

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
Institut sociologických studií

Diplomová práce

2011

Šárka Chotěborská

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
Institut sociologických studií

Šárka Chotěborská

**Zabezpečení v nemoci a mateřství očima
občanů ČR**

Diplomová práce

Praha 2011

Autor práce: **Bc. Šárka Chotěborská**
Vedoucí práce: **Ing. Bohumila Čabanová, PhD.**
Oponent práce:
Datum obhajoby:
Hodnocení:

Bibliografický záznam

CHOTĚBORSKÁ, Š. *Zabezpečení v nemoci a mateřství očima občanů ČR : diplomová práce*. Praha, Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut Sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky 2011. 131 s. Vedoucí diplomové práce Bohumila Čabanová

Anotace (abstrakt)

Předkládaná diplomová práce hodnotí nemocenské pojištění v ČR i v Evropě z hlediska občanů ČR. Cílem práce je analýza systému nemocenského pojištění v ČR s ohledem na změny systému a zjištění dopadů reformy na pojištěnce. Současně porovnává dopady na pojištěnce českého systému s pracovníky, kteří si uplatnili nárok na dávku z jiných systémů Evropy. Východiskem pro práci byly koncepty sociálního kapitálu se zaměřením na sociální zabezpečení a jeho legitimitu, koncept nerovnosti a chudoby, koncept lidského potenciálu a teorie byrokracie. Za účelem získání objektivních údajů byla nejprve provedena srovnávací analýza vybraných systémů nemocenského pojištění v Evropě. Další část práce se zaměřuje na reformu systému nemocenského pojištění v ČR, analyzuje a porovnává některé vybrané ukazatele systému se zaměřením na roky 2008 a 2009. První polovina empirické části práce zpracovaná na základě kvalitativního výzkumu ukazuje dopady reformy na zaměstnance, prezentuje jejich postoje, pocity a názory na současnou podobu systému. Druhá polovina empirické části práce ukazuje zkušenosti cizozemských pojištěnců s některými evropskými systémy. Současně porovnává některé zkušenosti českých pojištěnců a cizozemských pojištěnců a hodnotí kvalitu aplikace koordinačních pravidel Evropské unie. Tato práce také nabízí možný způsob řešení této politiky.

Abstract

Presented diploma theses evaluates the sickness insurance system in the Czech Republic and Europe from the point of view of the Czech Republic citizens. The aim of the work is to analyze the sickness insurance system in the Czech Republic regarding the system changes and also to find out the reform impacts on insured. Simultaneously the aim is to compare the impacts of the Czech insured with the impacts on those migratory workers who draw a claim to the insurance benefit from foreign systems of Europe.

The theory of the social capital focused on the social policy and the social security and its legitimacy, theory of the inequality and poverty, the theory of the human capital and the theory of the bureaucracy were the basis of this work. In order to acquire the objective data at first it was made the comparative analysis of the chosen sickness insurance systems in Europe. Other part of this work is focused on the reform of the sickness insurance system in the Czech Republic and it analyses and compares some chosen indicators of the system focusing the years 2008 and 2009. The first half of the empirical part of the work is made on the basis of the qualitative research and it shows the impacts of the reform on the employees, presents their attitudes, their impressions and their opinions on contemporary shape of the system. The second part of the empirical part of the work shows experience of the insured person of the foreign countries with some Europe systems. Simultaneously it compares some experience of

the Czech insured person and the insured person in other countries and evaluates the quality of the application of the coordination rules of the European Union. This work also offers the possible way of solution of this policy.

Klíčová slova

nemocenské pojištění, nemocenské dávky, systém sociálního zabezpečení, reforma, pracovní neschopnost, pojistné

Keywords

sickness insurance, sickness benefit, social security system, reform, temporary disability, insurance premium

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 10. 5. 2011

Šárka Chotěborská

Poděkování

Na tomto místě si dovoluji poděkovat Ing. Bohumile Čabanové, PhD. za důležité podněty, připomínky a pomoc při zpracování této diplomové práce.

Teze magisterské diplomové práce

Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Změny systému nemocenského pojištění jsou v posledních letech opakovaným tématem politických diskuzí a parlamentních jednání. Zásadní reforma systému nemocenského pojištění, která směřovala k odstranění typických charakteristik původního systému, jako byla neúměrná míra solidarity, zastaralost a roztržitost právních úprav, vysoká nemocnost či zneužívání systému, vyvrcholila vyhlášením zákona č. 187/2006 ve sbírce zákonů ČR. Podoba tohoto zákona před nabytím účinnosti dne 1. 1. 2009 doznala dalších změn a tento trend přetrvává nadále. Každá změna má směřovat k nějakému cíli. V případě ČR tyto cíle souvisejí především se zájmy státu, tedy efektivitou systému a stabilizací veřejných rozpočtů. Otázkou ovšem zůstává, jaké vedlejší efekty tento proces změn přináší a do jaké míry jsou tyto změny v zájmu osob čerpajících dávky.

Vzhledem k stále intenzivnější globalizaci a pracovní migraci není možné opomenout ani ty pracovníky, kteří dávky zabezpečující občany v nemoci a v mateřství čerpají z jiných evropských systémů prostřednictvím českého nositele pojištění, a na které se vztahují koordinační nařízení Rady EU.

Zásadními problematickými okruhy z hlediska osob čerpajících dávky, ať už ze systému českého nebo jiného, se jeví přiměřenost výše dávky, časová náročnost zpracování, administrativní náročnost, přehlednost systému a jeho dostupnost. Některá tato kritéria mohou být v rozporu s hlavními cíli státu, a tím je maximální efektivnost systému.

Předmětem zkoumání bude zjištění kvality a ekvivalentnosti nastavených parametrů systému nemocenského pojištění ČR a parametrů koordinačních nařízení Rady a pro osoby čerpající dávky především s ohledem na dopady těchto parametrů na pojištěnce. Problém bude řešen zejména z hlediska zaměstnanců využívajících systém. Budou porovnány postupy před reformami s postupy po reformách, dále budou vyhodnoceny dopady těchto postupů na občany. Pro objektivní zhodnocení bude provedena analýza některých ukazatelů nemocenského pojištění a následně budou veškeré zjištěné údaje vyhodnoceny.

Teoretická východiska

Koncept lidského potenciálu vychází z premisy, že lidský potenciál je zdrojem bohatství celé společnosti, a proto je v zájmu společnosti jej podporovat. Zdraví občanů, jako jeden z dílčích aspektů tvořících lidský potenciál, má stát možností pozitivně ovlivňovat utvářením podmínek pro jeho zachování či rychlý návrat k tomuto stavu v případě nemoci podporou věcnou i peněžní.

Sociální politika a sociální zabezpečení jako součást konceptu sociálního kapitálu se zaměří zejména na prvek legitimacy sociálního zabezpečení. Sociální zabezpečení je institut zabezpečující obyvatele v takových situacích, které občanům znemožňují obstarat si prostředky na obživu prací v případě vzniku některé zákonem vymezené sociální události.

Koncept nerovnosti a chudoby byl zvolen, protože zdůvodňuje příčiny a ukazuje cesty, kterými se národní státy ubírají, aby předešly rozmachu těchto fenoménů a to i ve vztahu k nemoci a mateřství jako sociálním událostem v návaznosti na některé funkce sociálního státu.

Teorie byrokracie je základem pro institucionální uspořádání a správu celého systému nemocenského zajištění občanů na úrovni národní i na úrovni EU.

Cíle diplomové práce

Analýza systému nemocenského pojištění v ČR s ohledem na změny systému a zjištění dopadů reformy na pojištěnce. Zobrazení dopadů na pojištěnce českého systému a na pracovníky, kteří si uplatnili nárok na dávku z jiných systémů EU prostřednictvím českého nositele pojištění na základě koordinačních nařízení Rady.

Výzkumné otázky a hypotézy

Jaká jsou pozitiva a negativa změn v systému nemocenského pojištění v ČR z celospolečenského hlediska?

Jak ovlivňují změny systému nemocenského pojištění v ČR způsob chování pojištěnců ve vztahu k čerpání dávek?

Jak se projevuje změna systému nemocenského pojištění v ČR na životní úrovni pojištěnců a kvalitě jejich života v době nemoci?

Jaká pozitiva a negativa spatřují cizozemští pojištěnci v evropských systémech nemocenského pojištění a v koordinačních nařízeních Rady EU?

Metody práce a zdroje dat

Pro práci bude použit kvantitativní i kvalitativní výzkum. Bude použita metoda sekundární analýzy dat a studium dokumentů vztahujících se k dané problematice. Bude se jednat zejména o texty a publikace zveřejněné MPSV a ČSSZ, dále o statistická data těchto institucí. Použity budou rovněž výzkumné zprávy VÚPSV.

Dalším zdrojem informací budou polostandardizované rozhovory s osobami čerpajícími dávky a využití kazuistik.

Následně bude provedena analýza a syntéza zjištěných dat.

Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Metody práce
- 3) Teoretická východiska
- 4) Zabezpečení zaměstnanců v nemoci a mateřství v evropských systémech sociálního zabezpečení
- 5) Analýza aktérů
- 6) Český systém nemocenského pojištění
 - a) Dávky v nemoci a mateřství
 - b) Vývoj systému NP
- 7) Analýza vybraných ukazatelů nemocenského pojištění v ČR
- 8) Analýza rozhovorů
- 9) Kazuistiky
- 10) Závěr

Základní literatura k tématu

- ARNOLDOVÁ, A.: *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení I. část.* Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0728-X
- BRDEK, M., JÍROVÁ, H.: *Sociální politika v zemích EU a ČR.* Praha: CODEX Bohemia, s.r.o., 1998, ISBN 80-85963-71-X
- BRDEK, M., JÍROVÁ, H., KREBS, V.: *Trendy v evropské sociální politice.* Praha: ASPI Publishing, s.r.o., 2002, ISBN 80-86395-25-1
- ČERNÁ, J., VACÍK, A.: *Právo sociálního zabezpečení v rámci Evropské unie.* Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2005, ISBN 80-86898-14-8
- CHVÁTALOVÁ, I.: *Mezinárodní přehled stavu a reforem nemocenského pojištění v členských státech Evropské unie (EU-15). Aktualizace výzkumné zprávy z prosince roku 2002.* Praha: VÚPSV, 2005
- CHVÁTALOVÁ, I.: *Mezinárodní přehled stavu a reforem nemocenského pojištění v nových členských státech Evropské unie (EU-10), Bulharsku a Rumunsku.* Praha: VÚPSV, 2006
- KELLER, J.: *Sociologie organizace a byrokracie.* 4. přepracované vyd., Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-74-8
- KREBS, V. a kol.: *Sociální politika.* 4. přepracované vyd., Praha: ASPI, a.s., 2007, ISBN 978-80-7357-276-1
- MAREŠ, P.: *Sociologie nerovnosti a chudoby.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, ISBN 80-85850-61-3
- POTŮČEK, M.: *Sociální politika.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, ISBN 80-85850-01-X
- POTŮČEK, M.: *Křížovky české sociální reformy.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, ISBN 80-85850-70-2
- POTŮČEK, M. a kol.: *Veřejná politika.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, ISBN 80-86429-50-4
- PŘIB, J.: *Zákon o nemocenském pojištění. Komentář.* Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2009, ISBN 978-80-7357-448-2
- TOMEŠ, I.: *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost.* 2. přepracované vyd., Praha: SOCIOPRES, 2001, ISBN 80-86484-00-9
- TOMEŠ, I. a kol.: *Sociální správa.* Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-560-1
-

VEČEŘA, M.: *Sociální stát: Východiska a přístupy*. 2. doplněné vyd., Praha: Sociologické nakladatelství, 1996, ISBN80-85850-16-8

ŽENÍŠKOVÁ, M., PŘIB, J. *Zákon o nemocenském pojištění s komentářem a příklady*. 2. vyd., ANAG, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7263-488-0

ŽENÍČKOVÁ, M. *Pojistné na sociální zabezpečení zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ, dobrovolně důchodově pojištěných s komentářem a příklady k 1.1.2010*. 2. aktualizované vyd. ANAG, s.r.o., 2010, ISBN 978-807362-579-5

Předpisy:

Nařízení Rady EHS č. 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 884/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení

Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění platném do 31.12.2008

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

V Praze dne 8. 6. 2010

Konzultant: Ing. Bohumila Čabanová, PhD.

Podpis:

Diplomant: Šárka Chotěborská

Podpis:

Seznam použitých zkratk a vysvětlivky

AOK – německá zdravotní pojišťovna

ČR – Česká Republika

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ – Český statistický úřad

DVZ – denní vyměřovací základ (podklad pro výpočet nemocenských dávek)

ESD – Evropský soudní dvůr

EU – Evropská unie

MISSOC – Mutual Information Systém on Social Protection in the EU Member States and EEA

MOP – Mezinárodní organizace práce

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

OSVČ – osoby samostatně výdělečně činné

NP – nemocenské pojištění

PN – pracovní neschopnost

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ROH – Revoluční odborové hnutí (odborová organizace fungující v Československu)

Sick days – benefit, poskytnutý zaměstnavatelem zaměstnanci (několik dní volna, zpravidla 3 – 5 dní, které poskytuje zaměstnavatel v případě krátké nemoci zaměstnanci, aniž by musel předložit neschopenku)

ÚZIS – Ústav zdravotních informací a statistiky

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

ZNP – Zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb.

Obsah

ÚVOD.....	4
1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	7
2 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	11
3 METODOLOGIE A ZDROJE DAT.....	13
3.1 Přístup k řešení	13
3.2 Sběr dat.....	14
3.2.1 Studium dokumentů	14
3.2.2 Sekundární analýza dat.....	15
3.2.3 Polostandardizovaný rozhovor	15
3.2.4 Kazuistiky	15
3.3 Omezení výzkumu.....	16
4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	17
4.1 Koncept lidského potenciálu	17
4.2 Sociální politika a sociální zabezpečení jako součást konceptu sociálního kapitálu	19
4.2.1 Sociální zabezpečení a jeho legitimita	21
4.2.2 Právo sociálního zabezpečení.....	23
4.3 Koncept nerovnosti a chudoby	24
4.4 Teorie organizace a byrokracie	28
4.4.1 Vybrané koncepty teorie byrokracie.....	29
5 ZABEZPEČENÍ ZAMĚSTNANCŮ V NEMOCI A MATEŘSTVÍ V EVROPSKÝCH ZEMÍCH.....	32
5.1 Podmínky nároku na nemocenské peněžité dávky a vybrané parametry systémů.....	34
5.1.1 Karenční doba	35
5.1.2 Podpůrčí doba	35

5.1.3	Pojistné na NP a výše peněžitých dávek v zemích Evropy.....	36
5.1.4	Dílčí závěry	39
5.2	Ochrana migrujících pracovníků	39
5.2.1	Principy koordinačních nařízení	40
5.2.2	Postup při uplatnění nároku na peněžitě dávky u cizozemských institucí..	42
5.2.3	Aplikace principů koordinace v souvislosti s dávkami v nemoci a mateřství u občanů ČR – cizozemských pojištěnců	43
6	ANALÝZA AKTÉRŮ OVLIVŇUJÍCÍCH PODOBU SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR.....	46
7	ČESKÝ SYSTÉM NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ.....	52
7.1	Dávky systému nemocenského pojištění v ČR	53
7.2	Počátky vzniku systému NP	55
7.3	Vývoj nemocenského pojištění po roce 1990	57
7.3.1	Změny v systému od roku 2008	61
8	ANALÝZA SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR	65
8.1	Počty pojištěných osob.....	65
8.2	Naturální ukazatele pracovní neschopnosti	66
8.2.1	Počet případů pracovní neschopnosti a délka jednoho případu	67
8.2.2	Trvání pracovní neschopnosti dle pohlaví.....	70
8.2.3	Pracovní neschopnosti podle diagnóz	72
8.2.4	Průměrné procento pracovní neschopnosti.....	74
8.2.5	Sankční ukazatele	75
8.3	Finanční ukazatele pracovní neschopnosti – příjmy a výdaje systému NP.	76
8.4	Projekce parametrických změn do výše nemocenského	80
8.4.1	Plnění mezinárodních úmluv	81
8.5	Dílčí závěry	83
9	REFLEXE SYSTÉMŮ NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ OČIMA OBČANŮ ČR	84

9.1	Výběr výzkumného vzorku a postup výzkumu.....	84
9.2	Postoje českých pojišťenců k systému NP v ČR.....	85
9.2.1	Dostupnost systému NP a informovanost pojišťenců.....	85
9.2.2	Přehlednost systému, jeho funkčnost a administrativní zátěž.....	86
9.2.3	Účelnost systému NP a přiměřenost výše dávek	87
9.2.4	Spravedlivost systému a možnosti jeho zneužívání	90
9.2.5	Vnímání státu, zaměstnavatelů a lékařů jako aktérů NP	92
9.2.6	Dostupnost péče o zdraví.....	94
9.2.7	Životní úroveň a kvalita života v době nemoci.....	95
9.3	Zkušenosti cizozemských pojišťenců se systémy NP.....	96
9.4	Postoje cizozemských pojišťenců ke koordinačním nařízením.....	99
9.4.1	Kazuistika – pan Ondřej	100
9.4.2	Kazuistika – pan Karel.....	102
9.4.3	Kazuistika – pan Jan	104
9.4.4	Kazuistika – pan Jiří.....	105
9.4.5	Dílčí závěry	106
10	MOŽNOSTI SMĚŘOVÁNÍ SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR.....	108
	ZÁVĚR	110
	SHRNUTÍ	113
	SUMMARY	115
	POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	117
	Seznam příloh.....	126
	Přílohy	127

ÚVOD

Jedním ze základních cílů moderních států v sociální oblasti je utváření takového rámce „(...) jehož prostřednictvím stát umožňuje svým občanům, aby se cítili pro společnost užitečnými a cennými členy. (...) Sociální politika 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. (...) Při podpoře rovných příležitostí je významné, aby rostl lidský potenciál všech členů společnosti.“¹

Uvedený citát ze Sociální doktríny České republiky může posloužit jako východisko pro zamýšlení se nad místem a funkcí sociálního zabezpečení respektive nemocenského pojištění v rámci sociální politiky státu. Různé typy sociálních států (welfare states) v závislosti na historickém vývoji, ekonomických, demografických a jiných podmínkách ovlivňují konkrétní cíle sociální politiky daného státu (Potůček 1995; Večeřa 1996). V posledních desetiletích však značné aktivity v tomto duchu prosazují i nadnárodní útvary s celosvětovou působností, kterými jsou například Organizace spojených národů, Mezinárodní organizace práce nebo Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení. V evropské dimenzi se jedná zejména o Evropskou unii, která tyto aktivity uplatňuje například formou různých nařízení nebo využitím komunitárního soft-law².

„O dopadu vládnutí na blaho společnosti se mluví jako o sociální politice“ (Colebatch 2005, s. 15). Tvorba sociální politiky je velmi významnou aktivitou národních států, jejímž prostřednictvím je zajišťováno právo na určitý standard kvality života občanů v dané společnosti. Je zřejmé, že „(...) současná evropská sociální politika usiluje prostřednictvím sociálního práva a sociálních institucí o sociální ochranu lidí a tím o ochranu integrity jejich osobnosti“ (Brdek, Jírová 1998, s. 13). V Evropě je zřejmá značná rozmanitost sociálních systémů. Ačkoli se EU podílí na formování sociální politiky, není možné díky značným odlišnostem jednotlivých systémů jít v této oblasti cestou harmonizace. Přesto cíle sociální politiky i na evropské

¹ Sociální doktrína České republiky 2002. Dostupné z <http://www.socioklub.cz/doktrina3.php> [cit. dne 19.7.2010]

² Soft-law je označení pro nezávazná doporučení EU. K jeho prezentaci je využívána např. tzv. Bílá kniha, která obsahuje katalog norem, které by se z pohledu Komise EU měly implementovat v zájmu dosažení určitého cíle.

úrovni zůstávají v popředí a Rada EU pro jejich zachování použila metodu koordinace. Koordinační nařízení Rady EU pro oblast sociálního zabezpečení tyto cíle významně podporují.

Zabezpečení občanů v nemoci a mateřství je nedílnou součástí systémů sociálního zabezpečení všech evropských států. Parametry jednotlivých států se sice liší, avšak vždy směřují alespoň k minimálnímu zabezpečení občana při ztrátě příjmu z výdělečné činnosti v důsledku vzniku některé ze sociálních událostí.

Systém nemocenského pojištění v ČR prochází v posledních letech téměř permanentními změnami. Zásadní zlom nastal vyhlášením nového Zákona o nemocenském pojištění ve Sbírce zákonů v roce 2006. Účinnost zákona byla sice několikrát odložena až na rok 2009, ale i v mezidobí probíhaly pro mnohé téměř revoluční změny systému. Změny sledovaly mimo jiné jednak vyrovnanost příjmové a výdajové stránky systému, ale také zamezení možnosti systém zneužívat³. Jak se zdá, parametry systému však dosud nebyly nastaveny ideálně. Opakující se změny systému, hledání optimálních parametrů a funkčního efektivního modelu stále trvá. Nabízejí se možnosti reformovat systém NP s ohledem na posilování participace a zodpovědnosti pojištěnců při zabezpečování sebe a své rodiny v případě nemoci či mateřství, a nebo hledání tzv. „černých děr“ systému NP, kterými utíkají vzácné peněžní zdroje. Z jiného hlediska je možné usilovat o jednostranné řešení omezující se na snižování výdajů systému (zejména výdajů na dávky), a nebo uplatnění komplexního přístupu, zohledňujícího nejen bilanci systému NP, ale také kvalitu skutečného zdravotního stavu obyvatelstva, podporu prevence a vazbu na ostatní související politiky.

Je zřejmé, že současní politici a vláda s ohledem na poslední legislativní změny preferují vyrovnanost rozpočtů. Politická situace napovídá, že prioritou stávající vlády jsou především nezbytné aktuální zájmy státu související se stabilizací veřejných rozpočtů a v důsledku toho přizpůsobují i podobu systému NP tomuto dominantnímu cíli, mimo jiné snižováním výše vyplacených dávek a tím výdajů systému NP.

Je však pravdou, že i pojištěnci mají své představy o účinném systému nemocenského pojištění. Zájmy pojištěnců však zatím zůstávají v pozadí a nevyslyšeny. Tato práce se pokouší artikulovat názory pojištěnců o kvalitě současného systému

³ Podrobnější informace viz. *Důvodová zpráva k návrhu Zákona o nemocenském pojištění*. Dostupné z: [«http://www.mf-cr.cz»](http://www.mf-cr.cz) [cit.4.9.2004]

nemocenského pojištění v ČR, představy o jeho přiměřenosti, dostupnosti, administrativní zátěži a dalších aspektech. Tato zjištění jsou konfrontována s výsledky analýzy statistických dat a ukazatelů systému nemocenského pojištění.

Jsou zohledněny i zkušenosti občanů ČR, kteří uplatňovali nárok na dávku z cizozemského systému nemocenského pojištění⁴, zejména s ohledem na kvalitu aplikace koordinačních nařízení.

Práce se zaměřuje na postavení pojištěnců - zaměstnanců (tj. osob výdělečně činných ze závislé činnosti), postavením osob samostatně výdělečně činných se tato práce nezabývá.

Na základě zjištěných poznatků je v závěru práce formulována úvaha o optimalizaci parametrů právních norem s ohledem na systém nemocenského pojištění v ČR a aplikaci koordinačních nařízení při uplatňování nároku na dávky.

⁴ V textu práce se hovoří o systémech nemocenského pojištění. Autorka však do obsahu tohoto termínu zahrnuje i ty systémy, které vycházejí z principu zabezpečovacího, nejen pojistného.

1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Nemocenské pojištění je institut, jehož účelem je zabezpečit pojištěnce v případě vzniku některé ze zákonem definovaných sociálních událostí. Různé státy přistupují k tomuto úkolu různým způsobem. Některé poskytují pouze minimální standardy, jiné jsou štedré a velkorysé.

Systém nemocenského pojištění v ČR hledá již několik let optimální parametry, kterými by zabezpečil pojištěnce a současně neplýtvá veřejnými zdroji. Tendence posledních let směřují k permanentnímu snižování procentních sazeb u některých dávek. Statistická data ukazují, že dochází především k poklesu krátkodobých pracovních neschopností, které systém nemocenského pojištění nijak významně nezatěžují, protože nemocenské v letech 2009 a 2010 náleželo od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, od ledna 2011 od 21. dne. Naopak průměrná doba trvání jedné dočasné pracovní neschopnosti za rok 2009 vzrostla na 48,43 dne, což představuje meziroční nárůst o 9 kalendářních dnů. V roce 2010 i přes další restriktivní opatření zůstala délka jednoho případu pracovní neschopnosti téměř stejná jako v roce 2009.⁵ Je důležité si uvědomit, že délka pracovní neschopnosti souvisí také s dalšími systémy. Odráží se v nákladech na zdravotní péči, v nákladech na sociální dávky i na stavu trhu práce.

Z těchto důvodů lze vymezit tři hlavní oblasti, ve kterých je potřeba hledat faktory ovlivňující stav systému NP. Jedná se o oblast ekonomickou, tj. oblast spojenou s objemem prostředků, které se do systému dostanou a které systém vynaloží na výplatu dávek a správní výdaje, dále o oblast morální, tj. hledisko poukazující na skutečnost, zda jsou dávky využívány pouze oprávněnými osobami, především s ohledem na míru zneužívání systému a konečně o oblast zdravotní, tj. hledisko spojené s mírou nemocnosti ve vztahu ke skutečnému zdravotnímu stavu obyvatelstva a podporou prevence při ochraně zdraví.

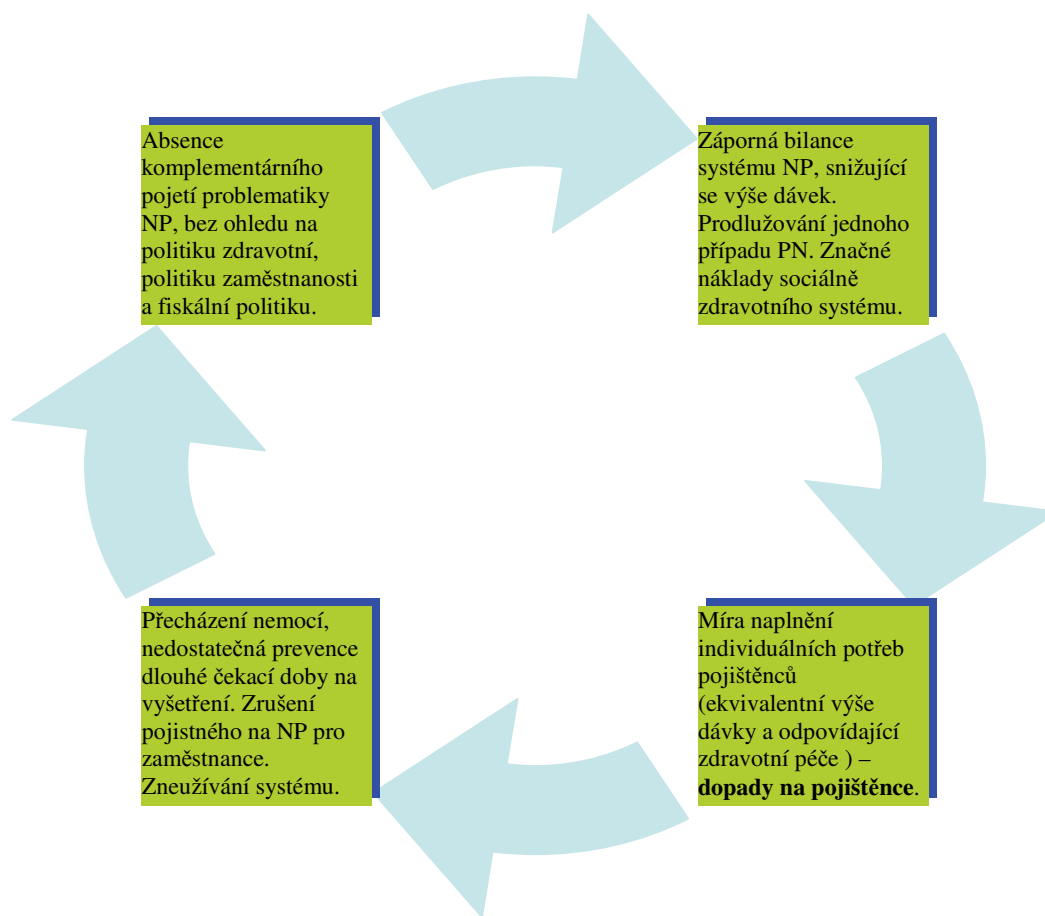
Jak již bylo uvedeno, změny v systému NP se však více méně soustředí pouze na oblast ekonomickou, neboť nejprve byly sníženy sazby pro odvod příspěvků

⁵ *Statistiky*. Dostupné z <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/> [cit. 28.10.2010]

do systému a posléze i výše dávek.⁶ V důsledku toho se nabízejí otázky, zda tato opatření nemají vedlejší efekty, zda lidé s ohledem na nízké dávky nemoci raději nepřecházejí, zda neustálé znevýhodňování pojištěnců nepovede k zanedbávání péče o vlastní zdraví, zda krátkodobé nemoci nebudou zlehčovány a následně nezpůsobí komplikovanější onemocnění vedoucí k nepoměrně vyšším nákladům celého sociálně zdravotního systému. Neméně důležité je, zda se pojištěnci orientují v parametrech systému nemocenského pojištění či zda považují dávky za ekvivalentní svým příjmům a zda je ochrání před chudobou a sociálním vyloučením, jaká je účinnost systému NP při kultivaci lidského potenciálu. Jinými slovy, jaké dopady mají uplynulé a stále ještě probíhající změny systému NP na pojištěnce.

Vymezení problému tedy vychází ze subjektivního pojetí aktérů, ovšem s přihlédnutím k objektivním ukazatelům. Byl použit model strukturace problému dle Duna (Veselý, Nekola, 2007 s. 205). Pohlíží na problém tak, jak jej chápou různí aktéři a jak definují problematická témata. Odráží pohledy na problém jak z obecného hlediska, tak konkrétní formulace problému.

⁶ Důvody jsou podrobně vymezeny v: *Důvodová zpráva k návrhu Zákona o nemocenském pojištění*. Dostupné z: «<http://www.mf-cr.cz>» [cit.4.9.2004]; *Vládní návrh na vydání zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí: Hodnocení regulace (RIA)*. Dostupné z «<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=120&CT1=0>» [cit. 26.10.2010]



Zdroj: Autor

Na dopady změn systému NP, které působí na pojištěnce, je nutné pohlížet i v širokém kontextu. Každá změna parametrů systému NP způsobí i nezamýšlené efekty, které pak z globálního a dlouhodobého hlediska mohou působit kontraproduktivně. Razantní snížení výše dávek sice vede k výrazně nižší nemocnosti⁷, ale již dnes je dle některých ohlasů zřejmé, že nemocní pojištěnci z velké části krátkodobé nemoci přecházejí⁸. Otázkou zůstává, zda a jak se tento jejich přístup

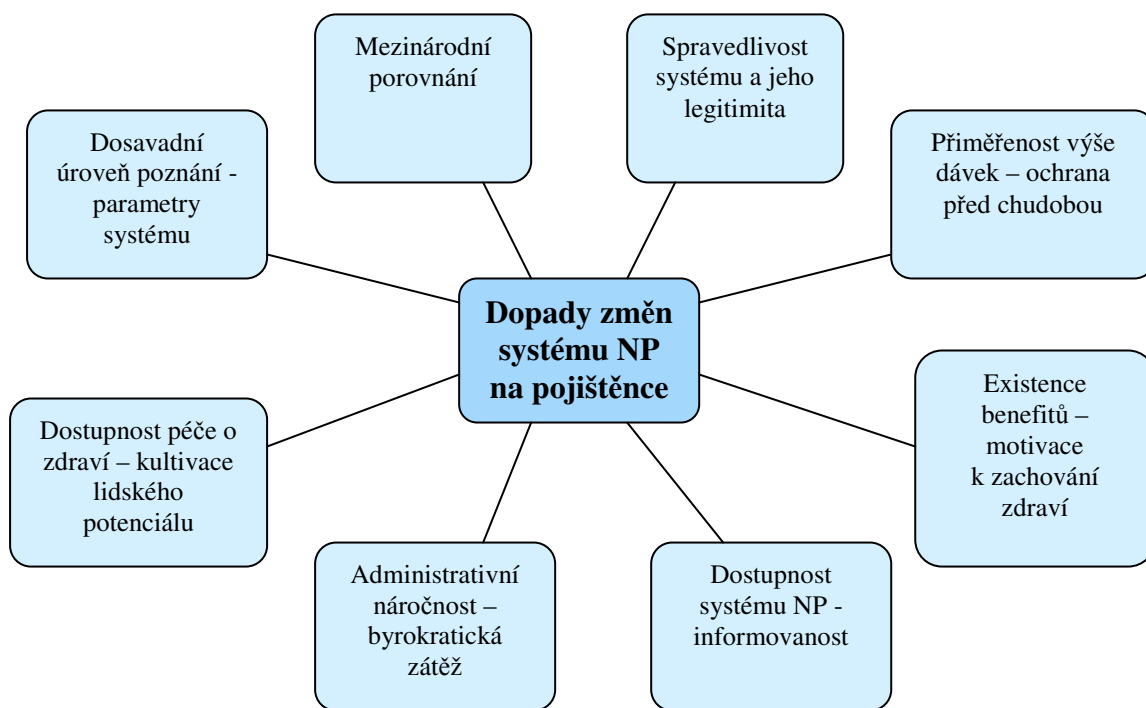
⁷ Ukazatelé pracovní neschopnosti v letech 1993 – 2009. Dostupné z <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2009.htm> [cit. 2.11.2010]

⁸ Jak léčíme chřipku a nachlazení? Tisková zpráva. GfK Czech, 15. 3. 2010 [online] Dostupné z http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/005538/index.cz.html [cit. 27.9.2010]; Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR: Preventivní péče. [online] Dostupné z http://www.uzis.cz/article.php?type=2&mnu_id=6100 [cit. 28.4.2010]; Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2008. [online] Dostupné z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=prakti®ion=100&kind=21 [cit. 28.4.2010]

projeví na jejich zdravotním stavu v budoucnosti, zda tím vzniknou vyšší náklady na zdravotní péči a následně i na dávkové systémy. Někteří odborníci již v tomto duchu vyslovili určité obavy⁹.

Nejednoznačné a diskutabilní parametrické změny zahrnují i zrušení pojistného pro zaměstnance¹⁰ nebo do r. 2010 svobodnou volbu vyměřovacího základu pro OSVČ. Při jejich nastavení nebyla zohledněna vazba na ostatní politiky. Na základě analýzy statistických dat, lze konstatovat, že některé užitečné změny nejsou dostatečně implementovány¹¹, čímž se snižuje efektivita systému.

Na schématu konceptuální mapy lze znázornit hlavní témata, která je nutné sledovat, aby byly postiženy všechny souvislosti nezbytné pro získání komplexního a objektivního přehledu o stanoveném výzkumném problému.



Zdroj: Autor

Veškerá zjištění by měla sloužit jako podklad pro rozhodování o dalším směřování této politiky.

⁹ Tauberová, D., Slouková, K. Lidé chodí do práce nemocní. Riskují své zdraví. *Prostějovský týden*, 3. 2. 2010; Zdraví – Nemocní. *Podnikatel*. 19.2.2010. Dostupné z <http://intranet.cssz.cz/00-3-01-79.htm#n79> [cit.29.10.2010]

¹⁰ Definici zaměstnance stanoví ustanovení § 5 zákona 187/2006 Sb.

¹¹ *Zprávy o činnosti ČSSZ*. Dostupné z <http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/zpravy-o-cinnosti.htm> [cit. 9.10.2010]

2 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem diplomové práce je analýza systému nemocenského pojištění v ČR s ohledem na změny systému, které probíhaly v souvislosti s implementací Zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů a následně Zákona o nemocenském pojištění a dále zjištění dopadů těchto změn na pojištěnce.

Dílčí cíle

- Na základě sekundární analýzy dokumentů a dat vypracovat souhrn poznatků o vývoji změn v systému NP v ČR a dále o jejich příčinách a důsledcích.
- Na základě studia relevantních dokumentů provést analýzu aktérů, kteří mohou ovlivňovat problematiku nemocenského pojištění.
- Na základě sekundární analýzy dokumentů a dat vytvořit stručný přehled základních poznatků o parametrech vybraných evropských systémů NP. Provést komparativní shrnutí poznatků.
- Na základě analýzy koordinačních nařízení Rady EU zhodnotit proces koordinace systémů NP. Demonstrovat praktické dopady koordinace na občany ČR (cizozemské pojištěnce).
- Na základě empirického výzkumu prezentovat dopady změn na české pojištěnce a porovnat je se zkušenostmi občanů ČR, kteří jsou pro případ nemoci zabezpečeni cizozemským systémem pojištění.
- Formulovat úvahu o možném směřování při řešení problému

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky se týkají procesu, fenomenu, aspektu, který je zkoumán. Formulují, co je třeba zodpovědět, abychom dosáhli stanoveného cíle. V úvahu je nutné brát omezení našich zdrojů (Hendl 2005). Na základě těchto atributů byly formulovány následující otázky:

- Jaká jsou pozitiva a negativa změn v systému nemocenského pojištění v ČR z celospolečenského hlediska?
- Jak ovlivňují změny systému nemocenského pojištění v ČR způsob chování pojištěnců ve vztahu k čerpání dávek?
- Jak se projevuje změna systému nemocenského pojištění v ČR na životní úrovni pojištěnců a kvalitě jejich života v době nemoci?
- Jaká pozitiva a negativa spatřují cizozemští pojištěnci v evropských systémech nemocenského pojištění a v koordinačních nařízeních Rady EU?

3 METODOLOGIE A ZDROJE DAT

Výzkumný plán diplomové práce vychází z formulace výzkumného problému, zvoleného přístupu k řešení, ze sběru dat a jejich následné analýzy (Veselý, Nekola 2007, s. 148). Diplomová práce je koncipována jako převážně kvalitativní případová studie analyzující vývoj změn systému NP a jejich dopady na pojištěnce. Práce je doplněna o komparativní analýzu ukazatelů nemocenského pojištění a některých parametrů evropských systémů nemocenského pojištění.

3.1 Přístup k řešení

Pro zpracování diplomové práce byl zvolen přístup smíšeného výzkumu¹², „(...) který říká, že je rozumné sbírat a analyzovat data pomocí několika metod takovým způsobem, že vzniklá směs nebo kombinace dat a výsledků využívá síly a komplementarity jednotlivých přístupů (Hendl 2005, s. 62).

Vzhledem ke snaze porozumět postojům občanů i vývoji systému nemocenského pojištění byl jako stěžejní zvolen kvalitativní výzkum. Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění vyžadující vhléd do maximálního množství dimenzí daného problému, jinými slovy cílem kvalitativního výzkumu je snaha porozumět lidem v sociálních situacích (Disman 2006). Jedna z definic kvalitativního výzkumu říká, že „(...) kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam pokládaný sdělovaným informacím“ (Disman 2006, s. 285). Problematické u kvalitativního výzkumu je, že „(...) standardizace v kvalitativním výzkumu je poměrně slabá, a proto má nízkou reliabilitu. (...) Volná forma otázek a odpovědí však nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu (...)“ (Disman 2006, s. 287).

Kvantitativní přístup byl zvolen v případě analýzy ukazatelů nemocenského pojištění. Kombinace obou metod se pro účely této práce jeví jako optimální. Kvalitativní výzkum, umožňuje mnohem lepší vhléd a uchopení problematiky, kvantitativní výzkum poskytuje důležitá statistická data. Potvrzuje se tím stanovisko,

¹² Zahrnuje kvantitativní i kvalitativní přístup k výzkumu.

kteřé uvádí Zich (2004 s. 101), že oba typy výzkumů „(...) jsou vůči sobě komplementární, tzn. že se doplňují (...)“.

Vzhledem k poměrně velké časové náročnosti výzkumu a následnému vyhodnocování dat byla zvolena následující strategie:

Pro získání přehledu o vývoji systému nemocenského pojištění a koordinačních nařizení bylo nutné prostudovat značné množství relevantních dokumentů, dále provést sekundární analýzu dat, případně již provedených výzkumů (zejména vztahujících se k ukazatelům nemocenského pojištění) a poté uskutečnit rozhovory s vybranými respondenty. V závěrečné fázi byla provedena analýza a posléze syntéza veškerých poznatků, jejich vyhodnocení a interpretace.

3.2 Sběr dat

Techniky sběru dat jsou v podstatě shodné jak pro kvalitativní tak pro kvantitativní výzkum (Zich 2004, s. 103). Tato práce byla zpracována za pomoci několika technik, a to studia dokumentů, sekundární analýzy dat, polostandardizovaného rozhovoru a za použití kazuistik. Zdroje nezbytné pro zpracování této práce vycházejí především z rešerše literatury, která se zaměřuje na problematiku nemocenského pojištění v širokém kontextu, dále z rešerše uskutečněných výzkumů v této oblasti, relevantních statistických dat, odborných článků, internetových zdrojů a textů zveřejněných v médiích získaných prostřednictvím monitoringu médií ČSSZ.

