

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Kateřina Kolínská

**Změny systému nemocenského pojištění
v České republice po roce 2009 a jejich
socioekonomické efekty**

Diplomová práce

Praha 2013

Autor práce: **Kateřina Kolínská**

Vedoucí práce: **Ing. Mgr. Pavla Mařková, Ph.D.**

Rok obhajoby: **2013**

Bibliografický záznam:

KOLÍNSKÁ, Kateřina. *Změny systému nemocenského pojištění v České republice po roce 2009 a jejich socioekonomické efekty*. Praha, 2013. 128 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph. D.

Abstrakt

Tématem diplomové práce je systém nemocenského pojištění v České republice a jeho proměny od roku 2009. Cílem diplomové práce je analýza sociálních a ekonomických efektů, které přinesla změna právní úpravy v podobě zákona č. 187/2006 Sb. Účelem nové právní úpravy bylo změnit negativní trendy v nemocenském pojištění, zamezit nedůvodným výdajům a zajistit finanční stabilitu systému. V úvodu jsou zmíněny teoretické koncepty týkající se zkoumané problematiky, výzkumné metody a postupy použité při zpracování práce. Oblast nemocenského pojištění je charakterizována prostřednictvím základních principů, podmínek účasti v systému a nároků a také stručně zmíněna historie a základy tohoto institutu sociální ochrany v České republice. V empirické části práce jsou popsány jednotlivé změny, ke kterým došlo v rámci reformy veřejných financí, a následně jsou zkoumány jejich konkrétní dopady na vybrané aktéry. V závěru práce byly navrženy tři scénáře eventuálních způsobů řešení problematiky nemocenského pojištění.

Abstract

The diploma thesis deals with the topic of insurance system in the Czech Republic and its transformations since 2009. Analysis of social and economic effect that was brought by alternation in legislation in code 187 / 2006 has become the objective of this work. The reasons for issuing the legislation alternation were struggles to change negative trends in sick insurance, to avoid unjustified costs and to ensure financial stability of the system. The introduction mentions theoretical concepts concerning the topic of the work and methods and procedures used while composing this diploma thesis. The area of the sick insurance is characterized by basic principles, terms and conditions in claim system and brief history of social protection institute in Czech Republic is also covered. The empiric part describes individual changes as a part of public finance reform. Specific impact on selected actors was subsequently analyzed. Three possible sceneries of resolving sick insurance issue are designed in the final part of the work.

Klíčová slova

sociální ochrana, nemocenské pojištění, náhrada mzdy, reforma veřejných financí, pracovní neschopnost, zneužívání dávek

Keywords

Social security, sickness insurance, compensation of wage, public finance reform, temporary disability, benefit abuse

Rozsah práce: 184 226 znaků

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně za použití literatury a zdrojů uvedených v příloze.

Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.

Souhlasím se zpřístupněním práce pro studijní a výzkumné účely.

V Praze, dne 16.5.2013

Kateřina Kolínská

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Pavle Maškové, Ph.D. za odborné a metodické vedení při vypracování diplomové práce, za podnětné připomínky, konkrétní úvahy a doporučení.

TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky



PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE:

Změny systému nemocenského pojištění po roce 2009 a jejich socioekonomické efekty
Socioeconomic effects of changes in the sickness insurance system after year 2009

DIPLOMANT: Kateřina Kolínská

KONZULTANT: Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph.D.

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Předmětem zkoumání bude systém nemocenského pojištění, zejména jeho změny v letech 2008 – 2011. V diplomové práci bude upozorněno na mezery v zákoně o nemocenském pojištění, které umožňují "nadužívání" dávek. Nový zákon č. 187/2006 Sb. účinný od 1. 1. 2009 měl eliminovat řadu závažných i méně významných problémů. Systém v podobě zákona č. 54/1956 Sb. byl zastaralý i přesto, že byl na počátku devadesátých let přizpůsoben dynamickému vývoji makroekonomických veličin. V některých případech neplnil důsledně svůj cíl tj. přiměřenou náhradu příjmu v době nemoci a v řadě případů byl zneužíván. Nebyl však reformován do té míry, aby mohl fungovat v tržní ekonomice, jelikož postrádal dostatečné ekonomické motivační mechanismy, které by uvedly do rovnováhy protichůdné zájmy pojištěnců, zaměstnavatelů, zdravotnických zařízení a nositele pojištění. Dalším důvodem pro zásadní reformu nemocenského pojištění bylo zeštíhlení systému, tzn. zajistit, aby jím celkově procházelo méně finančních prostředků a dále posílení ochranných prvků proti případnému zneužívání dávek resp. veřejných zdrojů ze strany pojištěnců, zaměstnavatelů i zdravotnických zařízení. Tento trend souvisí s vývojem reforem veřejného sektoru a veřejných financí, přičemž tlaky na redukci veřejného sektoru byly od roku 2008 umocněny celosvětovou finanční krizí. Po více než dvou letech platnosti nového zákona lze přijatá opatření proti zneužívání zhodnotit. Každodenní praxe okresních správ sociálního zabezpečení ukazuje, že i přes posílení ochranných prvků není vyloučeno spekulativní jednání některých pojištěnců a netypické jednání další aktérů nemocenského pojištění.

2. Teoretická východiska

Teoretický rámec diplomové práce koresponduje s vědní disciplínou veřejná politika a využívá multidisciplinární povahu tohoto vědního oboru (Potůček et al. 2005). Dalšími základními teoretickými koncepty, o které se diplomová práce bude opírat, je teorie sociálního státu, veřejného sektoru a jeho reforem, teorie práva sociálního zabezpečení a jeho principy, koncept lidských práv, teoretický přístup hospodářské a sociální politiky včetně jejich vzájemné interakce, z rýze ekonomických přístupů půjde především o přístupy veřejné ekonomiky (dlouhodobá udržitelnost veřejných financí).

3. Cíle diplomové práce

Cílem diplomové práce je analyzovat a kriticky reflektovat změny systému nemocenského pojištění a jejich socioekonomické efekty.

Dílní cíle:

- Analyzovat vývoj právního rámce v oblasti nemocenského pojištění v letech 2008 – 2011 v kontextu socioekonomického vývoje České republiky
- Analyzovat a hodnotit dopady změn systému nemocenského pojištění jak v oblasti ekonomické, tak sociální
- Analyzovat zájmy a postoje všech zúčastněných aktérů
- Diskutovat rozhraní mezi ekonomickými a sociálními cíli změn systému nemocenského pojištění
- Navrhnout doporučení na změny v právním rámci

4. Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumné otázky:

Jak se vyvíjel právní rámec v oblasti nemocenského pojištění v letech 2008 – 2011?

Kteří aktéři a s jakými zájmy se účastnili změn nemocenského pojištění po roce 2008?

Bylo legislativními opatřeními dosaženo finančních úspor v systému nemocenského pojištění? Jaká konkrétní legislativní opatření měla vliv na výši výdajů ze systému nemocenského pojištění?

Které jiné vlivy se podílely na výši čerpání finančních prostředků nemocenského pojištění?

Jak lze jinak ovlivnit hospodárnost systému?

Jaké jsou sociální dopady změn systému nemocenského pojištění?

Hypotézy:

H1: Současný zákon o nemocenském pojištění umožňuje vytváření prostoru, kdy dochází k neoprávněnému čerpání dávek a tím je zbytečně zatěžován systém veřejných financí.

H2: V rámci změn systému sociálního pojištění v letech 2008 – 2011 jsou upřednostňovány ekonomické cíle před sociálními.

5. Metody a prameny

Metodologický přístup využívá metody analýzy a tvorby veřejné politiky. V práci bude použita především metoda analýzy vybraných událostí veřejné politiky, analýza aktérů a sítě aktérů a případová studie. Pro strukturaci problému bude využita metoda stromu problémů, pro ukotvení práce v rámci teoretických konceptů bude využita myšlenková mapa. Tyto metody budou doplněny ekonomickými metodami, bude se jednat především o makroekonomickou analýzu výdajů a příjmů systému nemocenského pojištění.

V rámci diplomové práce budu využívat zejména sekundární data jako odborné studie, monografie a články, strategické a koncepční materiály veřejné správy, politických stran, odborových svazů a dalších aktérů a zejména právní normy (zákon č. 54/1956 Sb. a zákon č. 187/2006 Sb.). Pro makroekonomickou analýzu budou použita data o vývoji dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování a peněžité pomoci v mateřství.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Cíle práce, výzkumné otázky
- 3) Teoretická východiska
- 4) Metody
- 5) Analýza právního rámce v oblasti nemocenského pojištění v letech 2008 – 2011 v kontextu socioekonomického vývoje České republiky
- 6) Analýza aktérů a jejich zájmů
- 7) Analýza socioekonomických efektů změněného právního rámce nemocenského pojištění
- 8) Analýza vybraných případů
- 9) Diskuse
- 10) Závěr

7. Základní literatura

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění ve znění platném od 1.1.2009 a ve znění následných novelizací zákona provedených

Důvodová zpráva k zákonu č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění ze dne 18.05.2005. Poslanecká sněmovna PČR; Vláda ČR rok: 2005 strana: tisk č. 1005 ASPI

FIALA, P., SCHUBERT, K.: *Moderní analýza politiky. Uvedení do teorií a metod policy analysis*. Brno: Barrister a Principál, 2000.

FISCHER, F. *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods (Public Administration and Public Policy)*. CRC Press, 2006.

GOBYOVÁ, Jana. *Trendy dočasné pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let*. - In: Demografie, Roc. 52, c. 4(2010), - ISSN 0011-8265. - s. 249-260. obr., tab., lit., příl.

MICHÁLKOVÁ, Božena. *Hodnocení nového zákona o nemocenském pojištění z pohledu naplnění některých jeho cílů*. - In: FÓRUM sociální politiky, Roc. 4, c. 2(2010), - ISSN 1802-5854. - s. 19-22. obr., lit.

KREBS Vojtěch. *Sociální politika. Vojtěch Krebs a kolektiv*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1 (brož.)

POTŮČEK, Martin, et al. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.

PŘIB, Jan. *Zákon o nemocenském pojištění. Komentář*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2009, 320 s.

Česká správa sociálního zabezpečení - nemocenská statistika - dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika>

Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2009 – dostupné z http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/3202-09-za_rok_2009

Vybrané údaje o sociálním zabezpečení 1. pololetí 2010 – dostupné z http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3202-10-1_pololeti_2010

Interní materiály a zprávy České správy sociálního zabezpečení

V Praze dne 9.6.2011

.....
Ing. Mgr. Pavla Mašková, Ph.D.

.....
Kateřina Kolínská

OBSAH

ÚVOD	16
1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	18
2 CÍLE PRÁCE	21
3 METODY A ZDROJE DAT	23
3.1 <i>Sběr dat</i>	23
3.2 <i>Studium dokumentů</i>	24
3.2.1 <i>Kvalitativní sekundární analýza dat</i>	24
3.2.2 <i>Kvantitativní analýza statistických dat</i>	24
3.2.3 <i>Dotazování</i>	24
3.2.4 <i>Kazuistika</i>	25
3.3 <i>Omezení výzkumu</i>	25
3.3.1 <i>Nereprezentativní výběr</i>	26
3.3.2 <i>Zkreslení výzkumu</i>	27
3.4 <i>Prognózování ve veřejné politice</i>	27
4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	29
4.1 <i>Právo sociálního zabezpečení</i>	30
4.2 <i>Hospodářská politika</i>	31
4.2.1 <i>Hospodářsko politické koncepce</i>	33
4.3 <i>Sociální práva v mezinárodním kontextu</i>	34
4.4 <i>Sociální kontext legislativního procesu</i>	35
4.5 <i>Legislativní proces ve smyslu právním</i>	36
4.6 <i>Koncept kvality života</i>	37
5 NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	39
5.1 <i>Historie</i>	39
5.2 <i>Vznik zákona o nemocenském pojištění</i>	41
5.3 <i>Současná úprava nemocenského pojištění</i>	42
5.4 <i>Výklad důležitých pojmů</i>	43
5.5 <i>Shrnutí důležitých změn v právní úpravě od 1.1.2009</i>	48
6 ANALÝZA ZMĚN SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ	50
6.1 <i>Trendy v nemocenském pojištění</i>	50
6.2 <i>Vznik nové koncepce</i>	53
6.2.1 <i>Příprava nového zákona</i>	54
6.2.2 <i>Argumentace dotčených aktérů k návrhu zákona</i>	55
6.2.3 <i>Odložení účinnosti zákona</i>	57
6.2.4 <i>Reforma veřejných financí 2007 - 2013</i>	58
6.2.5 <i>Dílčí shrnutí</i>	59
6.3 <i>Nový zákon a úsporná opatření po roce 2009</i>	60
6.3.1 <i>Změny v nemocenském pojištění 2010</i>	61
6.3.2 <i>Změny v nemocenském pojištění 2011</i>	62
6.3.3 <i>Změny v nemocenském pojištění 2012</i>	63
6.3.4 <i>Konkrétní dopady na příjmy pojištěnců</i>	63
6.3.5 <i>Dílčí shrnutí</i>	65
6.4 <i>Vývoj pracovní neschopnosti v letech 2008 až 2011</i>	67
6.4.1 <i>Dílčí shrnutí</i>	73
7 DŮSLEDKY ZMĚN PRÁVNÍ ÚPRAVY A JEJICH DOPADY	74
7.1 <i>Zaměstnanci</i>	74
7.2 <i>Zaměstnavatelé</i>	78
7.3 <i>Ošetřující lékaři</i>	81

7.4	<i>Dílčí závěr</i>	83
8	SPORNÉ PŘÍPADY VYUŽÍVÁNÍ SYSTÉMU	86
8.1	<i>Kazuistika</i>	86
8.1.1	<i>Diskuze</i>	89
8.2	<i>Zneužití nedostatků právní úpravy</i>	92
8.2.1	<i>Dílčí závěr</i>	93
9	SCÉNÁŘE ZMĚNY PRÁVNÍHO RÁMCE	95
A)	<i>Změna v posuzování zdravotního stavu</i>	95
B)	<i>Přesun kompetencí na zdravotní pojišťovny</i>	96
C)	<i>Vznik nové instituce</i>	97
9.1	<i>Rozbor scénáře</i>	98
10	ZÁVĚREČNÁ DISKUZE DŮSLEDKŮ ZMĚN SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ	100
	ZÁVĚR	107
	SHRNUTÍ	109
	SUMMARY	111
	SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ	113
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	122
	SEZNAM PŘÍLOH	123

Použité zkratky

ČMKOS	Českomoravská konfederace odborových svazů
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DPN - PN	dočasná pracovní neschopnost - pracovní neschopnost
EU	Evropská unie
EZSZ	Evropský zákoník sociálního zabezpečení
HDP	hrubý domácí produkt
LPS	lékařská posudková služba
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MPO	Mezinárodní organizace práce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NP	nemocenské pojištění
OECD	The Organization for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	okresní správa sociálního zabezpečení
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PPM	peněžitá pomoc v mateřství
US	Ústavní soud
WHO	World Health Organization
ZNP	zákon o nemocenském pojištění
Sb. z. a n.	Sbírka zákonů a nařízení
ř. z.	Říšský zákoník

Úvod

Dnešní moderní státy a společnosti nemohou fungovat bez existence sociálního státu, jenž pomáhá udržet společensky přijatelný životní standard všech občanů, zaručuje minimální úroveň sociálního zabezpečení, kvalitní sociální služby, garantuje standard sociálního občanství a vytváří sociálně ekonomickou rovnováhu v současné společnosti (Večeřa 1996: 104).

Uvedené funkce jsou v praktické rovině uskutečňovány sociální politikou, která *„je investicí do lidí a tím i investicí do sociálního a ekonomického rozvoje společnosti. Základním cílem sociální politiky jsou rovné příležitosti a vytvoření lidsky důstojných podmínek života. Prosazení rovných příležitostí předpokládá rovný přístup ke vzdělání, rovný přístup ke zdravotní péči na dostatečně kvalitní úrovni, rovný přístup k pracovním příležitostem, rovný přístup k možnostem zajištění bydlení a konečně i obecnou garanci dostatečného minimálního příjmu v případě definovaných sociálních situací“* (Socioklub 2001).

Poslední ze jmenovaných cílů je v praktické rovině naplňován institutem sociálního zabezpečení, jehož subsystémem je nemocenské pojištění a který zajišťuje pracujícím osobám peněžité dávky při ztrátě příjmu z důvodu nemoci, mateřství a potřeby péče o člena rodiny (Krebs 2005: 160). Zabezpečení v nemoci a mateřství je považováno za tradiční formu sociální ochrany pracujících, jehož kořeny sahají ke konci 19. století. V tomto období vyvstala s rozvojem industrializace naléhavá potřeba zabezpečovat početné vrstvy obyvatelstva při sociálních událostech, které ohrožovaly jejich zdraví a znemožnily výdělečnou činnost.

Systém nemocenského pojištění se dotýká téměř všech ekonomicky aktivních obyvatel¹ České republiky (ČSSZ 2012), a proto je každá změna citlivě vnímána. Od roku 1989 došlo k celé řadě novelizací právní úpravy nemocenského pojištění, přičemž za nejzásadnější je považována komplexní změna v podobě zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který je účinný od 1.1.2009 (ZNP). Tato změna svého času vyvolala velkou diskuzi², protože se dotkla nejenom pojištěnců, ošetřujících lékařů, ale

¹ k 31.12.2012 celkem 4 383 tis. pojištěnců (zaměstnanci 4 284 tis., OSVČ 99 tis.)

² nesouhlas s návrhem zákona Svazu průmyslu a dopravy ČR, ČMKOS, Hospodářské komory; dvakrát odložená účinnost, veto prezidenta V. Klause v roce 2006

především zaměstnavatelů, kterým vznikla nová povinnost částečně se podílet na hmotném zabezpečení svých zaměstnanců v době pracovní neschopnosti.

Ačkoliv legislativní proces od návrhu zákona až k jeho účinnosti trval poměrně dlouhou dobu³, nelze říci, že je dosaženo optimálního stavu. O tom svědčí opakované změny zákona⁴, které jsou kromě napravení legislativních nedostatků odůvodňované především potřebou stabilizovat veřejné finance, což ale není v souladu s představami zaměstnavatelů a hlavně pojištěnců, kteří rovněž očekávají účinný a jim prospěšný systém nemocenského pojištění.

V diplomové práci budou analyzovány názory a jednání některých aktérů, kteří se procesu nemocenského pojištění aktivně nebo pasivně účastní, a to v kontextu statistických dat a ukazatelů nemocenského pojištění, které reflektují přijaté změny. Jedním z dílčích cílů práce je navrhnout další změny systému, aby plnil svůj prapůvodní smysl, tj. poskytovat zaměstnancům spolehlivou sociální ochranu v době akutní změny zdravotního stavu.

Vzhledem k tomu, že jsem zaměstnána na České správě sociálního zabezpečení, která jako orgán státní správy vykonává působnost v oblasti sociálního zabezpečení, tj. důchodového pojištění, nemocenského pojištění a lékařské posudkové služby, uvedené téma jsem si vybrala z profesního důvodu. Z titulu své pracovní pozice metodik nemocenského pojištění denně poskytuji metodickou pomoc při praktickém provádění zákona o nemocenském pojištění na okresních správách sociálního zabezpečení.

³ kapitola 6.2 Vznik nové koncepce

⁴ od roku 2009 byl zákon novelizován více než 20x

1 Vymezení výzkumného problému

V celoevropském měřítku se objevují snahy o přehodnocení existujícího stavu a úrovně sociální ochrany, protože současným hlavním problémem fungování sociální politiky státu je udržitelnost veřejných financí, resp. dlouhodobé deficitní tendence veřejných rozpočtů (Adema 2006: 8).

Z uvedených důvodů vláda České republiky v roce 2003 přistoupila k první reformě veřejných financí. Materiál Ministerstva financí „*Rozpočtový výhled 2003 – 2006; Koncepce reformy veřejných rozpočtů*“ zdůrazňuje záměr vlády směřovat veřejné finance k vyrovnanému hospodaření, ke stabilnímu ekonomickému prostředí, k udržitelnému růstu a dále ke zvýšení odolnosti fiskální soustavy vůči budoucím nepříznivým demografickým tendencím (MFČR 2003). V oblasti nemocenského pojištění bylo navrženo několik změn, zejména restriktivního charakteru ve vztahu k míře finančního zabezpečení pojištěnců v době dočasné pracovní neschopnosti (DPN). Uvedené skutečnosti budou analyzovány a vysvětleny dále v textu.

Hlavním cílem přijatých změn byla snaha o omezení mandatorních výdajů⁵, které jsou nejpodstatnější součástí povinných výdajů státu, což je příčinou špatného stavu veřejných financí (ICV 2012). Od roku 1993, kdy výdaje na nemocenské pojištění činily téměř 9,6 mld. Kč, se postupně projevoval vzestupný trend a o deset let později se výdaje přiblížily téměř 30 mld. Kč (PSP 2005).

Je nesporné, že systém nemocenského pojištění musel být modifikován, jelikož výdaje na dávky dlouhodobě překračovaly 25 až 30 mld. Kč a rovněž míra dočasné pracovní neschopnosti byla dlouhodobě v průměru 6 %.⁶ Tento trend byl v rozporu se zlepšujícím se zdravotním stavem obyvatel ČR (ČSSZ 2006). Podle těchto ukazatelů jsme patřili k nejvíce nemocným národům v Evropské unii (Eurofound 2010).

Na procentu pracovní neschopnosti (PN) se kromě zdravotního stavu obyvatel podílí řada jiných socioekonomických faktorů⁷. „*Vliv mají jak individuální*

⁵ dávky nemocenského pojištění se podílí na sociálních mandatorních výdajích 4,89 %, v peněžním vyjádření jde o 21,7 mld. Kč (MFČR 2012)

⁶ kapitola 6.1 Trendy v nemocenském pojištění

⁷ dle WHO je zdraví ovlivňováno faktory, které leží mimo oblast zdravotnictví. 30 % tvoří sociální a ekonomické podmínky, 40 % životní styl, 10 % životní prostředí, 10% zdravotnictví, 10 % genetické dispozice

charakteristiky pracovníka (zdravotní stav, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, výše mzdy, nastavení pracovní doby a úroveň morální odpovědnosti pracovníka), tak i objektivní faktory jako je míra nezaměstnanosti, stabilita trhu práce, nastavení sociálního systému a zejména finanční kompenzace ušlé mzdy“ (Gobyová 2010). Na ovlivnění systému vnějšími okolnostmi, obzvláště ekonomickou krizí, zadlužením zaměstnavatelů a domácností, mírou nezaměstnanosti, poukazuje i B. Michálková ve svém hodnocení cílů nového zákona (Michálková 2010).

Ukazatel míry PN, spolu s ukazatelem délky pracovní neschopnosti a příčinami pracovní neschopnosti, může naznačovat možnost zneužívání nemocenského pojištění. Tento fakt byl jedním z důvodů pro komplexní změnu právní úpravy nemocenského pojištění, jak uvádí důvodová zpráva k ZNP *„je snaha posílit ochranné prvky systému proti případnému zneužívání dávek (a tím de facto veřejných zdrojů). Systém nemá dostatečné vnitřní ani vnější mechanismy, které by bránily v jeho zneužívání pojištěncům (čerpání dávek při neodůvodněné pracovní neschopnosti), zaměstnavatelům (motivaci zaměstnanců k uznání pracovní neschopnosti při nedostatku zakázek či finančních prostředků na mzdy) ani zdravotnickým zařízením (snaha o udržení si spokojeného pacienta uznáváním či prodlužováním pracovní neschopnosti podle jeho přání, nikoliv vždy podle objektivně zjištěného zdravotního stavu)“ (PSP 2005).*

O zneužívání systému hovoří i někteří autoři⁸ zabývající se sociální politikou a sociálním zabezpečením. Nekonkretizují ovšem svá zjištění, v podstatě uvádí podobné příklady podle důvodové zprávy. Tématem zneužívání dávek nemocenského pojištění se zabývá bakalářská práce Evy Pavlasové, která poukazuje na problematiku čerpání dávky nemocenské v ochranné lhůtě, ve snaze nahrazovat příjem po ztrátě zaměstnání dávkou z pojištění (Pavlasová 2009).

Jak postupovaly legislativní změny a úsporná opatření státu v letech 2004 a v následujících, úroveň hmotného zabezpečení se v době nemoci postupně snižovala, zejména z důvodu zavedení karenční doby, výplaty náhrady mzdy pouze za neodpracované směny⁹, dále z důvodu redukce příjmů pro výpočet nemocenského a snížení procentní výše dávky¹⁰. Uvedené změny tudíž způsobily razantní pokles

⁸ Krebs 2004: 244, Arnoldová 2007: 210

⁹ podle původní právní úpravy byly od prvního dne pracovní neschopnosti placené všechny kalendářní dny nemoci

¹⁰ § 21 ZNP ve znění platném od 1.1.2011

procenta pracovní neschopnosti, kdy v meziročním srovnání ubyly v roce 2009 případy pracovní neschopnosti o 31 % (ČSSZ 2012). Tento zvrat je přisuzován změně chování pojištěnců, kteří místo uznání pracovní neschopnosti „přechází“ méně závažná onemocnění nebo řeší vzniklou situaci čerpáním řádné dovolené z důvodu podstatného propadu jejich příjmů. Předpoklad změny chování pojištěnců a finančních dopadů na jejich rozpočet bude zjišťován a ověřován rozhovory s aktéry.

Z popsaného je zřejmé, že systém nemocenského pojištění je ovlivňován jednak ekonomickým faktorem, kdy je snaha o zajištění vyrovnané bilance, tak i aspektem zdravotním, který reprezentuje zdravotní stav obyvatel ve vztahu k míře pracovní neschopnosti. Dále lze jmenovat makroekonomické faktory např. vývoj ekonomiky, nezaměstnanost a stabilita trhu práce a nelze opomenout ani hledisko etické a morální, které se váže ke zneužívání dávek.

Výzkumným problémem je současná podoba systému nemocenského pojištění po opakovaných parametrických úpravách, které ovlivňují výši dávky. Lze vyslovit oprávněnou pochybnost, že systém neplní představy zaměstnanců, kteří očekávají účinnou sociální oporu a jistotu. Sociální jistotou je především adekvátní finanční zajištění v době nemoci, které je deklarováno čl. 30 odst. 1 Listiny základních práv a svobod a podle kterého má občan právo na přiměřené hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci.

Na druhé straně je nutné zmínit hledisko ochrany zdraví každého jedince, ale také veřejného zdraví¹¹, které je rovněž upraveno zákonem. V kontextu výše uvedeného se nabízí otázka, zda restriktivní opatření, která byla v průběhu uplynulých let přijata z důvodu snížení nákladnosti systému a zamezení zneužívání dávek, nepůsobí spíše kontraproduktivně ve vztahu ke zdravotnímu stavu obyvatel. Na místě je úvaha, zda nepřistoupit k důslednějšímu využívání zákonných kontrolních mechanismů a preventivních opatření, nebo do budoucna uvažovat o dalších systémových změnách, které povedou ke spokojenosti všech aktérů zapojených do procesu nemocenského pojištění.

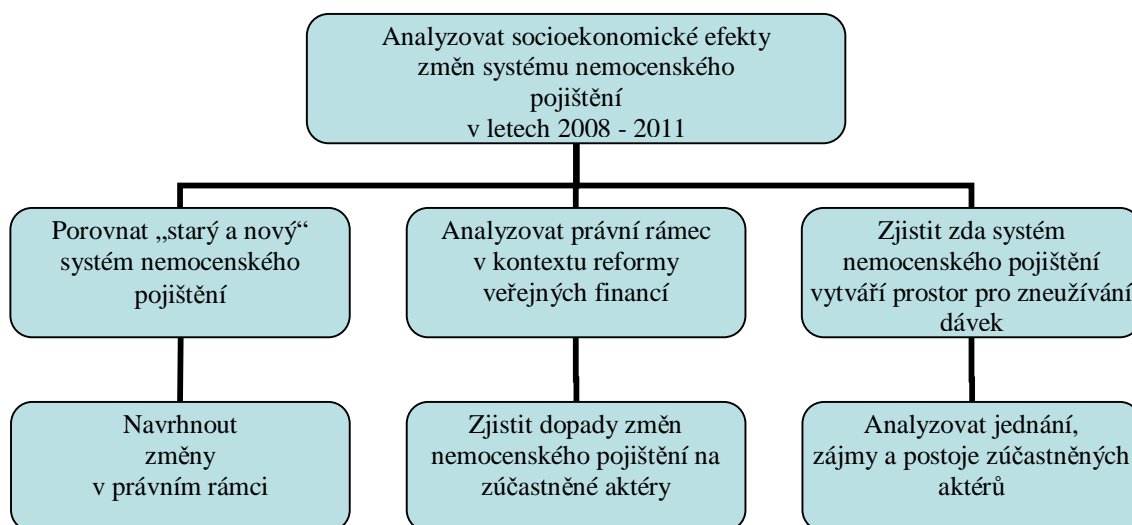
¹¹ § 2 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb., o ochranně veřejného zdraví „Ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.“

2 Cíle práce

Cílem diplomové práce je na základě analýzy kriticky reflektovat změny systému nemocenského pojištění a jejich socioekonomické efekty. Těchto efektů můžeme vyjmenovat celou řadu. Přijaté změny ovlivnily jednak chování a rozhodování pojištěnců, jejich osobní finance, firemní i veřejné rozpočty, zdravotní stav populace, zaměstnanost nebo také kvalitu života jedinců.

Dalšími dílčími cíli je analyzovat vývoj právního rámce v oblasti nemocenského pojištění v letech 2008 – 2011 v kontextu reformy veřejných financí; zjistit, zda systém nemocenského pojištění vytváří prostor pro zneužívání dávek; komparace právní úpravy do roku 2008 a právní úpravy od roku 2009.

Schéma 1: Schematizace cílů



Výzkumné otázky

1. Čím byly motivovány změny v oblasti nemocenského pojištění a jaké hlavní systémové změny přinesla právní úprava od roku 2009?
2. Jak vnímají změny právního rámce nemocenského pojištění po roce 2008 pojištěnci a zaměstnavatelé, změnilo se jejich chování?

3. Kteří aktéři a s jakými zájmy se účastnili přípravy systémových změn zákona o nemocenském pojištění a legislativního procesu?
4. Jaké konkrétní důsledky přinesly změny v nemocenském pojištění?
5. Lze zneužívat systém nemocenského pojištění, a jakým způsobem?

Hypotézy:

H1: Současný zákon o nemocenském pojištění umožňuje vytváření prostoru, kdy dochází k neoprávněnému čerpání dávek, čímž je zbytečně zatěžován systém veřejných financí.

H2: V rámci změn systému sociálního pojištění v letech 2008 – 2011 jsou upřednostňovány ekonomické cíle před sociálními.

3 Metody a zdroje dat

Vzhledem ke skutečnosti, že jsou stanovené nejen výzkumné otázky, ale i hypotézy, bude diplomová práce zpracována metodou smíšeného výzkumu, který využívá kvalitativních i kvantitativních metod zkoumání. Smíšený výzkum využívá síly a komplementarity jednotlivých přístupů, proto je využití několika metod sběru a analýzy dat považováno za hodnotné (Hendl 2008: 60).

Položené výzkumné otázky směřují k objasnění vývoje systému nemocenského pojištění, činitelů podílejících se na změnách a k porozumění jednání aktérů a jejich vzájemných vztahů. K naplnění těchto cílů byl zvolen **kvalitativní přístup výzkumu**, jehož cílem je snaha porozumět lidem v sociálních situacích (Disman 2006). Bez kvalitativního přístupu nelze do zkoumaného problému blíže proniknout. Podle Dismana je kvalitativní výzkum „(...) *nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam pokládáný sdělovaným informacím*“ (Disman 2006: 285). Nevýhodou kvalitativního výzkumu je slabá standardizace a nízká spolehlivost získaných výsledků. Ovšem volná forma otázek a odpovědí není tak omezující jako v kvantitativním výzkumu (Disman 2006: 287).

Ukazatelé nemocenského pojištění, resp. statistická data, byla zkoumána pomocí **kvantitativní metody výzkumu**. Podle Zicha (2004: 101) se oba typy výzkumů vhodně doplňují a zajišťují kompaktnost interpretovaných dat. Kvalitativní přístup obvykle předchází kvantitativnímu. V případě výše popsaného výzkumného problému budou dílčí zjištění a výstupy z kvalitativního výzkumu podkladem pro ověřování platnosti předložených hypotéz.

3.1 Sběr dat

Data byla shromažďována metodou studia významných dokumentů a metodou přímého dotazování. Pro kvalitativní i kvantitativní přístup jsou vhodné obě uvedené techniky (Zich 2004: 103). Zdrojem informací byly zákony a jejich důvodové zprávy, dále pak odborná literatura týkající se uvedené problematiky, statistická data, odborné články, realizované výzkumy, mediální zprávy a v neposlední řadě rozhovory

s respondenty. Dále byla využita reálná zjištění získaná při provádění nemocenského pojištění¹².

