ORIGINAL ARTICLE

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY NESCHOPNOSTI K PRÁCI V ČESKÉ REPUBLICE

Most frequent causes of incapacity to work in the Czech Republic

Ljiljana Bojičová, Věra Adámková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických a preklinických oborů

Summary

The incapacity to work is a complex phenomenon exerting impacts on individuals as well as on the whole society. Its effects are present in health, economic as well as social spheres and its development depends on many factors, but the most frequent causes of the incapacity to work are ever the same with variations in their ratios and order only. The target of the work presented here was to identify main causes of the short-term and long-term incapacity to work over a period of five consecutive years and evaluate their social and economic impacts. The analyzed group of incapacitated persons included insurants whose policy was administrated by the Czech Administration of Social Security in terms of the short-term incapacity (sickness insurance – over four million insurants annually) as well as long-term incapacity to work (disability insurance – over 47 newly recognized disability cases annually). The data were taken from statistics published by the Czech Administration of Social Security and Institute for Medical Information and Statistics.

The incapacity to work is *inter alia* affected by other than medical causes. Long-term monitoring indicates that the main causes of the short-term incapacity to work (temporary incapacity to work) in the Czech Republic are diseases of the respiratory tract and locomotor apparatus, the main cause of the long-term incapacity to work being diseases of the locomotor apparatus and next to them diseases of the circulation system.

Effects of the social and economic situation on the incapacity to work also cannot be omitted. The situation in the development of both short-term and long-term incapacity to work is worse in regions with low social level of the population, and small differences between wages (in low-income inhabitants) and sickness or disability benefits play a relatively important role in the development of the incapacity to work.

There is undoubtedly an important impact of the incapacity to work on the situation of insurants as well as on the whole society in terms of economic and social conditions. Particularly the long-term incapacity to work principally involves the quality of life of the individual with frequent damage to social and family bonds and in extreme cases even with lost motivation to further life. The general economic impact on the society is also of importance, which is shown by increasing amounts paid in association with the short-term and long-term incapacity to work (sickness and disability benefits, respectively).

In addition to permanent enhancements of the public education and improvements of the health care, it is also necessary to improve further social and economic factors, particularly those associated with the long-term, incapacity to work, to improve the situation in the development of the incapacity to work and reduce social expenses.

Key words: short-term and long-term incapacity to work – disability – health condition – quality of life

Souhrn

Neschopnost k práci je komplexní jev s dopadem na jedince i celou společnost. Působí na ni vlivy z oblasti zdravotní, ekonomické i sociální a její vývoj závisí na mnoha faktorech, nicméně nejčastější příčiny neschopnosti k práci jsou stále tytéž, jen se mění jejich vzájemný poměr a pořadí. Cílem práce je identifikovat hlavní příčiny krátkodobé a dlouhodobé neschopnosti k práci v období pěti po sobě následujících letech a zhodnotit jejich socioekonomický dopad. Analyzovaný soubor práce neschopných tvořili pojištěnci, jejichž pojištění spravovala Česká správa sociálního zabezpečení, a to jak u krátkodobé neschopnosti (nemocenské pojištění – přes 4 mil. pojištěnců/rok), tak u dlouhodobé neschopnosti k práci (důchodové pojištění – přes 47 tis. nově uznaných invalidit/rok). Údaje byly čerpány ze statistik zveřejňovaných Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ) a Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

Na neschopnosti k práci se kromě příčin zdravotních podílejí i příčiny nezdravotní. Z dlouhodobého sledování vývoje vyplývá, že hlavní příčinou krátkodobé neschopnosti k práci (dočasné pracovní neschopnosti) v České republice jsou nemoci dýchacích cest a nemoci pohybového aparátu, u dlouhodobé neschopnosti k práci jsou to jednoznačně nemoci pohybového aparátu, na druhém místě pak nemoci oběhové soustavy.

