

Informace pro lékařské praxe číslo 4/2018

ročník XX

Vydavatel:

Švejnhová a přátelé, s. r. o.
IČO 271 38 933
DIČ CZ27138933
svejnhova@mac.com

Adresa redakce:

Konstantinova 1481/20,
149 00 Praha 4
Telefon: 267 910 430
info@infolekar.cz
www.infolekar.cz
www.medisurf.cz

Sazba, DTP:

Jan Kubeš, C&COM Advertising
www.ccom.cz

Tisk:

OMIKRON, spol. s r. o.

Rozesílá:

SEND Předplatné, spol. s r. o.

Šéfredaktorka:

MUDr. Hana Taxová

Jazykové korektury:

PhDr. Martin Valášek, Ph.D.

Objednávky předplatného:

Na adrese redakce

Technická podpora:

MAX

Registrace na Ministerstvu
kultury ČR pod číslem E 10883
ISSN: 1214-486X

Vydavatel nenes odpovědnost za údaje
a názory autorů jednotlivých článků nebo
inzerátů. Reprodukce obsahu je povolena
pouze s přímým souhlasem redakce.

Z obsahu příštího čísla:

Daňová optimalizace

část 1. Nemoc > 3

- > **Zdravotní pojištění a vliv nemoci u lékaře-podnikatele**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **OSVČ a nemocenské pojištění**
Šárka Gregorová, metodik sociálního pojištění OSVČ, ČSSZ
- > **Společníci a jednatelé s. r. o. a zdravotní pojištění**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **Institut ochranné lhůty v nemocenském a zdravotním pojištění**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **Evropská unie – zdravotní pojištění a nemoc výdělečně činných osob**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **Nemoc a podpora v nezaměstnanosti**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **Zdravotní nezpůsobilost, rozvázání pracovního poměru**
Richard W. Fetter, právník zabývající se pracovním a občanským právem
- > **Renty za mimopracovní poškození zdraví**
Richard W. Fetter, právník zabývající se pracovním a občanským právem

část 2. Legislativa / Smluvní vztahy > 27

- > **GDPR v souvislostech zdravotního pojištění**
Ing. Antonín Daněk, odborník na zdravotní pojištění
- > **Převod lékařské praxe**
Ing. František Elis, daňový poradce evid. č. 0056
- > **Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci**
JUDr. Jan Mach, advokát převážně zaměřený na problematiku zdravotnictví
- > **Účtování úhrady**
JUDr. Jan Mach, advokát převážně zaměřený na problematiku zdravotnictví

část 3. Aktuality > 37

- > **Dotazy na domovy důchodců**
Mgr. Oldřich Tichý, vedoucí tiskového oddělení a tiskový mluvčí VZP
- > **Zdravotníci, právo a praxe – anotace a recenze knihy**
Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.

Co v tomto čísle považují za důležité?

Delší nemoc podnikatele (soukromého lékaře) může mít v současné době likvidační charakter. Nejen že nemocenská nemůže pokrýt režii ordinace a potřebná rezerva na nájem, platy a zástupy může být dost veliká, ale pokud lékař za sebe zástup nenajde, nemá ani příjmy a musí ordinaci zavřít. Nebo musí pracovat dát, ačkoliv by každému jinému pacientovi vystavil neschopnost. Není to řešení, ale neumí se přestat starat o pacienty, kterým roky, někdy celý život, pomáhal.

Pracuji jako praktický lékař pro děti a dorost a v našem oboru již nyní nelze najít zástupce ani nástupce. Věkové složení pracujících lékařů, spíše lékařek, je velmi alarmující a pacienti si svého pediatra již musí hledat. Myslím, že za pět deset let ho nenajdou, protože zbylí lékaři nemohou další pacienty donekonečna přijímat.

Od 1. 1. 2019 se má opět zvyšovat minimální mzda. Vládní návrh zní 13 700 Kč, což je o 1500 Kč více než v letošním roce.

Zvyšování minimální mzdy má ale také plošný dopad na daně a odvody.

Pokud v roce 2018 zaměstnavatel svému zaměstnanci platil alespoň minimální mzdu 12 200 Kč hrubého měsíčně, pak na mzdových nákladech vydal 16 348 Kč měsíčně. Spolu se zaměstnancem odvádějí státu každý měsíc 5 880 Kč. Pokud se udává 132 tisíc zaměstnanců odměňovaných minimální mzdou, tak stát získá díky této minimální mzdě přibližně 1,2 miliardy korun ročně (a to nepočítáme efekty z nepřímých dopadů).

Pokud dojde od 1. 1. 2019 k navýšení minimální mzdy na 13 700 Kč hrubého měsíčně, pak na mzdových nákladech vydá zaměstnavatel 18 358 Kč měsíčně a státu se zaměstnancem odvedou každý měsíc 6 856 Kč.

Nejde však jen o přímé dopady vyšší minimální mzdy. Zaručená mzda (viz strana 31), provázející minimální mzdu, je pro mnohé ještě větší problém.

Minimální mzda ovlivňuje i řadu finančních výpočtů. Pokud došlo letos k navýšení minimální mzdy na 12 200 Kč, dojde například ke zvýšení daňové slevy za umístění dítěte v předškolním zařízení, uplatnitelné v roce 2019, dojde ke zvýšení hranice ročních příjmů pro vznik nároku na daňový bonus na 73 200 Kč, ke zvýšení minimální zálohy na zdravotní pojištění pro osoby bez zdanitelných příjmů (13,5 % z výše minimální mzdy) na 1647 Kč i ke zvýšení limitu pro osvobození důchodu od daně z příjmů (do 36násobku minimální mzdy) na 439 200 Kč.

Na to všechno máme?

*MUDr. Hana Taxová,
šéfredaktorka časopisu*

Redakční rada:

Prof. MUDr. Hana Hrstková, CSc.
dětská klinika Dětské nemocnice
FN Brno-Bohunice

Doc. MUDr. Anna Nečasová, CSc.
Interní kardiologická klinika
FN Brno-Bohunice

MUDr. Věra Ševčíková
odborný asistent 1. LF UK Praha,
praktický lékař pro děti a dorost

Ing. František Elis
daňový poradce 0056

JUDr. Ing. Jaroslav Hostinský
advokát v Praze, katedra práva
VŠE v Praze

JUDr. Ing. Lubomír Janoušek
Specializovaný finanční úřad

JUDr. Jan Mach
advokát v Praze, odborný asistent
IPVZ, katedra medicínského práva

RNDr. Marek Petráš, Ph.D.
předseda Odborného spolku
pro očkování, z. s.

Jan Pištěk
odborný asistent,
akademický malíř

Děkujeme inzerujícím společnostem za pomoc při finančním zajištění projektu a vydávání časopisu.

Inset, spol. s r.o.

NAVI Team, s.r.o.

Pfizer, spol. s r.o.

Servier, s.r.o.

> Zdravotní pojištění a vliv nemoci u lékaře-podnikatele

Jak je známo, nemoci nechodí po horách, ale po lidech, a onemocnět může i lékař. V případě nemoci lékaře, osoby samostatně výdělečně činné, je ve zdravotním pojištění důležité, jak dlouho tato nemoc trvá. Pokud se jedná o krátkodobou záležitost, nemusí mít nemoc podstatný vliv na provozování lékařské praxe.

Ovšem při déletrvajícím onemocnění mohou pro OSVČ-lékaře nastat komplikace, třeba i dosti závažné. A právě na situace související s nemocí OSVČ pamatuje do určité míry i úprava platná ve zdravotním pojištění, kdy cílem zákonodárce je poskytnout osobám samostatně výdělečně činným určitou úlevu jak při placení záloh na pojistné, tak při celkové platbě pojistného za rozhodné období kalendářního roku ve vazbě na minimální vyměřovací základ platný pro OSVČ.

Placení záloh na pojistné

OSVČ jako jediná ze skupin plátců pojistného na zdravotní pojištění platí pojistné formou záloh a (případného) doplatku pojistného. Pokud OSVČ zahajuje svoji podnikatelskou činnost v roce 2018, platí v souvislosti s placením záloh následující pravidla.

Samostatná výdělečná činnost – jediný, resp. při souběhu se zaměstnáním hlavní zdroj příjmů

Minimální výše zálohy u OSVČ, zahajujících v roce 2018 samostatnou výdělečnou činnost, činí 2024 Kč.

Pokud bude lékař v měsíci zahájení podnikání vykonávat tuto svoji samostatnou výdělečnou činnost pouze po část kalendářního měsíce, nebo i třeba jen jeden den, považuje se z pohledu zdravotního pojištění za OSVČ po celý kalendářní měsíc s povinností zaplacení zálohy 2024 Kč i za tento měsíc.

Na druhou stranu, úhradou (alespoň) minimální zálohy má pojištěnec v daném měsíci vyřešen svůj pojistný vztah.

Zákon připouští, aby si OSVČ mohla v roce zahájení své samostatné výdělečné činnosti platit i vyšší zálohu než minimální 2024 Kč.

Samostatná výdělečná činnost – vedlejší zdroj příjmů

Taková situace vychází z předpokladu, že zaměstnání je hlavním zdrojem příjmů lékaře, neboli v zaměstnání je v roce 2018 odváděno pojistné nejméně z vyměřovacího základu 12 200 Kč při zaměstnání trvajícím celý kalendářní měsíc. Pokud tato osoba současně se zaměstnáním začne v roce 2018 podnikat, není povinná zálohy platit a pojistné (vypočtené na základě výsledků samostatné výdělečné činnosti za rozhodné období kalendářního roku 2018) pak v roce 2019 jednorázově doplatí do osmi dnů po podání Přehledu. I v případě samostatné výdělečné činnosti jako vedlejšího zdroje příjmů si může lékař přiměřené zálohy platit. Naopak, pokud by se v průběhu roku stala samostatná výdělečná činnost hlavním zdrojem příjmů lékaře, nemusel by být v zaměstnání dodržen minimální vyměřovací základ – v takovém případě by lékař-zaměstnanec formou čestného prohlášení dokladoval zaměstnavateli, že jako OSVČ platí alespoň minimální zálohy.

Osoba, za kterou platí pojistné stát

Tyto osoby jsou ve zdravotním pojištění taxativně vyjmenovány v ustanovení § 7 odst. 1 z. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a mají při placení pojistného tato dvě základní zvýhodnění:

- v prvním kalendářním roce své samostatné výdělečné činnosti nemusí (ale mohou) platit zálohy na pojistné a
- nemusí dodržet minimální vyměřovací základ, to znamená, že pojistné odvádějí za rozhodné období kalendářního roku stanovenou sazbou 13,5 % z 50 % příjmů dosažených po odpočtu výdajů.

Vykážou-li však tyto osoby za rok 2018 kladný hospodářský výsledek, zálohy již v příštím roce platit budou, a to podle výše dosažených příjmů, tedy bez povinnosti placení minimálních záloh OSVČ.

Nová výše zálohy od podání Přehledu

Jestliže však lékař začal podnikat v roce 2017, případně v letech předcházejících, platí od měsíce podání Přehledu za rok 2017 (tedy od kalendářního měsíce, ve kterém podá v roce 2018 Přehled) zálohy ve výši:

- 0 Kč (v případě, kdy se při souběhu se zaměstnáním jedná o podnikání jako vedlejší zdroj příjmů, anebo tehdy, pokud pro OSVČ neplatí minimální vyměřovací základ a za rok 2017 byla ve ztrátě),
- 1 Kč a více (pokud pro OSVČ neplatí minimum a za rok 2017 byla ekonomicky „v plusu“),
- 2024 Kč a více (v situaci, kdy pro OSVČ platí minimální vyměřovací základ, každopádně však od ledna 2018).

Nemoc OSVČ po část kalendářního měsíce

Rozhodným obdobím pro placení pojistného u OSVČ je kalendářní rok, jeho nejkratší poměrnou částí je pak kalendářní měsíc. Pokud OSVČ podniká třeba jen po část kalendářního měsíce, považuje se za OSVČ po celý tento kalendářním měsíc. Jestliže nemoc trvá pouze po část kalendářního měsíce, nemá OSVČ v tomto směru žádnou úlevu, a pokud se jedná o jediný (resp. při souběhu se zaměstnáním hlavní) zdroj příjmů, musí být i za tento měsíc zaplacen alespoň minimální záloha, neboli musí být u OSVČ při odvodu pojistného dodržen minimální vyměřovací základ.

Nemoc OSVČ po celý kalendářní měsíc

Zcela jiné podmínky však platí za situace, kdy nemoc OSVČ trvá po dobu nejméně jednoho celého kalendářního měsíce.

V ustanov. § 7 odst. 2 z. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je uvedeno, že zálohy na pojistné se neplatí za kalendářní měsíce, v nichž byla OSVČ uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce nebo jí byla nařízena karanténa podle zvláštních právních předpisů.

Tuto skutečnost však musí OSVČ zdravotní pojišťovně průkazně doložit (zpravidla kopií neschopenky), neboť za běžného stavu není zdravotní pojišťovně tato skutečnost známa, resp. ji nemůže předpokládat.

Tuto okolnost lze sice dokladovat i se zpětnou platností, nicméně jejím opožděným oznámením vzniká problém jak na straně OSVČ, tak následně u zdravotní pojišťovny, kdy dodatečně dochází ke změně výše placené zálohy včetně navazujícího odvodu pojistného z minimálního vyměřovacího základu, platného pro OSVČ.

Placení pojistného

V případě nemoci musí OSVČ oznámit (a vykládat) zdravotní pojišťovně období trvání nemoci, tj. její zahájení a ukončení, pro řešení případných nesrovnalostí se v dané souvislosti přikládá k podávanému Přehledu potvrzení OSSZ (viz například Poučení k formuláři VZP ČR Přehled OSVČ). Z obecného pohledu lze konstatovat, že pojistné se sice platí i za měsíce, kdy je OSVČ nemocná, nicméně zvýhodnění OSVČ spočívá ve skutečnosti, že se minimální vyměřovací základ sníží na poměrnou část odpovídající počtu kalendářních měsíců, pokud osoba samostatně výdělečně činná měla po celý kalendářní měsíc nárok na výplatu nemocenského (nebo peněžitě pomoci v mateřství) jako osoba samostatně výdělečně činná. Neboli za takový kalendářní měsíc nemusí být u OSVČ dodržen minimální vyměřovací základ.

Příklad

OSVČ platila po celý rok 2018 minimální zálohy 2024 Kč. Dne 27. 8. 2018 utrpí při autonehodě úraz a v pracovní neschopnosti s nárokem na nemocenské je do 6. 12. 2018. Za rozhodné období kalendářního roku 2018 vykáže ztrátu.

Kromě toho, že OSVČ dle výše uvedeného neplatí (resp. není povinna platit) za měsíce září až listopad zálohy na pojistné, nemusí být v těchto třech měsících dodržen minimální vyměřovací základ, který se v důsledku této skutečnosti snižuje na poměrnou část devíti kalendářních měsíců za rozhodné období kalendářního roku 2018. Jinými slovy, zaplacením devíti záloh ve výši 2024 Kč postupuje OSVČ ve zdravotním pojištění v roce 2018 podle zákona.

Snížení zálohy na pojistné

Může nastat situace, že například z důvodu opakujících se nemocí se lékaři nedají dosáhnout uspokojivých výsledků, a proto třeba ani nemůže platit v roce

2018 zálohy (vyšší než minimální), vypočtené podle výsledků předcházejícího roku 2017. V takovém případě může požádat zdravotní pojišťovnu o snížení zálohy na pojistné.

Zdravotní pojišťovna na žádost OSVČ poměrně sníží výši zálohy na pojistné, a to v případě, že příjem této osoby ze samostatné výdělečné činnosti je po odpočtu výdajů vynaložených na dosažení, zajištění a udržení příjmu, který připadá v průměru na 1 kalendářní měsíc v období od 1. ledna kalendářního roku do konce kalendářního měsíce předcházejícího podání žádosti, nejméně však v období 3 po sobě jdoucích kalendářních měsíců, nejméně o jednu třetinu nižší než příjem připadající v průměru na 1 kalendářní měsíc v předcházejícím roce, v němž alespoň po část měsíce byla vykonávána samostatná výdělečná činnost.

V roce 2018 lze snížení zálohy provést na dobu nejdéle do konce kalendářního měsíce, který předchází kalendářnímu měsíci, v němž OSVČ bude v roce 2019 povinna podat, resp. podá Přehled za rok 2018.

Jinak také řečeno, OSVČ může požádat v roce 2018 o snížení zálohy na pojistné v případě, že její průměrný měsíční příjem po odpočtu výdajů připadající na jeden kalendářní měsíc roku 2018 je alespoň o jednu třetinu nižší než takový příjem připadající v průměru na jeden kalendářní měsíc v roce 2017.

To znamená, že činil-li průměrný měsíční příjem podnikatele po odpočtu výdajů v roce 2017 např. 60 000 Kč, lze požádat o snížení zálohy tehdy, jestliže průměrný měsíční příjem po odpočtu výdajů činí v roce 2018 nejvýše 40 000 Kč.

V této souvislosti je zapotřebí upozornit na skutečnost, že žádost o snížení zálohy lze podat nejdříve 1. dubna 2018, neboť v tomto roce musejí být pro daný účel vyhodnoceny nejméně tři kalendářní měsíce po sobě jdoucí.

Pokud podnikatel předloží žádost např. v červenci 2018, posuzuje se příjem po odpočtu výdajů za měsíce leden až červen 2018, který se pak porovnává s průměrným měsíčním „ziskem“ v roce 2017.

Měsíční výši zálohy lze snížit nejméně na:

- 2024 Kč, pokud pro OSVČ platí minimální vyměřovací základ,
- 0 Kč, pokud pro OSVČ naopak toto minimum neplatí.

Výše snížené zálohy se v obou případech odvíjí od výsledků samostatné výdělečné činnosti v průběhu roku 2018.

OSVČ, která má v úmyslu požádat o snížení zálohy na pojistné, předkládá zdravotní pojišťovně písemnou žádost, příslušný formulář je k dispozici na webových stránkách jednotlivých zdravotních pojišťoven. Některé zdravotní pojišťovny mohou požadovat předložení peněžního deníku dokladujícího příjmy a výdaje od počátku roku, ve kterém je žádost o snížení zálohy podávána. Zdravotní pojišťovna žádost posoudí a žadateli buď vyhoví, nebo jeho žádost zamítne, popř. si může vyžádat některé doplňující informace.

O zaplacené zálohy nepřijdete

I přes aktuálně nepříznivý vývoj ekonomické situace v roce 2018 může lékař platit v průběhu roku vysoké (vyšší) zálohy, vyplývající z výsledků samostatné výdělečné činnosti za rok 2017, neboť při zúčtování roku 2018 (v roce 2019) bude lékaři případně vzniklý přeplatek zdravotní pojišťovnou buď vrácen, nebo může být s jeho souhlasem použit na úhradu záloh na další období.

Snížení záloh se prakticky netýká těch OSVČ, pro které je jejich samostatná činnost vedlejším zdrojem příjmů, neboť takto podnikající osoby nejsou povinny zálohy platit.

Závěr

Chtěl bych zdůraznit, aby OSVČ ve vlastním zájmu včas a řádně oznamovaly zdravotní pojišťovně existenci nemoci trvající alespoň jeden celý kalendářní měsíc, jinak nemůže zdravotní pojišťovna toto období zohlednit.

I v návaznosti na platby záloh současně připomínám OSVČ jejich důležitou povinnost spočívající v oznamování skutečností rozhodných pro platbu pojistného státem, jako je například přiznání nebo odejmutí důchodu, pobírání peněžité pomoci v mateřství, zahájení studia apod.

*Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění*

> OSVČ a nemocenské pojištění

Pracovníci OSSZ se velmi často setkávají s názorem, že nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných je zbytečné vyhazování peněz a nepřináší žádné výhody.

Na nemocenské pojištění OSVČ se dá ovšem pohlížet i jinak než jako na „výhodnou investici“ v podobě nemocenských dávek.

Pro příklad si můžeme srovnat dva menší podnikatele, pana A a pana B, kteří mají od ledna letošního roku povinnost platit zálohy na pojistné na důchodové pojištění ve výši 3 000 Kč.

Pan A se od 1. ledna přihlásil i k nemocenskému pojištění a platí si minimální částku ve výši 115 Kč.

Oba podnikatelé 17. června havarovali s následnou dobou léčení do konce listopadu.

Panu A lékař vystaví rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti dnem 17. 6. („neschopenku“). Nemoc bude trvat déle než 14 kalendářních dní, tudíž nárok na nemocenské vznikne od 1. července. Od července už nebude platit zálohy na důchodové pojištění, protože bude mít po celý měsíc nárok na nemocenské z nemocenského pojištění OSVČ, redukováný denní vyměřovací základ (DVZ) bude činit částku 150 Kč.

Doba nemoci bude zároveň zhodnocena i pro zdravotní pojištění, protože i zde nemusí platit zálohy na pojistné za ty kalendářní měsíce, v nichž byl po celý měsíc uznán práce neschopným.

