

IURIDICA 5

OBSAH

<i>Miroslav Bělina: Vybrané problémy nemocenského zabezpečení</i>	3
<i>Eva Novotná: K pojetí invalidity a zabezpečení invalidních osob</i>	51

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Мирослав Белина: Избранные проблемы обеспечения в случае болезни</i>	3
<i>Ева Новотна: К пониманию инвалидности и обеспечения инвалидов</i>	51

CONTENTS

<i>Miroslav Bělina: Selected Health Security Problems</i>	3
<i>Eva Novotná: To the Conception of Disability and Disabled Persons' Security</i>	51

JURIDICA 5

SEZNAM

3	Michalík Bohumír: Vlivy právního prostředí na právní vědu
41	Nováková Zdenka: Právní věda a právní vědy

SOUDROČNOST

3	Michalík Bohumír: Právní věda a právní vědy
41	Nováková Zdenka: Právní věda a právní vědy

CONTENTS

3	Michalík Bohumír: Vlivy právního prostředí na právní vědu
41	Nováková Zdenka: Právní věda a právní vědy

MIROSLAV BĚLINA

VYBRANÉ PROBLÉMY NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ

Tato studie se zabývá wybranými základními otázkami nemocenského zabezpečení. Pokouší se o vymezení postavení nemocenského zabezpečení v současném systému práva sociálního zabezpečení a o vymezení některých základních pojmů dané oblasti. Její těžiště však spočívá v rozboru současné právní úpravy nemocenského zabezpečení v ČSSR ve světle jednak některých závažných aplikačních problémů, ale především z pohledu de lege ferenda. Studie se tak snaží naznačit budoucí vývoj právní úpravy nemocenského zabezpečení. Autor považuje za potřebné již úvodem zdůraznit, že závěry, které činí de lege ferenda, jsou v řadě případů diskusní povahy. Cílem studie není a ani pochopitelně nemůže být jednoznačné řešení některých závažných problémů nemocenského zabezpečení jak de lege lata, tak především de lege ferenda, ale spíše nám půjde o vyvolání diskuse a podání určitých podnětů k zamyšlení nad budoucím vývojem v této sociálně velmi závažné oblasti.

Některé z naznačených problémů v této studii jsou zvláště aktuální a jejich určité řešení je možno očekávat v relativně kratší době, zatímco některé další jsou úvahy, které se týkají zřejmě dlouhodobějších perspektiv rozvoje nemocenského zabezpečení. Přitom je třeba si uvědomit, že k řešení námětů de lege ferenda, které by si vyžádaly zvýšené náklady z celospolečenských prostředků, bude možné přistoupit až po vytvoření příslušných ekonomických zdrojů, tj. v závislosti na ekonomických možnostech našeho národního hospodářství.

1. POSTAVENÍ NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ V RÁMCI PRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Socialistické státy zabezpečením zásadní ekonomické i právní rovnosti občanů mají splněn jeden z důležitých předpokladů pro realizaci lidských práv, včetně realizace práv sociálních, jež podmiňují uskutečno-

vání ostatních lidských práv. Úroveň realizace sociálních práv je historicky podmíněná a vyvíjí se, neboť je závislá na konkrétních politických a hospodářských poměrech. Prostředky na uspokojování potřeb sociální politiky se získávají ve sféře materiální výroby a také v sociální oblasti působí rozpory mezi zdroji na straně jedné a potřebami na straně druhé. Úroveň sociální politiky lze tedy zvyšovat v závislosti na ekonomických možnostech státu.

Sociální zabezpečení je jedním z nejdůležitějších nástrojů realizace sociální politiky v socialistickém státě. Právo sociálního zabezpečení upravuje společenské vztahy, které vznikají při hmotném zabezpečení občanů na účet společenských spotřebních fondů v případech, kdy se tito občané z důvodů státem uznaných neúčastní vůbec nebo jen částečně rozdělování podle práce, nebo kdy jejich podíly v rozdělování podle práce nestačí na zvýšené náklady, anebo kdy určitá sociální situace vyžaduje pomoc ze strany společnosti. Tyto právní vztahy, které vznikají při poskytování hmotného zabezpečení či jiné pomoci na účet společenských spotřebních fondů státem (jeho orgány) nebo socialistickými, popř. společenskými organizacemi (zejména odborovými) občanům, se souhrnně nazývají právní vztahy sociálního zabezpečení.

Právo sociálního zabezpečení jako samostatné právní odvětví¹⁾ není ovšem zcela, zejména po legislativní stránce, homogenním právním odvětvím. Můžeme je členit do několika relativně více či méně samostatných organizačněprávních systémů, resp. subsystémů. Mezi ně patří především:

- a) léčebně preventivní péče,
- b) nemocenské zabezpečení,
- c) důchodové zabezpečení,
- d) zabezpečení členů rodin občanů konajících službu v ozbrojených silách,
- e) sociální péče,
- f) mateřský příspěvek.

Ze shora uvedeného vyplývá, že nemocenské zabezpečení patří mezi

¹⁾ Pojetí práva sociálního zabezpečení jako samostatného právního odvětví je předmětem vědeckých sporů již po řadu let. Názor, že právo sociálního zabezpečení je samostatným právním odvětvím, se výrazněji prosadil nejprve v Sovětském svazu, kde je uznáván celou řadou vědeckých pracovníků. V posledních letech nachází toto pojetí stále více zastánců i v ČSSR. Srov. např. M. Kalenská a kol.: Československé právo sociálního zabezpečení. Panorama, Praha 1986, str. 28—35 (autor hlavy M. Kalenská); M. Hrvol: Postavenie práva sociálneho zabezpečenia v systéme práva. In: Sborník z oborové konference pracovního práva, Brno 1985, str. 163—182.

Autor této studie rovněž vychází z názoru, že právo sociálního zabezpečení je v současné době v ČSSR již samostatným právním odvětvím; vzhledem k zaměření a rozsahu této studie zde ovšem tento názor není blíže zdůvodňován a rozváděn a v tomto směru se odkazuje na shora citované práce M. Kalenské a M. Hrvola, které se touto problematikou podrobně zabývají.

základní organizačněprávní systémy sociálního zabezpečení a je možno dokonce tvrdit, že spolu s důchodovým zabezpečením tvoří vůbec nejvýznamnější — relativně samostatnou — část sociálního zabezpečení.

Sociální zabezpečení není kodifikovaným právním odvětvím a oblast nemocenského zabezpečení je upravena legislativně samostatně (v podstatě nezávisle na ostatních organizačněprávních systémech sociálního zabezpečení).

Navíc však nemocenské zabezpečení zůstává v současné době prakticky jedinou a poslední součástí sociálního zabezpečení, jehož právní úprava není provedena jednotným zákonem pro všechny pracující (k vydání jednotné úpravy v důchodovém zabezpečení došlo, jak známo, zákonem č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení). Úprava nemocenského zabezpečení je tak roztržena do několika samostatných zákonů s vlastními prováděcími předpisy, které upravují nároky jednotlivých skupin pracujících samostatně. I když po věcné stránce je úprava nemocenského zabezpečení založena u všech skupin pracujících v podstatě na shodných základních zásadách a dochází k postupnému věcnému sblížování těchto úprav, přesto není v nemocenském zabezpečení jednotná právní úprava, jako je tomu v důchodovém zabezpečení.

Nemocenské zabezpečení tak můžeme třídit na

- nemocenské pojištění pracovníků, které se týká rozhodující většiny našich pracujících (věcně se vztahuje i na členy výrobních družstev) a je považováno za základ systému nemocenského zabezpečení — upraveno v zákoně č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů;

- nemocenské zabezpečení družstevních rolníků, které je upraveno v zákoně č. 103/1964 Sb., o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte, ve znění pozdějších předpisů;

- nemocenská péče v ozbrojených silách, která je upravena v zákoně č. 32/1967 Sb., o nemocenské péči v ozbrojených silách, ve znění pozdějších předpisů;

- nemocenské zabezpečení umělců, které je upraveno ve vyhlášce č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů;

- nemocenské zabezpečení občanů poskytujících služby na základě povolení národního výboru, které je upraveno ve vyhlášce č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Kromě nemocenského zabezpečení pracujících je v ČSSR právně upraveno ještě zabezpečení matky a dítěte jednotlivě hospodařících rolníků a jiných osob samostatně hospodařících (upraveno ve vyhlášce č. 128/1975 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších

předpisů). Zde se však přes legislativní označení „zabezpečení“ jedná skutečně o formu sociálního pojištění a nikoli o státní zabezpečení. Mezi jednotlivě hospodařícím rolníkem nebo jinou osobou samostatně hospodařící a státem, zastoupeným národním výborem, vzniká pojistný poměr, jehož obsahem je placení pojistného ze strany pojištěnce náhradou za budoucí poskytnutí dávek ze strany státu za podmínek, v rozsahu a ve výši stanovené právními předpisy.

2. OBECNĚ K POJMU NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ

V úvodní části naší studie jsme se pokusili stručně vymezit postavení nemocenského zabezpečení v rámci celého systému právního odvětví, tj. v rámci práva sociálního zabezpečení. Vycházeli jsme z pojmu nemocenského zabezpečení v užším slova smyslu. Diskutabilní otázkou však zůstává, co je vůbec pod pojem „nemocenské zabezpečení“ třeba zahrnovat.

Nemocenské zabezpečení můžeme totiž chápat také v širším slova smyslu jako právní instituce, týkající se veškerého zabezpečení v nemoci. Kdybychom vycházeli z takového širšího pojetí, pak bychom mohli právní instituce týkající se nemoci dělit na: léčebně preventivní péči, dávky při neschopnosti pracovat (v širším slova smyslu) a sociální péči.²⁾

Shora uvedené širší pojetí je jistě správné, pokud budeme psát o všech právních institutech, týkajících se veškerého zabezpečení v nemoci. Tyto právní instituce však netvoří podle současné právní úpravy v ČSSR homogenní celek. Podle § 10 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, sice pracovníkům a jejich rodinným příslušníkům poskytuje stát přednostně a bezplatně preventivní a léčebnou péči, avšak vzhledem k tomu, že zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zabezpečuje bezplatné poskytování léčebně preventivní péče všem československým občanům, má tento nárok z nemocenského pojištění praktický význam jen pro ty pracovníky a jejich rodinné příslušníky, kteří nemají československé státní občanství. Léčebně preventivní péče od účinnosti zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tak již není (pomineme-li pracovníky, kteří nemají československé státní občanství a jejich rodinné příslušníky) součástí nároků ze systému nemocenského zabezpečení, jako tomu bylo v minulosti. Zabezpečení pracujících při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a z toho vyplývající buď neschopnosti pracovat nebo omezené schopnosti práce, je upraveno systémem důchodového zabezpečení v zá-

²⁾ K této problematice podrobněji srov. též J. Jończyk: Czy istnieje instytucja ubezpieczenia chorobowego. In: Ubezpieczenie chorobowe, Wrocław 1984, str. 5—16.

koně č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Sociální péče (a to včetně dávek a služeb sociální péče poskytované (z důvodů ať již dočasné, ale zejména dlouhodobé nemoci) je legislativně zakotvena rovněž v zákoně č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení.

Z uvedeného je patrné, že zákony upravující v ČSSR nemocenské zabezpečení (a které jsme uvedli shora v předchozí části této studie), se týkají pouze určité části širšího systému zabezpečení občanů pro případ nemoci, neboť jejich předmětem je pouze hmotné zabezpečení při dočasné neschopnosti pracovat (v širším slova smyslu, tj. včetně dávek v těhotenství a mateřství). To znamená, že současná legislativa v ČSSR nechápe pojem nemocenského zabezpečení jako institut, který by zahrnoval komplexně celou sféru zabezpečení v nemoci. Nicméně všechny shora uvedené součásti zabezpečení v nemoci v širším slova smyslu patří do systému práva sociálního zabezpečení.

V této studii budeme v dalším — v souladu se současnou pozitivně-právní úpravou, vycházet z pojmu nemocenského zabezpečení v užším slova smyslu, tj. jako hmotného zabezpečení při dočasné neschopnosti pracovat, včetně dávek v těhotenství a mateřství, poskytovaných z tohoto systému.

Shora jsme použili pojem nemocenské zabezpečení, ale i pojem nemocenské pojištění. S oběma těmito pojmy je možno se setkat jak v naší současné legislativě, tak i v právní praxi. Z tohoto důvodu se proto pokusíme vypořádat se v dalším s oběma těmito pojmy.

V teorii práva sociálního zabezpečení se zpravidla třídí právní vztahy sociálního zabezpečení podle organizačněprávních norem. Nás z toho hlediska zajímají dvě základní formy zabezpečení:

- a) státní zabezpečení (tj. zajišťování právních nároků občanů na účet společenských spotřebních fondů),
- b) sociální pojištění (tj. zajišťování právních nároků z pojistného a se státní zárukou výplat, kdyby pojistné nedostačovalo k úhradě nákladů).

Z hlediska sledované problematiky je pro nás závažnou otázkou zařazení právních vztahů nemocenského pojištění pracovníků a zabezpečení v nemoci a při péči o matku a dítě družstevních rolníků do některé z forem sociálního zabezpečení. Legislativní označení těchto vztahů by nás svádělo k názoru, že pokud jde o nemocenské pojištění pracovníků, jde o formu sociálního pojištění a pokud jde o zabezpečení v nemoci a při péči o matku a dítě družstevních rolníků, pak se naopak jedná o formu státního zabezpečení. Skutečností však je, že legislativní označení těchto vztahů nebude zřejmě pro jejich posouzení rozhodující. V minulosti se teorie práva sociálního zabezpečení klonila k závěru, že u nemocenského pojištění pracovníků a nemocenského a důchodového zabezpečení družstevních rolníků jde o formu sociálního pojištění s určitými rysy státního

zabezpečení, resp. k názoru, že se v těchto případech jedná o deformovanou formu sociálního pojištění.³⁾

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, jednoznačně ve svém § 100 uvádí, že náklady na dávky a služby sociálního zabezpečení hradí stát. Členové jednotných zemědělských družstev neplatí pojistné (jako je tomu typicky u formy sociálního pojištění) a pojistné neplatí dokonce ani jednotná zemědělská družstva. Jednotná zemědělská družstva pouze podle § 101 zákona o sociálním zabezpečení přispívají za své členy na částečnou úhradu nákladů jejich sociálního zabezpečení (včetně zabezpečení v nemoci a zabezpečení matky a dítěte). Příspěvek na sociální zabezpečení ovšem neplatí pouze jednotná zemědělská družstva, ale i další organizace.

Ze skutečnosti, že jednotná zemědělská družstva přispívají za své členy na částečnou úhradu nákladů sociálního zabezpečení, nelze činit závěr, že zabezpečení členů JZD je formou sociálního pojištění. Pro vznik právních vztahů zabezpečení v nemoci a při péči o matku a dítě a důchodového zabezpečení družstevních rolníků je rozhodující pracovní činnost člena družstva a toto zabezpečení vzniká ze zákona při pracovní činnosti určitého rozsahu. Pro vznik zabezpečení není vůbec rozhodující, zda družstvo zaplatilo příspěvek na částečnou úhradu nákladů sociálního zabezpečení; ani člen JZD a dokonce ani toto družstvo samotné neplatí pojistné.

Všechny shora uvedené skutečnosti nás přivádějí k závěru, že zabezpečení v nemoci a při péči o matku a dítě družstevních rolníků je podle současné právní úpravy v ČSSR formou státního zabezpečení a nikoli formou sociálního pojištění.

Pokud jde o nemocenské pojištění pracovníků, je situace do značné míry obdobná. Pojistné nemocenského pojištění především neplatí nejen sami pracovníci, ale dokonce toto pojistné neplatí za současné právní úpravy přímo ani neprostá většina organizací. Organizace platí příspěvek na sociální zabezpečení, který je odváděn do státního rozpočtu, a který zahrnuje též pojistné nemocenského pojištění, to znamená, že naprostá většina organizací neodvádí nositeli nemocenského pojištění pojistné. Je možno říci, že většina organizací ve formě příspěvku na sociální zabezpečení pouze přispívá na náklady nemocenského pojištění, které jsou hrazeny státem, fakticky obdobně jako přispívá v této formě na náklady ostatních systémů sociálního zabezpečení, jako např. důchodového zabezpečení apod. Samostatné pojistné podle zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů (tj. nikoli příspěvek na sociální zabezpečení podle jiných zákonů, jehož součástí je

³⁾ Srov. např. M. Kalenská a kol.: Základy sociálního zabezpečení. SPN, Praha 1982, hlava III (autor 4. hlavy M. Kalenská, str. 27).

i příspěvek na nemocenské pojištění) vybírané odborovými orgány jako nositeli pojištění, platí v současné době prakticky téměř zanedbatelné množství organizací (zhruba necelé 3 ‰). Pojistné za pracovníky socialistických organizací činí podle § 57 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců 10 ‰ (platí jej prakticky pouze společenské organizace a bytová družstva) a pro pracovníky nesocialistického sektoru 15 ‰ z úhrnu mezd všech pracovníků téhož zaměstnavatele.

Připočteme-li k dosud uvedenému, že právní vztah nemocenského pojištění vzniká zásadně vždy ze zákona vstupem občana do zaměstnání a že pro jeho vznik není rozhodující, zda organizace zaplatila příspěvek na sociální zabezpečení, resp. pojistné, pak můžeme dospět k závěru, že i nemocenské pojištění pracovníků je podle současné československé právní úpravy formou státního zabezpečení a nikoli formou sociálního pojištění. V tom, že se náklady nemocenského pojištění pracovníků hradily pojistným, byl v minulosti spatřován jeden ze znaků, jímž se systém pojištění odlišuje od systému státního sociálního zabezpečení, v němž se náklady uhrazují ze státních přídělů, plynoucích ze všeobecných státních příjmů. Pomineme-li necelé 3 ‰ organizací, které ještě platí pojistné, jak shora uvedeno, pak i tento poslední znak, kterým se nemocenské pojištění lišilo od státního zabezpečení, již v současné době neplatí.

V názvu zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, tak v podstatě dožívá působení starších tradic a kromě toho v době přijetí tohoto zákona použití tohoto pojmu do značné míry opodstatňovala skutečnost, že v té době organizace odváděly pojistné. Můžeme tedy konstatovat, že v současné době jde o státní formu zabezpečení a z tohoto hlediska je označení nemocenské zabezpečení zcela na místě. Současná legislativa také správně tohoto pojmu používá (např. zákon č. 57/1984 Sb., o některých změnách v nemocenském zabezpečení pracujících, nebo zákon č. 109/1984 Sb., o změnách v nemocenském zabezpečení).

Rovněž nemocenské zabezpečení v ozbrojených silách, nemocenské zabezpečení umělců a nemocenské zabezpečení občanů poskytujících služby na základě povolení národního výboru je státním zabezpečením.

Můžeme tedy shrnout, že nemocenské zabezpečení pracujících v ČSSR je v současné době formou státního zabezpečení.⁴⁾

⁴⁾ V ekonomické literatuře se lze setkat, i když ojediněle, s názorem, že sociální zabezpečení jako institut vlastně vůbec neexistuje a všechno je „sociální pojištění“, a to včetně důchodového zabezpečení, mateřského příspěvku, zdravotnické péče apod. K tomu srov. J. Vostatek: Finančně ekonomická problematika řízení rozvoje sociálního pojištění. ČSVTS, Praha 1984, str. 10 a násl.

J. Vostatek se snaží svoji teorii zdůrazňovat pomocí finanční vědy, přitom však prakticky nebere vůbec v úvahu nejen současnou právní úpravu v ČSSR (včetně právě financování a tvorby peněžních zdrojů sociálního zabezpečení), ale ani realitu vývoje sociálního zabezpečení v socialistickém Československu. Tím, že vychází z teorie pojištění, snaží se rovněž dokázat, že v celé oblasti sociálního zabezpečení

Formou sociálního pojištění je jediné zabezpečení matky a dítěte jednotlivě hospodářících rolníků a jiných osob samostatně hospodářících. Jednotlivě hospodáří rolníci a jiné osoby samostatně hospodáří jsou také v současné době prakticky jedinou vrstvou obyvatelstva, vyloučenou z účasti na hmotném zabezpečení v případě dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz (z jejich pojištění vzniká v rámci zabezpečení matky a dítěte pouze nárok na podporu při narození dítěte a na přídavky na děti). Okruh těchto osob se v minulosti postupem doby stále zužoval jejich začleňováním do socialistického sektoru, takže v současné době tvoří z hlediska ekonomického okrajovou složku společnosti. Domnívám se, že de lege ferenda z důvodů sociálních a všeobecnosti zabezpečení by bylo vhodné zvážit přiznání nároku na nemocenské zabezpečení i těmto kategoriím občanů.

3. LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ

Z toho, co bylo dosud uvedeno v první části této studie, vyplývá, že soustava nemocenského zabezpečení je značně roztržitá. V současné době má nemocenské zabezpečení nejroztržitější právní úpravu z celého sociálního zabezpečení v ČSSR.

Po nabytí účinnosti zákona č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení (tj. od 1. 1. 1976), kterým došlo ke sjednocení důchodového zabezpečení pracovníků a členů jednotných zemědělských družstev, zůstává nemocenské zabezpečení poslední oblastí sociálního zabezpečení, kde není provedena úprava jednotným zákonem pro všechny skupiny pracujících.

Na tomto místě nám současně vyvstává jeden z nejzákladnějších a nejaktuálnějších problémů, pokud jde o budoucí právní úpravu. Je možno poměrně jednoznačně uvést, že z hlediska budoucího rozvoje na tomto úseku bude třeba řešit otázku vydání jednotného zákona o nemocenském zabezpečení pracujících, který by upravil nemocenské zabezpečení jak pracovníků, tak členů jednotných zemědělských družstev, příslušníků ozbrojených sil, umělců a občanů poskytujících služby na základě povolení

lze úspěšně využívat terminologie pojistné teorie a politiky a pokouší se dovodit shodné rysy mezi sociálním zabezpečením (v jeho pojetí sociálním pojištěním) a individuálním pojištěním osob. Nutné tak dochází k tomu, že se snaží nové instituty sociálního zabezpečení vtěsnat do šablony starých pojmů, termínů a institutů. Z hlediska právní teorie a systému práva je shora uvedená teorie nejen naprosto nepřijatelná a zcela neodpovídající pozitivně právní úpravě, ale dokonce škodlivá z hlediska dalšího vývoje sociálního zabezpečení a celkového sociálního rozvoje v socialistickém Československu. Na druhou stranu je ovšem třeba dodat, že celá řada podnětů a úvah J. Vostatka v dílčích otázkách např. nemocenského a důchodového zabezpečení je nesporně mimořádně zajímavá a přínosná, a to i de lege ferenda.

národního výboru. V tomto zákoně by také měla být řešena problematika jednotlivě hospodařících rolníků a jiných osob samostatně hospodařících, ovšem na odlišných zásadách než nemocenské zabezpečení pracujících, a to zřejmě nadále na koncepci sociálního pojištění. Otázkou de lege ferenda ovšem je, zda by toto sociální pojištění nemělo být rozšířeno z pojištění matky a dítěte i na pojištění v případě nemoci, jak bylo již výše uvedeno.

V této souvislosti by však samozřejmě muselo dojít ke zvážení a k řešení dosavadních rozdílů, které mezi jednotlivými systémy nemocenského zabezpečení existují z hlediska věcného, procesního a organizačního, včetně tvorby zdrojů a financování prostředků nemocenského zabezpečení.

Pokud jde o první z těchto problémů, je možno sledovat v naší legislativě již déletrvající trend sjednotit věcné nároky pracovníků JZD a ostatních pracujících; tento trend odpovídá současnému stavu sblížení dvou základních tříd naší společnosti — dělníků a družstevních rolníků. Vzhledem k tomuto celkovému trendu je možno dnes již konstatovat, že věcné rozdíly mezi nároky jednotlivých skupin pracujících v nemocenském zabezpečení jsou i podle již platné úpravy vcelku minimální. Vytvoření jednotného zákona o nemocenském zabezpečení by se tedy z hlediska věcného nesetkalo s většími obtížemi.

I když by zřejmě určité drobné dílčí odchylky u zabezpečení členů jednotných zemědělských družstev, příslušníků ozbrojených složek, umělců a občanů poskytujících služby na základě povolení národního výboru oproti nemocenskému zabezpečení pracovníků, zůstaly i při přijetí jednotného zákona o nemocenském zabezpečení pracujících (jako například v úpravě vzniku pojištění, některých dílčích otázek výpočtu a poskytování dávek), nemuselo by se jednat podle mého názoru v žádném směru o výraznější odchylky, než které se dnes týkají nemocenského pojištění některých pracovníků. Mám zde na mysli např. domácí pracovníky, sezónní a kampaňové pracovníky, pracovníky na nepravděpodobnou výpomoc a další skupiny pracovníků, u nichž odchylky od obecné úpravy nemocenského pojištění pracovníků jsou obsaženy ve vyhlášce Ústřední rady odborů č. 165/1979 Sb., o nemocenském pojištění některých pracovníků a o poskytování dávek nemocenského pojištění občanům ve zvláštních případech v platném znění.

Z uvedených důvodů lze proto vyslovit názor, že úpravě nemocenského zabezpečení pracujících jednotným zákonem, pokud jde o hmotněprávní úpravu nároků všech pracujících na dávky nemocenského zabezpečení, zásadně nic nebrání ani z hlediska věcného, ani z hlediska legislativního.

Při přijetí koncepce jednotného zákona o nemocenském zabezpečení však současně vyvstává další velmi závažná otázka, a to je organizace a řízení nemocenského zabezpečení při jednotné zákonné úpravě. V řešení

této otázky se nabízí celá řada variant, od ponechání dosavadní úpravy řízení a nejednotné organizace až po úplné sjednocení řízení a organizace nemocenského zabezpečení pracovníků, členů JZD a ostatních skupin pracujících (s výjimkou příslušníků ozbrojených složek). Podle mého názoru by se určité možnosti řešení mohly nabízet v ponechání dosavadní právní úpravy organizace nemocenského zabezpečení na prvním stupni a sjednocení orgánů nemocenského zabezpečení pracovníků, členů JZD a ostatních pracujících na dalších stupních řízení. Takové řešení by bylo v souladu s celkovým celospolečenským trendem snižování administrativy, přispělo by i k jednotnosti aplikace budoucího jednotného zákona o nemocenském zabezpečení v praxi a přineslo by tak zefektivnění celého systému nemocenského zabezpečení.

Domnívám se, že rozhodování v prvním stupni bude třeba ponechat dosavadním orgánům, tj. odborovým orgánům na závodech u pracovníků a sociálním komisím družstev u členů jednotných zemědělských družstev. Problematické se však jeví, zda ponechat dosavadní strukturu i na úrovni okresů, krajů a republik; tzn. ponechat nadále vedle sebe dva orgány rozhodující o nemocenském zabezpečení, tj. odborové orgány a státní orgány.

Z hlediska jednotnosti aplikace právních norem v dané oblasti a nižších nákladů (včetně úspory pracovních sil) na organizaci, řízení a kontrolu nemocenského zabezpečení v okresech a krajích asi nebude pochyb o tom, že by bylo účelné organizační sjednocení celého systému. Účelné by se zřejmě jevílo i ponechání zvláštních orgánů (alespoň na úrovni okresů a krajů), které by spravovaly celou oblast nemocenského zabezpečení všech pracujících (s výjimkou příslušníků ozbrojených složek). Problémem však je, zda by to měly být odborové orgány, kterým bude celá oblast nadále svěřena (tj. prakticky zachována Správa nemocenského pojištění a rozšířena její působenost). Pro tuto variantu svědčí skutečnost, že přenesení funkce státu v oblasti nemocenského pojištění na orgány společenské organizace, tj. odborové orgány, se v praxi plně osvědčilo a jedná se o dosavadní dobře fungující systém spravující nemocenské zabezpečení rozhodující většiny pracujících. Proti této variantě však na druhou stranu svědčí skutečnost, že členové jednotných zemědělských družstev nejsou odborově organizováni. V úvahu tedy přichází i vytvoření zvláštních státních orgánů, spravujících nemocenské zabezpečení na úrovni okresů a krajů a ponechání odborovým orgánům pravomoc rozhodovat v těchto věcech pouze v rámci jednotlivých závodů a organizací.

Je zřejmé, že s otázkou organizace je nerozlučně spjata i otázka řízení a celá oblast procesních předpisů v oblasti nemocenského zabezpečení. Pokud by se podařilo vytvořit jednotný organizační systém nemocenského zabezpečení, nevznikly by ani žádné problémy s jednotnou úpravou pro-

cesních předpisů. Nicméně se na druhou stranu domnívám, že je v zásadě možno vytvořit jednotná procesní ustanovení i při organizačním rozdělení správy nemocenského zabezpečení.

Lze tedy dospět k závěru, že vytvoření jednotného systému nemocenského zabezpečení z hlediska hmotné i procesní právní úpravy nestojí v cestě z věcného ani legislativního hlediska žádné zásadní překážky. Nejproblematičtější se bezpochyby jeví organizační struktura celého budoucího systému, nicméně i pokud by se nepodařilo uspokojivě vyřešit jeho organizační sjednocení (tj. přes shora uvedené důvody svědčící pro sjednocení, bylo přijato rozhodnutí o zachování dosavadní roztržité organizační struktury) je přesto možné upravit nemocenské zabezpečení jednotným zákonem s ponecháním organizace jak odborovým orgánům, tak státním orgánům.

Poslední otázka, kterou je si třeba v souvislosti s úvahami o jednotném zákoně položit, je tvorba zdrojů a financování prostředků nemocenského zabezpečení. Pokud přijmeme shora uvedenou koncepci, že nemocenské zabezpečení je státním zabezpečením a nikoli sociálním pojištěním, pak je třeba se vyrovnat v budoucím jednotném zákoně i s otázkou pojistného. Z tohoto pohledu by se zřejmě jeví zachování dosavadního pojistného u nemocenského pojištění pracovníků jako neodůvodněné a navíc překonané dosavadním vývojem, kdy, jak jsme již výše uvedli, naprostá většina socialistických organizací pojistné nositeli pojištění stejně neodvádí.

Pokud by ovšem došlo ke zrušení pojistného, bylo by zřejmě třeba zajistit jiné finanční nástroje pro ty organizace, které nepodléhají příspěvku na sociální zabezpečení, ale dosud odváděly pojistné tak, aby nedošlo ke krácení odvodů na sociální zabezpečení.

Kromě toho podle dosavadní úpravy v nemocenském pojištění pracovníků, jestliže závod vybral neprávem úhradu na dávky, které nesmí vykazovat a uhrazovat (tj. dávky poskytnuté neprávem, částky převyšující správnou výši dávek a dávky, jejichž výplata není doložena), předepíše mu krajská správa nemocenského pojištění platebním výměrem pojistné ve výši neprávem vybrané úhrady.⁵⁾

Pokud by došlo ke zrušení pojistného, bylo by třeba zakotvit jiný právní institut, který by řešil odpovědnost závodů (organizací) vyplácejících dávky nemocenského pojištění za dávky poskytnuté neprávem nebo v nesprávné výši, popř. za dávky, jejichž výplata není doložena. Zákon o nemocenském zabezpečení by proto musel upravit kromě odpovědnosti

⁵⁾ Srov. § 24 odst. 2 a § 25 odst. 3 Opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, uveřejněné vyhláškou předsedy vlády č. 91/1958 Sb. v platném znění (dále jen „Opatření“).

pracovníků za přeplatky též odpovědnost organizací za přeplatky na dávkách nemocenského zabezpečení.