Neschopnost k práci je nezanedbatelnou měrou ovlivněna také sociálně-ekonomickou situací. V oblastech s nízkou sociální úrovní obyvatel a nedostatkem volných pracovních míst je situace ve vývoji jak krátkodobé, tak dlouhodobé pracovní neschopnosti horší, rovněž malý rozdíl mezi mzdou (u nízkopříjmových skupin obyvatel) a vyšší nemocenského nebo invalidního důchodu hraje poměrně významnou roli ve vývoji neschopnosti k práci.

Dopad neschopnosti k práci jak na situaci jedince (pojištěnce), tak i na celou společnost je bezesporu velmi významný, a to jak po stránce ekonomické, tak také po stránce sociální. Zejména dlouhodobá neschopnost k práci většinou zcela zásadně mění kvalitu života jedince, často dochází k narušení společenských a rodinných vazeb, celkově se zhoršuje kvalita života invalidní osoby a v extrémních případech může dojít až ke ztrátě motivace k dalšímu životu. Také celkový ekonomický dopad na společnost je závažný, svědčí o tom narůstání výdajů na sociální dávky spojené s krátkodobou i dlouhodobou neschopností k práci (nemocenské, invalidní důchod).

Pro zlepšení situace ve vývoji neschopnosti k práci a omezení sociálních výdajů je třeba kromě neustálého zvyšování osvěty a zlepšování zdravotní péče také koordinované úsilí o zlepšení dalších společensko-ekonomických faktorů, souvisejících zejména s dlouhodobou neschopností k práci.

Klíčová slova: krátkodobá a dlouhodobá neschopnost k práci – invalidita – zdravotní stav – kvalita života

ÚVOD

Neschopnost k práci je komplexní jev s dopadem na jedince i celou společnost. Její vývoj závisí na mnoha faktorech, působí na ni vlivy z oblasti zdravotní, ekonomické i sociální. Nejčastější zdravotní příčiny neschopnosti k práci na prvních místech jsou stále tytéž, zvolna se však mění jejich vzájemný poměr a v posledních letech i jejich pořadí zejména u dlouhodobé neschopnosti k práci (invalidity), např. přibývá duševních nemocí, které se dostaly v posledních letech na třetí místo. Neschopnost k práci může trvat různě dlouho; podle délky trvání rozlišujeme neschopnost krátkodobou (dočasnou pracovní neschopnost) nebo dlouhodobou (inva-

liditu). Obě jsou přesně definovány zákonem (zákon č. 155/1995 Sb., zákon č. 187/2006 Sb.). Zdravotní příčiny neschopnosti k práci se liší podle toho, o jaký typ se jedná. Zásadní rozdíl je v tom, že u krátkodobé neschopnosti k práci se předpokládá poměrně brzký návrat do práce, zatímco u dlouhodobé neschopnosti k práci je návrat do práce problematický. Při kontrolních lékařských prohlídkách invalidity existuje možnost invaliditu odejmout nebo její stupeň snížit. Ve sledovaných letech procento těchto změn činilo méně než 10 % z celkového počtu provedených kontrolních prohlídek.

Ekonomicky i z hlediska dopadu na sociální situaci pojištěnce je daleko významnější dlouho-

dobá neschopnost k práci. Ta je způsobena takovými změnami zdravotního stavu, které významnou měrou a dlouhodobě, někdy i trvale, snižují pracovní schopnost. Pokud tyto změny trvají nebo mají trvat déle než rok, není možno ztrátu výdělku kompenzovat dávkami nemocenského pojištění, a pokud nelze s tímto zdravotním stavem pracovat, požádá si takto postižený o invalidní důchod.