Zároveň se roční minimální vyměřovací základ pana A sníží o poměrnou část odpovídající počtu kalendářních měsíců, v nichž měl nárok na výplatu nemocenského jako osoba samostatně výdělečně činná.

Panu B lékař nevystaví „neschopenku“, protože není nemocensky pojištěn. Nevznikne mu tedy žádný nárok na nemocenské a ani úlevy v placení záloh na důchodové pojištění. Proto musí i nadále tyto zálohy platit. Zároveň nebude mít úlevy ani ve zdravotním pojištění. Pan B by eventuálně mohl po dobu nemoci přerušit svoji činnost, ale vzhledem k tomu, že ho v občůdku zastupuje manželka a pan B chce být stále důchodově pojištěn (doba je pak zhodnocena pro výpočet důchodu jako doba odpracovaná), nelze tuto skutečnost použít.

Tabulka: Srovnání „příjmů a výdajů“ v důchodovém a nemocenském pojištění obou podnikatelů od 1. ledna do 30. listopadu.

	OSVČ A		OSVČ B	
	příjem	výdaj	příjem	výdaj
Zálohy na důch. pojištění leden až listopad		18 000 Kč (6 x 3000) povinně pouze leden až červen		33 000 Kč (11 x 3000) leden až listopad
Platby nemocenského pojištění		690 Kč (leden až červen po 115 Kč)		
Nemocenské 1. 7. do 30. 11. (153 dnů) pracovní neschopnost 17. 6. až 30. 11.	60 % z DVZ 16 x 90 = 1 440 Kč, 66 % z DVZ 30 x 99 = 2 970 Kč. 72 % z DVZ 107 x 108 = 11 556 Kč celkem 15 966 Kč			
celkem	15 966 Kč	-18 690 Kč	0	-33 000 Kč
		- 2724 Kč		- 33 000 Kč

Z tabulky je zřejmé, že pan A zaplatil na zálohách na důchodové pojištění a na pojistném na nemocenské pojištění celkem 18 690 Kč a na nemocenském mu bylo vyplaceno 15 966 Kč, takže „je ve ztrátě“ 2 724 Kč. Pan B měl za stejné období jen výdaje ve výši 33 000 Kč.

Nemocenské pojištění, placené byť v minimální výši, se tak může stát finanční pojistkou v nečekaných případech, kdy selže lidské tělo nebo dojde k úrazu a za celý rok jde o pojistné jen ve výši 1 380 Kč (12 x 115).

Od roku 2019 může dojít k povýšení minimálního pojistného ze 115 Kč na 138 Kč.

Pro úplnost se uvádí, že denní vyměřovací základ pro placení pojistného na nemocenské pojištění ovlivňuje výše určeného vyměřovacího základu na přehledu o příjmech a výdajích OSVČ, ze kterého se stanovuje maximální měsíční vyměřovací základ pro placení pojistného na nemocenské pojištění. Pokud by se platilo z minimálního vyměřovacího základu na důchodové pojištění, lze platit měsíční pojistné na nemocenské pojištění až do výše 173 Kč.

Šárka Gregorová, metodik sociálního pojištění OSVČ, ČSSZ

Nemocenské

Nemocenské se vyplácí od 15. kalendářního dne pracovní neschopnosti (během prvních 14 dnů je kromě karenční doby zaměstnanci vyplácena náhrada mzdy od zaměstnavatele ve výši 60 % průměrného redukovaného výdělku za každý pracovní den. **OSVČ nedostává za prvních 14 dní náhradu žádnou.**

Nemocenské se poskytuje nejvýše po dobu 380 dnů. Pracující starobní a plně invalidní důchodci mají nárok na nemocenské nejdéle za 63 kalendářních dnů při jedné pracovní neschopnosti a při více pracovních neschopnostech ne déle než 63 dnů v roce. A to pouze v době trvání zaměstnání. Nemocenské se počítá jako 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu (DVZ) za prvních 30 dní pracovní neschopnosti. Od 31. dne pracovní neschopnosti se dávka počítá jako 66 % redukovaného DVZ a od 61. dne nemoci pak 72 % redukovaného DVZ. Vyplácí ji okresní správa sociálního zabezpečení.

Výjimku od 1.2. 2018 tvoří dobrovolní hasiči. Při karanténě či pracovní neschopnosti, která je důsledkem prováděných záchranných či likvidačních prací, činí nemocenské 100 % denního vyměřovacího základu, jako tomu je u profesionálních hasičů.

Ošetřovné

Výplata ošetřovného má za cíl zmírnit zhoršení finanční situace kvůli péči o člena rodiny. Dávka se vyplácí pouze zaměstnancům.

Ošetřovné se vyplácí od 1. kalendářního dne, **maximálně však po dobu 9 následujících dnů.** V případě, že je v péči osamělého rodiče **dítě do 16 let** s neukončenou školní docházkou, vyplácí se ošetřovné **maximálně 16 kalendářních dnů.** V péči o ošetřovanou osobu je možné jednou vystřídat.

Ošetřovné odpovídá 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu. Na dávku má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat kvůli ošetřování nemocného člena domácnosti nebo protože pečuje o zdravé dítě do 10 let kvůli uzavření školského či dětského zařízení (havárie, epidemie, jiná nepředvídatelná událost), v případě, že dítěti byla nařízena karanténa nebo pokud osoba, která o dítě jinak pečuje, sama onemocněla. Nárok na ošetřovné má pouze jeden rodič.

> Společníci a jednatelé s. r. o. a zdravotní pojištění

Zaměstnavatel je povinen platit pojistné tehdy, jsou-li (mimo zákonných výjimek) osobě jako zaměstnanci vykonávajícímu pro zaměstnavatele činnost zúčtovány příjmy ze závislé činnosti zdaňované podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a rovněž v případě, kdy zúčtováný příjem svojí výší povinnost placení pojistného zakládá.

Zaměstnancem s povinnostmi zaměstnavatele je tak vždy osoba pracující na základě pracovní smlouvy, bez ohledu na rozsah pracovního úvazku.

Ve vazbě na vznik zaměstnání a související účast zaměstnance na zdravotním pojištění rozhoduje u dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr výhradně výše zúčtovaného příjmu, kdy rozhodnými částkami „započítatelného příjmu“ jsou v roce 2018 hodnoty alespoň 2 500 Kč (u dohody o pracovní činnosti) a více než 10 000 Kč (u dohody o provedení práce). Také platí, že pro účel vzniku zaměstnání ve zdravotním pojištění se sčítají v rámci rozhodného období kalendářního měsíce příjmy z více dohod o pracovní činnosti nebo dohod o provedení práce u jednoho zaměstnavatele.

Jelikož jsou zásadní skutečnosti – tedy posouzení pojmu zaměstnanec a vznik zaměstnání – přímo navázány na zdaňování příjmů ze závislé činnosti podle § 6 zákona o daních z příjmů, registrujeme ve zdravotním pojištění i určité „zvláštní“ skupiny zaměstnanců, kterými se tak mohou stát například i společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným.

Charakter příjmu nerozhoduje

Pro společníky a jednatele společnosti s ručením omezeným (a komanditisty komanditní společnosti) platí ve zdravotním pojištění obecná pravidla pro účast na zdravotním pojištění.

Pokud jsou těmto osobám zúčtovány příjmy zdaňované podle § 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, považují se z pohledu zdravotního pojištění za zaměstnance, a to bez ohledu na charakter tohoto příjmu – příjem za práci pro společnost na základě dvoustranného vztahu nebo i bez něho, funkční požitek apod.

Tyto osoby představují ve zdravotním pojištění zcela specifickou skupinu, kdy jednatelé a společníci s.r.o. mají jisté

zvláštnosti v tom smyslu, že například:

- mohou mít sjednán dvoustranný vztah se společností (podmínky platné u dohod jsou popsány v dalším textu),
- nemusí mít se společností tento vztah uzavřen, nicméně jim mohou být za práci vykonanou pro společnost vypláceny odměny (příjem), které zdaněním podle § 6 zákona o daních z příjmů tak z pohledu zdravotního pojištění (bez ohledu na jejich výši) zajistí v daném měsíci účast na zdravotním pojištění,
- mohou být ve zdravotním pojištění jako OSVČ s pravidelným měsíčním placením záloh podle zákona apod.

Každá z těchto variant (stejně jako registrace v kategorii osob, za které platí pojistné stát) řeší v příslušném kalendářním měsíci pojistný vztah jednatele nebo společníka s.r.o. vůči zdravotní pojišťovně, u které je tato osoba pojištěna.

Dvoustranným vztahem může být miněna pracovní smlouva v duchu rozsudku velkého senátu ze dne 11. dubna 2018, sp. zn. 31 Cdo 4831/2017.

Společníci a jednatelé s. r. o.

Tyto osoby nejsou vyjmenovány mezi výjimkami, tedy mezi osobami, které se ve zdravotním pojištění nepovažují za zaměstnance. Jelikož je vyměřovacím základem pro placení pojistného úhrn příjmů ze závislé činnosti (s výjimkou příjmů dani nepodléhajících nebo od daně osvobozených, případně s výjimkou příjmů taxativně vyjmenovaných v § 3 odst. 2 z. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů), jsou příjmy ze závislé činnosti i příjmy těchto osob, tedy včetně povinnosti zaměstnavatele (s.r.o.) platit pojistné na zdravotní pojištění.

Hranice příjmu například ve výši 2 500 Kč nehraje v tomto případě roli, tato „rozhodná částka“ se týká pouze osob –

- zaměstnanců vyjmenovaných v ust. § 5 písm. a) v bodech 4.–6. z. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kdy se například jedná o zaměstnání na základě dohody o pracovní činnosti (viz dále).

Pracovní smlouva není sjednána

V rámci kalendářního měsíce přicházejí ve zdravotním pojištění z hlediska výše příjmu společníka nebo jednatele s.r.o. v úvahu následující alternativy:

1) Zúčtovaný příjem je nižší než 12 200 Kč

V tomto případě musí s.r.o. dbát na skutečnost, zda se na tuto osobu vztahuje povinnost odvodu pojistného alespoň z minimálního vyměřovacího základu či nikoli.

a) minimální vyměřovací základ nemusí být dodržen (§ 3 odst. 8 zákona číslo 592/1992 Sb.):

– s.r.o. odvede pojistné ze skutečné výše zúčtovaného příjmu bez povinnosti dopočtu a doplatku pojistného do minimálního vyměřovacího základu,

– pojistné se odvede ze skutečné výše příjmu také v případě, kdy je společník nebo jednatel s.r.o. současně OSVČ a platí v roce 2018 měsíční zálohy nejméně v částce 2 024 Kč, což doloží zaměstnavateli čestným prohlášením;

b) minimální vyměřovací základ musí být dodržen (§ 3 odst. 4 a odst. 6 zákona č. 592/1992 Sb.):

– s.r.o. zabezpečí v roce 2018 v příslušném kalendářním měsíci odvod pojistného v částce 1 647 Kč. Pojistné z rozdílu vyměřovacích základů mezi minimální mzdou 12 200 Kč a zúčtovanou odměnou uhradí (prostřednictvím s.r.o.) společník nebo jednatel společnosti.

Příklad

Jednatel s.r.o. pracoval pro společnost po celý kalendářní měsíc a jeho příjem činil 8 600 Kč.

Protože se osoba stala ve zdravotním pojištění zaměstnancem, musí být odvedeno minimální pojistné. Zaměstnavatel provede dopočet a doplatek pojistného do minima 12 200 Kč takto:

– z částky příjmu 8 600 Kč činí 13,5 % pojistného 1 161 Kč, jedna třetina (387 Kč) bude sražena zaměstnanci, dvě třetiny (774 Kč) hradí zaměstnavatel,

– pojistné z rozdílové částky 3 600 Kč ve výši 486 Kč bude sraženo zaměstnanci.

Zaměstnanci bude sraženo:

387 + 486 = 873 Kč

Zaměstnavatel odvede: 774 Kč

Celkem: 1 647 Kč

Pouze v případě, kdyby byla výše příjmu nižší než minimální mzda zapříčiněna překážkami v práci na straně zaměstnavatele (§ 207 až 209 zákoníku práce), přešla by povinnost úhrady celé částky doplatku 486 Kč na s.r.o.

2) Zúčtovaný příjem dosahuje nejméně 12 200 Kč

Pojistné se odvádí v souladu se zákonem ve výši 13,5 % ze zúčtovaného příjmu.

Výkon práce pro společnost na základě pracovní smlouvy

V tomto případě se společník nebo jednatel s.r.o. na základě výše uvedeného považují ve zdravotním pojištění za „klasického“ zaměstnance s tím, že:

– je-li v případě souběhu zaměstnání se samostatnou výdělečnou činností považováno zaměstnání za hlavní zdroj příjmů, nemusejí být v rámci samostatné výdělečné činnosti placeny zálohy na pojistné a pojistné se v podnikání odvádí sazbou 13,5 % z 50 % skutečných příjmů po odpočtu výdajů za rozhodné období kalendářního roku,

– nedosahuje-li hrubý příjem zaměstnance částky minimální mzdy 12 200 Kč, uplatní se výše uvedený postup.

Je-li jednatel s.r.o. současně společníkem společnosti, považuje se za započitatelný příjem pro odvod pojistného úhrn příjmů z obou těchto činností.

Dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr

Společník nebo jednatel s.r.o. se stávají ve zdravotním pojištění zaměstnancem tehdy, je-li u dohody o pracovní činnosti zúčtován příjem alespoň 2 500 Kč a u dohody o provedení práce více než 10 000 Kč.

V případě více souběžných příjmů na základě dohod platí, že od data 1. 1. 2015 se ve zdravotním pojištění pro účel vzniku zaměstnání počítají v rámci rozhodného období kalendářního měsíce příjmy z více dohod o pracovní činnosti nebo dohod o provedení práce u jednoho zaměstnavatele.

Plnění oznamovací povinnosti

Pokud výší příjmu nebo jeho charakterem vznikne z pohledu zdravotního pojištění zaměstnání, musí zaměstnavatel (s.r.o.) oznámit zdravotní pojišťovně období trvání tohoto zaměstnání prostřednictvím kódů „P“ a „O“ na formuláři Hromadné oznámení zaměstnavatele, případně včetně oznámení skutečností rozhodných pro platbu pojistného státem. Pokud zaměstnání netrvá po celý kalendářní měsíc, přihlíží se k poměrné části minimálního vyměřovacího základu podle § 3 odst. 9 písm. a) z. č. 592/1992 Sb.

Osoby ze zahraničí

Je-li jednatelem společnosti s ručením omezeným občan ze státu Evropské unie, případně z Norska, Islandu, Lichtenštejnska nebo ze Švýcarska, a je tedy v souladu s koordinačními nařízeními EU č. 883/2004 a 987/2009 osobou výdělečně činnou (zaměstnanou) na území České republiky, je na základě principu pojištění ve státě výkonu výdělečné činnosti účasten všech systémů sociálního zabezpečení České republiky, tj. včetně zdravotního pojištění.

Jestliže však má tato osoba současně příjmy ze zaměstnání v některém z výše uvedených států, musí českému zaměstnavateli předložit formulář A1, deklarující skutečnost, že podléhá právním předpisům této země, tedy včetně zdravotního pojištění.

Příklad

Je-li členem statutárního orgánu české s.r.o. německý občan a tato osoba předloží českému zaměstnavateli již zmíněný formulář A1, vystavený německou stranou, podléhá německý zaměstnanec na základě této skutečnosti zdravotnímu pojištění v Německu.

Není-li takový formulář zaměstnavateli doručen, odvádí se pojistné české zdravotní pojišťovně.

Předloží-li občan s trvalým pobytem na území některého z výše uvedených států českému zaměstnavateli (s.r.o.) formulář A1 a zakládají-li příslušné příjmy povinnost placení pojistného podle tamní právní úpravy zdravotního pojištění, vstoupí s.r.o. neprodleně v kontakt se zdravotní pojišťovnou (institucí provádějící zdravotní pojištění), u které je tento zaměstnanec ve své zemi pojištěn.

U příslušné (kontaktní) pobočky se s.r.o. přihlásí k placení pojistného a dále bude vůči této pojišťovně plnit všechny zákonné povinnosti vyplývající z legislativy tohoto státu v oblasti zdravotního pojištění, které s.r.o. jako zaměstnavatel na základě dané skutečnosti podléhá.

Alternativně lze řešit otázku placení pojistného i prostřednictvím samotného zaměstnance.

Pokud chce podnikat v České republice osoba ze „třetí země“, tedy mimo státy výše uvedené, nepodléhá režimu koordinačních nařízení EU a z titulu výkonu samostatné výdělečné činnosti jí nevzniká účast v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Řešením takové situace je pro tuto osobu uzavření komerčního zdravotního pojištění.

Cizinec ze „třetí země“ může být účasten českého systému pouze po dobu zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území České republiky, například jako jednatel společnosti s ručením omezeným s příjmy zdaňovanými podle § 6 zákona o daních z příjmů.

I v roce 2018 bez maxima

Zákonem č. 500/2012 Sb. došlo ve zdravotním pojištění ke zrušení maximálního vyměřovacího základu zaměstnance i osoby samostatně výdělečně činné pro rozhodná období let 2013–2015.

To znamená, že v průběhu těchto tří let neměla být účinná (a v letech 2013 a 2014 ani nebyla) ustanovení řešící maximální vyměřovací základ zaměstnance i osoby samostatně výdělečně činné.

Přijetí novely zákona o daních z příjmů a dalších zákonů č. 267/2014 Sb. však tuto situaci změnilo.

V části jedenácté, novelizující zákon č. 592/1992 Sb., byla kompletně vypuštěna ustanovení o maximálním vyměřovacím základu při placení pojistného na zdravotní pojištění, takže s účinností od 1. 1. 2015 je ve zdravotním pojištění maximální vyměřovací základ trvale zrušen.

Vyměřovacím základem zaměstnance je tak v roce 2018 úhrn zúčtovaných příjmů, u OSVČ pak 50 % příjmů po odpočtu výdajů – v obou případech bez omezení horní hranicí, což platí i pro vyšší zálohy placené OSVČ.

Závěr

V souvislosti s placením pojistného si s.r.o. a jejich společníci a jednatelé musejí uvědomit, že pojistné musí být vždy odvedeno alespoň v minimální povinné výši buď zaměstnavatelem, nebo samoplátcem (jednatelem nebo společníkem s.r.o. jako fyzickou osobou – podnikatelem) za předpokladu, že plátce není od této povinnosti zákonem osvobozen.

Povinností zaměstnavatele (společnosti) je přihlásit tyto osoby u jejich zdravotní pojišťovny v zákonné osmidenní lhůtě jako zaměstnance, podat za příslušný měsíc Přehled o platbě pojistného a odvádět pojistné podle zákona.

*Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění*

> Institut ochranné lhůty v nemocenském a zdravotním pojištění

Nemocenské pojištění vychází z důležitého principu, podle kterého mohou nárok na dávky z tohoto pojištění uplatnit pouze osoby pojištěné neboli účastné nemocenského pojištění. Jinak také řečeno, před vznikem nemocenského pojištění a po jeho zániku již nárok na dávky uplatnit nelze. Z této zásady registrujeme jedinou výjimku, kterou je právě ochranná lhůta jako jeden z prvků sociálně-ochranného charakteru.

Uvedme si nejprve nejdůležitější zásady, vztahující se k ochranné lhůtě:

- ochranná lhůta se neuplatňuje u všech dávek nemocenského pojištění, ale platí jen pro základní dávky tohoto pojištění, tedy pro nemocenské a pro peněžitou pomoc v mateřství.
- institut ochranné lhůty se vztahuje pouze k pojištěné činnosti s tím, že její běh plyne samostatně z každé takové pojištěné činnosti, pokud zákon nestanoví jinak.

Ochranná lhůta však neplyne například:

- z pojištěné činnosti poživatele starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně,
- ze zaměstnání malého rozsahu,
- ze zaměstnání zaměstnance činného na základě dohody o provedení práce.

- nemocenské náleží, jestliže ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo k nařízení karantény došlo v ochranné lhůtě, která činí 7 kalendářních dnů ode dne zániku nemocenského pojištění
- běh ochranné lhůty však nikdy nemůže být delší, než kolik činila délka zaměstnání zakládajícího účast na nemocenském pojištění.
Pokud pojištěné zaměstnání trvalo kratší dobu než 7 kalendářních dnů, činí ochranná lhůta pouze tolik kalendářních dnů, kolik dnů trvalo nemocenské pojištění (pojištěné zaměstnání).

Příklad č. 1

Zaměstnanec nastoupil do zaměstnání 1. dne kalendářního měsíce, avšak již 4. dne sám ukončil tento pracovní poměr ve zkušební době, neboli zaměstnání trvalo 4 kalendářní dny. Na dočasnou pracovní neschopnost nastoupil 10. dne v měsíci.

Nárok na nemocenské z titulu ochranné lhůty nevznikl, protože ochranná lhůta trvala pouze 4 dny, a tudíž již uplynula.

- rozhodujícím dnem pro počátek ochranné lhůty je den, který bezprostředně následuje po skončení pojištěné činnosti (zaměstnání).

Pokud jde o skončení ochranné lhůty, pak logicky vzato je nejčastějším případem jejího zániku okamžik (den) jejího uplynutí. Pojem ochranné lhůty, jak ji známe u nás, není ve světě běžný. Naopak, s výjimkou Rakouska a Slovenska se v oblasti nemocenského pojištění jedná o institut zcela výjimečný. Mimoto žádná mezinárodní smlouva vztahující se k nemocenskému pojištění problematiku ochranné lhůty neupravuje.

Ochranná lhůta a zdravotní pojištění

Ochranná lhůta hraje ve zdravotním pojištění důležitou roli především z těchto důvodů:

- navazuje na ni postup zaměstnavatele při oznamování pobírání nemocenských dávek zdravotní pojišťovně.

Z Poučení k formuláři „Hromadné oznámení zaměstnavatele“ vyplývá, že prostřednictvím kódů „N“ a „K“ vymezuje zaměstnavatel období pobírání těchto dávek tehdy, je-li mu daná skutečnost známa – fakticky i v situaci, když zaměstnanec onemocní v ochranné lhůtě, neboť zaměstnavateli dokládá neschopenku;

- řeší pojistný vztah osoby, která se pobíráním nemocenských dávek (třeba jen po část kalendářního měsíce) stala „státním pojištěncem“ a po dobu pobírání těchto dávek jí nemůže vzniknout ve zdravotním pojištění problém. Zařazení do této kategorie osob, za které hradí pojistné stát, by měla osoba primárně oznámit zdravotní pojišťovně sama. I když může dojít k duplicitnímu oznámení této kategorie (tedy zaměstnavatelem i pojištěncem), není tento postup na škodu, neboť se jedná i o platby pojistného státem – viz další bod. Ostatně, když se jedná o platby pojistného od státu, pak je v takovém případě vždy lepší, když má zdravotní pojišťovna příslušnou informaci dvakrát než ani jednou;
- platba pojistného státem. Za každou takovou nahlášenou osobu obdrží zdravotní pojišťovna v roce 2018 od státu měsíčně částku pojistného 969 Kč. Pokud zdravotní pojišťovna informaci o povinnosti státu platit pojistné nemá, platby od státu neobdrží a nemůže je ani nárokovat zpětně, čímž jí vzniká reálná finanční újma.



Respirátor je základním typem ochrany dýchacích orgánů. Jeho výhodou je nízká hmotnost a komfort nošení a nízká cena. Mezi nevýhody patří netěsnost k obličejí či horší filtrační účinnost. V případě potřeby kvalitní filtrace použijte místo respirátoru polomasku s filtry.

Jak vybírat respirátor? Respirátory mají dva základní parametry. Třídou filtrace značenou jako FFP1 až FFP3 a tzv. dýchací odpor. Třída filtrace je vždy vyznačena, dýchací odpor nikoliv. Obecně se dá říci, že čím dražší respirátor ve stejné filtrační třídě, tím nižší dýchací odpor a tedy i pohodlnější používání.

- **FFP 1:** Ochrana před částicemi, pevnými a kapalnými aerosoly. Zajišťují účinnou ochranu, pokud nejsou překročeny přípustné koncentrace 4x NKP (nejvyšší přístupná koncentrace)

- **FFP 2:** Ochrana před částicemi, pevnými a kapalnými aerosoly, mlhou a dýmem. Mohou být používány, pokud koncentrace nepřekročí přípustnou hodnotu 10x NPK (nejvyšší přístupná koncentrace)

- **FFP 3:** Ochrana před částicemi, pevnými a kapalnými aerosoly, mlhou a dýmem, viry a bakteriemi a spory. Mohou být používány, pokud koncentrace nepřekročí přípustnou hodnotu 40x NPK (nejvyšší přístupná koncentrace)

Onemocnění ještě v době trvání zaměstnání

V následujících čtyřech příkladech vycházíme ze skutečnosti, že pracovní poměr je ukončen k datu 31. 7.

Pokud zaměstnání končí a nemoc zaměstnance započne ještě v době trvání zaměstnání, může zaměstnavatel řešit třeba tyto případy.

Příklad č. 2

Zaměstnanec onemocněl dne 11. 7., od 25. 7. pobírá nemocenské dávky.

Zaměstnavatel použije kód „O“ k datu 31. 7. a současně kód „N“ k datu 1. 8.

Příklad č. 3

Zaměstnanec onemocněl dne 30. 7., nemocenské dávky tudíž pobírá od 13. 8.

Zaměstnavatel nejprve oznámí kódem „O“ k datu 31. 7. ukončení zaměstnání a poté kódem „N“ počátek pobírání nemocenských dávek k datu 13. 8.

Onemocnění zaměstnance v ochranné lhůtě

Jedná se o variantu, kdy zaměstnanec onemocní do 7 dnů ode dne skončení zaměstnání.

Příklad č. 4

Zaměstnanec ukončil zaměstnání k 31. 7. a onemocněl dne 6. 8.

Kromě standardního oznámení ukončení zaměstnání oznámí zaměstnavatel i počátek pobírání nemocenských dávek kódem „N“ k datu 20. 8.

Kdyby pojištěnec pobíral nemocenské dávky například od 20. 8. do 4. 12., měl by touto skutečností vyřešen svůj pojistný vztah pro měsíce srpen až prosinec, za zbylé kalendářní dny měsíců srpna a prosince, kdy dávky nepobíral, by zdravotní pojišťovně nic neoznamoval a ani nedoplácel.

Důležité poznámky:

- pokud bývalý zaměstnanec začne po skončení zaměstnání pobírat nemocenské dávky, oznamuje bývalý zaměstnavatel kódem „N“ zásadně počátek pobírání těchto dávek jako „státní kategorie“ (je-li mu tato skutečnost známa), nikoli počátek nemoci;
- ve všech případech, kdy zaměstnavatel oznámí zdravotní pojišťovně kódem „N“ počátek povinnosti státu platit pojistné, by si měl pohlídat i oznámení ukončení pobírání těchto dávek kódem „K“, aby tato kategorie nefigurovala u pojištěnce příliš dlouho (déle než rok). Nejlépe je domluvit se v dané věci s bývalým zaměstnancem, případně kontaktovat příslušnou OSSZ, ošetřujícího lékaře apod. Zkrátka, některým situacím v praxi je zapotřebí věnovat individuální pozornost.

Onemocnění zaměstnance po skončení ochranné lhůty

Ve srovnání s předcházejícími případy se jedná o zcela odlišnou situaci.

Příklad č. 5

Zaměstnanec ukončil zaměstnání k 31. 7. a onemocněl dne 10. 8.

Protože již uplynula sedmidenní ochranná lhůta, musí mít pojištěnec od měsíce srpna řešené zdravotní pojištění jiným zákonným způsobem, třeba registrací uchazeče o zaměstnání, což je ve zdravotním pojištění taktéž „státní kategorie“.

Pokud bychom se závěrem vrátili k Příkladu č. 1, kdy zaměstnání trvalo čtyři kalendářní dny, pak by při skončení zaměstnání například k datu 4. 7. 2018 musel vyměřovací základ zaměstnance činit alespoň 1 574,19 Kč $[(4:31) \times 12 200]$. Kdyby byl příjem nižší než 1 574,19 Kč, provedl by zaměstnavatel příslušný dopočet a doplatek pojistného.

Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění

> Evropská unie – zdravotní pojištění a nemoc výdělečně činných osob

Nemoc zaměstnance významným způsobem ovlivňuje jednak placení pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatelem, jednak je speciálně posuzována v souvislosti s příslušností k systémům sociálního zabezpečení státu, na jehož území je ve smyslu koordinačních pravidel Evropské unie (viz dále) výdělečná činnost vykonávána. Může se stát, že výdělečně činná osoba bydlící v jiném státě a podléhající režimu koordinačních nařízení EU ukončí výdělečnou činnost v České republice a v souvislosti s ukončením této své výdělečné činnosti onemocní. Ať onemocní ještě během výkonu výdělečné činnosti nebo po jejím skončení, vyplývají pro tuto osobu z titulu příslušnosti k pojištění určité nároky, a to za dále uvedených podmínek i v době, kdy výdělečnou činnost již nevykonává.

Kdo je výdělečně činnou osobou v rámci EU?

Výdělečně činnou osobou je pracovník, kdy se za pracovníka považuje zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná. To znamená, že z hlediska výkonu výdělečné činnosti je postavení zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné rovnocenné. Výdělečnou činností je taková činnost, která je za tuto považována předpisy příslušného státu platnými v oblasti sociálního zabezpečení.

Princip jednoho pojištění

Tento důležitý princip znamená, že v jednom okamžiku nemá žádná osoba podléhat zákonné pojišťovací povinnosti ve dvou, případně více státech. Základním pravidlem pro určení země pojištění je místo výkonu výdělečné činnosti. Podle tohoto principu jsou osoby ze států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) a Švýcarska pojištěny v té zemi, na jejímž území pracují. Toto pravidlo se uplatňuje bez ohledu na:

- bydliště pracovníka,
- právní předpisy, na základě kterých je sjednán pracovní právní vztah,
- to, zda se jedná o zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost apod.

Příslušnost k právním předpisům se vztahuje na všechny systémy sociálního zabezpečení dané země. Společně s pracovníkem jsou pojištěni i jeho nezaopatření rodinní příslušníci.

Nemoc v době trvání zaměstnání

Pokud je osoba s bydlištěm v některém z výše uvedených států zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území České republiky, přičemž se jedná o její jediné zaměstnání, podléhá tato osoba všem systémům sociálního zabezpečení v ČR, tedy i českému systému veřejného zdravotního pojištění.

Trvá-li nemoc v průběhu pracovního vztahu po celý kalendářní měsíc, pojistné se neplatí.

Pokud však nemoc trvá pouze po část příslušného kalendářního měsíce, musí být standardně zajištěn odvod pojistného na zdravotní pojištění alespoň z poměrné části minimálního vyměřovacího základu dle příkladu.

Příklad:

Občan s bydlištěm na Slovensku, zaměstnaný u české akciové společnosti na zkrácený pracovní úvazek na základě pracovní smlouvy, byl nemocen v období od 10. 7. do 17. 7. 2018.

Žádný další příjem nemá a za odpracované dny mu byl za měsíc červenec zúčtován hrubý příjem ve výši 8 000 Kč. Na tohoto zaměstnance se obecně vztahuje ustanovení o povinnosti odvodu pojistného alespoň z minimálního vyměřovacího základu.

Poměrná část minimálního vyměřovacího základu a příslušné minimální pojistné se vypočítají následovně:

$$P\check{C}minVZ = (23 : 31) \times 12\,200 = 9\,051,61 \text{ Kč}$$

kde

$P\check{C}minVZ$ = poměrná část minimálního vyměřovacího základu

23 = počet kalendářních dnů výkonu práce (tj. mimo kalendářní dny nemoci) v rozhodném období měsíce července

31 = počet kalendářních dnů v příslušném měsíci

12 200 = výše minimální mzdy v roce 2018

$$Pmin = 9\,051,61 \times 0,135 = 1\,222 \text{ Kč}$$

$Pmin$ = minimální pojistné

Dle vzorce musí být pojistné za měsíc červenec odvedeno nejméně z poměrné části minimálního vyměřovacího základu 9 051,61 Kč.

To znamená, že při sazbě 13,5 % z částky 9 051,61 Kč musí zaměstnavatel zaplatit pojistné zdravotní pojišťovně, u které je zaměstnanec pojištěn, v úhrnné částce 1 222 Kč. S ohledem na příjem (8 000 Kč) činí výše odvodu pojistného z této hrubé mzdy částku 1 080 Kč.

Jedna třetina (360 Kč) bude sražena zaměstnanci z příjmu, zbývající dvě třetiny (720 Kč) zaplatí zaměstnavatel ze svých prostředků.

Za této situace však není zabezpečen odvod pojistného ze zákonného minima, tedy přesněji z poměrné části minimálního vyměřovacího základu (viz výše).

Aby zaměstnavatel dodržel postup podle zákona, musí ještě provést doplatek pojistného ve výši 13,5 % z rozdílové částky 1 051,61 Kč, tj. 142 Kč.

Tento doplatek, tedy 142 Kč, platí podle zákona zaměstnanec, na zaměstnavatele by povinnost jeho úhrady přešla pouze za situace, kdy by byl vyměřovací základ nižší z důvodů překážek v práci na straně zaměstnavatele ve smyslu ustanovení § 207 až § 209 zákoníku práce.

Z celkové částky pojistného 1 222 Kč zaplatí zaměstnanec 502 Kč (360 + 142) a zaměstnavatel 720 Kč.

Poznámka:

Účast na zdravotním pojištění by nevznikla a pojistné by se neplatilo v případě, kdyby se jednalo o zaměstnání na základě dohody o provedení práce.

Státy postupující podle koordinačních nařízení EU

Od vstupu České republiky do Evropské unie k datu 1. 5. 2004 se naši občané při svém pohybu v rámci Společenství začali řídit Nařízením Rady (EHS) č. 1408/71 a 574/72. Uplynulým vývojem byla tato nařízení postupně překonána a s účinností od 1. 5. 2010 byla nahrazena Nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení včetně prováděcího nařízení č. 987/2009.

Tato Nařízení představují základní a závazné normy, které jsou postaveny nad národní právní předpisy jednotlivých států.

V současné době postupují podle těchto Nařízením nejen občané a instituce států Evropské unie, ale i Norska, Islandu, Lichtenštejnska a Švýcarska.

Vznik sociální události

Z pohledu českých právních předpisů o nemocenském pojištění je z hlediska nároku na nemocenské dávky z českého systému sociálního zabezpečení rozhodující vznik sociální události – one-mocnění.

Při pobírání nemocenských dávek v souvislosti se skončením zaměstnání se vychází z těchto principů:

a) nárok na pobírání dávek vznikl před ukončením zaměstnání

Jsou-li splněny podmínky pro nárok na dávku nemocenského pojištění podle českých právních předpisů, poskytne se tato dávka za celou dobu nemoci (sociální události).

Nárok na tuto dávku přechází i od doby po skončení zaměstnání, maximálně však do výše celkového nároku.

b) pobírání dávek po skončení zaměstnání

V situacích, kdy bývalému českému pojištěnci s bydlištěm v některém z výše uvedených států vznikne v ochranné lhůtě z pojištění v ČR nárok na peněžité dávky v nemoci a mateřství, přizná příslušná česká instituce tyto dávky za předpokladu, že budou splněny i ostatní stanovené podmínky.

Tento postup platí za předpokladu, že dotyčná osoba nezahájila ve státě bydliště výdělečnou činnost zakládající účast na pojištění a ani nezačala pobírat dávky v nezaměstnanosti.

Přeshraniční pracovníci – pendleři

V rámci neustále se prohlubující a rozšiřující ekonomické spolupráce mezi jednotlivými zeměmi EU se rovněž zvyšuje počet přeshraničních pracovníků, tzv. pendlerů.

Českým přeshraničním pracovníkem rozumíme zaměstnance nebo OSVČ, pracující na území ČR a bydlící na území jiného členského státu EU (zpravidla sousedního), který se nejméně jednou týdně vrací do svého bydliště. Česká republika je za této situace státem jeho pojištění.

Nárok na poskytnutí komplexního rozsahu zdravotní péče (hrazených služeb) ve státě bydliště i ve státě pojištění mají jak tyto přeshraniční pracovníci, tak jejich nezaopatření rodinní příslušníci (mimo států, uvedených jako výjimka v příloze III. Nařízení č. 883/2004 – pro Českou republiku však tato výjimka neplatí).

*Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění*

**Písemná právní,
daňová
a administrativní
poradna
pro předplatitele
časopisu
Informace
pro lékařské praxe
v roce 2018
ZDARMA!**

> Nemoc a podpora v nezaměstnanosti

Zaměstnanci i jejich zaměstnavatelé se z různých úhlů pohledu musejí zabývat situacemi, ve kterých hraje roli nemoc zaměstnance v přímé souvislosti s evidencí osoby na Úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání s nároky na jeho hmotné zabezpečení. Jelikož je právní úprava zdravotního pojištění bezprostředně navázána na spoustu dalších právních předpisů, v tomto případě zejména na zákon o zaměstnanosti a zákoník práce, mají tyto skutečnosti dopady i ve zdravotním pojištění.

Nemoc jako překážka vůči Úřadu práce

Podle zákona o zaměstnanosti se uchazečem o zaměstnání nemůže stát fyzická osoba v době, po kterou:

- je uznána dočasně neschopnou práce,
- pobírá peněžitou pomoc v mateřství v době před porodem a 6 týdnů po porodu,
- je invalidní ve třetím stupni, s výjimkou fyzické osoby, která je invalidní ve třetím stupni a je schopna výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Nastane-li situace, že osoba skončí zaměstnání a hned následující den onemocní, pak:

- je nemoc překážkou pro zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání,
- nemůže osobně žádat Úřad práce o zprostředkování vhodného zaměstnání,
- nemůže být zařazena do evidence a požádat o podporu v nezaměstnanosti.

Onemocnění v ochranné lhůtě

Onemocní-li zaměstnanec ještě v ochranné lhůtě, pak platí zejména tyto zásady:

- podpora v nezaměstnanosti a podpora při rekvalifikaci se neposkytují po dobu poskytování dávek nemocenského pojištění,
- do podpůrčí doby se nezapočítává doba, po kterou uchazeč o zaměstnání pobírá dávky nemocenského pojištění,

- po dobu poskytování dávek nemocenského pojištění se zastavuje doba poskytování podpory v nezaměstnanosti,
- po skončení nemoci se obnoví výplata podpory v nezaměstnanosti až do uplynutí podpůrčí doby 5, 8 a 11 měsíců (v závislosti na věku).

Poskytování dávek nemocenského pojištění tak nemá vliv na délku podpůrčí doby pro poskytování podpory v nezaměstnanosti.

Onemocnění po uplynutí ochranné lhůty

Jestliže již uplynula ochranná lhůta, tak uchazeč o zaměstnání nebude mít nárok na nemocenské dávky.

Po dobu nemoci mu tak bude do vyčerpání celé podpůrčí doby poskytována podpora v nezaměstnanosti, bude-li mít na ni nárok.

Nekolidující zaměstnání

Podle znění ustanovení § 25 odst. 3 zákona o zaměstnanosti nebrání zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání:

- a) výkon činnosti na základě pracovního nebo služebního poměru, pokud měsíční výdělek nepřesáhl polovinu minimální mzdy, nebo
- b) výkon činnosti na základě dohody o pracovní činnosti, pokud měsíční odměna nebo odměna připadající na jeden měsíc za období, za které přísluší, nepřesáhla polovinu minimální mzdy

Platí, že v případě výkonu více činností se pro účely splnění podmínky měsíčního výdělku jednotlivé měsíční výdělky (odměny) sčítají.

Ve smyslu výše uvedeného se jedná o tzv. nekolidující zaměstnání, což znamená, že není ve střetu („v kolizi“) evidence uchazeče o zaměstnání na Úřadě práce s výkonem zaměstnání, ve kterém příjem nepřesáhne za stanovených podmínek polovinu minimální mzdy.

Krátkodobé zaměstnání

Krátkodobé zaměstnání je takové zaměstnání, které není pro uchazeče o zaměstnání vhodným zaměstnáním. Úřadem práce je zprostředkováno nejdéle na dobu tří měsíců, pokud odpovídá zdravotnímu stavu uchazeče a není překážkou pro vedení v evidenci.

Nárokové dávky

Na rozdíl od výše uvedeného se podpora v nezaměstnanosti nebo podpora při rekvalifikaci (je-li na tyto nárok) poskytují z titulu výkonu nekolidujícího zaměstnání a krátkodobého zaměstnání, a to až do vyčerpání celé podpůrčí doby.

Ve zdravotním pojištění

Období nemoci a poskytování dávek nemocenského pojištění ať už v průběhu zaměstnání, při jeho skončení nebo v souvislosti s onemocněním bývalého zaměstnance v ochranné lhůtě či evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadě práce zaujímají ve zdravotním pojištění zvláštní roli.

Období nemoci snižující minimální vyměřovací základ zaměstnanec – pracovní smlouva

Pokud zaměstnanec nepracuje z důvodu nemoci celý kalendářní měsíc, platí v této souvislosti pro zaměstnavatele ve zdravotním pojištění následující:

- vyměřovacím základem pro placení pojistného je v tomto měsíci 0 Kč, pojistné se tedy neodvádí (kdyby však byla zaměstnanci do takového měsíce zúčtována odměna třeba 5000 Kč, odvedlo by se z této částky odměny pojistné – dopočet do minimálního vyměřovacího základu se neprovádí),
- takového zaměstnance započítává zaměstnavatel do celkového počtu zaměstnanců v Přehledu měsíčně předkládaném zdravotní pojišťovně jako zaměstnanou osobu s nulovým vyměřovacím základem,
- nemoc zaměstnavatel zdravotní pojišťovně neoznamuje, pro účely kontroly však musí být období nemoci prokazatelně vydokladováno (kopii neschopenky),
- bez ohledu na nemoc má pojištěnec řešen pojistný vztah proto, že zaměstnání trvá (není ukončeno).

