeho dosavadnímu zaměstnání. Opět zde bylo kritérium výdělku, kdy bylo podmínkou invalidity, že pojištěnec nevydělá za rok více než polovinu svého průměrného ročního výdělku za posledních pět kalendářních let. V kontextu srovnání se současnou právní úpravou je nutné zmínit, že právě v zákoně č. 99/1948 Sb., o národním pojištění se poprvé lze setkat s termínem „trvale nepříznivý zdravotní stav“, se kterým pracuje i aktuální právní úprava (Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, § 63 odst. 1, 2, 3 a § 71 odst. 5).

Charakteristickým rysem právní úpravy krátce po roce 1948 byla rovněž skutečnost, že nebyla upravena žádná procesní pravidla, podle kterých by se mělo při posuzování zdravotního stavu ze strany posudkových lékařů postupovat, čímž se podpůrně využívala právní úprava správního řízení, a to zejména jeho základní zásady. Významná zde byla zásada dispoziční, kdy to byl právě pojištěnec, kdo mohl, ale nemusel podat žádost o invalidní důchod, zdravotní stav byl v každém případě posuzován až na základě žádosti pojištěnce, neexistovalo tehdy zahájení řízení o invalidním důchodu, popř. o přechodu z dlouhodobé pracovní neschopnosti do invalidního důchodu ex offio, tedy z moci úřední. Význam zde měly rovněž další zásady správního řízení, kupříkladu legality, materiální pravdy, ale i zásada volného hodnocení důkazů. Podmínkou však bylo, aby povaha i předmět daného řízení připouštěli užití těchto zásad v oblasti posuzování zdravotního stavu (Langer, 1999, s. 26).

K poměrně zásadnímu vývoji došlo po roce 1950, kdy bylo nejprve znárodněno zdravotnictví a následně se začínalo přecházet od systému sociálního pojištění k systému sociálního zabezpečení, který byl inspirován sovětským modelem (Tröster, 2010, s. 33). S tím se pojí i skutečnost, že období let 1951 -1960 lze označit jako „reorganizační léta“. V roce 1951 byl přijat zákon č. 102/1951 sb., o přebudování národního pojištění. V návaznosti na tento právní předpis také zanikla Ústřední národní pojišťovna a místo ní vznikl zcela nový orgán, který se jmenoval Státní úřad důchodového zabezpečení (Langer, 1999, s. 26). Došlo také k oddělení nemocenského a důchodového pojištění. V důsledku přijetí zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení došlo také k narušení principu uniformity a financování invalidních i starobních důchodů bylo nově realizováno přímo ze státního rozpočtu (Čevela et al., 2010, s.14). Tento předpis rovněž rozšířil okruh osob, které byly důchodově zabezpečeny a stejně tak došlo k nárůstu výše, ale i počtu dávek plynoucích ze systému sociálního zabezpečení, na druhé straně ovšem výrazně vzrostly náklady na sociální zabezpečení občanů Československa (Tröster, 2010, s. 33).

Z hlediska lékařské posudkové služby došlo rovněž poměrně k významným změnám. Na počátku 50. let byly posudkoví lékaři, kteří působili v jednotlivých okresech, ještě zaměstnanci Státního úřadu důchodového zabezpečení a posuzovací činnost se příliš nelišila od předcházejícího období, nicméně od roku 1952 byla lékařská posudková služba významným způsobem reorganizována. Právě v tomto období začaly na československém období poprvé vznikat posudkové komise důchodového zabezpečení jako sborové orgány. Tyto orgány postupně začaly postupně vznikat při okresních národních výborech. Základním důvodem pro zřízení komisí jako sborových orgánů bylo přesvědčení, že posuzování invalidity není jen otázkou medicínskou, ale je nutné brát v úvahu také faktory politické, ekonomické a sociální. Převažovalo rovněž přesvědčení, že tuto otázku je nutné řešit i s ohledem na možnosti začleňování osob se sníženou pracovní schopností do pracovního procesu. S ohledem na tyto faktory tak posudkové komise důchodového zabezpečení nebyly tvořeny jen lékaři, ale tvořili je i odborníci z jiných oblastí, čímž byl do otázky posuzování invalidity vůbec poprvé na našem území zařazen i laický (nelékařský) prvek. Komise byla totiž zásadně čtyřčlenná,

v jejím čele stál posudkový lékař a vedle něj v komisi zasedal tajemník, zástupce pracujících stejně jako zástupce (označovaný rovněž jako „umíst'ovatel“) národního výboru (Langer, 1999, s. 26 -28).

Tehdejší posudkové komise důchodového zabezpečení měly primárně za úkol podávat posudky o tom, zda jsou v konkrétním případě u pojištěnce zdravotně pracovní podmínky pro přiznání nároku na invalidní důchod, popř. i na další dávky ze systému sociálního zabezpečení, pro které je nutné splnit podmínku nepříznivého zdravotního stavu. V návaznosti na toto posouzení pak posudkové komise důchodového zabezpečení předkládaly Státnímu úřadu důchodového zabezpečení návrh na to, zda v konkrétním případě přiznat nárok na invalidní důchod, popř. i další dávky, nebo žádost o invalidní důchod naopak zamítnout. Tyto komise byly zřizovány a působily a rozhodovaly na základě Směrnice Státního úřadu pro důchodové zabezpečení. Existovala rovněž určitá interní pravidla, která postup komisí upravovala, nicméně je třeba konstatovat, že byla spíše dílčího rázu (Langer, 1999, s. 28-29).

V návaznosti na přijetí zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení došlo k dalším významným změnám v otázce právní úpravy lékařské posudkové služby, neboť začaly být nově zřizovány okresní posudkové komise sociálního zabezpečení, které působily při okresních národních výborech, ve druhém stupni pak byly při krajských národních výborech zřizovány krajské posudkové komise sociálního zabezpečení. V roce 1959 byl pak počet členů posudkové komise navýšen ze čtyř na pět, pátým členem byl poslanec příslušného národního výboru. Od roku 1960 až do roku 1990 byl pak tento poslanec také předsedou posudkových komisí, čímž se dále snižoval význam lékaře jako člena (dříve předsedy posudkové komise). Lékaře také bylo s ohledem na převahu medicínských laiků v komisi možné kdykoliv přehlasovat. Tento právní předpis také přinesl rozlišování mezi plným a částečným invalidním důchodem, čímž byla odlišována rovněž plná a částečná invalidita, přičemž tyto dvě kategorie začaly být vnímány jako relativně samostatné a vzájemně na sobě nezávislé. V této souvislosti se lze v československé právní úpravě setkat i se zvláštní invaliditou, která nemusí být nutně spojena se snížením možnosti výdělku, ale bylo pro ni charakteristické zásadní

zhoršení a ztížení obecných životních podmínek, které je dáno trvalým zhoršením zdravotního stavu pojištěnce (Langer, 1999, s. 29-31).

V letech 1957 a 1958 byly také přijaty dvě vyhlášky, které měly zásadní význam pro organizaci činnosti posudkových komisí. Jednalo se o vyhlášku Státního úřadu sociálního zabezpečení. č. 108/1957 Ú.I. a dále o vyhlášku Státního úřadu sociálního zabezpečení. č. 92 /1958 Ú. I. z těchto vyhlášek především vyplývalo, že okresní i krajské posudkové komise měly povahu znaleckých orgánů. Vyhlášky detailněji upravovaly otázky kompetencí posudkových komisí, jejich organizace, ale také některá procesní pravidla, která dříve upravena nebyla. Upravena tak byla například možnost vyloučit některého člena komise z rozhodování v konkrétním případě z důvodu jeho podjatosti apod. Dalšími významnými předpisy, které upravovaly činnost a postupy posudkových komisí na přelomu 50. a 60. let 20. století byly jednací řády těchto komisí (Langer, 1999, s. 30 - 31).

Dalšího vývoje pak lékařská posudková služba doznala v 60. letech, kdy především stojí za zmínku, že v roce 191 vznikla katedra posudkového lékařství na Univerzitě Karlově, které v předcházejícím období ještě nebylo uznáváno jako samostatný medicínský obor v medicíně. Profesor MUDR. Rudolf Bureš, který byl vedoucím této katedry v 60. letech pak vytvořil komplexní teorie a metodické postupy pro posudkové lékařství. Jako samostatný specializační obor pak bylo posudkové lékařství uznáno v roce 1971 (Seifert, Čeledová, 2012, s. 149).

Vedle výše uvedeného se v 60. letech dále vyvíjela i úprava a činnost posudkových komisí. Došlo totiž k přijetí vládní vyhlášky č. 151/1960 Sb., o organizaci a působnosti posudkových komisí sociálního zabezpečení, která přinesla celou řadu nových pravidel. Nově tak komise vedle posuzování a poradenské činnosti ve vztahu ke Státnímu úřadu důchodového zabezpečení získaly také rozhodovací pravomoc v posudkových otázkách za předpokladu, že se jednalo o případy, kdy poskytnutí, popř. neposkytnutí dávky ze systému sociálního zabezpečení bylo závislé práva na posouzení zdravotního stavu pojištěnce. Tímto také posudkové komise získaly postavení správního orgánu, kterým dříve nadány nebyly. Ve srovnání s obdobím 50. let 20. století byla mírně odlišně



upravena rovněž pravidla týkající se místní příslušnosti, posudkových komisí, lhůtách či pravidla upravující účast jiných osob na jednání posudkové komise (Langer, 1999, s. 31 - 32).

Další změny pak přineslo přijetí zákona č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení, kdy došlo mimo jiné k narušení až doposud platného systému zásluhovosti stejně jako pravidla, že není přípustné odejmout občanovi právo, které mu již jednou bylo v minulosti přiznáno (Čevela et al., 2010, s. 14). Od toho se pak odvíjejí i konkrétní změny v oblasti posudkové lékařské služby, kde došlo zejména k tomu, že posudkové komise byly nově oprávněny rozhodovat i v některých věcech týkajících se dávek ze systému sociálního zabezpečení. Posudková komise tak měla možnost rozhodovat například o zvýšení invalidního důchodu stejně jako o navýšení výchovného, které náleželo pojištěnci pro bezmocnost, popř. i o mimořádných výhodách, které byly poskytovány občanům trvale těžce poškozeným na zdraví (Langer, 1999, s. 32 - 33).

K dalším legislativním změnám pak došlo v roce 1975, kdy byl přijat zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, který v obecné rovině zakotvil princip zásluhovosti a zároveň prohloubil princip komplexnosti (Čevela et al., 2010, s. 14). Pro účely této práce je zásadní zejména změna spočívající v zavedení zcela nového druhu invalidity, který spočíval v tom, že pojištěnec sice mohl vykonávat zaměstnání, nicméně pouze za velmi specifických (mimořádných) podmínek. Mezi pojištěnce s tímto typem invalidity byli zařazeni například pojištěnci nevidomí nebo pojištěnci s velmi závažnými ortopedickými vadami. V případě částečné invalidity bylo pak nově zavedeno hodnocení ekonomické podmínky, které bylo v kompetenci posudkových komisí až do konce roku 1995. Dále zákon č. 121/1975 sb., o sociálním zabezpečení zavedl rovněž klasifikaci bezmocnosti, kdy bylo možné identifikovat bezmocnost částečnou, převážnou a úplnou (Langer, 1999, s. 34).

Dalších významných změn již právní úprava lékařské posudkové služby nedoznala až do roku 1989, nicméně stojí ještě za zmínku, že v roce 1988 byl přijat zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, který ve své podstatě vycházel z přesvědčení, že dosavadní zásady právní úpravy sociálního zabezpečení v Československu jsou

vyhovující, nicméně k přijetí nového zákona došlo zejména proto, že soustava sociálního zabezpečení již nekorespondovala s aktuálními potřebami společnosti. Tento fakt byl důvodem, proč bylo přikročeno k poměrně zásadní koncepční změně systému sociálního zabezpečení, do kterého bylo promítnuto celkem osm základních zásad. Jednalo se o následující zásady (Čevela et al., 2010, s. 14 -16):

- Univerzalita.
- Uniformita.
- Komplexnost.
- Adekvátnost.
- Sociální garance.
- Sociální solidarita.
- Sociální spravedlnost.
- Participace.

### ***1.3 Lékařská posudková služba po roce 1989***

V období po roce 1989 je nutné zmínit dvě zásadní změny, které právní úpravu a koncepci lékařských posudkových služeb zásadním způsobem ovlivnily. Předně se jedná o skutečnost, že po sametové revoluci v listopadu roku 1989 došlo k nespočtu změn jak na úrovni politické, tak na úrovni ekonomické a společenské, což bylo důvodem, proč bylo nutné reformovat i celý systém sociálního zabezpečení, lékařské posudkové služby nevyjímaje. Vedle toho nelze opomenout fakt, že doposud bylo možné pojednat společně o vývoji v České republice i na Slovensku, nicméně v souvislosti s rozpadem Československa, je nutné od 1.1.1993 odlišovat český a slovenský systém, které se vyvíjely do určité míry odlišně a oba systémy jsou na sobě od tohoto data zcela nezávislé. Zásadními změnami v tomto období procházel celý systém sociálního zabezpečení, který v řadě oblastí zaostával a vykazoval nespočet nedostatků (Tröster, 2010, s. 34).

V otázce lékařské posudkové služby došlo k zásadní změně hned v roce 1990, kdy byl přijat zákon č. 125/1990 Sb., o působnosti orgánů České socialistické republiky v sociálním zabezpečení. Tento zákon především snížil počet členů posudkových komisí z původních pěti na tři, přičemž členem posudkové komise nově nebyly poslanci a zástupci pracujících (což byli zástupci laické veřejnosti). Prostřednictvím zákona č. 210/1990 Sb., o změnách v působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení byly posudkové komise od 1.9.1990 systematicky podřazeny pod nově zřízené okresní správy sociálního zabezpečení (dále také jako „OSSZ“). K další změně pak došlo zákonem č. 590/1992 Sb., kdy byly posudkové komise zcela zrušeny a posudkovou činnost pak v prvním stupni vykonávali lékaři působící v rámci OSSZ. V roce 1993 byly prostřednictvím zákona č. 307/1993 Sb., v České republice vytvořeny procesní a metodické postupy vztahující se k opravným řízením posudkových komisí. V uvedeném období vznikl rovněž odbor lékařské posudkové služby v rámci České správy sociálního zabezpečení (dále také „ČSSZ“) (Langer, 1999, s. 23-24).

