

Jedním z hlavních cílů faktické reformy zdravotnictví by mělo být propojení zdravotního a sociálního systému všude tam, kde to má smysl. Ze sociálního



systému by se do integrovaného zdravotně-sociálního systému mohly začlenit oblasti sociálních služeb, nemocenského pojištění, posudkové činnosti a poskytování sociální podpory osobám se zdravotním postižením. Světy zdravotní a sociální péče se vzájemně prolínají do té míry, že jejich pěstování v odlišných a vzájemně nekompatibilních systémech je nehumánní marnotratností.

S odstrašujícími důsledky se setkáváme ve chvílích, kdy nás nebo naše blízké zaneše osud do hraničářských oblastí obou resortů. Najednou se musíme popasovat s rozdílnými pravidly a přístupy, s odlišnými schvalovacími procedurami, s jinými způsoby hrazení a ocenění péče. K tomu přistupuje rozdílná zátěž na pacientovu peněženku, která vyplývá nejen z oficiálního nastavení systémů, ale i z etablované šedé ekonomiky. Zajišťování potřebné péče často připomíná pohádku o kohoutkovi a slepičce, neúčinně spotřebovává spoustu energie, ale na rozdíl od pohádky bývají někdy důsledky časově prodlevy

nevratné. Bez souvisejícího zajištění adekvátní rehabilitace a bez odpovídající sociální péče přicházejí často jinak báječné výsledky vítězné medicíny vniče. Týká se to mnoha oblastí medicíny – komunitní psychiatrické péče, domácí paliativní péče, péče o seniory, péče o lidi po výkonech na velkých kloubech...

Všem by se nám lépe žilo, stonalo, pracovalo i umíralo v schengenském prostoru zdravotně-sociálního systému s jedněmi pravidly a jedněmi daty. Pro propojení obou systémů hovoří nejen nutnost zlepšení koordinace služeb obou systémů a tím zvýšení uživatelského komfortu pro občany, ale také velmi aktuální poptávka po racionálním hospodaření s penězi v celé zdravotně-sociální oblasti. Současný resortismus nám neumožňuje správně hodnotit léčebné postupy z hlediska celkových veřejných nákladů a ani svým nastavením k takovému pohledu nemotivuje. Zdravotnictví dnes hledá způsob, jak se postavit k léčebným postupům, které mají prokazatelné výsledky, ale jsou drahé. Propojení zdravotních a sociálních peněz by zchladilo mnohou z dnešních horkých brambor, které si mezi sebou ve zdravotnictví házíme. Mimoběžná argumentace, kdy jedna strana argumentuje vysokými náklady a druhá stejně úžasnými úsporami, ale jiného resortu, by se tak dostala do společného řečiště a bylo by hned jasno, jak si problém stojí. Tak, milí spoluobčané, kdy se do toho dáme?

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jak rozbourat zed' mezi zdravotním a sociálním systémem?



Tomáš Doležal

úhel pohledu



Pavel Hroboň

volné fórum



Jiří Schlanger



Stanislava Pánová



Rudolf Zajac



Rostislav Čevela



Pavel Maršálek



David Chrbját

právní okénko

Systém důchodů a dávek sociálního zabezpečení při invaliditě

úhel pohledu >

MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.
farmakoekonom, Institut pro zdravotní
ekonomiku a technology assessment (iHETA)

Sociální náklady chronických onemocnění a jejich ovlivnění moderní léčbou

Akutní i chronická onemocnění, která vedou k trvalému poškození organismu, tvoří významné náklady pro zdravotní systém, ale zároveň generují značné náklady v oblasti sociální, proto je žádoucí pokusit se o komplexní pohled na náklady a přínosy bez ohledu na to, z jakého rozpočtu jsou financovány. Pro současné i budoucí vyhodnocování dopadů zdravotnických technologií, včetně léků, je takový komplexní pohled z perspektivy státního rozpočtu nevyhnutelný.

Farmakoekonomika používá metodiku takzvané celospolečenské perspektivy, do které jsou zahrnuty jak přímé medicínské náklady, tak také nepřímé a sociální náklady spojené s příslušnou diagnózou.

Mezi nepřímé náklady se podle celosvětově akceptované metodiky v současné době počítají:

- náklady se zkrácením očekávané délky života (ztráta podílu na tvorbě hrubého domácího produktu při předčasném úmrtí),
- ztráta pracovní produktivity v důsledku invalidity (finanční transfery v rámci částečné nebo plně invalidity a zároveň výpadek příjmů státního rozpočtu v důsledku chybějícího podílu na HDP),
- náklady na pracovní neschopnost (platby v rámci nemocenské a opětovná ztráta produktivity v zaměstnání – tzv. „absenteeism“),
- náklady na snížení pracovního výkonu v důsledku onemocnění (jedná se o tzv. koncept „presenteeism“, který je metodicky v literatuře dobře dokumentován),
- zvýšené nároky na sociální transfery v nemoci a invaliditě (dávky sociální podpory, příspěvek na péči, v hmotné nouzi apod.),
- neformální pečovatelská a ošetrovatelská péče ze strany rodinných příslušníků a známých.

V době, kdy je nutné hledět nejenom na výsledky léčby, ale také na její náklady, si klademe otázku, zda moderní léčba může být taky ekonomič-

ky efektivní. Dnes víme, že tzv. nepřímé náklady chronických onemocnění, které nejsou hrazeny ze zdravotního rozpočtu, tvoří více než 50 % celkových nákladů na diagnózu. Moderní léčba může přinášet úspory právě v sociálním rozpočtu a v zachování ekonomické produktivity pacientů. Proto potřebujeme komplexní pohled na náklady a přínosy terapie z pohledu celé společnosti. Takový pohled přináší meto-



Tomáš Doležal

dika Health Technology Assessment (HTA), která ze své podstaty používá celospolečenskou perspektivu v pohledu na náklady na léčbu nemocí.

Jako model chronicky progredujících a nevléčitelných onemocnění je možné použít revmatická onemocnění (např. revmatoidní artritida nebo Bechtěrevova nemoc) nebo roztroušenou sklerózu. Zahraniční farmakoekonomické studie ukazují, že v těchto diagnózách je minimálně 50 % nákladů vynakládáno právě na nepřímé náklady. U pacientů s roztroušenou sklerózou dynamicky klesá schopnost pracovat a zvyšuje se pravděpodobnost invalidity.

Po 5 letech od diagnózy onemocnění je již 30 % pacientů v invalidním důchodu a invalidita progresivně narůstá s klinickým postupem onemocnění. V těžších stádiích již rostou zejména nepřímé, sociální náklady a náklady na neformální péči.

Podobná je situace u chronických revmatických diagnóz, kde většina nákladů plyne do oblas-

**... nepřímé náklady chronických
onemocnění, které nejsou
hrazeny ze zdravotního
rozpočtu, tvoří více než 50 %
celkových nákladů na diagnózu.**

ti ztráty produktivity a sociální péče (tzv. nepřímé náklady). Tyto náklady tvoří 50–75 % celkových nákladů na revmatoidní artritidu a vzrůstají s postupujícím onemocněním a zhoršujícím se zdravotním stavem. V 1. roce již 20 % pacientů není schopno pracovat a po 10 letech je práce neschopno až 50 % nemocných. Nedávno dokončená analýza nákladů na ankylozující spondylitidu (AS) založená na datech z České republiky ukázala

Je třeba integrovat data ze zdravotních pojišťoven a České správy sociálního zabezpečení, pracovních úřadů a obecních úřadů.

následující strukturu nákladů: náklady přímé (léky, hospitalizace, ambulanci

péče, operace, rehabilitace, lůžně) tvoří 51 % všech nákladů a nepřímé náklady (pracovní neschopnost, ztráta produktivity) potom 49 % (Doležal et al. 2009).

Významné jsou také výpadky příjmu ze zdravotního pojištění. Musíme si uvědomit, že u nás stát platí zdravotní pojištění za 58 % populace, která ale čerpá 80 % zdravotní péče. Zatímco roční platba za státního pojištěnce, mezi něž patří i invalidní důchodci, je jen 8 676 Kč, průměrný zaměstnanec ročně odvádí 32 400 Kč (3,7krát více) a osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) 15 600 Kč (1,8krát více).

V zahraničních studiích existuje celá řada důkazů o tom, že moderní léčba výše zmíněných onemocnění má bezprostřední přínosy nejen pro pacienta (zlepšení kvality života, uchování nebo návrat soběstačnosti), ale také pro zdravotní systém (úspora v jiných kapitolách zdravotních rozpočtů, například v hospitalizacích), a v neposlední řadě se mohou šetřit nepřímé a sociální náklady. Ukazuje se, že ekonomicky racionální je zahájení této terapie v časných stádiích onemocnění, kdy je pacient ještě soběstačný a ekonomicky aktivní. Zde je investice do nákladné moderní léčby ekonomicky nejvýhodnější. V pozdních stádiích onemocnění je možné stále ještě zlepšit kvalitu života pacientů, ale většinou již nelze zvrátit trvalé postižení a ztrátu práceschopnosti a soběstačnosti.

Pro zjišťování a vyhodnocování zdravotní a sociální nákladovosti ve vztahu k přínosům zatím není v podmínkách České republiky k dispozici patřičná metodika. Je třeba integrovat data ze zdravotních pojišťoven a České správy sociálního zabezpečení, pracovních úřadů a obecních úřadů.

Potřebujeme vyčíslit reálné náklady chronických onemocnění v dlouhodobém horizontu a zjistit, jaký je poměr mezi výdaji zdravotního a sociálního rozpočtu.

Na základě těchto analýz je možné směřovat cílenou zdravotní a sociální politiku do oblastí, kde přinese nejvyšší hodnotu pro pacienta, ale také celou společnost. Jen na základě takových dat budeme schopni využít potenciál moderních léčebných postupů a vyčíslit jejich reálné ekonomické dopady.

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
poradce ministra práce a sociálních věcí

Proč potřebujeme nově vymezit dlouhodobou péči?

Potřeba dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Je často označována též jako péče zdravotně-sociální. Tuto péči potřebují někteří jedinci v průběhu celého života (zejména v důsledku vrozených postižení nebo nemoci), většina obyvatelstva potom ve vyšším věku.

Do oblasti dlouhodobé péče lidé vstupují buď po pobytu ve zdravotnickém zařízení, nebo případně přímo z domova. Jde vlastně o třetí fázi poskytování zdravotních služeb. V první (akutní) fázi je cílem stabilizace stavu pacienta a odstranění nebo moderaace příčin onemocnění. Ve druhé (následné) fázi by mělo dojít k největší obnově funkčních schopností. Ne u všech se to ale podaří a řada lidí, kteří potřebují soustavou zdravotní a sociální podporu, se tak stává klienty dlouhodobé péče v domácím nebo institucionálním prostředí.

Dlouhodobou péči již dnes potřebuje v ČR zhruba 300 000 lidí. Jejich počet bude v důsledku stárnutí obyvatelstva narůstat o 100 000 kaž-

Současná organizace včetně finančního zajištění je nesystémově rozdrobena mezi resorty MZ ČR, MPSV ČR, kraje, obce a klienty péče, resp. jejich rodiny.

dých 10 let. Finančně dnes dlouhodobá péče stojí veřejné rozpočty zhruba 40 miliard korun. Toto



Pavel Hroboň

zdravotního pojištění je z hlediska narůstajících potřeb dlouhodobé péče a stavu veřejných financí dlouhodobě neudržitelné.

Dnešní stav

Dlouhodobá péče není ve stávajících právních předpisech dostatečně vymezena. Současná organizace včetně finančního zajištění je nesystémově rozdrobena mezi resorty MZ ČR, MPSV ČR, kraje, obce a klienty péče, resp. jejich rodiny. Tato situace vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty různých poskytovatelů a nedostačejícímu zajištění kvality a dostupnosti.

Hlavní bariérou je rozhraní mezi zdravotním a sociálním systémem – klienti se stejnými potřebami dnes mohou do značné míry náhodně skončit v institucích, které jsou různě řízeny a mají zásadně odlišné financování včetně spoluplatby klienta.

Další významný problém ale leží uvnitř zdravotnictví. Je jím nejasné vymezení následné a dlouhodobé péče. Obě oblasti mají jiný účel, a měly by tedy také mít jiné financování a hlavně požadavky na poskytovatele. V mnoha dnešních zařízeních typu LDN a OLÚ (a dalších) se ale ve skutečnosti starají o pacienty s potřebou jak in-

tenzivní rehabilitační (tedy následně), tak i podpůrné (dlouhodobé) péče.

Dosavadní snahy o řešení se snažily nakreslit jasnou hranici mezi odpovědností zdravotnictví a sociálních služeb. Tuto hranici ale ve skutečnosti nakreslit nelze, protože dlouhodobá péče je charakteristická právě prolnutím zdravotní a sociální složky.

Návrh nového uspořádání

Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR na přelomu roku schválily návrh tezí dlouhodobé péče. Cílem je vypracování samostatného zákona o dlouhodobé péči, který tuto oblast jasně vymezí a s pomocí prováděcích předpisů stanoví nárok na dlouhodobou péči, její rozsah, způsob registrace poskytovatelů, personální, materiální a technické požadavky včetně standardů péče a zdroje financování. Namísto kreslení složité hranice dojde tedy k uznání faktu, že se jedná o svébytnou oblast, ve které se neoddělitelně prolíná zdravotní a sociální péče.

Cílem je srovnat podmínky pro všechny klienty, zajistit lepší využití finančních prostředků, které jsou k dispozici, a zvýšit dostupnost a kvalitu dlouhodobé péče.

Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR na přelomu roku schválily návrh tezí dlouhodobé péče.

Klienti, kteří mohou zůstat ve svém domácím prostředí, potřebují integrovanou zdravotní a sociální domácí péči a větší dostupnost stacionářů. Ti, kteří se neobejdou bez pobytové péče, musejí mít zajištěn určitý standard kvality a jasně vědět, jaká je úroveň spolufinancování. Na jedné straně je třeba více zapojit rodinu do financování tohoto druhu péče, na druhé straně najít cestu, jak vhodně podpořit opravdu chudé.

V dlouhodobém horizontu nutně potřebujeme postupně zavést doplňkové financování založené na spoření. Takový systém je možné koordinovat s důchodovou reformou. Jako nejvhodnější forma se nabízí státem podporované spoření kombinované s pojištěním.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co může přinést větší provázanost zdravotního a sociálního systému?
2. Co by se pro to dalo udělat?
3. Jak moc to, podle Vás, spěchá?



RNDr. Jiří Schlanger, náměstek pro informatiku a mezinárodní věci, MZ ČR

odpovědi Jiřího Schlagra:

1. Zdravotnictví a zdravotní pojištění musí nést část spoludopovědnosti za generované sociální náklady, to znamená, že do rozhodování o způsobu a organizování léčení nesmí vstupovat pouze úvaha o nákladech léčby, ale také o nákladech, které následně ponese či neponese sociální systém například v dávkách v nemoci a invaliditě a v příspěvku na péči, ale také o výnosech systému veřejných financí, které přinese zdravý, práce schopný jedinec. Příspěvek zdravotnictví ke kvalitě života jednoznačně koreluje s příspěvkem zdravotnictví ke kladné bilanci veřejných finančních prostředků, kde na straně příjmů počítáme daně a pojistné a na straně výdajů ná-

klady zdravotního a sociálního systému.

Optimální není ani péče o seniory a zdravotně postižené, protože resortní přístupy nejsou nastavené tak, aby podporovaly kvalitu života jedince v jeho vlastním prostředí a optimální využití veřejných prostředků. O tom je koncept dlouhodobé péče, který se nyní formuluje týmem obou resortů.

2. Lépe využívat informace a informační prostředky ve prospěch pojištěnců a účastníků sociálního systému. To musí být součástí probíhající regulační reformy. V programovém prohlášení vlády je uvedeno, že se výplata dávek v nemoci převede na zdravotní pojišťovny. To je však v procesu nemocenského pojištění až ten poslední krok. Předchází mu řada jiných kroků, které jsou pro osud pojištěnce i pro náklady systému podstatnější.

Pod tlakem této odpovědnosti za náklady je třeba, a je to také možné, zkvalitnit proces léčení, zejména přechod mezi fází akutní a následné a rehabilitační péče; co nejvíce bránit tomu, aby se člověk dostával do dlouhodobé nemoci a invalidity a závislosti na druhých a vyžadoval dlouhodobou péči. Zdravotnictví se maximálně musí snažit jedince vrátit do práce, respektive k sebeobsluze v případě seniorů a zdravotně postižených.

3. Vnímání souvislosti obou systémů bylo zakotveno do systému sociálního pojištění po celou dobu trvání ČR až do roku 1951.

Tehdy byl inteligentní systém, který ostatně funguje v Německu a Rakousku nepřetržitě, rozvrácen a jeho prvky autonomizovány v rámci sociálního zabezpečení. K pozitivům je třeba se vrátit neprodleně. Smyslem je realokovat cca desítky miliard korun v systému ve prospěch kvalitnější péče a odměny pracovníkům zdravotních a sociálních služeb.



MUDr. Stanislava Pánová, ředitelka, Odbor zdravotních služeb, MZ ČR

odpovědi Stanislavy Pánové:

1. Větší provázanost mezi systémem zdravotním a sociálním by mohla přinést především odstranění dlouhodobých problémů s organizací, financováním a pokrytím péče o veškeré pacienty, u nichž se kombinuje jak složka sociální, tak zdravotní. Týká se to celého systému dlouhodobé péče, péče o pacienty

s disabilitami a o osoby, které jejich zdravotní stav nějakým způsobem sociálně a pracovně vyčleňuje ze společnosti.

2. Především je nutné začít mluvit společným jazykem a rozumět potřebám pacientů stejně. Znamená to stejně je hodnotit, používat stejný klasifikační systém a v rámci něj pak posuzovat potřeby společně, a ne každou zvlášť, tak jak je to doposud. Velmi by pomohlo, kdyby např. vznikl katalog výkonů sociálních a zdravotních a přesně se určilo, kdo se o co stará a kdo co financuje. Pak už by bylo podružné, jestli se o pacienta stará primárně zařízení zdravotní, či sociální a jak je registrováno.

3. Věc spěchá velmi. Ten, kdo na neprovázanost systému nejlépe doplácí, je v první řadě pacient a hned na druhém místě státní rozpočet. Pacient nedostává, co by mohl, a státní rozpočet trpí, protože pokud velké úspory v jednom systému znamenají malé náklady ve druhém, tak je jasné, že k těm potřebným úsporám nikdy nedojde. Resortismus opravdu velmi škodí a tato oblast je toho smutným příkladem.

odpovědi Rudolfa Zajace:

1. V prvom rade zlepšenie služieb klientom oboch systémov. Všetci hovoria, že vo veľa prípadoch je hranica medzi sociálnymi službami a poskytovaním zdravotnej starostlivosti veľmi nejasná, niekedy až nepoznatelná. Všetci vymáhajú peniaze, to je už taký národný šport, ale doteraz nikto nepovedal, ako to urobiť. Uvediem pár príkladov. Ten najjednoduchší – poistenie, pre prípad pracovnej neschopnosti. Tyká sa iba ekonomicky aktívnych, je povinné, hoc by nemuselo, ako pozostatok paternalistického správanía sa štátu, ktorý zastáva názor, že občan

je nesvojprávny, ktorý nevie, že ak nude chorý, nebude môcť pracovať a teda nebude mať z čoho žiť. Nuž ale máme ho.



MUDr. Rudolf Zajac, bývalý ministr zdravotníctví Slovenskej republiky

Navyše poistenie je hradené z rezortu sociálnych vecí, ale peňažné plnenie ide na základne rozhodnutia systému iného rezortu – lekárov. Keď už musí byť, nech je potom v zdravotných poisťovniach, určite sa zlepši kontrola zneužívania atď. U množstva ľudí ich zdravotný stav vyžaduje aj sociálnu intervenciu v takej či onakej forme. Na rozdiel od ošetrovania, ktoré nepochybne patrí do zdravotníctva, je potrebná asistancia, ale aj opatrovanie. Je zaujímavé, že angličtina používa termín „nursing“ a „look aftering“, slovenčina napríklad ošetrovanie a opatrovanie. V češtine sa musíme uspokojiť s termínom péče, a aby sme to rozlíšili, tak dokladáme „zdravotní“ a „přímá“.

2. Starostlivosť o týchto klientov musí byť spoločná, kooperatívna, synergická, nie kontraproduktívna. To znamená, že sa musí nájsť cesta, ktorá to zabezpečí, počínajúc mechanizmami

posudzovania, získaním klient-skeho štatusu spoločného systému až po komplexnú realizáciu dávok a zdravotných benefitov. Toto mala TOP 09 v programe, toto je následne v programove vyhlásení vlády a na tom teraz pracuje dvojrezortná skupina odborníkov. Je potrebný nový zákon, ktorý komplexne vyrieši všetky otázky spojené s LTC (long term care). Obidve ministerstvá už schválili tézy vecného zámeru, na ktorom sa teraz intenzívne pracuje.

3. Veľmi, malo to byť urobené prinajmenšom pred dvadsiatimi rokmi. Ale nie tak veľmi, aby sa teraz, keď sa procesy naštartovali správnym smerom, narobili veľké chyby a omyly, ktoré by mohli ľudí skôr poškodiť ako im pomôcť. O tom, že oba rezorty kladú veľký dôraz na kvalitnú prácu, svedčí aj to, že sú pod gesciou priamo 1. námestníka Pavelku a 1. námestníka Šišku. Je vytvorených päť pracovných skupín, ktoré koordinuje P. Hroboň. Som rád, že aj ja mám príležitosť byť pri tom. Treba doložiť, že dnes našťastie nie je otázkou dňa, či vôbec hľadať riešenia, ale navrhovať tie najlepšie.

odpovědi Rostislava Čevely:

1.–3. Elektronická komunikace. Jde o úsilí o maximální využívaní elektronicky vedených údajů na obou stranách a jejich maximální provázanost. Opatření jsou jednak na straně vývoje softwaru, který bude umožňovat vzájemné propojení, jednak v oblasti legislativní, protože jde o veřejnou správu, ve které platí, že subjekty veřejné správy mohou činit pouze to, co jim zákon umožňuje, tedy i výměnu informací. Základ je položen v oblasti nemocenského pojištění. Elektronické shromažďování a výměnu dat je potřeba podporovat okamžitě, stejně tak

jako připravit legislativní prostředí.

Propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění. Jde o to, že při stejné nemoci systém nemocenského pojištění zajišťuje dávky peněžité a systém zdravotního pojištění dávky věcné, ale kompenzuje se stejná událost. Vidím jako nezbytné především provést důslednou analýzu všech souvislostí, včetně finančních dopadů, popř. srovnávací zahraniční studie. Vzhledem k potřebným opatřením nelze proces uspěchat, vyžaduje podrobnou odbornou diskusi. Gestorem by se mělo stát MZ ČR.



MUDr. Rostislav Čevela, ředitel, Odbor posudkové služby, MPSV

Propojení systémů v případě potřeby dlouhodobé péče. Jde o období předešlého bodu, avšak při stavech dlouhodobých. Koncepční práce již byly zahájeny na straně obou resortních ministerstev, gestorem se stalo

MPSV; jde především o vymezení vazby mezi sociálním systémem (zejména příspěvkem na péči) a zdravotním pojištěním. Považuji problematiku za odborně již více připravenou, účinnost norem (zákonu o dlouhodobé péči a zákonu o sociálních službách v rezortu MPSV) by mohla být v horizontu 2 let.

odpovědi Pavla Maršálka:

1. Provázanost, resp. nejlépe až sjednocení zdravotního a sociálního pojištění, dle mého soudu přinese daleko větší efektivitu vynakládaných prostředků a úsporu v „obou“ systémech. Existuje mnoho důkazů, že efektivnější, intenzivnější a méně invazivní postupy zdravotní péče vedou ke zkracování doby léčby a preventivní postupy vedou k předcházení nemocem. Problém je, že tyto postupy stojí zdravotnický systém více finančních prostředků, aniž by z jejich efektu zdravotnický systém profitoval. Proto zdravotnický systém bude mít vždy tendenci volit spíše levnější a méně intenzivní postupy, nebo v rámci úsporných rozpočtů léčbu dokonce odkládat, což vede sice k úspoře prostředků ve zdravotním systému, ale také k přenesení finanční zátěže do sociálního systému, a to dokonce často ve větší míře, než je ve zdravotnickém systému uspořeno. Naopak sociální systém nemá možnost řešit některé své finanční zátěže způsobem zaplacení řešení v rámci zdravotní péče a nemá také možnosti ovlivňovat zdravotní péči s cílem

jejího urychlení řešení a větší efektivity.



prim. MUDr. Pavel Maršálek, Rehabilitační oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Od propojení, či lépe sloučení obou systémů, bych očekával tedy daleko efektivnější využití a alokaci finančních prostředků s cílem zrychlení efektivního začlenění klientů po nemoci či úraze zpět do pracovního procesu nebo do sociální komunity. Myslím, že celkové úspory systému mohou být značné.

2. Sloučení pojištění je politické rozhodnutí dlouhodobého významu, nepůjde realizovat bez odvahy a uvědomělosti vlády, neboť z tohoto rozhodnutí nelze získat politický kapitál v daném volebním období a profitovat z výsledku budou pravděpodobně až další vlády.

3. Slovy klasika, včera bylo pozdě.



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

Mgr. David Chrbját, advokát
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti, Praha

System důchodů a dávek sociálního zabezpečení při invaliditě



System invalidních důchodů prošel od 1. 1. 2010 poměrně razantní změnou. Do 31. 12. 2009 byla dlouhodobě invalidita rozlišována na dva stupně: na částečnou invaliditu a plnou invaliditu a tomu odpovídalo rozdělení důchodu na **částečný invalidní důchod a plně invalidní důchod**. Pojištěnec měl nárok na *částečný invalidní důchod*, jestliže se stal částečně invalidním, tj. pokud v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %, nebo mu dlouhodobě nepříznivý stav značně ztěžuje obecné životní podmínky, přičemž v obou případech má pojištěnec také získat potřebnou dobu pojištění. Částečný invalidní důchod byl přiznán také tehdy, stal-li se pojištěnec částečně invalidním v důsledku pracovního úrazu. Pojištěnec získal nárok na *plný invalidní důchod*, jestliže se stal plně invalidním, tj. pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek, přičemž v obou případech byl předpoklad, že pojištěnec získal potřebnou dobu pojištění. Nárok na plný invalidní důchod vznikl také v případech, pokud se pojištěnec stal plně invalidním v důsledku pracovního úrazu.

Od 1. 1. 2010 platí nová právní úprava invalidních důchodů. Především se nově vymezuje invalidita. Místo dosavadní plné a částečné invalidity byla zavedena *třístupňová invalidita*. Dávka se sjednotila pod názvem invalidní důchod. Pojištěnec je invalidní, pokud z důvodu jeho dlouhodobě nepříznivého stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35 % a za předpokladu, že získal potřebnou dobu pojištění.

Stupně invalidity

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se

- o invaliditu druhého stupně,
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Výše invalidního důchodu a změny od 1. 1. 2011.

Výše důchodu se tradičně skládá ze dvou složek, a to ze základní výměry a z procentní výměry. Na základě nařízení vlády č. 281/2010 Sb., o zvýšení důchodů v roce 2011, se výše základní výměry nově navýšila od 1. 1. 2011 z 2170 Kč na 2230 Kč měsíčně. Výše procentní výměry se dle citovaného nařízení vlády nově zvyšuje o 3,9 %. Nařízením vlády č. 283/2010 Sb. byly změněny též částky pro stanovení výpočtového základu uvedené v ustanovení § 15 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a to tak, že částka 10 500 Kč se zvyšuje na 11 000 Kč a částka 27 000 Kč se zvyšuje na 28 200 Kč. Jedná se o redukční hranici výpočtového základu z osobního vyměřovacího základu a použije se tehdy, převyšuje-li osobní vyměřovací základ částku 11 000 Kč. Převyšuje-li osobní vyměřovací základ částku 11 000 Kč, stanoví se výpočtový základ tak, že částka 11 000 Kč se počítá v plné výši, z částky osobního vyměřovacího základu nad 11 000 Kč do 28 200 Kč se počítá 30 % a z částky osobního vyměřovacího základu nad 28 200 Kč se počítá 10 %.