3.2.1 Studium dokumentů

Technika studia dokumentů byla zvolena za účelem získání odpovídajícího přehledu v dané problematice. Jak uvádí Zich (2004 s. 50) „(...) zpracování dostupných písemných materiálů by mělo být zcela nezbytnou součástí přípravy všech sociologických terénních šetření.“

Výběr dokumentů pro účely této práce byl zvolen tak, aby měly vysokou vypovídací hodnotu a aby poskytly relevantní informace. Mezi použité dokumenty patří zejména odborná literatura, výzkumné zprávy, právní normy, dokumenty ČSSZ a MPSV, odborné časopisy a texty vztahující se k problematice NP zveřejněné v médiích. Jejich seznam je uveden v seznamu literatury a zdrojů.

3.2.2 Sekundární analýza dat

Sekundární analýza dat poskytuje rychlý přístup k požadovaným datům. Této techniky bylo využito především s ohledem na možnost rychle získat kvalitní statistické údaje vztahující se k ukazatelům nemocenského pojištění, především nemocnosti pojaté z různých hledisek, a dalších ukazatelů jako jsou příjmy a výdaje systému nemocenského pojištění nebo míra zaměstnanosti, ale také údaje vypovídající o vývoji systému nemocenského pojištění. Byla použita především data správních institucí např. ČSSZ, MPSV, ČSÚ, ÚZIS.

3.2.3 Polostandardizovaný rozhovor

Polostandardizovaný rozhovor byl zvolen pro empirickou část práce. Probíhá, pokud jsou vybraným respondentům pokládány shodné otázky ve stejném pořadí. Respondent však není limitován mantinely odpovědí, je mu ponechána naprostá volnost ve formulacích odpovědí i v jejich obsahu.

Tato práce byla zpracována na základě individuálních rozhovorů s pojištěnci. Respondentům byly kladeny základní shodné předem připravené otázky. Vzhledem k poměrně obsáhlým dotazům si však autor vyhradil možnost bližšího vysvětlení či strukturace dotazu v případech, kdy respondent zcela neporozuměl obsahu otázky a to tak, aby byla zachována neutralita tazatele a aby doplňující otázky nepředjímaly odpovědi. Rovněž v závislosti na charakteru odpovědi byly pokládány další doplňující otázky.

Rozhovory s dalšími aktéry byly vedeny pouze za účelem zjištění souhlasného respektive nesouhlasného stanoviska k závěrům zjištěným na základě studia dokumentů a sekundární analýzy dat.

3.2.4 Kazuistiky

Za účelem dosažení maximálního vhledu do problematiky cizozemských pojištěnců byly využity kazuistiky, popisující situaci jedinců. „*Kazuistika (case study) je ucelená a podrobná studie jedné osoby. Vždy se jedná o záměrnou volbu, vybraný objekt musí mít vlastnosti, které badatel chce sledovat*“ (Kutnohorská 2009, s. 76) Je významným zdrojem pro zprostředkování zkušeností. Primárním zdrojem pro sepsání kazuistik byl

již výše uvedený polostandardizovaný rozhovor doplněný o takové otázky, které nejlépe vedly k získání potřebných informací. Kazuistiky uvedené v této práci mají za úkol doplňovat kvalitativní výzkum ve smyslu detailní ilustrace zjištěných výsledků.

3.3 Omezení výzkumu

Jak již bylo uvedeno, při výzkumu byly použity kvantitativní i kvalitativní metody. Každá z nich má svá pozitiva i negativa. Předností kvantitativního výzkumu je vysoká reliabilita, a proto je možné výsledky zkoumání zobecnit na celou populaci. Nepostihuje však veškeré žádoucí informace, zejména takové, které lze charakterizovat v rovině pocitové. Tyto nedostatky však výborně doplňuje kvalitativní výzkum. S jeho pomocí lze získat velmi validní údaje, avšak není zaručena jejich generalizace na celou populaci.

Určitým omezením výzkumu je nízký počet respondentů, časové a finanční možnosti autora a přípuštění možnosti, že někteří respondenti na některé citlivé otázky neodpovídali zcela korektně. Z výše uvedených důvodů jsou závěry práce interpretovány ve dvou rovinách, a to jednak závěry zjištěné na základě sekundární analýzy dat a závěry zjištěné na základě výzkumu.

4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Prostřednictvím relevantních teoretických východisek lze pohlížet na problematiku NP z různých úhlů. Problém je možné sledovat např. z hlediska ekonomického, sociálního nebo politologického. Jejich prostřednictvím lze klást důraz a primárně sledovat odlišné aspekty problematiky NP. V některých ohledech se mohou různé teoretické koncepty navzájem vylučovat, v jiných doplňovat.

Vybrané, níže uvedené koncepty představují různé pohledy na problematiku nemocenského pojištění, které se vzájemně spíše doplňují, než vylučují. Ve způsobu jejich aplikace se rovněž odráží hodnotová přesvědčení řešitelů politiky a způsob pohledu na problematiku.

4.1 Koncept lidského potenciálu

„Lidský potenciál je soustava dispozic a sklonů člověka k činnosti. Je předpokladem životních činností lidí, jimiž se jako jednotlivci i sociální skupiny uplatňují ve společnosti a mění ji i sebe. Rozvoj lidského potenciálu i možnosti jeho uplatnění jsou závislé na stupni rozvoje společnosti“ (Potůček in Blažek, 1991, s. 12). Jinou definici nabízí Palán. Lidský potenciál definuje jako „Strukturovaný soubor dispozic a předpokladů člověka k výkonu činností. Složky lidského potenciálu bývají členěny následovně: potenciál zdatnostní, kvalifikační, hodnotově orientační, socializační, kreativní. Kvalita a kvantita lidského potenciálu bývá považována za základní složku společenského bohatství.“¹³

Rozšiřování lidského skrytého potenciálu pak Sen (in Potůček 1999) interpretuje jako sociální vývoj. Pracuje s termíny negativní a pozitivní svoboda. Negativní svoboda je definována jako absence omezení, které mohou být přeneseny na jedince. Pozitivní svoboda se projevuje tím, čeho jedinec může či nemůže dosáhnout. Společnost má vůči jedincům závazky vymezující prostor pro uplatňování negativní či pozitivní svobody.

¹³ PALÁN, Z.: *Strategie a rozvoj lidských zdrojů – výkladový slovník*. [online] Dostupné z <http://topregion.cz/index.jsp;jsessionid=3B946730EFD9CB071463ADDE843C7FE3?articleId=2044> » [cit. 26.7.2010]

Lidský potenciál je zdrojem pro rozvoj společnosti (Potůček 1999, s. 14), a proto je v jejím zájmu jej kultivovat. Děje se tak prostřednictvím sociální politiky, obzvláště pak působením státu veřejných sociálních služeb a v návrzích sociálně politických strategií. Bohatší společnosti kultivují lidský potenciál prostřednictvím instituce sociálního zabezpečení (Potůček 1999, s. 30-31).

Lidský potenciál člení někteří autoři na následující složky:

- potenciál zdraví,
- poznatkový a dovednostní potenciál,
- hodnotově orientační potenciál,
- sociálně participační potenciál,
- individuálně integrativní a regulační potenciál,
- tvořivý potenciál (Blažek, 1991, s. 13; Potůček, 1999, s. 21-22).

Pro mnohé ze složek lidského potenciálu je obtížné najít takové ukazatele, jejichž prostřednictvím by se úroveň lidského potenciálu mohla převést do měřitelné podoby.

Výjimku zřejmě tvoří potenciál zdraví. Pro zjištění úrovně jeho kvality lze využít ukazatelů jako úmrtnost, střední délka života, nemocnost, pracovní neschopnost pro poruchu zdraví (Blažek, 1991, s. 15). S ohledem na podrobnější měření nemocnosti se v současnosti využívá následujících ukazatelů: počet ukončených případů dočasné pracovní neschopnosti, počet prostonaných dnů, průměrná doba trvání jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti a další (Laumanová, 2010, s. 17-18).

Určitým ekvivalentem pojmu „lidský potenciál“ je pojem „lidský kapitál“. Vzhledem k trendu prolínání ekonomické a sociální dimenze dochází k přebírání některých názvosloví. Pojem „kapitál“ je pojem ekonomický. Pochází od T. W. Schultze (in Armstrong, 2007, s. 50) „(...) který rozpracoval tento pojem v roce 1981 následujícím způsobem: *Vezměme v úvahu všechny lidské schopnosti, ať již vrozené či získané. Vlastnosti (...), které jsou cenné a mohou být vhodným investováním rozšířeny, budou tvořit lidský kapitál.*“ Avšak již v 70. letech 20. století použil Bourdieu (1998) pojem „souhrnný kapitál člověka“ pro souhrnné vyjádření dispozic, kvalifikací, aspirací, schopností a dalších aspektů, tedy neekonomických vlastností lidí.

„Lidský kapitál (human capital) se týká zdraví, blahobytu a užitečného potenciálu individuálních osob. Tento kapitál zahrnuje jak fyzické tak mentální zdraví, vzdělání,

motivaci a pracovní schopnosti. Tyto elementy přispívají k ekonomickému rozvoji díky produktivní pracovní síle.“¹⁴

Definice lidského kapitálu není jednotná. Podle OECD lze lidský kapitál vymezit jako znalosti, dovednosti, kompetence a jiné atributy, které má člověk k dispozici a využívá je k ekonomické činnosti.

Lidský kapitál ovlivňuje nejen ekonomické atributy, jakým jsou např. hospodářský růst a úspěšnost ekonomiky států, ale také celkovou kvalitu života jedinců i společnosti jako celku, sociální kohezi a zdraví lidí. Lze tedy konstatovat, že ať již budeme hovořit o lidském kapitálu nebo potenciálu, jsou s ohledem na téma této práce důležité jeho dva aspekty. A to potenciál zdraví a vzdělanostní (poznatkový) potenciál. Pokud lidé budou dostatečně vzdělaní, budou si uvědomovat důležitost zdraví a péče o něj. Jedině zdraví lidé, kteří mají dostatečně silný lidský potenciál, jsou zdrojem bohatství celé společnosti. Jedině oni přispívají do systému sociálního zabezpečení, respektive nemocenského pojištění, svými příspěvky a umožňují jeho fungování.

4.2 Sociální politika a sociální zabezpečení jako součást konceptu sociálního kapitálu

Sociální kapitál je specifický pojem zahrnující mnohočetné prvky sociálního systému a jejich vzájemné interakce. Jednoznačná definice je obtížně formulovatelná a záleží na pohledu, ze kterého je na tento pojem nahlíženo (Pileček, 2010). Podle Halperna (2005, s. 2) je možné jako sociální kapitál označit každodenní sítě včetně mnoha sociálních zvyků a závazků, které jsou dané a jež společně dodržujeme. Jako sociální kapitál můžeme podle jiné definice označit veškeré prvky systému a sociálních sítí, které pomáhají jedincům dosahovat jejich cílů. Je podmínkou udržení kvality života v současných společnostech. Vztahuje se k důvěře ve společnosti, politickému systému, právnímu rámci, kultuře společnosti, soudržnosti, důvěře, sociální spravedlnosti¹⁵. Pojem lze použít v řadě disciplín např. v sociologii, ekonomii, „politics“, oblastí týkajících se zdraví, v sociální práci atd. (Field 2003).

¹⁴ BLAŽEK, J., MACEŠKOVÁ, M. CZANK, P. *Model čtyř kapitálů - nová metoda přípravy rozvojových strategií?* Dostupné z <<http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6253746>> [cit. 20.10.2010]

¹⁵ HLOUŠKOVÁ, M., JELÍNEK, K. *Sociální kapitál, sociální přidaná hodnota a sociální audit.* Dostupné z <http://fse1.ujep.cz/materialy/KFU_huncova_UFNO0708hlouskovajelinek2.pdf> [cit. 28.10.2010]

„Sociální politika je zaměřena k tomu, co moderní teorie označuje jako sociální kapitál. Přitom zájem o sociální kapitál sílí nejen mezi těmi, kdož se sociální politikou profesně zabývají, ale i mezi odborníky odlišných profesních zájmů.(...) Sociálně politická opatření, s nimiž je tvorba a kultivace tohoto kapitálu spjata, jsou chtě nechtě vetkána do života a osudů nás všech. (Krebs 2007, s. 11-12)

Významnou součástí sociální politiky, a tím i sociálního kapitálu, a jeho důležitým nástrojem, je sociální zabezpečení. Je to poměrně mladá instituce, která se v Evropě postupně začala formovat na přelomu 19. – 20. století, kdy vlivem procesu industrializace a urbanizace docházelo k nárůstu městského obyvatelstva v dělnických profesích, docházelo k narušení tradiční solidarity, a tím vznikl prostor pro stát, aby kompenzoval existenční závislost jedince na trhu práce (Večeřa 1996, s. 56). Vznikala tak potřeba zabezpečení obyvatel v takových situacích, které občanům znemožňují obstarat si prostředky na obživu prací. Jednalo se především o nemoc, úraz, invaliditu a stáří. Ve svých prvopočátcích systém zajišťoval jen vybrané kategorie obyvatel a pouze výše uvedené rizikové situace, ke kterým postupem doby přibývaly další. „Nejstarším systémem sociálního pojištění je nemocenské pojištění (1881, pojištění úrazové (1883), starobní a invalidní dělnické pojištění (1889). (...) Nejmladšími odvětvími sociálního pojištění jsou: pojištění v nezaměstnanosti (1911) (...) a přídatky na děti (1924)“ (Tomeš 2010, s. 84-85).

V současném pojetí je sociální zabezpečení součástí sociální ochrany¹⁶, kterou poskytuje stát svým občanům v rámci sociální politiky. Pojem sociální zabezpečení je však v různých zemích a různými autory chápán různým způsobem (Večeřa 1996, s. 86-88; Rys 2004, s. 12-13 in Munková a kol., 2004). Tomeš (2010, s. 31-32) hovoří o sociální bezpečnosti (anglicky *social security*) a o sociálním zabezpečení (rusky *социально-обеспечение*), přičemž každému z pojmů přiznává poněkud odlišný význam a původ. Sociální bezpečnost charakterizuje jako výsledný stav, sociální zabezpečení jako úsilí směřující k určitému stavu. Oba pojmy však podle Tomeše zahrnují jen soustavy obligatorních veřejnoprávních služeb, na něž má občan nárok ze zákona.

¹⁶ Termín sociální ochrana je intenzivněji používán s přijetím Maastrichtské smlouvy (1992). Sociální ochrana zahrnuje všechny soustavy – obligatorní i fakultativní, sociální zabezpečení pouze fakultativní „V současné době někteří odborníci pod sociální ochranu zahrnují preventivní aktivity jako veřejné zdravotnictví, bezpečnost práce a regulaci pracovní doby v pracovním právu, ochranu proti diskriminaci a prosazování rovných příležitostí a další činnosti, které chrání před vznikem sociálních událostí.“ (Tomeš, 2010, s. 33). Podrobnější vymezení pojmu sociální ochrany a pojmu sociálního zabezpečení uvádí také Tröster a kol. (2005).

Sociální zabezpečení lze také „ (...) chápat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí občanů“ (Krebs 2002, s. 126). Potůček (1995, s. 69) vymezuje sociální zabezpečení „(...) souborem právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření, jejichž cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální důsledky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva, nebo takovým životním situacím předcházet.“

Tyto cíle jsou plněny prostřednictvím institucí, které poskytují radu, ochranu, materiální a peněžní plnění, služby a azyl k uspokojení sociálních potřeb jedinců (Krebs 2002, s. 143).

Sociální události a situace, které řeší současné systémy sociálního zabezpečení ať již formou pojišťovací nebo zabezpečovací se týkají nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele (Tröster a kol. 2005).

4.2.1 Sociální zabezpečení a jeho legitimita

Legitimita je termín vyjadřující určitou oprávněnost, a to na základě jistých zásad, určitého pojetí hodnot (Akademický slovník 2001). Podle Giddense (2005, s. 334) „slovo legitimní znamená, že osoby podléhající autoritě vlády jsou s tímto stavem srozuměny.“ Legitimita je v současné době velmi často spojována s legalitou, tedy se zákonným oprávněním, formální zákonností. S ohledem na sociální zabezpečení se uplatňují oba atributy – legitimita i legalita.

Legalita se uplatňuje v kodifikaci norem upravujících systém sociálního zabezpečení, legitimita souvisí především s převládajícími a historicky podmíněnými hodnotami dané země. Je upřednostňována buď individuální zodpovědnost jedince vycházející z protestantské etiky¹⁷ nebo solidární přístup a sounáležitost mající kořeny v katolické etice. Projevuje se zejména tím, jaký typ či prvky sociálního státu, respektive systému sociálního zabezpečení, se v té které zemi uplatňují – zda se jedná

¹⁷ Základní hodnoty, ze kterých vychází protestantská etika, jsou práce (katolíci ji považovali za trest boží), dále šetrnost, spořivost a ochota investovat, zisk a bohatství, minimalizace omezování vlastnických práv (podrobněji Weber, 2002).

o liberální typ, konzervativní typ, sociálně demokratický typ nebo jižní typ sociálního státu (Čabanová, Munková 2005, s. 254-255 in Potůček a kol. 2005).

Dnešní podoby sociálních států však zcela nekopírují typy států uváděné v odborné literatuře. Dochází k prolínání jednotlivých systémů a vyhraněné teoretické podoby sociálního státu patrně neexistují (Večeřa 1996; Potůček 1999; Tomeš 2001, Krebs a kol. 2007). Podoby sociálních států v posledních desetiletích do určité míry reflektují stav hospodářské situace států, míru životní úrovně, nezaměstnanosti, sociální nerovnosti či ohrožení chudobou (Valentová, Sirovátka 2002, s. 6-8). Rovněž se zde odráží selhávání institucí jako je rodina nebo trh práce. Dochází k preferenci individualizace a ke změně hodnotových orientací. (Směřování české 2005, s. 26-27).

Jako aspekt legitimacy sociálních států uvádí Boulding (1989, in Valentová, Sirovátka 2002, s. 5-6) úlohu klíčových sociálních aktérů. Aktéři s oprávněním rozhodovat získávají dle mínění autora legitimitu pouze tehdy, pokud jejich rozhodnutí bylo vyvoláno jedinci či skupinami, které veřejnost přijímá jako legitimní.

V souvislosti s ekonomickou krizí, se zpomalením ekonomického růstu a dalšími faktory, se poprvé v 70. letech 20. století začalo hovořit o krizi sociálního státu způsobované neúměrným růstem veřejných sociálních výdajů, ztrátou efektivnosti sociálního státu v důsledku složitých redistribučních mechanismů, ztrátou sociálního konsenzu s ohledem na rovnost občanů při uspokojování sociálních práv a uplatňování sociální solidarity, a také s ohledem na demografické změny společnosti (Večeřa 1996, s. 62-63). Teorie přetíženého státu a krize legitimacy pak reflektují tento stav přetrvávající do dnešních dnů. **Teorie přetíženého státu** vychází z premisy, že sociální státy si berou za své více úkolů, než kolik jsou schopny uskutečnit. Politické strany získávají voliče díky příslibům různých výhod a služeb, které po zvolení nejsou schopny realizovat (Etzioni, Halevy, in Giddens, 2005, s. 345). Odlišnou teorii předkládá Habermas a Offe (in Habermas 2000, s. 96). Hovoří o **krizi legitimacy**. Habermas (2000, s. 90) vidí souvislost krize legitimacy s krizí ekonomickou. „*Tím, že byla ekonomická krize zadržena a přetvořena v systematické přetížení veřejných rozpočtů, odhodila závoj přirozeného údělu společnosti. Jestliže státní řízení krizí selhává, není stát schopen dostát programovým nárokům, které si sám klade. Trestem za toto selhání je ztráta legitimacy, takže se hroutí prostor jednání právě v oněch okamžicích, kdy by měl být výrazně rozšířen.*“ Offe (in Habermas 2000, s. 96) předpokládá, že vlády mají potíže zajistit si takové příjmy, aby byly schopny vykonávat

úkoly, ke kterým se zavázaly. Vzhledem k tomu, že vlády jsou nuceny poskytovat služby, které z důvodu nedostatečné výnosnosti nejsou soukromé společnosti ochotny poskytovat, musí vlády zvyšovat daně, což se setkává s odporem veřejnosti. Vlády se pak nedokážou s těmito protichůdnými požadavky vyrovnat. Ztrácejí podporu veřejnosti, dochází k deziluzi a následně ke krizi legitimacy.

Obě teorie mají společné prvky, a to názor, že nárůst požadavků подрývá autoritu státu a podporu politických stran, vlády pak mají potíže uskutečňovat své sliby. Řešení však nabízejí odlišná. Podle teorie přetíženého státu by se mohla jevit užitečnou snaha omezit výdaje. Podle druhé teorie se v důsledku omezení výdajů zhorší sociální konflikty plynoucí z nedostatku prostředků na poskytování služeb (Giddens 2005, s. 346). Giddens dochází k závěru, že teorie přetíženého státu má zřejmě nižší vypovídací hodnotu než Habermasova teorie. Podle této teorie „ (...) *majetnější vrstvy mají pocit, že na přerozdělování nejvíce doplácí, a proto se v mnoha zemích odehrávají trvalé spory (...)*“ (Giddens 2005, s. 346), např. o podobu systému sociální ochrany.

4.2.2 Právo sociálního zabezpečení

Právní vztahy v systémech sociálního zabezpečení jsou založeny na pojistném nebo zabezpečovacím základu. V těchto dvou modelech je zohledněn způsob financování systémů sociálního zabezpečení¹⁸ a rovněž míra uplatnění sociální solidarity.

Základními principy, které se v právu sociálního zabezpečení uplatňují, jsou komplexnost (úplnost zabezpečení), univerzalita (osobní rozsah pokrývá všechny občany), uniformita (rovnost pravidel), adekvátnost (přiměřenost sociálním potřebám), sociální garance (poskytnutí garance plnění), sociální solidarita (solidarita s nízkopříjmovými a ekonomicky neaktivními občany), participace (podpora a rozvoj spoluúčasti občanů při řešení sociálních událostí) sociální spravedlnost (Krebs 2007, s. 174-176).

„Subjektivní právo na sociální zabezpečení patří mezi sociální práva, která je stát povinen realizovat tak, aby jejich naplněním společně s ostatními lidskými právy zajistil

¹⁸ Pojistný model získává zdroje z pojistného skládajícího se z příspěvků zaměstnance i zaměstnavatele. Zabezpečovací model je financován z daní. V Evropě převládá pojistný model (více např. Krebs a kol. 2009, s. 31-32)

důstojnost a svobodný rozvoj osobnosti člověka“ (Tröster a kol. 2005, s. 60). Právo sociálního zabezpečení v ČR „ (...) je souhrnem právních norem které upravují společenské vztahy mezi subjekty při poskytování hmotného zabezpečení občanům, kteří pomoc potřebují a stát situace, do které se dostali, uznává“ (Černá, Trinnerová, Vacík 2002, s. 15). Základní právní vztahy se týkají poskytování zdravotní péče, nemocenského pojištění, důchodového pojištění, podpory v nezaměstnanosti, poskytování státní sociální podpory, služeb a dávek sociální pomoci.

„*Sociální politika Evropské unie je základem pro tvorbu sociálního práva EU*“ (Tomeš, Koldinská 2003, s. 31). Sociální právo v EU je relativně nová kategorie. Oproti některým společným politikám EU, které jdou cestou harmonizace, se v oblasti sociální politiky místo dříve užívaného pojmu harmonizace zavádí pojem „sociální soudržnost“ (Hanstrais 1995, s. 23). Pojem „sociální soudržnost“ odpovídal lépe posunu v uvažování o sociální politice¹⁹.

Sociální právo EU zahrnuje právní normy upravující určité aspekty sociální ochrany, zejména sociální práva obyvatel členských zemí EU, jejich ochranu a záruky uplatnění (Tomeš, Koldinská 2003, s. 79-80). „*Cílem EU v sociální oblasti je proto zajistit ve všech členských zemích určitý minimální sociální standard, přičemž se ponechává na vůli a možnostech jednotlivých zemí dostat se nad tuto úroveň*“ (Brdek a kol. 2002, s. 14). Při tvorbě právních norem sociálního práva EU se ve značné míře uplatňuje zásada subsidiarity a otevřená metoda koordinace.

Je zřejmé, že pojem a obsah sociálního zabezpečení lze interpretovat mnoha různými způsoby. Jeho interpretace se však shodují v tom, že tato instituce pomáhá překonávat složité životní situace lidí a zastává nezastupitelné místo v současné společnosti, mimo jiné i z toho důvodu, že eliminuje chudobu a nerovnosti ve společnosti a podporuje kultivaci lidského potenciálu.

4.3 Koncept nerovnosti a chudoby

S ohledem na historický vývoj lze konstatovat, že nemoc a chudoba jsou jedněmi z nejstarších sociálních událostí (Tomeš 2001, s. 152). Oba fenomény spolu v minulosti

¹⁹ V článku 2 Maastrichtské smlouvy (1992) jsou uvedeny mimo jiné následující cíle: vysoká míra zaměstnanosti a sociální ochrany, rostoucí životní standardy a kvalita života a ekonomická a sociální soudržnost a solidarita mezi členskými státy.

do určité míry souvisely. S nástupem nemoci lidé ztráceli možnost obživy a stávali se chudými, mnohdy ohroženými na životě. Toto pojetí chudoby v souvislosti s nemocí již není v evropském kontextu příliš relevantní. Ačkoli nerovnosti v dostupnosti zdravotní péče jsou celosvětově zřejmé, v Evropě lidé již neumírají hladem nebo z důvodu nedostatečného zabezpečení v případě nemoci. Chudoba je spíše spojována s nerovnostmi, deprivací a nedostupností (Tomeš 2001, s. 152). Je vnímána odlišně jedinci, veřejností, institucemi. Krebs (2007 s. 108) rozlišuje koncepty chudoby následovně:

- A) **subjektivní chudoba** (je založena na hodnocení vlastní životní situace jedincem či domácností),
- B) **objektivní chudoba** (vychází z analýz sociálněekonomických informací o souborech domácností a je zpravidla stanovena určitou autoritou, většinou státem),
 - a. **absolutní chudoba** (je dána substitučním minimem, které umožňuje pouze uhradit potřeby na holé přežití v dané společnosti),
 - b. **relativní chudoba**. (je obvykle dána vzdáleností od jistého, zpravidla průměrného životního standardu ve společnosti. Člověk sice uspokojuje běžné základní životní potřeby, ale současně se cítí v určitém smyslu deprivován a ze společnosti vyloučen.

Krebs (2007) dále hovoří o dalších konceptech. Tzv. „moderní chudoba“ se objevuje v současných společnostech. Pojímá ji jako chudobu relativní. „Stará chudoba“ souvisí s neschopností pracovat v důsledku stáří, nemoci apod. „Nová chudoba“ je spojována s pozicí lidí na trhu práce, zejména s dlouhodobou nezaměstnaností.

Chudoba a nerovnost jsou termíny, které k sobě mají poměrně blízko. Nerovnost může být příčinou chudoby, ale také chudoba může být příčinou nerovnosti a diskriminace.

Nerovný přístup ke vzdělání, na trh práce, nerovnost v bohatství, ve schopnostech a mnoha dalších atributech může přinejmenším znevýhodňovat jedince. V krajních případech je může dovést až na okraj chudoby. *„Chudobu lze chápat jako výraz extrémní nerovnosti, respektive jako distanci určité části populace nejen od bohatých, ale i od celého zbytku populace. V současném světě se nerovnost i chudoba stále generují a roztržka mezi bohatstvím a chudobou narůstá jak v globálním (chudé a bohaté státy), tak i v národním měřítku (chudí a bohatí občané)“* (Mareš 1999, s. 39).

Podle Mareše (2002, s. 31) je chudoba sociální konstrukt. Vzhledem k tomu, může být různým způsobem interpretována. Základní rozlišení spatřuje v rozdělení chudoby na chudobu absolutní a relativní. V evropském kontextu se však vyskytuje spíše chudoba relativní. Tomeš (2001, s. 152-153) definuje absolutní chudobu jako stav, kdy není možné uspokojovat základní životní potřeby. Relativní chudobu pak jako „ (...) stav, v němž jedinec, rodina nebo sociální skupiny uspokojují své potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti (státě)“ (Tomeš 2001, s. 153).

V rozvinutých zemích je chudoba vnímána jako neschopnost či nemožnost jedinců participovat na životě v dané společnosti, jako vyloučení z obvyklého způsobu života (Mareš 2002, s. 32). Evropská komise definovala ve své zprávě chudobu a sociální vyloučení následovně: „*Pojmy chudoba a sociální vyloučení označují situaci, kdy je lidem znemožňována jejich plná participace na ekonomickém, sociálním, politickém a občanském životě a když jsou jejich příjem a další zdroje (osobní, rodinné či kulturní) do té míry neadekvátní, že je vylučují ze standardu a kvality života, považovaného ve společnosti, v níž žijí, za akceptovatelný*“ (European Commission in Pojetí sociální, 2005, s. 61).

Chudoba může potkat v průběhu života každého člověka. S ohledem na téma této práce může být příčinou chudoby souhra různých náhod, jako například delší nemoc nebo úraz živitele rodiny, či mateřství osamělé matky v souvislosti s povinností dostát finančním závazkům. Zabezpečení občanů v případě nemoci a mateřství pomáhá potlačovat projevy tohoto fenoménu. Právní normy pak garantují rovný přístup zákonem definovaných osob ke zdravotní péči a k nároku na nemocenské a mateřské dávky. Osoby, které nemají nárok na zabezpečení z pilíře sociálního pojištění, jsou zajištěny z pilíře státní sociální podpory, a nebo z pilíře sociální pomoci.²⁰

Chudoba, která může vzniknout v důsledku zdravotních komplikací, však bude ve většině případů definována jako chudoba subjektivní. Jandourek (2008, s. 174-175) definuje subjektivní chudobu jako pocit člověka, který se cítí nespokojen, protože kolem sebe vidí lidi bohatší. Lze hovořit o relativní deprivaci či zažívání pocitu nižšího sociálního postavení. Jedinec porovnává svojí situaci a spotřebu se spotřebou bohatých,

²⁰ Systém sociálního zabezpečení v ČR lze členit na tři základní pilíře (neboli podsystémy). Pilíř sociálního pojištění řeší situace, na které se občané mohou připravit (důchodové pojištění, nemocenské pojištění). Pilíř státní sociální podpory je zaměřen především na podporu rodin s dětmi. Pilíř sociální pomoci (péče) řeší závažné životní situace, stavy hmotné nouze a poskytování sociálních služeb (více např. Krebs a kol., 2007).

výjimečně s průměrnou spotřebou, a cítí se v porovnání s nimi chudý. Tyto pocity pak mohou vést k vnímání vlastní pozice ve společnosti jako nerovnocenné, tudíž k pocitu sociálního vyloučení (exkluze).

„Boj proti sociální exkluzi, snaha o sociální inkluzi a posilování sociální koheze jsou součástí sociálního modelu Evropské unie, jenž je založen na společně sdílených hodnotách, přestože se sociální politiky jejich členských zemí v mnohém významně liší“ (Pojetí sociální, 2005, s. 68)

Nemocenské pojištění jako součást sociálního zabezpečení, je jedním z dílčích atributů, kterým lze úspěšně zasahovat proti rozmachu fenoménů, jakými jsou sociálně-ekonomické nerovnosti, chudoba a sociální vyloučení. Cílem téměř každého národního státu je eliminovat dopady chudoby a nerovností, případně preventivně působit a omezit nerovnosti samotné. Evropská unie zaujímá obdobné stanovisko. Princip rovnosti se snaží v rámci svých možností uplatňovat a tudíž *„(...) je obsahem Evropských prozatímních dohod o sociálním zabezpečení a úmluvy MOP č. 118 o rovném nakládání s cizinci jako s vlastními občany“* (Arnoldová 2004, s. 53). Tento princip rovněž zakotvuje v Nařízení Rady č. 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 884/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, čímž přinejmenším zaručuje rovné zacházení všem jedincům, bez ohledu na jejich státní příslušnost a jiná kritéria při uplatňování nároku na sociální ochranu nejen ve státě bydliště či ve státě pojištění.

I EU vyvíjí aktivity při prosazování sociální ochrany a sociálního začleňování. *„Podporuje modernizaci systémů sociální ochrany s cílem zajistit sociální spravedlnost pro všechny a prosadit aktivní zapojení všech do společnosti“* (Joint Report 2009, s. 7)²¹, například tím, že provádí kampaň která má na problematiku chudoby a sociálního vyloučení upozornit veřejnost, podnítit zájem a aktivity národních vlád, municipalit a občanské společnosti k podpoře soudržnosti ve společnosti a přijmutí individuální odpovědnosti. Cílem je vytvoření soudržnější společnosti s rovnými příležitostmi pro každého.

²¹ vlastní překlad

Ačkoli není primárním cílem nemocenského pojištění potlačování nerovnosti a chudoby, významně přispívá k jejich eliminaci a je jednou z cest jak kultivovat lidský potenciál.

4.4 Teorie organizace a byrokracie

„Formální organizace mají v nejrůznějších sférách života společnosti podobný efekt – snižují míru nejistoty, které museli po větší část 19. století čelit nejen dělníci a nižší sociální vrstvy nijak nepojištěné vůči sociálním rizikům. (...) Formální organizace představují uměle vytvořený nástroj koordinace aktivit většího počtu lidí za určitým pevně stanoveným cílem“ (Keller 2007, s. 8-9). Ovlivňují náš život ještě dříve, než se narodíme, a to např. doporučenými lékařskými prohlídkami matek a někdy i otců, evidencí každého narozeného dítěte, dále povinným očkováním a mnoha dalšími úkony. Formální organizace nás provázejí celým naším životem. Ne vždy je tato jejich přítomnost přínosem pro jedince. Dokážou nám upírat právo svobodně rozhodovat o některých záležitostech a vynucují si plnění určitých úkonů (Giddens 2005, s. 288-289), např. placení daní či pojistného nebo dodržování léčebného režimu.

„Všechny rozsáhlé organizace mají podle Webera byrokratickou povahu“ (Giddens 2005, s. 290). Pod pojmem byrokracie si lze představit mnoho rozličných významů tohoto termínu. Škála jejich vnímání pokrývá široké spektrum od pozitivního pojetí prezentujícího racionální chod velkých organizací (Keller 2007, s. 11-12.), přes neutrální hledisko, pod kterým byrokracii chápeme jako hierarchický systém nadřízenosti a podřízenosti (Jandourek 2003, s. 88), až po negativní chápání byrokracie, pod kterým si většina lidí představuje systém, který komplikuje život nejen občanům (Keller 2007, s. 128). *„Byrokracie, která nesporně zneprjemňuje lidem život, je jen vedlejším důsledkem činnosti těch velkých a komplexních organizací, které lidem civilizovaný život na dnešní úrovni vůbec umožňují“* (Keller 2007, s. 12).

Podle Kellera (2007, s. 11), se běžná kritika byrokracie dopouští té chyby, že uděluje negativní nálepku všemu, co je na činnosti organizací posuzováno negativně. Veřejnost pak má tendenci vnímat byrokracii především v jejím negativním slova smyslu jako systém rigidní, nepřizpůsobivý novým požadavkům, který lpí na stanovených postupech bez ohledu na jejich efektivitu. Byrokracie, díky striktním pravidlům, potlačuje kreativitu úředníků, ačkoli je možné, že díky určité míře kreativity

by organizace mohly dosahovat lepších výsledků. Na druhou stranu „(...) byrokracie je vedlejším důsledkem snahy ochránit správní aparát před jeho vlastními úředníky“ (Keller 2007, s. 12).

„Rozvoj byrokracie se všemi jejími negativními rysy je doprovodným jevem lidského úsilí o stále účinnější koordinaci společné činnosti ve velkém měřítku“ (Keller 2007, s. 11). Problémem formálních organizací se tedy stává skutečnost, že účel, pro který vznikaly, bývá jejich vlastní činností potlačen. Je však nutno podotknout, že ačkoli byrokracie v očích veřejnosti převážně nenalézají kladnou odezvu, její úloha v procesu zajištění sociální ochrany občanům je nezastupitelná.

4.4.1 Vybrané koncepty teorie byrokracie

Problematice formálních organizací a byrokracie se v sociologické literatuře věnovala řada autorů. Za klasika teorie byrokracie lze považovat **Maxe Webera**. Hovořil o tzv. ideálním typu byrokratické správy, který odvozuje od výkladu legálního panství.²² Typickými znaky byrokratické správy jsou:

- hierarchický systém pravomoci a rozhodování,
- rozhodování probíhá podle neosobních racionálních pravidel,
- pevně stanovené kompetence řádně vyškolených úředníků – dělba práce a specializace úředníků,
- striktní oddělení služební a soukromé sféry úředníků.

Byrokratickou správu viděl jako vysoce racionální alternativu tradičních forem správy jako neúčinnější a nejracionálnější způsob řízení společnosti. Stává se nástrojem vedoucím k různorodým ekonomickým a politickým cílům. Dokonalá byrokracie je podle Webera podmínkou ekonomického rozvoje (Weber 1997).

Některá Weberova tvrzení si však našla své oponenty, např. v R. K. Mertonovi či M. Crozierovi.

Robert K. Merton vyjádřil souhlas s Weberovou deskripcí charakteristik byrokratického systému, avšak nesouhlasil s tvrzením, že racionální způsob řízení vede

²² Weber rozlišuje tři typy panství na základě toho, co zajišťuje legitimitu moci: tradiční, charismatické a legální panství. Legitimita tradičního panství je dána původem vládce, legitimita charismatického panství určují osobní charakteristiky a schopnosti vládce, legitimita legálního panství je dána stanovenou procedurou, kterou se vládce dostane k moci. Ryzí typ legálního panství spočívá na byrokratickém správním aparátu s odbornými znalostmi (více např. in Keller 2004, s. 274-277).

k účinnosti organizace. Merton přišel s termínem dysfunkce a tvrdil, že opatření, která podle Webera vedou k účinnosti, naopak způsobují pokles výkonnosti organizace. Hovoří především o rutině v postupech úředníků, která se mění v rituály. Rituální chování (příliš disciplinovaných) úředníků má souvislost s dysfunkčním charakterem organizace jako celku. Tvrdí, že Weberovy principy, které měly být zárukou efektivního fungování byrokracie, jsou naopak dysfunkční. (Merton 2007, s. 182-186)).

Michel Crozier (in Keller 2007) v určitém ohledu navazuje na Mertonovu kritiku. Úředníky prezentuje jako „spolupachatele“ s promyšlenou taktikou profitující z dysfunkčního fungování organizací. *„Podle Croziera, byrokracie vedle toho, že nesporně blokuje iniciativu a účinnost, blokuje i případné snahy úředníků získat pod svou osobní kontrolu prostředky, jež jim byly svěřeny. To je jeden z důvodů, proč si byrokracii ponechávají i ty společnosti, které jinak lpějí na produktivitě, účinnosti a ekonomii“* (Keller 2007, s. 133-134). Byrokratická organizace je podle Croziera taková, která nereflektuje vlastní chyby, neopouští chybná pravidla, ale naopak na nich ještě více lpí (Keller, 2007, s. 56-57). Crozier (in Pomahač, Vidláková, 2002) kritizuje Weberův hierarchický model z toho důvodu, že *„(...) centralizace rozhodování znamená přetížení center, dále izolovanost mezi hierarchickými kategoriemi, vyvolávání četných konfliktů mezi jednotlivci na stejné hierarchické úrovni, mezi přímými podřízenými a nadřízenými i mezi subjekty na různých úrovních“* (Pomahač, Vidláková 2002, s. 74). Výsledkem je „zablokovaná společnost“ chránící úředníky před odpovědností a stále se opakujícími nedostatky.

Formální organizace a byrokracie jsou nezbytnou součástí soudobých společností. Je zřejmé, že současné společnosti se bez formálních organizací a byrokracie neobejdou. Zaručují určitý řád, systém, hierarchii, pravidla. Různí autoři se však v názoru na byrokracii v některých aspektech rozcházejí. Weber byrokracii považuje za známku či synonymum efektivity. Merton sice souhlasil s Weberovým popisem byrokracie, ale spojoval ji více s dysfunkcí, nikoli s efektivitou. Crozier Mertonova tvrzení dále rozvíjel.

Veřejnost vesměs vnímá byrokracii v jejím negativním pojetí a zřídka jí přiznává pozitivní úlohu. Je však nutné si přiznat, že ve společnosti formální organizace a byrokracie zastávají nezastupitelné místo. V případě systému sociálního zabezpečení,

případně zabezpečení v nemoci a mateřství, zastávají velmi důležitou úlohu při řešení sociálních událostí občanů.