Dalším významným mezníkem v oblasti lékařské posudkové služby byl rok 1996, ve kterém nabyl účinnosti zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který přinesl novou koncepci v oblasti posuzování invalidity. To mělo být jednak objektivnější, ale zároveň aplikovat individuální přístup k pojištěnci. Proto došlo ke zpřesnění kritérií pro stanovení invalidity a zároveň by kladen větší důraz na detailní funkční vyšetření pojištěnce (Arnoldová, 2012, s. 70).

V roce 2006 pak došlo k reorganizaci posudkové služby, která souvisela s přijetím zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách. V předcházejícím období totiž zdravotní stav posuzoval jeden subjekt a dávku pak vyplácel jiný subjekt, což bylo považováno za nesystémové. Proto došlo k reorganizaci, která spočívala v tom, že došlo k vyčlenění části posudkové služby i jiným orgánům (například Úřadu práce), aby zdravotní stav posuzoval ten orgán, který následně vyplácí samotnou dávku. Bohužel tento stav se ukázal být dlouhodobě neudržitelný zejména po organizační stránce, což vedlo k tomu, že k 1.7.2009 byla lékařská posudková služba Úřadu práce a lékařská posudková služba ČSSZ sloučena (Arnoldová, 2013, s. 11).

Dalším významným mezníkem v oblasti úpravy lékařské posudkové služby a posuzování invalidity byl pak rok 2010, kdy nabyla účinnosti vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, která byla součástí rozsáhlé důchodové reformy v České republice. Tato vyhláška přinesla zejména stanovení zcela nových cílů, se kterými byla spojena i změna v definici invalidity. Významnou změnu přineslo rovněž zrušení plné a částečné invalidity, kterou nahradilo rozdělení invalidity do tří stupňů (Arnoldová, 2012, s. 70). V novém systému je rozhodujícím kritériem míra poklesu pracovní schopnosti, přičemž nezáleží na tom, jakým zdravotním postižením byl tento pokles zapříčiněn. Tato reforma prezentovala také důležité východisko, které spočívá ve skutečnosti, že není žádoucí na hledat spojitost mezi posuzováním invalidity pojištěnce a finančními aspekty této invalidity (Tröster, 2010, s. 164).

Určitou změnu lze pak zaznamenat i v roce 2014, kdy se změnilo posuzování nároku na vydání průkazu osoby se zdravotním postižením. Vydání tohoto průkazu od roku 2014 již nově není vázáno na stupeň závislosti, který byl pojištěnci přiznán, ani na neschopnost zvládat základní životní úkony v oblasti orientace a mobility (Čeledová et al., 2015, s. 163).

Lékařská posudková služba na Slovensku pak v roce 1993 začínala se zcela shodnými právními předpisy, jaké platily i v České republice, nicméně následující vývoj se podstatným způsobem liší. V rámci celého systému sociálního zabezpečení především hned v roce 1993 došlo v rámci transformace sociální sféry ke změně institucionálního uspořádání a vytvoření veřejnoprávní instituce, kterou byla Národní pojišťovna. Tato změna vyjadřovala dva nové a důležité základní fakty, které jsou následující (Sociálna poisťovňa, 2018):

- došlo ke sloučení výkonu zdravotního pojištění, nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení v jedné instituci, tvořené třemi samostatnými fondy.
- v návaznosti na novou daňovou soustavu došlo k vyčlenění financování sociálního zabezpečení Národní pojišťovny od státního rozpočtu a vznikly celkem tři samostatné fondy, které měly získávat prostředky především z pojistného a částečně také z příspěvků státu.

Vedle řady dílčích změn, kterými lékařská posudková služba na Slovensku prošla mezi roky 1993 – 2003 je důležité zmínit, že v roce 1994 došlo zákonem č. 274/1994 sb., o Sociální pojišťovně ke zřízení Sociální pojišťovny, což je veřejnoprávní instituce pověřená výkonem nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení, které převzala od své předchůdkyně Národní pojišťovny. Od slovenské pojišťovny převzala 1. dubna 2002 i pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu a nemoci z povolání, tzv. úrazové pojištění. Od 1. ledna 2004 provádí sociální pojištění na základě zákona č. 461/2003 Sb. o sociálním pojištění, který je z hlediska organizace lékařské posudkové služby významným mezníkem. Sociální pojišťovna na základě tohoto zákona provádí nemocenské pojištění, důchodové pojištění, tj. jak starobní, tak invalidní, dále úrazové pojištění, garanční pojištění a pojištění v nezaměstnanosti (Sociálna poisťovňa, 2018).

Posudkovou činnost v oblasti invalidity (v rámci systému důchodového pojištění) tak od roku 2003 provádí posudkový lékař příslušné pobočky Sociální pojišťovny, ve druhém stupni pak posudkový lékař Ústředí Sociální pojišťovny. Zákon č. 461/2003 Sb. o sociálním pojištění zrušil původní posudkové komise. Posudkový lékař provádí posouzení zdravotního stavu pojišťovny samostatně za přítomnosti osobního referenta. *„Podle zákona o sociálním pojištění je pojištěnec invalidní, pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je jeho schopnost vykonávat výdělečnou činnost snížena o více než 40 % ve srovnání se zdravou fyzickou osobou. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok“* (Konopásková et al., 2017, s. 15).

Při posuzování zdravotního stavu pojištěnce vychází slovenský posudkový lékař jednak z lékařských zpráv od ošetřujících lékařů pojištěnce a jeho zdravotní dokumentace a dále také z výsledků komplexního funkčního vyšetření pojištěnce a jeho závěrů. Dalším významným krokem, který se ve vývoji lékařské posudkové služby odehrál, bylo přijetí koncepce oboru posudkového lékařství, ke kterému došlo v roce 2007. Tuto koncepci vydalo Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky. Koncepce posudkové lékařství pojala jako interdisciplinární obor, který vedle samotného zdravotního stavu pojištěnce a schopnosti pracovat hodnotí i ekonomickou stránku ve vztahu ke konkrétnímu

zaměstnání či výdělečné činnosti (Konopásková a kol., 2017, s. 13-15). Dalších významných změn pak již do současné doby právní úprava lékařských posudkových služeb na Slovensku nedoznala.

## **2 Současný stav**

Druhá kapitola je stěžejní kapitolou diplomové práce, neboť se zaměřuje na současnou právní úpravu i praktické otázky organizace a činnosti lékařské posudkové služby na území České republiky. Kapitola tak sestává z několika podkapitol, mezi které patří následující: právní zakotvení lékařské posudkové služby, což je kapitola, ve které je důraz kladen na úpravu v českém právu, nicméně stručně jsou zmíněny i mezinárodněprávní aspekty a aspekty z evropského práva, neboť závazky na mezinárodní úrovni stejně jako členství ČR v EU rozhodně nelze v souvislosti s pojednáním o právním zakotvení institutu LPS tyto závazky opomíjet. Dále je pojednáno o funkci LPS, její organizaci a také o její činnosti.

### ***2.1 Právní zakotvení činnosti lékařské posudkové služby v současnosti***

Právním základem činnosti LPS na ústavní úrovni je čl. 30 Listiny základních práv a svobod, ve kterém je zakotveno právo na přiměřené hmotné zabezpečení jak ve stáří, tak v případě nezpůsobilosti k práci stejně jako v případě, že dojde ke ztrátě živitele.

V současné době je činnost lékařské posudkové služby upravena především v zákoně č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Tuto právní úpravu nelze v žádném případě zaměňovat s posudkovou péčí, kterou upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách stejně jako je třeba důsledně odlišovat i pracovní lékařské služby a rovněž otázky posuzování nemocí z povolání (Sůvová, 2018). O jiných formách posuzování zdravotního stavu v rámci systému sociálního zabezpečení však bude pojednáno v kapitole č. 4 této práce, na kterou tímto odkazují. Nyní je však stěžejní představit právní úpravu lékařské posudkové služby.

Otázka posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti je zakotvena především v ustanovení § 8, který je systematicky zařazen do čísta druhé, která se nazývá „úkoly orgánů sociálního zabezpečení, dalších orgánů a obcí v sociálním zabezpečení zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (Zákon č. 582/1991 Sb.). Ze zmíněného ustanovení především vyplývá, pro jaké účely posuzují OSSZ zdravotní stav, popř. také schopnost pracovat. Těmito účely je jednak přiznání nároku

na sociální dávku a dále přiznání nároku na průkaz osoby se zdravotním postižením podle jiných právních předpisů. Otázky, které podle tohoto ustanovení ze strany LPS OSSZ posuzujeme, jsou jednak invalidita, popř. změna jejích stupně, dále dochází k posuzování dlouhodobě nepříznivého stavu u dítěte a s tím je posuzována i jeho schopnost, resp. spíše neschopnost vykonávat výdělečnou činnost, dále je LPS na OSSZ oprávněna posuzovat, zda se jedná o osobu zdravotně znevýhodněnou, stupeň závislosti na pomoci jiné osoby stejně jako schopnost pohybu a orientace (pro účely přiznání průkazu určeného osobám se zdravotním pojištěním, popř. pro účely přiznání příspěvků na zvláštní pomůcky apod.). Stejně tak provádí v některých případech LPS OSSZ kontrolní lékařskou prohlídku (Zákon č. 582/1991 Sb., § 8 odst. 1). V návaznosti na toto posouzení je pak vydáván posudek dle ustanovení § 4 odst. 2 a dle § 8 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, pro který je charakteristické, že není ani správním rozhodnutím a ani nemá povahu závazného stanoviska, což znamená, že jejich obsah není závazný pro výrokovou část vlastního rozhodnutí o přiznání určité dávky, popř. určitého průkazu osoby se zdravotním postižením apod. (Čevela et al., 2010, s. 125). Přesto je obvyklé, že na základě posudku LPS je rozhodováno o těchto o aspektech, neboť se jedná o určitý odborný podklad pro dané rozhodnutí, se kterým je nutné se v rozhodnutí vypořádat, přičemž je to právě lékař, kdo by měl nejlépe vědět, jaký je reálně zdravotní stav posuzované osoby a jak ji omezuje (ve srovnání např. s úředníkem, který „pouze“ vydává správní rozhodnutí ve věci samé) (Seifert, Čeledová, 2012, s. 106).

V této souvislosti však v souladu s právní úpravou platí, že posudek vydaný dle výše uvedené právní úpravy LPS OSSZ je jen jedním z důkazů, který je brán v úvahu při rozhodování o dané věci a měl by být hodnocen podle zásady volného hodnocení důkazů (Čevela et al., 2010, s. 125).

V ustanovení § 8 odst. 9 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení je pak upraveno, v jakých případech a za jakým cílem provádí posuzování LPS ČSSZ, která posudkovou činnost vykonává především v řízení o námitkách proti posudku, který je výstupem posudkové činnosti LPS OSSZ. V případě, že se jedná o posouzení, zda je konkrétní žadatel osobou zdravotně znevýhodněnou, provádí ČSSZ



posudkovou činnost pro účely odvolacího řízení (Zákon č. 582/1991 Sb., § 8 odst. 9). Jedná se tedy obecně o posudky druhoinstanční, zatímco posudky OSSZ jsou označovány jako posudky prvoinstanční (Kalvach et al., 2012, s. 121). Ze zmíněného ustanovení dále plyne, že úkoly LPS ČSSZ může plnit pouze lékař, přičemž tímto lékařem nesmí být ten lékař, který se již podílel na posouzení žadatele u OSSZ (Zákon č. 582/1991 Sb., § 8 odst. 9).

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení je procesněprávním předpisem, který je v oblasti právní úpravy LPS stěžejní, nicméně svůj význam v této oblasti má i řada dalších právních předpisů, ve kterých je možné hledat úpravu LPS. Subsidiárně se pak na činnost LPS použije například rovněž zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, který je také procesním právním předpisem. Samozřejmě existuje i nespočet hmotněprávních předpisů, ve kterých je problematika LPS upravena. K takovým předpisům patří zejména zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve kterém jsou upraveny rovněž podmínky nároku na invalidní důchod, pro který je stěžejní posouzení, zda je osoba invalidní či nikoliv, resp. jaký je stupeň její invalidity. Důležitým předpisem v oblasti hmotného práva je pak rovněž zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (Čevela, 2015, s. 122). Dále lze mezi předpisy, které se k problematice vztahují zařadit rovněž zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (Ptáček et al., 2013, s. 133 a násl.).

Vedle zákonů, které se k problematice vztahují, pak existuje celá řada podzákoných právních předpisů, kterými jsou zejména prováděcí vyhlášky. Takovým předpisem je například vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (Čevela, 2015, s. 122). Právních předpisů, které se LPS a její činnosti alespoň okrajově dotýkají, existuje v ČR celá řada, velmi také záleží, v rámci jakého systému sociálního zabezpečení k posuzování dochází stejně jako na účelu posuzování. Z tohoto důvodu nejsou v této práci vyjmenovány zdaleka všechny předpisy, které se problematiky alespoň dílčím způsobem dotýkají, neboť by pojednání o nich bylo skutečně velmi obsáhlé a není to cílem předkládaného textu.

Vzhledem k tomu, že v kapitole o historii byla nastíněna i právní úprava Slovenska a její vývoj, je ovšem vhodné alespoň stručně zmínit základní prameny práva, které problematiku upravují rovněž na Slovensku, kde je na rozdíl od české republiky otázka LPS upravena novějším právním předpisem, kterým je zákon č. 461/2003 Sb. o sociálním pojištění (Sociálna poisťovňa, 2018). Doba, od kdy je předpis účinný, však není jedinou odlišností, neboť jak je zřejmé již z názvu předpisu, systematicky je LPS na Slovensku rovněž zařazena zcela do jiného předpisu než v ČR.

## ***2.2 Funkce lékařské posudkové služby***

Lékařská posudková služba pochopitelně plní určité funkce celospolečenského významu a má určité úkoly, které jsou jí svěřeny. Z hlediska funkcí lze identifikovat především funkci sociální, zdravotní, preventivní, pracovní, ekonomickou a pochopitelně také funkci právní (Seifert, Čeledová, 2014, s. 21). V rámci LPS v sociálním zabezpečení je nezbytné přihlížet k tomu, že úlohou LPS je řešit problém komplexně, tedy nazírat na problém posuzované osoby jen z jednoho úhlu pohledu (např. z pohledu medicíny), ale je nutné brát v úvahu například i pracovní a ekonomické stejně jako sociální aspekty, čemuž pak odpovídají jednotlivé funkce, které LPS plní (Čevela et al., 2010, s. 21). V následujícím textu jsou tudíž představeny všechny výše uvedené funkce, které LPS alespoň za určitých okolností, popř. do určité míry plní.