Konkrétní příklad

Výpočet invalidního důchodu pro invaliditu prvního stupně by pak pro dobu pojištění vč. dopočtené doby 43 let a pro osobní vyměřovací základ ve výši 40 000 Kč měsíčně mohl vypadat následovně:

$$\text{Důchod} = 2230 \text{ Kč (základní výměra)} + 0,005 \text{ (procentní výměra pro 1. stupeň)} \times 43 \text{ (let doby pojištění)} \times (11\,000 \text{ Kč} + 0,3 \times (40\,000 \text{ Kč} - 11\,000 \text{ Kč})) + 0,1 \times (40\,000 \text{ Kč} - 28\,200 \text{ Kč}) = 2230 \text{ Kč (základní)}$$

STUPEŇ INVALIDITY 2010	Pokles schopnosti práce	Odhadovaný důchod	STUPEŇ INVALIDITY 2011	Pokles schopnosti práce	Odhadovaný důchod
1. stupeň	35–49 %	6 660 Kč	1. stupeň	35–49 %	6 895 Kč
2. stupeň	50–69 %	8 904 Kč	2. stupeň	50–69 %	9 227 Kč
3. stupeň	70 % +	15 638 Kč	3. stupeň	70 % +	16 223 Kč

výměra) + 4490 Kč (procentní výměra). Procentní výměra se dle nařízení vlády zvýší o 3,9 %, tzn., že částka 4490 Kč se zvýší na 4665 Kč. Invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně tak bude v tomto případě činit celkem 6895 Kč.

Aby tento článek nepostrádal praktičnost pro čtenáře, připravil jsem dále srovnávací tabulku výše uvedeného konkrétního případu promítnutého do právních podmínek invalidních důchodů v roce 2010 a v roce 2011.

Tento případ je případem občana s nadstandardním příjmem. Ve všichni občané mohou dosáhnout výše odhadovaných částek invalidních důchodů. Stát proto vytvořil a zajišťuje systém sociální péče. Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry. Těchto dávek a výhod existuje celá řada, spolehlivé informace poskytují odbory sociální péče městských úřadů a magistrátů měst.

Aby byl na závěr výčet „novinek“ v oblasti důchodového pojištění kompletní, rád bych informoval, že se připravuje podstatná důchodová reforma v důsledku nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 23. března 2010 (ve Sbírce zákonů je možno jej nalézt pod č. 135/2010), kterým byl zrušen § 15 zákona

č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a to s účinností od 30. 9. 2011 (tj. zrušení tzv. redukčních hranic pro výpočet důchodů). Je tedy nutné připravit nový systém výpočtu důchodů, který vstoupí v účinnost od 1. 10. 2011. Východiska nálezu Ústavního soudu spočívají na důvodu, že penze v České republice jsou příliš rovnostářské, že český penzijní systém je příliš solidární a že je třeba více zohlednit princip zásluhovosti. Prozatím nejsou známy přesné prognózy nebo systém nového výpočtu, je však více méně jasné, že lidé spíše s podprůměrnými měsíčními příjmy (do 11 000 Kč) nemusejí očekávat žádné razantní změny ve výši penze, avšak lidé s průměrnými příjmy nebo lehce nadprůměrnými příjmy budou nově připravovaným výpočtem trochu na své penzi zkráceni. Lidé s nadprůměrnými příjmy budou naopak mít větší penzi než dosud. Někteří odborníci na tuto problematiku tvrdí, že od podzimu tohoto roku ještě velká důchodová reforma připravena nebude. Je ale zřejmé, že pokud se budou muset zvýšit penze občanů s nadstandardními příjmy, bude to znamenat vyšší nároky na financování penzí. Rezervy v penzijním systému přitom nejsou. Když se někomu přidá, tak se tedy bude muset někomu ubrat. Z toho vyplývá, že úloha vlastního spoření a investování na důchod pro občany s průměrnými příjmy bude nabývat na čím dál větší důležitosti. Nezbyvá nám nic jiného nežli pečlivě sledovat legislativní vývoj v této oblasti a očekávat rozsáhlou a bouřlivou diskusi mezi současnými koaličními partnery a ostatními politickými stranami v obou komorách Parlamentu ČR.