5 ZABEZPEČENÍ ZAMĚSTNANCŮ V NEMOCI A MATEŘSTVÍ V EVROPSKÝCH ZEMÍCH

Nemocenské pojištění v různých podobách je součástí systémů sociálního zabezpečení všech evropských států. Jeho úkolem je zabezpečit jedince v případě vzniku sociální události spojené s nemocí, úrazem nebo mateřstvím. Nemocenské dávky poskytované z těchto systémů lze členit na dvě hlavní kategorie, tj. peněžité dávky a věcné dávky. V mezinárodní terminologii je termín nemocenské dávky (sickness benefit) univerzální pro obě kategorie dávek. V rámci tohoto termínu se dále rozlišují peněžité dávky v nemoci (sickness benefit in cash) a věcné dávky (sickness benefit in kind), tj. lékařské ošetření, hospitalizace, léky atp. (Sociální zabezpečení 2009). Některé státy Evropy poskytují peněžité i věcné dávky z jednoho systému NP (např. Německo, Rakousko), jiné (např. ČR, SR) využívají v podstatě dva samostatné systémy, a to systém NP a systém zdravotního pojištění. Některé státy financují nemocenské pojištění přímo z daní v rámci státního veřejného pojištění (např. Španělsko).

„Základní požadavky na systém nemocenského pojištění lze vymezit poměrně široce. Očekávání s ním spojená jsou zejména v rovině požadavku na relativně spravedlivý, společností akceptovaný systém, který obsahuje dostatek ekonomických a motivačních mechanismů, jeho úprava je stabilní, avšak dostatečně moderní, dynamická, obsahující možnost akceptace trendových vývojových prvků či preferující ekonomicko-politický vývoj, s přiměřenou mírou sociálně ochranných prvků a solidarity a samozřejmě v neposlední řadě s požadavkem na vysokou míru efektivity systému, tedy systému nezneužívaného proti jeho účelu, samoufinancovatelného apod.“ (Krejčí 2009, s. 17).

Podoby systémů NP jsou však závislé na několika faktorech. Nejvýznamněji se na podobách jednotlivých systémů odráží historická zkušenost, sdílené hodnoty, politický vývoj, tradice a potřeby obyvatel dané země (Krebs 2007; Koldinská, Pikorová, Švec, Tomeš 2007). Jako další dominantní faktory ovlivňující systém NP lze označit úroveň ekonomiky (zejména s ohledem na vývoj HDP, míru inflace a vývoj mezd), míru nezaměstnanosti (při vysoké nezaměstnanosti klesá počet pojištěnců a tím i poplatníků pojistného), demografický vývoj (citlivost na věkovou strukturu obyvatelstva) a s ním související zdravotní stav obyvatelstva. V Evropě lze „(...)

identifikovat nejméně čtyři modely řešení s odlišnými doktrínami, i když se technické nástroje podobají“ (Koldinská, Pikorová, Švec, Tomeš 2007, s. 12). Přesto všechno různé systémy vykazují shodné rysy také proto, že jejich právní úpravy a jejich aplikace jsou ovlivněny evropským právem. Priority systémů mohou být rovněž determinovány trhem (Pieters 2003), tedy nabídkou a poptávkou. Pro evropské sociální systémy je společné poměrně vysoké daňové zatížení, respektive vysoké zatížení povinných odvodů na zdravotní a sociální pojištění v závislosti na způsobu financování. Tento aspekt brzdí konkurenceschopnost evropských států v porovnání s mimoevropskými členskými státy OECD (např. USA, Austrálie, Japonsko, Kanada), jejichž výdaje sociální povahy jsou podstatně nižší²³.

Výdaje na dávky nemocenského pojištění a na zdravotnictví v Evropě tvoří druhou největší položku z celkových sociálních výdajů. Pohybují se nejčastěji v rozmezí od 15 % z celkových sociálních výdajů u většiny zemí (např. Rakousko, Belgie, Finsko, Lucembursko) do 31 % v Portugalsku. Irsko, které vydává až 43 % sociálních výdajů na nemocenské dávky a zdravotnictví, se s ohledem na paritu kupní síly na 1 obyvatele dostává pod průměr EU – 15. Obdobná situace je i u Velké Británie. Nejvelkorysejší výdaje na nemocenské dávky a zdravotnictví v relaci k počtu obyvatel jsou v Lucembursku a Švédsku²⁴.

Charakter nemocenského pojištění jednotlivých států lze odvodit od míry refundace mzdy na tři typy: univerzalistický přístup zajišťující vysoký standard, přístup závisející na výkonu v zaměstnání, a nebo zabezpečení na úrovni minimálních standardů. Zvláštnosti historického vývoje se pak odrážejí v dalších aspektech jako např. na tradici vyjednávání mezi zaměstnanci a zaměstnavateli, na podpoře prevence nebo její ignorace, přihlížení k péči o nezaopatřené děti apod.

Peněžité nemocenské dávky přiznávané ze systémů NP poskytují občanům a jejich rodinám nezbytnou sociální jistotu ve vymezených sociálních situacích. Pomáhají překlenout složitá období ekonomicky aktivních občanů a někdy i jejich rodinných příslušníků. Jedná se o následující dávky:

- peněžité dávky v nemoci,
- peněžité dávky v době mateřské a otcovské dovolené,

²³ GOLLA, P. *Štědré evropské sociální systémy*. Dostupné z « <http://www.mesec.cz/clanky/stedre-evropske-socialni-systemy/> » [cit. 9.1.2011]

- peněžité dávka při ošetřování člena rodiny.

Nemocenské a mateřské dávky poskytují všechny systémy, ostatní dávky jsou poskytovány pouze v některých zemích (Chvátalová 2003; Sociální zabezpečení 2002).

5.1 Podmínky nároku na nemocenské peněžité dávky a vybrané parametry systému²⁵

Jednou ze základních podmínek pro výplatu nemocenského je předložení lékařského potvrzení o pracovní neschopnosti, a to v termínu určeném vnitrostátními předpisy. Tato doba se v jednotlivých členských státech odlišuje, v některých není stanovena vůbec (např. Maďarsko). Většina zemí má stanovenou podmínku čekací doby, ať již odpracováním určitého počtu dní (např. Řecko), hodin (např. Dánsko) nebo placením pojistného ve stanoveném období (např. Francie). Podmínka čekací doby nebývá zpravidla vyžadována u pracovních úrazů, u nemocí z povolání, nemocí v době těhotenství apod. Mezi státy, které čekací dobu v případě nemoci nevyžadují, patří Finsko, Itálie, Lucembursko, Maďarsko, Německo, Estonsko, Lotyšsko, Slovinsko, Švédsko, Nizozemí, Rakousko a Slovensko. V ČR je podmínka čekací doby stanovena pouze u peněžité pomoci v mateřství (Chvátalová 2003, 2005, 2006, 2007; Krebs 2009, Social security 2010, Štěpánková 2009)²⁶.

Nárok na výplatu nemocenského bývá zpravidla vázán na vznik pracovní neschopnosti v době pojištění, a nebo v ochranné lhůtě. Délka ochranné lhůty se v případě pracovní neschopnosti rovněž liší. Dále může být nárok na dávku vyloučen, pokud osoba v pracovní neschopnosti souběžně pobírá mzdu ze zaměstnání, sociální dávky, a nebo pokud v zaměstnání nedosáhla před vznikem pracovní neschopnosti stanoveného příjmu.

Kromě těchto podmínek vyžadují evropské země i další specifické podmínky. U dávek v mateřství je např. ženám stanovena povinnost nastoupit na mateřskou

²⁴ KLVAČOVÁ, E., JÍROVÁ, H. *Evropská sociální politika*. Dostupné z «<http://www.evropska-unie.cz/download.asp?id=912>» [cit. 10.3.2008]

²⁵ Celá kapitola je významně rozšířenou, aktualizovanou verzí kapitoly 1.4.4 a 2. 2 vlastní bakalářské práce (Chotěborská 2008) doplněné o informace ze zdrojů uvedených přímo v textu.

²⁶ *Comparative Tables on Social Protection – Query*. Dostupné z «http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en» [cit. 10.2.2011]

dovolenou určenou dobu před porodem (např. Belgie 1 týden, ČR 6 – 8 týdnů, Nizozemí 4 týdny) nebo zákaz výdělečné činnosti (Chvátalová 2003, 2005, 2006).

5.1.1 Karenční doba

Karenční doba (období, kdy zaměstnanec nemá nárok na výplatu dávky) se rovněž v jednotlivých zemích Evropy liší. Některé státy nemají karenční dobu stanovenou vůbec (např. Lucembursko, Slovensko, Německo), přesto je ve většině zemí standardním řešením. Jeden den karenční doby je aplikován např. v Belgii, Švédsku, Estonsku. Obvykle však karenční doba činí tři dny (např. Francie, Rakousko, Portugalsko). Výjimečně může být tato doba i delší (10 dnů ve Finsku). Ukazuje se tím, že karenční lhůtu uplatňují i silné sociální státy (Chvátalová 2003; Chvátalová 2006).

5.1.2 Podpůrčí doba

Podpůrčí doba (maximální doba pobírání dávky) je rovněž různá (viz. tab. č. 2). U nemocenského se nejčastěji pohybuje kolem jednoho roku, ale může být i mnohem kratší (180 dní v Itálii), a nebo delší (1095 dní v Portugalsku). Rovněž může záviset na mnohých dalších faktorech jako je např. počet odpracovaných dní, délka pojištění v zaměstnání, diagnóza, apod. Ve vymezených případech lze podpůrčí dobu u většiny zemí v Evropě prodloužit. Zkracování podpůrčí doby je uplatňováno výjimečně a je vázáno např. na pobírání starobního či jiného důchodu nebo trvání pojistného vztahu (Chvátalová 2003, 2005, 2006; Štěpánková 2009).

Délka výplaty mateřských dávek se v jednotlivých státech pohybuje nejčastěji od 14 do 28 týdnů. Výjimku činí Švédsko s podpůrčí dobu trvající 480 dnů. Průměrná doba pobírání této dávky v Evropě činí kolem 17,5 týdne (Chvátalová 2003, 2006). Nárok na výplatu dávky má ve všech zemích i manžel. Tato možnost je aplikována především v případech, kdy se matka nemůže o dítě starat pro dlouhodobé onemocnění, popř. při úmrtí matky. Mnohé státy však poskytují i tzv. „otcovské“, tj. dávku náležející pouze otci.

5.1.3 Pojistné na NP a výše peněžitých dávek v zemích Evropy

Sazby pojistného na NP se značně odlišují. Jejich výše může být stanovena dle různých hledisek. Jedná se např. o členění kategorií zaměstnanců dle druhu vykonávané práce na manuální pracovníky a administrativní pracovníky (např. v Rakousku, Lucembursku) a nebo v závislosti na příslušném nemocenském fondu (např. Německo) (Jandová 2006; Foltýnová 2006).

Maximální hranici pojistného na NP upravují např. Německo, Řecko, Nizozemí. Žádnou hranici nemá stanovenu např. Francie, Polsko, Slovinsko. Konkrétní výše sazeb, které odvádějí zaměstnavatelé a zaměstnanci, se v jednotlivých státech liší. Většinou však do systému NP přispívají oba aktéři (Krebs 2009).

Tab. č. 1 Procentní sazba pojistného z vyměřovacího základu v % u vybraných zemí

Stát	zaměstnanec	zaměstnavatel	celkem
Finsko	0,77	2,06	2,83
Francie	0,75	12,8	13,55
Litva	0,5	2,8	3,3
Polsko	2,45	0	2,45
Rumunsko	0	0,75	0,75
Řecko	0,4	0,8	1,2
Slovensko	1,4	1,4	2,8
Švédsko	0	8,78	8,78
Česko	0	2,1	2,1
Rakousko	3,95* - 3,55**	3,55* - 3,75**	7,5
Německo	6,65***	6,65***	13,3***

Pramen: Krebs 2009; Chváralová 2007. Výpočet: autor

Vysvětlivky: * sazba pro manuální pracovníky; ** sazba pro administrativní pracovníky; *** průměrné pojistné všech fondů pro rok 2007

Peněžité dávky

Účelem peněžitých dávek je nahradit plat či mzdu ušlou v důsledku nemoci, úrazu či mateřství. Dle judikatury ESD se za peněžité dávky považuje rovněž mzda, která je podle legislativy národních států poskytována během určitého období v začátku pracovní neschopnosti (Sociální zabezpečení 2009).

Na zajištění zaměstnanců v době pracovní neschopnosti se obvykle podílejí i zaměstnavatelé. Právní předpisy některých států stanovují odlišné povinnosti zaměstnavatelů ve vztahu k zabezpečení zaměstnanců v době nemoci v závislosti na počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Jedná se např. o Belgie, Polsko, Rakousko.

Odlišnosti se týkají buď pojistného, nebo skutečnosti, kdo je stanoven jako plátec nemocenského či náhrady mzdy. Jako rozhodný se objevuje počet zaměstnanců od 10 v Belgii do 51 v Rakousku (Chvátalová 2007).

Zajištění zaměstnanců je uskutečňováno několika způsoby. V některých zemích zaměstnavatelé poskytují zaměstnancům po určitou dobu mzdu či náhradu mzdy (např. Slovensko, Německo, Švýcarsko) a teprve poté následuje výplata nemocenského. V jiných zemích se poskytuje doplatek k nemocenskému, obvykle do výše průměrné mzdy (např. Dánsko, Švédsko, Řecko). Nemocenské vyplácejí obvykle příslušné sociální instituce, v některých případech však i zaměstnavatel (např. Španělsko) (Chvátalová 2007).

Pokud budeme porovnávat způsob stanovení sazby nemocenského, zjistíme, že v některých zemích je nemocenské vypláceno paušální částkou (Velká Británie, Irsko), ale většinou převládá procentní podíl z příjmu (vyměřovacího základu) za uplynulé vymezené období, jak je obvyklé i u nás. V některých státech se uplatňuje kombinace obou systémů (Finsko, Rakousko). Procentní sazba je proměnlivá v závislosti na délce pracovní neschopnosti. Většinou se s déle trvající nemocí zvyšuje. U některých států mají na výši procentní sazby vliv další faktory (snížení při pobytu v nemocnici v Itálii, zvýšení při péči o tři a více dětí ve Francii).

Maximální výše dávek není stanovena ve Finsku, minimální výše je stanovena ve Finsku a Portugalsku. Ostatní státy upravují maximální výši dávky paušálem (Irsko), procentní sazbou (Německo) nebo omezením základu, ze kterého je dávka vypočtena (ČR) (Chvátalová 2003, 2006).

Způsob čerpání mateřských dávek je v Evropě značně rozdílný, co se týká délky, pružnosti a podmínek čerpání. ČR v tomto ohledu stále patří k zemím, kde je poskytována jedna z nejdelších mateřských dovolených. Ovšem výše dávky je výrazně nižší v porovnání s některými zeměmi EU.

Podle rozhodnutí europoslanců z konce r. 2010 by měly ženy v EU dostávat během mateřské dovolené plnou výši platu. Minimální délka by měla činit 20 týdnů a povinně by měla být zavedena plně hrazená dvoutýdenní otcovská dovolená. Lze však očekávat, že získat souhlas všech členských států EU bude velmi obtížné (Rychtářová 2011).

Vzhledem ke značným rozmanitostem ve stanovování parametrů jednotlivých států je poměrně obtížné provést jejich detailní porovnání. Níže uvedená tabulka shrnuje nejzákladnější parametry, které jsou klíčové pro klienty využívající systém.

Tab. č. 2 Zjednodušený přehled parametrů systémů NP států EU a EHP

stát	doba poskytování mateřských dávek	výše dávky	doba poskytování nemocenského	výše dávky (obvykle odvozená z příjmu za různé dlouhé období)
Belgie	6 týdnů před a 9 po porodu	30 dnů 82%, dále 75%	1 rok	60 % nebo 55 %
Bulharsko	135 dnů, na zákl. žádosti až 315 dnů	90%	do uzdravení nebo uznání invalidity	80%
Česko	28 týdnů, u vícečetných porodů 37 týdnů	70%	380 dnů	60 % z redukováného základu
Dánsko	4 týdny před a 14 po porodu	*(max. 505 € týdně)	52 týdnů v 18 měsících	výpočet z denní hodinové mzdy (*i mateřské dávky)
Estonsko	140 dnů	100%	182 dnů	80%
Finsko	105 kal. dnů krom nedělí	90% s výjimkami	300 dnů u stejné nemoci ve 2 letech	podle výše příjmů různé výpočty
Francie	16 až 46 týdnů dle počtu naroz. dětí	100%	12 měsíců	4.-30.den 50 %, od 31.dne 66,66 %
Irsko	alespoň 26 týdnů	80%	52 týdnů	paušál 204,3 € týdně (možné doplatky na závislé osoby)
Island	každý z rodičů 3 měsíce	sazba dle výše platu	52 týdnů během 24 měsíců	6,94 € denně
Itálie	1 nebo 2 měsíce před a 3 nebo 4 po porodu	80%	6 měsíců	1.-20.den 50 %, od 21. dne 66,66 % (40 % hospitalizovaným)
Kypr	26 týdnů	75 až 100%	156 dnů	základní výše 60 %
Lichtenštejnsko	20 týdnů	min. 80 %	720 během 900 dnů	minimálně 80 %
Litva	70 dnů před a 56 po porodu	100%	122 dnů za rok	85%
Lotyšsko	112 kalendářních dnů	100%	52 týdnů nebo 78 týdnů během 3 let	80%
Lucembursko	16 týdnů	100%	52 týdnů	100%
Maďarsko	24 týdnů	70%	1 rok	70 % u doby pojištění delší 2 let, jinak 60 %
Malta	14 týdnů	100%	156 pracovních dnů	paušál 11,13 € nebo 17,2 € týdně
Německo	6 týdnů před a 8 po porodu	100%	78 týdnů ve 3 letech	70 % běžného příjmu, max. 90 % čistého příjmu
Nizozemí	16 týdnů	100%	104 týdnů	70%
Norsko	46 týdnů	100%	260 dnů	100%
Polsko	20 až 37 týdnů dle počtu narozených dětí	100%	182 dnů	80%, 70 % hospitalizovaným
Portugalsko	120 nebo 150 dnů	100% nebo 80%	1095 dnů	do 90. dne 65 %, 91.-365 den 70 %, od 366 dne 75 %
Rakousko	8 týdnů před a 8 po porodu	100%	52 týdnů	50 %, od 43. dne 60% max. 4020 €
Rumunsko	126 dnů	85%	180 v 1 roce	75 % (100% u daných chorob)
Řecko	56 dnů před a 63 po porodu	50%	182, 360 nebo 720 dnů	v závislosti na době odvádění příspěvků
Slovensko	28 týdnů	55%	52 týdnů	55%
Slovinsko	105 dnů	100%	1 rok	90 %, 80 % u neprac.úrazu
Španělsko	16 týdnů	100%	12 měsíců	do 20. dne 60 %, do 21. dne 75 %
Švédsko	480 dnů	80% z reduk. základu	364 dnů během 450 dnů	80 % z redukováného základu
Švýcarsko	14 týdnů	80%	720 dnů během 900 dnů	podle vybraného systému existuje 90 systémů)
Velká Británie	26 týdnů	90%	52 týdnů	paušál 79 € týdně nebo 66 € až 88 € (2 typy dávek, výše podle typu)

Prameny: Comparative Tables on Social Protection – Query. MISSOC European Commission; Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010. Výpočet: autor. Pozn.: data platí k 30.6.2010.

5.1.4 Dílčí závěry

Dá se říci, že mezi výše uvedenými systémy nenajdeme žádné shodné. Lze však konstatovat, že technické nástroje a uplatňované principy jsou vesměs stejné. Důraz na uplatňování vybraných nástrojů závisí na vlivu tradic a historického vývoje dané země. V evropských zemích je obvyklý postup finanční účasti či spoluúčasti zaměstnavatelů na zabezpečení svých zaměstnanců v době nemoci. Rozdíly jsou v podstatě pouze v délce doby poskytování a jeho výši. Aktivní účast zaměstnavatelů pomáhá v eliminaci růstu míry pracovní neschopnosti.

Z pohledu klienta, který uplatňuje nárok na nemocenskou dávku, se jednoznačně jako nejvýhodnější jeví systémy poskytující dávky v rozmezí od 80 – 100 % průměrného příjmu (Lucembursko, Lichtenštejnsko, Norsko). Také délka výplaty je nezanedbatelná. Pokud porovnáme délku výplaty nemocenského v Portugalsku (1095 dní) s délkou v Itálii (6 měsíců), je patrný značný rozdíl. Rovněž maximální výše nemocenského se značně liší. Rozdíl je zřejmý zejména v porovnání západních a severovýchodních zemí se zeměmi středoevropskými a balkánskými. Například v ČR současná maximální sazba nemocenského činí 817,- Kč na den, ve Francii k 1. 7. 2010 při přepočtu na české koruny téměř dvojnásobek, tj. 1 603,- Kč denně, a v Dánsku dokonce kolem 2 590,- Kč denně.²⁷ Poněkud vyrovnanější situace je u mateřských dávek, kde procentní sazba a horní hranice nekolísají tak výrazně.

Výše dávek je však ovlivněna i skutečností, že ve většině evropských zemí podléhají nemocenské dávky dani z příjmu. Do této skupiny nepatří pouze Česko, Německo, Slovensko, Portugalsko, Kypr, Rumunsko a Bulharsko (Krebs 2009).

5.2 Ochrana migrujících pracovníků

Právo občanů na volný pohyb je jedním ze základních principů Evropské unie. Pokud by však volný pohyb osob znamenal omezený přístup k systému NP (národní státy podmiňují sociální ochranu různými doložkami: např. dobou pobytu, odpracovanou dobou, atp.), ztratil by tento institut na svém významu. Aby volný pohyb osob mohl být uplatňován bez negativních dopadů na migrující osoby, bylo nutné stanovit pravidla pro způsob zacházení s těmito lidmi s ohledem na celou oblast sociální

²⁷ Vlastní výpočty byly provedeny na základě údajů MISSOC.

ochrany. V důsledku značné diverzifikace systémů sociálního zabezpečení nebyla zvolena metoda harmonizace, ale pouze metoda koordinace takových atributů národní legislativy, které by mohly negativním způsobem postihnout jedince nebo rodiny měnící místo pobytu či výkonu práce v rámci Evropské unie (Munková 2001; Černá, Vacík 2005; Koldinská, Pikorová, Švec, Tomeš 2007).

Koordinaci definuje Pennings (2003, s. 6) následovně: „*Koordinační pravidla jsou pravidla mezinárodního práva sociálního zabezpečení, určená k takovému vzájemnému provázání systémů sociálního zabezpečení (ve vztahu k mezinárodním předpisům), které by umožňovalo úpravu mezinárodních otázek s cílem ochránit postavení migrujících pracovníků, jejich rodinných příslušníků a podobných skupin osob v sociálním zabezpečení.*“²⁸

Koordinace tedy nahrazuje pouze takové národní právní předpisy, případně jen jejich ustanovení, která jsou pro migrující osoby nevýhodná. Neméně důležité je rovněž stanovit pravidla, která definují stát, jehož právní předpisy se budou na migrující osoby vztahovat (neboli ve kterém státě budou tyto osoby zdravotně a sociálně pojištěny). Veškeré výše uváděné atributy jsou zakotveny v pramenech práva Evropské unie, zejména v Nařízení Rady 883/2004 pro státy EU, dále v Nařízení Rady 1408/71 vztahující se na státy EHP, které neratifikovaly předchozí Nařízení a Nařízení 589/2003 používané pro občany třetích zemí.

5.2.1 Principy koordinačních nařízení

Základní principy koordinace systémů sociálního zabezpečení respektive NP jsou definovány ve čtyřech rovinách:

- I. **zákaz diskriminace a rovné zacházení** (odstranění nerovného zacházení a diskriminace),
- II. **aplikace právního řádu jediného státu** (zabránění konfliktu právních řádů),
- III. **sčítání dob pojištění** (náprava přerušení z důvodu migrace),
- IV. **zachování nabytých práv** (odstranění teritoriálních požadavků na výplatu dávek).²⁹

²⁸ vlastní překlad.

²⁹ *Sociální zabezpečení v kontextu EU*. Dostupné z « <http://www.mpsv.cz/cs/7219> » [cit. 14. 3. 2010]

I. Zákaz diskriminace a rovné zacházení

Podle tohoto principu jsou zakázány veškeré formy diskriminace, zejména z důvodu státní příslušnosti, a to jak otevřené, tak skryté. Migrující osoby mají stejná práva a povinnosti jako státní příslušníci dané země. Tento princip byl zakotven již ve Smlouvě zakládající EHS čl. 12 a také v čl. 18 Lisabonské smlouvy. Následně byl potvrzen v čl. 4 Nařízení č. 883/2004 respektive v čl. 3 Nařízení 1408/1971.

Pod zákaz diskriminace lze zařadit i relativně nový „princip asimilace faktů“ neboli „princip rovného nakládání s dávkami, příjmy, skutečnostmi nebo událostmi“ vycházející z judikatury ESD. Důsledný výklad tohoto principu však dosud není přesně vymezen, avšak lze jej interpretovat jako stav, kdy „ (...) dávky poskytované jiným státem nebo skutečnosti nastalé v jiném státě mají stejné účinky jako by nastaly na území dotčeného státu“ (Konopásková 2010).

II. Aplikace právního řádu jediného státu

Základem tohoto principu je snaha předejít takové situaci, kdy migrující osoba je pojištěna v několika zemích Evropské unie současně, a nebo kdy není pojištěna v žádné zemi. Obecně platí, že osoba zaměstnaná nebo osoba samostatně výdělečně činná je až na několik výjimek pojištěna ve státě, kde pracuje, bez ohledu na to, ve kterém státě bydlí. Tento princip je do praxe prováděn na základě Nařízení č. 883/2004 Hlavy II, kde dochází k některým technickým úpravám oproti předchozí úpravě.

III. Sčítání dob pojištění

Tento princip je zásadním s ohledem na možnost uplatnit své nároky. Mnohé země podmiňují nárok na dávku povinnou dobou pojištění nebo dobou bydlení. V případě přesídlení migrujícího pracovníka se snadno může přihodit, že osoba nesplní požadovanou podmínku v žádném ze států, kde žila či pracovala. Díky koordinačním nařízením se však přihlíží i k dobám získaným v jiných členských státech (Sociální zabezpečení 2009).

IV. Zachování nabytých práv

Některé členské státy mají ve svojí legislativě zakotveno, že dávky (např. nemocenské) se vyplácejí pouze za předpokladu, že osoba, které na dávku vznikl nárok,

má trvalé bydliště v daném státě. Migrující osoby by tak snadno mohly přijít o své oprávněné nároky. Podle nařízení Rady a následně i judikátů ESD nejsou platné doložky národních předpisů vyžadující trvalý pobyt. Dávky NP se proto musí vyplácet bez ohledu na skutečnost, na území kterého státu osoba bydlí (Sociální zabezpečení 2009).

Nově koordinální nařízení č. 883/2004 rozšiřuje oblast dávek krytých nařízením o dávky otcovské, předdůchodové (český systém je nezná) a dávky dlouhodobé péče (mající obdobný režim jako dávky v nemoci) (Konopásková 2010).

5.2.2 Postup při uplatnění nároku na peněžité dávky u cizozemských institucí

*„Podle Nařízení 987/2009 se nároky na peněžité dávky v nemoci a mateřství vždy uplatňují **přímo u příslušné instituce** (tj. instituce, u které je osoba pojištěna), i když dotyčná osoba bydlí či pobývá v jiném členském státě Evropské unie. Potvrzení o pracovní neschopnosti vystavené pojištěnci v jiném členském státě jeho ošetřujícím lékařem mají přitom **stejnou právní hodnotu** jako potvrzení vystavené v příslušném členském státě, tj. členské státy si uznávají tyto vnitrostátní tiskopisy i bez dalšího ověření.*

Osoba pojištěná v jiném členském státě, které vznikne pracovní neschopnost během pobytu v ČR a která bude chtít uplatnit nárok na dávku, bude postupovat následujícím způsobem:

*Český ošetřující lékař jí vystaví český tiskopis „**Rozhodnutí o DPN**“ stejným způsobem jako u českých pojištěnců a zároveň na tiskopisu „**Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény**“ vyznačí pravděpodobnou dobu trvání DPN. Cizí pojištěnec následně zašle díly III. a IV. Rozhodnutí o DPN příslušné instituci v jiném členském státě, díl II. si ponechá. Při ukončení DPN pak pojištěnec odevzdává ošetřujícímu lékaři díl II. a od ošetřujícího lékaře obdrží díl V., který následně zašle do zahraničí.“³⁰*

³⁰ Postup při uplatnění nároku na peněžitou dávku v nemoci a mateřství. Dostupné z <http://www.cssz.cz/cz/evropska-unie/nemocenske-pojištění/postup-pri-uplatnění-naroku-na-penezitou-davku-v-nemoci-a-materstvi.htm> [cit. 19.3.2011] - Ačkoli výše uvedený text je citací postupu

Od 1. 5. 2010, kdy se začaly tyto nové postupy uplatňovat, došlo ke značnému zjednodušení a omezení byrokratických postupů. V předchozích obdobích cizozemským pojištěncům (tedy i občanům ČR, kteří onemocněli v Česku) výplatu dávky zprostředkovávaly instituce místa bydliště (v ČR OSSZ či PSSZ). K uplatňování nároku se kromě národních tiskopisů používaly v celé EU ještě tzv. E formuláře označené E 115, E 116, E 118³¹, které nahrazovaly vnitrostátní tiskopisy (Zaměstnávání cizinců 2009).

Z analýzy dokumentů OSSZ Louny lze vyvodit, že cizozemští pojištěnci i někteří cizozemští nositelé pojištění přesto odmítají nová koordinační nařízení respektovat. Pojištěnci na základě tlaku cizozemských nositelů pojištění stále vyžadují vystavení tzv. E formulářů, z obavy, že jinak jim nebude dávka proplacena. Od května 2010 pouze 42 % praceneschopných cizozemských pojištěnců si uplatnilo nárok na dávku samostatně, zbývajících 58 % požadovalo na základě cizozemského nositele pojištění vystavení formuláře E 115 a E 118.

5.2.3 Aplikace principů koordinace v souvislosti s dávkami v nemoci a mateřství u občanů ČR – cizozemských pojištěnců³²

Ačkoli tyto principy jsou určující a závazné pro všechny členské státy EU, praxe ukazuje, že realita se poněkud liší a některé členské státy přizpůsobují výklad uvedených principů národním právním předpisům, případně jinak tyto principy sabotují. Posouzení přístupu cizozemských institucí k jiným než k českým pojištěncům nebylo v časových možnostech autorky. Proto veškerá níže uvedená zjištění vycházejí pouze z analýzy dokumentů OSSZ Louny mající vztah k uvedené problematice.

Z hlediska peněžitých dávek se některé principy uplatňují velmi intenzivně. Jedná se zejména o **princip rovného zacházení**, ze kterého vyplývá, že k cizozemskému

uváděného ČSSZ, je rovnocenně aplikovatelný ve všech státech EU. Jediný rozdíl je v tom, že namísto označení ČR je nutné si představit relevantní stát a namísto názvů příslušných tiskopisů pro rozhodnutí o pracovní neschopnosti je nutné si dosadit názvy tiskopisů a formulářů tohoto státu.

³¹Formulář E 115 nahrazuje rozhodnutí o vzniku pracovní neschopnosti a rozhodnutí o trvání pracovní neschopnosti, formulář E 118 nahrazuje rozhodnutí o ukončení pracovní neschopnosti. Formulář E 116 je strukturovaná lékařská zpráva.

³²Výroky hodnotící kvalitu aplikace principů koordinace vycházejí z analýzy interních dokumentů OSSZ Louny uvedených v seznamu literatury a zdrojů.

pojištění je nutné přistupovat stejně jako k pojištění vlastnímu, zejména s ohledem na posouzení vzniku pracovní neschopnosti.

Aplikace tohoto principu však v praxi naráží na překážky a členské státy (nebo spíše instituce pověřené prováděním agendy nemocenského pojištění) mnohdy tvrdošíjně prosazují ustanovení národních právních předpisů, bez ohledu na koordinační nařízení Rady, a nebo stanovují například pro české občany odlišné podmínky nároku na dávky. Z analýzy dokumentů OSSZ v Lounech vyplývá, že některé státy vyžadují na práce neschopných pojištěncích plnění z jejich pohledu neuskutečnitelných podmínek, kterými podmiňují nárok na nemocenské. Ve všech evidovaných případech OSSZ Louny se tyto podmínky objevily u německých pojištěnců. Nejčastější podmínkou způsobující pozdržení či nevyplacení nemocenského ze strany cizozemských institucí je přešetření zdravotního stavu posudkovou komisí v zemi pojištění. Pravidelně se tyto komplikace vyskytují u pojištěnců Německa. Obdobné obstrukce se v některých případech objevily i ze strany Rakouska. Naopak zcela bezproblémově se k principu rovného zacházení stavějí instituce zemí Belgie, Nizozemí, Lucemburska.

Princip aplikace právního řádu jediného státu se v oblasti nemocenských dávek uplatňuje zejména s ohledem na zjištění odvozených nároků na věcné dávky (zaopatření rodinných příslušníků pracovníka). V oblasti peněžitých dávek se tento princip jeví jako bezproblémový.

Princip sčítání dob pojištění rovněž nepůsobí žádné větší potíže. Vedlejším problémem je však skutečnost, že prokazování a dokládání dob pojištění, předávání těchto informací o migrujících osobách, trvá neúměrně dlouho. Migrující osoby postižené sociální událostí trvalejšího charakteru (mateřské dávky, invalidita, dlouhodobá nemoc) se v důsledku zdlouhavého postupu úřadů dostávají do stavu hmotné nouze, kdy se jim po určitou dobu nedostává prostředků na obživu a důstojný život. Minimální doba, která byla na OSSZ Louny zaznamenána při vyžadování doby pojištění, činila 3 měsíce. Tyto situace nastávají, pokud osoba pojištěná v minulosti v jiné zemi uplatňuje později nárok na dávku z českého systému NP.³³ Obvykle však jsou tyto lhůty mnohem delší. Během čekání na doklady zůstávají osoby bez prostředků odkázány na pomoc širší rodiny nebo na dávky hmotné nouze.

³³ Týká se zejména žadatelek o peněžitou pomoc v mateřství, které musí prokázat splnění podmínky účasti 270 dnů pojištění v posledních dvou letech před nástupem na peněžitou pomoc v mateřství.

Princip zachování nabytých práv nebyl v minulosti rovněž často respektován. Jednalo se především o výplaty dávek z ochranné lhůty, kdy si různé státy tento princip vykládaly různými způsoby a někteří pojištěnci v důsledku toho přišli o nárok na dávku. Poté, co vstoupilo v účinnost nařízení 883/2004, došlo k sjednocení výkladů a tento princip je nyní běžně dodržován.

Hodnocení plnění koordinačních nařízení vychází především ze subjektivních pocitů cizozemských pojištěnců. Dostupné dokumenty nepostihují veškeré aspekty, které jsou nezbytné pro objektivní posouzení kvality aplikace koordinačních principů. V zásadě lze vycházet pouze z korespondence mezi kompetentními institucemi, případně z korespondence s pojištěnci a z podílu rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystavených cizozemským pojištěncům a E formulářů. Vzhledem k tomu, že se však v ČR nevedou centrální registry a databáze, byla analýza dokumentů provedena na vybrané OSSZ, a to OSSZ Louny. Z tohoto důvodu je nutné uvedená zjištění pokládat spíše za informativní, nikoli však zcela relevantně vypovídající o uvedeném problému. Podrobný rozbor provedený na základě rozhovorů s cizozemskými pojištěnci bude proveden až v empirické části práce.

6 ANALÝZA AKTÉRŮ OVLIVŇUJÍCÍCH PODOBU SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR

Spektrum aktérů, kteří mají možnost ovlivňovat podobu systému NP, je poměrně široké. Někteří aktéři sice tyto ambice nemají, přesto však jejich aktivity podobu systému NP bezděky ovlivňují, jako např. ministerstvo zdravotnictví či zdravotní pojišťovny. Důkladně analyzovat všechny aktéry není s ohledem na téma této práce nezbytné. Proto bude podrobná analýza soustředěna pouze na aktéry dominantní. U ostatních aktérů bude provedena pouze tzv. rychlá analýza aktérů.

MPSV je ústředním orgánem státní správy, do jehož kompetence mimo jiné spadá oblast nemocenského pojištění. Oblastí nemocenského pojištění se v rámci MPSV zabývá sekce sociální a rodinné politiky. Jedním z úkolů je sledování a vyhodnocování situace v oblasti nemocenského pojištění. MPSV pak předkládá vládě návrhy legislativních změn a opatření precizujících zavedené postupy, případně navrhuje postupy nové, vedoucí ke zlepšení stavu systému. Zpracovává některé metodické postupy a poskytuje podřízeným orgánům výklad právních norem (Tomeš 2002). Hájí zájmy státu, a proto se snaží eliminovat nehospodárnost a zajistit efektivitu systému. Využívá k tomu značného vlivu. Způsob formování podoby systému NP však závisí na směřování a převládající ideologii politických stran, které jsou v té které době u moci, tedy i ve vedení ministerstva. Tento fakt je patrný zejména s ohledem na osud a historii parametrických změn zákona č. 187/2006 Sb. od jeho prvotních návrhů formulovaných v letech 2003-2004, původně předkládaných sociálnědemokratickou vládou³⁴, až po jeho současnou podobu. Po změně vládnoucích stran a ideologického smýšlení ve vládě byl již platný, ale ještě ne účinný zákon č. 187/2006 Sb. několikrát novelizován a přizpůsoben cílům vládnoucích politiků. Další a mnohem razantnější změny pokračovaly i v dalších obdobích, takže z původních parametrických změn týkajících se výše dávek zůstalo jen torzo, a to parametry pro peněžitou pomoc v mateřství. Lze tedy konstatovat, že způsob směřování v utváření politiky tohoto aktéra přímo závisí na politické příslušnosti ministra MPSV, respektive na převládajícím ideologickým smýšlení vládní koalice.

ČSSZ a OSSZ jsou organizační složky státu zajišťující správu sociálního pojištění. Mimo jiné provádějí nemocenské pojištění a poskytují lékařskou posudkovou službu, vyměření a výplatu dávek, kontrolu dodržování léčebného režimu, kontrolu odvodu pojistného a další úkoly. ČSSZ je podřízena MPSV³⁵. Vzhledem k tomu, že OSSZ uskutečňují výplatu dávek, provádějí veškeré kontroly a úzce spolupracují se všemi aktéry, mohou do určité míry ovlivnit fungování systému mírou důslednosti při implementaci stanovených postupů. Úkoly a oprávnění OSSZ a ČSSZ ukládají ustanovení §§ 84, 85 a 89 zákona č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Problematické však je, že nejsou stanoveny žádné sankční mechanismy, pokud si OSSZ, případně ČSSZ, své povinnosti neplní, což se projevilo zejména při zavádění citovaného zákona do praxe. V roce 2009 a ojedinele i v roce 2010 docházelo ke značnému opoždování výplat nemocenských dávek. Přestože je povinností OSSZ vyplatit dávku do 30 dnů ode dne předložení potřebných dokladů, čekali v některých případech pojištěnci na dávku i několik měsíců. „*Minimálně jedenáct tisíc lidí nedostalo od začátku roku dávky včas, tedy do 30 dní od podání žádosti. Někteří dokonce vůbec.*“³⁶ „*Zákon zná řadu sankčních opatření vůči příjemcům dávek. Tytéž sankce by měly být uplatněny také vůči státu, jeho povinností by mělo být zaplatit alespoň případné úroky z půjček matkám samoživitelkám, (...) protože jim stát nedává nárokovou dávku včas.*“³⁷

Dalším problémem je nedostatečná implementace některých úkolů, např. ve vztahu k sankcionování ošetřujících lékařů, pokud si řádně neplní své povinnosti. ZNP (ustanovení § 79 a § 80) umožňuje sankcionovat lékaře, např. pokud mu byla uložena pokuta za správní delikt a nerozhodne-li o ukončení neodůvodněné pracovní neschopnosti. Pokud o ukončení neoprávněné pracovní neschopnosti musela rozhodnout OSSZ, lze lékaři upřít právo na vystavování „rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“³⁸. V minulosti nebyl tento postup OSSZ ojedinelý. V roce 2008 (stará legislativa) bylo rozhodnuto o ukončení neodůvodněné pracovní neschopnosti ve 2 872 případech, v roce 2009 (nová legislativa) jen v 1 053 případech a v roce 2010 pouze

³⁴ Důvodová zpráva k návrhu Zákona o nemocenském pojištění z r. 2004. Dostupné z : <http://www.mf-cr.cz>» [cit.4.9.2004]

³⁵ O ČSSZ. Dostupné z « <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/>» [cit. 30.12.2010]

³⁶ Nečas: *Omlouvám se*. Mladá fronta dnes. 18.4.2009. Dostupné z: «<http://cms.cssz.cz/cz/informace/media/napsali-o-nas/napsali-o-nas-2009-duben.htm>» [cit. 15.11.2009]

³⁷ *Názory a argumenty*. ČRO. 26.5.2009. Dostupné z: «<http://www.cssz.cz/informace/media/napsali-o-nas/napsali-o-nas-2009-kveten.htm>» [cit. 26.9.2009]

³⁸ Přesně vymezuje ust. § 79 odst. 1 písm. c) zák. 187/2006 Sb.

v 574 případech. Podle sdělení oslovených zaměstnanců OSSZ však tento pokles není způsobený pouze zvýšenou disciplinovaností lékařů, ale především nečinností OSSZ z obavy, že by muselo být s nedisciplinovanými lékaři zahájeno správní řízení v takto citlivé záležitosti. Jedná se však pouze o názor jediného člověka, který je dobré mít na zřeteli, ovšem jeho validitu je nutné brát s odstupem. Přestože oficiální stanovisko ČSSZ se nepodařilo získat, bylo zjištěno, že ČSSZ zveřejnila dne 19. 4. 2010 prohlášení, že byl obviněn v trestní věci ošetřující lékař, který vystavil neschopenku 58 fiktivním pojištěncům.³⁹ Nicméně dle písemného sdělení ČSSZ ze dne 12. 1. 2011 nebylo žádnému lékaři vydáno rozhodnutí o pozastavení možnosti vystavovat „rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ za opakovaná pochybení.