Sociální funkce, kterou LPS plní, patří k těm nejvýznamnějším funkcím, což je dáno i sepětím činnosti LPS se sociálním zabezpečením. Sociální funkce je pak reprezentována jednak přímou účastí na sociálním začleňování, ale také spoluúčastí na přiměřeném a přijatelném řešení aktuální sociální situace posuzované osoby, který je v daném případě žadatelem o dávku, na kterou má nárok pouze tehdy, pokud splní podmínky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (Seifert, Čeledová, 2014, s. 21). Trochu jinými slovy lze jednoduše konstatovat, že výstupy činnosti LPS, tedy posudky týkající se zdravotního stavu posuzované osoby, jsou základním podkladem pro rozhodnutí o přiznání dávky, která odpovídá situaci posuzované osoby a má řešit její sociální problém (Langer, 1999, s. 19).

Další funkcí, kterou LPS plní je funkce zdravotní, některé zdroje ji označují rovněž jako funkci medicínskou. Tato funkce spočívá v komplexním zjištění zdravotního stavu posuzované osoby, které je základem každého posouzení, které LPS provádí. Součástí této funkce však není jen zjištění informací o zdravotním stavu osoby, ale také jejich adekvátní vyhodnocení (Čevela et al., 2010, s. 21). Velmi důležitou součástí této funkce je rovněž stanovení konkrétních diagnostických závěrů, které se následně projeví v posudku. Poměrně významným specifikem LPS jako medicínského (lékařského) oboru je skutečnost, že tento obor neusiluje o to, aby byla posuzovaná osoba léčena či vyléčena, to je svěřeno lékařům z klinických oborů, LPS má za úkol z medicínského hlediska zhodnotit zdravotní stav a vydat posudek pro účely sociálního zabezpečení a nároku na příslušné dávky (Čevela, 2015, s. 118).

Třetí funkcí, která byla na počátku této kapitoly zmíněna, a která má zásadní význam, je funkce preventivní. Ta spočívá v tom, že samotné konstatování o tom, zda jedinec je či není invalidní, popř. zda je v pracovní neschopnosti či není, má preventivní význam z hlediska pracovního prostředí, kde posuzovaná osoba působí, a vlivů tohoto prostředí na jedince (Čevela et al., 2010, s. 21). Konstatování, že je jedinec invalidní, popř. práceneschopný, totiž vede k tomu, že jedinec v takovém prostředí nadále nesetrvává, čímž se realizuje prevence ve vztahu k dalšímu možnému poškozování zdraví posuzované osoby v důsledku vlivů, které na ni působí na pracovišti (Čevela, 2015, s. 118).

Lékařská posudková služba však plní rovněž funkci pracovní, která má úzkou návaznost i na výše zmíněnou preventivní funkci. LPS totiž má zásadní vliv na celkový počet osob v populaci a na pracovním trhu, které jsou uznány za invalidní, popř. neschopné výkonu práce (Čevela, Čeledová, Zvoníková, 2010, s. 21). Jinak řečeno, počet ekonomicky aktivních (a s tím i třeba počet osob nezaměstnaných je do určité míry spojen právě s činností LPS, resp. s jejími výstupy (Čevela, 2015, s. 118).

S pracovní funkcí je úzce spjata i funkce ekonomická (Čevela, Čeledová, Zvoníková, 2010, s. 21). Jak samotná posudková, tak i kontrolní činnost, kterou LPS vykonává, totiž má zásadní dopad na náklady státního rozpočtu a systému sociálního zabezpečení,

kteřé jsou vynakládány na sociální dávky, které náleží osobám, jež nemohou pracovat z důvodu invalidity, popř. dlouhodobé pracovní neschopnosti (Seifert, Čeledová, 2014, s. 21). Z jiného úhlu pohledu lze na tuto funkci nahlížet i tak, že zajišťuje přiměřené hmotné zabezpečení osobám, které nemohou z výše uvedených důvodů pracovat a zajistit si tak prostředky vlastní práci.

Poslední funkcí, kterou LPS dle odborné literatury plní, je právní funkce. Lze totiž vyjít z toho, že LPS zajišťuje velmi odborné a expertní podklady, které jsou základem pro spolehlivé správní rozhodnutí o tom (Čevela, 2015, s. 119), zda jsou či nejsou posuzované osobě přiznány dávky spojené s nepříznivým zdravotním stavem této osoby (Seifert, Čeledová, 2014, s. 21). Posudky LPS jsou pak leckdy důležitým podkladem i pro rozhodování ve vyšší instanci, popř. před soudem, pokud posuzovaná osoba není spokojena s původním správním rozhodnutím a brojí proti němu ve formě opravných prostředků (Hendrych, 2009, s. 903).

Závěrem této podkapitoly je nutné konstatovat, že všechny funkce, které LPS plní, jsou velmi důležité a zásadní význam zde má jejich vzájemná provázanost. Leckdy by totiž jedna funkce nebyla dostačující, nicméně společně s dalšími napomáhá komplexně řešit konkrétní situaci posuzované osoby.

### ***2.3 Organizace lékařské posudkové služby***

Z hlediska organizace lékařské posudkové služby je nutné především zmínit, že v současnosti (tj. na konci roku 2018, kdy je tato práce dokončována) je LPS organizována výlučně v rámci orgánů státní správy (konkrétně orgánů působících v oblasti sociálního zabezpečení), což znamená, že LPS není žádným způsobem organizována například v rámci orgánů územní samosprávy, stejně jako není organizována prostřednictvím jiných veřejnoprávních ani soukromoprávních institucí (Čeledová et al., 2015, s. 13). Lékařská posudková služba je z organizačního hlediska složkou sociálního systému (Čevela et al., 2010, s. 22).

Lékařská posudková služba je tedy strukturálně začleněna do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (Čevela, 2015, s. 118). Za zmínku pak jistě stojí i fakt, že v roce 2017,

za který jsou v době zpracování této diplomové práce dostupná komplexní data, disponovala LPS v resortu MPSV ČR celkem asi 350 lékaři, jejichž průměrný věk činil 65 let (Čeledová, Holčík, 2018, s. 87). V této souvislosti je zde patrný určitý pokles počtu lékařů v resort, neboť v roce 2013 se jednalo o zhruba 400 lékařů, jejichž průměrný věk činil 62 let (Čevela, 2015, s. 118).

Organizační struktura LPS v současnosti sestává z následujících orgánů působících v oblasti sociálního zabezpečení (Čevela, 2015, s. 119):

- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Posudkové komise MPSV.
- Česká správa sociálního zabezpečení.
- Okresní správy sociálního zabezpečení.

### ***2.3.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR***

Pokud se týká MPSV ČR, jedná se především o ústřední orgán státní správy, který působí v oblasti sociálního zabezpečení (MPSV, 2013). Od toho se pak odvíjí i jeho úkoly, které plní v oblasti organizace lékařské posudkové služby. NA MPSV především funguje odbor posudkové služby, který je zaměřen na odborné řízení stejně jako na oblast kontroly LPS. K jeho úkolům dále patří také sjednocování interpretace právních předpisů, které se na činnost LPS vztahují a upravují ji, aby nedocházelo k odlišné interpretaci práva ze strany jednotlivých orgánů v této oblasti působících (Čevela, 2015, s. 119). Stejně tak MPSV odpovídá za celou koncepci LPS (MPSV, 2013).

Důležitým úkolem, který spadá do pravomoci MPSV je pak rovněž zpracovávání legislativních návrhů a záměrů týkajících se LPS a její činnosti, kompetencí apod. Opomenout nelze ani spolupráci MPSV s jinými orgány veřejné správy ve vztahu k LPS stejně jako spolupráci s partnery ze zahraničí (Čevela, 2015, s. 119). Důležitým faktorem, na kterém se MPSV výrazně podílí je zajištění aplikace poznatků z oboru medicíny do oblasti sociálního zabezpečení, neboť nelze opomíjet fakt, že se jedná o dva zcela odlišné obory, které se však právě v oblasti LPS a sociálních dávek velmi úzce prolínají (MPSV, 2013).

### **2.3.2 Posudkové komise MPSV**

Dalším orgánem, který má v kompetenci LPS, jsou posudkové komise MPSV, která zřizuje právě MPSV. Jedná se o orgán posudkového typu, který je orgánem kolektivním, což je dáno tím, že ze zákona je možné činit závěry (a vyhotovovat posudky) o zdravotním stavu posuzovaných osob pouze komisionálně (tj. kolektivním orgánem, nikoliv jednotlivcem) (Čevela, 2015, s. 119). Proto je také každá posudková komise MPSV složena minimálně ze tří členů, přičemž posudkový lékař bývá předsedou komise, vedle něj mohou členy posudkové komise být například odborní lékaři z některého klinického oboru medicíny (v návaznosti na charakter zdravotních obtíží posuzované osoby) stejně jako třeba tajemníci. S tím je pak spojen fakt, že posudková komise nemá předem přesně stanovené složení, je sestavována až v návaznosti na konkrétní situaci a v návaznosti na to, pro jaké účely se vydává posudek, jaké obtíže má posuzovaná osoba mít apod. Faktorů, které její složení ovlivňují je tak vícero. Někdy je totiž například potřeba, aby bylo členem posudkové komise i více lékařů z různých oborů klinické medicíny (s ohledem na větší množství obtíží na straně posuzované osoby, které mají být předmětem posouzení). S ohledem na skutečnost, že obsazování posudkových komisí MPSV tak může být poměrně složitým úkolem, není přímo zákonem limitována a přesně stanovena místní příslušnost jednotlivých posudkových komisí, což ovšem neznamená, že by se v praxi odvolací či soudní orgány neobraceli na z hlediska místního nejbližší detašované pracoviště posudkové komise MPSV (Čeledová et al., 2015, s. 14 - 15).

Pro posudkové komise MPSV je z organizačního hlediska charakteristické, že „*jsou organizačně začleněny v rámci regionálních organizačních struktur MPSV. V současné době jde o detašovaná pracoviště MPSV v Ostravě, Brně, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Českých Budějovicích, Plzni a Praze*“ (MPSV, 2013). Posudkové komise MPSV je třeba vnímat jako druhoinstanční posudkový orgán, který vykonává posudkovou činnost pro potřeby jak pojistných, tak nepojistných systémů sociálního zabezpečení, které v ČR existují a fungují, přičemž charakteristické pro ně je, že jejich posudky jsou vyžadovány pro potřeby odvolacích řízení proti rozhodnutím správních orgánů, která byla vydána na podkladě posudku okresní správy sociálního zabezpečení,

případně se na posudkové komise MPSV obrací nezávislé soudy působící v oblasti správního soudnictví, pokud projednávají žalobu směřující proti správnímu rozhodnutí, které bylo vydáno na podkladě posudku, který vydala Česká správa sociálního zabezpečení (Čevela, 2015, s. 119).

### **2.3.3 Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ)**

Česká správa sociálního zabezpečení je ústředním správním orgánem, do jehož kompetence spadá jak řízení, tak i kontrola činnosti jednotlivých okresních správ sociálního zabezpečení, čímž je dán i fakt, že k tomuto účelu musí mít ČSSZ své specifické kompetence, které jsou stanoveny zákonem (Čevela, 2015, s. 119). Pokud se týká konkrétně činnosti v oblasti LPS, na ČSSZ působí specializovaný úsek LPS (MPSV, 2013).

Úkolem tohoto úseku je především řízení a metodická kontrola činnosti LPS, a to jak na úrovni ČSSZ, tak na úrovni OSSZ, pokud se týká otázek posuzování zdravotního stavu stejně jako pracovní neschopnosti v případě fyzických (posuzovaných) osob. Opomenout nelze ani fakt, že úsek LPS na ČSSZ se rovněž podílí na tvorbě celkové koncepce LPS pro celou ČR, čímž při její tvorbě spolupracuje s MPSV (Čeledová, Čevela, Bosák, 2015, s. 15). S tím se pak pojí i fakt, že úsek LPS na ČSSZ také *„zastupuje ČSSZ při jednáních, týkajících se dalšího rozvoje LPS, účastní se připomínkového řízení k návrhům mezistátních smluv, správních ujednání a dohod nositelů pojištění v rozsahu své působnosti a plní řadu dalších úkolů ve vztahu k lékařské posudkové činnosti“* (MPSV, 2013). Opomenout nelze ani fakt, že úsek LPS na ČSSZ zastupuje ČSSZ i v jednáních souvisejících například s mezinárodními smlouvami týkající se LPS stejně jako v souvislosti s právními předpisy Evropské unie, které se týkají LPS (Čeledová et al., 2015, s. 15).

Vedle práce na celé řadě koncepčních, organizačních, řídicích a kontrolních činnostech v oblasti LPS, pak nelze opomíjet i fakt, že ČSSZ je v některých případech právními předpisy svěřena i vlastní posudkové činnosti. Ta se vztahuje především na případy, kdy se vede odvolací řízení ve věcech prodlužování podpůrčí doby z nemocenského pojištění (typicky zejména v případech nemocenského) nebo v případě, že se vede

námitkové řízení proti rozhodnutí, které se vztahuje k věcem v oblasti důchodového pojištění (Čevela, 2015, s. 119-120).

#### ***2.3.4 Okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ)***

Posledním orgánem, který působí v oblasti LPS, a který má také značný význam, protože je často prvním orgánem, se kterým přijde posuzovaná osoba do styku, je okresní správa sociálního zabezpečení. OSSZ lze charakterizovat jako územní složky ČSSZ (Čevela, 2015, s. 120). V oblasti LPS zde působí lékaři, kteří vykonávají, jak vlastní posudkovou činnost v první instanci, tak i některé další související činnosti, mezi které patří například kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti či potřeby ošetřování a případně i další úkoly, které LPS OSSZ svěřují české právní předpisy (MPSV, 2013).

Okresní správy sociálního zabezpečení tedy posuzují otázky zdravotního stavu a pracovní schopnosti fyzických osob, čímž posuzují zejména následující okolnosti (Čeledová et al., 2015, s. 16):

- Invaliditu posuzované osoby, popř. vývoj v oblasti stupě invalidity posuzovaného jedince,
- Dlouhodobě nepříznivý stav dítěte,
- Stupeň závislosti fyzické osoby na péči jiné osoby, což je důležitým ukazatelem pro účely přiznání či nepřiznání příspěvku na péči,
- Zdravotní postižení posuzované fyzické osoby, a to včetně její mobility za účelem přiznání (popř. nepřiznání) průkazu osoby se zdravotním postižením.
- Zdravotní postižení posuzované osoby za účelem rozhodování o přiznání či nepřiznání příspěvku na zvláštní zdravotní pomůcky,
- Zdravotní stav fyzické osoby za účelem přiznání (popř. nepřiznání) statusu osoby zdravotně znevýhodněné.