Do 31. 12. 2009 byla invalidita v ČR dvoustupeňová – plná a částečná. Rozhodující byl pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Jestliže byl vyšší než 33 %, šlo o invaliditu částečnou, jestliže tato schopnost poklesla o více než 66 %, šlo o invaliditu plnou. Plná invalidita mohla být uznána také v případech, kdy zdravotní stav dovozoval práci jen za zcela mimořádných podmínek, částečná pak v případech, kdy zdravotní stav značně ztěžoval obecné životní podmínky. Od 1. 1. 2010 došlo ke změně, namísto dvoustupňové invalidity je nyní invalidita třístupeňová. Posudkovými lékaři je nyní hodnocena pracovní schopnost. Pokud poklesne o 35–49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně; při poklesu o 50–69 % o invaliditu druhého stupně a při poklesu nad 70 % o invaliditu třetího stupně. V závislosti na uznaném stupni invalidity (a splnění podmínky potřebné doby pojištění) je pak vypočítán a přiznán invalidní důchod. Při uznání invalidity třetího stupně (poklesu pracovní schopnosti o více než 70 %) se zkoumá, zda je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost za zcela mimořádných podmínek; nejde však o zvláštní typ invalidity. Podrobné údaje o příčinách invalidity za rok 2010 nebyly při zpracování článku k dispozici, po jejich zveřejnění se mohou stát východiskem pro hodnocení dopadu legislativních změn na dlouhodobou neschopnost k práci.

Kromě epidemiologické situace a zdravotní kondice jedince mají na dočasnou pracovní neschopnost vliv také faktory nezdavatní – socioekonomické. Patří k nim např. úroveň vzdělání a s tím související postavení v zaměstnání a výše příjmu, možnost uplatnění na trhu práce v dané lokalitě (místě bydliště), ale také motivace k práci, případně ochota a možnost dojíždět za prací do jiné lokality, zaměstnanecké výhody v některých zaměstnáních, motivující k setrvání v zaměstnání apod. Je obecným jevem, že nemocnost je vyšší u osob méně kvalifikovaných, s nižším příjmem, naopak lidé s vyšším platem

a vyšším vzděláním, eventuálně s atraktivním povoláním, se ve velké míře nenechávají uznat neschopnými práce a své potíže řeší spíše dovozenou (Bojičková, 2005a).

CÍL

- Zjistit hlavní příčiny krátkodobé neschopnosti k práci (dočasné pracovní neschopnosti) ve sledovaném období.
- Zjistit hlavní příčiny dlouhodobé neschopnosti k práci (invalidity) ve sledovaném období.
- Zhodnotit socioekonomické dopady neschopnosti k práci.
- Šetření se týkalo období let 2004–09.¹

SOUBORY A METODIKA

Výchozí údaje o počtech obyvatel, počtu a věkovém složení pojištěnců byly získány ze statistik zveřejněných Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ) a Ústavem zdravotnických informací (ÚZIS). Analyzovaný soubor u krátkodobé neschopnosti k práci tvořili všichni pojištěnci, jejichž nemocenské pojištění spravovala Česká správa sociálního zabezpečení. Jejich počet je poměrně stabilní. V roce 2009 to bylo 4 253 139 pojištěnců, tj. přes 86 % ekonomicky činného obyvatelstva. (Celkový počet obyvatel v ČR k 31. 12. 2009 byl 10 506 813 osob, z toho 46,68 % tvořili pojištěnci, tj. celkem v ČR bylo 4 904 580 osob ekonomicky činných – plátců nemocenského pojištění. Pro srovnání v roce 2004 měla ČR celkem 10 220 577 obyvatel, z toho 48 % tvořili pojištěnci) (Nemocenská statistika, 2009a; Statistická ročenka..., 2009b); Zdravotnická ročenka České republiky, 2009). Osoby samostatně výdělečně činné jsou v této statistice zahrnuty, jen pokud jsou nemocensky pojištěny (toto pojištění je u nich dobrovolné, pokud nejsou pojištěny, neberou nemocenskou a nejsou zahrnuty do statistik dočasné pracovní neschopnosti).

Zbýlých necelých 14 % ekonomicky činných osob zajišťují jiné orgány nemocenského pojištění (Ministerstvo obrany ČR, Ministerstvo vnitra ČR, Vězeňská služba ČR, Generální ředitelství cel, BIS a Úřad pro zahraniční styky a informace) (zákon č. 187/2006 Sb.). Údaje o jejich neschopnosti k práci nebyly do šetření zahrnuty.

V případě dlouhodobé neschopnosti k práci byly analyzovány údaje ze statistických ročenek vydávaných Českou správou sociálního zabezpečení, vyhodnocovány údaje o zdravotních příčinách nově přiznaných invalidních důchodů v letech 2005–09 (Statistická ročenka..., 2009b).

K vyhodnocení socioekonomického dopadu byly využity poznatky z vývoje dočasné pracovní neschopnosti a invalidizace v jednotlivých regionech a jejich srovnání, včetně vlastního pozorování a zkušeností z let 1993–2008, z vlastní publikační činnosti (Bojičová, 2005a, b, 2007, p. 4–5) a z údajů o výdajích na nemocenské dávky a na důchody, zveřejňovaných ve statistikách ČSSZ (Nemocenská statistika, 2009a; Statistická ročenka..., 2009b).

VÝSLEDKY

Krátkodobá neschopnost k práci – dočasná pracovní neschopnost

Pro hodnocení příčin neschopnosti k práci bylo vybráno pětileté období – u krátkodobé neschopnosti k práci období let 2004–08, u dlouhodobé neschopnosti k práci pak léta 2005–09. Detailní údaje o krátkodobé neschopnosti k práci za rok 2009 nebyly v době šetření k dispozici.

Nejčastější příčinou dočasné pracovní neschopnosti jsou nemoci dýchacích cest, které tvoří cca 1/3 všech případů krátkodobé pracovní neschopnosti za rok. Druhou nejčastější příčinou jsou nemoci pohybového aparátu, dále následují úrazy a nemoci oběhové soustavy (Nemocenská statistika, 2009a; Zdravotnická ročenka České republiky, 2009). Tyto čtyři nemoci tvoří dlouhodobě asi 2/3 všech případů krátkodobé (dočasné) pracovní neschopnosti (graf 1).

Graf 1 Nejvýznamnější příčiny dočasné pracovní neschopnosti v letech 2004–08 podle počtu případů

Podle počtu prostonaných dnů jsou nejzávažnější příčinou krátkodobé neschopnosti k práci nemoci pohybového aparátu, jejichž léčení trvá delší dobu, zatímco nemoci dýchací

soustavy jsou až na druhém místě. Spolu s úrazy a nemocemi oběhové soustavy tvoří tyto čtyři skupiny 2/3 všech prostonaných dnů (graf 2).

Graf 2 Nejvýznamnější příčiny dočasné pracovní neschopnosti v letech 2004–08 podle počtu pronesaných dnů

Nejdelší průměrnou dobu trvání z uvedených čtyř nejčastějších příčin krátkodobé neschopnosti k práci mají nemoci oběhové soustavy, nejkratší naopak nemoci dýchací soustavy. Průměrné trvání jednoho případu dočasné pra-

covní neschopnosti u čtyř nejčastějších příčin krátkodobé neschopnosti k práci v porovnání s celkovou průměrnou dobou trvání jednoho případu v roce 2008 uvádí přiložený graf 3.

Graf 3 Porovnání průměrné délky jednoho případu u čtyř nejčastějších příčin dočasné pracovní neschopnosti

Dlouhodobá neschopnost k práci – invalidita

Při vyhodnocování nejčastějších příčin plné invalidity v letech 2005–09 byly na prvním místě nemoci pohybového aparátu, na druhém místě pak onkologická onemocnění, na třetím a čtvrtém místě byly nemoci duševní a nemoci oběho-

vé soustavy (graf 4). V posledních letech díky dokonalejší diagnostice a včasné a účinné léčbě nemocí oběhové soustavy zvolna ubývá, částečně také díky změně životního stylu a stravovacích návyků (Adámková, 2007, p. 5–6). Naopak přibývá invalidit pro nemoci duševní (psychické) (Statistická ročenka..., 2009b).

Graf 4 Nejčastější příčiny plné invalidity v letech 2005–09

U částečné invalidity v letech 2005–09 zcela jasně převažovaly v ČR nemoci pohybového aparátu, které tvořily až 45 % všech uznaných částečných invalidit. V daleko menší míře se na

invalidizaci podílely nemoci oběhové soustavy, které byly na druhém místě, na třetím pak nemoci psychické a na čtvrtém onkologické nemoci (graf 5) (Statistická ročenka..., 2009b).

Graf 5 Nejčastější příčiny částečné invalidity v letech 2005–09

Při podrobnějším rozboru příčin invalidity v ČR je zřejmé, že četnost jednotlivých příčin se mění podle věku. V mládí, cca do 30 let převažují nemoci duševní, poté začíná přibývat onkologických nemocí a prudce narůstají nemoci pohybového ústrojí. Celkový počet uznaných

invalidit narůstá s věkem, nejvíce je jich uznáváno cca 10 let před nárokem na starobní důchod (graf 6). Tento trend je sledovatelný i v jiných zemích, např. ve Francii je přiznáváno kolem 62 % všech invalidních důchodů ve věku 50–59 let (Points de repère, 2008, p. 4).

Graf 6 Nově přiznané invalidní důchody v r. 2009

Socioekonomické dopady neschopnosti k práci

Výrazný dopad na kvalitu života má zejména dlouhodobá neschopnost k práci – invalidita. Kromě zhoršeného zdravotního stavu, který je primární příčinou tak závažného snížení schopnosti soustavné výdělečné činnosti, že se jedinec stane invalidním, je invalidita především socioekonomickým jevem. Invalidnímu člověku se náhle sníží životní standard kvůli snížení příjmu (invalidní důchod je výrazně nižší než příjem z ekonomické aktivity), přerušený kontakt se zaměstnáním může také vést k pocitům frustrace. Často dochází k narušení společenských a rodinných vazeb, se skončením zaměstnání se mění společenské postavení a v extrémních případech může dojít až ke ztrátě motivace k dalšímu životu. Těmto lidem se výrazně zhoršuje jejich dosavadní kvalita života. Tato veličina se hodnotí velmi obtížně, jde totiž především o subjektivní vnímání úrovně uspokojování potřeb jedince z hlediska tělesné, duševní a soci-

ální situace, včetně ekonomického zajištění existence (Babinčák, 2004, p. 161). Ve vztahu k neschopnosti k práci, zejména dlouhodobé, jde bezesporu o zásadní změnu sociální situace, včetně ekonomického zázemí; nezanedbatelný je i dopad změněného zdravotního stavu na běžné životní situace.

Celkový dopad jak krátkodobé, tak i dlouhodobé neschopnosti k práci na socioekonomickou situaci společnosti je neméně závažný. Výdaje na dávky v nemoci (nemocenské) až do roku 2007 neustále stoupaly – v roce 2004 bylo na nemocenském vyplaceno přes 24,7 mld. Kč, v roce 2007 už 27,8 mld. Jedním z nástrojů, jak změnit tento nepříznivý trend, je legislativní úprava podmínek pro výplatu nemocenského. Tím bylo v roce 2008 dosaženo snížení výdajů na 24,7 mld. Kč, v roce 2009 po dalších úpravách podmínek se objem vyplacených dávek nemocenského pojištění dále snížil a činil něco přes 18 miliard Kč (Nemocenská statistika, 2009a). Ekonomické výdaje na dlouhodobou

neschopnost k práci (invalidní důchody) také narůstaly, a to jak kvůli nově přiznaným důchodům, tak také delšímu dožití osob, kterým je důchod vyplácen. V roce 2005 činily výdaje na invalidní důchody 45,6 mld. Kč (35 mld. Kč na plné, 10,6 mld. Kč na částečné invalidní důchody). V roce 2009 stouply tyto výdaje na téměř 61 miliard Kč (44,3 mld. Kč na plné, 16,6 mld. Kč na částečné invalidní důchody) (Statistická ročenka..., 2009b). Kromě přímých nákladů na sociální dávky je nutné k socioekonomickému dopadu přičíst také ztrátu ekonomické aktivity těchto osob. Dopad nové klasifikace invalidity na ekonomiku bude moci být vyhodnocen teprve po stabilizaci ukazatelů vývoje invalidity

(počtu nových žádostí, počtu projednaných případů).

Nejvyšší nemocnost a také podíl invalidních důchodců z celkového počtu obyvatel je v krajích, kde je vysoká nezaměstnanost, nižší průměrná vzdělanost obyvatelstva, nižší průměrné platy, zvýšená sociální nejistota atd. Jsou to například oblasti na severu republiky, kde došlo k útlumu těžkého průmyslu a omezení těžby uhlí nebo rušení velkých podniků, přičemž jiných možností zaměstnání zde není dostatek, proto narůstá také nezaměstnanost, jak uvádí tabulka s uvedením vybraných krajů s nejvyšší a nejnižší invalidizací a srovnáním s procentem nezaměstnanosti v těchto krajích (tab. 1).

Tabulka 1 Invalidizace a nezaměstnanost ve vybraných krajích ČR v roce 2009

Kraj	počet obyvatel	počet invalidních důchodců	% z počtu obyvatel	% nezaměstnanosti na konci roku
Praha	1 249 026	41 522	3,32	3,7
Středočeský	1 247 533	61 232	4,91	5,1
Jihočeský	637 643	34 392	5,39	4,7
Vysočina	514 992	27 918	5,42	6,1
Královéhradecký	554 402	31 135	5,62	7,7
Zlínský	591 042	33 152	5,61	8,6
Moravskoslezský	1 247 373	69 682	5,59	10,1
Ústecký	836 198	45 711	5,47	10,4
Česká republika	10 506 813	532 815	5,07	7,2

DISKUSE

Krátkodobá i dlouhodobá neschopnost k práci je bezesporu závažným jevem, ovlivňujícím život celé společnosti. V krátkodobé pracovní neschopnosti je neustálý trend k prodlužování průměrného trvání jednoho případu, a to i přes zlepšení diagnostických i léčebných možností (graf 3). Jistý pozitivní vliv na celkový vývoj v krátkodobé pracovní neschopnosti mají legislativní zásahy ekonomického charakteru – jiný vzorec pro výpočet výše nemocenského vedoucí ke snížení dávky, výplata nemocenského až od určitého dne trvání neschopnosti, ná-

hrada mzdy dávkami vyplácenými zaměstnavatelem apod.

Naopak nepříznivý vliv na prodlužování doby pracovní neschopnosti má poměr mezi výší nemocenských dávek a příjmem z předchozího zaměstnání. V případech, kde se výše nemocenského jen málo liší od výše mzdy (to se týká hlavně nízkopříjmových skupin obyvatel), jsou častější tendence prodlužovat dobu trvání krátkodobé neschopnosti k práci. Přispívá k tomu jakákoliv sociální nejistota, a proto v regionech, kde hrozí propouštění z práce a zvyšuje se nezaměstnanost, se zvyšuje i počet

případů pracovní neschopnosti (tab. 1), jak vyplývá z mnohaletých zkušeností ze sledování vývoje krátkodobé neschopnosti k práci.

Četnost jednotlivých příčin krátkodobé pracovní neschopnosti se mění podle věku. V mladším věku jsou velmi častou příčinou úrazy (mladí lidé mají větší sklon k riskování), propukají choroby podmíněné genetickými nebo metabolickými vadami, vrozené vady, častější je rovněž propuknutí psychické nemoci, drogová závislost apod. V pozdějším věku (nad 30 let) se začínají více projevovat nemoci způsobené opotřebováním organismu, vlivem prostředí (práce v riziku, nemoci z povolání), nemoci způsobené chronickým abúzem toxických látek (nikotin, alkohol apod.) a životním stylem, tzv. civilizační nemoci.

V oblasti legislativní úpravy dlouhodobé neschopnosti k práci je naše zákonodárství ve srovnání s okolními zeměmi poměrně vstřícné a benevolentní k handicapovaným. Ve Francii se např. může stát invalidním člověk, pokud jeho pracovní kapacita poklesne o více než 2/3 (Mon guide de l'invalidité, 2009, p. 3), což převedeno na naše poměry by v současné době eliminovalo invalidy prvního stupně a část invalidů druhého stupně, u nichž k uznání invalidity prvního stupně postačuje pokles pracovní schopnosti cca o 1/3 (o 35 %). Jestliže je francouzský pojištěnec schopen pracovat, má důchod pouze 1. kategorie, pokud není schopen pracovat, stává se důchodcem 2. kategorie, a pokud potřebuje pomoc druhé osoby, je invalidním důchodcem 3. kategorie, přičemž výše důchodu je v první kategorii 30 % základní měsíční mzdy, ve 2. a 3. kategorii 50 %, s možnými dalšími benefity u důchodců 3. kategorie, přičemž po dosažení 60 let věku přecházejí tito lidé automaticky do starobního důchodu (Mon guide invalidité, 2009, p. 4).

Co se týká hlavních příčin dlouhodobé neschopnosti k práci, lze vývoj v České republice srovnat s ostatními evropskými zeměmi (grafy 4 a 5). Zvláště nemoci pohybového aparátu jsou celoevropským problémem. Neustále však narůstá počet nemocí duševních. V některých evropských zemích jsou duševní nemoci dokonce hlavní příčinou invalidity jako např. v Belgii, která je srovnatelná s ČR jak počtem obyvatel, tak i socioekonomickými podmínkami. V Belgii bylo v roce 2009 přes 78 tisíc lidí invalidních pro duševní nemoci, zatímco pro nemoci pohybového

ho aparátu jen něco přes 60 000 (Falez, 2010). Naproti tomu v ČR bylo v roce 2009 nově uznáno 18 132 případů plných i částečných invalidit pro nemoci pohybového aparátu, zatímco pro duševní nemoci bylo invalidizováno pouze 5 677 osob (Statistická ročenka..., 2009b). Obdobně je tomu i ve Francii, kde psychické nemoci tvořily v r. 2006 celkem 28,1 % všech uznaných invalidit a nemoci pohybového aparátu byly až na druhém místě (23,8 %). Dalšími nejpočetnějšími skupinami invalidizujících nemocí jsou ve Francii onkologické nemoci (na třetím místě se 13,2 %) a nemoci oběhového aparátu (na čtvrtém místě s 11,7 %) (Points de repère, 2008, p. 4).

Není samozřejmě možné jednoduše převést do systému sociálního zabezpečení v jedné zemi systém fungující v jiné zemi, nicméně se v poslední době objevují snahy sjednotit alespoň posuzování dlouhodobé neschopnosti k práci, zvláště pak posuzování zdravotního handicapu. Postupnou integrací Evropy dochází totiž ke zvýšené migraci pracovníků mezi jednotlivými zeměmi a je nanejvýš potřebné usilovat o sjednocování kritérií i v oblasti neschopnosti k práci a následného sociálního zabezpečení.

ZÁVĚR

Dopad neschopnosti k práci jak na situaci jedince (pojištěnce), tak i na celou společnost je bezesporu velmi významný jak po stránce ekonomické, tak také po stránce sociální (Bojičová, 2005a, 2007, p. 4). O vlivu neschopnosti k práci na kvalitu života člověka nelze pochybovat. Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1994 kvalitu života jako pocit, který má jedinec ze svého postavení, v kontextu kultury a žebříčku hodnot, ve kterých žije, ve vztahu k jeho cílům, plánům, pravidlům a starostem. Jde o široký pojem, zahrnující komplex fyzického zdraví, psychické kondice, úroveň nezávislosti a sociálních vztahů, osobní víry a vztahů ke specifickým okolního prostředí. Protože neschopnost k práci, zejména dlouhodobá, zcela zásadně mění sociální postavení, člověk velmi často musí měnit i své plány a cíle, je nesporné, že zejména dlouhodobá neschopnost k práci většinou zcela zásadně mění kvalitu života člověka (Babinčák, 2004, p. 162; Švestková, Pfeiffer, 2006).

Pro zlepšení situace ve vývoji neschopnosti k práci a omezení sociálních výdajů je třeba kro-

mě neustálého zvyšování osvěty a zdravotní péče také předcházení dalším průvodním jevům souvisejícím s dlouhodobou neschopností k práci, jako jsou ztráta pracovních dovedností (ztráta kontaktu s profesí), ztráta motivace – „zabydlení se v neschopnosti“ a s tím související obtížná rekvalifikace. Přínosem by mohlo být využití komplexní rehabilitace (Jankovský et al. 2005, p. 103), zahrnující kromě klasické rehabilitace také resocializaci a případnou rekvalifikaci odpovídající zdravotnímu stavu. Ke zlepšení situace nepochybně přispívá také zvýšení motivace pro setrvávání v zaměstnání a dostatečná nabídka vhodných zaměstnání, včetně motivace zaměstnavatelů k vytváření vhodných pracovních míst.

Vysvětlivky:

1. V době zpracování článku nebyly údaje za rok 2010 k dispozici.

LITERATURA

1. Adámková V (2007). Možnosti léčebného ovlivnění rizikových faktorů aterosklerózy, *Kompendium ambulantní medicíny*, 1/2: 5–6. (Odborná příloha novin *Medical Tribune* ze dne 25. 6. 2007 – Přehled.)
2. Babinčák P (2004). Indikátory kvality života. Čo považujete za šťastný život. In Džuka J (ed.): *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, pp. 161–167.
3. Bojičová L (2005a). Sociální zabezpečení v ČR. *Seminář Swiss Re*, Praha.
4. Bojičová L (2005b). Vývoj pracovní neschopnosti v roce 2004. *Národní pojištění*, ČSSZ Praha, 36/4. pp. 28–29.
5. Bojičová L (2007). Invalidita a invalidní důchod jako součást sociálního zabezpečení. *Pojistný obzor*, ČAP, Praha, 84/6: 4–5.
6. Nemocenská statistika 2009. Česká správa sociálního zabezpečení (2009a). [online]. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/>
7. Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2009. Česká správa sociálního zabezpečení (2009b). [online]. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
8. Falez F (2010). Les aspects sociaux de l'incapacité de longue durée en Belgique. *workshop ZSF JCU*, České Budějovice 2010.
9. Jankovský J, Pfeiffer J, Švestková O (2005). Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. České Budějovice: JU ZSF, 103 p.
10. Mon guide invalidité (2009). La Caisse Régionale de l'Assurance Maladie de l'île-de-France, [online] pp. 3–4. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z: http://www.cramif.fr/pdf/th1/inva/guide_invalidite.pdf
11. Points de repère (2008). Caisse nationale de l'assurance maladie. [online]. 16: 3–4. [cit. 2011-06-20]. Dostupné z: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications>
12. Švestková O, Pfeiffer J (2006). Dynamika pojmu zdraví a disability. *Eurorehab*, 16: 1–2.
13. Zdravotnická ročenka České republiky 2009 (2009). [online]. [cit. 2011-05-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>
14. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších novel. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, pp. 1986–2011.
15. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších novel. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 64, pp. 2330–2392

*Ljiljana Bojičová, Věra Adámková
bojicovalj@seznam.cz*