3.2 Studium dokumentů

Studium dokumentů je předpokladem pro získání dostatečného přehledu o konkrétní problematice. Podle Zicha (2004: 50) je nezbytné před zahájením sociologického terénního šetření získat všechny důležité a dostupné dokumenty. Pro zpracování této práce byly využity zákonné předpisy, oficiální dokumenty dotčených ministerstev a správních úřadů, profesních svazů a komor, dále odborné články, statistická data, vysokoškolské závěrečné práce a další informace zveřejněné v mediích.

3.2.1 Kvalitativní sekundární analýza dat

Studium dokumentů je důležité pro poznání historického i současného stavu a budoucích tendencí systému nemocenského pojištění. Analýze budou podrobeny zejména návrhy zákonů, důvodové zprávy, legislativní proces, zákony, strategické dokumenty a vládní prohlášení. Metoda je využita při deskripci a komparaci minulé a současné právní úpravy.

3.2.2 Kvantitativní analýza statistických dat

Touto metodou bude provedeno porovnání ukazatelů nemocenského pojištění - míra pracovní neschopnosti, počet případů pracovní neschopnosti, délka trvání případu, nejčastější diagnózy, příjmy a výdaje systému. Využita budou data České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV).

3.2.3 Dotazování

Empirická část práce bude zpracována na základě polostandardizovaných rozhovorů s některými aktéry nemocenského pojištění - pojištěnci, zaměstnavatelé,

¹² Dle § 14 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb. mohou být zobecněné informace a souhrnné údaje, které orgány sociálního zabezpečení získají při své činnosti, bez uvedení konkrétních údajů, zejména jmenných, využívány zaměstnanci těchto orgánů při vědecké, publikační a pedagogické činnosti

lékaři, zástupce ČSSZ. Cílem rozhovorů je zjištění názorů a zkušeností s nemocenským pojištěním, názorů na předložená tvrzení zjištěná v rámci studia dokumentů a také zjištění postojů a motivů jejich jednání. V případě neochoty respondentů k osobnímu setkání je využita alternativa písemného dotazování ve formě otevřených otázek. Po předběžném souhlasu byli respondenti nahráváni na záznamové zařízení, v opačném případě byly odpovědi zaznamenávány písemně. Některé výpovědi byly získány při neformálním rozhovoru. Pro každou skupinu dotazovaných byla vytvořena sada otázek, které byly s ohledem na sdělené skutečnosti modifikovány.

3.2.4 Kazuistika

Kazuistika, též osobní případová studie, patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů. Kazuistika se může týkat i skupiny lidí či instituce a slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy (Hartl, Hartlová, 2004: 253).

Tato metoda bude využita k podrobnějšímu popisu některých pojištěnců, kteří se ocitli v sociální situaci, kterou přechodně vyřešili pracovní neschopností, ačkoliv mohli využít jiného institutu sociální ochrany. Dále bude popsáno účelové jednání některých aktérů, o kterém lze důvodně říci, že vykazuje znaky zneužívání systému nemocenského pojištění.

3.3 Omezení výzkumu

Oba typy použitých výzkumů mají svá negativa i pozitiva. **Kvantitativní „tvrdá“ data**, tj. statistické údaje o ukazatelích pracovní neschopnosti se vyznačují vysokou reliabilitou a lze je generalizovat na celou populaci, ale neobsahují detailnější informace o zkoumaném jevu. **Kvalitativní výzkum** poskytuje validní data, ovšem bez možnosti zobecnění závěrů na celou populaci (Hendl 2008). Dalším limitním faktorem je nízký počet respondentů, časové a finanční možnosti zpracovatele.

3.3.1 Nereprezentativní výběr

Výzkumný vzorek pro kvalitativní zjišťování dat byl zvolen nereprezentativním výběrem účelově, zjištěné závěry tedy nelze generalizovat, a proto je diplomová práce pouze sondou do problematiky nemocenského pojištění.

Všichni respondenti žijí nebo pracují na území okresu Ústí nad Labem. Pro rozhovor byli vybíráni pojištěnci, tj. zaměstnané osoby, které byly v nedávné době nemocné. Jedná o 15 pojištěnců s různými sociálními znaky.

Kritériem pro výběr zaměstnavatelů byla jejich ekonomická aktivita. Konkrétně jde o sedm výrobních společností nebo firem poskytující služby, které jsou závislé na poptávce po svých produktech. Jedním ze zaměstnavatelů je orgán státní správy. Dále byli osloveni dva praktičtí lékaři, dva specialisté na nemocenské pojištění a jeden lékař ČSSZ. Přehled a stručná charakteristika respondentů je přílohou č. 2.

Tento typ výzkumu se podle Zicha (2004: 73) nazývá **monografickou analýzou**, která se omezuje na popis jednoho objektu, kterým může být člověk, pracovní skupina, rodina, instituce, událost nebo vztah. V některých případech jsou předmětem monografického šetření složité sociální objekty, jimiž lze dospět k poznání vnitřní struktury, vztahů, dynamiky, kdy se také využijí statistické výstupy.

Dále Zich uvádí, že v monografickém šetření není výběr jednoho případu reprezentativní, ale prostřednictvím jeho zkoumání lze dospět hluboko k podstatě sociálních jevů. Používá se nejčastěji jako doplněk statistického šetření, který doplňuje popisné výsledky intenzivnějším přístupem. Proto budou pro dokreslení situace v oblasti nemocenského pojištění využity závěry kvalitativního výzkumu, který je vyjádřením názorů a motivů chování zkoumaných jedinců.

Jiná literatura popisuje tuto metodu jako **případovou studii**, ovšem podstata obou přístupů je prakticky stejná. Podle Hendla (2006: 102) tato metoda umožňuje zachycení složitosti, detailů, vztahů a procesů probíhajících v daném mikro prostředí. Jde o podrobný výzkum jednoho případu, který přispěje k lepšímu porozumění a pochopení jiných, obdobných případů. Na rozdíl od statistického šetření, které shromažďuje relativně omezené množství dat od mnoha jedinců nebo případů, v tomto postupu jde o zachycení složitosti zkoumaného případu a popis vztahů.

3.3.2 Zkreslení výzkumu

Odborná literatura popisuje typy zkreslení výpovědi, které jsou způsobené jednak osobou tazatele, ale také osobou dotazovaného (Zich 2004: 42). Respondenti pod vlivem „zkoumání“ neodpovídají úplně korektně nebo pravdivě na choulostivé otázky nebo na otázky, se kterými se ještě nesetkali. Tento typ zkreslení skutečně nastal, když respondentka po vypnutí diktafonu, při následném nezávazném hovoru svou odpověď na jednu otázku zcela popřela s dovětkem: „*to jsem ti přece takhle nemohla říct*“.

Výzkumník může být ovlivněn svými subjektivními názory, předsudky, stereotypy, což ovlivňuje výběr otázek, dat a oprávněnost závěrů (Hendl 2008: 146). S ohledem na fakt, že jsem jedním z prvků systému nemocenského pojištění, lze předpokládat určitou předpojatost a ztrátu nadhledu.

3.4 Prognózování ve veřejné politice

Umění vytvářet prognózy je základem pro úspěch veřejně politické analýzy, které dále zvyšuje možnost sledovat a regulovat společenské procesy potřebným směrem. Prognózování slouží pro vyhodnocení důsledků různých variant politiky, může být také využito v prvotní fázi vymezení problému. Na rozdíl od přírodních věd je prognózování vývoje společnosti ztíženo skutečností, že budoucnost je ovlivňována samotným politickým rozhodnutím.

Prognózování „*je systematické shromažďování poznatků a zkušeností a představ o budoucnosti získaných racionálními postupy a logickými úvahami a formulování výpovědí o možných variantách vývoje*“ (Veselý, Nekola 2007: 274).

Budoucnost lze definovat několika způsoby:

- možná budoucnost – stavy, které by mohly nastat;
- pravděpodobná budoucnost – stav pravděpodobně nastane, pokud nedojde k nečekaným změnám nebo zásahu do současného vývoje;
- preferovaná budoucnost – stav, který pravděpodobně nastane, a který je v souladu s analytickou koncepcí budoucích hodnot, potřeb, příležitostí.

V prognózování lze využít poměrně širokou škálu různorodých metod, kvantitativního nebo kvalitativního charakteru. Existují metody univerzální i specifické, které lze různě kombinovat (Veselý, Nekola 2007: 280).

V diplomové práci bude využita kvalitativní metoda tvorby scénářů, kterou bude nastíněn další možný vývoj právní úpravy systému nemocenského pojištění. Scénář je vyprávění o možné budoucnosti, které nepředvídá budoucí vývoj. Zároveň ale popisuje možný budoucí směr na základě vývojových souvislostí mezi zpracovatelem určenými událostmi. Příběhy spojuje popis budoucího stavu se současnou reálnou situací v řadě vývojových souvislostí, které ilustrují politická rozhodnutí a jejich důsledky. Scénáře uspořádávají tvrzení o budoucnu, které se za určitých podmínek může stát realitou. Účelem tvorby scénářů je systematicky prozkoumávat, vytvářet a prověřovat možné a žádoucí budoucí podmínky.

Scénáře mohou mít podobu:

- deskriptivní – popis trendů a možné budoucnosti na základě různých předpokladů;
- normativní - vychází ze stavu, kterého má být dosaženo (nebo naopak ze stavu, kterému se chceme vyhnout) a snaží se odvodit to, co je potřeba učinit, aby ne/došlo k jeho naplnění.

Proces tvorby scénáře má několik fází:

1. příprava

- a) definice a ohraničení zkoumané oblasti – popis zkoumané oblasti a hybných sil, které na oblast působí

2. tvorba

- a) definování klíčových hybatelů hybných sil (ekonomika, legislativa, konkurence, technologie)
- b) definování událostí
- c) projektování klíčových hybatelů
- d) příprava vyprávění

3. zpravodajství a využití

- a) dokumentace (shrnutí v dané oblasti, vývoj, rozhodující události)
- b) důsledky alternativních scénářů pro politické rozhodování
- c) testování politik

Scénáře jsou nejjednodušší metodou, jak rozhodovatelům předestřít ucelenou informaci o variantách budoucího vývoje (Nekolová in Potůček 2006: 173).

4 Teoretická východiska

Základní teorií, kterou byla uvozena diplomová práce, je teorie **sociálního státu**. Sociálním státem je takový stát, v jehož zákonech, ve vědomí i postojích lidí, v aktivitách institucí i v praktické činnosti se prosazuje myšlenka, že sociální podmínky lidí jsou věcí veřejnou. Sociální stát zaručuje každému z občanů minimální životní standard a také podporu a pomoc v situacích, které ho mohou ohrozit (Potůček 1995: 35). V teoriích sociální politiky byly v posledních desetiletích popsány významné typologie sociálního státu¹³, které reflektují jejich rozdíly ze dvou hledisek. Prvním hlediskem je pojetí solidarity mezi občany státu a druhým kritériem je pojetí vztahu mezi hospodářskou a sociální politikou (Musil 1996: 18).

Teoretická východiska umožňují zkoumání problematiky nemocenského pojištění z několika pohledů. Na problém je možné nahlížet např. z hlediska sociální ochrany, politické moci, teorie práva, ekonomického vývoje, zdravotního hlediska nebo mezinárodních standardů, přičemž každý z těchto aspektů je vyjádřením jiných základních principů.

Níže uvedené teorie vychází z důvodů, kterými bylo argumentováno při přípravě systémové změny soustavy nemocenského pojištění. Primární teorií je **právo sociálního zabezpečení**, jehož subsystémem je systém nemocenského pojištění a jehož funkcí je nahradit zaměstnaným osobám příjem v době nemoci. Další teorie se vztahuje k **ekonomickému hledisku**, kdy přijatými opatřeními měla být snížena finanční nákladnost systému a zajištěno jeho vyrovnané financování. Jedna z teorií popisuje **mezinárodní úmluvy a standardy** v oblasti sociálního zabezpečení, kterými je Česká republika vázána při tvorbě sociálních zákonů. Jelikož je uvedená problematika regulována legislativně, budou nastíněny **teorie z oblasti práva**, které popisují zákonodárny proces jak v právním, tak i v sociálním kontextu. Na závěr bude zmíněna teorie týkající se **kvality života**, protože změny zákona ovlivnily faktory mající vliv na subjektivní vnímání kvality života zaměstnanců.

¹³ Esping-Andersenův model (Esping-Andresen 1990), Titmussův model (Titmuss 1979)

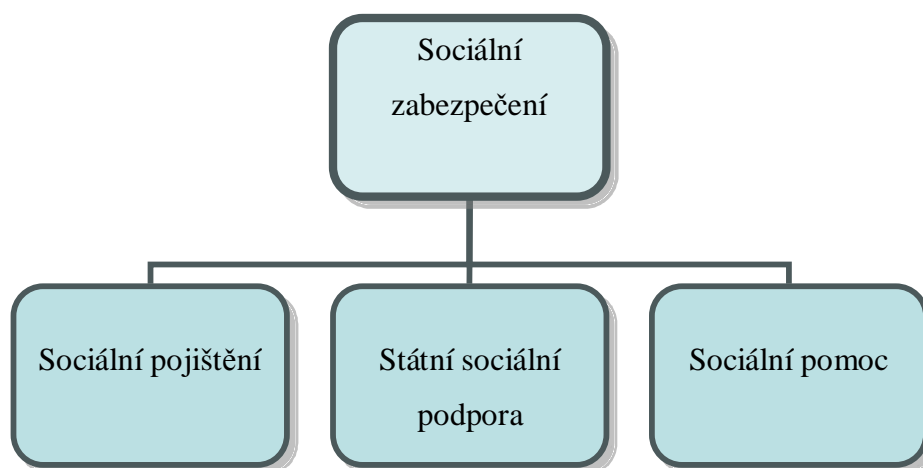
4.1 Právo sociálního zabezpečení

Sociální politika státu je realizována dílčími politikami, přičemž zkoumaná problematika spadá do oblasti sociálního zabezpečení. Subjektivní právo na sociální zabezpečení je sociálním právem, které stát realizuje tak, aby s ostatními lidskými právy zajistil důstojný a svobodný vývoj člověka. V České republice právo na sociální zabezpečení vychází z článků 30 až 32 Listiny základních práv a svobod (Tröster 2002: 35).

Realizace sociálních práv závisí zejména na ekonomické situaci státu, protože míra jejich poskytování reflektuje nejen hospodářský a sociální vývoj státu, ale i vztah státu a občana, který je založený na vzájemné odpovědnosti a na uznání principu solidarity. Rozsah uznání principu solidarity závisí na úrovni etického chápání soužití ve společnosti, její kulturnosti, ale i smyslu jednotlivce pro spravedlnost a sounáležitost s ostatními a sdílení jejich osudu v určitém čase a místě (ÚS 2008).

Sociální zabezpečení je v České republice realizováno ve třech samostatných, principiálně odlišných, ale vzájemně propojených a doplňujících se systémech sociálního zabezpečení (Arnoldová 2007: 91).

Schéma 2: Soustava sociálního zabezpečení v ČR



Zdroj: vlastní zpracování dle Arnoldové 2007: 91

Podle Krebse (2006: 160) je takto postavený systém sociálního zabezpečení v souladu s nejnovějšími trendy sociální ochrany ve vyspělých průmyslových zemích, který zároveň koresponduje s dosavadními teoretickými poznatky.

Pojem sociální zabezpečení je v odborné literatuře prezentován různě. Podle Potůčka je sociální zabezpečení „*souborem právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření, jejich cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální důsledky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva anebo takovým životním situacím předcházet*“ (Potůček 1995: 69). Podle jiných autorů je sociální zabezpečení komplexem opatření, která utvářejí vzájemnou solidaritu s lidmi, kteří jsou v situaci nedostatku příjmů z placené práce nebo se nacházejí v situaci, která vyžaduje mimořádné výdaje (Pieters in Syrovátka 1997: 8). Autoři Sinfield a Bergman sociální zabezpečení prezentují jako stav úplné ochrany proti ztrátě materiálních prostředků, resp. jako stav dokonalé ochrany proti potencionálním rizikům (tamtéž). Krebs uvádí nejrozsáhlejší vymezení sociálního zabezpečení, které tvoří všechny sociální instituce poskytující občanům poradenství, ochranu, prevenci, věcná a peněžní plnění, služby, ústavní péči k uspokojení jejich sociálních a společensky uznaných potřeb (Krebs 2005: 159).

Funkce práva sociálního zabezpečení jsou obecné a zvláštní. Zvláštními funkcemi jsou:

- ochranná – snižuje nebo odstraňuje negativní sociální situace jednotlivce, a tím mu dává možnost se rozhodnout bez ekonomicky nepříznivých tlaků;
- ekonomická – kompenzuje jedinci ztrátu, která vznikla v důsledku nepříznivé sociální situace vymezené právem sociálního zabezpečení; je spojována s ekonomickým dopadem, který jedinec nemůže nebo nemusí překonávat sám;
- psychologická – vytváří pocit jistoty jedince, že ve vymezených sociálních situacích nebude ohroženo jeho živobytí;
- stimulační – motivuje jedince k vytváření finančních rezerv pro případ budoucích nepříznivých životních událostí, např. formou doplňkového pojištění (Galvas, Gregorová 2006: 96).

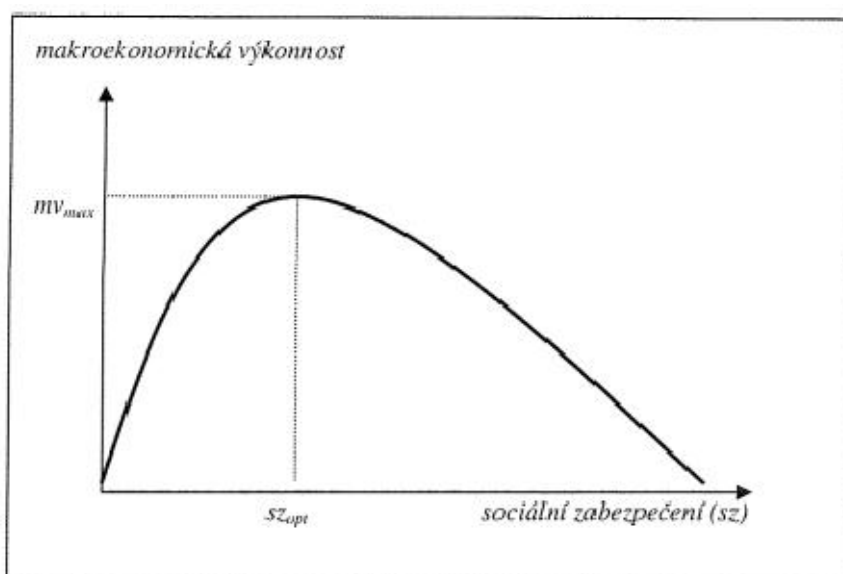
4.2 Hospodářská politika

Hospodářská a sociální politika spolu úzce souvisí, neboť každé hospodářsko-politické opatření má sociální dopady a naopak sociální opatření mají vliv na ekonomické oblasti. Pro účinnou sociální politiku je nutná vysoká účinnost

ekonomiky, tj. hospodářské politiky, která napomáhá k produkci zdrojů nezbytných pro financování sociální politiky (Kliková, Kotlán 2006: 235). V tomto smyslu má sociální politika pasivní roli vůči politice hospodářské, ale naopak její aktivní role tkví v tom, že formuje dispozice jedinců pro pracovní výkon, motivuje je k činnosti a seberealizaci, např. vzdělávací politikou, zdravotní politikou nebo politikou bydlení (Franc, Slaný 2004: 89).

Následující graf vysvětluje poměr mezi hospodářskou a sociální politikou prostřednictvím makroekonomické výkonnosti a úrovně sociálního zabezpečení.

Graf 1: Vztah makroekonomické výkonnosti a úrovně sociálního zabezpečení



Zdroj: Kliková, Kotlán 2006: 241

Graf lze interpretovat tak, že s růstem míry sociálního zabezpečení roste makroekonomická výkonnost ekonomiky. Rostoucí úroveň sociálního zabezpečení má vůči ekonomické aktivitě subjektů (domácností) stimulační účinek a ekonomická aktivita subjektů se stává prostředkem dobrého sociálního zabezpečení. Pokud se zvyšuje rozsah sociálního zabezpečení, makroekonomická výkonnost klesá, protože sociální zabezpečení je snadnější cestou k blahobytu než ekonomická aktivita (Kliková, Kotlán 2006: 241).

S hospodářským vývojem a prosperitou je úzce spjatý vznik sociálního státu ve světě. Od 60. let až do prvního ropného šoku docházelo v zemích OECD k růstu HDP kolem 5 % ročně, poté růst zpomalil až na 2 %, když se po roce 1991 růst ustálil kolem 2,25 %. S rostoucí prosperitou rostly v evropských zemích náklady na veřejný

sektor z 32 % HDP v roce 1960 na 53,9 % v roce 1993. Zvýšené náklady na veřejný sektor se odráží v daňovém zatížení. V zemích EU došlo k nárůstu z 33 % v roce 1975 na téměř 42 % v roce 2000, přičemž v roce 2003 byla hodnota jen těsně pod touto úrovní. Průměrné daňové zatížení v zemích EU je mnohem větší než jinde např. v USA (Adema 2006).

4.2.1 Hospodářsko politické koncepce

Hospodářsko-politické koncepce ovlivňují rozhodování státu, potažmo vlády v ekonomických otázkách. Během vývoje ekonomických teorií se vyprofilovaly tři skupiny názorů na roli státu:

- Liberální koncepce
- Intervencionistická koncepce
- Marxistická koncepce

Liberální hospodářská koncepce je založena na názoru, že hlavní ekonomické otázky (co, jak a pro koho vyrábět) jsou řešeny prostřednictvím tržního mechanismu a intervence státu jsou tedy chápány jako nevhodné a rušivé. V liberálním pojetí zaujímá hospodářská politika státu pouze malý prostor, přičemž není zcela vyloučena angažovanost státu v ekonomice, ale je omezena na nejnižší možnou úroveň (Kliková, Kotlán 2006: 76). Stát v ekonomice může zasahovat do vnitřní a vnější bezpečnosti, ochrany vlastnických práv a ochrany rámcových podmínek nutných pro správné fungování státu (Slaný, Franc 2004: 22).

Intervencionistická hospodářská koncepce se s liberálním pojetím shoduje v tom, že trh hraje hlavní roli v koordinaci ekonomických aktivit státu. Nicméně v mnoha oblastech tržní princip selhává nebo je jeho působení nedostatečné, a tímto argumentem jsou obhajovány ekonomické zásahy státu. Podle této teorie je řada oblastí, kde působení trhu selhává, a proto jsou nezbytné intervence státu (Kliková, Kotlán 2006: 77).

Pro úplnost je na tomto místě zmíněna i **marxistická koncepce**, kde je trh nahrazen příkazovým systémem v centrálně plánované ekonomice. Tento koncept považuje selhání tržního mechanismu v ekonomických a sociálních otázkách za absolutní. Stát je základním ekonomickým subjektem, který potlačuje svobodu jednání ostatních hospodářských subjektů (Slaný, Franc 2004: 97).

Zkoumaný problém souvisí s dlouhodobými a aktuálními ekonomickými problémy země, jimiž jsou ekonomická recese, zvyšující se nezaměstnanost (MPSV 2013) a rostoucí inflace (ČSÚ 2012), které jsou příčinou snižování prostředků plynoucích do systému sociálního zabezpečení. V této chvíli zasahuje stát regulatorními opatřeními s cílem stabilizovat veřejné rozpočty a zajistit jejich vyrovnanou bilanci. Postupné omezování mandatorních výdajů je popsáno v další části textu, ale je zúženo pouze na systém nemocenského pojištění, i když jsou restriktivní opatření zaváděna ve všech pilířích sociálního zabezpečení, nejenom v sociálním pojištění (MPSV 2011).

Popsaný trend je patrný ve všech evropských zemích, přičemž nejčastějším řešením tohoto rozporu je snížení úrovně dávek, snížení nebo zrušení jejich indexace, popř. zpřísnění podmínek pro jejich výplatu. Vliv hospodářské krize na sociální zabezpečení závisí na stupni sociální ochrany v dané společnosti. V zemi, kde je úroveň sociálního zabezpečení nízká, ekonomická krize jen omezuje další rozvoj systémů sociální ochrany, ale v zemích s nastavenou vysokou mírou sociální ochrany je snaha o minimalizaci nákladů na stávající sociální opatření (Arnoldová 2007: 51, Munková 2004: 22).

4.3 Sociální práva v mezinárodním kontextu

Sociální zabezpečení, jak bylo definováno výše, nevychází jenom z historických a kulturních kořenů, ale také z úmluv a deklarácí mezinárodních organizací, kterých je ČR členem, resp. se podpisem dokumentů zavázala k dodržování norem v této oblasti.

K nejvýznamnějším lidsko-právním dokumentům patří Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata Chartou Organizace spojených národů (OSN) v roce 1948, která ale není právně závazná. V článku 22 je stanoveno: „*každý člen společnosti má právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva*“. Závazným dokumentem navazujícím na deklaraci OSN je „*Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských a sociálních a kulturních právech*“. Oba tyto pakty byly ČR podepsány a jsou součástí našeho právního řádu.

K nejvýznamnějším nadnárodním organizacím, které se zaměřují na ochranu práv a oprávněné zájmy v sociální oblasti, patří Mezinárodní organizace práce (MPO)

založená v roce 1919. Úmluvy MOP obsahují závazná kritéria pro vnitřní zákonodárství v dané oblasti. V sociálním zabezpečení je významná „*Úmluva o minimálních normách sociálního zabezpečení č. 102*“ z roku 1955.

V rámci Rady Evropy, která byla založená v roce 1949, je ustanoven Výbor pro sociální zabezpečení. Nejdůležitějším dokumentem této instituce v oblasti sociálního zabezpečení je „*Evropská úmluva o sociálním zabezpečení č. 68*“ z roku 1972, která komplexně upravuje celou oblast sociálního zabezpečení. ČR rovněž ratifikovala Evropskou sociální chartu z roku 1961, která měla přispět ke sjednocování sociálních politik v zemích přidružených k Radě Evropy. Dalším důležitým dokumentem je Evropský zákoník sociálního zabezpečení, sjednaný v rámci Rady Evropy v roce 1964, který je považován za nejdůležitější smlouvu, co se týká stanovení standardů sociální ochrany v rámci národních právních úprav (Tröster 2002: 43).

Minimální úroveň nemocenských dávek (nemocenské, peněžité pomoci v mateřství) je vymezena v úmluvách MOP č. 102, MOP č. 130 a Evropském zákoníku sociálního zabezpečení (EZSZ).

4.4 Sociální kontext legislativního procesu

Legislativní proces lze zkoumat jak z hlediska právního, tak i sociálního. Z právního hlediska je to proces formální, jehož cílem je normalizovaný proces tvorby právního předpisu. Z hlediska sociálního jde o proces společenský, který vede od společenského vědomí k společenské praxi, s cílem ovlivnit ji a usměrnit žádoucím způsobem.

Dříve než legislativní proces ve smyslu právním, začíná legislativní proces ve smyslu sociálním, neboť vlastnímu procesu přijetí právní normy předchází soustavná analýza společenských vztahů a zájmů, tj. sociální výzkum, kterým je poté odůvodněna potřeba nové právní úpravy. Každá právní norma má určitý regulativní cíl, jehož efektivní dosažení či nedosažení má nezanedbatelný význam pro tvorbu samotného práva.

Právní normy jsou předmětem sociálního výzkumu dvakrát. Nejprve při zahájení legislativního záměru (*anticipando*) výzkumem potřeby nové právní normy, přičemž podruhé je zkoumáno, nejen jak norma působí, ale jestli působí tak, jak bylo

přepokládáno, tj. zda bylo dosaženo legislativních záměrů (post factum). Jde tedy o zkoumání efektivnosti právní normy (Knapp 1995: 108).

Míra efektivnosti působení právních norem je ovlivňována pestrou paletou právních a sociálních faktorů a při hodnocení efektivnosti práva je nutné vycházet ze systémové koncepce působení práva. Efektivnost právní normy může být zjišťována několika způsoby, relací mezi cíli právní úpravy a dosahovanými výsledky právní regulace; poměrem mezi dosaženými výsledky působení právních norem a náklady, které byly k dosažení výsledků vynaloženy; mírou, ve které se uskutečňují možnosti práva a okolnosti, při kterých je možnosti naplňují (Gerloch 2007: 303).

4.5 Legislativní proces ve smyslu právním

Proces tvorby právní normy je postup, jehož cílem je přijetí nového právního předpisu, jeho změna (novelizace) nebo zrušení (derogace). V užším smyslu je to proces tvorby zákonů, v širším smyslu jde o proces tvorby všech právních předpisů. Zákonodárny proces je upraven Ústavou ČR, v Hlavě druhé.

Samotný legislativní proces se skládá z několika stadií, která na sebe navazují. Gerloch (2007: 88) popisuje čtyři fáze:

- Zákonodárna iniciativa
- Projednání návrhu zákona
- Hlasování o návrhu zákona
- Promulgace zákona

Zákonodárnou iniciativou je předložení návrhu zákona oprávněnými subjekty. Návrh zákona musí splňovat formální náležitosti, tzn., že obsahuje osnovu zákona, která musí odpovídat pravidlům legislativní techniky a důvodovou zprávu, která odůvodňuje principy nové právní úpravy v členění na obecnou část a speciální část¹⁴.

Legislativní procedura probíhá podle stanoveného schématu a zákon nabývá platnosti vyhlášením a publikací ve Sbírce zákonů¹⁵ (promulgace).

¹⁴ Zákon č. 90/1995 Sb., Zákon o jednacím řádu Poslanecké sněmovny

¹⁵ Sbírka zákonů je oficiální sbírka právních předpisů a dalších nejvýznamnějších aktů státních orgánů České republiky; obsahuje zákony, zákonná opatření Senátu, podzákonné právní předpisy s celostátní působností, některé nálezy Ústavního soudu a významná sdělení např. prezidenta republiky

Schéma 3: Legislativní proces



Nejčastěji je kvalita života spojována se zdravím. Definice zdraví existuje celá řada, např. Světová zdravotnická organizace zdraví pojímá jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti“ (Gillernová 2011: 22) a podle Seedhouse (in Křivohlavý 2009: 40) „je zdraví celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení jiných lidí“.

Kvalita života je podle metodiky zjišťování SEIQoL¹⁶, jevem individuálním a proměnlivým v čase, ve kterém se odráží systém hodnot, životních cílů a oblastí zájmů daného jedince (Křivohlavý 2009: 243). Pojetí kvality života má rozměr objektivní a subjektivní, přičemž objektivní hledisko kvality života vychází z ekonomických, sociálních a zdravotních podmínek, které ovlivňují život jedince. Subjektivní rozměr je tvořen tím, jak jedinec vnímá své místo ve společnosti a životní spokojenost, která je závislá na očekáváních, individuálních cílech a zájmech (Džuka 2004: 42).

¹⁶ SEIQoL = Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life = Program hodnocení individuální kvality života

5 Nemocenské pojištění v České republice

Nemocenské pojištění (NP) je důležitou složkou sociálního pojištění, které je jedním z pilířů sociálního zabezpečení občanů ČR. Jeho hlavním úkolem je finančně zabezpečit ekonomicky aktivní občany v okamžiku, kdy kvůli nemoci či mateřství ztratí krátkodobě výdělek. Nemocenské pojištění provádějí orgány nemocenského pojištění, kterými jsou okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ), ČSSZ, služební orgány a MPSV¹⁷.

5.1 Historie

Základy NP byly položeny již ve středověku, kdy hornická bratrstva zakládala hornické bratrské pokladny, které měly na starost zabezpečení horníků, kteří onemocněli, utrpěli úraz nebo zchudli (ČSSZ 2004).

Období do roku 1948

S průmyslovým vývojem na počátku 19. století postupně vznikala potřeba zabezpečit stále větší počet dělnictva. Po sociálních reformách v Německu v letech 1883 a 1889, kdy byly přijaty zákony o pojištění pro případ nemoci, pracovního úrazu, invalidity a stáří, byla v tehdejší Rakousku-Uhersku v roce 1888 přijata první obecně pojatá úprava NP v podobě zákona č. 33/1888 ř. z., o povinném nemocenském pojištění dělnictva¹⁸ (ČSSZ 2004). Po vzniku samostatného Československa byly dosavadní zemské a říšské zákony převzaty a staly se součástí právního řádu nové republiky (Deyl 1985).

Pokrokovým počinem byl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n.,¹⁹ podle kterého byli pojištěni všichni, kdo vykonávali práce nebo služby na základě smlouveného pracovního poměru nebo učňovského, zaměstnanci plavby říční nebo námořní a domácí dělníci,

¹⁷ § 81 odst. 2 ZNP

¹⁸ Pojištění zaměstnanců průmyslu, živností a obchodu, vyjma zemědělských, služebných a domácích pracovníků. Pojištění mělo od počátku obligatorní charakter a zahrnovalo jak věcné plnění (lékařskou péči, léky, pomoc při porodu), tak i peněžité dávky

¹⁹ o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který nabyl účinnosti od 1.7.1926, Sb. z. a n. = Sbírkou zákonů a nařízení

kteří vykonávali živnostenské práce²⁰ (příloha č. 1). Státní zaměstnanci a úředníci samosprávných celků byli pojištěni zákonem č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Pojištění v době první republiky bylo organizačně roztržštěné a lišilo se dle stavovské příslušnosti (Tröster 2002: 29).

Období po roce 1948

Zákon o národním pojištění č. 99/1948 Sb. účinný od 1.10.1948 zrušil všechny předchozí zákony z této oblasti a organizačně sjednotil všechny druhy pojištění. Koncepce zákona vycházela z modelu národního pojištění W. H. Beveridge²¹, který byl zveřejněn v roce 1942 (Tröster 2002: 30). Platnost zákona byla postupně rozšiřována na všechny kategorie pracujících osob. Hlavní myšlenkou bylo, že dávková soustava nemá být uzavřeným systémem, ale dále se rozvíjet, zdokonalovat a rozšiřovat na další sociální události. Národní pojištění se mělo stát obecným pro všechny občany při co nejširším rozsahu sociálních událostí a při co nejvhodnějším způsobu zabezpečení (ČSSZ 2004).

Nemocenské pojištění bylo s účinností od 1.1.1952 zákonem²² odděleno od důchodového pojištění a organizačně svěřeno do přímé správy Revolučního odborového hnutí (až do roku 1990). Stalo se tak pod vlivem sovětského vzoru, kdy byl postupně opouštěn pojistný princip a začal se prosazovat státní paternalismus (Tröster 2002: 31). Na místní úrovni bylo provádění NP řízeno závodními radami ROH²³ a o dávkách zaměstnanců rozhodovaly orgány závodních rad, komise národního pojištění a dílenské komise národního pojištění. Prostředky NP spravovala Ústřední rada odborů²⁴.

Období po roce 1956

Důležitým momentem bylo přebudování dávkové soustavy nemocenského pojištění. Od 1.1.1957 vstoupil v účinnost zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském

²⁰ Náleželo věcné i finanční plnění § 95 zákona č. 221/1924 Sb. z. a n. (lékařská pomoc, léky, terapeutické pomůcky, ošetřování příslušníků rodiny, pomoc při porodu, příspěvek k porodu, dávky v šestinedělí, příspěvek za kojení, pohřebné).

²¹ Cílem bylo sjednocení různých typů pojištění, s jednotnou stanovenou výší dávek, příspěvkové financování ze strany pojištěnců, zaměstnavatelů i státu, s povinnou účastí všech pracujících (více Potůček 1995:19)

²² Zákonem o přebudování národního pojištění č. 102/1951 Sb.

²³ Revoluční odborové hnutí (odborny před rokem 1989)

²⁴ § 2, § 3, § 4 zákona č. 102/1951 Sb.

pojištění zaměstnanců, kterým byl rozšířen okruh pojištěnců i počet poskytovaných dávek. Hrazeny byly jak věcné²⁵, tak i peněžité²⁶ dávky a výše nemocenského byla odvozena podle získané doby zaměstnání. Pro provádění NP byla vyhláškou²⁷ zřízena Správa nemocenského pojištění a jejími organizačními složkami budovanými podle územního principu se staly okresní správy a krajské správy nemocenského pojištění, Česká správa nemocenského pojištění a později Ústřední správa nemocenského pojištění. Tato struktura pak zůstala zachována až do roku 1990 (Krebs 2005).

Po politických změnách v roce 1989 bylo přistoupeno k zásadní reformě, zejména organizačního uspořádání nemocenského pojištění. Byly přesunuty kompetence z odborového hnutí na státní orgány²⁸ a rovněž změněn způsob financování, a to zavedením povinného nemocenského pojištění od 1.1.1993. V systému postupně zůstaly pouze peněžité dávky, které jsou odvozené od pracovních příjmů (Krebs 2005: 239).

5.2 Vznik zákona o nemocenském pojištění

Dne 1.1.2009 vstoupil v účinnost nový zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který nahradil zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Ačkoliv bylo plánováno, že nový zákon bude účinný již od roku 2007, nakonec byl realizován až po dvou odkladech a vetu prezidenta republiky²⁹.

Důvodová zpráva detailně popisovala nezbytnost navrhovaných změn v NP. Zásadním důvodem byla skutečnost, že systém fungoval podle právního předpisu z roku 1956 a několika dalších předpisů a vyhlášek³⁰, které upravovaly podmínky různých skupin pojištěnců. Dílčí novelizace³¹ zákona provedené po roce 1989 pouze reagovaly na politický, ekonomický a sociální vývoj (Příb 2009). Právní úprava se postupně stávala nepřehlednou, ale také nejednotnou. Prováděcí předpisy nebyly plně v souladu s Listinou základních práv a svobod, protože upravovaly oblast, která musí být

²⁵ lázeňská péče, výběrová a dětská rekreace odborového hnutí

²⁶ nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny, peněžité pomoci v mateřství, pohřebné,

²⁷ Vyhláška předsedy vlády č. 91/1958 Sb.

²⁸ od 1.9.1990 Česká správa sociálního zabezpečení na základě zákona České národní rady č. 210/1990 Sb.

²⁹ Zákon č. 585/2006 Sb., 12.6.2006 č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů

³⁰ Zákon č. 54/1956 Sb., zákon č. 88/1968 Sb., zákon č. 32/1957 Sb., vyhláška 143/1965 Sb., vyhláška č. 165/1979 Sb., vyhláška č. 141/1958 Ú. l.

³¹ Šlo o více než 40 novel zákona č. 54/1956 Sb., zdroj: systém ASPI

upravena pouze zákonem, nikoliv vyhláškou. Také řada institutů byla překonána společenskými a ekonomickými změnami (PSP 2005).

Další důvody pro modifikaci systému:

- přílišná solidarita systému
- posílení ochranných prvků, proti nedůvodným výdajům
- přenesení provádění pojištění ze zaměstnavatelů na orgány nemocenského pojištění
- zvýšení odpovědnosti lékařů při posuzování zdravotní stavu
- zapojení zaměstnavatele do hmotného zabezpečení zaměstnanců na počátku pracovní neschopnosti (tamtéž).

Došlo k převzetí dosavadních principů pojištění, zachovány zůstaly druhy dávek, podmínky přiznání nároku a konstrukce výpočtu. Dále byly zpřesněny a upraveny oprávnění a povinnosti zaměstnavatele, úkoly orgánů nemocenského pojištění, odpovědnost v pojištění, správní trestání a regresní náhrada³².

MPSV charakterizuje nový zákon jako: „*komplexní úpravu nemocenského pojištění, která zahrnuje jak okruh osob účastných nemocenského pojištění (tj. zaměstnanců, příslušníků ozbrojených sil a bezpečnostních sborů i osob samostatně výdělečně činných), jejich nároky z tohoto pojištění a stanovení výše poskytovaných dávek, posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění, tak organizační uspořádání nemocenského pojištění, jakož i řízení v tomto pojištění*“ (MPSV 2013).

5.3 Současná úprava nemocenského pojištění

Nová právní úprava přinesla mnoho změn, které budou podrobněji popsány v následujícím textu. Nejvýznamnějším prvkem přijatým do koncepce NP bylo přenesení části odpovědnosti za finanční zajištění zaměstnance v době nemoci na jeho zaměstnavatele formou výplaty náhrady mzdy. Tímto opatřením měla být zvýšena motivace zaměstnavatelů k většímu zájmu na vývoji nemocnosti a úrazovosti svých

³² § 126 ZNP - náhrada, kterou je povinen uhradit ten, kdo svým zaviněným protiprávním jednáním způsobil, že došlo k nároku na nemocenské

zaměstnanců a také k ovlivňování příčin jejich nemocnosti a k zamezení zneužívání dávek (PSP 2005).

Hlavní znaky právní úpravy

Popsané rysy NP charakterizují věcnou stránku systému již od jeho vzniku v roce 1888 a jsou platné po celou dobu trvání právní úpravy, i když se v různých obdobích vývoje systému projevovaly s různou mírou intenzity (Arnoldová 2007: 207).

- všeobecnost pojištění – pojištění je určeno pro všechny občany, kteří vykonávají činnost v pracovně-právním vztahu ve všech odvětvích výroby, služeb i zaměstnanci organizačních složek státu;
- obligatornost pojištění – pojištění má nucenou povahu, pojištění vzniká povinně ze zákona, bez ohledu na vůli zaměstnance nebo zaměstnavatele;
- solidarita - systém je založen na solidaritě mezi zdravými a nemocnými, mezi osobami s vyššími a nižšími příjmy;
- obligatornost nároků - nárok na dávku je konstruován jako obligatorní, tzn., že při splnění stanovených podmínek vzniká přímo ze zákona, bez ohledu na vůli nositele pojištění.

5.4 Výklad důležitých pojmů

Účast na pojištění

Účast na pojištění vzniká ze zákona, pojištění je povinné pro zaměstnance³³ a začíná v zásadě vstupem do zaměstnání nebo zahájením výkonu samostatné výdělečné činnosti. Pojištění jsou zaměstnanci vykonávající zaměstnání na území ČR, ve specifických případech je pojištěn i výkon činnosti v zahraničí³⁴. Pro OSVČ je nemocenské pojištění dobrovolné. Pro jiné kategorie občanů je dobrovolné pojištění vyloučeno (např. ženy v domácnosti, důchodci). ZNP upravuje další podmínky nutné pro vznik účasti pojištění³⁵.

³³ § 5 ZNP

³⁴ § 6 ZNP

³⁵ § 7, 7a, 8 ZNP

Ochranná lhůta

Účelem ochranné lhůty je zajistit bývalého zaměstnance po stanovenou dobu po skončení pojištění pro případ vzniku sociální události (dočasné pracovní neschopnosti) než opět nastoupí další zaměstnání. Ochranná lhůta činí 7 kalendářních dní³⁶.
Do 31.12.2007 činila ochranná lhůta 42 kalendářních dní.

Sociální událost

Pojištěním jsou řešeny krátkodobé sociální události, z důvodu kterých nemůže pojištěnec vykonávat pracovní činnost:

- dočasná pracovní neschopnost nebo nařízená karanténa
- potřeba ošetřování nebo péče o člena domácnosti
- těhotenství resp. nástup na mateřskou dovolenou
- převedení zaměstnankyně na jinou práci z důvodu těhotenství a mateřství³⁷.

Nárok na dávky

V případě vzniku sociální události, za předpokladu splnění dalších zákonných podmínek, vzniká pojištěnci nárok na finanční plnění v podobě následujících dávek³⁸:

- nemocenské
- ošetřovné
- peněžitá pomoc v mateřství
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Všechny dávky se vyplácí za kalendářní dny a kompenzují zaměstnanci mzdu, která mu uchází z důvodu vzniku sociální události. Pouze vyrovnávací příspěvek dorovnává výši příjmu zaměstnankyně, kterou měla před převedením na jinou práci. Nárok na výplatu nemocenského je až od 14. resp. 21 dne pracovní neschopnosti.

³⁶ § 15 ZNP

³⁷ § 3 písm. l) ZNP

³⁸ § 4 ZNP

Dočasná pracovní neschopnost

„Dočasnou pracovní neschopností se rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné zákonné důvody, neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, jestliže trvá porucha zdraví déle než 180 kalendářních dnů, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. Dočasná pracovní neschopnost je také stav, který neumožňuje pojištěnci plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, pokud vznikla dočasná pracovní neschopnost³⁹ v ochranné lhůtě nebo trvá-li po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání.⁴⁰

O vzniku a ukončení DPN rozhoduje ošetřující lékař s ohledem na zjištěný zdravotní stav pojištěnce.⁴¹

Z hlediska příčin vzniku pracovní neschopnosti a posouzení nároku je rozlišována etiologie vzniku pracovní neschopnosti – nemoc, nařízená karanténa, úraz, pracovní úraz, úraz zavinění jinou osobou, požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek⁴². Příčiny pracovní neschopnosti se dále využívají při zpracování statistik PN.

Karenční doba

Termín je využíván zejména v pojišťovnictví, jde o tzv. čekací dobu, kdy je dočasně vyloučeno nebo omezeno riziko z ručení pojišťovny (Vostatek 1996). Od 1.1.2008 byla zavedena karenční, která byla ohraničena dobou prvních 3 kalendářních dnů PN, kdy není nárok na nemocenské⁴³. V nové právní úpravě NP zůstal institut karenční doby zachován ve vztahu k náhradě mzdy, ale s tím rozdílem, že karenční dobou jsou první 3 neodpracované plánované směny, nejvýše však prvních 24 neodpracovaných hodin z rozvržených směn.⁴⁴

⁴⁰ Lékařský slovníček ČSSZ 2013

⁴¹ § 57 až § 59 ZNP

⁴² dle tiskopisu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“

⁴³ § 15 odst. 3 zákona č. 54/1956 Sb., ve znění platném od 1.1.2008 do 29.6.2008

⁴⁴ omezení bylo do zákona zapracováno až od 9.10.2009 zákonem č. 326/2009 Sb., o podpoře hospodářského růstu a sociální stability, do té doby nepříslušela náhrada mzdy za celé tři směny zákonem, bez ohledu na délku trvání

Náhrada mzdy⁴⁵

Náhrada mzdy není dávkou NP, i když náleží v době trvání DPN či karantény období prvních 14 kalendářních dnů (od 1.1.2011 do 31.12.2013 21 kalendářních dnů). Vyplácí se od čtvrtého dne pracovní neschopnosti pouze za pracovní dny, které měl zaměstnanec odpracovat podle rozvrhu směn. Náhrada mzdy náleží za předpokladu, že zaměstnanec splňuje také podmínky nároku na nemocenské.

Výše náhrady mzdy se počítá z průměrného hodinového výdělku, stejně jako pro náhradu mzdy za dovolenou. Náhrada se neposkytuje v době po skončení zaměstnání, tj. v době, kdy zaměstnanec ukončil pracovní poměr a onemocněl v ochranné lhůtě. Zaměstnavateli je umožněno poskytnout náhradu mzdy i za první 3 pracovní dny maximálně ve výši průměrného výdělku, nebo základní náhradu mzdy zvýšit nad zákonnou úroveň⁴⁶, ale toto nadstandardní finanční plnění podléhá dani z příjmu fyzických osob⁴⁷.

Denní vyměřovací základ

Dávky se počítají z denního vyměřovacího základu, který se stanoví jako podíl úhrnu příjmů (hrubá mzda) zúčtovaných v rozhodném období (zpravidla 12 kalendářních měsíců)⁴⁸ a počtu kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období. Výše denního vyměřovacího základu je pro výpočet dávek omezována prostřednictvím tzv. redukčních hranic.

Redukční hranice

Pomocí tohoto nástroje se omezuje výše výdělků pro výpočet denního vyměřovacího základu. Do roku 2008 byly dvě hranice, od roku 2009 byly stanoveny tři. Redukční hranice jsou každoročně valorizovány sdělením MPSV.

⁴⁵ § 192 odst. 1 zákona č. 262/2006 Sb., Zákoník práce

⁴⁶ § 192 odst. 3 ZP

⁴⁷ § 6 odst. 9 písm. t) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

⁴⁸ § 18 odst. 3 ZNP

Podpůrčí doba

Podpůrčí doba je období, po které může být vyplácena dávka. Podpůrčí doba je stanovena odlišně pro jednotlivé druhy dávek a některé skupiny pojištěnců. Pro NP je podpůrčí doba 380 kalendářních dní od vzniku pracovní neschopnosti⁴⁹.

Lékařská posudková služba⁵⁰

Lékařská posudková služba (LPS) je začleněna do organizační struktury ČSSZ. LPS ČSSZ posuzuje zdravotní stav pro pojistné i nepojistné systémy⁵¹. V rámci tzv. „krátkodobé posudkové služby“ se jedná o kontroly posuzování PN, jejichž účelem je dosáhnout účelného vynakládání prostředků na NP, zabránit jejich zneužívání a také poskytovat součinnost ošetřujícím lékařům při hodnocení zdravotního stavu a pracovní ne/schopnosti pojištěnců.

Pojistné na sociální zabezpečení

Systém nemocenského pojištění je financován prostřednictvím pojistného na sociální zabezpečení, jehož právní rámec je upraven zákonem č. 589/1992 Sb.⁵² Nemocenské pojištění je založeno na pojistném principu, tj. na pravidelném placení příspěvku pojistného (ČSSZ 2013).

Povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení mají zaměstnavatelé, zaměstnanci a OSVČ. Pojistné se vypočítává stanoveným procentem z vyměřovacího základu za rozhodné období, kterým je kalendářní měsíc. Sazba pojistného na nemocenské pojištění je pro zaměstnavatele stanovena 2,3 %⁵³ a pro OSVČ 2,3 %, ⁵⁴ zaměstnanci ze svého příjmu neplatí žádné pojistné. Do roku 2008 byla výše pojistného pro zaměstnavatele 3,3 %, pro zaměstnance 1,1 % a pro OSVČ 4,4 % z vyměřovacího základu.

⁴⁹ § 26, § 27, § 28 ZNP

⁵⁰ ČSSZ 2013

⁵¹ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, zákon č. 329/2011 o poskytování dávek osob se zdravotním postižením a zákona č. 108/2006 Sb., zákona o sociálních službách

⁵² § 7 zákona č. 589/1992 Sb. důchodové, nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti

⁵³ zaměstnavatelé s průměrným počtem zaměstnanců nižším než 26 se mohou připojistit, sazba pojistného činí 3,3 %

⁵⁴ od 1.1.2009 do 31.12.2010 byla výše pojistného OSVČ 1,4 %

Ukazatelé dočasné pracovní neschopnosti⁵⁵

Základním ukazatelem, ke kterému se vztahují údaje o pracovní neschopnosti, je ukazatel průměrného počtu nemocensky pojištěných osob.

Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje průměrný podíl nemocensky pojištěných osob denně absentujících v zaměstnání z důvodu nemoci, úrazu či karantény. Ukazatel je koncentrovaným vyjádření počtu nových případů pracovní neschopnosti a délky jejich trvání v relaci k počtu pojištěných a kalendářnímu fondu.

Nejjednodušším ukazatelem v oblasti pracovní neschopnosti, který odráží četnost jejího výskytu, je počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti.

Délka pracovní neschopnosti je počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti na jeden nově hlášený případ, který vyjadřuje skutečný dopad pracovní neschopnosti do využití fondu pracovní doby. Jde o komplexnější ukazatel v porovnání s pouhým nominálním počtem nově hlášených případů.

Absolutní hodnoty ukazatelů jsou do značné míry ovlivněny počtem pojištěných osob, proto jsou absolutní hodnoty přepočteny na relativní hodnoty⁵⁶, které vyjadřují průměrný podíl nemocensky pojištěných osob denně absentujících v zaměstnání z důvodu nemoci, úrazu či karantény.

5.5 Shrnutí důležitých změn v právní úpravě od 1.1.2009⁵⁷

Významná změna nastala v **úpravě organizační stránky systému nemocenského pojištění**. Vlastní provádění pojištění (administrativní zpracování, posouzení nároku, výpočet a výplata dávek) bylo přesunuto do kompetence příslušných OSSZ/PSSZ/MSSZ⁵⁸. Provádění pojištění bylo do té doby rozděleno mezi zaměstnavatele⁵⁹ a správy sociálního zabezpečení. Zaměstnavatelé nyní plní pouze evidenční a oznamovací povinnosti, včetně předávání potřebných dokladů pro výplatu nemocenského.

⁵⁵ ČSÚ 2012a

⁵⁶ tzn. počtu případů na 100 obyvatel, počtu případů na 100 nemocensky pojištěných osob, průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a průměrného procenta pracovní neschopnosti,

⁵⁷ Interní materiál ČSSZ – podklad ke školení zaměstnanců ke změnám zákona

⁵⁸ PSSZ – Pražská správa sociálního zabezpečení, MSSZ - Městská správa sociálního zabezpečení Brno

⁵⁹ zaměstnavatelé, kteří zaměstnávali více než 25 zaměstnanců, administrovali agendu nemocenského pojištění přímo

Dalším důležitým opatřením, které bylo přijato již od 1.1.2008, je **zkrácení ochranné lhůty** ze 42 kalendářních dní na 7 kalendářních dní. Dále byl **omezen okruh pojištěných osob**, neboť z pojištění byli vyjmuti žáci a studenti, společníci a jednatelé obchodních společností a komandisté komanditních společností. Tento stav byl ale změněn technickou novelou zákona účinnou od 1.1.2012, kdy byl rozšířen okruh povinně nemocensky pojištěných osob opětovně o jednatele, společníky, komandisty, aj.⁶⁰.

— Byla **zvýšena částka rozhodného příjmu**, který zakládá účast na pojištění ze 400 Kč na 2000 Kč⁶¹ a nově byl zaveden institut „zaměstnání malého rozsahu“⁶².

Počet **redukčních hranic byl zvýšen** ze dvou na tři, které jsou každoročně valorizovány sdělením MPSV tak, aby odpovídaly částkou průměrné mzdě.

Obecně bylo **zrušeno zvýhodnění pro pracovní neschopnost z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání**. Zejména jde o zápočet podpůrčí doby, kdy se do roku 2008 pracovní neschopnost z uvedených důvodů nezapočítávala do podpůrčí doby.

Nově je přímo v zákoně **upraveno posuzování dočasné pracovní neschopnosti a povinnosti ošetřujících lékařů**⁶³.

⁶⁰ § 5 písm. a) bod 16-20 ZNP ve znění platném od 1.1.2012

⁶¹ § 6 odst. 5 ZNP; částka je za určitých podmínek valorizována Sdělením MPSV, od 1.1.2012 platí částka 2 500 Kč

⁶² §7 ZNP

⁶³ dříve dle vyhlášky č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení

6 Analýza změn systému nemocenského pojištění

Empirická část práce bude hledat odpovědi na výzkumné otázky položené v úvodu diplomové práce. Předmětem analýzy je událost **implementace nového systému nemocenského pojištění do praxe**.

V první části bude podroben analýze proces přípravy nové koncepce v kontextu stavu veřejných financí a trendů v NP do roku 2004. Obsahem rozboru budou i jednotlivé změny provedené v období po roce 2009 za účinnosti nového zákona ve vazbě na bilanci státního rozpočtu. Součástí analýzy bude argumentace exekutivy, kterou byla odůvodněna přijímaná opatření, a to nejen na samém počátku přípravy komplexní změny, ale také v průběhu dalších dílčích úprav. Ačkoliv je téma diplomové práce zaměřeno na období po roce 2009, pro dokreslení problému je nutné zmínit i období před tímto rokem a předchozí stav, který byl důvodem pro změnu systému.

Dále bude zkoumáno, zda přijatá opatření naplnila očekávané záměry deklarované v důvodové zprávě (snížení indexu pracovní neschopnosti, zajištění vyrovnané bilance, posílení ochranných prvků, zamezení zneužívání). Uvedené cíle budou prověřovány z pohledu celostátních statistik a finančních ukazatelů pracovní neschopnosti. Pro tuto část práce budou částečně využity i uskutečněné rozhovory, které také poskytnou základ pro zjištění praktických dopadů změn na některé aktéry systému, kteří pochází z jedné územní jednotky, z okresu Ústí nad Labem.

6.1 Trendy v nemocenském pojištění⁶⁴

Tendence v NP lze sledovat z hlediska finančních ukazatelů vývoje příjmů a výdajů systému, ale také pomocí statistických ukazatelů.

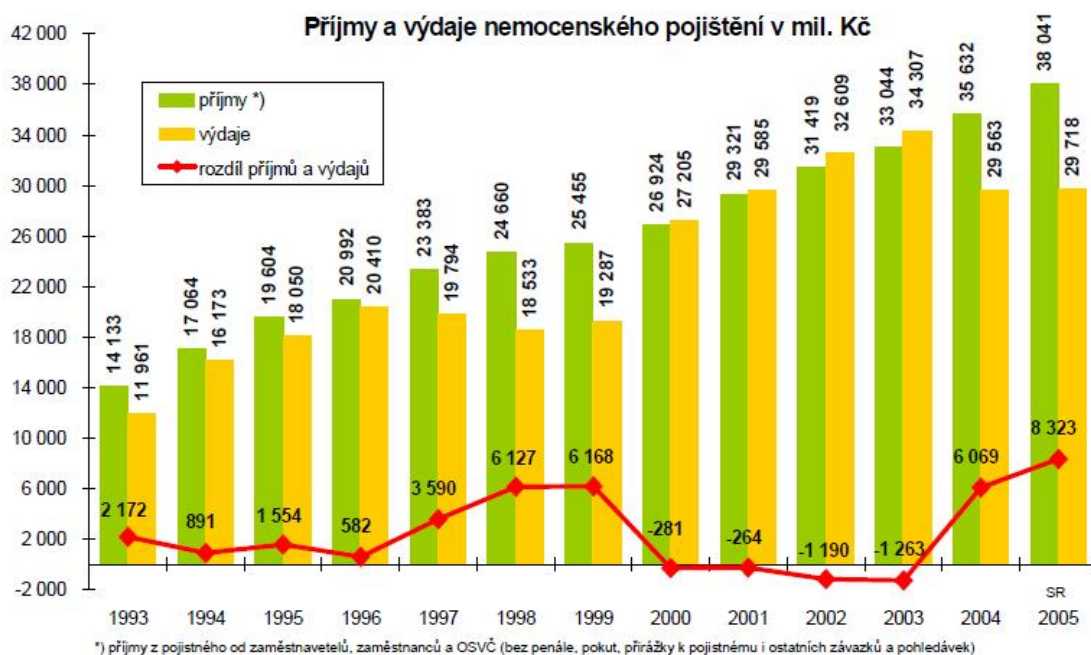
Finanční bilanci systému ovlivňuje výše sazby pojistného, procento pracovní neschopnosti a konstrukce výpočtu dávek. Pojistné je jedním z významných příjmů státního rozpočtu, jeho financování je proto závislé na výběru pojistného na sociální zabezpečení. V případě deficitního stavu je účet NP dotován z jiných vládních zdrojů

⁶⁴ Příloha k důvodové zprávě návrhu zákona o nemocenském pojištění (PSP 2005)

nad rámec stanoveného rozpočtu. Je tedy žádoucí, udržet systém jako finančně vyrovnaný nebo lépe přebytkový.

Jak je vidět z následujícího grafu v období let 1993 až 1999 byla bilance příznivá, stav účtu se nacházel v přebytku, příjmy převyšovaly výdaje od 3 % do 33 %.

Graf 2: Příjmy a výdaje nemocenského pojištění 1993 - 2005



Zdroj: Převzato z přílohy k důvodové zprávě k novému ZNP (PSP 2005)

Od roku 2000 docházelo k propadu účtu NP, v roce 2001 a 2002 to znamenalo více než 1 mld. Kč. V rámci reformy veřejných financí se v roce 2003 přistoupilo k parametrickým změnám, které zastavily nepříznivé tendence ve vývoji bilance nemocenského účtu. V roce 2005 výdaje opět stouply a tyto tendence pokračovaly až do roku 2008.

Průměrné procento pracovní neschopnosti v letech 1993 až 1997 mělo stoupající tendenci, pak došlo k mírnému poklesu, nicméně od roku 2000 lze opět pozorovat vzestupný trend. Zřetelný výkyv byl zaznamenán v roce 2004, který je v analyzovaných dokumentech hodnocen jako reakce na sníženou úroveň dávek a nižšího výskytu respiračních chorob (ČSSZ 2005). K poklesu pod 6% hranici pak došlo v roce 2006 a 2007.

Graf 3: Míra pracovní neschopnosti 1993 - 2010



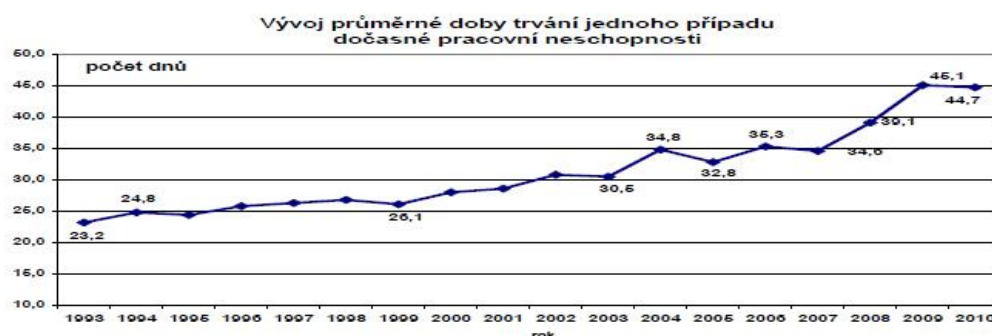
Zdroj: Převzato z přílohy k důvodové zprávě k novému ZNP (PSP 2005)

V roce 2008 bylo procento pracovní neschopnosti 5,18 % a poprvé se tak dostalo pod úroveň roku 1993. V roce 2008 průměrně chybělo v práci, z důvodu nemoci, úrazu či karantény zhruba 52 pojištěnců z 1000. Při průměrném počtu pojištěnců v tomto roce 4 572 443⁶⁵ chybělo denně v zaměstnání téměř 237 tis. lidí.

Od roku 2004 je také viditelný nárůst průměrné délky trvání jednoho případu PN. Z porovnání vývoje míry pracovní neschopnosti a její délky na jeden případ vyplývá naprosto opačný průběh ukazatelů v čase. Zatímco se počet nově hlášených případů od roku 2004 snižoval, délka pracovní neschopnosti se poměrně dynamicky prodlužovala. Jinými slovy to znamená, že zmenšující se počet práce neschopných pojištěnců byl v pracovní neschopnosti delší dobu (v roce 2005 téměř 33 dnů a v roce 2010 více než 44 dnů).

⁶⁵ ČSÚ 2012a

Graf 4: Průměrná doba trvání případu 1993 – 2010



Zdroj: Převzato z přílohy k důvodové zprávě k novému ZNP

6.2 Vznik nové koncepce

Popsané tendence a zhodnocení vývoje pracovní neschopnosti lze v tomto případě považovat za sociální výzkum, který předchází přípravě nových legislativních opatření. Zjištěná data a jejich následná analýza byla relevantním argumentem pro přijetí nových zákonných opatření a obsahem důvodové zprávy.

První úvahy o změnách v systému se objevily již v roce 2002 a konkrétní kroky nastíněny v usnesení Vlády č. 624/2003 o **Rožpočtovém výhledu 2003 až 2006: Koncepce reformy veřejných rožpočtů**. Usnesení bylo přijato ke stejnojmennému materiálu Ministerstva financí (MFČR 2003a), který vznikl na základě Programového prohlášení vlády ze srpna 2002 (Vláda ČR 2002), kdy se vláda zavázala vypracovat do konce roku 2002 plán vedoucí k urychlení reformy veřejných rožpočtů, aby fiskální deficit v roce 2006 nepřekročil pásmo 4,9 - 5,4 % HDP.

Cílem bylo dosáhnout ve střednědobém horizontu snížení podílu schodku veřejných rožpočtů při zachování sociální soudržnosti a kvality veřejných služeb. Reforma veřejných financí souvisí také s přistoupením ČR k Evropské unii od 1.5.2004 a ratifikací Maastrichtské smlouvy, kde jsou stanovena konvergenční kritéria pro připojení k Eurozóně (EU 2013).

6.2.1 Příprava nového zákona

V citovaném usnesení vlády bylo v roce 2003 ministři práce a sociálních věcí uloženo zpracovat nový návrh zákona o nemocenském pojištění s předpokládanou účinností od 1.1.2005 (Vláda ČR 2003). V materiálu Ministerstva financí se konkrétně uvádí, že systém bude zásadně reformován a budou revidovány jeho základní parametry.

Nicméně již pro rok 2004 byly do zákona implementovány změny, jejichž cílem bylo zabránit zneužívání a deformacím fungování účinku systému a dále snížení míry a délky pracovní neschopnosti.

Nejdůležitější změny:

- prodloužení rozhodného období na 12 měsíců (dříve 3 měsíce)
- změna výpočtu dávky při krátkodobé (do 14 dní) a dlouhodobé (více než 14 dní) pracovní neschopnosti
- pozastavení zvyšování redukčních hranic
- snížení procentní sazby nemocenského v prvních 3 dnech nemoci na 25 % (dříve 50 %).

Bylo předpokládáno, že navržená opatření přispějí k omezení zneužívání pracovních neschopností k řešení jiných sociálních situací a ke snížení nemocnosti obecně, resp. ke snížení výdajů na dávky. Úspory byly očekávány v letech 2004 až 2006 za předpokladu přijetí nového zákona v řádu 2 až 2,3 mld. Kč ročně (MF ČR 2003).

Z výše uvedeného grafu č. 2 je patrné, že v roce 2005 bylo přechodně dosaženo snížení objemu vyplacených dávek, ale v letech následujících měly výdaje na dávky vzrůstající tendenci a nebylo naplněno vládní očekávání finančních úspor.

Na uvedené změny navazoval vládní návrh zákona o nemocenském pojištění, který podepsal tehdejší předseda vlády a ministr práce a sociálních věcí⁶⁶.

⁶⁶ Ing. Jiří Paroubek a Ing. Zdeněk Škromach

6.2.2 Argumentace dotčených aktérů k návrhu zákona

Legislativní pravidla vlády (Vláda ČR 2013) stanovují povinná připomínková místa zákonů podle dotčených oblastí. K návrhu zákona se v té době vyjádřila Hospodářská komora, Svaz průmyslu a obchodu a Českomoravská konfederace odborových svazů, protože záměr zákona ovlivnil důležité zájmy a pracovní podmínky pracujících i aktivity podnikatelské veřejnosti.

Hospodářská komora⁶⁷ se k návrhu změn v systému nemocenského pojištění vyjádřila v roce 2005 s navrženými změnami zásadní nesouhlas a navrhla, aby malé firmy do 25 zaměstnanců v žádném případě nepřebíraly vyplácení nemocenské za stát. Středně velké a velké firmy by se mohly rozhodnout, zda chtějí pokračovat v zavedeném systému, nebo platit snížené pojistné a hradit nemocenskou v prvních 14 dnech nemoci svým zaměstnancům.

Tento požadavek byl odůvodněn skutečností, že firmy podnikající v textilní výrobě nebo zemědělství by byly zavedením tohoto opatření postiženy nejvíce, protože stávající nelehká situace na trhu bude uvalením povinnosti vyplácet nemocenskou ještě více ztížena. Podle předsedy hospodářské komory by změny v systému ohrožovaly zejména malé firmy, pro které budou znamenat další nárůst nutných administrativních postupů. Dále bylo argumentováno, že firmy budou vystaveny riziku nesolventnosti v období zvýšené nemocnosti, která by omezovala jejich činnost a zároveň způsobovala nutnost vyplácení nemocenské zaměstnancům. Následně ministr práce a sociálních věcí přislíbil zapracování uvedených návrhů do zákona (HK ČR 2005).

K novému zákonu se v té době vyjádřil tehdejší **ministr práce a sociálních věcí**, který uvedl argumenty pro změnu vycházející z důvodové zprávy a dále vyčetl úspory, které zaměstnavatelům nový systém přinese. Zdůraznil, že již při snížení sazby na 2,3 % zaměstnavatelé ušetří 9 miliard korun, přičemž akcentoval rozhodnutí sociálně demokratické vlády, která velkoryse přislíbila snížení sazby pojistného až na 1,4 %. Současně odmítl obavy zaměstnavatelů z administrativní náročnosti a argumentoval tím, že pro „velké“ zaměstnavatele odpadne agenda provádění nemocenského pojištění,

⁶⁷ Hospodářská komora České republiky zastupuje podnikatelskou veřejnost na základě zákona č. 301/1992 Sb.; posláním komory je vytvářet příležitosti pro podnikání, prosazovat a podporovat opatření, která přispívají k rozvoji podnikání v ČR a tím i k celkové ekonomické stabilitě státu; od roku 2004 je povinným připomínkovým místem podnikatelské legislativy.

protože kompletní výplatu a administraci dávek převezmou správy sociálního zabezpečení (HN 2005). K tomuto argumentu poznamenávám, že v roce 2006 existovalo 29 tis. velkých organizací a 232 tis. malých organizací⁶⁸, pro které se zdánlivě nic nezměnilo, ale ve skutečnosti se musely vypořádat s povinnostmi vykonávanými do té doby správou sociálního zabezpečení.

Proti tomuto návrhu se ohradil **Svaz průmyslu a obchodu**, přičemž argumentoval tím, že zaměstnavatelé nebudou schopni pokrýt náklady týkajících se vyplácených náhrad mezd, ale také náklady spojené s administrací systému, když současně poukazovali na to, že již zahájili přípravy na zavedení nového systému od 1.1.2007. Současně bylo navrženo odložení účinnosti zákona o dva roky, aby stát získal nezbytné finanční prostředky. Dále byl kritizován postup vlády, která k této zásadní změně nevedla řádné připomínkové řízení, a proto byla požadována náprava tohoto stavu (SP0 2006).

Českomoravská konfederace odborových svazů (ČMKOS 2004) ve svém stanovisku uvedla, že nebyly zohledněny dohody uzavřené v průběhu roku 2004 se sociálními partnery. ČMKOS má za to, že cílem parametrických změn není snaha o vyrovnaný systém, ale spíše snaha o maximální snížení výdajů. Byl vysloven zásadní nesouhlas s tak vysokým snížením dávek a zároveň požadavek na zajištění vyšší úrovně dávek. Konkrétní požadavek zněl na výši nemocenského 35 % po dobu prvních třech dní a nejméně 70 % od čtvrtého dne nemoci. Samotné zavedení institutu náhrady mzdy považuje ČMKOS za dostatečné proti zneužívání systému, a proto není potřeba přistupovat k dalšímu snížení úrovně dávek. Dále byla vyjádřena obava, že institut náhrady mzdy může ohrozit chronicky nemocné nebo starší zaměstnance, kterých se zaměstnavatelé budou chtít zbavit. Rovněž byl zmíněn negativní dopad opatření na malé zaměstnavatele a to z důvodu nových povinností a větší administrativy.

Česká lékařská komora se k tomuto zákonu nevyjadřovala, i když zákon významně zasáhl do povinností ošetřujících lékařů. Podle slov jejího zástupce „*nejíme bohužel obligátním připomínkovým místem, jsou nám zasílány zákony účelově, jak se to hodí*“⁶⁹.

⁶⁸ § 17 zákona č. 582/1191 Sb., ve znění platném do 31.12.2008 (ČSSZ 2006a)

⁶⁹ Informace získána e-mailem dne 8.11.2012 z tiskového oddělení České lékařské komory

Poslanecké sněmovně byl předložen k projednání již v červnu 2005 a legislativním procesem v dolní i horní komoře parlamentu prošel hladce pouze s několika pozměňovacími návrhy.

V březnu 2006 zákon narazil na **veto prezidenta republiky**, který kritizoval zejména změnu dotýkající se nové povinnosti zaměstnavatelů hradit zaměstnancům nemocenské na začátku pracovní neschopnosti. Prezident konkrétně uvedl: „*převádět platby toho typu na zaměstnavatele je snahou měnit náš socioekonomický systém ve směru korporativismu, a ten neodpovídá našemu ústavnímu pořádku*“. Dále argumentoval skutečností, že platba nemocenské je veřejným statkem, a stát tak musí kontrolovat, zda je zaměstnanec skutečně nemocen a léčí se a k tomu využít všechny dostupné metody kontroly.

Prezident nastínil možnost diskriminace zaměstnanců ze strany zaměstnavatelů, kteří by přijímali jen takové, u kterých je nižší pravděpodobnost nemoci, tzn., že lidé starší a hendikepovaní by měli horší uplatnění na trhu práce. K výši pojistného se vyjádřil v tom smyslu, že snížení výše pojistného pro zaměstnavatele sice logicky obecně předpokládá úspory, ale s nejasným konečným efektem na každého jednotlivého zaměstnavatele (PSP 2006).

Veto prezidenta však bylo o měsíc později přehlasováno parlamentem a zákon byl v květnu 2006 vyhlášen ve sbírce zákonů.

6.2.3 Odložení účinnosti zákona

Přestože přípravy na změnu zákona byly v plném proudu, a to zejména ze strany České správy sociálního zabezpečení, ale také ze strany zaměstnavatelů, došlo zákonem č. 585/2006 Sb. k odkladu účinnosti nového zákona od 1.1.2008 (ČSSZ 2006b).

Tento krok byl odůvodněn negativním dopadem snížení sazby pojistného na státní rozpočet, protože schválené snížení procentní sazby by bylo vyšší než výdaje

zaměstnavatelů na náhradu mzdy.⁷⁰ Naopak u zaměstnavatelů by došlo ke zlepšení finanční bilance o 9,3 mld. Kč právě z důvodů snížení nákladů na pojistné.

Vznik takto výrazných změn v bilanci státního rozpočtu bylo v té době nepřijatelné a nepřiměřené s ohledem na podmínky přípravy státního rozpočtu na rok 2007, který zpracovávala nová vláda občanských demokratů⁷¹.

6.2.4 Reforma veřejných financí 2007 - 2013

Úsporné aktivity státu vychází z programového prohlášení vlády, která vzešla z voleb v roce 2006. V tomto prohlášení je uveden závazek týkající se snížení schodku veřejných financí v jednotlivých letech na 3% a nižší úroveň (Vláda ČR 2006).⁷²

Dále bylo vyhlášeno moratorium na přijímání zákonů zvyšujících mandatorní výdaje s tím, že stávající budou přehodnoceny tak, aby jejich podíl na státním rozpočtu klesl do roku 2010 pod 50% hranici.

Popsaný závazek vlády byl realizován **Reformou veřejných financí 2007 – 2013**, resp. Zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů č. 261/2007 Sb.⁷³ (MFČR 2007). Tímto zákonem byla mimo jiné účinnost ZNP opět odložena a do stávající právní úpravy byly přijaty prvky z připravovaného nového zákona, přičemž nejvýznamnějším bylo zavedení třídní kareční doby.

Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů se stal předmětem ústavní stížnosti⁷⁴ skupiny poslanců, kteří požadovali zrušení celého zákona, popřípadě jednotlivých ustanovení nebo novelizací dočtených zákonů. Stížnost poslanců byla postavena na argumentu: *“systém nemocenského pojištění je založen na pojistném principu, který má sloužit k ochraně při pojistné události, jíž je v tomto případě nemoc (...) novou úpravou tak došlo k porušení práva pojištěnců a systém nemocenského pojištění tak jen supljuje zdroje ke krytí deficitu státního rozpočtu”*.

⁷⁰Zavedení institutu náhrady mzdy mělo být dle předpokladů pro rok 2007 kompenzováno snížením pojistného na úroveň 1,4 %, ale z důvodu předpokládaného deficitu veřejných financí bylo navrženo ponechání stejné výše pojistného 3,3 %.

⁷¹ Vláda Mirka Topolánka vzešla z voleb v roce 2006

⁷² 2008 na 3,0 % HDP, 2009 na 2,6 % HDP; 2010 na 2,3 % HDP

⁷³ Změny v oblastech státní sociální podpory, dávky pomoci v hmotné nouzi, sociální služby, peněžité pomoci v mateřství, nemocenské pojištění, zákon o zaměstnanosti,

⁷⁴ Návrhem, podaným Ústavnímu soudu dne 22. října 2007, skupina poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky

O stížnosti bylo rozhodnuto Nálezem Ústavního soudu ze dne 23.4.2008, který dnem 30.6.2008 změnil ve stávajícím zákoně o nemocenském pojištění zaměstnanců ustanovení⁷⁵, kterými byla zavedena třídní karenční doba. Podle názoru Ústavního soudu *“zrušení poskytování nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti je v rozporu s ustanovením čl. 30 odst. 1 Listiny, konkrétně s právem na přiměřené hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci“*. Ústavní soud konstatoval, že došlo k porušení práv zaměstnanců, které dosahuje ústavněprávní dimenze. Na základě nálezu Ústavního soudu měli pojištěnci od června 2008 až do konce roku nárok na finanční plnění za všechny dny pracovní neschopnosti.

6.2.5 Dílčí shrnutí

Hlavní motivem úsporných opatření v nemocenském pojištění a důvody, jimiž bylo nejčastěji argumentováno, bylo snížení mandatorních výdajů a snížení vládního deficitu pod 3 % HDP. V proceduře snižování tohoto schodku byla ČR od roku 2004 s postupnými pozitivními účinky přijatých opatření a bylo přepokládáno, že příznivý trend bude nadále pokračovat i při eventuálním ekonomickém zpomalení (MFČR 2008).

Tabulka 1: Saldo sektoru vládních institucí 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hodnota kritéria	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0
Česká republika	-3,0	-3,6	-2,7	-1,0	-1,2	-1,6	-1,5	-1,2

Zdroj: ČSÚ, *Notifikace vládního deficitu a vládního dluhu (říjen 2008)*, *Konvergenční program ČR (listopad 2008)*.

Zdroj: MFČR 2008 *Vyhodnocení plnění Maastrichtských konvergenčních kritérií a stupně ekonomické sladěnosti v ČR s Eurozónou*

Proces přípravy ZNP i následná politická rozhodnutí je potřeba vnímat v kontextu nastupující ekonomické krize a výměně levicové vlády za pravicovou. Levicová vláda přislíbila zaměstnavatelům výrazné snížení procenta pojistného, ale z důvodu negativního dopadu do bilance státního rozpočtu při zohlednění negativní hospodářské situace nový kabinet rozhodl o odkladu účinnosti ZNP.

Popsané kroky a přijímaná opatření bezzbytku naplňují teoretický koncept závislosti realizace sociální politiky na výkonu hospodářství. Z důvodu snižujících

⁷⁵ § 15 odst. 1 věta první a odst. 3 zákona č. 54/1956 Sb.

se zdrojů pro financování koncepce sociální politiky, jejichž příčinou je stagnace výkonu ekonomiky, vláda intervencemi ovlivňuje a reguluje oblast nemocenského pojištění, potažmo celou soustavu sociálního zabezpečení.

Celý zákonodárný proces týkající se nové právní úpravy proběhl podle ústavních pravidel. Přestože s některými novými prvky zákona nesouhlasil prezident a i někteří dotčení aktéři, byl zákon v nejpodstatnějších částech schválen ve své původní podobě. Legisvakanční lhůta byla nadstandardně dlouhá, promulgace zákona nastala dne 12.5.2006, ale účinnost zákona byla posunuta až na 1.1.2009.

6.3 Nový zákon a úsporná opatření po roce 2009

Zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., účinný od 1.1.2009, přinesl zcela novou úpravu celé soustavy, protože zrušil všechny dřívější zákony nebo jejich části upravující nemocenské pojištění zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a příslušníků ozbrojených sil a sborů a na ně navazující prováděcí vyhlášky. Konkrétní změny jsou již popsány v kapitole 5.5.

Nový zákon měl dopad i do dalších zákonných předpisů - zákoníku práce, zákona o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, zákona o pojistném na sociální zabezpečení a zákona o důchodovém pojištění.

Novelizace souvisejících ustanovení Zákoníku práce (zavedení náhrady mzdy a karenční doby) se staly terčem ústavní stížnosti⁷⁶, kdy předmětem sporu bylo opět zavedení karenční doby. V návrhu na zrušení dotčených ustanovení zákoníku práce bylo mimo jiné argumentováno analogií nálezu Ústavního soudu ze dne 23.4.2008.

Návrh byl Ústavním soudem dne 24.4.2012 zamítnut⁷⁷ se závěrem, že zákonné zavedení třídenní karenční doby spojené současně s osvobozením zaměstnanců od povinnosti platit pojistné na nemocenské pojištění není protiústavním omezením práva na hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci garantovaného ustanovením čl. 30 odst. 1 Listiny základních práv a svobod.

Další změny byly realizovány zákonem č. 362/2009 Sb., který byl přijat

⁷⁶ Návrh ze dne 9.12.2010 skupiny 45 poslanců Parlamentu České republiky

⁷⁷ Nález Ústavního soudu Pl. ÚS 54/10 -1 (US 2010)

v souvislosti s **návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010**. Tímto zákonem bylo naplněno programové prohlášení úřednické vlády z května 2009 (Vláda ČR 2009), kdy v oblasti hospodářské a sociální politiky měly být přijaty kroky vedoucí ke snížení výdajů státního rozpočtu s cílem, aby deficit v roce 2010 nepřekročil 5 % HDP. Ve vládním prohlášení se doslova uvádí: „*Vláda se ujímá své odpovědnosti v nelehkém čase, kdy je Česká republika zasažena globální ekonomickou krizí*“. V důvodové zprávě citovaného zákona se uvádí, že smyslem přijímaných opatření je eliminovat hrozící deficit státního rozpočtu posílením jeho příjmové stránky a v rozumné míře také snížením některých mandatorních výdajů.

6.3.1 Změny v nemocenském pojištění 2010

Na základě zákona č. 362/2009 Sb. došlo **od roku 2010 ke zrušení zvýhodnění dlouhodobých pracovních neschopností** snížením procentní sazby denní výše nemocenské z 66 %, resp. 72 % na 60 %.⁷⁸ Dále byla **sjednocena výše dávky PPM s ostatními dávkami** a to snížením započtením výdělku ze 100 % na 90 % a snížením procentní sazby denní výše ze 70 % na 60 %.⁷⁹ Byla zavedena **třídenní karenční doba u dávky ošetřovné** s předpokladem úspor ve výši 0,4 mld. Kč. Celkem měly být sníženy výdaje státního rozpočtu o cca 6,4 mld. Kč (ČSSZ 2010).

Změny týkající se ošetřovného a PPM byly zákonem č. 166/2010 Sb. zrušeny na základě návrhu poslanců z řad sociální demokracie, kteří považovali snížení peněžité pomoci v mateřství za nespravedlivé. Návrh byl odůvodněn tím, že matky, které v roce 2010 budou pobírat peněžitou pomoc v mateřství, nemohou za špatnou ekonomickou situaci státu. Naopak tím, že se chovají zodpovědně a starají se o budoucnost země a budoucí plátce do sociálního a zdravotního systému, pomáhají tudíž řešit řadu problémů, s nimiž se sociální i zdravotní systém potýká⁸⁰.

⁷⁸ Předpoklad úspor v roce 2010 úspora 2,4 mld. Kč a v roce 2011 úspora 0,2 mld. Kč.

⁷⁹ Předpoklad úspor v letech 2010 a 2011 ve výši 1,56 mld. Kč

⁸⁰ Snížení PPM bylo ilustrováno na příkladu matky s průměrnou mzdou 20 000 Kč hrubého, která porodila v roce 2010 a dávku by oproti předchozí právní úpravě měla menší o 3 150, tj. o 23 %.

6.3.2 Změny v nemocenském pojištění 2011

Změny vycházely z programového prohlášení nové vlády ze srpna 2010, která navázala na úsilí předchozích vlád zmírnit schodek státního rozpočtu. Vláda deklarovala, že „*sociálně citlivým způsobem dojde ke zkrácení některých druhů sociálních dávek, podpor a příspěvků s cílem zefektivnit jejich čerpání a zamezit zneužívání.*“ (Vláda ČR 2010)

Konkrétní opatření

Náhradový poměr dávek byl ponechán na úrovni roku 2010, tj. na **60 % po celou dobu trvání pracovní neschopnosti**. Doba, po kterou zaměstnavatel proplácí náhradu mzdy, byla **prodloužena ze 14 na 21 kalendářních dní**. Uvedené prvky byly přijaty dočasně na dobu určitou do 31.12.2013 (PSP 2010)⁸¹.

Uvedené změny byly zdůvodněny stejnými argumenty jako předchozí úpravy, tj. úspora v systému, vyšší zájem zaměstnavatelů na pracovní neschopnosti jejich zaměstnanců. **Prodloužení období výplaty náhrady mzdy nebylo zaměstnavatelům kompenzováno**, pojistné zůstalo ve výši 2,3 %, pouze tzv. malým zaměstnavatelům⁸² bylo umožněno se „připojistit“ formou zvýšení pojistné sazby o jeden procentní bod s tím, že část vyplacené náhrady mzdy lze kompenzovat při platbě pojištění.⁸³

V programovém prohlášení je rovněž uvedeno, že systém nemocenského pojištění bude převeden na zdravotní pojišťovny.

Pojištění OSVČ

Důležitým bodem **novely** zákona se staly **parametry dobrovolného nemocenského pojištění OSVČ**. Od platnosti nové právní úpravy bylo této kategorii pojištěnců umožněno libovolně si stanovit měsíční vyměřovací základ bez omezení maximální výší. Tím docházelo k účelové úpravě vyměřovacího základu, bez vazby na skutečně dosahované příjmy a resp. výši skutečně zaplaceného důchodového pojištění. OSVČ si mohly měnit výši svého měsíčního základu před očekávanou sociální událostí

⁸¹ Zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí PSP 2010

⁸² Podmínka: průměrný počet zaměstnanců je menší než 26 zaměstnanců

⁸³ Předpokládané finanční dopady rok 2010 snížení výdajů o 2,0 mld. Kč; v roce 2011 snížení výdajů o 1,7 mld. Kč; zvýšení nákladů zaměstnavatelů na vyplácení náhrady mzdy za třetí týden pracovní neschopnosti 1,7 mld.

(např. těhotenství a mateřství) tak, aby dávka byla vypočtena z maximálního denního vyměřovacího základu.

Tato úprava zvýhodňovala OSVČ ve srovnání se zaměstnanci. V důvodové zprávě se uvádí: „volba vyměřovacího základu pro pojistné na nemocenské pojištění umožňuje OSVČ účelové využívání a v některých případech i zneužívání systému nemocenského pojištění (...) účelem je omezení možnosti OSVČ manipulovat se systémem nemocenského pojištění tak, aby bylo zabráněno jeho zneužívání.“⁸⁴

6.3.3 Změny v nemocenském pojištění 2012

V právní úpravě pro rok 2012 nedošlo k žádným parametrickým změnám pro výpočet dávek, pouze k technickým a věcným úpravám.

Po tříleté přestávce do **pojištění** opět vstoupili **jednatelé, společníci a komandisté**⁸⁵. Předmětem pojištění se rovněž staly **dohody o provedení práce**,⁸⁶ se zúčtovanou odměnou vyšší 10 000 Kč měsíčně. Důvodová zpráva argumentuje nerovným postavením těchto výdělečně činných osob v důchodovém a nemocenském pojištění (PSP 2011).

Nicméně lze předpokládat, že skrytým motivem změn bylo zvýšení příjmů účtu nemocenského pojištění, když přihlédneme k důvodu, pro který byli od roku 2009 z pojištění vyjmuti.⁸⁷

6.3.4 Konkrétní dopady na příjmy pojištěnců

Parametrické změny v právní úpravě měly vliv na výši hmotného zabezpečení zaměstnanců v době dočasné pracovní neschopnosti. V následující tabulce je porovnáván celkový příjem (náhrada mzdy a nemocenské) zaměstnance, který je v pracovní neschopnosti 30 a 60 kalendářních dní.

⁸⁴Předpokládané finanční dopady: snížení výdajů na nemocenské o cca 1,10 mld. Kč a výdaje na peněžitou pomoc v mateřství o cca 0,20 mld. Kč; snížení příjmů z pojistného o 0,25 mld. Kč

⁸⁵ § 5 písm. a) bod 16 až 20 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění platném od 1.1.2012

⁸⁶ § 75 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce

⁸⁷ V důvodové zprávě k zákonu č. 187/2006 Sb. se uvádí, že společníci s.r.o. nebo komandisté byli pojištěni pouze při dosažení stanoveného příjmu, práci pro společnost vykonávají nepravidelně a pojištění by proto u nich neplnilo svůj účel nahrazovat ušlý příjem. Členové statutárních orgánů právnických osob mají možnost vykonávat práci pro společnost na základě některého z pracovněprávních vztahů (pracovní poměr, dohoda o pracovní činnosti) a mohou být tedy pojištěni z tohoto titulu.

Tabulka 2: Porovnání výše příjmů při pracovní neschopnosti 30 a 60 kalendářních dní

hrubá mzda	2008		2009		2010		2011	
	30 dní	60 dní	30 dní	60 dní	30 dní	60 dní	30 dní	60 dní
8000	3 888	4 770	3 728	4 770	3 728	4 620	3 736	4 320
15000	7 290	8 910	6 989	8 910	6 989	7 860	7 005	8 100
23200	10 206	12 455	10 814	13 800	10 814	12 150	10 836	12 540
35000	10 368	12 660	14 529	18 540	14 554	16 890	16 963	17 070

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočet

Při srovnání meziročních údajů roků 2008 a 2009 vyplývá, že zákon platný od 1.1.2009 přinesl nízkopříjmovým skupinám zaměstnanců nepatrný propad příjmů v řádech stokorun. Výrazný nárůst je vidět pouze při měsíční mzdě 35 000 Kč, a to z důvodu zavedení třetí redukční hranice v roce 2009. Propad příjmů je způsoben tím, že náhrada mzdy se vyplácí pouze za zmeškané dny, které zaměstnanec z důvodu nemoci neodpracoval, ale zejména třídní karenční dobou.

Porovnání let 2009, 2010 a 2011 meziročně nevykazuje výrazné výkyvy, jelikož úpravy redukčních hranic pro náhradu mzdy i pro nemocenské ovlivňují výši příjmu jen u pojištěnců s průměrnou nebo vyšší mzdou. Při dlouhodobé pracovní neschopnosti je meziročně zřetelný zhruba 10% propad příjmů oproti roku 2009 u všech skupin zaměstnanců, který je způsoben zrušením zvýhodněné sazby při delší nemoci. Rozdíl v příjmech mezi prvním a druhým měsícem trvání PN je u nižších mezd kolem 1000 Kč, u mzdy průměrné a nadprůměrné 1 500 – 2 500 Kč.

Zjištěné údaje o výši finančního zabezpečení při pracovní neschopnosti jsou dále porovnány v relaci k čisté mzdě⁸⁸, kterou by zaměstnanec pravděpodobně dosáhl, kdyby nemocný nebyl.

⁸⁸ Při výpočtu je počítáno pouze se základní slevou na dani na poplatníka

Tabulka 3: Porovnání výše mzdy a dávek

hrubá mzda	2008		2009		2010		2011	
	příjem PN	čistá mzda	příjem PN	čistá mzda	příjem PN	čistá mzda	příjem PN	čistá mzda
8000	3 888	7 000	3 728	7 000	3 728	7 120	3 736	7 120
15000	7 290	12 150	6 989	12 150	6 989	12 405	7 005	12 305
23200	11 340	17 660	10 814	17 660	10 814	18 053	10 836	17 953
35000	10 368	25 600	14 529	25 600	14 554	26 185	16 963	26 085

Zdroj: Vlastní zpracování a výpočet

Z uvedených údajů je na první pohled patrné, že při PN v trvání jeden měsíc dochází k prudkému poklesu příjmů zaměstnance. Řádově se jedná o více než 40% propad u všech skupin pojištěnců. Novou právní úpravou byly zvýhodněny vysoko příjmové skupiny pojištěnců, protože byla zavedena třetí redukční hranice, která odráží hrubý měsíční příjem cca 50 tis. Kč. Naopak skupiny pojištěnců s příjmem maximálně do hranice průměrné mzdy byly poškozeny v řádech několika stokorun.

6.3.5 Dílčí shrnutí

Předchozí pozitivní vývoj ve snižování salda sektoru vládních institucí byl zmařen v důsledku razantního zpomalení ekonomického růstu a recese na přelomu let 2008 a 2009 a předpokládaného stavu veřejných financí nebylo nedosaženo. Na přelomu let 2009 a 2010 došlo k významnému zhoršení salda sektoru vládních institucí (MFČR 2011a), a proto vláda zahájila další proceduru a navrhla řadu konsolidačních opatření, která měla deficit v sektoru vládních institucí snížit.

Tabulka 4: Saldo sektoru vládních institucí 2011

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hodnota kritéria	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0
Česká republika	-2,2	-5,8	-4,8	-3,7	-3,5	-2,9	-1,9

Zdroj: Rok 2008–2011: ČSÚ: roční národní účty a MFČR: Makroekonomická predikce ČR (říjen 2011). Rok 2012–2014 Konvergenční program ČR (duben 2011).

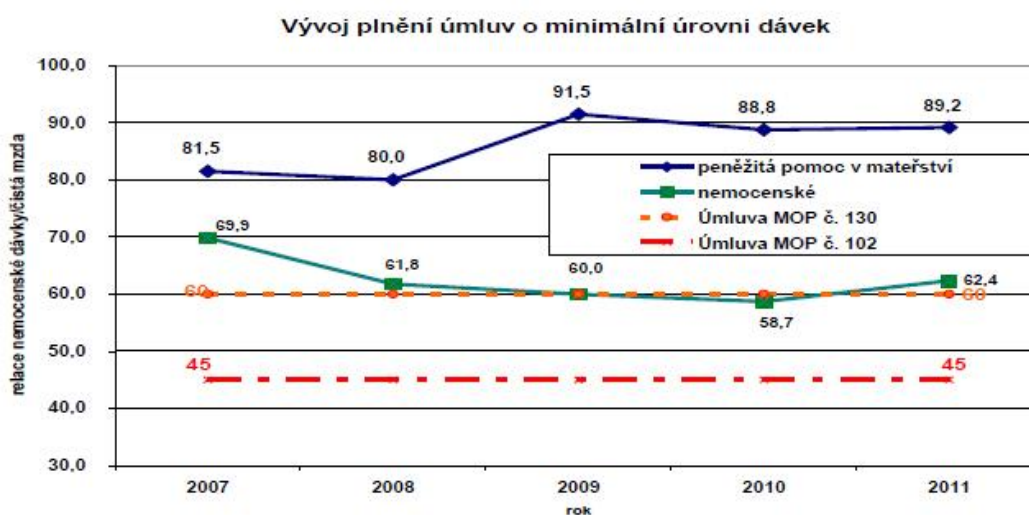
Zdroj: MFČR 2011 Vyhodnocení plnění Maastrichtských konvergenčních kritérií a stupně ekonomické sladěnosti v ČR s Eurozónou

V oblasti nemocenského pojištění od roku 2009 docházelo každoročně ke změnám právní úpravy, které se týkaly jednak parametrických, ale i věcných ustanovení. V předchozích kapitolách jsou analyzovány pouze změny, které ovlivňují výpočet dávky, resp. její výši. Opakované změny v parametrech nadále snižovaly

úroveň hmotného zabezpečení v době nemoci. Od roku 2011 byly schváleny změny, které platí do 31.12.2013 (nemocenské až od 21. dne, nezohlednění dlouhodobých pracovních neschopností) a v tuto chvíli je otevřenou otázkou, zda se od 1.1.2014 vrátí znění zákona do podoby před 1.1.2011.

I když je propad příjmů v době pracovní neschopnosti značný, zejména u zaměstnanců, kteří pracují za minimální mzdu, ČR plní mezinárodní úmluvy o úrovni dávek v nemoci a mateřství, které byly zmíněny v teoretické části práce. Graf naznačuje, že mezinárodní úmluvy jsou naplňovány, kromě roku 2010, kdy nebyla dodržena Úmluva MPO č. 130.

Graf 5: Minimální úroveň dávek dle mezinárodních úmluv



Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Úmluvy pro nemocenské a dávky v mateřství požadují podíl nemocenských dávek k předchozímu příjmu ve výši 45 % (EZSZ a MOP č. 102). Vyšší standard vyžaduje úmluva MOP č. 130 ratifikovaná pro nemocenské, která požaduje podíl nemocenských dávek k předchozímu příjmu ve výši 60 %.

Uvedené dokumenty předepisují plnění stanovené úrovně dávek pro typického příjemce. Tím je pro dávku nemocenské pojištěnec se závislou manželkou, se dvěma dětmi a se mzdou kvalifikovaného dělníka (soustružníka). Podíl nemocenské (za 30 dnů nemoci včetně přídatků na dvě děti) k čisté mzdě (včetně přídatků na děti) nesmí klesnout pod požadovanou úroveň.

Dle Informačního systému o průměrném výdělku,⁸⁹ dosahoval v roce 2010 kvalifikovaný soustružník kovů výdělku 23 186 Kč, což představuje čistou mzdu při zohlednění dvou dětí 19 975 Kč a nemocenské při měsíční PN 10 814 Kč.

6.4 Vývoj pracovní neschopnosti v letech 2008 až 2011⁹⁰

Optikou statistiky pracovní neschopnosti je možné na problematiku nahlížet ze dvou úhlů pohledu, z hlediska zdravotního a ekonomického. Zdravotní aspekt souvisí se zdravotním stavem zaměstnanců v návaznosti na určitou pracovní činnost, prostředí, používanou techniku a technologii. Ekonomický pohled se vztahuje k důsledkům nepřítomnosti dočasně práce neschopných v zaměstnání.

Vývoj pracovní neschopnosti ovlivňují změny dvojího druhu. Jednak jde o změny přirozené, které jsou ovlivněné demografickým vývojem (počet ekonomicky aktivních jedinců, stárnutí populace), ekonomické (vývoj nezaměstnanosti, inflace) nebo technické (technologický rozvoj, bezpečnost a náročnost práce). Další změny jsou zapříčiněny vědomě prováděnými opatřeními v oblasti legislativy (změny parametrů a nároků, úpravy pojištění). Druhý uvedený typ změn od roku 2004 výrazně ovlivňuje vývoj dočasné pracovní neschopnosti, jak naznačuje následující rozbor.

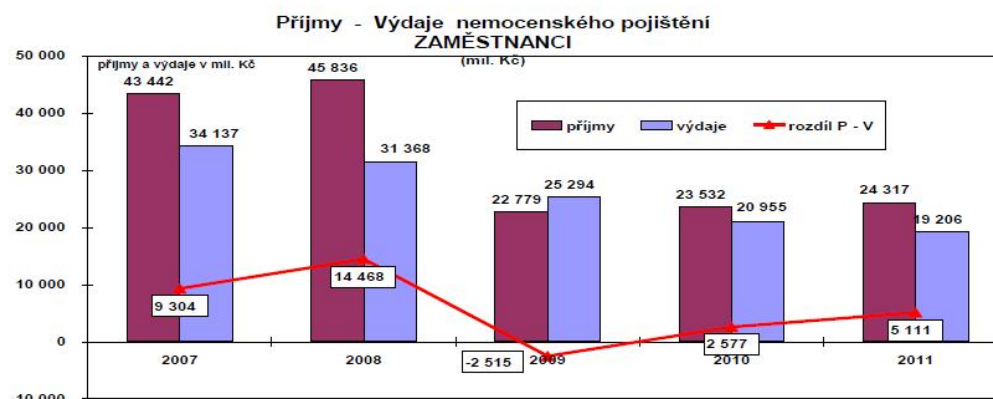
Finanční bilance

Účet nemocenského pojištění zaměstnanců hospodařil ve sledovaném období převážně s přebytkem. V období 2007 až 2011 byl celkový rozdíl mezi příjmy z pojistného a výdaji na nemocenské dávky 28,9 mld. Kč. Pouze v roce 2009 byly výdaje vyšší než příjmy (o 2,5 mld. Kč), a to v důsledku výrazného snížení pojistné sazby, kdy se výběr pojistného meziročně snížil na polovinu a také zavedením slev na pojistném (cca 0,7 mld. Kč).

⁸⁹ ISV 2013

⁹⁰ Převzato a upraveno z materiálu MPSV Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

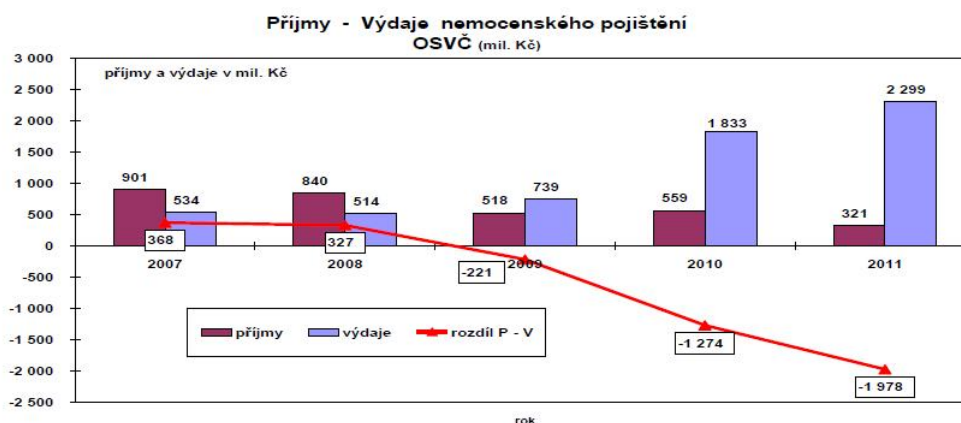
Graf 6: Bilance účtu nemocenského pojištění zaměstnanci



Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011(MPSV 2012)

V nemocenském pojištění OSVČ byly příjmy z pojištění až do roku 2008 vyšší než výdaje. Tento trend, který trval bez přerušení od roku 1993, byl ukončen v roce 2009 novou legislativou. V období let 2009 a 2010 se projevilo zvýhodnění ve stanovení výše pojistného a už v roce 2010 byly výdaje na dávky třikrát vyšší než příjmy a v roce 2011 dokonce sedmkrát vyšší. Změna předpisů pro OSVČ od roku 2011 se začala projevovat až na jeho konci, protože i pro tuto kategorii pojištěnců platí rozhodné období 12 kalendářních měsíců.

Graf 7: Bilance účtu nemocenského pojištění OSVČ



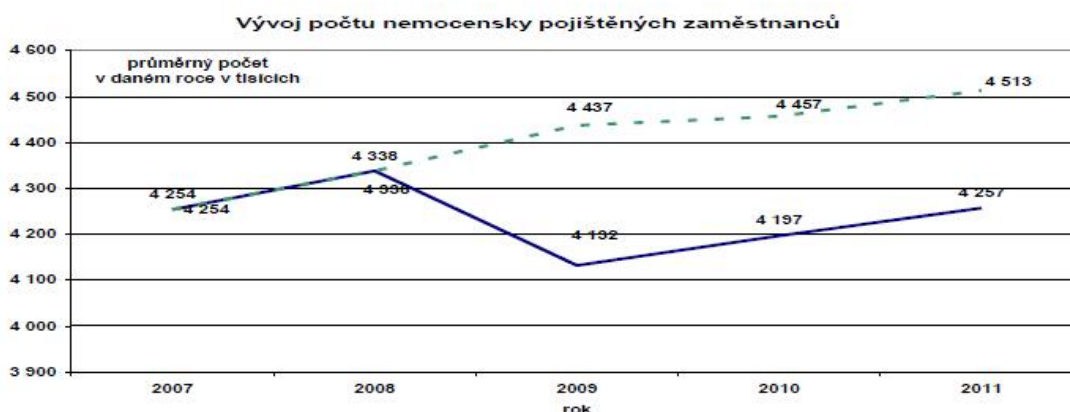
Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011(MPSV 2012)

Počet nemocensky pojištěných zaměstnanců a OSVČ

Počet nemocensky pojištěných zaměstnanců ovlivňuje hodnotu relativních ukazatelů PN. V průběhu sledovaného období se měnila metodika vykazování počtu pojištěnců, proto nelze údaje kvalitně porovnávat. Od roku 2009 rozlišuje statistika počet zaměstnanců a počet pojistných vztahů, do té doby byl pouze jeden ukazatel⁹¹. Lze však konstatovat, že průměrný počet pojištěnců byl v roce 2011 (4,26 mil.) o cca 3 % vyšší než v roce 2009 (4,13 mil.). Počet pojistných vztahů se zvýšil v období 2009 až 2011 ze 4,44 mil. na 4,51 mil.

Počet dobrovolně nemocensky pojištěných OSVČ se každoročně postupně snižuje. V roce 2007 bylo pojištěno cca 216 tis. OSVČ na konci roku 2011 byl jejich průměrný počet 122 tis., nejnižší od roku 1993.

Graf 8: Vývoj počtu pojištěných zaměstnanců 2007 - 2011



Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011(MPSV 2012)

Počet proplacených dnů dočasné pracovní neschopnosti

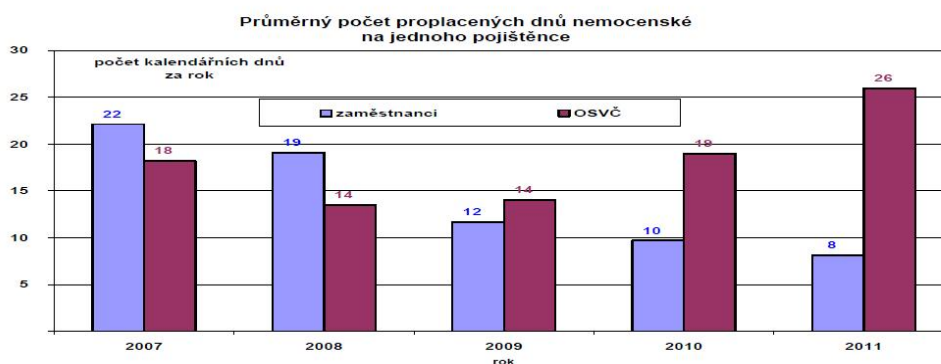
V letech 2007 a 2008⁹² náleželo nemocenské již od prvního dne dočasné pracovní neschopnosti, v roce 2009 a 2010 od 15. dne a od roku 2011 až od 22. dne trvání PN. Uvedené změny byly hlavním důvodem poklesu počtu proplacených dnů, kdy se ve sledovaném období zaměstnancům snížil počet proplacených dnů téměř na jednu třetinu.

⁹¹ Pojištěnec, který měl více pracovních poměrů u jednoho zaměstnavatele, byl vykazován jen jednou, měl-li více zaměstnavatelů, byl vykazován vícekrát.

⁹² Kromě 1.1.2008 až 30.6.2008

Naopak u OSVČ došlo s novou legislativou v období 2009 až 2011 k nárůstu počtu proplacených dnů o více než polovinu. Nemocenské sice náleželo od stejného dne jako u zaměstnanců, ale OSVČ měli v těchto letech možnost ovlivnit vyplacenou částku nemocenského nebo peněžité pomoci v mateřství výší zaplaceného pojistného. Počet proplacených dnů v průměru na jednoho zaměstnance se v období 2007 až 2011 snížil z 22 kalendářních dnů na 8 kalendářních dnů. U OSVČ se za období 2008 až 2011 počet proplacených dnů DPN téměř zdvojnásobil.

Graf 9: Počet proplacených dnů nemocenské na jednoho pojištěnce



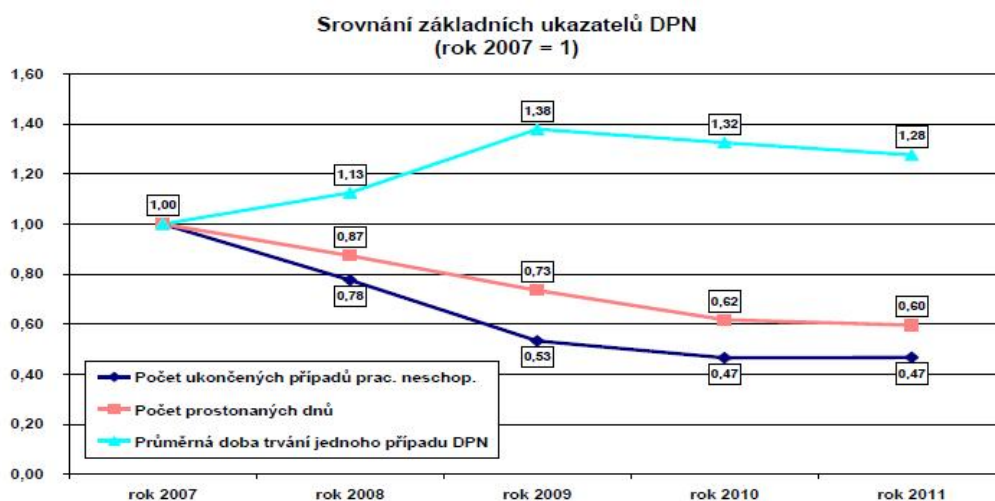
Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Počet ukončených případů a prostonaných dnů

Počet ukončených případů pracovní neschopnosti vykazuje ze všech tří ukazatelů nejvyšší pokles. Zatímco v roce 2007 bylo vykázáno 2,86 mil. ukončených případů, v roce 2011 to byla méně než polovina 1,34 mil. případů.

Počet prostonaných dnů klesl za sledované období o 40 %. V roce 2007 bylo 100,59 mil. prostonaných dnů, v roce 2011 59,94 mil. prostonaných dnů tj. o 40,65 mil. prostonaných dnů méně.

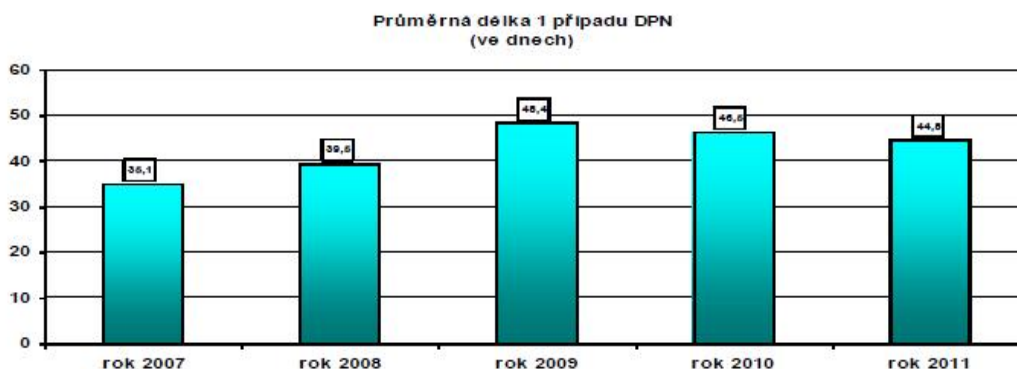
Graf 10: Základní ukazatele pracovní neschopnosti vývoj 2007 - 2011



Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Průměrná doba trvání jednoho případu PN se v období 2007 až 2009 zvýšila o cca 40 % (tj. o 13,3 dne), avšak s účinností nového zákona došlo k mírnému poklesu průměrné délky doby trvání PN. V roce 2011 trval jeden případ PN v průměru 44,8 dne.

Graf 11: Průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti



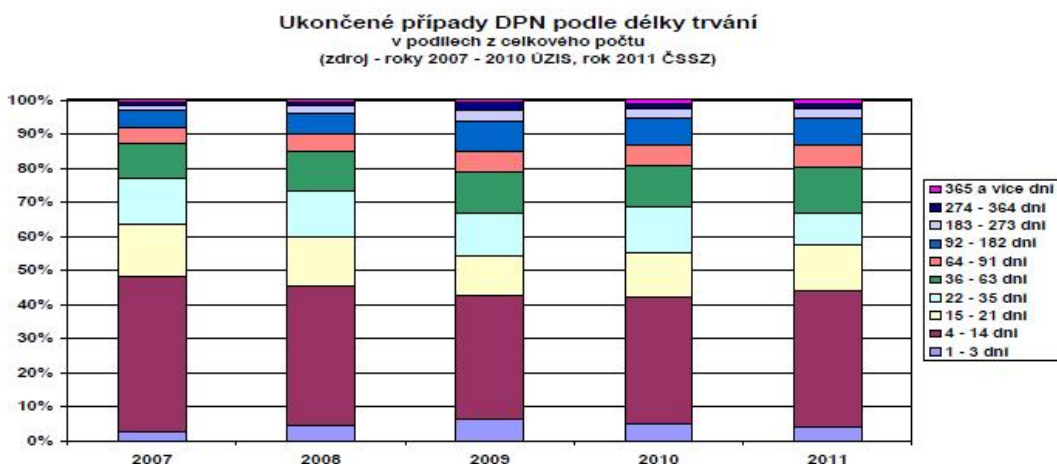
Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Pracovní neschopnost podle délky trvání

Ze statistických údajů je zřejmé, že klesá podíl krátkodobých nemocí. Zatímco v roce 2007 byla polovina případů kratších než 15 dnů, v roce 2011 je polovina případů kratších než 19 dnů. Přestože od roku 2009 platí zaměstnavatelé náhradu mzdy až od

čtvrtého pracovního dne PN, počet případů kratších než 4 dny se relativně zvýšil. Prodlužující se délku doby trvání vyjadřuje skutečnost, že v roce 2007 bylo 23,1 % případů delších než 183 dnů, v roce 2010 bylo již 31,4 % případů delších než 183 dnů. Podíl PN kratších než 36 dnů se snížil ze 76,9 % na 68,6 %.

Graf 12: Ukončené případy pracovní neschopnosti podle délky trvání

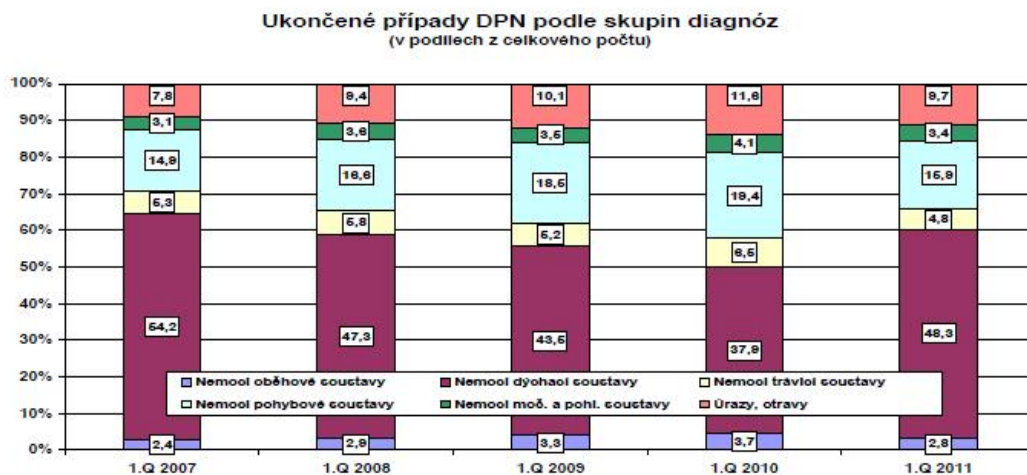


Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Pracovní neschopnost podle diagnóz

Poměr rozložení počtu případů v jednotlivých skupinách podle diagnóz bylo v letech 2007 až 2011 v podstatě stejné, také pořadí jednotlivých skupin diagnóz se nemění, na prvním místě s největším počtem případů jsou stále nemoci dýchací soustavy a na druhém místě jsou nemoci pohybové soustavy.

Graf 13: Ukončené případy pracovní neschopnosti podle diagnóz



Zdroj: Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011 (MPSV 2012)

Pracovní neschopnost podle oboru činnosti zaměstnavatele⁹³

Významné odchylky průměrného procenta pracovní neschopnosti se ukazují v odvětvovém členění ekonomiky. Vysoce nad průměrem roku 2011 3,68 % byla odvětví výroby oděvů a činění a úprav usní (5,75 %), stavebnictví (4,71 %) a zemědělství lesnictví a rybníkářství (4,47 %). Na nejnižších příčkách žebříčku průměrného procenta pracovní neschopnosti byla naopak odvětví resp. sféry služeb, jako jsou školství (2,43%) a kulturní, zábavní a rekreační činnosti (3,08 %).

V odvětvovém pohledu je nejdelší průměrná délka pracovní neschopnosti zejména v zemědělství, lesnictví a rybníkářství (60,83 dne) a také v ubytování, stravování a pohostinství (60,21 dne), naopak nejkratší ve vzdělávání (32,54 dne).

6.4.1 Dílčí shrnutí

Rozbor vývoje pracovní neschopnosti po roce 2008 dává odpověď na otázku, zda bylo dosaženo legislativních záměrů, kterými byla odůvodněna transformace systému nemocenského pojištění.

Základní ukazatele PN vykazují od roku 2007 meziročně nižší hodnoty. Postupně dochází ke snižování procenta pracovní neschopnosti, ale již jen velmi mírně, v roce 2011 na úroveň 3,63 %. Naopak průměrná délka trvání dočasné pracovní neschopnosti obecně vykazuje do roku 2009 vzestupný trend (48 kalendářních dní) a od té doby se udržuje kolem hranice 45 dní.

Index PN v jednotlivých krajích kopíruje procento míry nezaměstnanosti. Dle statistik je dlouhodobě nejnižší míra PN v Praze a Středočeském kraji, naopak nevyšší míru PN vykazují kraje moravské (Olomoucký, Moravskoslezský, Zlínský), tedy v kraje se značnou nezaměstnaností (UZIS 2012, MPSV 2013). Vývoj PN je nadále ovlivňován vnějšími okolnostmi např. stabilitou trhu práce a sezónní nezaměstnaností.

Dále byly eliminovány deficitní tendence účtu nemocenského pojištění a sníženy mandatorních výdaje na dávky nemocenského pojištění, které byly druhotným cílem nové koncepce. Je zřetelné, že vývoj ukazatelů pracovní neschopnosti ihned reaguje na legislativní opatření, kterými je snižována úroveň nemocenských dávek, nicméně později se ustálí na stejné hodnotě, nebo se i mírně zvýší.

⁹³ ČSÚ 2012a

7 Důsledky změn právní úpravy a jejich dopady

V předchozí části práce byly popsány účinky změn z pohledu kvantitativních údajů z celostátních statistik, finančních ukazatelů pracovní neschopnosti a úrovně míry hmotného zabezpečení pojištěnců v době nemoci ve vztahu k deklarovaným strategiím exekutivy.

V následujícím textu budou předchozí dílčí zjištění a závěry konfrontovány s realitou a zkoumány názory, postoje a jednání aktérů. Informace byly získány prostřednictvím polostandardizovaných rozhovorů nebo dotazníků. Zkušenosti a názory uvedených aktérů budou nabídnuty k diskuzi, na jejímž základě budou charakterizovány sociální a ekonomické efekty, které změny v nemocenském pojištění přinesly.

7.1 Zaměstnanci

Šetření se zúčastnilo 15 pojištěnců, jednalo se pouze o zaměstnance (bez OSVČ), muže i ženy s různými osobními charakteristikami (věk, povolání, rodinný stav, příčina a délka trvání pracovní neschopnosti). Dílčí údaje budou prezentovány anonymně, u některých výpovědí je pro dokreslení uvedeno povolání. V textu je respondent uváděn také jako pojištěnec nebo zaměstnanec.

Po prvotních identifikačních otázkách, bylo zjišťováno, zda pojištěnci předem kalkulovali dopady onemocnění. Převážně uváděli, že nějakou představu o procentní výši dávky v době nemoci měli. Pojištěnci, kteří podstoupili plánovaný operační výkon s delší dobou rekonvalescence zároveň potvrdili, že dopředu odhadovali konkrétní finanční ztrátu v rodinném rozpočtu. Bylo například uvedeno: *“v podstatě počítal vzhledem k hypotéce a leasingu, ale ne s kalkulačkou, pouze řádově hrubý odhad a ten se od skutečnosti lišil hodně”* nebo podobně: *“jen matematicky, měsíc děleno pracovní dny...za ty tři dny neplacené jsem přišla asi o dva tisíce”* a dále: *“odhadoval jsem, že to bude asi o třetinu méně při skoro měsíční nemoci”*. Jedna z respondentek⁹⁴ vylíčila svůj příběh: *“v počátcích nemoci asi 14 dní jsem do práce chodila, i když mi bylo docela blbě, pořád mě bolela hlava. Pak se můj stav zhoršil tak, že jsem byla hospitalizována v nemocnici a pak už v podstatě nezbylo nic jiného než na nemocenskou jít“*.

⁹⁴ Uvedla cévní onemocnění

Skutečný propad příjmů se různil podle vykonávané profese. Zaměstnanci ve službách uvedli, že jejich příjem byl nižší asi o 35 – 40 %, jeden dokonce uvedl 50 %, ale následně přiznal exekuci na příjem, vysokoškoláci uvedli propad příjmů asi 25 %. V návaznosti na uvedené odpovědi byl zjišťován dopad do rodinného rozpočtu. Pojištěnci žijící osaměle více pociťují propad příjmů v době nemoci „*sáhl jsem do úspor a dva měsíce jsem se z toho vymotával*“. Prodavačka uvedla, že dětem se nekupovala mlsky a mléčné výrobky, jiný pojištěnec uvedl „*musel jsem se uskromnit, ale moc jsem to neprožíval, na domácnost to stačí, ale navíc se nic nekoupí*“. Použití finanční rezervy přiznal i osamělý vedoucí pracovník. Pojištěnci žijící v manželství (partnerském svazku) připustili, že finanční ztrátu v době nemoci překonali lépe, protože jejich rodinný rozpočet není tak napjatý. Většinou uváděli, že měsíčně mohou postrádat od 3000 do 5000 Kč. Naopak osamělí a samoživitelky uváděli částku od 0 do 1000 Kč s tím, že nemají z čeho tvořit finanční rezervy.

Pokud by však pracovní neschopnost trvala více než dva měsíce, byla tato situace všemi dotázanými hodnocena jako finančně citelná a těžká, která by narušila nastavený standard. Pojištěnci uváděli, že by bylo nutné omezit zbytné výdaje, např. pravidelné spoření nebo životní pojištění. Jedna z dotazovaných uvedla, že je na takovou situaci připravená pojištěním pro dlouhodobou nemoc nebo pobyt v nemocnici, které zatím nevyžila. Jiná respondentka uvedla: „*katastrofa by to nebyla, zřejmě bychom sáhli do rezerv a snažili bychom se omezit výdaje. Samozřejmě, že v případě dlouhodobé nemoci, by situace byla napjatá, stresující a k léčbě ani osobní pohodě by pozitivně nepřispěla*“.

Mimo jiné bylo uvedeno, že nemoc neznamená jen nižší příjem, ale také náklady na léky i lékaře. Pouze jeden zaměstnanec⁹⁵ uvedl, že z dlouhodobé nemoci obavu nemá, protože disponuje finanční rezervou ve výši tří měsíčních příjmů. Dvě respondentky⁹⁶ navíc zmínili jiný aspekt dlouhodobé nemoci „*že bych dostala máň peněz bysme nějak přežili, ale víc by mi to vadilo, co se týká práce, nevěděla bych odkud začít, po pracovní stránce by to byl stres*” nebo „*není to dobrý ani v práci, když člověk dlouho chybí, mně osobně chyběl i ten měsíc*“.

⁹⁵ Lékařka

⁹⁶ Vedoucí pracovník

Jeden z pojištěnců uvedl, že z důvodu “hrozby” dlouhodobé nemoci resp. operace pro potíže s kolenem, omezil svoje sportovní aktivity *“zatím to není akutní, ale na koloběžkách už radši nezávodím.”*

Na možnost připojištění pro případ pracovní neschopnosti nepanoval jednotný názor, ale lze říci, že pojištěnci spíše o pojištění neuvažují. Důvodem bylo např. *“odvodové zatížení je již dost velké, systém je špatný... vadí mi neplacení prvních třech dní”* případně *“připojištění v současné době ne, cítím se zdravá, hypotéku nemám, nemoc na měsíc mě neohrozí”*. Tři z dotazovaných eventualitu připojištění pracovní neschopnosti připouští *“s věkem bych se připojistila, kdyby mi bylo 25 let tak ne, člověk se cítí mladý a silný”*. Muži např. uvedli: *„příplatek na pojištění je zajímavá věc, ale musel bych vědět, do čeho jdu”* nebo *“zatím ne, možná až budu mít rodinu, bych o tom uvažoval”*.

Kromě dvou pojištěnců všichni dotazovaní uvedli, že si v minulosti zhruba 1x až 2x ročně při akutním onemocnění (viróza, chřipka) vzali dovolenou, náhradní volno, stav řešili výměnou směny nebo netrpělivě čekali na víkend. Doplnujícím dotazem bylo zjištěno, že žádný ze zaměstnavatelů neposkytuje indispoziční volno. Stejně by se zachovala i zhruba polovina pojištěnců za situace všech placených dnů nemoci. Svůj postoj vysvětlili tím, že v prvních třech dnech sice jakási dávka náležela, ale byla v nízké výši. Dva z pojištěnců uvedli, že variantu dovolené by zvolili i proto, že nechtějí jít k obvodnímu lékaři a tam v akutním stavu čekat na vyšetření. Jiná respondentka k otázce uvedla: *„nepřecházela bych nemoci, je mi 45 let a každá nemoc už trvá dýl, nedovedu to odhadnout, co je chřipka, co je viróza, teď to ale dělám kvůli penězům“*. V této souvislosti byl zmíněn i přístup kolegů, kteří chodí v akutním stavu do zaměstnání *„je nastydlá a prská na všechny, docela mi to vadí...nepůjde k doktorovi, protože za to dostane málo, tak radši chodí do práce“*.

Následně bylo zjišťováno, jakou náhradu v době nemoci pojištěnci považují za přiměřenou. Procentní vyjádření bylo různé od 50 %⁹⁷ do 100 %. Názory byly následující: *„nebývám nemocná, zasloužila bych si 100 %, dávky nezneužívám, třeba nějaké bonusy, když nemarodím, tak víc procent“*. Jiný zaměstnanec uvedl: *„kompenzace je nepřiměřená, dávky nečerpám, když něco musím absolvovat, tak jsem*

⁹⁷ vdaná pojištěnka, manžel podnikatel

poškozená, přispívám z pěkného vyměřovacího základu⁹⁸, třeba 14 dní v roce za 100 % čisté mzdy by mi vyhovovalo“. Respondenti vyjadřovali nespokojenost se současným znevýhodněním krátkodobých nemocí a navrhovali zajímavá řešení. „Vadí mi, že nejsou placeny první tři dny nemoci, mělo by to být přesně obráceně, zaplatit první tři dny 100 %, aby lidi nechodili nastydlí a nemocní do práce a nekašlali na své kolegy viry a chřipky“. Další návrh byl podobný „každý má právo být někdy nemocný a nemoci nepřecházet, takže bych viděl systém následovně: první týden 100 %, další týdny do trvání neschopnosti 1 měsíc např. 70 %. Dále třeba jen 60 % nevýhodné pro ty, kteří nemoc záměrně protahují, při dlouhodobé skutečné nemoci by to člověk musel zvládnout v rámci rodiny“.

Poslední z otázek směřovala ke zneužívání dávek nemocenského pojištění. Pouze jeden pojištěnec⁹⁹ přiznal, že v minulosti byl v účelové pracovní neschopnosti. „Jen jednou, z důvodu rozvázání pracovního poměru, chtěl jsem odejít ze špatného zaměstnání a najít si co nejdříve novou práci“. Lékař mu vyhověl, neschopenku vystavil s diagnózou bolesti zad a pracovní neschopnost trvala dva měsíce. Na doplňující dotaz respondent uvedl, že na úřad práce se mu hned nechtělo, protože nevěděl, jak dlouho bude hledat novou práci a myslel si, že nemocenská je finančně výhodnější.

Jiná respondentka¹⁰⁰ uvedla: „nikdy jsem to neudělala, ale kdybych já šla ke svému doktorovi, tak můžu marodit, kdy chci, neřeší to, vystaví mi neschopenku“ Na adresu „svých“ zaměstnanců uvedla: „přijde s neschopenkou a pak za tři dny přijde s tím, že chce potvrdit příjem na půjčku...některý jsou 2-3 měsíce doma, hodí se marod, když je blbá práce“.

Osm respondentů uvedlo, že ve svém okolí osobně znají někoho, kdo je v pracovní neschopnosti a myslí si o něm, že je zdravý. „Mám známého, který již téměř rok marodí z důvodu neochoty převzít si výpověď, těší se výbornému zdraví a náladě“. Jedna z respondentek uvedla: „myslím, že jsem se potkala s několika lidmi, kteří byli v pracovní neschopnosti, když ve skutečnosti nemocní nebyli. Dokonce v mém předchozím zaměstnání jsme na takového člověka upozorňovali sociálku a k ničemu to nebylo“. Dále bylo uvedeno: „konkrétně o nikom nevím, ale slyším, že se to děje

⁹⁸ zaměstnanec ve vedoucí pozici

⁹⁹ prodavač

¹⁰⁰ personalistka, mzdová účetní ve stavební firmě, 58 let

obvykle se prý marodí buď se zády, nebo s psychickými potížemi“. Účelovost se netýká jen pracovní neschopnosti, ale může být jevem i jiných dávek nemocenského pojištění *„mám kolegyni na oddělení, která má pravidelně na konci roku 14 dní paragraf na děti a už to ví půl roku předem, dovolenou si na svátky nešetří, ale vždycky je doma. Letos ale ne, to měla jakousi nemoc“.* Jiná dotazovaná se přiznala, že před lety o prázdninách už neměla školku pro syna, který šel do první třídy, tak otázku *„co s ním?“* řešila přes pediatra, kterému namluvila nemoc dítěte. Uvedla, že lékař vědomě na podvodu nespolupracoval.

7.2 Zaměstnavatelé

První z otázek se týkala hodnocení nového právní úpravy. Zaměstnavatelé se vesměs shodli na jednom pozitivním prvku, kterým je přenesení zodpovědnosti při výpočtu dávek na OSSZ a tím snížení možné chybovosti, i když bylo také řečeno: *„pozitivum není moc veliký, výpočet (dávky) není složitý, měli jsme dostatek zkušeností a nyní jsme stejně pod kontrolou¹⁰¹“.*

Z hlediska administrace dávek byla shodně negativně hodnocena zátěž spojená s předáním příslušných dokladů potřebných pro výplatu nemocenské na OSSZ *„doklady předáváme buď poštou, tím jsou vyšší náklady na poštovné, anebo osobně, ale to je zase časové zatížení“.* Jiná personalistka uvedla: *„teda mě to nevyhovuje vůbec, udělala jsem si to sama, zaplatila a měla jsem s tím stejnou práci jako teď, když tam s tím musím běhat“.* Zvýšenou administrativu odmítal jen jeden zaměstnavatel se čtyřmi desítkami zaměstnanců.

Zvýšenou zátěž způsobuje zdánlivě nesouvisející jev, kterým je provádění exekucí. Pokud má zaměstnanec exekuci na příjem a je v pracovní neschopnosti, povinnost srážet příslušnou část příjmu přebírá OSSZ, které se musí předat veškeré poklady a informace nutné pro vypočtení srážky z dávky *„předtím jsem se o to nestarala, zadala jsem do programu a sráželo se to samo, teď musím vypisovat, kolik jsem srazila já a kolik se ještě musí srazit“.*

¹⁰¹ Kontrola povinností zaměstnavatele v sociálním zabezpečení dle zákona č. 582/1991 Sb.

Zaměstnavatelům vadí, že i když funguje elektronický přenos dat, tak v případě pracovní neschopnosti musí na OSSZ doručit všechny doklady ve fyzické podobě¹⁰². Dále byl zmíněn i problém se zpožděním výplaty nemocenské, když nejsou všechny doklady v pořádku a OSSZ vyzývá zaměstnance, aby např. doplnil podpis na žádosti nebo číslo účtu pro výplatu. Předtím se podobné nesrovnalosti vyřešily téměř ihned na pracovišti zaměstnance, který teď musí komunikovat s úřadem.

Zaměstnavatelé se jednoznačně shodli v tom, že z důvodu změny právní úpravy nemuseli přijmout žádná nová organizační nebo technická opatření. Všichni oslovení zaměstnavatelé byli z kategorie tzv. velkých zaměstnavatelů, kteří administrovali výplatu dávek nemocenského pojištění samostatně, byli tedy vybaveni jak softwarově, tak i nezbytnými znalostmi. „Novou legislativu jsem načel tak jako obvykle ze Sbírký zákonů, případně nějaké komentáře na internetu a na pravidelném školení. Mzdový software byl přizpůsoben dodavatelem v rámci rámcové smlouvy.“ Podobně odpověděl i zástupce jiného zaměstnavatele.

Nicméně z rozhovoru s vedoucí oddělení nemocenského pojištění OSSZ vyplynulo, že některé účetní tzv. malých organizací měly problém s vyplňováním nezbytných dokladů, bylo proto nutné je opakovaně kontaktovat a problematiku vysvětlovat. Lze říci, že v současné době je celkový stav stabilizovaný.

Jednoznačně negativně byla hodnocena povinnost platit zaměstnancům náhradu mzdy, která se odráží ve zvýšení mzdových nákladů řádově 5 – 8 %. Zaměstnavatel, který se zařadil do kategorie malé a střední podniky označil povinnost platit náhradu mzdy za nevýhodné, ale neuměl uvést přesnější propočet. Výrobní podnik, součást mezinárodní korporace, uvedl, že povinnost vyplácet náhradu mzdy zvýšila cca o 5 % mzdové náklady. Další ze zaměstnavatelů, u kterého je zhruba 3% nemocnost, vyčíslil ekonomické dopady na 0,5 mil. Kč ročně, přičemž od roku 2011 je částka o něco vyšší, protože se náhrada mzdy vyplácí tři týdny. Jedna z personalistek¹⁰³ uvedla: „spočítaný to nemáme, jsou to zvýšený náklady firmy a má to vliv na zaměstnanost...v době krize jsme propouštěli, měli jsme 208 lidí teď 159, snížili jsme osobní ohodnocení, ale spíš z důvodu nedostatku zakázek“. Zaměstnavatel státní správy uvedl, že jeho organizace nepatří do výrobní sféry, proto jsou ekonomické dopady jen nepatrné.

¹⁰² Lze zaslat pouze přílohu k žádosti o dávku, kde jsou uvedené vyměřovací základy, ale samotné rozhodnutí o DPN je nutné na příslušnou OSSZ donést nebo zaslat

¹⁰³ stavební firma 160 zaměstnanců

Zaměstnavatelé se také shodují v tom, že zaměstnanci spíše využívají dovolené nebo náhradního volna v případě krátkodobých zdravotních problémů. Protože nejsou první tři dny nemocenské placené, je to pro zaměstnance nevýhodné být na nemocenské „stává se to, že z existenčních důvodů řeší zaměstnanci krátkodobou nemoc čerpáním řádné dovolené“. I přesto, že zaměstnavatelé vědí o nevýhodnosti krátkodobých nemocí, žádný z nich neposkytuje indispoziční volno, tzv. sick days¹⁰⁴ ani zvýšenou výši náhrady mzdy při pracovní neschopnosti nad rámec zákona¹⁰⁵.

U všech zaměstnavatelů se snížilo procento pracovní neschopnosti, které bylo zdůvodněno právě čerpáním dovolené nebo náhradního volna místo nemocenské. Zaměstnavatel, součást mezinárodní korporace uvedl, že zavedení náhrady mzdy není hlavní příčinou snížení procenta pracovní neschopnosti v jeho firmě. Domnívá se, že index pracovní neschopnosti u dělnických kategorií ovlivnil i vlastními aktivitami na podporu zdraví, zlepšením kvality ochranných pracovních pomůcek, očkováním, různými mimopracovními setkáními a sportovními akcemi zaměstnanců. Dále zmínil oblast well-being¹⁰⁶, do které jsou zaměstnanci aktivně zapojeni.¹⁰⁷

Ani jeden ze zaměstnavatelů nepotvrdil předpoklad, který uvedla ČMKOS v připomínkách k nové úpravě nemocenského pojištění a který se vztahoval ke zdravotnímu stavu některých kategorií zaměstnanců „v nevýhodném postavení by se tak ocitly nejen osoby zdravotně postižené, ale i starší osoby, u nichž lze častější nemocnost očekávat“. Zaměstnavatelé shodně uvedli, že při výběru nového zaměstnance není jeho věk žádným kritériem „věk nového zaměstnance nijak nezohledňujeme, při novém nástupu upřednostňujeme kvalifikační předpoklady a využitelnou praxi v oboru“. Velká výrobní společnost uvedla: „jsme schopní vzít člověka i tři roky před důchodem, pro nás je důležité být loajální k firmě, aby byl pracovitý, aby firmě něco přines. Ani se nestává, že takový člověk marodí víc.“ Personalistka stavební firmy sdělila: „určitě ne, ani to nevíme (že je často nemocný), když se to nepíše do zápočtového listu, dřív jsme se mohli podívat, ale nerozlišuje se to“.

¹⁰⁴ Sick Day nebo Sick leave = pracovní volno z důvodu náhlých zdravotních problémů, bez povinnosti dokládat potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti od lékaře

¹⁰⁵ § 192 odst. 3 ZP

¹⁰⁶ subjektivní pocit životní pohody (spokojenosti, životního blaha), kladné kognitivní a emocionální vyhodnocení kvality vlastního života, zkratka SWB

¹⁰⁷ Snížení DPN od roku 2008 z 7,59% na 4,36% v roce 2012

K otázce, která se týkala výroku o zneužívání předešlého systému zaměstnavatelů, kteří v době nedostatku zakázek nebo sezónních aktivit doporučovali zaměstnancům jít na neschopenku, zaměstnavatelé vyjádřili názor, že s tímto výrokiem nesouhlasí. *„Osobně jsem se s tím nesešla, ani o tom nevím ve svém okolí, my jsme to nikdy nedělali, pokud firma neměla práci, tak byli zaměstnanci na 60 %, v roce 2009 když byla krize. Ani v okolí neznám takovou firmu.“*

Odpověď na otázku zda této možnosti dotazovaní zaměstnavatelé v minulosti využili, byly všechny odpovědi negativní. *„V době hospodářské krize byli naši zaměstnanci doma s 60% mzdou a tuto jsme jim následně, po odeznění krize doplatili“.*

K otázce, zda nový systém zabránil takovému jednání zaměstnavatelů nebo takové jednání omezil, se zaměstnavatelé vyslovili různě a spíše připustili, že to možné je, ale vzhledem k tomu, že s tímto jevem nemají vlastní zkušenost, neuměli jednoznačně odpovědět. Jeden za zaměstnavatelů uvedl: *„sezónní práce neprobíhají tři až čtyři měsíce přes zimu, opatření nemá smysl, taková firma zaplatí 3 týdny, teda jen 12 dní a pak platí stát, i těch 60 % mzdy je dražších než 12 dní“.*

7.3 Ošetřující lékaři

Rozhovoru se účastnily dvě praktické lékařky, z nichž jedna svou lékařskou praxi vykonává 10 let a druhá 30 let. Žádná nesouhlasila s pořízením audio záznamu rozhovoru. Odpovědi byly písemně zaznamenány a volně parafrázovány. Mladší z lékařek byla sdílnější a ochotněji projevovala své názory a zkušenosti.

Dotazované lékařky byly s připravovanými změnami v nemocenském pojištění byly seznámeny prostřednictvím svého profesního sdružení “Společnosti praktických lékařů” a před účinností nové právní úpravy obdržely tištěnou informaci od příslušné OSSZ.

K hodnocení nové právní úpravy obě uvedly, že si zpočátku dlouho zvykaly na nová pravidla, ale dnes po více než čtyřech letech právní úpravu hodnotí pozitivně, i když mají víc povinností vůči OSSZ a zákonem dané lhůty pro odeslání příslušných dokumentů. Administrativa jim nezabírá výrazně více času než za účinnosti předchozí úpravy a spolupráci s OSSZ hodnotí kladně. *“Když něco nevím a nemůžu to najít v zákoně, tak zavolám na sociálku a domluvím se. Dřív jsem nějaké otázky mohla řešit přímo u sebe v ordinaci, ale teď už posudkový lékaři nechodí”.* Vedoucí pracovnice

OSSZ se vyjádřila tak, že tyto konkrétní lékařky nejsou problémové, své zákonné povinnosti plní včas a případné nesrovnalosti jsou ihned napraveny.

Mladší z lékařek uvedla, že pro její činnost byla nová právní úprava přínosem, protože obsahuje komplexní postupy při rozhodování o pracovní neschopnosti, o které se může opřít při jednání s pacientem, který např. požaduje větší rozsah vycházek, změnu pobytu apod. Starší z lékařek nesouhlasí s některými zákonem nastavenými postupy při rozhodování o vzniku pracovní neschopnosti, protože některé zákonné lhůty, které jsou nelogické a omezují jak pacienta, tak i lékaře. K tomu vedoucí pracovnice OSSZ uvedla: *“Vím co myslí, není jim jasné proč nemůžou v pondělí ukončit neschopenku zpětně k neděli, třeba když jde pacient v pondělí na odpolední směnu. Je to asi nelogické v některých případech, ale zákon chrání pacienta, dopředu to udělat lze, třeba v pátek rozhodnout o ukončení neschopenky k neděli.”*¹⁰⁸

Jednoznačně se shodly, že s novým zákonem méně vystavují neschopenky, protože se pacientům nevyplatí být na nemocenské. *“Pacienta vyšetřím a rovnou se zeptám, jestli bude chtít vystavit neschopenku. Můžu říct že 50 % pacientů odchází bez neschopenky, i když by na ní měli nárok”*. Takový pacient dostane recept na léky a je poučen o šetřícím a klidovém režimu *“většinou říkají, že si vezmou dovolenou 2 až 3 dny nebo se nějak domluví se zaměstnavatelem”*. Ani jedna z lékařek nevidí do budoucna takové chování pacientů jako rizikové, pokud se jedná o přecházení viróz a nachlazení. *“Pokud má lehčí práci v kanceláři, má možnost si volit tempo, odpočine si, tak za dva tři dny nemoc odezní”*. Tento výrok lze doložit výpovědí respondenta¹⁰⁹ *“měl jsem angínu a antibiotika, ale doma jsem nezůstal. Zrovna jsem neměl plánovanou cestu, tak mě šéf dal do skladu...mám sedět doma nebo ve skladu, to vyjde na stejno.”*

Obě lékařky se domnívají, že pokud nemocný člověk sedí jen v kanceláři, není tak velkým bacilo přenašečem jako např. prodavač, pokladní nebo manuálně pracující v otevřeném provozu. Starší z lékařek uvedla, že chřipkové epidemie probíhaly pravidelně i v minulosti a nelze říci, že by v posledních čtyřech letech byly masivnější.

Dále byl zjišťován názor na argument uvedený v důvodové zprávě týkající se nestandardního jednání lékařů, kteří o pracovní neschopnosti rozhodnou i bez medicínského důvodu. Starší z lékařek za sebe toto jednání odmítla a uvedla, se zřejmě

¹⁰⁸ § 59 odst. 1 písm. a) ZNP

¹⁰⁹ Řidič, rozvoz zboží

musely existovat pro takové tvrzení relevantní důkazy, ale určitě nešlo o běžný trend. Připustila, že někdy i k ní přijde pacient simulant, u kterého má pochybnosti, ale neřekne si o neschopenku na rovinu. *„Každého musím vyšetřit, i když se mi třeba nezdají jeho problémy, ale musím vyloučit skutečné onemocnění“*. Podle ní se stává, že po somatické stránce je pacient v pořádku, ale problém je v psychice.

Mladší z lékařek se domnívá, že popsané jednání lékařů je možné, ale ona takové pacienty odmítá *„u mě mají smůlu, já podvádět nebudu a stejně tak jim to i říkám“*. Uvedla příklad jedné pacientky, která přišla s tím, že *„potřebuje“* vystavit neschopenku a po odmítnutí reagovala tak, že si zdravotní dokumentaci převede k jinému lékaři, který to bez problému udělá. *„Souhlasila jsem, já tu nikoho nedržím, my máme pacientů dost“*. Na závěr se nastolenému problému vyjádřila *„všechno je o lidech, o přístupu lékaře, nějaké procento lékařů to dělat může, pokud ale nebudou fungovat nějaké kontrolní mechanismy a nebude hrozba postihu, bude se to dělat stále“*.

7.4 Dílčí závěr

S ohledem na jednotlivé cíle a jednu z výzkumných otázek byli přímého zkoumání a dotazování účastni jen tři z několika dalších aktérů nemocenského pojištění, kterých se přijaté změny dotkly nejvíc. Cílem rozhovorů bylo odpovědět na jednu z výzkumných otázek, jak zúčastnění aktéři vnímají změny právního rámce nemocenského pojištění od roku 2009, jak změny ovlivnily jejich chování.

Dotazovaní zaměstnanci **záporně vnímají zavedení karenční doby**, protože negativně ovlivňuje výši dávky, hlavně v případě krátkodobého onemocnění. Lze říci, že zaměstnanci **při lehčích a kratších nemocech systém v podstatě nevyužívají**, protože si raději vezmou několik dní dovolenou nebo nemoc přecházejí. Polovina pojištěnců ale uvedla, že by se tak zachovali i v případě placených všech dní nemoci.

Ani zaměstnanci, kteří dosahují průměrné mzdy, nejsou spokojeni s finančním plněním v době nemoci, protože spatřují **nepoměr mezi výší odvedeného pojistného a výší nemocenské**. Na tomto místě je potřeba připomenou, že se zaměstnanci od roku 2009 neodvádí pojistné na nemocenské pojištění, ale někteří pojištěnci připustili možnost si na pojištění přispívat nebo se připojistit komerčně. Protiargumentem

pojištěnců je v této době vysoké daňové zatížení, popř. fakt, že komerční připojištění většinou není koncipováno pro krátkodobé zdravotní události¹¹⁰.

Z důvodu převedení agendy nemocenského pojištění na OSSZ **nemuseli zaměstnavatele přijmout žádná zásadní organizační nebo technická opatření** a v této velké systémové změně nevidí přínos. Poukazují na fakt, že jsou navíc zatíženi povinnostmi předávat příslušné doklady pro výplatu nemocenské na OSSZ, protože ne všechny doklady lze poslat elektronicky.

Nejdůležitější změnou vůči zaměstnavatelům bylo zavedení institutu náhrady mzdy. Zaměstnavatelé tuto novou povinnost vnímají negativně, protože se jedná o další **náklady na pracovní sílu v době trvající ekonomické krize**. Zaměstnavatelé se jednoznačně vymezili proti předpokladu, že starším nebo nemocným zaměstnancům se zhorší postavení na trhu práce. Ačkoliv jsou si zaměstnavatelé vědomi, že si jejich zaměstnanci častěji čerpají dovolenou na samoléčbu akutního onemocnění, žádný z nich **nepřistoupil k možnosti poskytovat svým zaměstnancům benefit** ve formě indispozičního volna nebo zvýšené náhrady mzdy. Také zaměstnavatelé dotazovaných pojištěnců neposkytují tuto formu benefitu. Pouze jeden zaměstnavatel uvedl, že vyvíjí vlastní aktivity, kterými podporuje zdravotní stav svých zaměstnanců.

Ošetřující lékaři nevnímají žádná významná negativa ani pozitiva nové právní úpravy, i když diskutabilní mohou být přesně nastavená pravidla při vystavování nebo ukončování pracovních neschopností. Lékaři **potvrdili změnu chování pojištěnců, kteří** při lehčím virovém nebo chřipkovém onemocnění neschopenku odmítají a raději **čerpají dovolenou**. Uvedené zjištění reflektují i statistiky PN, když se v roce 2009 meziročně snížil celkový počet případů PN o 31 %, přičemž nemoci v trvání do 14 dní poklesly o 33 % a nemoci v trvání do 15 – 30 dní o 43 % a trend pokračoval i v letech následujících.¹¹¹

Všem aktérům byla položena otázka, týkající se možnosti zneužívání systému. Zaměstnavatelé jednoznačně odmítli argument v důvodové zprávě, že nemocenské pojištění využívali k řešení svých ekonomických problémů. Někteří tuto konkrétní situaci zažili a uvedli, že **problém řešili v souladu se zákoníkem práce**, nikoliv

¹¹⁰ Konzultováno s pojišťovacím poradcem životního a úrazové pojištění

¹¹¹ ČSSZ 2011

prostřednictvím nemocenského pojištění. Jeden ze zaměstnavatelů se vyjádřil v tom smyslu, že **povinnost platit náhradu mzdy rozhodně nezbránila možnému zneužívání** ze strany sezónních zaměstnavatelů.

Lékařky se k otázce nestandardního chování některých kolegů, kteří dle důvodové zprávy vystavují neschopenky neodůvodněně nebo je zbytečně prodlužují, vyjádřili rozdílně. Mladší takovou eventualitu připustila a navíc uvedla příklad ze své ordinace, odpověď druhé z lékařek byla diplomatická a nekonkrétní. Pouze jeden zaměstnanec se přiznal, že byl v pracovní neschopnosti z důvodu problémů v zaměstnání. Jedna z respondentek sdělila, že její lékař by jí určitě vyhověl, kdyby požádala o vystavení pracovní neschopnosti.

Jedním z kladů nového ZNP mělo být zvýšení odpovědnosti lékařů při posuzování zdravotní stavu. Pokud však přihlídneme k výpovědi a názoru jedné z lékařek a konkrétnímu vyjádření pojištěnců, je zjištěný stav rozdílný od deklarovaných cílů. Uvedená prohlášení byla konzultována s lékařkou LPS, která uvedla: *“žádný člověk ani jiný lékař nemůže zpochybňovat onemocnění druhého a bagatelizovat jeho problémy”*. Připustila, že v některých případech může lékař nadhodnotit funkční dopad onemocnění na možnost pracovat, když vychází ze subjektivních potíží pacienta bez klinického vyšetření. Obecně k práci praktických lékařů uvedla: *„v našem okrese je většina starých v důchodovém věku, věkový průměr jim kazí pár výjimek, jako třeba doktorka, se kterou jste mluvila...starší lékař nepůjde za každou cenu do konfliktu s pacientem a radši mu vyhoví“*.

8 Sporné případy využívání systému

Jedním z akcentovaných důvodů pro komplexní změnu nemocenského pojištění bylo zabránění zneužívání nemocenského v situacích, které byly zmíněny v důvodové zprávě.

Odůvodnění nové právní úpravy obsahovalo tvrzení, že nemocenské není vypláceno výhradně při nezpůsobilosti konat pracovní činnost ze zdravotních důvodů, ale i z jiných příčin, které byly definovány jako ztráta zaměstnání, nespokojenost v zaměstnání, nepříznivá finanční situace zaměstnavatele nebo pokles objemu zakázek. Byla zmíněna i role lékařů, kteří rozhodují o dočasné pracovní neschopnosti „*existuje snaha lékaře o udržení si spokojeného pacienta uznáváním či prodlužováním pracovní neschopnosti podle jeho přání, nikoliv vždy podle objektivně zjištěného zdravotního stavu*“ (PSP 2005). Prostředky ze systému lze získat i způsobem obcházení zákona resp. pokusem o podvod, se kterými se OSSZ v praxi setkávají.

V této kapitole budou formou kazuistiky nejprve popsány skutečné případy pracovní neschopnosti tří pojištěnců, které se odehrály za účinnosti nového zákona. Dále budou zmíněny případy, kdy někteří aktéři využívají nedokonalosti právní úpravy a tzv. děravých míst v zákoně.

8.1 Kazuistika

Kazuistiky popisují tři osoby různého věku, pohlaví, sociálního postavení, vzdělání i zaměstnání, které se během pracovního života dostaly do nestandardní životní situace, kterou řešily podobným způsobem. Jsou zkoumány jednak motivy jednání pojištěnců, ale také osoba lékaře, který rozhodl zdravotní nezpůsobilosti k práci. Z důvodu zachování anonymity jsou uváděna jména fiktivní. Informace byly získány při neformálním rozhovoru a výpovědi volně parafrázovány.

Marie (56 let), vdaná, dvě dospělé děti, střední vzdělání s maturitou ekonomického směru. Celý život pracovala v administrativě, převážně jako finanční účetní. Nikdy nebyla vážněji nemocná, dlouhodobě se léčí s hypertenzí.

Ve svém posledním zaměstnání pracovala jako ekonomka městské příspěvkové organizace zhruba jeden a půl roku. Přibližně po roce působení, bylo změněno vedení organizace, na pracovišti se objevovaly nekolegiální vztahy a panovala podivná

atmosféra. „Hrozně mě štvala tajemnice, pravá ruka ředitele, nedalo se s ní diskutovat a ředitel jí ve všem přitakával. Byla jsem jak pingpongový míček“.

Paní Marie se rozhodla své působení v organizaci ze dne na den ukončit, i přestože neměla jiné zaměstnání a nárok na starobní důchod až za tři roky. Dala výpověď a ve výpovědní době onemocněla. To bylo v období na konci roku 2008. „Šla jsem za doktorem a na rovinu mu řekla, že potřebuju být co nejdýl doma, protože si chci zažádat o předčasný důchod. On mi napsal diagnózu se žádama, nikam na speciální vyšetření jsem nešla, to bylo někdy od poloviny listopadu, asi po čtrnácti dnech jsem měla vycházky od 12 do 16 hodin. Po vánocích jsem u něj byla a on mi řekl, že by bylo dobré přidat k těm žádám ještě něco, tak jsem začala chodit k psychologovi do nemocnic. Někdy v dubnu mi řekl, že na něj začíná tlačit posudkový, že jsem strašně dlouho doma. Tak si myslím že mi k poslednímu dubnu ukončil neschopnost a od prvního května jsem začala marodit znovu, myslím si že do konce června, s jakou diagnózou už nevím a od prvního července jsem šla do předčasného důchodu.“

Na dotaz, jestli se neostýchala lékaře požádat o nemocenskou, reagovala: „Chodím k němu už dlouhý roky, známe se dobře, ale ne osobně. Už když jsem končila v devadesátém šestým na šachtě, tak mi taky takhle pomohl na pár měsíců. Jinak si k němu pravidelně chodím jen pro prášky na tlak.“ Příjem z nemocenské měla paní Marie do konce roku 2008 zhruba 11 000 Kč. V roce 2009 už kolem 14 tisíc. Dávky byly v celkové výši cca 95 tisíc¹¹².

Petr (40 let), rozvedený, dvě děti, vyučen kuchař, nyní OSVČ v oblasti stánkového prodeje občerstvení. Předtím pracoval jako řezník, vyučené povolání kuchař nikdy nevykonával. Podniká od roku 2000. Podle jeho slov je bez vážných zdravotních problémů, pouze v minulosti ho trápily občasné bolesti zad způsobené poměrně fyzicky náročnou prací vykonávanou v původní profesi.

Pan Petr nemá stálou provozovnu, se svým mobilním stánkem a karavanem objíždí různé trhy, tržnice, výstavy, poutě, jarmarky, hudební a společenské akce, které se odehrávají pod širým nebem. Je závislý na ročním období, na počasí a návštěvnosti lidí na konkrétní akci. Jako OSVČ se nemocensky pojistil až v průběhu roku 2009. „Jedna známá, co dělá na sociálce, mi poradila, že teď je to výhodný, že si můžu platit

¹¹² Počítáno z hrubé mzdy 22 tis. Kč, nemocenské vyplácel ještě podle starých pravidel zaměstnavatel

třeba pět set měsíčně. Ale marodit můžu až po třech měsících. Napadlo mě, že až nebudou kšefty, tak se hodím marod. A taky za tu dobu nebudu muset nic platit, jako zdravotce a sociálce.“

Pan Petr pojistné platil od března do listopadu 2009, v pracovní neschopnosti byl od prosince do března 2010. *„Obvodákovi jsem řek, že potřebuju marodit, že mi nejdou kšefty. Napsal, že mě bolejí záda, a to je vlastně pravda. Nikam mě neposlal ani na rehabilitaci. Vycházky jsem měl od jedné do pěti. Pan Petr dostal za 4 000 Kč zaplaceného pojistného (500 Kč měsíčně) při tříměsíční pracovní neschopnosti vyplaceno zhruba 48 tisíc. Stejně tak to udělal na konci roku 2010, kdy byl v neschopnosti od listopadu do konce března 2011 a dostal vyplaceno cca 70 tisíc Kč.*

K dotazu, jak těžké bylo dostat neschopenku, uvedl: *„Tenhle doktor z toho nedělá vědu, je mu to jedno. Dá se s ním mluvit. Chodím k němu asi šest let, před tím jsem chodil k doktorce. Ta byla hrozně opatrná...ještě když jsem normálně dělal a tenkrát marodil, ani mi nechtěla změnit místo marodění.“*

Pan Petr své jednání nepovažuje za nemorální a nepřipouští si, že by podváděl *„když to jde, tak co...stejně si to ty nahoře udělali pro sebe“.*

Po ukončení poslední pracovní neschopnosti se pan Petr z nemocenského pojištění odhlásil.

Dana (30 let), svobodná, bezdětná, bakalářské vysokoškolské vzdělání ekonomického směru. V minulosti pracovala na různých kancelářských pozicích (účetní, asistentka). Jeden rok byla v zahraničí, kde manuálně pracovala. Cítí se zdravá, pouze v předchozích letech prodělala opakované urologické infekce.

Pracovní náplní slečny Dany bylo v posledním zaměstnání zpracování evropských projektů. Dana bydlí v krajském městě, ale odpovídající práci zde nesehnala. Dojížděla do jiného 20 km vzdáleného města. Pracovní smlouvu měla na dobu určitou, na jeden rok. *„V červnu mi měli prodloužit smlouvu a asi od března začal být šéf nepřijemnej. Do té doby to bylo dobrý, ale najednou za mnou začal chodit, že tohle špatně a proč to dělám takhle a každý den bylo něco. Dělal jsem všechno, co jsem měla a pořád stejně. Cítila jsem se pod tlakem a tušila, že mi smlouvu neprodlouží. Už jsem tam nechtěla pracovat, tak jsem někdy na konci dubna šla za svojí doktorkou, začala jí vyprávět co v práci a rozbřečela se. Neschopenku mi napsala, ani nevím co za diagnózu. Vycházky*

jsem taky měla odpoledne čtyři hodiny. Hned druhý týden jsem měla kontrolu ze sociálky. Ten pán mi řekl, že zkontrolovat mě nechal zaměstnavatel.

K dalšímu průběhu pracovní neschopnosti slečna Dana uvedla „léky jsem žádný nebrala, po čtrnácti dnech jsem chodila na kontroly, měla jsem hlavně odpočívat a zabavit se něčím příjemným. Doktorka mi po druhé kontrole řekla, že mě doma nechá jen do konce června, jak jsem měla pracovní smlouvu. Bylo mi to jedno, v té době mi to stačilo, abych pak dostala podporu od pracáku. Kdybych věděla, že ještě další tři čtvrtě rok neseženu práci a skončí mi i podpora, tak bych chtěla marodit dýl.“

Dana byla v pracovní neschopnosti celkem dva měsíce a za celou dobu dostala nemocenskou dávku zhruba ve výši 21 tis. Kč.

8.1.1 Diskuze

Základem kazuistiky jsou tři pojištěnci, kteří pracovní neschopností řešili nespokojenost v zaměstnání, problém s nadřízenými nebo neúspěch v podnikání, tedy situace, které primárně nejsou zdravotního charakteru. Budeme-li vycházet z jejich osobní výpovědi, všichni byli v pracovní neschopnosti takříkajíc „na vlastní žádost“. Proces vystavení dokladu pro uplatnění nároku na nemocenské byl poměrně jednoduchý, když shodně uvedli, že se svým lékařem mluvili na rovinu a nic nepředstírali. Ačkoliv tomu popis situace napovídá, nelze jednoznačně konstatovat, že lékař v té chvíli rozhodl o pracovní neschopnosti bez medicínského důvodu a rozporovat jeho postup.

K uvedeným případům lékařka LPS uvedla: „Žádný lékař natož úředník nemůže zpětně zpochybnit postup lékaře a říct, že neschopenku vystavil neoprávněně, pokud u toho procesu nebyl. Subjektivní vnímání popsaných situací (problémy v zaměstnání, málo zakázek) tedy ztráta živobytí můžou být stresující událostí, která má dopad na způsobilost vykonávat práci. Prožívání takových problémů je individuální a lékaři nepřísluší je zlehčovat, jeho úkolem je pacientovi pomáhat, to od něj i očekává“.

Rozhodně si nemyslí, že by ošetřující lékaři systém zneužívali „o zneužití se jedná, když někdo získá neoprávněné výhody, lékař to určitě není, ten má s vystavením neschopenky a s další administrativou plno práce a pacienti už vůbec ne, když přichází o tolik peněz“.

Kazuistikami měla být potvrzena oprávněnost argumentace v důvodové zprávě, která i lékaře učinila spoluodpovědné za zvyšující se míru pracovní neschopnosti.

Argument nebyl podložen žádnými relevantními údaji nebo zjištěními, pouze opřen o hodnotu ukazatelů pracovní neschopnosti¹¹³. Nelze jednoznačně konstatovat, že v popsanych případech jednal lékař v rozporu se ZNP, kde jsou taxativně stanoveny důvody¹¹⁴, pro které je možno rozhodnout o vzniku dočasné pracovní neschopnosti pojištěnce. Konkrétně je uvedeno: „*Jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, popřípadě, jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání*“.

V případě pochybností lze postup lékaře přezkoumat, což umožňují příslušná ustanovení ZNP¹¹⁵. Podle lékařky LPS má každá diagnóza medicínsky i statisticky danou průměrnou dobu léčení, a pokud konkrétní pacient z těchto mantinelů vybočuje, s případem pracuje příslušný lékař LPS OSSZ. Lékař LPS disponuje zákonným oprávněním ukončit pracovní neschopnost z moci úřední, pokud při kontrole zdravotního stavu konkrétního pojištěnce zjistí, že nejsou medicínské důvody pro trvání pracovní neschopnosti a ošetřující lékař ji bezdůvodně prodlužuje¹¹⁶.

Za určitých podmínek lze ošetřujícím lékařům, kteří dlouhodobě nebo opakovaně neplní své povinnosti dle ZNP stanovit zákaz rozhodovat ve věcech dočasné pracovní neschopnosti až na dobu dvou let.¹¹⁷ Za dobu účinnosti ZNP nebyl tento institut v praxi využitý ani u jednoho lékaře v celé ČR. „*Pamatuji si, že v době přípravy zákona byl velký tlak prosadit možnost zákazu do právní úpravy, proč se nevyužívá, je otázka.*“¹¹⁸

Lékařka LPS vidí větší problém v dlouhodobé pracovní neschopnosti u pacientů, kteří se po skončení zaměstnání uchylují do pracovní neschopnosti, aby prodloužili dobu, po kterou mají nárok na finanční podporu od státu. „*I tady samozřejmě máme zákonné možnosti, ale pokud se od lékaře nedozvíme, že pojištěnec už defacto není pojištěný, když to kolikrát neví ani on sám, tak je nemůžeme využít.*“¹¹⁹

Lékařka LPS upozornila, že v minulosti se s pacienty v dlouhodobé neschopnosti ze strany LPS více pracovalo. Lékař LPS chodil do ordinací, kde měl dispozici celou

¹¹³ míra, délka a příčina dočasné pracovní neschopnosti

¹¹⁴ § 57 odst. 1 písm. a) až f) ZNP

¹¹⁵ § 83 odst. 3 ZNP

¹¹⁶ § 75 ZNP

¹¹⁷ § 79 odst. 1 písm. c) ZNP

¹¹⁸ neformální sdělení bývalé členky vedení ČSSZ

¹¹⁹ dle § 59 odst. 2 i) se ukončuje PN v případě, že pojištěnec zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, pokud neukončí, lékař může LPS přistoupit k ukončení z moci úřední dle § 75 ZNP

zdravotní dokumentaci i osobně přítomného pacienta „případ se průběžně řešil i s ohledem na to, že mohly být splněny důvody k přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity...takového pacienta, jsem už minimálně jednou viděla, tak i proces invalidizace byl jednodušší“. Od tohoto postupu bylo upuštěno v roce 2009, kdy LPS ČSSZ převzala agendu posuzování zdravotního stavu i pro účely nepojistných systémů. „Je nás málo a máme shora jasně dané priority, důležitější je včas posoudit zdravotní stav pro dlouhodobé dávky¹²⁰, to nemocenské jde trochu stranou“. Konkrétní nedostatek lékařů LPS v Ústeckém kraji lze doložit dlouhodobou nabídkou volných míst na webových stránkách ČSSZ.¹²¹

Na tomto místě stojí za diskuzi i výrok respondentky „Obvykle se prý marodí buď se zády, nebo s psychickými potížemi“ a zjištění z kazuistik, podpořené informacemi ze statistik pracovní neschopnosti a názory lékařů odborníků.

Nemoci pohybového aparátu jsou druhou nejčtenější diagnózou, pro kterou jsou pojištěnci v pracovní neschopnosti (ČSSZ 2012a). MUDr. Steidlová se v odborném článku věnuje fenoménu chronické bolesti zad a možnostem léčby. Na základě dlouhodobých statistických údajů uvádí, že od roku 1970 se zvýšil počet případů o polovinu a prodloužila se i doba trvání pracovní neschopnosti o 74 %. Ačkoliv se v medicíně zdokonalují zobrazovací diagnostické metody, rozvíjejí se moderní i konzervativní metody léčby, přesto počty nemocných i náklady na jejich léčbu stále rostou. Lékařka se zabývá etiologií vzniku onemocnění a aspektem, které ho ovlivňují. Závěrem studie uvádí, že bolesti zad jsou velkým posudkovým problémem¹²², protože bolest je subjektivní, těžko se dokazuje a těžko vyvrací (Posudkové lékařství 2007: 84).

Nemoci nervové soustavy se na celkovém počtu práce neschopných podílí zanedbatelným množstvím. Dle názoru psychiatra¹²³ „stanovená diagnóza deprese všeobecně je vždy postavena na udávaných subjektivních potížích a dá se jen obtížně objektivizovat, ale rovněž ji nelze jednoznačně vyloučit.“

Ze statistik dále vyplývá, že pracovní neschopnost z důvodu vertebrogenních¹²⁴ potíží trvá průměrně 70 kalendářních dní a pro nervové potíže zhruba 80 kalendářních dní.¹²⁵

¹²⁰ Invalidní důchody, příspěvek na péči a příspěvek na kompenzační pomůcky

¹²¹ ČSSZ 2013b

¹²² z hlediska lékařské posudkové služby ČSSZ

¹²³ Informace získaná při vlastní pracovní činnosti

¹²⁴ Potíže pohybového aparátu

8.2 Zneužití nedostatků právní úpravy

Pro nárok na nemocenské nebo peněžitou pomoc v mateřství není stanovena žádná čekací doba, tzn., že již od prvního dne vstupu do zaměstnání a zahájení výkonu práce je zaměstnanec pojištěn a pokud mu vznikne dočasná pracovní neschopnost, má nárok na výplatu nemocenských dávek.

Dovedeno do krajnosti, pokud po jedné odpracované hodině v první den nástupu do zaměstnání utrpí zaměstnanec pracovní úraz nebo dojde k náhlé nevolnosti a bude lékařem uznán práce neschopným, má od 22. dne nárok nemocenské. Pracovní neschopnost může trvat po celou obecnou podpůrčí dobu, tj. jeden kalendářní rok, protože neexistuje přímá úměra mezi délkou trvání pojištění tj. pracovního poměru a délkou vyplácení nemocenské. Dávka je vyplácena také bez ohledu na skutečnost, zda zaměstnavatel splnil svou povinnost a uhradil příslušnou výši pojistného.

Případ účelového sjednání zaměstnání za vysokou mzdu

OSSZ obdržela žádost o nemocenské zaměstnankyně, která byla teprve pět dní v pracovním poměru jako účetní u zaměstnavatele (fyzické osoby), pro kterého byla jediným zaměstnancem. Na pracovní neschopnost v trvání od května do října 2010 navazovala výplata peněžitě pomoci v mateřství. OSSZ pojala podezření, že došlo k účelovému pojištění zaměstnankyně, protože pracovní poměr byl uzavřen na počátku jejího těhotenství se sjednaným měsíčním příjmem cca 50 000 měsíčně. Nemocenské i peněžitá pomoc v mateřství byly vypočteny z maximálního vyměřovacího základu, nemocenská činila v úhrnné výši 108 054 Kč a peněžitá pomoc v mateřství 94 376 Kč. Obě dávky byly OSSZ vyplaceny, protože v té době neexistoval relevantní důvod pro zamítnutí nároku.

Následně OSSZ shromáždila důkazy na podporu svých předpokladů o účelovosti jednání, které se mimo jiné týkaly ekonomické aktivity zaměstnavatele, jeho dosavadních příjmů a neschopnosti vyplácet tak vysokou mzdu. V dubnu 2011 bylo na zaměstnankyni podáno trestní oznámení z důvodu podezření na spáchání trestného činu na úseku sociálního zabezpečení.

¹²⁵ Informace získaná z interních informačních systémů ČSSZ

Policie ČR se případem zabývala a následně ho předala okresnímu státnímu zastupitelství, které podalo obžalobu na zaměstnavatele pro přečin podvodu podle § 209 odst. 1, odst. 3 trestního zákoníku. Uvedená kauza dosud není soudem projednána a v tomto případě pojištěnka za minimální příspěvek do systému získala více než 200 tis. Kč.

Případ organizovaného spolčení

V letech 2002 až 2004 sjednávala organizovaná skupina osob fiktivní pracovní smlouvy s osmi obchodními společnostmi. Žádná z těchto společností však nevyvíjela hospodářskou činnost, ani neměla prostory pro výrobu nebo poskytování služeb.

U jednotlivých územních pracovišť správ sociálního zabezpečení bylo přihlášeno k nemocenskému pojištění celkem 58 fiktivních zaměstnanců, kterým poté ošetřující lékař, jenž byl v uvedené trestní věci rovněž obviněn, vystavoval potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti (tzv. neschopenku).

Trestní soudní řízení probíhalo v roce 2009 ve věci neoprávněného vylákání dávek nemocenského pojištění a Česká správa sociálního zabezpečení zastupovala poškozený stát. Odsouzeno bylo celkem 31 osob, z toho hlavní organizátorka k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání 4,5 roku. Ostatním obviněným byly uloženy podmíněné tresty odnětí svobody v trvání od 6 měsíců do 3 let. Navíc byla odsouzeným uložena povinnost nahradit České správě sociálního zabezpečení způsobenou škodu (ČSSZ 2010a).

8.2.1 Dílčí závěr

Ačkoliv důvodová zpráva prezentovala nové ochranné prvky, které měly přispět k zamezení nedůvodných výdajů a nadužívání pracovní neschopnosti, možnosti jak zneužít systém nemocenského pojištění stále trvají. Typickým případem je účelové zaměstnávání za vysokou mzdu s následným čerpáním dávek v maximální výši.

Uvedení aktéři využili nedokonalosti právní úpravy a nedostatečných kontrolních mechanismů. Při rozhodování o nároku na dávku a splnění dalších podmínek nepřísluší OSSZ zkoumat, zda subjekt, který přihlásí zaměstnance k pojištění je fakticky ekonomicky aktivní a má prostředky na vyplácení mezd. Ověřováno je pouze oprávnění k podnikání, tzn. živnostenský list nebo zápis v obchodním rejstříku. Dávka se vždy

vyplácí z výdělků dosažených v aktuálním pojistném vztahu (pracovním poměru), není zohledňováno předešlé zaměstnání nebo poměr sjednané mzdy k vykonávanému druhu práce.

Druhý popisovaný případ se odehrál za planosti staré legislativy, ale ani nová právní úprava nezamezila popisovanému jednání, což dosvědčuje případ první. Klíčovou roli v druhém případě nepochybně sehrál lékař, protože bez jeho úkonu, tj. vystavení potvrzení pracovní neschopnosti nelze nárokovat plnění z nemocenského pojištění.

Na zvlášť závažné případy jednání ošetřujících lékařů pamatuje i trestní zákoník č. 40/2009 Sb. a specifikuje, jaké jednání je považováno za trestné. Jde především o ustanovení § 350 trestního zákoníku – padělání a vystavení nepravdivé lékařské zprávy, posudku a nálezu¹²⁶.

Popsané jednání aktérů nemocenského pojištění nelze zevšeobecňovat a považovat za běžné praktikované, nicméně příklady z praxe dokazují, že není nereálné. OSSZ se aktivně zabývají podezřelými případy pracovní neschopnosti, a pokud shromáždí dostatek důkazů, případy předávají Policii ČR. Popsané “úspěchy” jsou spíše výjimkou, protože orgány činné v trestním řízení podnět často odloží, jelikož nejsou schopné prokázat účelovost jednání nebo pokus o podvod. Uvedené lze podložit sdělením konkrétní OSSZ, která od roku 2010 předala Policii ČR celkem 29 případů, u kterých bylo podezření z trestného činu. Ve 23 případech se jednalo o podezření z fiktivního a účelového nástupu do zaměstnání se záměrem pobírání dávek nemocenského pojištění. Policie ČR 17 případů odložila, protože vina nebyla prokázána¹²⁷.

¹²⁶ Trestným činem je i takové jednání, kdy lékař či jiná způsobilá zdravotnická osoba vystaví nepravdivou nebo hrubě zkreslenou lékařskou zprávu, posudek nebo nález, nebo v něm zamlčí podstatné skutečnosti o zdravotním stavu svém nebo jiného, aby jej bylo užito v řízení před orgánem sociálního zabezpečení nebo před jiným orgánem veřejné moci, v trestním, občanském nebo jiném soudním řízení.

¹²⁷ Informace získaná při vlastní pracovní činnosti

9 Scénáře změny právního rámce

V této kapitole budou formou vyprávění popsány tři případy “možné budoucnosti”, tj. stavy které by v oblasti provádění nemocenského pojištění mohly reálně nastat. Hlavní myšlenkou scénářů bylo nastavení systému tak, aby ve vztahu k uživatelům plnil nejenom funkci ekonomickou a psychologickou, ale také aby byla zajištěna finanční stabilita a soběstačnost systému.

A) Změna v posuzování zdravotního stavu

Dne 1.1.2015 vstoupila v platnost významná systémová změna v oblasti nemocenského pojištění, kdy posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na výplatu nemocenského přešlo do kompetence orgánů nemocenského pojištění. K tomuto kroku bylo přistoupeno z důvodu zajištění efektivity stávajícího systému, z pohledu ekonomického, sociálního, provádění a administrace pojištění.

Lékařům praktikům i specialistům bylo odejmuto oprávnění rozhodovat o trvání dočasné pracovní neschopnosti po 30. dni od jejího vzniku. Pro účely výplaty náhrady mzdy byla kompetence lékařům zachována. Uvedená změna prakticky znamenala, že pojištěnec musel před koncem výplaty náhrady mzdy navštívit „lékaře nemocenského pojištění“, kteří byly jako samostatná organizační jednotka včleněni do organizační struktury každé správy sociálního zabezpečení.

V souvislosti s touto změnou byly také upraveny parametry pro výpočet dávek ve prospěch pojištěnců, byly zrušeny redukční hranice a zvýšena procentní výměra. Zaměstnavatelům byla snížena sazba pojistného, zaměstnanci se naopak začali podílet na svém nemocenském pojištění. Zaměstnavatelům, kteří vytvářeli a podporovali vlastní aktivity na podporu zdraví svých zaměstnanců, bylo umožněno snížit daňový základ o vynaložené výdaje na tyto činnosti. Dalším efektem změn bylo vyplácení náhrady mzdy od prvního dne nemoci, za kalendářní dny. Poměrová náhrada dávky a mzdy byla zvýšena a zvýhodněny dlouhodobé pracovní neschopnosti.

Přijaté změny kladně ovlivnily bilanci účtu nemocenského pojištění, který byl od roku 2015 v přebytku, a to zejména z důvodu stabilizace míry dočasné pracovní neschopnosti kolem 4 %. Část prostředků byla převáděna do fondu na podporu prevence zdraví. Významnou finanční úsporu zaznamenal i systém zdravotního pojištění, jednak

tím, že lékaři orgánu nemocenského pojištění neúčtovali výkony za posuzování zdravotního stavu, ale také snížením výdajů na léky a za neúčelně vynakládanou zdravotní péči. Míra pracovní neschopnosti ve svém důsledku ovlivnila výkon národního hospodářství, protože nižší absence zaměstnanců znamená vyšší produktivitu práce a vyšší tvorbu hrubého domácího produktu. Na jednotlivé pojištěnce byl dopad také pozitivní, protože se léčili i s méně závažnými nemocemi, když odpadly jejich obavy z finančního zajištění v době nemoci.

B) Přesun kompetencí na zdravotní pojišťovny

Od 1.1.2015 byla celá agenda nemocenského převedena z gesce České správy sociálního zabezpečení resp. okresních správ sociálního zabezpečení na zdravotní pojišťovny. Touto změnou bylo naplněno programové prohlášení vlády ze srpna 2010.

K tomuto kroku bylo přistoupeno z důvodu, že oba systémy se v některých aspektech zabývaly totožnou skupinou pojištěnců a jejich zdravotním stavem, při neexistenci obousměrného sdílení informací o vyplacené nemocenské, délce léčení, čerpání léčebné péče apod. Zdravotní pojišťovny neměly žádné kompetence nebo kontrolní nástroje ve vztahu k nemocenskému pojištění a využívání léčebné péče. Oba úřady vedly podobné agendy, tj. registry pojištěných osob a zaměstnavatelů a správu plateb pojistného. Uvedená změna souvisela také se zřízením Jednotného inkasního místa od 1.1.2015. Finanční úspory vzniklé v důsledku přijatých opatření byly využity ve prospěch pojištěnců, resp. zaměstnavatelů, kteří nad rámec zákonného nároku vypláceli svým zaměstnancům vyšší náhradu mzdy. Tyto výdaje byly zaměstnavatelům zdravotní pojišťovnou 100% refundovány.

Součástí přijatého opatření bylo zavedení povinné elektronizace pro zúčastněné aktéry, tj. lékaře rozhodující o pracovní neschopnosti, zaměstnavatele, zdravotní pojišťovny a také lékárny.

Dalším z důvodů změny byla neschopnost lékařské posudkové služby ČSSZ plnit úkoly ve věcech nemocenského pojištění, resp. ve věcech kontroly posuzování zdravotního stavu. LPS ČSSZ byla pověřena pouze posuzováním zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění a nepojistných systémů.

Základní principy nemocenského pojištění zůstaly zachovány, ale částečně musela být novelizována právní úprava. Část zaměstnanců správ sociálního zabezpečení, kteří

se agendou nemocenského pojištění zabývali, byli delimitací převedeni ke zdravotním pojišťovnám. Z důvodu duplicitního provádění některých dílčích agend (vedení registru zaměstnavatelů a zaměstnanců) došlo na obou úřadech k poklesu zaměstnanosti a tím mzdových nákladů. Počítačové aplikační vybavení pro výpočet dávek nemocenského pojištění bylo vyhovující a funkční, a proto bylo pro administraci dávek využito i nadále. Zdravotní pojišťovny posílily a více využívaly kontrolní mechanismy a prostřednictvím svých revizních lékařů se zaměřily na lékaře rozhodující o pracovní neschopnosti.

C) Vznik nové instituce

Od 1.1.2015 vstoupil v účinnost zákon, kterým byla zřízena nová veřejnoprávní instituce Národní sociální pojišťovna, která spravovala všechny subsystemy sociálního pojištění (nemocenské, důchodové, v nezaměstnanosti, úrazové, garanční, včetně zajištění lékařské posudkové služby). Hlavním důvodem zřízení nového orgánu byla reforma celého systému sociální ochrany, změna ve financování sociálního pojištění a hospodaření s vybraným pojistným, které bylo odděleno od státního rozpočtu.

Vznikem Národní sociální pojišťovny došlo ke komplexnímu řešení problematiky dávkových systémů sociálního pojištění, které do té doby byly v kompetenci několika orgánů státních i soukromých institucí (úřady práce, komerční pojišťovny, správy sociálního zabezpečení). Zákon o sociální pojišťovně zpřehlednil nároky a podmínky pro přiznání dávek z pojistných systémů, odvod a správu pojistného a posuzování zdravotního stavu. Došlo ke zrušení pěti do té doby samostatných zákonů, které byly implementovány do nové právní úpravy. Z hlediska poskytování nemocenského došlo k dílčím úpravám nároku na peněžitá plnění u jednotlivých dávek. Institut náhrady byl využíván od prvního do desátého dne pracovní neschopnosti, od 11. dne byla vyplácena nemocenská.

Z hlediska organizace došlo ke sloučení Úřadů práce a České správy sociálního zabezpečení a ze soukromých subjektů (Pojišťovna kooperativa a Česká pojišťovna) přeneseno povinné pojištění odpovědnosti zaměstnavatelů za pracovní úraz na Národní sociální pojišťovnu. V každém okresním městě zůstalo zachováno jedno plně funkční pracoviště, v obcích s rozšířenou působností byla zřízena kontaktní pracoviště. Došlo k úspoře provozních nákladů, nákladů na mzdy a zlepšení servisu pro pojištěnce,

protože se jednotlivé případy řešily komplexně v kontextu sociální situace a zdravotního stavu klienta. Důležité místo zaujala sociální práce s klienty.

Uvedená změna měla dopad do výběru pojistného a překazila tak předchozí plány na vytvoření Jednotného inkasního místa, kam měl být podle předpokladů soustředěn výběr všech daní, cel, poplatků, pojistného na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění.

Hospodaření Národní sociální pojišťovny podléhalo státnímu doзору a finanční kontrole státu. Národní sociální pojišťovna jako veřejnoprávní subjekt svým způsobem komerčně hospodařící využívala všech dostupných zákonných mechanismů, nástrojů a preventivních opatření, aby zajistila pozitivní ekonomickou bilanci a zabránila plýtvání prostředky z fondu sociálního pojištění.

9.1 Rozbor scénáře

Datum 1.1.2015 je den, kdy dojde k implementaci a realizaci jednoho z popsaných konceptů. Zároveň nelze uskutečnit dva nebo všechny scénáře, protože svým charakterem a dopady na řešený problém je každý scénář výlučný.

Obecným předpokladem pro implementaci všech scénářů je modifikace právního rámce. Změna zákona je nezbytná procedura, která se odehrává podle předem daných pevných pravidel. Její průběh lze poměrně jistě předpokládat, ale přesně nelze předpovědět dobu trvání procedury. Na základě rozboru volebních programů, priorit jednotlivých parlamentních stran a sledování dosavadní činnosti zákonodárné moci při legislativním procesu, lze učinit kvalifikovaný odhad doby trvání legislativního procesu. Přesto je potřeba zohlednit nepředvídatelné situace a faktory, které mohou proces narušit a zmařit (např. předčasné parlamentní volby, neúčast klíčových poslanců na hlasování, velké množství pozměňovacích návrhů).

Nejdůležitější dispozicí pro přijetí nové právní úpravy je shoda politické moci napříč všemi parlamentními stranami. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivou sociální oblast, která se dotkne mnoha skupin aktérů, bude prosazení scénářů nelehké. Uvedený předpoklad lze konfrontovat např. s procesem schvalování zákona o nemocenském

pojištění, zákona o úrazovém pojištění¹²⁸ nebo zákona o sociální pojišťovně (PSP 2001) tedy zákonů, které mají významný dopad do příjmů a výdajů státního rozpočtu.

Další podmínkou je hladký průběh připomínkového řízení k návrhům zákonů, podle kterých má dojít k realizaci scénářů. Dotčení aktéři jsou ve vztahu k výkonné moci zastupování profesními svazy a komorami, odborovými svazy, které uplatňují konkrétní připomínky k ustanovením návrhů zákonů, a se kterými se musí předkladatelé zákona vypořádat.

Konkrétní změna právního rámce musí být podložena analýzou důsledků eventuálních změn. Rozhodování o definitivní podobě scénářů ovlivňuje hospodářský vývoj, bilance ekonomiky, míra nezaměstnanosti, vývoj zaměstnanosti resp. počty pojištěnců, tendence pracovní neschopnosti. Budoucí hodnoty popsanych ukazatelů lze předem odhadnout na základě vývoje ekonomiky v předchozích letech a podle předpovědí výkonu národního hospodářství.

Realizace všech scénářů se neobejde bez finančních zdrojů na krytí nutných investic z důvodu realizace organizačních změn a personálního zajištění agend, zejména scénáře A), kde je předpokladem implementace dostatek erudovaných lékařů nemocenského pojištění. Podmínka zavedení technického prvku ve scénáři B) je s velkou pravděpodobností uskutečnitelná, s ohledem masové využívání výpočetní techniky a internetu za předpokladu, že bude vytvořen centrální software k administraci agendy, který bude povinně využíván všemi aktéry.

Účinky konkrétního scénáře mohou být hodnoceny např. podle výdajů na nemocenské, bilance účtu nemocenského, nákladů za zdravotní péči nebo správních výdajů na administraci systému.

¹²⁸ MPSV 2012a - zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců č. 266/2006 Sb., vyhlášen ve Sbírce zákonů dne 7.6.2006, dosud nenabyl účinnosti, 3x odložen, naposledy k 1.1.2015 na základě negativního vyjádření Legislativní rady vlády, které bylo odůvodněno zásadními koncepčními problémy a nedostatky; bylo doporučeno zrušení zákona; pozn. autorky – vedoucí pracovník ČSSZ se opakovaně zmínil o vlivu „pojišťovací lobby“, protože jde o výhodný a ziskový pojistný produkt

10 Závěrečná diskuze důsledků změn systému nemocenského pojištění

Cílem diplomové práce byla analýza a zhodnocení účinků nové právní úpravy nemocenského pojištění. Jedna z dílčích výzkumných otázek měla identifikovat vzniklé sociální a ekonomické důsledky přijatých změn, které budou předmětem této diskuze.

Nemocenské pojištění má svou podstatou krýt zdravotní rizika a být pro pojištěnce jistotou, že mu bude umožněno se léčit při garanci přiměřeného příjmu. Efekt nového systému je ale opačný, jak ukazují zkušenosti pojištěnců. Nejvíc diskutovanou změnou byla nová povinnost zaměstnavatelů podílet se na finančním zabezpečení zaměstnanců na počátku pracovní neschopnosti formou náhrady mzdy.

Institut náhrady mzdy představuje významný dopad do příjmů zaměstnanců. Na konkrétních příkladech byl doložen propad příjmů v době nemoci kolem 40 % u všech příjmových skupin. Rozhovory potvrdily, že pojištěnci nejsou spokojeni s výší náhrady v době nemoci, protože se obávají možných finančních problémů a snížení životní úrovně. Za této situace se uchylují k nestandardnímu jednání a svá zákonná oprávnění nevyužívají, především v případech krátkodobých onemocnění. Takové nemoci buďto přecházejí nebo využívají jiný institut pracovního práva dovolenou¹²⁹, která ale má zcela jiný účel. Změnu chování zaměstnanců potvrdili i zaměstnavatelé a dotazovaní lékaři.

Před zavedením zákona do praxe touto předpovědí oponovali také odpůrci nové koncepce i Ústavní soud (US 2008), který ve svém nálezu uvedl, že většina běžných onemocnění je krátkodobého charakteru, proto lze očekávat, že si zaměstnanci raději na nemoc budou čerpat dovolenou nebo budou nemoc přecházet bez návštěvy lékaře a pracovní neschopnosti. V roce 2008 byla ústavní stížnost shledána oprávněnou, ale v roce 2010 kdy bylo rozhodováno v téže věci, Ústavní soud zamítl návrh na zrušení třídní kareční doby. V odůvodnění Ústavní soud konkrétně argumentoval *„třídenní výpadek příjmů sice nepochybně představuje jistý zásah do příjmů dotčených osob, avšak nejde (...) o takový zásah, který by onemocněným osobám okamžitě znemožnil dosažení hmotného standardu postačujícího k vedení důstojného života (...) v případě delší dočasné pracovní neschopnosti je tak počáteční třídní výpadek příjmů*

¹²⁹ § 211 zákona č. 262/2006 Sb., v předchozím zákoníku práce č. 65/1965 Sb., § 100 dovolená na zotavenou

kompenzován“ a dále tím, že zaměstnanci byli zproštěni povinnosti platit pojistné na nemocenské pojištění.

S názorem Ústavního soudu lze polemizovat s odkazem na změnu chování pojištěnců, kteří se obávají reálně hrozících existenčních problémů, kdy nebudou moci zabezpečit normální chod domácnosti a rodiny. Domnívám se, že situace pojištěnců se od roku 2008 nezměnila a argument Ústavního soudu je pro mne nepřijatelný, protože profit pojištěnců od roku 2009 činí 1,1 % z hrubé mzdy a je ve zjevném nepoměru k finanční ztrátě při nezaplacení prvních třech kalendářních dní nemoci¹³⁰.

Jak vyplývá z rozhovorů, současné parametry systému negativně vnímají zejména samoživitelky, osaměle žijící a zaměstnanci odměňovaní nižší mzdou. Tyto kategorie zaměstnanců mají minimální nebo žádné finanční rezervy, ze kterých by byly schopny pokrýt ztrátu příjmu v době nemoci. Redukční hranice jsou sice pravidelně valorizovány, ale pouze v řádech několika korun až desetikorun, a to je v nepoměru k rostoucím životním nákladům, které stoupají díky inflaci (ČSÚ 2013) a změně sazeb daně z přidané hodnoty (Podnikatel 2013). Uvedená fakta je možné komentovat výrokem respondentky „*nemocenská je dobrá na to se zadlužit*“¹³¹.

Finanční dopady případné pracovní neschopnosti mohou být příčinou zlehčování příznaků vážnějších onemocnění, které ve svém důsledku ohrožují jedince na životě, jak ukázal jeden případ. Jedním z pojištěnců bylo také naznačeno, že hrozící pracovní neschopnost byla důvodem pro omezení jeho sportovních a pohybových aktivit, které jsou jinak součástí života jedince a zdravého životního stylu.

Celkové dopady na zdravotní stav nemohou být v tuto chvíli objektivně vyhodnoceny. Obě praktické lékařky se shodly v tom, že nevidí budoucí globální zdravotní problém způsobený přecházením nebo samoléčbou lehkých onemocnění. K uvedenému lékařka LPS naopak uvedla, že některá onemocnění např. angína nebo chřipka mohou být u disponovaných jedinců příčinou závažnějších chorob.

Zdraví jedince je významnou životní hodnotou a ovlivňuje kvalitu jeho života. Nicméně nově nastavený systém nepřispívá k pozitivnímu vnímání sama sebe a svého života, protože „*finanční kompenzace není považována za dostatečnou, a to především s*

¹³⁰ Při hrubé mzdě 8000 Kč zaměstnanec přijde o cca 1100 hrubého, 1,1% činí 88 Kč

¹³¹ Prodavačka, samoživitelka

ohledem na stávající situaci v české ekonomice. Celkově změny vzbuzují spíše pocit nejistoty a obav z narušení životní úrovně a spokojenosti, a to z důvodu obav o zaměstnání a následné ztráty výdělku“ (Krejčí 2009: 46).

Jednání pojištěnců přispělo k dalšímu důležitému efektu - snížení indexu míry pracovní neschopnosti. Tento ukazatel má významný ekonomický aspekt z pohledu zaměstnavatelů i národního hospodářství - čím vyšší procento, tím nižší produktivita práce, tvorba hrubého domácího produktu, v případě zaměstnavatelů zisku. Nabízí se ale otázka, nakolik procent může být nemocný zaměstnanec produktivní.

Vysoká míra pracovní neschopnosti neznamena jen zvýšení výdajů sociálního systému v důsledku vyplácení nemocenského, ale současně v systému schází příspěvky, které práce neschopný zaměstnanec ani OSVČ neodvádí. Dále je příčinou zvýšených nákladů na zdravotní péči. Skutečné důvody tak vysokého procenta pracovní neschopnosti je nutné hledat v širších společensko - ekonomických vztazích, které se po roce 1990 vyznačují větší proměnlivostí života v podmínkách tržní ekonomiky. Jde o reálnou hrozbu ztráty zaměstnání, ekonomického statusu, ztrátu sociálních jistot např. v oblasti bydlení nebo rodinných vztahů. Nadále je zřejmá vazba mezi mírou pracovní neschopnosti a mírou nezaměstnanosti v jednotlivých krajích nebo odvětvích výroby a služeb.

Statistikové na základě sledování dlouhodobého vývoje od 60. let 20. století odhadli hodnotu „objektivní“ či „přirozené“ míry pracovní neschopnosti, která by se měla pohybovat zhruba v intervalu od 4,20 do 4,50 průměrného procenta PN. Hodnota 3,63 % dosažená v roce 2011 je tedy hluboko pod touto hranicí a je nejnižší od roku 2003. Statistický odhad je podpořen mezinárodním srovnáním indexu PN v roce 2011 (ČSÚ 2012).¹³²

—
Je otázkou, zda klesající tendence mohou dále pokračovat a pokud k takovému stavu dojde, je potřebné začít diskutovat o místě nemocenského pojištění v systému sociální ochrany a o funkcích, které má sociální zabezpečení plnit. Již v tuto chvíli lze důvodně pochybovat o tom, že vůči některým skupinám pojištěnců nezabezpečuje funkci ochrannou, ekonomickou i psychologickou. Vlastní nezávislé rozhodování o

¹³² Německo 3,49 %, Rakousko 3,77 %, Slovensko 3,94 %, Slovinsko 4,18 % Nizozemí 4,20 %

způsobu řešení nemoci je potlačováno a negativně ovlivněno už získanými zkušenostmi s pracovní neschopností nebo reálně hrozícími existenčními problémy.

S popsanou situací souvisí oprávněné požadavky a očekávání občanů plynoucí z dikce čl. 30 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, kdy se ve světle popsaného jeví problematický pojem „přiměřené hmotné zabezpečení. Přiměřenost je bezobsažným pojem, protože není blíže definován a specifikován, a na otázku „*přiměřené pro koho?*“ nebo „*přiměřené k čemu?*“ není snadné najít relevantní odpověď.

Budeme-li vycházet z mezinárodního práva sociálního zabezpečení, konkrétně z úmluvy MOP č. 130, můžeme zde najít závaznou výši dávek v poměru k čistému příjmu typického poživatele dávek. Domnívám se ale, že se změnou společenských podmínek a v souvislosti s demografickým vývojem (nižší sňatečnost a porodnost, vyšší rozvodovost nebo zaměstnanost žen) se charakteristika typického příjemce změnila a v tomto smyslu by měla být přehodnocena definice a atributy typického jedince.

Ačkoliv důvodová zpráva prezentovala nové ochranné prvky (změna konstrukce výpočtu dávek, regresní náhrada, zavedení institutu náhrady mzdy, opatření vůči ošetřujícím lékařům, pravidla posuzování zdravotního stavu), které měly přispět k zamezení nedůvodných výdajů a nadužívání pracovní neschopnosti, možnosti jak zneužít systém nemocenského pojištění stále trvají. Jde zejména o účelové zaměstnávání za vysokou mzdu s následným čerpáním dávek v maximální výši.

Lze předpokládat, že při dnešní úrovni dávky nemocenské již nehrozí riziko jejího zneužívání ze strany zaměstnanců, jak zmiňuje řada autorů. Pokud je dávka příliš vysoká, hrozí její zneužívání a snižuje motivaci k práci (Adema 2006: 14) nebo, že existence konkrétního systému by ve svém důsledku neměla vést k ohrožení pracovní morálky (Potůček, 1995: 72).

Nadále však existuje skupina pojištěnců, kteří se z důvodu jiné sociální události uchylují do pracovní neschopnosti. Jde především o zaměstnance, kterým skončil pracovní poměr. Tento výrok lze dosvědčit jednak popsányými kazuistikami, vyjádřením lékařky LPS nebo zjištěním E. Pavlasové, která v rámci případové studie tuto skupinu pojištěnců identifikovala.¹³³ V těchto případech ohrožuje pojištěnce další negativní

¹³³ Podle jejího zjištění 3 % zaměstnanců ze vzorku v počtu 3799 čerpali nemocenské z titulu ochranné lhůty ze zaměstnání, z toho 90 % zaměstnanců před vznikem pracovní neschopnosti bylo v pracovním poměru méně než 6

rozměr náhrady mzdy, který byl zmíněn jedním zaměstnavatelem „v praxi jsme narazili na to, že náš zaměstnanec opravdu onemocněl před koncem pracovního poměru a nemohl se přihlásit na pracovní úřad, to pak mělo za následek, že si musel uhradit sám zdravotní pojištění do doby, než začal nemocenskou vyplácet stát.“ Závažnější dopad na bývalého zaměstnance je ale v tom, že v době 21 kalendářních dní nemá nárok na žádný příjem ze skončeného zaměstnání, ale ani nárok na hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání¹³⁴.

O určité formě nadužívání nemocenského pojištění je možno mluvit i v případě OSVČ. Pro tuto skupinu pojištěnců byla právní úprava v letech 2009 a 2010 oproti zaměstnancům nadstandardně příznivá. OSVČ bylo umožněno manipulovat s výší vyměřovacího základu a přizpůsobit si výši vyplácené nemocenské nebo peněžité pomoci v mateřství např. před předpokládanou operací, hospitalizací nebo plánovaným mateřstvím. OSVČ byly oproti zaměstnancům zvýhodněny, protože se na „očekávanou“ sociální situaci mohly předem připravit. Od roku 2011 byly podmínky pojištění pro OSVČ pozměněny¹³⁵ s ohledem na vývoj ukazatelů PN této skupiny pojištěnců. Dosavadní úprava byla označena za nesystémovou s tím, že vybrané pojistné nepokrývalo výdaje na dávky OSVČ.