V případě OSSZ je stanovena místní příslušnost, která se v zásadě řídí místem trvalého pobytu posuzované osoby, výjimkou jsou případy, kdy se jedná o žáka speciální školy, kdy se místní příslušnost řídí místem sídla speciální školy, kterou takový žák



navštěvuje. Výjimkou jsou pak rovněž případy, kdy se posuzovaná osoba nachází ve výkonu trestu, popř. ve vazbě, kdy se místní příslušnost řídí místem sídla věznice, v níž je posuzovaná osoba umístěna. Právní předpisy také upravují pravidla pro delegaci místní příslušnosti v některých specifických případech (Čevela, 2015, s. 120).

#### ***2.4 Činnost lékařské posudkové služby***

Pro účely této práce stejně jako pro osobu, která žádá o určitou dávku spojenou s nepříznivým zdravotním stavem, je každopádně především činnost, kterou LPS vykonává. Činnost lékařské posudkové služby má přitom zásadní význam pro systém sociálního zabezpečení, přičemž důvody, proč tomu tak je, je potřeba hledat v oblasti společenského i ekonomického vývoje stejně jako v oblasti nastavení sociální politiky ČR (Consult research, 2013). Jedná se o činnost, která má zásadní dopady jak pro občany, kterých se problematika invalidity či dlouhodobé pracovní neschopnosti dotýká, tak i pro stát, a to z hlediska objemu prostředků, které jsou vyplaceny na dávkách (Sulek, 2018). Z těchto důvodů je potřeba se na činnost LPS zaměřit i v této práci.

Nejvýznamnější činností, kterou LPS vykonává, je již mnohokrát zmíněná posudková činnost, což znamená podávání posudků o zdravotním stavu posuzovaných osob a souvisejících aspektech (Ptáček et al., 2014, s. 177). Pro tuto činnost je charakteristické, že se jedná o odbornou lékařskou činnost, musí ji tedy vždy vykonávat lékař (Kalvach et al. 2012, s. 121). V některých oblastech je kritérium zdravotního stavu tím jediným, co je ze strany LPS hodnoceno. V některých případech je ovšem nutné přihlížet i k dalším faktorům, zdravotní stav je tudíž výchozím kritériem, nicméně ne jediným. V rámci činnosti LPS tudíž obvykle nebývá hodnocen jen samotný zdravotní stav, ale i jeho dopad do některých specifických z pohledu práva relevantních důsledků (to znamená například do pracovněprávních vztahů posuzované osoby), neboť spolu se zdravotním stavem bývá obvykle hodnocena například míra poklesu schopnosti vykonávat soustavnou výdělečnou činnost (Langer, 1999, s. 15).

Charakteristickým rysem činnosti LPS je skutečnost, že posuzování je prováděno až na základě žádosti orgánu, u kterého je možné podat žádost o dávku spojenou s invaliditou

či dlouhodobou pracovní neschopností, což znamená, že žadatel (posuzovaná osoba) se nemůže obrátit přímo na LPS (Čeledová et al., 2015, s. 13), ale je nutné žádost směřovat na příslušný orgán, který si posouzení zdravotního stavu následně vyžádá. Obvykle tímto orgánem bývá příslušní okresní správa sociálního zabezpečení (ČSSZ, 2015).

Při vlastním výkonu posudkové činnosti pak záleží z velké části přímo na lékaři LPS, jak bude postupovat. Má například možnost si pro účely posouzení zdravotního stavu vyžádat zdravotnickou dokumentaci a lékařské zprávy posuzované osoby. Může se však rozhodnout i pro to, že si zdravotní stav vyšetří sám a zcela nezávisle na odborných lékařích, kteří mají posuzovanou osobu v péči (Seifert, Čeledová, 2014, s. 20).

Důležité přitom je, že lékař LPS musí postupovat *lege artis* z medicínského hlediska, nicméně s ohledem na hraniční charakter oboru, musí dbát i některých pravidel správního práva (Ptáček et al., 2014, s. 183). K principům správního práva, které je nutné při činnosti LPS dodržet, patří například zásada zákonnosti, je tedy nutné postupovat v souladu se zákony ČR, důležitá je rovněž zásada rychlosti a hospodárnosti, nemělo by tedy docházet ke zbytečným průtahům v činnosti LPS stejně jako by neměly být zvyšovány ani náklady na straně státu, ale ani náklady na straně posuzované osoby. Stejně tak je třeba dodržovat zásadu spolupráce s ostatními správními orgány, která je s ohledem na provázanost LPS s činností orgánů sociálního zabezpečení klíčová pro zajištění účelu systému sociálního zabezpečení. Obecně by při činnosti LPS měly být dodržovány zásady dobré správy (Liberdová, 2015). Hlavním výstupem celé činnosti LPS je pak pochopitelně posudek o zdravotním stavu posuzované osoby, který slouží jako podklad pro vlastní správní rozhodnutí o přiznání, popř. nepřiznání sociálních dávek (Čejková, Pechán, 2006, s. 25), a který je dále definován v podkapitole č. 3.1, na kterou je tímto odkazováno.

Otázka některých činností LPS je natolik významná, že se jí věnuje i zahraniční literatura a celá řada mezinárodních organizací, mezi které patří zejména Světová zdravotnická organizace (WHO), která tak představuje například manuál pro posuzování zdravotního stavu posuzované osoby, který může být jistě prospěšný i pro české lékaře LPS, neboť Česká republika je členem WHO, tudíž by měla dodržovat

standardy, které tato organizace upravuje prostřednictvím metody s názvem WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010, s. 4-5). Za zmínku pak stojí i analýza, kterou realizovala v této oblasti Rada Evropy, jejímž výsledkem je řada podnětných myšlenek (Council of Europe, 2002), které by mohly být implementovány do českého právního řádu a v návaznosti na to i do vlastní činnosti LPS.

Výstupem činnosti LPS, která se pak projeví v posudku, by mělo být zjištění, které dává odpověď na následující body (otázky), kterými by se měla LPS zabývat (Council of Europe, 2002, s. 13):

- Je přítomna neschopnost pracovat, popř. snížená schopnost pracovat, a to e z důvodu nepříznivého zdravotního stavu?
- Jedná se o takový typ (druh) nedostatečnosti v oblasti zdravotního stavu, který posuzovanou osobu kvalifikuje jako příjemce určité dávky či výhody v rámci systému sociálního zabezpečení?
- Je nepříznivý zdravotní stav natolik závažný, že posuzované osobě lze přiznat nárok na dávku či výhodu ze systému sociálního zabezpečení z důvodu nepříznivého zdravotního stavu?
- .Je možné očekávat, že nepříznivý zdravotní stav bude trvat delší dobu?
- V zahraničí se také přihlíží k tomu, čeho je nepříznivý zdravotní stav důsledkem, resp. hledá se odpověď na otázku, zda je nepříznivý zdravotní stav důsledkem příčiny, která je považována za přiměřenou (například pracovní úraz, vrozená dispozice apod.)?

Z tohoto hlediska je zřejmé, že některé zdravotní systémy v Evropě patrně zohledňují i to, jak posuzovaná osoba ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu přišla. To znamená, že by teoreticky bylo možné limitovat nárok na dávky u těch posuzovaných osob, které si svůj nepříznivý zdravotní stav zavinili sami, například při kriminálním jednání, intoxikací drogami apod. (Council of Europe, 2002, s. 13). V českém právním prostředí se však takto striktní přístup zatím neuplatňuje, ze systému sociálního zabezpečení jsou tak zabezpečovány i osoby, které si leckdy svůj zdravotní stav

z podstatné míry zapříčinili sami. Nicméně myšlenka, kterou prezentuje publikace Rady Evropy, jednoznačně stojí za zvážení.

### 3 Vymezení pojmů

Pro účely dalšího výkladu je zcela nezbytné vymezit tři základní pojmy, které práce opakovaně používá. Jedná se o pojmy posudek, lékařská posudková služba a zdravotní stav.

#### 3.1 Posudek

Pod pojmem posudek se v oblasti sociálního zabezpečení rozumí správní úkon, který je jednak právně významný a také autoritativní a je výsledkem orgánu lékařské posudkové služby. Jedná se přitom o právně formulovaný „výsledek posouzení zdravotního stavu konkrétní osoby a jeho specifických důsledků, stanovených právními předpisy sociálního zabezpečení“ (Langer, 1999, s. 21). Posudek lze také charakterizovat jako podklad pro další rozhodování orgánů sociálního zabezpečení v otázkách invalidity, popř. i v dalších otázkách, za jejichž účelem byl posudek zpracován.

Posudek LPS musí každopádně vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu osoby, která je posuzována a je nezbytné, aby odpovídal posudkovým kritériím, která jsou stanovena právními předpisy. (Čevela, 2015, s. 121).

Jinak řečeno, posudek musí splňovat určité náležitosti, které jsou upraveny ve vyhlášce č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě (Seifert, Čeledová, 2012, s. 25). V této vyhlášce je uvedeno, že posudek vydávaný při posuzování invalidity pojištěnce musí obsahovat identifikační údaje posuzované osoby (to znamená zejména jméno, rodné číslo, adresu pojištěnce), dále je nutné, aby byl v posudku uveden jednak předmět řízení, ale také informace o průběhu jednání ve věci. Náležitostí posudku je rovněž zdravotní anamnéza posuzované osoby, které vedle zdravotních údajů o aktuálních i předcházejících onemocněních pojištěnce zahrnuje rovněž rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, subjektivní obtíže, terapii, kterou pojištěnec podstupuje. Nezbytnou náležitostí je pochopitelně i výsledek posouzení lékařskou posudkovou službou, jméno a podpis posudkového lékaře stejně jako datum vyhotovení posudku (Vyhláška č. 359/2009 Sb., § 7).

Nejpodstatnějším výstupem takového posudku je pak vyhodnocení získaných údajů ve vztahu ke skutečnosti, zda posuzovaný pojištěnec splňuje podmínky, které jsou právem stanoveny pro přiznání dávky – invalidního důchodu. Je-li nutné vyhodnotit v souladu s právními předpisy i jiné podmínky než zdravotního charakteru, je lékařská posudková služba oprávněna je vyhodnotit ovšem pouze ve vztahu ke zdravotnímu stavu (zde se může jednat například o podmínky vztahující se k pracovním aspektům apod.), nicméně lékařská posudková služba v žádném případě nesmí vyhodnocovat podmínky, které se zdravotním stavem pojištěnce nemají souvislost. Závěr, který z posudku vyplývá, je pak nutné dostatečně odůvodnit (Seifert, Čeledová, 2012, s. 25).

Je obvyklé, že posudek vychází především z lékařských zpráv lékařů, v jejichž péči se posuzovaná osoba nachází, stejně jako z posudků odborných lékařů, které se týkají zdravotního stavu posuzované osoby, není ovšem neobvyklé, že zdrojem pro zpracování výsledného posudku LPS, jsou i mnohé další podklady (což do značné míry závisí ni na konkrétním zdravotním stavu posuzované osoby a dalších faktorech (Čevela, 2015, s. 121).

K otázce vymezení a základní charakteristiky posudku lékařské posudkové služby pro účely posouzení invalidity, nároku na dávku nebo pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením (Čeledová et al. 2015, s. 13) je dále nutné konstatovat, že posudek není správní rozhodnutím, není dokonce ani právně závazný, a to ani pro orgány, pro jejichž účely je posudek vydáván, ani pro jiné orgány či subjekty. V žádném předpise není pro případ sporu stanoven ani přesný stupeň důkazní síly posudku, posudek je tudíž důkazem jako kterýkoliv jiný důkaz a podléhá volnému hodnocení důkazů (Langer, 2008, s. 29). Pokud je vydán posudek o invaliditě, může pro posuzovanou osobu sloužit jako zdroj předběžné informace například pro účely Úřadu práce nebo České správy sociálního zabezpečení, a to až do doby, než je vydáno vlastní rozhodnutí (Ramianová, 2010, s. 33).

### **3.2 Lékařská posudková služba**

Stěžejním pojmem celé této práce je také pojem lékařská posudková služba. Tento pojem je možné vykládat ve vícero různých kontextech a významech, zejména se jedná o význam sociální, ekonomický, medicínský, ale třeba i pracovněprávní (Seifert, Čeledová, 2012, s. 21). V této souvislosti je účelné nejprve zmínit, že LPS působí v rámci systému sociálního zabezpečení a je v zásadě začleněna do organizačních struktur orgánů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, čímž je důležité vycházet z definice, kterou poskytuje právě tento orgán (Čeledová, Holčík, 2018, s. 87). Ministerstvo práce a sociálních věcí pak v této souvislosti na svých webových stránkách uvádí, že LPS je vlastně „*soustava lékařských posudkových orgánů, jejichž stěžejním úkolem je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely jednotlivých systémů sociální ochrany. V současné době jde o LPS, která vyvíjí svou činnost v rámci orgánů státní správy pro oblast sociálního zabezpečení*“ (MPSV, 2013).

V návaznosti na skutečnost, že je LPS začleněna do resortu MPSV, hovoří se také v kontextu její definice o tzv. resortní posudkové službě (Čevela, 2015, s. 118). Jiná definice, kterou prezentuje Langer (1999, s. 14) pak představuje názor, že LPS lze chápat jako posudkové medicínské hodnocení zdravotního stavu posuzované osoby (osob), přičemž definice neopomíjí ani některé specifické důsledky, které toto medicínské hodnocení má, popř. může mít. Jedná se o důsledky, které mají v rozsahu stanoveném platnou a účinnou právní úpravou relevanci v oblasti práva sociálního zabezpečení.

V literatuře se však lze setkat i s definicí, která vychází z činnosti, kterou se LPS zabývá, neboť lze říci, že „se zabývá posuzováním zdravotního stavu občanů pro účely sociálního zabezpečení a zaměstnanosti (Kalvach et al., 2012, s. 121). Při snaze o vymezení pojmu LPS však nelze opomíjet ani fakt, že LPS v současnosti plní úkoly ve všech třech subsystémech sociálního zabezpečení, které v České republice aktuálně fungují (tj. v pojistné agendě, státní sociální podpoře i v subsystému sociální pomoci) (Čeledová, Holčík, 2018, s. 87).