Nedostatečná implementace stanovených postupů však může významně snižovat efektivitu systému.

Zaměstnavatelé jsou kategorií, která může mít na systém NP různé pohledy. Většina zaměstnavatelů má zájem na tom, aby byl systém NP efektivní, protože jsou finančně zainteresováni. Takoví zaměstnavatelé pak plní povinnosti uložené ustanovením §§ 93 až 98 ZNP, využívají např. možnosti Zákoníku práce poskytovat nadstandardně zaměstnancům náhradu mzdy i za první 3 dny pracovní neschopnosti, poskytovat ji nad základní výši (zaručenou ustanoveními § 192 odst. 2 a § 194) sjednanou v kolektivní smlouvě (Kodrová, Schmied 2010), poskytovat různé bonusy na preventivní péči, poskytovat tzv. sick days apod. Vedlejším dopadem může být méně práce neschopných zaměstnanců, vyšší produkce a zisky firem a nižší náklady na dávky NP. Svoji nezanedbatelnou moc ovlivňovat systém NP mohou prosadit prostřednictvím profesních svazů (např. Svaz průmyslu a dopravy) nebo při jednání tripartity. Najdou se však i výjimky, například tzv. fiktivní zaměstnavatelé, kteří systém NP využívají k jiným cílům, např. jako je podvodné vylákání nemocenského prostřednictvím zaměstnanců⁴⁰, případně všeobecně známý ovšem obtížně prokazatelný postup

³⁹ Podvodné vylákání dávek nemocenského je trestné, navíc se na něj vždy přijde. Tisková zpráva. ČSSZ, 19. 4. 2010. Dostupné z « <http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/podvodne-vylakani-davek-nemocenskeho-je-trestne-navic-se-na-nej-vzdy-prijde.htm> cit. [25.4.2010]

⁴⁰ Podvodné vylákání dávek nemocenského je trestné, navíc se na něj vždy přijde. Tisková zpráva. ČSSZ, 19. 4. 2010. Dostupné z « <http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/podvodne-vylakani-davek-nemocenskeho-je-trestne-navic-se-na-nej-vzdy-prijde.htm> cit. [25.4.2010]

zaměstnavatelů z oblasti stavebnictví či zemědělství, kdy posílají své zaměstnance mimo aktivní sezónu k lékaři pro „neschopenku“.

Pojištěnci jsou kategorií aktérů, kteří ze systému profitují. Lze konstatovat, že v současné době jsou dávky NP více méně „darem od státu či zaměstnavatele,“ protože pojištěnci do systému NP od 1. 1. 2009 nepřispívají žádnou částkou.⁴¹ Ustanovení § 64, § 103 a § 104 ZNP vymezují nově stanovené okruhy povinností pojištěnců. V době platnosti staré právní úpravy (zákon č. 54/1956 Sb.) byla nemocnost nesrovnatelně vyšší, oproti současným hodnotám. Změna zákona tak vyvolala i změnu v chování pojištěnců, kteří mnohem méně využívají tzv. „neschopenky“. Převážná většina dávek je vyplácena **poctivým pojištěncům**, kteří jsou skutečně nemocní a zaslouží si adekvátní finanční podporu. Existují však i **nepoctiví pojištěnci**, kteří systém zneužívají a využívají jej účelově jako náhradní zdroj příjmů. Někteří porušují léčebný režim, a tím prodlužují dobu léčby i dobu pobírání nemocenského. Z hlediska pojištěnců se však mohou některá uskutečněná opatření jevit jako neúčelná, nebo je mohou vnímat jako kontraproduktivní. Pojištěnci mohou sice formulovat své požadavky na účinný systém NP, v současné době je ovšem poměrně malá šance, že budou vyslyšeni.

Ošetřující lékaři se nalézají v obtížném postavení. Mají moc zprostředkovat pobírání nemocenské (Nilsson, Heath 2003). Jejich aktivity v souvislosti s vydáváním rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti jsou regulovány v Hlavě II ZNP. Konkrétní povinnosti ošetřujícím lékařům ukládá ustanovení § 61 ZNP. Lékaři mohou efektivitu systému NP významně ovlivnit tím, že budou vystavovat pouze oprávněné „neschopenky“. Ovšem nevystavit „neschopenku“ pacientovi, který si urputně stěžuje, ačkoli lékař nezjistí příčinu potíží, lékaři obvykle neriskují. V některých případech jsou dokonce svolní podílet se na zneužívání systému.⁴² Svoji moc lékaři uplatňují prostřednictvím lékařské komory. Skutečnost, že není zanedbatelná, dokazuje fakt,

⁴¹ § 7 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, byl v posledních letech často měněn. Do 31.12.2008 činila sazba pojistného na NP hrazená zaměstnavatelem 3,3%. Od 1.1.2009 se snížila na 2,3 % a tato výše sazby zůstala zachována i v letech 2010 a 2011, přestože se měla dále snižovat na 1,4 %. Sazba pojistného hrazená zaměstnanci do 31.8.2008 činila 1,1 %. Od 1.9.2008 byla snížena na 1 % a od 1.1.2009 nehradí zaměstnanci na NP žádné pojistné.

⁴² *Podvodné vylákání dávek nemocenského je trestné, navíc se na něj vždy přijde.* Tisková zpráva. ČSSZ, 19. 4. 2010. Dostupné z « <http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/podvodne-vylakani-davek-nemocenskeho-je-trestne-navic-se-na-nej-vzdy-prijde.htm> » cit. [25. 4. 2010]

že dokázali prosadit převedení plateb za poštovné na ČSSZ v souvislosti s povinností zasílat na OSSZ zákonem stanovené doklady (Kučera 2010).

Ministerstvo zdravotnictví je ústřední orgán státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou a vědeckovýzkumnou činnost. Jeho primárním úkolem není přímá účast na formování systému nemocenského pojištění. Ovšem kvalita zdravotního stavu obyvatel ovlivňuje stav systému nemocenského pojištění. Zásahy ministerstva zdravotnictví v rámci jeho kompetencí mohou do jisté míry ovlivnit stav systému nemocenského pojištění. Pokud bude zdravotní péče obtížně dostupná, budou-li dlouhé čekací doby na odborná vyšetření, může se léčba protahovat a tím i zvyšovat výdaje systému NP.

Poslanci jsou důležitými aktéry z toho důvodu, že právě oni rozhodují o budoucí podobě politiky. Volební programy jejich stran bojují za získání politického vlivu a prosazování cílů vycházejících z hodnotových a ideologických orientací (Potůček 2005). V závislosti na převládající politické orientaci v poslanecké sněmovně se uskutečňují změny systému NP (viz. MPSV).

Média primárně podobu systému NP nevytvářejí a většinou ani nekomentují. Spektrum jejich zájmu je obvykle zúžené na konkrétní problém. Velmi často jsou středem jejich zájmu situace ohrožující finanční zajištění lidí v důsledku průtahů vznikajících při procesu rozhodování o nároku na dávku (Škodová 2009; Schön 2009). Média rovněž velmi často sledují vývoj ukazatelů nemocnosti (Šašková 2010) a zneužívání nemocenské (Skácel 2009), přičemž svými komentáři dokáží vyprovokovat kompetentní úřady ke krokům směřujícím ke zlepšení funkce systému.

Zdravotní pojišťovny kromě veřejného zdravotního pojištění vykonávají nezbytné správní činnosti, zajišťují mimo jiné úhradu nákladů za pojištěnce za ústavní péči (51 % ze všech nákladů), za péči specialistů (15 %), praktických lékařů (6 %) stomatologů (5 %), za léky a zdravotní pomůcky (19 %). Zbývající nedefinované náklady činí 4 %⁴³. Zdravotní pojišťovny mají moc podporou prevence značně ovlivnit snížení nemocnosti. Tato podpora je však zatím minimální, protože není vůbec zohledněna ve struktuře výdajů pojišťoven. Zájem pojišťoven na snížení nemocnosti by se významně posílil

⁴³ *Struktura nákladů zdravotních pojišťoven*. Dostupné z «<http://www.spcr.cz/statistika/zdrovpoj.htm>» [cit.30.12.2010]

jejich zainteresováním do problematiky, tj. například sloučením nemocenského a zdravotního pojištění.

Následující tabulka shrnuje dominantní charakteristiky a aktivity výše uvedených aktérů.

Tab. č. 3 Postavení aktérů v systému NP – shrnutí základních charakteristik

Aktér	Aktivity aktéra v systému NP
MPSV	Eliminuje nehospodárnost, usiluje o efektivitu, formuluje opatření, která mohou vést k cíli v závislosti na politické příslušnosti vedení a preferované ideologii.
ČSSZ a OSSZ	Provádí NP, spolupracují se všemi aktéry, významně ovlivňují efektivitu systému NP měrou důslednosti při implementaci daných postupů.
Ministerstvo zdravotnictví	Může efektivitu, nákladnost a stav systému NP ovlivnit tím, do jaké míry zajistí dostupnost a kvalitu lékařské péče.
Pojištěnci	Profitují ze systému NP. Někteří nepoctiví pojištěnci usilují o dávky jako náhradní zdroj příjmů, většina je však poctivých a požaduje ekvivalentní výši dávky v době nemoci.
Zaměstnavatelé	Podílejí se na financování systému NP, většina má zájem na jeho maximální efektivitě. Mohou pojištěnce podporovat i sankcionovat. Někteří však podporují zaměstnance v tom, aby systém zneužívali.
Ošetřující lékaři	Významně ovlivňují stav systému NP, protože rozhodují o vystavení pracovní neschopnosti. Rozhodující je jejich ochota či neochota vystavovat i neoprávněné pracovní neschopnosti.
Poslanci	Rozhodují o podobě systému NP. Prováděné změny odrážejí převládající politickou orientaci v poslanecké sněmovně a priority politiků.
Média	Mohou svými komentáři vyprovokovat ostatní aktéry k posunům v jednání a ke změnám, které mohou zlepšit kvalitu systému.
Zdravotní pojišťovny	Zatím neovlivňují podobu systému NP. Zainteresováním do problematiky by se zvýšil jejich zájem na efektivitě systému.

Zdroj: autor

7 ČESKÝ SYSTÉM NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

Základní sociální práva v ČR, včetně práva na zabezpečení v případě nemoci a mateřství, upravuje nedílná součást Ústavy ČR, Listina základních práv a svobod. Celý legislativní rámec NP je poměrně úzce provázán s dalšími oblastmi práva, zejména s pracovně právními vztahy a předpisy týkajícími se zdraví lidu.

Základními prameny práva v oblasti nemocenského pojištění v současné době jsou:

- ústavní zákon č. 1 /1993 Sb., Ústava ČR, ve znění pozdějších předpisů, jehož nedílnou součástí je ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základní práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů, v čl. 30 přiznává právo na přiměřené hmotné zabezpečení při nezpůsobilosti k práci a v čl. 32 právo ženy na zvláštní péči v těhotenství;
- **zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění**, ve znění pozdějších předpisů, který řeší celou problematiku NP komplexně a je východiskem pro celou diplomovou práci;
- Nařízení Rady EHS č. 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, upravuje pravidla poskytování dávek v nemoci a mateřství v člancích 18 – 36 a dávek při pracovních úrazech a nemocech z povolání v člancích 52 – 63 pro migrující osoby států EHP, které dosud neratifikovaly nařízení č. 883/2004;
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, upravuje poskytování dávek v nemoci, mateřství a rovnocenné otcovské dávky v člancích 17 – 21 a dávek při pracovních úrazech a nemocech z povolání v člancích 36 – 40 pro migrující osoby států EU, EHP a Švýcarska, které ratifikovaly toto nařízení.

Dalšími souvisejícími právními normami jsou:

- zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, primárně problematiku NP neupravuje, ale jeho podoba může ovlivnit stav systému NP (čím lépe bude zajištěna ochrana zdraví lidu, tím méně bude nemocných pojištěnců nucených využívat systém NP);

- zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, upravuje některé další povinnosti aktérů, mimo jiné v § 8 upravuje posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti;
- zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, upravující v § 7 mimo jiné sazby pojistného na NP;
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, definuje v § 12 povinnosti pojištěnce ve vztahu k dodržování léčebného režimu, dodržování opatření směřujících k odvrácení nemoci apod.;
- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, v §§ 192 – 194 upravuje způsob poskytování náhrady mzdy pro nemocné zaměstnance po dobu prvních 14, respektive 21 dnů pracovní neschopnosti;
- Nařízení Rady (EHS) č. 574/72 a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 jsou prováděcími pravidly k Nařízením č. 1408/71 a k Nařízením č. 883/2004.

System NP je stejně jako system důchodového pojištění založen na principu průběžného financování, u kterého se předpokládá, že každoroční finanční bilance je vyrovnaná. Výdaje na dávky nemocenského pojištění a provozní výdaje by měly být pokryty příjmy z pojistného na NP. Základními ukazateli, které ovlivňují bilanci systému, jsou zejména sazba pojistného, úroveň dávek a procento pracovní neschopnosti. Přímá závislost na počtu plátců pojistného není tak významná (méně pojištěnců znamená i méně práce neschopných).⁴⁴

7.1 Dávky systému nemocenského pojištění v ČR⁴⁵

Z nemocenského pojištění se v ČR v současné době poskytují čtyři druhy dávek, a to:

⁴⁴ *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění 2008. s. 4.5.* Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/5886/zprava_2008_cz.pdf »[cit. 10.3.2011]

⁴⁵ *Nemocenské pojištění.* Dostupné z « <http://www.mpsv.cz/cs/7#dsn> » [cit. 10.3.2011]

- nemocenské,
- peněžité pomoci v mateřství,
- ošetřovné,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Všechny dávky jsou poskytovány za kalendářní dny a vyplácí je okresní (pražské) správa sociálního zabezpečení. Pokud vznikne z více pojištění nárok na stejnou dávku, poskytuje se pouze jedna dávka vypočtená ze všech dosažených příjmů. Výše dávek je závislá na dosaženém výdělku, procentní sazbě pro denní dávku a na stanovené výši redukční hranice. Rozhodným obdobím pro výpočet je zpravidla 12 kalendářních měsíců předcházejících vzniku sociální události. Vypočtený denní vyměřovací základ bývá zpravidla redukován. Problematiku dávek nemocenského pojištění upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (dále jen ZNP) (Ženíšková, Příb, 2011). Další parametry budou uvedeny v další části práce.

Nemocenské (§ 23 - § 31 ZNP)

Nemocenské náleží pojištěnci, který byl uznán dočasně práce neschopným nebo kterému byla nařízena karanténa. Nárok na nemocenské rovněž vzniká z ochranné lhůty, která činí 7 kalendářních dnů. Podle současné právní úpravy vzniká nárok na nemocenské od 22. dne dočasné pracovní neschopnosti a dávka může být poskytována nejdéle po dobu 380 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti. Poživatelé invalidního důchodu a starobní důchodci mohou pobírat nemocenské maximálně 63 dnů, nejdéle však do dne, kdy končí jejich pojištění. Po dobu prvních 21 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti zaměstnancům náleží náhrada mzdy poskytovaná zaměstnavatelem.

Peněžité pomoci v mateřství (§ 32 - § 38 ZNP)

Pro nárok na peněžitou pomoc v mateřství je nutné, aby pojištěnka splnila podmínku účasti alespoň 270 kalendářních dnů před nástupem na peněžitou pomoc v mateřství. Z ochranné lhůty vznikne nárok na dávku za předpokladu, že pojištěné zaměstnání skončilo v době těhotenství. Ochranná lhůta činí tolik dnů, kolik dnů trvalo pojištění, maximálně 180 kalendářních dnů. Nástup je stanoven v rozmezí 6 – 8 týdnů před očekávaným dnem porodu a podpůrná doba činí 28 týdnů (u vícečetných porodů 37 týdnů). Je umožněno střídání matky dítěte s jejím manželem či otcem dítěte v péči

o dítě, nejdříve však od 7. týdne ode dne porodu. Dávka náleží od prvního dne vzniku sociální události.

Ošetrovné (§ 39 - § 41 ZNP)

Po dlouhá léta byla tato dávka označována jako podpora při ošetřování člena rodiny. Toto označení vystihuje podstatu samotné dávky. Náleží pojištěnému zaměstnanci, který nemůže pracovat, protože musí pečovat buď o nemocného člena domácnosti, a nebo o zdravé dítě mladší 10 let ve vymezených situacích. Dávka se vyplácí od prvního dne po dobu 9 kalendářních dnů, osamělým osobám pečujícím alespoň o jedno dítě ve věku do 16 let za předpokladu, že neukončilo základní školní docházku 16 dnů. Ochranná lhůta není stanovena. Zákon však umožňuje rodičům nebo dvěma oprávněným se alespoň jednou v péči o dítě vystřídat.

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství (§ 42 - § 44 ZNP)

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství náleží pojištěné zaměstnankyni, která byla z důvodu těhotenství, mateřství a nebo kojení převedena na jinou práci a díky tomu dosahuje menšího příjmu než v minulosti. Dávka se poskytuje od prvního dne za kalendářní dny, kdy trvalo převedení. Výše dávky se stanoví jako rozdíl mezi DVZ zjištěným ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci a průměrem jejích příjmů připadajících na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení.

7.2 Počátky vzniku systému NP

S myšlenkou povinného pojištění bývá nejčastěji spojován především německý říšský kancléř Otto von Bismarck, ačkoli za otce této myšlenky je označován Angličan Daniel Defoe. Bismarck jako první zavedl roku 1883 zákon o nemocenském pojištění, roku 1884 zákon o úrazovém pojištění a roku 1889 zákon o pojištění pro případ invalidity a stáří (Tomeš 2001). Bismarck (in Niklíček 1994, s. 6) odůvodnil zavedení zákonů následovně: „*Jsem přesvědčen, že jest pro nás neobyčejnou výhodou, budeme-li mít 700 000 uživatelů malých rent právě ve třídách, jež jinak nemají mnoho co ztratit a mohly by se klamně domnívat, že mnoho získají převratem*“. Stejným způsobem uvažoval i předseda rakousko-uherské vlády Taaffe, když pro oblast Předlitavska

prosadil schválení dvou zákonů upravujících nemocenské pojištění v podobě připomínající dnešní systémy. Jednalo se o Zákon o povinném úrazovém pojištění (1887) a o Zákon o povinném nemocenském pojištění dělnictva (1888). Podle tohoto zákona byli pro případ nemoci pojištěni pouze zaměstnanci obchodu, průmyslu a živností. V případě nemoci jim náleželo bezplatné ošetření a léky po dobu 26 týdnů a nemocenské ve výši 60 % obvyklé mzdy (Niklíček 1994).

Po vzniku Československé republiky roku 1918 se vytvořily nové podmínky pro řešení této problematiky. Předpisy rakousko-uherského zákonodárství byly sice převzaty, ale byly dále upravovány. Došlo zejména k rozšíření pojistné povinnosti na rodinné příslušníky pojištěnců a dále na všechny osoby pracující za mzdu. Významně ovlivnil podobu systému nemocenského pojištění Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Byl rozšířen nárok na dávky po dobu 52 týdnů nemoci. Dále bylo dělnické pojištění rozděleno do 10 tříd v závislosti na příjmu pracovníka. Zaměstnavateli a zaměstnanci byla odevzdávána povinná částka mezi 5-6 % z průměrné mzdy do nemocenských pokladen. Nárok na nemocenské dávky činil 60 % průměrné mzdy a podpůrní doba trvala 52 týdnů.⁴⁶ Pojištění tzv. veřejných zaměstnanců a jejich rodinných příslušníků bylo upraveno zákonem č. 221/1925 Sb. Veřejným zaměstnancům náležel v případě nemoci celý plat, nikoli nemocenské dávky. Pojistné pro veřejné zaměstnance bylo stanoveno na pouhých 2 % ze mzdy. Pojištění prováděly samosprávné instituce - nemocenské pojišťovny, které obvykle sídlily v místě okresního politického úřadu.⁴⁷

V druhé polovině 20. století pokrýval systém NP cca tři a půl milionu pojištěnců. Pokud bychom přičetli i jejich rodinné příslušníky, jednalo by se o téměř polovinu obyvatel státu. V mezinárodním srovnání patřilo Československo v době první republiky k zemím s výraznou sociální a zdravotní politikou (Niklíček 1994). Později, ve 30. letech, došlo v závislosti na finanční situaci pojišťoven k určitým změnám v systému, zejména k restriktivním opatřením. Došlo ke snížení nemocenského v těch pojišťovnách, kde pojistné přesáhlo určenou výši a bylo odstupňováno podle mzdových tříd. Náleželo až od čtvrtého dne nemoci. Za okupace probíhaly obdobné úpravy,

⁴⁶ 80 let sociálního pojištění, Česká správa sociálního zabezpečení 2004. Dostupné z <www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf> [cit. 2.11.2010]

⁴⁷ NIKLÍČEK, L.: *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938*. 1993. Dostupné z <www.sasp.cz/novinky/26102001.htm> [cit. 17.11.2010]

především ve mzdových třídách. Právní úprava byla unifikována pro všechna odvětví. Po válce byl prvorepublikový systém zcela nahrazen novým systémem národního pojištění, upravený zákonem č. 99/1948 Sb. Cílem bylo vytvořit uzavřenou dávkovou soustavu, která se bude zdokonalovat a rozšiřovat na další sociální události.⁴⁸

Po roce 1948, postupně došlo ke změnám, které vedly k zániku pojišťovacího principu a došlo k prosazení sovětského modelu zabezpečení (Tomeš 2010). Zásadním se stal zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, jehož účinnost nastala 1. 1. 1957 a trvala po mnoha novelách do 31. 12. 2008.

Do zákona č. 54/1956 Sb. byly zapracovány „(...) některé prvky k podpoře cílů, které s podstatou dávek nesouvisely – zejména momenty protifluktuační a protiabsenční, podle níž se řídily sazby peněžitých dávek, event. nároky na přídatky na děti. V zájmu politiky zatlačování soukromého sektoru, zejména v zemědělství, byla v padesátých letech také opuštěna zásada univerzality pro všechny pracovníky (přestalo se počítat se zavedením nemocenského pojištění pro samostatně hospodařící občany). Zákon č. 54/1956 Sb. O nemocenském pojištění zaměstnanců, změnil zejména stanovení výše denního nemocenského, které odstupňoval podle získané doby zaměstnání od 60 do 90 %, přičemž za první tři dny pracovní neschopnosti denní výše nemocenského činila 50 až 70 %.

V pozdějších letech došlo k řadě změn a doplňků, dávky byly upravovány a zvyšovány nebo byly zavedeny dávky nové.“⁴⁹

7.3 Vývoj nemocenského pojištění po roce 1990

Od roku 1990 docházelo k mnoha změnám v systému sociálního zabezpečení včetně oblasti nemocenského pojištění. Docházelo především k organizačním změnám při provádění nemocenského pojištění, ale i ke změnám v dávkovém systému, okruhu zabezpečených osob atp. Zákonné a podzákonné normy upravující systém nemocenského pojištění byly prakticky každoročně upravovány.

Zemanová (1999, s. 17-29) shrnuje změny do roku 1999 následovně:

⁴⁸ 80 let sociálního pojištění. Česká správa sociálního zabezpečení 2004. Dostupné z <www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf> [cit. 2.11.2010]

V roce **1990** se změnila výše pojistného na nemocenské pojištění. Z dávkového systému byly vyřazeny věcné dávky jako výběrové rekreace ROH, dětské rekreace ROH.

Rok **1991** přinesl navýšení částek pro stanovení výše nemocenských dávek. Maximální hranice čisté denní mzdy, ze které se prováděl výpočet, byla zvýšena ze 150 Kčs na 180 Kčs při pětidenním pracovním týdnem.

1. 1. **1992** nabyt účinnosti zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Tento zákon uceleně upravoval úkoly aktérů při řízení ve věcech nemocenského pojištění a při jeho provádění.

V návaznosti na změny v daňové soustavě od roku **1993** byl přijat zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Zákon vymezoval okruh poplatníků, výši příspěvků na jednotlivé položky sociálního pojištění procentní sazbou z vyměřovacího základu a dále upravoval způsob placení pojistného. Podle tohoto zákona se pojistné stává příjmem státního rozpočtu.

„Rozsáhlé a zásadní změny v oblasti nemocenského pojištění byly provedeny v souvislosti s uvažovanou transformací dosavadního systému sociálního zabezpečení na systém sociálního pojištění a částečným zavedením pojistného principu v nemocenském a důchodovém pojištění“ (Zemanová 1999, s. 21). Ze systému byla vyňata lázeňská péče, byl doplněn okruh pojištěných osob. Nově byl stanoven způsob výpočtu nemocenských dávek. „Základem pro výpočet dávek byl stanoven příjem, který je započítatelný do vyměřovacího základu pro odvod pojistného. Rozhodné období, ze kterého se zjišťuje započítatelný příjem, bylo zkráceno na období kalendářního čtvrtletí. Výše nemocenského se stanoví procentní sazbou z denního vyměřovacího základu, a to ve výši 50 % za první tři kalendářní dny pracovní neschopnosti a 69 % od čtvrtého kalendářního dne pracovní neschopnosti“ (Zemanová 1999, s. 22).

V letech **1994 – 1995** docházelo k dalším změnám v systému nemocenského pojištění spojených s vyhlášením zákona č. 117/1995, o státní sociální podpoře, ve Sbírce zákonů ČR. Byl vytvořen nový systém dávek a do tohoto systému byly transformovány některé dávky ze systému nemocenského pojištění. Jednalo

⁴⁹ 80 let sociálního pojištění. Česká správa sociálního zabezpečení 2004. Dostupné z <www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf> [cit. 2.11.2010]

se především o přídavky na děti, příplatky k přídávkům na děti, státní vyrovnávací příspěvek, porodné, pohřebné apod.

Od roku **1996** se ze systému nemocenského pojištění poskytují jen dávky odvozené od dosaženého příjmu, tedy **nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny** (od r. 2009 **ošetřovné**), **vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, peněžitá pomoc v mateřství**.

Pokud shrneme výše uvedené údaje, je zřejmé, že systém nemocenského pojištění v těchto obdobích ještě neřešil problémy současné, ale v podstatě se snažil přizpůsobovat novým podmínkám tržního hospodářství, hledal způsob optimální konstrukce dávek, výše pojistného a vyřazoval ze systému dávky, které do něj nepatří. Přesto však nebyl dostatečně reformován tak, aby mohl kvalitně fungovat v tržní ekonomice. Právě v těchto obdobích začala také narůstat míra nemocnosti a poprvé v roce 1995 se dostala nad 6 %. Dále narůstala průměrná doba trvání jedné pracovní neschopnosti a narůstaly výdaje na nemocenské (viz. následující tabulka).

Tab. č. 4 Vývoj ukazatelů nemocenského pojištění v letech 1970 - 1998

Rok	%PN	Průměrné trvání PN	Nové případy PN na 100 pojištěnců	Počet kal. dní PN v tisících	Výdaje na nemocenské v tisících	Náklady na 1 kal. den. PN
1970	5,14	16,5	113,9	87 696	4 204	47,9
1971	4,46	15,9	102,3	76 300	3 571	46,8
1972	4	16,6	88,4	68 969	3 585	52
1973	4,18	15,9	96	72 035	3 661	50,8
1974	4,17	15,8	96,4	72 346	3 692	51
1975	4,09	16,5	90,7	71 089	3 961	55,7
1976	4,17	16,5	92,6	73 117	3 969	54,3
1977	4,27	16,3	95,7	75 380	4 176	55,4
1978	4,18	16,9	90,3	74 416	4 292	57,7
1979	4,27	17,3	90	76 610	4 492	58,6
1980	4,55	16,7	99,4	82 559	4 849	58,7
1981	4,31	17,3	90,8	78 783	4 777	60,6
1982	4,35	17,2	92,1	79 605	4 969	62,4
1983	4,47	16,7	97,7	82 618	5 279	63,9
1984	4,41	16,9	95,7	88 831	5 050	61,9
1985	4,45	17,1	95,3	89 999	5 795	64,4
1986	4,73	16,3	105,8	95 318	6 248	65,5
1987	4,44	17,5	92,6	89 572	6 066	67,7
1988	4,45	17,4	93,6	90 301	6 165	68,3
1989	4,76	17,1	101,5	96 448	6 677	69,2
1990	4,8	18,2	95,3	96 176	6 899	71,7
1991	5,04	19,9	92,4	94 339	7 246	76,8
1992	5,14	21,6	87,4	90 760	8 099	89,2
1993	5,3	23,2	83,3	91 138	9 662	106
1994	5,77	24,8	85,1	100 177	13 586	135,6
1995	6,15	24,4	91,9	105 693	15 416	145,9
1996	6,05	25,8	85,8	101 921	17 662	173,3
1997	6,25	26,3	86,7	113 312	16 959	153,7
1998	5,82	26,8	79,2	101 552	15 733	154,9

Zdroj: Národní pojištění, 1999, jubilejní číslo

Poz.: PN= pracovní neschopnost

Tyto skutečnosti vedly k dalším změnám v systému nemocenského pojištění od 1. 10. 1999. Zvýšil se limit denního vyměřovacího základu rozhodný pro výpočet dávek. Dalším z důvodů byla i skutečnost, že při dosavadní konstrukci dávek pojištěnci s podprůměrnými příjmy dosahovali tak nízkých dávek, že nebyly plněny Úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 130 (minimální úroveň dávek nemocenského pojištění). Poprvé byly stanoveny redukční hranice denního vyměřovacího základu. Nové úpravy poprvé zavedly každoroční přizpůsobování redukčních hranic (Zemanová 1999, s. 25-29). Od roku 2003 však byly změny redukčních hranic pozastaveny pro příliš vysoký deficit státního rozpočtu.

Tab. č. 5 **Přehled změn redukčních hranic v letech 1999-2003**

Období	Plně započitatelný příjem do částky	Redukovaný příjem na 60 % z částek v rozmezí
do 30.9.1999	270 Kč	X
1.1.1999 - 31.12.1999	360 Kč	360 Kč - 590 Kč
1.1.2000 - 31.12.2000	400 Kč	400 Kč - 590 Kč
1.1.2001 - 31.12.2001	430 Kč	430 Kč - 630 Kč
1.1.2002 - 31.12.2002	480 Kč	480 Kč - 690 Kč
1.1.2003 - 31.12.2003	480 Kč	480 Kč - 690 Kč

Pramen: ČSSZ. Výpočet: autor

Tab. č. 6 **Přehled změn redukčních hranic v letech 2004-2008**

Období	Plně započitatelný příjem do částky, (dále redukovaný na 90 % pro prvních 14 dnů PN) *	Redukovaný příjem na 60 % z částek v rozmezí
1.1.2004 - 31.12.2004	470 Kč	480 Kč - 690 Kč
1.1.2005 - 31.12.2005	510 Kč	510 Kč - 690 Kč
1.1.2006 - 31.12.2006	510 Kč	510 Kč - 730 Kč
1.1.2007 - 31.12.2007	550 Kč	550 Kč - 790 Kč
1.1.2008 - 31.12.2008	550 Kč	550 Kč - 790 Kč

Pramen: ČSSZ. Výpočet: autor. Pozn. * redukce neplatí pro peněžitou pomoc v mateřství

7.3.1 Změny v systému od roku 2008

Ačkoli se očekávalo, že v roce **2008** bude implementován zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (dále označován ZNP), byla jeho účinnost již podruhé odložena. Důvodem pro odklad zákona byly výsledky analýzy MPSV, jejich závěrem bylo, že „(...) nastavení jednotlivých parametrů pro výpočet dávek a především snížení sazby pojistného by mělo za následek negativní dopad do státního rozpočtu (...)“⁵⁰ (deficit 4,3 miliardy Kč za rok). V zájmu snížení nemocnosti a vyrovnání bilance v příjmech a výdajích v oblasti nemocenského pojištění nebyly zvýšeny redukční hranice, byla zavedena třídní karenční lhůta (období, kdy zaměstnanec nemá nárok na výplatu dávky), zkrácena ochranná lhůta ze 42 na 7 dnů a stanoveny odlišné procentní sazby v závislosti na délce pracovní neschopnosti (viz. následující tabulka). Změny sazeb se netýkaly peněžitě pomoci v mateřství, u podpory při ošetřování člena rodiny činila sazba 60 %. Od 29. 6. 2009 došlo k nucené změně v důsledku nálezů

⁵⁰ *Nemocenské pojištění*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4770> [cit. 5.11.2009]

ústavního soudu, který shledal karenční dobu v rozporu s právem, jelikož nebylo úměrně sníženo pojistné (Bolcková 2007, s. 7-10).

Tab. č. 7 **Procentní sazby v roce 2008**

Období	1.-3. den PN	4.-30. den PN	31.-60. den PN	Od 61.dne PN
1.1.2006 -. 29.6.2008	0	60%	66%	72%
30.6.2008 - 31.8.2008	60%	60%	66%	72%
1.9.2008 - 31.12.2008	25%	60%	66%	72%

Pramen: ČSSZ. Výpočet: autor. Pozn.: Procentní sazby jsou vypočteny z redukovaného denního vyměřovacího základu

Rok 2009 přinesl účinnost dlouho očekávaného zákona č. 187/2006 Sb. Tento zákon platný od roku 2006 koncipovaný levicovou vládou v důsledku povolebních změn pravděpodobně nevyhovoval novému směřování politiky, a byl proto před nabytím účinnosti několikrát novelizován, zřejmě v závislosti na stavu státního rozpočtu a cílech politické strany, která byla u moci.

Tento novelizovaný zákon upravuje nemocenské pojištění komplexně. Jeho původní podoba byla koncipována tak, aby vyhovovala mezinárodním úmluvám Mezinárodní organizace práce, Evropské sociální chartě, Evropskému zákoníku sociálního zabezpečení v oblasti stanovení standardů. V systému došlo k mnoha změnám, z nichž byly vybrány nejzásadnější:

- jednotnost systému (nově stanoven okruh pojištěnců),
- provádění pojištění přechází pouze na nositele pojištění (dávky vyplácejí pouze správy sociálního zabezpečení),
- zavedení ochranných prvků (zavedení tří redukčních hranic, nárok na nemocenské od 15. dne pracovní neschopnosti, změna sankčních mechanismů při porušení léčebného režimu zaměstnance, zavedení sankčních opatření vůči lékařům a zaměstnavatelům při neplnění povinností),
- zvýšení spravedlnosti (osoby s vyššími příjmy měli dosáhnout přiměřenějších dávek),
- aktivní podíl zaměstnavatele na finančním zabezpečení zaměstnance pod dobu 14 dnů nemoci (výplata náhrady mzdy),

- snížení sazeb pojistného (zaměstnavatel hradí na nemocenském pojištění 2,3 % z měsíčního vyměřovacího základu, zaměstnanec do systému nepřispívá),
- princip rovného zacházení (možnost otce či manžela uplatnit si nárok na peněžitou pomoc v mateřství),
- možnost střídání pečujících osob při ošetřování člena rodiny a pobírání peněžité pomoci v mateřství,
- z více zaměstnání náleží jen jedna dávka vypočtená ze všech dosažených příjmů (Příb 2009; Hejkal, Šváchová 2009).

Změn v systému se objevilo mnohem více, ale výše uvedené jsou nejzásadnější. Velmi významný je nový způsob konstrukce dávek. Finanční zabezpečení osob účastných nemocenského pojištění bylo převedeno po dobu prvních 14 dnů, dočasné pracovní neschopnosti na zaměstnavatele. Zaměstnavatel poskytoval za toto období náhradu mzdy, a to pouze za pracovní dny, přičemž za první tři pracovní dny dávka nenáležela. Jsou stanoveny tři redukční hranice v hodinové sazbě. Nemocenské náleželo až od 15. dne trvání pracovní neschopnosti. Nemocenské se poskytovalo ve třech sazbách, a to 60 % do 30. dne pracovní neschopnosti, 66 % od 31. do 60. dne a 72 % od 61. dne trvání pracovní neschopnosti.

V roce **2010** i v roce **2011** změny v systému NP pokračovaly. Týkaly se zejména úpravy parametrů pojistného, pak nejprve zavedení a poté zrušení třídní kareční doby u ošetřovného, změny procentních sazeb a posunutí nároku na nemocenské od 22. dne trvání pracovní neschopnosti od 1. 1. 2011. Pro oba roky byla stanovena pouze jedna sazba po celou dobu trvání pracovní neschopnosti a to ve výši 60 % z redukovaného denního vyměřovacího základu.

Ačkoli se sazba pojistného stanovená na 2,3 % pro zaměstnavatele měla od roku 2010 zvyšovat, byla zákonem č. 362/2009 Sb., v pl. znění, pro rok 2010 ponechána ve stejné výši včetně možnosti odečítat si polovinu vyplacené náhrady mzdy od pojistného. Možnost odečítat si náhradu mzdy byla zrušena až od ledna 2011, sazba pojistného však byla opět ponechána ve stejné výši. Malí zaměstnavatelé⁵¹ ovšem dostali možnost

⁵¹ Zaměstnavatelé zaměstnávající max. 25 zaměstnanců

přihlásit se do zvláštního režimu placení pojistného umožňujícího odečítat si polovinu náhrady mzdy i nadále, pokud budou platit pojistné na NP ve výši 3,3 % namísto 2,3 %.

Od 1. 1. 2010 se pro výpočet peněžité pomoci v mateřství počítal do částky první redukční hranice DVZ ve výši 90 % a nikoli 100 %, jak tomu bylo v roce předchozím. Výše peněžité pomoci byla stanovena na 60 %. Parametry však byly v červenci 2010 vráceny na původní úroveň.

U ošetřovného byla na dobu od 1. 1. 2010 do 30. 6. 2010 zavedena karenční doba 3 dny a podpůrní doba ošetřovného činila pouhých 6 kalendářních dnů, u osamělých rodičů 13 kalendářních dnů.

Nejdůležitější parametrické změny jsou shrnuty v následujících tabulkách.

Tab. č. 8 Přehled redukčních hranic v letech 2009-2011

Období	1. redukční hranice (započte se 90 %, u PPM 100 %)	2. redukční hranice (započte se 60 %)	3. redukční hranice (započte se 30 %)
2009	786 Kč	791 Kč	825 Kč
2010	1 178 Kč	1 186 Kč	1 237 Kč
2011	2 356 Kč	2 371 Kč	2 474 Kč

Pramen: ČSSZ. Výpočet: Autor

Tab. č. 9 Procentní sazby u dávek v letech 2009 - 2011

Období	nemocenské	ošetřovné	peněžitá pomoc v mateřství
rok 2009	15.-30. den 60% z 90%, 31.-60. den 66% z 90%, od 61. dne 72% z 90%	60% z 90%	70% ze 100%
1.1.2010 - 30.6.2010	60% z 90%	60% z 90%	60% z 90%*
1.7.2010 - 31.12.2010			70% ze 100%
rok 2011	60% z 90%	60% z 90%	70% ze 100%

Pramen: ČSSZ. Výpočet: Autor

* Nižší sazba u peněžité pomoci v mateřství byla koncem roku 2010 za období od 1.1.10 do 31.5.10 doplacena na úroveň sazby následující jednorázovou dávkou.

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že dynamika změn v systému NP je velmi výrazná. Orientovat se ve všech probíhajících změnách může být obtížné nejen pro profesionály (míněno mzdové účetní apod.), ale zejména pro samotné pojištěné osoby.

8 ANALÝZA SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR

Analýzu systému NP lze pojmut z několika hledisek. Může se jednat o sledování vybraných ukazatelů, např. finančních ukazatelů souvisejících s pracovní neschopností, a nebo ukazatelů takzvaně naturálních. V tomto ohledu se jedná zejména o míru nemocnosti, počet ukončených případů pracovní neschopnosti, počet prostonaných dnů, průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, členění podle diagnóz, míra nemocnosti mužů a žen, nemocnost podle regionů, sankční ukazatele atd. Další pohled je možný z hlediska různých aktérů. Tato kapitola se soustřeďuje především na analýzu výše uvedených ukazatelů NP. Zvláštní důraz při prováděné analýze je kladen na porovnání roků 2008 a 2009, kdy se změnila legislativa.⁵²

8.1 Počty pojištěných osob

Ačkoli již dříve bylo uvedeno, že počet pojištěných osob nikterak významně neovlivňuje bilanci systému NP, významnou měrou však ovlivňuje absolutní hodnoty údajů týkajících se pracovní neschopnosti. Na počet pojištěnců působí míra nezaměstnanosti, ale rovněž je do určité míry ovlivněna podobou právních norem vymezujících okruh pojištěných osob. Ke změně v tomto ohledu došlo od 1. 7. 2005 do 31. 12. 2008, kdy byla uložena povinnost přihlašovat k nemocenskému pojištění studenty. Změnou právní úpravy od roku 2009 došlo k vyloučení všech studentů ze systému, což se nutně projevilo na celkových údajích. Míra nezaměstnanosti a nástup hospodářské krize se rovněž projeví na snížení počtu pojištěnců v roce 2009, ovlivnily však pravděpodobně zejména pokles počtu pojištěných OSVČ (viz tab. č. 10 a 11).

Tab. č. 10 Průměrná procentuální míra nezaměstnanosti v ČR

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%	9,9	9,2	9	8,1	6,6	5,4	8	9

Zdroj: MPSV 2011

⁵² Při zpracování byla primárně preferována data ČSSZ. Je možné, že při porovnání některých ukazatelů z jiných zdrojů (např. ÚZIS nebo ČSÚ) se mohou hodnoty některých ukazatelů mírně lišit. Drobné nesrovnalosti jsou způsobené odlišnou metodikou zpracování při výpočtu veličin.

Tab. č. 11 **Počet nemocensky pojištěných osob v ČR**

Rok	Pojištěné OSVČ	Pojištění zaměstnanci organizací	Pojištění zaměstnanci malých organizací	Pojištěnci celkem
2004	267 524	3 125 092	966 150	4 358 766
2005	240 825	3 082 457	974 767	4 298 049
2006	222 074	3 149 523	987 387	4 358 984
2007	210 540	3 173 503	988 148	4 372 191
2008	196 225	3 250 136	999 450	4 445 811
2009	141 389	4 155 026*		4 296 415
2010	151 881	4 272 541*		4 424 422

Pramen: ČSSZ. Výpočet: autor. Pozn. * od r. 2009 se používá jednotné označení „zaměstnavatel“

Zajímavá je skutečnost, že v roce 2010, kdy ještě doznívaly následky hospodářské krize, se počet pojištěnců dostal na druhou nejvyšší úroveň za sledované období a na téměř shodnou úroveň s rokem 2008, kdy však míra nezaměstnanosti byla zhruba o 3,5 % nižší a navíc k pojištění byli přihlášení i studenti. Je možné, že se zde projevuje posouvání věkové hranice pro odchod do důchodu, kdy se zvyšuje počet osob v aktivním věku ucházejících se o zaměstnání na trhu práce.

8.2 Naturální ukazatele pracovní neschopnosti⁵³

Na základě analýzy dostupných zdrojů lze konstatovat, že od roku 2003 s výjimkou roku 2005 je zřejmý pokles v četnosti výskytu pracovní neschopnosti a prostonaných dnů. Naopak razantně docházelo ke zvyšování průměrné doby trvání jednoho případu pracovní neschopnosti. Z komparace jednotlivých roků (viz tab. č. 12) vyplývá, že v roce 2010 došlo v porovnání s rokem 2003 k poklesu ukončených případů pracovní neschopnosti většímu než o 50 %. První významný pokles se projevil již v roce 2004, kdy došlo k výrazné změně parametrů vedoucí ke snížení výše dávek. Další skokové snížení prvních dvou uvedených ukazatelů se objevilo v roce 2008 a 2009 (viz. kapitola

⁵³ Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1990–2003.. ČSÚ, 2005. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2005ediciplan.nsf/p/1127-05> [cit. 11.3.2011]; *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009*. ÚZIS, 2010. Dostupné z <http://www.uzis.cz/publikace/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz-2009> [cit. 11.3.2011]; *Nemocenská statistika ČSSZ*, Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/> [cit. 11.3.2011]

7.3.1). Je pravděpodobné, že pokles v roce 2008 souvisí s prvními reformními kroky, zejména se zavedením karenční doby. Tuto domněnku potvrzuje skutečnost, že v důsledku zrušení karenční doby na základě nálezu Ústavního soudu se významně snížila rychlost poklesu nemocnosti. Pokles pokračující i v roce 2009 souvisí s obnovením karenční doby a s placením náhrady mzdy jen za pracovní dny.

Tab. č. 12 **Ukazatele pracovní neschopnosti v letech 2003 – 2010**

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Počet ukončených případů PN	3 829 738	2 906 149	3 185 257	2 870 261	2 865 201	2 223 914	1 526 014	1 334 052
Počet prostaných dnů	121 047 763	105 955 526	107 095 134	104 747 532	100 589 119	87 851 038	73 907 584	62 078 690
Průměrná doba trvání 1 příp. PN	31,61	36,46	33,62	36,49	35,11	39,5	48,43	47

Pramen: ČSSZ 2011. Výpočet: autor

8.2.1 Počet případů pracovní neschopnosti a délka jednoho případu

Jak již bylo uvedeno i v roce 2009 se potvrdil započatý trend a počet ukončených případů pracovní neschopnosti se výrazně snížil. V roce 2009 bylo v ČR ukončeno 1 526 014 případů, což je o 31 % (tj. o 697 900 případů) méně než v roce předcházejícím. V roce 2010 došlo k dalšímu, ovšem ne již tak výraznému meziročnímu snížení o cca 8 % (tj. o 191 962 případů). Značnou část všech evidovaných případů představují krátkodobé pracovní neschopnosti. V roce 2007 činily případy kratší než 14 dnů 48 % ze všech evidovaných případů, v roce 2008 i 2009 došlo ke snížení na 43 % respektive 42 %. V důsledku toho však dochází k prodlužování jednoho případu pracovní neschopnosti.

Podíl počtu ukončených případů dle jednotlivých intervalů délky trvání na celkovém počtu případů v letech 2008 a 2009 se meziročně příliš nezměnil (viz tab. 13).

Tab. č. 13 – Počet případů DPN dle délky trvání, 2008 a 2009

Trvání DPN ve dnech	2008		2009		Meziroční změna	
	Počet případů	Podíl	Počet případů	Podíl	Absolutní	Relativní
1 – 14	954 600	43%	635 279	42%	-319 321	-33%
15 – 30	566 985	25%	332 088	22%	-234 897	-41%
31 – 60	331 492	15%	221 116	14%	-110 376	-33%
61 – 90	139 774	6%	109 096	7%	-30 678	-22%
91 – 180	138 251	6%	129 254	8%	-8 997	-7%
181 – 270	51 130	2%	53 705	4%	2 575	5%
271– 365	29 787	1%	37 367	2%	7 580	25%
366 a více	11 895	1%	8 109	1%	-3 786	-32%
Celkem	2 223 914	100%	1 526 014	100%	-697 900	-31%

Zdroj: ČSSZ. Rozbor vývoje dočasné pracovní neschopnosti 2009

Pracovní neschopnosti kratší 15 dnů tvořily v obou letech více než 40 % všech případů. V roce 2008 bylo těchto případů 954 600, v roce 2009 však jen 635 279. Mírně poklesl počet případů v délce trvání 15 – 30 dnů a naopak stoupl počet případů trvajících déle než 61 dnů v relativních hodnotách. Jejich absolutní počet ovšem klesl. V roce 2008 bylo evidováno 370 837 případů trvajících 61 a více dnů a tvořily 17 % z celkového počtu případů, v roce 2009 jich bylo jen 337 531, ale tvořily již 22 %, což svědčí o prodlužování délky pracovní neschopnosti. Pro rok 2010 nejsou zatím podrobné údaje k dispozici.

Z výše uvedeného je zřejmé, že změny v systému ovlivnily strukturu rozložení pracovních neschopností dle délky. Ubývá kratších pracovních neschopností a delších naopak přibývá.

Již v letech 1990 – 2003 se průměrná délka pracovní neschopnosti velmi dynamicky prodlužovala, a to průměrně o více než 4 % ročně. Tento trend pokračoval i nadále a tempo růstu se zrychlovalo⁵⁴. V roce 2009 se průměrná doba trvání jednoho případu meziročně zvýšila o téměř 9 dní (22,6 %). V roce 2008 trval jeden případ pracovní neschopnosti 39,5 dne, v roce 2009 dokonce 48,4 dny. V roce 2010 sice došlo ke značnému snížení počtu prostonaných dnů i ke snížení případů pracovní neschopnosti (viz. tab. 12), ale jeden případ nemoci dosahoval stále na vysoké hodnoty, a to 47 dnů.

⁵⁴ Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1990–2003.. ČSÚ, 2005. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/1127-05> [cit. 11.3.2011]

Příčinou prudkého meziročního nárůstu průměrné délky trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v roce 2009 bylo zejména snížení počtu krátkodobých pracovních neschopností a naopak nárůst počtu případů převyšující 181 dnů. Tento vývoj byl pravděpodobně způsoben zavedením tzv. karenční doby. Toto opatření vedlo nejspíše k tomu, že lidé řešili léčbu méně závažných chorob např. čerpáním dovolené nebo je přecházeli.⁵⁵ Tento způsob chování mohl mít za následek vážnější onemocnění s delší dobou léčby.

„Počet ukončených pracovních neschopností se podle ČSSZ vloni meziročně snížil téměř o třetinu, na 1 526 014. Představitelé zaměstnavatelů to přičítají změnám v systému nemocenského pojištění (první tři dny se náhrada mzdy nevyplácí). Dost možná tomu tak bylo. Ale legitimní je i pohled, který prezentoval primář oddělení klinické biochemie Krajské nemocnice Liberec MUDr. Petr Wagner v Britských listech: Jelikož se nedá předpokládat pokles nemocnosti z roku na rok o třetinu, a počet vydaných balení léků to potvrzuje, lze soudit, že lidé chodí do práce i nemocní. (...) Úspěšnost metod je vždy nutno měřit konkrétními výsledky. Jak je ale vidět, jejich výklad může být rozdílný, dokonce protichůdný. Proto by ho měla podávat pokud možno objektivní autorita“⁵⁶. Uvedený názor není pouze ojedinělým. V médiích se podobným způsobem vyjádřilo více odborníků a na základě dotazu uskutečněného u několika lékařů se jednoznačně potvrdil.

„Snížení počtu krátkodobých pracovních neschopností mohlo být způsobeno také zvýšeným čerpáním ošetřovného, u kterého v roce 2009 náležela dávka již od prvního dne potřeby ošetřování. Nárůst počtu případů ošetřování byl zaznamenán zejména v 1. polovině roku 2009, ale z dostupných statistických údajů nelze určit, jaká část byla využita namísto uznání dočasné pracovní neschopnosti osoby, která poskytovala ošetřování“ (Rozbor dočasné 2010, s. 7).

Situace související s délkou pracovní neschopnosti však není v celé ČR stejná (viz tab. č. 14).

⁵⁵ ŠEVČÍK, J. Lidé často marodí bez neschopenky. *Břeclavský deník*. 22.2.2011; *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009*. Dostupné z « <http://www.uzis.cz/publikace/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz-2009> » [cit. 11.3.2011]

⁵⁶ Zdraví – Nemocní. *Podnikatel*. 19.2.2010 Dostupné z «<http://intranet.cssz.cz/00-3-01-79.htm#n79>» [cit.29.10.2010]

Tab. č. 14 – Počet případů DPN na 100 obyvatel, dle krajů ČR

Kraj	2008	2009	Meziroční změna	
			Absolutní	Relativní
Jihočeský	23,3	15,5	-7,8	-33,4%
Jihomoravský	20,7	13,1	-7,6	-36,6%
Karlovarský	24,1	14,9	-9,2	-38,2%
Královéhradský	23,3	15,2	-8,1	-35,0%
Liberecký	24,1	15,7	-8,4	-34,8%
Moravskoslezský	21,0	13,9	-7,1	-33,9%
MSSZ Brno	25,5	17,6	-7,9	-30,8%
Olomoucký	21,2	13,6	-7,6	-35,8%
Pardubický	23,7	14,7	-9,1	-38,2%
Plzeňský	25,2	16,7	-8,6	-34,0%
PSSZ	15,2	15,1	-0,1	-0,8%
Středočeský	21,0	14,2	-6,8	-32,5%
Ústecký	20,7	13,3	-7,4	-35,8%
Vysočina	21,8	14,1	-7,7	-35,2%
Zlínský	22,3	14,3	-8,0	-35,9%
Česká republika	21,8	14,9	-6,8	-31,4%

Zdroj: ČSSZ. Rozbor vývoje dočasné pracovní neschopnosti 2009

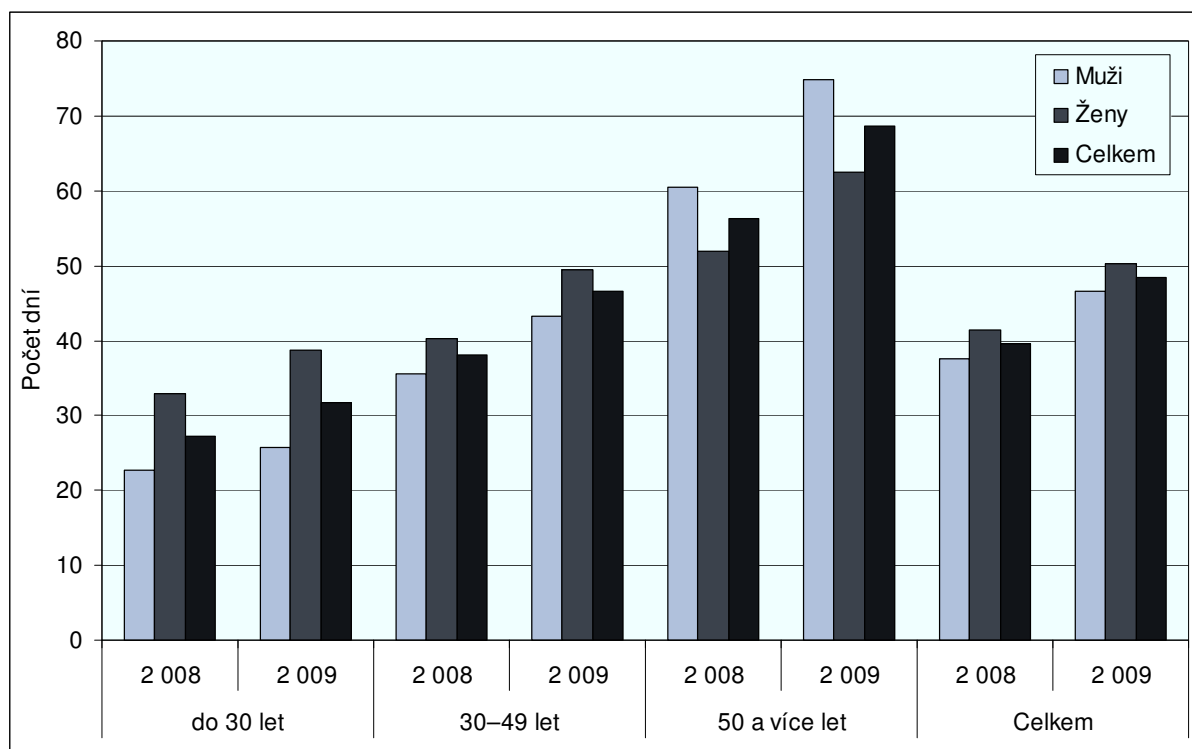
Nejdelší průměrná doba trvání jedné PN v roce 2008 činila ve Zlínském kraji 43,93 dne, v roce 2009 již 59,91 dne a v roce 2010 57,31 dne. Naopak nejkratší byla v Praze, a to 33,02 dne v roce 2008, 36,05 dne v roce 2009 a v roce 2010 37,2 dne. Oba regiony si dlouhodobě udržují své hraniční pozice na opačných pólech. U všech regionů kromě Prahy došlo k meziročnímu snížení o více než 30 %. Lze konstatovat, že hodnoty v Praze zůstaly relativně konstantní. Z toho lze odvodit, že Praha, kde vždy byla nejnižší nemocnost, odrážela a odráží stav reálně nemocných, a nebo fakt, že Pražané s ohledem na výši dosahovaných příjmů měli již v minulosti vyšší motivaci nevyužívat, případně nezneužívat systém a prostředky na obživu získávat i v případě nemoci prioritně výdělečnou činností. Je otázkou, zda v ostatních regionech došlo k tak výrazné změně z důvodu předchozího zneužívání systému, a nebo z aktuální obavy o nedostatečné zabezpečení ze systému NP po provedených změnách.

8.2.2 Trvání pracovní neschopnosti dle pohlaví

Ačkoli ženy tvoří 47 % z celkového počtu pojištěnců, připadá na ně 52 % všech pracovních neschopností. Průměrná délka pracovní neschopnosti u žen je také o tři dny delší než u mužů. Z hlediska pracovních úrazů se pracovní neschopnost žen podílí jen 28 % a nepracovních úrazů 31 % na nemocech způsobených danými typy úrazů (Chodounská 2010).

Z hodnocení průměrné délky trvání případu pracovní neschopnosti podle pohlaví a věku vyplývá, že hodnoty zjištěné v roce 2009 se nijak významně neodlišují od předchozího roku. Způsob rozložení průměrného trvání jednoho případu z pohledu dvou souběžně působících charakteristik, tedy pohlaví a věkové skupiny (viz obr. 1) působí velmi zajímavě. V mladších věkových skupinách byla průměrná délka pracovní neschopnosti delší u žen. V roce 2009 průměrný případ u žen ve věkové kategorii do 30 let trval 39 dní, u mužů jen 26 dní. Tento fakt lze vysvětlit např. diagnózami žen souvisejícími s těhotenstvím a mateřstvím, jejichž doba trvání bývá delší. U starších věkových skupin naopak strávili v jedné pracovní neschopnosti více dní muži. Nejdéle jsou v pracovní neschopnosti muži nad 50 let, strávili průměrně při jedné nemoci v pracovní neschopnosti 75 dnů, zatímco ženy ve stejném věku jen 62 dnů. Je možné, že v roce 2009 došlo v důsledku hospodářské krize ke zvýšení míry nezaměstnanosti. Lidé ve věku nad 50 let mohou pracovní neschopností řešit ztrátu zaměstnání a tím i příjmu. Tuto domněnku potvrzuje i zjištění, že ve věkové kategorii převládaly skupiny diagnóz pro onemocnění kosterní a svalové soustavy (viz kap. 8. 2. 3), kde je pro lékaře obtížné objektivně zhodnotit potíže pacienta.

Obr. č. 1 – Průměrné trvání jednoho případu DPN, dle věku, 2008 a 2009



Zdroj: ČSSZ. Rozbor vývoje a kontroly dočasné pracovní neschopnosti 2009

8.2.3 Pracovní neschopnosti podle diagnóz

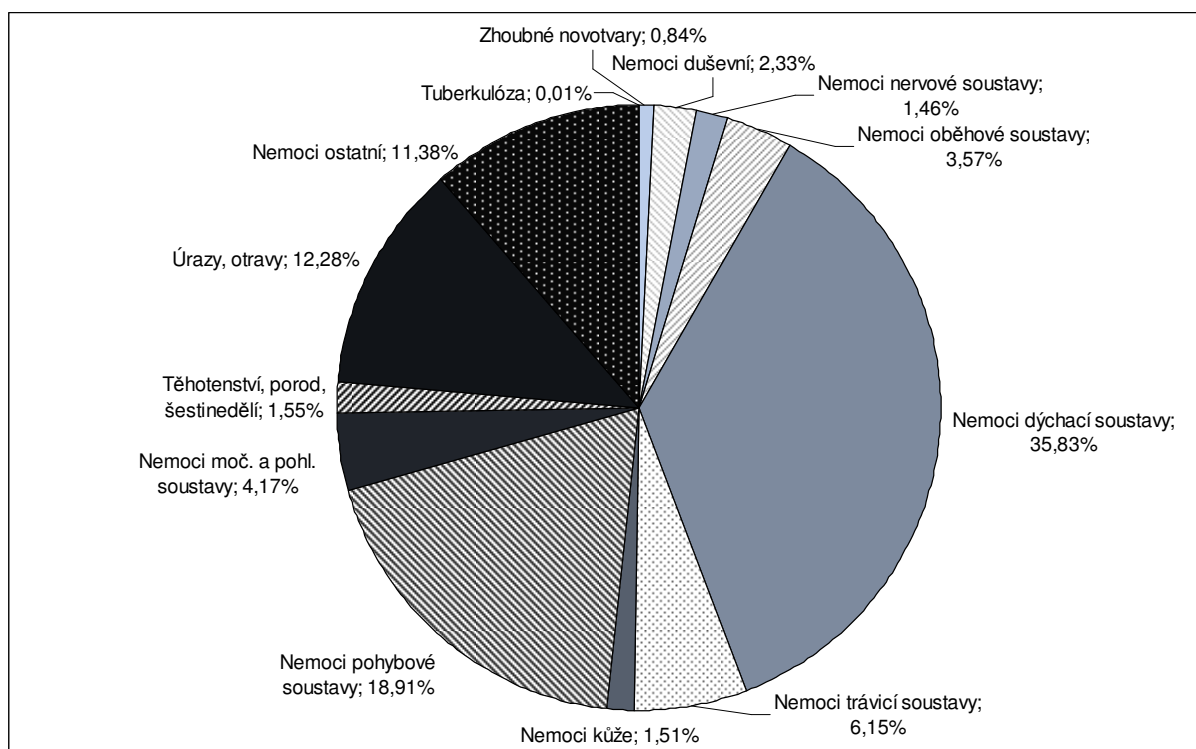
Z hlediska diagnóz byly v roce 2009 nejčastější příčinou pracovní neschopnosti onemocnění dýchací soustavy (36 % - tj. 239 377 případů), přestože jejich podíl postupně klesá. V roce 2008 zapříčinily třetinu všech pracovních neschopností. Z nemocí dýchací soustavy jsou jako nejčastější diagnózy identifikovány chřipka, akutní zánět mandlí a záněty horních a dolních cest dýchacích. Tento typ onemocnění je nejčastější příčinou, ale současně má nejkratší průběh nemoci.

Druhou nejčastěji diagnostikovanou příčinou pracovní neschopnosti byla onemocnění kosterní a svalové soustavy. V roce 2009 tvořily 19 % ze všech případů pracovní neschopnosti (144 407 případů). Pro tuto skupinu chorob je příznačná dlouhá průměrná doba trvání jednoho případu (průměrně 69,95 dne). Obecně se předpokládá, a někteří odborníci to rovněž potvrzují, že tato skupina chorob pro obtížnou ověřitelnost potíží umožňuje zneužívat systém NP. *„Posuzování zdravotního stavu a pracovní neschopnosti je pro lékaře často náročné. Na straně jedné může činit objektivizace subjektivních stesků i zkušenému lékaři značné potíže, na straně druhé je mezi pojištěnci rozšířeno, že tento proces objektivizace prodlužuje dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti a lékař se musel často vypořádat i s účelovým jednáním posuzovaných“* (Strašík 2009, s. 19).

Úrazy, otravy a jiné následky způsobily v roce 2009 cca 13 % případů pracovní neschopnosti, v roce 2008 činily 15 % prostonaných dnů pracovní neschopnosti, takže měřené hodnoty se nikterak významně nelišily. Nejčastějšími důvody onemocnění byla podvrtnutí, vymknutí, natažení kloubních vazů a zlomeniny.

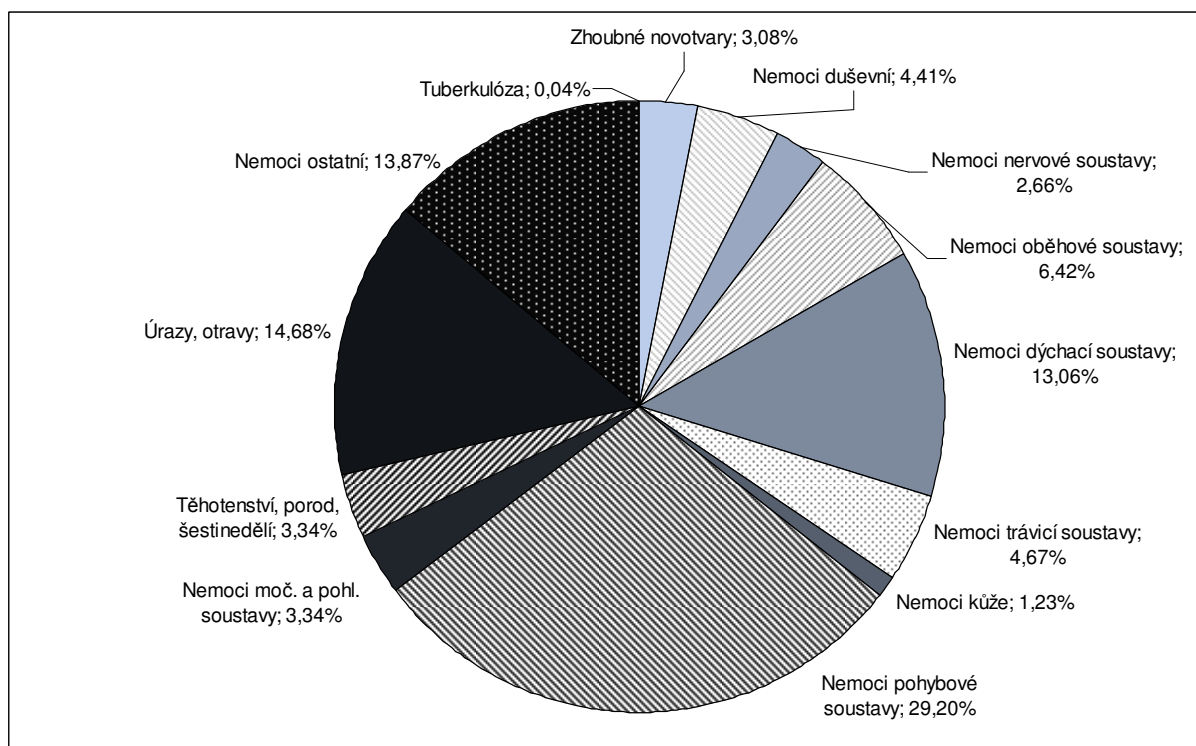
K nejmarkantnějšímu meziročnímu nárůstu trvání jednoho případu pracovní neschopnosti o 19 dnů došlo u poruch duševních a poruch chování. Příčinou může být skutečnost, že přiznání psychických potíží a jejich léčba již není tak stigmatizující jako v minulosti a nemocní lékaře nenavštěvují s obavami ve vztahu na reakci okolí.

Obr. 2 – Podíl jednotlivých diagnóz na celkovém počtu případů DPN, 2009



Zdroj: ČSSZ. Rozbor vývoje a kontroly dočasné pracovní neschopnosti 2009

Obr. 3 – Podíl jednotlivých diagnóz na celkovém počtu pronesaných dnů, 2009

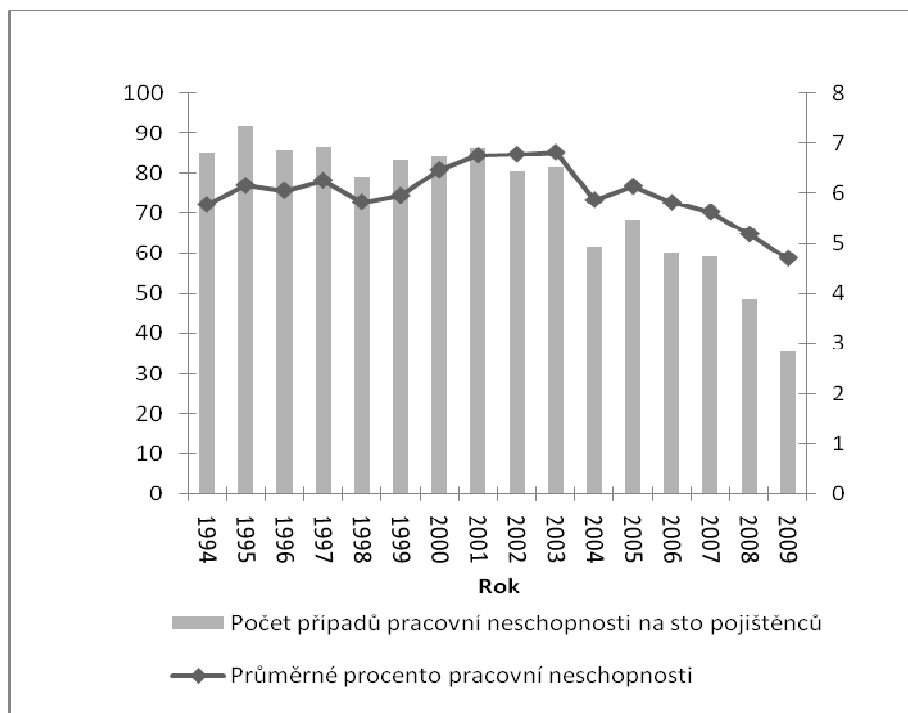


Zdroj: ČSSZ. Rozbor vývoje a kontroly dočasné pracovní neschopnosti 2009

8.2.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti

Míra (průměrné procento) pracovní neschopnosti je komplexní ukazatel úrovně dočasné pracovní neschopnosti. Poskytuje informace o průměrném podílu pojištěných osob, které ve stanoveném časovém období byli práce neschopní. V posledním desetiletí míra nemocnosti v ČR téměř dvojnásobně překračovala evropský průměr. V 90. letech nemocnost přesáhla 5 % a stále rostla. Maximální míry (6,81 %) dosáhla v roce 2003 (viz obr. č. 4). Vezmeme-li do úvahy fakta jako relativně dobrý zdravotní stav obyvatel, pokrok v medicíně a prodlužující se věk dožití, neexistovaly objektivní příčiny pro permanentní nárůst nemocnosti. Rostoucí nemocnost je možné vysvětlit změnami v nemocenském pojištění vedoucími k postupnému zvyšování dávek, zvláště po roce 1999. Snížení nemocnosti v roce 2004 téměř o 1 % lze vysvětlit reálným snížením výše dávek v tomto roce. Další změny v systému NP snížily nemocnost v roce 2008 na 5,18 % a v roce 2009 na 4,7 % (nejnižší úroveň za posledních 50 let). Pokles hodnot míry nemocnosti v sobě odráží reálný pokles úrovně pracovní neschopnosti. Lze proto konstatovat, že legislativní opatření přijatá za účelem jejího snížení byla účelná. Otázkou ovšem zůstává dlouhodobý dopad těchto opatření na zdraví jedinců v souvislosti s pravděpodobným přecházením krátkodobých onemocnění.

Obr. 4 – Vývoj základních ukazatelů nemocenského pojištění



Zdroj: autor

V roce 2009 „(...) nejvyšší hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti dosahovaly nemoci pohybové soustavy (1,4), úrazy a otravy (0,7) a nemoci dýchací soustavy (0,6). Tyto údaje je možné interpretovat tak, že z důvodu nemoci pohybové soustavy průměrně denně chybělo v zaměstnání 1 400 osob ze 100 000 nemocensky pojištěných, z důvodu úrazů a otrav 700 osob ze 100 000 nemocensky pojištěných a z důvodu nemoci dýchací soustavy 600 osob ze 100 000 nemocensky pojištěných“ (Rozbor dočasné 2010, s. 9).

8.2.5 Sankční ukazatele

Sankční opatření státu slouží ke snížení možnosti zneužívat systém. Míru jeho zneužívání je možné částečně odvodit od počtu uložených sankčních opatření ve vztahu k čerpání dávek. Těmito ukazateli jsou především počet případů porušení léčebného režimu, počet případů snížení nebo odnětí nemocenského, počet vystavených rozhodnutí o ukončení neoprávněné dočasné pracovní neschopnosti, počet rozhodnutí vystavený zdravotnickým zařízením za neplnění povinností v oblasti posuzování zdravotního stavu, počet odebraných „licencí“ na možnosti vystavovat o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

Absolutní počet uložených sankcí však nemusí vypovídat o dynamice zneužívání systému zcela korektně. Velmi důležité je zohlednit celkový počet provedených kontrol dodržování léčebného režimu, protože pokud bude kontrolováno méně pojištěnců, bude pravděpodobně i počet záchyťů nižší. Rovněž je nutné zohlednit i skutečnost, že od roku 2009 si mohou kontrolu práce neschopných zaměstnanců provádět sami zaměstnavatelé po dobu prvních 14, respektive 21 dnů pracovní neschopnosti. Počet takto provedených kontrol nelze v celkových součtech zohlednit, protože se nijak nesleduje.

Provádění kontrol dodržování režimu práce neschopných pojištěnců provádí podle ustanovení § 84 odst. 2 písm. j) ZNP příslušná OSSZ (PSSZ) pověřenými zaměstnanci buď z vlastního podnětu nebo z podnětu zaměstnavatele či ošetřujícího lékaře. Výsledkem kontroly může být tzv. záchyť, tj. podezření z porušení režimu. Toto podezření se dále ověřuje. Pokud má OSSZ jistotu, že došlo k porušení režimu práce neschopného pojištěnce, je zahájeno správní řízení, jehož výsledkem může být rozhodnutí o postihu, tj. krácení nebo odnětí nemocenského.

Z hlediska počtu kontrol, počtu porušení a sankčních opatření v časové řadě se projevuje značná dynamika změn.

Tab. č. 15 **Kontroly dodržování režimu práce neschopných pojištěnců**

Rok	Počet ukončených případů PN	Počet provedených kontrol	Počet záchytů	Počet ověřených porušení	Počet postihů	Počet rozhodnutí o ukončení PN
2003	3 829 738	267 240	55 360	12 131	7 924	1 424
2004	2 906 149	266 044	56 366	11 211	6 728	1 539
2005	3 185 257	252 339	52 661	11 066	6 422	2 981
2006	2 870 261	247 722	54 565	9 521	6 182	2 497
2007	2 865 201	277 114	64 109	10 312	7 033	3 268
2008	2 223 914	190 926	44 244	3 851	5 131	2 872
2009	1 526 014	142 921	34 553	4 108	2 836	1 053

Zdroj: Zprávy o činnosti ČSSZ 2003-2008. Sdělení ČSSZ ze dne 12.1.2011.

Výpočet: autor

V roce 2009 bylo provedeno o 25 % kontrol méně než v roce 2008. Procentuelní pokles počtu kontrol byl však nižší než snížení počtu případů pracovních neschopností, což mělo za následek naopak zvýšení podílu případů pracovních neschopnosti, které byly zkontrolovány. V roce 2009 bylo zkontrolováno 9,4 % případů, v roce 2008 jen 8,6 % případů.

V roce 2009 z celkového počtu záchytů skončilo 8 % postihem. Ve srovnání s předchozím rokem se podíl postihů na počtu zjištěných porušení snížil o 3,6 %.

Za těchto skutečností je možné odvodit, že léčebný režim po zavedení ZNP porušuje menší podíl práce neschopných než v předchozích obdobích.

8.3 Finanční ukazatele pracovní neschopnosti – příjmy a výdaje systému NP

Příjmy systému NP jsou tvořeny z pojistného na nemocenské pojištění včetně penále, pokut, přírážek k pojistnému apod. Pojistné na NP bylo zavedeno v roce 1993 a od té doby se roční rozdíl mezi příjmy a výdaji systému NP pohybovaly v částce od minus 1,3 mld. v roce 2000 až do plus 9,7 mld. Kč v roce 2007.⁵⁷ Sazba pojistného činila od roku 1996 do 30. 9. 2008 pro zaměstnance 4,4 % z vyměřovacího základu

(3,3 % hradil zaměstnavatel, 1,1 % zaměstnanec)⁵⁸. Od září 2008 došlo ke snížení sazby zaměstnancům o 0,1 %, aby bylo vyhověno námitkám ústavního soudu v souvislosti se zavedením karenční doby. Účinnost karenční doby je patrná již z toho, že v okamžiku, kdy byla zrušena na základě nálezu Ústavního soudu, došlo opět k nárůstu nemocnosti, což potvrzuje kolísání ve výdajích na nemocenské v průběhu roku 2008. Za období od února do července 2008 se výdaje meziročně snížily o 17,1 %, za srpen a září (vyplácely se dávky bez aplikace karenční doby) pokles činil jen 3,7 %, a za období od října do prosince (první tři dny nemoci náleželo 25 % DVZ) poklesly výdaje o 11,3 %. Důvodem této rozkolísanosti není jen objem prostředků náležejících či nenáležejících za první tři dny, ale i počet případů pracovních neschopností v uvedených obdobích.

Od roku 2009 hradí pojistné na nemocenské pojištění pouze zaměstnavatel ve výši 2,3 %, zaměstnanec do systému nepřispívá.⁵⁹ V souvislosti s reformou veřejných financí byla přijata taková opatření, která měla přispět k vyrovnané bilanci mezi příjmy a výdaji systému NP. K tomu mělo dopomoci zavedení maximálního vyměřovacího základu v roce 2008, jehož výše byla stanovena na 48násobek všeobecného vyměřovacího základu.⁶⁰ V roce 2009 v závislosti na postupném snižování procentních sazeb na výběr pojistného, stanovení maximálního vyměřovacího základu, s novou konstrukcí dávek, se zavedením slev na pojistném v roce 2009, s růstem výdajů na nemocenské dávky kopírující zvyšování průměrné mzdy a dále se zohledněním skutečnosti, že pojistné je příjmem státního rozpočtu - není garantováno, že to, co se vybere na nemocenské pojištění, v tomto systému zůstane, došlo k situaci, kdy poprvé výběr pojistného po dlouhé době nepokryl ani výdaje na dávky, natož správní výdaje. Správní výdaje značně vzrostly, což bylo způsobeno implementací ZNP.

„Jednorázové výdaje spojené se zavedením účinnosti zákona č. 187/2006 Sb. v roce 2006 činily 394 696 tis. Kč, z toho na pokrytí běžných výdajů, vč. platů 209 823 tis. Kč a na technické vybavení 184 873 tis. Kč (výdaje na financování programu "Rozvoj a obnova MTZ ČSSZ"). V následujících letech výdaje spojené s realizací zákona

⁵⁷ *Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění 2008.* Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/5886/zprava_2008_cz.pdf [cit. 13.3.2011]

⁵⁸ § 7 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění platném do 31.8.2008

⁵⁹ § 7 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

č. 187/2006 činily 154 725 tis. Kč (z toho: pro informační a komunikační technologie k zajištění implementace nového zákona 150 035 tis. Kč, na ostatní platby za provedenou práci a povinné pojistné placené zaměstnavatelem 4 690 tis. Kč)“ (Buraňová 2011)⁶¹.

Tab. č. 16 Vývoj příjmů a výdajů na nemocenské pojištění v milionech Kč

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	do 30.9.2010
příjmy z pojistného na NP	36 887	39 090	41 971	46 223	48 573	23 349	17 841
výdaje na dávky NP	29 563	31 660	32 773	34 671	31 882	26 033	16 645

Pramen: ČSSZ. Výpočet: autor

Výdaje na dávky NP

Nejvíce prostředků vynaložených na dávky nemocenského pojištění je po všechna léta určeno na výplatu nemocenského. Druhá v pořadí je peněžítá pomoc v mateřství, třetí ošetřovné respektive podpora při ošetřování člena rodiny a konečně vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

V roce 2009 se „(...) pokles průměrného procenta pracovní neschopnosti odrazil rovněž v meziročním poklesu nákladů vyplacených jakožto kompenzace ušlé mzdy práce neschopnému zaměstnanci či osobě samostatně výdělečně činné. V roce 2008 činily výdaje na nemocenské 24 769 mil. Kč, v roce 2009 byly celkové náklady (nemocenské + náhrada mzdy vyplácená zaměstnavatelem) 19 628 mil. Kč. Z toho bylo 18 214 mil. Kč vyplaceno na nemocenské a 1 414 mil. Kč vyplaceno na náhradě mzdy.

Snížení výdajů na finanční kompenzaci příjmu při DPN bylo dáno dvojitým působením legislativních změn. Jednak snížením finanční kompenzace ušlé mzdy v prvních dnech DPN (nekompenzování v prvních 3 dnech DPN, vyplácení náhrady mzdy jen za pracovní dny) což by samo o sobě vedlo k snížení celkového objemu výdajů i při zachování stejné úrovně DPN. Snížení finanční kompenzace vedlo dále k tomu, že pracovníci využívali DPN méně (pokles počtu případů), ať již z důvodu přecházení méně závažných onemocnění, čerpání dovolené namísto uznání dočasné pracovní neschopnosti či z důvodu nevyužívání DPN z jiných než zdravotních důvodů. K tomuto

⁶⁰Důvodová zpráva k návrhu Zákona o nemocenském pojištění, 2004, s. 92. Dostupné z: <http://www.mf-cr.cz>»

poklesu výdajů došlo i přesto, že se zvýšil počet dlouhodobých případů DPN, při kterých je vypláceno nemocenské po delší dobu.

Výdaje na jeden den DPN meziročně klesly, v roce 2008 činily v průměru 280 Kč, v roce 2009 jen 265 Kč. Naopak výdaje přepočtené na jeden případ DPN, vzhledem k prodloužení jeho průměrného trvání, narostly. V roce 2008 bylo na finanční kompenzaci jednoho případu DPN použito průměrně 11 140 Kč, v roce 2009 již 12 860 Kč“ (Rozbor dočasné 2010, s. 10).

Tab. č. 17 Výdaje na dávky nemocenského pojištění (v milionech)

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2 009	2 010
Nemocenské	29 523	24 705	26 258	26 963	27 881	24 769	18 214	14 944
POČR	1 004	730	819	825	893	811	729	431
PP v mateřství	3 774	4 123	4 579	4 981	5 893	6 297	7 084	7 410
VP v těhotenství a mateřství	6	5	4	4	4	4	5	4
Celkem*	34 307	29 563	31 660	32 773	34 671	31 882	26 033	22 789

Pramen: Národní pojištění 10/2009; ČSSZ - Výroční zpráva 2009, Statistiky 2010

Výpočet: autor. Pozn.: POČR – podpora při ošetřování člena rodiny (ošetřovné), PP – peněžitá pomoc, VP – vyrovnávací příspěvek

Bilance systému NP závisí na výši vyměřovacích základů, na sazbě pojistného, na úspěšnosti jeho výběru, na míře nemocnosti, zejména na poměru pracovních neschopností krátkodobých (kdy je vyplácena náhrada mzdy zaměstnavatelem) a dlouhodobých (kdy náleží nemocenské). Jak je zřejmé ze všech výše uvedených ukazatelů, najít optimální parametry systému není jednoduché, protože bilance příjmů a výdajů během posledních let nedosahovala konstantních hodnot, ba naopak, působí nepředvídatelně. Téměř vyrovnaná bilance systému NP v roce 2010 nemusí znamenat dosažení optima, protože mohou být opomenuty nezohledněné faktory (např. polovina nákladů na náhradu mzdy, (ne)plnění mezinárodních úmluv, dopady na zdravotní stav obyvatel, dopady na celý sociálně zdravotní systém jako celek apod.).

⁶¹ V textu je použita citace z emailu pracovnice ČSSZ, kterým byly zodpovězeny dotazy autorky.

8.4 Projekce parametrických změn do výše nemocenského

Z předchozího textu vyplývá, že k prvním parametrickým změnám pozměňujícím výši dávek směrem dolů, došlo v roce 2004. Ke snížení výše nemocenského došlo u všech příjmových skupin, v dalších letech se mírně zvyšovala výše dávek u skupin s vyšším příjmem. K dalšímu poklesu došlo opět v roce 2008, 2009 a 2010.

Tab. č. 18 Výše nemocenského vždy od 1. 5. do 31. 5. v daném roce

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011**
Výše ND v Kč z hrubé mzdy 10 000 Kč měsíčně	6 941	6 336	6 353	6 353	6 353	5 002	4 859*	4 663*	4 712*
Výše ND v Kč z hrubé mzdy 20 000 Kč měsíčně	12 312	11 382	11 399	11 618	11 902	9 441	9 716*	9 325*	9 425*
Výše ND v Kč z hrubé mzdy 30 000 Kč měsíčně	12 613	11 789	11 789	12 463	13 474	10 790	13 495*	12 975*	13 217*

Zdroj: autor. Pozn. * včetně náhrady mzdy, ** předpokládaná výše při zachování současných parametrů

Nejvýraznější změny z roku 2009 mohou příznivě ohodnotit zejména pojištěnci s vyššími příjmy. Maximální výše jejich nemocenské výrazně vzrostla a od 61. dne pracovní neschopnosti činila výše dávky za 30 dnů 28 020 Kč. Rovněž se změnila i relace dávek ke mzdě ve prospěch vysokopříjmových skupin zaměstnanců (viz tab. 19). V roce 2010 však došlo ke sjednocení procentní sazby na 60 % za celé období pracovní neschopnosti, což opět výši dávek snížilo.

Tab. č. 19 Porovnání výše nemocenského od září do prosince 2008 a výše náhrady mzdy a nemocenského od ledna 2009 za první měsíc nemoci (30 kal. dnů v Kč)

měsíční hrubá mzda	denní vyměřovací základ před redukcí	průměrný hodinový výdělek	2008		2009			
			nemocenské	podíl nemocenské ke mzdě	nemocenské	náhrada mzdy	podíl dávek ke mzdě	celkem
10 000	328,77	56,60	5 028	50%	2 848	1 712	46%	4 560
20 000	657,53	113,21	9 492	47%	5 696	3 424	46%	9 120
30 000	1 315,07	226,42	10 848	27%	9 456	5 748	38%	15 204
40 000	1 972,60	339,62	10 848	18%	11 344	6 888	30%	18 232
50 000	2 630,14	452,83	10 848	14%	12 448	7 621	25%	20 069

Zdroj: MPSV 2009

Výše mzdy má jednoznačně vliv na počet případů pracovních neschopností. Zaměstnancům s platem do 20 000 Kč hrubého se v minulých letech stonat vyplácelo,

protože rozdíl mezi mzdou a nemocenským nebyl tak výrazný.⁶² Lze předpokládat, že tento stav bude přetrvávat i nadále, protože ztráty vysokopříjmových zaměstnanců jsou stále mnohem vyšší.

U peněžité pomoci v mateřství k tak zásadním redukcím jako u nemocenského nedocházelo. Jediný pokus, který byl učiněn vládou od 1. 1. 2010 do 30. 6. 2010, pro ni skončil fiaskem. V důsledku tlaku opozice, pojištěnců i médií schválenou změnu zákona parlament zrušil a většina prostředků, o které bylo v uvedeném období pojištěnkám vyplaceno méně, byla doplacena.

8.4.1 Plnění mezinárodních úmluv

Dávek ze systému NP se týkají Úmluva MOP č. 102, o sociálním zabezpečení, Úmluva MOP č. 130, o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci a Evropský zákoník sociálního zabezpečení. Podle Pojistněmatematické zprávy o sociálním pojištění 2008 postupuje ČR podle Úmluvy MOP č. 130, článek č. 19 písmeno b), protože splňuje požadavek, aby okruh chráněných osob, zahrnující Úmluvou stanovené obyvatelstvo, tvořil nejméně 75 % veškerého ekonomicky činného obyvatelstva. Ratifikovaná Úmluva MOP č. 130 požaduje podíl nemocenských dávek k předchozímu příjmu ve výši **60 %**. Ostatní jmenované Úmluvy požadují podíl ve výši **45 %**.

Úmluvy jsou plněny, pokud tzv. „náhradový poměr“ dosahuje nemocenská dávka alespoň jednoho vybraného typického příjemce. Za typického příjemce je v ČR určen zaměstnanec se mzdou kvalifikovaného dělníka (soustružníka) se dvěma dětmi. S ohledem na fakt, že v ČR nejsou nemocenské dávky daněny, připouštějí Úmluvy pro ČR podíl dávek k čisté mzdě.

⁶² *Nemocenské pojištění*. Dostupné z: [«http://www.mpsv.cz/cs/4770»](http://www.mpsv.cz/cs/4770) [cit. 7.11.2009]

Tab. č. 20 **Plnění Evropského zákoníku sociálního zabezpečení v období 2003-2010**

Rok	Mzda v Kč měs.		Nemocenské v Kč/měs.	Přídavky na 2 děti v Kč	Nemocenské s přídavky v Kč/měs.	Podíl nemoc./mzda (vč. přídavků) v %	
	hrubá mzda	čistá mzda				hrubá	čistá
2003	15 936	13 178	10 229	1 319	11 548	67,3	80,1
2004	17 682	14 526	10 191	1 319	11 510	60,6	72,6
2005	18 717	15 551	10 489	1 342	11 831	59,0	70,0
2006	19 507	15 883	11 025	1 193	12 218	59,0	71,6
2007	20 801	17 398	11 786	1 216	13 002	59,1	69,6
2008	23 002	18 834	11 160	1 220	12 380	51,1	61,8
2009	24 575	22 570	13 050	1 220	14 270	55,3	60,0
2010	22 995	21 764	12 270	1 220	13 490	55,7	58,7

Pramen: Zprávy ČR o plnění Evropského zákoníku sociálního zabezpečení 2003-2010
 Výpočet: autor

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že podíl nemocenského k předchozí mzdě klesá. Náhradový poměr se poprvé významně snížil v roce 2004, kdy došlo k první změně v konstrukci dávek. Změny uskutečňované od roku 2008 se na tomto ukazateli rovněž projeví. Zřejmá je klesající tendence náhradového poměru, která se blíží mezní hranici 45 %. Pokud bychom uvedené výpočty aplikovali na plnění Úmluvy MOP č. 130, byla by situace alarmující, protože podíl k hrubé mzdě 60 % by plněn nebyl již od roku 2005 a k čisté mzdě, což je obzvlášť alarmující, by byl od roku 2008 velmi blízko její hranice. Od roku 2010 by Úmluva plněna nebyla vůbec a ČR by se tak dostala do situace, jež nastala před rokem 1999, po které následovaly vynucené změny vedoucí ke zvýšení dávek.

Ovšem vzhledem k tomu, že zprávy o plnění Úmluvy MOP č. 130 jsou dle písemného sdělení MPSV vypracovávány zpravidla po pěti letech, poslední dostupná zpráva se vztahuje k období roku 2006. Z této zprávy vyplývá, že ČR náhradové poměry k čisté mzdě plní (Report for Period 2007). Zprávy o plnění Evropského zákoníku sociálního zabezpečení jsou vypracovávány každoročně⁶³.

Konstrukční mechanismy a výše dávek u peněžité pomoci v mateřství neznamenaly tak výrazné výkyvy a omezení jako nemocenské, a tudíž není překvapující, že náhradové poměry u této dávky jsou plněny k hrubé i čisté mzdě.

⁶³ Zprávy jsou ke stažení na adrese <http://www.mpsv.cz/cs/1285>

8.5 Dílčí závěry

Dříve uvedené poznatky lze interpretovat tak, že všechny zásahy politiků do podoby systému NP od roku 1999 sledovaly legitimní cíle. Navýšení dávek změnou jejich konstrukce v roce 1999 sledovalo zajištění plnění Úmluvy MOP č. 130. Restriktivní změny parametrů, které byly uskutečněny v roce 2004, sledovaly snížení míry nemocnosti, která dosahovala v roce 2003 téměř dvojnásobku evropského průměru. Návrh nového ZNP, který se začal připravovat ve stejném období a který byl platným od roku 2006, se snažil systém NP „zeštíhlit“ tak, aby jím protékalo méně prostředků, aby byl vyrovnaný a současně levnější. Dále zapojil do systému zaměstnavatele, čímž zvýšil efektivnost společenské kontroly, sjednotil roztříštěné a přežitě formy právní úpravy, změnil konstrukci dávek a tím snížil míru solidarity s ohledem na pojištěnce s vyššími příjmy a dále redefinoval a doplnil kontrolní mechanismy sledující efektivitu systému. S ohledem na stav veřejných rozpočtů však byly v dalších letech provedeny další úpravy vedoucí k nižším dávkám, protože z hlediska hospodářské situace a veřejných financí by se takto nastavený systém stal neudržitelným.

Všechna uvedená opatření své cíle splnila. Ovšem zůstává otázkou, zda zvolené nástroje nebo jejich parametry byly odpovídající podmínkám ČR a situaci pojištěných osob. Z výše uvedené analýzy je patrné, že se mezi lékaři objevují názory, že zvolený způsob řešení zaměřující se na snižování výdajů na dávky je krátkozraký, a že hrozí riziko zvýšení nákladů celého sociálně zdravotního systému v budoucnosti.

Způsob rozhodování o posledních změnách ZNP (zejména snížení dlouhodobé nemocenské od ledna 2011) v režimu legislativní nouze, které byly schvalovány na podzim 2010 v rámci vládního balíčku škrťů v sociální oblasti, postrádá znaky legitimního zásahu. Rozhodl o tom Ústavní soud, který však dal vládě možnost do konce roku tuto situaci napravit. Pokud by se tak nestalo, opatření by přestala platit.

Dynamika změn rovněž naznačuje, že prováděné zásahy byly vždy koncipovány pouze s ohledem na aktuální situaci. Zcela zde absentuje dlouhodobější udržitelná koncepce, akceptovatelná napříč politickým spektrem, díky které by bylo možné legitimní cestou adekvátně zabezpečit pojištěnce a přitom neohrožovat veřejné rozpočty.

9 REFLEXE SYSTÉMŮ NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ OČIMA OBČANŮ ČR

V následující kapitole jsou shrnuta, interpretována a analyzována data zjištěná provedeným výzkumem. V textu jsou použity i výroky respondentů. Označení „respondent“ je používáno pro muže i ženy. Bližší charakteristiky respondentů jsou uvedeny v přílohách č. 1 a č. 2 této práce. Jména, uváděná v předkládaných kazuistikách, jsou v rámci zachování anonymity smyšlená.

9.1 Výběr výzkumného vzorku a postup výzkumu

S ohledem na kvalitativní metodu výzkumu byl stanoven celkový počet respondentů na 18 osob. Obvyklým způsobem výběru vzorku bývá buď náhodný, nebo kvótní výběr. Respondenti pro účely této práce však byli vybráni za použití techniky sněhové koule. Aplikace této techniky má spíše charakter konstrukce účelového vzorku, což však bylo cílem autora. Zajistit reprezentativní vzorek z cílové populace nebylo v možnostech tohoto projektu. Technikou sněhové koule byl zajištěn seznam potencionálních respondentů, ze kterých byli následně vybráni ti, kteří splnili níže uvedené podmínky. Kritéria byla odlišná pro české pojištěnce a odlišná pro pojištěnce cizozemských systémů.

Pro první skupinu bylo stanoveno kritérium být českým pojištěncem a dále kritérium nemoci⁶⁴ před rokem 2009 i po něm bez ohledu na pohlaví. Do této kategorie bylo zařazeno 11 osob.

Pro druhou skupinu osob byla stanovena následující kritéria. První podmínkou byla skutečnost být pojištěncem cizozemského systému NP a druhou podmínkou byla nemoc respondenta v průběhu doby tohoto pojištění. Do této kategorie bylo zařazeno 7 respondentů, rovněž bez ohledu na pohlaví.

⁶⁴ Postačující podmínkou bylo pouze onemocnění respondentů, nikoli dočasná pracovní neschopnost, protože pojištěnci mohli svoji situaci řešit dovolenou, případně mohli chodit nemocní do práce.

9.2 Postoje českých pojišťenců k systému NP v ČR

Postoje českých pojišťenců k podobě systému NP jsou z větší části vyrovnané. Respondenti se v mnoha ohledech shodli, zejména prezentovali shodný názor na některé tematické okruhy. Protichůdné názory se objevovaly poměrně zřídka. Názory, pocity a postoje respondentů na všechny tematické okruhy jsou podrobně prezentovány v následujícím textu.

9.2.1 Dostupnost systému NP a informovanost pojišťenců

Přístup k možnosti čerpat dávky ohodnotili všichni respondenti jako dobrý. Někteří jej však označili za zbytečně složitý. Základní charakteristiky systému jako celku se všem respondentům jevily dostačující. Z věcného hlediska neshledali nedostatky, které by se týkaly nedostatečného pokrytí sociálních událostí a poskytované dávky považují za plně dostačující. Pouze jeden respondent vyslovil požadavek na možnost uplatňovat ošetřovné v rámci příbuzenských vztahů tak, aby nebyla podmínkou společná domácnost pečovatele a ošetřovaného. Uvedl: „*Bylo by dobré, kdyby za peníze mohla hlídat dítě třeba babička, když rodiče nemůžou (...)*“. Na doplňující otázku, zda nepostrádají např. tzv. „otcovské“, které je součástí mnoha zahraničních systémů, devět respondentů odpovědělo, že nikoli. Dva respondenti by je uvítali, přičemž jeden z nich se vyjádřil v tom smyslu, že vůbec netušil, že obdobná dávka se někde ve světě poskytuje. Z finančního hlediska však všichni respondenti systém kritizovali jako nedostatečný.

Současnou podobu systému ovlivněnou změnami po roce 2008 znají rámcově všichni respondenti. Na základě doplňujících otázek bylo zjištěno, že šest respondentů zná pouze základní parametry systému (přibližnou výši dávek a některé podmínky pro nárok), dva respondenti měli informace nadstandardní, protože s problematikou NP se setkávají i ve svém profesním životě, tři respondenti měli velmi dobré informace o systému, které získali z médií nebo je vyhledávali na internetu. Informovanost respondentů byla závislá na tom, z jakých zdrojů informace čerpali. Ti, kteří pracují s problematikou NP, a nebo ti, kteří hledali informace na internetu, měli velmi dobré znalosti. Ostatní, kteří vycházeli pouze z informací dostupných z tisku a televize, měli informace pouze dílčí, a nebo zkreslené. Kromě dvou respondentů, kteří se s problematikou setkávají i ve svém profesním životě, ostatní přiznali, že o podobu

systemu se začali zajímat až po účinnosti ZNP. S předstihem, před účinnosti ZNP, si respondenti, kteří s tématem nepracují, informace nezjišťovali, protože nepředpokládali, že změny budou tak významné. Impulsem pro hledání nových informací byly zkušenosti známých, ohlasy v médiích nebo prvotní osobní překvapivá zkušenost.

9.2.2 Přehlednost systému, jeho funkčnost a administrativní zátěž

O přehlednosti systému je přesvědčeno 5 respondentů. Jejich vyjádření shrnují dva vybrané výroky:

1. „Na stránkách Český správy⁶⁵ najdete úplně všechno, stačí se jen podívat (...)“
2. „Myslím, že je přehledná, protože zákon o nemocenském pojištění shrnuje vše pod jednou střechou (...)“

Přestože systém NP vnímají jako přehledný, tři respondenti upozorňují, že přehlednosti systému nesvědčí časté změny.

Šest respondentů však o přehlednosti systému přesvědčeno není. „Kdo se v tom má vyznat. Každou chvíli je něco jinak. Jednou je mateřská velká, pak zase malá, a pak se zase doplácí, (...) člověk s tím má akorát trable, když si vyřizuje rodičák. Musela jsem jít snad 3x na sociálku, než jsem to měla správně potvrzený (...)“.⁶⁶ Někteří respondenti, kteří shledávají systém NP nepřehledným a nefunkčním, přiznali však, že očekávali, že informace jim někdo poskytne (nejčastěji zaměstnavatel). Předpokládali, že je to přímo povinnost zaměstnavatele, svoji aktivní účast na zjišťování informací nepovažují za primární. Někteří respondenti označili sice systém jako nepřehledný, ale nedokážou jeho nepřehlednost přesně vymežit.

Způsob fungování systému se v současné době většině respondentů jeví vcelku uspokojivě. Funkčnost systému však většina hodnotila ve dvou rovinách. Odlišně a negativně hodnotili respondenti funkčnost systému NP v první polovině roku 2009. Nejčastěji byly pro funkčnost systému pro toto období použity přívlastky jako *chaotický, nepřipravený, složitý, zatěžující*. Respondenti hovořili o negativních zkušenostech s nepřiměřeným termínem v proplácení dávek, s opakovaným

⁶⁵ „Českou správou“ je míněna Česká správa sociálního zabezpečení.

⁶⁶ Podmínkou pro nárok na rodičovský příspěvek je po ukončení čerpání peněžité pomoci v mateřství (dávka NP) doložit potvrzení o její výši.

přeposíláním nekompletních dokladů, s nevolí a neochotou některých úředníků OSSZ vysvětlovat nové postupy. Rok 2010 byl v tomto ohledu hodnocen lépe, a to v tom smyslu, že OSSZ si své povinnosti plní lépe a respondenti si již na nový systém zvykli. Přesto dva respondenti stále vidí systém jako problematický.

Administrativní náročnost považují všichni respondenti za nadměrnou. Tento názor však zřejmě souvisí s minulými zkušenostmi, kdy na nemocné pojištěnce nebyly kladeny prakticky žádné nároky. Určité výhrady a potíže s vyplňováním podkladů pro výplatu mělo zpočátku roku 2009 osm respondentů. V minulosti se o nic nemuseli starat, vše bylo záležitostí zaměstnavatele, respektive mzdové účetní. To, že museli nově vyplňovat poměrně značné množství údajů na „neschopence“ a ještě více v žádosti o ošetřovné, pro ně bylo novinkou. Zpočátku byli někteří respondenti překvapení, že zaměstnavatelé musejí přikládat k žádostem o výplaty nemocenských dávek další podklady.⁶⁷ Pokud některé údaje nebo doklady chyběly a musely se doplňovat, pozdržela se výplata dávky o několik týdnů. Zkušenost s pozdržením výplaty dávek mělo 5 respondentů. Všichni respondenti se však shodli, že v současné době již tyto problémy odeznívají. Přesto by osm respondentů uvítalo, kdyby nemocenské dávky dostávali v období, kdy má jejich zaměstnavatel stanoven výplatní termín.

9.2.3 Účelnost systému NP a přiměřenost výše dávek

Shoda u všech respondentů nastala v názoru na změny probíhající od roku 2008. Všichni respondenti přijali změny *s nevolí, s obavami nebo s rozpačitými pocity a přáním neonemocnět*. Vesměs všichni se vyjadřovali s velkým emocionálním zaujetím: *„Změny pro poctivě pracujícího člověka jsou diskriminující, protože když onemocní, raději si dál ničím zdravím, než by šel na nemocenskou, protože by přišel na buben (...)*“. Názor jiného respondenta: *„Když jeden z rodiny onemocní dlouhodobě, jejich úroveň (myšleno životní úroveň) se dramaticky sníží. Vzrostou náklady na léky, na poplatky u doktora a ještě se sníží příjmy rodiny. A co když někdo má ještě závazky třeba vůči bance (...)*“

Výši dávek považují shodně všichni respondenti za nízkou a nesplňující účel, ke kterému mají sloužit. Smýšlení respondentů je vyjádřeno následujícími výroky:

⁶⁷ Zaměstnavatel má povinnost předložit na OSSZ neprodleně žádost zaměstnance o dávku společně s přílohou k žádosti o nemocenské (v příloze jsou uvedeny podklady pro výpočet dávky).

1. „Výše dávek je nepřiměřená výši platu. Určitě by se měla zvyšovat s délkou nemoci. Jestliže je nemoc dlouhodobější, potřebuje nemocný více finančních prostředků i z toho důvodu, že je třeba dlouhodobě hospitalizován, musí platit za nemocnici, ještě hradit nájem doma a postarat se o rodinu.“
2. „Když jsem šel vloni s chřipkou k doktoru, a když jsem pak viděl, o kolik jsem přišel na platě, zařekl jsem se, že příště kdybych měl lézt po čtyřech, doma nezůstanu (...) tyhle starosti jsem rozhodně dřív neměl. Sice to bylo míň, ale ne almužna. (...) No a pak přišla ta bouračka. Na nemocenský jsem byl já i manželka a to byl teprve mazec, připadali jsme si jak žebráci.“
3. „Složitá otázka. Problém je v tom, že pokud člověk pracuje, peníze má a odvádí je do systému, ze kterého jakmile začne marodit, dostane tak málo. Dnešní nemocenská mu moc nepomůže. Do toho regulační poplatky u lékaře, případný pobyt v nemocnici, léky. No, může se připojistit, ale na to každý nemá (...).“
4. „Když jsem dostala poprvý peníze, myslela jsem, že mě trefí šlak. Děláním v restauraci na směny, takže za náhradu mzdy jsem nedostala skoro nic⁶⁸ a ta nemocenská, to taky nebylo nic moc. Marodila jsem 2 měsíce. Musela jsem si půjčit, abych nějak vyšla.“

Karenční doba

Zvláštní pozornost věnovali respondenti karenční době. Pouze tři respondenti s karenční dobou souhlasili, ale pouze ve vztahu k nemocenskému. Dva respondenti sice připouštějí, že karenční doba může pomoci zamezit zneužívání systému, ale současně prezentují názor, že omezuje poctivé pojištěnce. Tento názor má z jejich pohledu větší váhu. Sedm respondentů karenční dobu zcela zavrhuje. Jejich stanovisko lze vyjádřit třemi výroky:

1. „Myslím, že karenční doba by měla být zrušena. Na většinu viróz a nachlazení by postačovaly právě tyto dny. V případě ošetřovného bylo zavedení karenční doby úplně nesmysl. Ještě že na to přišli (...).“

⁶⁸ Náhrada mzdy náleží za pracovní dny - směny stanovené rozvrhem týdenní pracovní doby zaměstnanec, přičemž za první 3 takové dny nenáleží. Je tedy poskytována zásadně jen za směny, které zaměstnanec neodpracoval z důvodu pracovní neschopnosti. V praxi tedy může nastat situace, kdy pracovní neschopnost nastala v pondělí a trvala 14 dnů. Směnu měl mít zaměstnanec v pondělí, úterý a ve středu. Od čtvrtka do neděle žádnou směnu mít neměl, další měl mít až opět v pondělí, dále pak od středy do soboty. Zapláceno dostane pouze za 5 dnů. Na ostatní dny neměl sjednanou směnu, a nebo se jednalo o karenční dobu.

2. *„Většinou právě první tři dny krátké nemoci jsou pro zmírnění jejích příznaků nejdůležitější. Vždyť lidi nezůstávají doma jen kvůli tomu, že si uvědomují, že pak už jim bude líp, a tak to raději přetrpí. A hlavně - přece nezůstanou doma úplně zadarmo.“*
3. *Karenční doba? Upřímně? Zlodějina! Právě ty dny, kdy by člověk potřeboval na běžnou chřipku, tak jí raději přechází. Prostě, když někdo bude chtít marodit jen na oko, tak ho těch pár dnů nezastaví.“*

Pokud měli respondenti porovnat účinnost systému NP před r. 2009 a po něm, jednoznačně preferovali předchozí období a neplatnou právní úpravu, zejména však období před rokem 2008. Jako hlavní pozitiva označily následující aspekty. Dávka byla přiměřenější výši předchozího příjmu (uvedlo 9 respondentů). V případě nemoci mohli bez větších obav zůstat doma a léčit se. *„Pracovní neschopnost jsem nikdy nevyhledávala, ale nebála jsem se při angíně zůstat týden doma a vyležet to“*, uvedl jeden respondent.

Tři respondenti uvedli, že jejich postoj se nijak významně nezměnil. Vždy se nemoc (typu viróza) snažili vyřešit krátkou dovolenou nebo čerpáním náhradního volna, pokud to bylo možné.

Ostatní respondenti se snaží krátkodobé nemoci vyřešit buď čerpáním dovolené během prvních tří dnů nemoci, kdy bývají příznaky nejhorší (respondenti většinou hovořili o nemocech z nachlazení, angínách, chřipkách apod.), nebo čerpáním náhradního volna, pokud to zaměstnavatel umožní, ale nejčastěji chodí do zaměstnání nemocní – za předpokladu, že zdravotní potíže jsou pro jedince únosné.

Účelnost současného systému s přihlédnutím ke stanovení výše dávek se podle sdělení respondentů jeví jako pochybná. Jedinou výjimku představuje peněžité pomoci v mateřství, kterou považují respondenti za adekvátní. Objevil se i názor, že nemocenské by mělo být ve stejné výši, protože není rozdíl v tom, jestli je člověk doma z důvodu nemoci, a nebo z důvodu těhotenství a mateřství. K ošetřovnému se pět respondentů vůbec nevyjádřilo, protože nemají s touto dávkou žádnou zkušenost. Ostatní respondenti výši ošetřovného ohodnotili spíše jako nízkou. Tři respondenti by dokonce uvítali delší dobu při proplácení této dávky. Podle jednoho respondenta *„(...) dítě pak jde do školky nedoléčené, nakazí ostatní a za týden nebo čtrnáct dní jsem s ním*

doma zase. A nakonec čerpám v součtu dní ošetřovačku za víc dní, než kdybych poprvé zůstala doma delší dobu.“

Je zajímavé, že 2/3 respondentů v souvislosti s výší dávek hovořili o tom, že když člověk onemocní, vzrostou jeho výdaje s ohledem na nutné platby a poplatky, ale jeho příjem rapidně klesne. Účinné zabezpečení v případě nemoci by si respondenti představovali jinak. Všichni respondenti vyjádřili výrazně požadavek na rostoucí výši dávky v souvislosti s prodlužující se délkou nemoci.

9.2.4 Spravedlivost systému a možnosti jeho zneužívání

Hodnocení spravedlivosti systému vychází ze subjektivních pocitů jednotlivých respondentů. Uvedené interpretace tudíž korespondují s jejich hodnotovou orientací, zejména se skutečností, v jaké míře preferují uplatnění rovnosti.

O spravedlivosti systému NP bez jakýchkoli výhrad se nevyjádřil žádný z respondentů. Velmi zajímavě bylo formulováno následující stanovisko: *„Spravedlivý systém snad ani není možný. Beru to jako kolektivní odpovědnost za „hříchy“ jedinců“* Vyjádření ostatních respondentů lze připodobnit následujícímu výroku: *„Systém nemocenského pojištění za spravedlivý bohužel moc nepovažují. Je tu možnost zneužití dávek a chybí mi vazba na zaplacené pojištění.“* Hlavní idea všech respondentů se vztahovala k nízkému náhradovému poměru platu a dávky a k možnosti zneužívat systém.

Spravedlivost z pohledu přístupu do systému však hodnotí všichni respondenti vesměs pozitivně. Byly vysloveny pouze dvě námitky, a to nespravedlivé zacházení v porovnání s poslanci a jinými vymezenými kategoriemi osob⁶⁹ a dále nespravedlnost v tom, že OSVČ se mohou účastnit pojištění dobrovolně a zaměstnanci musí povinně. V tomto smyslu byl vysloven požadavek na možnost rozhodovat se rovněž svobodně o účasti na systému NP.

O způsobu placení pojistného na NP, zejména o procentních sazbách a poplatcích respondenti příliš mnoho informací neměli. Devět respondentů vůbec netušilo, že žádné pojistné z vlastních prostředků neplatí. Domnívali se, že sazba na sociální pojištění obsahuje i část prostředků na NP. Žádný z respondentů zrušení sazby pojistného na NP

⁶⁹ U některých kategorií pojištěných osob se postupuje odlišně podle zvláštní právní úpravy. Neuplatňuje se karenční doba a nebo se poskytuje po jejím uplynutí poskytuje po určité době celý plat.

ve svých příjmech nijak nezaznamenal. Všichni respondenti jsou ochotni přispívat do systému znovu obdobnou částkou jako v minulosti⁷⁰ za předpokladu, že se zvýší procentní výše dávky, a nebo pokud se bude sazba zvyšovat s déle trvající nemocí. Šest respondentů by tím považovalo systém za spravedlivější.

Zneužívání systému

Zneužívání systému je jedna z oblastí, kterou vnímají respondenti z různých úhlů pohledu a mají poměrně diverzifikovanou zkušenost.

Pouze jeden respondent vyslovil názor, že se domnívá, že poté, co byla zavedena nová právní úprava, tak se snížila nemocnost v důsledku omezení možnosti systém zneužívat, respektive že ke zneužívání systému dochází jen ojediněle.

Ostatní respondenti tuto možnost nepřipouštějí. Zneužívání nemocenských dávek považují za stále aktuální. Různými respondenty však byly formulovány odlišné pohnutky osob, které systém zneužívají. Shoda nastala v názoru, že „(...) dávky se zneužívaly a zneužívat budou. Nejde tomu úplně zabránit, jde jen zpřísnit tresty.“

Všichni respondenti se se zneužíváním dávek ve svém okolí setkali, někteří i ve více formách. Jeden respondent přiznal, že on sám přistoupil k „nestandardnímu“ řešení léčby své nemoci. V případě vlastního onemocnění si nenechal vystavit „neschopenku“, ale zašel se svým zdravým dítětem k lékaři, uvedl, že dítě má teplotu a bolí ho břicho a dětský lékař mu vypsals žádanku na ošetřovné. Zůstal tak týden doma, léčil se, dítě hlídala babička a on dostal zapláceno za 9 dnů nemoci. Pokud by si nechal vystavit rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, byly by mu proplaceny pouze 4 dny.⁷¹

Další dva respondenti uvedli, že se setkali se zneužíváním v případech, kdy se jedinec nechal uznat práce neschopným proto, aby měl omluvenou absenci v zaměstnání a mohl pracovat na „melouchu“.

Jinou zkušenost měli dva respondenti, kteří uvedli, že se osobně setkali s vystavováním nedůvodných pracovních neschopností pracovníkům ve stavebních firmách a v zemědělství, zejména v zimních měsících, kdy zaměstnavatel neměl pro zaměstnance práci.

⁷⁰ 1% z DVZ

⁷¹ Onemocněl v pátek, kdy si vzal propustku (zapláceno jako překážka v práci) a již se nevracel do zaměstnání. Ošetřovné začal čerpat od soboty nepřetržitě 9 kalendářních dnů.

Zneužívání spojené s přečkáním určitého období před odchodem do důchodu v případech, že jedinec přijde v předdůchodovém věku o práci, a nebo i v případech, kdy práci sice ještě má, ale již pracovat nechce a nebo nezvládá, zmínili tři respondenti. Jeden měl dokonce zkušenost s rodinným příslušníkem.

Dva respondenti uvedli, že pracovní neschopnosti často zneužívají mladí lidé, kterým se nechce pracovat. Nechají se zaměstnat a po několika dnech odejdou „na neschopenku“. V podstatě jim jde jen o to, mít na začátku příjem, aby dostali „nemocenskou“ a aby měli platné zdravotní pojištění.

Jedním respondentem byl formulován názor, že nemocenských dávek zneužívají zejména lidé s nízkým příjmem, protože u nich finanční propad není zdaleka tak významný.

Následovně se vyjádřil další respondent, který uvedl: *„Zneužívání bylo, je a bude. Vždycky jsem se s ním setkal především u nízkopříjmových skupin obyvatelstva a u OSVČ. Bratr je OSVČ a jeho heslo zní: Co každoročně do pojištění nacpu, musím dostat zpátky. Jediná změna je teď v tom, že letos je na nemocenské dále, protože prvních 21 dnů má zadarmo. Samozřejmě že při tom „marodění“ i nadále pracuje. Tomu nikdo nezabrání.“*

Žádná ze zkušeností respondentů nerozlišuje možnost zneužívání před účinností ZNP a po něm. Shodují se však v tom, že system není zneužíván plošně, ale spíše určitými skupinami občanů. Z formulací respondentů lze tedy vyvodit závěr: skupiny, které mají tendenci systém zneužívat, příliš nepřemýšlejí o tom, jaký zákon platí a zneužívají ho stále, protože sankce jsou *směšné*.

9.2.5 Vnímání státu, zaměstnavatelů a lékařů jako aktérů NP

Každý z uvedených aktérů může systém NP ovlivnit významným způsobem. Stát má moc ovlivnit parametry systému, zejména výši sazeb pojistného a výši dávek, zaměstnavatel může zaměstnance buď podporovat, nebo sankcionovat v závislosti na zvolené strategii a konečně lékaři, kteří rozhodují o pracovní neschopnosti a o léčbě pacienta, mohou v závislosti na svém přístupu ovlivnit míru nemocnosti.

Stát

Stát nevnímají respondenti vůbec pozitivně. V jejich postoji se odráží negativní zkušenosti spojené se snižující se výší dávek a dynamikou změn. Lze konstatovat, že všichni respondenti stát vidí jako aktéra, který usiluje především o úspory v systému a nikoli o péči o pojištěnce, přínosnost systému vidí pouze pro státní rozpočet, nikoli pro veřejnost. Jeden z respondentů uvedl, že cílem státu je „(...) hlavně ušetřit a přenést náklady ze státu na lidi a na zaměstnavatele. (...) Samostatnou otázkou je pak činnost zákonodárce, který dokáže předlohy zákonů přetvořit k nepoznání a úřady jsou nuceny dělat kvadraturu kruhu.“

Negativně hodnotí i způsob provádění NP, zejména jeho komplikovanost, nečinnost při evidentním zneužívání a nízké sankce za porušování léčebného režimu. Jeden z respondentů uvedl: „Bylo mu to jedno. Přišel sice na nemocenské asi o 500,- Kč, ale na tom melouchu si vydělal tisíce. A co myslíte? Dělá to pořád, když potřebuje.“

Zaměstnavatelé

Zaměstnavatele vnímají respondenti o poznání lépe. Na jedné straně chápou jeho složitou pozici, kdy jsou nuceni podílet se finančně na zabezpečení zaměstnanců, na straně druhé však požadují finanční zabezpečení během prvních 3 dnů nemoci. Všichni respondenti příznivě ohodnotili, že zaměstnavatel má možnost kontrolovat práce neschopné zaměstnance, protože tím může zamezit zneužívání dávek. Rovněž pozitivně ohodnotili, že někteří zaměstnavatelé připravují pro zaměstnance různé motivační programy v boji proti nemocnosti.

Negativně byli hodnoceni ti zaměstnavatelé, kteří v případě nemoci zaměstnance vyhrožují výpovědí při opakovaných nemocech, a nebo nevyplacením prémie.

Zkušenosti respondentů jsou vesměs shodné. Pouze třem respondentům zaměstnavatel poskytoval bonusy. V prvním případě zaměstnavatel proplácí svým zaměstnancům i první 3 pracovní dny pracovní neschopnosti, ve druhém případě zaměstnavatel poskytuje zaměstnancům měsíčně finanční bonus, pokud zaměstnanec v daném měsíci nemá absenci z důvodu pracovní neschopnosti a z důvodu návštěvy lékaře. Tento způsob zvýhodnění je však pochybné hodnotit jako přínosný. Jediné, čeho zaměstnavatel dosáhne, je vyšší produktivita práce, ale zdravotní stav jeho zaměstnanců se může zhoršovat. Minimum lékařů má ordinační hodiny mimo obvyklou pracovní dobu a tudíž snadno může dojít i k zanedbání péče o zdraví. Posledním typem bonusu je

poskytnutí balíčku vitamínů ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou 1x ročně v hodnotě cca 500,- Kč.

Osm respondentů se ve svém zaměstnání s žádnými bonusy nesešlo. Na doplňující otázku „*Jaký typ bonusu by pro vás byl nejvíce přijatelný?*“ se objevovaly dva typy odpovědí. První požadavek byl na zavedení tzv. sick days (respondenti vyjádřili tento termín ve všech případech opisem – tj. dny volna, zpravidla 3 – 5 dní, které poskytuje zaměstnavatel v případě krátké nemoci zaměstnanci, aniž by musel předložit neschopenku) a požadavek na poukázky nebo zajištění služeb typu rehabilitace, plavání, sauna, poukázky na vitamíny apod.

Lékaři

Lékaře nevidí respondenti zcela jednotně. Pouze 3 respondenti vnímají lékaře jako zcela objektivního aktéra, který při rozhodování o pracovní neschopnosti rozhoduje pouze s ohledem na zdravotní stav pacienta. Ostatní respondenti mají názor odlišný.

1. „*Lékaři prostě vydělávají a nic je nemotivuje k tomu, aby neschopenky nevystavovali. Určitě jsou úplatní (...)*“
2. „*Myslím si, že lékaři jsou ochotni vyhovět nestandardním požadavkům pacienta, jen aby si udrželi jeho přízeň (...)*“
3. „*Nedokážu zcela fundovaně posoudit objektivitu lékařů, ale tuším, že i zde se určitě najdou velké rozdíly a vždy se najdou tací lékaři, kteří přistupují k pacientům zcela subjektivně.*“
4. „*Doktoři nejsou objektivní a nebudou. Napíšou, co pacient chce (...)*“

Ostatní respondenti zastávají podobné názory, dva dokonce uvedli, že mají přímou zkušenost s tím, že lékař vyhověl požadavku na delší pracovní neschopnost. Další zkušenosti respondentů naznačují, že lékaři raději prodlužují pracovní neschopnost a pokoušejí se léčit jej sami, než by poslali pacienta ke specialistům.

9.2.6 Dostupnost péče o zdraví

Dostupnost péče o zdraví hodnotili respondenti ze dvou hledisek. Prvním bylo hledisko zajištění přiměřené léčebně preventivní péče a druhým bylo hledisko zohledňující umožnění léčby.

Preventivně léčebnou péči hodnotí všichni respondenti jako dobrou, zejména s ohledem na dostupnost základních vyšetření. Výhrady mělo sedm respondentů k přístupu ke specialistům a odborné péči (dlouhé lhůty na vyšetření), k nechuti některých praktických lékařů provádět různé testy / „(...) až když jsem řekla, že si ten výtěr z krku a test CRP⁷² klidně zaplatím, udělal mi ho (...)“/ a také k omezené dostupnosti k lůžkové péči v rovině časové i prostorové. Všichni tito respondenti žili v jednom regionu. Výhrady nepochybně souvisí se zrušením tamější okresní nemocnice. Ostatních šest respondentů mělo výhrady mírnější týkající se zejména kvality lékařské péče a časové dostupnosti.

Doplňující otázku vztahující se k využívání preventivních vyšetření překvapivě zodpovědělo osm pojištěnců v tom duchu, že komplexní preventivní vyšetření nevyužívají téměř vůbec. Preventivní prohlídky absolvují pouze u zubního lékaře a některé ženy u gynekologa. Tři respondenti se komplexní prevencí v péči o zdraví věnují pravidelně.

Možnost léčit se kdykoli je potřeba, vnímá jako nedostatečnou devět respondentů. Vše souvisí s výší dávek a s nároky některých zaměstnavatelů. V tomto ohledu hodnotí respondenti systém NP jako nepodporující návrat k plnému zdraví. Dva respondenti se nedokázali nevyjádřit jednoznačně.

9.2.7 Životní úroveň a kvalita života v době nemoci

Jak již vyplývá z některých dříve uvedených údajů, životní úroveň a kvalita života se zejména v době delší nemoci mění. Respondenti argumentují zejména výrazným snížením příjmu a zvýšením nákladů za zdravotní péči. Pokud se jedná o krátkodobou pracovní neschopnost jednoho člena domácnosti, nemění se životní úroveň nikterak významně. Jedná-li se však o nemoc delší než jeden měsíc (respondenti uváděli období v rozmezí 4-6 týdnů) nebo pokud onemocní oba partneři (příklad jednoho respondenta), je rodina nucena přehodnotit obvyklé výdaje domácnosti. V případě dvou respondentů došlo k situaci, kdy museli svoji finanční situaci řešit půjčkou ať už u banky nebo v rodině, aby byli schopni zabezpečit základní potřeby rodiny. Jeden respondent byl nucen požádat o přiznání dávky ze systému sociální pomoci, aby byl schopen zaplatit

⁷² Test CRP z krve velmi snadno pomůže odhalit bakteriální infekci a výtěr z krku citlivost bakterií či mikroorganismů na konkrétní lék.

nájem a uživit rodinu. Ostatní respondenti řešili snížení příjmů tím, že použili již dříve naspořené prostředky. Tento postup však všichni nepovažují za spravedlivý. Šest respondentů očekává, že systém by je měl zajistit tak, aby uspořené prostředky nemuseli použít. Dva respondenti použití prostředků z úspor považují do určité míry za legitimní, ale jeden z nich uvedl, že takto nemohou postupovat všichni pojištěnci, protože někteří lidé mají velmi nízkou úroveň příjmů a nemají z čeho ušetřit. Druhý respondent uvedl, že by po určité době nemoci mělo stejně dojít ke zvýšení dávky.

9.3 Zkušenosti cizozemských pojištěnců se systémy NP

Ačkoli by se dalo předpokládat, že různí lidé v různých státech budou mít různé zkušenosti, je velmi překvapující, že motivace respondentů a jejich postoje jsou velmi často naprosto totožné.

Všichni oslovení respondenti pracují v cizině již více než dva roky. Jako důvody práce v cizině uváděli všichni výrazně vyšší výdělek než v ČR, zdokonalení se v cizím jazyce a ve dvou případech i rozvržení pracovní doby.

Všichni respondenti se dopředu seznámili s podobou systému NP, ve kterém jsou pojištěni. Jeden respondent je pojištěn v Nizozemí, dva v Německu, dva v Lucembursku, jeden v Rakousku, jeden ve Švýcarsku. Všem respondentům podoba systému, ve kterém jsou pojištěni, vyhovuje a všem se jeví jako výhodnější než systém NP v ČR. Kromě jednoho všichni ostatní oslovení respondenti znali základní parametry „svého“ systému NP, hodnoty procentní sazeb, procesy uplatnění nároku na dávku i skutečnosti, jak dlouho vyplácí dávku zaměstnavatel, případně od kdy orgán nemocenského pojištění. Je možné konstatovat, že informovanost této skupiny respondentů je mnohem rovnoměrnější než u první skupiny. Podstatné základní informace měli všichni respondenti a dokázali je interpretovat bez zkreslení či chyb. Z rozhovorů dále vyplynulo, že výhodnost systému NP většina respondentů hodnotí s ohledem na přepočítání eur na české koruny a s ohledem na kupní sílu v ČR. Výjimkou byli respondenti pojištění v Lucembursku. Všeříkající je výrok jednoho respondenta: „*Přiměřenost? No ta je ideální, vždyť máte celý plat. Tak co chtít víc.*“

Všichni respondenti sice pracují v cizině, ale rodinu a střed svých zájmů mají na území ČR. V zemi pojištění utrácejí peníze jen za to, co je nezbytně nutné a za to,

co je zde levnější než v ČR. Žádný z respondentů neuvažuje o trvalém přesídlení do ciziny. Svůj pobyt vnímají jako možnost dobrého výdělků a získání zkušeností.

Podobu českého systému NP všichni respondenti rámcově znali. Dokázali alespoň přibližně definovat výši dávek a podmínky nároku. V tomto ohledu měli všichni lepší informace než někteří respondenti z první skupiny.

Všem respondentům byla položena otázka týkající se zneužívání systému. V tomto ohledu se respondenti nevyjádřili zcela jednotně. Mezi země, kde nejsou nemocenské dávky zneužívány, byly označeny Německo, Rakousko, Švýcarsko a Nizozemí. Charakteristický je výrok jednoho z respondentů. *„Jediné co vím, je, že v Německu se nemocenská absolutně nezneužívá. Důvod je, myslím, v jejich naturelu. A určitou roli hraje i to, že zaměstnavatel platí prvních šest týdnů, takže když někdo nemocenskou začne zneužívat, tak se brzy může rozloučit s prací, protože zaměstnavatel si toho okamžitě všimne.“*

Opačnou zkušenost mají respondenti pojištění v Lucembursku. Jeden z nich se vyjádřil následovně. *„Zneužívání dávek znám. Zním i lidi, o kterých bych mohl vyprávět. V Lucembursku to funguje tak, že třeba máte smlouvu se zkušební dobou na tři měsíce, a tu smlouvu dostanete už třeba hned po týdnu. A jakmile mají ten papír v ruce, můžou marodit. Takže když někoho propustí pro neschopnost, a nebo někdo skončí i sám a má smlouvu, klidně marodí i půl roku a bere dávky. To je asi všude. Některý lidi to zneužívají fakt hodně“.*

Další otázka směřovala na výběr ošetřujícího lékaře. Zda chodí spíše za lékařem v ČR nebo přímo v zemi pojištění a podle čeho se rozhodují. Je možné vyvodit, že kritériem pro výběr lékaře je závažnost onemocnění a předpokládaná délka pracovní neschopnosti. Pokud se jedná o nemoc krátkodobou, navštěvují obvykle respondenti lékaře v zemi pojištění, týden stůňou a pak zase začínají pracovat. Lékaře v cizině rovněž zvolili respondenti, kdy se jim tam přihodil úraz, a nebo je potkalo jiné závažné onemocnění vyžadující rychlý lékařský zásah. Následnou péči však již zvolili v ČR. Českého lékaře zvolili respondenti, jejichž onemocnění sice vyžadovalo dobu léčby delší než několik dnů, ale umožnilo jim cestovat za „svým“ lékařem do Česka. Motiv těchto rozhodnutí je prostý. V případě nemoci chtějí být respondenti u své rodiny a mít lékařskou péči co nejbližší. Respondenti, kteří uplatňovali nárok na nemocenské přímo v zemi pojištění, dostali peníze rychle a bez průtahů. Pokud zvolili respondenti českého lékaře, museli následně pro získání svého nároku na nemocenskou dávku využít

aplikace koordinačních nařízení. Vyřízení jejich nároků již bylo více rozmanité a většinou i zdlouhavé.

Výjimku tvoří opět pojištěnci Lucemburska. Oba by upřednostnili lékaře a léčbu v Lucembursku, z důvodu nesrovnatelně lepší péče a absence jakýchkoli poplatků. *„To je obrovský rozdíl v přístupu k lidem. A taky nic nedoplácíte, všechny léky máte plně hrazený. Rozčílil jsem se tady v lékárně, když po mě chtěli doplatek, přestože moje pojišťovna platí všechno. Ale oni si prý od ní vezmou jen to, co by si vzali od zdejší pojišťovny. Nechápu to. Ale ruku jsem si zlomil tady, tak jsem musel jít k doktoru tady.“*

Z výše uvedeného textu vyplývá, že pouze pojištěnci Lucemburska mají na některá témata odlišné názory. Ostatní respondenti se téměř vždy vzácně shodli. Příčinou bude pravděpodobně skutečnost, že lucemburský systém je nadstandardně štědrý, umožňuje pojištěncům čerpat nemalé výhody, ale z toho důvodu je i náchylnější ke zneužívání. Ostatní systémy mají každý své odlišné výhody, které jejich pojištěnci vyzdvihovali. Z německého systému náleží pojištěnci prvních 6 týdnů celá mzda a poté dávky ve výši 70 % mzdy, které se nedaní. Nizozemský systém poskytuje dávky ve výši 70 % mzdy a nadstandardně dlouhou podpůrčí dobu 104 týdnů (respondent po úrazu páteře využil celou dobu). Rakouský systém jeho pojištěnec sice nikterak nevyzdvihoval, ale spokojený byl. Pojištěnec Švýcarského systému vyzdvihoval především možnost vybrat si pojišťovnu (např. podle poskytované výše dávky) a podpůrčí dobu delší více jak 2 roky při splnění daných podmínek.

Je zřejmé, že každý systém je naprosto unikátní. Každý má své dominantní výhody, i když některé jiné parametry systémů mohou působit spíše nevýhodně. Ačkoli lucemburský systém je pro pojištěnce velmi výhodný a může se jevit jako nejlepší, z celospolečenského hlediska může při nedostatečně efektivních kontrolních mechanismech hrozit riziko rostoucího zneužívání systému a následně potíže se zajištěním jeho funkčnosti. Zatím se zdá, že Lucembursko tyto potíže nemá. Je proto velmi důležité, aby systémy NP splňovaly zejména podmínku dlouhodobé udržitelnosti při zabezpečování svých pojištěnců.

9.4 Postoje cizozemských pojišťenců ke koordinačním nařízením

Odpovědi na otázky týkající se znalosti koordinačních nařízeních již nebyly tak povzbudivé jako odpovědi v předchozích bodech. Pouze jeden respondent se informoval s předstihem o koordinačních nařízeních před vycestováním z ČR. Ostatní respondenti získávali informace až poté, co je potřebovali. Získávali je od svých zkušenějších kolegů, od zaměstnavatele, nositele pojištění a někdy i z internetu. Ve dvou případech respondenti pověřili své rodinné příslušníky, aby získali informace v ČR na OSSZ a poté jim je sdělili.

Následující výrok vyjadřuje snahu některých cizozemských aktérů zprostředkovat pomoc svému pojišťenci: *„Když se mi stal ten úraz, volal jsem kapitánovi a ten mi řekl co a jak. A hned po něm, asi za dva dny, mi volali přímo z mojí pojišťovny a řekli mi, co musím udělat a co potřebuji. Měl jsem to vlastně hned ze dvou zdrojů. Předtím jsem nevěděl nic, co a jak se dělá. Jediný, co mi neřekli, který úřad v Česku mi pomůže.“*

Povědomí o koordinačních nařízeních měli všichni respondenti spíše na velmi nízké úrovni. Pouze jeden respondent měl rámcovou představu o tom, co koordinační nařízení upravují a jaké principy jsou uplatňovány. O tom, že se podoba koordinačních nařízeních od května 2010 změnila, nevěděli ti respondenti, kteří si vyřizovali žádost o dávku před tímto obdobím. Nikdo z nich tudíž nedokázal definovat rozdíly v oblasti uplatňování nároku na nemocenské dávky.

Ostatní se o změně dozvěděli teprve v okamžiku, kdy se dostavili na OSSZ, aby jim zprostředkovala výplatu dávky. Tehdy se dozvěděli, že by si měli vše zajistit sami, což všem připadalo naprosto nemožné už jen proto, že neznali adresu kompetentní instituce v místě pojištění a mnohé další informace a postupy.

Vzhledem k tomu, že žádný z respondentů koordinační nařízení příliš neznal, nedokázali respondenti ani identifikovat jejich přínosy či nedostatky v obecné rovině. Pokud hovořili přímo o svých osobních zkušenostech, ani si neuvědomovali, že bezděky způsob aplikace koordinačních principů chválí, a nebo haní. Pro představu jsou uvedeny dva výroky, přičemž obsahují již zkušenost s aplikací koordinačních principů:

1. *„Nic o tom nevím. Tušil jsem, že asi něco existuje, ale žádný podrobnosti. Dozvěděl jsem se to až u nás (v ČR) na sociálce, řekli mi, že bych si měl všechno od května zařídit sám, ale nakonec mi s tím hodně pomohli. Vlastně všechno zařídili za mě.“*
2. *„V koordinačních nařízeních se nevyznám. Podle mě by ideální bylo, kdyby na ČSSZ seděl člověk, který by uměl špičkově jazyky, znal všechny zákony týkající*

se zdravotního (míněno nemocenského) pojištění v EU a při jakémkoli problému by chránil zájmy Čechů. Vím, že je to dost utopistické, ale myslím, že to je jediná možnost, jak zabránit tomu, aby se k nám nechovali arogantně a protizákonně a hlavně by bylo okamžitě pomoheno lidem, kteří jsou jejich vinou (míněno vinou cizozemských institucí) ve finanční tísní.“

Celý proces týkající se uplatnění nároku na dávky hodnotili respondenti různě. Většinou pojištěnci stejných států měli i shodné zkušenosti. Některé typické zkušenosti s aplikací koordinačních nařízení obsahují již předchozí výroky. Pokud však budou hodnoceny zkušenosti respondentů souhrnně, je nutné konstatovat, že převažují negativní zkušenosti. Pozitivně ohodnotili proces pouze oba pojištěnci Lucemburska a nizozemský pojištěnec. Přesto i oni měli určité výhrady. Výhrady se týkaly nového způsobu uplatňování nároku na dávku a některých specifických požadavků nositele pojištění v cizině. Negativně hodnotili proces uplatňování nároku na dávku pojištěnci Německa, Rakouska, Švýcarska. Nového postupy koordinačních nařízení rovněž považovali za nevyhovující, ale zásadní výhrady měli zejména z pocitu diskriminujícího chování vůči nim. Pojištěnci byli nuceni podstupovat neobvyklé procedury, díky nimž jim byla dávka vyplacena s několikaměsíční prodlevou, a nebo nebyla vyplacena vůbec.

Vzhledem ke značným rozmanitostem v jednotlivých požadavcích budou některé vybrané příběhy prezentovány v následujících kazuistikách.

První kazuistika popisuje proces uplatnění nároku na dávku, který proběhl v podstatě nejrychleji a s nejmenšími obstrukcemi. Byl vyhodnocen jako nejlépe vyhovující koordinačním nařízením rady.

Ostatní kazuistiky již prezentují negativní zkušenosti respondentů a některé prvky nedodržování koordinačních principů.

9.4.1 Kazuistika – pan Ondřej

Ondřej se narodil v roce 1947. V současné době pobírá starobní důchod z ČR a v Belgii pracuje jako lodivod. Vyučil se v Děčíně při Labsko-oderské plavbě. Po ukončení školy ještě asi 2 roky pro tuto firmu pracoval, ale toužil dostat se na moře, tak pro to udělal všechno. Nakonec se mu podařilo získat místo u československé

námořní plavby, kde pracoval až do jejího zrušení. Potom zkoušel spoustu povolání, ale chtěl zpátky na moře. A tak šel hledat práci do ciziny. Od května roku 2000 pracuje legálně pro belgickou firmu. Před tím pro ni pracoval 3 roky nelegálně. Jeho zaměstnavatel smluvně spolupracuje se speditérskou firmou v Lucembursku a tak je pan Ondřej lucemburským pojištěncem.

Lucemburský systém mu naprosto vyhovuje. Každý rok zaplatí 1 538 euro na zdravotní péči a stejnou částku na sociální pojištění. Z pojištění je mu plně hrazena zdravotní péče a nemocenské ve výši platu. Pojišťovna si své klienty pravidelně zve na preventivní prohlídky. Nepamatuje si sice jak často, ale po určité době musí odjet do Lucemburku, kde se dostaví do budovy pojišťovny, ve které podstoupí povinná vyšetření. V téže budově se zabezpečuje i výplata dávek.

Po celou dobu své práce nikdy nestonal, až v září 2010 se mu stal úraz, když měl volno a byl na chalupě. Měl poraněnou ruku, a tak odjel na chirurgii do blízkého okresního města, kde mu ruku ošetřili a dali do sádry. Poté se ho lékař zeptal, jestli potřebuje „neschopenku“. Pan Ondřej to nevěděl, protože, nikdy nemocný nebyl. Řekl že, pracuje v cizině a že to musí zjistit. Neschopenku si tedy nevezl a zatelefonoval kapitánovi své lodi. Ten mu řekl, co musí udělat. Asi za dva dny, mu telefonovali přímo z lucemburské pojišťovny a také mu zopakovali to, co již věděl do svého kapitána, tedy co musí udělat a co potřebují. Řekli mu, že si má v Čechách zajistit vystavení formuláře E 115 a ten že musí doručit na pojišťovnu a zaměstnavateli. Informace získal souběžně ze dvou zdrojů.⁷³ Nevěděl však, který úřad mu tento formulář vystaví.

Protože trvalé bydliště má v jiném okrese, odjel do okresního města trvalého bydliště a obcházel různé úřady a ptal se, co má dělat. Nejdříve byl na zdravotní pojišťovně, ale tam mu řekli, že musí na OSSZ. Šel tedy na OSSZ. S přístupem tamějších pracovníků však nebyl vůbec spokojen. Dlouho ho nechaly čekat, přestože neměly evidentně příliš mnoho práce. Asi po půl hodině se zeptaly, co potřebuje. Popsal svůj problém, ale velmi arogantně mu bylo sděleno, že formuláře se již nevystavuje, a že si všechny doklady o nemoci musí poslat sám na svojí pojišťovnu, že je to od května nové. Když se ptal, jak zjistí adresu, řekly, že asi u zaměstnavatele nebo na netu. Další den jel tedy znovu na chirurgii, na ošetření nechal si vystavit neschopenku a tam všechno vyprávěl. Poradili mu, aby si zašel i na OSSZ v tomto

⁷³ Tento postup však již od května 2010 neplatí. Pojištěnec si měl nechat pouze vystavit neschopenku u lékaře a tu doručit své pojišťovně.

městě, že je to hned naproti. Zkusil to tedy. Přístup na tomto úřadě byl zcela odlišný. Všechno mu bylo vysvětleno, neschopenku pracovnice poslala na úřad pojištění v Lucembursku, udělala mu kopie a on je poslal zaměstnavateli v Belgii. Jenže za týden mu volali z Belgie, že doklady měly být poslány na ústředí do Lucemburska a že stejně tyto doklady nestačí, že musí mít „nějaký“ formulář E 115. Šel tedy znovu na OSSZ v okresním městě, kde byl ošetřen. Tam mu také sdělili, že formulář E 115 se používal do května 2010, teď že už se používat nemá, že platí nová pravidla. Přesto v zájmu urychlení procesu mu formulář vystavili a poslali do Lucemburska. Pak do dvou týdnů mu přišly peníze. Vlastně ani nevzniklo žádné zpoždění oproti běžné výplatě. Kromě malého incidentu na první OSSZ a požadavku na formulář E 115 ze strany lucemburské instituce vše proběhlo poměrně snadno a peníze byly vyplaceny bez dalších průtahů.

9.4.2 Kazuistika – pan Karel

Karel se narodil v roce 1974. Zatím nemá rodinu, žije jen s přítelkyní. Je vyučený elektrikář s maturitou. V ČR dlouho pracoval jako OSVČ. Protože chtěl získat nové zkušenosti a více si vydělat, odešel před čtyřmi lety do Německa, kde pracuje jako elektrikář v provozu. Motivačně pro něj působila i pracovní doba, protože jeden týden pracuje 12 hodin denně a druhý týden má volno a tráví ho v ČR. Ačkoli byl přijat na pozici elektrikáře (opravuje poruchy, pokud nastanou), v případě, že není žádná oprava potřeba, vykonává práci ostatních dělníků zinkovny, kde je zaměstnán.

Je pojištěn u německé AOK pojišťovny, která zabezpečuje zdravotní i nemocenské pojištění zaměstnanců. Poprvé potřeboval jejich služeb využít až v říjnu 2010, kdy začal mít zdravotní potíže.

Vzhledem k tomu, že se v zinkovně musí často ohýbat a zvedat těžké předměty, začal mít potíže se zády. V týdnu, kdy byl doma v ČR, začal mít silné bolesti. Šel tedy v ČR k lékaři, kde byl ošetřen a dostal léky. Pracovní neschopnost si vystavit nenechal, protože předpokládal, že se stav zlepší. Odjel tedy do Německa a začal pracovat. Druhý den, tj. 5. 10. 2010, musel být přímo z pracoviště pro náhlé prudké zhoršení zdravotního stavu odvezen na kliniku do Rosenheimu. Zde mu byla poskytnuta jednodenní léčba pomocí infusí a dalších léků. Večer byl propuštěn z nemocnice a bylo mu doporučeno dostavit se k místnímu praktickému lékaři. Neschopenku mu nikdo nevystavil. Protože se necítil dobře, zeptal se, proč není hospitalizován, ale bylo mu řečeno, že jeho stav není akutní a pokud se necítí dobře, ať jede do ČR. Odjel tedy zpět do ČR. Ihned byl

hospitalizován v nemocnici až do 19. 10. 2010. 20. 10. 2010 šel ke svému lékaři v ČR a požádal ho o zpětné vystavení neschopenky od 5. 10. 2010. Po udělení souhlasu se zpětným uznáním pracovní neschopnosti okresní správou sociálního zabezpečení mu byla neschopenka vystavena. Bezprostředně poté ji odeslal zaměstnavateli a na AOK. Prvních šest týdnů nemoci proplácí zaměstnavatel. Tyto peníze dostal bez problémů. Těsně před vypršením 6 týdnů mu přišla pozvánka na AOK pojišťovnu na kontrolní vyšetření před posudkovou službu. V té době nebyl schopen cesty. Tuto skutečnost měl potvrzenou lékařem. Oznamil ji tedy na pojišťovnu. Za 14 dnů přišlo další pozvání. Mezi tím se jeho zdravotní stav zhoršil. Nemohl chodit ani sedět. Podstoupil vyšetření na magnetické rezonanci a potvrdila se diagnóza s dlouhodobou prognózou léčby. Veškeré lékařské zprávy včetně snímků z magnetické rezonance byly pojišťovně zaslány. Pojišťovna však přesto trvala na vlastním vyšetření. Toto oznámila panu Karlovi písemně dopisem, který mu zaslali na adresu v Německu, přestože je žádal, aby korespondenci zasílali do Čech, a nebo využívali email. Následně telefonovali nadřízenému pana Karla a sdělili mu, že se záměrně vyhýbá přešetření zdravotního stavu a že zřejmě simuluje. Na základě toho mu zaměstnavatel zrušil zdravotní pojištění ke konci roku 2010, aniž by o tom byl pan Karel informován.

V lednu pan Karel telefonoval na AOK pojišťovnu, proč ještě nedostal žádné peníze. Bylo mu sděleno, že když se nedostavil před komisi, nic nedostane a že už ani není pojištěn, takže vůči němu nemají žádné závazky. Protože pan Karel nevěděl, co dělat, telefonoval svému nadřízenému do Německa. Od něj se teprve dozvěděl, co vše za události předcházelo v Německu, vše si vysvětlili a bylo mu přislíbeno obnovení pojištění zpětně. Následně nadřízený pana Karla vše zařídil na zdravotní pojišťovně. Ti ho okamžitě znovu pozvali na vyšetření. Rozhodl se tedy, že se pokusí nějak zajistit svůj převoz, protože se obával, že jinak by se peněz nedočkal. Sháněl auto, kde by mohl ležet a řídiče. To se mu nakonec podařilo, ale stálo ho to nemalé prostředky. Před komisi se dostavil. Po několika minutách rozhovoru opustil ordinaci. Jeho pracovní neschopnost byla potvrzena. Bylo mu však sděleno, že peníze mu budou vyplaceny jen za předpokladu, že neschopnost do 14 dnů ukončí. Pan Karel už neměl žádné finanční prostředky, takže souhlasil s tímto postupem. Na doléčení si domluvil dovolenou nebo neplacené volno, nebude-li dovolená stačit. Peníze mu byly vyplaceny, ale pouze za dny, jako by pracovní neschopnost trvala od 20. 10. 2010, a ne od 5. 10. 2010. Ačkoli byl tento stav opět urgován, prozatím nebyl dořešen.

Celkové pocity pana Karla shrnuje následující výrok: „*Dodnes, tedy do 14. 3. 2011 se nic neděje, takže mi těch 15 dní už asi nikdo nezaplatí. To je taková klasická černá tečka na konec tohoto příběhu. Pro mě z toho vyplývá jediná věc: Jestli se chci pro příště vyhnout těmto arogantním, nezákonným a nebojím se říct až rasistickým peripetiím, musím jít marodit k doktoru v Německu s neschopenkou z Německa.*“

9.4.3 Kazuistika – pan Jan

Narodil se v roce 1952. Celý život byl „lodřa“ a po zrušení československé námořní plavby pracoval v různých zemích. V současnosti pracuje na lodi pro švýcarskou společnost a je ve Švýcarsku i pojištěn. Pojišťovnu si vybíral sám a při výběru se řídil radami kolegů, protože ve Švýcarsku je obrovský výběr pojišťoven a on se v nich nevyzná. Základní podmínky nároku na dávky zná, ale bohužel si nezjistil všechny podrobnosti, které měly vliv na jeho další osud.

V červnu 2010 se mu na lodi stal úraz menisku. Odcestoval do Čech na léčení. Tři měsíce čekal na operaci. K 30. 9. 2010 vypršela platnost jeho pracovní smlouvy. Podle tamních předpisů by mu náleželo nemocenské celkem po dobu dvou let. Vzhledem k tomu, že mu zaniklo pojištění, bylo mu oznámeno, že nemocenské mu bude vypláceno nejdéle po dobu 2 měsíců od ukončení pracovního poměru. Oznámení obsahovalo vyjádření, kde se píše, že tato nemoc se obvykle vyléčí do 3-4 měsíců, tato doba pomalu pomine, a tudíž není žádný důvod pro další výplatu. Nebyl brán zřetel na to, že pojištěncův skutečný zdravotní stav ještě není stabilizovaný, a že uplynulo pouze několik týdnů od operace. Ve Švýcarsku by již byl po operaci několik měsíců, protože se na ni nečeká. Vzhledem k tomu zůstal zcela bez prostředků, protože podle nových koordinačních pravidel nevzniká nárok na výplatu nemocenského z ochranné lhůty ani pokud osoba přesídí do Čech. Koordinační nařízení č. 574/72, která platilo do 30. 4. 2010 však tuto variantu umožňovalo. Pan Jan pracovat nemohl, protože zdravotní stav mu to dosud nedovoloval. V ČR ho systém NP již také nemohl zabezpečit. Musel se tedy zaregistrovat na ÚP, snažit se plnit povinnosti, které mu byly uloženy a doufat, že vyřízení podpory v nezaměstnanosti (rovněž se zde budou uplatňovat koordinační nařízení) nebude trvat dlouho.

9.4.4 Kazuistika – pan Jiří

Jiří se narodil v roce 1964. Je ženatý a má tři děti. V ČR pracoval jako OSVČ, poté i jako zaměstnanec, ale protože se mu nedařilo sehnat práci, odešel roku 1998 pracovat do Německa jako zedník - sezónní pracovník. Pracoval v létě a v zimě byl v ČR s rodinou. Výdělek za půl roku práce v Německu dostačoval na zabezpečení celé rodiny na celý rok. Pojištěn byl u AOK pojišťovny.

Dne 20. 6. 2007 prodělal rozsáhlý infarkt myokardu. V té době byl v Německu. Byl operován na tamní klinice, jeho stav byl velmi vážný. V Německu byl hospitalizován od 20. 6. 2007 do 26. 6. 2007. Poté byl propuštěn bez dokladu o pracovní neschopnosti. Bylo mu sděleno, že mu ho nevystaví, protože je cizinec. Odjel se tedy léčit do Čech ke svému lékaři. Ten mu po udělení souhlasu lékařskou posudkovou službou vystavil zpětně „neschopenku“ od 20. 6. 2007. S ní se pan Jiří dostavil dne 1. 7. 2007 na OSSZ.⁷⁴

Panu Jiřímu bylo sděleno, že je nutné, aby mu lékařka vystavila formulář E 116 (lékařská zpráva). Druhý den tento doklad pan Jiří přinesl a následně byl vystaven formulář E 115 a oba doklady byly zaslány pracovníci OSSZ na německou pojišťovnu AOK. 2. 7. 2007 AOK pojišťovna doklady obdržela. Na začátku srpna se pan Jiří znovu dostavil na OSSZ, zajímal se o to, proč stále nedostává žádné peníze. Dozvěděl se, že nyní je vše pouze v kompetenci německé pojišťovny. V srpnu se rozhodl jet do Německa.

Nejdříve jel ke svému zaměstnavateli a ten mu ihned vyplatil náhradu za mzdu za prvních 6 týdnů nemoci. Bylo mu sděleno, že další peníze dostane od AOK pojišťovny. Na pojišťovně mu však řekli, že žádné „papíry“ z ČR je nezajímají a pokud chce získat nemocenskou, musí se začít léčit v Německu, nechat si zde vystavit „německou neschopenku“ a českou ukončit. Současně byl upozorněn, že celou dobu pracovní neschopnosti musí pobývat na území Německa. Protože pan Jiří potřeboval nutně peníze, přistoupil na tuto možnost. Ukončil pracovní neschopnost v ČR, odjel do Německa, nechal si vystavit „neschopenku“ německým lékařem, a sehnal si karavan, kde bydlel, aby splnil uloženou podmínku pobytu. Tím, že mu vznikla nová pracovní neschopnost, začal mu zaměstnavatel opět vyplácet náhradu mzdy po dobu 6 týdnů. Od 26. 9. 2007 ho měla začít vyplácet pojišťovna. Protože dostal zákaz léčit se

u českých lékařů, dojížděl do ČR potají už i z toho důvodu, že mu český lékař předepisoval léky, na které nemusel doplácet. Němečtí lékaři mu v té době předepsali lázeňskou léčbu. Bylo však nutné, aby si uhradil tzv. hotelové služby, na které pan Jiří neměl peníze. Musel tedy lázně odmítnout. České lázně nebyly pro německou stranu rovnocennou alternativou. V důsledku toho, že začala být zima a pobyt v karavanu nebyl dále možný (vrátil se do Česka) a rovněž v důsledku odmítnutí lázeňské péče mu pojišťovna ukončila výplatu dávek. Protože jeho zdravotní stav byl stále špatný, nemohl nastoupit do zaměstnání, tak mu byl pracovní poměr předčasně ukončen. Pan Jiří se dál léčil v ČR, zaregistroval se na úřadu práce a jeho rodina žila pouze z rodičovského příspěvku manželky, dávky v nezaměstnanosti a dávek hmotné nouze. Dne 3. 12. 2008 podal pan Jiří k ESD žalobu na postup německé strany. Výsledek sporu dosud není známý.

9.4.5 Dílčí závěry

Ačkoli koordinační nařízení se uplatňují v Evropských společenstvích již mnoho let, z předchozího textu vyplývá, že dosud jsou v přístupu k nim u jednotlivých států značné rozdíly. Vzhledem k omezenému počtu rozhovorů s pojištěnci pěti zemí nelze relevantně ohodnotit uplatňování koordinačních principů v celé Evropě. Z vybraného vzorku však lze v některých případech vysledovat prvky diskriminačního zacházení s některými cizozemskými pojištěnci a snahu vynutit si plnění specifických podmínek národních států. V tomto ohledu má EU značné rezervy z hlediska vymahatelnosti odpovědnosti a práva u příslušných institucí za potíže a škody vzniklé postiženým osobám.

Na druhou stranu i cizozemští pojištěnci mají potíže s tím, orientovat se v koordinačních pravidlech. Očekávají pomoc institucí v místě bydliště a samostatně téměř nejsou schopni domoci se svých nároků. V tomto ohledu nová koordinační nařízení platná od 1. 5. 2010 nepovažují za přínosná, ačkoli jejich zavedení mělo zabránit složitým byrokratickým postupům.

Jejich implementace je sporná i z toho důvodu, že všichni respondenti při uplatňování nároku na dávku podle nové úpravy museli požádat instituci místa

⁷⁴ V tomto případě bylo postupováno podle nařízení 1408/1971 – bylo tedy nutné předložit cizozemské instituci E formuláře.

bydliště o uplatnění předchozích postupů, tedy vystavení E formulářů, kterými instituce v místě pojištění podmiňovaly vyplacení dávky.

Vzhledem k poměrně krátké době platnosti nových nařízení lze však očekávat, že rigidní způsob chování byrokratických organizací pozvolna začne opadávat a nové postupy budou s přibývajícím časem respektovány a budou pro všechny aktéry přínosem. Zamezení uplatňování konkrétních prvků diskriminačního jednání některých institucí je jiná otázka, kterou zřejmě bude nutné posuzovat až na základě judikatury ESD.

10 MOŽNOSTI SMĚŘOVÁNÍ SYSTÉMU NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ V ČR

Různí aktéři (zejména zástupci státu, zaměstnavatelé a zaměstnanci) mohou sledovat primárně různé cíle. Některé cíle jednotlivých aktérů mohou být v protikladu, a proto je nutné hledat kompromisní řešení, které by žádného z aktérů nijak význačně neznevyhodňovalo. Optimálním způsobem řešení by bylo rozvržení rizik do více oblastí, nespolehání se pouze na využívání omezeného počtu nástrojů jako je tomu dnes (regulace a daně).

Systémotvorné institucionální nástroje by mohly být jednou z variant řešení, díky které by bylo možné dosáhnout systémové konformity vedoucí k souladu v jednání mezi jednotlivými aktéry tak, jak ji popisuje Žák (2006) a k omezení prvků narušujících a prodražujících funkčnost a efektivitu systému NP. V konkrétním pojetí by se mohlo jednat o sloučení zdravotních pojišťoven s orgány nemocenského pojištění a větším zainteresováním zaměstnavatelů i pojištěnců na podpoře prevence a krokům, vedoucím k podpoře zdraví občanů. Vzhledem k obdobným úkolům, činnostem a agendám zdravotních pojišťoven a orgánů NP by sloučením jmenovaných orgánů došlo k úsporám na provozních výdajích státu (Vlach 2008). Sdílení dat těchto orgánů by umožňovalo odměňovat různými typy benefitů osoby prokazatelně pečující o své zdraví, což by pojištěnce mohlo k této péči více motivovat. Komplementární, provázaný a propojený systém by vyvíjel silnější tlaky proti umělému prodlužování pracovních neschopností zapříčiněných omezenou dostupností lékařské léčby, zejména s ohledem na dlouhé čekací lhůty na odborná ošetření a vyšetření. Limity proplacených úkonů zdravotních pojišťoven tak, jak jsou uplatňovány v současnosti, by se mohly stát bezpředmětné, protože náklady vynaložené na ošetření pacientů by v konečném důsledku mohly být kompenzovány nižšími prostředky vynaloženými na dávky nemocenského pojištění.

V rámci této zásadní změny by zcela jistě bylo nutné upravit i technické parametry systému. S ohledem na výsledky výzkumu, kdy se respondenti shodli na tom, že zavedení sazby pojistného ve výši 1 % by přijali, za předpokladu, že se bude sazba dávků s delší nemocí zvyšovat, by bylo vhodné o této možnosti vážně uvažovat. Zvýšení denní sazby dávků, případně postupné zvyšování s prodlužující se nemocí,

by mělo být základem pro zamezení rizika zanedbání zdravotních potíží pojištěnců. Další možností by mohlo být zavedení flexibilního systému pojištění, který by umožňoval zvýšení dávky tak, aby pacient byl přiměřeně zajištěn po celou dobu nemoci v závislosti na jeho vlastním rozhodnutí, míře jeho aktivního přístupu a spoluúčasti. Dobrovolné pojištění pro zaměstnance tak, jak je zákon umožňuje OSVČ a jak je navrhol jeden z respondentů, nepovažuji za ideální způsob řešení. Ale určitou alternativou by mohlo být stanovení základní sazby pojistného povinné pro všechny zaměstnance a dále zvýšené dobrovolné sazby pojistného (např. 2 %), díky které by její plátcí získali vyšší dávky.

Je zřejmé, že samy o sobě však výše uvedené změny nebudou dostačující a bude nutné je doplnit o mnohé další nástroje, které podpoří stabilitu systému. Může se jednat například o rozšíření kompetencí ale také povinností posudkové služby; rozšíření sankcí pro zdravotnická zařízení, která neplní své povinnosti; zavedení i jiných benefitů než je zvýšená sazba dávky pro pojištěnce; zavedení benefitů pro zaměstnavatele, kteří podporují ochranu zdraví zaměstnanců; zavedení benefitů pro lékaře využívající elektronickou „neschopenku“ a preferující preventivně léčebnou péči; zabezpečení adekvátní prostorové a časové dostupnosti lékařské péče včetně informovanosti pojištěnců; legislativně zajištěnou lepší vymahatelnost povinností u všech subjektů; zavedení tvrdších sankcí pro osoby zneužívající systém; zavedení povinné doby pojištění před vznikem nároku na dávku atd.

Přesto všechno je nutné počítat s tím, že riziko, které v sobě nesou všechny dávkové systémy, je výskyt tzv. „černých pasažérů“. Tomuto typu rizika zřejmě nejde absolutně zabránit, ale je důležité nastavit kontrolní mechanismy tak, aby nebyli šikanováni poctiví občané.

Je tedy v zájmu společnosti utvářet takové podmínky, aby lidé měli silnou motivaci pečovat o své zdraví, nezanedbávali péči o něj z důvodu možné ztráty příjmu z výdělečné činnosti, a aby v případě nemoci byl jedincům i díky ekvivalentnímu zajištění umožněn rychlý návrat ke zdraví, a to podporou věcnou (zdravotní péče) i peněžní (adekvátní výše nemocenského). Pokud nemocenské pojištění tuto funkci plnit nebude, lze předpokládat, že někteří jedinci mohou zlehčovat své zdravotní potíže, nebudou je odpovídajícím způsobem řešit, což v důsledku může vést k destabilizaci lidského potenciálu jedinců a tím celé společnosti.

ZÁVĚR

Nemocenské pojištění má v Evropě i v ČR poměrně dlouhou tradici. Není proto překvapující, že některé nově zaváděné prvky systému NP se již v minulosti vyskytovaly, a nebo se objevují v systémech evropských.

Změny systému NP v ČR v určitých obdobích odrážejí hodnotové zaměření tvůrců a vykonavatelů politiky. Původní podoba návrhu ZNP zrcadlí ideologické přesvědčení levicově orientovaných politiků, jeho současná podoba však výrazně odráží neoliberální smýšlení, zejména snahu o snižování daňového zatížení a zvyšování individuální odpovědnosti za vlastní zabezpečení.

Provedené parametrické změny vedly ke splnění očekávaných cílů. Z tohoto hlediska jsou veškeré úpravy odůvodnitelné a obhajitelné. Bylo dosaženo výrazného snížení míry nemocnosti, snížení počtu prostonaných dnů a snížení počtu případů pracovní neschopnosti. Pouze ukazatel průměrné doby trvání pracovní neschopnosti se nevyvíjel ideálně, protože se výrazně zvyšoval. Ukazatele vypovídající o míře zneužívání systému lze rovněž hodnotit pozitivně. Prokazatelně se snížil počet prokázaných porušení léčebného režimu v poměru k počtu osob v pracovní neschopnosti.

Použitím pouze statistických metod však nelze jednoznačně potvrdit, že zvolený způsob řešení je správný. Pokud vezmeme v úvahu širší souvislosti, kterými mohou být například v případě hodnocení porušování léčebného režimu další aspekty jako způsob posuzování a prověřování skutkového stavu „porušení léčebného režimu“ v období platnosti staré právní úpravy NP a současné platné právní úpravy, dále změny metodiky ČSSZ apod., je možné, že výsledek závěrů bude odlišný. Budeme-li vycházet z výsledků výzkumu a formulací respondentů, závěr utvořený na základě sekundární analýzy dat v oblasti porušení léčebného režimu se nepotvrzuje. Výrazná většina respondentů je přesvědčena o permanentním zneužívání systému zejména z důvodu nevýrazných sankcí.

Přesto politici vesměs hodnotí stávající základní ukazatele systému NP velmi příznivě. Provedený výzkum však ukázal, že opačný názor zastávají lékaři a zdravotničtí odborníci, zejména s ohledem na prodlužující se dobu jednoho případu pracovní neschopnosti. Obávají se budoucích dopadů na zdraví jedinců. Tyto dopady

se mohou projevit až po mnoha letech a hrozí riziko, že v budoucnosti zatíží celý sociálně zdravotní systém.

Analýza finančních ukazatelů prokázala dlouhodobou nestabilitu systému s ohledem na výkyvy v bilanci během posledních několika let. Změny parametrů sazeb pojistného a sazeb pro výpočet dávek v nezvykle krátkých časových intervalech je možno vysvětlit tak, že jsou činěny pokusy o dosažení vyrovnané bilance systému NP. Lze konstatovat, že podobným způsobem si vysvětlují změny i respondenti, kteří jsou přesvědčeni, že primárním zájmem státu je snaha ušetřit. Potřeby pojištěnců jsou odsunuty do pozadí. Toto stanovisko respondentů podporují i závěry z analýzy náhradových poměrů mzdy a dávky v souvislosti s plněním mezinárodních úmluv v oblasti NP týkajících se minimálních standardů. Analýza prokázala, že náhradové poměry se hrozivě snižují a objevuje se riziko, že některé nebudou plněny vůbec.

Tento stav koresponduje i s pocity respondentů (českých pojištěnců), kteří se obávají dlouhodobé pracovní neschopnosti v souvislosti s nedostatečným finančním zajištěním v době nemoci. Krátkodobé nemoci se v současné době většinou snaží řešit jiným způsobem než pracovní neschopností. Využívají k tomu dovolené, náhradního volna, čerpání ošetřovného na vlastní děti, a nebo ve většině případů chodí nemocní i nadále do zaměstnání. Většina respondentů se tímto způsobem v minulosti nechovala, ale se změnou parametrů se změnilo i chování pojištěnců ve vztahu k čerpání dávek.

K tomuto jednání je vede změna životní úrovně a kvalita života v době nemoci. Pokud není pro pojištěnce jiné východisko, než přijmout rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti a čerpat dávky, snižuje se při dlouhodobější nemoci výrazně jejich příjem, který je nutí přehodnotit obvyklé výdaje domácnosti. Někteří pojištěnci byli dokonce nuceni požádat o půjčku blízké osoby nebo peněžní ústav, a nebo žádat o podporu ze systémů sociální pomoci.

Cizozemští pojištěnci vyjadřují rovněž obdobné obavy, ale jejich příčina je naprosto odlišná. Neobávají se nedostatečného finančního zajištění (náhradový poměr dávky a mzdy vnímají pozitivně), ale časové prodlevy, která vzniká při uplatňování nároku na dávky při využití koordinačních pravidel, a nebo diskriminačního zacházení ze strany některých cizozemských nositelů pojištění. Není zcela neobvyklé, pokud cizozemský pojištěnec čeká na dávku i několik měsíců. V případě, že tyto osoby čerpají dávky přímo, bez aplikace koordinačních nařízení, nemají žádné výhrady ani k výši dávek, ani ke lhůtě, ve které je výplata prováděna. Je však nutné zohlednit fakt, že

cizozemští pojištěnci neutrácejí poskytnuté dávky ani mzdu primárně v zemi pojištění, ale v ČR.

Zaměříme-li se na legitimitu současné podoby systému NP v ČR, může se některým čtenářům jevit jako sporná. Zejména v období ekonomických potíží našeho státu a poté, kdy začalo docházet ke ztrátě společenského konsenzu především na úrovni politických stran, kdy se opakovaně diskutuje otázka daňového zatížení občanů a zaměstnavatelů, a kdy potřební požadují stále vyšší standard, se nastoluje se otázka, jak se vyrovnat s nesnadným požadavkem, a to jak udržet či dokonce zvýšit standard sociálního zabezpečení za předpokladu nezvyšujícího se daňového zatížení občanů a za předpokladu nezvyšování sociálních výdajů státu. Politici, kteří formulují cíle a rozhodují o podobách sociálního zabezpečení, tedy i zabezpečení v případě nemoci a mateřství, mohou v některých případech preferovat skupinové zájmy, nikoli zájmy lidí. Tvorba takových politik pak vede k vyšší míře sociálně-ekonomických nerovností. Legitimita takto vzniklých politik se může oprávněně jevit jako pochybná, což potvrzuje výrok Ústavního soudu týkající se prosazení změn v sociální oblasti koncem roku 2010. Lze proto vyvodit, že čím vyšší je míra participace a konsenzu jednotlivých aktérů na navrhování podoby zákonných předpisů řešících sociální události, tím lépe jsou tyto normy přijímány veřejností a jejich legitimita je zřejmá a lidé se s takovými cíli snáze ztotožňují

Jak z předchozího textu vyplývá, některá zjištěná data je možné interpretovat více způsoby. Je zřejmé, že hodnocení dopadů politiky je více méně normativní proces závisející na zájmech a ideologiích osob provádějících hodnocení. Volba dat pro interpretaci výsledků i způsob jejich interpretace může vést ke zkresleným závěrům. Proto je nutné při hodnocení dopadů uplatňovat otevřenost, transparentnost a objektivitu. Tato práce se pokusila zohlednit široké spektrum faktorů postihujících kvalitu a podobu systému NP. Ačkoli z některých formulací je čitelné hodnotové zaměření autorky, dostatek informací umožňuje čtenáři utvořit si vlastní závěry z uvedeného výzkumu.

SHRNUTÍ

Problematika zabezpečení občanů v době nemoci či mateřství je jednou z několika sociálních oblastí, kde lidé potřebují pomoc a podporu státu. Dynamika vývoje společnosti však klade na stát stále větší nároky ve smyslu optimálního nastavení parametrů tak, aby systém dokázal adekvátně zabezpečit své pojištěnce a přitom se nestal hrozbou pro veřejné rozpočty. Pohled pojištěnců na podobu systému nemocenského pojištění je pro tuto studii dominantní.

Tato práce je příspěvkem, který může pomoci k formulování závěrů a utváření představ o podobě optimálního systému nemocenského pojištění. Ve svých teoretických základech se opírá zejména o koncepty vztahující se k podpoře jedince – k rozvoji jeho potenciálu nebo odstranění či eliminaci nerovností, chudoby a také k legitimitě změn v sociální oblasti. Rovněž nabízí i pohled z hlediska teorie byrokracie.

Analytická část práce je rozdělena do několika kapitol, které sledují vybraná specifická témata. První část práce je věnována systémům nemocenského pojištění v Evropě. Rozebírá základní parametry systémů, soustřeďuje se na shodné či podobné prvky a rovněž upozorňuje na některá specifika. Prezentuje především porovnání podmínek nároku na dávky, stanovení sazeb pojistného, karenční doby, podpůrní doby a stanovení výše dávek. Rovněž se věnuje českým občanům, migrujícím pracovníkům, kteří využívají cizí systémy nemocenského pojištění a rovněž se věnuje způsobu jejich sociální ochrany zaručené koordinacími pravidly EU. Závěrečná zjištění lze interpretovat tak, že evropské systémy vesměs využívají shodné principy i technické nástroje, avšak konkrétní parametry závisejí na vlivu tradic a historického vývoje dané země.

Následující část práce je věnována výhradně českému systému nemocenského pojištění. Nejprve analyzuje aktéry ovlivňující podobu systému nemocenského pojištění, následně se věnuje jeho právní úpravě, jeho vývoji, důkladné analýze některých parametrů a vybraných ukazatelů systému. Skutečnost, že změny parametrů reflektují dynamiku změn vybraných ukazatelů, je zcela evidentní. Způsob interpretace závěrů však může být rozdílný. V čem spatřují politici přínosnost (prudké snížení nemocnosti), v tom někteří odborníci spatřují obavy z budoucího vývoje, zejména ve vztahu ke skutečnému zdravotnímu stavu obyvatelstva a dále ve vztahu k budoucím výdajům celého sociálně zdravotního systému. Ani bilanci příjmů a výdajů systému

není možno hodnotit jednoznačně pro její dlouhodobou rozkolísanost. Otázkou tedy zůstává, zda zvolené nástroje a jejich parametry byly přiměřené společenským a ekonomickým podmínkám ČR a zejména situaci pojištěných osob.

Třetí, empirická část práce, dokumentuje na základě provedené analýzy rozhovorů a kazuistik dopady změn systému nemocenského pojištění v ČR na české pojištěnce a porovnává je s dopady aplikace cizozemských systémů nemocenského pojištění a koordinačních nařízení Rady EU na české občany, kteří jsou pojištěnci cizích států. Závěrečná zjištění z empirického výzkumu prezentují pocity, postoje a názory českých pojištěnců, zejména v rovině požadavku na přiměřenější výši nemocenského, zrušení karenční doby, zpřísnění a lepší vymahatelnost sankcí pro pojištěnce zneužívající systém. Cizozemští pojištěnci formulují požadavek na zvýšení pružnosti při aplikaci koordinačních nařízení a odstranění některých diskriminačních prvků, jež některé státy uplatňují.

Závěrem lze konstatovat, že současná podoba systému nemocenského pojištění v ČR nevyjadřuje konsenzus politických stran a jednotlivých aktérů. Pochybnost legitimacy takto vzniklé politiky potvrdil i nedávný výrok Ústavního soudu ČR. Autorka se proto v jedné z posledních kapitol pokusila formulovat návrh možného směřování této politiky při hledání optimálního řešení tak, aby splňoval podmínky společenského konsenzu.

SUMMARY

Social security of citizens during the illness or maternity period is one of a few social fields where people need the help and support of the state. However the dynamics of social development creates higher and higher demands on the state concerning the optimal setting of parameters so that the system could adequately secure the insured and at the same time would not become the threat to the public budgets. The view of the insured on the shape of the sickness insurance system is predominant in this study.

This work is a contribution which can help to formulate conclusions and form visions of the optimal sickness insurance system. Its theoretical basis are founded mainly on the concepts concerning the support of the individual, development of his potential, inequality and poverty elimination and also the legitimacy of changes in the social sphere. It also offers the theory of bureaucracy point of view.

The analytical part is divided into several chapters which follow the chosen specific themes. The first part deals with the sickness insurance systems in Europe. It analyses the basic parameters of these systems, concentrates on the same or similar elements and it also emphasises certain specific characteristics. Above all this study compares conditions of benefit claims, insurance rate setting, guard periods, supporting periods.

Above all this work compares the conditions of benefit claims, the insurance rate settings, guard periods, supporting periods and the amount of benefits. It also deals with the Czech citizens, migrating workers, who are using foreign health insurance systems mentioning the way of their social protection guaranteed by EU coordination rules. The final findings show that the European systems mostly use the same principles and technical instruments but their specific parameters depend on the traditions and historical developments of a given country.

The following part deals with the Czech sickness insurance system only. At first it analyses the participants influencing the shape of the sickness insurance system then it describes its legal adjustments, development and thorough analysis of some parameters and chosen system indexes. The fact that the parameter changes reflect the dynamic of chosen indexes is obvious. Nevertheless the interpretation of the conclusions can be different. Where politicians see the benefit (rapid sickness rate reduction) some specialists worry about the future development especially in connection with the actual state of health of the inhabitants and in connection with the future expenses of the whole

social health system. The balance of incomes and expenses cannot be evaluated unambiguously either for its long term fluctuation. The question remains whether the selected instruments and their parameters were adequate to the social and economic conditions in the Czech Republic and particularly to the situation of the insured.

The third empirical part documents the impact of the sickness insurance changes in the Czech Republic on the Czech insured by the analyses of the interviews and casuistry. It compares them the impacts of foreign health insurance systems and regulations of the European Council on the Czech citizens who are the insured of foreign states. The final findings of the empirical study present the feelings, attitudes and opinions of the Czech insured particularly regarding the demand for more adequate amount of sickness benefits, abolition of guard period and tightening and better retrievability of sanctions from those who misuse the system. The foreign insured demand higher flexibility when applying the coordination rules and elimination of some discriminatory elements which some states use.

In conclusion we can say that the present shape of the sickness insurance system in the Czech Republic does not present the consensus of the political parties and individual participants. The doubts about the legitimacy of this policy confirmed the recent verdict of the Constitutional Court of the Czech Republic. That is why the author tried in one of the last chapters to formulate possible aiming of this policy when looking for the optimal solution following the social consensus conditions.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

Tištěná literatura

- Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2000, ISBN 80-200-0607-9
- ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů : nejnovější trendy a postupy*. 10. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1407-3
- ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení I. část*. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0728-X
- BLAŽEK, L. *Lidský potenciál a společenské řízení*. Brno: Masarykova univerzita, 1991, ISBN 80-210-0335-9
- BOLCKOVÁ, E.: Změny v nemocenském pojištění. *Národní pojištění*. 2007, roč. 38, č. 12, s. 7-10
- BOURDIEU, P. *Teorie jednání*. Praha: Karolinum, 1998, ISBN 80-718-4518-3
- BRDEK, M., JÍROVÁ, H. *Sociální politika v zemích EU a ČR*. Praha: CODEX Bohemia, s.r.o., 1998, ISBN 80-85963-71-X
- BRDEK a kol. *Trendy v evropské sociální politice*. Praha: ASPI Publishing s. r.o., 2002, ISBN 80-86395-25-1
- COLEBATCH, H. K. *Úvod do policy*. Brno: Barrister & Principal, 2005, ISBN 80-86598-79-9
- ČABANOVÁ, B., MUNKOVÁ, G. Sociální politika. In POTŮČEK a kol. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, ISBN 80-86429-50-4
- ČERNÁ, J., TRINNEROVÁ, D., VACÍK, A.: *Právo sociálního zabezpečení*. Dobrá Voda: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2002, ISBN 80-86473-07-4
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd., Praha: Karolinum, 2006, ISBN 80-246-0139-7
- Evidence případů dočasné pracovní neschopnosti cizozemských pojištěnců OSSZ Louny*. Interní materiál, 2011
- Evidence formulářů E 115 – E 118 OSSZ Louny*. Interní materiál, 2011
- FIELD, J. *Social Capital*. London: Routledge, 2003, ISBN 0-415-25754-9
- FOLTÝNOVÁ, D. Systémy sociálního zabezpečení v EU: 1. část – Rakousko. *Národní pojištění*. 2006, roč. 37, č. 2, str. 13-16.
- GIDDENS, A.: *Sociologie*. Praha: Argo, 2005, ISBN 888000-7203-124-4
- HABERMAS, J. *Problémy legitimacy v pozdním kapitalismu*. Praha: FILOSOFIA, 2000, ISBN 80-7007-130-3

- HALPERN, D. *Social Capital*. Cambridge: Polity press, 2005, ISBN 0-7456-2547-9
- HANTRAIS, L. *Social Policy in the European Union*. Hampshire: Macmillan Press, 1995, ISBN 978-03-1212-700-8
- HEJKAL, T., ŠVÁCHOVÁ, M. *Nemocenské pojištění v roce 2009*. Praha: Pragoeduca, 2009, ISBN 978-80-7310-033-9
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-040-2
- CHODOUNSKÁ H. Pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v roce 2009. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 10, str. 23-26.
- CHOTĚBORSKÁ, Š. *Koordinace systémů sociálního zabezpečení v EU : diplomová práce*. Ústí nad Labem: UJEP, Fakulta sociálně ekonomická, Katedra sociální práce 2008. 68 s. Vedoucí diplomové práce Petr Balek.
- CHVÁTALOVÁ, I. *Peněžité dávky v nemoci a mateřství v Evropské unii*. Praha: LINDE, 2003, ISBN 80-86131-45-9
- CHVÁTALOVÁ, I. *Mezinárodní přehled stavu a reforem nemocenského pojištění v členských státech Evropské unie (EU-15)*. Aktualizace výzkumné zprávy z prosince roku 2002. Praha: VÚPSV, 2005
- CHVÁTALOVÁ, I. *Mezinárodní přehled stavu a reforem nemocenského pojištění v nových členských státech Evropské unie (EU-10), Bulharsku a Rumunsku*. Praha: VÚPSV, 2006, ISBN 80-870007-43-3
- CHVÁTALOVÁ, I. *Mezinárodní porovnání odlišností v poskytování náhrady příjmu v době nemoci pro malé a střední podniky, zejména v dávkových systémech zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, 2007, ISBN 978-80-87007-84-6
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-535-0
- JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-749-3
- JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2397-6
- JANDOVÁ, L. Systémy sociálního zabezpečení v EU: 2. část – Německo. *Národní pojištění*. 2006, roč. 27, č. 3, str. 11-14.
- Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009: Summary: Social inclusion, pension, healthcare and long-term care*. Luxembourg: European Communities, 2009, ISBN 978-92-79-13136-3
- KELLER, J. *Dějiny klasické sociologie*. Praha: SLON, 2004, ISBN 80-86429-34-2
- KELLER, J. *Sociologie organizace a byrokracie*. 2. přepracované vyd., Praha: SLON, 2007, ISBN 978-80-86429-74-8

- KODROVÁ J., SCHMIED, Z. *Náhrada mzdy a nemocenské zaměstnance při dočasné pracovní neschopnosti nebo karanténě*. Olomouc: Anag, 2010, 151 s., ISBN 978-80-7263-576-4
- KOLDINSKÁ, K., PIKOROVÁ, G., ŠVEC, L., TOMEŠ, I. *Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU*. Praha: C. H. Beck, 2007, ISBN 978-80-7179-622-0
- KONOPÁSKOVÁ, J. Nová pravidla pro koordinaci sociálního zabezpečení v EU. *Národní pojištění*. 2010, roč. 41, č. 5, s. 3-4
- Korespondence OSSZ Louny s cizozemskými institucemi a pojišťenci*. Interní materiál OSSZ Louny, 2004-2011
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 2. vyd., Praha: ASPI Publishing, s.r.o, 2002, ISBN 80-86395-33-2
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. přepracované a aktualizované vyd., Praha: ASPI Publishing, s.r.o., 2007, ISBN 978-80-7357-276-1
- KREBS, V. a kol. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. Praha: VÚPSV, 2009, ISBN 978-807416-044-8
- KREJČÍ, P. *Analýza změn systému nemocenského pojištění a jejich efekty : diplomová práce* Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. 2009, 69 s. Vedoucí diplomové práce Václav Kulhavý.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, ISBN 978-80-247-2713-4
- LAUMANOVÁ, J.: Vývoj dočasné pracovní neschopnosti v roce 2009. *Národní pojištění*. 2010. roč. 41, č. 7, s. 17-19,
- MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: SLON, 1999, ISBN 80-85850-61-3
- MAREŠ, P. Subjektivní míry chudoby. In *Monitorování chudoby v České republice : úvodní studie*. Praha: VÚPSV, 2002
- MATĚJŮ, P., VEČERNÍK, J. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989 – 1998*, Praha: Academia, 1998, ISBN 80-200-0765-2
- MERTON, R. K. *Studie ze sociologické teorie*. 2. vyd., Praha: SLON, 2007, ISBN 978-80-86429-70-0
- MUNKOVÁ, G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0780-8
- NIKLÍČEK, L. *Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky*. Praha: Nakladatelství Lidová universita akademie J. A. Komenského, 1994, ISBN 80-7048-019-X
- PENNINGS, F. *Introduction to European Social Security Law*. Fourth edition. Oxford: Intersentia, 2003, ISBN 90-5095-336-0

PIETERS, D. *European social security and global politics*. Hague: Kluwer Law International, 2003, ISBN 90-411-1948-5

PILEČEK, J. Koncept sociálního kapitálu: pokus přehled teoretických a metodických východisek a aplikačních přístupů jeho studia. *Geografie*. 2010, roč. 115, č. 1, s. 64-77

Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii. Praha: UK FSV CESES, 2005, ISSN 1801-1640

POMAHAČ, R., VIDLÁKOVÁ, O. *Veřejná správa*. Praha: C. H. Beck, 2002, ISBN 80-7179-748-0

POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: SLON, 1995, ISBN 80-85850-01-X

POTŮČEK, M. *Křížovatky české sociální reformy*. Praha: SLON, 1999, ISBN 80-85850-70-2

POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005, ISBN 80-86429-50-4

PŘIB, J. *Zákon o nemocenském pojištění. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2009, ISBN 978-80-7357-448-2

REPORT for the period from 30 September 2000 to 31 August 2006, submitted by the Government of the Czech Republic in accordance with Article 22 of the Constitution of the International Labour Organization on measures taken to implement Convention No. 130 on Medical Care and Sickness Benefits, 1969 ratification of which was registered by Czechoslovakia on 27 May 1990; by the Czech Republic on 15 March 1993, effective of 1 January 1993. Praha: MPSV, 2007

Rozbor vývoje, kontroly a posuzování dočasné pracovní neschopnosti v roce 2009. ČSSZ, 2010. Interní materiál ČSSZ

RYS, V. Teorie a praxe srovnávacích studií v oblasti sociálního zabezpečení. In MUNKOVÁ, G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0780-8

RYCHTÁŘOVÁ, J. Mateřská dovolená ve státech EU. *Národní pojištění*. 2011, roč. 42, č. 4, s. 17-18.

SCHÖN, O. Mateřská je vyšší, ale ženy na ni dlouho čekají. *Hospodářské noviny*. 27. 4. 2009

SKÁCEL, P. Nejvíce zneužíváme nemocenskou. *Mladá fronta Dnes / východní Morava*. 31. 8. 2009

Směrování české sociální politiky s důrazem na agendu Lisabonské strategie. Praha: VÚPSV, 2005, ISBN 80-239-5792-9

Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010. Washington, DC: Social Security Administration, 2010, ISBN 978-0-16-086399-8

Sociální zabezpečení osob migrujících v rámci Evropské unie. Praha: MPSV, 2009, ISBN 978-80-7421-009-9

Sociální zabezpečení osob pohybujících se v rámci Evropské unie. Praha: MPSV, 2002, ISBN 80-86552-07-1

STRAŠÍK, J. *Prodloužení poskytování nemocenského se zaměřením na rozbor důvodů vedoucích k prodloužení poskytování nemocenského a porovnání s výsledkem následného posouzení po prodloužení* : Atestační práce v oboru posudkového lékařství. Louny: ČSSZ RLPS Louny, 2009

ŠAŠKOVÁ, J. Marodíme o dost méně. *Mladá fronta Dnes*. 28. 1. 2010

ŠEVČÍK, J. Lidé často marodí bez neschopenky. *Břeclavský deník*. 22.2.2011

ŠKODOVÁ, H. Nemocenská vyplácena se zpožděním. *Právo*. 28. 5. 2009

ŠTĚPÁNKOVÁ, P. Nemocenské dávky zaměstnanců v zemích EU, EHP a Švýcarska – 1. část. *Národní pojištění*. 2009, roč. 40, č. 10, s. 19-22

ŠTĚPÁNKOVÁ, P. Nemocenské dávky zaměstnanců v zemích EU, EHP a Švýcarska – 2. část. *Národní pojištění*. 2009, roč. 40, č. 11, s. 17-20

ŠTĚPÁNKOVÁ, P. Nemocenské dávky zaměstnanců v zemích EU, EHP a Švýcarska – 3. část. *Národní pojištění*. 2009, roč. 40, č. 12, s. 15-16

TAUBEROVÁ, D., SLOUKOVÁ, K. Lidé chodí do práce nemocní. Riskují své zdraví. *Prostějovský týden*, 3. 2. 2010

The Community provisions on social security. Luxemburg: Office for Official Publications of European Communities, 2000

TOMEŠ, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přepracované vyd., Praha: SOCIOKLUB, 2001, ISBN 80-86484-00-9

TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-560-1

TOMEŠ, I., KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo Evropské unie*. Praha: C. H. Beck, 2003, ISBN 80-7179-831-2

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-680-3

TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. aktualizované a doplněné vyd. Praha: C. H. Beck, 2005, ISBN 80-7179-856-8

VALENTOVÁ, M., SIROVÁTKA, T. *Legitimita sociální politiky*. Praha: VÚPSV, Brno, 2002, ISBN 80-238-9991-0

VEČEŘA, M. *Sociální stát: Východiska a přístupy*. 2. doplněné vyd., Praha: SLON, 1996, ISBN 80-85850-16-8

VEČERNÍK, J., MATĚJŮ, P. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989-1998*. Praha: Academia, 1998, ISBN 80-200-0703-2

VESELÝ, A., NEKOLA, M. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007, ISBN 978-80-86429-75-5

VLACH, J. a kol. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění*. Praha: VÚPSV, 2008, ISBN 978-80-87007-97-6

WEBER, M. *Autorita, etika a společnost : pohled sociologa do dějin*. Praha: Mladá fronta, 1997, ISBN 80-204-0611-5

Zaměstnávání cizinců a vysílání zaměstnanců a OSVČ do ciziny z hlediska zaměstnanosti, pracovněprávních vztahů a volby práva, povolování pobytu cizinců na území ČR, nemocenského pojištění, zdravotního pojištění, odhodového pojištění, zdaňování příjmů. 3. aktualizované vyd., Olomouc: ANAG, 2009, ISBN 978-80-7263-525-2

ZEMANOVÁ, J.: *Třicet let a nemocenské. Národní pojištění*. 1999, roč. 30, jubilejní číslo, s. 13-29

ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Eupress, 2004, ISBN 80-86754-19-7

ŽÁK, M. *Hospodářská politika*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2006, ISBN 80-86730-04-2

ŽENÍŠKOVÁ, M., PŘIB, J. *Zákon o nemocenském pojištění s komentářem a příklady*. 2. vyd., Olomouc: ANAG, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7263-488-0

ŽENÍČKOVÁ, M. *Pojistné na sociální zabezpečení zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ, dobrovolně důchodově pojištěných s komentářem a příklady k 1.1.2010*. 2. aktualizované vyd., Olomouc: ANAG, s.r.o., 2010, ISBN 978-807362-579-5

ŽENÍŠKOVÁ, M., PŘIB, J. *Zákon o nemocenském pojištění od 1.1.2011 s komentářem a příklady*. 4. vyd., Olomouc: ANAG, s.r.o., 2011, ISBN 978-80-7263-642-6

Právní normy

Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění platném do 31.12.2008

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů,

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základní práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Nařízení Rady EHS č. 1408/71, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství

Nařízení Rady (EHS) č. 574/72, prováděcí nařízení

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, upravuje poskytování dávek v nemoci, mateřství a rovnocenné otcovské dávky

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, prováděcí nařízení

Internetové zdroje:

BLAŽEK, J., MACEŠKOVÁ, M. CZANK, P. *Model čtyř kapitálů - nová metoda přípravy rozvojových strategií?* Dostupné z: [«http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6253746»](http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6253746) [cit. 20.10.2010]

BURANOŮVÁ, J. *Příjmy z pojistného na NP a výdaje systému NP ze dne 12.1.2011.* [Písemné zodpovězení dotazu zástupce ČSSZ Praha zaslaného emailem]

Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2008. Dostupné z: [«http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=prakti®ion=100&kind=21»](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=prakti®ion=100&kind=21) [cit. 28.4.2010]

Důvodová zpráva k návrhu Zákona o nemocenském pojištění. Dostupné z: [«http://www.mf-cr.cz»](http://www.mf-cr.cz) [cit.4.9.2004]

Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR: Preventivní péče. Dostupné z [«http://www.uzis.cz/article.php?type=2&mnu_id=6100»](http://www.uzis.cz/article.php?type=2&mnu_id=6100) [cit.28.4.2010]

GOLA, P. *Štědré evropské sociální systémy.* Dostupné z: [«http://www.mesec.cz/clanky/stedre-evropske-socialni-systemy/»](http://www.mesec.cz/clanky/stedre-evropske-socialni-systemy/) [cit. 9.1.2011]

HLOUŠKOVÁ, M., JELÍNEK, K. *Sociální kapitál, sociální přidaná hodnota a sociální audit.* Dostupné z: [«http://fse1.ujep.cz/materialy/KFU_huncova_UFNO0708hlouskovajelinek2.pdf»](http://fse1.ujep.cz/materialy/KFU_huncova_UFNO0708hlouskovajelinek2.pdf) [cit.28.10.2010]

Jak léčíme chřipku a nachlazení? Tisková zpráva. GfK Czech, 15. 3. 2010 Dostupné z: [«http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/005538/index.cz.html»](http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/005538/index.cz.html) [cit. 27.9.2010]

KLVAČOVÁ, E., JÍROVÁ, H. *Evropská sociální politika.* Dostupné z: [«http://www.evropska-unie.cz/download.asp?id=912»](http://www.evropska-unie.cz/download.asp?id=912) [cit. 10.3.2008]

- KUČERA, P. *Neschopenka zůstane zadarmo, lékařům zaplatí stát*. 17.3.2010. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/finance/prace/clanek.phtml?id=662923>» [cit. 28.4.2010]
- Maastrichtská smlouva 1992*. Dostupné z: «http://www.euroskop.cz/gallery/2/758-smlouva_o_eu_puvodni_verze.pdf» [cit. 2.9.2010]
- MISSOC: *Comparative Tables on Social Protection – Query*. Dostupné z: «http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en» [cit. 10.2.2011]
- Názory a argumenty*. ČRO. 26.5.2009. Dostupné z: «<http://www.cssz.cz/informace/media/napsali-o-nas/napsali-o-nas-2009-kveten.htm>» [cit. 26.9.2009]
- Nečas: Omlouvám se. *Mladá fronta dnes*. 18.4.2009. Dostupné z: «<http://cms.cssz.cz/cz/informace/media/napsali-o-nas/napsali-o-nas-2009-duben.htm>» [cit. 15.11.2009]
- Nemocenská statistika ČSSZ*, Dostupné z: «<http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/>» [cit. 11.3.2011]
- Nemocenské pojištění*. Dostupné z: «<http://www.mpsv.cz/cs/4770>» [cit. 7.11.2009]
- Nemocenské pojištění*. Dostupné z: «<http://www.mpsv.cz/cs/7#dsnp>» [cit. 10.3.2011]
- NIKLÍČEK, L.: *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938*. 1993. Dostupné z: «www.sasp.cz/novinky/26102001.htm» [cit. 17.11.2010]
- NILSSON, B., HEATH, I. Patients, doctors, and sickness benefit. *British Medical Journal*. 2003, Vol. 327 Issue 7422, p1057-1057. Dostupné z: «<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=11272608&lang=cs&site=ehost-live>» [cit. 1.4.2010]
- O ČSSZ. Dostupné z: «<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/>» [cit. 30.12.2010]
- PALÁN, Z.: *Strategie a rozvoj lidských zdrojů – výkladový slovník*. Dostupné z: «<http://topregion.cz/index.jsp;jsessionid=3B946730EFD9CB071463ADDE843C7FE3?articleId=2044> » [cit. 26.7. 2010]
- Podvodné vylákání dávek nemocenského je trestné, navíc se na něj vždy přijde*. Tisková zpráva. ČSSZ, 19. 4. 2010. Dostupné z: «<http://www.cssz.cz/cz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/podvodne-vylakani-davek-nemocenskeho-je-trestne-navic-se-na-nej-vzdy-prijde.htm>» [cit. 25.4.2010]
- Pojistněmatematická zpráva o sociálním pojištění 2008*. s. 45 Dostupné z: «http://www.mpsv.cz/files/clanky/5886/zprava_2008_cz.pdf» [cit. 10.3.2011]
- Sociální doktrína České republiky 2002*. Dostupné z: «<http://www.socioklub.cz/doktrina3.php>» [cit. dne 19.7.2010]
- Sociální zabezpečení v kontextu EU*. Dostupné z: «<http://www.mpsv.cz/cs/7219>» [cit. 14. 3. 2010]

Statistiky. Dostupné z: [«http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/»](http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/) [cit. 28.10.2010]

Struktura nákladů zdravotních pojišťoven. Dostupné z: [«http://www.spcr.cz/statistika/zdrovpoj.htm»](http://www.spcr.cz/statistika/zdrovpoj.htm) [cit. 30.12.2010]

Ukazatelé pracovní neschopnosti v letech 1993 – 2009. Dostupné z: [«http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2009.htm»](http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2009.htm) [cit. 2.11.2010]

Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009. ÚZIS, 2010. Dostupné z: [«http://www.uzis.cz/publikace/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz-2009»](http://www.uzis.cz/publikace/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz-2009) [cit. 11.3.2011]

Vládní návrh na vydání zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí: Hodnocení regulace (RIA). Dostupné z: [«http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=120&CT1=0»](http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=120&CT1=0) [cit. 26.10.2010]

Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1990–2003. ČSÚ, 2005. Dostupné z: [«http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/1127-05»](http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/1127-05) [cit. 11.3.2011];

Výroční zprávy 2003-2008. Dostupné z: [«http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/vyrocnizpravy.htm»](http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/vyrocnizpravy.htm) [cit. 25.10.2009]

Zdraví – Nemocní. Podnikatel. 19.2.2010. Dostupné z: [«http://intranet.cssz.cz/00-3-01-79.htm#n79»](http://intranet.cssz.cz/00-3-01-79.htm#n79) [cit.29.10.2010]

Zprávy ČR o plnění Evropského zákoníku sociálního zabezpečení 2003-2010. Dostupné z: [«http://www.mpsv.cz/cs/1285»](http://www.mpsv.cz/cs/1285) [cit. 15.3.2011]

Zprávy o činnosti ČSSZ. Dostupné z: [«http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/zpravy-o-cinnosti.htm»](http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/zpravy-o-cinnosti.htm) [cit. 9.10.2010]

80 let sociálního pojištění. Dostupné z: [«www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf»](http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5572A3BE-22CD-46D3-A31F-2BA0076C1C63/0/publikace_80letSP.pdf) [cit. 7.11.2009]

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam respondentů – českých pojišťenců (tabulka)

Příloha č. 2: Seznam respondentů – cizozemských pojišťenců (tabulka)

Příloha č. 3: Seznam základních otázek k rozhovorům s českými pojišťenci (text)

Příloha č. 4: Seznam základních otázek k rozhovorům s cizozemskými pojišťenci (text)

Přílohy

Příloha č. 1: Seznam respondentů – českých pojištěnců (tabulka)

Respondent	zaměstnanecká pozice	zaměstnavatel
1	obsluha v pohostinství	malá firma
2	operátor	zahraniční společnost
3	vedoucí pracovník	OSSZ
4	svářeč	velká strojírenská firma
5	zedník	stavební firma
6	daňový poradce	účetní firma
7	odborný zdravotnický pracovník	nemocnice
8	administrativy	obchodní společnost
9	manuální pracovník	zemědělská společnost
10	vedoucí pracovník	samospráva
11	manager	obchodní společnost

Příloha č. 2: Seznam respondentů – cizozemských pojištěnců (tabulka)

Respondent	zaměstnanecká pozice	stát pojištění
1	námořník	Nizozemí
2	zedník	Německo
3	lodivod	Lucembursko
4	lékař	Rakousko
5	řezník	Lucembursko
6	kormidelník	Švýcarsko
7	elektrikář	Německo

Příloha č. 3: Seznam základních otázek k rozhovorům s českými pojišťenci (text)

Pokrývá systém NP dostatečně všechny rizikové situace, které mohou ohrozit příjmy občanů z výdělečné činnosti? Máte nějaký nápad na změnu?

Zajímáte se o to, jaká je podoba systému NP aktivně nebo jen náhodně? Kde sháníte informace?

S jakými pocity jste přijali zprávy o změnách, které se začaly uplatňovat od roku 2008 v systému nemocenského pojištění? (Souhlasili jste s nimi či nesouhlasili a proč?)

Znáte důvody, které vedly ke změně systému? Dokážete některé formulovat?

Znáte současnou podobu systému, orientujete se v proběhnuvších změnách, myslíte si, že je současná podoba systému přehledná a účelná?

Jak se vám jeví dostupnost lékařské péče a péče o zdraví? Kde vidíte nedostatky?

Myslíte si, že opakované změny v systému jsou přínosné a pro koho? Odůvodněte, prosím, své stanovisko.

Považujete systém NP za spravedlivý? (V čem ano, v čem ne)

Co si myslíte o zneužívání nemocenských dávek? Setkali jste se s ním osobně nebo v blízkém okolí? Popište.

Co si myslíte o karenční době (doba po kterou není poskytována dávka) ve vztahu k nemocenskému a ošetřovnému?

Obáváte se v případě nemoci zůstat v pracovní neschopnosti (proč ano či ne)? Je nějaký rozdíl v posledních deseti letech v tom, zda si v případě nemoci necháte vystavit „neschopenku“?

Jak vnímáte novou roli zaměstnavatele v systému NP (možnost kontrol dodržování léčebného režimu, výplata náhrady mzdy, možnost poskytovat náhradu mzdy nad rámec zákona, motivační programy)? V čem myslíte, že je přínosná a kde naopak?

Poskytuje vám váš zaměstnavatel nebo vaše zdravotní pojišťovna nějaké benefity týkající se podpory zdraví - myšleno tzv. sick days (několik placených dnů volna na zotavenou), poskytování zdravotnických služeb, atd.?

Jak hodnotíte přiměřenost výše dávek? Postačuje vašim potřebám? Měla by se měnit s délkou nemoci, případně jak a u kterých dávek?

Jak vnímáte roli lékařů v systému nemocenského pojištění? Jsou vždy objektivní? Jsou ochotni vyhovět některým nestandardním požadavkům pacientů? Jaká je vaše zkušenost?

Jak hodnotíte způsob výplaty nemocenských dávek prostřednictvím ČSSZ? Je pro vás výhodnější než od zaměstnavatele či nikoli a proč?

Jak vnímáte úroveň komunikace lékař-zaměstnanec-zaměstnavatel-ČSSZ ve vztahu k výplatě dávek?

Máte pocit, že současná podoba zákona vás v něčem omezuje nebo na vás klade vyšší nároky, pokud ano, v čem?

Jak byste souhrnně vyjádřili svůj postoj k současné podobě systému nemocenského pojištění?

Ovlivnily změny systému NP (změna sazeb pojistného, zabezpečení v případě sociální události, odlišný způsob uplatňování nároku na dávku) nějakým způsobem vaši životní úroveň nebo kvalitu života?

Příloha č. 4: Seznam základních otázek k rozhovorům s cizozemskými pojištěnci
(text)

Co vás vedlo k tomu, že pracujete v cizině? Jak dlouho tam již pracujete, na jaké pozici a v jakém státě?

Znáte podobu systému NP v zemi, kde pracujete? Víte, na jaké dávky máte nárok, jak se určuje jejich výše, podmínky nároku, kdo vyplácí dávky apod.?

Jak hodnotíte přiměřenost výše dávek v systému, kde jste pojištěn(a)? Postačuje vašim potřebám?

Kolikrát jste byl nemocen během práce v cizině? Jak jste se dozvěděl(a) o možnosti požádat o dávky v zemi pojištění prostřednictvím české instituce?

Znáte podobu koordinačních nařízení platných od května 2010, víte, co se oproti minulosti změnilo, pokud ano, vítáte tuto změnu? Proč?

V případě nemoci jdete vždy za lékařem v ČR nebo i za lékařem v zemi pojištění? Jaké pohnutky Vás vedou k výběru lékaře?

Znáte podobu systému NP v ČR? Dokážete odhadnout, který systém NP je pro vás výhodnější a proč?

Co si myslíte o zneužívání nemocenských dávek ať už v ČR nebo v cizině? Můžete porovnat? Setkali jste se s ním osobně nebo v blízkém okolí?

Jak hodnotíte proces, který musíte absolvovat, než je započato s výplatou dávek?

Jak dlouho jste čekali na dávky, ohrozila tato doba nějakým způsobem váš životní standard?

Jak vnímáte úroveň komunikace lékař-zaměstnanec-zaměstnavatel-ČSSZ-kompetentní instituce ve státě pojištění ve vztahu k výplatě dávek? Pokud jste pocítil(a) nějaké průtahy či neochotu, který z uvedených aktérů byl na vině a kde naopak komunikace fungovala bez problémů?

Jak byste vyjádřil(a) svůj postoj k podobě koordinačních nařízení? Jsou pro vás přínosem? Pokud ano, v čem přínos spatřujete? Pokud ne, jaký způsob řešení byste si představoval(a)?

Zkuste subjektivně porovnat výhody a nevýhody původní a současné podoby koordinačních nařízení?

Popište celý proces uplatňování nároku na dávku od vzniku nemoci až po vaše uzdravení.