Z pohledu zaměstnavatelů je negativně hodnocena povinnost platit náhradu mzdy, protože znamená další náklady na pracovní sílu v době stagnace vývoje ekonomiky. S vyššími náklady se potýkají zejména výrobní podniky, které zaměstnávají vyšší procento dělnických profesí, jak vyplývá z názorů zaměstnavatelů. Průměrně zaměstnavatelé odhadovali 5% zvýšení mzdových nákladů, které nejsou od roku 2011 kompenzovány tak, jako v letech předcházejících, když navíc došlo k prodloužení doby výplaty náhrady. Finanční důvody nebyly u zkoumaných zaměstnavatelů důvodem k omezující personální politice a propouštění zaměstnanců. Další předpokládané důsledky zavedení náhrady mzdy, které měly ztížit postavení na trhu práce definované skupině zaměstnanců (starší, handicapovaní, nemocní), také nebyly v rámci zkoumané

měsíců. Autorka popsala i znaky rizikové skupiny pojištěnců, která k takovému jednání nejčastěji směřovala (Pavlasová 2009: 40).

¹³⁴ Po skončení zaměstnání nejde o náhradu mzdy, protože z důvodu nemoci žádná mzda zaměstnanci neuchází, pokud už skončil pracovní poměr; § 25 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb.

¹³⁵ § 5b odst. 4 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení ve znění platném od 1.1.2011

skupiny potvrzeny. Z hlediska administrativy je pro zaměstnavatele současný systém náročnější na čas a organizaci práce.

Dotazovaní ošetřující lékaři, kteří rozhodují o pracovní neschopnosti, nepociťují žádné závažné ekonomické nebo administrativní dopady na svou činnost. Naopak jim byly sníženy výdaje na poštovné za zásilky, které povinně zasílají na OSSZ (rozhodnutí o PN, hlášení ošetřujícího lékaře apod.). Od roku 2010 jdou tyto náklady k tíži ČSSZ, která lékařům vydává obálky s předplaceným poštovným¹³⁶. Myslím si, že lékaři jsou oproti jiným aktérům nemocenského pojištění znevýhodněni, protože např. zaměstnavatelům nejsou kompenzovány žádné náklady spojené s plněním povinností vůči OSSZ. Stanovené sankce za neplnění povinností lékařů vůči OSSZ, které jsou v ZNP nově vymezeny¹³⁷, a jejichž účelem je zajištění plynulého a efektivního provádění nemocenského pojištění, jsou v rámci ČR uplatňovány jen minimálně (ČSSZ 2013c).

Jedním z podcílů cílů byl návrh změn v právní úpravě nemocenského pojištění. Tento cíl byl nastíněn třemi scénáři, které naznačují, jakým směrem by se mohlo nemocenské pojištění v budoucnosti ubírat. Všechny tři obsahují zásadní systémové změny v provádění a organizaci agendy a také úpravy některých parametrů a institutů nemocenského pojištění.

Osobně se domnívám, že nejlepší variantou je zřízení veřejnoprávní korporace Národní sociální pojišťovny, o jejímž vzniku již bylo v minulosti uvažováno na parlamentní úrovni. Projekt sociální pojišťovny byl odložen s odůvodněním, že jde nekoncepční návrh, který nepřispěje k důchodové reformě a jeho realizace si vyžádá vyšší režijní náklady než stávající systém. Jedním z důvodů byl argument, týkající se budoucí deficitní tendence důchodového účtu s nutností dotací od státu resp. zvýšením daňového zatížení obyvatel (PSP 1998). Pokud by však někdy v budoucnu nastala opačná situace a účet sociálního pojištění by vykázal přebytek, vláda by se vzdala možnosti manipulovat s těmito prostředky. Myslím si, že tento fakt mohl být skrytým důvodem zamítnutí myšlenky zřízení této instituce.

¹³⁶ § 84 odst. 2 písm. n) ZNP

¹³⁷ § 61 ZNP

Navržený scénář byl inspirován fungujícím systémem na Slovensku, kde od roku 2004 existuje Sociálna poisťovňa, která spravuje všechny ve scénáři zmíněné pojistné systémy. Její celkové hospodaření je každoročně v přebytku (kromě roku 2009), i když průběžný důchodový účet vykazuje deficit, který je proto dotován jiným přebytkovým pojistným a tvořenými fondy (SPOJ 2013).

Snížení míry pracovní neschopnosti a zavedení institutu náhrady mzdy se pozitivně odrazilo v bilanci účtu nemocenského pojištění, který od roku 2010 vykazuje přebytek, systém se stal finančně soběstačným, což bylo jedním z cílů ZNP. Přesto razantní úsporné kroky ve všech subsystémech sociálního pojištění dosud nepřinesly žádoucího výsledku dosažení kritéria udržitelnosti veřejných financí (MFČR 2013).

Vládní záměry fiskální politiky nadále trvají a při prognózovaném makroekonomickém vývoji je výhledově očekáváno splnění maastrichtských kritérií již v roce 2013 (MFČR 2013a). Rizika ovšem představuje trvajících dluhová krize v Eurozóně a její následné makroekonomické a fiskální dopady v ČR. Jaký dopad bude mít tento závazek vlády do systému sociálního zabezpečení je v tuto chvíli otázkou i s ohledem na restriktivní opatření, které měla platit pouze do konce roku 2013¹³⁸, nicméně se domnívám, že již nelze redukovat úroveň dávek nemocenského pojištění.¹³⁸

V kontextu výše popsaného je nezbytné podotknout, že důležitá nejen motivace zaměstnanců k práci, ale také motivace k péči o zdraví a osobní odpovědnosti aktéra nemocenského pojištění. Nad výrokem jedné respondentky „každý má právo být někdy nemocný“ by bylo vhodné se v kontextu výše uvedených poznatků zamyslet a kromě již vymezených cílů ekonomických, stanovit i cíle zdravotní politiky. Další systémová opatření a politická rozhodnutí by měla do budoucna směřovat k naplnění nejen požadavku individua, ale i k ochraně veřejného zdraví obecně.

V oblastech veřejné politiky, které svými projevy ovlivňují podstatnou část populace, je nezbytná akceptace nastavených pravidel ze strany všech zúčastněných aktérů. U nemocenského pojištění toto pravidlo platí především, protože v období nemoci nebo mateřství se občan ocitá v mimořádné sociální situaci a často není v jeho silách se na ni připravit jinak, než pravidelným odkládáním pojistného do účinného pojistného systému (Krejčí 2006: 17).

¹³⁸prodloužení náhrady mzdy na 21 dní a omezení výše nemocenského při dlouhodobém onemocnění

Závěr

Diplomová práce hodnotí současnou podobu systému nemocenského pojištění z pohledu pojištěnců, zaměstnavatelů a exekutivy. Všichni zmínění aktéři mají své zájmy, které jsou ve vzájemném rozporu, a proto je těžké najít přijatelné řešení, které uspokojí rozdílné potřeby všech aktérů a jejich představy o funkčním systému.

Podkladem pro formulaci závěrů diplomové práce jsou fakta zjištěná analýzou dokumentů, názory a výpovědi vybraných aktérů a statistická srovnání dat ukazatelů pracovní neschopnosti.

Primárním cílem změn v nemocenském pojištění, které se uskutečnily od roku 2009, bylo napravení následků fungování systému a zabránění jeho zneužívání. Změny měly přispět ke snížení mandatorních výdajů a snížení schodku státního rozpočtu.

Změna právní úpravy byla realizována na základě rozhodnutí Vlády ČR z roku 2003. Impulem pro modifikaci systému se staly nepříznivé výsledky ukazatelů pracovní neschopnosti a zvyšující se výdaje na dávky. Návrh zákona významně zasáhl do práv a povinností zaměstnanců i zaměstnavatelů, a stal se proto předmětem kritiky a nesouhlasu některých aktérů, prezidenta republiky i soudní moci.

Největší systémovou změnou, která měla přispět k dosažení cílů, byla implementace institutu náhrady mzdy za dobu pracovní neschopnosti do pracovního práva. Další významná změna byla organizačního charakteru, kdy výkon agendy nemocenského pojištění pro všechny pojištěnce převzaly od roku 2009 orgány státní správy.

Obecně lze říci, že současná podoba nemocenského pojištění je pro zaměstnance nevyhovující, protože nereflexuje jejich potřeby a představy o výši finanční náhrady v době nemoci. Pro některé skupiny zaměstnanců je onemocnění spojeno s finančními problémy, se snížením jejich životní úrovně a jejich nestandardní chování při řešení nemoci může do budoucna ovlivnit jejich celkový zdravotní stav. Pro zaměstnavatele změna znamenala vícenáklady na pracovní sílu v době trvající ekonomické krize, bez jakékoliv kompenzace ze strany státu. U zkoumaných zaměstnavatelů není tento stav důvodem k propouštění zaměstnanců nebo restriktivní personální politiky.

Z hlediska účinků na státní rozpočet bylo dosaženo vyrovnaného a finančně soběstačného systému a snížení indexu pracovní neschopnosti. Dále bylo shledáno, že stále existují možnosti jak systém nemocenského pojištění neoprávněně využít.

Uvedené zjištění je potvrzením první stanovené hypotézy, která se týká zneužívání systému.

V tomto smyslu je stále otevřenou otázkou role praktických lékařů, kteří jsou prvočiniteli procesu nemocenského pojištění a mohou svým nestandardním jednáním přispívat k neodůvodněnému čerpání prostředků z účtu nemocenského pojištění.

Přijaté systémové změny, které měly zabránit nadužívání pracovní neschopnosti, se ve svém důsledku dotkly všech aktérů, zejména pojištěnců a zaměstnavatelů, bez ohledu na to, zda systém v minulosti zneužívali či nikoliv.

Konečná podoba a efektivita systému je závislá na tom, zda budou nalezena vhodná a pro všechny aktéry přijatelná kritéria, která bezezbytku splní smysl tohoto pojištění. Současné parametry systému dostatečně neplní vůči pojištěncům ochrannou a psychologickou funkci, protože nežádoucím směrem ovlivňují jejich rozhodování o způsobu řešení zdravotní indispozice.

Další eventuální úpravy je nezbytné konstruktivně diskutovat a zvážit konkrétní dopady na zúčastněné aktéry, aby bylo dosaženo celospolečenského konsenzu. Z výše popsaného lze dovodit, že vláda se soustřeďuje pouze na své ekonomické zájmy, bez analýzy širších souvislostí a následků, např. na zdravotní stav obyvatel, sociální dopady nebo na hospodářskou stabilitu zaměstnavatelů.

Shrnutí

System nemocenského pojištění je jedním z pilířů sociálního zabezpečení v České republice. Jde o tradiční formu zabezpečení ekonomicky aktivních občanů, kteří z důvodu nemoci nebo mateřství krátkodobě ztratí výdělek. V posledních letech byl systém nemocenského pojištění předmětem opakovaných změn. Nevýznamnější systémovou změnou byl nový zákon o nemocenském pojištění účinný od roku 2009.

Smyslem nové právní úpravy bylo změnit negativní trendy v nemocenském pojištění, zamezit nedůvodným výdajům, a tím zajistit finanční stabilitu systému. Analýza dopadů změn je hlavním cílem diplomové práce. V společenské a ekonomické rovině se jedná o vliv na kvalitu života a životní podmínky jednotlivců, zdravotní stav populace, chování a rozhodování jednotlivých aktérů, a dále dopady na osobní finance, firemní a veřejné rozpočty i zaměstnanost. V diplomové práci byla využita kvalitativní i kvantitativní metoda výzkumu s ohledem na použité zdroje dat. Předmětem analýzy byly ukazatele pracovní neschopnosti, finanční ukazatele, relevantní dokumenty, zákonné předpisy, ale také kazuistiky zaměstnanců a rozhovory s vybranými aktéry nemocenského pojištění.

Teoretickým východiskem práce je právo sociálního zabezpečení obecně i z mezinárodního hlediska, vztah hospodářské a sociální politiky, sociální a právní kontext legislativního procesu a koncept kvality života. Oblast nemocenského pojištění je charakterizována prostřednictvím základních principů, podmínek účasti v systému a nároků. Stručně je také zmíněna historie a základy tohoto institutu sociální ochrany v České republice.

Výzkumným problémem je současná podoba systému nemocenského pojištění po opakovaných parametrických úpravách, které ovlivňují výši dávky. Na základě tohoto trendu, byl vysloven názor, že systém neplní představy zaměstnanců, kteří očekávají účinnou sociální oporu, která by jim zabezpečila adekvátní finanční náhradu za dobu nemoci.

Analýzou dokumentů bylo zjištěno, že hlavním motivem opakovaných restriktivních opatření bylo napravit stav veřejných financí, snížit mandatorní výdaje a schodek státního rozpočtu. Prostředkem k dosažení cíle byly nové prvky v právní úpravě, které kladně ovlivnily index pracovní neschopnosti a bilanci účtu pojištění. K tomuto stavu také přispělo chování pojištěnců, kteří krátkodobou zdravotní

indispozici řeší jinými nestandardními způsoby. Náhrada mzdy je negativně vnímána také zaměstnavateli, protože znamená další náklady na pracovní sílu, bez možnosti jakékoliv kompenzace. Dále bylo zjištěno, že nebyla zcela vyloučena možnost zneužívání systém, a proto k nedůvodným výdajům stále dochází. Tři navržené scénáře změny právního rámce mohou přispět k systému, který bude funkční a účinný pro všechny zúčastněné aktéry. Dosavadní vývoj naznačuje, že exekutiva se soustřeďuje pouze na své ekonomické zájmy, bez analýzy širších souvislostí a dopadů na aktéry procesu nemocenského pojištění.

Závěrem lze říci, že předpoklad formulovaný ve výzkumném problému, týkající se nespokojenosti zaměstnanců s výší dávky, nelze jednoznačně potvrdit, protože vnímání nového systému se u jednotlivých pojištěnců liší v závislosti na jejich sociálním zázemí a statusu. Soustava je nastavena pro všechny pojištěnce jednotně, výše dávky je odvozena pouze od dosaženého příjmu v zaměstnání, přičemž nejsou zohledňovány finanční důsledky pracovní neschopnosti, individuální charakteristiky nebo sociální zázemí pojištěnce.

Summary

Sickness insurance system is one of the pillars of social security scheme in the Czech Republic. It is a traditional form of securing economically active citizens who experience a short time loss of income in case of illness or maternity leave. The sickness insurance system has been a subject of constant alternations in past years. The most significant system alternation represents a new sickness insurance law that came in force in 2009.

The reason for issuing a new law amendment was to change negative trends in sickness insurance, to avoid illegitimate costs and ensure a financial stability of the system. The main goal of this work is the analysis of the impacts of these alternations. In terms of social and economic level we deal with influence on population wellbeing and living conditions of individuals, population health frame, behavior and decision-making of individual part takers. Furthermore they are also impacts on private finance, corporate and public budgets and employment. Qualitative and quantitative research method with respect to data sources used was applied in this diploma thesis. The indicator of incapacity to work, financial indicators, relevant documents, and law rules, casuistry of employees and dialogues with selected actors of sickness insurance was a matter of the analysis.

The law of social security in general and international viewpoint, economic and social politics relationship, social and law context of legislative process and concept of life quality became theoretical principal of this work. The area of sickness insurance is characterized through basic principles, attendance conditions in the system and claims. History and foundations of this institute of social security of the Czech Republic are briefly mentioned.

A current shape of the sickness insurance system after repeated parametric alternations influencing the benefit level is the research object. Certain insecurity has been expressed that the system does not meet the employee's ideas who expect an effective social support that would provide an adequate financial recompense for the time during the illness.

Analysis of the documents discovered the fact that the main motive of repeated restrictive measures was to amend the state of public finance, to lower mandatory costs and the national budget deficit. This happened through new elements in legal

modification that positively influenced the index of work incapacity and insurance account balance. The behavior of the policyholders who handle the health indisposition in other non-standard way also contributed to the above mentioned fact. Salary compensation is negatively perceived by the employers because it means more costs in labor without any possible way of compensation. It was also found out that the possibility of system misuse was not completely ruled out and illegitimate expenditures still take place. The three designed scripts that describe the changes of legal frame may help the system that will be functional and efficient for all parties involved. An existing development suggests that the executive focuses only on its economic interests without any analysis of wider connections and impacts on sickness insurance parties.

The presumption expressed in the research problem concerning the dissatisfaction of employees with the benefit level cannot be unambiguously confirmed because the perception of the new system varies with individual policyholders in dependence to their social background and status. The system is equally set for all policyholders; the benefit level is derived only from the job income and financial consequence of the work incapacity, individual characteristics or employee's social background is not taken in account.

Seznam literatury a zdrojů

ADEMA, Willem. *Social assistance policy development and the provision of a decent level of income in selected OECD countries*. OECD Social, Employment, and Migration Working Papers. Organisation for Economic Cooperation and Development, 2006, s. 33. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/soc/37224078.pdf>

Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe. Vyd. 1. Editor Arnošt Veselý, Martin Nekola. Praha: SLON, 2007. Studijní texty, 40. ISBN 978-808-6429-755.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 3., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007-, sv. ISBN 97880246139321.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DŽUKA, Jozef. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004. ISBN 80-8068-282-8. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/tiraz.htm>

GALVAS, Milan a Zdeňka GREGOROVÁ. *Sociální zabezpečení*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 239 s. Edice učebnic Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, č. 243. ISBN 80-210-2292-2.

GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 4. upr. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2007, 343 s. Právnické učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-807-3800-239.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-981.

GOBYOVÁ, Jana. *Trendy dočasné pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let* In: Demografie 2010, Roč. 52, č. 4, s. 249-260.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

KLIKOVÁ, Christiana. *Hospodářská politika*. 1.vyd. Ostrava: Institut vzdělávání Sokrates, 2003, 275 s. ISBN 80-865-7204-8.

KNAPP, Viktor. *Teorie práva*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 1995, xvi, 247 s. Právnické učebnice (C. H. Beck). ISBN 34-064-0177-5.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007, 503 s. ISBN 978-807-3572-761.

KREJČÍ, Pavel. *Analýza změn systému nemocenského pojištění a jejich efekty*. Brno 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Václav Kulhavý, Ph.D., M.Sc.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.

Manuál prognostických metod. Editor Martin Potůček. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 193 s. ISBN 80-864-2955-5.

MICHÁLKOVÁ, Božena. *Hodnocení nového zákona o nemocenském pojištění z pohledu naplnění některých jeho cílů*. Fórum sociální politiky: odborný recenzovaný časopis. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010, roč. 4, č. 2, s. 10-22.

MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální politika v evropských zemích*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 189 s. ISBN 80-246-0780-8.

PAVLASOVÁ, Eva. *Pracovní neschopnost=Temporary work incapacity*. Liberec 2009. Bakalářská práce. Technická univerzita. Vedoucí práce Jitka Pejřimovská.

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 7. ISBN 80-858-5001-X.

POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika: čítanka z historie moderní evropské sociální politiky*. Vyd. 1. Editor Libor Musil. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 35. sv. ISBN 80-864-2950-4.

PŘIB, Jan. *Zákon o nemocenském pojištění: komentář*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2009, xv, 303 s. Komentáře Wolters Kluwer. ISBN 978-807-3574-482.

SLANÝ, Antonín a Aleš FRANČ. *Hospodářská politika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 106 s. Distanční studijní opora. ISBN 80-210-3476-9.

STEIDLOVÁ, Kateřina. *Vertebrogenní a myofasciální onemocnění a jejich podíl na dočasné pracovní neschopnosti a následné invaliditě*. Revizní a posudkové lékařství. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2007, roč. 10, č. 7, s. 84

TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2002, xxviii, 359 s. Právníké učebnice (C. H. Beck). ISBN 80-717-9669-7.

VEČEŘA, Miloš. *Sociální stát: východiska a přístupy*. 2. uprav. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1996, 112 s. Studijní texty, 4. sv. ISBN 80-858-5016-8.

Vývoj sociálního státu v Evropě: čítanka z historie moderní evropské sociální politiky. Vyd. 1. Editor Libor Musil. Brno: Doplněk, 1996, 256 s. sv. 4. ISBN 80-857-6562-4.

ZICH, František. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2004, 115 s. Eupress. ISBN 80-867-5419-7.

(ČMKOS 2004) Českomoravská konfederace odborových svazů: *Stanovisko k zákonu o nemocenském pojištění*. [Nepublikováno] 2005. E-mail ze dne 29.10.2012

(ČSSZ 2004) Česká správa sociálního zabezpečení: *Publikace 80 let nemocenského pojištění*. [online]. 2004 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf

(ČSSZ 2005) Česká správa sociálního zabezpečení: *Tiskové zprávy 2005*. [online]. 2005 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2005/2005-02-28-pracovnich-neschopnosti-loni-ubylo-stonalo-se-ale-delsi-dobu.htm>

(ČSSZ 2006) Česká správa sociálního zabezpečení: *Národní pojištění*. [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-6-2006-clanek-1.htm>

(ČSSZ 2006) Česká správa sociálního zabezpečení: *Tiskové zprávy 2006* [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2006/2006-11-21-co-se-zmeni-v-nemocenskem-pojisteni-od-1-ledna-2007.htm>

(ČSSZ 2006a) Česká správa sociálního zabezpečení: *Nemocenská statistika*. [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2006.htm>

(ČSSZ 2009) Česká správa sociálního zabezpečení: *Jaké změny čekají platby pojistného na sociální zabezpečení od 1. 1. 2010*. [online]. 2009 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2009/2009-12-01-jake-zmeny-cekaji-platby-pojistneho-na-socialni-zabezpeceni-od-1-1-2010.htm>

(ČSSZ 2010) Česká správa sociálního zabezpečení: *Tiskové zprávy 2010*. [online]. 2010 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/mpsv-zmeny-v-nemocenskem-pojisteni-od-1-cervna-2010.htm>

(ČSSZ 2010a) Česká správa sociálního zabezpečení: *Tiskové zprávy 2010*. [online]. 2010 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/podvodne-vylakani-davek-nemocenskeho-je-trestne-navic-se-na-nej-vzdy-prijde.htm>

(ČSSZ 2011) Česká správa sociálního zabezpečení: *Interní materiál ČSSZ Rozbor vývoje, kontroly a posuzování dočasné pracovní neschopnosti v roce 2009*. [nepublikováno] 2011.

(ČSSZ 2012) Česká správa sociálního zabezpečení: *Nemocenská statistika 2012*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2012.htm>

- (ČSSZ 2012a) Česká správa sociálního zabezpečení: *Tiskové zprávy 2012*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/2012-07-31-nemoci-pohybove-soustavy-vyrazuji-cechy-z-pracovniho-zivota-na-vice-nez-dva-mesice.htm>
- (ČSSZ 2013) Česká správa sociálního zabezpečení: *Lékařská posudková služba*. [online]. 2013 [cit. 2012-10-5]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/slovnicek.htm>
- (ČSSZ 2013b) Česká správa sociálního zabezpečení: *Volná místa*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/volna-mista/>
- (ČSSZ 2013a) Česká správa sociálního zabezpečení: *Pojistné na sociální zabezpečení*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni>
- (ČSSZ 2013c) Česká správa sociálního zabezpečení: *Rozbor rozhodovací činnosti 2012*. [nepublikováno]. 2013
- (ČSÚ 2012) Český statistický úřad: *Inflace – druhy, definice, tabulky*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/mira_inflace
- (ČSÚ 2012a) Český statistický úřad: *Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v letech 2004 -2011*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012ediciplan.nsf/publ/1127-12-n_2012
- (ČSÚ 2013) Český statistický úřad: *Průměrná roční míra inflace*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/inflace_1994
- (Podnikatel 2013) Podnikatel.cz: *Změny v DPH matou podnikatele*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/clanky/zmeny-v-dph-matou-podnikatele-za-poslednich-20-let-uz-sestkrat/>
- (EU 2013) European Union: *PROTOCOL on the convergence criteria referred to in Article 109j of the Treaty establishing the European Community* [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://europa.eu/eu-law/treaties/index_en.htm
- (Eurofound 2010) Eurofound: *Absence from work*. [online]. 2010 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0911039s/tn0911039s_4.htm
- (HK 2005) Hospodářská komora: *Tiskové zprávy 2005*. [online]. 2005 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.komora.cz/zpravodajstvi-a-media/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2005/hk-cr-ke-zmenam-v-systemu-nemocenskeho-pojisteni.aspx>
- (HN 2005) Hospodářské noviny: *Půlstoletý režim nemocenské se přežil*. [online]. 2005 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://hn.ihned.cz/c1-16218510>

(ICV 2012) Informační centrum vlády: *Mandatorní výdaje*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/scripts/modules/advice/detail.php?id=647>

(ISV 2013) Informační systém o průměrném výděлку. *Výsledky šetření za rok 2008*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv/2008.aspx>

(MF ČR 2008) Ministerstvo financí ČR: *Vyhodnocení plnění maastrichtských konvergenčních kritérií a stupně ekonomické sladěnosti ČR s eurozónou*. [online]. 2008 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www2012.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Vyhodnoceni_Maastricht_2008_pdf.pdf

(MFČR 2003) Ministerstvo financí České republiky: *Koncepce reformy veřejných rozpočtů*. [online]. 2003 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Reforma_pdf.pdf

(MFČR 2003a) Ministerstvo financí České republiky: *Rozpočtový výhled 2003 – 2006* [online]. 2003 [cit. 2012-10-14]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/RV.pdf>

(MFČR 2007) Ministerstvo financí ČR: *Reforma veřejných financí 2007 – 2013* [online]. 2007 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www2012.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/ref_veřej_financ.html

(MFČR 2011) Ministerstvo financí České republiky: *Návrh státního závěrečného účtu České republiky za rok 2011*. [online]. 2012 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2011_C-III.pdf

(MFČR 2011a) Ministerstvo financí České republiky: *Vyhodnocení plnění maastrichtských konvergenčních kritérií*. [online]. 2011 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Vyhodnoceni_Maastricht_2011_pdf.pdf

(MFČR 2012) Ministerstvo financí České republiky: *Státní závěrečný účet za rok 2011* [online]. 2012 [cit. 2012-10-05]. Dostupné z: http://www2012.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet.html

(MFČR 2013) Ministerstvo financí České republiky: *Konvergenční program České republiky*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/konvergen_programy.htm

(MFČR 2013a) Ministerstvo financí ČR: *Maastrichtská kritéria a ekonomická sladěnost*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/eu_vyh_maastricht_kriterii.html

(MPSV 2011) Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky: *Sociální poradce*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/uzem>

(MPSV 2012) Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Informace o vývoji nemocenského pojištění v období 2007 až 2011*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/12643/stat_info.pdf

(MPSV 2012a) Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Tiskové zprávy 2012*. [online]. 14.5.2012 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/12947/m140512a.pdf>

(MPSV 2013) Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky: *Statistiky nezaměstnanosti z územního hlediska*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/uzem>

(MPSV 2013) Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Nemocenské pojištění*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7>

(PSP 2001) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Stenografický zápis 39. schůze*. [online]. 31.10.2001 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1998ps/stenprot/039schuz/39-10.html#1160>

(PSP 2005) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Vládní návrh zákona o nemocenském pojištění. Důvodová zpráva*. [online]. 2005 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?t=1005&o=4>

(PSP 2006) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Stanovisko prezidenta*. [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/ff/23/1e/6b/08.htm>

(PSP 2010) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Předpis č. 347/2010 Sb.* [online]. 2010 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=347&r=2010>

(PSP 2011) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Změna zákona o nemocenském pojištění*. [online]. 2011 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?O=6&T=129>

(PSP 2013) Parlament České republiky Poslanecká sněmovna: *Legislativní proces v poslanecké sněmovně*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/hp.sqw?k=173>

(SPO 2006) Svaz průmyslu a obchodu České republiky: *Stanoviska*. [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.spcr.cz/stanoviska-sp-cr/ke-zmenam-v-novem-systemu-nemocenskeho-pojisteni>

(SPOJ 2013) Sociálna poisťovňa: *Výročné správy*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/vyroczne-spravy/1629s>

(US 2010) Ústavní soud: *Nález Ústavního soudu 54/10-I*. [online]. 2013 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/ustavni_soud_www/Aktualne_prilohy/2012_05_10.pdf

(US 2008) Ústavní soud: *Nález Ústavního soudu 2/08*. [online]. 2008 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=58497&pos=2&cnt=3&typ=result>

(UZIS 2012) Ústav zdravotnických studií a informatiky: *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2007 – 2011*. [online]. 2012 [cit. 2013-05-15]. <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-uraz-ceske-republice-letech-2007-2011>

(Vláda ČR 2002) Vláda České republiky: *Programové prohlášení vlády 2002* [online]. 2002 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vmad/prehled-vmad-cr/1993-2010-cr/vladimir-spidla/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf

(Vláda ČR 2003) Vláda České republiky: *Usnesení vlády České republiky č. 624*. [online] 2003 [cit. 25.1.2012]: Dostupné z: http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/3AAAE7820929E93CC12571B6006CDAE6

(Vláda ČR 2006) Vláda České republiky: *Programové prohlášení 2006*. [online]. 2006 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vmad/prehled-vmad-cr/1993-2010-cr/mirek-topolanek-2/Programove-prohlaseni-vlady_1.pdf

(Vláda ČR 2009) Vláda České republiky: *Programové prohlášení vlády 2009*. [online]. 2009 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/clenove-vlady/historie-minulych-vmad/prehled-vmad-cr/1993-2007-cr/jan-fischer/ppv-2009.pdf>

(Vláda ČR 2010) Vláda České republiky: *Programové prohlášení vlády 2010*. [online]. 2010 [cit. 2013-05-15]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf

(Vláda ČR 2013) Vláda České republiky: *Legislativní pravidla*. [online] 2013 [cit. 25.1.2012]: Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/dokumenty/legislativni-pravidla-vlady-91209/>
http://www2012.mfcr.cz/cps/rde/xber/mfcr/Vyhodnoceni_Maastricht_2008_pdf.pdf

Právní předpisy

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

Zákon č. 586/1992 Sb., o dani z příjmů

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Zákon č. 90/1995 Sb., Zákon o jednacím řádu Poslanecké sněmovny

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění,

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
Zákon č. 362/2009 Sb., změna některých zákonů v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010
Zákon č. 157/2010 Sb., o změně zákona o nemocenském pojištění
Zákon č. 166/2010 Sb., kterým se mění zákon o nemocenském pojištění
Zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV
Zákon č. 470/2011 Sb., kterým se mění zákon o nemocenském pojištění
Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců,
Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění
Zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří
Zákon č. 33/1888 ř. z., o povinném nemocenském pojištění dělnictva
Nález Ústavního soud Pl. US 2/08
Nález Ústavního soudu Pl. US 54/10 -1

Internetové portály

<http://eklep.vlada.cz>
<http://europa.eu>
<http://hn.ihned.cz>
<http://icv.vlada.cz>
<http://portal.mpsv.cz>
<http://racek.vlada.cz>
<http://www.cssz.cz>
<http://www.czso.cz>
<http://www.eurofound.europa.eu>
<http://www.ispv.cz>
<http://www.komora.cz>
<http://www.law.muni.cz>
<http://www.mfcr.cz>
<http://www.mpsv.cz>
<http://www.oecd.org>

<http://www.psp.cz>

<http://www.pulib.sk>

<http://www.socioklub.cz>

<http://www.usoud.cz>

<http://www.spcr.cz>

<http://www.uzis.cz>

<http://www.vlada.cz>

<http://www.socpoist.sk>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 - Saldo sektoru vládních institucí 2008

Tabulka č. 2 - Porovnání výše příjmů při pracovní neschopnosti 30 a 60 kalendářních dní

Tabulka č. 3 - Porovnání výše mzdy a dávek

Tabulka č. 4 - Saldo sektoru vládních institucí 2011

Graf č. 1 - Vztah makroekonomické výkonnosti a úrovně sociálního zabezpečení

Graf č. 2 - Příjmy a výdaje nemocenského pojištění 1993 - 2005

Graf č. 3 - Míra pracovní neschopnosti 1993 – 2010

Graf č. 4 - Průměrná doba trvání případu 1993 – 2010

Graf č. 5 - Minimální úroveň dávek dle mezinárodních úmluv

Graf č. 6 - Bilance účtu nemocenského pojištění zaměstnanci

Graf č. 7 - Bilance účtu nemocenského pojištění OSVČ

Graf č. 8 - Vývoj počtu pojištěných zaměstnanců 2007 - 2011

Graf č. 9 - Počet proplacených dnů nemocenské na jednoho pojištěnce

Graf č. 10 - Základní ukazatele pracovní neschopnosti vývoj 2007 – 2011

Graf č. 11 - Průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

Graf č. 12 - Ukončené případy pracovní neschopnosti podle délky trvání

Graf č. 13 - Ukončené případy pracovní neschopnosti podle diagnóz

Schéma č. 1 – Schematizace cílů

Schéma č. 2 - Soustava sociálního zabezpečení v ČR

Schéma č. 3 - Legislativní proces

Seznam příloh

Příloha č. 1: Legitimace sociálního pojištění rok 1930 (obrázek)

Příloha č. 2: Přehled respondentů (tabulka)

Příloha č. 3: Otázky pro pojištěnce, lékaře a zaměstnavatele (seznam)