Stejně tak je možné na posudkové lékařství nahlížet rovněž jako na medicínský obor, který do určité míry navazuje na roli, jakou dříve v systému plnili buď revizní, nebo důvěrní lékaři (Kalvach et al., 2012, s. 121). To potvrzuje i informace na webových stránkách České správy sociálního zabezpečení, kde je uvedeno, že „*posudkové lékařství je specializovaný atestační obor. Posuzovat zdravotní stav pro účely provádění sociálního zabezpečení mohou jen kvalifikovaní odborníci v daném oboru, kteří splňují kvalifikační předpoklady stanovené zákonem 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 185/2009 Sb., v platném znění. Všichni lékaři jsou v rámci celé šíře medicínských oborů každoročně vzděláváni v rámci systému celoživotního vzdělávání*“ (ČSSZ, 2017). Stejně tak lze na LPS nahlížet jako na složku sociálního systému ČR. Charakteristickým rysem s tímto spojeným je fakt, že LPS má pouze posudkovou, nikoliv však rozhodovací pravomoc (Kalvach et al., 2012, s. 121).

Vzhledem k tomu, že právní úpravě LPS stejně jako organizaci její činnosti byla již věnována předcházející kapitola a otázce posuzování zdravotního stavu v různých systémech sociálního zabezpečení je věnována pro změnu kapitola následující, lze mít na to, že na tyto dvě kapitoly je možné odkázat a pojednání o vymezení LPS je v této souvislosti dostačující pro to, aby bylo možné učinit si jasnou představu o tom, co se rozumí pod LPS.

### **3.3 Zdravotní stav**

Třetím důležitým pojmem, který by práce měla jasně definovat, je zdravotní stav. Vzhledem k tomu, že každý člověk má sice o významu pojmu zdravotní stav určitou představu, ale v odborné literatuře se prakticky nelze setkat s jeho jasnou definicí, je nutné tuto definici do určité míry odvodit od pojmu zdraví, které je pro vymezení zdravotního stavu stěžejní, neboť jedna z mála definic, které lze v odborné literatuře najít, vymezuje zdravotní stav tak, že jím je určitá „*charakteristika dosaženého stupně zdraví jedincem, skupinou nebo populací*“ (Nováková, 2011, s. 60). Definice tedy pracuje s pojmem zdraví.



Na zdraví lze nahlížet z různých úhlů pohledu, pro každého z nás má zdraví trochu jiný význam. Z tohoto důvodu existuje také mnoho pojetí a teorií zdraví. Zdraví a nemoc jsou obvykle chápány v protikladu, spíše než dvě výrazně odlišné kvality (Vašina, 1999, s. 39-40). Podle A. Antovského (cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 36) se zdravotní stav člověka pohybuje v dimenzi mezi dvěma extrémními póly - zdraví a nemocí. Zdraví se plynule může měnit v nemoc a naopak. Takové pojetí zdraví jako bipolárního dynamického kontinua je aktuální i v moderním biopsychosociálním pojetí, z něhož vychází Světová zdravotnická organizace („*World Health Organisation*“) ve své definici, ve které dle Kuzníkové et al. (2011, s. 93) tvrdí, že „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody neboli well being*“.

Kaplan, Sallis a Patterson (1993, s. 56) uvádějí, že tato definice zdraví byla v době, kdy byla formulována, průkopnickou z několika důvodů: oddělila se od tradičních definic vymezujících zdraví v "negativních termínech" (zdraví jako absence nemoci) a rozlišila různé dimenze zdraví, včetně fyzických, mentálních a sociálních aspektů (oproti původnímu zaměření na fyzické komponenty). Dalšími klady definice WHO jsou podle Seedhouse (1995 cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 37-38) skutečnosti, že poukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádoucí hodnotu, a tak současně má motivační charakter - naznačuje cíl, ke kterému má smysl směřovat a vykládat snahu. Také je jako jednoduchá a stručná formulace akceptovatelná pro širokou i odbornou veřejnost. Uvedené přednosti vyvažují podle Kebzy (2005, s. 27) některé dosud přetrvávající nedostatky této definice zdraví, jako je např. nedostatečné definici termínu „*well being*“ a jeho dimenzí, či opomenutí spirituální a etické dimenze zdraví.

Přehled nazírání na zdraví podává např. Vašina (1999, s. 39) na základě analýzy dat rozsáhlého výzkumu zdraví M. Blaxterové realizovaného Univerzitou v Cambridge roku 1990. Vašina (1999, s. 40) uvádí osm pojetí zdraví, které se opírají především o kritéria vyplývající ze zhodnocení zdraví a jeho charakteristik z pohledu respondentů:

- 1 Zdraví jako ne-nemoc - absence nemoci, jako „pasivní zdraví.“

- 2 Zdraví jako prožívaný stav navzdory onemocnění - schopnost vyrovnat se s nemocí a prožívat radost ze života navzdory realitě "objektivního" zdravotního stavu.
- 3 Zdraví jako rezerva, kapacita zdraví - odolnost, schopnost rychle zvládnout onemocnění.
- 4 Zdraví jako fyzická zdatnost (fitness) - tělesná síla a výkonnost, často je tak hodnoceno zdraví mužů.
- 5 Zdraví jako energie a vitalita - živost, čilost, nadšení ale i radost z práce.
- 6 Zdraví jako sociální vazby - vztahy v rodině i širší sociální kontakty, pomoc
- 7 a péče o druhých, pojetí je typické pro ženy.
- 8 Zdraví jako funkce - schopnost vykonávat aktivitu s malým důrazem na pocity a prožívání.
- 9 Zdraví jako psychosociální pohoda - zdravé osoby jsou charakterizovány jako fyzicky, psychicky i duchovně jednotné, vyrovnané či aktivní (Vašina, 1999, s. 29-41).

Rozdělení teorií zdraví nabízí Seedhouse (1995, in Křivohlavý, 2001, s. 38), který je přehledněji třídí do čtyř skupin:

- 1 Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, kterému je dobře.
- 2 Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ - normálně dobré fungování.
- 3 Teorie, které vnímají zdraví jako zboží.
- 4 Teorie, podle nichž je zdraví určitým druhem „síly“.

Z práce Seedhouse vychází i Křivohlavý (2001, s. 38), avšak teorie zdraví dělí dle jiného kritéria. Rozlišuje je podle toho, zda je o zdraví uvažováno jako o prostředku k realizaci určitého cíle, nebo zdraví chápou jako cíl sám o sobě. V jednotlivých teoriích se objevují podobné myšlenky, jaké jsme uvedli u předchozích autorů, ale Křivohlavý je ještě dále rozpracoval a přidal i některé nové koncepce:

- 1 Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly - zdraví je považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá zdolávat různé obtíže života včetně nemoci.
- 2 Zdraví jako metafyzická síla - zdraví je chápáno jako vnitřní síla člověka nazývaná vitalitou, elánem, schopností adaptace, a pod., Jejímž prostřednictvím je možné dosahovat vyšších cílů, než je samotné zdraví.
- 3 Salutogeneze- individuální zdroje zdraví - východiskem je koncepce A. Antonovského a jeho pojetí zdraví jako holistické osobnostní charakteristiky. Velký význam klade smyslu pro integritu („*sense of coherence*“), který je zdrojem individuální zdravotní síly.
- 4 Zdraví jako schopnost adaptace - pracuje s uměním přizpůsobit se nepříznivým podmínkám prostředí, změnit vlastní způsob života nebo schopností adaptovat si prostředí.
- 5 Zdraví jako schopnost dobrého fungování - jedná se o dnes rozšířené pojetí ve smyslu "fitness", člověk je v dobré kondici, schopný optimálně fungovat, připraven plnit role a úkoly, které má před sebou.
- 6 Zdraví jako zboží - v tomto kritizovaném pojetí, které je prezentováno některými zdravotnickými institucemi, se zdraví chápe jako věc existující mimo člověka, která se dá koupit (např. Ve formě léku, lékařského zákroku) či ztratit. Vede k pasivnímu postoji v péči o vlastní zdraví a nenechává místo pro koncept "posilování zdraví".
- 7 Zdraví jako ideál - do této koncepce se řadí pojetí zdraví, jak je definováno WHO. Protože se jedná o nejrozšířenější definici zdraví, věnujeme se jí podrobněji v následujícím textu (Křivohlavý, 2001, s. 33-38).

V kontextu pojetí zdraví, které slouží jako základ pro vymezení pojmu zdravotní stav pro účely LPS, je nutné k charakteristice zdraví uvést, že zdraví lze pojímat jako primární životní hodnotu, která je základem pro život člověka a jeho existenci (Křivohlavý, 2001, s. 34). Je nezbytné snažit se ji prohlubovat a udržovat (Bártlová, 2005, s. 7). Nemoc je nežádoucím a obávaným jevem, který ve velké míře narušuje zdraví a ohrožuje kvalitu lidského života. Zdraví může být ukazatelem dobrého

fungování, jak být v dobré kondici, být fit a dosahovat jeho vrchol. Zdraví může představovat zdroj fyzické a psychické zdatnosti (Křivohlavý, 2001, s. 34). Člověku poskytuje jistotu, že bude schopen čelit životním problémům a překážkám, které by mohly ohrozit jeho vitalitu či energičnost, které mu zdraví poskytuje. Samozřejmě během lidského života se tento stav může neustále měnit a procházet různými fázemi poklesu nebo vzestupu (Bártlová, 2005, s. 7). Nicméně tato síla nám pomáhá zvládat problémy snadněji, naopak její úbytek způsobuje, že jejich zvládnutí je těžší. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly může prudce narušit choroba. Zdraví může být zdrojem jaké si vnitřní síly člověka, která ho pohání, snadněji odolává negativním podmínkám a dokáže lépe reagovat. Prostředí, ve kterém člověk žije, ho ovlivňuje, zdraví tak může sloužit jako schopnost adaptace a akomodace a člověk pomocí této schopnosti se dokáže přizpůsobit vnějšímu prostředí a zároveň si přizpůsobit toto prostředí tak, aby mu vyhovovalo. Zdraví je předpokladem člověka v boji proti potenciálnímu ohrožení a vůči nepříznivým podmínkám. Schopnost adaptace a akomodace je základní charakteristikou člověka a jeho dovednosti zkoumat to, co ho ohrožuje, bránit se a bojovat vůči takovým obtížím (Křivohlavý, 2001, s. 34).

O zdraví se hovoří jako protikladu nemoci. Zdraví je tak stavem, kde se nevyskytují vážnější somatické či psychické obtíže a je příznačný dokonalým fungováním organismu (Čeledová, Holčík, 2017, s. 43). Zdraví a nemoc jsou si navzájem protikladnými vlastnostmi, které jsou vzájemně odděleny (Vašina, 2010, s. 181). Na zdraví lze nahlížet jako na ideální stav, kterého by mělo být v životě člověka dosaženo, po kterém do kterého se jedinec nechce odchýlit, protože má úzké propojení s dobrou pracovní výkonností, s vysokou kvalitou mezilidských vztahů a s etickými, morálními či společenskými kritérii, které pokud jedinec splňuje, je tím více považován za zdravého (Křivohlavý, 2001, s. 33-36).

Zdraví je nezbytné pro plnění zmíněných kritérií, reprezentuje dispozici, pomocí které člověk normálně funguje, je pojetím normality, na kterou je nutno nahlížet z mnoha aspektů (Hennig, Pelz, 2008, s. 21). Pokud dochází k posuzování normality ze statistického hlediska, zdraví tak vyplývá z jeho předpokladu, že zdravé je to, co se u obyvatelstva vyskytuje v největší četnosti, přičemž nezdravé se objevuje jen ojediněle.

Pokud je na normalitu nahlíženo z funkční stránky, zdraví je zde definováno jako fyzický nebo psychický jev, který umožňuje fungování člověka v biologické, psychické a sociální oblasti v nejlepším a nejvýhodnějším měřítku. Normalita z normativního pojetí je úzce propojena s tím, co se ve společnosti považuje za zdravé (Mlčák, 2011, s. 8-9).

V kontextu LPS lze definici zdravotního stavu omezit na jednotlivce, tj. posuzovanou osobu, který je vždy posuzován individuálně, nicméně například charakteristika zdravotního stavu celé populace, popř. její významné části může být určitým vodítkem pro to, co lze považovat za zdravotní stav, při kterém je již nutno přiznat invaliditu, a co lze považovat za zdravotní omezení méně závažného charakteru. Lze však konstatovat, že výše uvedená definice zdravotního stavu je velmi stručná a vyjma tvrzení, že je zdravotní stav posuzován v návaznosti na to, jaká je úroveň zdraví, nepřináší příliš mnoho informací o tom, co lze skutečně pod tímto pojmem rozumět. Proto je žádoucí v návaznosti na již zmíněné pojednání o zdraví problematiku zdravotního stavu definovat přesněji.

Zdravotní stav lze tak chápat primárně jako komplexní fyzický, psychický a sociální stav člověka, který lze charakterizovat prostřednictvím toho, zda má člověk blíže ke zdraví (málokdo je v dnešní době zdravý absolutně) nebo naopak k nemoci (Čeledová, Holčík, 2017, s. 43). Celkový zdravotní stav jedince lze pak charakterizovat i prostřednictvím popisu jednotlivých onemocnění a obtíží, se kterými se pacient potýká a míry jejich závažnosti stejně jako prostřednictvím toho, do jaké míry tyto obtíže ovlivňují život a možnost řešit problémy, ale i pracovat a vykonávat své zaměstnání u konkrétního jednotlivce. Zdravotní stav je tedy vlastně určitý soubor charakteristik, které definují, jaká je úroveň zdraví jedince, přičemž na tyto charakteristiky nelze pohlížet odděleně a nezávisle na sobě, ale je nutné je vždy dát do vzájemného kontextu a vyhodnocovat je ve vzájemných souvislostech.

Ke stanovení toho, jaký je zdravotní stav posuzované osoby, je tak nutná především systematická analýza jednotlivých složek, které zdravotní stav tvoří. V kontextu charakteristiky úrovně zdraví jednotlivce je pak možné rozlišovat funkční a dysfunkční

zdravotní stav posuzované osoby. A právě toto odlišení je důležité, pokud se jedná o posuzování zdravotního stavu například v souvislosti s invaliditou, ale i v dalších systémech sociálního zabezpečení. Právě skutečnost, zda je zdravotní stav funkční nebo dysfunkční by po jeho celkovém zhodnocení měla být vodítkem pro formulaci nejen posudku, ale i celého rozhodnutí. Funkční typ se vyznačuje tím, že ačkoliv nejsou vyloučeny určité poruchy zdraví, je v celkovém kontextu biologických, vývojových, kulturních, sociálních a duchovních faktorů možné, aby člověk řádně plnil veškeré úkoly, které jsou mu svěřeny, a byl schopen se vypořádat s problémy. Znamená to vlastně, že je zde nastolena určitá rovnováha mezi jednotlivými faktory, které tvoří celkový zdravotní stav jedince. Oproti tomu v případě, že se jedná o dysfunkční zdravotní stav, nastává situace poruchy mezi rovnováhou jednotlivce a jeho zdravím, což vede k tomu, že tento jedinec obvykle není schopen fungovat ve všech běžných situacích, je tudíž omezen v běžném životě (Mastiliaková, 2014, s. 65). Zdravotní stav lze také hodnotit z hlediska jeho celkového posouzení jako příznivý či nepříznivý.