V této souvislosti se ovšem nabízí otázka, na jakých principech úpravu odpovědnosti organizací za přeplatky zakotvit. Dosavadní odpovědnost organizace za přeplatky v nemocenském pojištění pracovníků je odpovědností objektivní. Organizace odpovídá, ať k neoprávněné výplatě došlo z jakéhokoli důvodu, tedy nejen když přeplatek zavinil některý pracovník organizace, ale také když přeplatek zavinil příjemce dávky nebo někdo jiný, např. příjemce přídatků neohlásí skončení nebo přerušeni studia dítěte apod. Porušení právní povinnosti je spatřováno v tom, že dávka je vyplácena v rozporu s právními předpisy (§ 24 odst. 2 a § 25 odst. 3 Opatření ÚRO o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců, uveřejněné vyhláškou předsedy vlády č. 91/1958 Sb. v platném znění; do budoucna by však odpovědnost organizací za přeplatky měla být upravena přímo v zákoně). Naproti tomu odpovědnost jednotných zemědělských družstev za přeplatky na dávkách nemocenského zabezpečení je založena na principu subjektivní odpovědnosti.⁶⁾

Princip objektivní odpovědnosti, jak vyplývá z předpisů nemocenského pojištění pracovníků, je atypický z hlediska úpravy odpovědnosti v sociálním zabezpečení v ČSSR a je skutečností, že v některých případech může citelně postihovat organizaci, která přeplatek nezavinila (může jít dokonce i o situaci, kdy přeplatek zavinil pracovník, který byl trestně stíhán a pravomocně odsouzen za své jednání, nicméně princip objektivní odpovědnosti přesto dopadá na organizaci, která odpovídá orgánům nemocenského pojištění za vzniklý přeplatek).⁷⁾

Princip objektivní odpovědnosti organizací v nemocenském pojištění pracovníků je podle mého názoru do určité míry v rozporu s preventivně výchovnou funkcí odpovědnosti a je proto přinejmenším diskusní povahy. Soudím, že budoucí jednotný zákon o nemocenském zabezpečení pracujících by proto měl spíše vycházet z principu subjektivní odpovědnosti organizací za vzniklé přeplatky na dávkách.

Jestliže by došlo ke zrušení pojistného, bylo by nutno se vypořádat

⁶⁾ Srov. § 118 a § 119 zákona č. 103/1964 Sb., o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁾ Je ovšem na druhou stranu upraveno, že pokud přeplatek zavinil pracovník nebo příjemce dávky (přitom stačí, aby zaviněné porušení právní povinnosti pracovníka bylo alespoň jednou z příčin vzniku přeplatku, tj. nemusí být jedinou příčinou), může být v dávkovém řízení vydáno orgánem nemocenského pojištění rozhodnutí o povinnosti pracovníka vrátit přeplatek organizaci, která dávku neprávem nebo v nesprávné výši vyplatila (organizace tento přeplatek vrácený pracovníkem odvede orgánům nemocenského pojištění, resp. ve většině případů organizace již přeplatek na základě principu své objektivní odpovědnosti uhradila orgánům nemocenského pojištění dříve) — srov. § 48 odst. 2 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

ještě s jednou otázkou. Podle § 27 shora citovaného Opatření, nevyhovuje-li zařízení závodu podle pravomocného rozhodnutí orgánu dozoru nad bezpečností a ochranou zdraví při práci předpisům k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nebo podle pravomocného rozhodnutí orgánu státní zdravotní správy předpisům zdravotnickým, nebo není-li podle zjištění těchto orgánů instalováno nebo řádně provozováno zařízení na ochranu pracovníků, uloží okresní správa nemocenského pojištění závodu placení přírážky k pojistnému. Pokud by pojistné bylo zrušeno, pak by zřejmě musela být vytvořena v právní úpravě jiná sankce za porušení shora uvedených předpisů, tzn. nahrazení institutu přírážky k pojistnému jiným právním institutem, pravděpodobně na obdobných zásadách.

Domnívám se, že všechny shora uvedené problémy, které by bylo třeba řešit při zrušení pojistného, nevytvářejí překážku zásadního charakteru a jsou jak věcně, tak i legislativně řešitelné v této studii naznačeným směrem.

Cílem této studie není zabývat se dílčími odlišnostmi mezi jednotlivými systémy nemocenského zabezpečení a snažit se navrhnout řešení směřující k jejich věcnému sjednocení.⁸⁾

Předložená studie se snaží poukázat na některé vybrané základní problémy jak celkového systému nemocenského zabezpečení, tak i jeho základních dávek. V dalším vycházíme ze systému nemocenského zabezpečení pracovníků, které tvoří základ celkového systému nemocenského zabezpečení vzhledem k tomu, že upravuje zabezpečení rozhodující většiny našich pracujících (věcně platí i pro členy výrobních družstev). Vztahuje se v současné době na více než sedm miliónů pracovníků a dále na jejich rodinné příslušníky. Není zřejmě také pochyb o tom, že nemocenské zabezpečení pracovníků by mělo tvořit základ budoucího systému jednotného nemocenského zabezpečení pracujících.

Vzhledem k rozsahu studie není možno se zabývat jednotlivými dílčími problémy, které vznikají v současné aplikační praxi při provádění předpisů, které upravují celou oblast nemocenského pojištění. Chtěl bych obrátit pozornost pouze na některé zásadnější problémy z oblasti nemocenského zabezpečení, které vyplývají ze současné pozitivněprávní úpravy, budeme-li na ni pohlížet z hlediska celkového rozvoje naší socialistické společnosti, který by měl být doprovázen též rozvíjením a zdokonalováním celého sociálního zabezpečení, samozřejmě včetně nemocenského zabez-

⁸⁾ K této problematice srov. M. Vítovcová: Základní právní problémy sjednocení nemocenského pojištění pracovníků v pracovním poměru a družstevních rolníků. Kandidátská disertační práce, Praha 1985 (uložená v knihovně Ústavu státu a práva ČSAV v Praze). Uvedená práce se zabývá věcným sjednocením dvou nejvýznamnějších systémů nemocenského zabezpečení, a to nemocenským zabezpečením pracovníků a členů jednotných zemědělských družstev.

pečení. Půjde nám tedy o naznačení určitých problémů, jejichž legislativní řešení si v budoucnu podle mého názoru vyžádá zvýšené pozornosti. Je samozřejmé, že řešení některých z dále naznačených problémů se v řadě případů neobejde bez určitého zvýšení nákladů na oblast nemocenského zabezpečení a bude proto k němu možno přistupovat postupně tak, jak budou v souladu s dalším rozvojem naší socialistické společnosti vytvářeny ekonomické možnosti pro tyto změny.

4. OBECNÉ OTÁZKY NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ

A. Dávkový systém

nemocenského zabezpečení

Nemocenské zabezpečení pracujících je formou státního zabezpečení, jak již bylo shora podrobněji uvedeno. Stát také zaručuje výplatu dávek. Přitom příjmy a výdaje nemocenského zabezpečení jsou přímou součástí příjmů a výdajů státního rozpočtu.

Zabezpečuje pracovně činné občany na účet společenských spotřebních fondů v případě dočasné pracovní neschopnosti a v souvislosti s ní a v případech těhotenství a mateřství, a dále poskytuje hmotnou pomoc pracovníkům, kteří mají nezaopatřené děti.

Nemocenské zabezpečení pracujících plní v rámci soustavy sociálního zabezpečení tyto hlavní úkoly:

a) zabezpečuje pracujících, kteří jsou dočasně vyřazeni z práce pro nemoc nebo úraz, popř. pro jiné překážky, jako je karanténa, ošetřování člena rodiny apod.;

b) zabezpečuje ženy, které nemohou pracovat pro těhotenství, po porodu a z důvodu péče o narozené dítě, nebo které musely být v těhotenství nebo po skončení mateřské dovolené převedeny ze zdravotních důvodů na jinou práci a mají při ní bez svého zavinění nižší výdělek;

c) podporuje rodiny pracujících s nezaopatřenými dětmi pravidelným poskytováním přídavků na děti;

d) poskytuje příspěvky na zvýšené náklady, které v rodině vznikají při narození dítěte nebo při úmrtí pracujícího nebo jeho rodinného příslušníka;

e) vysílá na svůj náklad pojištěné pracující a jejich rodinné příslušníky na léčení v lázních.

Dávky nemocenského zabezpečení je možno klasifikovat podle různých kritérií. V této studii vycházíme z nejběžnější klasifikace dávek nemocenského zabezpečení, která vychází z třídění dávek podle sociálních

událostí, při kterých náleží. Tak rozlišujeme dávky nemocenského zabezpečení z důvodů:

a) nemoci

— nemocenské při dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc nebo úraz, popř. při karanténě, resp. též v některých jiných případech,

— podpora při ošetřování člena rodiny poskytovaná při ošetřování nemocného člena rodiny a ve stanovených případech též při péči o zdravé dítě ve věku do desíti let,

— pohřebné jako příspěvek na výlohy při úmrtí pracujícího nebo jeho rodinného příslušníka,

— lázeňská péče jako doplněk bezplatné léčebné preventivní péče poskytované ve státních zdravotnických zařízeních;

b) těhotenství a mateřství

— vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství do konce devátého měsíce po porodu, poskytovaný těhotným ženám a matkám, které byly ze zdravotních důvodů nebo proto, že konaly práci těmto ženám zakázanou, převedeny na jinou práci, při které dosahují bez svého zavinění nižšího výdělku,

— peněžitá pomoc v mateřství ženám, které nemohou pracovat po dobu mateřské dovolené pro pokročilé těhotenství nebo mateřství,

— podpora při narození dítěte jako příspěvek na výlohy vzniklé narozením dítěte;

c) péče o nezaopatřené děti

— přídavky na děti, které jsou základní formou společenské péče o rodiny s nezaopatřenými dětmi.

Dávkový systém nemocenského zabezpečení platí bez zásadních úprav již od roku 1957, tj. od nabytí účinnosti zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

Přitom došlo od té doby vlivem rozvoje naší společnosti k řadě změn, a to zejména na úseku mzdovém a pracovněprávním, které nejsou v soustavě nemocenského pojištění vždy dostatečně respektovány.

Od roku 1957 došlo k podstatnějším změnám v druhé polovině šedesátých let a na počátku sedmdesátých let prakticky pouze v oblasti společenské pomoci rodinám s dětmi (zavedením vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství a určitým zlepšením dávek v mateřství a přídavků na děti; mimo oblast nemocenského pojištění též zavedením mateřského příspěvku), ovšem některé dávky nemocenského pojištění (jako je např. podpora při ošetřování člena rodiny, pohřebné) zůstaly od roku 1957 prakticky nedotčeny s výjimkou dílčích drobnějších změn.

Ke zdokonalení systému nemocenského zabezpečení došlo v první polovině 80. let. Jednalo se především o zrušení snížení nemocenského při ústavním ošetřování, sjednocení sazeb nemocenského a podpory při oše-

třování člena rodiny, zvýšení započitatelné čisté denní mzdy pro stanovení dávek nahrazujících mzdu. Dále došlo ke zvýšení přídavků na děti a příplatku na invalidní dítě (mimo oblast nemocenského zabezpečení ke zvýšení a dalšímu rozšíření a zdokonalení mateřského příspěvku), ke zrušení hranice vlastního příjmu pro účely přídavků na děti, k dílčímu zlepšení podmínek pro nárok na peněžitou pomoc v mateřství a k rozšíření nemocenského zabezpečení žáků a studentů.

Přes shora uvedené úpravy zůstává v oblasti nemocenského zabezpečení ještě celá řada dosud nedořešených problémů.

Z hlediska celkového systému dávek nemocenského zabezpečení a jeho komplexnosti a ucelenosti se přes skutečnost, že dávkový systém nemocenského zabezpečení byl v uplynulých 30 letech doplněn pouze o jedinou dávku — vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství — zdá, že dosavadní systém se zatím nejvíce potřebné rozšiřovat o další dávky. V dalším vývoji půjde podle mého názoru o zdokonalování dosavadního systému dávek a nikoli o jeho rozšiřování o nové dávky. Spíše může vzniknout otázka opačná, tj. zda některé dávky by neměly být ze systému nemocenského zabezpečení vypuštěny.

Podle zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, (§ 11) jsou věcnou dávkou nemocenského zabezpečení také výběrová rekreace ROH a dětská rekreace ROH. Ve skutečnosti však zařazení těchto dávek v současné době do systému dávka nemocenského zabezpečení je při nejmenším diskusní povahy, neboť o nich ani orgány nemocenského pojištění nerozhodují. Z prostředků nemocenského pojištění pracovníků se pouze poskytuje příspěvek v paušální částce na náklady spojené s provozem, údržbou, popřípadě investiční výstavbou pro výběrovou a dětskou rekreaci ROH.⁹⁾

Vzhledem ke shora uvedeným skutečnostem a také s ohledem na okruh zabezpečených osob (kromě pracovníků též zejména členové JZD, příslušníci ozbrojených složek, umělci, občané poskytující služby na základě povolení národního výboru) soudím, že výběrová rekreace a dětská rekreace ROH by neměli být de lege ferenda zařazovány mezi dávky nemocenského zabezpečení.

Podle § 10 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců pracovníkům a jejich rodinným příslušníkům poskytuje stát přednostně a bezplatně preventivní a léčebnou péči.¹⁰⁾ Vzhledem k tomu, že zákon č. 20/1966 Sb.,

⁹⁾ K tomu srov. M. Kalenská a kol.: Československé právo sociálního zabezpečení, hlava VII — Nemocenské zabezpečení (autor hlavy M. Bělina). Panorama, Praha 1986, str. 135.

¹⁰⁾ Podle § 5 zákona o zabezpečení družstevníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte družstevníků a jejich rodinným příslušníkům se poskytuje léčebná preventivní péče za stejných podmínek a ve stejném rozsahu jako pracovníkům.

o péči o zdraví lidu, zabezpečuje bezplatné poskytování léčebné preventivní péče všem československým občanům, má tento nárok z nemocenského zabezpečení praktický význam jen pro pracovníky a jejich rodinné příslušníky, kteří nemají československé státní občanství.

De lege ferenda se domnívám, že by nárok na léčebně preventivní péči vůbec nemusel být upraven v předpisech nemocenského zabezpečení. Pokud se jedná o československé státní příslušníky, je již dnes takové ustanovení nadbytečné vzhledem ke shora uvedenému zákonu o péči o zdraví lidu. Nároky na léčebně preventivní péči osob, které nemají československou státní příslušnost, by mohly být upraveny výlučně rovněž ve zdravotnických předpisech. Toto řešení by však současně vyžadovalo s ohledem na konvence Mezinárodní organizace práce, aby nároky cizích státních příslušníků, resp. osob bez státní příslušnosti účastněných nemocenského zabezpečení podle československých předpisů na léčebně preventivní péči, zůstaly zachovány. Konečně nejzávažnější diskutabilní otázkou de lege ferenda z hlediska systému dávek nemocenského zabezpečení je zařazení do tohoto systému všech peněžitých dávek, které nenahrazují mzdu, tj. přídavků na děti, podpory při narození dítěte a pohřebního. Z těchto dávek jsou samozřejmě nejvýznamnější dávkou přídavky na děti, které z hlediska vynakládaných prostředků jsou vůbec nejdůležitější dávkou celého systému nemocenského zabezpečení.

Podmínkami nároku na přídavky na děti jsou podle § 17 odst. 1 zákona č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění, mimo jiné též, že pracovník má ve svém zaměstnání předepsaný pracovní úvazek a odpracoval v kalendářním měsíci stanovenou dobu. Tyto podmínky, zejména podmínka odpracované doby, nesouvisí s účelem dávky a nemocenské pojištění zde zajišťuje funkce, které jinak přísluší pracovnímu právu. V současném období rozvoje naší socialistické společnosti může být položena otázka, zda obě tyto podmínky nejsou již překonané a zda by do budoucna nebylo možno od těchto podmínek upustit. Pokud bychom šli v těchto úvahách ještě dále, pak může být de lege ferenda vytyčen problém, zda přídavky na děti mají být i v budoucnu (vůbec) upraveny jako dávka nemocenského zabezpečení, či zda by je nebylo možno ze systému dávek nemocenského zabezpečení vyjmout. Přídavky by pak mohly být poskytovány jako státní příspěvek a bylo by je možno vázat pouze na podmínku, že občan má nezaopatřené děti. Taková úprava by zajišťovala poskytování přídavků prakticky na všechny děti a v praxi by odpadly obtíže, které se v jednotlivých případech při poskytování přídavků na děti vyskytují. Navrhovaná úprava by navíc přinesla i výrazné administrativní zjednodušení, přitom na naprostou většinu dětí přídavky náleží i při dosavadní úpravě. Kromě toho, pokud nejsou přiznány přídavky

na děti z důvodů nesplnění stanovených podmínek, dochází v praxi často k uplatňování nároků ze systému dávek sociální péče a k poskytování příspěvku na výživu dítěte.¹¹⁾

Výhodou poskytování přídavků na děti jako státního příspěvku by bylo komplexní řešení této základní formy společenské pomoci rodinám s nezaopatřenými dětmi, které by zajišťovalo nárok na přídavky na děti na všechny nezaopatřené děti bez ohledu na účast na zabezpečení a další s tím souvisící podmínky (znamenalo by to samozřejmě současné zrušení výchovného k důchodům).

V této souvislosti považuji de lege ferenda za diskutabilní i otázku zařazení podpory při narození dítěte a pohřebního do systému dávek nemocenského zabezpečení. I tyto dávky jsou dnes v naprosté většině případů poskytovány a vázat tyto dávky na určitou ekonomickou činnost (resp. na účast na nemocenském zabezpečení) se může i v těchto případech jevit z hlediska budoucí koncepční úpravy jako překonané. Domnívám se, že u všech shora uvedených tří dávek nemocenského zabezpečení, to je u přídavků na děti, podpory při narození dítěte a pohřebního, by bylo možné uvažovat o rozšíření jejich osobního rozsahu na všechny občany, tj. neomezovat jejich poskytování pouze na osoby účastné nemocenského zabezpečení (resp. obdobně důchodového zabezpečení), popř. jejich rodinné příslušníky.

Při shora uvedeném pojetí by jako dávky nemocenského zabezpečení zůstaly pouze peněžité dávky nahrazující mzdu, tj. nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, peněžitá pomoc v mateřství a dále lázeňská péče. Zákon

¹¹⁾ J. Vostatek zastává názor, že pro další období rozvoje socialistické společnosti je nezbytné integrovat československý systém přídavků na děti a slev na dani ze mzdy. V tomto pojetí by se přídavky na děti, které by nebyly vázány na pracovní činnost rodičů, staly univerzálním nástrojem společenské pomoci rodinám s dětmi poskytovaným ve formě státního příspěvku. Úvahu o nutnosti integrovat systém přídavků na děti a slev na dani odůvodňuje J. Vostatek sociálně politickými hledisky. Dojdeme-li k závěru, že u nás není potřebné preferovat rodiny s nízkými příjmy, pak v úvahu přicházejí jen přídavky na děti (včetně dnešních slev na dani ze mzdy) nezávislé na výši výdělku, konstantní. Přídavky na děti rostoucí s výdělkem nejsou ze sociálně politického hlediska vůbec myslitelné. Do budoucna nelze praktikovat systém, který by dával více peněžních prostředků rodinám s vyššími příjmy. A to přesto, že zatím zčásti takový systém máme — ve skryté podobě slev na dani. Srov. J. Vostatek: cit. op., str. 45.

S názorem J. Vostatka lze v zásadě vyslovit souhlas. Vytvoření takového systému je ovšem problematické z toho důvodu, že z politickosociálního hlediska by bylo nežádoucí, aby nově vytvořený systém snížil celkové čisté příjmy v některých rodinách s dětmi. To by ovšem znamenalo poskytovat přídavky zvýšené nikoli o průměrnou výši slevy na dani, ale o maximální výši slevy na dani, aby se zabránilo snížení příjmů v rodinách s nadprůměrnými příjmy. Takové opatření by si ovšem vyžadovalo čerpání mimořádně vysokých prostředků ze státního rozpočtu. Je možno souhlasit s J. Vostatkem, že tato problematika vyžaduje samostatný a podle mého názoru komplexní rozbor ve vazbě na analýzu celé dnešní daňové a mzdové politiky.

o nemocenském zabezpečení by tedy upravoval pouze čtyři peněžité dávky a lázeňskou péči jako věčnou dávku.

Ostatní tři peněžité dávky, tj. přídavky na děti, podpora při narození dítěte a pohřebné by mohly být upraveny samostatným zákonem, resp. se spíše nabízí, aby byly tyto dávky upraveny v jediném zákoně spolu s mateřským příspěvkem, tj. v zákoně, který by upravoval poskytování státních příspěvků.¹²⁾

B. Vznik a zánik právního vztahu nemocenského zabezpečení

Další závažnou otázkou je problematika vzniku nemocenského zabezpečení. Podle dosavadní právní úpravy nemocenského pojištění pracovníků (§ 7 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců) nemocenské pojištění vzniká dnem faktického nástupu do zaměstnání. Existuje zde tedy nesoulad mezi pracovněprávními předpisy, kde podle § 33 odst. 1 zákoníku práce pracovní poměr na základě pracovní smlouvy vzniká dnem, který byl sjednán v pracovní smlouvě jako den nástupu do práce. Soudím, že úprava vzniku nemocenského zabezpečení by se měla přizpůsobit úpravě vzniku pracovního poměru, tzn. že zabezpečení by vznikalo současně se vznikem pracovněprávního vztahu, nikoli až faktickým nástupem do zaměstnání.¹³⁾ Dosavadní úprava se jeví jako nevyhovující zejména u prvních vstupů do zaměstnání po skončení soustavné přípravy na budoucí povolání, kdy neposkytuje absolventům dostatečné sociální jistoty. Navrhované řešení by vedlo i ke zjednodušení aplikační praxe.

Úprava skončení nemocenského zabezpečení je oproti tomu podle mého názoru vyhovující a nepřináší v praxi obtíže. Stejně tak se jeví dostatečná délka ochranné lhůty, která činí zásadně 42 dnů od skončení zaměstnání (u žen, jejichž zaměstnání skončilo v době těhotenství, je ochranná lhůta podstatně delší a činí vždy 6 měsíců).

¹²⁾ Z hlediska dlouhodobější prognózy je ovšem možno vyslovit předpoklad, že s postupem doby dojde ke kodifikaci celého sociálního zabezpečení. Pro další rozvoj sociálního zabezpečení se jeví jeho kodifikace jako nezbytná. Kodex sociálního zabezpečení by přinesl posílení právních a sociálních jistot našich občanů a umožnil by komplexní a jednotné řešení této problematiky. V neposlední řadě by také kodifikace práva sociálního zabezpečení znamenala zjednodušení právní úpravy a její usnadnění z hlediska aplikace a promítla by se tak i ve snížení administrativní náročnosti provádění sociálního zabezpečení v praxi.

¹³⁾ Tomu do určité míry odpovídá i vznik nemocenského zabezpečení členů JZD, neboť podle § 4 odst. 1 zákona o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte v platném znění, zabezpečení v nemoci a zabezpečení matky a dítěte členů družstev vzniká dnem vzniku členství v družstvu (ovšem při splnění dalších podmínek stanovených v § 1 prováděcí vyhlášky č. 104/1964 Sb., v platném znění).

C. Právní subjektivita

Způsobilost k právům a povinnostem, k právním úkonům, procesní způsobilost a způsobilost k protiprávním úkonům občanů není v nemocenském zabezpečení upravena, ostatně stejně jako je tomu v celém právu sociálního zabezpečení. De lege ferenda se domnívám, že by bylo vhodné tyto zásadní otázky v zákoně o nemocenském zabezpečení zakotvit. Právo sociálního zabezpečení včetně nemocenského zabezpečení si proto v praxi v otázkách subjektivity musí vypomáhat analogií jiných právních odvětví.

Pokud jde o způsobilost k právům a povinnostem, obecně je možno vycházet stejně jako v celém systému sociálního zabezpečení ze skutečnosti, že vzniká v nemocenském zabezpečení narozením a končí smrtí.

Podstatně složitější však je otázka způsobilosti k právním úkonům. Dosavadní aplikační praxe nemocenského zabezpečení si v otázkách způsobilosti k právním úkonům u nemocenského pojištění pracovníků vypomáhala především použitím zákoníku práce per analogiam iuris a tuto způsobilost spojovala s počátkem kalendářního roku, v němž občan dokončí povinnou školní docházku.¹⁴⁾ Situace, pokud jde o způsobilost k právním úkonům v nemocenském zabezpečení, byla v praxi v podstatě jednoznačná až do 31. 8. 1984, kdy účastníkem nemocenského zabezpečení podle tehdejší právní úpravy nemohli být občané, kteří by vzhledem ke svému věku neměli způsobilost k právním úkonům podle zákoníku práce. Otázka způsobilosti k právním úkonům se však stala složitější od 1. září 1984, kdy nabyla účinnosti vyhláška č. 79/1984 Sb., o změnách vyhlášky ÚRO č. 165/1979 Sb., o nemocenském pojištění některých pracovníků a o poskytování dávek nemocenského pojištění občanům ve zvláštních případech. Od 1. září 1984 jsou nemocensky zabezpečeni žáci středních škol již od počátku prvního ročníku střední školy bez ohledu na to, zda během studia na střední škole plní povinnou školní docházku či nikoliv. V praxi to znamená, že jsou nemocensky zabezpečeni žáci, kteří ještě nemají způsobilost k právním úkonům ani podle zákoníku práce. Autor této studie zaujal v minulosti názor, že tito žáci zřejmě nemohou mít ani způsobilost k právním úkonům v nemocenském zabezpečení.¹⁵⁾ V současné

¹⁴⁾ Srov. např. V. Klégr, Z. Přeslička, J. Soukup: Řízení v nemocenském pojištění a sociálním zabezpečení. Práce, Praha 1982, str. 29—30.

Zde je třeba poznamenat, že autor této studie vychází z koncepce mnohosti právních subjektivit občanů podle jednotlivých právních odvětví. K odlišným závěrům bychom došli, kdybychom vycházeli z koncepce jednotné „obecné“ subjektivity občanů, s kterou se však autor této studie neztotožňuje.

¹⁵⁾ Srov. M. Kalenská a kol.: Československé právo sociálního zabezpečení, hlava V — Právní vztahy sociálního zabezpečení (autor hlavy M. Bělina). Panorama, Praha 1986, str. 89.

době se však domnívám, že toto stanovisko vyžaduje určité přehodnocení. Kdybychom vycházeli ze skutečnosti, že žáci středních škol, kteří nemají způsobilost k právním úkonům v pracovním právu, nemají tuto způsobilost ani v nemocenském zabezpečení, pak by to znamenalo, že nároky na dávky nemocenského zabezpečení by nemohli uplatňovat sami, ale pouze prostřednictvím zákonných zástupců. Takový postup se však nejeví praktický a pro praxi se zdá zřejmě zbytečně složitý. Navíc se domnívám, že ani československý právní řád takový postup nevyžaduje. Znamená to ovšem použít pro způsobilost k právním úkonům v nemocenském zabezpečení analogie občanského zákoníku namísto zákoníku práce.

Podle § 8 občanského zákoníku sice způsobilost občana vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti, tj. způsobilost k právním úkonům, vzniká v plném rozsahu zletilostí. Nicméně podle § 9 tohoto zákoníku mají nezletilí způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou povahou přiměřené rozumové a mravní vyspělosti, odpovídající jejich věku. Použijeme-li na problematiku způsobilosti k právním úkonům v nemocenském zabezpečení občanský zákoník per analogiam iuris, pak se domnívám, že je možno dospět k závěru, že právní úkony v oblasti nemocenského zabezpečení jsou svou povahou vždy přiměřené rozumové a mravní vyspělosti odpovídající věku žáka střední školy, tj. každé osoby účastné nemocenského zabezpečení. Ze shora uvedeného je tedy možno dospět k závěru (který má ovšem diskusní povahu), že způsobilost k právním úkonům v nemocenském zabezpečení mají zásadně všichni občané, kteří jsou tohoto zabezpečení účastni (samozřejmě pokud by nebyli způsobilosti zbaveni). Tato problematika by si však, jak jsme již uvedli shora, vyžadovala de lege ferenda zakotvení přímo v zákoně o nemocenském zabezpečení pracujících.

Pokud jde o procesní způsobilost, pak se domnívám, že použitím analogie správního řádu můžeme vycházet ze závěru, že procesní způsobilost má v nemocenském zabezpečení občan v tom rozsahu, v jakém má způsobilost vlastními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Při přijetí shora uvedeného závěru o způsobilosti k právním úkonům by to znamenalo, že procesní způsobilost mají v nemocenském zabezpečení zásadně všichni občané, kteří jsou účastni tohoto systému zabezpečení.

Způsobilost k protiprávním úkonům, tj. způsobilost k zavinění, resp. způsobilost dát vznik své odpovědnosti vlastním zaviněným protiprávním úkonem, není rovněž v právních vztazích nemocenského zabezpečení samostatně upravena (stejně jako je tomu v celém sociálním zabezpečení). Tato otázka má v nemocenském zabezpečení praktický význam například v souvislosti s povinností vrátit přeplatek na dávkách (ale rovněž také v souvislosti se sankcemi za porušení předpisů o hlášení pracovní neschopnosti a o chování a životosprávě nemocných a se situacemi, kdy

pracovní neschopnost vzniká za okolností vylučujících nárok na nemocenskou). Vzhledem k tomu, že tato problematika není v nemocenském zabezpečení samostatně výslovně upravena, je rovněž třeba použít podle mého názoru analogie jiných právních odvětví. V souladu s tímto závěrem má způsobilost k protiprávním úkonům v nemocenském zabezpečení nezávisle na svém věku či na duševní poruše ten, kdo je schopen ovládnout své jednání a posoudit jeho následky, kdo má v daném okamžiku schopnost určovací a zároveň schopnost rozpoznávací. Způsobilost k protiprávním úkonům má i ten, kdo v daném okamžiku uvedené schopnosti neměl, jestliže se však do stavu, v němž není schopen ovládnout své jednání nebo posoudit jeho následky, uvedl vlastní vinou. Domnívám se, že ze shora uvedeného je možno dojít k závěru, že způsobilost k protiprávním úkonům v oblasti nemocenského zabezpečení mají zásadně všichni občané účastní nemocenského zabezpečení, protože i u žáků středních škol (i pokud ještě nemají pracovníprávní subjektivitu) je možno vycházet ze skutečnosti, že vzhledem ke svému věku jsou schopni ovládnout své jednání a posoudit jeho následky. Způsobilost k protiprávním úkonům v oblasti nemocenského zabezpečení by ovšem samozřejmě mohla vylučovat duševní porucha, která by způsobila ztrátu určovací schopnosti nebo schopnosti rozpoznávací. Ze shora uvedeného je možno dojít k závěru, že ten, kdo je účastníkem nemocenského zabezpečení, může též sám vlastními úkony nabývat práv a povinností a nést odpovědnost z toho vyplývající.

D. Promlčení v nemocenském zabezpečení

Úprava promlčení v nemocenském zabezpečení je rovněž jednou ze zásadních otázek, jejichž řešení je třeba de lege ferenda zvažovat. Soudím, že dosavadní právní úprava této problematiky není již zcela vyhovující a jeví se jako do určité míry zastaralá. Tak především by mělo být v budoucí úpravě podle mého názoru výslovně uvedeno, že nárok na opakující se peněžité dávky nemocenského zabezpečení se nepromlčuje. Dosavadní právní úprava je v tomto směru terminologicky poněkud nepřesná, neboť mluví v souvislosti s promlčením nároku na jednotlivé splátky těchto dávek o promlčení nároku na dávky.¹⁶⁾ Věcně by však mohla být přejata dosavadní úprava s tím, že nárok na jednotlivé splátky nemocenského, podpory při ošetřování člena rodiny, vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství a peněžité pomoci v mateřství za jed-

¹⁶⁾ Srov. § 44 odst. 1 a 3 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců a § 100 odst. 1 a 3 zákona o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte.

notlivé dny se promlčuje, nebyl-li uplatněn do jednoho roku ode dne, za který náleží.

Zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců ve svém § 44 odst. 4 stanoví, že byl-li nárok na dávku uplatněn, promlčuje se do jednoho roku ode dne přiznání dávky. Díkce použitá zákonem je v tomto případě podle mého názoru opět nepřesná. V tomto případě se nemůže rozhodně promičovat nárok na dávku, neboť tento nárok již byl dokonce přiznán. Jedná se však o nárok na výplatu dávky, která byla přiznána, ale nedošlo k její výplatě např. proto, že oprávněný pobýval v cizině¹⁷⁾ nebo jeho pobyt na území ČSSR nebyl organizaci znám. V právní úpravě by proto mělo být uvedeno, že byl-li nárok na dávku uplatněn, promlčuje se nárok na výplatu jednotlivé splátky dávky do jednoho roku ode dne přiznání dávky.