Pokud nemoc zaměstnance trvá po část kalendářního měsíce, postupuje zaměstnavatel při stanovení jeho vyměřovacího základu podle ustanovení § 3 odst. 9 písm. b) z. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kdy musí být při odvodu pojistného přihlédnuto k poměrné části minimálního vyměřovacího základu. Ta se stanoví za ty kalendářní dny, ve kterých zaměstnanec nemocen nebyl, a musí být při odvodu pojistného dodržena. Takže například v případě nemoci zaměstnanec od 14. 3. do 24. 3. 2018 musí činit vyměřovací základ zaměstnanec za březen alespoň 7870,96 Kč za 20 kalendářních dnů výkonu práce v tomto měsíci [(20:31) x 12 200], tedy mimo období nemoci.

Činí-li vyměřovací základ zaměstnanec v kalendářním měsíci roku 2018 alespoň 12 200 Kč, pak není pro zaměstnavatele důležité, jak dlouho nemoc v tomto měsíci trvala.

Pokud je sjednána některá z dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr, zaměstnanec je nemocen a příjem poklesne pod částku rozhodnou pro vznik zaměstnání (alespoň 2500 Kč u dohody o pracovní činnosti nebo více než 10 000 Kč u dohody o provedení práce), resp. je nulový, pak musí být tato osoba jako zaměstnanec na příslušný kalendářní měsíc odhlášena.

„Státní kategorie“ zdravotního pojištění

Je-li bývalý zaměstnanec příjemcem dávek nemocenského pojištění, tedy například onemocní v ochranné lhůtě, pak zaměstnavatel na základě této skutečnosti sděluje (resp. může sdělit – viz dále) zdravotní pojišťovně skutečnosti související s počátkem a ukončením pobírání těchto dávek.

Tímto postupem je pojištěnec evidován u zdravotní pojišťovny jako osoba, za kterou platí pojistné stát, s nároky jak bývalého zaměstnanec (pojištěnec má v rámci kalendářního měsíce resp. měsíců řešen svůj pojistný vztah), tak zdravotní pojišťovny (platba pojistného od státu).

Kdyby pojištěnec pobíral nemocenské dávky například od 14. 12. 2017 do 15. 5. 2018, měl by vyřešen pojistný vztah pro měsíce prosinec až květen, za zbylé kalendářní dny měsíců prosince 2017 a května 2018, kdy dávky nepobíral, by zdravotní pojišťovně nic neoznamoval a ani nedoplácel.

Nemoc v souvislosti se skončením zaměstnání

Onemocní-li zaměstnanec v ochranné lhůtě po rozvázání pracovního poměru, slouží k oznámení pobírání nemocenských dávek kódy „N“ a „K“, jejichž

prostřednictvím zaměstnavatel vymezi období, ve kterém je za pojištěnce plátcem pojistného stát.

V souvislosti s nemocí zaměstnanec v ochranné lhůtě (resp. při skončení zaměstnání) sděluje zaměstnavatel zdravotní pojišťovně období pobírání nemocenských dávek tehdy, je-li mu tato skutečnost známa. Pokud oznámí zdravotní pojišťovně počátek pobírání těchto dávek kódem „N“, pak by si měl každopádně pohlídat i oznámení ukončení jejich pobírání kódem „K“ (například dohodou se zaměstnancem, kontaktem s příslušnou OSSZ apod.), zkrátka takovému případu je zapotřebí věnovat individuální pozornost. Tento postup zaměstnavatele nezbavuje pojištěnce povinnosti oznamovat zdravotní pojišťovně počátek a konec nároku na platbu pojistného státem.

Evidence uchazeče o zaměstnání

Období registrace pojištěnce na Úřadu práce hraje (nejen) ve zdravotním pojištění významnou roli. Pokud je totiž pojištěnec evidován na Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, stává se od data registrace osobou, za kterou platí pojistné na zdravotní pojištění stát, tudíž se na něho po celé období registrace nevztahuje povinnost placení pojistného.

Jakmile je však uchazeč o zaměstnání z této evidence vyřazen, dostává se do situace, kdy si musí (od následujícího kalendářního měsíce) řešit ve zdravotním pojištění svůj pojistný vztah.

Pokud se zaměstnavatel rozhodne zaměstnat osobu evidovanou na Úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání v rámci tzv. nekolidujícího zaměstnání, vyplývají pro něho úkoly jak při plnění oznamovací povinnosti, tak z hlediska placení pojistného.

V souvislosti s plněním oznamovací povinnosti zaměstnavatel oznamuje na formuláři

„Hromadné oznámení zaměstnavatele“ zdravotní pojišťovně (kódem „P“) skutečnost, že se přihlašuje k platbě pojistného za tohoto zaměstnance.

Současně zaměstnavatel sděluje zdravotní pojišťovně skutečnost rozhodnou pro vznik povinnosti státu platit za tohoto zaměstnance pojistné, a to kódem „I“. K ukončení této kategorie se pak používá kód „J“.

Praktické použití těchto kódů je následující:

„I“ – použije se (vždy společně s kódem „P“) při přihlášení zaměstnance, který je současně uchazečem o zaměstnání

„J“ – použije se při skončení evidence uchazeče o zaměstnání

Varianty, které mohou nastat:

– zaměstnanec skončí zaměstnání a zároveň je vyřazen z evidence uchazečů o zaměstnání: zaměstnavatel použije k příslušnému datu současně kódy „O“ a „J“;

– zaměstnanec skončí zaměstnání (resp. zanikne mu z titulu tohoto zaměstnání účast na zdravotním pojištění), nadále je však evidován jako uchazeč o zaměstnání: zaměstnavatel pouze oznámí zdravotní pojišťovně kódem „O“ ukončení zaměstnání;

– zaměstnanec ukončí v průběhu zaměstnání evidenci uchazeče o zaměstnání: zaměstnavatel oznámí zdravotní pojišťovně kódem „J“ ukončení evidence ve „státní“ kategorii.

V praxi je nekolidující zaměstnání výhodné zejména pro ty uchazeče, kterým vůbec nevznikl nárok na podporu v nezaměstnanosti, nebo jim uplynula podpůrná doba pro její poskytování a již nárok na podporu nemají.

Reálně se tak může stát tato činnost „ekonomicky nezajímavou“, neboli příjem na základě nekolidujícího zaměstnání může být nižší než podpora v nezaměstnanosti.

Výkon práce v rámci nekolidujícího zaměstnání nesmí ovšem bránit uchazeči o zaměstnání v poskytování součinnosti úřadu práce při zprostředkování zaměstnání a v přijetí nabídky vhodného zaměstnání od Úřadu práce.

Pokud je pojištěnec evidován na Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání nebo je zaměstnán formou tzv. nekolidujícího zaměstnání, pak za každou takovou osobu obdrží systém veřejného zdravotního pojištění platbu pojistného od státu, v roce 2018 se měsíčně jedná o částku 969 Kč.

*Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění*

> Zdravotní nezpůsobilost, rozvázání pracovního poměru a nárok na dvanáctiměsíční odstupné

Je už vcelku zažito pravidlo zákoníku práce (aktuálně zakotvené v ust. § 67 odst. 2), že zaměstnanci, u něhož dochází k rozvázání pracovního poměru výpovědí danou zaměstnavatelem z důvodů uvedených v ust. § 52 písm. d) nebo dohodou z týchž důvodů, přísluší od zaměstnavatele při skončení pracovního poměru odstupné ve výši nejméně dvanáctinásobku průměrného výdělku. Na dvanáctiměsíční odstupné má tedy nárok zaměstnanec, jestliže je s ním rozvázán pracovní poměr, protože nesmí podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovních lékařských služeb nebo rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, anebo dosáhl-li na pracovišti určeném rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví nejvyšší přípustné expozice.

(Byl-li však se zaměstnancem z uvedených důvodů dle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce rozvázán pracovní poměr, avšak zaměstnavatel se zcela zprostil své povinnosti za zaměstnancovu újmu na zdraví podle ust. § 270 odst. 1 /zjednodušeně řečeno, protože k újmě na zdraví došlo z důvodu porušení bezpečnostních předpisů zaměstnancem nebo zneužití omamných látek/ odstupné zaměstnanci nepřísluší.)

Odstupné má řešit zaměstnancovu složitou situaci

Odstupné představuje plnění, které zaměstnavatel poskytuje jednorázově (jako peněžitý příspěvek) zaměstnanci v souvislosti s rozvázáním (skončením) jeho pracovního poměru a které má zaměstnanci pomoci překonat (často složitou) sociální situaci, v níž se ocitl proto, že ztratil dosavadní práci. Zaměstnanec má ze zákona právo na odstupné (mimo jiné) tehdy, jestliže ztratil dosavadní práci ze zdravotních důvodů, neboť ji nemůže konat pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo ohrožení nemocí z povolání; tím, že se odstupné poskytuje jako (nejméně) dvanáctinásobek průměrného výdělku, zákon sleduje, aby se

zaměstnanci dostaly takové peněžní prostředky, jaké by jinak obdržel (jako odměnu za vykonanou práci), kdyby pracovní poměr ještě po dobu alespoň dvanácti měsíců pokračoval.

Aktuální nová pravidla určená Nejvyšším soudem

Vysoké odstupné představuje pro zaměstnavatele vysokou zátěž, a tak není divu, že se zaměstnavatelé všemožně snaží vyhnout jeho vyplacení. Na pozadí takových sporů Nejvyšší soud podal podrobný výklad zákoníku práce, a dokonce příslušné normy zákoníku práce dotvořil soudcovskou tvorbou práva.

Na podkladě sporu o nárok na odstupné se Nejvyšší soud ČR ve svém usnesení spis. zn. ČR 21 Cdo 1276/2016, ze dne 3. 11. 2016, vyjádřil k otázce, zda má zaměstnanec právo na odstupné tehdy, nesmí-li dále konat dosavadní práci pro onemocnění nemocí z povolání a došlo-li k rozvázání pracovního poměru u zaměstnavatele teprve poté, co mu zaměstnavatel nabídl převedení na jinou, pro zaměstnance vhodnou práci, popřípadě poté, co zaměstnance bez jeho souhlasu převedl na jinou, pro něho vhodnou práci.

Převedení nebo výpověď s odstupným, volba přísluší zaměstnavateli

Nemůže-li zaměstnanec konat dosavadní práci pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí a nedošlo-li mezi smluvními stranami základních pracovněprávních vztahů (zaměstnancem a zaměstnavatelem) k dohodě o řešení situace tím vzniklé, zákon zaměstnavateli nepředepisuje, zda má postupovat podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce (a převést zaměstnance na jinou práci, která je pro něho vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci) nebo podle ust. § 52

písm. d) zákoníku práce (a dát zaměstnanci výpověď z pracovního poměru). Znamená to, že **zaměstnavatel může dát zaměstnanci výpověď z pracovního poměru podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, i kdyby ho mohl převést na jinou práci, a že zaměstnavatel nemusí rozvažovat pracovní poměr se zaměstnancem výpovědí podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, rozhodne-li se ho převést na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce**, a to i tehdy, nesouhlasí-li zaměstnanec se svým převedením, a může-li tedy (nedošlo-li k dohodě ani dodatečně) převedení na jinou práci trvat jen po (předem) určenou dobu.

Nárok na odstupné je, i když není dohodnuto

Odstupné při skončení pracovního poměru na základě dohody o jeho rozvázání přísluší zaměstnanci podle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce jen a právě tehdy, byla-li důvodem (příčinou) rozvázání pracovního poměru se zaměstnavatelem okolnost, že zaměstnanec nesmí dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí. Podle ustálené judikatury soudů není pro vznik práva na odstupné rozhodující, zda je v dohodě o rozvázání pracovního poměru uvedena (jako důvod skončení pracovního poměru) okolnost, která zakládá právo na odstupné. Byl-li totiž pracovní poměr rozvázán dohodou (ust. § 49 zákoníku práce), má zaměstnanec právo na odstupné podle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce vždy, jestliže prokáže, že k dohodě o rozvázání pracovního poměru došlo z důvodů uvedených v ust. § 52 písm. d) zákoníku práce; to platí i tehdy, nebyly-li v dohodě uvedeny důvody, pro které se pracovní poměr končí, popřípadě obsahuje-li dohoda v rozporu se skutečností takové důvody rozvázání pracovního poměru, s nimiž zákon nespojuje poskytnutí odstupného podle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce.

Nárok na odstupné je zachován, i když je zaměstnanec propuštěn až po převedení na jinou práci

Nezpůsobilost zaměstnance konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí je příčinou rozvázání pracovního poměru nejen tehdy, dojde-li k výpovědi z pracovního poměru nebo k dohodě o rozvázání pracovního poměru bezprostředně po jejím zjištění, ale i v případě, že pracovní poměr byl rozvázán až poté, co zaměstnavatel převedl zaměstnance bez jeho souhlasu na jinou práci, která je pro něho vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci, a pracovní zařazení zaměstnance nebylo u zaměstnavatele vyřešeno dohodou ani dodatečně. Musí být totiž přihlédnuto k tomu, že převedení zaměstnance na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce provedené bez jeho souhlasu nepředstavuje a ani nemůže představovat definitivní (konečné) řešení otázky, jakou práci zaměstnanec bude nadále konat, ale úpravu jen provizorní (a dočasnou) platící do doby, než dojde k dohodě smluvních stran pracovního poměru o jeho dalším pracovním uplatnění u zaměstnavatele, popřípadě než dojde k rozvázání pracovního poměru.

V příčinné souvislosti s nezpůsobilostí zaměstnance konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí je tedy nejen takové rozvázání pracovního poměru [dohodou nebo výpovědí z důvodu uvedeného v ust. § 52 písm. d) zákoníku práce], k němuž došlo bezprostředně po jejím zjištění, ale i v případě, že po převedení na jinou práci provedeném zaměstnavatelem podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce bez souhlasu zaměstnance nedošlo ani následně k dohodě o dalším (již definitivním) pracovním uplatnění zaměstnance

u zaměstnavatele, a došlo k rozvázání pracovního poměru.

Na uvedeném závěru nic nemění ani to, že převedení zaměstnance na jinou práci provedené zaměstnavatelem podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce je platný právní úkon, i když k němu došlo bez souhlasu zaměstnance, byl-li zaměstnanec převeden na práci, která pro něho byla vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci.

Z hlediska vzniku práva na odstupné podle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce totiž není významné (pouze) to, zda převedení zaměstnance na jinou práci je platné, ale také (a především) to, zda zaměstnanec má u zaměstnavatele takové další pracovní uplatnění, s nímž souhlasí (je s ním srozuměn), které pokládá (po další dobu trvání pracovního poměru) za zdroj své výdělečné činnosti v základním pracovněprávním vztahu a které nebude jen právním nástrojem, prostřednictvím něhož mu vznikne (může vzniknout) újma na jeho právech.

Nárok na odstupné si může založit zaměstnanec sám

Nejvyšší soud ČR v dalším rozhodně pozoru hodném rozsudku spisová značka 21 Cdo 5825/2016, ze dne 30. 1. 2018, dospěl k názoru, že nárok na odstupné ve výši nejméně dvanáctinásobku průměrného výdělku dle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce vzniká zaměstnanci i tehdy, pokud při splnění předpokladů dle ust. § 52 písm. d) dá výpověď z pracovního poměru z tohoto důvodu on sám.

Současně však dovodil povinnost zaměstnavatele v případě, že jsou splněny tyto předpoklady dle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, rozvázat pracovní poměr se zaměstnancem výpovědí ze strany zaměstnavatele nebo dohodou.

Jak už jsme tedy řekli: Nesmí-li zaměstnanec podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem pracovnělékařských služeb nebo podle rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, onemocnění nemocí z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, anebo dosáhl-li na pracovišti určeném rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví nejvyšší přípustné expozice, může (nikoliv musí) dostat podle ust. § 52 písm. d) zákoníku výpověď, s níž je spojen nárok na odstupné ve výši nejméně dvanáctinásobku průměrného výdělku, taktéž pokud je pracovní poměr z téhož důvodu rozváznán dohodou. Již při uzákonění tohoto nároku s účinností od 1. 1. 2007 bylo upozorňováno, že taková výše odstupného může být pro některé menší zaměstnavatele doslova likvidační. Nepřekvapí proto, že zaměstnavatelé hledají cesty, jak se uspokojení nároku zaměstnance na odstupné vyhnout.

Zaměstnavatelé se vyhýbají uspokojení nároku zaměstnance

Takový přístup některých zaměstnavatelů Nejvyšší soud ČR odsoudil, když v jiném svém rozhodnutí uvedl:

V souladu se smyslem a účelem zákoníku práce, jehož vyjádřením jsou základní zásady pracovněprávních vztahů spočívající (mimo jiné) ve zvláštní ochraně postavení zaměstnance a v uspokojivých a bezpečných podmínkách pro výkon práce [ust. § 1a odst. 1 písm. a) a b) zákoníku práce], které našly svůj výraz též v ust. § 41 a § 52 písm. d) zákoníku práce, však není takový postup zaměstnavatele, který zaměstnanci nezpůsobilému k výkonu dosavadní práce pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí (za situace, kdy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem nedošlo k dohodě o řešení situace tím vzniklé) sice přestane dosavadní práci přidělovat, ale již tohoto

zaměstnance nepřevede na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce a ani s ním nerozváže pracovní poměr výpovědí podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce.

S popsáním problémem se potýkal žalující zaměstnanec v projednávaném případě.

Zaměstnanec se domáhal vyplacení peněžité částky odpovídající dvanáctinásobku jeho průměrného výdělku. Žalobu odůvodnil tím, že při výkonu sjednané práce (řidič – opravář) utrpěl pracovní úraz. Posléze na základě poskytovatelem pracovnělékařských služeb vydaného lékařského posudku pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost k výkonu sjednané práce – a není schopen vykonávat žádnou jinou práci z důvodu pracovního úrazu ani za zcela mimořádných podmínek.

Podle následného posudku okresní správy sociálního zabezpečení je žalobce plně invalidní (jedná se o invaliditu třetího stupně) a míra poklesu pracovní schopnosti žalobce činí 70 % a od uznání invalidity je neměnná.

Zaměstnanec předložil lékařský posudek žalovanému zaměstnavateli s tím, že jsou splněny podmínky k rozvázání pracovního poměru podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, s nímž je spojen nárok na odstupné ve výši dvanáctinásobku průměrného výdělku. Zaměstnavatel v reakci na předložení posudku sdělil zaměstnanci, že se závěry posudku se neztožňuje a že má řadu činností, které zaměstnanec i přes závěry posudku může vykonávat. K nástupu do práce (byť na jiný druh práce) jej však nevyzval a ani s ním (přes opakované výzvy) nerozvázel pracovní poměr výpovědí podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, projevil pouze ochotu k rozvázání pracovního poměru dohodou. Zaměstnanec proto dovodil, že důvodem postupu žalovaného zaměstnavatele je jeho neochota zaplatit mu odstupné ve výši dvanáctinásobku průměrné mzdy.

Soud prvního stupně i soud odvolací žalobě vyhověly a požadovanou peněžitou částku zaměstnanci přiznaly. Nejvyšší soud ČR svým rozsudkem spis. zn. 21 Cdo 5825/2016, ze dne 30. 1. 2018, však rozhodnutí odvolacího soudu zrušil, aniž by přitom ovšem zpochybnil nárok zaměstnance na odstupné.

Mimořádně zajímavé rozhodnutí NS ČR si zaslouží náležitou pozornost. NS v odůvodnění svého rozsudku připomenul právní úpravu. I my si ještě jednou, obšírněji, připomeneme problematiku převedení na jinou práci.

Převedení na jinou práci

Nesmí-li zaměstnanec dále konat dosavadní práci pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí, je zaměstnavatel povinen převést zaměstnance na jinou práci [jsou-li k tomu splněny všechny předpoklady uvedené v ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce], která je pro něho vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci (ust. § 41 odst. 6 zákoníku práce).

Není-li možné dosáhnout účelu převedení provedeného podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce převedením zaměstnance v rámci pracovní smlouvy, může ho zaměstnavatel převést i na práci jiného druhu, než byl sjednán v pracovní smlouvě, a to i kdyby s tím zaměstnanec nesouhlasil (ust. § 41 odst. 3 zákoníku práce). Zaměstnavatel je povinen předem projednat se zaměstnancem důvod převedení na jinou práci a dobu, po kterou má převedení trvat.

Vyslovil-li zaměstnanec souhlas se svým převedením na jinou práci provedeným (navrženým) zaměstnavatelem a jde-li o práci jiného druhu, než jaký byl sjednán v pracovní smlouvě, došlo tím k dohodě o změně obsahu pracovního poměru v druhu práce (ust. § 40 odst. 1 věta první zákoníku práce); práva a povinnosti

z pracovního poměru smluvních stran základních pracovněprávních vztahů (zaměstnanec a zaměstnavatel) se budou nadále řídit rovněž s přihlédnutím k této dohodě. Kdyby však zaměstnanec se svým převedením na jinou práci nesouhlasil, je povinen vykonávat jinou práci – jak vyplývá zejména z ust. § 41 odst. 7 zákoníku práce a smyslu a účelu převedení zaměstnance na jinou práci provedeného bez jeho souhlasu – jen po dobu, po kterou mělo převedení trvat (došlo-li převedením ke změně pracovní smlouvy, pak jen po dobu, která byla uvedena v písemném potvrzení o převedení na jinou práci), ledaže by se dohodl (alespoň dodatečně) se zaměstnavatelem jinak.

Zaměstnavatel je povinen dát výpověď, ale tu si nemůže zaměstnanec vynutit

Zaměstnavatel může dát zaměstnanci výpověď z pracovního poměru podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, i když by ho mohl převést na jinou práci. Zaměstnavatel nemusí rozvazovat pracovní poměr se zaměstnancem výpovědí podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce, rozhodne-li se ho převést na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce, a to i tehdy, nesouhlasí-li zaměstnanec se svým převedením, a může-li tedy (nedošlo-li k dohodě ani dodatečně) převedení na jinou práci trvat jen po (předem) určenou dobu.

V souladu se smyslem a účelem zákoníku práce však není takový postup zaměstnavatele, který zaměstnanci nezpůsobí k výkonu dosavadní práce pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo pro ohrožení touto nemocí (za situace, kdy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem nedošlo k dohodě o řešení situace tím vzniklé) sice přestane dosavadní práci přidělovat, ale již tohoto zaměstnance nepřevéde na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce a ani s ním nerozváže pracovní poměr výpovědí

podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce. I když volba postupu je zde na zaměstnavateli, zákon mu ke splnění povinnosti podle ust. § 103 odst. 1 písm. a) zákoníku práce (zaměstnavatel je povinen nepřipustit, aby zaměstnanec vykonával zakázané práce a práce, jejichž náročnost by neodpovídala jeho schopnostem a zdravotní způsobilosti) nedává jinou možnost než přistoupit k některému z uvedených opatření, která zákon stanoví k ochraně zdraví zaměstnanců před následky výkonu práce neodpovídající jejich zdravotní způsobilosti. Nemá-li proto zaměstnavatel pro takového zaměstnance jinou práci, která je pro něho vhodná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a pokud možno i k jeho kvalifikaci, nebo není-li zaměstnavatel ochoten převést zaměstnance na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce, přestože takovou jinou práci pro něho má, je třeba dovodit povinnost zaměstnavatele rozvázat s dotčeným zaměstnancem pracovní poměr výpovědí podle ust. § 52 písm. d) zákoníku práce nebo dohodou z téhož důvodu; **slovům „může dát“ v úvodní části ust. § 52 zákoníku práce je za těchto okolností třeba přikládat význam „musí dát“.**

Uvedené platí rovněž pro případ, kdy zaměstnavatel podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce převedl zaměstnance na jinou vhodnou práci bez jeho souhlasu a kdy pracovní zařazení zaměstnance u zaměstnavatele nebylo vyřešeno dohodou ani dodatečně. Zde musí být přihlédnuto k tomu, že převedení zaměstnance na jinou práci podle ust. § 41 odst. 1 písm. b) zákoníku práce provedené bez jeho souhlasu nepředstavuje a ani nemůže představovat definitivní (konečné) řešení otázky, jakou práci zaměstnanec bude nadále konat, ale úpravu jen provizorní (a dočasnou) platící do doby, než dojde k dohodě smluvních stran pracovního poměru o jeho dalším pracovním uplatnění u zaměstnavatele, popřípadě než dojde k rozvázání pracovního poměru.

Výpověď zaměstnance s uvedením důvodu – ust. § 52 písm. d) zákoníku práce

Ust. § 67 odst. 2 věty první zákoníku práce právo zaměstnance na odstupné spojuje s rozvázáním pracovního poměru výpovědí danou zaměstnavatelem nebo dohodou uzavřenou mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, jsou-li důvodem rozvázání pracovního poměru skutečností uvedené v ust. § 52 písm. d) zákoníku práce.

Zákon zde vychází z předpokladu, že zaměstnavatel splní svoji povinnost a se zaměstnancem, který nemůže konat dosavadní práci pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo ohrožení nemocí z povolání a kterého z těchto důvodů nepředvedl na jinou vhodnou práci (popřípadě kterého předvedl na jinou vhodnou práci bez jeho souhlasu a jehož pracovní zařazení u zaměstnavatele nebylo vyřešeno dohodou ani dodatečně), rozváže některým z uvedených způsobů pracovní poměr.

Pro vznik nároku zaměstnance na odstupné je přítom – jak vyplývá ze smyslu a účelu ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce – rozhodující, že pracovní poměr zaměstnance skončil, neboť dále nemůže pokračovat (být naplňován) z důvodu zdravotní nezpůsobilosti zaměstnance k výkonu dosavadní práce pro pracovní úraz, nemoc z povolání nebo ohrožení nemocí z povolání; okolnost, který z účastníků pracovněprávního vztahu svým právním jednáním zákonem předpokládaný následek této zdravotní nezpůsobilosti zaměstnance spočívající ve skončení pracovního poměru vyvolal, naopak není z hlediska smyslu a účelu ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce podstatná.

Za situace, kdy zaměstnavatel svoji povinnost rozvázat se zaměstnancem pracovní poměr výpovědí z důvodů uvedených v ust. § 52 písm. d) zákoníku práce nebo dohodou z týchž důvodů

nesplní, je proto opodstatněné, aby pracovní poměr z těchto důvodů (místo zaměstnavatele) rozvázal jednostranně (výpovědí podle ust. § 50 odstavec 3 zákoníku práce) zaměstnanec, aniž by to bylo na újmu jeho práva na odstupné.

Nejistý lékařský posudek

Současně však Nejvyšší soud ČR připomněl novou právní úpravu posuzování zdravotní způsobilosti zaměstnance k práci od 1. 4. 2012, když nižším soudům, které zaměstnanci vyhověly a přisoudily požadované peněžité plnění, vytkl, že nevzaly plně v úvahu zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Lékařský posudek vydaný poskytovatelem pracovnělékařských služeb nepředstavuje (podle právní úpravy účinné od 1. dubna 2012) takové posouzení zdravotní způsobilosti zaměstnance k práci, které by bylo závazné pro zaměstnance, a není směrodatné ani pro zaměstnavatele.

Povinnost „při zařazování zaměstnanců k práci postupovat podle závěrů lékařských posudků o jejich zdravotní způsobilosti“ uložená zaměstnavateli v ust. § 55 odst. 1 písm. b) zákona o specifických zdravotních službách se neuplatní, nebude-li zaměstnanec souhlasit se závěry lékařského posudku (rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává) o jeho zdravotní způsobilosti.

Lékařský posudek není rozhodnutím nebo jiným správním aktem, jenž by byl závazný pro smluvní stranu základních pracovněprávních vztahů, vůči které byl učiněn pracovněprávní úkon, a tedy ani pro soud (správní úřad nebo jiný orgán), který by v řízení posuzoval takovou pracovněprávní skutečnost, a rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, nemá povahu správního rozhodnutí; u lékařského posudku tedy jde o „dobrozdání

o zdravotním stavu posuzované osoby vydané poskytovatelem zdravotních služeb“. Lékařský posudek vydaný poskytovatelem pracovnělékařských služeb a ani rozhodnutí příslušného správního orgánu, který lékařský posudek přezkoumává, tedy sice nestanoví (a neprokazují) v občanském soudním řízení autoritativně (závazným a zásadně konečným způsobem), že by posuzovaný zaměstnanec vskutku vzhledem ke svému zdravotnímu stavu pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost (jde pouze o nezávazné „dobrozdání“ o zdravotním stavu zaměstnance z hlediska jeho zdravotní způsobilosti k práci, z něhož soud při svém rozhodování nemůže vycházet ve smyslu § 135 odst. 2 o. s. ř.), na druhé straně však mohou sloužit ke zjištění skutkového stavu věci tehdy, jestliže oba účastníci (zaměstnanec a zaměstnavatel) a ani soud nemají proti jejich závěrům výhrady.

Proto také NS ČR vytkl soudům nižších stupňů, že se přes výhrady zaměstnavatele spokojily jen s prvotním lékařským posudkem poskytovatele pracovnělékařských služeb a (podpůrně) s následným posudkem o invaliditě žalobce.

V případě neshody zaměstnavatele a zaměstnance nad lékařským posudkem o zdravotní nezpůsobilosti zaměstnance k výkonu sjednané práce, který by odůvodňoval rozvázání pracovního poměru dle ust. § 52 písm. b) zákoníku práce a zakládal zaměstnanci právo na odstupné dle ust. § 67 odst. 2 zákoníku práce, čeká zaměstnance složitá cesta k uspokojení jeho nároku na peněžité plnění – jednorázovému příspěvku ve výši nejméně dvanáctinásobku průměrného výdělku, který má zaměstnanci pomoci překonat (často složitou) sociální situaci, v níž se ocitl proto, že ztratil dosavadní práci ze zdravotních důvodů.

*Richard W. Fetter,
právník zabývající se občanským
a pracovním právem*

> Renty za mimopracovní poškození zdraví

Mzdy i ceny rostou, ale renty pro zdravotně poškozené mimo zaměstnání při autohavárii, trestném činu nebo i zraněné vlastním přičiněním třeba při sportu, pokud byli pojištěni, už vláda nevalorizuje. Jak dosáhnout zvýšení renty za mimopracovní úraz? Do kdy se vyplácí renta za nepracovní újmu na zdraví vyplývající z občanskoprávních předpisů? Vyplácí se mimopracovní náhrada za ztrátu na výdělek i starobním důchodcům nebo přiznáním starobního důchodu či změnou důchodu invalidního na starobní nárok na pravidelnou rentu končí? Pokusíme se tyto aktuální otázky zodpovědět nebo alespoň naznačit řešení problémů, s nimiž se zdravotně poškození (postižení) v praxi potýkají, a porovnáme si úpravu mimopracovních rent s rentami za pracovní poškození zdraví – náhradami za ztrátu na výdělek po skončení pracovní neschopnosti z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

V důsledku vážnějšího úrazu, který zanechává trvalé následky na zdraví, se poškozenému často sníží jeho příjem, ať ze závislé práce v zaměstnání či ze samostatné výdělečné podnikatelské činnosti. Někdy ztratí poškozený schopnost pracovat zcela, pokud je uznán plně invalidním (ve 3. stupni). Ať již je poškozenému přiznán invalidní důchod v jakémkoliv stupni a jakékoliv výše, ten nikdy nedosáhne úrovně původního příjmu.

Jedním z nároků poškozeného vůči škůdci-pachateli trestného činu, viníkovi autohavárie resp. pojišťovně, u které má sjednáno tzv. povinné ručení nebo vůči tomu, pro koho pracoval (zaměstnavateli), resp. vůči jeho úrazové pojišťovně, je vedle např. jednorázového bolestného dlouhodobá renta – náhrada za ztrátu na výdělek po skončení pracovní neschopnosti nebo při uznání invalidity. Tato renta postiženému dorovnáva nebo zcela nahrazuje původní výdělek, kterého už nemůže v důsledku zdravotního handicapu dosáhnout, a to v podobě doplatku ke sníženému výdělkem nebo přiznanému invalidnímu důchodu nebo součtu obojího.

Smyslem renty je tedy dorovnat poškozenému snížený příjem, kterého dosahuje vlivem následků škodné události, nebo tento příjem nahradit, pokud jej vůbec nedosahuje, čili odčinit mu snížení výdělkem. Náhrada za ztrátu na výdělek po skončení pracovní neschopnosti (při uznání invalidity nebo částečné invalidity) je jedním z nároků na náhradu škody z odpověd-

nosti za škodu na zdraví. Ke ztrátě na výdělek dochází proto, že pracovní schopnost poškozeného byla následkem újmy na zdraví snížena (omezena) nebo zanikla, a účelem náhrady za ztrátu na tomto výdělkem je poskytnout přiměřené odškodnění tomu, kdo není schopen pro své zdravotní postižení, způsobené újmou na zdraví, dosahovat takového výdělkem, jaký měl před poškozením. Škoda spočívající ve ztrátě na výdělkem je tedy majetkovou újmou, která se stanoví ve výši rozdílu mezi výdělkem poškozeného před vznikem škody a výdělkem po poškození, k němuž je třeba připočítat případný invalidní nebo částečný invalidní důchod poskytovaný z téhož důvodu; tímto způsobem je vyjádřeno snížení (omezení) nebo ztráta pracovní způsobilosti poškozeného a jeho neschopnost dosahovat pro následky újmy na zdraví stejného výdělkem jako předtím.

Podmínky nároku na rentu

Ke vzniku nároku na rentu je třeba, aby byly splněny tři podmínky, tedy existence škodní události (již bylo poškozeno zdraví), vznik škody (újmy) na zdraví na straně poškozeného spočívající ve snížení příjmu a příčinná souvislost mezi škodní událostí a snížením příjmu (podmínkou tedy je i to, aby ke snížení příjmu nebo jeho výpadku došlo právě v důsledku škodní události a ne z jiných příčin, tedy že nebyť škodní události, u poškozeného by ke snížení jeho příjmu nedošlo).

Bez snížení příjmu nárok na rentu pochopitelně nevzniká, protože není žádný důvod k její výplatě. Renta je pak vyplácena v podobě opakovaného, zásadně měsíčního, peněžitého plnění (důchodu), které je povinen poskytovat sám škůdce (např. pachatel trestného činu) nebo jeho pojišťovna, jestliže byl pojištěn (povinné je např. pojištění z odpovědnosti provozu vozidla – tzv. povinné ručení, a úrazové pojištění zaměstnavatelů). Renta se vypočítává jako rozdíl mezi příjmem, kterého poškozený dosahoval před vznikem škody, a příjmem, kterého dosahuje po skončení pracovní neschopnosti, přičemž za příjem se považuje i invalidní důchod.

Zaručena je valorizace jen pro zaměstnance poškozené pracovním úrazem

Výše náhrady za ztrátu na výdělkem vychází z průměrného příjmu, jenž se stanoví k určitému okamžiku vzniku škody (újmy) na zdraví. Jenže neustále rostou jednak životní náklady a jednak mzdy a platy. Proto dříve či později začne výše přiznané renty (i s připočtením výdělkem v nové výdělečné činnosti nebo s připočtením invalidního důchodu) zaostávat za příjmem jiných lidí, kterého by dosahoval i poškozený, nebýt jeho zdravotního omezení. Proto je třeba náhrady za ztrátu na výdělkem valorizovat. Zajištěnou pravidelnou valorizaci mají ti, jejichž zdraví poškodil pracovní úraz nebo nemoc z povolání.

Právní úprava zaručuje v ust. § 271u odst. 2 zákoníku práce poškozeným zaměstnancům (a příslušná ustanovení zvláštních předpisů pak příslušníkům bezpečnostních sborů – policistům a vojákům) valorizaci jejich průměrného výdělku před vznikem škody s ohledem na obecný mzdový vývoj v ČR. Jestliže se pravidelně valorizuje jejich původní skutečný (posléze již v důsledku dalších valorizací fiktivní) výdělek, kterého dosahovali před vznikem škody, roste zásadně i jejich odškodnění – pravidelná renta.

Pravidelná valorizace renty pro ty, jež výdělkově poškodil pracovní úraz nebo nemoc z povolání, se provádí od r. 1976. Poslední valorizace proběhla k 1. 1. 2018* (a zajisté proběhne i další k 1. 1. 2019).

* Došlo k valorizaci o 3,5 %. Jestliže průměrný výdělek zaměstnance před úrazem činil 20 000 Kč a po pracovním úrazu 16 000 Kč, tak náhrada za ztrátu na výdělkou činí 4000 Kč. Jestliže došlo k valorizaci náhrady za ztrátu na výdělkou ve výši 3,5 %, pak se (fiktivní) průměrný výdělek 20 000 Kč zvýšil na 20 700 Kč, a proto i vyplácená náhrada na 4700 Kč.

Výpočet náhrady za ztrátu na výdělkou po skončení pracovní neschopnosti se provádí tak, že se vychází z průměrného výdělku před vznikem škody a z výdělku dosahovaného po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání, s připočtením případného invalidního důchodu poskytovaného z téhož důvodu.

(Ke snížení invalidního důchodu pro souběh s jiným důchodem podle právních předpisů o důchodovém pojištění, ani k výdělkou zaměstnance, kterého dosáhl zvýšeným pracovním úsilím, se nepřihlíží. Dosahuje-li naopak zaměstnanec ze své viny nižšího výdělku než ostatní zaměstnanci vykonávající u zaměstnavatele stejnou práci nebo práci téhož druhu, považuje se za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání průměrný výdělek, kterého dosahují tito ostatní zaměstnanci.)

Je-li zjištěný resp. stanovený výdělek zaměstnance po pracovním úrazu nebo nemoci z povolání s připočtením případného invalidního důchodu nižší než jeho průměrný výdělek před vznikem škody, pak je zaměstnavatel povinen tento rozdíl dorovnat náhradou za ztrátu na výdělkou. Dojde-li u poškozeného ke zvýšení dosahovaného výdělku nebo zvýšení invalidního důchodu, sníží se mu poskytovaná náhrada za ztrátu na výdělkou.

Výše náhrady se tedy počítá podle této rovnice:

RENTA = PŘÍJEM PŘED ÚJMOU NA ZDRAVÍ – PŘÍJEM PO SKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO PŘÍZNÁNÍ INVALIDNÍHO DŮCHODU + INVALIDNÍ DŮCHOD

Pokud se ale poškozený i s podlomeným zdravím snaží a i přes handicap jeho výdělek dosahovaný po skončení pracovní neschopnosti nebo přiznání invalidního důchodu poklesl méně, ale jen proto, že vykazuje zvýšené pracovní úsilí (pracuje přesčas, přivydělává si atp.), k výdělkou dosaženému právě takovým zvýšeným pracovním úsilím se nepřihlíží, tento se mu do aktuálního výdělku nezapočítává. Tento přístup vystihuje následující rovnice:

RENTA = PŘÍJEM PŘED ÚJMOU NA ZDRAVÍ – PŘÍJEM PO PN NEBO PŘÍZNÁNÍ ID – VÝDĚLEK ZE ZVÝŠENÉHO PRACOVNÍHO ÚSILÍ + INVALIDNÍ DŮCHOD.

Jestliže ale zaměstnanec dosahuje svým zaviněním, tedy nikoliv v důsledku zdravotního omezení, nižšího výdělku než jiní zaměstnanci vykonávající srovnatelnou práci, pak se postupuje podle této rovnice:

RENTA = PŘÍJEM PŘED ÚJMOU NA ZDRAVÍ – PŘÍJEM SROVNATELNÝ + INVALIDNÍ DŮCHOD

Náhrada za ztrátu na výdělkou po skončení pracovní neschopnosti přísluší zaměstnanci i při pracovní neschopnosti z jiného důvodu, než je původní pracovní úraz, který je důvodem vyplácení náhrady. Pokud je zaměstnanec v pracovní neschopnosti kupř. pro respirační onemocnění, které je asi nejčastějším důvodem kratších pracovních neschopností, tak dostává nadále náhradu za ztrátu na výdělkou po skončení pracovní neschopnosti (i když je v pracovní neschopnosti). Za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání se považuje výdělek, z něhož se stanoví výše nemocenského (resp. náhrady mzdy za prvních 14 dnů pracovní neschopnosti).

Náhrada za ztrátu na výdělkou po skončení pracovní neschopnosti přísluší i zaměstnanci, který je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání, tedy zaměstnanci, který nenalezl po škodné události pracovní uplatnění; za výdělek po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání se považuje výdělek ve výši minimální mzdy. Pobíral-li ovšem zaměstnanec před tím, než se stal uchazečem o zaměstnání, náhradu za ztrátu na výdělkou po skončení pracovní neschopnosti, přísluší mu tato náhrada v takové výši, ve které mu na ni vzniklo právo za trvání pracovního poměru, popř. jiného pracovně-právního vztahu.

Ovšem zaměstnanci, který bez vážných důvodů odmítne nastoupit práci, která mu byla zajištěna zaměstnavatelem, přísluší náhrada za ztrátu na výdělkou pouze ve výši rozdílu mezi průměrným výdělkem před vznikem škody a průměrným výdělkem, kterého mohl dosáhnout na práci, jež mu byla zajištěna. Zaměstnavatel zaměstnanci neuhradí škodu do výše částky, kterou si zaměstnanec bez vážných důvodů opomenul vydělat.

V takových případech se postupuje podle těchto zjednodušeně vyjádřených rovnic:

RENTA = PŘÍJEM PŘED ÚJMOU ZDRAVÍ – ZAJIŠTĚNÝ PŘÍJEM Z NABÍDNUTÉ, ALE ODMÍTNUTÉ PRÁCE + INVALIDNÍ DŮCHOD

RENTA = PŘÍJEM PŘED ÚJMOU NA ZDRAVÍ – PŘÍJEM OPOMENUTÝ + INVALIDNÍ DŮCHOD

Do r. 2013 předepisovala vláda valorizaci původního výdělku a z toho vyplývající navýšení renty i pro ty, kterým byla náhrada za ztrátu na výdělkem přiznána podle občanského zákoníku, tedy za mimopracovní úrazy. Jenže 1. 1. 2014 nabyl účinnosti nový občanský zákoník (o. z.), který pravidelnou valorizaci náhrad za újmu na zdraví zrušil.

Pravidla nového občanského zákoníku

Rentu upravuje o. z. v ust. § 2963 takto: Po skončení pracovní neschopnosti, případně při invaliditě, nahradí škůdce poškozenému jeho ztrátu peněžitým důchodem, který se stanoví vzhledem k rozdílu mezi výdělkem, jakého poškozený dosahoval před vznikem újmy, a výdělkem dosahovaným po skončení pracovní neschopnosti s přičtením případného invalidního důchodu podle jiného právního předpisu.

Dojde-li ublížením na zdraví k dlouhodobému zvýšení potřeb poškozeného, stanoví se výše peněžitého důchodu i vzhledem k těmto potřebám. (Odst. 1.) Dosahuje-li poškozený po skončení pracovní neschopnosti výdělku jen s vynaložením většího úsilí nebo se zvýšenou námahou, které by, nebýt škodné události, jinak nemusel vynaložit, odčiní se mu peněžitým důchodem i zvýšená námaha nebo úsilí.

Při stanovení výše peněžitého důchodu se přihlídnou i ke zvyšování výdělků v daném oboru, jakož i k pravděpodobnému růstu výdělku poškozeného podle rozumného očekávání. (Odst. 2) Jsou-li pro to vážné důvody, může soud rozhodnout, zda, jakým způsobem a do jaké výše škůdce zajistí pohledávku poškozeného na peněžitý důchod; návrhy stran přitom není vázán. (Odst. 3)

Jsou soudci věštcí?

Cosí jako valorizační mechanismus je tedy upraveno v ust. § 2963 odst. 2 věty druhé o. z., jež stanovuje dvě kritéria pro zvyšování renty, a to zvyšování výdělků v oboru, v němž byl poškozený činný,

a růst jeho výdělku podle rozumného očekávání. Důvodová zpráva k návrhu nového o. z. je blíže nevysvětluje a autoritativní výklad podaný soudní judikaturou zatím není k dispozici. Pouze komentáře, výklady a názory odborníků (např. Hulmák, M. a kol.: Občanský zákoník VI, Závazkové právo, Zvláštní část (§ 2055–3014), C. H. Beck, Praha 2014, Madleňáková, L.: Náhrada za ztrátu na výdělkem po skončení pracovní neschopnosti – dvojkolejnost právní úpravy v o. z. a zák. práce, 23. 3. 2018, Bulletin advokacie, z nichž čerpal autor tohoto příspěvku) vysvětlují, že pokud se poškozený domáhá renty, tak soud musí ve svém rozhodnutí učinit určitou předpověď toho, jak by se pravděpodobně vyvíjela výdělečná činnost poškozeného, kdyby nedošlo k újmě.

Výchozím bodem úvahy je postavení poškozeného v pracovním životě v okamžiku vzniku újmy. Je třeba určit, jak by se býval vyvinul jeho příjem při pravidelném běhu věcí. Ve své předpovědi by měl soud zohlednit hospodářské podmínky (např. odhadovaný rozvoj či útlum odvětví, v němž poškozený pracuje, konkurenční prostředí, trend nezaměstnanosti, vývoj inflace apod.), stejně jako povahové vlastnosti a sklony poškozeného, pokud se projevovaly již před vznikem újmy. Je-li poškozený zaměstnancem, je třeba k předpovědi použít mzdové či platové tabulky (tarify), stejně jako zohlednit pravděpodobné zvyšování příjmu v závislosti na odpracované době.

Jenže problém je, že něco takového nelze předvídat do budoucnosti, a proto je nutno vycházet z minulosti. Copak lze odhadovat budoucí hospodářské nebo finanční krize, rozvoj nebo naopak útlum určitých odvětví? Soud nemůže rozhodovat podle neexistujících budoucích podkladů, ale pouze těch aktuálních nebo z minulosti vycházejících. Soud nemůže rozhodovat podle důkazů o skutečnostech, které teprve nastanou; takové důkazy by účastníci řízení ani nemohli označit. Soud i proto své rozhodnutí staví

na skutkových zjištěních, která se týkají již nastalých (nastávajících) skutečností, a teprve na jejich základě činí prognózu, že zjištěný skutkový stav bude trvat i v budoucnu. (Tak je charakterizován postup soudu v Dvořák, B.: Právní moc civilních soudních rozhodnutí, C. H. Beck, Praha, 2008).

Poškozeným mimo zaměstnání nezbyvá než žalovat na doplacení rozdílu v příjmu

Názory odborníků se liší, výklad pravidel o. z. není ujasněn. A proto, kdo se nově domáhá renty a jejího navýšení dle ust. § 2963 odst. 2 věty druhé o. z., neobejde se bez odborné právní pomoci, a určitě mu nebude stačit jakýkoliv advokát, je třeba mít a být zastoupen specialistou na problematiku odškodňování újmy na zdraví. U již dříve přiznaných rent nezbyvá než se po určitém čase domáhat jejich navýšení s ohledem na změnu okolností – na růst životních nákladů poškozeného na straně jedné a všeobecný nárůst úrovně mezd a dalších příjmů na straně druhé, tedy i z toho odvoditelného nárůstu příjmu poškozeného, kterého by dosahoval, kdyby mu v tom nebránilo poškození zdraví.

Časové omezení

U pracovních-právních rent je jasné, do kdy se poskytují, a to podle ust. § 271b odst. 6 zákoníku práce: Náhrada za ztrátu na výdělkem po skončení dočasné pracovní neschopnosti přísluší zaměstnanci nejdéle do konce kalendářního měsíce, v němž dovršil věk 65 let, nebo do data přiznání starobního důchodu z důchodového pojištění. Jak je to ale u rent za mimopracovní poškození zdraví, musely zodpovědět soudy.

Co se stane v 65 letech? Zaniká nárok na invalidní důchod a je přepočten a transformován v důchod starobní

Zákon č. 306/2008 Sb., kterým byl s účinností od 1. 1. 2010 novelizován zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění,

doplnil nové ust. § 61a, které stanoví limit (věkovou hranici 65 let), do něhož je možno poskytovat invalidní důchod, a zavádí zákonné transformování invalidního důchodu na důchod starobní. Současně ust. § 81 odst. 4 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění účinném od 1. 1. 2010, zakotvuje provedení zákonné přeměny invalidního na starobní důchod z úřední povinnosti. Tato změna není závislá na vůli poživatelé invalidního důchodu, dojde k ní ze zákona a je realizována z úřední povinnosti. Od 1. 1. 2010 tedy platí, že dnem, kterým poživatel invalidního důchodu dosáhl věku 65 let, zaniká mu na tento důchod nárok a současně mu vzniká nárok na důchod starobní.

Proč po 65. roku života už neodškodňovat

Ze zákona dochází k situaci, že dalším zdrojem příjmů poškozeného již není výdělek, případně částky či dávky, které jej nahrazují, ale přiznaný starobní důchod. Není-li zdrojem příjmů žalobce dávka nahrazující jeho výdělek (invalidní důchod), odpadá důvod k poskytování náhrady za ztrátu na výdělku. V této souvislosti se připomíná důvodová zpráva k zákonu č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. V ní se uvádí, že základní důchodové pojištění předpokládá soustavou výdělečnou činnost pojištěnců do dosažení určitého věku, a to z důvodu, že nejen zdravotní stav, ale i znalosti, schopnosti a dovednosti osob do určitého věku jsou na takové úrovni, že většině pojištěnců umožňují soustavou výdělečnou činnost, která je zdrojem jejich příjmu. Po dosažení věku 65 let se pak již nepředpokládá jako hromadný jev soustavná výdělečná činnost ani u „neinvalidních“ pojištěnců. Z hlediska zdravotního stavu, výdělečné schopnosti a schopnosti pracovního začlenění se po dosažení věku 65 let situace u osob „neinvalidních“ a plně invalidních zpravidla již vyrovnává, neboť ve vztahu k výdělečné činnosti mají

obdobná omezení, vyplývající jak z věku, tak ze zdravotního stavu. Jediný rozdíl je pak v době vzniku tohoto stavu (situace); u „invalidních“ osob vznikl tento stav (situace) před splněním podmínek nároku na starobní důchod. Většina zahraničních důchodových systémů tuto situaci vyřešila, když na základě zákonné úpravy dochází k „automatické“ transformaci invalidního důchodu na důchod starobní.

Dosavadní právní úprava vedla k tomu, že i osoby starší byly poživatelé plných invalidních důchodů, a to až do konce svého života. Nová právní úprava, která je v souladu s principy fyziologického stárnutí, tuto nežádoucí situaci řeší, a to bez vlivu na sociální jistotu občanů, kteří budou zabezpečeni důchodem starobním (starobní důchod bude přiznán nejméně ve výši dosud vypláceného plného invalidního důchodu); přitom není dotčeno jejich právo požádat o přiznání starobního důchodu.

Jaká renta při starobním důchodu?

I když občanský zákoník neurčuje dobu, po kterou se poskytuje náhrada za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti, neboť nelimituje existenci nároku věkem ani jinými okolnostmi, nelze mít za to, že uzákonění přeměny invalidního důchodu na důchod starobní k dosažení věku 65 let, je v rozporu se smyslem odškodnění ztráty na výdělku zakotvené v občanském zákoníku. Účelem institutu náhrady za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti (při uznání invalidity nebo částečné invalidity) je reparovat újmu odvíjející se od ztráty pracovní způsobilosti poškozeného, kdy odškodnění náleží po dobu, po kterou ztráta pracovní způsobilosti brání poškozenému, aby si příjmy k úhradě svých potřeb opatroval vlastní prací.

Avšak za situace, kdy po dosažení věku 65 let je plné pracovní začlenění (nejen z hlediska zdravotního stavu, ale i schopnosti soustavné výdělečné činnosti) spíše

výjimkou i u osob, které nejsou poživatelé invalidního důchodu, není stanovený limit v rozporu s úmyslem zákonodárce odškodnit ztrátu na výdělku způsobenou ztrátou pracovní způsobilosti v důsledku škodné události. NS ČR proto dospěl v rozsudku spis. zn. 25 Cdo 4066/2016, ze dne 28. 11. 2017, k závěru, že **vznikem nároku na výplatu starobního důchodu podle ust. § 61a odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění účinném od 1. 1. 2010, zaniká invalidnímu důchodci nárok na náhradu za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti (při uznání invalidity nebo částečné invalidity).**

Podle ust. § 2964 nového občanského zákoníku však náhrada za ztrátu na důchodu náleží poškozenému ve výši rozdílu mezi důchodem, na který poškozenému vzniklo právo, a důchodem, na který by mu bylo vzniklo právo, jestliže by do základu, z něhož byl vyměřen důchod, byla zahrnuta náhrada za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti, kterou poškozený pobíral v době rozhodné pro vyměření důchodu. Můžeme tedy jednoduše uzavřít, že vznikem nároku na starobní důchod poškozenému zaniká nárok na náhradu za ztrátu na výdělku (dorovnání v důsledku zdravotního poškození sníženého příjmu nebo invalidního důchodu), právní úprava však dává poškozeným možnost domáhat se i následného dorovnání starobního důchodu, tedy novou nižší rentou, protože poškozenému bude logicky vyměřen nižší starobní důchod, který nebude zohledňovat předchozí náhradu za ztrátu na výdělku (kdyby však nebylo zdravotního poškození, tak by se k příjmům zakládajícím účast na důchodovém pojištění, které renta nahrazovala, při výpočtu starobního důchodu přihlíželo).

*Richard W. Fetter,
právník zabývající se občanským
a pracovním právem*

> GDPR v souvislostech zdravotního pojištění

Nařízení Evropského parlamentu a Rady 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen GDPR), standardizuje od 25. 5. 2018 ochranu osobních dat občanů. Jak můžeme v některých aspektech nahlížet na dopady této nadnárodní právní úpravy do podmínek platných ve zdravotním pojištění?

Důležitá role zdravotních pojišťoven

Základním úkolem zdravotních pojišťoven je především zajistit od plátců dostatek zdrojů v systému veřejného zdravotního pojištění na úhradu smluvními poskytovateli poskytnutých a vykázaných hrazených služeb. Za tímto účelem disponují zdravotní pojišťovny příslušnými mechanismy, kterými jsou především možnost výkonu kontrolní, vyměřovací a v součinnosti s jinými institucemi a subjekty i vymáhací činnosti, povinné uplatňování nároků na dlužné pojistné a penále, ukládání pokut za porušení zákonných povinností, stanovování pravděpodobné výše pojistného apod.

Pokud si zdravotní pojišťovny nevystačí s daty a údaji, které mají ve vlastním informačním systému, případně které nezískaly při výkonu své činnosti z moci úřední, mohou se obrátit na jiné orgány a instituce, od kterých mohou potřebné informace pro daný účel obdržet.

Součinnost s dalšími institucemi

Zákonnou oporu pro použití tohoto postupu představuje ustanovení § 23 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, ve kterém je definována problematika vzájemného poskytování informací mezi rozhodujícími institucemi spravujícími oblast daní a veřejnoprávních pojistných. Porušením povinnosti mlčenlivosti není vzájemné poskytování informací mezi správci daní z příjmů, zdravotního a sociálního pojištění, které jsou nezbytné pro účelnou kontrolu plátců a použití informací ve

vztahu k třetím osobám při uplatňování a vymáhání dlužného pojistného. Základním smyslem naplnění tohoto ustanovení je tedy vzájemné předávání a poskytování příslušných údajů a informací mezi dotčenými úřady, jakož je i vcelku běžnou praxí spolupráce zdravotních pojišťoven s úřady práce, živnostenskými úřady, obecními úřady apod. Nepochybně bude i do budoucna snahou takovou spolupráci stále více zintenzivňovat a prohlubovat, neboť bezvýhradné respektování práva by mělo být v právním státě prioritní výsadou každého subjektu pohybujiícího se ve zdejším podnikatelském prostředí. Zefektivněním evidence závazků plátců pojistného tak budou vytvořeny předpoklady pro jejich následné vymáhání, kdy konečným cílem všech těchto opatření je permanentní udržování bilanční vyrovnanosti příjmů a výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění.

Tyto letité postupy zdravotních pojišťoven nejsou nařízením GDPR nijak dotčeny.

Rodné číslo

Klíčovým osobním údajem v systému veřejného zdravotního pojištění je číslo pojištěnce – rodné číslo. Například při součinnosti zdravotních pojišťoven s jinými orgány a institucemi lze v rámci tohoto styku pro jednoznačnost (tedy o kterou osobou se jedná – za účelem vyloučení záměny) uvádět i rodné číslo pojištěnce. Je pravda, že tento základní identifikátor používají i jiné instituce, některé i ze zákonných důvodů.

Kontaktní údaje

V informačních systémech zdravotních pojišťoven jsou u pojištěnců vedeny kon-

taktní údaje (telefon, e-mail). Účel tohoto postupu je ryze praktický, to znamená, že tyto údaje primárně slouží ke vzájemné komunikaci mezi dotčenými subjekty a pro řešení případných problémů, samozřejmě se týkajících zdravotního pojištění.

Sdělení zdravotní pojišťovny

Souhlas nepotřebují zdravotní pojišťovny ani v případě zasílání informací ze zdravotního pojištění, kupříkladu při zaslání informací o platbách záloh pro OSVČ, vyúčtování pohledávek a plateb apod. Tímto počinem zdravotní pojišťovny – de facto v zájmu obou stran – informují plátce například o tom, zda má či nemá platby na veřejné zdravotní pojištění v pořádku, což lze zaslat obyčejnou zásilkou. Ovšem pokud by chtěla zdravotní pojišťovna oslovovat pojištěnce marketingově (nabídka produktů zdravotní pojišťovny), pak by měla mít v záznamech souhlas s použitím jeho osobních údajů pro marketingové účely.

Práce s osobními údaji

Změna v přístupu k osobním údajům spočívá ve skutečnosti, že na ochranu osobních údajů fyzických osob jsou kladeny vyšší nároky. Povinností vyplývající z GDPR je minimalizace osobních údajů, takže zdravotní pojišťovny by měly pracovat pouze s těmi osobními údaji, které jsou nutné k plnění pracovních úkolů a jejich používání je oprávněné, resp. obhájitelné. Neměly by být pořizovány kopie osobních dokladů. Jako výjimku lze chápat situaci, kdy se souhlasem cizince bude ve výjimečných a odůvodnitelných případech pořizována fotokopie cestovního dokladu.

Doklady nad rámec daný právní úpravou

Pro řádný výkon své úřední činnosti a v souladu s platnou legislativou evidují zdravotní pojišťovny velké množství informací, které jsou ze zákonných důvodů průběžně zpracovávány. Některé doklady jsou požadovány a evidovány nad rámec daný zákonnou úpravou, nicméně pro zajištění objektivně správného postupu jsou nutné. Když tedy zdravotní pojišťovny zpracovávají údaje za účelem poskytování a účasti v systému veřejného zdravotního pojištění, pak není nutný souhlas pojištěnce se zpracováním těchto údajů, jelikož zdravotní pojišťovny takto jednají na základě zákonů, které je k této činnosti opravňují.

Zdravotním pojišťovnám jsou předkládány například doklady rozhodné pro povinnost státu platit pojistné, neboť zdravotní pojišťovny musejí mít průkazně doloženo, kdy povinnost státu platit pojistné vznikla, resp. zanikla. Tyto údaje jsou důležité jednak (pro zdravotní pojišťovny) pro nárokování pravidelné platby pojistného státem, což je v roce 2018 měsíční částka pojistného 969 Kč, jednak (pro pojištěnce) za účelem řešení jeho pojistného vztahu. Pokud například pojištěnec doloží, že mu byl s účinností od 30. 5. přiznán některý z důchodů vyplácených českým systémem důchodového pojištění, pak dva kalendářní dny registrace ve „státní kategorii“ v měsíci květnu řeší pojistný vztah dotyčné osoby de facto po celý kalendářní měsíc květen. Pojištěnec tak v květnu za zbývajících 29 kalendářních dnů zdravotní pojišťovně nic neoznamuje a ani nedoplácí a také není (nemůže být) osobou bez zdanitelných příjmů. Obdobně když student dokladuje zdravotní pojišťovně zahájení studia na vysoké škole, bezprostředně navazující na ukončení studia na střední škole, pak je i během tohoto mezidobí – tedy od ukončení studia na střední škole do zahájení studia na vysoké škole – neustále „státním pojištěncem“. Proto je pro zdravotní pojišťovnu i pro pojištěnce velmi důležité přesně vymezené období registrace v kategorii osob, za které platí pojistné stát.

Formuláře zdravotních pojišťoven

Nepatrné úpravy by se měly týkat i formulářů, používaných zdravotními pojišťovnami. Tyto formuláře samozřejmě zůstávají i nadále v platnosti s tím, že by se mělo doplnit sdělení, podle kterého zpracovává zdravotní pojišťovna uvedené informace v souladu se souvisejícími právními předpisy.

Zaměstnanci ze zahraničí a průkazy pojištění

Pokud český zaměstnavatel zaměstnává osobu ze státu Evropské unie (a také z Norska, Islandu, Lichtenštejska nebo ze Švýcarska) anebo cizince z tzv. „třetí země“, například Ukrajince, mají tyto osoby nárok na vystavení průkazu pojištěnce, který definuje nárok na poskytnutí příslušného rozsahu zdravotní péče (hrazených služeb). Je praktikován způsob doručení průkazu zaměstnanci prostřednictvím zaměstnavatele.

Jelikož se tato osoba stává z titulu zaměstnání u českého zaměstnavatele účastníkem našeho systému zdravotního pojištění, má například právo na výběr zdravotní pojišťovny. Zaměstnavatel přihlásí osobu jako zaměstnance u zvolené zdravotní pojišťovny. Tato pojišťovna na základě podaných údajů (pohlaví a datum narození) přidělí této osobě ze zahraničí číslo pojištěnce, pod kterým bude evidována, a vystavený průkaz zasílá zaměstnavateli, který jej předá zaměstnanci. Tento zavedený postup není důvod měnit. Pouze v případě, kdy by si zaměstnanec přál doručit průkaz pojištěnce na svoji soukromou adresu v České republice, pak by mu měla zdravotní pojišťovna vyhovět.

Při skončení pracovního vztahu je zaměstnanec ze státu podléhajícího režimu koordinačních pravidel EU č. 883/2004 a 987/2009 odhlašován kódem „O“ stejně jako čeští zaměstnanci. Netrvá-li účast tohoto zaměstnance na veřejném zdravotním pojištění z jiného důvodu (například při pobírání nemocenských dávek z důvodu onemocnění ještě v době trvání zaměstnání nebo při onemocnění v ochranné lhůtě), je

povinen odevzdat prostřednictvím zaměstnavatele český Evropský průkaz zdravotního pojištění. Současně s ukončením zdravotního pojištění živatele (výdělečně činné osoby) zaniká i účast na veřejném zdravotním pojištění pro jeho nezaopatřené rodinné příslušníky. Ti se zpravidla následně vracejí do systému zdravotního pojištění v místě bydliště a rovněž vracejí vystavené Evropské průkazy zdravotního pojištění.

U zaměstnanců z tzv. „třetích zemí“ žádné nároky po skončení zaměstnání nevznikají a dnem skončení zaměstnání končí i jejich účast na zdravotním pojištění v České republice.

Veřejné rejstříky

Významným pomocníkem zdravotních pojišťoven při jejich práci jsou veřejné rejstříky, například ARES nebo Živnostenský rejstřík. Tyto zdroje dat jsou důležité zejména při dohledávání a oslovování problémových pojištěnců a zdravotní pojišťovny určitě budou moci i nadále do těchto veřejně přístupných registrů nahlížet a údaje v nich uvedené tak využívat pro svoji úřední a kontrolní činnost.

Zveřejňování dlužníků

Povinnost zachovávat mlčenlivost se ve zdravotním pojištění nevztahuje na údaje týkající se dluhu na pojistném, včetně výše dlužného penále, o nichž bylo rozhodnuto pravomocnými platebními výměry, nebo jednání se o pohledávku na pojistném a penále, kterou zdravotní pojišťovna uplatňuje ve veřejné dražbě nebo která byla zjištěna v insolvenčním řízení. To znamená, že takové pohledávky mohou zdravotní pojišťovny zveřejnit.

Závěr

Určitě je mimo jakoukoli pochybnost, že osobní údaje fyzických osob jsou v informačních systémech jednotlivých zdravotních pojišťoven dostatečně zabezpečeny a chráněny.

*Ing. Antonín Daněk,
odborník na zdravotní pojištění*

> Převod lékařské praxe

Paní doktorka se rozhodla koupit lékařskou praxi a shání informace, zda je (pro ni) výhodnější koupit praxi fyzické osoby, nebo přesvědčit prodávajícího, aby se před prodejem transformoval na s.r.o., a odkoupit obchodní podíl na tomto nově vzniklém s.r.o.

Další řádky jsou pokusem porovnat obě varianty jak z pohledu prodávajícího, tak z pohledu kupujícího.

Prodej lékařské praxe provozované fyzickou osobou

a) z pohledu prodávajícího

- u prodávajícího činí daň z příjmů fyzických osob 15 %,
- odvod plateb sociálního pojištění je 29,2 % z vyměřovacího základu, který je 50 % rozdílu mezi příjmy a výdaji,
- výše zdravotního pojištění představuje 13,5 % ze stejného vyměřovacího základu,
- za velmi pravděpodobného předpokladu, že prodávající nebude mít oproti příjmu z prodeje praxe prakticky žádné daňově uznatelné výdaje, bude zatížen odvody státu v celkové výši 36,35 % (15 % + z 29,2 % + z 13,5 %).

b) z pohledu kupujícího

Kupující může uplatnit kupní cenu do daňově uznatelných výdajů. K pořízení ordinace dochází smlouvou o prodeji obchodního závodu poplatníkem, který vede daňovou evidenci za jednu pořizovací cenu. Pro uplatnění daňově uznatelných výdajů, souvisejících s pořízením souboru hmotného a nehmotného majetku za jednu pořizovací cenu, je nutno s odvoláním na § 7b, odst.3 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, stanovit cenu jednotlivých složek majetku, a to v poměrné výši k ceně jednotlivých složek majetku, oceněných podle zákona č. 151/1997 Sb., o oceňování majetku (s výjimkou peněz, cenin, pohledávek a závazků).

Majetek, který v přepočtených cenách nepřevyšší za každý jednotlivý kus částku 40 000 Kč, bude uplatněn do daňově uznatelných výdajů jednorázově v roce pořízení, majetek, který v přepočtených cenách převyšší za každý jednotlivý kus částku 40 000 Kč, bude uplatněn do daňově uznatelných výdajů formou odpisů s dobou odepisování pět let.

Prodej obchodního podílu s.r.o.

a) z pohledu prodávajícího

Příjem z prodeje obchodního podílu bude v tomto případě podléhat 15% dani z příjmů fyzických osob, nebude však vstupovat do vyměřovacího základu pro výpočet odvodů sociálního a zdravotního pojištění.

b) z pohledu kupujícího

Kupující neuplatní výdaj související s nákupem obchodního podílu do daňově uznatelných výdajů (nákladů).

Poznámky:

1. V okamžiku prodeje obchodního podílu by mělo být přihlédnuto k výši čistého obchodního majetku společnosti k datu prodeje. Čistým obchodním majetkem je obchodní majetek (tzn. veškerý majetek společnosti) po odečtení veškerých závazků.

Prodávající se s kupujícím dohodli, že výchozí částka bude respektovat zpracované odborné ocenění, a bude se tedy vycházet z částky 2 000 000 Kč.

2. Z výše uvedeného je zřejmé, že ohledem na stanovení konečné kupní ceny je pro kupujícího výhodné, aby výše čistého obchodního majetku byla k okamžiku prodeje obchodního podílu co nejvyšší.

3. To ovšem na druhou stranu vede k situaci, že na účtu společnosti zůstane minimum finančních prostředků.

4. Protože platby od pojišťoven přicházejí s určitým časovým zpožděním, bude pravděpodobně muset kupující nějakým vhodným způsobem řešit nedostatek volných finančních prostředků. Jedním z možných řešení je, aby jako fyzická osoba poskytl společnosti půjčku.

5. Kupující si musí být vědom, že se převodem obchodního podílu sice změní společník a jednatel, ale právní odpovědnost společnosti jako takové zůstává beze změny.

6. Převodem obchodního podílu nedojde ke změně identifikačního čísla společnosti (IČO) ani IČZ. Bude však nutné posoudit, zda nebude vhodné či dokonce nutné změnit název a sídlo společnosti.

Transformace lékařské praxe z fyzické osoby na právnickou osobu

Pro konečné rozhodnutí je ještě důležité znát postup a časovou náročnost.

Založení s.r.o.

Časová náročnost: Zpravidla lze společnost založit během 1–2 týdnů (závisí na časových možnostech notáře).

Žádost o udělení oprávnění k provozování zdravotních služeb pro právnickou osobu

Časová náročnost: cca 2–3 měsíce (krajský úřad má 60denní lhůtu pro vydání rozhodnutí, obvykle je rozhodnutí vydáno dříve, žádost je možné podat poté, co je schválen provozní řád (cca 2 týdny), pokud je zařízení umístěno v prostorách obce, pak je nutné podat žádost o uzavření nájemní smlouvy, kterou musí projednat rada obce, a následně musí být záměr uzavřít nájemní smlouvu po dobu 15 dní vyvěšena na úřední desce, tuto lhůtu nelze zkrátit).

Žádost o odejmutí registrace k provozování zdravotních služeb pro fyzickou osobu

VZP nepřevede smlouvy z fyzické osoby na právnickou osobu bez doložení pravomocného rozhodnutí o zrušení registrace fyzické osoby.

Teoreticky by měla být žádost podána 60 dní přede dnem ukončení poskytování služeb, resp. přede dnem účinnosti oprávnění k poskytování služeb pro právnickou osobu, nicméně obvykle je rozhodnutí vydáno do jednoho měsíce.

Časová náročnost: 30 dní

Žádost o převod smluv se zdravotními pojišťovnami

Časová náročnost: 30 dní

Změny zápisu v obchodním rejstříku

Zápis předmětu podnikání poskytování zdravotních služeb do OR.

Časová náročnost: 30 dní

Celková časová náročnost je ovlivněna zákonnými lhůtami, zcela určitě bude proces transformace ukončen nejpozději do 6 měsíců, zpravidla lze dokončit proces transformace do 4 měsíců.

Současně je třeba počítat i s tím, že v období letních prázdnin a vánočních svátků zpravidla úřady zpracují žádosti až ke konci zákonné lhůty.

Ing. František Elis, daňový poradce 0056

Nejnižší úrovně zaručené mzdy pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin						Vládní návrh 2019	
Zaručená mzda v Kč	Měsíční	Hodinová	Měsíční	Hodinová	Měsíční	Hodinová	Měsíční
Skupina prací	2016	2017	2017	2018	2019	2019	2019
1	9 900	66,00	11 000	73,20	12 200	81,90	13,700
2	10 900	72,90	12 200	80,80	13 500	90,40	15,100
3	12 100	80,50	13 400	89,20	14 900	99,80	16,700
4	13 300	88,80	14 800	98,50	16 400	110,20	18,400
5	14 700	98,10	16 400	108,80	18 100	121,70	20,400
6	16 200	108,30	18 100	120,10	20 000	134,30	22,500
7	17 900	119,60	19 900	132,60	22 100	148,30	24,800
8	19 800	132,00	22 000	146,40	24 400	163,80	27,400

Příklady prací ve skupinách podle oborů – Zdravotnictví

- 1. skupina** – minimální mzda
- 2. skupina** – vykonávání povolání sanitáře
- 3. skupina** – vykonávání povolání ošetřovatele
- 4. skupina** – vykonávání povolání zdravotnického laboratorního
- 5. skupina** – vykonávání povolání všeobecné sestry
- 6. skupina** – samostatné vykonávání povolání psychologa ve zdravotnictví,
- 7. skupina** – vykonávání povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda.

> Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci

Zrušena dokumentace ošetrovatelské péče.

Zkráceny některé lhůty, po které je třeba zdravotnickou dokumentaci uchovávat.

Dne 27. června 2018 byla vydána vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V tomto článku nelze poukázat na všechny změny, které novela vyhlášky, jež je poměrně rozsáhlá, přinesla, ale poukážeme zejména na ty, které považujeme za nejvýznamnější.

Identifikační a další údaje o pacientovi

Pokud jde o údaje o pacientovi, kromě jeho trvalého bydliště, které nemusí být shodné s místem, kde se pacient fakticky zdržuje, má být uvedeno místo, kde se pacient skutečně zdržuje, je-li odlišné od jeho trvalého bydliště. Pokud pacient je ochoten uvést na sebe telefonické a e-mailové spojení, je třeba jej rovněž uvést. To však nelze od pacienta vynucovat. Údaj o trvalém a faktickém bydlišti je však povinný.

Jde-li o pacienta hluchého, slepého či jinak postiženého, který vyžaduje zvláštní způsob komunikace, je třeba uvést způsob komunikace s pacientem, který on sám preferuje a kterým se s ním lze domluvit. Není-li pacient plně svéprávný, má mít uveden kontakt na jeho zákonného zástupce nebo opatrovníka.

K tomu je třeba poznamenat, že ze zákona vyplývá rovněž potřeba při přijetí pacienta, pokud je možno se s ním domluvit a je schopen k platnému právnímu jednání, zjistit a zaznamenat (doporučuji nechat i pacientovi podepsat, byť to není právním předpisem stanoveno) údaje o osobách, které pacient považuje za osoby sobě blízké a které jsou oprávněny:

- a) získávat informace o zdravotním stavu pacienta (případně údaje o tom, že žádné osoby nemají právo na informace o zdravotním stavu pacienta, pokud se tak pacient rozhodne);
- b) které jsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta a pořizovat si z ní kopie, popřípadě rozhodnutí

pacienta o tom, že žádné osoby nemají toto právo, a to ani v případě jeho úmrtí;

- c) udělovat za pacienta tzv. zástupný souhlas – tedy souhlas s provedením určitých zákroků či zdravotních výkonů pro případ, že by se pacient ocitl v situaci, kdy nebude schopen sám udělovat informovaný souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pokud pacient rozhodne, že si nepřejí, aby kdokoli jiný za něho uděloval zástupný souhlas, je třeba i tuto skutečnost do zdravotnické dokumentace zaznamenat. Tyto údaje pak mohou velmi ulehčit práci zdravotnickým pracovníkům za situace, kdy se někdo domáhá informací o pacientovi nebo nahlédnutí do zdravotnické dokumentace s tvrzením, že je osobou pacientovi blízkou, což se těžko ověřuje. Pokud pacient nebyl při přijetí do zdravotnického zařízení nebo do péče poskytovatele zdravotních služeb s ohledem na svůj zdravotní stav způsobilý určit osoby, které mají shora uvedená oprávnění, nezbyvá než se zabývat otázkou, kdo je, případně kdo není osobou pacientovi blízkou. Mnohem jednodušší pro každého zdravotnického pracovníka však je, pokud pacient, který byl při přijetí do zdravotnického zařízení při vědomí, určí tyto osoby a posléze, pokud se někdo domáhá informací, nahlížení do dokumentace nebo udělování zástupného souhlasu, lze snadno ověřit, zda je k tomu podle rozhodnutí pacienta oprávněn či nikoli.

Identifikace poskytovatele zdravotních služeb a podpis zdravotníka

Identifikace poskytovatele má být uvedena na každém listu zdravotnické dokumentace. Je-li poskytovatelem zdravotních služeb fyzická osoba, pak postačí uvést jméno, příjmení a IČ. Pokud je poskytovatelem právnická osoba, pak je třeba uvést obchodní firmu nebo název poskytovatele a rovněž IČ.

Převádění listinné zdravotnické dokumentace do elektronické podoby

Vyhláška sice stanoví obecná pravidla, za jakých lze převedení provést, ale je nutno vzít na zřetel, že nadále platí ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění, které stanoví poměrně přísné a taxativní podmínky, za kterých lze vést zdravotnickou dokumentaci pouze v elektronické podobě.

Tato pravidla stanovená zákonem samozřejmě vyhláška nijak „neruší“ a ani rušit nemůže.

Převod zdravotnické dokumentace z listinné do elektronické podoby **je tedy možný jen při splnění podmínek stanovených jak v ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tak v ustanovení § 6 vyhl. č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění novely provedené vyhláškou číslo 137/2018 Sb.**

Poskytovatel zdravotních služeb, který by se rozhodl převést listinnou zdravotnickou dokumentaci do elektronické podoby a nadále ji uchovávat pouze v elektronické podobě, si musí proto (například v knihovně zdravotnické legislativy na webových stránkách České lékařské komory) prostudovat jak ustanovení § 55 zákona č. 372/2011 Sb., které je poměrně rozsáhlé a stanoví řadu podmínek, tak ustanovení § 6 vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění novely provedené vyhl. č. 137/2018 Sb., a podle těchto dvou předpisů musí postupovat.

K příloze č. 1 – Zrušení části 5–8 a části 11 – ošetřovatelské dokumentace

Vyhláška ruší povinné náležitosti dosavadní části 5, kde bylo uvedeno, co přesně musí obsahovat písemný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotní výkon) – tedy povinné náležitosti písemného informovaného souhlasu pacienta, dále část 6 „Záznam o odmítnutí zdravotních služeb – revers“, kde bylo přesně uvedeno, co musí obsahovat každý revers pacienta – tedy informovaný nesouhlas k poskytnutí zdravotních služeb, část 7 „Záznam o dříve vysloveném přání“, kde bylo uvedeno, jaké náležitosti má mít tento záznam a část 8 „Záznam o souhlasu s poskytováním informací“. Zrušení těchto částí přílohy vyhlášky o zdravotnické dokumentaci však nemá praktický význam, leda snad ten, že struktura těchto dokumentů nemusí již přesně odpovídat struktuře stanovené dosavadními přílohami vyhlášky. **Nadále však samozřejmě platí ustanovení § 31 zákona o zdravotních službách, týkající se informovaného souhlasu a informací, které musí pacient obdržet a které stanoví zákon (již je tedy duplicitně nestanoví vyhláška), stejně jako platí ustanovení § 34 odst. 5 o informovaném nesouhlasu pacienta a reversu včetně jeho náležitostí a povinné písemné formy.**

Nemění se nic ani na pravidlech dříve vysloveného přání stanoveného § 36 zákona o zdravotních službách, ani ustanovení § 33 zákona o zdravotních službách o právu pacienta určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu i právu dát zákaz podávání informací.

Někteří zdravotníci si novelu vyhlášky paradoxně vyložili tak, že se ruší informovaný souhlas, informovaný nesouhlas – revers, dříve vyslovené přání a právo pacienta určit, kdo má být informován o jeho zdravotním stavu.

To je samozřejmě nesmysl – tyto instituty stanovené zákonem nadále platí (vyhláška samozřejmě nemůže zrušit zákon), jen při dokumentaci stačí dodržet pravidla daná zákonem a již není dána přesná struktura záznamu o nich tak, jak je dosud stanovila vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Bez dalšího je však zrušena „Dokumentace ošetřovatelské péče“, takže nadále nemá být tato dokumentace vedena, protože ani zákon, ani jiný právní předpis toto již nestanoví. Za této situace se, podle našeho právního názoru, uplatní nařízení Evropské unie o ochraně osobních údajů (EU) 2016/679 (tzv. GDPR), kdy není možné bez souhlasu subjektu údajů zpracovávat o pacientovi jiné údaje, než které výslovně stanoví právní předpis.

Ošetřovatelskou dokumentaci tedy nadále, podle našeho názoru, vést nelze, protože by to porušovalo právo na ochranu osobních údajů za situace, kdy to již právní předpis poskytovateli zdravotních služeb neukládá. Na druhé straně však jak zdravotní sestry, tak další nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytující ošetřovatelskou péči mohou (v některých případech dokonce musí) důležité údaje o pacientovi zapsat do běžné jednotné zdravotnické dokumentace.

Zrušení dokumentace ošetřovatelské péče považujeme za důležitý a pozitivní krok, protože zbytečně zatěžoval zejména všeobecné sestry, případně porodní

asistentky a další zdravotnické pracovníky poskytující ošetřovatelskou péči vyplňováním poměrně náročné písemné dokumentace, takže paradoxně bylo důležitější, aby vše bylo zapsáno, než aby vše bylo opravdu pacientovi poskytnuto a často zdravotní sestry neměly čas poskytovat péči pacientovi podle pokynu lékaře, protože musely psát a psát. Kromě toho duplicitní vedení samostatné lékařské dokumentace a samostatné dokumentace ošetřovatelské péče někdy vedlo i k právním problémům, když ošetřovatelské záznamy byly v rozporu s lékařskými záznamy. Tento stav by měl být překonán přijetím uvedené novely, což je třeba přivítat.

Zničení vyřazené zdravotnické dokumentace

Příloha vyhlášky č. 137/2018 Sb., číslo 2 v článku 6 stanoví, že zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena tak, aby byla znemožněna její rekonstrukce nebo identifikace jejího obsahu. Jakým způsobem tak má být provedeno, vyhláška blíže neurčuje a je na samotném poskytovateli, aby se rozhodl o způsobu zničení při splnění této podmínky. Každý poskytovatel je však povinen pořídit a trvale uchovávat písemný záznam, který bude obsahovat soupis zničené zdravotnické dokumentace spolu s informací, kdy, jak a kým byla zničena. Tento soupis bude obsahovat pouze identifikační údaje pacientů, jejichž zdravotnická dokumentace byla zničena.

Změna skartačních lhůt u některých zdravotních služeb

Vyhláška stanoví pravidlo, že v případě, že se doba uchovávání počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel zdravotních služeb nezná datum úmrtí pacienta, považuje se za den úmrtí pacienta den, ve kterém pacient dosáhl sto let věku nebo kdy od posledního záznamu ve zdravotnické dokumentaci uplynulo pět let, podle toho, co nastane později.

Zdravotnický pracovník určený poskytovatelem zdravotní služby nebo sám poskytovatel při rozhodování o vyřazení zdravotnické dokumentace rozhodne, zda je možno po uplynutí tzv. skartační lhůty, kdy je nutno uchovat zdravotnickou dokumentaci a archivovat ji u poskytovatele, celou zdravotnickou dokumentaci zničit, nebo zda je třeba tuto dokumentaci ještě z nějakých důvodů, například forezních, uchovat, popřípadě je třeba uchovat část zdravotnické dokumentace a část lze zničit. V naprosté většině případů bude patrně rozhodovat o tom, že zdravotnickou dokumentaci lze po uplynutí stanovené lhůty zničit a v takovém případě je označena písmenem „S“. Pokud by se rozhodl, že je třeba i po uplynutí skartační lhůty zdravotnickou dokumentaci nebo její část z nějakých důvodů uchovat, rozhodne, jak dlouho bude nadále uchovávána, a označí ji písmenem „V“.

Změn skartačních lhůt, po které je třeba zdravotnickou dokumentaci uchovávat, než bude přistoupeno k jejímu zničení, je více a lze je nalézt v bodech 60–77 vyhlášky č. 137/2018 Sb. Zde uvádíme jenom některé.

U registrujícího všeobecného praktického lékaře i u registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost se zdravotnická dokumentace nadále uchovává deset let. U všeobecného praktického lékaře pro dospělé je to lhůta počítaná buď od změny poskytovatele, nebo od úmrtí pacienta.

V případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost je to deset let od dosažení devatenáctého roku věku pacienta.

U registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství a oboru gynekologie a porodnictví pět let po posledním poskytnutí zdravotních služeb (zde jde o změnu, protože dosud zde platila skartační lhůta deset let).

V případě jednodenní péče o pacienta se zdravotnická dokumentace musí uchovávat nejméně deset let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo deset let od úmrtí pacienta (dosud platilo 15 let).

V případě lůžkové péče platí nadále lhůta čtyřicet let od poslední hospitalizace nebo deset let od úmrtí pacienta, ale v případě, že jde o následnou a dlouhodobou lůžkovou péči, pak nově pouze dvacet let od poslední hospitalizace nebo deset let od úmrtí pacienta.

V případě lázeňské a rehabilitační péče je nově stanovena lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace pět let od ukončení lázeňské léčebně-rehabilitační péče (dosud platila lhůta deset let).

Pozor na pečlivé vedení zdravotnické dokumentace – jde o zásadní důkaz

V případě trestního oznámení, žaloby nebo stížnosti je zdravotnická dokumentace pacienta – směřuje-li trestní oznámení, žaloba nebo stížnost proti způsobu poskytování zdravotních služeb nebo je-li tvrzeno, že zdravotní služby nebyly poskytnuty lege artis – na náležité odborné úrovni základním důkazem. Od mnohých znalců z oboru medicíny jsem vícekrát slyšel, že „co není zapsáno, nebylo provedeno“. Víím, že v praxi tomu ne vždy tak je a že nelze zapsat do zdravotnické dokumentace každý úkon, který provede lékař nebo zdravotní sestra. Důležité úkony je však třeba vždy zaznamenat.

Jakkoli chápu a akceptuji, že administrativa lékaře zbytečně zatěžuje a zdržuje od samotné péče o pacienta, pokud jde o vedení zdravotnické dokumentace, musím lékařům doporučit, aby tomuto dokumentu věnovali mimořádnou pozornost. Zapsat, a to co nejkonkrétněji, je třeba vše, co může mít při případném pozdějším znaleckém či právním hodnocení případu význam. Málokterý dokument v práci lékaře je tak důležitý jako právě zdravotnická dokumentace.

*JUDr. Jan Mach,
advokát převážně zaměřený
na problematiku zdravotnictví*

> Účtování úhrady

Právní názor k účtování úhrady za přítomnost pověřeného zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb u nahlížení do zdravotnické dokumentace

Otázka, zda poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn účtovat pacientovi, jeho zmocněnci nebo zákonnému zástupci úhradu za účast pověřeného zaměstnance při nahlížení do zdravotnické dokumentace ve smyslu § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění, je považována za spornou. Ani zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ani občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) tuto otázku výslovně neřeší. Na kongresu občanského práva před několika lety krátce po vydání zákona o zdravotních službách byla na toto téma vedena bouřlivá diskuse mezi předními právníky bez konkrétního závěru.

Ustanovení § 2648 občanského zákoníku tuto otázku vůbec neřeší, pouze duplicitně k ustanovení § 65 zákona o zdravotních službách zakotvuje právo pacienta nahlédnout do záznamů, které o něm vede poskytovatel zdravotních služeb. Rovněž ustanovení § 65 zákona o zdravotních službách explicitně neřeší otázku úhrady účasti pověřeného zaměstnance poskytovatele u nahlížení do zdravotnické dokumentace.

Z toho, že tuto otázku zákony neřeší, nelze vyvodit, že je tím tato úhrada vyloučena.

Předmětné ustanovení zákona číslo 372/2011 Sb. v § 65 odstavci 1 větě první pouze uvádí, že dále uvedené osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si její výpisy nebo kopie „v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem“.

Ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, pak vyplývá, že tato činnost poskytovatele není hrazena z veřejného zdravotního pojištění – nejde o úhradu zdravotní péče – tzv. hrazené služby.

Lze tedy dovodit, že účast pověřeného zaměstnance u nahlížení do zdravotnické dokumentace hradí bez dalšího sám poskytovatel zdravotních služeb? Nebo je oprávněn požadovat přiměřenou úhradu od osoby, která tohoto práva využívá a na jejíž žádost se tato služba poskytuje? Analogie práva nasvědčuje spíše pro druhou možnost – pokud podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, někdo požaduje od povinných osob informace, jejichž opatření je spojeno s finančními náklady, je žadatel povinen uhradit tomu, od koho informace požaduje, náklady s tím spojené.

V našem případě jde navíc velmi často o soukromé poskytovatele a požadavek, aby zajišťovali přítomnost pověřeného zaměstnance u nahlížení do zdravotnické dokumentace zdarma, respektive na své vlastní náklady, pověřili tím svého zaměstnance, je na hraně ústavnosti.

Jde však spíše o právní názory některých právníků a spolků, nikoli o zákonem stanovenou povinnost poskytovat služby zdarma.

Osobně vím o případu, kdy do psychiatrické zdravotnické dokumentace pacient nahlížel v přítomnosti zdravotní sestry několik hodin, činil si z ní výpisky a odmítl pořízení kopie, protože by nemusela být věrohodná.

Psychiatr vyúčtoval tzv. superhrubou mzdu zdravotní sestry přesně podle času, který musela s pacientem strávit; pacient vyúčtovanou částku uhradil. Pokud by psychiatr úhradu této služby vyúčtovat nesměl, byl by nucen hradit pracovní čas zdravotní sestry sám ze svých prostředků. Pokud by u nahlížení do zdravotnické dokumentace byl on sám, konal by práci bezplatně.

Přitom podle zákona musí být u nahlížení do originálu zdravotnické dokumentace a pořizování kopií poskytovatel nebo jeho zaměstnanec, takže účast zdravotní sestry nebo lékaře u nahlížení do originálu zdravotnické dokumentace byla podle zákona nezbytná.

Počínal si snad v daném případě soukromý lékař protiprávně a byl povinen služby zdravotní sestry přítomné u nahlížení do zdravotnické dokumentace hradit sám? Existuje snad právní předpis, který by mu nařizoval poskytovat tuto práci bezplatně? Nikoli. A pokud by existoval, byl by ve zjevném rozporu s článkem 9 odstavcem 1 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky.

Nejde o poplatek. Poplatky, které je občan povinen hradit, stanoví pouze zákon. Jde však o přiměřenou náhradu za poskytnutou, občanem vyžádanou službu. Za čas, který poskytnutí této služby musí věnovat buď sám poskytovatel, nebo jeho zaměstnanec. Proto by podle mého názoru bylo správné jednak v případném sazebníku úhrad za služby nehrazené ze zdravotního pojištění neuvádět „Poplatek“, ale „Úhrada za službu – přítomnost u nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování výpisů nebo kopií“ a výše úhrady by měla být stanovena přiměřeně k výši superhrubé mzdy pracovníka přítomného u nahlížení a kopírování, tedy časově diferencována, například „do patnácti minut – ... Kč, za každých dalších patnáct minut – ... Kč“. Jinou záležitostí je samozřejmě ceník kopírování podle počtu listů, pokud občan požaduje, aby kopii zdravotnické dokumentace pořídil poskytovatel. Právo požadovat přiměřenou úhradu za tuto službu stanoví přímo zákon.

Skutečnost, že právo na úhradu za přítomnost zaměstnance nebo poskytovatele u nahlížení a kopírování zákon přímo nezmiňuje, sama o sobě neznamená, že tato služba musí být poskytována zdarma na náklady poskytovatele.

Jsem si vědom, že tento právní názor bude mít své odpůrce i z řad právníků. Je mi také známo, že mnohde poskytovatel za tuto službu raději žádnou úhradu nepožaduje, než aby vedl s někým spor o tom, zda ji požadovat může, či nikoli. Jinde označují tuto službu jako „Poplatek“, ač ve skutečnosti nejde o poplatek, ale o úhradu za požadovanou službu a tak by také v sazebníku úhrad za poskytované služby měla být označena. Výše úhrady by neměla být stanovena libovolně, ale měla by vycházet z nákladů na pracovní sílu, která musí být přítomna u nahlížení a kopírování, což patrně nebude problém vykalkulovat. Patnáct minut času pracovníka poskytovatele bych považoval za minimum (musí nechat své práce, dojít na místo, kde se zdravotnická dokumentace nachází, tuto vyhledat, donést na místo, kde dojde k nahlížení, a být přítomen celou dobu nahlížení či kopírování, pak opět dokumentaci odnést a zařadit na své místo). Bude-li někdo nahlížet déle (například zmíněný psychiatrický pacient několik hodin), měla by se úhrada úměrně tomu zvýšit, například za každých patnáct minut, které musel pracovník strávit u nahlížení do dokumentace a jejím kopírování.

Podle článku 9 odstavce 1 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky „Nikdo nesmí být podroben nuceným pracím a službám“.

Přítomnost pracovníka poskytovatele zdravotních služeb u nahlížení do zdravotnické dokumentace je povinností ze zákona.

Povinnost umožnit pacientovi nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování jejích výpisů a kopií je rovněž stanovena zákonem. Jde o službu, která poskytnuta být musí. Podle mého názoru však nikoli na náklady poskytovatele, ale na náklady toho, kdo od nás tuto službu žádá.

JUDr. Jan Mach,
advokát převážně zaměřený
na problematiku zdravotnictví

> Dotazy na domovy důchodců

Jak zjistím, který domov důchodců nebo jiné zařízení pro seniory je skutečně oficiální zařízení sociálních služeb kde v případě potřeby dostane klient pojištěný u VZP i zdravotní péči? Může mi pomoci pojišťovna?

Pobytová zařízení sociálních služeb, kam různá zařízení pro seniory patří, **musí mít ke své činnosti příslušné oprávnění**. Toto oprávnění vzniká podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozhodnutím krajského úřadu o registraci. Registrované zařízení musí splňovat celou řadu zákonem stanovených požadavků na zajištění hygienických, materiálních a technických podmínek, na odbornost personálu atd. a podléhá následně státní kontrole v podobě inspekce poskytování sociálních služeb.

Ověřit si, jestli konkrétní zařízení má potřebné oprávnění a registraci, je možné na sociálním odboru obecních či krajských úřadů, nebo nahlédnutím do Registru poskytovatelů sociálních služeb v ČR, který je přístupný na portálu ministerstva práce a sociálních věcí (<http://iregistr.mpsv.cz>).

Zdravotní pojišťovna hradí v pobytových zařízeních sociálních služeb jen poskytnuté zdravotní služby, nikoliv péči sociální (např. ubytování a stravu nebo úkony, které nejsou zdravotnického charakteru). Klientům těchto zařízení je **z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena jak potřebná lékařská péče** (péče praktických lékařů a ambulantních specialistů – stejně jako všem klientům, kteří žijí ve svém domácím prostředí), **tak i lékařem indikovaná ošetrovatelská zdravotní péče**, poskytovaná všeobecnými sestrami v sociálních službách.

Podmínkou je, že tato pobytová zařízení sociálních služeb mají s VZP (se zdravotní pojišťovnou klienta) **uzavřenou smlouvu**. Musí si o ni požádat a současně prokázat, že ošetrovatelskou péči budou poskytovat zdravotničtí pracovníci daného zařízení, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání. Jinak řečeno, existence smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou je zárukou toho, že dané zařízení má zdravotnické pracovníky, kteří potřebnou péči klientům poskytnou.

Vodítkem pro výběr vám tedy mohou být i naše **webové stránky, kde jsou zveřejněny smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb** (ve filtrech pro vyhledávání si vyberete „Filtrovat podle názvu, segmentu a místa“ a v roletce „Vyhledat podle segmentu zařízení“ zvolíte „Pobytová zařízení sociálních služeb“).

Jak je hrazeno vyšetření, které vyžaduje domov pro seniory před umístěním klienta? Hradí ho pojišťovna jako jiné běžné vyšetření, nebo si ho musí platit klient sám? A mohou toto vyšetření skutečně vyžadovat jako podmínku k umístění?

Lékařské vyšetření u pojištěnců, kteří mají zájem o umístění **v pobytovém zařízení sociálních služeb**, je vyžadováno oprávněně – podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má zájemce o pobytové sociální služby **povinnost před uzavřením smlouvy o poskytnutí takovéto služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek svého registrujícího praktického lékaře o svém zdravotním stavu**. Podotýkáme, že tato podmínka se nevztahuje na případy, kdy je klient umístěn ve zdravotnickém zařízení (třeba v LDN).

Podle téhož zákona může poskytovatel sociálních služeb **odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb v případě, že zdravotní stav žadatele vylučuje jeho umístění v zařízení tohoto typu**. Konkrétní zdravotní stavy, kterých se to týká, stanoví prováděcí právní předpis. Jedná se obecně o akutní infekční onemocnění a některé duševní nemoci (např. pro klienty s Alzheimerovou chorobou ale existují specializovaná zařízení).

Je běžné, že různá pobytová zařízení sociálních služeb vyžadují různý rozsah vyšetření. Právní předpisy totiž neurčují, z jakých konkrétních podkladů by měl takový posudek o zdravotním stavu vycházet, a nestanoví ani povinná vyšetření. V každém případě zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, uvádí, že **ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce**. Posudek o zdravotním stavu vydávaný na základě žádosti fyzické osoby za účelem doložení jejího zdravotního stavu poskytovateli sociálních služeb je přímo typickým příkladem zdravotní služby, která nemůže být hrazena ze zdravotního pojištění, stejně tak jako další vyšetření požadovaná za stejným účelem.

Lékař může za vyplnění formuláře žádosti požadovat smluvní cenu, resp. cenu stanovenou Cenovým předpisem ministerstva zdravotnictví o regulaci cen. Požadované laboratorní, RTG a další nálezy by měl poskytnout formou kopie nebo výpisu, pokud jsou dostupné (a aktuální) v dokumentaci. Pokud nejsou, měl by klientovi vydat potřebné žádanky s poznámkou typu „Hradí žadatel pro účely sociální služby“. Na klientovi pak je úhrada ceny vyšetření na místě podle ceníku platného v daném zařízení. Ceny služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění mají být vždy veřejně dostupné, např. vyvěšené v čekárně, na webu apod.

Mgr. Oldřich Tichý, vedoucí tiskového oddělení VZP a tiskový mluvčí

ZDRAVOTNÍCI, PRÁVO A PRAXE



JAN MACH A MARIE HORÁKOVÁ

GALÉN

zdravotních služeb. Pokud však kontrola požaduje pouze předložení některých dokladů, které lze bez problémů vyhledat, nebo má proběhnout v řádu minut (například kontrola, jak jsou uloženy léky a některé očkovací látky), pak by odmítnutí kontroly patrně poskytovatel neodůvodnil, pokud by byl předem informován, že kontrola proběhne v řádu několika minut a nenaruší poskytování zdravotních služeb. Nikdo však nemůže od lékaře požadovat, aby poslal pacienty domů a věnoval se neohlášené kontrole.“

Otázka:

„Jako soukromý poskytovatel zdravotní služby jsem chtěl postupovat *lege artis* a přitom jsem překročil limit preskripce nebo vyžádané péče a byly uplatněny regulační srážky. Mohu být takto pokutován za to, že jsem postupoval *lege artis*? Na co má vlastně pacient právo? Co je hrazeno ze zdravotního pojištění?“

Odpověď:

„Pokud poskytovatel zdravotní služby prokáže, že bylo nutno překročit stanovené limity předepisování léčivých přípravků nebo vyžádané péče z hlediska potřeby dodržet postup na náležité odborné úrovni (*lege artis*), neměly by být regulační srážky uplatněny, a pokud již uplatněny byly, měly by být zpětně kompenzovány. Toto stanovisko zaujalo plénum Ústavního soudu v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13. Tento náleží je závazný pro všechny orgány a osoby, včetně zdravotních pojišťoven. Pacient má právo na úhradu zdravotních služeb odpovídajících jeho zdravotnímu stavu a zdravotní výkony, které jsou vyloučeny ze zdravotního pojištění, jsou taxativně uvedeny v příloze č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Na veškeré ostatní indikované zdravotní výkony má pacient právo a jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.“

Otázka:

„Je pravda, že svéprávný dospělý pacient sám rozhoduje, jaké chce zdravotní služby, a zdravotníci mu je podle objednávky poskytují?“

> Anotace knihy

Otázka:

„Onemocněla mi zdravotní sestra, mám plnou čekárnu pacientů, jsem v časové tísně, přichází neohlášená kontrola. Pokouším se dohodnout nový termín. Mám na takový postup právo, nebo je to neposkytnutí součinnosti?“

Odpověď:

„Pokud by neohlášená kontrola měla proběhnout tak, že by narušila poskytování zdravotních služeb pacientům, nepůjde o neposkytnutí součinnosti a lze kontrolu odmítnout, protože podle zákona kontrola nesmí narušit poskytování

Odpověď:

„V žádném případě. O tom, jaké zdravotní služby budou pacientovi nabídnuty, rozhoduje podle pravidel lékařské vědy a uznávaných postupů příslušný zdravotnický pracovník. Je-li více možností postupu, pacient má právo být o tom informován a rozhodnout se pro některou z nich. Rozhodně však nejde o objednávku jako v případě opravy automobilu a lékař v žádném případě nemůže poskytnout služby, které nejsou indikovány, nebo jsou kontraindikovány, nebo by byly v rozporu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy.“

> Recenze knihy

Jan Mach a Marie Horáková: Zdravotníci, právo a praxe (Galén 2018)

V současnosti, kdy i média staví často společnost proti zdravotníkům, mají tito obavy, zda při své činnosti postupují v souladu s právem, které ne vždy je totožné s tím, co vnímáme jako etické. A tak jsme svědky toho, že nemocnice mají své mluvčí (abychom špatně něco neřekli), své ombudsmany, jsou vytištěna práva pacientů atd. O právech zdravotníků víme však málo.

V této nelehké situaci vychází velmi potřebná publikace Zdravotníci, právo a praxe, určená nejen lékařům, ale i ostatnímu zdravotnickému personálu. Formou dialogu se zdravotní sestra ptá vedoucího právní kanceláře České lékařské komory JUDr. Macha, jak postupovat v jednotlivých situacích, které denní praxe ve zdravotnickém zařízení přináší. Překvapivá a potěšitelná je jednoznačnost odpovědí, s kterou autor radí. Právě tato jednoznačnost není častá, ptá-li se zdravotník právníků...

V knize se čtenář dozví, jak postupovat v kritických situacích, jaká je odpovědnost jednotlivých zdravotníků, stojících na různých stupních hierarchického žebříčku, jak jednat s policií, soudy a pojišťovnami. Jsou probrána právní specifika ošetřování dětí, omezeně svéprávných osob, to, jak se stavět k agresivnímu pacientovi. Další kapitoly jsou věnovány povinné mlčenlivosti, styku s médii, odpovědnosti za škodu či právní ochraně zdravotníků.

V úvodu knihy autoři píší, že knihu není třeba číst celou (má 169 stran), ale pouze tu část, jež se týká aktuálního problému. Nemyslím si to. Praktikující zdravotníci by měli být obecně vždy připraveni na ne vždy vhodné jednání pacientů, orgánů státní správy či pojišťoven. To je hlavní důvod, proč by měla být tato praktická kniha na stole v každém zdravotnickém zařízení.

V závěru JUDr. Mach doporučuje v případě problémů „zbytečně předčasně nemluvit, když už mluvíš, tak aspoň nepiš, a když píšeš, tak aspoň nepodepisuj, jinak se nediv“. Tato kniha je ale o tom, jak mluvit, kdy a co psát a podepisovat, abychom se pak nemuseli divit.

Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc.

Předplatné časopisu Informace pro lékařské praxe na rok 2018

činí **1245 Kč** (včetně DPH)

Předplacením časopisu si zajistíte:

- 6 čísel ročníku 2018
- na vyžádání elektronický archiv 2017
- zdarma písemnou právní, daňovou a administrativní poradnu
- recepty za 9 Kč včetně DPH (cena je uvedena za 100 listů), ostatní zdravotnické tiskopisy za příznivé ceny
- o různých předplatitelských výhodách budete postupně informováni

Časopis

Informace pro lékařské praxe
si můžete objednat na e-mailu:
info@infolekar.cz

a na adrese redakce časopisu
**Informace pro lékařské praxe,
Konstantinova 1481/20,
149 00 Praha 4,**

na telefonu **267 910 430.**

Děkujeme stálým odběratelům za podporu.

**Věříme, že i v budoucnu naleznete
v našem časopise pro svou praxi
mnoho užitečného!**

Za vydavatele časopisu
Mgr. Alena Švejnhová