V souvislosti s LPS je pak nutné vymezit ještě pojem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, kterým se v souladu s aplikací zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, rozumí takový „zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než jeden rok nebo podle poznatků aktuální lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než jeden rok“ (Čeledová, Holčík, 2017, s. 98).

## **4 Posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení**

Čtvrtá kapitola se pak zaměřuje konkrétně na posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení, neboť jak již bylo nastíněno i v předcházejících kapitolách, posuzování zdravotního stavu v jednotlivých systémech se do určité míry odlišuje. Prostor byl proto věnován konkrétně systému důchodového pojištění, na který byl kladen největší důraz i v předcházejících kapitolách, dále se pak kapitola věnuje rovněž posuzování zdravotního stavu v nemocenském pojištění, dále je zařazeno posuzování zdravotního stavu pro účely sociálních služeb, kde je důležitá především dávka, kterou je příspěvek na péči a jako poslední je zařazen systém státní sociální podpory.

### **4.1 Důchodové pojištění**

System důchodového pojištění je upraven prostřednictvím zákona č. 155/1995 sb., o důchodovém pojištění (Zákon č. 155/1995 Sb.). Důchodové pojištění je charakteristické zejména tím, že má sociální charakter, nejedná se tedy v žádném případě o pojištění, které by se podobalo pojištění smluvnímu. Na základě důchodového pojištění je možné při splnění zákonem stanovených podmínek čerpat některý z následujících typů důchodů: starobní, invalidní, vdovský (popř. vdovecký) a sirotčí (Voříšek, 2012, s. 3).

Pro účely této práce, která se zaměřuje na otázku posuzování zdravotního stavu, je nejdůležitější invalidní důchod, pro jehož přiznání je nutné spolehlivě zjistit invaliditu. Aby mohl být přiznán invalidní důchod, je nutné, aby u pojištěnce došlo ke ztrátě pracovní schopnosti ve výši nejméně 35 % (MPSV, 2014). Ještě přesněji řečeno, v případě, že došlo k poklesu pracovní schopnosti na straně pojištěnce o 35 - 49 % splňuje tento pojištěnec zdravotní podmínku pro přiznání nároku na invalidní důchod prvního stupně, za předpokladu, že míra pracovní schopnosti poklesla o 50 - 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně a za předpokladu, že pracovní schopnost pojištěnce poklesla o nejméně 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. Od toho se pak odvíjí i výše invalidního důchodu, na kterou má pojištěnec nárok – nicméně zde je rovněž

přihlíženo k příjmům, kterých pojištěnec ve svém zaměstnání dosahoval (Voříšek, 2012, s. 136).

Vzhledem k tomu, že přímo zákon o důchodovém pojištění posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na invalidní důchod prakticky neupravuje (obsahuje pouze některá vodítka pro tyto posuzování), je nutné při vlastním posuzování postupovat především podle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity (MPSV, 2014). Předpisem, kterým je upravena organizace, a to včetně posuzování otázek ztráty pracovní schopnosti, je pak rovněž zákon č. 582/1991 sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (Zákon č. 582/1991 Sb.).

Na samotné posuzování invalidity je nutné nahlížet jako na komplexní proces, do kterého je vedle posuzujícího lékaře zapojen obvykle i lékař ošetřující stejně jako samotný pojištěnec (MPSV, 2014). Tato skutečnost je dána především faktem, že LPS nemá v ČR klasickou diagnostickou základnu, musí se tudíž spoléhat na spolupráci s ošetřujícími lékaři pojištěnce. Ošetřující lékaři tak poskytují zprávy o zdravotním stavu pojištěnce, přičemž je nutné konstatovat, že z právního hlediska je vztah mezi LPS a ošetřujícími lékaři založen především na poměrně široce koncipovaných povinnostech, které jsou ošetřujícím lékařům zákonem ukládány ve vztahu k OSSZ (Čevela et al. 2010, s. 17).

Pojištěnec má jednak povinnost kooperovat s LPS a obecně s OSSZ, má však také možnost předložit podklady a dokumenty, které pro účely posouzení své vlastní invalidity považuje za významné. Invalidita se zjišťuje buď v průběhu zjišťovacích lékařských prohlídek, kde je zjišťováno, zda pracovní schopnost pojištěnce skutečně poklesla natolik, aby bylo možné jej označit za invalidního a zařadit do některého ze stupňů invalidity anebo je zjišťována na kontrolních prohlídkách, kde se zjišťuje, zda nedošlo ke změnám ve zdravotním stavu, které by mohly vést k tomu, že by invalidita pojištěnce byla nově posouzena jiným způsobem, neboť s progresí řady onemocnění lze očekávat zhoršování celkového zdravotního stavu a tím i snižování schopnosti pracovat, ale mohou nastat i případy, kdy se zdravotní stav jedince zlepší a je důvodem pro posouzení invalidity jako nižšího stupně, popř. dokonce pro nové posouzení, jehož



výsledkem může být konstatování, že jedinec, který dříve invalidní byl, již invalidní není a tudíž nárok na invalidní důchod není dán (MPSV, 2014).

Posudkovým orgánem je v případě, že je posuzována invalidita podle zákona o důchodovém pojištění buď lékař OSSZ (typicky v prvním stupni, tj. při posuzování invalidity v rámci zjišťovacích anebo také v rámci kontrolních prohlídek), případně lékař ČSSZ (ve druhém stupni, v řízení o námitkách proti rozhodnutí OSSZ), může jím být rovněž MPSV (v případě, že se jedná o přezkumné řízení před soudem) (MPSV, 2014). Ve věci samotné na základě výsledků zjištění pak rozhoduje ČSSZ, která vychází z posudku LPS. Posudek LPS má tak právní povahu podkladu pro vydání správního rozhodnutí, jehož prostřednictvím je meritorně konstatováno, zda je pojištěnec invalidní a zda je mu přiznán nárok na invalidní důchod, který byl předmětem žádosti (Čevela et al. 2010, s. 18).

Pro účely posuzování zdravotního stavu pojištěnce v systému důchodového pojištění, jsou ze zákona o důchodovém pojištění relevantní především ustanovení § 26 a § 39. V ustanovení § 26 je především definován pojem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který je dle Voříška (2012, s. 111) vymezen jednak pro potřeby posuzování invalidity. Ze zmíněného ustanovení zákona je zřejmé, že *„Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok“* (Zákon č. 155/1995 Sb., § 26).

V kontextu ustanovení § 39 zákona o důchodovém pojištění je pak nutné se zaměřit na objektivní zjištění zdravotního stavu pojištěnce, ale také na jeho kvalifikační potenciál, který je zjišťován na základě toho, jaké má pojištěnec dosažené vzdělání, v jakém oboru, jaké má pracovní zkušenosti, což vše ovlivňuje schopnost pracovat s určitým zdravotním omezením. Je řada případů, kdy je jedinec s určitou diagnózou například schopen vykonávat běžnou kancelářskou práci takřka bez omezení, nicméně nemá možnost třeba pracovat fyzicky. To musí být při určování míry snížení pracovní schopnosti každopádně zohledněno s přihlédnutím ke konkrétní situaci pojištěnce, který

o invalidní důchod žádá. Dále je nutné se zaměřit na zjištění samotné pracovní schopnosti pojištěnce a její úrovně a rovněž je nutné brát v úvahu její pokles, který je podmínkou pro přiznání nároku na invalidní důchod (MPSV, 2014). V řadě případů je možné výše uvedené skutečnosti usoudit na základě doložených lékařských zpráv a další dokumentace, kterou poskytl ošetřující lékař pojištěnce. V některých případech může však být takové posouzení nedostačující, v takovém případě je nutné, aby se pojištěnec podrobil vyšetření, které má jeho zdravotní stav prověřit. Takové vyšetření obvykle probíhá ve speciálním zařízení, se kterými mají orgány správy sociálního zabezpečení uzavřen smluvní vztah, na jehož základě je takové vyšetření pro účely posouzení zdravotního stavu realizováno (Čevela, et al. Čeledová, Zvoníková, 2010, s. 19).

Pro účely stanovení, zda a do jaké míry poklesla pracovní schopnost pojištěnce, je rozhodující několik různých faktorů, ke kterým patří skutečnost, že zdravotní stav pojištěnce má skutečný a trvalý vliv na jeho schopnost pracovat, dále je zjišťováno, do jaké míry je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný, prověřuje se rovněž zda a do jaké míry je pojištěnec na své zdravotní obtíže adaptován, v úvahu je brána rovněž schopnost rekvalifikace na straně pojištěnce, která leckdy může napomoci k tomu, aby pojištěnec mohl pracovat v jiném oboru, který jej z hlediska jeho postižení tolik nezatěžuje. Důležitá je rovněž schopnost využití pracovní schopnosti, která se doposud zachovala (zejména jedná-li se o invaliditu prvního či druhého stupně je zde předpoklad, že pojištěnec může alespoň do určité míry dále pracovat). U poklesu schopnosti pracovat ve výši nejméně 70 %, je pak prověřováno, zda je pojištěnec alespoň za mimořádných podmínek schopen práce či zda jí není schopen vůbec (MPSV, 2014).

Opomíjet nelze ani úpravu obsaženou ve vyhlášce č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (dále také jen „*vyhláška o posuzování invalidity*“). Již z názvu vyhlášky je zřejmé, že se zaměřuje primárně na pravidla upravující snížení míry pracovní schopnosti v návaznosti na jednotlivé zdravotní problémy. Proto je v příloze vyhlášky vždy uvedeno určité onemocnění či zdravotní stav a k tomu je uvedeno určité rozmezí procent, o které snižuje práce

schopnost pojištěnce (Vyhláška č. 359/2009 Sb.). Vedle výše uvedeného pak zmíněná vyhláška upravuje také způsob stanovení rozhodné příčiny pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce, zaměřuje se také na zhodnocení vlivu více různých příčin, ale i na to, jaký má dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce vliv na schopnost využívat kvalifikaci, které pojištěnec dosáhl stejně, jako poskytuje vodítko pro posouzení, jak se pojištěnec na svůj stav adaptoval a jak je jeho zdravotní stav stabilní. Upravuje i to, jakým způsobem lze využít zachovanou schopnost pracovat v případě, že je určena invalidita prvního či druhého stupně, kde je určitá míra pracovní schopnosti vždy zachována. Dále jsou v této vyhlášce specifikovány mimořádné podmínky, za nichž je pojištěnec, který je invalidní ve třetím stupni, i navzdory své invaliditě schopen vykonávat určitou práci. Vyhláška je důležitá i proto, že stanoví náležitosti posudku o invaliditě stejně jako povinnost OSSZ a ČSSZ předat, popř. zaslat, tento posudek nejpozději do sedmi dnů pojištěnci (MPSV, 2014).

#### **4.2 Nemocenské pojištění**

Druhým významným systémem, ve kterém dohází k posuzování zdravotního stavu pojištěnce, je systém nemocenského pojištění. Systém nemocenského pojištění je upraven v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, Zákon o nemocenském pojištění v současné době upravuje následující dávky, které je možné ze systému čerpat:

- Nemocenské,
- Peněžitá pomoc v mateřství,
- Otcovská,
- Ošetřovné,
- Dlouhodobé ošetřovné,
- Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství (Zákon č. 187/2006 Sb., § 23 a násl.).

Význam posuzování zdravotního stavu je vztažen k většině dávek, které zákon upravuje, neboť podle zákona je možné jednak posuzovat, zda je pojištěnec dočasně práce neschopný, dále je možné posuzovat rovněž pracovní schopnost pojištěnce po uplynutí

podpůrčí doby a konečně je zdravotní stav posuzován i pro účely přiznání dávek jako je ošetrovné, dlouhodobé ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství stejně jako vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství (MPSV, 2014). Zákon o nemocenském pojištění obsahuje i vlastní úpravu posuzování zdravotního stavu pro účely pojištění. Toto úprava je obsažena v ustanoveních § 53 - § 80 zákona o nemocenském pojištění (Zákon č. 187/2006 Sb., § 53 - 80).

Charakteristickým rysem posuzování zdravotního stavu v systému nemocenského pojištění je skutečnost, že někdy je posuzován přímo zdravotní stav pojištěnce (např. nemocenské), v jiných případech však musí být posouzen zdravotní stav jin osoby (např. u ošetrovného či dlouhodobého ošetrovného) (Ženíšková, Příb, 2012, s. 137). Posuzování zdravotního stavu v tomto případě neprovádí LPS, ale jedná se o ošetřujícího lékaře (MPSV, 2014). *„Termín ošetřující lékař je přitom legislativní zkratkou, kterou zákon o nemocenském pojištění zavedl, a pod kterou lze rozumět „poskytovatel zdravotních služeb, který svými lékaři poskytuje pojištěnci, ošetřované osobě nebo jiné posuzované osobě ambulantní, lůžkovou nebo lázeňskou léčebně rehabilitační péči, s výjimkou poskytovatele zdravotnické záchranné služby a lékařské pohotovostní služby, a poskytovatel pracovnělékařských služeb při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud získal oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Ošetřujícím lékařem se pro účely nemocenského pojištění u vojáků z povolání a vojáků v záloze ve výkonu vojenské činné služby rozumí resortní poskytovatel zdravotních služeb podle zvláštního právního předpisu“* (Zákon č. 187/2006 Sb., § 54).

V případě, že pojištěnec nesouhlasí s posouzením zdravotního stavu, které ošetřující lékař provedl, je možné podat návrh na přezkoumání tohoto posouzení, který je třeba směřovat k poskytovateli zdravotních služeb, který rozhodnutí na základě posudku vydal. Návrh na přezkoumání posudku ošetřujícího lékaře je nutné podat do tří pracovních dnů od jeho vydání (MPSV, 2014). Vzhledem k tomu, že posudkovou činnost provádějí v prvním stupni ošetřující lékaři, úloha LPS je v systému nemocenského pojištění zcela odlišná od úlohy, kterou plní v systému důchodového pojištění. LPS totiž v systému nemocenského pojištění plní v prvním stupni především kontrolní funkci při vedení evidence dočasně práce neschopných pojištěnců,

v některých případech pak také dává buď pojištěncům nebo ošetřujícím lékařům souhlasy s určitými činnostmi nebo podává informace či nařizuje další vyšetření týkající se zdravotního stavu pojištěnce (Čevela et al. 2010, s. 33). Za předpokladu, že je orgánem nemocenského pojištění (jímž je OSSZ) (MPSV, 2014), ošetřujícímu lékaři udělen z nějakého důvodu zákaz rozhodovat v otázkách dočasné pracovní neschopnosti, provádí LPS tento typ rozhodování místo něj (Čevela, et al., 2010, s. 33).