Věcné změny by si podle mého názoru do budoucna vyžadovala právní úprava lhůt, do kterých je možno vymáhat po pracujících nebo příjemcích peněžitých dávek přeplatky na dávkách. Dosavadní 10letá objektivní lhůta se jeví nepřiměřeně dlouhá, navíc dosavadní předpisy neznají ani subjektivní lhůtu. Kromě toho vzniká i otázka povahy těchto lhůt, protože stávající zákon o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a o zabezpečení matky a dítěte tuto desetiletou lhůtu upravuje jako promlčecí, zatímco díkce zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců by spíše nasvědčovala prekluzivní lhůtě.¹⁸⁾

Lhůty pro nárok na vrácení jednotlivých splátek dávky poskytnutých neprávem nebo v nesprávné výši by měly být upraveny jako promlčecí, a to jednak subjektivní lhůta a jednak objektivní lhůta. Přiměřená by se podle mého názoru jevila jednorocní subjektivní a tříletá objektivní promlčecí lhůta s tím, že u přeplatek způsobených úmyslně by bylo zřejmě správné zachovat desetiletou objektivní promlčecí lhůtu. V souvislosti se zvažovanou budoucí úpravou takových obecných otázek, jako je např. právě promlčení, by se měla legislativa rovněž snažit o to, aby se postupně věcně tyto obecné instituty sjednocovaly v celém systému sociálního zabezpečení. Dosud jsou tyto otázky upraveny v jednotlivých zákonech, které upravují sociální zabezpečení, věcně rozdílně. Postupné sjednocování by jednak znamenalo zjednodušení právní úpravy sociálního zabezpečení a snadnější aplikaci celého systému a jednak by přispělo k usnadnění budoucí kodifikace sociálního zabezpečení.

¹⁷⁾ De lege ferenda je ovšem třeba v předpisech nemocenského zabezpečení upravit problematiku výplaty dávek do ciziny, na což zatím stávající předpisy nepamatují. Bylo by třeba výslovně zakotvit, že výplata dávek nemocenského zabezpečení do ciziny se neprovádí, pokud něco jiného nevyplývá z mezistátní úmluvy nebo z právního předpisu.

¹⁸⁾ Srov. § 48 odst. 2 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců a § 100 odst. 6 zákona o zabezpečení družstevních rolníků a o zabezpečení matky a dítěte.

Shora jsme se zabývali promlčením nároku na vrácení jednotlivých splátek dávky poskytnutých neprávem nebo v nesprávné výši. V souvislosti s odpovědností pracujících a příjemců peněžitých dávek nemocenského zabezpečení vzniká ovšem ještě celá řada dalších problémů. Dosavadní úprava nemocenského zabezpečení např. vůbec neupravuje situace, kdy přeplatek na dávce zavinilo více občanů. Typicky je tomu například u přídavků na děti, v případě, kdy přídávky jsou poskytovány z pojištění otce, avšak vypláceny jsou matce, která má dítě v přímém zaopatření (a přitom sama není účastna nemocenského zabezpečení a nesplňuje proto podmínky pro přiznání přídavků ze svého zabezpečení). Jestliže dojde k situaci, že dítě např. ukončí nebo přeruší soustavnou přípravu na budoucí povolání, pak má jak pracovník (t.j. v daném případě otec), tak příjemce přídavků na děti (t.j. v konkrétním případě matka) povinnost hlásit důvod zániku nároku na přídávky na děti, tj. ukončení nebo přerušování soustavné přípravy na budoucí povolání.¹⁹⁾ Pokud ani jeden z obou shora uvedených svoji povinnost včas nesplní, může dojít k přeplatku, který zavinili jak pracovník, tak příjemce dávky.

Shora uvedené skutečnosti vedou k závěru, že de lege ferenda by bylo vhodné upravit v nemocenském zabezpečení společnou odpovědnost pracujícího (z jehož zabezpečení je dávka poskytována) a příjemce dávky. Princip solidární odpovědnosti není podle mého názoru ze sociálního hlediska pro tyto situace příliš vhodný. Domnívám se, že by bylo vhodné vycházet z principu tzv. dělené odpovědnosti, tzn. že by za přeplatek odpovídali pracující a příjemce dávky podle míry svého zavinění. Přijetí této zásady by samozřejmě znamenalo současně i doplnění příslušných procesních ustanovení, neboť o rozsahu odpovědnosti za přeplatek podle míry zavinění by musel vždy rozhodovat příslušný orgán nemocenského zabezpečení.

Budoucí zvažovaný jednotný zákon o nemocenském zabezpečení pracujících by měl rovněž na rozdíl od dosavadní úpravy zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců výslovně stanovit, že pracovník nebo příjemce peněžitých dávek je povinen přeplatek vrátit také v případech, kdy věděl nebo musel z okolností předpokládat, že jde o splátky dávky nesprávně určené nebo omylem vyplacené.²⁰⁾ Dosavadní úprava vyvolává v tomto směru určité pochybnosti.

¹⁹⁾ Srov. např. § 46 odst. 2 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců.

²⁰⁾ K tomu srov. § 48 odst. 2 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců a naopak proti tomu § 91 odst. 2 zákona o zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a zabezpečení matky a dítěte, který tuto zásadu výslovně zakotvuje.

E. Výše dávek nemocenského zabezpečení

Jednou z nejaktuálnějších otázek každého systému zabezpečení, a platí to samozřejmě i pro nemocenské zabezpečení, je výše dávek. Diskusní se jeví zejména problematika maximální hranice čisté denní mzdy započitatelné pro účely dávek nemocenského pojištění nahrazujících mzdu, tj. pro nemocenské, podporu při ošetřování člena rodiny, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství a peněžitou pomoc v mateřství. Zákonem o nemocenském pojištění zaměstnanců byla uvedena maximální hranice započitatelné čisté denní mzdy 100 Kčs při šestidenním pracovním týdnu (120 Kčs při pětidenním pracovním týdnu). Tato hranice se v době jejího zavedení, tj. v roce 1957 týkala pouze 1 % pracujících, v roce 1980 však ovlivňovala výši nemocenského již u téměř čtvrtiny všech pracujících a jejich počet se i při pomalejším růstu průměrných mezd dále rychle zvětšoval.

Ze shora uvedených důvodů došlo v první polovině 80. let ke zvýšení shora uvedené hranice maximální započitatelné čisté denní mzdy. Nejprve byla k 1. 7. 1982 zvýšena z dosavadních 120 Kčs na 180 Kčs při pětidenním pracovním týdnu pro vybraný okruh pracujících v hornictví a k 1. 1. 1985 došlo ke zvýšení této hranice pro všechny pracující ze 120 Kčs na 150 Kčs při pětidenním pracovním týdnu.

Skutečností je, že stanovené pevné hranice započitatelného výdělku nemohou sledovat dynamický mzdový vývoj a proto, i pokud došlo k jejich zvýšení, bude se vždy po určité době při růstu mezd opět zhoršovat relace mezi dávkami nahrazujícími výdělek a dosahovaným průměrným výdělkem pracovníka.

Stanovené pevné maximální hranice tímto způsobem oslabují zásluhový princip v nemocenském zabezpečení. Optimálním řešením by z teoretického hlediska proto bylo úplné odstranění pevných maximálních hranic, které by znamenalo plné uplatnění zásluhového principu. Takové řešení by si ovšem vyžádalo značné ekonomické náklady.

Rozsah a tempo zvyšování maximální hranice započitatelné mzdy budou v dalším období závislé zejména na ekonomické situaci, ale rovněž na růstu mezd, neboť růst mezd při zachovaných maximálních hranicích sice vede ke zvyšování průměrné nominální výše dávek, ale na druhou stranu rovněž vede ke zhoršování relace mezi výší dávek a průměrným výdělkem pracujících.²¹⁾

²¹⁾ Je ovšem třeba si uvědomit, že v řadě kapitalistických států dávky nemocenského zabezpečení prakticky vůbec nesledují průměrný výdělek pracujících. Z vyspělých kapitalistických států např. ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska se poskytuje nemocenské ze státního systému sociálního zabezpečení v pevně stanovené výši podle příjmových pásem. Přitom příjmová pásma jsou pouze

Závažným problémem, pokud se jedná o výši dávek nemocenského pojištění nahrazujících mzdu, je skutečnost, že se do započitatelné čisté denní mzdy pro stanovení a výpočet peněžitých dávek nemocenského zabezpečení nezahrnuje podle československé právní úpravy mzda za práci přesčas. Domnívám se, že de lege ferenda by bylo třeba mzdu za práci přesčas započítávat. Zahrnutí mzdy za práci přesčas do započitatelného výdělku by odstranilo existující diskriminaci dělnických profesí ve srovnání s některými technickohospodářskými pracovníky, kteří mají do základního platu zahrnutu i mzdu za předpokládaný rozsah práce přesčas. Nelze ani přehlédnout, že konat práci přesčas, pokud ji organizace pracovníkovi v souladu s právní úpravou nařídí, je pracovníkovou povinností, jejíž nesplnění se posuzuje jako porušení pracovní kázně.²²⁾

F. Diferenciace a preference dávek v nemocenském zabezpečení

Přes stále postupující sjednocování a věcné sbližování právních úprav nemocenského zabezpečení jednotlivých kategorií pracujících zů-

dvě, a tak je zcela zřejmé, že nemocenské vyplácené ze státního sociálního zabezpečení nesleduje výdělek pracovníka, a to zejména u pracovníků s průměrnými a vyššími příjmy. U pracovníků s průměrným výdělkem prakticky nepřesahuje 30 % jeho běžného příjmu. Sazby nemocenského jsou stanoveny rozdílně podle toho, zda se jedná o svobodného nebo ženatého pracovníka.

Nemocenské poskytované ze státního sociálního zabezpečení je tedy stanoveno ve Velké Británii v minimální výši. Rada pracovníků je však navíc pokryta soukromým zabezpečením v nemoci (na základě dohod sjednávaných mezi zaměstnavateli a odborovými svazy), které zajišťuje nároky na nemocenské ve vyšší výši. V posledních 30 letech bylo soukromé zabezpečení v nemoci rozšířeno z původně malého počtu „bílých límečků“ („white collar workers“) tak, že v současné době pokrývá větší část pracovních sil. Soukromého zabezpečení je účastno v současné době z pracovníků pracujících na plnou pracovní dobu 95 % „bílých límečků“, 74 % manuálních dělníků, ale jen 55–58 % manuálních dělnic. Je tedy patrná výrazná diskriminace dělníků a ještě výraznější diskriminace žen. I když soukromým zabezpečením je teoreticky pokryto 80 % pracovníků pracujících na plnou pracovní dobu, nárok na dávky má prakticky pouze 70 % těchto pracovníků. Z toho polovina dostává nemocenské odpovídající jejich plné základní mzdě (nárok na nemocenské ve vyšší základní mzdy nezahrnuje pohyblivé složky mzdy a mzdu za přesčasy), druhá polovina dostává nemocenské nižší, a to podle výše sjednané v konkrétní dohodě. K tomu srov. např. R. Lewis: The Privatisation of Sickness Benefit. Industrial Law Journal 1982, str. 251.

Z uvedeného je dostatečně patrné, že ve Velké Británii existují obrovské rozdíly v úrovni zabezpečení jednotlivých pracovníků pro případ nemoci, což je skutečnost pro kapitalistické státy typická. Samozřejmě nejhorší je situace pracovníků odkázaných pouze na státní zabezpečení, ale i mezi soukromým zabezpečením jednotlivých skupin existují značné rozdíly. Jednoznačně je patrná diskriminace manuálních dělníků a zejména žen.

²²⁾ G. Bitvai v této souvislosti uvádí, že boj proti neodůvodněné přesčasové práci je jistě důvodný. Není jej však možné směřovat proti pracovníkovi, který přesčasovou práci zásadně nevykonává z vlastní vůle, ale z nařízení organizace. Přitom výkon práce přesčas je v celospolečenském zájmu. Srov. G. Bitvai: Sú nemocenské dávky náhradou uniknutej mzdy pracovníka? Právny obzor 8/1977, str. 741.

stávají ještě určité rozdíly jak v podmínkách pro vznik nároku na dávky, tak ve skutečnostech ovlivňujících výši dávek. Tyto určité rozdíly chápeme jako diferenciaci v nemocenském zabezpečení.²³⁾ Preferenci chápeme jako užší pojem než diferenciaci, jako její součást. Preference v nemocenském zabezpečení je zvýhodnění určitých skupin pracujících s ohledem zejména na vykonávání určité obtížné nebo rizikové pracovní činnosti v preferovaném odvětví národního hospodářství, na charakter sociálních událostí anebo na životní podmínky.

Odlišná (diferencovaná) právní úprava platí v nemocenském zabezpečení především pro jednotlivě hospodařící rolníky a jiné osoby samostatně hospodařící. Na rozdíl od důchodového zabezpečení, které je upraveno jednotným zákonem (i když v rámci této jednotné úpravy existují jak diferenciaci, tak preference), nemocenské zabezpečení jednotnou úpravu nemá a proto zde diferenciaci hraje větší roli.

Jednotný zákon o nemocenském zabezpečení pracujících by měl diferenciaci v nemocenském zabezpečení sice dále omezit, ale nemůže ji zcela odstranit. Určité diferenciaci jsou odůvodněné vzhledem k povaze pracovní činnosti (např. pracovníci na nepravidelnou výpomoc), k místu výkonu práce (domáctví pracovníci) apod.

V další se zaměříme na preferenci v nemocenském zabezpečení. Jedná se především o tyto preference:

a) Zvýhodnění určitých kategorií pracujících

V nemocenském zabezpečení se preference týká pracujících v hornictví se stálým pracovištěm pod zemí v hlubinných dolech, v uhelných lomech a na skrývkách a tato preference spočívá ve vyšší započitatelné čisté denní mzdě (180 Kčs oproti obecné úpravě 150 Kčs čisté denní mzdy při pětidenním pracovním týdnu) pro stanovení peněžitých dávek nemocenského zabezpečení nahrazujících mzdu. Zvýhodněná úprava platí rovněž pro příslušníky ozbrojených sborů z povolání, kteří mají po dobu prvního měsíce pracovní neschopnosti nárok na služební příjem namísto nemocenského.

Shora uvedené kategorie pracujících jsou preferovány s ohledem na vykonávání určité obtížné anebo rizikové pracovní činnosti v preferovaném odvětví národního hospodářství; s účinností od 1. ledna 1985 došlo

²³⁾ Diferenciaci by však bylo možno chápat také v širším slova smyslu, jako rozdíly ve výši dávek nahrazujících výdělek pracujících (např. nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství), které vyplývají pouze z rozdílných výdělků jednotlivých pracujících a nikoli z odlišných podmínek pro stanovení výše dávky, tj. nikoli z odlišné právní úpravy pro jednotlivé kategorie pracujících. V této studii však pojmem diferenciaci rozumíme diferenciaci v užším slova smyslu, tj. rozdíly vyplývající z právní úpravy a nikoli pouze z výdělků jednotlivých pracujících.

k omezení této preference u vybraných pracovníků v hornictví, neboť rozdíl mezi maximálním započítatelným výdělkem mezi těmito pracovníky a ostatními pracujícími se snížil z 60 Kčs (180—120) na 30 Kčs (180—150). Podle mého názoru je diskutabilní, zda i v budoucnu bude vhodné přenášet preference, které jsou zcela na místě zejména ve mzdové oblasti, do systému nemocenského zabezpečení. Domnívám se, že velkou předností socialistického nemocenského zabezpečení je právě jednodušnost tohoto systému a v zájmu této jednodušnosti je třeba používat preference velmi obezřetně a pouze tam, kde je to plně odůvodněno a nezbytné, aby jejich přílišným využíváním nebyla narušena jednota sociálního zabezpečení. Soudím, že v systému nemocenského zabezpečení by postupně mělo dojít k odstranění i stávajících preferencí, neboť nejsou z teoretického hlediska dostatečně odůvodněné; poněkud jiná situace je však zřejmě v tomto směru v důchodovém zabezpečení, kde určité preference (např. v důchodovém věku) jsou zřejmě odůvodněné.

I v socialistické teorii práva sociálního zabezpečení se lze setkat s názorem, že by se sociální zabezpečení mělo realizovat na různých právních základech, a to na zákonech zajišťujících minimální úroveň zabezpečení a na dodatkovém pojištění, což by vytvořilo komplexní systém sociálního zabezpečení.²⁴⁾ Podle mého názoru by zavedení dodatkového pojištění vedlo naopak k roztržistění jednotného systému sociálního zabezpečení a k vytvoření preferencí a diferenciací, které by v řadě případů neodrážely zásluhové hledisko. Jednotný systém sociálního zabezpečení zajišťující adekvátní úroveň tohoto zabezpečení pro všechny skupiny pracujících podle jejich práce (princip zásluhovosti) modifikovaný jejich potřebností (sociální hledisko) patří mezi největší přednosti socialistického sociálního zabezpečení. V tomto směru jsem toho názoru, že v ČSSR je třeba zdokonalovat a dále rozvíjet stávající jednotný systém sociálního zabezpečení, včetně nemocenského zabezpečení (a velmi pečlivě a uvážene přistupovat k diferenciaci a preferenci jen v těch případech, kdy je to skutečně plně opodstatněno) a nikoli vytvářet další systém dodatkového pojištění.

b) Zvýhodnění žen

Socialistická ústava našeho státu z roku 1960 formuluje nejen rovná práva a povinnosti žen s muži, ale i základní společenská východiska při zabezpečování skutečné rovnoprávnosti. Podle čl. 20 Ústavy mají muži

²⁴⁾ K tomu srov. např. J. Jończyk: Ubezpieczenie dyrektora. Zarządzenie 9/1984, str. 48—49. J. Jończyk dokonce vychází z názoru, že zvláštní systém sociálního zabezpečení by měl platit i pro vedoucí pracovníky, především vedoucí organizací. Domnívá se, že druh práce vedoucího organizace a zejména značný stupeň rizika svědčí pro to, aby vedoucí organizace měl zvláštní ochranu v sociálním zabezpečení a doporučuje pro ně dodatkové pojištění na náklady organizací. Srov. tamtéž.

i ženy stejné postavení v rodině, v práci a ve veřejné činnosti. Základní principy realizace této rovnoprávnosti pak vyjadřuje článek 27 Ústavy, který stanoví: „Rovnoprávné uplatnění žen v rodině, v práci, ve veřejné činnosti je zajišťováno zvláštní úpravou pracovních podmínek a zvláštní zdravotní péčí při těhotenství a mateřství, dále též rozvojem zařízení a služeb umožňujících ženám využití všech schopností k účasti na životě společnosti.“

Uskutečnění plné rovnoprávnosti žen s muži však vyžaduje, aby některé pracovní podmínky i některé nároky v sociálním zabezpečení byly upraveny diferencovaně.

Tuto zvláštní úpravu vyžadují dva velmi důležité faktory:

a) faktor biologický (fyziologické zvláštnosti ženského organismu způsobují, že ženy obecně reagují citlivěji na určité škodliviny, velkou tělesnou námahu apod., což ovlivňuje nepříznivě zejména jejich mateřské poslání, popř. zdravotní stav);

b) faktor společenský (na ženách spočívá stále ještě neúměrný podíl v péči o domácnost a děti, což vede k velkému zatížení jejich organismu po stránce fyzické a duševní).

Zajištění faktické rovnoprávnosti žen s muži tak vyžaduje se shora uvedených důvodů, aby zejména v pracovním právu, ale i v sociálním zabezpečení byly diferencovaně upraveny pracovní podmínky i některé nároky žen, především těhotných žen a matek malých dětí.

Uvedená diferenciacie je samozřejmě naprosto správná (typicky např. u zvláštních pracovních podmínek žen a zvláštních pracovních podmínek těhotných žen a matek), ovšem v minulosti docházelo v naší pracovně-právní legislativě a legislativě práva sociálního zabezpečení k diferenciaci mezi ženami a muži i v těch otázkách, kde to není dostatečně odůvodněné.

Zákon o rodině ve svém § 18 stanoví, že muž a žena mají v manželství stejná práva a stejné povinnosti. Podle § 19 téhož zákona o uspokojování potřeb rodiny, založené manželstvím, jsou povinni pečovat oba manželé podle svých schopností a možností. Za uspokojování potřeb rodiny se považuje také osobní péče o děti a společnou domácnost. Se zřetelem k tomu, že do určitého věku dítěte jsou výhody při péči o dítě v některých státech poskytovány jak ženám, tak mužům s povinnostmi k rodině, zejména k dětem a tato tendence se bude nepochybně rozšiřovat, byla na půdě Mezinárodní organizace práva přijata v roce 1981 Úmluva č. 156 o rovnosti příležitosti a zacházení s pracovníky obou pohlaví, kteří mají povinnosti k rodině.

Úmluva si klade za cíl, aby jak žena, tak i muž požívali, pokud ovšem některá zvýhodnění žen nesouvisí výlučně s jejich mateřstvím, stejných výhod při vykonávání povinností k rodině.

Podíváme-li se na uvedenou problematiku z hlediska nemocenského

zabezpečení, pak je zřejmé, že bezpochyby správné a věcně odůvodněné je např. zvýhodnění těhotných žen, jejichž zaměstnání skončilo v době těhotenství, pokud se jedná o délku ochranné lhůty (ochranná lhůta v těchto případech činí šest měsíců na rozdíl od obecné úpravy, kdy činí zásadně 42 kalendářních dnů) a poskytnutí vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství výlučně ženám.

Diskusní jsou ovšem některé další nároky, které náleží pouze ženám a přitom nesouvisí výlučně s těhotenstvím a mateřstvím, ale rovněž s péčí o dítě. Především se jedná o peněžitou pomoc v mateřství.²⁵⁾ Přinejmenším by měl být nárok na peněžitou pomoc v mateřství zajištěn osamělým mužům a dále mužům pečujícím o dítě v těch případech, kdy o ně žena z vážných důvodů pečovat nemůže (tato otázka se stala zvlášť aktuální s účinností zákona č. 110/1984 Sb., o změnách zákona o mateřském příspěvku, který přinesl prolomení zásady, že mateřský příspěvek náleží pouze ženám). Za závažnou otázku považují, zda de lege ferenda jít ještě dál v tomto směru a poskytnout muži peněžitou pomoc v mateřství ve všech případech, kdy o dítě bude pečovat; tj. nevázat nárok na tuto dávku jen na osamělé muže, resp. muže pečující o dítě v těch případech, kdy manželka z vážných důvodů (typicky pro nemoc) o dítě pečovat nemůže.

Pro přiznání přídavků na děti se mimo jiné požaduje, aby pracovník měl ve svém zaměstnání předepsaný pracovní úvazek. U pracovníků (tj. u žen a nikoli též u mužů), které pečují aspoň o jedno nezaopatřené dítě a mají z tohoto důvodu kratší pracovní úvazek, se pro přiznání přídavků vyžaduje pracovní úvazek odpovídající nejméně polovině obecně stanovené pracovní doby (§ 21 odst. 2 zákona č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění). V tomto případě by stejné zvýhodnění mělo náležet i mužům pečujícím o nezaopatřené děti. V předchozích částech této studie jsme ovšem uvedli, že podmínka pracovního úvazku je podmínka, která nesouvisí s účelem přídavků na děti a mohla by být zrušena. Pokud by došlo ke zrušení této podmínky, odpadl by samozřejmě i posledně uvedený problém.

c) Zvýhodnění sociálních událostí

Ze sociálních událostí jsou v sociálním zabezpečení včetně nemocenského zabezpečení preferovány zejména pracovní úrazy a nemoci z povolání ve srovnání s ostatními poruchami zdraví. Tak nemocenské je

²⁵⁾ S účinností od 1. 7. 1987 bylo zákonem č. 53/1987 Sb., o změnách v nemocenském zabezpečení, umožněno poskytovat peněžitou pomoc v mateřství svobodnému, ovdovělému, rozvedenému nebo z jiných vážných důvodů osamělému pracovníku, který nežije s družkou, jestliže pečuje o dítě na základě rozhodnutí příslušného orgánu nebo o dítě, jehož matka zemřela.

poskytováno při pracovní neschopnosti z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání ve výši 90 % již od prvního dne pracovní neschopnosti a výhodněji je rovněž upravena podpůrná doba. De lege ferenda se domnívám, že nemocenské při pracovní neschopnosti z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání by mělo činit 100 % výdělku, jako je tomu např. v SSSR či v Polsku. Proti tomuto názoru by mohlo být namítáno, že zvýšení nemocenského při pracovní neschopnosti pro pracovní úraz nebo nemoc z povolání by bylo zejména v zájmu organizací, kterým by se snížilo, resp. by vůbec odpadlo poskytování náhrady za ztrátu na výdělků po dobu pracovní neschopnosti v rámci odškodnění pracovního úrazu (nemoci z povolání). Domnívám se však, že po věcné stránce nelze proti rozšíření zabezpečení pracovníků při pracovních úrazech z celospolečenských fondů nic namítat, a to tím spíše, když uvážíme, že odpovědnost organizace pracovníkovi za škodu způsobenou pracovním úrazem (nemoci z povolání) je zvláštním typem odpovědnosti za výsledek, kde se nevyžaduje porušení právní povinnosti ani ze strany organizace a dokonce ani ne případně ze strany dalšího subjektu. Kromě toho zvýšení nemocenského při pracovním úrazu by mělo i pro občany význam v těch případech, kdy se organizace odpovědnosti alespoň zčásti zproští (srov. § 191 zákoníku práce).

Preference z důvodů sociální události (pracovního úrazu nebo nemoci z povolání) považuji v nemocenském zabezpečení za věcně odůvodněné.

5. NĚKTERÉ AKTUÁLNÍ OTÁZKY VYBRANÝCH DÁVEK NEMOCENSKÉHO ZABEZPEČENÍ

V této části naší studie se zaměříme pouze na nemocenské a podporu při ošetřování člena rodiny. Přitom vzhledem k rozsahu a zaměření naší studie se nebudeme zabývat dílčími aplikačními problémy, ale pouze vybranými otázkami zásadnějšího rázu u shora uvedených dávek. Vzhledem k rozsahu studie je na některé problémy spíše pouze poukázáno, aniž je prováděn podrobnější rozbor. Převážná část těchto úvah je věnována nemocenskému.

N e m o c e n s k é

Nemocenské je základní dávkou nemocenského zabezpečení. Jedná se o obligatorní, opakující se a peněžitou dávku nahrazující mzdu.

Nemoc či úraz, které jsou spojeny s dočasnou neschopností k práci, zbavují pracovníka výdělku za práci. Účelem nemocenského je proto vy-

tvořit ekonomické podmínky pro sociální integraci postiženého pracovníka tím, že pracovníkovi je po dobu trvání této nepříznivé sociální události poskytováno hmotné zabezpečení. Kromě nemocenského sociální integraci pracovníka slouží řada dalších právních institutů, z oblasti sociálního zabezpečení především systém léčebně preventivní péče, tj. péče o reintegraci porušeného zdraví.

Vymezení sociální události, při které vzniká nárok na nemocenské, tj. dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc nebo úraz k výkonu dosavadního zaměstnání, je poměrně složité.

Základem tohoto pojmu je pracovní neschopnost. Pracovní neschopnost není, jak by k tomu mohla svádět negativní gramatická forma, úplným opakem pracovní schopnosti. Jde pouze o omezení, modifikaci pracovní schopnosti k výkonu konkrétní činnosti. Mezi plnou pracovní schopností a naprostou neschopností k jakékoli společenské práci je plynulá a početně neomezená řada mezistupňů, v nichž větší nebo menší část schopností zůstává člověku zachována. Jen zcela výjimečně se vyskytují situace, kdy pracovní schopnost je vyloučena úplně (např. akutní horečnaté onemocnění). K tomu, aby pracovník byl zproštěn účasti na společenské práci, tj. uznán práce neschopným, stačí obvykle určitý vyšší stupeň nepřiměřenosti mezi jeho porušenými, popř. ještě zachovanými životními funkcemi, a požadavky, které na něho klade společenská práce.²⁶⁾

Při hodnocení dočasné pracovní neschopnosti výrazně vystupuje do popředí biologicko-medicínská stránka. Zatím není dostatečně doceněna psychická stránka lidské osobnosti. Zde máme na mysli především adaptabilitu jedince k pracovnímu prostředí, schopnost snášet a vydržet neuro-psychické zatížení z náročnosti práce i života a také vztah pracovníka k práci, včetně různých motivačních momentů, které na tento vztah působí.²⁷⁾

Charakteristické pro nemocenské zabezpečení (na rozdíl od důchodového zabezpečení) je, že pracovní neschopnost se posuzuje k výkonu dosavadního zaměstnání. Pro zjištění dočasné pracovní neschopnosti se porovnávají životní a pracovní funkce posuzovaného pracovníka, ovlivněné nemocí nebo úrazem, ve vztahu k požadavkům, které na něho klade jeho dosavadní zaměstnání (tzn. zaměstnání, které skutečně vykonával podle své pracovní smlouvy do vzniku pracovní neschopnosti). Z uvedeného vyplývá, že se nevyžaduje, aby pracovník byl neschopen výkonu jakéhokoli soustavného zaměstnání, ale stačí, že není schopen vykonávat to, které vykonával doposud.

²⁶⁾ K tomu podrobněji srov. např. J. Koloušek in: Československé právo sociálního zabezpečení (kapitola X). Orbis, Praha 1968, str. 149 a násl.

²⁷⁾ Srov. protokoly vědeckého ekonomickoprávního sympozia o sociálním zabezpečení „Sociální zabezpečení v socialistické společnosti“. SÚSZ, Praha 1966, str. 231 a násl.

Občas se objevují pokusy při dočasné pracovní neschopnosti k dosavadnímu zaměstnání stanovit pracovníkovi zachované funkce a podle nich určit, zde pracovník není schopen vykonávat své zaměstnání aspoň zčásti nebo některé jiné zaměstnání, zpravidla lehčí. V minulosti se jednalo např. o tzv. „Rosické hnutí“.

V některých případech skutečně dochází k situacím, kdy vlastní léčení pacienta je skončeno, avšak pacient ještě nebude mít potřebnou funkční výkonnost. V této souvislosti se může jevit účelné překlenout období do nabytí plné funkční výkonnosti formou pracovní rehabilitace.²⁸⁾ Současná právní úprava ovšem podle mého názoru neumožňuje řešení takovýchto situací.²⁹⁾ Přitom je zřejmě třeba připustit, že argumentace, kterou jsou tyto požadavky podloženy, tj. zejména potvrzení, že k návratu plné pracovní schopnosti je třeba po určitou dobu adaptace, je z lékařského hlediska zřejmě opodstatněná.

De lege ferenda proto soudím, že bude třeba zvážit řešení těchto situací, tj. pracovní rehabilitaci výkonem dosavadní práce při snížené funkční výkonnosti, resp. s určitými úlevami. Tuto otázku by bylo ovšem třeba komplexně zvážit, posoudit a řešit jak z pohledu medicínského, tak i pracovní právního (vyžadovalo by si zřejmě rovněž novelizaci zákoníku práce) a nemocenského zabezpečení. Soudím, že pracovní rehabilitace by se v těchto případech měla realizovat v pracovní schopnosti a případný pokles na výdělku v období pracovní rehabilitace by měl být řešen formou vyrovnávacího příspěvku, poskytovaného ke mzdě.

Od shora uvedených případů, kdy se jedná stále o výkon dosavadní práce, se však výrazně odlišují situace, kdy pracovník, který je dočasně

²⁸⁾ Skutečností dokonce je, že v některých případech v této souvislosti existuje určitá mezera v pozitivněprávní úpravě. Jedná se o situace, kdy pracovní neschopnost pracovníka je ukončena současně s doporučením pro organizaci, aby z konkrétní práce pracovníka byly po určitou dobu vyloučeny určité pracovní úkony (např. doporučení v tom smyslu, aby pracovník po určitou dobu pracoval v sedě, bez zvedání břemen, v klimaticky vhodném prostředí apod.). V takovém doporučení je vlastně brán zřetel na určité omezení funkční výkonnosti pracovníka, které má dočasný charakter. V současné praxi se diskutuje povaha takového omezujícího doporučení zejména z toho hlediska, zda pracovní neschopnost byla správně ukončena, když pracovník má mít po určitou dobu v práci některé úlevy. Závažné problémy dopadají i do oblasti pracovníprávní, zejména v tom směru, jaké důsledky vyplývají pro pracovníka i pro organizaci, jestliže organizace takové úlevy odmítne zajistit, **popř.** nemá objektivně možnosti vyhovět a zajistit navrhovaná omezení. Uvedené případy se v praxi vyskytují zejména v případech pracovní neschopnosti u pracovníků konajících fyzicky náročné práce.

Domnívám se, že z hlediska současné pozitivněprávní úpravy shora uvedený postup aplikovaný v praxi v některých případech není zcela v souladu s právními předpisy.

²⁹⁾ Od pracovní rehabilitace ve shora uvedeném smyslu je ovšem třeba rozlišovat případy léčby prací, které pozitivněprávní úprava výslovně řeší. Podle § 26 odst. 1 vyhlášky č. 143/1965 Sb., o poskytování peněžitých dávek v nemocenském pojištění, koná-li pracovník v době své pracovní neschopnosti práci v rámci léčby prací, není taková činnost ani případné odměny za ni, pokud jsou v souladu s předpisy o léčbě prací, překážkou pro poskytování nemocenského.

práce neschopný k výkonu svého zaměstnání, by byl případně schopen vykonávat jinou práci. Zde by nešlo o pracovní rehabilitaci ve vlastním slova smyslu, ale o využití zbytku pracovního potenciálu pracovníka, který byl uznán dočasně práce neschopným jen k výkonu svého dosavadního zaměstnání. To by současně vyžadovalo jinou koncepci dočasné pracovní neschopnosti.

Přijmout obecně jiná kritéria pro posuzování dočasné neschopnosti k práci než ta, která platí dosud (tj. neschopnost k výkonu dosavadního zaměstnání) však není podle mého názoru odůvodněné. Naprostá většina onemocnění vůbec nepřipouští výkon práce. V těch řídkých případech, v nichž by zachovaná pracovní schopnost umožňovala pracovníkovi výkon některého jiného zaměstnání, nejsou pro to předpoklady v pracovním právu (organizace by nemohla pracovníkovi jednostranně změnit druh, popř. místo výkonu práce), ani předpoklady hospodářské a organizační (naprostá většina neschopností je zcela krátkodobá a v tom případě převedení na jinou práci nemá smysl, trvání pracovní neschopnosti je zpravidla předem časově neurčité, povaha onemocnění a zachovaných schopností se velmi různí, organizace nemohou mít pracovní příležitost pro všechny takové možnosti, atd.). Nejsou tu ani zdravotní a medicínské předpoklady, zvláště spolehlivá záruka, že výkon jiného zaměstnání nepoškodí zdraví pracovníka. Stejně tak jsou proti i důvody sociální (pracovník by mohl pocíťovat jako neodůvodněnou újmu dočasné převedení na společensky méně významnou práci apod.).³⁰⁾

Nemocenské náleží místo mzdy nebo odměny,³¹⁾ tzn. že další podmínkou nároku na nemocenské je ztráta na výděлку, tj. skutečnost, že pracovník v době pracovní neschopnosti nepracuje a nemá výdělek za práci.

Za předpokladu, že by však pracovník souběžně vykonával dvě či více zaměstnání a byl uznán práce neschopným jen k výkonu jednoho z nich (což je možné zejména v případě, kdy v obou zaměstnáních pracovník vykonává podstatně odlišnou pracovní činnost vzhledem k tomu, že neschopnost se posuzuje ke každému z těchto zaměstnání samostatně), pak výkon druhého, popř. dalšího zaměstnání, pro které nebyl pracovník uznán práce neschopným, nemůže být posuzován jako nesplnění podmínky ztráty výděлку.

Další výjimkou ze zásady, že pracovník nesmí mít v době poskytování nemocenského příjem z výdělečné činnosti, jsou případy, kdy pracovník v době své pracovní neschopnosti koná práci v rámci léčby prací. Odměna za takovou činnost nebrání poskytování nemocenského (§ 26 odst. 1 vyhlášky č. 143/1965 Sb.).

³⁰⁾ K této problematice srov. též J. Koloušek in: cit. publ., str. 153.

³¹⁾ Srov. např. § 15 odst. 1 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců.

Stávající úprava výslovně nepostihuje případy, kdy pracovník koná výdělečnou činnost nikoli pro svou organizaci, ale jiným způsobem. De lege ferenda by bylo proto třeba výslovně stanovit, že v době pracovní neschopnosti nesmí pracovník vykonávat žádnou výdělečnou činnost. Stávající praxe však podmínku ztráty na výdělku vykládá podle mého názoru značně extenzívně. Vychází z toho, že smyslu zákona odpovídá, že je míněna nejen ztráta výdělku z dosavadního zaměstnání, v němž byl pracovník uznán dočasně neschopným práce, nýbrž ztráta výdělku vůbec.³²⁾ S tím by bylo možné ještě souhlasit, ale praxe jde ještě dál v tom směru, že nemocenské dále nepřísluší ani tehdy, jestliže pracovník v době dočasné pracovní neschopnosti vykonává činnost, z níž získává hmotný prospěch, pro jiné občany (typickým příkladem je tzv. „melouchaření“) nebo i pro sebe (stavba rodinného domku, chaty, garáže, oprava automobilu apod.). Připustíme-li že podmínka ztráty na výdělku znamená, že pracovník v době pracovní neschopnosti nesmí vykonávat žádnou výdělečnou činnost, mohla by tím být kryta jakákoli činnost za úplatu, avšak ztěží činnost pro vlastní potřebu. Domnívám se, že činnost pro vlastní potřebu by mohla být sankcionována jen jako porušení léčebného režimu.

Dalším závažným problémem, a to jak aplikačním, tak i de lege ferenda, je otázka přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity a s tím související délka podpůrní doby.

Doba poskytování nemocenského (podpůrní doba) je omezena nejdéle na dobu jednoho roku od počátku pracovní neschopnosti, tj. do doby, kdy se nepříznivý zdravotní stav již považuje za dlouhodobý a stává se předmětem důchodového zabezpečení. K přechodu do invalidity však může dojít i dříve než před uplynutím jednoho roku, je-li zřejmé, že se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.

Přechod z pracovní neschopnosti do invalidity nebo částečné invalidity je styčnou otázkou mezi nemocenským zabezpečením, důchodovým zabezpečením a státní zdravotní správou. Tutó problematiku upravuje vyhláška č. 76/1957 Ů. l., o přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity (částečné invalidity). Invalidní řízení se zahajuje buď na žádost pracovníka o přiznání invalidního nebo částečného invalidního důchodu anebo z podnětu lékařské poradní komise.

Jestliže se invalidní řízení koná na žádost pracovníka, pak se nemocenské poskytuje za pracovní dny nejdéle do dne bezprostředně předcházejícího dni, kterým byl přiznán invalidní nebo částečně invalidní důchod, pokud podpůrní doba neuplynula již dříve. Jestliže však jde o invalidní řízení zahájené z podnětu lékařské poradní komise, zastaví se výplata

³²⁾ K tomu srov. např. V. Kalina a kolektiv: Nemocenské pojištění pracovníků. Práce, Praha 1984, str. 59.

nemocenského po uplynutí jednoho měsíce ode dne, kdy rozhodnutí posudkové komise sociálního zabezpečení okresního národního výboru o invaliditě nebo částečné invaliditě bylo doručeno odborovému orgánu v závodě, pokud ovšem podpůrčí doba pro poskytování nemocenského neuplynula již dříve.

Shora jsme uvedli, že podpůrčí doba pro poskytování nemocenského je omezena nejdéle na dobu jednoho roku od počátku pracovní neschopnosti. Nemocenské však může být poskytováno i po uplynutí jednorroční podpůrčí doby, jestliže je možno na základě vyjádření posudkové komise sociálního zabezpečení očekávat, že pracovník v krátké době nabude pracovní schopnosti; tak je možno poskytovat nemocenské nejdéle po dobu dalšího jednoho roku od uplynutí podpůrčí doby (§ 15 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců).

Na poskytování nemocenského po uplynutí jednorroční podpůrčí doby však již není právní nárok, tzn. že nemocenské může být po této době přiznáno pouze jako dávka dobrovolná.

Pro zvýšení právních a sociálních jistot pracujících by zřejmě de lege ferenda bylo vhodné upravit nemocenské i po uplynutí jednoho roku jako dávku obligatorní a nikoli fakultativní. Podmínkou by samozřejmě nadále zůstalo vyjádření posudkové komise sociálního zabezpečení, že pracující v krátké době nabude pracovní schopnosti s tím, že maximální délka dvouleté prodloužené podpůrčí doby se jeví jako dostatečná. Skutečnost, že podle dosavadní právní úpravy je nemocenské po uplynutí jednoho roku poskytováno pouze jako dávka dobrovolná, činí v některých případech v praxi obtíže, a to zejména tehdy, je-li doporučení posudkové komise sociálního zabezpečení vydáno opožděně, až po vyčerpání podpůrčí doby, neboť o dobrovolných dávkách nemocenského zabezpečení by se zásadně mělo rozhodovat do budoucna. Metodické vedení orgánů rozhodujících o dobrovolném prodloužení podpůrčí doby směřuje k tomu, aby nemocenské bylo v těchto případech vždy přiznáno, pokud existuje pozitivní vyjádření posudkové komise sociálního zabezpečení. Ojediněle se však přesto vyskytnou případy, že podpůrčí doba není dobrovolně prodloužena a pak je nutno přiznat po vyčerpání jednorroční podpůrčí doby invalidní důchod — někdy i na dobu velmi krátkou. Taková situace je zásadně nežádoucí, neboť přiznání invalidního důchodu je pro jednotlivce vždy vážným zásahem a vytváří z psychologického a sociologického hlediska u občana nepříznivou odezvu. Přitom přiznání invalidního důchodu má i významné dopady pro pracovněprávní postavení občana a může dojít ke změně druhu vykonávané práce anebo skončení pracovního poměru, a to případně i na základě jednostranného právního úkonu ze strany organizace, tj. převedením na jinou práci, resp. výpovědí. Všechny shora uvedené argumenty svědčí pro poskytování nemocenského po uplynutí

jednoroční podpůrčí doby za stanovených podmínek, jako dávky nárokové, obligatorní.

Diskutabilní je i pojem „pracovník v krátké době nabude pracovní schopnosti“ (§ 15 odst. 5 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců). Dikce právní úpravy svědčí skutečnosti, že by pracovník měl nabýt pracovní schopnosti k výkonu dosavadního zaměstnání v plném rozsahu. Z praxe posudkových komisí sociálního zabezpečení je oproti tomu známo, že se uvedená podmínka interpretuje tak, že návrh na prodloužení podpůrčí doby může posudková komise sociálního zabezpečení učinit i tehdy, jde-li o odvrácení plné invalidity s vědomím, že zde zůstane částečná invalidita. Praxe směřuje tedy k tomu, aby pod pojmem „nabude pracovní schopnosti“ byla chápána i dosavadní práce za zvlášť ulehčených podmínek nebo dokonce i jiné méně kvalifikované zaměstnání. Tento přinejmenším značně extenzivní výklad pojmu „nabude pracovní schopnosti“ je zdůvodňován tím, že z celospolečenského hlediska je nepochybně zájem na odvrácení plné invalidity a využití zbývajících pracovního potenciálu pracovníka. S touto argumentací je možno vyslovit souhlas. Kromě toho i z hlediska sociálního postavení pracovníka je v těchto případech samozřejmě žádoucí, aby byla podpůrčí doba prodloužena namísto přiznání invalidního důchodu, který by byl po krátké době změněn na částečný invalidní důchod. Pro prodloužení podpůrčí doby svědčí v těchto případech i negativní důsledky přiznání invalidního důchodu pro pracovněprávní postavení občana, jak o tom byla zmínka výše.

Vzhledem ke shora uvedenému by de lege ferenda bylo podle mého názoru vhodné v zákoně stanovit, že prodloužení podpůrčí doby je možné nejen v případech, kdy lze v krátké době očekávat, že pracovník nabude pracovní schopnosti k výkonu dosavadní práce, ale též jestliže lze očekávat, že v krátké době nabude schopnost vykonávat dosavadní nebo stejně kvalifikovanou práci za zvlášť ulehčených podmínek nebo i jiné méně kvalifikované zaměstnání.

Další diskutabilní otázkou v souvislosti s přechodem z pracovní neschopnosti do invalidity a délkou podpůrčí doby, je možnost převedení do invalidity nebo částečné invalidity před uplynutím jednoroční podpůrčí doby podle současné právní úpravy. Domnívám se, že by bylo možno uvažovat o změně dosavadní úpravy v tom směru, že vyslovení plné invalidity by bylo podmíněno vyčerpáním podpůrčí doby jednoho roku; s tím, že při částečné invaliditě by se ponechal dosavadní stav, tj. možnost vyslovit částečnou invaliditu i před uplynutím jednoho roku.³³⁾ Taková

³³⁾ Mohl by být rovněž zaujat názor o vhodnosti zakotvení obecné jednoroční podpůrčí doby ve všech případech (taková úprava již v minulosti platila). Takové řešení

právní úprava by znamenala posílení sociálních jistot pracovníků, jejichž zdravotní stav zakládá plnou invaliditu, neboť by jim zajišťovala nárok na nemocenské po dobu jednoho roku (přitom výše nemocenského je zásadně vyšší než výše invalidního důchodu). Lze také předpokládat, že navrhovaná úprava by těmto občanům zajišťovala intenzivnější léčebnou péči během jednorocní pracovní neschopnosti, než je tomu při dřívějším převedení do invalidního důchodu. Je ovšem na druhou stranu skutečností, že navrhované řešení by zřejmě vytvářelo tlak u případů částečných invalidit, aby byly účelově hodnoceny jako stav plně invalidní z toho důvodu, aby se oddálilo rozhodnutí v oblasti důchodového zabezpečení, a aby jim rovněž bylo nemocenské poskytováno po dobu jednoho roku.

Nemocenské se poskytuje za pracovní dny. Pracovním dnům se kladou na roven svátky, za něž se poskytuje náhrada mzdy. Výše nemocenského činí 70 % započitatelné průměrné čisté denní mzdy pracovníka za první tři pracovní dny pracovní neschopnosti a 90 % této mzdy od čtvrtého dne pracovní neschopnosti. Nižší procentní sazba nemocenského za první tři pracovní dny neplatí v některých případech, jako např. jestliže pracovní neschopnost vznikla pracovním úrazem nebo nemocí z povolání anebo při karanténě; nemocenské se v těchto případech poskytuje již od prvního dne ve výši 90 % započitatelné průměrné čisté denní mzdy.

Poskytování nemocenského v nižších sazbách za prvé tři pracovní dny považují za problematické. Ustanovení o nižších sazbách za první tři dny bylo zavedeno od roku 1957 (zákonem č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců) jako dočasné opatření vzhledem k nebezpečí zvýšeného výskytu krátkodobých pracovních neschopností. Domnívám se, že po posouzení všech předpokladů pro zrušení tohoto ustanovení, kterými jsou zejména odpovídající úroveň posudkové služby a dozoru nad dodržováním léčebného režimu spolu s upevněním pracovní kázně, by bylo možno přistoupit de lege ferenda ke zrušení tohoto opatření. K tomu poznamenávám, že dokonce již důvodová zpráva ke shora citovanému zákonu č. 54/1956 Sb., předpokládala, že se snížením absence pro nemoc a úraz bude možné přistoupit i ke zvýšení nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti. Přitom ve všech ostatních evropských socialistických státech s výjimkou Rumunska se nemocenské poskytuje v plné výši již od prvního dne pracovní neschopnosti.³⁴⁾

by však vedlo ke zvýšení procenta práceneschopných pracovníků, jejichž zdravotní stav odpovídá pouze částečné invaliditě, a kteří by se již mohli před uplynutím jednoho roku podpírat doby zapojit jako občané částečně invalidní do pracovního procesu. Z hlediska hospodárního vynakládání prostředků na sociální zabezpečení a rovněž z pohledu využívání pracovního potenciálu těchto občanů, bych takové řešení nepovažoval za optimální.

³⁴⁾ Skutečností je sice, že v prvních dnech pracovní neschopnosti je nesnadné ověřit po medicínské stránce diagnózu tak, aby mohla být vyloučena simulace.

Podle současné právní úpravy (§ 24. zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců) nemá nárok na nemocenské pracovník, který si přivodil pracovní neschopnost v úmyslu vylákat nemocenské, zaviněnou účastí ve rvačce nebo jako bezprostřední následek své opilosti, nebo při spáchání úmyslného trestného činu, za nějž zákon stanoví trest odnětí svobody, jehož horní hranice přesahuje jeden rok. V těchto případech je pouze možno přiznat nemocenské jako dávku dobrovolnou.

Okruh shora uvedených případů by měl být, de lege ferenda, s ohledem na určitý vzrůst počtu případů pracovních neschopností způsobených užitím omamných prostředků, rozšířen o pracovní neschopnost, kterou si pracovník přivodil užitím omamných prostředků. Závažnou diskutabilní otázkou je, zda zachovat do budoucna koncepci, že pracovník v těchto případech nemá nárok na nemocenské anebo nárok na nemocenské zachovat, avšak s možností jeho snížení. Vzhledem k sociální funkci nemocenského, které je náhradou ucházející mzdy (to znamená, že v případě jeho nepřiznání může být vážně ohrožena výživa pracovníka nebo osob na něho výživou odkázaných), se domnívám, že ve shora uvedených případech, s výjimkou pracovní neschopnosti, kterou si pracovník přivodil v úmyslu vylákat nemocenské (a kdy zásadně půjde o jednání pracovníka, které bude naplňovat skutkovou podstatu trestného činu), by se nárok na nemocenské neměl vylučovat a jako sankci by bylo možno ponechat pouze určité snížení nemocenského. Při snížení nemocenského by bylo třeba diferencovat, zda pracovník má rodinné příslušníky či nikoliv. Poskytnutí nemocenského ve snížené výši by bylo podle mého názoru vhodné zajistit v určité výši nárokově (např. má-li pracovník rodinné příslušníky ve výši tří čtvrtin, nemá-li, ve výši jedné poloviny), aby byla posílena sociální jistota pracovníků.

Podle § 47 zákona č. 54/1956 Sb. při porušení předpisů o hlášení pracovní neschopnosti nebo o chování a životosprávě práce neschopných může být nemocenské dočasně sníženo nebo odňato; pracovníku, který má rodinné příslušníky, může být nemocenské jen sníženo, a to nejvýše o jednu čtvrtinu. Domnívám se, že by de lege ferenda bylo vhodné i pracovníkům bez rodinných příslušníků zajistit přímo v zákoně nárok na nemocenské v určité výši (např. stanovením, že pracovníkům bez rodin-

Kromě toho je i v těchto dnech organizačně obtížné zajistit rychlou kontrolu nemocenského, která by odhalovala zneužívání dávky. Na druhou stranu však současná úprava vede k podstatnému snížení příjmů v době dočasné pracovní neschopnosti (i když jen v prvních třech pracovních dnech nemoci) a není proto v souladu s teoretickými principy zabezpečení v nemoci. Buď je pracovní neschopnost uznána správně, a pak by pracovník měl mít nemocenské již od počátku stejné, nebo zdravotní stav neodůvodňuje, aby pracovník byl uznán neschopným práce, pak by tedy neměl být uznán a neměl by dostat vůbec nemocenské. K tomu srov. též J. Koloušek: K dalšímu rozvoji zabezpečení v nemoci a mateřství. Národní pojištění 3/1969, str. 7.

ných příslušníků lze nemocenské snížit nejvýše o jednu polovinu), aby byla posílena sociální funkce nemocenského i v těchto případech.

Ze shora uvedeného vyplývá, že pro situace, kdy je nárok na nemocenské vyloučen, protože pracovní neschopnost vznikla za okolností vylučujících nárok na nemocenské, nebo kdy pro porušení léčebného režimu je možné nemocenské dočasně snížit nebo odejmout, je podstatné, zda pracovník má rodinné příslušníky. Rodinným příslušníkem v nemocenském zabezpečení může být v současné době jen ten, kdo není sám účasten nemocenského nebo jiného systému zabezpečení (srov. např. § 41 zákona o nemocenském pojištění zaměstnanců). Vzhledem k právní úpravě nemocenského zabezpečení žáků a studentů jsou děti rodinnými příslušníky pro účely nemocenského zabezpečení prakticky jen v době do skončení základní školy. Situace, že dítě ve věku po skončení základní školy bude rodinným příslušníkem pro účely nemocenského zabezpečení, bude v praxi spíše výjimečná. Děti, které se soustavně připravují na budoucí povolání předepsaným výcvikem nebo studiem, jsou samy účastny nemocenského zabezpečení (nejčastěji zabezpečení žáků středních škol a studentů vysokých škol). Pokud jde o děti, které nejsou pro nemoc nebo tělesnou či duševní vadu trvale neschopny k práci, mohou být poživateli invalidního důchodu a v takovém případě rovněž nemohou být považovány za rodinné příslušníky pro účely nemocenského zabezpečení.

Shora uvedená právní úprava ve svých důsledcích vede k tomu, že pracující, u něhož pracovní neschopnost vznikla za okolností vylučujících nárok na nemocenské nebo který porušil léčebný režim, a který je bezdětný, je z hlediska sankcí v nemocenském zabezpečení ve stejné situaci jako pracující, který má sice nezaopatřené děti, jež však jsou účastny nemocenského zabezpečení (např. jako žáci střední školy). Současný právní stav jde v tomto směru proti smyslu zákonů upravujících nemocenské zabezpečení a troufám si tvrdit, i proti úmyslu zákonodárce. Postupné rozšiřování účasti na nemocenském zabezpečení především u žáků středních škol, které je samo o sobě pozitivní, znamenalo současně negativní dopad ve dvou shora uvedených situacích, neboť nemohou být nadále považovány za rodinné příslušníky.

De lege ferenda je třeba proto pro účely dvou shora uvedených sankčních ustanovení v nemocenském zabezpečení (tj. u vzniku pracovní neschopnosti za okolností vylučujících nárok na nemocenské a u porušení léčebného režimu) výslovně stanovit, že za rodinné příslušníky se pro tyto případy považují i nezaopatřené děti, které jsou samy účastny nemocenského zabezpečení (tj. především žáci středních škol a studenti vysokých škol).

Podpora při ošetřování člena rodiny

Nezbytnost ošetřování člena rodiny zbavuje pracovníka za určitých podmínek výdělků za práci. Účelem podpory při ošetřování člena rodiny je proto hmotně zabezpečit pracovníka po určitou, zákonem přesně vymezenou dobu, kdy se z důvodů ošetřování člena rodiny nemůže zúčastnit pracovní činnosti.

Podpora při ošetřování člena rodiny se neposkytuje zpravidla po celou dobu ošetřování člena rodiny, ale pouze po zákonem stanovenou dobu. Úmyslem zákonodárce bylo při déletrvajícím potřebě ošetřování umožnit pracovníkovi a jeho rodině, aby další ošetřování zajistili jiným způsobem (např. ošetřováním jinou osobou, umístěním v nemocnici apod.).

V současné době však je právě doba poskytování podpory při ošetřování člena rodiny (která podle platné úpravy činí tři pracovní dny, s možností dobrovolného prodloužení o další tři pracovní dny, resp. u osamělých pracovníků až o devět pracovních dnů) nejvýznamnějším problémem u této dávky.³⁵⁾

Skutečností je, že s růstem ekonomické aktivity žen a snižováním věku matek se stále méně daří zajistit péči o nemocného člena rodiny (resp. zdravé dítě ve věku do deseti let) jinou osobou. Dosavadní délka doby poskytování této dávky v řadě případů nekryje dobu skutečné potřeby ošetřování, zejména u mladších dětí, kde doba léčení mnohých dětských onemocnění činí zpravidla 10—14 kalendářních dnů.

Domnívám se, že de lege ferenda bude nutné zvážit prodloužení doby poskytování podpory při ošetřování člena rodiny tak, aby tato doba kryla alespoň běžná dětská onemocnění. Otázka dalšího prodlužování podpory při ošetřování člena rodiny je především otázkou ekonomických možností československého národního hospodářství.

Závažnou a diskutabilní otázkou zůstává, zda dávat přednost prodlužování zákonného nároku na podporu při ošetřování člena rodiny či zda spíše prodlužovat dobu možného dobrovolného poskytnutí této dávky. I když obě shora uvedené formy prodlužování doby poskytování podpory při ošetřování člena rodiny jsou v zásadě možné, domnívám se, že zejména hledisko sociální jistoty svědčí ve prospěch prodlužování doby zákonného nároku na podporu při ošetřování člena rodiny.

Dosavadní praxe ukazuje, že přes metodické vedení orgánů rozhodujících o dobrovolném přiznávání podpory při ošetřování člena rodiny a přes

³⁵⁾ Poznamenáváme, že s účinností od 1. 7. 1987 došlo zákonem č. 53/1987 Sb., o změnách v nemocenském zabezpečení, k prodloužení poskytování podpory při ošetřování člena na pět pracovních dnů, s možností dobrovolného prodloužení o další dva pracovní dny, resp. u osamělých pracovníků až o osm pracovních dnů.

snahu sjednocovat praxi v tomto směru i metodickými pokyny,³⁶⁾ existují v jednotlivých organizacích i odvětvích národního hospodářství značné rozdíly v dobrovolném přiznávání podpory při ošetřování člena rodiny. Dobrovolné poskytnutí dávky se tak v řadě případů neřídí okolnostmi konkrétního případu, osobností pracujícího a celkovou sociální situací, ale je odvislé spíše od situace (někdy i momentální) v organizaci či v odvětví. V některých případech (a bohužel nejsou v praxi ojedinělé) tak odborové orgány na závodě, které rozhodují o dobrovolném poskytnutí dávky u pracovníků, jsou pod výrazným vlivem hospodářského vedení a minimálně přihlížejí k individuálním okolnostem jednotlivých případů. Nejhorší situace je u feminizovaných odvětví národního hospodářství, kde se lze setkat s i organizacemi, ve kterých odborové orgány podporu při ošetřování člena rodiny jako dobrovolnou dávku nad zákonný nárok prvních třech pracovních dnů prakticky vůbec neposkytují.

Ze shora uvedených důvodů se proto domnívám, že podpora při ošetřování člena rodiny by měla být prodlužována jako obligatorní dávka s výrazným omezením, resp. v dalším vývoji případně úplným vyloučením možnosti dobrovolného přiznávání této dávky. Obligatorní úprava poskytuje občanům sociální jistotu, kterou dávka fakultativní dát nemůže, a navíc zajišťuje jednotné nároky a jednotné posouzení pro všechny občany.



Závěrem bych chtěl zdůraznit, že vzhledem k rozsahu studie a k jejímu účelu a zaměření bylo možné se zabývat pouze základními a především teoretickými problémy současné právní úpravy nemocenského zabezpečení. Těžiště bylo zaměřeno na obecné společné otázky nemocenského zabezpečení. Závěrečná část studie se věnuje nejvýznamnějším dávkám nemocenského zabezpečení, poskytovaným v souvislosti s nemocí, především nemocenskému. V této části nebyly zdaleka zmíněny všechny aplikační problémy a ani ne všechny otázky, které si de lege ferenda zřejmě vyžádají nové řešení. Studie se zaměřila pouze na některé vybrané problémy, které autor považuje za zásadního charakteru. Studie se prakticky vůbec nezabývala aktuálními problémy dávek v mateřství, poskytovaných z nemocenského zabezpečení, ani přídatky na děti. Posledně uvedená problematika by si vyžadovala samostatné zpracování.

³⁶⁾ Srov. J. Zemanová, Z. Přeslička, M. Bělina: Podpora při ošetřování člena rodiny. Národní pojištění 11/1981, str. 12 a násl.

ИЗБРАННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ БОЛЕЗНИ

Резюме

Статья занимается избранными основными вопросами обеспечения в случае болезни. Обеспечение в случае болезни относится к основным организационно-правовым системам социального обеспечения. Социальное обеспечение не представляет собой кодифицированную отрасль права, область обеспечения в случае болезни урегулирована в законодательном порядке самостоятельно (по сути дела независимо от других организационно-правовых систем социального обеспечения).

Обеспечение в случае болезни в настоящее время остается практически единственной и последней составной частью социального обеспечения, правовое урегулирование которого не унифицировано посредством единого закона для всех трудящихся. Урегулирование обеспечения в случае болезни раздроблено, таким образом, в несколько самостоятельных законов с собственными подзаконными актами, которые регулируют права отдельных групп трудящихся самостоятельно. Объединение указанных регулировок в едином законе об обеспечении в случае болезни представляет собой, таким образом, одну из самых актуальных задач законодательства в области социального обеспечения.

В данной взаимосвязи необходимо, естественно, взвесить и решить существующие различия между отдельными системами обеспечения в случае болезни с вещественной, процессуальной и организационной точек зрения, включая образование ресурсов и финансирование средств обеспечения в случае болезни.

С точки зрения общей системы обеспечения в случае болезни и ее комплексности и цельности, несмотря на факт, что система пособий в случае болезни в прошлые 30 лет дополнилась лишь единственным пособием — выравнивающим пособием в беременности и материнстве — кажется, что нет необходимости в дополнении существующей системы другими пособиями. В дальнейшем развитии, по моему мнению, место будет иметь совершенствование существующей системы пособий, а не ее расширение. Скорее может возникнуть вопрос противоположный, то есть, вопрос о том, не выпустить ли некоторые пособия из указанной системы.

Условиями права на надбавки на детей согласно § 17 ч. 1 закона № 88/1968 СЗ, о продлении декретного отпуска (отпуска по беременности и родам), о пособиях в материнстве и надбавках на детей за счет страхования на случай болезни, является м. п. также то, что у работника определенная нагрузка и что работник отработал в месяц определенный срок. Условия, в частности условие отработанного времени, не связаны с целью пособия; страхование на случай болезни обеспечивает здесь функции, надлежащие иначе трудовому праву. В настоящий период развития нашего общества можно поставить вопрос о том, что не являются ли требуемые условия уже устаревшими. Продолжая такие рассуждения, можно де леге ференда поставить вопрос о том, урегулировать ли в будущем (вообще) надбавки на детей как пособие обеспечения в случае болезни, или же их из этой системы выпустить. Надбавки на детей можно было бы предоставлять в качестве государственного пособия, связывая их только с условием, что у гражданина есть необеспеченные дети. Аналогичные рассуждения касаются также пособия при рождении ребенка и на погребение.

При предполагаемом понимании пособиями по обеспечению на случай болезни остались бы только пособия, заменяющие заработную плату, то есть, пособия в слу-

чае болезни, пособие по уходу за членом семьи, пособие в беременности и материнстве, пособия в материнстве и курортном попечении. Остальные три вида пособий, то есть, надбавки на детей, пособие при рождении ребенка и пособие на погребение могли бы стать предметом урегулирования самостоятельным законом, или же скорее напрашивается урегулирование указанных пособий в едином законе вместе с законом о материнстве, то есть, в законе, регулирующем предоставление государственных пособий.

Правоспособность, дееспособность, процессуальная дееспособность граждан в области обеспечения в случае болезни не урегулирована; то же самое имеет место, м. п., также во всей области права социального обеспечения. Де леге ференда я полагаю, что целесообразно эти принципиальные вопросы в законе об обеспечении в случае болезни закрепить.

Также урегулирование давности в области обеспечения в случае болезни представляет собой один из принципиальных вопросов, решение которых нужно де леге ференда взвесить. Вещественных изменений, по моему мнению, потребует в будущем правовое регулирование сроков, в которые можно требовать от трудящихся или получателей пособий излишне внесенных сумм. Существующий 10летний объективный срок является несоразмерно длинным, кроме того существующие правила не включают ни субъективного срока. Соответствующим являясь бы, по нашему мнению, одногодичный субъективный и трехлетний объективный срок давности с тем, что в случае умышленных переплат целесообразно, видимо, сохранить 10летний объективный срок давности.

Несмотря на продвигающееся объединение и предметное сближение правовых урегулирований обеспечения в случае болезни отдельные категорий трудящихся, остаются определенные различия как в условиях для возникновения права на пособия, так относительно обстоятельств, оказывающих влияние на размер пособий. Эти определенные различия понимаются нами как дифференциация в области обеспечения в случае болезни. Единый закон об обеспечении трудящихся в случае болезни должен, правда, дифференциацию в указанной области далее ограничить, полностью устранить ее, однако, он не сможет. Определенные дифференциации являются обоснованными ввиду характера трудовой деятельности (напр., работники для нерегулярной работы), места исполнения работы (надомники) и т. п.

Преференция, по сравнению с этим, представляет собой более узкое понятие, чем дифференциация; она понимается нами в области обеспечения в случае болезни как предоставление льгот определенным группам трудящихся с учетом, в частности, исполнения определенной сложной, или опасной трудовой деятельности в предпочитаемой отрасли народного хозяйства, с учетом характера социальных событий или условий жизни. Самым дискуссионным я считаю предоставление льгот определенным категориям трудящихся.

В области обеспечения в случае болезни преференция касается трудящихся в горной промышленности с постоянным местом работы под землей в шахтах, угольных карьерах и вскрышах и эта преференция состоит в более высокой чистой поденной заработной плате (180 крон по сравнению со 150 кронами чистой поденной заработной платы при пятидневной рабочей неделе в общей регулировке) для определения пособий обеспечения в случае болезни, замещающих заработную плату. Льготное урегулирование имеет силу также для членов вооруженных корпусов по профессии, которые в течение первого месяца нетрудоспособности имеют право на служебные доходы вместо пособий в случае болезни. По моему мнению является дискуссионным, если также в будущем целесообразно переносить льготы, которые полностью оправданы, в частности, в области заработной платы, в систему обеспечения в случае

болезни. Я полагаю, что преимущество социалистического обеспечения в случае болезни как раз и состоит в единстве этой системы и что в интересах этого единства нужно предоставлять льготы весьма осмотрительно и только там, где это является полностью обоснованным и необходимым, чтобы излишним их использованием не нарушить единства социального обеспечения. Я полагаю, что в системе обеспечения в случае болезни следует постепенно прийти к устранению даже существующих преференций, так как они с теоретической точки зрения не являются в достаточной степени обоснованными.

Miroslav Bělina

SELECTED HEALTH SECURITY PROBLEMS

Summary

The study deals with selected basic health security questions. Health security is one of the social security fundamental organisational legal systems. Social security is not a codified branch of the law and the health security sphere is regulated by separate legislations (in the main independent of the other social security organisational legal systems).

Health security is at present practically the only and last part of social security not regulated by uniform statute for the working population as a whole. Thus, the health security ruling is split in several separate statutes with their own implementing regulations governing the rights of the various groups of the working population separately. Unification of the regulations in a uniform working people's health security statute is, therefore, one of the most pressing tasks of the social security legislation.

However, in connection therewith considered and resolved would have to be obviously the existing differences between the various health security systems from the substantive, procedural and organisational aspects, including the provision of resources and financing of the health security funds.

From the aspect of the overall system of health security allowances, of its complexity and compactness, despite the fact that the health security system of benefits had been in the past 30 years complemented by a single allowance — the pregnancy and maternity compensation contribution — it would appear that the existing system does not need to be extended by additional allowances. Future developments will concern, in my opinion, improvements in the existing system of benefits rather than its extension. To the contrary, the question may arise, whether some of the allowances should not be left out of the health security system.

Among the conditions of the right to children allowances are, pursuant to Section 17, Par. 1 of the Act on the extension of maternity leave, on maternity allowances and on children allowances from the health insurance No. 88/1968 Coll., also that a worker shall have in his employment the prescribed hours of duty and that he had in the calendar month worked the fixed time. Such conditions, mainly the condition of the time worked, have no connection with the purpose of the benefit and the health insurance substitutes in this instance functions otherwise appertaining to labour law. At the present development stage of this country's society may arise the question, whether these conditions had not been surpassed. If one were

to go further in these considerations, the question could be asked *de lege ferenda*, whether children allowances should in future be (generally) regulated as health insurance benefits or whether they could not be left out of the system. Children allowances could then be granted as state contribution and be subject to compliance with the condition that the citizen has not provided for children. Similar considerations apply to the allowance granted on the occasion of a child's birth and to funeral charges relief.

In the proposed conception would as health security benefits be retained money allowances replacing wages, i.e. sickness benefit, sick family member attendance relief, pregnancy and maternity compensation contribution, maternity money relief and health resort (spa) cure only. Other money allowances, i.e. children allowances, child birth relief and funeral charges relief could be governed by a separate statute or such benefits could be rather provided by a single statute together with the maternity statute, i.e. in a statute governing state contribution grants.

Capacity to exercise rights and to discharge duties, legal capacity, capacity to sue and to be sued and capacity to commit lawless acts are not regulated by the health security, the same as by the whole social security law. In my opinion *de lege ferenda* should these fundamental questions be enacted in the health security statute.

Limitation (negative prescription) ruling in health security is also one of the questions of principle to be considered *de lege ferenda*. In my opinion substantive changes would be in the future required by the regulation of terms, by which overpayments are recoverable from the working population or recipients of money benefits. The existing 10 years objective term appears to be inadequately long, moreover subjective term is unknown to the existing regulations. Adequate in my opinion would appear one year subjective and three years objective term of limitation with the proviso that for overpayments intentionally caused would be right to retain the 10 years objective term of limitation.

Despite a continueing unification and substantive bringing together of health security ruling on the various categories of the working population, some differences in the conditions of origin of the right to benefits as well as in the facts affecting their amount of remain. Such differences are understood as differentiation in health security. A uniform working people's health security statute should restrict health security differentiations, but could not eliminate them entirely. Some differentiations are justified with a view to the character of the work performed (e.g. jobbing workers), to the workplace (home workers) etc.

Preference is on the other hand a narrower term than differentiation, in health security understood as advantaging certain groups of the working population, performing some difficult or risky work in a preferred branch of the national economy, in respect of the character of social events or of living conditions. In my opinion most debatable is the advantage granted to certain categories of the working population.

In health security preference is applicable to workers with permanent workplace in underground mines, in open-cast mines and in overburden removal, such preference consisting in crediting higher daily net wage (180 Czechoslovak Crowns compared to 150 daily net wage in a five days working week generally credited) for the fixing health security money allowances replacing wages. The advantageous ruling applies also to professional members of the armed services who, in the first month of disablement, are entitled to their emoluments instead to sickness benefits. To my mind it is debatable, whether it would be fitting in future to transmit prefer-

ences, perfectly justified mainly in the sphere of wages, to the health security system. I think that the very unity is a virtue of the socialist health security system and in the interest of the unity preferences should be applied with particular care and only wherever it is fully justified and indispensable, so that their excessive application would not impair the social security unity. I consider that removed gradually from the health security system should be even the existing preferences, because they are not enough justified from the theoretical aspect.

EVA NOVOTNÁ

K POJETÍ INVALIDITY A ZABEZPEČENÍ INVALIDNÍCH OSOB

Invalidita a zabezpečení invalidních osob patří v oblasti důchodového zabezpečení vedle zabezpečení ve stáří k nejvýznamnějším a nejaktuálnějším okruhům problémů, a to jak z hlediska počtu zabezpečených osob, tak z hlediska rozsahu nákladů na toto zabezpečení. Jde o okruh otázek velmi dynamicky se vyvíjejících v závislosti na změnách v pracovních i životních podmínkách a celkovém vývoji dané společnosti.

Podrobná analýza problematiky zabezpečení při invaliditě by vyžadovala monografické zpracování (které zatím v naší literatuře postrádáme). Tato studie si neklade tento cíl, nýbrž zaměřuje se na vystižení obecných vývojových tendencí v pojetí invalidity a zabezpečení invalidních osob ve světě, s konkretizací na příkladech z některých socialistických zemí i průmyslově vyspělých kapitalistických zemí v Evropě. Její těžiště spočívá v rozboru charakteristických rysů vývoje pojetí invalidity a zabezpečení invalidních osob v československém sociálním zabezpečení a analýze postavení občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem podle platných předpisů sociálního zabezpečení i pracovního práva. V závěru jsou nastíněny perspektivy dalšího rozvoje zabezpečení a ochrany invalidních osob v československém právním řádu se zřetelem k hlavním směrům hospodářského a sociálního rozvoje ČSSR na léta 1986—1990.

I. OBECNĚ K POJETÍ INVALIDITY A VÝVOJOVÝM TENDENCÍM V ZABEZPEČENÍ INVALIDNÍCH OSOB

Problematika invalidity a rehabilitace soustřeďuje stále větší pozornost různých vědních disciplín. Tato tendence, projevující se výrazně od 70. let ve všech průmyslově vyspělých zemích na světě, zřejmě souvisí s tím, že stále vzrůstá počet invalidních osob v důsledku úrazů (zejména

v dopravě) a různých chorob, přičemž v souvislosti s pokrokem v oblasti lékařství se daří stále větší počet postižených osob zachovat naživu, často však jako invalidních. To má za následek značný vzrůst nákladů na zabezpečení invalidních osob.

Pokud jde o socialistické země, je třeba vzít v úvahu, že v důsledku vyčerpání nebo omezených možností získání dalších zdrojů pracovních sil vzrůstá význam využití zbývajících pracovní schopností invalidů.

Pojmu invalidita se používá v nejrůznějších souvislostech v praxi i v různých vědních oborech, takže jde zároveň o pojem medicínský, ekonomický, sociologický a právní.¹⁾ Medicínská kategorie invalidity vychází především ze souvislosti mezi nemocí a možnostmi jejího léčení (zjednodušeně řečeno se jako invalidní jeví ten, koho nelze vyléčit). Ekonomická kategorie invalidity má na zřeteli zejména změnu v životní úrovni zdravotně postiženého a sociologická kategorie invalidity sociální důsledky této změny. Invalidita ve smyslu právním musí splňovat podmínky stanovené platnou právní úpravou. Jednotlivým prvkem různých významových odstínů pojmu invalidita je však dlouhodobě nepříznivý stav se závažnými důsledky.

Schopnost člověka pracovat prochází v průběhu života zákonitým vývojem od bezmocnosti novorozence přes rozvoj pracovní schopnosti v procesu vzdělávání a získávání zkušeností v praxi až k jejímu postupnému omezování v důsledku procesu stárnutí. Tento vývoj celkové funkční zdatnosti organismu, ovlivňovaný též různými patologickými a degenerativními procesy, se odráží ve schopnosti jednotlivce vyrovnávat se se životním a pracovním prostředím a zajišťovat sobě i členům rodiny určitou životní úroveň prostřednictvím účasti na společenském pracovním procesu.

Dojde-li ke snížení nebo omezení možností organismu vyrovnávat se s působením nejrůznějších jevů a vlivů vnějšího prostředí, lze hovořit o poruše zdraví, neboli disfunkci organismu.

Termínem invalida byl tradičně označován člověk, který v důsledku vady nebo poškození zdraví ztratil zcela nebo zčásti schopnost k výkonu práce, případně k výkonu vojenské služby. V doporučení č. 99 Mezinárodní organizace práce z roku 1955 nacházíme následující vymezení pojmu invalida — je to osoba, jejíž možnosti získání nebo zachování zaměstnání jsou zmenšené v důsledku zmenšené schopnosti fyzické nebo psychické. Toto pojetí je východiskem doporučení v oblasti profesionální adaptace a readaptace, sleduje tedy cíle rehabilitační. Disfunkce organismu je při tomto pojetí příčinou invalidity. Charakteristickými znaky tohoto pojetí jsou element profesionálně ekonomický a biologický.

¹⁾ Srov. K. Nový a kol.: Právní rádce invalidních občanů. Panorama, Praha 1985, str. 124.

Cíle rehabilitační vyžadují individualizující pojetí invalidity, nikoliv schematické pojetí, které se v praxi řady zemí ukázalo jako nevyhovující ve vztahu k moderní rehabilitaci. Z hlediska rehabilitace mají význam především ty případy neúplné pracovní schopnosti, kde je určitá naděje na obnovení pracovní schopnosti. Důležité je, aby zdravotně postižený neviděl cíl v získání invalidního důchodu, ale v profylaxi a rehabilitaci.

Pro hmotné zabezpečení občana z prostředků sociálního zabezpečení má zásadní význam, zda je disfunkce jeho organismu dočasná nebo dlouhodobá, případně trvalá. Dlouhodobá pracovní neschopnost ovšem není nezměnitelným zdravotním stavem. Podstata rozlišování dočasné a dlouhodobé pracovní neschopnosti spočívá v prognóze, zda lze v poměrně krátké době obnovit pracovní schopnost nebo zda zdravotně postižený je zřejmě na dlouhou dobu, popř. trvale zbaven schopnosti vykonávat za obvyklých pracovních podmínek určité zaměstnání.

Kdysi byla invalidita spojována především s poruchami pohybového ústrojí způsobenými úrazy (viz pojem mrzák). Pojetí invalidity vzniklo nejprve jako pojetí invalidity úrazové v 19. století v souvislosti se zaváděním strojů do výroby zboží. Vyskytovalo se v zákonodárství průmyslově se rozvíjejících zemí v různých definicích, sloužících různým cílům právní úpravy.

Bismarckovská koncepce sociálního zabezpečení představovala úzký rozsah osobní působnosti předpisů týkajících se zabezpečení invalidních osob, vztahovaly se pouze na pracovníky v průmyslu a obchodu. Další vývojovou etapu představovala tzv. beveridgeovská koncepce minimálních záruk existence pro veškeré obyvatelstvo, jejíž uplatnění se odrazilo i v podstatném rozšíření okruhu osob, zabezpečených pro případ invalidity (spadají sem již také rolníci, řemeslníci, pracovníci svobodných povolání).

Na rozdíl od invalidity úrazové zůstávala invalidita vrozená mnohem delší dobu mimo sféru právní úpravy sociálního zabezpečení. Souviselo to s vysokou úmrtností osob s vrozenými vadami a také s pojetím, že rodina má odpovídat za existenci těchto osob. Rozvoj medicíny, industrializace a urbanizace však i zde postupně přinesl nové přístupy. Čím dále tím větší procento těchto osob se začalo dožívat vyššího věku a počalo se ukazovat, že je nelze izolovat a nechat jejich existenční podmínky závislé pouze na ekonomických možnostech jejich příbuzných, na dobročinnosti a soukromé iniciativě.

V současnosti je nejčastěji invalidita zapříčiněna chorobami krevního oběhu, zatímco na choroby pohybového ústrojí připadá podstatně méně případů uznání invalidity. V souvislosti s tím vznikají značné problémy při určování rozdílů mezi dočasnou chorobou a trvalou disfunkcí organismu, tedy mezi dočasným či přechodným a trvalým omezením pracovní schopnosti. Přitom řešení této otázky je rozhodující pro řešení důležitého

právního problému, zda a od jaké doby se má jednat o zabezpečení při dočasné pracovní neschopnosti nebo naopak při invaliditě.

Další významný okruh problémů představují případy, kdy příčiny omezené pracovní schopnosti jsou smíšeného rázu — jak psychofyzické, tak jiné (typickým příkladem je omezená pracovní schopnost u alkoholiků a narkomanů). Právní sankce jsou zde často málo účinné a mnohem důležitější je včasné započetí s rehabilitací a resocializací.

Tento aspekt se snaží vyjádřit velmi široké pojetí invalidity jako souhrnu problémů, s nimiž se musí invalidní jednatlivec — na rozdíl od jiných osob — vyrovnávat ve vztahu k normálním podmínkám práce a života. V kapitalistických zemích se pak podle tohoto pojetí zařazují mezi invalidy nejen invalidé v důsledku úrazu nebo nemoci a invalidé s vrozenými vadami, ale také invalidé z příčin ekonomických a sociálních a hovoří se o invaliditě společenské (invalidními se pak jeví též nezaměstnaní, osoby migrující za výdělečnou činností apod.).²⁾

Se zřetelem ke stupni, rozsahu nebo závažnosti a také časovému trvání disfunkce organismu a jejím důsledkům, se rozlišují v předpisech sociálního zabezpečení různých zemí právní statusy občanů, označované nejčastěji jako:

- snížená pracovní schopnost s dočasným trváním;
- plná pracovní neschopnost s dočasným trváním;
- snížená, omezená nebo neúplná pracovní schopnost s dlouhodobým trváním;
- plná pracovní neschopnost s dlouhodobým trváním;
- bezmocnost.

Krátkodobé stavy poruchy zdraví bývají zahrnovány pod pojem pracovní neschopnost, naproti tomu dlouhodobé stavy poruchy zdraví bývají v teorii, legislativě i praxi sociálního zabezpečení spojovány s pojmem invalidita. Pojmy pracovní neschopnost a invalidita spolu úzce souvisejí, nelze je ovšem ztotožňovat. Pojem invalidita je komplexnější a zpravidla nepředstavuje jen dlouhodobou neschopnost k pracovní činnosti, kladoucí určité požadavky na fyzické a duševní schopnosti pracovníka. Vyplývá

²⁾ Pro účely diskuse k tématu „Podpora zaměstnanosti a sociální zabezpečení“ na 73. zasedání konference Mezinárodní organizace práce byl připraven Mezinárodním úřadem v Ženevě na základě zpráv z členských zemí Mezinárodní organizace práce materiál, v němž se uvádí, že existuje úzká souvislost mezi přiznáváním invalidními důchody a nezaměstnaností. V řadě zemí byly usnadněny podmínky vzniku nároku na invalidní důchod se zřetelem nejen k charakteru pracovní neschopnosti žadatele o důchod, ale též k jeho reálným perspektivám získat nové zaměstnání (uváděny jsou příklady z Itálie, NSR, Švédska). V Nizozemí jsou osoby částečně handicapované a bez zaměstnání zařazovány do vyšší kategorie invalidity s vyšším invalidním důchodem, takže invalidní důchody zahrnují v sobě určitý element podpory v nezaměstnanosti. Srov. Bureau international du Travail, Rapport IV (1), Promotion de l'emploi et sécurité sociale, Ženeva 1986, str. 21.

z ní zásadně též ztížení realizace řady životních funkcí člověka. Pojetí těchto pojmů v platné právní úpravě dané země je vždy též výsledkem určitého historického vývoje.

Přestože se často setkáváme s invaliditou jako pojmem příčinné souvislosti mezi dlouhodobou změnou zdravotního stavu a změnou v pracovním uplatnění člověka, který se vyvinul v důsledku nemoci, nelze opomíjet podstatný rozdíl v nestejné vnitřní dynamice zdravotního stavu při nemoci a invaliditě. Nemoc je fází více dynamickou, invalidita fází fyziologického procesu s určitými prvky statickými. Dočasná pracovní neschopnost zpravidla neznamena pro pracujícího podstatnou změnu života. Naproti tomu invalidita si často vynucuje podstatnou změnu způsobu života jednotlivce i jeho rodiny.

Definici přechodu dynamického stavu ve stav statický může právní norma řešit věcně nebo časově. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav lze např. charakterizovat nevyvratitelnou právní domněnkou jako stav, který trvá déle než jeden rok (tzv. řešení časové), nebo lze vyjít z presumpce ustálenosti nepříznivého zdravotního stavu (tzv. řešení věcné).

Vývoj dočasné pracovní neschopnosti směrem k invaliditě může být velmi složitý, dokud rozsah zdravotního postižení není ještě ustálen a nemá tudíž povahu trvalé změny. Proto v některých zemích byl v právní úpravě sociálního zabezpečení zaveden určitý mezičlánek mezi nemocenským a invalidním důchodem ve formě částečného nemocenského kombinovaného s výdělkem nebo ve formě dočasného invalidního důchodu.

Velmi významnou problematiku představuje v oblasti sociálního zabezpečení rovněž způsob řešení vztahu mezi zabezpečením při invaliditě (invalidním důchodem) a zabezpečením ve stáří (starobním důchodem). Invalidita a stáří mají některé shodné prvky, zároveň však jsou mezi nimi důležité rozdíly, které nelze opomíjet.

Invalidizace, tj. počet přiznaných invalidních důchodů ve vztahu k počtu obyvatelstva, roste rychleji ve vyšších věkových kategoriích, což souvisí se skutečností, že lékařství je zatím podstatně méně úspěšné při léčení chorob vyskytujících se především ve vyšším věku (choroby krevního oběhu a zhoubné nádory) než při léčení ostatních onemocnění, postihujících spíše mladší věkové kategorie.

Stáří je na rozdíl od invalidity procesem nikoliv patologickým, nýbrž fyziologickým, k němuž se patologické procesy zpravidla přidružují, nutně s ním však nejsou spojeny. Stáří zásadně nezpůsobuje plnou pracovní neschopnost, nýbrž postupné omezování pracovní schopnosti, které však bývá často kompenzováno dlouholetými profesionálními zkušenostmi a nemusí se proto negativně projevit v pracovních výsledcích.

Vznik stáří nelze spojovat s určitým datem, neboť jde o postupný proces, který probíhá sice na základě určitých zákonitostí, zároveň však

u každého jednotlivce individuálně, s působením celé řady různých faktorů. Proto je právní úprava nucena vycházet při stanovení důchodového věku jako podmínky vzniku nároku na starobní důchod z presumpce invalidity, tj. z předpokladu, že při dosažení určitého věku je již pracovní schopnost člověka tak omezena, že si nemůže zajistit dostatečnou životní úroveň vlastní prací. Tato presumpce je nevyvratitelná, neboť dokazování, že zdravotní stav člověka je v důchodovém věku ještě takový, že je schopen si nadále zajišťovat životní úroveň výdělečnou činností, by sice bylo možné, ale neúčelné. Poskytování starobního důchodu, pokud byly splněny stanovené podmínky vzniku nároku na tento důchod, nelze tedy odmítat s ohledem na příznivý zdravotní stav pracovníka. Otázku odchodu z profesionální aktivity je žádoucí ponechat na vlastním rozhodnutí každého pracovníka, i když je možné, aby toto rozhodování bylo z hlediska gerontologických poznatků a společenského zájmu ovlivňováno.

Skutečnost, že pracovník po vzniku nároku na starobní důchod pracuje, nelze pokládat za vyvrácení presumpce invalidity a pracovník má možnost kdykoliv profesionální aktivity zanechat a začít pobírat starobní důchod, pokud se pro takové řešení rozhodne.

V oblasti zabezpečení při invaliditě naproti tomu nelze v žádném případě vycházet z presumpce invalidity. Naopak, povaha zdravotního postižení musí být všestranně prokázána, neboť zabezpečit invalidním důchodem práceschopné občany by znamenalo nejen plýtvání prostředky sociálního zabezpečení, ale mělo by též řadu negativních vlivů na člověka, který by byl zbytečně vyřazen ze společenského pracovního procesu.

Invaliditu však rovněž není správné chápat jako předčasné stáří, i když toto pojetí se v sociálním zabezpečení řady zemí poměrně dlouho uplatňovalo a stále ještě uplatňuje. Odráží se především v dávkové formulaci invalidního důchodu, představující takový způsob určování výše invalidního důchodu, při němž se vychází ze skutečně odpracované doby zaměstnání a doby zaměstnání, která by pravděpodobně byla odpracována, kdyby k invaliditě nedošlo (tzv. přičtená doba), do dosažení věku stanoveného pro vznik nároku na starobní důchod (přičtené doby vedou k přičítání zvyšovacích částek nad základní výměru výše důchodu).

Invalidní důchod při tomto pojetí tedy v podstatě představuje předčasně vyplácený starobní důchod. Invalidita se pak jeví jako „předčasné stáří“, při němž je invalidní osoba zabezpečena invalidním důchodem odpovídajícím výši starobního důchodu, kterého by pravděpodobně dosáhla, kdyby nedošlo ke vzniku invalidity a kdyby pokračovala v zaměstnání do vzniku nároku na starobní důchod. Kompenzace ztráty pracovní schopnosti v důsledku invalidity takto určenou výší invalidního důchodu je ovšem značně problematická (a to tím více, čím nižší je věk, v němž došlo ke vzniku invalidity), neboť sotva lze odhadovat, jaký by byl další profesionální

vývoj a výše příjmů s ním spjatá u invalidní osoby, kdyby nedošlo k invaliditě.

Dokud možnosti léčebné a pracovní rehabilitace byly ještě velmi omezené, znamenala invalidita skutečně v mnoha případech trvalé vyřazení pracovníka z pracovního procesu a jeho odkázanost na prostředky sociálního zabezpečení. Značný pokrok, který v této oblasti nastal zejména v uplynulých dvaceti letech, však umožnil v poměrně značném počtu zařazovat invalidní osoby znovu do pracovního procesu.

V oblasti teorie sociálního zabezpečení jsou podle určitých kritérií rozlišovány různé koncepte invalidity.³⁾ Můžeme je členit takto:

a) koncepte tzv. invalidity fyzické, vycházející z hlediska fyziologického funkčního; invalidita je zde posuzována podle rozsahu zhoršení fyziologických schopností, způsobených ztrátou nebo zhoršením činnosti určitého orgánu. Zjednodušeně lze říci, že zdravotně postižený je srovnáván se zdravým a práce schopným člověkem. Důsledky změny zdravotního stavu se vyjadřují procentuálně. Při této koncepci se nepřihlíží k ekonomickým a profesionálním důsledkům invalidity;

b) koncepte tzv. invalidity profesionální (stavovské) vycházející z hodnocení změn v profesionálním životě postiženého; bere v úvahu dosavadní povolání před vznikem invalidity, resp. zaměstnání v určitém oboru či odvětví a nemožnost jeho výkonu v důsledku změny zdravotního stavu;

c) koncepte tzv. invalidity všeobecné, vycházející z příčinné souvislosti mezi změnou zdravotního stavu a nemožností uplatnění postiženého v jakémkoliv zaměstnání. Tato koncepte usiluje o stimulování zájmu zdravotně postiženého o určité pracovní uplatnění, přiměřené jeho zdravotnímu stavu, tedy o využití jeho zbývajících pracovních schopností (tzv. validity) tím, že zásadně připouští uznat za invalidního pouze postiženého, pro něhož je jakékoliv soustavné zaměstnání za obvyklých pracovních podmínek vyloučeno.

Koncepte všeobecné invalidity nachází široké uplatnění nejen v legislativě, ale i důsledně i v praxi pouze v socialistických zemích, kde společnost může nabídnout nejrozličnější možnosti uplatnění bývalé kvalifikace při výkonu jiného vhodného zaměstnání po určité pracovní adaptaci. Invalidní důchod není pak výrazem kompenzace ztráty pracovní schopnosti v pojištěném zaměstnání, ale přiměřeného zabezpečení ze společenských spotřebních fondů a zároveň i projevem úsilí o sociální a pracovní reintegraci invalidního občana.

³⁾ Srov. L. Pisca: Invalidita a jej posudzovanie. Právny obzor 1961, str. 170; L. Brejla, R. Bureš: Studie o koncepci a definici invalidity v sociálním zabezpečení. Výzkumný ústav sociálního zabezpečení, Praha 1969; M. Kalenská a kol.: Československé právo sociálního zabezpečení. Panorama, Praha 1986, str. 221.

V právní úpravě sociálního zabezpečení v socialistických zemích se zásadně setkáváme s kategorizací invalidních občanů pro účely poskytování invalidních důchodů do tří skupin, a to podle stupně ztráty pracovní schopnosti.

První skupina invalidity bývá určena:

- a) občanům, u nichž došlo k plné, stálé nebo dlouhodobé ztrátě pracovní schopnosti, jež vyžaduje soustavné poskytování cizí pomoci;
- b) občanům, kteří přes funkční narušení a potřebu pomoci nebo obsluhy mohou být adaptováni jednotlivým druhům pracovní činnosti ve zvlášť organizovaných pracovních podmínkách.

Druhá skupina invalidity bývá určena:

- a) občanům, u nichž došlo k plné, stálé nebo dlouhodobé ztrátě pracovní schopnosti v důsledku narušení funkcí organismu, kteří však nepotřebují soustavnou pomoc;
- b) občanům, kterým by všechny druhy práce po delší dobu způsobovaly zhoršení jejich onemocnění;
- c) občanům z těžkými chronickými onemocněními, kombinovanými defekty pohybového ústrojí nebo značným zhoršením zraku, pro které by práce připadala v úvahu pouze za zvlášť vytvořených podmínek.

Třetí skupina invalidity bývá určena:

- a) občanům, u nichž je nezbytný přechod na práci jiné profese s nižší kvalifikací v důsledku zdravotního stavu;
- b) občanům, jejichž zdravotní stav vyžaduje značné změny pracovních podmínek, s čímž je spojeno i zúžení rozsahu pracovní činnosti;
- c) občanům, u nichž jsou značně omezeny možnosti pracovního zařazení v důsledku výrazných funkčních narušení jejich organismu a kteří mají pouze nižší kvalifikaci, anebo dosud žádné zaměstnání nevykonávaly;
- d) občanům, kteří v důsledku anatomických defektů nebo deformací mají značné potíže při výkonu jakékoliv profesionální činnosti.

II. K POJETÍ INVALIDITY

A ZABEZPEČENÍ INVALIDNÍCH OSOB

V NĚKTERÝCH KAPITALISTICKÝCH ZEMÍCH (FRANCIE, NSR)

Francie

Předpisy sociálního zabezpečení ve Francii umožňují poskytovat při plné nebo částečné ztrátě výdělečné schopnosti následující plnění:

— doživotní rentu, jestliže se jedná o neschopnost k výkonu zaměstnání vzniklou v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání (l'incapacité);

— invalidní rentu, jestliže se jedná o neúplnou pracovní schopnost omezující výdělečné možnosti v rozsahu aspoň dvou třetin, pokud tato vznikla v důsledku nemoci nebo úrazu bez souvislosti s výkonem práce (l'invalidité);

— předčasný starobní důchod, vyplácený od 60. roku života (jinak přísluší starobní důchod až od 65 let), jestliže došlo předčasným vyčerpáním organismu k nedostatečné pracovní zdatnosti (l'inaptitude au travail).

Zmíněné formy kompenzace ztráty výdělku, jejichž výše je diferencována v závislosti na rozsahu pracovní neschopnosti, mají v podstatě paušální charakter.⁴⁾ Způsoby určování výše rent jsou založené na poměrně složitých výpočetních technikách (jejich rozbor by si vyžadoval více místa, proto s ohledem na rozsah této studie jej nebudeme provádět). Koncepce paušální kompenzace vznikla v protikladu ke koncepci kompenzace ztráty na výdělku v podobě náhrady škody ke konci 19. století. Při přípravě zákona, upravujícího kompenzaci majetkových důsledků pracovních úrazů, který byl přijat ve Francii v roce 1898, došlo ke kompromisu mezi zastánci odpovědnosti za vinu a zastánci odpovědnosti za riziko při úpravě odpovědnosti za pracovní úrazy. Bylo přijato pojetí odpovědnosti za riziko, a zároveň bylo zavedeno paušální odškodňování v rozsahu poloviny vzniklé škody. V dalším vývoji pak postupně docházelo ke zvyšování rozsahu odškodňování.

Spory, týkající se rozsahu pracovní neschopnosti, posuzuje na návrh poškozeného zvláštní komise složená ze soudců, lékařů, jakož i představitelů organizací pracovníků i organizací zaměstnavatelů. Složení komise má odpovídat potřebě hodnocení rozsahu pracovní neschopnosti v každém konkrétním případě komplexně, se zřetelem k aspektům právním, medicínským i profesionálním.

Francouzské sociální zabezpečení přiznává osobám s neúplnou pracovní schopností zvláštní nároky, jejichž způsob poskytování a výše záleží na tom, zda se jedná o osoby dospělé či nikoliv.

Osobám do 20 let věku, které splňují dále uvedené podmínky, se poskytují peněžitá plnění, umožňující získání zvláštního profesního vzdělání. Jedná se o následující podmínky:

— trvalá pracovní neschopnost v rozsahu aspoň 80 % nebo v rozsahu 50—80 % za předpokladu vstupu do zvláštní organizace určené pro zaměstnávání těchto osob;

⁴⁾ Srov. Y. Saint-Jours: L'indemnisation de la perte de capacité de gain dans le régime général de la sécurité sociale. Revue trimestrielle de droit sanitaire et social, 1976, str. 585.

— nemožnost hospitalizace, jakož i nemožnost dostatečného zabezpečení z prostředků sociálního zabezpečení, státu nebo veřejné péče. Rodina vyživující dítě, které vyžaduje péči třetí osoby, dostává příspěvek představující část výdělku, který je základem pro výpočet výše rodinných příspěvků.

Dospělá osoba s neúplnou pracovní schopností může pobírat uvedená plnění:

— jestliže má trvalou pracovní neschopnost v rozsahu aspoň 80 %, nebo nemůže nalézt zaměstnání — při menším procentu poškození zdraví;

— jestliže nemá nárok na invalidní rentu ani na starobní důchod v rozsahu odpovídajícím aspoň výši uvedeného peněžitého plnění;

— jestliže nemá majetkové prostředky, které by v její rodinné situaci postačovaly k jejímu náležitému materiálnímu zajištění.

Jestliže přiznání peněžitého plnění by vedlo ke zvýšení životních prostředků osoby s neúplnou pracovní schopností nad úroveň považovanou za dostačující, výše peněžitého plnění se redukuje na výši považovanou za dostatečnou (výše takového peněžitého plnění je o něco nižší než 50 % minimální mzdy). Přiznání uvedeného peněžitého plnění umožňuje zároveň naturální plnění z nemocenského zabezpečení a zabezpečení v mateřství a ve zvláštních případech zakládá též nárok na přidělení bytu.

Pokud profesní vzdělávání nedospělé osoby s neúplnou pracovní schopností nebo rozsah pracovní neschopnosti dospělé osoby vyžaduje umístění ve zvláštním zařízení, jsou tyto osoby umísťovány ve zvláštních organizacích léčebně výchovných, ve střediscích s trvalou péčí, rehabilitačních střediscích a jiných zařízeních. Náklady spojené s pobytem zmíněných osob v těchto zařízeních se hradí z prostředků sociálního zabezpečení, veřejné péče a někdy též z prostředků státu. Ve srovnání s potřebami a počtem zmíněných osob je však počet uvedených zařízení nedostatečný a jejich činnost naráží v praxi na značné potíže související zejména s nedostatkem kvalifikovaného personálu. Jako všichni sociální pracovníci, vydělávají zaměstnanci těchto zařízení poměrně velmi málo ve srovnání s jinými zaměstnanci.

Přibližně z miliónu osob s neúplnou pracovní schopností v produktivním věku polovina vykonává zaměstnání v normálních podmínkách, zatímco zaměstnávání druhé poloviny vyžaduje určitou pomoc ze strany společnosti. Je však možné konstatovat, že tato pomoc je rentabilní, vezmeme-li v úvahu, že její náklady jsou desetinásobně nižší než sociální zabezpečení těchto osob. Přesto úsilí v oblasti profesionální aktivizace osob s neúplnou pracovní schopností není ještě zdaleka dostatečné.

Profesionální adaptace má za cíl umožnit osobám s neúplnou pracovní schopností v důsledku úrazu, zejména oběťm pracovních úrazů, návrat

k výkonu původního povolání v podmínkách zmenšené fyzické schopnosti nebo překvalifikování k výkonu práce v jiném povolání. Profesionální adaptace se může uskutečňovat na základě rozhodnutí zvláštní komise v normálním podniku nebo bezplatně ve zvláštním zařízení. Během doby, po kterou probíhá profesionální adaptace, dostává osoba s neúplnou pracovní schopností peněžitý denní příspěvek nebo rentu z prostředků sociálního zabezpečení.

Nezávisle na tom mohou být osoby s neúplnou pracovní schopností v důsledku úrazu před započítáním profesionální adaptace účastníky bezplatné léčebné rehabilitace, jestliže tato může napomoci vyléčení úrazu nebo zmenšení rozsahu pracovní neschopnosti.

V praxi přináší profesionální adaptace osob s neúplnou pracovní schopností složité problémy, např. získání souhlasu zaměstnavatelů k přijetí osob s neúplnou pracovní schopností k profesionální adaptaci, vytváření zvláštních středisek profesionální adaptace, výběr vhodných povolání s ohledem na situaci na trhu práce, dlouhá doba pobytu osoby s neúplnou pracovní schopností mimo rodinu aj.⁵⁾ Výsledky získané v této oblasti jsou daleko od cílů, které si problematika profesionální adaptace musí klást.

Německá spolková republika

V NSR nastává intenzivnější rozvoj opatření v oblasti zabezpečení a rehabilitace invalidních osob až v průběhu 70. let v souvislosti s programem vytváření rehabilitačních středisek.⁶⁾ Právní úprava, týkající se rehabilitace invalidů, byla do té doby značně nesourodá a postavení invalidů bylo diferencováno v závislosti na příčinách invalidity, druhu invalidity a okolnostech, za kterých došlo k omezení či ztrátě pracovní schopnosti. V literatuře se proto hovořilo o „privilegovaných“ a „nepřivilegovaných“ invalidech.

U některých skupin invalidů zcela chyběla právní úprava, zaručující určité nároky, týkající se oblasti profesionální rehabilitace. Podstatné zlepšení v tomto směru přinesl teprve zákon o těžce zdravotně postižených z 29. 4. 1974, kde se vychází ze zásady, že z hlediska pracovní a společenské reintegrace invalidní osoby nemá příčina ani charakter zdravotního postižení podstatný význam. Předpokladem přiznání nároků upravených tímto zákonem je existence trvale omezené schopnosti k výdělečné činnosti v rozsahu aspoň 50 %. Osoby s omezenou pracovní schopností v rozmezí 30 % až 50 % mohou být na základě své žádosti uznány pracovním

⁵⁾ Srov. S. Darbon: Le système de protection des handicapés. Droit Social, 1974, str. 351.

⁶⁾ Srov. H. Scholler, S. Bross: Das Rehabilitationsverhältnis als soziales Betreuungsverhältnis. Zeitschrift für Sozialhilfe 1/1978, str. 1.

úřadem za těžce zdravotně postižené, jestliže z důvodu zdravotního postižení nemohou nalézt vhodné zaměstnání. Tento zákon zavedl povinnost zaměstnavatelů zaměstnat určitý počet těžce zdravotně postižených, jejich ochranu před výpovědí, dodatkovou dovolenou těžce zdravotně postižených a posílil práva jejich důvěrníků v podnicích.

Postup při řešení otázek profesionální rehabilitace byl pak nově upraven zákonem z 7. 8. 1974, který sice nepřinesl novou komplexní úpravu problematiky rehabilitace, avšak zformuloval následující zásady:

- nároky zdravotně postižených související s jejich pracovní, resp. profesionální rehabilitací uspokojuje jeden subjekt;

- zdravotně postižení mají právo na spoluúčast při řešení otázek, týkajících se jejich pracovní a profesionální rehabilitace;

- subjekty provádějící rehabilitaci jsou povinny poskytovat zainteresovaným osobám informace o možnostech léčebné i pracovní a profesionální rehabilitace, jakož i o nárocích s ní souvisejících;

- účast na rehabilitaci má přednost před zabezpečením invalidní rentou (tzn., že k přiznání invalidní renty má docházet teprve tehdy, jestliže se zdravotně postižený již účastnil rehabilitace nebo je zřejmé, že rehabilitace by neměla pozitivní výsledky).

Zákonem z 7. 5. 1975 došlo ke zlepšení právní úpravy, týkající se postavení osob invalidních od narození a v důsledku toho nepracujících, které do té doby nebyly pojaty do okruhu zabezpečených osob ve smyslu předpisů sociálního zabezpečení. Tzv. sociální zákoník, přijatý 11. 12. 1975 (obecná část), nepřinesl rozšíření nároků zdravotně postižených, ale přehledně uvedl výčet nároků těchto osob. V literatuře bylo kriticky poukázováno na skutečnost, že systém rehabilitace zdravotně postižených osob v NSR je konstruován z hlediska potřeb osob postižených tzv. invaliditou fyzickou a dostatečně nezohledňuje specifickou potřebu osob postižených duševními chorobami.

Nejzávažnější problém v oblasti pracovní a profesionální rehabilitace invalidních osob, který právní úprava nemůže vyřešit, však spočívá v tom, že zaměstnavatelům se jeví zaměstnávání dlouhodobě zdravotně postižených ekonomicky nerentabilním, a proto často raději platí sankce za nedodržování povinností týkajících se zaměstnávání těchto osob, než by tyto povinnosti, uložené předpisy sociálního zabezpečení, plnili.

III. K POJETÍ INVALIDITY A ZABEZPEČENÍ INVALIDNÍCH OSOB V NĚKTERÝCH SOCIALISTICKÝCH ZEMÍCH (SSSR, PLR)

Sovětský svaz

Invalidní důchody představují v sovětském právu sociálního zabezpečení plnění alimentárního charakteru, měsíčně vyplácená z fondů pro práce neschopné, ve výši přímo úměrné dřívějšímu výdělku pracovníka a přiznávaná v souvislosti s invaliditou osobám, které vykonávaly společensky prospěšnou činnost.⁷⁾ V této definici jsou jak znaky, které charakterizují všechny druhy důchodů v sovětském sociálním zabezpečení (měsíční vyplácení z fondů pro práce neschopné, přímá úměrnost výši dřívějšího výdělku), tak znaky, charakterizující pouze tento druh důchodů.

Znak přímé úměrnosti výše invalidních důchodů dřívějšímu výdělku však zahrnuje více výjimek než při zabezpečení ve stáří. Tyto výjimky se projevují jednak u osobních invalidních důchodů, jednak v tom, že některým kategoriím osob, které vůbec neměly výdělek, se invalidní důchody poskytují v pevné, zákonem stanovené výši. Mnoho specifického má u invalidních důchodů také znak společensky prospěšné činnosti, který je chápán širěji než pouze jako výkon práce dělníka, zaměstnance, člena družstva nebo výkon vojenské služby; zahrnuje totiž také proces vzdělávání a dále určité činnosti, konané v obecném společenském zájmu.

Zatímco při zabezpečení ve stáří a za výsluhu let má důležitou úlohu určitá doba trvání společensky prospěšné činnosti, při zabezpečení v invaliditě se pouze v některých případech vyžaduje určitá doba trvání takové činnosti (a to podstatně kratší, než je třeba pro starobní důchody a důchody za výsluhu let) a v jiných případech stačí pouze fakt, že došlo ke společensky prospěšné činnosti. V některých případech má podstatný význam doba, během níž došlo k takové činnosti, a také to, zda tato činnost byla placená či nikoliv (např. činnost týkající se ochrany socialistického vlastnictví, plnění občanské povinnosti aj.).

Základem vzniku práva na invalidní důchod je ovšem invalidita. Toto právo však vzniká teprve při splnění řady dalších podmínek, takže invalidita představuje pouze jednu z nich. Vzhledem k tomu, že invalidita může zaniknout v důsledku vyléčení, nevyznačují se invalidní důchody jednoznačně doživotním charakterem výplat. Mohou být vypláceny jak po určitou dobu neschopnosti k práci, tak do konce života dané osoby.

⁷⁾ Srov. V. S. Andrejev: Pravo sociálního zabezpečení v SSSR. Juridičeskaja literatura, Moskva 1974, str. 182.

Invalidita je v sovětské literatuře definována jako stav, potvrzený orgánem zdravotní správy, při němž došlo v důsledku chronického onemocnění nebo anatomických defektů k trvalému (ustálenému) narušení funkcí organismu, vyžadujícímu přerušit dlouhodobě profesionální činnost nebo podstatně změnit obvyklé pracovní podmínky, a to za situace, kdy léčení tomuto narušení nemohlo zabránit.⁸⁾ Za invalidy jsou považovány osoby, které ztratily pracovní schopnost na dlouhou dobu v důsledku ustáleného narušení funkcí organismu, jemuž léčením nemohlo být zabráněno. Jestliže naopak onemocnění nebo jiné příčiny narušení funkcí organismu lze léčit a mohou být odstraněny, osoba se považuje za dočasně práce neschopnou a invalidita se jí nepřiznává.

Podle předpisů o přiznávání invalidity v SSSR jsou nemocní zvaní před lékařskopracovní znalecké komise nejpozději čtyři měsíce ode dne vzniku nepřetržitého onemocnění nebo nejpozději po uplynutí pěti měsíců pracovní neschopnosti za posledních 12 měsíců v důsledku téhož onemocnění. Nemocní tuberkulózou jsou zvaní před tyto komise nejpozději deset měsíců ode dne vzniku pracovní neschopnosti nebo nejpozději po uplynutí deseti měsíců nemoci za posledních 12 měsíců. Jestliže komise nepřizná nemocnému invaliditu a on zůstává dále dočasně práce neschopným, vyplácí se mu nemocenské. Invalidita je přiznávána osobám, které ztratily zcela nebo ve značné míře jak obecnou, tak profesionální pracovní schopnost.

Invalidita se v sovětském sociálním zabezpečení člení do tří skupin.⁹⁾ Jestliže příslušné lékařské orgány nepřiznají v daném případě ani jednu ze skupin invalidity, nemůže být osoba považována za invalidní a nemůže jí vzniknout právo na invalidní důchod.

První skupina invalidity se přiznává při takovém narušení funkcí organismu, kdy invalida se nemůže sám o sebe postarat a potřebuje po celý den soustavně pomoc nebo dozor jiné osoby. Druhá skupina invalidity se přiznává osobám, které nepotřebují soustavnou pomoc, ale mají značně výrazná funkční narušení, jež vedou buď k plné pracovní neschopnosti nebo k takovému stavu, kdy různé druhy prací mohou vykonávat pouze za zvlášť vytvořených podmínek. Třetí skupina invalidity se přiznává osobám se značným snížením pracovní schopnosti v důsledku narušení funkcí organismu, podmíněného chronickými onemocněními nebo anatomickými defekty.

Příčiny vzniku invalidity mohou být různorodé. Je však možné je roztrdit na čtyři druhy:

⁸⁾ Srov. M. L. Zacharov a kol.: Sovetskoje pensionnoje pravo. Juridičeskaja literatura, Moskva 1974, str. 176.

⁹⁾ Srov. J. M. Fogel: Pravo na pensiju i jeho garantiju. Juridičeskaja literatura, Moskva 1972, str. 59.

1. pracovní úrazy nebo nemoci z povolání;
2. jiné úrazy a nemoci nesouvisející s výkonem práce;
3. zranění, pohmoždění nebo úrazy utrpěné při obraně SSSR nebo při plnění jiných povinností vojenské služby nebo též onemocnění související s pobytem na frontě;

4. úrazy vojáků vzniklé v důsledku nešťastné náhody nesouvisející s plněním povinností vojenské služby nebo onemocnění nesouvisející s pobytem na frontě.

Sovětské zákonodárství vychází ze širokého pojetí pracovního úrazu, kam zahrnuje nejen úraz utrpěný při plnění pracovních povinností, ale také úraz, k němuž došlo při cestě do zaměstnání či zpět, úraz, k němuž došlo při plnění čestných funkcí a další případy úrazů, uvedené v příslušných předpisech.

Nemoc se považuje za nemoc z povolání, jestliže byla způsobena působením škodlivých vlivů profesionální povahy (tj. okolnostmi, charakteristickými pro výkon určitého povolání nebo zvláštními pracovními podmínkami, odpovídajícími danému povolání) na organismus člověka v procesu plnění pracovních povinností. Skutečnost, že se jedná o nemoc z povolání, konstatuje léčebně pracovní znalecká komise v souladu se Seznamem nemocí z povolání a instrukcemi k jeho používání, schválenými ministerstvem zdravotnictví SSSR a Všesvazovou ústřední radou odborů.

Právní význam pracovního úrazu a nemoci z povolání je v oblasti sovětského důchodového zabezpečení stejný (pouze v případě nemoci z povolání — zaprášení plic jako příčiny invalidity platí zvláštní pravidla pro stanovení výše důchodu).

Pracovní úrazy a nemoci z povolání se mohou vyskytovat také u žáků a studujících středních a vysokých škol. Jestliže k invaliditě žáka nebo studenta došlo v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, souvisejících s výrobní praxí, zabezpečení invalidním důchodem je stejné jako u dělníků a zaměstnanců v pracovním poměru.

Různé invalidní důchody, vyplácené pracujícím v SSSR, mají určité shodné znaky, avšak rovněž určité rozlišující znaky. V teorii sovětského sociálního zabezpečení se invalidní důchody rozlišují podle následujících kritérií:

1. podle normativních aktů, v nichž je upraveno zabezpečení určitých skupin občanů invalidními důchody;
2. podle způsobu určování výše důchodů (vztah k dřívějšímu výdělku, pevná výše důchodu nebo stanovení pouze maximální výše);
3. podle skupiny invalidity;
4. podle podmínek práce a příčiny invalidity.

Vzhledem k tomu, že k invaliditě může dojít v kterémkoliv období lid-

ského života, přikládají předpisy, týkající se zabezpečení invalidními důchody, právní význam i takovým činností, jako je školní vzdělávání, činnost směřující k záchraně lidského života, k ochraně socialistického vlastnictví a socialistického právního řádu.

Polská lidová republika

V polském pracovním právu i právu sociálního zabezpečení se rozlišuje pojem osoby s neúplnou pracovní schopností a pojem invalidy.¹⁰⁾ Například čl. 218 zákoníku práce PLR se zmiňuje o pracovníkovi, který se v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání stal neschopným vykonávat dosavadní práci a přitom nebyl zařazen do žádné ze skupin invalidů. Zákon o nárocích při pracovním úrazu a nemoci z povolání z 12. 6. 1975 hovoří o pracovníkovi, který v důsledku pracovního úrazu nebo nemoci z povolání utrpěl trvalou nebo dlouhodobou újmu na zdraví nejméně v rozsahu 10 % a nebyl zařazen do žádné ze skupin invalidů. Zákon ze 17. 12. 1974 zavedl pojem pracovníka se zmenšenou pracovní schopností, jehož výdělek se snížil v důsledku účasti na profesionální rehabilitaci. Prováděcí předpisy k tomuto zákonu považují za pracovníky se zmenšenou pracovní schopností:

1. pracovníky ohrožené nemocí z povolání, u nichž je nutné profesionální přeškolení;
2. pracovníky zaměstnané v podmínkách zvláště obtížných nebo škodlivých pro zdraví, jestliže stav jejich zdraví vyžaduje změnu konaného druhu práce;
3. pracovníky, kteří v důsledku úrazu nebo dlouhodobější nemoci dočasně ztratili pracovní schopnost a potřebují profesionální adaptaci k výkonu zaměstnání.

Jiné předpisy hovoří o osobách s omezenou pracovní schopností. Jde o osoby, které jsou schopné výkonu práce výlučně v podmínkách způsobených jejich zdravotním stavu, jež se vyskytují pouze v podnicích provozovaných družstvy invalidů.

Osoby s neúplnou pracovní schopností tvoří jakýsi přechodný článek mezi osobami s plnou pracovní schopností a invalidy. Neúplná pracovní schopnost a invalidita se však v polské právní úpravě vzájemně vylučují, což se odráží v tom, že získání statusu invalidy vede ke ztrátě statusu osoby s neúplnou pracovní schopností. Pojem invalidy je vymezován tak, aby zahrnoval osoby pobírající invalidní důchod. Předpisy polského práva sociálního zabezpečení spojují pojem invalidy se dvěma znaky:

¹⁰⁾ Srov. A. Malaka, B. Możdżeń, T. Żyliński: Pojęcie osoby niepełnosprawnej w prawie i praktyce zakładu pracy. Sborník „Inwalidztwo i rehabilitacja“, Uniwersytet Wrocławski im. B. Bieruta, Wrocław 1979, str. 25.

- a) biologickým (trvalá nebo dlouhodobá újma na zdraví);
- b) profesionálně ekonomickým (podstatné omezení schopnosti k výkonu zaměstnání a výdělečných možností).

V praxi je při kvalifikování invalidity rozhodující element biologický, což prokazuje skutečnost, že posudkové komise zásadně přiznávají invaliditu, jestliže došlo k újmě na zdraví v rozsahu nad 45 %.

Právní pojetí pracovníka s neúplnou pracovní schopností vychází rovněž ze dvou elementů — biologického (trvalé nebo dočasné narušení funkcí organismu) a profesionálně ekonomického (omezení schopnosti výkonu zaměstnání nebo výdělku).

K uznání neúplné pracovní schopnosti vždy musí být naplněny oba elementy. Neúplná schopnost organismu z hlediska biologického, nemající vliv na schopnost k výkonu zaměstnání, stejně jako omezená možnost výkonu zaměstnání, vyplývající z jiných příčin než zdravotních, nemohou být pojímány jako případy neúplné pracovní schopnosti.

Omezení funkčních schopností organismu a profesionálních schopností pracovníka s neúplnou pracovní schopností nedosahuje rozsahu, který by odůvodňoval zařazení do jedné ze skupin invalidů. Je též třeba brát v úvahu, že pojem pracovníka s neúplnou pracovní schopností slouží nikoliv účelům právní úpravy, týkající se zabezpečení invalidním důchodem, nýbrž cílům rehabilitačním. Předpisy, týkající se pracovníků s neúplnou pracovní schopností, upravují různá jejich oprávnění v oblasti zaměstnávání a nároky směřující k vyrovnávání poklesu výdělku s tím, že všechna tato plnění mají podnécovat pracovníka k profesionální rehabilitaci a materiálně mu ji umožňovat. Výše, druh a doba poskytování jednotlivých plnění jsou závislé na rozsahu neboli stupni neúplné pracovní schopnosti.

Z hlediska nároků, přiznávaných pracovníkům s neúplnou pracovní schopností, je možné rozlišovat několik skupin pracovníků s neúplnou pracovní schopností. Nejčastější podobu neúplné pracovní schopnosti představují případy, upravené zmíněným zákonem z roku 1975 a článkem 218 zákoníku práce PLR. Všem skupinám pracovníků s neúplnou pracovní schopností a nárokům s nimi spojenými je společný základní cíl — přispět ke zlepšení zdravotního stavu pracovníka a předejít jeho invaliditě.

Právními předpisy zavedené rozlišování invalidů a pracovníků s neúplnou pracovní schopností je v polské literatuře považováno za umělé a nevhodné, a to jak z hlediska potřeb profesionální rehabilitace, tak z hlediska zájmů jednotlivých pracovníků i celé společnosti. Poukazuje se na to, že koncepce invalidity v předpisech sociálního zabezpečení má negativní vliv na řešení problematiky profesionální rehabilitace pracovníků. Předpisy, týkající se podmínek uskutečňování profesionální rehabilitace, totiž počítají s tím, že po rehabilitaci se pracovník buď vrátí do normálního pracovního procesu, nebo se podrobí řízení, směřujícímu

k uznání invalidity. Pracovník, který splňuje požadavky přiznání byt i pouze III. skupiny invalidity (tj. skupina s příznivějším zdravotním stavem než u II. a I. skupiny), však již má uzavřenou cestu k profesionální rehabilitaci.

Nejnovější vědecké práce v oblasti polského sociálního zabezpečení dospívají k závěru, že invalidní důchod by měl být přiznáván zásadně pouze osobám, u nichž byly vyčerpány všechny možnosti navrácení pracovní schopnosti, to znamená po celém absolvování příslušného rehabilitačního procesu a dále osobám, u nichž bylo prokázáno, že pracovní rehabilitace by byla zcela bezpředmětná.¹¹⁾

IV. CHARAKTERISTICKÉ RYSY VÝVOJE POJETÍ INVALIDITY A ZABEZPEČENÍ INVALIDNÍCH OSOB V ČESKOSLOVENSKÉM SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ (1945—1975)

Pojetí invalidity a zabezpečení invalidních osob v naší platné právní úpravě, tj. především v zákonu č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění novelizujících předpisů, je výsledkem dlouhodobého zdokonalování legislativních řešení, týkajících se tohoto významného úseku sociálního zabezpečení, k němuž postupně docházelo v poválečném vývoji v ČSR. Vzhledem k tomu se v současné úpravě setkáváme s některými prvky, které se již vyskytovaly v předcházejících úpravách. Přijetí nejvýznamnějších zákonů v oblasti sociálního zabezpečení po roce 1945 vždy znamenalo obohacení úpravy o určité nové prvky a zároveň převzetí dosavadních pravidel, jež se osvědčila nebo u nichž se změna nejevila nutná.

Základem pokrokového vývoje v celé oblasti našeho sociálního zabezpečení se stalo přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Přijetí tohoto zákona bylo umožněno vítězstvím pracujícího lidu v únoru 1948. Tímto zákonem bylo sociální zabezpečení rozšířeno na všechny pracující a došlo k výraznějšímu promítnutí pracovních příjmů do výše dávek.¹²⁾ Podle zákona č. 99/1948 Sb. měl nárok na invalidní důchod pojištěnec,

¹¹⁾ Srov. H. Pławucka: Inwalidztwo i renta inwalidzka w przepisach prawa emerytalno-rentowego. Sborník „Prawne problemy inwalidztwa“, Uniwersytet Wrocławski im. B. Bieruta, Wrocław 1986, str. 39.

¹²⁾ Později došlo na základě zákona č. 102/1951 Sb. k organizačnímu přebudování národního pojištění. Důchodové národní pojištění bylo organizačně odděleno od pojištění nemocenského a přeměněno na státní důchodové zabezpečení. K tomuto systému bylo pak připojeno i zabezpečení družstevních rolníků v nemoci a v mateřství. S ohledem na rozsah této studie nejsou dále rozebírány otázky, týkající se specifických vývoje zabezpečení při invaliditě u družstevních rolníků (které byly upraveny zákonem č. 103/1964 Sb. a jeho prováděcími předpisy) ani otázky týkající se vývoje zabezpečení při invaliditě jednotlivě hospodařících rolníků a jiných osob samostatně hospodařících (upravené vyhl. č. 105/1964 Sb.).

u něhož již před nápadem starobního důchodu nastala ztráta nebo podstatný pokles výdělku jako následek nepříznivého zdravotního stavu (nemoci nebo poklesu tělesných či duševních schopností), byl-li tento stav trvalý. Za trvalý se pokládal zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy pravděpodobně potrvá déle než rok (§ 63 odst. 1 cit. zák.).

Ztrátou výdělku se rozumělo, že pojištěnec byl nucen zanechat výdělečné činnosti a nemohl vykonávat ani jinou výdělečnou činnost, přiměřenou jeho dosavadnímu povolání. Podstatným poklesem výdělku se rozumělo, nevydělával-li pojištěnec ve svém povolání nebo v jiném zaměstnání, přiměřeném jeho dosavadnímu povolání, více než polovinu svého průměrného ročníku výdělku. Nárok na invalidní důchod měl také pojištěnec, který opustil svou výdělečnou činnost z jiného důvodu než pro nepříznivý zdravotní stav, nastal-li takový zdravotní stav do dvou let po opuštění výdělečné činnosti. Byl-li pojištěnec následkem nepříznivého zdravotního stavu trvale neschopen jakékoliv výdělečné činnosti, pokládaly se uvedené podmínky vždy za splněné.

Invalidní důchod se skládal z částky základní a z částek zvyšovacích. Základní částka činila ročně 8400 Kčs a 20 % průměrného ročního výdělku (§ 71 cit. zák.). Zvyšovací částky za prvních 20 let pojištění činily 0,4 % průměrného ročního výdělku za každý rok. Zvyšovací částky za každý další rok pojištění činily 0,8 % průměrného ročního výdělku. Za doby pojištění po 60. roce věku činily roční zvyšovací částky 2 % průměrného ročního výdělku. Invalidní důchod mohl činit nejvýše 85 % průměrného ročního výdělku, nejméně však 9 600 Kčs ročně.

Byla-li úrazem způsobena ztráta aspoň 10 %, avšak méně než 20 % výdělečné schopnosti, náleželo zraněnému jednorázové úrazové odškodné (§ 80 odst. 1 cit. zák.). Byla-li úrazem způsobena ztráta výdělečné schopnosti aspoň 20 %, náležel zraněnému úrazový důchod. Úrazový důchod činil, byl-li zraněný pro úraz:

a) úplně výdělečně neschopný — $\frac{2}{3}$ průměrného ročního výdělku (plný úrazový důchod);

b) částečně výdělečně neschopný — část plného důchodu, odpovídající stupni ztráty výdělečné schopnosti (částečný úrazový důchod).

Další významnou etapu představovalo přijetí zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, jenž přinesl podstatnou změnu v pojetí invalidity, spočívající v zavedení dvoustupňové invalidity — invalidity plné a částečné. Toto pojetí, i když modifikované, přetrvává v naší platné úpravě.

Podle § 12 tohoto zákona náležel invalidní nebo částečný invalidní důchod zaměstnanci, který byl zaměstnán po dobu potřebnou pro nárok na důchod (tato doba byla v závislosti na věku odstupňována na jeden až pět roků), jestliže se v době trvání zaměstnání nebo do dvou roků po

výstupu z něho stal pro trvalé zhoršení zdravotního stavu invalidním nebo částečně invalidním. Pojem plné a částečné invalidity však zákon nevymezil, nýbrž zmocnil vládu, aby stanovila zásady, podle nichž se bude invalidita i částečná invalidita posuzovat.

Výše základní výměry invalidního důchodu byla upravena stanovením jednotné procentuální sazby, a to 50 % průměrného ročního výdělku (§ 14 odst. 1 cit. zák.). Trvalo-li zaměstnání do dne vzniku nároku na invalidní důchod déle než 15 let, přičítaly se k základní výměře důchodu za 16. a každý další rok zaměstnání zvyšovací částky, odstupňované podle zařazení pracovníka do I.—III. pracovní kategorie (2 % až 1 % průměrného ročního výdělku). Výše částečného invalidního důchodu byla diferencována podle zařazení do pracovní kategorie (35 % průměrného ročního výdělku u zaměstnance I. pracovní kategorie, 32 % u zaměstnance II. pracovní kategorie a 30 % u zaměstnance III. pracovní kategorie). Pracujícím důchodci se zvyšoval nárok na invalidní důchod za každý rok zaměstnání po vzniku nároku na tento důchod, nejdříve však od 16. roku celkové doby zaměstnání (zvyšovací částky byly odstupňovány podle zařazení do pracovní kategorie na 2 — až 1 % průměru hrubých ročních výdělků, dosažených po dni vzniku nároku na důchod).

Jestliže se stal zaměstnanec v době trvání zaměstnání nebo nejpozději do dvou let od výstupu z něho invalidním nebo částečně invalidním následkem pracovního úrazu, náležel mu invalidní nebo částečný invalidní důchod bez ohledu na délku doby zaměstnání. Pracovním úrazům se kladly naroveň nemoci z povolání uvedené v příloze k zákonu, jestliže vznikly za podmínek v ní stanovených.

Základní výměra invalidního důchodu při pracovním úrazu činila 65 % průměrného ročního výdělku (byla tedy o 15 % vyšší než u invalidních důchodů, kde příčinou invalidity nebyl pracovní úraz). Pravidla o přičítání zvyšovacích částek platilo i zde. Částečný invalidní důchod při pracovním úrazu byl odstupňován podle zařazení do příslušné pracovní kategorie a jeho výše činila u zaměstnance I. pracovní kategorie 45 %, u zaměstnance II. pracovní kategorie 42 % a u zaměstnance III. pracovní kategorie 40 % průměrného ročního výdělku (tedy vždy o 10 % více než u částečného invalidního důchodu, kde příčinou invalidity nebyl pracovní úraz).

Invalidní důchod zaměstnance I. pracovní kategorie byl maximalizován hranicí 90 % průměrného ročního výdělku, invalidní důchod ostatních zaměstnanců hranicí 85 % průměrného ročního výdělku. Minimální hranice invalidního důchodu byla stanovena pevnou částkou 400 Kčs měsíčně (stejně jako u starobního důchodu).

Zákon č. 55/1956 Sb. zavedl též jako samostatnou fakultativní dávku

zvýšení důchodu (výchovního) pro bezmocnost. Ve smyslu § 31 tohoto zákona mohly být důchody zvýšeny až o polovinu, byl-li důchodce trvale tak bezmocný, že potřeboval ošetření a obsluhy jinou osobou.

Další zákon o sociálním zabezpečení, tj. zákon č. 101/1964 Sb., který nahradil zákon č. 55/1956 Sb., přinesl rozšíření nároku na invalidní důchod a vyrovnal jeho výši na úroveň starobního důchodu. Na rozdíl od předcházejícího zákona vymezil tento zákon pojem plně invalidního pracovníka i pojem částečně invalidního pracovníka v ustanovení § 20 odst. 3 a 4. Při vymezení plné i částečné invalidity se v tomto zákonu vychází z pojmu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (tento pojem byl blíže vysvětlen v prováděcí vyhlášce č. 102/1964 Sb.). Důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jsou však pojímány u plné a částečné invalidity rozdílně, přičemž jsou jak u plné, tak u částečné invalidity rozčleněny do dvou alternativ.

U plné invalidity jde o neschopnost k výkonu jakéhokoliv soustavného zaměstnání, případně o nebezpečí vážného zhoršení zdravotního stavu při výkonu takového zaměstnání anebo o schopnost vykonávat jen soustavné zaměstnání zcela nepřiměřené dřívějším schopnostem pracovníka a společenskému významu jeho dosavadního povolání. U částečné invalidity jde o schopnost vykonávat dosavadní nebo jiné stejně kvalifikované zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek anebo o schopnost vykonávat jen jiné zaměstnání méně kvalifikované. Kromě rozdílných důsledků dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se částečná invalidita vyznačuje oproti plné invaliditě ještě tzv. ekonomickou podmínkou, tj. podstatným poklesem výdělku zapříčiněným dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. U plné invalidity zákon o sociálním zabezpečení z roku 1964 žádnou podmínku poklesu výdělku nestanovil, ovšem z vymezení druhé alternativy důsledků dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu u této invalidity bylo zřejmé, že výdělek pracovníka, přicházejícího v úvahu, by byl značně nízký a kromě toho u první alternativy žádný výdělek v úvahu nepřipadal.

Lze konstatovat, že ve vymezení plné invalidity, obsaženém v § 20 odst. 3 písm. a)—b) zákona o sociálním zabezpečení z roku 1964, nacházíme určitou kombinaci koncepce všeobecné invalidity a koncepce profesionální invalidity. Výrazněji se přitom uplatňuje koncepce všeobecné invalidity, která více podněcuje snahu zdravotně postiženého využít zbylé pracovní schopnosti než koncepce profesionální invalidity, která umožňuje zabezpečit důchodem zdravotně postiženého, i když se může uplatnit v jiném povolání. Ve vztahu k některým pracovníkům však tento zákon do jisté míry ustoupil od koncepce všeobecné invalidity a umožnil jim zabezpečení invalidním důchodem i tehdy, jestliže by určité zaměstnání sice mohli vykonávat, avšak přizpůsobení se výkonu tohoto zaměstnání

by pro ně bylo zřejmě značně problematické (zejména z důvodů sociálně psychologických) a z hlediska společenských zájmů málo efektivní.

Zatkotvením ekonomické podmínky u částečné invalidity se sledoval zejména účel vyrovnávat případné tendence lékařů k přeceňování méně významných případů poruchy zdraví. Nevýhodou požadavku splnění podmínky podstatného poklesu výdělku však bylo, jak praxe ukázala, že většinou odrazoval pracovníky od úsilí dosáhnout co nejúplnější pracovní rehabilitace.

Významný rozdíl v úpravě výše invalidního důchodu v zákonu o sociálním zabezpečení z roku 1964 ve srovnání se zákonem z roku 1956 představovala skutečnost, že tento zákon při ní použil důsledně formuli, uplatněnou při určování výše starobního důchodu, a diferencoval tedy základní výměru invalidního důchodu podle zařazení pracovníka do pracovní kategorie. Naproti tomu výše částečného invalidního důchodu již nebyla upravena stanovením rozdílných procentuálních sazeb podle zařazení do pracovní kategorie. Místo toho bylo stanoveno, že částečný invalidní důchod činí polovinu invalidního důchodu (§ 25 cit. zák.). V souvislosti s tím byl též nově zakotven princip, že invalidní důchod pracovníka, jehož plná invalidita je následkem pracovního úrazu, je o 10 % průměrného měsíčního výdělku vyšší než invalidní důchod v ostatních případech a že částečný invalidní důchod pracovníka, jehož částečná invalidita je následkem pracovního úrazu, činí polovinu invalidního důchodu, který by náležel při pracovním úrazu (§ 26 cit. zák.).

Zvýšení důchodu pro bezmocnost ponechal zákon o sociálním zabezpečení z roku 1964 i nadále jako fakultativní dávku. Přinesl však určitou změnu, pokud jde o způsob určování výše této dávky, jež se stala závislou na stupni bezmocnosti a charakteru sociálních, rodinných a výdělečných poměrů. Podle § 39 mohl být v případech, že důchodce byl trvale tak bezmocný, že potřeboval ošetření a obsluhy jinou osobou, zvýšen důchod o 100 Kčs až 400 Kčs měsíčně se zřetelem na stupeň bezmocnosti důchodce a jeho sociální, rodinné a majetkové poměry.

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, který nahradil zákon o sociálním zabezpečení z roku 1964, zachoval v podstatě konstrukci invalidního a částečného invalidního důchodu, obsaženou v zákonu z roku 1964, pokud jde o podmínky nároku, stupně invalidity, hodnocení doby zaměstnání a doby dopočtené, zvýšení invalidního důchodu nebo částečného invalidního důchodu při pracovním úrazu. Také úprava výše důchodu zůstala v zásadě stejná, ale upustilo se, stejně jako u starobního důchodu, od omezení této výše na 60 % nebo 70 % průměrného měsíčního výdělku a nově se stanovilo, že zvýšení k základní výměře důchodu nesmí činit u důchodů ze zaměstnání II. a III. pracovní kategorie více než 20 % průměrného měsíčního výdělku. Také nejvyšší výměra invalidního dů-

chodu, stanovená pevnými částkami, byla upravena stejně jako u starobního důchodu. Nejvyšší výměra v částce 2150 Kčs měsíčně platila i pro invalidní důchod následkem pracovního úrazu ze zaměstnání III. pracovní kategorie.

Výhodněji byly v zákonu z roku 1975 upraveny podmínky vzniku nároku na invalidní důchod a jeho výše u občanů, kteří pro plnou invaliditu vzniklou v mládí nemohli být zaměstnání vůbec nebo po dobu potřebnou pro nárok na invalidní důchod — tento zákon zaručil takovému občanu po dosažení věku 26 let nárok na invalidní důchod ve výši 500 Kčs měsíčně (s možností zvýšení až o 200 Kčs měsíčně).

Byl též zaveden nárok na nové vyměření invalidního důchodu znamenající prohloubení zásady, že důchod má být v přiměřené relaci k příjmům, které měl důchodce v době aktivity a zamezilo se tak v mnoha případech zaostávání výše invalidního důchodu, který dosud nemohl být za dobu další práce zvýšen.

Vzhledem k tomu, že zkušenosti z praxe ukázaly, že nemoci z povolání, zejména silikóza, se projevují v závažnější formě i po uplynutí více roků po skončení zaměstnání, stanovil zákon z roku 1975, že vzniku nároku na důchod pro plnou (částečnou) invaliditu, která je následkem nemoci z povolání, nebrání, jestliže vznikla až po uplynutí obecné ochranné lhůty dvou roků. Tyto případy se za platnosti dřívějších předpisů mohly řešit pouze prostřednictvím ustanovení o odstranění tvrdosti zákona.

Pojem plné a částečné invalidity nebyl zákonem z roku 1975 nijak podstatně změněn. Definice plné invalidity byla pouze doplněna kritériem dosud stanoveným v prováděcích předpisech, že výkon soustavného zaměstnání za zcela mimořádných podmínek nevylučuje, aby pracující (např. nevidomý) byl uznán plně invalidním (§ 25 odst. 3 písm. d)). Doba potřebná pro nárok na invalidní (částečný invalidní) důchod se nezměnila; bylo však vypuštěno ustanovení o kratší potřebné době zaměstnání u mladších vdov, protože se ukázalo, že takové ustanovení nemá praktický význam.

Zvýšení důchodu pro bezmocnost pojal zákon č. 121/1975 Sb. na rozdíl od předcházejícího zákona nikoliv již jako fakultativní dávku, nýbrž jako obligatorní dávku. Zvýšení důchodu pro částečnou bezmocnost bylo zvýšeno z částky 100 Kčs na částku 200 Kčs.

V. POSTAVENÍ OBČANŮ

S DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM V ČSSR PODLE PŘEDPISŮ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ A ZÁKONÍKU PRÁCE

Občanům s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je věnována v ČSSR zvláštní ochrana a péče, zahrnující soustavu různých výhod a nároků, upravovaných především v předpisech práva sociálního zabezpečení a pracovního práva. Tyto výhody a nároky jsou diferencovány zejména se zřetelem k povaze dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a jeho ekonomickým i společenským důsledkům. Podle těchto kritérií se také rozlišují následující kategorie občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem:

- a) občané plně invalidní,
- b) občané částečně invalidní,
- c) občané se změněnou pracovní schopností,
- d) občané se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením,
- e) občané těžce postižení na zdraví,
- f) občané ve stavu částečné, převážné a úplné bezmocnosti.

V rámci uvedených kategorií občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se ještě v některých případech činí diferenciace s přihlédnutím k věku (např. tzv. invalidé z mládí, děti a mladiství s těžkým tělesným postižením nebo mentálním postižením), umožňující poskytovat zvláštní péči s ohledem na dětský nebo mladistvý věk.

1. Předpoklady uznání plné invalidity vymezuje § 25 odst. 3 zákona č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení (dále jen ZSZ). Ve smyslu tohoto ustanovení je pracující plně invalidní, jestliže pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav:

- a) je neschopen vykonávat jakékoliv soustavné zaměstnání nebo
- b) výkon tohoto zaměstnání by vážně zhoršil jeho zdravotní stav, nebo
- c) je schopen vykonávat soustavně zaměstnání, ale jen zcela nepřiměřené jeho dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání, anebo
- d) může vykonávat soustavně zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek (občané nevidomí, občané z velmi těžkými ortopedickými vadami apod.).

Aplikace tohoto ustanovení je usměrňována výkladem uvedených pojmů v prováděcí vyhlášce k zákonu o sociálním zabezpečení (vyhláška FMPSV č. 128/1975 Sb., ve znění novelizujících předpisů). Za dlouhodobě nepříz-

nivý stav se pokládá ve smyslu § 19 této vyhlášky nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy potrvá déle než rok. Soustavné zaměstnání je zaměstnání, vykonávané s určitou pravidelností a v takovém rozsahu, že dosažený výdělek tvoří stálý zdroj příjmů pracujícího; takovým zaměstnáním však není zaměstnání, které nezakládá nemocenské pojištění.

Předpokladem uznání invalidity s přihlédnutím k možnosti výkonu zaměstnání jen zcela nepřiměřeného je mimořádně vysoká kvalifikace, jakož i úzká specializace, získaná zpravidla dlouholetým výkonem zaměstnání. Za zaměstnání zcela nepřiměřené dřívějším schopnostem a společenskému významu dosavadního povolání se považuje takové zaměstnání, které je pracujícímu zcela cizí a odlehlé jeho dosavadnímu zaměstnání; proto by v něm nebylo dostatečně využito jeho dřívějších schopností a z hlediska společenských zájmů se nevyžaduje, aby pracující vykonával takové nepřiměřené zaměstnání. Dřívějšími schopnostmi pracujícího se rozumějí jak vrozené tělesné i duševní schopnosti, tak i dovednosti a zkušenosti, získané před dlouhodobým zhoršením zdravotního stavu přípravou pro povolání v organizacích nebo studiem na školách všech stupňů, případně déle trvajícím výkonem zaměstnání.

Předpokladem k uznání invalidity z důvodu možnosti vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek je tak vážný stav občana, že po něm nelze požadovat výkon soustavného zaměstnání a je tedy nerozhodné pro uznání invalidity, zda takto těžce zdravotně postižený občan pracuje a jaký má výdělek. Jedná se zejména o občany úplně nebo prakticky nevidomé a občany s amputační nebo funkční ztrátou končetin. Dále se může jednat o občany, kteří vzhledem ke svému mimořádně závažnému zdravotnímu postižení musí mít individuálně upravené pracovní podmínky, např. zvláštní individuální úpravu pracoviště, strojů a nástrojů, případně musí mít zajištění individuální dopravy na pracoviště a zpět nebo mohou vykonávat zaměstnání pouze formou domácí práce.

Občané, kteří jsou uznáni plně invalidními pro schopnost vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek, jsou vždy považováni za občany se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením.

Přestože jednotlivé předpoklady uznání plné invalidity jsou poměrně podrobně rozebrány v prováděcích předpisech, vyskytuje se při jejich posuzování v praxi řada nejasností a rozporných výkladových stanovisek.¹³⁾ Kritické výhrady směřují např. k vymezení plné invalidity podle

¹³⁾ Srov. J. Kolbe a kol.: Analýza současné definice invalidity, zejména částečné, v československých předpisech sociálního zabezpečení. Československý vědecký ústav práce a sociálních věcí, Praha 1982.

§ 25 odst. 3 písm. a) i b) ZSZ, a to v tom směru, že toto vymezení je příliš všeobecné. Vyskytují se též názory, že předpoklady v nich obsažené by bylo vhodnější spojit v jeden předpoklad. Zarážející skutečností je, že řada pracujících, kteří byli uznáni plně invalidními podle § 25 odst. 3 písm. a), tedy proto, že nejsou schopni vykonávat žádné soustavné zaměstnání, pak takové zaměstnání vykonává.

Předpokladem uznání plné invalidity podle § 25 odst. 3 písm. b) je vážné zhoršení zdravotního stavu v důsledku výkonu soustavného zaměstnání, avšak prováděcí předpisy nevymezují, co je třeba rozumět „vážným zhoršením zdravotního stavu“; tento pojem zřejmě nelze v právní úpravě blíže vysvětlit, i když se toho praxe dožaduje, neboť jde o určitou prognózu vývoje zdravotního stavu. Je ovšem zřejmé, že objektivní a všestranně správné určení takové prognózy je značně obtížné a praxe se v této otázce těžko může sjednotit.

Nejvíce problémů však přináší v praxi uznání plné invalidity podle § 25 odst. 3 písm. c) ZSZ. Předmětem kritiky je především skutečnost, že vymezení tohoto předpokladu zahrnuje tzv. nezdravotní podmínky, a že jde vlastně o tzv. stavovskou invaliditu. K uznání plné invalidity podle tohoto ustanovení dochází nejčastěji v povoláních horníků, letců a výkonných umělců. Je ovšem třeba vzít v úvahu, že se vyskytují značné rozdíly i v podmínkách výkonu práce u téhož povolání. To vyvolává nejasnosti v otázce, jaký má být osobní rozsah při aplikaci § 25 odst. 3 písm. c) ZSZ. Vyskytly se dokonce návrhy, aby byl vytvořen taxativní seznam povolání, u nichž připadá v úvahu uznání plné invalidity podle tohoto ustanovení. Někdy se též poukazuje na to, že zde není vůbec na místě zabezpečení invalidním důchodem, nýbrž že jde o problém, který by měl řešit důchod za výsluhu let.

Bez problémů není ani praxe uznání invalidity podle § 25 odst. 3 písm. d). Z hlediska lékařského se jako problematické jeví zejména to, že zde může docházet k přeceňování zjevných ortopedických vad na úkor interních a skrytých vad. Kromě toho není v praxi jasné, jak chápat „zcela mimořádné podmínky“ výkonu soustavného zaměstnání (v prováděcích předpisech tento pojem není blíže vysvětlen).

Při vymezení pojmu částečně invalidního pracujícího se v naší platné úpravě sociálního zabezpečení vychází, stejně jako při vymezení pojmu plně invalidního pracujícího, z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Důsledky tohoto zdravotního stavu, s nimiž právní úprava počítá pro účely uznání částečné invalidity, jsou však jiné než důsledky, které vedou k uznání plné invalidity.

Charakteristickým důsledkem je především podstatný pokles výdělku, který souvisí buď s tím, že

— pracující je schopen vykonávat dosavadní nebo jiné stejně kvalifi-

kované zaměstnání jen za zvlášť ulehčených pracovních podmínek, anebo s tím, že

— pracující je schopen vykonávat jen jiné zaměstnání méně kvalifikované.

Za podstatný pokles výdělku pracujícího se zpravidla považuje, jestliže průměr jeho hrubých výdělků, včetně odměn poskytovaných na základě dohody o pracovní činnosti, zjištěný za posledních 12 měsíců, je alespoň o třetinu nižší než průměrný měsíční výdělek, z něhož se vypočítává důchod, avšak neomezený ve smyslu § 14 odst. 5 ZSZ (§ 20 cit. prov. vyhl. k ZSZ).

Jestliže se pracující stal částečně invalidním v době přípravy pro pracovní uplatnění nebo jestliže po přiznání důchodu nastaly podstatné změny ve mzdových poměrech pracujících, srovnává se průměr hrubých výdělků pracujícího zpravidla za posledních 12 měsíců s průměrným výdělkem obvykle dosahovaným v zaměstnání, které pracující konal v době vzniku nároku na důchod.

Srovnání průměru hrubých výdělků s výdělkem obvykle dosahovaným v zaměstnání, které pracující konal v době vzniku nároku na důchod, se dále provádí buď po pěti letech od uvedeného srovnání, nebo po pěti letech pobírání částečného invalidního důchodu, jestliže v tomto období ke srovnání nedošlo.

Do průměru hrubých výdělků pro účely přezkoumání podstatného poklesu výdělku se však nezahrnují některá peněžitá plnění, uvedená taxativně v § 20 odst. 2 prov. vyhl., např. podíly na hospodářských výsledcích, náhrada mzdy za nevyčerpanou dovolenou, mimořádné odměny, stabilizační odměny, věcnostní přídavek horníků, odměny poskytované při významných pracovních a životních výročích aj.

Nečiní-li hrubý výdělek poživatele částečného invalidního důchodu více než 1200 Kčs měsíčně, platí nevyvratitelná právní domněnka, že podmínka podstatného poklesu výdělku byla splněna (§ 20 odst. 3 prov. vyhl. k ZSZ).

Zaměstnáním stejně kvalifikovaným se pro účely uznání částečné invalidity rozumí zaměstnání, které není zcela odlehlé dosavadnímu zaměstnání, klade podobné požadavky na zdatnost pracujícího a zpravidla mu umožňuje dosáhnout přibližně stejného výdělku jako v dosavadním zaměstnání. Zvláště ulehčenými pracovními podmínkami se rozumějí podstatné pracovní úlevy, zejména zvláštní úprava pracovní doby (například zkrácení pracovní doby a rozmnožení nebo prodloužení přestávek v práci), snížení požadavků na pracovní výkon pracujícího v úkolu apod. (srov. § 20 odst. 5 prov. vyhl. k ZSZ).

Prováděcí vyhláška podává výklad též k pojmu zaměstnání méně kvalifikované, kterým je třeba rozumět zaměstnání, na něž pracující stačí svými tělesnými a duševními schopnostmi, které však při srovnání s do-

savadním zaměstnáním kladé menší požadavky na tělesnou sílu, dovednost, vědomosti a zkušenosti, popřípadě na odpovědnost pracujícího a zpravidla mu umožňuje dosáhnout jen podstatně nižšího výdělku než v dosavadním zaměstnání.

Podmínka částečné invalidity se považuje za splněnou též u pracujícího, jemuž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky, i když jeho výdělek podstatně nepoklesl. Značným ztížením obecných životních podmínek pro účely osvobození od požadavku splnění ekonomické podmínky u částečné invalidity se rozumějí případy, kdy jde o takový dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který se projevuje zjevnými chorobnými příznaky nebo vadami, pro něž může pracující vykonávat běžné životní úkony a uspokojovat obvyklé společenské a kulturní potřeby jen se značnými obtížemi ve srovnání se zdravými pracujícími, žijícími v podobném prostředí.

Obdobně jako praxe uznávání plné invalidity, tak i praxe uznávání částečné invalidity je spojena s celou řadou interpretačních a aplikačních problémů. Předmětem rozsáhlé kritiky je soustavně především tzv. ekonomická podmínka týkající se podstatného poklesu výdělku. Zjišťování jejího splnění představuje náročnou administrativní agendu.

Podmínka podstatného poklesu výdělku by měla bránit případným snahám poživatelů částečných invalidních důchodů dosahovat pracovních výkonů a výdělků nad rámec možností zachovaného pracovního potenciálu a v rozporu s lékařskými doporučeními. Praxe však ukazuje, že ekonomická podmínka působí negativně ve vztahu k úsilí dosahovat co nejlepších pracovních výsledků po stránce kvantitativní a kvalitativní a k zájmu o kvalifikační růst. Představuje tudíž demobilizační faktor v oblasti zaměstnávání zdravotně postižených občanů.

Při rozhodování o uznání pracujícího za částečně invalidního je třeba v každém případě správně zhodnotit pracovní kvalifikační profil posuzovaného (např. ztráta zraku jednoho oka může podle pracovní kvalifikačního profilu posuzovaného vést někdy k uznání plné invalidity, jindy částečné invalidity, ale ve většině případů nezakládá toto zdravotní postižení žádnou invaliditu).

V praxi se vyskytují názory, že pokles výdělku není vhodným měřítkem k posuzování možností dalšího pracovního uplatnění postiženého ani vhodným kritériem pro hodnocení jeho zdravotního stavu. Někdy se kriticky poukazuje také na získávání „časových a výkonnostních rezerv“ u částečných invalidů pro jinou výdělečnou činnost mimo zaměstnání. Často se totiž stává, že rozsah krácení pracovní doby se přizpůsobuje nikoliv zbývající pracovní zdatnosti postiženého, nýbrž tomu, aby byla splněna podmínka poklesu výdělku o jednu třetinu.

Pojem občana se změněnou pracovní schopností vymezuje § 83 ZSZ.

Podle tohoto ustanovení je občanem se změněnou pracovní schopností ten občan, který má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění, popř. přípravy pro pracovní uplatnění. Občany se změněnou pracovní schopností jsou též poživatelé důchodů, podmíněných nepříznivým zdravotním stavem, pokud jim jejich zachovaná pracovní schopnost dovoluje pracovní uplatnění.

Občany se změněnou pracovní schopností s těžkým zdravotním postižením jsou ve smyslu § 88 ZSZ občané, kteří mají mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění (včetně přípravy k němu) a mohou se uplatnit jen ve zcela úzkém okruhu zaměstnání, popř. v zaměstnání za zcela mimořádně upravených podmínek.

Do skupiny občanů těžce postižených na zdraví se řadí ve smyslu § 93 ZSZ občané s těžkým tělesným nebo smyslovým postižením, zejména občané nevidomí a občané s těžkým postižením pohybového nebo nosného ústrojí.

Stav bezmocnosti pojímá zákon o sociálním zabezpečení jako stav, který je dlouhodobého rázu a je spojen s potřebou ošetřování a obsluhy jinou osobou. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se zde považuje, stejně jako pro účely zjišťování invalidity, takový zdravotní stav, který trvá déle než jeden rok. Potřebou ošetřování jinou osobou se rozumí zejména potřeba poskytování péče v souvislosti s osobní hygienou, pomoc při domácím léčení, nutný dohled apod. Potřebou obsluhy jinou osobou se rozumí zejména potřeba pomoci k usnadnění stravování, pomoci při pohybu, při oblékání apod. Bezmocnost tak představuje ztrátu soběstačnosti při životních úkonech, která vyžaduje nutně pomoc jiné osoby, a to pomoc určité povahy a určitého rozsahu.

V rámci stavu bezmocnosti se rozeznávají tři stupně bezmocnosti — částečná, převážná a úplná (§ 47 odst. 1 ZSZ). Stupeň bezmocnosti se hodnotí podle objektivně zjištěného zdravotního stavu důchodce s přihlédnutím k tomu, v čem záleží a v jakém rozsahu je třeba ošetření a obsluhy. Hodnotí se nejen vlastní chorobné změny, ale i celkový stav postižené osoby. Za částečně bezmocného se považuje ten, kdo potřebuje dlouhodobě pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech. Za převážně bezmocného se považuje ten, kdo potřebuje dlouhodobě pravidelnou pomoc jiné osoby při hlavních životních úkonech. Za úplně bezmocného se považuje ten, kdo potřebuje dlouhodobě trvalé ošetřování a pomoc jiné osoby při všech životních úkonech.

Cílem zvláštní péče o občany s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je nejen materiální zabezpečení invalidních občanů poskytováním invalidních důchodů, kompenzující ztrátu či omezené možnosti výdělku, nýbrž i sociální reintegrace invalidů. Proto se všestranně vytvářejí podmínky, aby se invalidní občan mohl znovu zapojit — přiměřeně vývoji

svého zdravotního stavu — do společenského pracovního procesu i ostatního společenského dění.

Problematika péče socialistické společnosti o občany s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zahrnuje tedy nejen prvek kompenzační, ale také prvek rehabilitační, přičemž je nutno klást důraz právě na význam zdravotní a pracovní rehabilitace. Rehabilitační cíle sledují různé druhy služeb, které jsou poskytovány v rámci péče o občany se změněnou pracovní schopností a v rámci péče o občany těžce postižené na zdraví. Na základě těchto služeb se zpravidla daří uplatnit a rozvíjet zbývající pracovní schopnost občana, tj. jeho validitu.

V zákoně o sociálním zabezpečení č. 121/1975 Sb. jsou obecně vyjádřeny cíle, které se sledují při péči o občany s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem v ustanovení § 24. Ve smyslu tohoto ustanovení se za účelem rozvíjení zbylé pracovní schopnosti těchto občanů ukládá zdravotnickým orgánům a orgánům sociálního zabezpečení, aby ve spolupráci s orgány Revolučního odborového hnutí a v součinnosti s organizacemi uskutečňovaly různá opatření, která mohou přispět k udržení nebo získání vhodného zaměstnání pro tyto občany, a tím i k zabezpečení náležité životní úrovně těchto občanů.

2. Zákoník práce ČSSR obecně stanoví v § 148 nejvýznamnější povinnosti socialistických organizací, týkající se zaměstnávání pracovníků se změněnou pracovní schopností a zároveň odkazuje na podrobnější právní úpravu těchto povinností v předpisech sociálního zabezpečení. Ve smyslu zmíněného ustanovení jsou socialistické organizace povinny zaměstnávat pracovníky se změněnou pracovní schopností na vhodných pracovních místech a umožňovat jim výcvikem nebo studiem získání potřebné kvalifikace, jakož i pečovat o její zvyšování. Dále jsou povinny vytvářet podmínky, aby tito pracovníci měli možnost co nejširšího a trvalého pracovního uplatnění, zlepšovat vybavení pracovišť, aby mohli dosahovat stejných pracovních výsledků jako ostatní pracovníci a aby jim byla práce co nejvíce usnadněna. Pro pracovníky se změněnou pracovní schopností, které nelze zaměstnávat za obvyklých pracovních podmínek, se v některých organizacích mají vyhrazovat nebo zřizovat zvláštní dílny (pracoviště).

Kromě ustanovení § 148 obsahuje zákoník práce ještě některá další ustanovení, směřující ke zvýšené ochraně občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Je to např. § 50 zákoníku práce, z něhož vyplývá, že pracovníku se změněnou pracovní schopností může dát organizace výpověď jen s předchozím souhlasem okresního národního výboru, jinak je výpověď neplatná. Souhlasu okresního národního výboru však není zapotřebí, jde-li o výpověď dávanou pracovníku staršímu 65 let. Ustanovení § 47 odst. 2 zákoníku práce stanoví, že při výpovědi dané pro

organizační změny pracovníku se změněnou pracovní schopností, který není zabezpečen důchodem, je organizace povinna zajistit nové vhodné zaměstnání, a to podle potřeby i s pomocí svého nadřízeného orgánu. V těchto případech výpovědní lhůta skončí teprve tehdy, až organizace tuto povinnost splní, pokud se s pracovníkem nedohodne jinak. Povinnost zajistit nové vhodné povolání však organizace nemá, jestliže pracovník nebyl ochoten přejít na jinou pro něho vhodnou práci, kterou mu organizace před výpovědí nabídla. Jestliže pracovník odmítne bez vážného důvodu vhodné zaměstnání, do kterého mohl nastoupit, povinnost organizace stanovená v § 47 odst. 2 zaniká.

Pozbyl-li pracovník vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podle posudku lékaře nebo rozhodnutí orgánu státní zdravotní správy nebo sociálního zabezpečení trvalé způsobilosti konat dále dosavadní práci, nebo nesmí-li ji konat pro onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, je organizace podle § 37 odst. 1 zákoníku práce povinna převést pracovníka na jinou práci. Nelze-li dosáhnout účelu převedením pracovníka v rámci pracovní smlouvy (např. přidělením jiných pracovních úkolů, které však nevybočují ze sjednaného druhu práce), může organizace převést pracovníka na práci jiného druhu, než byl sjednán v pracovní smlouvě, i kdyby s tím pracovník nesouhlasil. Při převedení na jinou práci je ovšem organizace vždy povinna přihlížet k tomu, aby tato práce byla pro něho vhodná (vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem, a pokud možno i k jeho kvalifikaci). Organizace je též povinna přede s pracovníkem projednat důvod převedení na jinou práci a dobu, po kterou má převedení trvat. Byla-li pracovní smlouva uzavřena písemně a dochází-li převedením pracovníka k její změně, je organizace povinna vydat pracovníkovi písemné potvrzení o důvodu převedení na jinou práci a době jeho trvání. Vyskytne-li se případ, že organizace nemá možnost zaměstnávat dále pracovníka, který je ze zdravotních důvodů trvale nezpůsobilý plnit povinnosti z jeho pracovního poměru, v místě, které bylo sjednáno jako místo výkonu práce, ani v místě jeho bydliště, a to ani po předchozí průpravě, je organizace oprávněna dát pracovníkovi výpověď podle § 46 odst. 1 písm. d) zákoníku práce. Organizace je pak zároveň povinna ve spolupráci s národním výborem účinně pomáhat pracovníkovi při získání nového vhodného zaměstnání.

Pro pracovníka je zdravotní nezpůsobilost dlouhodobého rázu k výkonu dosavadní práce důvodem pro výpověď podle § 51 odst. 1 zákoníku práce (výpovědní lhůta pak činí jeden až tři měsíce podle věku pracovníka a nedochází k prodloužení výpovědní lhůty o šest měsíců). Pokud by se vyskytl případ, že pracovník by podle lékařského posudku nemohl dále konat svou práci bez vážného ohrožení svého zdraví a organizace by jej nepřevédla do 15 dnů ode dne předložení lékařského posudku na jinou

pro něho vhodnou práci, vzniká pracovníkovi důvod k okamžitému zrušení pracovního poměru podle § 54 odst. 1 zákoníku práce. Pracovník, který okamžitě zrušil pracovní poměr, má zároveň nárok na náhradu mzdy ve výši průměrného měsíčního výdělku za výpovědní lhůtu (tj. takovou výpovědní lhůtu, která by mu příslušela podle jeho věku, kdyby dával výpověď).

Ochrany občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, souvisejícím s duševní poruchou, se týkají také některá další ustanovení zákoníku práce, upravující otázky zbavení způsobilosti k právním úkonům, vzniku odpovědnosti pracovníka za škodu, způsobenou organizací, a neplatnosti právních úkonů.

Způsobilost k právním úkonům v oblasti pracovního práva může podle § 12 odst. 1 zákoníku práce pracovník pozbýt jen rozhodnutím soudu. Právní úkony, k nimž není pracovník způsobilý, činí za něho jeho zástupce; nemůže však za něj uzavřít dohodu o hmotné odpovědnosti. Jestliže občan pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopen činit právní úkony, soud jej zbaví způsobilosti k právním úkonům. Jestliže občan pro duševní poruchu, která není jen přechodná, nebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů, je schopen činit jen některé právní úkony, soud způsobilost k právním úkonům omezí a určí v rozhodnutí rozsah tohoto omezení.

Pracovník, který je stížen duševní poruchou, odpovídá za škodu jím způsobenou jen, je-li schopen ovládat své jednání a posoudit jeho následky (srov. § 173 odst. 1 zákoníku práce). Právní úkon, který učinil pracovník, jednající v duševní poruše, která ho činí k tomuto právnímu úkonu neschopným, je neplatný (srov. § 242 odst. 1 písm. d) zákoníku práce).

V oblasti československého sociálního zabezpečení je zvláštní ochrana a péče o občany s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zajišťována zejména právní úpravou, týkající se poskytování invalidních důchodů (případně dalších důchodů, podmíněných nepříznivým zdravotním stavem) a právní úpravou služeb sociální péče.

VI. ZABEZPEČENÍ OBČANŮ S DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM POSKYTOVÁNÍM INVALIDNÍHO DŮCHODU V ČSSR

Invalidní důchod, případně částečně invalidní důchod, slouží k zabezpečení pracujících při ztrátě nebo dlouhodobém poklesu pracovní schopnosti. Pokud povaha zdravotního poškození a věk pracujících připouštějí zlepšení jejich zdravotního stavu a obnovení pracovní schopnosti, přiznává se invalidní, případně částečně invalidní důchod na dobu trvání

plné, případně částečné invalidity a umožňuje se vhodnou pracovní rehabilitací, aby důchodci znovu získali pracovní schopnost, popřípadě mohli vhodně využívat zbylé pracovní schopnosti. Invalidní důchod, jakož i částečný invalidní důchod jsou peněžité, obligatorní a opakující se dávky důchodového zabezpečení. Částečný invalidní důchod, přiznaný s přihlédnutím ke značnému ztížení obecných životních podmínek bez splnění podmínky podstatného poklesu výdělku, je však fakultativní dávkou důchodového zabezpečení, o níž rozhoduje Úřad důchodového zabezpečení.

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, požaduje pro vznik nároku na invalidní důchod splnění následujících podmínek:

- a) uznání pracujícího za plně invalidního (srov. § 25 odst. 3);
- b) trvání zaměstnání nebo dvouleté ochranné doby běžící od skončení zaměstnání v době vzniku invalidity;
- c) splnění čekací doby (tj. doby zaměstnání odstupňované podle věku pracujícího — např. méně než jeden rok při věku do 20 let a pět let při věku nad 28 let).

Invalidní důchod však nenáleží pracujícímu, který v době vzniku invalidity již splnil podmínky pro nárok na starobní důchod, pokud plná invalidita není následkem pracovního úrazu. Naproti tomu bez ohledu na dobu délky zaměstnání vznikne nárok na invalidní, případně částečně invalidní důchod, stane-li se pracující plně (částečně) invalidním následkem pracovního úrazu. Jde-li o plnou, případně částečnou invaliditu, vzniklou nemocí z povolání, není rozhodné, kdy invalidita vznikla (toto pravidlo je zakotveno v § 25 odst. 1 ZSZ vzhledem k tomu, že některé nemoci z povolání se začínou projevovat teprve až po uplynutí většího počtu let od skončení zaměstnání).

Ke vzniku invalidity dochází někdy v průběhu dočasné pracovní neschopnosti a řízení o zjištění invalidity je pak zahajováno z podnětu lékařské poradní komise. Nemusí být vyčerpána celá podpůrní doba pobírání nemocenského (tj. doba jednoho roku). Snížení pracovní schopnosti takového stupně, aby došlo k invaliditě, může totiž nastat v kterémkoliv okamžiku vývoje chorobného procesu. Časový interval od počátku choroby do vzniku invalidity, který lékaři označují pojmem latence invalidity, může být různě dlouhý — závisí na charakteru choroby, tíži onemocnění, přidružení další choroby apod.

Jako mimořádné případy, kdy pracujícímu bude náležet též invalidní důchod, posuzuje zákon o sociálním zabezpečení případy, kdy pracující se stal plně invalidním po vstupu do zaměstnání, nebyl zaměstnán po dobu potřebnou pro nárok na důchod před vznikem plné invalidity (nesplňuje tudíž čekací dobu), avšak získal s dobou zaměstnání před vznikem plné invalidity potřebnou dobu, v kterémkoliv období desíti roků dokončeném po vzniku plné invalidity. Nárok na invalidní důchod vzniká při

splnění ostatních podmínek ode dne získání potřebné doby zaměstnání. Dalším mimořádným případem, kdy náleží invalidní důchod bez splnění čekací doby, je případ, kdy občan, který se stal plně invalidním před dovršením věku, v němž končí návštěva základní školy, nemohl být proto zaměstnán buď vůbec, nebo po dobu potřebnou pro nárok na tento důchod a dosáhl věku 18 let.

Pro stanovení výše invalidního důchodu se k získané době zaměstnání přičítá doba od vzniku nároku na invalidní důchod do dosažení věku 60 let u mužů a věku 57 let u žen. Byl-li pracující zaměstnán přede dnem vzniku nároku na invalidní důchod nejméně 25 let nebo po dobu, jež s přičtenou dobou dosahuje nejméně 25 roků, činí základní výměra invalidního důchodu 50 % průměrného měsíčního výdělku až 60 % průměrného měsíčního výdělku (podle pracovní kategorie). K základní výměře invalidního důchodu se přičítají zvyšovací částky od 25. roku zaměstnání, případně od 21. roku zaměstnání. Nebyl-li pracující zaměstnán přede dnem vzniku nároku na důchod nejméně 25 roků nebo jestliže doba jeho zaměstnání s přičtenou dobou nedosahuje 25 roků, činí invalidní důchod 2 % průměrného měsíčního výdělku za každý rok zaměstnání a přičtené doby.

Podmínky vzniku nároku na částečný invalidní důchod jsou stejné jako podmínky vzniku nároku na plný invalidní důchod s tím rozdílem, že pracující musí být uznán částečně invalidním ve smyslu § 25 odst. 4 cit. zákona. Na rozdíl od uznání plné invalidity vyžaduje ovšem uznání částečné invalidity zásadně též splnění tzv. ekonomické podmínky, spočívající v podstatném poklesu výdělku.

Výše částečného invalidního důchodu činí polovinu invalidního důchodu při plné invaliditě (§ 30 ZSZ).

Invalidní důchod pracujícího, jehož plná invalidita je následkem pracovního úrazu, je o 10 % průměrného měsíčního výdělku vyšší než invalidní důchod vypočtený podle výše zmíněných pravidel. Částečný invalidní důchod pracujícího, jehož částečná invalidita je následkem pracovního úrazu, činí polovinu invalidního důchodu, který by mu náležel při pracovním úrazu.

Do skupiny dávek důchodového zabezpečení zařadil zákon o sociálním zabezpečení jako obligatorní, peněžitou, opakující se dávku též zvýšení důchodu a výchovného pro bezmocnost. I když zákon o sociálním zabezpečení pojímá zvýšení důchodu či výchovného pro bezmocnost jako samostatné dávky, jde v podstatě o zvýšení určitých jiných dávek sociálního zabezpečení s ohledem na specifický ráz a důsledky zdravotního stavu poživatele dané dávky, resp. dítěte poživitele důchodu starobního, invalidního, částečně invalidního, důchodu za výsluhu let, částečného důchodu za výsluhu let, osobního důchodu či sociálního důchodu.

Možnost zvýšení důchodu pro bezmocnost se tedy týká nejen důchodů obligatorní povahy, na které vzniká nárok při splnění zákonem stanovených podmínek, ale i důchodů přiznávaných fakultativně.

VII. ZABEZPEČENÍ OBČANŮ S DLOUHODOBĚ NEPŘÍZNIVÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM POSKYTOVÁNÍM SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ČSSR

Problematika služeb sociální péče představuje jeden z významných úseků československé sociální politiky. Stejně jako dávky důchodového zabezpečení jsou i služby sociální péče součástí úpravy, obsažené v zákoně č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení (je jim věnována část čtvrtá tohoto zákona). Je však třeba konstatovat, že správná a důsledná aplikace právní úpravy, týkající se poskytování služeb sociální péče, je mimořádně náročná a vyžaduje značné finanční prostředky ze společenských spotřebních zdrojů i personální zajištění. Koncepce služeb sociální péče je proto předmětem výzkumu pracovníků z různých vědních oborů, který má sloužit k postupnému zdokonalování této koncepce a zlepšení jejího praktického uplatnění.¹⁴⁾

Obecně lze říci, že účelem poskytování služeb sociální péče je pomáhat občanům k překonávání nepříznivých životních poměrů. Sociální zabezpečení v ČSSR zahrnuje úpravu rozsáhlého komplexu různých druhů služeb sociální péče, které mohou příznivě ovlivňovat jak pracovní prostředí občana, tak i jeho soukromé životní prostředí. V případech, kdy život člověka těžce postiženého na zdraví by probíhal v normálním pracovním a životním prostředí se značnými nesnázemi, uskutečňuje se zpravidla poskytováním služeb v prostředí ústavů sociální péče.

Služby sociální péče můžeme třídit do určitých skupin, a to podle různých hledisek.¹⁵⁾

Z hlediska okruhu občanů, v jejichž prospěch jsou služby namířeny, lze třídit služby takto:

- a) služby poskytované občanům se změněnou pracovní schopností;
- b) služby poskytované občanům těžce postiženým na zdraví;
- c) služby poskytované starým občanům;
- d) služby poskytované občanům, kteří potřebují zvláštní pomoc;
- e) služby poskytované občanům společensky nepřizpůsobeným.

Z hlediska formy, v níž jsou služby poskytovány, lze rozlišovat:

¹⁴⁾ Srov. B. Šmýd: Služby sociálního zabezpečení. Práce, Praha 1967; Z. Lišková, J. Herman: Služby a dávky sociální péče. Práce, Praha 1979.

¹⁵⁾ Srov. E. Novotná a kol.: Důchodci a důchody. Orbis, Praha 1972, str. 278.

- a) služby poskytované ve formě peněžního plnění;
- b) služby poskytované ve formě věcného plnění;
- c) služby poskytované v úkonech, resp. v podobě určitých výhod.

Z hlediska způsobu poskytování služeb můžeme rozlišovat:

- a) služby poskytované jednorázově;
- b) služby poskytované jako opakující se plnění (soustavně, resp. v určitých intervalech).

V rámci jednotlivých skupin služeb, rozlišovaných podle okruhu občanů, v jejichž prospěch směřují, můžeme dále služby třídit podle potřeb a zájmů občanů, které jednotlivé služby uspokojují nebo alespoň pomáhají uspokojovat. Např. ve skupině služeb, označené zákonem souhrnně jako péče o občany se změněnou pracovní schopností, nalézáme dva základní druhy služeb:

a) služby usnadňující získávání vhodného zaměstnání občanům se změněnou pracovní schopností (poradenská služba při volbě povolání, příprava pro pracovní uplatnění, pomoc při umísťování do zaměstnání);

b) služby namířené k vytváření podmínek, za nichž pracovní uplatnění občanů se změněnou pracovní schopností může trvat bez ohrožení jejich zdravotního stavu.

Ve skupinách služeb, představujících péči o občany těžce postižené na zdraví a péči o staré občany, lze rozlišovat:

- a) služby namířené k zajištění osobní hygieny a hygieny bydlení;
- b) služby směřující k zajištění pravidelného a racionálního stravování;
- c) služby usnadňující obstarávání základních životních potřeb (může se jednat např. o vybavení potřebným šatstvem i o základní vybavení domácnosti a obstarání paliva;
- d) služby usnadňující možnosti pohybu a dopravy;
- e) služby umožňující kulturní vyžití.

Občané postižení velmi těžkým tělesným nebo smyslovým poškozením či duševní vadou a staří občané s chorobnými stavy trvalého rázu zpravidla nemohou uspokojovat své základní životní potřeby bez soustavné pomoci. Všestrannou péči o tyto občany je možné účinně realizovat prostřednictvím služeb poskytovaných v rámci ústavů sociální péče. V prostředí těchto ústavů se zmíněným občanům poskytuje ubytování, zaopatření, zdravotní a kulturní péče, jakož i příležitost k přiměřenému pracovnímu uplatnění. Dětem a mladistvým s těžkým tělesným poškozením se v ústavech sociální péče pro tělesně vadnou mládež poskytuje také školní vzdělání, výchova a příprava pro povolání.

I když služby v oblasti sociálního zabezpečení jsou namířeny ve prospěch širšího okruhu občanů než důchodců, jsou to nejčastěji důchodci, jako občané staří, či s poškozeným zdravím, kteří se stávají příjemci služeb. Poskytování služeb přispívá jednak ke zlepšování jejich materiální

situace, jednak k lepšímu uspořádání různých stránek jejich osobního, případně též profesionálního života. Účelem služeb sociální péče není ovšem nahrazovat důchody; poskytování služeb má představovat vhodný doplněk k základnímu materiálnímu zabezpečení občanů důchodem.

Občané se změněnou pracovní schopností představují ve svém souhrnu důležitý zdroj pracovních sil pro národní hospodářství. Organizace nesmí odmítnout sjednání pracovního poměru s občanem se změněnou pracovní schopností s poukazem na jeho zdravotní stav, jestliže národní výbor doporučil jeho přijetí na místo, které je v seznamu pracovních míst vhodných pro tyto občany. Doporučení národního výboru je pro organizaci závazné. Obdobně nesmí škola odmítnout přijetí občana se změněnou pracovní schopností ke studiu s poukazem na jeho zdravotní stav, jestliže národní výbor uznal takovou přípravu pro pracovní uplatnění občana se změněnou pracovní schopností za vhodnou.

Občanům se změněnou pracovní schopností mladším 18 let se po skončení povinné školní docházky umožňuje příprava pro vhodné povolání, pokud možno spolu se zdravou mládeží. Nemají-li mladiství předpoklady pro takovou přípravu pro povolání, umožní se po zaškolení jejich umístění do vhodného zaměstnání. Národní výbory vyhrazují každoročně v plánech rozmístění dorostu počet míst ve školách a počet pracovních míst, potřebných pro mladistvé občany se změněnou pracovní schopností. Všem občanům se změněnou pracovní schopností se poskytuje příspěvek po dobu přípravy pro pracovní uplatnění a náhrada nutných výloh spojených s touto přípravou.

VIII. PERSPEKTIVY DALŠÍHO ROZVOJE ZABEZPEČENÍ A OCHRANY INVALIDNÍCH OSOB V ČESKOSLOVENSKÉM PRÁVNÍM ŘÁDU

Problematika zabezpečení a ochrany osob s dlouhodobě nepřiznivým zdravotním stavem (dále jen zjednodušeně invalidů) představuje v československém právním řádu široce rozvinutý systém, jehož současná úroveň je výsledkem dlouhodobého progresivního vývoje.¹⁶⁾ Lze konstatovat, že srovnání tohoto systému se systémy, existujícími v ostatních socialistických zemích i v průmyslově vyspělých kapitalistických zemích, vyznívá pro ČSSR příznivě, a to z mnoha významných hledisek (jako je např. osobní rozsah zabezpečených osob, věcný rozsah zabezpečení a ochrany aj.). Přesto je nezbytné i nadále věnovat této problematice jak z hle-

¹⁶⁾ Srov. Postavenie a úlohy československého práva sociálneho zabezpečenia. Dom techniky ČSVTS, Košice 1985, str. 10.

diska teoretického, tak praktického všestrannou pozornost a usilovat o další zdokonalování různých stránek její právní úpravy i aplikačního procesu v praxi. Statistické údaje ukazují, že výskyt invalidity není na ústupu, a proto je třeba počítat s tím, že i v budoucnu bude nutné na zabezpečení invalidních osob vynakládat značné prostředky ze společenských spotřebních fondů.¹⁷⁾

V období let 1981—1985 (tj. za období 7. pětiletky) byl vývoj invalidizace v ČSSR celkově stabilizovaný. Nejčastější příčinou plné invalidity byla po celé období ischemická choroba srdeční a nemoci plicního oběhu (invalidita v této skupině postihovala především muže), i když je třeba zároveň konstatovat, že došlo k zdokonalení metod vyšetřování funkce srdce a krevního oběhu, což umožnilo posudkovým komisím sociálního zabezpečení přesněji posuzovat zbývající pracovní potenciál nemocných.

Druhou nejčastější příčinou plné invalidity byly zhoubné nádory (invalidita v důsledku tohoto onemocnění postihovala v podstatě rovnoměrně muže i ženy). Počet invalidit v důsledku onemocnění zhoubnými nádory v průběhu 7. pětiletky stoupal a zvyšoval se i relativní podíl invalidity pro tato onemocnění na celkové invalidizaci. Příčinou tohoto nepříznivého jevu byl trvalý nárůst těchto onemocnění v populaci, ale na druhé straně také zlepšená diagnostika, která odhalovala onemocnění již v častějších stádiích a umožňovala dokonalejší léčebné metody. Tyto pozitivní výsledky zdravotnické péče vedly k delšímu přežívání nemocných, což se projeвило ve vyšší invalidizaci.

Na třetím místě v četnosti příčin invalidity byly duševní choroby (invalidita jako následek duševních chorob postihovala poněkud více muže než ženy). K výraznějšímu nárůstu počtu invalidit ve skupině duševních onemocnění došlo přechodně v letech 1982—1983 v souvislosti se snížením věkové hranice pro přiznání invalidního důchodu pro invaliditu z mládeži z 26 let na 18 let podle zákonného opatření předsednictva Federálního shromáždění č. 7/1982 Sb., o zvýšení důchodů a o některých změnách zákona o sociálním zabezpečení. Od roku 1984 došlo i zde ke stabilizaci, i když znepokojujícím jevem zůstává zvyšující se počet duševních chorob v populaci. Přes značné pokroky v léčbě duševních onemocnění se nedařilo ve větší míře udržet pracovní aktivitu nemocných, o čemž svědčí nepříznivý poměr mezi plnými a částečnými invaliditami (v ČSR 81,3 % plných invalidit a pouze 18,7 % částečných invalidit).

¹⁷⁾ V období 7. pětiletky bylo v ČSR přiznáno celkem 175 290 invalidních důchodů, z toho 106 580 plných a 68 710 částečných invalidních důchodů. Z plných invalidních důchodů bylo 61,3 % přiznáno mužům a 38,7 % ženám. Z částečných invalidních důchodů bylo 61,7 % přiznáno mužům a 32,9 % ženám. (Ze zprávy o vývoji invalidizace v ČSR za období 7. pětiletky, přednesené dr. Ferdinandem Třebickým, ředitelem odboru sociálního lékařství MPSV ČSR, na celostátní poradě k otázkám invalidity ve Lnářích v září 1986).

Čtvrtou nejčastější příčinou plné invalidity byly nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání (v této skupině byly o něco více postiženy ženy než muži).

Na pátém místě v četnosti příčin plné invalidity byly úrazy, otravy a násilné činy (v této skupině byli mnohem častěji postiženi muži — např. v ČSR připadalo na muže z těchto důvodů 76,2 % invalidit a pouze 23,8 % invalidit na ženy). Závažnou je však zde skutečnost, že invalidita jako následek úrazů, otrav a násilných činů postihuje především pracující mladší a střední věkové kategorie. Negativní ekonomický dopad této invalidity je pro předčasné vyřazení postiženého z pracovního procesu a dlouhodobost vypláceného důchodu mnohem vyšší než u invalidity z jiných příčin.

Pokud jde o částečnou invaliditu, byly její nejčastější příčinou nemoci svalové a kosterní soustavy a také pojivových tkání. Počet částečných invalidit i relativní podíl na částečné invalidizaci pro tato onemocnění stoupl. Druhou nejčastější příčinou částečné invalidity byla ischemická choroba srdeční a nemoci plicního oběhu. Třetí nejčastější příčinou vzniku částečné invalidity byly úrazy a čtvrtou nejčastější příčinou choroby cest dýchacích. Pátou nejčastější příčinu částečné invalidity představovaly nemoci nervové soustavy.

Mimořádně závažným faktorem ve vývoji invalidizace je počet plných a částečných invalidit jako následků nemocí z povolání. Varovným signálem je skutečnost, že tento počet v průběhu 7. pětiletky stoupl. U plných invalidit činil v roce 1981 podíl na celkové invalidizaci 1,8 % a v roce 1985 již 2,8 %. U částečných invalidit činil v roce 1981 podíl 3,7 % a v roce 1985 již 5,5 %. Nejčastějšími nemocemi z povolání, které vedly k invaliditě, bylo zaprášení plic a dále onemocnění kostí, kloubů, svalů, cév a nervů končetin způsobená při práci s vibrujícími nástroji.

V hlavních směrech hospodářského a sociálního rozvoje ČSSR na léta 1986—1990, schválených usnesením XVII. sjezdu KSČ, byl vytyčen v rámci významných úkolů sociální politiky též úkol nadále vytvářet hmotné podmínky pro společenskou podporu invalidních občanů. Kapacita ústavů sociální péče pro staré a invalidní občany by měla být rozšířena o 10—15 % a zároveň by měly být odstraňovány, s přihlédnutím k naléhavosti, neopodstatněné rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků. Dále by se měly rozvíjet také osvědčené formy sociální péče, zejména pečovatelská služba, a to o 20—25 %.

V naší úpravě, týkající se poskytování invalidních důchodů, by bylo perspektivně žádoucí opustit některá řešení, jež vznikla v polovině padesátých let a nejsou již v souladu se současnými možnostmi a potřebami pracovní rehabilitace a sociální reintegrace invalidních občanů. Tato řešení by měla být nahrazena legislativními opatřeními směřujícími k vy-

tvoření co nejoptimálnějších materiálních podmínek pro tuto rehabilitaci a reintegraci, jež by odpovídala progresivním tendencím na úseku sociálního zabezpečení invalidních osob v ostatních socialistických zemích. Konkrétní podoba těchto opatření se jistě stane v budoucnu předmětem rozsáhlejších diskusí odborníků z oblasti legislativy, teorie i praxe v sociálním zabezpečení, neboť při řešení jednotlivých problémů připadají v úvahu různé varianty. Na závěr této studie bych chtěla pouze ve stručnosti nastínit některé varianty řešení, které by se v procesu dalšího zdokonalování naší právní úpravy, týkající se postavení občanů s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, mohly uplatnit:

— pojetí plné a částečné invalidity by bylo možné nahradit pojetím několika skupin invalidity, umožňujícím rozlišovat více variant důsledků nepříznivého zdravotního stavu, včetně stavu bezmocnosti; odpadla by tak potřeba doplňovat invalidní důchod zvýšením pro bezmocnost, jež je stanoveno pevnými částkami, zaostávajícími za vývojem životních nákladů;

— při vymezení skupin invalidity by neměla být v žádné podobě zakotvena ekonomická podmínka podstatného poklesu výdělku, odrazující v úsilí o rehabilitaci;

— naproti tomu by bylo možné poskytování invalidního důchodu určitým způsobem vázat na účast postiženého na léčebné a pracovní rehabilitaci (pokud samozřejmě z medicínského hlediska přichází rehabilitace v úvahu);

— bylo by možné upustit od podmínky čekací doby, tj. požadavku splnění určité doby zaměstnání pro vznik nároku na invalidní důchod (tento požadavek je ostatně již v platné úpravě prolomen některými výjimkami), jakož i od podmínky, aby ke vzniku invalidity došlo v době trvání zaměstnání nebo ve dvouleté ochranné době po jeho skončení (tato podmínka rovněž není bezvýjimečná);

— tím by se stal invalidní důchod nejen prostředkem kompenzace ztráty na výdělku, ale především prostředkem vytvoření co nejlepších materiálních podmínek pro pracovní rehabilitaci zdravotně postiženého, přiměřenou jeho zdravotnímu stavu a pro jeho sociální reintegraci; odpadla by tak potřeba zabezpečovat plně invalidní občany, kteří uvedené podmínky nesplňují, fakultativním sociálním důchodem;

— způsob určování výše invalidního důchodu by neměl být odvozen od dávkové formule starobního důchodu, jako je tomu v současnosti, kdy invalidní důchod v podstatě představuje předčasně vyplácený starobní důchod, nýbrž měl by být konstruován tak, aby odpovídal rozsahu a charakteru zdravotního postižení a vytvářel co nejlepší materiální podmínky pro rehabilitaci a sociální reintegraci zdravotně postiženého;

— v případě invalidity vzniklé v důsledku pracovního úrazu nebo ne-

moci z povolání by mohla být náhrada za ztrátu na výděлку řešena nikoliv dvojím způsobem, s různou právní úpravou, různými subjekty a zdroji prostředků, jako je tomu v současnosti (tj. zvýšením invalidního důchodu o 10 % podle zákona o sociálním zabezpečení a náhradou za ztrátu na výděлку poskytovanou z titulu odpovědnosti organizace za škodu vzniklou pracovním úrazem nebo nemocí z povolání podle zákoníku práce), nýbrž jednotným způsobem z prostředků důchodového zabezpečení, co nejúplněji kompenzujícím rozsah ztráty pracovní schopnosti; odpadla by tak řada interpretačních a aplikačních problémů, které platná právní úprava odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání přináší, a jež se odrážejí ve značném počtu pracovních sporů;

— ochrana pracovníků se změněnou pracovní schopností v zákoníku práce by mohla být doplněna požadavkem spolurozhodování orgánů národních výborů (případně orgánů státní zdravotní správy nebo sociálního zabezpečení) nejen v případě výpovědi ze strany organizace těmto pracovníkům, ale také v případě dalších jednostranných právních úkonů organizace, směřujících k rozvázání pracovního poměru (okamžité zrušení pracovního poměru a zrušení ve zkušební době); rovněž ukládání kárných opatření pracovníkům se změněnou pracovní schopností by mělo být vázáno na spolurozhodování, případně součinnost zmíněných orgánů (což by bylo zvlášť důležité z hlediska vhodného aplikování sankcí u pracovníků, kde příčinou změněné pracovní schopnosti je mentální postižení);

— v oblasti úpravy pracovní doby a doby odpočinku by přicházela v úvahu řada zvýhodnění pro pracovníky se změněnou pracovní schopností, a to nejen obecně zakotvených v zákoníku práce, ale též upravených v předpisech s resortní působností (např. zvýhodněné poskytování přestávek v práci, započítávaných do pracovní doby, dodatková dovolená, zákazy nařizování přesčasové a noční práce, zákaz odvolání z dovolené a jiné).

Ева Новотна

К ПОНЯТИЮ ИНВАЛИДНОСТИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДНЫХ ЛИЦ

Резюме

Проблематика инвалидности и восстановления нетрудоспособности привлекает все больше внимание разных научных дисциплин. Указанная тенденция, проявляющаяся заметно, в частности, с 70-тых годов во всех промышленно развитых странах в мире, связана, видимо, с тем, что постоянно возрастает число инвалидов

лиц в результате травм (в частности, в области транспорта) а разных заболеваний, причем в связи с прогрессом в медицине удастся все большее число таких лиц сохранить живыми (часто, однако, инвалидными). Это влечет за собой значительное увеличение расходов на обеспечение инвалидов лиц.

Что же касается социалистических стран, то следует принять во внимание, что в результате исчерпания или ограниченных возможностей привлечения дальнейших источников рабочей силы возрастает значение использования оставшейся трудоспособности инвалидов.

Когда-то инвалидность связывалась прежде всего с расстройством двигательного аппарата вследствие причиненной травмы (см. понятие калека). Понимание инвалидности возникло первоначально как понимание травматической инвалидности в 19-ом веке, в связи с внедрением машин в производство товара. Оно встречалось в законодательстве промышленно развивающихся стран в разных определениях, служащих разным целям правового регулирования.

В настоящее время инвалидность вызывается чаще всего заболеваниями кровообращения, в то время, как на заболевания двигательного аппарата приходится гораздо меньшее число случаев признания инвалидности. В связи с этим возникают большие проблемы при определении различий между временным заболеванием и постоянной дисфункцией организма, то есть, между временным, переходным и постоянным ограничением трудоспособности. При этом решение указанного вопроса является решающим для решения важной юридической проблемы, если и с какого момента дело касается обеспечения при временной нетрудоспособности, или же наоборот при инвалидности.

Развитие временной нетрудоспособности по направлению к инвалидности может быть весьма сложным, пока размер травмы не стабилизируется, то есть, не носит характера постоянного изменения. По этим причинам в некоторых странах в правовое регулирование социального обеспечения введено промежуточное звено между пенсией по случаю болезни и по инвалидности в форме частичного пособия в случае болезни, сочетаемого с заработком или в форме временной пенсии по инвалидности.

Весьма важную проблематику в области социального обеспечения представляет собой также способ решения отношения между обеспечением по инвалидности (пенсией по инвалидности) и обеспечением по старости (пенсией по старости). Инвалидность и старость обладают некоторыми совпадающими элементами, в то же время, однако, между ними имеются важные различия, которые нельзя не принимать во внимание.

Проблематика обеспечения и охраны лиц с продолжительно неблагоприятным состоянием здоровья (далее только инвалидов) представляет собой в чехословацком правовом порядке широкоразвитую систему, настоящий уровень которой является результатом долгосрочного прогрессивного развития. Можно констатировать, что сопоставление этой системы с системами, существующими в других социалистических странах и в промышленно развитых капиталистических государствах, является для ЧССР благоприятным с многих точек зрения (напр., с точки зрения личного диапазона обеспеченных лиц, предметного диапазона обеспечения и охраны и др.). Несмотря на это, необходимо и впредь уделять указанной проблематике всестороннее внимание как теоретическое, так и практическое, прилагая усилия к дальнейшему совершенствованию разных аспектов ее правового регулирования и процесса практического применения. Статистические данные показывают, что случаи инвалидности не сокращаются, следовательно, нужно учитывать то, что и в будущем необходимо расходовать на обеспечение инвалидов лиц значительные средства за счет общественных фондов потребления.

В области нашего регулирования предоставления пенсией по инвалидности перспективно желательно отказаться от некоторых решений, которые возникли в половине пятидесятих лет и не находятся уже в соответствии с современными возможностями и потребностями восстановления трудоспособности и социальной реинтеграции инвалидов граждан. Эти решения следовало бы заменить законодательными актами, направленными на создание самых оптимальных материальных условий для указанного восстановления трудоспособности и реинтеграции, которая соответствовала бы прогрессивным тенденциям на участке социального обеспечения инвалидов лиц в других социалистических странах. Конкретное содержание этих актов, наверное, станет в будущем предметом обширных дискуссий специалистов в области законодательства, теории и практики в социальном обеспечении, так как при решении отдельных проблем во внимание принимаются разные варианты.

Eva Novotná

TO THE CONCEPTION OF DISABILITY AND DISABLED PERSONS' SECURITY

Summary

Problems of disability and rehabilitation are attracting ever more attention of various scientific branches. This trend, much in evidence mainly since the seventies in all the world's industrial countries, is clearly incidental to the ever growing numbers of persons disabled in consequence of accidents (especially in traffic) and of various diseases, while in connection with the advance made by the medical science an ever bigger number of affected persons is kept alive (though often as invalids). The consequence thereof is a considerable increase in the cost of disabled persons' security.

With respect to socialist countries account has to be taken of the fact that, as a result of the depletion or limited possibilities of acquiring more labour force sources, the importance of making use of the remaining working capacity of invalids is increasing.

At a time disability was in the first place connected with organs of locomotion defects caused by accidents (see the term cripple). The conception of disability originated as conception of casualty disability in the 19th century in connection with the introduction of machinery in commodity production. It appeared in the legislation of industrialising countries in various definitions serving different legal ruling objectives.

At present disability is most frequently caused by blood circulation diseases, whereas far fewer cases of recognised invalidity are due to diseases of the organs of locomotion. In connection therewith considerable problems are arising with the determination of differences between a temporary disease and permanent organ disfunction, i.e. between temporary or transient and permanent working capacity limitation. The answer to this question is at the same time decisive for the solution of the important legal problem, whether and from which time security is to be applied in the instance of temporary working incapacity or, to the contrary, in the case of invalidity.

The temporary working incapacity development towards disability may be very

complicated so long as the health affliction is not stabilised and there is, therefore, no change of a permanent character. That is the reason why introduced in the social security ruling of some countries was a sort intermediary stage between sickness benefit and disability pension in the form of partial sickness allowance combined with earning or in the form of temporary disability pension.

Very important problems in the social security field are represented also by the solutions of the relationship between disability security (invalidity allowance) and old age security (old age pension). Disability and old age have some elements in common, however, there are important differences between them, which are not to be omitted.

The problems of security and protection of persons with long term afflicted health (further on referred to for simplicity as invalids) represent in the Czechoslovak Law a widely developed system, its present standard being the result of long term progressive evolution. It may be stated that comparison of the system with the existing systems in the other socialist countries and in the industrial capitalist countries speaks in favour of Czechoslovakia from many significant aspects (such as e.g. the personal extent of the persons enjoying security, the material extent of security and protection etc.). Nevertheless, it is necessary to pay all-round attention to the problems, both from the theoretical and practical aspects and to strive for improvement in the various sides of their legal regulation and application process in practice. Statistics show that disability cases are not receding and it is, therefore, necessary to bear in mind that in future considerable means will have to be spent on invalids' security from social consumption funds.

In the Czechoslovak ruling concerning disability allowances desirable would be to abandon in the future some of the solutions, that had come into existence in the mid-fifties, and are no longer matching present-day possibilities and requirements of the disabled persons' working rehabilitation and social reintegration. Such solutions should be replaced by legislative measures directed at the provision of optimum material conditions for rehabilitation and reintegration in compliance with the progressive trends in the disabled persons' social security sector of other socialist countries. The concrete shape of such measures will no doubt be in the future a subject for more extensive discussions by experts from the legislative, theoretical and practical social security sphere, since various alternatives in the solution of the individual problems will come in consideration.

IURIDICA 5/1987

Redakční rada: prof. JUDr. Antonín Růžek, CSc. (předseda), doc. RSDr. Ján Gronský (místopředseda), JUDr. Karel Malý, CSc. (tajemník), doc. JUDr. Stanislav Drobník, CSc., prof. JUDr. Jaromír Kincl, DrSc., prof. JUDr. ing. Eduard Kučera, DrSc., doc. JUDr. Vladimír Němec, CSc., doc. JUDr. Miroslav Potočný, DrSc., prof. JUDr. Jiří Švestka, DrSc., JUDr. Rudolf Vokoun

Vydala Univerzita Karlova, Praha

Prorektor-editor prof. RNDr. Václav Prosser, CSc.

D Obálku navrhl Jaroslav Příbramský

Graficky upravila Jarmila Lorencová

Dáno do tisku 18. 2. 1987

Vytiskl Tisk, knižní výroba, n. p., Brno, závod 1

Vydání 1.

Náklad 550 výtisků

Brož. 10 Kčs

46 018

Brož. 10,— Kčs