Posudková činnost LPS na OSSZ je v systému nemocenského pojištění zaměřena hlavně na otázky posouzení pracovní schopnosti pojištěnců, kteří jsou dočasně práce neschopní, a to po uplynutí podpůrní doby. Úkolem lékaře LPS pak tedy je posoudit, zda lze očekávat, že se zdravotní stav pojištěnce zlepší natolik, aby mohl v dohledné době začít opět pracovat, anebo pro něj bude lepší zažádat o invalidní důchod, neboť prognóza týkající se zdravotního stavu nesvědčí pro to, že by se v brzké době měl nějakým způsobem měnit k lepšímu. Pokud se jedná o tento typ posuzování zdravotního stavu v nemocenském pojištění, v případě odvolání vykonává posudkovou činnost LPS na ČSSZ (MPSV, 2014).

### **4.3 Sociální služby**

System sociálních služeb je upraven především v zákoně č. 108/2006 sb., o sociálních službách, kde jsou upraveny podmínky a pravidla poskytování sociálních služeb a podpor fyzickým osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Z hlediska zdravotního stavu je rozhodující především příspěvek na péči, který je možné čerpat v návaznosti na zdravotní stav, který tento typ podpory vyžaduje. Konkrétní podmínky nároku na příspěvek na péči upravuje ustanovení § 7 zákona o sociálních službách (Čeledová et al. 2015, s. 96).

Základní podmínkou pro nárok na příspěvek na péči je skutečnost, že žadatel o tento příspěvek je osobou, která je závislá na cizí pomoci, bez které se neobejde. Příspěvek je poskytován právě za účelem toho, aby byla taková potřebná pomoc této osobě zajištěna (Čevela et al., 2010, s. 109). Důvodem potřeby pomoci žadatele o příspěvek musí být jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, u kterého je v souladu s ustanovením § 8 zákona o sociálních službách zjišťován stupeň závislosti (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8).

O tom, zda bude příspěvek na péči přiznán, rozhoduje vždy obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je v dané věci místně příslušný. Platí také pravidlo, že příspěvek na péči nelze přiznat osobě, která je mladší jednoho roku, neboť tam je potřeba péče ze strany jiné osoby ještě zcela přirozeným jevem a náklady s tím spojené jsou řešeny jiným typem dávek (např. peněžitou pomocí v mateřství, rodičovským příspěvkem apod.). (Čevela et al. 2010, s. 109).

Z hlediska vlastního posuzování je třeba říci, že v prvním stupni posuzování provádí LPS OSSZ, ve druhém stupni se pak jedná o posudkovou komisi MPSV ČR (MPSV, 2014). Stupeň závislosti na jiné osobě, od kterého se odvíjí nárok na příspěvek, který je rovněž přidělován celkem ve čtyřech různých úrovních v návaznosti na míru závislosti na jiné osobě, je pak výsledkem vlastního posouzení (Čevela et al., 2010, s. 110). Vlastní úprava posuzování zdravotního stavu pro účely systému sociálních služeb je upravena v § 9 zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 9). Posuzování zdravotního stavu žadatele o příspěvek na péči je realizováno vždy individualizovaně, posuzuje se jak zdravotní stav, tak funkční schopnosti posuzované osoby, důraz je kladen rovněž na vyhodnocení veškerých podkladů (důkazů), které je nutné hodnotit jak individuálně, tak i ve vzájemných souvislostech. S tím je pak spojen i fakt, že mohou existovat dva lidé, kteří mají z medicínského hlediska stejnou diagnózu, nicméně stupeň závislosti se u nich liší. Při posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči musí lékař LPS vycházet z následujících skutečností (MPSV, 2014):

- Zdravotního stavu, který musí být dostatečně doložen nálezem, jenž byl vydán poskytovatelem zdravotních služeb
- Výstupy ze sociálního šetření a identifikace potřeb žadatele o příspěvek,
- Výsledky funkčních vyšetření žadatele o příspěvek,
- Výsledky vlastního vyšetření, které realizoval lékař LPS za účelem posouzení zdravotního stavu žadatele o příspěvek.

LPS v tomto případě posuzování realizuje na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností, který vede samotné řízení o žádosti o příspěvek na péči. Tento úřad zasílá OSSZ jednak žádost o posouzení zdravotního stavu pro účely příspěvku na

péči, ale také přikládá písemný záznam o provedeném sociálním šetření u žadatele stejně jako kopii žádosti o příspěvek, kterou žadatel u obecního úřadu obce s rozšířenou působností podal, čímž LPS má k dispozici veškeré důležité informace, které se k případu vztahují. Na základě provedeného posouzení pak OSSZ sdělí obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, který řízení ve věci samé vede, jaký stupeň závislosti žadatele na jiné osobě byl zjištěn. Tento závěr musí být adekvátně odůvodněn a je rovněž potřeba uvést dobu, po kterou platí (neboť v řadě případů se může zdravotní stav měnit, s čímž se bude vyvíjet i stupeň závislosti) (Čevela et al., 2010, s. 110).

Vliv zde totiž může mít jak progresse onemocnění, která leckdy stupeň závislosti na jiné osobě zvyšuje, tak i zlepšení stavu, který může být například ovlivněn rehabilitací či jinými postupy, kdy se naopak stupeň závislosti na jiné osobě může snižovat a může dokonce dojít k situaci, kdy se ukáže, že závislost netrvá. Tehdy může být příspěvek na péči odejmut (není-li zjištěn žádný stupeň závislosti na jiné osobě, nejsou dány důvody pro to, aby žadatel pobíral příspěvek na péči, neboť již tuto péči nepotřebuje). Prohlídky se proto rovněž dělí na zjišťovací, kdy se zjišťuje stupeň závislosti a na kontrolní, kdy dochází k přezkoumávání, zda dříve zjištěný stupeň závislosti na jiné osobě nadále trvá, zda se nezměnil (MPSV, 2014).

Proti samotnému posudku, který byl vydán pro účely vyhodnocení žádosti o příspěvek na péči, není přípustné odvolání, což je dáno tím, že se jedná pouze o odborný podklad pro vydání vlastního rozhodnutí (správního rozhodnutí), které ve věci vydává obecní úřad s rozšířenou působností, nejedná se o žádné samostatné rozhodnutí (MPSV, 2014). Odvolat se lze pouze proti rozhodnutí ve věci samé, tj. proti rozhodnutí o tom, zda byl přiznán příspěvek na péči, v jakém stupni, které vydává již zmíněný obecní úřad obce s rozšířenou působností (Čevela et al., 2010, s. 110).

#### ***4.4 Státní sociální podpora***

System státní sociální podpory je nepojistným systémem sociálního zabezpečení, který je upraven v zákoně č. 117/1995 sb., o státní sociální podpoře. Státní sociální podporu lze chápat především jako systém dávek, který je určený rodinám s nezaopatřenými dětmi. Z jiného pohledu lze říci, že se jedná vlastně o státem organizovanou solidaritu

mezi rodinami, které děti nemají a rodinami, které naopak mají nezaopatřené děti (Tröster, 2010, s. 247). Ze systému státní sociální podpory je možné čerpat následující dávky (Zákon č. 117/1995 Sb., § 17 – 48):

- Rodičovský příspěvek,
- Porodné,
- Pohřebné,
- Přídavek na dítě,
- Příspěvek na bydlení.

Jednotlivé dávky státní sociální podpory jsou poskytovány v návaznosti na výši příjmu rodiny (Seifert, Čeledová, 2012, s. 74). Pro účely posuzování zdravotního stavu je stěžejním pojmem „*nezaopatřené dítě*“, který je zakotven v ustanovení § 11 zákona o státní sociální podpoře. Nezaopatřené dítě dle ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) se totiž nemůže pro nemoc, úraz soustavně připravovat na budoucí povolání a není ani schopno vykonávat výtěžnou činnost. Tuto skutečnost přitom posuzují a pro účely nároku na dávky ze systému státní sociální podpory také potvrzují ošetřující lékaři (tj. nikoliv lékaři LPS). Obvyklé je, že nepříznivý zdravotní stav dítěte vzniklý v důsledku nemoci anebo v důsledku úrazu v tomto případě trvá spíše kratší dobu, obvykle se jedná o týdny, maximálně o měsíce. Vhodně zvolená léčba pak obvykle vede k úpravě a stabilizaci zdravotního stavu (MPSV, 2014).

Druhou kategorií nezaopatřeného dítěte, která je pro tuto práci relevantní, je pak nezaopatřené dítě dle ustanovení § 11 odst. 1 písm. c) zákona o státní sociální podpoře. V tomto případě se jedná o nezaopatřené dítě, které „*z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat soustavnou výtěžnou činnost*“ (Zákon č. 117/1995 Sb., § 11 odst. 1 písm. c). v tomto případě je pak otázka posuzování zdravotního stavu svěřena lékařům LPS na OSSZ. Úkolem posuzujícího lékaře je prokázat, že nemoc, úraz či jiný zdravotní problém dítěte má natolik dlouhodobý a nepříznivý charakter, že se dítě není dlouhodobě schopno ani připravovat na budoucí povolání ani vykonávat výtěžnou činnost. Posudkový lékař LPS OSSZ v této věci vydává posudek, který je následně zasílán tomu orgánu, který si jej vyžádal pro účely



posouzení nároku na dávky státní sociální podpory. Dítě se považuje za nezaopatřené, pokud je lékařským posudkem prokázán dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav s výše uvedenými charakteristikami. V návaznosti na tuto skutečnost má pak rodina nárok například na dávku jako je přídavek na dítě, pohřebné apod. (MPSV, 2014).

## Diskuze

V předcházejících kapitolách bylo na základě studia odborné literatury a právní úpravy pojednáno o lékařské posudkové službě, a především o právní povaze posudků vydávaných lékařskou posudkovou službou. Jak se ukázalo, téma je velmi zajímavé, neboť lékařská posudková služba prošla v rámci své historie poměrně zásadním vývojem, což se projevilo v celé řadě oblastí, na druhou stranu je poměrně s podivem, že problematice lékařské posudkové služby, její činnosti a posudkům lékařské posudkové služby se v České republice věnuje poměrně málo odborných zdrojů, na Slovensku je pak situace velmi podobná. I když se již podařilo dohledat různé zdroje na toto téma, v řadě případů se ukázalo, že jejich autory, popř. spoluautory jsou stále tytéž osoby z řad odborníků na tuto problematiku.

K takovým autorům patří například Libuše Čevelová či Rostislav Čeleda, kteří patří k předním odborníkům na problematiku lékařské posudkové služby v České republice. Skutečnost, že na řadě zdrojů se tito lidé spoluautorsky podíleli, pak může ovšem být i důvodem, proč práce leckdy jejich názory přebírá, neboť jsou prezentovány ve více různých zdrojích stejným způsobem.

Skutečnost, že v České republice se problematikou lékařské posudkové služby zabývá poměrně malé množství autorů, kteří by aktivně publikovali v současné době, pak může být určitým limitem této práce, neboť na problematiku by se možná dalo nahlédnout z více různých úhlů pohledu, které při takto malém počtu odborníků, kteří aktivně publikují ve vztahu k současné právní úpravě, nejsou nikde prezentovány, a tudíž člověka nemusí vždy napadnout. S tím se ostatně pojí i další limit, že některé zdroje, které publikovali jiní autoři, jsou již z dnešního pohledu poměrně zastaralé, resp. nevztahují se k aktuální právní úpravě, která se mnohokrát změnila, čímž jejich využití bylo omezené především na kapitolu zaměřenou na historický vývoj lékařské posudkové služby, popř. na vymezení základních pojmů, které se příliš nemění. K takovým zdrojům pak nesporně patří například publikace od Radima Langera (1999).

Za nejvýznamnější limit realizované práce lze tudíž jednoznačně označit nedostatek autorů, kteří by se tématem zabývali v odborné literatuře, čímž nebyl dán velký prostor

například pro porovnávání různých názorů na problematiku. Na druhou stranu pozitivem realizované práce je skutečnost, že bylo možné seznámit se jak s aktuálními zdroji a úpravou, tak i s otázkami vývojovými, což napomohlo k pochopení a správnému uchopení řešené problematiky. Je pak pochopitelně nasnadě s výzkumy a studijními texty porovnat vlastní studii.

Lze také konstatovat, že se v rámci realizované práce podařilo naplnit stanovený cíl, kterým bylo zmapovat systém lékařské posudkové služby a právních úprav v posuzování zdravotního stavu. V kontextu cíle práce by samozřejmě bylo možné v některých otázkách pojednat i o dalších detailech, nicméně rozsah této studie takové pojednání ne vždy zcela umožnil. Stejně tak bylo dostatečně objasněno, jaká je právní povaha posudku lékařské služby, kde bylo konstatováno, že se jedná o podklad pro správní rozhodnutí, které vyhodnocuje faktické otázky týkající se zdravotního stavu posuzované osoby, nikoli otázky právní.

K otázce právní povahy posudků se také mnohokrát vyjadřovala i judikatura českých soudů, kterou ve své práci shrnuje například Havlíčková (2017, s. 7 a násl.), jejíž dílo se od předkládané práce liší tím, že zatímco předkládaná práce se zaměřila především na právní úpravu a obecný výklad právní úpravy za pomoci odborných zdrojů, Havlíčková (2017, s. 7 a násl.) se naopak zaměřuje na výklad výlučně prostřednictvím existující judikatury českých soudů (především se jedná o Ústavní soud, Nejvyšší soud, ale autorka pracuje rovněž s judikaturou nižších – zejména krajských soudů), čímž je výklad autorky vycházející z judikatury velmi konkrétním shrnutím konkrétních případů, u kterých je však vždy nutné přihlížet k tomu, že judikatura není právně závazná, tudíž v budoucnu se soudy mohou od judikatury odchýlit a navíc i drobná skutková změna v případě může být důvodem pro odlišné rozhodnutí příslušného soudu.

S tím se pak pojí skutečnost, že optimální je řešení, kdy se vychází jak z textu zákona, využívají se nejrůznější formy výkladu (logický, jazykový, teleologický), opracuje se i s literaturou i s relevantní judikaturou, která se vztahuje k obdobným případům. Přehled Havlíčkové (2017, s. 7 a násl.) tak může být velmi zajímavý, nicméně lze mít za to, že

je zaměřen natolik úzce, že předkládaná studie poskytuje obširnější a komplexnější informace o zkoumané problematice.

Předkládaný text lze však srovnat i s dalšími studii, které v minulosti v českém prostředí vznikly. Za zmínku zcela jistě stojí například publikace od kolektivu autorů (1997, s. 13 a násl.), ve které se kolektiv českých i zahraničních autorů pokouší představit lékařskou posudkovou službu nejen v České republice, ale i v celé řadě dalších evropských zemí, ke kterým patří například Německo, Francie, Nizozemí, Rakousko, Velká Británie a další. Tomuto dílu lze ve srovnání s předkládaným textem jednoznačně přiznat výrazně větší dosah, ve své době mohlo být také zdrojem inspirace pro českou právní úpravu a nelze opomenout ani fakt, že se jedná o dílo, které muselo být poměrně náročné na koordinaci práce, neboť je zřejmá snaha pojednat o lékařské posudkové službě v řadě různých států velmi obdobným způsobem a s obdobnou strukturou, zařazeno je pak i mezinárodní srovnání stejně jako nejrozličnější úvahy. Nicméně pro potřeby této práce nebylo dílo použito jako zdroj informací, neboť nelze opomenout fakt, že v době dopracování této práce od jeho vydání uběhlo již 22 let, čímž i v zahraničních právních úpravách mohlo dojít k celé řadě různých změn, čímž by informace z této studie mohly být poměrně zásadním způsobem zkreslené. Lze však konstatovat, že se jedná o dílo velmi rozsáhlé a inspirativní, které by mohlo být zdrojem inspirace pro další možnou studii zaměřenou na lékařskou posudkovou službu v českém prostředí.

V budoucnu by zcela jistě bylo zajímavé pojmout další studii na obdobné téma vyložena jako komparaci lékařské posudkové služby, popř. jen právní povahy jejich posudků v českém a v zahraničním právu. Zásadní význam zde mají zejména země evropské, neboť pro českého čtenáře by mohl být přínosem fakt, že se dozví, jak funguje lékařská posudková služba v jiné evropské zemi proto, že mnoho českých občanů dnes dlouhodobě žije a pracuje v zahraničí. S tím se pak pojí i skutečnost, že někdy musí řešit v zahraničí i řadu sociálních událostí a situací, kdy je důležité posouzení zdravotního stavu. Komparace s jinými státy by tak byla zcela jistě užitečnou publikací. Mohla by také posloužit jako inspirativní zdroj právní úpravy *de lege ferenda* v České republice.

Přínosný by také mohl být další výzkum, který by se na otázku činnosti lékařské posudkové služby v kontextu její právní úpravy zaměřil z pohledu lékařů posudkové služby. Toho by mohlo být dosaženo například prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Podobně zaměřený výzkum byl již v roce 2011 realizován ze strany Musila a kol. (2011, s. 24 a násl.), kteří ve své práci zkoumali rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči. Situace, kterou se zabýval Musil a kol. (2011, s. 24 a násl.) je sice již poměrně specifická, neboť se vztahuje jen k jedné sociální dávce, pro kterou je důležité posouzení zdravotního stavu, nicméně na druhou stranu tento výzkum přináší velmi konkrétní výsledky, protože z výzkumu je zřejmé, že se liší jak praxe, tak perspektivy těchto profesí, což poukazuje i na skutečnost, že každý člověk působící v určité profesi či v určitém oboru, je tímto oborem také ovlivněn, tedy je velmi důležité, aby lékař skutečně hodnotil jen otázky skutkové a nesnažil se podsouvat nějaké právní řešení situace související se zdravotním stavem jedince.

V návaznosti na výše uvedené srovnání vlastní studie s díly jiných odborníků je zřejmé, že možností, jak na téma nahlédnout je vždy vícero a skutečně velmi záleží i na autorovi, jakým způsobem se bude problematice věnovat. Proto bylo na počátku této práce rovněž možné zvolit více přístupů, nicméně byl zvolen právě ten přístup, který předkládaná práce prezentuje.

## **Závěr**

Tématem této práce byla právní povaha posudků lékařské posudkové služby. Posouzení zdravotního stavu žadatele o dávku, popř. jiné osoby (např. u ošetřovného) je přitom klíčové pro otázku, zda má konkrétní žadatel nárok na určitou dávku či nikoliv, což se projevuje i do toho, jak je takový občan zabezpečován po ekonomické stránce. Jak se ukázalo, problematika posuzování zdravotního stavu v systému sociálního zabezpečení ČR je poměrně komplikovaná, neboť v některých případech dochází k posuzování ze strany LPS, v jiných pak posuzují ošetřující lékaři, i na samotný posudek se nahlíží různým způsobem, obvykle je však podkladem a důkazem pro vlastní rozhodnutí ve věci (obvykle se jedná o žádost o nějakou sociální dávku ze systému sociálního zabezpečení). Z tohoto důvodu lze mít za to, že problematika je poměrně nejasná a obtížně přehledná, na což má vliv i skutečnost, že posuzování ze strany LPS může být v některých případech realizováno na OSSZ, někdy na ČSSZ a někdy posudkovou činnost vykonává posudková komise MPSV ČR.

V návaznosti na komplikovanost problematiky byl koncipován i cíl práce. Cílem proto bylo zmapovat systém lékařské posudkové služby a právních úprav v posuzování zdravotního stavu. Za účelem naplnění tohoto cíle byl nejprve představen vývoj právní úpravy LPS v českém a dílčím způsobem i ve slovenském právu, co napomohlo k orientaci v problematice, která se v posledních letech mnohokrát nejrozličnějším způsobem měnila. Dále pak již bylo pracováno jen s aktuální úpravou, kde se však podařilo zjistit, že úprava posudkové činnosti je obsažena hned v celé řadě předpisů, přičemž za zmínku stojí především zákon č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ale posudkovou činnost do určité míry upravuje například i zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, některé základní aspekty pak obsahuje rovněž zákon č. 155/1995 Sb. Z o důchodovém pojištění, který však upravuje pouze některé dílčí aspekty, jinak se v systému důchodového pojištění postupuje podle již zmíněného zákona č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Opomenout nelze ani zákon č. 117/1995 sb., o státní sociální podpoře, který rovněž potřebuje posuzování zdravotního stavu, nicméně upravuje rovněž jen určitý rámeček a zásady, vlastní postup je pak realizován podle zákona č.

582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Jak se ukázalo, posuzování zdravotního stavu v systémech sociálního zabezpečení je tedy velmi rozmanitou činností a vždy je nutné si nejprve uvědomit, pro účely jaké dávky a tedy v rámci jakého systému je nutné zdravotní stav posoudit a v návaznosti na to pak lze dohledat přesný postup a zjistit, kdo posuzování realizuje a jakým způsobem.

Pokud se týká vlastní otázky právní povahy posudku o zdravotním stavu, který vydává LPS, je třeba zmínit, že posudek musí mít v každém případě náležitosti, které jsou detailně upraveny ve vyhlášce č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě. Posudek vždy obsahuje pouze hodnocení skutkových otázek vztahujících se ke zdravotnímu stavu posuzované osoby, není oprávněna v posudku vyhodnocovat otázky právní (tj. zda je dán nárok na dávku či není), byť posudek je podkladem pro vydání správního rozhodnutí ve věci nároku na dávku, o kterou je žádáno. Posudek však není právně závazný a nelze jej ztotožňovat se správním rozhodnutím, to je vydáváno obvykle na základě výstupů z posudku, nicméně jedná se o dva zcela odlišné dokumenty. V návaznosti na výše uvedené skutečnosti lze říci, že stanovený cíl práce byl naplněn, nicméně je také zřejmé, že problematika je nejen komplikovaná, ale tak rozsáhlá, bylo by tedy zcela jistě zajímavé se zaměřit například jen osudky v jednom ze systémů sociálního zabezpečení a nastudovat tuto problematiku detailněji.

## Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, A.,2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada.. Aktuální legislativa. ISBN 9788024737249.

ARNOLDOVÁ, A.,2013. *Výukové materiály pro specializační kurzy v posudkovém lékařství č. 1-3*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN neuvedeno.

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.

CONSULT RESEARCH.,2013. *Postavení a činnost lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení [online]*. Consult [cit. 16.11.2018]. Dostupné z: <http://www.cicar.cz/article/show-article/postaveni-a-cinnost-lekarske-posudkove-sluzby-socialniho-zabezpeceni>.

COUNCIL OF EUROPE.,2002. *Assessing Disability in Europe: Similarities and Differences : Integration of People with Disabilities*. Strasbourg: Council of Europe. ISBN 9789287147448.

ČEJKOVÁ, M., PECHAN, L.,2006. *Důležitá ustanovení správního řádu ve vztahu k LPS. Národní pojištění*. č. 7. ISSN 0323-2395.

ČELEDOVÁ, L. et al., 2015. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. Praha: Grada Publishing.. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4844-3.

ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK J.,2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.. ISBN 978-80-246-3809-6.



ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK J.2018.. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3996-3.

ČEVELA, R. et al., 2010. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3285-5.

ČSSZ.,2017. *Lékařská posudková služba - Česká správa sociálního zabezpečení*. [online]. [cit. 15.11.2018]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>

HAVLÍČKOVÁ, B, 2017. *Kompendium judikatury*. Praha: Wolters Kluwer, ISBN 978-80-7552-525-3.

HENDRYCH, D., 2009. *Právní slovník*. 3., podstatně rozš. vyd. V Praze: C.H. Beck.. Beckovy odborné slovníky. ISBN 978-80-7400-059-1.

HENNIG, G., PELZ G.,2008.. *Transakční analýza: terapie a poradenství*. Praha: Grada.. Psyché (Grada). ISBN 9788024713632.

KAHOUN, V.,2009. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-346-2.

KALVACH, Z.,et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPLAN, R. M., SALLIS J. F., PATTERSON T., L.,1993. *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.. ISBN 9780070335660.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KONOPÁSKOVÁ, J., et al.,2017. *Posudková činnost v oblasti sociální ochrany ve vybraných zemích EU v roce 2013*. Praha: VÚPSV.. ISBN 978-80-7416-306-7.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.. ISBN 8071785512.

KUZNÍKOVÁ, I., 2011 Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

LANGER, R., 1999. *Posudková služba sociálního zabezpečení: znění právních předpisů s komentářem a rejstříkem výrazů*. Praha: Linde.. ISBN 80-7201-188-X.

LANGER, R.,2008. *Je posudek orgánu lékařské posudkové služby závazný?. Národní pojištění*. roč. 39, č. 1. ISSN 0323-2395.

LIBERDOVÁ, E.,1998. *Právo na dobrou správu jako princip veřejné správy / epravo.cz. EPRAVO.CZ – Váš průvodce právem - Sbíрка zákonů, judikatura, právo* [online]. [cit. 16.11.2018]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dobrou-spravu-jako-princip-verejne-spravy-v-eu-98220.html>.

MASTILIAKOVÁ, D.,2014.. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

MLČÁK, Z.,2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-951-3.

MPSV.CZ : Posudková služba – podrobné informace. [online]. 2013 [cit. 15.11.2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7228>.

MPSV.CZ: Posuzování zdravotního stavu pro účely jednotlivých sociálních systémů od 1. 1. 2014 [online]. 2014 [cit. 18.12.2018]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/16982/posuzovani\\_zdravi\\_2014.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/16982/posuzovani_zdravi_2014.pdf).

MUSIL, L., 2011. Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-098-1.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. Díl. Praha: Grada. ISBN 9788024737096.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., MACH J. 2013.. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada.. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5126-9.

RAMIANOVÁ, J.,2010. *Činnost lékařské posudkové služby v prvním roce po sjednocení*. Národní pojištění. č. 8-9. ISSN 0323 – 2395.

SEIFERT, B., ČELEDOVÁ L.,2012.. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum.. ISBN 978-80-246-2082-4.

Sociálna poisťovňa - Základná charakteristika. Sociálna poisťovňa - Úvod [online]. Copyright © Sociálna poisťovňa, ústredie, Ul. 29. augusta č. 8 a 10, 813 63 Bratislava 1 [cit. 24.09.2018]. Dostupné z: <https://www.socpoist.sk/o-socialnej-poistovni-yuz/49233s>.

SULEK, P.,2017. *Problematika lékařské posudkové služby - OKO24*. OKO24 – zprávy západní Čechy, Plzeňský a Karlovarský kraj [online]. Copyright © 2017 MAGAZÍN OKO [cit. 16.11.2018]. Dostupné z: <http://www.oko24.cz/2018/01/30/problematika-lekarske-posudkove-sluzby/>.

SŮVOVÁ, Z.,2018.. *Posudková péče a její úskalí ve světle aktuální* | epravo.cz. EPRAVO.CZ – Váš průvodce právem - Sbíрка zákonů, judikatura, právo [online]. Copyright © EPRAVO.CZ, a.s. 2018 [cit. 13.12.2018]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/posudkova-pece-a-jeji-uskali-ve-svetle-aktualni-pravni-upravy-108177.html>.

ŠEDIVÝ, A., Poznámky k historii posudkové služby sociálního zabezpečení. *Národní pojištění*. 1999, roč. 30, č. 1. ISSN 0323-2395.

TRÖSTER, Petr. Právo sociálního zabezpečení. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2010. Beckovy právnické učebnice. ISBN 978-80-7400-322-6.

ÜSTÜN, T. B. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 9789241547598.

VAŠINA, B., 1999. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-546-6.

VAŠINA, L., 2010. *Komparativní psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024728476.

VOŘÍŠEK, V., 2012. *Zákon o důchodovém pojištění: komentář*. V Praze: C.H. Beck. Beckova edice komentované zákony. ISBN 978-80-7179-576-6.

Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě [online]. Copyright © 2017, Nakladatelství C. H. Beck [cit. 24.09.2018]. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz>.

Zákon č. 99/1948 sb., o národním pojištění Home - beck-online [online]. Copyright © 2017, Nakladatelství C. H. Beck [cit. 24.09.2018]. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz>

Zákon č. 582/1991 Sb. Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 13.12.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-582>.

Zákon č. 117/1995 Sb. Zákon o státní sociální podpoře. Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 19.12.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>.

Zákon č. 155/1995 Sb. Zákon o důchodovém pojištění. Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 18.12.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi - Sbírnka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 19.12.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ŽENÍŠKOVÁ, M., PŘIB J., 2012. *Zákon o nemocenském pojištění: od 1.1.2012 s komentářem a příklady*. Olomouc: ANAG.. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 9788072637256.

## **Seznam zkratek**

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

LPS – lékařská posudková služba

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

WHO – World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace