

UNIVERZITA KARLOVA PRAHA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI

Ústav sociálního lékařství

ÚLOHA LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY

V SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

**THE ROLE OF THE MEDICAL ASSESSMENT SERVICE IN THE
SOCIAL SECURITY SYSTEM**

Doktorandská disertační práce v oboru sociální lékařství

Autor: MUDr. Bc. Rostislav Čevela

Školitelka: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Duben 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně, pouze s použitím uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 19. dubna 2011

„Každý den si připomínám, že můj život by nebyl možný bez práce druhých lidí, živých i mrtvých, a že se musím snažit předat dál, co jsem od nich získal.“ (Albert Einstein)

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji všem, bez nichž bych tuto práci nenapsal. Zvláště děkuji za podporu plnou přátelství a skvělé řízení, které mi umožnilo zajištění všeho potřebného k proniknutí do postupů při zpracování doktorandské dizertační práce v oboru sociálního lékařství:

as. MUDr. Květuši Zikmundové, CSc., školitelce a vedoucí práce

Doc. MUDr. Heleně Zavázalové, CSc. vedoucí ústavu Sociálního lékařství

Prof. MUDr. Vladimíru Zarembovi, DrSc.

Jejich odhodlání je pro mne zdrojem neustálé inspirace a příležitostí učit se a zdokonalovat.

1. Úvod	6
2. CÍL PRÁCE	7
3. PŘEHLED O SOUČASNÉM STAVU LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	8
4. SYSTÉM SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ A ZAMĚSTNANOSTI V ČR	9
5. POSTAVENÍ LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY V SYSTÉMECH SOCIÁLNÍ OCHRANY	10
5.1 Role lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení	10
5.2 Výkon lékařské posudkové činnosti v rezortu MPSV	11
5.3 Práva a povinnosti orgánů lékařské posudkové služby	15
6. PRÁVNÍ PŘEDPISY UPRAVUJÍCÍ ČINNOST LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY	17
7. ORGANIZACE A ČINNOST LPS OD ROKU 1990 DO ROKU 2006	24
7.1 Důvody reorganizace lékařské posudkové služby	25
7.2 Cíl reorganizace lékařské posudkové služby	27
7.3 Kompetence úřadů práce	28
7.4 Kompetence OSSZ, ČSSZ a posudkových komisí MPSV	28

8. ORGANIZACE A ČINNOST LPS OD ROKU 2007 DO ROKU 2010	31
9. PROJEKTOVÉ NÁVRHY NOVÉHO ORGANIZAČNÍHO USPOŘÁDÁNÍ LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY	38
10. Dotazníková šetření	45
10.1 Metodika šetření „Názory posudkových lékařů na obsah své práce 2007“	45
10.2 Výsledky šetření „Názory posudkových lékařů na obsah své práce 2007“	46
10.3 Metodika šetření „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby - rok 2007“	66
10.4 Výsledky šetření „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby - rok 2007“Metodika	66
10.5 Metodika šetření „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě rok 2010“	84
10.6 Výsledky šetření „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě rok 2010“	84
11. DISKUSE	102
12. ZÁVĚR	108
13. SUMMARY	111
14. LITERATURA	114
15. SEZNAM AUTOREM PUBLIKOVANÝCH PRACÍ	120
16. PŘÍLOHY	125
Dotazník č. 1 Názory posudkových lékařů na obsah své práce 2007	125

Dotazník č. 2 Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby 2007
125

Dotazník č. 3 Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby 2010
125

Seznam použitých zkratek

ČID – částečný invalidní důchod

ČLS JEP- Česká lékařská společnost ČLS J.E.Purkyně

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

DPN – dočasná pracovní neschopnost

ES – Evropské společenství

ESOMAR - European Society for Opinion and Marketing Research (mezinárodní sdružení marketingových a reklamních agentur, průmyslových firem, univerzit a veřejných institucí)

EU - Evropská unie

EUMASS - European Union of Medicine in Assurance and Social Security (Evropská asociace posudkových a revizních lékařů)

IBM - International Business Machines Inc. (mezinárodní společnost, výrobce produktů a poskytovatel služeb informačních technologií)

ICC/ESOMAR - International Chamber of Commerce /International Code of Marketing and Social Research Practice

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)

KNV - krajský národní výbor

LM - lékařské místo

LPS – lékařská posudková služba

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN 10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize.

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

ONV – okresní národní výbor

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

OÚNZ –okresní ústav národního zdraví

OZZ – osoba zdravotně znevýhodněná

PID – plný invalidní důchod

PK MPSV - posudkové komise ministerstva práce a sociálních věcí

PSSZ - Pražská správa sociálního zabezpečení

SIMAR – název české profesní organizace, sdružení nejznámějších agentur pro výzkum trhu a veřejného mínění, které se hlásí ke kodexu ESOMAR a jeho členové jednají v souladu s etickými hodnotami, které vyplývají z kodexu ICC/ESOMAR

SLSZ JEP – Společnost lékařů sociálního zabezpečení ČLS J. E. Purkyně

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (softwarový program)

ÚP – úřad práce

ZDP- zákon o důchodovém pojištění

ZNP- zákon o nemocenském pojištění

1 Úvod

Lékařská posudková služba je začleněna v organizačních strukturách orgánů rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí, proto mluvíme o rezortní posudkové službě. Lékařská posudková činnost pro účely systémů sociální ochrany a zaměstnanosti je však vykonávána i mimo resort MPSV, a to v resortech obrany, vnitra, spravedlnosti a financí, tzv. silových rezortů. Hlavním úkolem lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení a zaměstnanosti je podávání posudků o zdravotním stavu a o některých důsledcích z něj vyplývajících. Tyto posudky slouží jako podklady pro rozhodnutí o některé ze sociálních dávek či o jiných výhodách poskytovaných z jednotlivých systémů sociální ochrany, popř. z jiných oblastí, např. doprava. Hlavním úkolem lékařské posudkové služby v sociální oblasti je vypracovávání posudků o zdravotním stavu a o některých důsledcích z něj vyplývajících.

Rozsah lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení je velmi široký, má vztah k oblasti nemocenského pojištění (ročně cca 3 mil. pojištěnců), k oblasti důchodového pojištění (ročně cca 120 tis. pojištěnců), ostatním sociálním systémům (ročně cca 250 tisíc fyzických osob). V osobě posudkového lékaře dochází k integraci medicínských znalostí, a to znalostí ze všech medicínských oborů, se znalostmi právními, ale také sociálními a v neposlední řadě etickými. Práce posudkového lékaře je tedy nejen čistě medicínská a právní, ale má i svůj hluboký širší rozměr, až by se chtělo říct, že posudkový lékař je esencí Tadeáše Hájka z Hájku, posledního mnohostranného lékaře renesančního ducha, který ovládal mj. i botaniku (herbář Matthioliho) a spolupracoval s Tychonem Brahe, ale napsal i např. spis o vaření piva. Stejně tak jako Tadeáš Hájek by měl být i každý posudkový lékař vysoce erudovaným odborníkem v mnoha oblastech.

2 Cíl práce

Cílem této práce je navržení optimálního uspořádání lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení tak, aby odpovídalo dostupným personálním zdrojům a dlouhodobým potřebám systému sociální ochrany. Součástí práce jsou dotazníková šetření, provedená s časovým odstupem 3 let, s cílem zjistit, jak je vnímána lékařská posudková služba odbornou i laickou veřejností, tzn. lékaři pracujícími v posudkové službě nebo s ní úzce spolupracujícími a žadateli o benefity ze systému sociálního zabezpečení/ klienty lékařské posudkové služby. Na základě závěrů proběhlých dotazníkových šetření zaměřených na stávající personální zdroje LPS zjistit, zda i se současnými lidskými zdroji je možná transformace posudkové služby. V návaznosti na výsledky šetření pak navrhnout možné cesty transformačních změn směřující ke zlepšení efektivity její činnosti a tím i ke zvýšení kvality a klientsky přátelského prostředí.

3 Přehled o současném stavu problematiky organizace a činnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení

Lékařská posudková činnost v sociálním zabezpečení má široký význam medicínský, sociální, pracovněprávní a ekonomický. Teorie a praxe lékařské posudkové činnosti prodělává od počátku třetího tisíciletí prudký vývoj. Příčiny tohoto jevu je třeba hledat ve společenském a ekonomickém vývoji a sociální politice státu, které staví lékařskou posudkovou činnost před další úkoly.

Ačkoliv je význam činnosti posudkové služby nepřehlédnutelný, přesto však na trhu chybí publikace o posudkovém lékařství ať již ve formě monografií nebo článků v odborném tisku. Poslední velkou významnou publikací bylo dvoudílné Kompendium lékařské posudkové činnosti z roku 1964. Samotnou organizací a činností lékařské posudkové služby se zatím nikdo systematicky nezabýval.

4 Systém sociálního zabezpečení a zaměstnanosti

Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení, které tvoří součást sociální politiky, můžeme vymezit jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování sociální události občana. Obsah sociálního zabezpečení je však v různých zemích vnímán různě [Harrington 2006, Tomeš 2009]. V užším pojetí je chápáno sociální zabezpečení jako důchodové zabezpečení a sociální služby. V pojetí širším lze do sociálního zabezpečení zahrnout zabezpečení při dočasné neschopnosti pro nemoc a úraz, zabezpečení při invaliditě a ve stáří, státní sociální podporu, sociální pomoc a sociální služby, ale i zabezpečení v nezaměstnanosti. Sociální zabezpečení můžeme pojmut jako systém náhradních zdrojů k zabezpečení sociálního bezpečí a sociální suverenity. Mezi formy sociálního zabezpečení patří sociální příjmy, sociální služby a sociální azyly [Kahoun 2007, Kahoun 2007(1)].

V průběhu transformace systému sociálního zabezpečení na systém sociální ochrany obyvatelstva v průběhu devadesátých let byly vytvořeny v České republice tři pilíře:

- systém sociálního pojištění,
- státní sociální podpory,
- sociální pomoci [Krebs a kol. 2009, Krebs a kol. 2010, Kahoun a kol. 2008, Kahoun a kol. 2008 (1), Kahoun a kol. 2008 (2)].

Systémy se od sebe liší hlavně tím, jak řeší sociální situaci, jakým způsobem jsou dávky v jednotlivých systémech financovány a jakým způsobem jsou organizačně zabezpečeny [Arnoldová 2005, Arnoldová, 2007, Tröster a kol. 2010].

Sociální pojištění zahrnuje důchodové pojištění a nemocenské pojištění. Jde o nejvhodnější formu k zajištění sociálních potřeb občanů v případě, kdy se jedná o sociální událost spojenou se ztrátou příjmu z výdělečné činnosti v důsledku nemoci, mateřství, ošetřování člena rodiny, invalidity, stáří či ztráty živitele. Existuje zde vztah mezi odloženou spotřebou jedince a mírou jeho zajištění [Břeská a kol. 2010]. Státní sociální podpora řeší sociální situace, kdy je účelné podpořit rodinu, a to především rodinu s dětmi. V zákoně jsou koncipovány základní sociální dávky, které se v některých případech dále člení v závislosti na konkrétní sociální situaci. Dávky jsou financovány ze státního rozpočtu, tedy z daní [Břeská a kol. 2008].

Sociální pomoc řeší situace stavu hmotné a sociální nouze, které občan není schopen řešit sám nebo s pomocí vlastní rodiny. K základním formám patří sociální služby, které jsou poskytovány především prostřednictvím obcí a krajů. Dále sociálně právní ochrana dětí a dávky sociální pomoci, které jsou poskytovány prostřednictvím pověřených obecních úřadů [Novotná a kol. 2007, Čeledová a kol. 2010]. Sociální pomoc se financuje ze státního rozpočtu a z rozpočtu obcí a krajů. Vzhledem k tomu, že sociální systémy obsahují jak dávky založené na principu pojištění, tak i dávky tzv. výběrového charakteru, považujeme základní systémy sociálního zabezpečení v České republice poměřitelné v souladu s trendy vyspělých zemí [Ženíšková a kol. 2010, Veselý 2009].

Zaměstnanost

Státní politiku zaměstnanosti vytváří stát a podílejí se na ní další subjekty činné na trhu práce, zejména zaměstnavatelé a odborové organizace. Při provádění státní politiky zaměstnanosti spolupracuje stát s dalšími subjekty činnými na trhu práce, zejména s územními samosprávnými celky, profesními organizacemi, sdruženími osob se zdravotním postižením a organizacemi zaměstnavatelů [Leiblová 2009, Steinichová a kol. 2010]. Státní správu v oblasti státní politiky zaměstnanosti v České republice vykonávají Ministerstvo práce a sociálních věcí a úřady práce [Bičáková 2009]. Po dvaceti letech fungování změnily úřady práce v ČR svoji organizační strukturu a uspořádání. Nová legislativní úprava je dána zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce ČR, který byl publikován ve sbírce zákonů 25. 3. 2011 s účinností od 1.4. 2011.

5 Postavení lékařské posudkové služby v systémech sociální ochrany

5.1. Role lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení:

1. Role preventivní - každý výrok o pracovní schopnosti či neschopnosti nebo o invaliditě je závažným opatřením léčebně preventivním, protože se jím eliminují, nebo naopak nechávají dále působit vlivy pracovního procesu a pracovního prostředí na posuzovanou fyzickou osobu

2. Role medicínská - každé posouzení představuje komplexní zjištění zdravotního stavu, vyhodnocení všech informací o zdravotním stavu, „posudkovou“ diagnostiku, stanovení příslušných posudkových závěrů a prognózy, tedy období klinického postupu ošetřujícího lékaře, ale bez vlastní kurativy

3. Role pracovní - lékařská posudková činnost ovlivňuje přímo počty ekonomicky aktivní populace. To znamená, že ovlivňuje do jisté míry počty práce neschopných a invalidních osob

4. Role ekonomická - lékařská posudková služba svojí činností jak kontrolní, tak vlastní posudkovou činností, ovlivňuje náklady vyplácené v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení na dávky podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem

5. Role sociální – je vyjádřena nepřímou participací na sociálním začleňování, spoluúčastí na řešení adekvátní sociální situace žadatele o dávku podmíněnou dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem tím, že posudková služba posuzuje, jsou-li splněny posudkově medicínské podmínky nároků na příslušné dávky, které jejich poživatelům umožňují vyšší míru sociální nezávislosti a participace

6. Role právní – lékařská posudková služba zajišťuje odborné/expertní podklady pro spolehlivé rozhodování o nárocích na dávky podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem [Čeledová a kol. 2010 (1)].

5.2. Výkon lékařské posudkové činnosti v resortu MPSV:

Lékařská posudková činnost v resortu MPSV je vykonávána:

- Ministerstvem práce a sociálních věcí
- Posudkovými komisemi Ministerstva práce a sociálních věcí
- Českou správou sociálního zabezpečení
- Okresními správami sociálního zabezpečení

Působnost Ministerstva práce a sociálních věcí

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), odbor posudkové služby, v oblasti lékařské posudkové služby odborně řídí a kontroluje výkon lékařské posudkové činnosti v sociálním zabezpečení ČR. Sjednocuje výklady právních předpisů a přijímá opatření k zajištění jednotného výkonu státní správy, zpracovává koncepci posuzování zdravotního stavu pro účely systémů sociální ochrany a koncepci organizace lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení. Rovněž zpracovává návrhy věcných záměrů právních předpisů, spolupracuje s jinými ústředními orgány státní správy i se zahraničními partnery a v souladu s plánem hlavních kontrolních úkolů provádí kontrolní akce na jednotlivých orgánech lékařské posudkové služby.

Působnost posudkových komisí Ministerstva práce a sociálních věcí

MPSV zřizuje posudkové komise. Posudkové komise MPSV jsou typem kolektivního posudkového orgánu, neboť posudkové závěry o zdravotním stavu a pracovní schopnosti posuzovaných osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení přijímají komisionálně. Posudkové komise MPSV (jako výkonný druhoinstanční posudkový orgán), vykonávají lékařskou posudkovou činnost pro účely opravných řízení ve věcech důchodového pojištění, státní sociální podpory, sociální péče, pomoci v hmotné nouzi, sociálních služeb a zaměstnanosti. Současná pracoviště posudkových komisí MPSV – Praha, Brno, Ostrava, Ústí nad Labem, Hradec Králové, České Budějovice, Plzeň.

Působnost České správy sociálního zabezpečení

Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) jako ústřední orgán, který řídí a kontroluje činnost okresních správ sociálního zabezpečení, má své specifické kompetence. Na úrovni ČSSZ jako nositele sociálního pojištění působí úsek lékařské posudkové služby. Tento úsek řídí, koordinuje a kontroluje činnost lékařů, pracujících na okresních správách sociálního zabezpečení, v oblasti posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti, včetně posudkové činnosti pro oblast aplikace práva sociálního zabezpečení Evropského Společenství. Také se podílí v součinnosti s MPSV na tvorbě celostátní koncepce lékařské posudkové služby a posuzování zdravotního stavu. Na úrovni ČSSZ podávají lékaři posudky pro účely odvolacího řízení ve věcech dalšího prodloužení podpůrní doby v nemocenském pojištění a od 1. 1. 2010 pro účely námitkového řízení v důchodovém pojištění [Veselý 2009, Veselý 2010, Šimák a kol. 2008].

Působnost Okresních správ sociálního zabezpečení (OSSZ)

Okresní správy sociálního zabezpečení (Pražská správa sociálního zabezpečení) jsou územní organizační složky ČSSZ, kde lékaři tzv. prvoinstanční posudkové služby vykonávají posudkovou činnost pro potřeby pojistných i nepojistných sociálních systémů a zaměstnanosti. V činnosti lékařské posudkové služby vykonávané na OSSZ je použita kombinace výkonu lékařské posudkové činnosti kmenovými lékaři (jako zaměstnanci správy sociálního zabezpečení) a smluvními lékaři.

Okresní správy sociálního zabezpečení posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost fyzických osob; za tím účelem posuzují:

- a. invaliditu a změnu stupně invalidity,
- b. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte,
- c. zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou,
- d. zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu příjem vlastní prací,
- e. zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň zdravotního postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu,

- f. zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné,
- g. stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči [Čevela a kol. 2010].

Místní příslušnost OSSZ při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti se řídí místem trvalého pobytu posuzované fyzické osoby, popřípadě sídlem speciální školy v případech posouzení, zda je žák této školy osobou zdravotně znevýhodněnou, anebo sídlem věznice (vazební věznice), jde-li o posouzení zdravotního stavu osoby ve výkonu trestu odnětí svobody (vazby).

V systému nemocenského pojištění lékaři pracující na OSSZ provádějí kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři. Jde o zvláštní druh kontrolní činnosti, která sleduje účelné vynakládání prostředků na nemocenské pojištění. Je vykonávána posudkovým lékařem zpravidla na pracovišti ošetřujícího lékaře, a to zpravidla za osobní účasti práce neschopného. Pokud lékař OSSZ neurčí, že přítomnost práce neschopného pacienta není potřebná, je povinen takového pacienta ošetřující lékař ke kontrole předvolat. V rámci kontroly může dojít z podnětu posudkového lékaře k ukončení dočasné pracovní neschopnosti (DPN) ošetřujícím lékařem anebo může dojít - pokud ošetřující lékař DPN neukončí, přestože zdravotní stav osoby nevyžaduje její uznání nebo její další trvání - k ukončení DPN rozhodnutím OSSZ. Místní příslušnost OSSZ při výkonu této kontroly se řídí místem výkonu práce ošetřujícího lékaře, který vede osobu v evidenci práce neschopných. Lékaři na OSSZ také posuzují pracovní schopnost dočasně práce neschopného pojištěnce po uplynutí podpůrní doby [Šobíšková 2008].

V České republice v oboru posudkové lékařství působí i individuální soudní znalci (znalci ve zdravotnictví) a znalecké kolektivy, především Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze.

Pokud jde o uplatnění či určení výstupů resortní lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení (posudkových závěrů resp. posudků), neomezuje se pouze resortně, tj. pouze vůči orgánům začleněným v resortu práce a sociálních věcí. Posudky OSSZ jsou využívány jak pro rozhodování samotných OSSZ v nemocenském pojištění, tak pro rozhodování ČSSZ v důchodovém pojištění.

Mnohé její posudky směřují vůči orgánům územní samosprávy, např. obecním úřadům obcí s rozšířenou působností (pro účely dávek sociálního zabezpečení z tzv. nepojistných systémů). Některé posudky lékařské posudkové služby OSSZ jsou využívány pro rozhodování úřadů práce, jde-li o agendu osob zdravotně znevýhodněných - řízení, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou, popř. že se osoba od určitého dne nepovažuje za osobu zdravotně znevýhodněnou.

Ve vymezeném okruhu případů slouží posudky posudkové služby sociálního zabezpečení jako podklad pro rozhodování orgánů sociálního zabezpečení ministerstev vnitra, obrany a spravedlnosti ve věcech důchodového pojištění „příslušníků ozbrojených sborů“.

Pokud jde konkrétně o posudky posudkových komisí MPSV, jsou vyžadovány pro účely odvolacích řízení správních krajskými úřady v případech, že napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku lékaře OSSZ nebo Ministerstvem práce a sociálních věcí pro účely odvolacího řízení o statusu osoby zdravotně znevýhodněné. Dále jsou posudky posudkových komisí využívány nezávislým soudem pro účely přezkoumávání správnosti rozhodnutí ČSSZ ve věcech důchodového pojištění (invalidní důchod), anebo i odvolacími orgány v resortech obrany, vnitra nebo spravedlnosti ve vymezeném okruhu věcí důchodového pojištění.

Lze tedy shrnout, že hlavním úkolem lékařské posudkové služby v sociálním zabezpečení a zaměstnanosti je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti a podávání posudků o zdravotním stavu a o některých důsledcích z něj vyplývajících. Tyto posudky slouží jako podklady (resp. jeden z podkladů) pro rozhodnutí o některé ze sociálních dávek či o jiných benefitech poskytovaných z jednotlivých systémů sociální ochrany [Čevela a kol. 2006, Čevela a kol. 2007, Čevela a kol. 2008].

Pokud jde o postavení lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení, je tedy zřejmé, že adresátem, resp. bezprostředním uživatelem výstupů z lékařské posudkové činnosti jsou především samy systémy sociální ochrany, resp. organizační složky působící v jejich rámci. Těmi jsou u nás podle platné právní úpravy v uvedených souvislostech v současnosti pouze orgány veřejné správy, a to orgány státní správy (správní úřady), tak orgány územní samosprávy. Uvedené orgány na podkladě výstupů, vzešlých z posudkové činnosti v konkrétních případech, rozhodují o přiznání sociální dávky a její výši, popř. přijímají jiná relevantní opatření týkající se benefitů z jednotlivých systémů sociální ochrany [Moš 2009].

Je samozřejmé, že posudkové činnosti v sociálním zabezpečení a zaměstnanosti je nutno v souladu s celkovým náhledem na výkon veřejné správy pojímat zároveň jako veřejnou službu. Je přitom třeba zdůraznit, že lékařská posudková služba v sociální oblasti si nutně ponechává autoritativní prvky vycházející zejména z nezbytnosti ochrany určitého okruhu veřejných zájmů v rámci této oblasti státní správy.

Za stávajícího začlenění lékařské posudkové služby lze i v její sféře souhlasit s tezí platnou pro celou sféru veřejné správy, že zvýraznění jejího pojetí jako veřejné služby lze ovlivnit především požadavky na zvýšení správní kultury, podmíněné kvalitou řízení a výkonu veřejné správy.

5.3. Práva a povinnosti orgánů lékařské posudkové služby

Z pohledu osoby, žádající dávku z některého systému sociálního zabezpečení, je nejpodstatnější, že o posouzení svého zdravotního stavu nemůže taková osoba požádat přímo lékařskou posudkovou službu. Posouzení provádí lékařská posudková služba (dále jen LPS) teprve na základě požadavku toho orgánu, u něhož byla žádost o dávku sociálního zabezpečení podána, který vede řízení o této žádosti a potřebuje posouzení zdravotního stavu žadatele o dávku jako jeden z podkladů pro své rozhodnutí (tzv. prohlídka zjišťovací). Posudek orgánu LPS musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu posuzované osoby a musí odpovídat posudkovým kritériím zakotveným v právních předpisech. Při posuzování osob orgán LPS musí vycházet z lékařských zpráv a posudků, vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu posuzovaných. Protože orgán LPS hodnotí všechny lékařské nálezy v jejich souvislosti a přihlíží i k výsledkům vlastního vyšetření, nemůže být vázán každým jednotlivým nálezem odborného lékaře [Langer 2010, Zvoníková 2006]. Orgán LPS může posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření (např. psychologickému) v určeném zdravotnickém zařízení. Zdravotnická zařízení jsou povinna na vyžádání takové vyšetření provést, stejně jako zapůjčit zdravotní dokumentaci posuzované osoby nebo vypracovat podklady potřebné pro posouzení zdravotního stavu a rozhodnutí o dávce sociálního zabezpečení nebo pro kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti.

Orgán LPS provádí za zákonem stanovených podmínek také nové posouzení zdravotního stavu (tzv. kontrolní lékařskou prohlídku), jehož smyslem je ověření, zda zdravotní stav příjemce sociální dávky nadále odpovídá kritériím pro pobírání dávky [Zvoníková 2010, Zvoníková 2007].

Vzhledem k tomu, že kromě součinnosti s orgánem LPS patří k nejvýznamnějším povinnostem posuzované osoby povinnost podrobit se na výzvu orgánu LPS vyšetření svého zdravotního stavu nebo jinému odbornému vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení. Lze říci, že pokud se posuzovaná osoba požadovanému vyšetření nepodrobí, může jí být výplata dávky sociálního zabezpečení zastavena (jde-li o příjemce dávky) anebo řízení o žádosti o takovou dávku přerušeno s možností jeho zastavení (jde-li o žadatele o dávku).

6. Právní předpisy upravující činnosti lékařské posudkové služby

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity).

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

Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů (účinnost od 1.1.2013).

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 504/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Nejvýznamnější ustanovení právních předpisů vztahujících se k činnosti lékařské posudkové služby

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů:

- § 20 odst. 3 písm. c) – nezaopatřenost dítěte z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS);
- § 26 – vymezení DNZS pro účely zákona;
- § 39 odst. 1 – definice invalidity;
- § 39 odst. 2 – vymezení invalidity tří stupňů;
- § 39 odst. 3 – definice pracovní schopnosti;
- § 39 odst. 4 – kritéria určování poklesu pracovní schopnosti;
- § 39 odst. 5 – definice zdravotního postižení;
- § 39 odst. 6 – stabilizovaný zdravotní stav;
- § 39 odst. 7 – adaptace na zdravotní postižení;
- § 42 odst. 1 – odchylná definice invalidity pro invalidní důchod v mimořádných případech.

Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity):

- § 1 až § 4 – způsob posouzení míry poklesu pracovní schopnosti;
- § 5 – způsob zhodnocení a využití zachované pracovní schopnosti;
- § 6 – zcela mimořádné pracovní podmínky;

- § 7 – náležitosti posudku o invaliditě.

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

- § 53 – posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění;
- § 54 – definice ošetřujícího lékaře;
- § 55 až § 65 – posuzování dočasné pracovní neschopnosti;
- § 66 – posuzování pracovní schopnosti po uplynutí podpůrní doby;
- § 67– § 73 posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství, ošetřovného a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství;
- § 74 – § 75 kontrola posuzování zdravotního stavu;
- § 76 – kontrola dodržování režimu dočasné práce neschopného pojištěnce;
- § 77 – součinnost zdravotnických zařízení a fyzických a právnických osob;
- § 84 odst. 3 – posudkové úkoly OSSZ v nemocenském pojištění;
- § 85 odst. 2 – posudkové úkoly ČSSZ v nemocenském pojištění

Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů:

- § 9 – příslušný lékař;
- § 10 – pracovní úraz;
- § 11 – nemoc z povolání;
- § 12 – bolest;
- § 13 – ztížení společenského uplatnění;

- § 14 – poškození zdraví;
- § 47 odst. 2 – kompetence ČSSZ k posuzování v úrazovém pojištění;
- § 48 odst. 2 – kompetence OSSZ k posuzování v úrazovém pojištění;
- § 54 – postavení OSSZ při posuzování;
- § 57 – postavení příslušného lékaře při posuzování;
- § 83 – postavení zaměstnance při posuzování.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů:

- § 9 odst. 1 – vymezení DNZS pro účely zákona;
- § 9 odst. 2 písm. a) – dítě dlouhodobě nemocné;
- § 9 odst. 2 písm. b) – osoba těžce zdravotně postižená;
- § 9 odst. 2 písm. c) – osoba dlouhodobě těžce zdravotně postižená;
- § 11 odst. 1 písm. c) – nezaopatřenost dítěte z důvodu DNZS.

Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory, ve znění pozdějších předpisů:

- § 1 až 3 – stupeň zdravotního postižení a pravidla pro jeho stanovování;
- Příloh – klasifikace zdravotních postižení podle stupňů.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů:

- § 17 – kritéria posouzení schopnosti osoby zvýšit si příjem vlastní vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- § 3 písm. c) – vymezení DNZS pro účely zákona;
- § 3 písm. g) – vymezení zdravotního postižení pro účely;
- § 8 – stupně závislosti na pomoci jiné osoby;
- § 9 odst. 1 – úkony hodnocené při posuzování schopnosti péče o vlastní osobu;
- § 9 odst. 2 – úkony hodnocené při posuzování soběstačnosti;
- § 9 odst. 3 a 4 – pravidla hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti;
- § 10 – speciální pravidla pro stanovení stupně závislosti u osob do 18 let věku;
- § 21 – povinnosti osob při posuzování zdravotního stavu pro účely stanovení stupně závislosti;
- § 25 a § 26 – některá procedurální pravidla řízení o příspěvku na péči;
- § 28 odst. 2 – kompetence posudkových komisí MPSV k posouzení stupně závislosti

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

- § 1, § 2 a příloha č. 1 – podrobnější vymezení hodnocených úkonů a bližší způsob jejich hodnocení

Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů:

- § 3 – posudkové komise MPSV;
- příloha č. 2 – zdravotní postižení odůvodňující poskytnutí mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany;
- příloha č. 5 – zdravotní postižení odůvodňující poskytování příspěvků na úpravu bytu, úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou úpravu nebo opravu motorového vozidla

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

- § 4 – MPSV a kompetence jeho PK;
- § 8 – posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti OSSZ;
- § 16 – součinnost orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení,
- § 16a – rozsah dopadu správního řádu na činnost PK MPSV, lhůty pro podání posudku PK a oprávnění předsedy PK;
- § 54 odst. 3 – pokuty za porušení nebo nesplnění povinnosti zdravotnickým zařízením

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů:

- § 67 odst. 2 – vymezení osob se zdravotním postižením;
- § 67 odst. 3 – definice osoby zdravotně znevýhodněné;
- § 67 odst. 4 – vymezení DNZS pro účely zákona;
- § 67 odst. 5 – prokazování osoby zdravotně znevýhodněné

Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů:

- § 2 odst. 1 – zásada zákonnosti;
- § 2 odst. 2 – zásada zákazu zneužití správního uvážení;
- § 2 odst. 4 – zásada materiální rovnosti;
- § 3 – zásada zjištění stavu věci;
- § 4 – zásady vztahu správního orgánu k dotčené osobě;
- § 6 odst. 1 – zásada rychlosti řízení;
- § 6 odst. 2 – zásada hospodárnosti a zbytečného nezatěžování dotčených osob;
- § 14 – vyloučení z projednávání a rozhodování věci;
- § 17 – spis;
- § 38 – nahlížení do spisu;
- § 154 – posudky jako jiné úkony podle správního řádu.

7. Organizace a činnost lékařské posudkové služby od roku 1990 do roku 2006

Pohled na vývoj lékařské posudkové služby v posledních dvou desetiletích ukazuje, že společenské změny po roce 1989 přinesly i významné změny v její organizaci. Změny, které vyvrcholily v roce 1993, se týkaly v zásadě tří oblastí. V roce 1990 došlo ke snížení počtu členů posudkových komisí ONV i KNV z pěti na tři. K 1.9.1990 se přesunuly prvoinstanční posudkové komise na nově zřízené okresní správy sociálního zabezpečení a druhoinstanční posudkové komise na Ministerstvo práce a sociálních věcí.

K nejvýznamnějším změnám v organizaci a kompetencích posudkové služby došlo k 1.1.1993. Jako organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení začaly působit okresní správy sociálního zabezpečení. Kompetence lékařů okresních správ sociálního zabezpečení a MPSV byly zakotveny v ustanoveních zákona 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Na okresní správy sociálního zabezpečení byly převedeny dosavadní úkoly lékařů resortu zdravotnictví, kteří se zabývali kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti, byly zrušeny prvoinstanční posudkové komise a lékařům okresních správ sociálního zabezpečení bylo svěřeno posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálního zabezpečení [Budilová 2001, Budilová 2003, Langer 2001]. Organizační změna vedla i ke snížení celkového počtu posudkových lékařů, z původních 470 lékařů v resortu zdravotnictví a cca 330 lékařů, působících na ONV a KNV, došlo ke snížení o cca 240 lékařů, tj. úbytek zhruba o jednu čtvrtinu. Toto uspořádání přetrvalo až do roku 2006.

Změny v organizaci posudkové služby byly zvažovány již koncem 90. let, kdy byl připraven návrh zákona o Sociální pojišťovně, jeho realizace se však neuskutečnila. Vzhledem ke změnám v oblasti sociálního zabezpečení a nepříznivé situaci v oblasti personálního zabezpečení lékařské posudkové služby bylo nutné najít cestu a změnit organizaci lékařské posudkové služby takovým způsobem, aby byla zajištěna její činnost i po zavedení nových sociálních systémů, především zákona o sociálních službách a zákona o úrazovém pojištění. Jedním z možných způsobů bylo oddělení lékařské posudkové služby pro posuzování zdravotního stavu občanů pro účely pojistných systémů a pro účely nepojistných systémů.

Nová medicínsko posudková kritéria přineslo přijetí zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a jeho prováděcí vyhlášky č. 284/1995 Sb. (účinnost od 1. ledna 1996). Jednalo se o významnou změnu v posuzování invalidity, neboť poprvé právní předpisy zakotvily zákonnou definici a posuzování invalidity. Do této doby neexistovala závazná posudková hlediska a bylo pouze na zpracovateli posudku, koho uzná plně či částečně invalidním. Vyhláška č.284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, prvně jasně vymezila posudková kritéria. V roce 1995 došlo rovněž ještě k rozšíření činnosti LPS uzákoněním posudkově medicínských kritérií daných přijetím zákona o státní sociální podpoře (zákon č. 117/1995 Sb.). Lékařská posudková služba nově posuzovala, zda jde o nezaopatřené dítě dlouhodobě nemocné, o osobu dlouhodobě zdravotně postiženou nebo osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou.

7.1. Důvody reorganizace posudkové služby

V souvislosti s rozsáhlými změnami v oblasti sociálního zabezpečení, vznikem nových systémů sociální ochrany, posilováním významu zaměstnanosti, sociálního začleňování a jejich sociálními dopady na občany, se i posudková služba sociálního zabezpečení dostala do situace, kdy bylo potřeba řešit její další vývoj a rozvoj. Stěžejní otázkou bylo další organizační uspořádání LPS a nové vymezení kompetencí jak v rámci stávajících systémů sociálního zabezpečení, tak i nově vznikajících systémů (sociální služby, úrazové pojištění, hmotná nouze). Vzhledem k opakované signalizaci krizové situace v lékařské posudkové službě Českou správou sociálního zabezpečení se Ministerstvo práce a sociálních věcí koncem roku 2003 zabývalo třemi otázkami, a to motivací posudkových lékařů, odbřemeněním lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení a mobilitou lékařů České správy sociálního zabezpečení. Pokud jde o odbřemenění lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení, byl učiněn závěr, že dojde ke změně působnosti v posuzování zdravotního stavu občanů, a to k oddělení posuzování pro účely sociálního pojištění a posuzování pro účely v oblasti nepojistných agend [Langer 2004, Zvoníková 2005].

V roce 2004 byl připraven věcný záměr zákona o pomoci v hmotné nouzi a věcný záměr zákona o sociálních službách. Oba věcné záměry předpokládaly, že dávkové rozhodovací kompetence budou svěřeny úřadům práce, kterým bude svěřeno též posuzování zdravotního stavu občanů pro účely sociálních služeb i hmotné nouze.

Předpokládal se vznik jednotné a jednotně metodicky řízené posudkové služby úřadů práce, která by mimo sociální systémy byla využita též pro agendy zaměstnanosti, posouzení, zda se jedná o osobu se zdravotním postižením, tedy osobu zdravotně znevýhodněnou.

Jak je výše uvedeno, důvodem reorganizace lékařské posudkové služby bylo opakovaně signalizované zhroucení systému posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících pro pojistné i nepojistné systémy. Personální situace v lékařské posudkové službě České správy sociálního zabezpečení byla od roku 1993 poddimenzovaná. V roce 2004 byla na České správě sociálního zabezpečení 523 systemizovaná lékařská místa. Obsazeno bylo 393,3 lékařských míst, z čehož vyplývá, že bylo naplněno jen zhruba 75% lékařských míst. Kromě nepříznivé situace v obsazení lékařských míst se jevila jako nepříznivá i věková struktura lékařů lékařské posudkové služby.

Nejpočetnější byla skupina lékařů ve věku 50 - 59 let (36% lékařů), druhá nejpočetnější skupina ve věku 60 - 69 let (29% lékařů). Kromě toho pracovali v lékařské posudkové službě i lékaři starší. Atestaci z oboru posudkového lékařství měla v roce 2004 z 393 lékařů pouze polovina. Za této situace se lékařská posudková služba soustředila především na provádění tzv. dlouhodobé agendy, tj. posuzování pro pojistné a nepojistné systémy a nemohla se dostatečně věnovat kontrole posuzování dočasné pracovní neschopnosti. Výrazem nedostatečné kontroly dodržování dočasné pracovní neschopnosti lékaři lékařské posudkové služby byla narůstající průměrná doba trvání jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti. Ta se v letech 1970 - 1989 pohybovala v rozmezí 16 - 18 dnů, od roku 1989 postupně narostla na 36,46 dne v roce 2004. Snahou o řešení krizové situace v oblasti personálního zabezpečení lékařské posudkové služby byl nárůst finančních prostředků na platy lékařů ČSSZ a tím dorovnání platů lékařů ČSSZ na průměrný plat lékařů ve státní zdravotní správě s cílem získat nové pracovníky.

7.2. Cíl reorganizace

Řešení havarijní personální situace lékařské posudkové služby spočívalo ve třech základních krocích, a to v motivaci lékařů, mobilitě lékařů lékařské posudkové služby ČSSZ a jejím odbřemenění. K naplňování prvních dvou kroků docházelo postupně. Probíhal pilotní projekt, který umožnil navýšit osobní příplatky jedné třetině posudkových lékařů ČSSZ s cílem zvýšit konkurenceschopnost ČSSZ jako zaměstnavatele na trhu práce. Dalším cílem bylo prokázat, že zlepšení personální situace v lékařské posudkové službě povede také k příznivému ovlivnění vývoje pracovní neschopnosti. Vyhodnocení tohoto projektu proběhlo v polovině roku 2005 a tento předpoklad se potvrdil. Transformace lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení od 1. 1. 2005, tj. převedení všech lékařů a tajemnic z okresních správ sociálního zabezpečení (Pražské správy sociálního zabezpečení) do úseku lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení umožnilo zvýšit jejich mobilitu a efektivitu práce. Tato změna již v prvním měsíci roku 2005 vedla ke snížení počtu nedodělků z předchozího roku o 20%.

Třetím krokem, který byl cílem reorganizace lékařské posudkové služby, tj. odbřemeněním lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení od posuzování pro nepojistnou posudkovou agendu, byl vznik lékařské posudkové služby úřadů práce k 1.7. 2006.

Zásadním argumentem pro vyčlenění posuzování pro nepojistnou posudkovou agendu na lékařskou posudkovou službu úřadů práce bylo odstranění tohoto nesystémového uspořádání. Toto uspořádání mimořádně zatěžovalo kapacitu lékařské posudkové služby ČSSZ a způsobovalo, že nemohly být důsledně a dostatečně intenzivně prováděny další činnosti v její působnosti, především pak kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti. Vznik lékařské posudkové služby úřadů práce ke dni 1.7.2006, byl proveden novelou zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [Čevela 2006 (1), Wernerová 2006, Wernerová 2006 (1)].

Současně s výše uvedeným zákonem byl v roce 2006 s účinností od 1.1.2007 přijat zákon o sociálních službách. Dle tohoto zákona je od 1.1.2007 posuzován zdravotní stav občanů pro účely příspěvku na péči. Vznikl tak nový okruh posuzování stupně závislosti žadatelů o příspěvek na péči, který do té doby nevykonával žádný orgán. Do příspěvku na péči byla od 1.1.2007 transformována bezmocnost a posuzování zdravotního stavu dítěte za účelem zjištění, zda se jedná o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči [Kočvarová 2007, Čevela 2006 (2), Šírová 2008].

7.3. Kompetence úřadů práce

Úřadům práce náleželo od 1.7. 2006 posuzování:

- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou ve smyslu § 67 odst. 2 písm. c) zákona o zaměstnanosti,
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte,
- zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu životní úroveň vlastní prací,
- zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu bezbariérového bytu nebo garáže, koupí, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu,
- zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné.

Od 1.1.2007 úřadům práce navíc náleželo i posuzování stupně závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči

Lékařské posouzení v rozsahu posudkových kompetencí úřadů práce bylo podkladem pro prvoinstanční správní rozhodování samotného úřadu práce a pro rozhodování jiných správních orgánů (zejména obecních úřadů obcí s rozšířenou působností), které rozhodovaly v prvním stupni správního řízení [Gruntová 2006, Jouza 2008, Wernerová 2008, Wernerová 2008 (1), Arnoldová 2008].

7.4. Kompetence OSSZ a ČSSZ

Posudkové kompetence okresních správ sociálního zabezpečení

Kompetence OSSZ na úseku posudkové činnosti, vykonávané posudkovými lékaři, se týkaly jednak posuzování zdravotního stavu a pracovní (výdělečné) schopnosti pro důchodové účely, jednak některých dalších činností spojených s nemocenským pojištěním.

Po vzniku jednotné posudkové služby na úřadech práce se předpokládalo, že nebude zřejmě možné uskutečnit v brzké době další reorganizaci posudkové služby a že další změny organizace lékařské posudkové služby budou muset vycházet ze zkušeností lékařské posudkové služby na okresních správách sociálního zabezpečení i na úřadech práce. Ovšem stále nebyly dořešeny otázky kvalifikace lékařů, odměňování, vzdělávání a způsob dosažení optimální personální struktury lékařské posudkové služby.

Proto se již v roce 2006 uvažovalo o vzniku samostatné posudkové služby jako nového státního úřadu, který by zajišťoval posuzování zdravotního stavu občanů pro všechny sociální systémy. Tato varianta by již v roce 2006 předpokládala vyčlenění lékařské posudkové služby z České správy sociálního zabezpečení a vyčlenění lékařské posudkové služby z úřadů práce. Byla však zvolena cesta oddělení posuzování zdravotního stavu pro nepojistné systémy od kompetencí lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení a svěření těchto kompetencí do nově vybudované lékařské posudkové služby úřadů práce. Lékaři úřadů práce vytvořili samostatnou celorepublikovou síť, která byla doplněna systémem smluvních lékařů z různých odborností. Smluvní lékaři vypracovávali podklady k posudkům posudkových lékařů pro účely oblasti sociálního zabezpečení ve stanoveném rozsahu pracovní činnosti [(Arnoldová 2008, Husáková 2008)].

Tato cesta měla výhody ale i svá rizika. Výhodou bylo zajištění jednotného posuzování a metodického vedení a svěření posuzování zdravotního stavu erudovaným posudkovým lékařům. Rozšíření systému o smluvní lékaře z resortu zdravotnictví znamenalo výhodu v tom smyslu, že jejich využitím se částečně kompenzoval dlouhodobý nedostatek kvalifikovaných posudkových lékařů. Také se současně posílila účast lékařů pracujících v resortu zdravotnictví na posuzování zdravotního stavu v resortu práce a sociálních věcí. Nevýhodou tohoto systému však byla nutnost vzdělávání smluvních lékařů v oblasti sociálního zabezpečení a v souvislosti s tím nebyla v počátečních fázích spolupráce kvalita podkladů dodávaných smluvními lékaři dostatečná.

Vzhledem k delimitaci pouze části potřebného počtu lékařů z České správy sociálního zabezpečení na úřady práce, personální zajištění kmenových lékařů lékařské posudkové služby úřadů práce s příslušnou kvalifikací bylo obtížné. Funkční místa kmenových lékařů úřadů práce nebyla k datu zahájení činnosti lékařské posudkové služby úřadů práce naplněna a jejich naplnění probíhalo postupně. Protože část těchto lékařů neměla atestaci z posudkového lékařství, bylo pro ně nutno zajistit dohled lékařů s touto atestací. Jak lékaři, tak referentky lékařské posudkové služby úřadů práce absolvovali vstupní školení. Bylo je třeba proškolit v odborné problematice a rovněž tak smluvní lékaře. I proto se zvolené řešení reorganizace lékařské posudkové služby nepovažovalo za konečné. Základní působností lékařské posudkové služby ČSSZ v systémech důchodového a nemocenského pojištění bylo posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro účely invalidity v důchodovém pojištění a kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři pro účely nemocenského pojištění.

Součástí agendy vykonávané v oblasti nemocenského pojištění bylo také posuzování zdravotního stavu pro účely prodloužení doby výplaty nemocenského po uplynutí podpůrné doby a zjišťování, zda jsou dány důvody pro ukončení dočasné pracovní neschopnosti rozhodnutím OSSZ.

Posudkové kompetence České správy sociálního zabezpečení

Do kompetence České správy sociálního zabezpečení patřilo posuzování zejména pro účely odvolacího řízení: ve věci pracovní schopnosti dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrné doby a podmínky pro ukončení DPN rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení.

Kompetence posudkových komisí MPSV

Do kompetence posudkových komisí MPSV náleželo posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení, a to přezkumného řízení soudního (věci důchodového pojištění) a odvolacího řízení správního, kdy napadené rozhodnutí vycházelo z posudku OSSZ nebo z posudku úřadu práce.

8. Organizace a činnost LPS od roku 2007 do roku 2010

Právní úprava zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vedla s účinností od 1.7.2006 k rozdělení do té doby jednotné prvoinstanční lékařské posudkové služby resortu práce a sociálních věcí, a to na část působící v soustavě orgánů sociálního pojištění (Česká správa sociálního zabezpečení a OSSZ) a vykonávané pro účely sociálního pojištění a na část působící na úřadech práce (pro účely ostatních systémů sociální ochrany).

Vzhledem k tomu, že zejména od účinnosti nového systému sociálních služeb (1.1.2007) byly požadavky na posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou úřadů práce cca čtyřnásobně vyšší oproti počtu posudků podávaných podle úpravy účinné do 31. prosince 2006 (systémy důchodového pojištění, státní sociální podpory a sociální péče), dostala se lékařská posudková služba úřadů práce v roce 2007 do výrazných kapacitních problémů. Zásadní změnou, kterou měla přinést novelizace zákonné úpravy organizace a výkonu lékařské posudkové činnosti, bylo převedení kompetence k posuzování zdravotního stavu v první instanci z úřadů práce zpět na Českou správu sociálního zabezpečení (dále „ČSSZ“), resp. OSSZ. Zvolená koncepce plně využila stávající právní konstrukci, kdy z pohledu kompetencí byly OSSZ samostatnými správními úřady.

Předkládaný návrh zákona (zákon č. 479/2008 Sb.) sledoval sloučením prvoinstanční lékařské posudkové služby zpět u ČSSZ využití synergických efektů ke zvládnutí kapacitních nároků na lékařskou posudkovou službu. Přitom se zároveň využili dosud osvědčené prvky (systém smluvních lékařů) a současně bylo posíleno řízení lékařské posudkové služby resortu ministerstvem (jmenování a odvolání výkonného ředitele ministrem). Pokud jde o zachování principu „smluvních“ lékařů, jde o úpravu, kdy posudkový orgán vychází z podkladů lékařů, které za tímto účelem určí, a kteří nemusí být zaměstnanci posudkového orgánu. Tento institut byl zaveden na úřadech práce, kde se osvědčil, a proto byl rozšířen i do oblasti posuzování pro účely důchodového pojištění [Čeledová a kol. 2008, Čeledová a kol. 2009]. Novelou zákona se upravilo celé prvoinstanční posuzování na OSSZ s výjimkou oblasti nemocenského pojištění. V oblasti nemocenského pojištění je postavení posudkové služby specifické, protože její primární úlohou je kontrola posuzování dočasné pracovní neschopnosti.

Úpravu vztahu posudkové služby na OSSZ k úkolům v nemocenském pojištění proto novela zákona neobsahovala. Komplexní právní úprava posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění je obsažena v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

V druhoinstanční lékařské posudkové službě se nově upravila kompetence ČSSZ k posuzování zdravotního stavu pro účely námitkového řízení ve věcech důchodového pojištění. Vzhledem k tomu, že v této oblasti ČSSZ v prvním stupni rozhoduje na podkladě posudku zpracovaného OSSZ, bylo navrženo, aby pro účely námitkového řízení byly kompetence k posuzování zdravotního stavu svěřeny ČSSZ a zachování stávajících kompetencí PK MPSV. Posudkové komise MPSV tedy nadále podávají posudky pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění a pro účely odvolacího řízení správního ve všech oblastech, ve kterých jsou podávány prvoinstanční posudky lékařskou posudkovou službou resortu mimo oblast nemocenského pojištění [Čeledová a kol. 2009 (1), Čeledová a kol. 2010].

Ve skutečnosti, že kompetence a celková právní úprava PK MPSV zůstanou nezměněny, se spatřoval výrazný stabilizační prvek resortní lékařské posudkové služby. Změny se tak dotkly organizačního usprádaní lékařské posudkové služby a zčásti i některých procesních pravidel výkonu lékařské posudkové činnosti; žádným způsobem však nezasáhly do posudkových kritérií, podle nichž lékařská služba v jednotlivých systémech zdravotní stav a jeho důsledky pro účely sociální ochrany hodnotila [Pechan 2009, Gajdošík 2010].

Kompetence lékařských posudkových orgánů v roce 2010

V oblasti výkonu lékařské posudkové činnosti stanoví zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kompetence lékařských posudkových orgánů takto:

I. Kompetence OSSZ

Kompetence OSSZ na úseku posudkové činnosti, vykonávané posudkovými lékaři, se týkají zejména posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti, jakož i kontroly posuzování dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování.

1. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob ve stanovených věcech sociálního zabezpečení zahrnuje posuzování:

- invalidity a změny stupně invalidity;
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu dítěte a jeho neschopnosti vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu soustavnou výdělečnou činnost;
- zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou;
- zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu příjem vlastní prací;
- zda jde o fyzickou osobu těžce zdravotně postiženou a druh a stupeň tohoto postižení pro účely poskytnutí mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, příspěvku na úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, příspěvku na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla a příspěvku na individuální dopravu;
- zda jde pro účely dávek státní sociální podpory o fyzickou osobu dlouhodobě těžce zdravotně postiženou, dlouhodobě zdravotně postiženou nebo o dítě dlouhodobě nemocné;
- stupně závislosti pro účely příspěvku na péči;
- pracovní schopnosti dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrné doby.

2. Kontrola posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby péče – jde o zvláštní druh kontrolní činnosti vůči ošetřujícím lékařům, která je vykonávána pro účely nemocenského pojištění a která sleduje zejména účelné vynakládání prostředků na nemocenské pojištění.

II. Kompetence ČSSZ

Pokud jde o vlastní výkon posudkové činnosti, zákon vymezuje především kompetence ČSSZ provádět svými lékaři ve stanoveném rozsahu posudkovou činnost pro účely:

- řízení o námitkách (jde od 1.1.2010 o novou kompetenci, v níž ČSSZ nejčastěji posuzuje invaliditu, popřípadě dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte v případech, kdy jsou podány námitky proti rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení ve věcech důchodového pojištění);
- odvolacího řízení v nemocenském pojištění (jde o posuzování pracovní schopnosti dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrné doby v odvolacím řízení správním a o odvolání proti rozhodnutí OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti).

III. Kompetence posudkových komisí MPSV

Kompetence PK MPSV vychází ze zákonem stanovené působnosti MPSV. Do jejich kompetence náleží posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely vymezeného okruhu opravných řízení, a to přezkumného řízení soudního (jde-li o věci důchodového pojištění) a odvolacího řízení správního (jde-li o věci, kdy napadené rozhodnutí vycházelo z posudku OSSZ, popřípadě z posudku úřadu práce před 1.7.2009).

V rámci posudků o zdravotním stavu a pracovní schopnosti, zpracovávaných pro účely uvedených opravných řízení, PK MPSV náleží posuzovat tytéž posudkové agendy, jako jsou shora uvedeny u OSSZ v bodě I/1. To mj. znamená, že PK MPSV naopak neposuzují pracovní schopnost dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrné doby a nevykonávají kontrolní činnosti ve vztahu k posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění).

Slabá místa v činnosti lékařské posudkové služby

Mezi slabá místa lékařské posudkové služby patří především:

- I. Personální situace
- II. Kvalifikace a vzdělávání
- III. Pracovní přetížení

I. Personální situace

Vývoj počtu systemizovaných míst

Počet systemizovaných lékařských míst (dále jen LM) v průběhu let v oblasti lékařské posudkové služby OSSZ, ČSSZ postupně klesal. Před rokem 1993 pracovalo v oblasti tzv. krátkodobé posudkové agendy ve strukturách OÚNZ cca 470 lékařů, v oblasti tzv. dlouhodobé agendy při ONV a KNV cca 330 lékařů, celkem tedy cca 800 lékařů. K 1. 1. 1993 došlo ke sjednocení obou lékařských posudkových služeb na ČSSZ, kde bylo systemizováno pouze 523 lékařských míst pro všechny typy posudkových agend (obsazeno bylo 510 LM). Tzn., že lékařská posudková služba OSSZ a ČSSZ (dále jen LPS) tak přišla o cca 210 systemizovaných LM. Došlo i ke ztrátě společenských preferencí lékařské posudkové činnosti, což mělo v dalších letech negativní dopad na personální situaci LPS.

Celkem 15 systemizovaných LM bylo převedeno postupně do odboru posudkové služby MPSV (v roce 2003, 2007), z toho 11 bylo následně převedeno do odboru sociálních služeb. V roce 2008 bylo 10 LM ze struktur LPS ČSSZ převedeno posudkovým komisím MPSV k řešení krizové situace způsobené nárůstem odvolací agendy. Dále bylo na ČSSZ 30 systemizovaných LM převedeno na referentská místa pro potřeby LPS ČSSZ; další systemizovaná místa (cca 67) využila ČSSZ pro činnosti nesouvisející s LPS. Místo nalezení mechanismů, jak nenaplněná systemizovaná místa obsadit lékaři, byla tato místa využita pro jiné činnosti, a to jak ve struktuře ČSSZ, tak MPSV.

V roce 2010 vykazovala LPS ČSSZ celkem 430 systemizovaných lékařských míst, z toho na referátech LPS na OSSZ bylo 400 LM. Z těchto 400 LM bylo obsazeno 352 úvazky, tj. cca 88%. V lednu 2011 měla lékařská posudková služba ČSSZ 372 systemizovaných míst pro posudkové lékaře, 20 míst nebylo naplněno.

Věková skladba posudkových lékařů

V roce 2000 byl průměrný věk lékařů LPS ČSSZ 53 let a v roce 2005 to bylo 56 let. Z vysoké věkové struktury lékařů LPS vyplývá značný přirozený odchod lékařů do starobního důchodu, který nestačí být saturován novými lékaři. Tato skutečnost se jeví limitující i z hlediska event. dalších změn organizace činnosti LPS a zavádění nových způsobů práce. Vzhledem k věkové struktuře a nenaplněnosti systemizovaných lékařských míst je řešení personální problematiky LPS ČSSZ považováno za prioritní. V lednu 2011 průměrný věk lékařů činil 59,6 let a téměř polovina lékařů byla v důchodovém věku (46 lékařů je starších 70 let a 7 lékařů dokonce starších 80 let).

Smluvní lékaři

Prvek smluvních lékařů byl využit při vzniku LPS na úřadech práce k 1. 7. 2006 s cílem vypomoci LPS s přípravou posudků v tzv. dlouhodobé nepojistné agendě při velmi omezeném počtu vlastních systemizovaných LM na úřadech práce. Prvek smluvních lékařů řešil nedostatek posudkových lékařů ke zvládnutí velkého množství posudků v příslušné agendě, která díky přijetí zákona o sociálních službách byla dvojnásobně vyšší. Při zahájení činnosti LPS na úřadech práce byla nastavena určitá pravidla pro činnost smluvních lékařů, včetně finančního hodnocení jejich práce. V průběhu let se ukazuje, že je potřebné systém činnosti smluvních lékařů přehodnotit.

II. Kvalifikace a vzdělávání

V roce 2004 nabyl v ČR účinnosti zákon č. 95/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Citovaný zákon změnil především podmínky postgraduálního vzdělávání lékařů. Zavedl specializační vzdělávání zakončené atestační zkouškou (přitom zrušil vícestupňový atestační systém, zavedl jednostupňový systém, aby se posléze vrátil prakticky k „dvoustupňovému“ systému). Zavedl rozlišování práce lékařů bez specializačního vzdělání pod dohledem a samostatný výkon práce lékaře s příslušným specializačním vzděláním. Dále zákon zavedl povinnost absolvovat specializační vzdělávání na akreditovaných pracovištích. Tyto změny mají dopad na vzdělávání a činnost všech lékařů, včetně lékařů v oboru posudkové lékařství. Lékaři, kteří nemají atestaci v oboru posudkové lékařství, musí pracovat pod dohledem lékaře s příslušnou atestací. K 31. 12. 2009 byl fyzický stav lékařů LPS ČSSZ 444; specializovanou způsobilost v oboru posudkové lékařství mělo 281 lékařů, specializovanou způsobilost nemělo 163 lékařů. Znamená to, že cca 37% lékařů nemá příslušné vzdělání a musí pracovat pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí; cca 60 lékařů ČSSZ bez specializované způsobilosti je do předatestační přípravy zařazeno. Provádění odborného dohledu tak vlastně spotřebovává pracovní kapacitu lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru posudkové lékařství, která by jinak mohla být plně využita pro vlastní posudkovou činnost.

Podmínkou pro výkon práce posudkového lékaře v současné době je nejprve získání specializované způsobilosti v některém z oborů dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Vzdělávací program oboru posudkové lékařství stanoví, že lze navázat na všechny základní obory kromě oborů: hygiena a epidemiologie, klinická biochemie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, nukleární medicína, patologie, radiologie a zobrazovací metody a následně složit zkoušku z nástavbového oboru posudkové lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

Podmínkou pro samostatný výkon práce posudkového lékaře je získání nástavbové specializace z posudkového lékařství dle stávajících právních předpisů, bez níž lékař, který ve svém základním oboru pracoval samostatně (a mohl být považován za erudovaného odborníka), musí v oboru posudkového lékařství pracovat pod odborným dohledem lékaře s nástavbovou specializací z posudkového lékařství [Čeledová a kol. 2008(1), Čeledová a kol. 2008 (2), Čeledová a kol. 2009 (2)].

III. Pracovní přetížení

Zatímco v roce 1993 prvoinstanční LPS vypracovala 310 tis. posudků v tzv. dlouhodobé agendě při obsazených 510 LM, v roce 2000 již 332 tis. posudků při obsazení 429 LM, v roce 2005 (před rozdělením LPS) při obsazených 400 LM 380 tis. posudků a v roce 2009 - 452 tis. posudků při obsazení 378 LM. V roce 1993 připadlo na 1 obsazené LM na OSSZ vypracování 608 posudků ročně, v roce 2005 1 008 posudků, v roce 2009 již 1194 posudků, tj. dvojnásobek. Množství posudků připadajících na jedno obsazené LM na referátech LPS na OSSZ v tzv. dlouhodobé agendě je nutno hodnotit i s vědomím zavedení systému tzv. smluvních lékařů od 1. 7. 2006. K tzv. dlouhodobé agendě je ještě potřeba připočítat činnost LPS v tzv. krátkodobé agendě (kontrolu posuzování dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři v systému nemocenského pojištění), která tvoří cca třetinu náplně činnosti LPS na OSSZ. Uvedená čísla svědčí o tom, že prvoinstanční LPS ČSSZ pracuje v současné době prakticky na hranici možností.

9. Projektové návrhy nového organizačního uspořádání lékařské posudkové služby

Po roce 2006 se začaly připravovat projekty, jejichž úkolem bylo přinést nezávislý odborný názor na optimální organizační uspořádání lékařské posudkové služby. Mezi nejdůležitější projekty patří:

1 “Optimalizace institucionálního uspořádání, řízení a činnosti lékařské posudkové služby, zefektivnění její činnosti, možnosti uspořádání a činnosti lékařské posudkové služby mimo struktury orgánů sociálního zabezpečení v kontextu českých a zahraničních systémů a zkušeností“ [www.mpsv.cz, Veselý 2010(1)].

Řešitelem byla společnost Deloitte. Projekt posuzoval celkem 3 varianty uspořádání LPS:

Varianta A: Samostatný správní úřad LPS (v podřízenosti MPSV)

Výchozí subvarianty:

- a) instance LPS samostatně + 2. instance LPS ponechána v rámci MPSV (odvolací orgán)
- b) instance LPS samostatně + 2. instance LPS jako nový nezávislý orgán (odvolací orgán)

V obou subvariantách kontrolním orgánem zůstává MPSV.

Varianta B: Externí dodavatel služeb LPS (mimo struktury veřejné správy)

Výchozí subvarianty:

- a) instance LPS samostatně + 2. instance LPS ponechána v rámci MPSV (odvolací orgán)
- b) instance LPS samostatně + 2. instance LPS jako nový nezávislý orgán (odvolací orgán)

V obou subvariantách je 1. instance zajišťována formou outsourcingu, na základě výběru dodavatele podle zákona o veřejných zakázkách a kontrolním orgánem zůstává MPSV.

Varianta C: Referenční varianta (LPS úsek v rámci ČSSZ - stávající stav)

Jde o stav dle zák. č. 479/2008 k 1.7.2009, tj. úsek LPS v ČSSZ (1.instance) + MPSV (2.instance, vč. institutu posudkových komisí). MPSV plní roli kontrolního i odvolacího orgánu, existuje možnost provedení správního řízení a podání žaloby k soudu.

Z analýzy výsledků posouzení navržených variant a subvariant vychází jako nejvýhodnější:

Varianta B: Outsourcing služeb LPS – subvarianta b): 1. instance LPS samostatně + 2. instance LPS jako nový nezávislý orgán (odvolací orgán) s dosaženým skóre 72,37%.

Varianta A: Samostatný správní úřad LPS (v podřízenosti MPSV) – subvarianta b): 1. instance LPS samostatně + 2. instance LPS jako nový nezávislý orgán (odvolací orgán) se v hodnocení umístila na druhém místě s dosaženým skóre 69,74%.

Řešitelský tým provedl citlivostní analýzu hodnocení variant, spočívající v simulaci vlivu „malých změn“ v hodnocení jednotlivých kritérií. „Malá změna“ je definována jako změna o 1 stupeň v kritériích s nejvyšší vahou. Z této citlivostní analýzy vyplynulo, že rozdíly ve skóre u ostatních variant (subvariant) se rozhodujícím způsobem nezměnily – což znamená, že jak ponechání stávajícího stavu (varianta C), tak volba subvariant variant A i B, označených „a“ - tj. ponechání 2. instance posudkové služby v kompetenci MPSV, vycházejí jednoznačně jako problematické, nevýhodné a zřejmě i dále neudržitelné. Tento závěr vyplývá ze současného stavu praxe, z požadavků legislativy i ze závazků plynoucích z Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, ze stavu a vývoje ekonomiky poskytování sociálních služeb, tedy i služeb LPS, i ze zhodnocení úrovně organizačního a zejména personálního zajištění výkonu posudkové služby.

Citlivostní analýza výsledku hodnocení dvou subvariant s nejvyšším skóre dále ukázala, že „malá změna“ hodnocení jednoho významného kritéria může znamenat téměř vyrovnání hodnocení u obou variant, ev. „malá změna“ ve více kritériích, může vést k záměně pořadí obou variant. K jednoznačnému závěru řešitelský tým nedošel. Tento fakt vyplývá zejména z důvodu, že případná dodatečná kritéria (v řádném hodnocení neuvažovaná pro nemožnost, či neobjektivitu jejich kvantifikace), jako např. politická reálnost akceptace navrhovaného řešení, nelze v odborném posuzování objektivně uplatnit.

Přes vyšší pracnost realizace další fáze řešení projektu výzkumu bylo po dohodě se zadavatelem stanoveno, že návrh dalšího postupu přípravy a realizace 2. fáze transformace LPS bude zpracován pro obě subvarianty, které mají v hodnocení nejvyšší skóre.

Pokud by daný úkol nebyl řešen formou výzkumného projektu a výběr optimální varianty by záležel pouze na řešitelském týmu, pak by byla k realizaci doporučena varianta: B: Outsourcing služeb LPS – subvarianta b): 1. instance LPS samostatně + 2. instance LPS jako nový nezávislý orgán (odvolací orgán).

Tento závěr vychází, jak z obecných tendencí, které lze sledovat v dalších státech Evropské unie (zejména ve Velké Británii), kde jsou s tímto způsobem realizace nákladných veřejných služeb pozitivní zkušenosti, tak i z předpokladu dosažení vyšší efektivity s vynakládáním veřejných prostředků v soustavách sociálního a zdravotního pojištění v podmínkách České republiky. Na druhé straně je nutno jednoznačně konstatovat, že v podmínkách České republiky nejsou k dispozici zkušenosti s takovým způsobem zajišťování části veřejných služeb a přechod na toto institucionální uspořádání je velmi složitým úkolem, náročným na legislativní přípravu, součinnost státní správy a privátního sektoru a vyžaduje shodu napříč politickým spektrem.

2) „Studie proveditelnosti k výkonu posudkových služeb v resortu práce a sociálních věcí externími subjekty“, řešitelem společnost IBM [www.mpsv.cz, Veselý 2010(1)].

Na základě analýzy současného stavu lékařské posudkové služby, znalostí „best practices“ o modelech řízení sociálních systémů a zkušeností projektového týmu IBM s obdobnými projekty ve světovém měřítku byly nejdříve identifikovány tři základní strategické koncepce poskytování lékařské posudkové služby, které se následně rozvětvily do konečných pěti variant.

U varianty 1 (Zachování současného stavu) a 1a (Zřízení nového nezávislého státního posudkového orgánu) je posudkový orgán státní organizací využívající svých stálých kmenových lékařů a smluvních lékařů.

Pro variantu 2 (Zajištění posudkového orgánu pomocí ošetřujících lékařů) a 2a (Zajištění posudkového orgánu pomocí nezávislých lékařů) rovněž platí, že posudkový orgán je státní organizací, ale orgán nemá k dispozici žádné kmenové lékaře a posudky jsou de facto nakupovány od ošetřujících nebo nezávislých lékařů. Poslední varianta 3 (Zajištění posudkového orgánu externím dodavatelem) je takový model, kdy lékařská posudková služba je delegována na soukromého externího dodavatele, který státním orgánům poskytuje posudkovou službu.

Nejlépe byla vyhodnocena varianta 3 (Zajištění posudkového orgánu externím dodavatelem – 86%) s nárůstem více jak deseti procentních bodů na variantu 1a (Zřízení nového nezávislého státního posudkového orgánu – 75%). S odstupem přes čtyřicet procentních bodů se umístily zbylé varianty v tomto pořadí – varianta 1 (Zachování současného stavu – 33%), varianta 2a (Zajištění posudkového orgánu pomocí nezávislých lékařů – 30%) a varianta 2 (Zajištění posudkového orgánu pomocí ošetřujících lékařů – 27%).

Součástí studie proveditelnosti je i hrubý odhad úspor a nákladů na realizaci lékařské posudkové služby externími subjekty se zaměřením na pojmenování hlavních kategorií nákladů a úspor a na kvalifikovaný finanční odhad.

Analýza úspor a nákladů je vypracována na základě klíčového předpokladu (odsouhlaseného se zástupci zadavatele), že provozování lékařské posudkové služby je delegováno na externího dodavatele a státní orgány se stávají odběrateli této služby na základě smluvního ujednání.

Za tohoto předpokladu jsou veškeré náklady související s implementací optimalizačních iniciativ (především investice do nákladných moderních automatizovaných informačních systémů) a provozem posudkového orgánu kryty externím subjektem. Stát získává přístup k finančním zdrojům, které nejsou přístupné interně, a navíc dochází k uvolnění interních kapitálových prostředků na jiné investiční záměry. Státní orgány využívající služby posudkových orgánů, hradí platby pouze za odebranou službu, čímž je docílena přímá a transparentní kontrola nákladů státu v této oblasti. Platby za lékařské posudkové služby jsou závislé na objemu této služby a při zmenšení objemu služby nezůstávají na straně státních orgánů žádné fixní náklady na realizaci LPS. Realizované úspory jsou kalkulovány vůči dvěma typům současných výdajových položek státního rozpočtu souvisejících se sociálním zabezpečením. Prvním typem nákladů jsou náklady na provoz lékařské posudkové služby, druhým typem jsou výdaje státu na dávky a služby občanům v oblasti sociálního zabezpečení.

Výše realizovaných úspor byla stanovena na základě expertního odhadu projektového týmu IBM vycházející ze zkušeností společnosti IBM s obdobnými projekty ve světě a se znalostí „best practices“ v jednotlivých optimalizačních oblastech. Hodnoty byly diskutovány s experty IBM na zmíněné optimalizované oblasti.

Úspory spojené se snížením podvodů a chyb, jejichž důsledkem je i snížení celkového objemu vyplácených dávek, je možné dosáhnout pokud bude sjednocena metodika posuzování jednotlivých případů. Pokud Především však pokud posudek poskytovatele bude směrodatný pro přiznání či odmítnutí žádosti o dávku, tzn. bude v kompetenci poskytovatele odhalovat podvody a chyby na základě informací o případu. Efektivní odhalování podvodů a chyb předpokládá digitalizaci a implementaci informačních systémů podporujících rozhodování a odhalující podvody a chyby a k tomuto je poskytovatel ekonomicky motivován. Z výše uvedeného vyplývá, že za předpokladu delegace lékařské posudkové služby na externího dodavatele a provedení všech tří optimalizačních iniciativ, je možné docílit roční úspory pro stát v rozmezí 4.160 – 4.240 mil. Kč za nulových implementačních nákladů na straně státu.

Poskytování služby formou outsourcingu standardně počítá se sedmiletým kontraktem. V počátečním období dodavatel investuje do klíčových optimalizací, tak aby provozní náklady dokázal podstatně snížit. Detailní cenové kalkulace za poskytované služby jsou diskutovány na základě detailního business case až v přípravě smlouvy mezi poskytovatelem outsourcingu a objednatelem.

Na návrhy změn organizačního uspořádání 1. stupně LPS navázal projekt:

3) “Právní aspekty posuzování zdravotního stavu v resortu práce a sociálních věcí ve druhé instanci” [www.mpsv.cz, Veselý 2010(1)].

Projekt měl za úkol identifikovat právní aspekty změny v organizaci 2. stupně LPS, která by měla již z logiky věci navazovat na změny v 1. stupni. Řešitelem projektu byl profesor JUDr. Igor Tomeš, CSc. Dle jeho závěrů musí návrh nového organizačního uspořádání 2. stupně LPS řešit soulad s vnitrostátním ústavním pořádkem.

Podle čl. 81 Ústavy soudní moc vykonávají jménem republiky nezávislé soudy, o nezávislých správních orgánech se Ústava nezmiňuje. Podle čl. 36 odst. 1 Listiny se každý může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu. Dále podle odst. 2 kdo tvrdí, že byl na svých právech zkrácen rozhodnutím orgánu veřejné správy, může se obrátit na soud, aby přezkoumal zákonnost takového rozhodnutí, nestanoví-li zákon jinak. Z pravomoci soudu však nesmí být vyloučeno přezkoumávání rozhodnutí týkajících se základních práv a svobod podle Listiny.

Taková konstrukce je však založená na předpokladu, že uvedený nezávislý správní orgán s konečnou platností rozhoduje o právech a povinnostech, tedy na základě jeho rozhodnutí se zakládají, mění nebo ruší práva jednotlivých v rozhodnutí jmenovitě určených osob. Taková konstrukce by se zohledněním všeho shora citovaného znamenala nutnost změny ústavního pořádku ČR, k čemuž došla i analýza Ministerstva vnitra z roku 2000.

Posouzení zdravotního stavu je však jen podmínkou pro rozhodnutí o dávce, a v tomto smyslu není rozhodnutím správního orgánu, které se na základě žaloby musí přezkoumávat soudem podle mezinárodních ratifikovaných úmluv i podle Ústavy ČR. Tyto dva akty se musí od sebe striktně odlišovat. Posudková služba jen konstatuje změnu zdravotního stavu a stupeň této změny. Je na příslušném orgánu státní či veřejné správy, aby posoudil, zda žadatel splňuje podmínky pro vznik nároku na dávku sociální ochrany nebo dávku či službu sociální péče. Za této situace není potřebné konstruovat u posudkového orgánu nezávislost typu soudcovské nezávislosti, která by byla v právním prostředí ČR složitá a zdá se, že by se neobešla beze změny ústavního pořádku.

Poslední z realizovaných projektů o možnostech budoucího uspořádání LPS je projekt:

4) “Právní aspekty zřízení samostatného úřadu k posuzování zdravotního stavu v resortu práce a sociálních věcí, popř. převedení těchto kompetencí zcela nebo zčásti na externího dodavatele mimo strukturu orgánů veřejné správy” [www.mpsv.cz, Veselý 2010(1)].

Řešitelem byla společnost Deloitte ve spolupráci s prof. JUDr. I.Tomešem,CSc., a JUDr. Kristinou Koldinskou, Ph.D. a řešitelé vyslovují názor, že současný systém posudkových služeb je třeba reformovat.

Vycházejíce z primárních a sekundárních analýz, řešitelé docházejí k závěru, že obě varianty navržené předcházejícími výzkumu jsou vhodné a v současných českých právních poměrech řešitelné a realizovatelné. V obou případech jsou precedenty. Precedens pro zadávání posudkové činnosti jinému (nestátnímu) subjektu (outsourcing) lze nalézt v privatizovaných zdravotnických zařízeních a ve Všeobecné zdravotnické pojišťovně. Precedens pro svěření posudkové činnosti státnímu úřadu lze spatřovat v Úřadu pro ochranu osobních údajů. Precedens pro svěření posudkové činnosti samostatnému státnímu úřadu podléhajícímu metodickému vedení Ministerstvem práce a sociálních věcí lze spatřovat v uspořádání České správy sociálního zabezpečení.

Právní analýzy prokázaly, že 1. a 2. stupeň posudkové činnosti lze organizovat jako samostatný posudkový úřad i svěřit nestátnímu subjektu. Zvolené řešení však bude mít jiné právní důsledky. Bude-li svěřeno nestátnímu subjektu, jeho nález nemůže mít jinou právní povahu než jako důkaz v řízení, se všemi následky. Nepřispěje to k výraznějšímu zjednodušení současných procesů.

Pokud má zjištění zdravotního stavu mít povahu závazného stanoviska a nikoliv jen posudku jako důkazu, což se při bližším zkoumání možností realizace návrhu na nové uspořádání posudkové služby jeví v současných právních poměrech jako výhodnější, je nutné svěřit posudkové činnosti samostatnému státnímu úřadu podléhajícímu metodickému vedení Ministerstva práce a sociálních věcí. Výhody tohoto řešení jsou v jednoduchosti a finanční nenáročnosti.

Jednoduchost je jak organizační, tak právní. Organizační - protože se v podstatě využije současná struktura okresních správ sociálního zabezpečení, jen se jinak uspořádá jejich řízení a zřídí se jen posudková služba II. instance, pro kterou lze nalézt základ v odboru posudkové činnosti Ministerstvem práce a sociálních věcí. Právní – celou záležitost lze vyřešit novelami stávajících předpisů.

Řešení je finančně nejméně náročné. Vzniklé náklady, které si změny vyžádají, se mohou částečně kompenzovat úsporami správních a soudních nákladů tím, že posouzení zdravotního stavu může mít povahu závazného stanoviska ve smyslu správního řádu.

10. Dotazníková šetření

V roce 2007 bylo provedeno dotazníkové šetření „Názory posudkových lékařů na obsah své práce“ a „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby“ společností Faktum Invenio pro Ministerstvo práce a sociálních věcí, odbor posudkové služby. Výsledky šetření a z nich učiněné závěry mají podpořit transformaci organizace a činnosti lékařské posudkové služby a určit tak její další směřování [Čevela a kol. 2009, Čeledová a kol. 2008(3), Čeledová a kol. 2008 (4), Čeledová a kol. 2008 (5), Čeledová a kol. 2008(6)].

V roce 2010 proběhlo v rámci projektu MPSV „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě“, šetření názorů lékařů na činnost posudkové služby, řešitel společnost Factum Invenio. Z tohoto šetření jsem použil vybrané otázky, které bylo možno porovnat s otázkami položenými při šetření z roku 2007.

10.1. Metodika šetření „Názory posudkových lékařů na obsah své práce 2007“

Šetření s názvem „Názory posudkových lékařů na obsah své práce“ bylo provedeno v listopadu roku 2007 technikou standardizovaného řízeného telefonického rozhovoru na vzorku 348 respondentů – posudkových lékařů. Metoda šetření CATI – telefonní sběr dat dle předem nastavených kvót. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS, který je v současnosti nejpoužívanějším statistickým SW na světě (19. verze v základním modulu). Výstupem získaných zpracovaných dat jsou grafy a tabulky v třídění pohlaví, věk, zaměstnavatel posudkového lékaře, délka praxe, zájem o změnu profese a spokojenost s profesí. V rámci studie jsou komentovány statisticky významnější rozdíly, které jsou rovněž zvýrazněny tučně v interpretovaných tabulkách. Tyto statisticky významné odchylky jsou na hladině významnosti 0,05. U většiny zastávaných postojů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve sledovaných proměnných. Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESOMAR.

10.2. Výsledky šetření „Názory posudkových lékařů na obsah své práce 2007“

Strukturu šetřeného souboru uvádí tabulka č. 1.

Tab. 1 - Struktura šetřeného souboru

		Celkem	
		N	Sl.%
Celkem		348	100,0
Zaměstnavatel	ČSSZ	257	73,9
	MPSV	31	8,9
	Úřad práce	60	17,2
Pohlaví respondenta	Muž	136	39,1
	Žena	212	60,9
Věk	Do 49 let	51	14,7
	50-59 let	149	42,8
	60 let a více	147	42,2
	Neuvedl/a	1	0,3
Počet let v oboru	Do 9 let	132	37,9
	10-19 let	133	38,2
	20 let a více	83	23,9

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

V souboru byli zastoupeni převážně lékaři z okresních správ sociálního zabezpečení (73,9%). Lékaři šetřeného souboru nejčastěji uváděli za svoji základní atestaci z interní lékařství (43%) a všeobecného lékařství (41%). Z pediatrie a dorostového lékařství mělo atestaci 12% lékařů, z chirurgie pak 9% lékařů.

Jak uvádí tabulka č. 2 atestaci z posudkového lékařství mělo 62% posudkových lékařů, 12% lékařů se právě na tuto atestaci připravovalo a 7% lékařů o ní do budoucna uvažovalo. Pětina posudkových lékařů uváděla, že atestaci z posudkového lékařství do budoucna neplánuje.

Tab. 2 - Počet lékařů s atestací z posudkového lékařství

		Celkem		Máte atestaci z posudkového lékařství?			
		N	Sl. %	Ano	Ne, Připravu ji se	Ne, uvažují	Ne, nebudu
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		348	100	62	12	7	19
Zaměstnání	ČSSZ	257	74	57	14	9	20
	MPSV	31	9	97			3
	Úřad práce	60	17	63	12	2	23
Pohlaví respondenta	Muž	136	39	61	11	6	22
	Žena	212	61	62	13	8	17
Věk	Do 49 let	51	15	51	29	12	8
	50-59 let	149	43	71	15	8	5
	60 let plus	147	42	56	3	4	37
	Neuvedl/a	1	0	100			
Počet let v oboru	Do 9 let	132	38	30	29	15	27
	10-19 let	133	38	74	4	2	20
	20 let plus	83	24	93	0	1	6

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková%

Atestaci z posudkového lékařství mají nejčastěji lékaři, kteří vykonávají práci posudkového lékaře pro Ministerstvo práce a sociálních věcí (97%). Mezi posudkovými lékaři, kteří pracují pro Českou správu sociálního zabezpečení, má atestaci z posudkového lékařství 57% lékařů, mezi lékaři, kteří pracují pro úřad práce 63% osob. Z hlediska věku mají atestaci z posudkového lékařství nejčastěji lékaři ve věku 50-59 let (71%). Lékaři ve věku do 49 let se významně častěji než lékaři jiných věkových kategorií na tuto atestaci právě připravují (29%).

Mezi lékaři mladšími 60 let neplánuje atestaci z posudkového lékařství pouze mezi 5-8 % lékařů. Lékaři starší 60 let, pokud atestaci z posudkového lékařství nemají, o ní do budoucna nepřemýšlí (37%). Mezi lékaři, kteří pracují v oboru posudkového lékařství déle než 20 let, má atestaci z této specializace 93% lékařů.

Mezi lékaři, kteří vykonávají tuto profesi v rozmezí 10-19 let, je to 74% lékařů. Zároveň však platí, že pokud lékař s touto délkou praxe nemá atestaci, tak ji již většinou ani neplánuje (20%).

Délku působení respondentů v oboru posudkového lékařství uvádí tabulka č. 3.

Tab.3 - Délka působení v oboru posudkového lékařství

		Celkem		Počet let v oboru		
		N	Sl.%	Do 9 let	10-19 let	20 let a více
				ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		348	100	38	38	24
Kdo je Váš zaměstnavatel?	ČSSZ	257	74	40	38	22
	MPSV	31	9	23	42	35
	Úřad práce	60	17	35	38	27
Pohlaví respondenta	Muž	136	39	43	33	24
	Žena	212	61	35	42	24
Věk	Do 49 let	51	15	75	25	0
	50-59 let	149	43	36	44	20
	60 let plus	147	42	27	37	36
	Neuvedl/a	1	0	100		

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř. = řádková %

V oboru posudkového lékařství pracuje méně než 9 let 38% posudkových lékařů, 10-19 let rovněž 38% lékařů a více jak 20 let tuto profesi vykonává 24% lékařů

Spokojenost posudkových lékařů se současnou prací ukazuje tabulka č. 4. Se svou současnou prací posudkového lékaře je spokojeno 88% lékařů. Přičemž 78% lékařů tato práce vyhovuje a neuvažuje o její změně, 10% lékařů, ačkoliv jim práce vyhovuje, přesto o její změně uvažuje. Jistou nespokojenost s prací posudkového lékaře vyjádřilo 10% lékařů, z toho 6% lékařů tato práce sice nevyhovuje, ale o její změně neuvažují. 4% lékařů z důvodů nespokojenosti zvažují změnu povolání.

Tab.4 - Spokojenost posudkových lékařů se současnou prací

		Celk.		Jak jste spokojen se svou současnou prací posudkového lékaře?				
		N	Sl.%	Ano	Ano, úvaha o změně	Ne	Ne, úvaha o změně	Neví
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		348	100	78	10	6	4	1
Kdo je Váš zaměstnavatel?	ČSSZ	257	74	83	10	4	3	1
	MPSV	31	9	52	13	13	19	3
	Úřad práce	60	17	72	10	15	2	2
Pohlaví	Muž	136	39	79	13	4	4	
	Žena	212	61	78	9	8	4	2
Věk (roky)	Do 49	51	15	63	22	4	10	2
	50-59	149	43	79	9	7	4	1
	60 plus	147	42	82	8	6	2	1
	Není	1	0	100				
Počet let v oboru (roky)	Do 9	132	38	82	12	3	2	2
	10-19	133	38	74	10	7	8	1
	20 plus	83	24	78	8	11	1	1

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

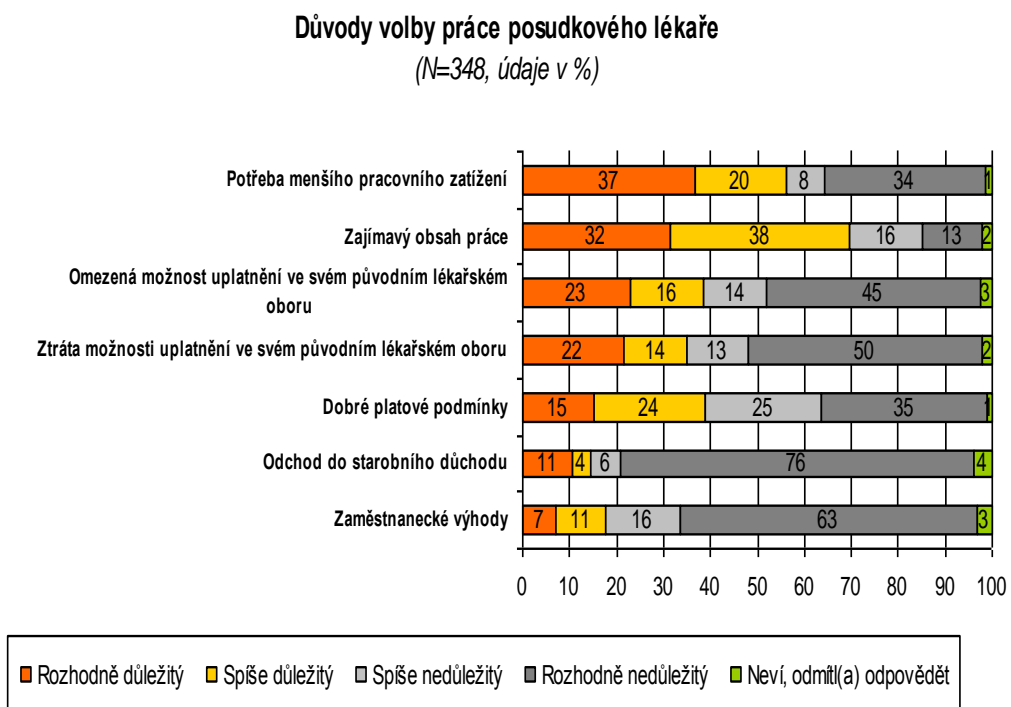
ř. = řádková %

Nejvíce spokojeni jsou se svou prací posudkoví lékaři pracující pro Českou správu sociálního zabezpečení (83% - práce vyhovuje a neuvažuje o změně). Nejméně pak lékaři pracující pro Ministerstvo práce a sociálních věcí (52% - práce vyhovuje a neuvažuje o změně, tj. celkem 16 lékařů z 31 dotázaných). Mezi lékaři vykonávajícími práci posudkového lékaře pro úřad práce je se současnou prací spokojeno a neplánuje její změnu 72% lékařů.

Jisté odlišnosti ve spokojenosti se současnou prací je možné sledovat v závislosti na věku posudkového lékaře. Lékaři mladší 49 let častěji než lékaři starších věkových skupin uvádí, že zvažují změnu profese, a to i přes současnou spokojenost. Z hlediska délky praxe v oboru posudkového lékařství relativně nejvíce vyjadřují nespokojenost a zájem o změnu své práce lékaři působící v této profesi 10-19 let (8%).

Důvody volby povolání posudkového lékaře ukazuje obrázek č.1.

Obr.1 - Důvody volby práce posudkového lékaře



K hlavním důvodům, proč se lékaři rozhodli vykonávat práci posudkového lékaře, patří především potřeba menšího pracovního nasazení (57%) a zajímavý obsah této práce (70%). Potřeba menšího pracovního nasazení byla rozhodně důležitým faktorem při rozhodování v případě žen (rozhodně důležitý ženy 42%, muži 29 %) i v případě lékařů pracujících pro úřad práce (rozhodně důležitý 48%). Naopak spíše nehrála roli v rozhodování se o profesi posudkového lékaře v případě pracovníků Ministerstva práce a sociálních věcí. Obsah práce byl méně důležitý pro posudkové lékaře pracující pro úřad práce v porovnání s Českou správou sociálního zabezpečení a Ministerstvem práce a sociálních věcí (rozhodně nedůležitý ÚP 27%, MPSV 13%, ČSSZ 10%).

Omezená možnost uplatnění v původním lékařském oboru byla důležitá při rozhodování se pro povolání posudkového lékaře pro 39% posudkových lékařů, ztráta možnosti uplatnění v původním lékařském oboru pak pro 36% lékařů.

Dobré platové podmínky hrály roli při volbě povolání posudkového lékaře pro 39% lékařů, častěji v případě lékařů pracujících pro Ministerstvo práce a sociálních věcí (důležitý 48% tj. 15 osob). Méně často pak tento faktor hrál roli v případě pracovníků úřadu práce (důležitý 30%). Odchod do důchodu byl důvodem pro zvolení práce posudkového lékaře pro 15 % posudkových lékařů, častěji pak mužů (muži 21%, ženy, 10%) a lékařů starších 60 let (28%). Na základě zaměstnaneckých výhod se rozhodovalo pro práci posudkového lékaře pouze 18% lékařů, častěji pak žen než mužů (ženy 23%, muži 9%) a častěji také zaměstnanců Ministerstva práce a sociálních věcí (32% tj. 10 osob).

Tabulka č. 5 uvádí počet **lékařů, kteří by se opakovaně rozhodli pro povolání posudkového lékaře**. Pro práci posudkového lékaře by se znovu rozhodlo 67% lékařů, z toho 28% lékařů „rozhodně“, 39% lékařů „spíše“. Tuto práci by si již podruhé nevybralo 29% posudkových lékařů.

Tab. 5 - Počet lékařů, kteří by se opakovaně rozhodli pro povolání PL

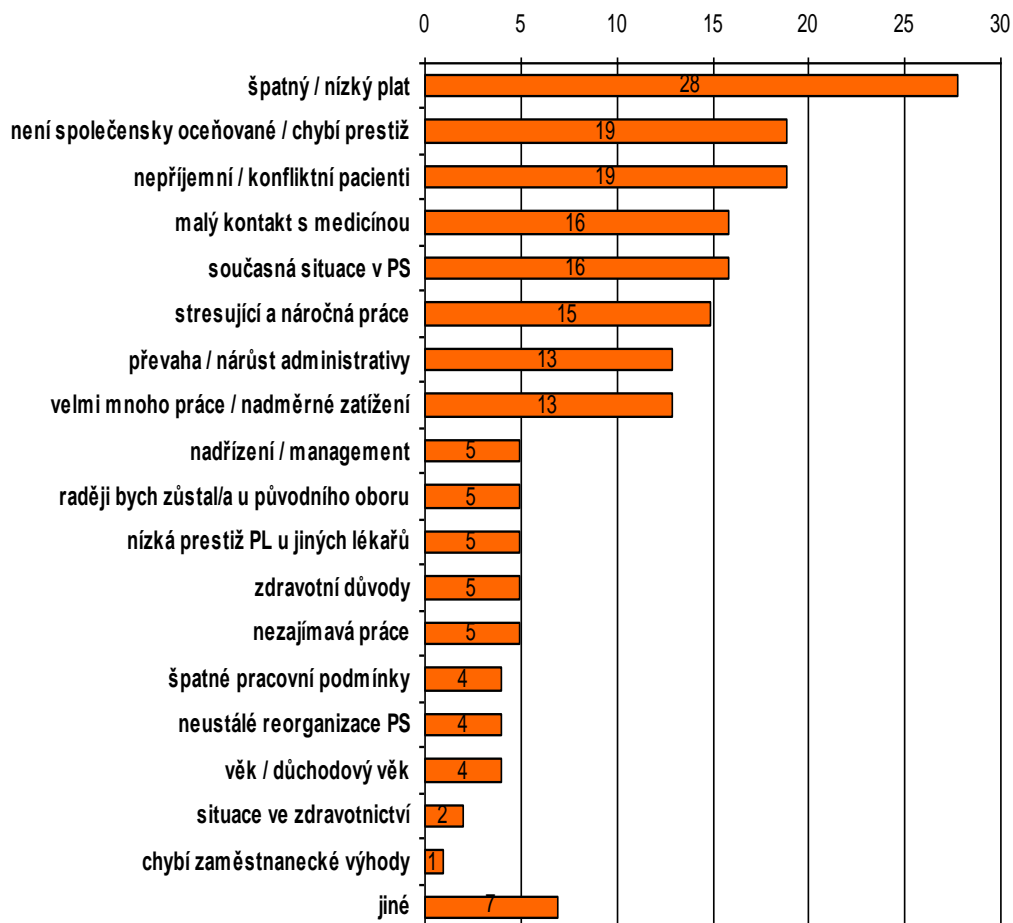
		Celkem		Vybral(a) byste si znovu, po současných zkušenostech, práci posudkového lékaře?				
		N	Sl.%	Ano	Ano	Ne	Ne	Neví
				Rozh.	spíše	spíše	Rozh.	
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		348	100	28	39	12	17	4
Zaměst.	ČSSZ	257	74	30	39	12	15	4
	MPSV	31	9	13	35	16	29	6
	ÚP	60	17	25	42	10	20	3
Pohlaví	Muž	136	39	25	36	13	23	3
	Žena	212	61	29	42	11	14	5
Věk (roky)	Do 49	51	15	22	57	4	12	6
	50-59	149	43	30	37	15	15	3
	60 plus	147	42	27	36	11	22	4
	Nevedl	1	0	100				
Počet let v oboru	Do 9	132	38	32	49	8	8	3
	10-19	133	38	26	35	14	20	5
	20 plus	83	24	23	31	13	28	5
Jak jste spokojen se svou prací posud. lékaře?	Vyhovuje	308	89	31	42	11	14	4
	Nevyhov.	36	10	6	19	22	47	6
	Neví	4	1		50		25	25
	Neuvažuji o změně	294	84	32	38	12	14	3
	Uvažuji o změně	50	14	4	44	12	34	6
	Neví	4	1		50		25	25

Po současných zkušenostech by opakovaně práci posudkového lékaře nezvolili častěji muži než ženy (nezvolili/y - muži 36%, ženy 25%) a častěji také lékaři pracující pro MPSV (nezvolili - 45% tj. 14 osob). Optimističtěji na práci posudkového lékaře nahlíží lékaři ve věku do 49 let, mezi nimiž by si opakovaně tuto profesi vybralo 7% lékařů. Pochopitelně, častěji by si znovu nevybrali práci posudkového lékaře lékaři, kteří uvádí, že jim současná práce nevyhovuje a ti lékaři, kteří uvažují o změně práce. Zajímavé však je, že ačkoliv celkově přibližně 14% posudkových lékařů zvažuje změnu povolání, téměř polovina z nich by si tuto profesi vybrala znovu.

Obrázek 2 uvádí **důvody, pro které by si 101 lékařů** (kteří uvedli, že by si rozhodně či spíše nezvolili znovu práci posudkového lékaře) **opět nezvolilo práci posudkového lékaře.**

Obr. 2 - Důvody odmítnutí opakované volby povolání posudkového lékaře

Důvody, proč by posudkoví lékaři znovu tuto práci ne zvolili
(N=101, lékaři, kteří by rozhodně či spíše znovu práci posudkového lékaře ne zvolili, údaje v %)



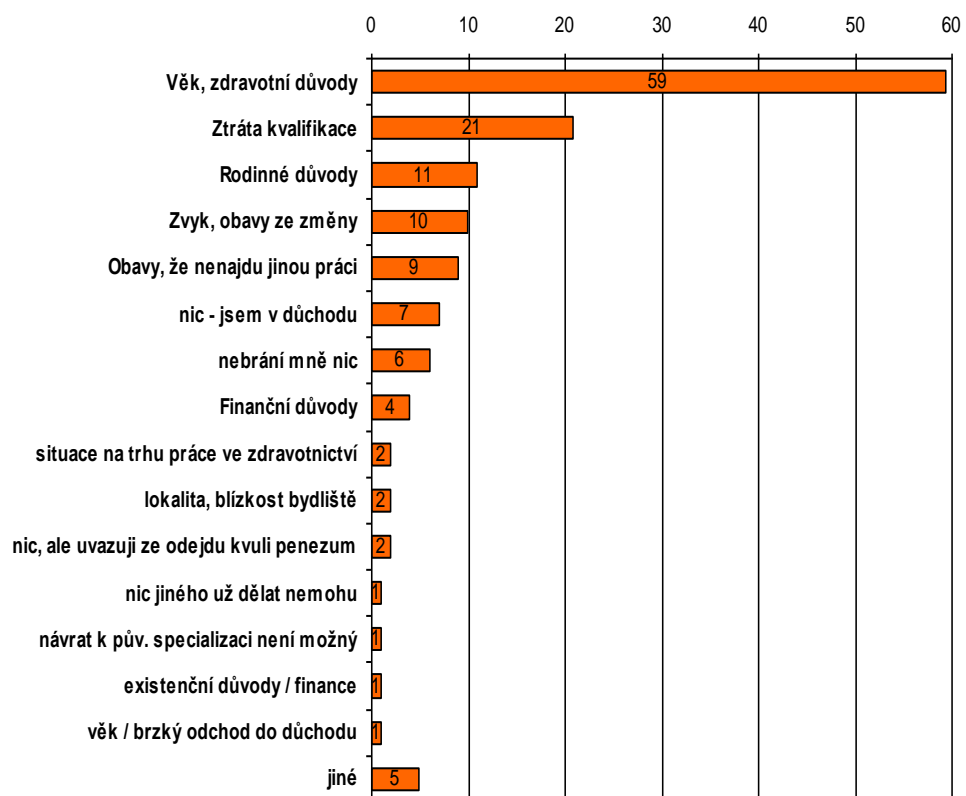
Pokud by si posudkoví lékaři znovu svou profesi ne zvolili, pak především z důvodu nízkého platu (28%), nízké prestiže tohoto povolání (19%) a z důvodů konfliktních situací souvisejících s výkonem tohoto povolání. Lékaři rovněž uvádí, že jako posudkoví lékaři mají malý kontakt s medicínou (16%). Tuto práci považují za stresující, náročnou (15%) a nadměrně zatěžující (13%). Vadí jim, že v jejich práci převažuje administrativa (13%) a rovněž jsou nespokojeni se současnou situací v posudkovém lékařství jako takovém (16%).

Z hlediska věku posudkovým lékařům ve věku 50-59 let v porovnání s posudkovými lékaři jiných věkových kategorií vadí více nízký plat (44% - z 45 lékařů). Lékařům, kteří v posudkovém lékařství pracují déle než 20 let pak především nevyhovují nepříjemní a konfliktní pacienti (35% - z 34 lékařů).

Důvody, které brání lékařům, kteří by se opakovaně nerozhodli pro profesi posudkového, v odchodu z oboru posudkového lékařství (lékařské posudkové služby) jsou patrný na obrázku č. 3

Obr. 3 - Důvody, které brání lékařům v odchodu z LPS

Jaké důvody brání lékařům v odchodu z oboru posudkového lékařství
(N=101, lékaři, kteří by rozhodně či spíše znovu práci posudkového lékaře nezvolili, údaje v %)



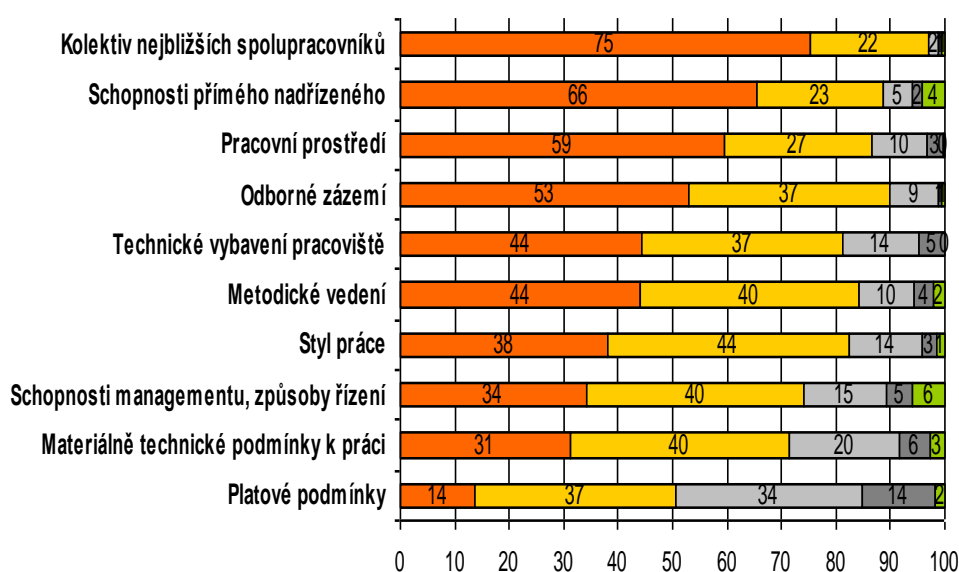
Posudkoví lékaři, kteří setrvávají v této profesi, ačkoliv jak uvádí, by si tuto práci znovu nezvolili, tak činí především ze zdravotních důvodů a z důvodu věku (59%). Pro pětinu posudkových lékařů je důvodem k setrvání ztráta kvalifikace. Desetina lékařů zůstává v posudkovém lékařství z rodinných důvodů (11%) a přibližně stejný podíl lékařů vyjádřil obavy ze změny (10%) a obavy z nenalezení jiné práce (9%).

Oslovení lékaři se rovněž vyjadřovali, zda jsou spokojeni s podmínkami, které mají ke své práci. Kromě platových podmínek převažuje mezi posudkovými lékaři celkově spokojenost s podmínkami, které mají ke své práci. **Spokojenost posudkových lékařů s pracovními podmínkami** uvádí obrázek č. 4.

Obr. 4 - Spokojenost posudkových lékařů s pracovními podmínkami

Jak jsou posudkoví lékaři spokojeni s podmínkami, které mají ke své práci:

(N=348, údaje v %)



■ Velmi spokojen(a)
 ■ Spíše spokojen(a)
 ■ Spíše nespokojen(a)
 ■ Velmi nespokojen(a)
 ■ Neví, nedokáže posoudit

Z vybraných atributů vyjadřují lékaři nejvyšší spokojenost s kolektivem nejbližších spolupracovníků. Naprostá většina lékařů (97%) je se svými nejbližšími spolupracovníky spokojena. Vysoká spokojenost panuje i v případě schopností přímého nadřízeného (spokojeno 89% lékařů), hodnocení pracovního prostředí (spokojeno 86 %), odborného zázemí (spokojeno 90%), technického vybavení pracoviště (spokojeno 81%), metodického vedení (spokojeno 84%) i stylu práce (spokojeno 82%). O něco hůře, ovšem se stále převažující spokojeností v porovnání s předchozími jmenovanými podmínkami práce posudkového lékaře, jsou hodnoceny schopnosti managementu, způsoby řízení (spokojeno 74%) a materiálně technické podmínky v práci (spokojeno 71%). Na posledním místě v žebříčku spokojenosti se nachází platové podmínky, s nimiž je spokojeno 51% posudkových lékařů.

Podíváme-li se na **hodnocení pracovních podmínek z hlediska sociodemografických rozdílů**, pak můžeme konstatovat, že:

- a) z hlediska věku posudkoví lékaři starší 60 let jsou s jednotlivými atributy častěji „rozhodně spokojeni“ než jiné věkové skupiny. Lékaři ve věku do 49 let hodnotí v porovnání s posudkovými lékaři vyššího věku o něco hůře pracovní prostředí, technické vybavení pracoviště, lékaři ve věku 50-59 let pak relativně nižší spokojenost vyjadřují v případě platových podmínek (nespokojeno do 49 let 47%, 50-59 let 56%, 60 a více let 39%).
- b) z hlediska pohlaví mezi posudkovými lékaři a lékařkami panuje poměrně shoda v hodnocení spokojenosti s pracovními podmínkami. Výjimku tvoří pouze technické vybavení pracoviště, u kterého vyjadřuje nespokojenost 22% žen a 13% mužů a styl práce, který naopak hůře hodnotí muži (nespokojeno muži 21%, ženy 13%).
- c) z hlediska zaměstnavatele jsou poměrně časté odlišnosti v hodnocení pracovních podmínek. Posudkoví lékaři, které zaměstnává ČSSZ o něco hůře hodnotí pracovní prostředí a oproti zaměstnancům MPSV a ÚP. Častěji volí u tohoto atributu odpověď „spíše spokojen“, významněji hůře rovněž hodnotí technické vybavení pracoviště (nespokojeno na ČSSZ 25% x na ÚP 0%, na MPSV 7%) a materiálně technické podmínky k práci (nespokojeno na ČSSZ 31% x na ÚP 10%, na MPSV 10%).

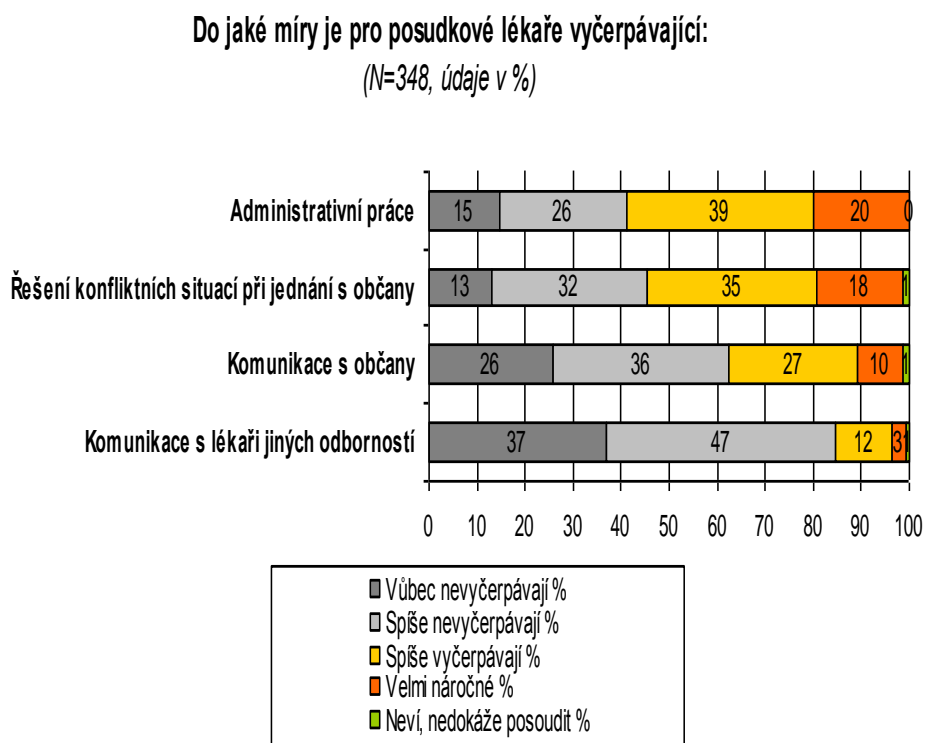
Posudkoví lékaři zaměstnaní na MPSV nevyjadřují v porovnání se zaměstnanci ČSSZ a ÚP tak jednoznačnou spokojenost s kolektivem nejbližších a více se přiklání k odpovědi „spíše spokojen“. Hůře hodnotí svou spokojenost se schopnostmi přímého nadřízeného (nespokojeno na MPSV 19% x ČSSZ 6%, ÚP 3% - ovšem 13% neví), metodickým vedením (nespokojeno na MPSV 32% x ČSSZ 13%, ÚP 7 %), stylem práce (nespokojeno na MPSV 29% x ČSSZ 15%, ÚP 15%), schopnosti managementu, způsoby řízení (nespokojeno na MPSV 48% x ČSSZ 18%, ÚP 12%) a platové podmínky (nespokojeno na MPSV 87% x ČSSZ 45%, ÚP 37%).

Lékaři pracující pro úřad práce téměř u všech sledovaných atributů vyjadřují vyšší spokojenost než zaměstnanci MPSV a ČSSZ, tj. jsou více spokojeni s pracovním prostředím, technickým vybavením pracoviště (žádná odpověď vyjadřující nespokojenost), metodickým vedením, stylem práce, schopnostmi managementu, materiálně technickými podmínkami a vyjadřují i vyšší spokojenost s platovými podmínkami.

Pro všechny zmiňované atributy platí, že posudkoví lékaři, kteří uvažují o změně profese jsou častěji s těmito atributy „spíše spokojeni“, zatímco lékaři, kteří o změně neuvažují, volí častěji hodnocení „rozhodně spokojeni“. V případě metodického vedení však lékaři zvažující změnu se významně více než lékaři, kteří změnu nezvažují, přiklání k hodnocení „spíše nespokojen“ (22%).

Jak vnímají posudkoví lékaři **náročnost jednotlivých činností výkonu** své práce uvádí obrázek č. 5.

Obr. 5 Náročnost činností práce posudkového lékaře



Za náročné na své práci považují posudkoví lékaři především administrativu, která je s výkonem této profese spojená (59%) a řešení konfliktních situací při jednání s občany (53%). Komunikaci s občany považuje za náročnou 37% posudkových lékařů. Naproti tomu komunikace s lékaři jiných odborností posudkovým lékařům problémy nečiní a jako vyčerpávající a náročnou ji označuje pouze 15% lékařů.

Posudkoví lékaři z MPSV častěji označují za vyčerpávající komunikaci s občany (vyčerpávající MPSV 58% x ČSSZ 33%, ÚP 42%) a řešení konfliktních situací (vyčerpávající MPSV 84% x ČSSZ 50%, ÚP 53%).

Z hlediska délky praxe v posudkovém lékařství pak platí, že lékaře s praxí delší než 20 let více vyčerpává jak komunikace s občany, tak administrativa. Tyto dva momenty práce posudkového lékaře připadají zatěžující i lékařům, kterým práce posudkového lékaře nevyhovuje, k tomu se však přidává i řešení konfliktních situací při jednání s občany.

Lékaři se vyjadřovali i k **využívání lékařské kvalifikace**, jak dokládá tabulka č.6.

Naprostá většina lékařů je přesvědčena, že při výkonu práce posudkového lékaře dostatečně využívá svou lékařskou kvalifikaci – rozhodně přesvědčeno 67% lékařů, spíše přesvědčeno 29% lékařů. Pouze 4% posudkových lékařů (17 respondentů) se domnívají, že svou kvalifikaci nevyužívají dostatečně.

Ze 17 posudkových lékařů, kteří uvedli, že není jejich lékařská kvalifikace při výkonu práce dostatečně využívána, má 7 lékařů pocit, že tráví mnoho času administrativními pracemi. Podle 5 lékařů je tato situace zapříčiněna tím, že v posudkovém lékařství není jejich lékařská kvalifikace příliš potřeba. Dva lékaři nevyužívají svou lékařskou kvalifikaci dostatečně, protože tráví mnoho času dopravou během výkonu práce a dva lékaři zastávají názor, že posudkové lékařství není akutní medicína.

O něco nižší stupeň přesvědčení o dostatečném využívání lékařské kvalifikace (na hladině rozhodně ano – spíše ano) projevují muži než ženy, lékaři mladší 50 let a lékaři, kteří projevují zájem o změnu povolání.

Tab. 6 - Využívání lékařské kvalifikace

		Celkem		Myslíte si, že při práci posudkového lékaře dostatečně využíváte Vaši lékařskou kvalifikaci?				
		N	Sl.%	Ano	Ano	Ne	Ne	Neví
				Rozh.	Spíše	Spíše	Rozh.	
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		348	100	66	28	3	1	0
Pohlaví	Muž	136	39	60	35	2	2	
	Žena	212	61	70	24	4	1	0
Věk (roky)	Do 49	51	15	41	47	8	2	2
	50-59	149	43	70	27	2	1	
	60 plus	147	42	71	24	3	2	
	Neuvedl	1	0	100				
Jak jste spokojen se svou současnou prací PL?	Vyhovuje	308	89	68	28	3	1	0
	Nevyhov.	36	10	50	39	8	3	
	Neví	4	1	100				
	Neuvažuji o změně	294	84	69	27	3	2	
	Uvažuji o změně	50	14	48	42	8		2
	Neví	4	1	100				

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Rozh. - rozhodně

Nevyhov. – nevyhovuje

Lékaři byli také dotazováni, zda zaznamenali **odborné diskuse o činnosti lékařské posudkové služby**. Jejich odpovědi uvádí tabulka č. 7.

Tab.7 - Zaznamenání odborné diskuse na téma lékařské posudkové služby .

		Celkem		Zaznamenal(a) jste odbornou diskusi na téma problémů posudkového lékařství a posudkových lékařů obecně?		
		N	Sl. %	Ano	Ne	Neví
				ř %	ř %	ř %
Celkem		348	100	64	35	1
Zaměst.	ČSSZ	257	74	63	35	2
	MPSV	31	9	55	45	
	Úřad práce	60	17	73	27	
Pohlaví	Muž	136	39	74	25	1
	Žena	212	61	58	41	1
Věk (roky)	Do 49	51	15	59	41	
	50-59	149	43	63	35	2
	60 plus	147	42	67	32	1
	Není	1	0		100	
Počet let v oboru	Do 9	132	38	64	36	1
	10-19	133	38	66	32	2
	20 plus	83	24	61	37	1

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

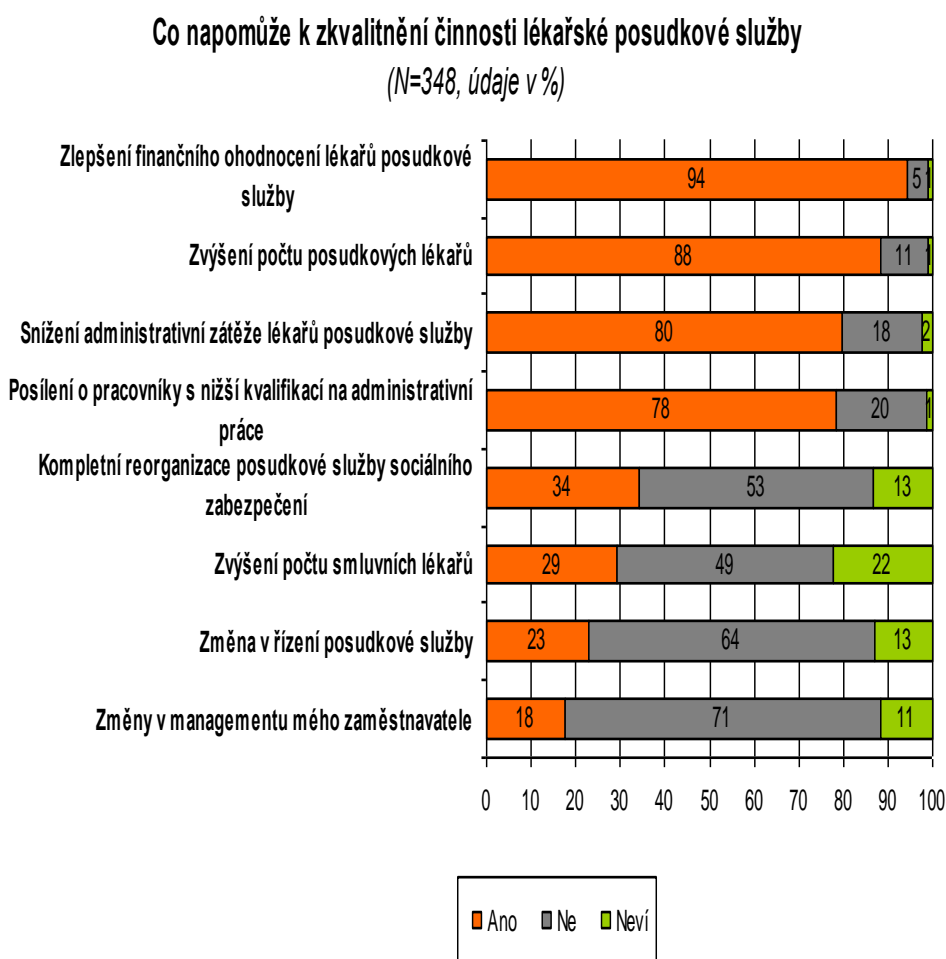
ř.= řádková %

Zaměst. –zaměstnavatel

Z odborných diskusí vztahujících se k problematice posudkového lékařství zaznamenali lékaři o něco častěji diskuse vztahující se k tématu posuzování zdravotního stavu pacienta posudkovými lékaři (74%) než diskuse na téma problémů posudkového lékařství a posudkových lékařů obecně. Žádnou ze zmiňovaných diskusí nezaregistrovalo 18% lékařů. Probíhající diskusi na téma posuzování zdravotního stavu pacienta zaznamenali častěji posudkoví lékaři pracující pro MPSV (81%) a výrazně častěji také lékaři, kteří působí v posudkovém lékařství 10-19 let (82%). Odborné diskuse vztahující se k obecným problémům posudkového lékařství si pak častěji všimli muži než ženy (muži 74%, ženy 58%), z hlediska zaměstnavatele pak lékaři pracující pro úřad práce (73%).

Obrázek č. 6 uvádí názory posudkových lékařů na způsoby a možnosti zkvalitnění činnosti lékařské posudkové služby.

Obr.6 - Možnosti zkvalitnění činnosti lékařské posudkové služby



Podle oslovených lékařů by zkvalitnění činnosti lékařské posudkové služby mohlo být dosaženo především zlepšením finančního ohodnocení lékařů posudkové služby (94%) a zvýšením počtu posudkových lékařů (88%).

Na zlepšení finančního ohodnocení lékařů posudkové služby se shodují lékaři bez rozdílu. Většina lékařů se rovněž shoduje v tom, že vyšší kvality práce může být dosaženo posílením o pracovníky s nižší kvalifikací na administrativní práce (78%), což by pochopitelně vedlo ke snížení administrativní zátěže posudkových lékařů, kterou za cestu k zkvalitnění práce považuje 88% posudkových lékařů. Kompletní reorganizace posudkové služby sociálního zabezpečení (34%) stejně tak jako změny v řízení posudkové služby (23%) i jako změny v managementu zaměstnavatele (18%) podle posudkových lékařů ke zkvalitnění činnosti lékařské posudkové služby nepovedou. Naděje nevkládají lékaři ani do zvýšení smluvních lékařů – pouze podle 29% posudkových lékařů toto opatření napomůže k zlepšení práce.

Ženy častěji než muži vidí možnosti zlepšení kvality práce lékařské posudkové služby ve snížení administrativní zátěže lékařů (muži 75%, ženy 83%) a v posílení o pracovníky s nižší kvalifikací na administrativní práce (muži 71%, ženy 84%).

Lékaři pracující pro ČSSZ častěji označují za možnost vedoucí ke zkvalitnění práce posudkové služby snížení administrativní zátěže lékařů (ČSSZ 83%, MPSV 81% a ÚP 67%) a méně se naopak přiklání ke kompletní reorganizaci posudkové služby sociálního zabezpečení (ČSSZ 27%, MPSV 55 % a ÚP 55%). Lékaři pracující pro MPSV vidí častěji cestu ke zkvalitnění práce v posílení o pracovníky s nižší kvalifikací na administrativní práce (ČSSZ 81%, MPSV 90% a ÚP 62%), ve změně řízení posudkové služby (ČSSZ 23%, MPSV 55% a ÚP 18%) i ve změnách managementu (ČSSZ 17%, MPSV 52% a ÚP 3%).

Lékaři pracující pro úřad práce se častěji přiklání k názoru, že ke zkvalitnění práce napomůže kompletní reorganizace posudkové služby. Naopak méně často věří ve zlepšení kvality práce v důsledku snížení administrativní zátěže, v důsledku posílení o pracovníky s nižší kvalifikací na administrativní práce či zvýšení počtu smluvních lékařů (nepomůže ČSSZ 42%, MPSV 55% a ÚP 75%). Nevěří ani, že by k vyšší kvalitě práce napomohly změny v řízení posudkové služby a prakticky všichni lékaři pracující pro ÚP se shodují v tom, že změny v managementu jejich zaměstnavatele nepovedou k lepší kvalitě činnosti posudkové služby.

Naprostá většina posudkových lékařů se shoduje v tom, že aby se zaměstnavatelům v resortu MPSV podařilo získat nové posudkové lékaře, je zapotřebí je motivovat platem vyšším než je plat v současných relacích lékaře posudkové služby (95%). Jako dostatečně motivační označuje 40% lékařů plat srovnatelný s platem praktických lékařů, 54% posudkových lékařů se pak domnívá, že k získání nových posudkových lékařů je zapotřebí je motivovat platem vyšším než mají praktičtí lékaři v současnosti.

10.3. Metodika šetření „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby - rok 2007“

Šetření s názvem „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby“ bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného telefonického rozhovoru na vzorku 500 respondentů – lékařů ambulantního a nemocničního sektoru. Respondenti byli vybíráni metodou kvótního výběru podle specializace lékaře (praktický lékař, pediatr, ambulantní specialista a lékař v nemocnici) a regionu. Metoda šetření CATI – telefonní sběr dat dle předem nastavených kvót. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS, který je v současnosti nejpoužívanějším statistickým SW na světě (19. verze v základním modulu). Výstupem získaných zpracovaných dat jsou grafy a tabulky ve třídění pohlaví, věk, specializace lékaře, délka praxe a region; v členění na Prahu, Čechy a Moravu. V rámci studie jsou komentovány statisticky významnější rozdíly, které jsou rovněž zvýrazněny podbarvením v interpretovaných tabulkách. Tyto statisticky významné odchylky jsou na hladině významnosti 0,05. U většiny zastávaných postojů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve sledovaných proměnných. Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESOMAR.

10.4. Výsledky šetření „Názory lékařů na práci lékařské posudkové služby - rok 2007“

Strukturu šetřeného souboru praktických všeobecných lékařů, pediatrů, ambulantních specialistů a lékařů v nemocnicích uvádí tabulka č. 8.

Tab.8 - Struktura souboru ambulantních a nemocničních lékařů

		Celkem	
		N	Sl. %
Celkem		500	100,0
Typ lékaře (stanoveno kvótně)	Praktický všeobecný lékař	200	40,0
	Pediatr	100	20,0
	Ambulantní specialista	100	20,0
	Lékař v nemocnici	100	20,0
Pohlaví respondenta	Muž	171	34,2
	Žena	329	65,8
Věk	Do 39 let	67	13,4
	40-49 let	128	25,6
	50-59 let	168	33,6
	60 let a více	129	25,8
	Neuvedl/a	8	1,6
Oblast	Praha	93	18,6
	Čechy	213	42,6
	Morava	194	38,8
Počet let v oboru	Do 9 let	60	12,0
	10-19 let	112	22,4
	20-29 let	164	32,8
	30-39 let	128	25,6
	40 let a více	35	7,0
	Neuvedl/a	1	0,2

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

Jak uvádí tabulka č. 9 většina lékařů je s náplní práce posudkového lékaře obeznámena. Pouze 4% lékařů náplň této práce neznají. Více jak třetina lékařů (36%) obsah práce posudkového lékaře zná dobře, více jak polovina (53%) pak pouze částečně. Jisté, ale velmi malé povědomí o náplni práce posudkového lékaře má 7% lékařů.

Tab.9 - Znalost náplně práce posudkového lékaře

		Celkem		Znáte náplň práce posudkového lékaře?			
		N	Sl.%	Ano, znám	Ano, částečně	Ano, málo	Ne, neznám
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		500	100	36	52	7	4
Typ lékaře	Praktický všeobecný lékař	200	40	55	42	2	2
	Pediatr	100	20	20	67	9	4
	Ambulantní specialista	100	20	24	55	13	8
	Lékař v nemocnici	100	20	26	56	11	7
Věk	Do 39 let	67	13	7	69	16	7
	40-49 let	128	26	34	58	5	3
	50-59 let	168	34	42	50	7	1
	60 let a více	129	26	45	42	5	9
	Nevedl/a	8	2	38	50	13	

N = počet respondentů (báze)

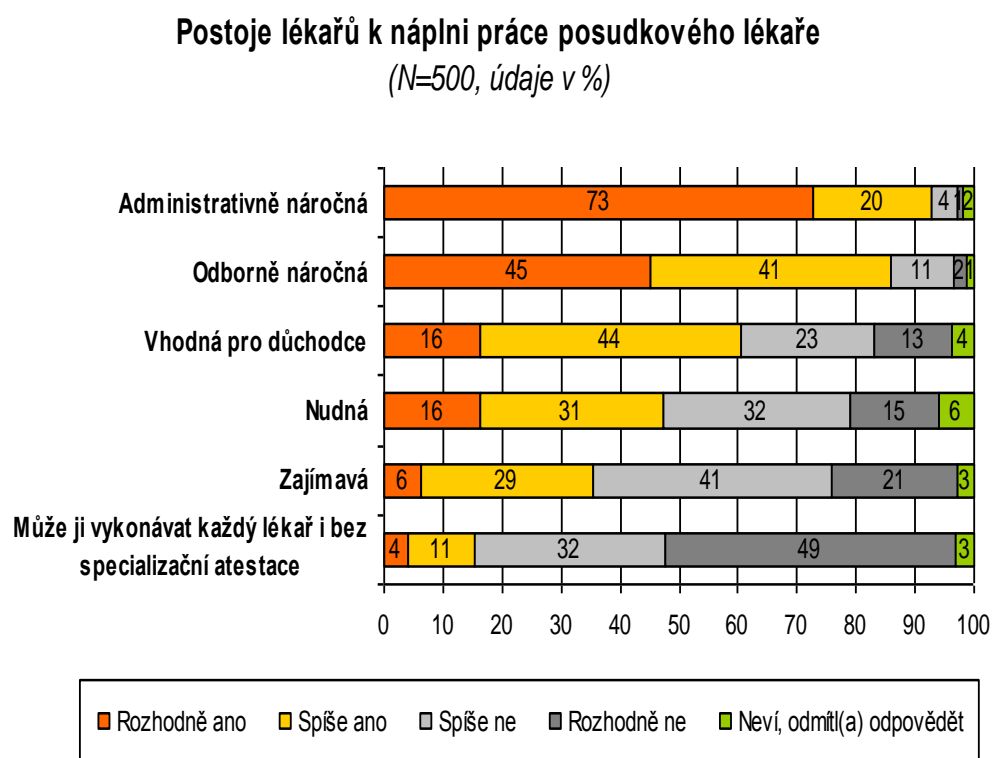
Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Z hlediska specializace jsou lépe s náplní práce posudkového lékaře seznámeni všeobecní praktičtí lékaři, méně pak pediatri a ambulantní specialisté. Větší povědomí o obsahu práce posudkových lékařů mají obecně lékaři starší 50 let. Většina lékařů považuje náplň práce posudkového lékaře za administrativně (93%) i odborně (86%) náročnou. Podle více jak poloviny lékařů se jedná o nezajímavou práci (62%), vhodnou pro důchodce (60%). Přímo za nudnou označuje práci posudkového lékaře 47% lékařů. Většina lékařů (81%) se shoduje v tom, že práci posudkového lékaře nemůže vykonávat každý lékař, tj. i bez specializační atestace

Jaké zaujímali oslovení lékaři **postoje k náplni práce posudkového lékaře** uvádí obrázek č. 7.

Obr.7 Postoje lékařů k náplni práce posudkového lékaře



Náplň práce posudkového lékaře o něco hůře vnímají muži než ženy – muži častěji než ženy označují tuto práci za nudnou (muži 52%, ženy 45%) a za vhodnou pro důchodce (muži 72%, ženy 54%). Zajímavé je, že ve věkové kategorii 50-59 let, tj. kategorii, která se blíží důchodovému věku, je v porovnání s jinými věkovými kategoriemi významně vyšší podíl lékařů, kteří rozhodně nesouhlasí s názorem, že práce posudkového lékaře je vhodná pro důchodce (rozhodně nesouhlasí 19%). Z hlediska oboru za rozhodně nezajímavou a nudnou nejvíce označují náplň práce posudkového lékaře praktičtí lékaři (rozhodně nezajímavá 28%, rozhodně nudná 21%).

Jak uvádí tabulka č. 10 v porovnání s jinými lékařskými obory hodnotí lékaři **prestiž posudkového lékaře** převážně jako nízkou (49%) a průměrnou (45%). Pouze pro 3% lékařů mají posudkoví lékaři vysokou prestiž.

Tab.10- Hodnocení prestiže LPS vzhledem k ostatním lékařským oborům

		Celkem		Jak hodnotíte prestiž posudkového lékaře vzhledem k ostatním lékařským oborům?			
		N	Sl.%	Je vysoká	Je průměrná	Je nízká	Neví, odmítl(a) odpovědět
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		500	100	3	45	49	3
Typ lékaře	Praktický všeobecný lékař	200	40	4	36	58	3
	Pediatr	100	20	3	60	35	2
	Ambulantní specialista	100	20	1	41	53	5
	Lékař v nemocnici	100	20	4	52	42	2

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

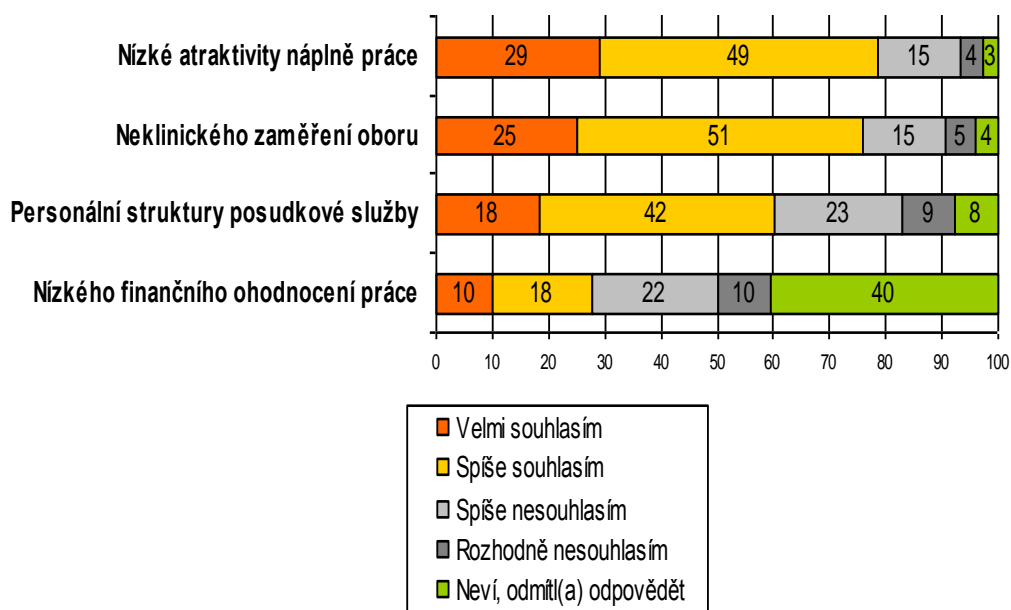
Praktičtí lékaři, kteří v porovnání s lékaři jiných specializací „hůře“ hodnotili náplň práce posudkových lékařů, se i negativněji vyjadřují k prestiži posudkových lékařů a častěji ji označují za nízkou (58%). „Nejlépe“ si naopak posudkoví lékaři stojí u pediatriů. 60% pediatriů vnímá jejich prestiž v porovnání s jinými lékařskými obory jako průměrnou.

Jaké jsou **důvody průměrného či nízkého vnímání prestiže posudkového lékařství** ve srovnání s ostatními lékařskými obory celkem 471 lékaři jiných specializací uvádí obrázek č. 8.

Obr.8 - Důvody vnímání průměrné či nízké prestiže posudkového lékařství

Proč lékaři považují prestiž posudkového lékaře za průměrnou či nízkou

(N=471, lékaři, kteří označili prestiž posudkového lékaře za průměrnou a nízkou, údaje v %)



Za nízkou či průměrnou označují lékaři prestiž posudkového lékaře především z důvodu nízké atraktivita práce (78%) a „neklínického“ zaměření oboru (76%). Personální struktura posudkové služby má vliv na horší vnímání prestiže podle 60% lékařů. Finanční ohodnocení práce posudkových lékařů příliš neovlivňuje vnímání jejich prestiže. Pouze 28% lékařů považuje prestiž posudkových lékařů za průměrnou či nízkou z důvodů nízkého finančního ohodnocení této profese. Je zde však zapotřebí poznamenat, že 40% lékařů se k problematice finančního ohodnocení nedokáže či nechce vyjádřit. Pro praktické lékaře více jak pro lékaře jiných specializací je důvodem průměrného či nízkého vnímání prestiže posudkových lékařů nízká atraktivita náplně práce (81%) a nízké finanční ohodnocení jejich práce (31%).

Přesto má však práce posudkového lékaře pro více než polovinu dotázaných celoživotní perspektivu, jak je patrné z tabulky č. 11.

Tab. 11 - Celoživotní perspektiva práce posudkového lékaře

		Celkem		Může mít dle Vašeho názoru specializace v posudkovém lékařství celoživotní perspektivu?				
		N	Sl.%	Ano	Ano	Ne	Ne	Neví
				Rozh.	Spíše	Spíše	Rozh.	
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		500	100	17	36	31	13	2
Typ lékaře	Praktický - všeobecný lékař	200	40	17	38	26	17	3
	Pediatr	100	20	12	34	42	10	2
	Ambulantní specialista	100	20	24	26	37	10	3
	Lékař v nemocnici	100	20	16	43	26	13	2

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Rozh. –rozhodně

Práce posudkového lékaře má celoživotní perspektivu podle více jak poloviny lékařů (54%), častěji než lékaři jiných specializací zastávají tento názor ambulantní specialisté.

Zkušenost s prací posudkového lékaře má ve svém oboru 343 lékařů (69%) lékařů, jak uvádí tabulka č. 12. Dle předpokladu se nejčastěji s posudkovými lékaři setkali praktičtí lékaři (88%), nejméně lékaři v nemocnici (49%). Pochopitelně mají častěji zkušenost s prací posudkových lékařů lékaři vyššího věku (50-59 let 76%), tj. lékaři, kteří působí delší dobu v oboru (20-29 let 79%).

Jaká je osobní zkušenost 343 lékařů s prací posudkového lékaře ukazuje tabulka č. 13.

Lékaři označili svoji zkušenost s prací posudkového lékaře jako dobrou v 55%, třetina lékařů (35%) pak jako průměrnou. Vysloveně špatnou má zkušenost s odborností posudkového lékaře 7% lékařů. Dobré zkušenosti s odborností posudkových lékařů vyjadřují častěji praktičtí lékaři (64%) a z hlediska pohlaví lékaře pak více ženy (60%) než muži (47%).

Současně na otázku zda považují lékaři spolupráci s posudkovým lékařem za potřebnou nadpoloviční většina lékařů (61%), uvedla, že se při výkonu své práce bez spolupráce s posudkovým lékařem neobejde. Odpovědi byly bez rozdílu v závislosti na pohlaví, věku a specializaci lékaře. Pouze mezi lékaři z Prahy mírně převažuje názor, že pomoc posudkového lékaře nepotřebují (potřebuje 49%, nepotřebuje 51%).

Tab. 12 - Počet lékařů se zkušeností lékařů
s prací posudkového lékaře

		Celkem		Máte zkušenost s prací posudkového lékaře ve Vašem oboru?	
		N	Sl.%	Ano	Ne
				ř.%	ř.%
Celkem		500	100	69	31
Typ lékaře	Praktický všeobecný lékař	200	40	88	13
	Pediatr	100	20	65	35
	Ambulantní specialista	100	20	54	46
	Lékař v nemocnici	100	20	49	51
Věk	Do 39 let	67	13	43	57
	40-49 let	128	26	71	29
	50-59 let	168	34	76	24
	60 let a více	129	26	70	30
	Nevedl/a	8	2	63	38
Počet let v oboru	Do 9 let	60	12	42	58
	10-19 let	112	22	67	33
	20-29 let	164	33	79	21
	30-39 let	128	26	70	30
	40 let a více	35	7	63	37
	Nevedl/a	1	0	100	

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Tab. 13 - Hodnocení osobní zkušenosti lékařů s prací posudkového lékaře

		Celkem		Jaká je Vaše zkušenost s odborností posudkového lékaře ve			
		N	Sl.%	Dobrá	Průměrná	Špatná	Neví
				ř. %	ř. %	ř. %	ř. %
Celkem		343	100	55	35	7	3
Typ lékaře	Praktický - všeobecný lékař	175	51	64	28	6	2
	Pediatr	65	19	48	45	2	6
	Ambulantní specialista	54	16	44	41	11	4
	Lékař v nemocnici	49	14	47	41	10	2
Pohlaví	Muž	116	34	47	41	8	3
	Žena	227	66	59	32	6	3

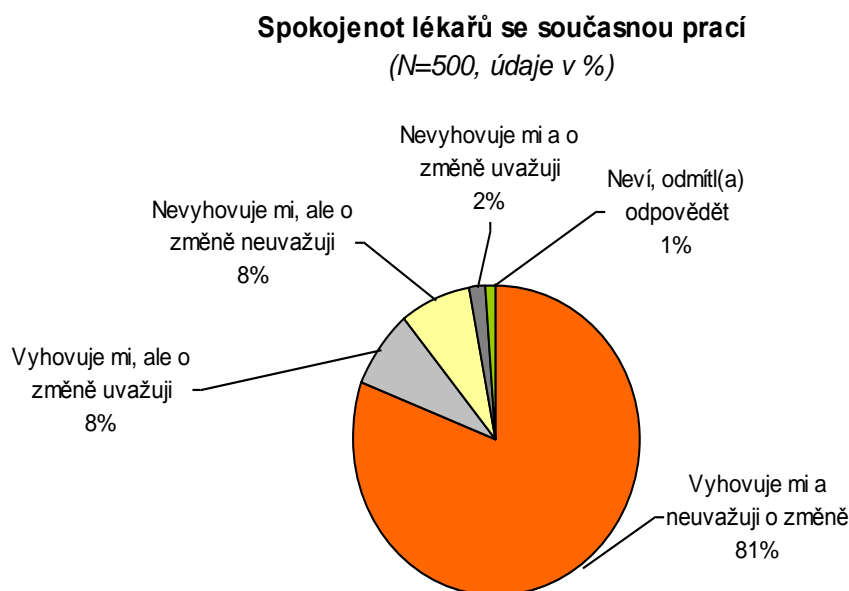
N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Respondenti byli tázáni jak jsou spokojeni se svou současnou prací. Obrázek 9 dokládá **spokojenost lékařů s jejich současným zaměstnáním**.

Obr. 9 - Spokojenost lékařů se současnou prací



Převážná většina lékařů (81%) je se svou současnou prací spokojena a neuvažuje o její změně. Necelá desetina lékařů (8%) sice vyjadřuje jistou nespokojenost se současnou prací, ale o její změně neuvažuje. Jistý potenciál pro získání nových posudkových lékařů představuje 10% lékařů, kteří v současnosti zvažují změnu práce - 8% lékařů zvažuje možnost změny i přes spokojenost se současnou prací, 2 % lékařů jsou nespokojeni s prací a zároveň i přemýšlí o změně. Nejčastěji vyjadřují spokojenost se svou prací z hlediska specializace pediatři (současná práce vyhovuje a o změně neuvažuje 91%), nejméně pak praktičtí lékaři (vyhovuje a o změně neuvažuje 75%). Ti však, ačkoliv jsou častěji se současnou prací nespokojeni, o její změně neuvažují (nevyhovuje, ale o změně neuvažuje 15%) .Z hlediska regionů přemýšlí o změně práce více lékaři z Moravy (13%) než lékaři z Prahy (8%) a z Čech (8%).

Zájem o výkon profese posudkového lékaře uvádí tabulka č.14.

Tab. 14 – Uvažoval/a byste někdy v budoucnu o práci v LPS

		Celkem		Uvažoval(a) byste někdy v budoucnu o práci lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení?			
		N	Sl.%	Ano	Možná ano, nevylučuji to	Nikdy	Neví, odmítl(a) odpovědět
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		500	100	3	30	67	0
Typ lékaře	Praktický všeobecný lékař	200	40	4	27	70	
	Pediatr	100	20	1	26	72	1
	Ambulantní specialista	100	20	2	29	69	
	Lékař v nemocnici	100	20	3	42	55	
Věk	Do 39 let	67	13	1	60	39	
	40-49 let	128	26	2	37	61	
	50-59 let	168	34	3	26	70	1
	60 let a více	129	26	3	15	82	
	Neuvedl/a	8	2		13	88	

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

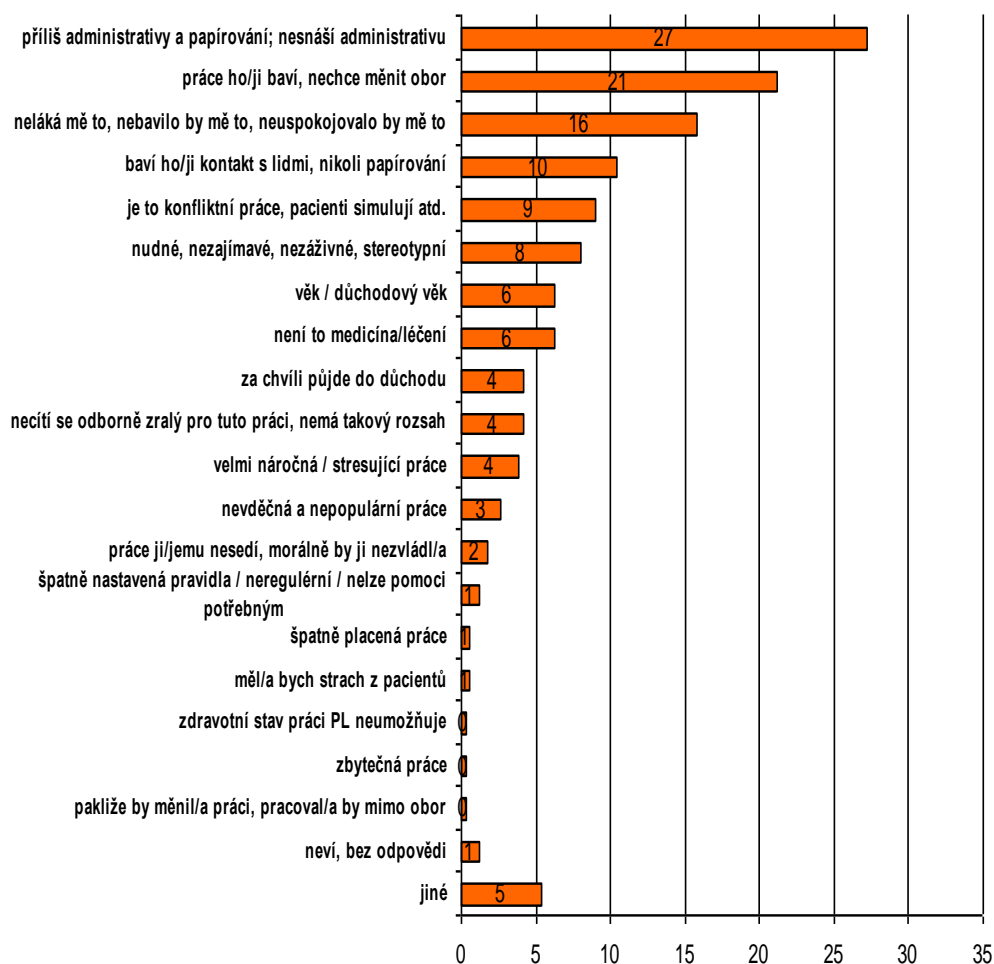
Necelá jedna třetina lékařů (30%) připouští, že by se někdy v budoucnu mohla stát lékařem posudkové služby sociálního zabezpečení, 2% lékařů o této možnosti do budoucna uvažují. Naopak, dvě třetiny lékařů (67%) by o profesi posudkového lékaře nikdy nepřemýšlely.

Možnost být lékařem posudkové služby sociálního zabezpečení nevyklučují z hlediska specializace častěji lékaři v nemocnicích (42%) a především pak mladí lékaři ve věku do 39 let (60 %). S rostoucím věkem pak zájem o práci posudkového lékaře klesá.

Důvody nezájmu o práci posudkového lékaře jsou patrné na obrázku č.10.

Obr. 10 - Proč by si lékař nikdy ne zvolil práci posudkového lékaře

Proč by lékař nikdy ne zvolil práci lékaře posudkové služby
(N=335, lékaři, kteří by nikdy ne zvolili práci lékaře posudkové služby, údaje v %)



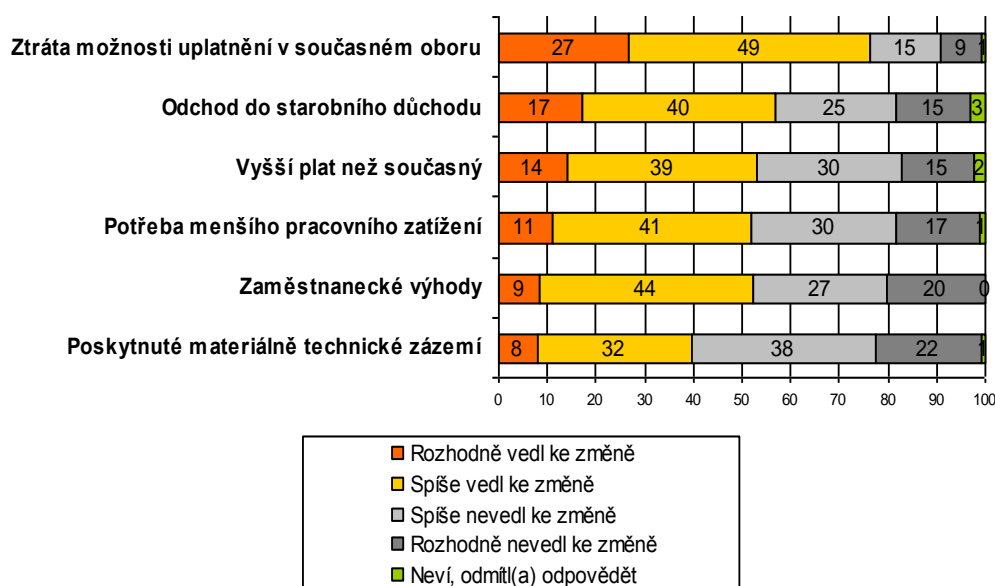
Důvody, proč lékaři nemají zájem o práci posudkového lékaře je možné rozdělit do dvou hlavních kategorií – první je spokojenost se současnou prací, druhou obsah práce posudkového lékaře. Přičemž důvody spojené s náplní práce lékaři zmiňují častěji než současnou spokojenost. Lékaři nemají zájem o profesi posudkového lékaře především z důvodu obavy z přílišné administrativy související s výkonem tohoto povolání. Lékaři tuto práci spojují s papírováním a administrativou. Rovněž vyjadřují obavy, že by je tato práce nebavila a nenaplňovala. 6% lékařů přímo uvádí, že to není „medicína“. Práci posudkového lékaře považují lékaři za nezajímavou, nudnou, ale i za konfliktní, nevděčnou, stresující. V případě ambulantních specialistů je jednoznačně dominantním důvodům odmítnutí práce posudkového lékaře spokojenost se současnou prací (38%), pro praktické lékaře a pediatry obavy z přílišné administrativy (praktičtí lékaři 32%, pediatři 31%). Praktičtí lékaři rovněž častěji než lékaři jiných specializací zmiňují konfliktnost práce posudkového lékaře (14%).

Důvody zájmu o práci posudkového lékaře uvádí obrázek č. 11.

Obr. 11 - Důvody, které by vedly lékaře ke změně současné práce ve prospěch práce posudkového lékaře

Které důvody by vedly lékaře ke změně současné práce ve prospěch práce posudkového lékaře

(N=164, lékaři, kteří by uvažovali o práci posudkového lékaře, údaje v %)



Ztráta možnosti uplatnění v současném oboru, je nejčastěji lékaři zmiňovaným důvodem, proč se stát posudkovým lékařem (76%). Více jak polovina lékařů (57%), kteří neodmítají možnost stát se posudkovým lékařem, by zvažovala tuto profesi v případě odchodu do starobního důchodu. Paradoxně však lékaři, kteří se blíží důchodovému věku, tj. jsou starší 50 let, častěji uvádí, že by se posudkovým lékařem nikdy nestali. Přibližně polovina lékařů by zvažovala profesi posudkového lékaře v případě vyššího finančního ohodnocení než je jejich současné (53%), v případě potřeby menšího pracovního zatížení (52%) a z důvodů zaměstnaneckých výhod (53%), které práce posudkového lékaře nabízí.

Pro lékaře v nemocnicích, v porovnání s lékaři jiných specializací, by častěji byl důvodem pro změnu profese vyšší plat (71%), pro praktické lékaře pak potřeba menšího pracovního zatížení (59%). Odchod do starobního důchodu, stejně tak jako ztráta možnosti uplatnění jsou důvody změny současné práce ve prospěch práce posudkového lékaře více pro muže než ženy (odchod do starobního důchodu by rozhodně vedl ke změně profese - muži 26%, ženy 12%, ztráta možnosti uplatnění by rozhodně vedla ke změně profese – muži 36%, ženy 22%).

Lékaři byli dotazováni rovněž na svoji **představu o výši finančního ohodnocení posudkového lékaře**. Desetina lékařů, kteří nevyklučují možnost, že by se stali posudkovými lékaři, by byla ochotna vykonávat tuto profesi za plat 25-30 tisíc Kč, třetina pak za plat 31-40 tisíc Kč. Měsíční plat vyšší než 41 tisíc by od práce posudkového lékaře očekávalo 48% lékařů, přičemž více jak 50 tisíc 18% lékařů

Zájem lékařů o práci v oblasti sociálního zabezpečení uvádí tabulka č. 15. Zájem o práci lékaře v oblasti sociálního zabezpečení v kratším pracovním úvazku nebo o práci smluvního lékaře při současném výkonu hlavního zaměstnání projevilo 25% lékařů – rozhodně 6%, spíše 19%. Myšlenku o práci ve zmiňovaných oblastech zcela odmítá 51% lékařů, spíše pak 23% lékařů.

Tab. 15 - Zájem lékařů o práci v oblasti sociálního zabezpečení

Rok 2007		Celkem		Uvažoval/a byste tedy někdy v budoucnu o práci lékaře v oblasti sociálním zabezpečení v kratším pracovním úvazku či jako smluvní lékař při hlavním zaměstnání v resortu zdravotnictví?				
		N	Sl.%	Ano Rozh	Ano Spíše	Ne Spíše	Ne Rozh.	Neví
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		500	100	6	19	23	51	1
Typ	Praktik	200	40	6	16	23	55	1
	Pediatr	100	20	5	16	23	55	1
	Amb. spec.	100	20	5	20	25	50	
	Lékař v nemoc	100	20	9	28	20	40	3
Věk	Do 39 let	67	13	3	37	33	27	
	40-49 let	128	26	7	20	28	43	2
	50-59	168	34	7	19	21	53	1
	60 let	129	26	7	10	13	67	2
	Není	8	2			38	63	

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

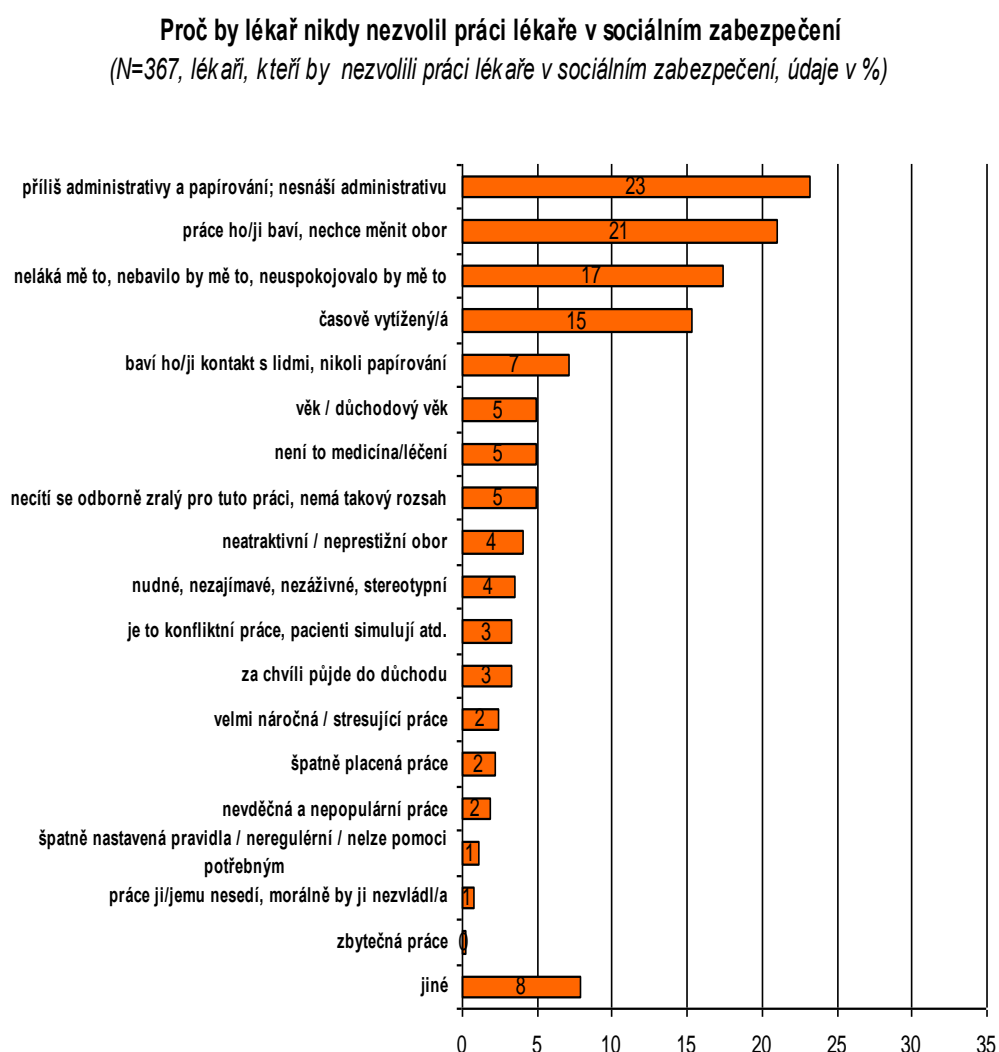
Rozh. – rozhodně

Amb.spec.- ambulantní specialista

Stejně tak jako v případě možnosti stát se lékařem posudkové služby sociálního zabezpečení, tak i v případě práce v oblasti sociálního zabezpečení či práce smluvního lékaře při hlavním zaměstnání, nevylučují možnosti těchto profesí častěji lékaři v nemocnicích a především pak mladí lékaři ve věku do 39 let. I zde platí, že s rostoucím věkem pak zájem o výkon této práce klesá.

Důvody nezájmu lékařů o práci v oblasti sociálního zabezpečení uvádí obrázek č. 12.

Obr. 12 - Důvody nezájmu lékařů o práci lékaře sociálního zabezpečení



Profese posudkového lékaře a lékaře v sociálním zabezpečení jsou vnímány velmi podobně. Důvody, které lékaři zmiňovali v případě nezájmu o práci posudkového lékaře, uváděli i v případě nezájmu o práci v oblasti sociálního zabezpečení. Tj. lékaři jsou jednak spokojeni se svou současnou prací a jednak jim nevyhovuje obsah práce v oblasti sociálního zabezpečení.

Stejně jako v případě posudkového lékařství se obávají přílišné administrativy a papírování a mají též obavy, že by je tato práce nenaplňovala. Necelá šestina lékařů (15%) nemá zájem o práci v oblasti sociálního zabezpečení, protože se cítí být v současnosti časově vytížená.

Obdobně jako v případě odmítnutí práce posudkového lékaře zdůvodňovali častěji ambulantní specialisté svůj nezáměr o práci pro oblast sociálního zabezpečení spokojeností se současnou prací (35%), praktičtí lékaři a pediatři obavami z přílišné administrativy (praktičtí lékaři 29%, pediatři 26%). Praktičtí lékaři opět častěji než lékaři jiných specializací uvádějí obavy z konfliktnosti této profese (6%).

Lékaři byli dotazováni **v jakém rozsahu by měli zájem o práci v oblasti sociálního zabezpečení**. Lékaři, kteří projevíli zájem o práci v oblasti sociálního zabezpečení, více než konkrétní časový úvazek preferují volitelnou délku pracovní zátěže (60%). Pokud si již lékaři určili počet hodin týdně, které by chtěli věnovat práci pro sociální zabezpečení, pak se jednalo spíše časově nižší rozsah, tj. do 12 hodin týdně (31%). Více jak 12 hodin týdně by měla zájem pracovat pro sociální zabezpečení 7% lékařů.

Na otázku **kde by lékaři chtěli vykonávat práci pro sociální zabezpečení** odpovědělo 33% dotázaných, že by upřednostňovali vykonávat tuto práci ve své ordinaci nebo zdravotnickém zařízení. Pětina lékařů by chtěla pracovat z domova, stejný podíl pak preferuje výkon práce na vyhrazeném místě, tj. na Okresní správě sociálního zabezpečení, úřadu práce, příp. na MPSV. Čtvrtině lékařů by na místě výkonu nezáleželo.

10.5. Metodika šetření „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě - rok 2010“

Šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného telefonického rozhovoru na vzorku 504 respondentů - lékařů. Respondenti byli vybíráni metodou kvótního výběru podle specializace lékaře (praktický lékař, pediatr, ambulantní specialista a lékař v nemocnici) a regionu. Dotazování proběhlo na přelomu června a července 2010. Metoda šetření CATI – telefonní sběr dat dle předem nastavených kvót. Data byla zpracována a vyhodnocena statistickým softwarem SPSS, který je v současnosti nejpoužívanějším statistickým SW na světě (19. verze v základním modulu). Výstupem získaných zpracovaných dat jsou grafy a tabulky v třídění pohlaví, věk, specializace lékaře, délka praxe a region; v členění na Prahu, Čechy a Moravu. Metodika zpracování výzkumu odpovídá standardům sdružení SIMAR a ESOMAR. V rámci hlavní studie byly vyznačeny statisticky významnější rozdíly, (zvýrazněny podbarvením v interpretovaných tabulkách). Tyto statisticky významné odchylky jsou na hladině významnosti 0,05. U většiny zastávaných postojů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve sledovaných proměnných. Pokud byly odpovědi např. praktických lékařů odlišné od odpovědí lékařů jiných specializací, pak tyto odlišnosti nebyly způsobeny sledovanými proměnnými např. věkem, ale jinými faktory - jako např. většími zkušenostmi s činností posudkové služby. Statistika by měla zkreslení způsobená takovými (a podobnými) korelacemi odstranit.

10.6. Výsledky šetření „Zjištění motivačních faktorů odborné lékařské veřejnosti pro práci v lékařské posudkové službě - rok 2010“

Strukturu souboru respondentů, kterou tvořili praktičtí všeobecní lékaři, pediatři, ambulantní specialisté a lékaři v nemocnicích uvádí tabulka 16.

Tabulka č. 16 - Struktura souboru – rok 2010

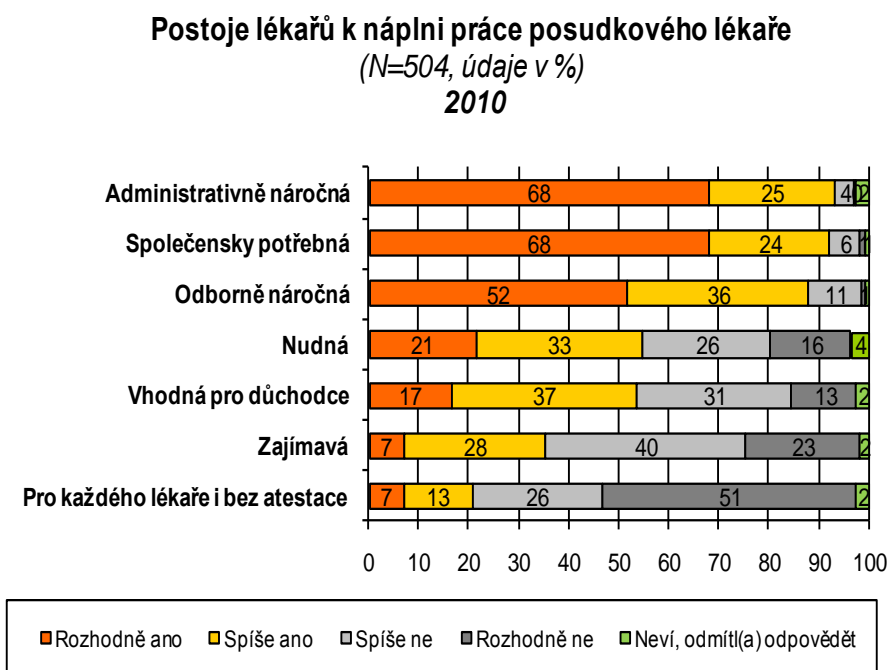
		Celkem	
		N	Sl. %
Celkem		504	100,0
Typ lékaře (stanoveno kvótně)	Praktický všeobecný lékař	146	29,0
	Pediatr	50	9,9
	Ambulantní specialista	155	30,8
	Lékař v nemocnici	153	30,4
Pohlaví Respondenta	Muž	219	43,5
	Žena	285	56,5
Věk	Do 39 let	80	15,9
	40-49 let	104	20,6
	50-59 let	206	40,9
	60 let a více	109	21,6
	Nevedl/a	5	1,0
Oblast	Praha	66	13,1
	Čechy	227	45,0
	Morava	211	41,9
Počet let v oboru	Do 9 let	79	15,7
	10-19 let	105	20,8
	20-29 let	138	27,4
	30-39 let	132	26,2
	40 let a více	47	9,3
	Nevedl/a	3	0,6

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

Vnímání náplně práce LPS lékaři jiných specializací je patrné na obrázku č. 12.

Obr. 12 - Postoje lékařů k náplni práce posudkového lékaře



Postoje lékařů k náplni práce posudkového lékaře se za poslední roky v zásadě nezměnily. Obdobně jako v roce 2007 je tato práce lékaři považována za administrativně a odborně náročnou (administrativně náročná podle 93%, odborně náročná podle 88%) a společensky potřebnou (92%), na druhou stranu však i jako nezajímavou (zajímavá 35%). Lékaři si uvědomují, že se jedná o práci, kterou nemůže vykonávat každý lékař, tj. např. lékař bez atestace - tento názor zastává 80% lékařů. Jako práci vhodnou pro důchodce ji označuje 54% lékařů. Praktičtí lékaři, kteří v rámci jednotlivých lékařských specializací mají největší zkušenosti s prací posudkových lékařů, v porovnání s jinými specializacemi vnímají častěji práci posudkového lékaře jako administrativně náročnou (95%) a nezajímavou (64%). Na druhou stranu si však častěji než lékaři jiných specializací myslí, že tato práce není nudná (48%) a zároveň se nedomnívají, že by ji mohl vykonávat každý lékař i bez atestace (rozhodně nesouhlasí 61%).

Za odborně náročnou považují práci posudkového lékaře více ženy lékařky (91%) než muži (85%). Muži častěji pak než ženy zastávají názor, že práce posudkového lékaře se hodí pro lékaře v důchodu (muži 62%, ženy 47%). Z hlediska věku se s tímto postojem ztotožňují především lékaři starší 60 let (72%).

Vnímání prestiže lékařů lékařské posudkové služby uvádí tabulka č. 17.

Tab. 17 - Hodnocení prestiže posudkového lékaře vzhledem k ostatním lékařským oborům

		Celkem		Jak hodnotíte prestiž posudkového lékaře vzhledem k ostatním lékařským oborům?			
				N	Sl.%	Je vyšší	Je stejná srovnatelná s jinými lékařskými obory
		ř.%	ř.%			ř.%	ř.%
Celkem		504	100	8	36	54	2
Typ	Praktický lékař	146	29	5	42	52	1
	Pediatr	50	10	4	44	50	2
	Specialista	155	31	15	30	53	3
	Nemocniční lékař	153	30	5	34	58	3
Pohlaví	Muž	219	43	8	30	58	3
	Žena	285	57	8	40	51	1
Věk (roky)	Do 39	80	16	1	35	63	1
	40-49	104	21	9	33	59	
	50-59	206	41	9	34	56	1
	60 plus	109	22	12	42	40	6
	Nevedl	5	1		60	40	

Obdobně jako v roce 2007 je prestiž této profese vnímána převážně jako nižší (54%) či srovnatelná s jinými lékařskými obory (36%). Jen malý podíl lékařů (8%) označuje prestiž této profese za vyšší.

Vyšší prestiž mají posudkoví lékaři v porovnání s prestiží jiných specializací o něco častěji v očích specialistů (15%) a u lékařů starších 60 let – ti významně méně často říkají, že prestiž posudkového lékařství je nižší (40%) než u jiných specializací. Ženy pak častěji než muži považují prestiž posudkových lékařů srovnatelnou s jinými lékařskými obory.

181 (116%) lékařů, kteří uvedli, že je prestiž LPS srovnatelná s ostatními obory, upřesnili, že posudkové lékařství porovnávají buď obecně s prestiží všech oborů a pokud s nějakou specializací konkrétně, pak nejčastěji s prestiží praktického lékaře či internisty.

Se kterými lékařskými obory považují lékaři prestiž posudkového lékařství za srovnatelnou ukazuje tabulka č. 18.

Tab. 18 - Lékařské obory
srovnatelné s prestiží posudkového lékařství

N=181, lékaři, kteří vnímají prestiž posudkových lékařů srovnatelnou s jinými obory	N	Sl %
Možno více odpovědí		
všechny lékařské obory	62	34
praktické lékařství	57	31
interna	33	18
chirurgie	6	3
pracovní lékařství	5	3
nemocniční lékaři	4	2
neurologie	3	2
gynekologie	2	1
ORL	2	1
pediatrie	1	1
ambulantní specialisté	1	1
nesmyslná odpověď	13	7
jiný konkrétní obor	4	2
neví / neodpověděl	17	9
Celkem	181	116

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

Důvody, pro které 272 (137%) lékařů udávalo, že **prestiž posudkového lékařství považuje za nižší v porovnání s jinými lékařskými obory** ukazuje tabulka 19. Hlavní důvody nižší prestiže posudkového lékařství spatřují lékaři především v administrativní náplni této profese (24%). Není to pro ně typický lékař, který léčí (26%). Nižší prestiž je rovněž dána nepopularitou profese, která s sebou nese kontrola lidí i ostatních lékařů (17%).

Kdo se dle lékařů hodí na profesi posudkového lékaře je patrné v tabulce č. 20. Na práci lékaře LPS se podle lékařů nejvíce z hlediska specializace hodí praktičtí lékaři (31) a internisté resp. lékaři s širší znalostí medicíny (29%). Profesi posudkového lékaře by měli vykonávat lékaři zkušenější s delší praxí (26%), s atestací popř. kvalifikovaní v PL (13%), lékaři, kteří jsou zodpovědní, klidní a pečliví (6%). Podle 6% osob by se práce pro posudkovou službu hodila spíše pro lékaře středního či vyššího věku. Stejný podíl lidí se domnívá, že je to práce vhodná pro ty, kteří již nechtějí či nemohou léčit.

Kolik lékařů má osobní zkušenosti s prací posudkového lékaře vyplývá z tabulky č. 21. Více než polovina lékařů (57%) má zkušenost s prací posudkového lékaře ve svém oboru, což v porovnání s rokem 2007 představuje mírný pokles. V roce 2007 mělo zkušenosti s prací posudkového lékaře 69% lékařů. Zkušenosti s posudkovými lékaři mají především praktičtí lékaři (82%) a pediatři (72%). Nejméně často se s prací posudkových lékařů setkávají nemocniční specialisté (30%). Častěji byli v kontaktu s lékaři posudkové služby také věkově starší lékaři

Tab. 19 - Proč považují lékaři prestiž posudkového lékařství za nižší v porovnání s jinými lékařskými obory

N=272, lékaři, kteří vnímají prestiž posudkových lékařů nižší v porovnání s jinými lékařskými obory	N	SI%
Možno více odpovědí		
nejedná se o klinický obor / neléčí pacienty / nejsou vidět výsledky práce	71	26
jsou to administrativní pracovníci / úředníci	64	24
je "proti lidem"; provádí nepopulární rozhodnutí, kontrolují, otravují lékaře	47	17
pacienti i lékaři na ně nadávají / pohrdají jim; jsou bráni jak nutné zlo; jsou neoblíbení	39	14
je to nezajímavý, neatraktivní, neoblíbený obor / nudná, nechtěná práce	27	10
nízká odbornost, nejsou dostatečně vzdělaní; nepotřebují odbornost - vše dělají podle tabulek	22	8
dělají to většinou důchodci	13	5
nekvalifikovaní lékaři / špatná rozhodnutí lékařů	13	5
lékaři, kteří neumí / nemohou normálně léčit / nenašli jinde uplatnění	11	4
špatná osobní zkušenost	10	4
neznámá profese, není o ni dostatečné množství informací	9	3
nemá žádnou odpovědnost / mají malou odpovědnost	6	2
špatně placená práce	4	1
jsou nepotřební	2	1
nesmyslná / nelogická odpověď	7	3
jiné	15	6
neví	13	5
Celkem	272	137

Tab. 20 - Kdo se hodí na profesi posudkového lékaře

<i>Otevřená otázka, spontánní odpovědi</i>	N	Sl %
<i>Možno více odpovědí</i>		
praktický / všeobecný lékař	158	31
lékař s širší znalostí medicíny / internista	146	29
zkušený / znalý / moudrý lékař; lékař s dlouholetou praxí	133	26
lékař s atestací / školený v PL / kvalifikovaný v PL	64	13
zodpovědný / uvážlivý / klidný / pečlivý lékař	31	6
lékař minimálně středního a vyššího věku	29	6
lékař, který nechce / nemůže léčit / nebaví jej pacienti / neuplatní se v lek praxi	28	6
důchodce	26	5
jiné lékařské obory - chirurgie, neurologie, ortopedie	25	5
empatický / dokáže pracovat s lidmi / komunikativní	23	5
nevadí mu administrativa	20	4
tvrdý, rázný, odvážný, rozhodný	17	3
ambulantní lékař	6	1
objektivní lékař	6	1
stálý v názorech / konzistentní	6	1
muž	3	1
žena	3	1
kdokoliv, kdo to dělat chce	45	9
jakýkoliv lékař s atestací	10	2
jiné	16	3
neví, neodpověděl/a	28	6
Celkem	504	163

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

Tab. 21 - Zkušenosti s prací posudkového lékaře

		Celkem		Máte zkušenost s prací posudkového lékaře ve Vašem oboru?	
		N	Sl.%	Ano	Ne
				ř.%	ř.%
Celkem		504	100	57	43
Typ	Praktický lékař	146	29	82	18
	Pediatr	50	10	72	28
	Specialista	155	31	56	44
	Nemocniční lékař	153	30	30	70
Pohlaví respondenta	Muž	219	43	55	45
	Žena	285	57	59	41
Věk	Do 40 let	102	20	23	77
	41-50 let	103	20	54	46
	51-60 let	206	41	67	33
	Více než 60 let	88	17	78	22
	Neuvedl	5	1	60	40

N = počet respondentů (báze)

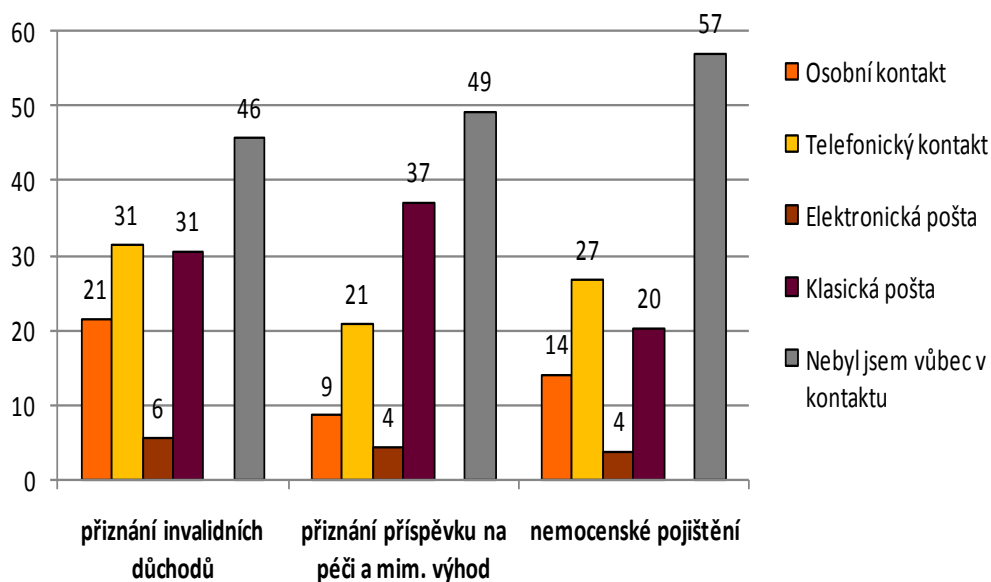
Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Důvody kontaktu všech 504 respondentů **s lékaři lékařské posudkové služby** byly sledovány za posledních 12 měsíců. Jak uvádí obrázek č. 13 tak v posledních 12 měsících byli lékaři nejčastěji v kontaktu s posudkovými lékaři v agendě přiznání invalidních důchodů (54%) a v agendě příspěvků na péči a mimořádné výhody (51%). Agendu nemocenského pojištění řešilo s posudkovým lékařem 43% lékařů. Z jednotlivých specializací komunikují s posudkovými lékaři nejvíce praktičtí lékaři, a to v rámci všech agend.

Obr. 13 - Kontakt s lékařem LPS dle agend činnosti

Kontakt s lékařem LPS v uplynulých 12 měsících v souvislosti s jednotlivými agendami
(N=504, údaje v %, 2010)



Agenda přiznání invalidních důchodů. V uplynulých 12 měsících bylo v kontaktu s posudkovými lékaři v souvislosti s přiznáním invalidních důchodů 54% lékařů. Nejčastějšími formami kontaktu byl telefonický kontakt (31%) a klasická pošta (31%). V osobním kontaktu v souvislosti s touto agendou bylo 21% lékařů, v průměru se lékaři s posudkovým lékařem setkali 9 krát. Z jednotlivých lékařských specializací byli v kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou přiznání invalidních důchodů jednoznačně nejčastěji praktičtí lékaři (93%), nejméně pak nemocniční lékaři (25%).

Tabulka 22 uvádí formu kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou přiznání invalidních důchodů. Forma kontaktu byla rozdělena na kontakt osobní, telefonický, mailovou poštou a klasickou poštou.

Tab. 22 - Forma kontaktu lékařů s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou přiznání invalidních důchodů

		Celkem		Prosím řekněte mi, zdali jste v posledních 12 měsících byl/a v kontaktu s lékařem LPS v souvislosti s agendou přiznání invalidních důvodů				
		N	sl. %	osob	telefon	email	pošta	ne
				ř. %	ř. %	ř. %	ř. %	ř. %
Celkem		504	100	21	31	6	31	46
Typ	Praktický lékař	146	29	49	62	12	47	7
	Pediatr	50	10	8	18	6	48	46
	Specialista	155	31	12	26	4	27	54
	Nemocniční lékař	153	30	8	12	1	13	75

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Agenda přiznání příspěvků na péči a mimořádné výhody. V souvislosti s agendou příspěvků na péči a mimořádných výhod bylo v uplynulých 12 měsících kontaktováno 51% lékařů. Z jednotlivých forem komunikace převládala klasická pošta – tímto způsobem komunikovalo s posudkovým lékařem 37% lékařů. Osobně se s posudkovým lékařem nad některou s žádostí o přiznání příspěvku na péči a mimořádných výhod sešlo 9% lékařů (v průměru 10 krát), telefonicky hovořilo 21% lékařů. S posudkovými lékaři nejvíce komunikovali praktičtí lékaři (86%) a pediatři (80%). U obou těchto specializací jednoznačně dominovala korespondence prostřednictvím klasické pošty (přibližně dvě třetiny lékařů).

Tabulka 23 uvádí formu kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou příspěvků na péči a mimořádné výhody. Forma kontaktu byla rozdělena na kontakt osobní, telefonický a mailovou poštou.

Tab. 23 - Forma kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou přiznání příspěvků na péči a mimořádné výhody

		Celkem		Prosím řekněte mi, zdali jste v posledních 12 měsících byl/a v kontaktu s lékařem LPS v souvislosti s agendou přiznání příspěvků na péči a mimořádných výhod				
		N	Sl. %	osob	telefon	email	pošta	ne
				ř. %	ř. %	ř. %	ř. %	ř. %
Celkem		504	100	9	21	4	37	49
Typ	Praktik	146	29	15	36	8	65	14
	Pediatr	50	10	8	30	6	66	20
	Specialista	155	31	6	15	3	24	64
	Nemocnič. lékař	153	30	5	10	1	14	77

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř. = řádková %

osob.- osobní

Agenda nemocenské. Nejméně často byli lékaři kontaktováni posudkovými lékaři ohledně vyřizování nemocenského pojištění (43%). Nejčastěji se v souvislosti s touto agendou byli lékaři kontaktováni posudkovým lékařem telefonicky (27%) či klasickou poštou (20%). Pokud se lékaři s posudkovým lékařem setkali osobně, pak v průměru 8 krát za uplynulých 12 měsíců. Opět platí, že nejčastěji byli v kontaktu v souvislosti s touto agendou praktičtí lékaři (81%).

Tabulka 24 uvádí formu kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou nemocenské. Forma kontaktu byla rozdělena na kontakt osobní, telefonický a mailovou poštou.

Tab. 24 - Forma kontaktu s posudkovým lékařem v souvislosti s agendou nemocenského pojištění

		Celkem		Prosím řekněte mi, zdali jste v posledních 12 měsících byl/a v kontaktu s lékařem LPS v souvislosti s agendou nemocenské pojištění				
		N	Sl.%	osob	telefon	email	pošta	ne
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		504	100	14	27	4	20	57
Typ	Praktik	146	29	33	51	8	38	19
	Pediatr	50	10	4	16	2	20	72
	Specialista	155	31	8	21	2	14	67
	Nemoc. lékař	153	30	6	12	3	10	78

N = počet respondentů (báze)

Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

osob.- osobní

Zájem o práci lékaře lékařské posudkové služby uvádělo 143 lékařů (28%) dotázaných jak je patrné z tabulky č. 25. Mezi oslovenými lékaři tedy zhruba pětina nevyklučuje možnost, že by se někdy v budoucnu mohla stát lékařem lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení. To je o několik procentních bodů méně než v roce 2007. Pouze 2% lékařů o této možnosti do budoucna uvažují. Tento podíl je stejně vysoký jako před třemi lety.

Obdobně jako v roce 2007 častěji připouští možnost, že by v budoucnu mohli pracovat pro LPS lékaři z nemocnic (35%). Naopak opět stejně jako v minulé vlně dotazování častěji možnost této spolupráce odmítají lékaři starší 60 let (80%), což je paradoxně věková skupina, u které se lékaři právě domnívají, že práce lékaře LPS by se pro ně hodila.

Možné důvody zájmu o profesi lékaře LPS celkem 143 lékařů, kteří nevyklučili možnost tento směr svého profesního uplatnění uvádí obrázek č. 14.

Pro práci posudkového lékaře by se lékaři rozhodli především při ztrátě možnosti uplatnění v současném oboru (klíčový důvod stejně jako v roce 2007) a dále pak nově reflektují na jistotu stálého zaměstnání a příjmu. V obou případech je to více než 70%. Vyšší finanční ohodnocení, menší pracovní zatížení a zaměstnanecké výhody a odchod do důchodu by byly, podobně jako před třemi lety, důvodem změny profese ve prospěch posudkového lékařství pro polovinu lékařů, kteří nevyklučují možnost stát se posudkovým lékařem. Podobně pádným se stal i nový argument možnosti více volného času pro rodinu.

Tab.25 - Zájem lékařů o práci u LPS

		Celkem		Uvažovali byste někdy v budoucnu o práci lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení?			
		N	Sl.%	Ano	Ano, možná nevyklučuji	Nikdy	Neví,
				ř.%	ř.%	ř.%	ř.%
Celkem		504	100	2	26	71	0
Typ	Praktický lékař	146	29	3	22	75	
	Pediatr	50	10		24	76	
	Specialista	155	31	1	22	76	1
	Nemocniční lékař	153	30	3	35	62	
Pohlaví	Muž	219	43	3	25	71	0
	Žena	285	57	2	27	72	
Věk	Do 39 let	80	16		29	71	
	40-49 let	104	21	6	29	65	
	50-59 let	206	41	2	27	70	0
	60 a více let	109	22	1	19	80	
	Nevedl	5	1		20	80	

N = počet respondentů (báze)

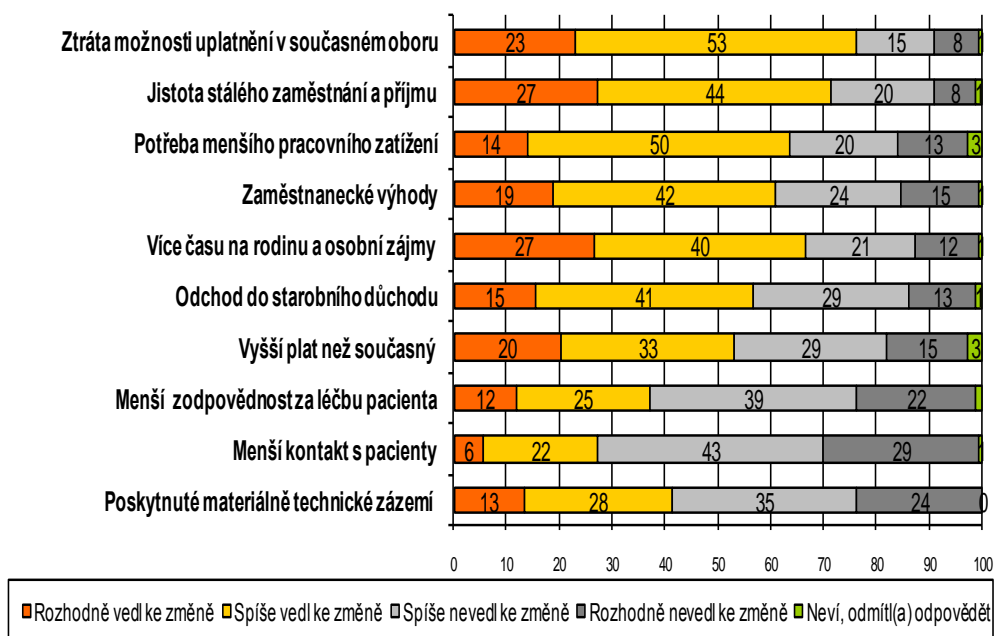
Sl. = sloupcová %

ř.= řádková %

Obr. 14 - Důvody, které by vedly ke změně současné práce ve prospěch práce v LPS

Které důvody by vedly lékaře ke změně současné práce ve prospěch práce posudkového lékaře

(N=143, lékaři, kteří by uvažovali o práci posudkového lékaře, údaje v %, 2010)



Lékaři odpovídali i na otázku **za jakou čistou měsíční mzdou by byli ochotni vykonávat práci posudkového lékaře**. Zatímco v roce 2007 by bylo ochotno vykonávat práci posudkového lékaře za plat nižší či rovnající se 40 tisícům Kč 45% lékařů, kteří nevyklučují možnost, že by se někdy v budoucnu této profesi věnovali, v roce 2010 to bylo 53%. Tento rozdíl je však pravděpodobně způsoben změnou ve způsobu položení otázky. V roce 2007 byla lékařům nabídnuta škála s měsíčními příjmy, v roce 2010 bylo na lékaři, aby spontánně jmenoval měsíční příjem, za který by byl ochoten vykonávat profesi lékaře LPS.

Důvody nezájmu 360 lékařů, kteří by nikdy neuvažovali o práci lékaře LPS uvádí tabulka č. 26.

Tab. 26 - Důvody nezájmu o práci lékaře LPS

N=360, lékaři, kteří by nikdy neuvažovali o práci lékaře LPS	N	SI%
Možno více odpovědí		
PL by jej nebavilo, nudná, nezajímavá práce, nelíbí se mu, nezajímá ho to	149	41
je spokojený v současné práci, baví ho, nechce nic měnit	96	27
PL je administrativně náročné / nemá rád administrativu	69	19
chybí kontakt s pacienty / léčení / výsledek práce	35	10
velmi náročná práce	21	6
nehodím se pro tuto práci / mám silné sociální citění / nelze dělat objektivně	19	5
PL je konfliktní, člověk je "proti lidem"	17	5
věk; jsem už na to starý/á	15	4
nemám na to znalosti / nutnost dalšího vzdělávání	10	3
nízký společenský status profese / nevděčná práce	4	1
v současnosti časově vytížený/á	2	1
malý plat	1	0
nemá zájem - důvody blíže nespecifikovány	9	3
jiné	12	3
neví, neodpověděl	1	0
Celkem	360	128

Pokud lékaři nemají zájem o práci posudkového lékaře, pak je to především z důvodu nezajímavé náplně této práce (41%) a z důvodu spokojenosti se současnou prací (27%). Práci posudkového lékaře dále spojují s administrativou a papírováním (19%) a rovněž by lékařům chyběl kontakt s pacienty (10%). Tato zjištění jsou velmi podobná jako v roce 2007.

11. Diskuse

Jak vyplývá z provedených dotazníkových šetření obor posudkového lékařství se dlouhodobě potýká s několika problémy, které ovlivňují kvalitu a efektivitu činnosti lékařské posudkové služby.

Základním problémem lékařské posudkové služby je dlouhodobě malý zájem lékařů o práci v lékařské posudkové službě, který ústí v nedostatek odborně vzdělaných posudkových lékařů jak pro první, tak pro druhou instanci. Situace je navíc komplikována rozdělením lékařské posudkové služby mezi ČSSZ a MPSV, které vystupují ve vztahu k posudkovým lékařům jako samostatní zaměstnavatelé (byť jinak je ČSSZ řízena MPSV), a tudíž s vlastní personální a platovou politikou.

Problémem se ukazuje i absence jasně definovaného kariérního postupu. Ten sice obecně ve státní správě také neexistuje, nicméně specializované a vysoce odborné složky státní správy jím disponují a navíc jeho obdoba funguje i v resortu zdravotnictví. Lékař tak v současné době do struktury lékařské posudkové služby resortu ministerstva práce a sociálních věcí nepřichází s jasně definovanou perspektivou ani kariérní, ale ani odborného růstu.

K 30. 6. 2010 měl úsek LPS ČSSZ 440 systemizovaných míst pro posudkové lékaře, z toho 410 lékařských míst na referátech LPS pro základní výkon lékařské posudkové činnosti. Z těchto 440 lékařských míst však bylo naplněno k 30. 6. 2010 pouze 372 úvazků, přičemž na referátech LPS bylo obsazeno 348 lékařských míst. Na referátech LPS tedy chybí dlouhodobě téměř 60 posudkových lékařů, což představuje již značný rozsah chybějící odborné kapacity pro vypracovávání posudků o zdravotním stavu.

Přetrvává rovněž nepříznivá věková skladba posudkových lékařů. Průměrný věk lékařů úseku LPS ČSSZ činí 59 let. Téměř 50% lékařů je v důchodovém věku (47 lékařů je starších 70 let a 7 lékařů dokonce starších 80 let), a tím dochází k vyššímu přirozenému úbytku odchody do starobního důchodu, především z důvodu zhoršování zdravotního stavu. Specializovanou způsobilost v oboru posudkového lékařství má celkem 270 lékařů (61%), z toho na referátech LPS 246 lékařů. Hlavním důvodem tohoto stavu je neschopnost LPS při získávání nových lékařů konkurovat na trhu práce nabídkám zdravotnických zařízení. Neatraktivnost posudkového lékařství spočívá také v tom, že zatímco lékař s atestací z klinického oboru je ve zdravotnictví veden jako samostatně pracující lékař, přechodem na pozici posudkový lékař tuto schopnost samostatné práce pozbývá a musí pracovat pod dohledem lékaře se specializační způsobilostí v oboru posudkové lékařství až do vykonání vlastní atestace z posudkového lékařství.

Jako problémem se ukazuje neustále se zvyšující pracovní zátěž posudkových lékařů. Nový systém sociálních služeb účinný od 1. ledna 2007 s sebou přinesl zvýšení počtu požadavků na posuzování zdravotního stavu. Hlavní příčinou bylo zavedení příspěvku na péči, který nahradil dosavadní zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu s výrazným zvýšením finančních prostředků distribuovaných prostřednictvím této nové dávky. Tím se dávka stala atraktivnější pro stávající i pro potenciální příjemce (žadatele o dávku). Důsledkem bylo neúměrné zatížení prvoinstanční LPS úřadů práce, kdy došlo ke skokovému zvýšení žádostí o posudek. V úhrnu došlo k navýšení z úrovně cca 360 tisíc posudků ročně do roku 2005 na cca 500 tisíc v současnosti, tj. nárůst cca o třetinu.

Ze závěrů provedených dotazníkových šetření na zjištění názorů posudkových lékařů na jejich práci vyplývá, že posudkoví lékaři mají navzdory již roky probíhající transformaci lékařské posudkové služby i nadále zájem se aktivně osobně podílet na zvýšení její efektivity. Uvítali by možnost kariérního postupu jasně definovaného kariérním řádem a jednoznačně preferují sebevzdělávání v oboru.

Lze proto předpokládat, že budou i podporovat vznik samostatné lékařské posudkové služby, která by umožnila splnit jejich profesní očekávání k naplnění odborné role. Současně by vznik personálně přátelštější a efektivnější posudkové služby motivoval k zájmu o činnost i lékaře jiných oborů, např. nemocniční lékaře, kteří dle zjištění představují největší potenciál pro nábor nových posudkových lékařů.

Celková částka vynaložená v roce 2010 na výplatu dávek ovlivněných posouzením zdravotního stavu činila cca 100 mld. Kč. Největší část tvoří invalidní důchody (60,9 mld. Kč) a příspěvek na péči (18,9 mld. Kč). Za jeden z významných problémů LPS lze považovat úskalí elektronické komunikace, digitalizace, technického vybavení pracovišť a používaného softwaru ve spojení s nedostatečným proškolením a vzděláváním v podpůrných systémech.

Množství práce posudkových lékařů zvyšuje i roztržitost sociálních systémů a nejednotnost kritérií pro posuzování zdravotního stavu v jednotlivých sociálních systémech.

Tato roztržitost je však dána složitým systémem dávek, z nichž každý vyžaduje hodnocení zdravotního stavu ze specifického pohledu. Např. dopad na mobilitu, dopad na schopnosti péče o vlastní osobu, dopad na výdělečné schopnosti, dopad na ztížené pracovní podmínky, dopad na krátkodobou pracovní neschopnost apod. Každý systém má své specifické potřeby a svá specifická posudková kritéria.

To by mohlo být **řešeno zjednodušením systému dávek v resortu ministerstva práce**, které se v současné době připravuje. I tak lze ale předpokládat, že pokud by více dávek nahradila dávka jediná anebo jejich menší počet, nároky na posouzení zdravotního stavu by byly vysoké. Dávka by totiž pravděpodobně musela být „vícevrstevná“, reagující na různé sociální dopady řešené sociální události, a těm by musely být uzpůsobeny posudkové závěry. Toto „jednotné posuzování“ by však mělo nespornou výhodu. **Zdravotní stav by se posuzoval vždy jen jednou v potřebném časovém období** (zdravotní stav se v průběhu času mění, a proto je třeba posuzování v určitých časových intervalech opakovat – ty mohou být různé podle predikce vývoje zdravotního stavu) a nikoli pokaždé s novou žádostí o jinou dávku.

Nově byl k uvedeným problémům identifikován problém stejné závažnosti jako problémy personální a organizační. Jedná se o **problém čistě právní, související s organizací LPS resortu a pojetím posudku pro orgány, které rozhodují o dávkách**. V současném organizačním uspořádání jsou **posudky považovány za důkazy**, které musí být hodnoceny orgánem, který o dávce rozhoduje. Tato skutečnost má řadu nevýhod. Jednak orgán, který rozhoduje nedisponuje potřebnými posudkově medicínskými znalostmi, a tak ačkoli má posudek hodnotit pouze z hlediska úplnosti a přesvědčivosti pro potřeby rozhodnutí, činí takové hodnocení značné potíže. Ty se zpětně vracejí do LPS v podobě požadavků na doplnění posudků, které je v řadě případů z odborného posudkově medicínského hlediska vnímáno posudkovými orgány jako zbytečné prodlužování (a tedy i prodražování!) řízení vycházející z pouhé neznalosti posudkově medicínských kritérií orgánem, který o dávce rozhoduje.

Další zásadní komplikace vznikají z povahy posudku jako dokumentu, který nutně pracuje s citlivými údaji o zdravotním stavu posuzovaného účastníka řízení, a pokud má být hodnocen jako důkaz, musí se s těmito údaji seznámit i dávkový pracovník orgánu, který rozhoduje o dávce.

V návaznosti na proběhlá dotazníková šetření zaměřená na personální zdroje lékařské posudkové služby a jejich jednoznačných výsledků, že lékařská posudková služba za stávajícího personálního stavu může pokračovat v transformaci, **byly zpracovány projekty zaměřující se na organizační uspořádání lékařské posudkové služby.**

Všechny uvedené problémy LPS jsou bezpochyby řešitelné v rámci stávajícího organizačního uspořádání (účinného od 1.7. 2009), jak dokládají závěry realizovaných projektů.

Účelem projektů však bylo ověřit, zda **existují i jiné organizačně a právně přijatelné varianty**, které nesníží úroveň ochrany sociálních práv a naopak sníží zátěž ČSSZ jako nositele sociálního pojištění. Proto bylo stávající uspořádání zvoleno jako referenční varianta. Právní řád ČR nevyklučuje žádnou z uvažovaných variant možného řešení samostatného uspořádání posudkové činnosti, stávající uspořádání v podmínkách ČSSZ, samostatný posudkový úřad a externí dodavatel posudkových služeb. Nelze však řešit uspokojivě uspořádání prvního stupně posudkové činnosti bez náležitého zřetele ke způsobu řešení druhého, odvolacího stupně posudkové činnosti.

Obě navrhované varianty uspořádání 1. posudkové instance LPS v uskutečněných výzkumech jako samostatného posudkového úřadu anebo zadání externímu dodavateli („outsourcing“) posudkových služeb, mají alespoň dvě sub-alternativy řešení.

Pro inspiraci a jako precedens pro uspořádání formou samostatného posudkového úřadu může sloužit uspořádání Úřadu pro ochranu osobních dat a jako precedens pro zadání externímu zadavateli může sloužit uspořádání státní inspekce motorových vozidel (Státní technická kontrola). Lze uvést, že z právního hlediska jsou možné obě varianty řešení převodu posuzování zdravotního stavu. **Právní analýzy prokázaly, že 1. a 2. stupeň posudkové činnosti lze organizovat jako samostatný posudkový úřad i svěřit nestátnímu subjektu.**

Zvolené řešení organizace LPS však bude mít jiné právní důsledky.

Bude-li svěřeno **nestátnímu subjektu, pak jeho náleznem nemůže mít jinou právní povahu než jako důkaz v řízení**, a to se všemi následky. Nepřispěje to k výraznějšímu zjednodušení současných procesů. Zřízení samostatného posudkového úřadu lze koncipovat jako zcela samostatný posudkový úřad nebo jako úřad podléhající MPSV; v obou případech by byl metodicky veden MPSV. Svěřit posudkovou službu externímu dodavateli lze a to jak neziskovým nebo ziskovým organizacím. Přitom by se mohlo postupovat podle předpisů zdravotnických a svěřit tuto činnost nestátnímu subjektu registrovaného u Ministerstva zdravotnictví, tak i podle předpisů týkajících se veřejných zakázek popř. podle koncesního zákona.

Má-li zjištění zdravotního stavu mít povahu závazného stanoviska a nikoliv jen posudku jako důkazu, jeví se v současných právních poměrech výhodnější svěřením posudkové činnosti samostatnému státnímu úřadu podléhajícímu metodickému vedení ministerstvem práce a sociálních věcí.

Výhody tohoto řešení jsou v jednoduchosti a finanční nenáročnosti. Jednoduchost je jak organizační tak právní. Organizační - protože se v podstatě využije současná struktura posudkových lékařů při okresních správách sociálního zabezpečení, jen se jinak uspořádá jejich řízení a zřídí se jen posudková služba II. instance, pro kterou lze nalézt základ v odboru posudkové služby ministerstva práce a sociálních věcí. Právní – celou záležitost lze vyřešit novelami stávajících předpisů. Toto řešení je finančně nejméně náročné.

Vzniklé náklady, které si změny vyžádají, se mohou částečně kompenzovat úsporami správních a soudních nákladů tím, že posouzení zdravotního stavu může mít povahu závazného stanoviska ve smyslu správního řádu. Ekonomický dopad byl zpracován podle jednotlivých navrhovaných variant. Tzn. pro variantu stávajícího organizačního uspořádání, vzniku samostatného úřadu a svěřením posuzování v prvním stupni externímu subjektu. Ekonomicky nejvýhodnější variantu představuje zadání posuzování externímu dodavateli, nejméně výhodnou se ukázala varianta samostatného posudkového úřadu.

Řešitelé všech projektů se shodují, že stávající organizační uspořádání LPS je do budoucna neudržitelné. Od úvah o organizačním uspořádání ve formě samostatného posudkového úřadu bylo pro jeho ekonomickou neefektivnost a de facto duplicitu současného stavu upuštěno.

Výsledná řešení ukazují rovněž na vzájemnou provázanost optimálního uspořádání lékařské posudkové služby a právní povahu posudku o zdravotním stavu. V obou případech jsou možné dva postupy. Pokud jde o organizaci, lze uvažovat o ponechání lékařské posudkové služby ve strukturách státní správy, tj. pod Českou správou sociálního zabezpečení, jak je tomu dnes, nebo o svěřeni posudkové činnosti externímu subjektu mimo struktury veřejné správy. Pokud jde o právní povahu posudku může být posudek pojímám jako závazné stanovisko nebo jako důkaz, který v řízení podléhá hodnocení z hlediska úplné rovnosti a přesvědčivosti.

Dle výsledků provedených šetření a realizovaných projektů jsou se stávajícími personálními zdroji možné dvě cesty změn. První představuje intenzivní přístup spočívající ve zvýšení efektivity LPS v rámci stávajícího organizačního uspořádání, tedy v rámci České správy sociálního zabezpečení a druhá extenzivní změnu, která předpokládá výkon lékařské posudkové činnosti prostřednictvím externího dodavatele. Třetí teoretický způsob řešení, tj. vznik samostatného posudkového úřadu jsem pro ekonomickou náročnost nerozvíjel. Preferuji variantu externího dodavatele posudkových služeb.

Považuji za nejefektivnější přistupovat k další reorganizaci LPS v několika postupných krocích, a to převodem posudkových komisí MPSV na ČSSZ a současně změnou formy poskytování podkladů smluvních lékařů pro LPS. Dalším krokem je zadání posudkových služeb externímu dodavateli **a to vše za přípravy zákona o lékařské posudkové službě.** K předchozím reorganizacím LPS postačovaly novelizace dotčených zákonů.

12. Závěr

Lékařská posudková služba podstatným způsobem ovlivňuje výdaje resortu práce a sociálních věcí. LPS zajišťuje posuzování zdravotního stavu v případě dávek, u nichž je nárok odvozen od podmínky nepříznivého zdravotního stavu (popř. v kombinaci s jinými podmínkami, jako je sociální situace, majetkové poměry, účast na pojištění apod.).

Dopad činnosti LPS představuje 100 mld. Kč ročně ze státního rozpočtu. **Proběhlé reorganizace LPS nedokázaly odstranit její největší problém a to je stálý nedostatek kvalitních odborníků.** Od tohoto problému se odvíjí nedostatečná kvalita a efektivita činnosti.

Z provedených dotazníkových šetření mezi posudkovými lékaři a lékaři ostatních specializací vyplývá, že je třeba změnit vnímání posudkového lékařství jak samotnými posudkovými lékaři, tak odbornou lékařskou veřejností jako oboru málo prestižního, vysoce administrativně zaměřeného a bez kontaktu s klinickou medicínou. Většina dotázaných lékařů uvedla, že se bez spolupráce s posudkovým lékařem neobejde. Hlavním motivačním prvkem, který by podpořil zájem lékařů jiných specializací o práci v oblasti sociálního zabezpečení je adekvátní finanční ohodnocení, kterého by bylo možné dosáhnout reorganizací LPS na samostatný posudkový úřad.

Změny v organizaci LPS, které povedou k odstranění dosavadních nedostatků její činnosti, povedou také ke zkvalitnění posudků, což se pozitivně odrazí nejen v dalším posílení jistot posuzovaných, ale i ve výdajích na vyplácené dávky.

Na základě závěrů proběhlých dotazníkových šetření zaměřených na stávající personální zdroje LPS lze předpokládat, že se současným personálním zabezpečením je pokračování transformace lékařské posudkové služby možné.

Dle závěrů realizovaných projektů jsou možné dvě cesty změn. První představuje intenzivní přístup spočívající ve zvýšení efektivity LPS v rámci stávajícího organizačního uspořádání, tedy v rámci České správy sociálního zabezpečení a druhá extenzivní změnu, která předpokládá výkon lékařské posudkové činnosti prostřednictvím externího dodavatele.

Navrhuji následující postup reorganizace LPS:

1. Převod PK MPSV na ČSSZ.

Převod posudkových komisí MPSV na ČSSZ znamená sjednocení těchto organizačních součástí lékařské posudkové služby u jednoho zaměstnavatele, což výrazně zjednoduší koncepční řešení jak kariérního postupu, tak odměňování a vzdělávání posudkových lékařů. Dojde ke změně právní povahy posudku o zdravotním stavu, který bude mít povahu závazného stanoviska, neboť podle správního řádu přezkoumává závazné stanovisko nadřízený orgán, což je vůči okresní správě sociálního zabezpečení ČSSZ. Vzhledem k návaznosti na probíhající reformu sociálního zabezpečení by se převod posudkových komisí MPSV na ČSSZ měl uskutečnit již od 1. ledna 2012.

2. Změna formy poskytování podkladů smluvních lékařů pro LPS

Změna využití smluvních lékařů jako změna předepsané zákonné formy poskytování podkladů lékařům lékařské posudkové služby od ošetřujících lékařů. Nahradí se tak v současné době již zbytná činnost smluvních lékařů, kteří pouze přepisují nálezy odborných lékařů. Smluvní lékaři rovněž pobírají odměnu podstatně vyšší než kmenový lékař OSSZ, který jejich posudky musí zkontrolovat a dokončit, sdělení výsledků posouzení rovněž podepisuje lékař ČSSZ. Zákonnou úpravou povinností ošetřujících lékařů tak posudkový lékař obdrží identické podklady jako od smluvního lékaře a ušetřené mzdové prostředky lze využít k personální stabilizaci lékařské posudkové služby. Změna postavení a činnosti smluvních lékařů musí být spojena s přechodem posudkových komisí MPSV na ČSSZ, proto by se měla proběhnout rovněž od 1. ledna 2012.

3. Externí dodavatel posudkových služeb - outsourcing

Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení a zaměstnanosti musí provádět soukromá firma na základě veřejné zakázky s Ministerstvem práce a sociálních věcí, které určí závazné kvalitativní a kvantitativní požadavky na posuzování, což bude spojeno s finanční zainteresovaností poskytovatele posudkových služeb. Dojde tak k vytváření tlaku na vysokou kvalitu i bez přímého konkurenčního prostředí. Posudek se stane důkazem a bude podléhat hodnocení z hlediska úplnosti a objektivitu příslušným orgánem veřejné správy, která rozhoduje o dávkách. O sociálních právech osob bude vždy rozhodovat orgán veřejné moci. Pro nepojistné agendy tímto orgánem bude nově vznikající Úřad práce české republiky a pro pojistné agendy ČSSZ. Tím bude zaručena vypovídací schopnost posudku ve vlastním řízení o dávce nebo o kompenzaci ze sociálního zabezpečení. MPSV bude mít poměrně široké možnosti do smlouvy zakomponovat mechanismy k plnění kvalitativních i kvantitativních cílů, které ve svém důsledku povedou k úspoře na vyplácených dávkách.

Neplnění těchto cílů pak může být spojeno s citelnými finančními sankcemi pro dodavatele. Vezmeme-li v úvahu, že LPS má vliv na výplatu mandatorních výdajů ze státního rozpočtu v řádu 100 mld. Kč ročně, pak každé 1 procento snížení chybovosti posudků vede k úspoře 1 mld. Kč ročně. Předání posuzování externímu dodavateli by mělo být uskutečněno od 1.ledna 2013 společně s nabytím účinnosti zákona o lékařské posudkové službě.

Zákon o lékařské posudkové službě

Zákon o lékařské posudkové službě odstraní nejednotnost kritérií pro posuzování zdravotního stavu v jednotlivých sociálních systémech, která je dána složitým systémem dávek, z nichž každý vyžaduje hodnocení zdravotního stavu ze specifického pohledu, což zvyšuje množství práce posudkových lékařů. Návrh řešení navazuje na zjednodušení systému dávek nepojistných agend, které se v současné době připravuje. Jediným výplatním místem pro nepojistné dávky bude právě vznikající Úřadem práce České republiky. Některé dávky či služby by mohly být i vyňaty z posuzování posudkovou službou sociálního zabezpečení. Jednotné posuzování by mělo nespornou výhodu, neboť zdravotní stav by se posuzoval vždy jen jednou v potřebném časovém období a nikoli pokaždé s novou žádostí o jinou dávku. Posuzování zdravotního stavu pro pojistné agendy pro účely důchodového pojištění by představovalo druhou formu posouzení a jediným výplatním místem by byla ČSSZ. Příprava zákona o posudkové službě musí začít již současně s realizací první fáze reorganizace LPS, tedy s převodem PK MPSV na ČSSZ. Nabytím účinnosti zákona o lékařské posudkové službě dnem 1.ledna 2013 bude završena její několik desetiletí probíhající transformace, neboť zákon zakotví její postavení a úlohu v systému sociálního zabezpečení a zaměstnanosti.

Považuji za nejefektivnější přistupovat k další reorganizaci LPS v několika postupných krocích. Prvním krokem musí být převod posudkových komisí na ČSSZ, a to souběžně se změnou formy poskytování podkladů smluvních lékařů pro LPS. Poté by mělo následovat zadání posudkových služeb externímu dodavateli. Celý proces reorganizace by měl probíhat za současné přípravy zákona o lékařské posudkové službě.

13 Summary

Medical Assessment Service significantly influences expenses of the Ministry of Labour and Social Affairs (MoLSA). Medical Assessment Service (MAS) provides assessment of state of health for benefits where a claim is derived from unfavourable health conditions (or together with other unfavourable conditions such as a social situation, financial situation, insurance participation etc.)

Impact of MAS activity is of a volume of 100 milliards of CZK annually from the state budget. **Passed reorganization of MAS did not solve the biggest problem and it is permanent lack of superior workers.** This problem brings poor quality and efficiency of its activity. Changes in organization of MAS which will lead to solving of these problems will also lead to better quality of assessments which will be positively reflected not only in strengthening of assurance of assessed people but also in expenses for benefits.

The survey of doctors opinion about Assessment Service has shown that it is necessary to improve perception of Assessment Service . It is perceived by medical public as not very prestigious, with a lot of paperwork and with no connection with clinical medicine.

Most of asked doctors said that they would not be able to work without Assessment Service cooperation. The most important incentive that would enhance interest of other doctors specialists in working in the field of Social security would be financial part of the matter.

Based on questionnaire survey focused on current personnel resources of MAS we can suppose that it is possible to go on working on transformation of MAS with current personnel.

According to results of the projects there are two possible ways of changes. First one represents intensive approach relying on enhanced efficiency of MAS in current organizational scheme joined with CSSA and the second one is an extensive change where it is supposed to do medical assessment service through external supplier.

Plan of MAS reorganization:

1. Transferring assessment commissions to CSSA.

Transferring assessment commissions to CSSA means joining these organizational parts of MAS with one employer which will significantly simplify conceptual solution of a career ladder, wages and training of assessment doctors. There will be a legal change in the assessment of state of health which would be legally binding because according to administration rules legally binding statement is reassessed by a supervisory body which is CSSA for district social security administration. In regard to connection with current reform of social security the transferring of assessment commissions of MoLSA to CSSA should be effective from 1st January 2012.

2. Change of form of data providing of contract doctors for MAS.

Change of use of contract doctors as change of legally binding form of data providing to MAS doctors from contract doctors. So thus it will replace unnecessary activity of contract doctors who just rewrite findings of expert doctors. Contract doctors get much bigger reward than a doctor of a district CSSA office who has to check and finish their assessments and the results of assessment is signed by a doctor of CSSA as well. By legal arrangement of duties of an attending physician an assessment doctor will get identical data as from a contract doctor and spared finances may be used for personnel stabilization of MAS. Change of status and activity of assessment doctors must be joined with the transferring assessment commissions of MoLSA to CSSA therefore it should start from 1st January 2012.

3. External supplier of assessment services – outsourcing.

Assessment of state of health for social security and employment must be done by a private company based on a public tender of MoLSA which will determine binding qualitative and quantitative demands of assessment which will be joined with financial interest of assessment services provider. Thus there will be stress on high quality even without direct competition. Assessment will be evidence and will be submitted to approval, whether it is complete and objective, by a relevant body of public administration which decides about benefits. Public administration body will always decide about social rights of a person. For non insurance benefits it will be a new authority - Office of Work of the Czech republic and for insurance benefits it will be CSSA. Thus there will be a guarantee for the assessment in the application procedure for a benefit or for a compensation from social security system. MoLSA will have quite a wide range of possibilities to implement mechanism for fulfilment of qualitative and quantitative goals which eventually will lead to savings in benefits. If these goals are not met then there may be financial sanctions for a supplier. If we consider that MAS has influence on payment of mandatory expenditures of 100 milliards volume from the state budget every year then each single

percentage of reduction of assessment errors will lead to saving of 1 billion volume annually. Transferring assessment to external supplier should be done from 1st January 2013 together with effective law of MAS.

4.Law related to MAS.

Law related to MAS will replace disunity of criteria assessment of health state in individual social systems which is formed by a complex system of benefits and each benefit requires assessment of state of health from specific point of view and this enhances workload of assessment doctors. Suggestion for solution is related to simplification of benefit system of non insurance benefits which is now being prepared. The only place for payment of non insurance benefits will be the Office of Work of the Czech republic. Some benefits or services may be excluded from the assessment by MAS of social security. Uniform assessment system would be undeniable advantage because state of health would be assessed only once in certain time and not always with a new application for another benefit. Assessment of state of health for pension insurance would be second form of assessment and the only payment place would be CSSA. Preparation of MAS law must start already together with realization of first phase of MAS reorganization thus with transferring of MAS of MoLSA to CSSA. By force of legislation of MAS law on 1st January 2013 transformation will be got done which has been going for decades because the law will set in its status and task in the system of social security and employment.

I think that the most effective way is to do next reorganization of MAS in several steps by transferring of assessment commissions to CSSA and currently by change of form of data providing of contract doctors for MAS then to use external supplier for assessment services and in the same time preparing new law about MAS

14. Literatura

1. Arnoldová, A. Struktura sociálního zabezpečení v České republice. Revizní a posudkové lékařství. 2008, 11, č .3, s. 30-39. ISSN 1241-3170.
2. Arnoldová, A. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. 1. část. 3. Vydání. Karolinum. 2007. s. 614. ISBN 978-80-246-1393.
3. Arnoldová, A. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení 2. část. 2. vydání, Karolinum. 2005, s. 505. ISBN 80-246-0875-8.
4. Bičáková, O. Novelizace zákona o zaměstnanosti. Národní pojištění. 2009, 40, č.1, s. 5 – 7. ISSN 0323-2395.
5. Boháč, J. Současné úkoly a možnosti lékařské posudkové služby. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR. 2001, 11, č. 1, s. 16 -18. ISSN 1212- 6152.
6. Břeská ,N., Burdová, E., Vránová, L. Státní sociální podpora s komentářem a příklady k 1.6.2010. ANAG. 2010, s. 240. ISBN 978-80-7263-609-9.
7. Břeská, N., Vránová, L. Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené osoby. ANAG. 2008, s. 416. ISBN 978-80-7263-478-1.
8. Budilová, A. Příručka pro posudkovou službu sociálního zabezpečení. MPSV, 2003, s. 336. ISBN 80-86552-42-X.
9. Budilová, A. Slovník pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení. MPSV. 2001, s. 167. ISBN:80-86552-05-5.
10. Čeledová, L., Čevela, R., Veselý, J. Migrace v posudkové službě. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 1, s. 30-33. ISSN 1213- 6050.
11. Čeledová, L., Čevela, R., Veselý, J. Názory lékařů na lékařskou posudkovou službu. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 2, s. 56-58. ISSN 1213-6050.
12. Čeledová, L., Čevela, R. Case manager na ministerstvu práce. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 3, s. 90-92. ISSN 1213 – 6050.

13. Čeledová, L., Čevela, R. Dotazníkové šetření názorů veřejnosti na činnost lékařské posudkové služby. Revizní a posudkové lékařství. 2008, 11, č. 3, s. 74-79. ISSN 1241-3170.
14. Čeledová, L., Čevela, R. Opatření k personální stabilizaci oboru posudkové lékařství, Kontakt. 2008, X, .2, s .427- 434. ISSN1212 – 4117.
15. Čeledová, L., Čevela, R. Zdravotně sociální reformy v České republice. Zdravotnictví v České republice. 2009, XII, č.1, s. 8 -11. ISSN 1213 – 6050.
16. Čeledová, L., Čevela, R. Postgraduál posudkových lékařů. Zdravotnictví v České republice. 2008, XI, č.4, s.131-134. ISSN 1213–6050.
17. Čeledová, L., Zvoníková, A. Posuzování invalidity od ledna 2010. Kontakt. 2010, XII, č.1, s. 39 -47.ISSN 1212–4117.
18. Čeledová, L. Optimální uspořádání lékařské posudkové služby – vize nebo fikce? Kontakt, 2009, XI, č.2, s. 394 – 400. ISSN 1212– 4117.
19. Čeledová, L. a kol. Posudkové lékařství. Karolinum. 2010, s. 127. ISBN 978-80-246-1869-2.
20. Čeledová, L ,Čevela, R., Novotná, V. Posuzování zdravotního stavu žadatelů pro účely náhradní rodinné péče. Praktický lékař. 2010, 90, č. 5, s. 292 -294. ISSN 0032-6739.
21. Čeledová, L., Čevela, R. Postgraduální vzdělávání posudkových lékařů v České republice. Pracovní lékařství. 2009, 61, č. 2, s. 81-84. ISSN 0032-6291.
22. Čeledová, L. Vzdělávání – prvek personální stabilizace lékařské posudkové služby, Revizní a posudkové lékařství. 2008, 11, č. 1, s. 26 -27. ISSN 1214-3170.
23. Čevela, R. Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení. MPSV. 2007, s .88. ISBN 978-80-86878-30-0.
24. Čevela, R., Čeledová, L. Názory praktických lékařů na činnost lékařské posudkové služby. Praktický lékař. 2009, 89, č. 7, s. 379-382. ISSN 0032-6739.

25. Čevela, R. a kol. Příručka pro posudkovou službu úřadů práce. MPSV. 2006, s. 86. ISBN 80-86878-33-3.
26. Čevela, R. Sborník informací o posudkové službě sociálního zabezpečení. MPSV. 2006, s. 96. ISBN 80-86-878-32-5.
27. Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A. Posudkové lékařství. Vybrané kapitoly. Grada Publishing. 2010, s. 144. SBN 978-80-247-3285-5.
28. Čevela, R. Aktuality lékařské posudkové služby. MPSV.2008, s.84. ISBN 978-80-86878-68-3.
29. Čevela, R. Aktuality lékařské posudkové služby. MPSV. 2009, s.72. ISBN 978-80-7421-008-2.
30. Čevela, R. Lékařské posudková činnost v sociálním zabezpečení na prahu 3. tisíciletí. Zdravotnické noviny. 2006, 55, č. 49, s. 28 - 29. ISSN 0044-1996.
31. Gajdošík, D. První zkušenosti s posuzováním zdravotního stavu v námitkovém řízení pro účely důchodového pojištění. Národní pojištění, 2010, 41, č.5, s. 21-23.
32. Gruntová, L. Problematika lékařské posudkové činnosti při přiznávání mimořádných výhod se zaměřením na psychicky nemocné občany. Revizní a posudkové lékařství. 2006, 9, č.3, s.47 -52. ISSN 1214-3170.
33. Harrington, A. a kol. Moderní sociální teorie. Základní témata a myšlenkové proudy. Portál. 2006, s. 496, ISBN 80-7367-093-3.
34. Husáková, Š. Lékařská posudková služba úřadů práce České republiky – dotazníkové šetření. Revizní a posudkové lékařství. 2008, 11, č. 4, s. 106 -111. ISSN 1214-3170.
35. Jouza, L. Lékařské posudky pro účely zákona o zaměstnanosti. Informace pro lékařské praxe. 2008, č. 5, s. 7 -11. ISSN 1214 - 486X.
36. Kahoun, V a kol. Vybrané kapitoly k sociální práci- sociální práce II.. TRITON. 2008, s. 261. ISBN 978-80-7387-130-7.

37. Kahoun, V. K problematice invalidity v důchodovém pojištění. In Sociální práce II. Praha: Triton, 2007, s. 61 -81. ISBN 978-80-7387-064-5.
38. Kahoun, V. Results of research of diagnoses and possible causes of origin of reasons for awarding full disability pensions from youth in South Bohemian Region. Journal of Health Sciences Management and Public Health. National Institute of Health and Social Affairs, Georgia. The University of Scranton, Pennsylvania, USA. 2007, 8, No 2, s. 230-244. ISSN 1512-0561.
39. Kahoun, V., Šimák, M. Změny ve vymezení invalidity v kontextu reformy důchodového pojištění. In: Sborník z V. mezinárodní konference „Problematika – generace 50 plus“, 27. a 28.5.2008. České Budějovice, ZSF JU. s. 36 – 38. ISBN 978-80-7394 -100 -0.
40. Kahoun, V., Vurm, V., Kučerová, B. Vybrané kapitoly z pojišťovnictví. TRITON. 2008, s. 87. ISBN 978-80-7387-064-5.
41. Kočvarová, L.. Reorganizace lékařské posudkové služby v roce 2006. Revizní a posudkové lékařství. 2007, 10, č. 1, s. 29 -30. ISSN 1214-3170.
42. Krebs, V. a kol.: Sociální politika, 5. vyd. ASPI, a.s. 2010, s. 544. ISBN 978-80-7357-585-4.
43. Krebs, V. a kol. Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech. VÚPSV. 2009, s. 178. ISBN 978-807416-044-8.
44. Langer, R. K některým otázkám právní úpravy součinnosti lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení a zdravotnických zařízení. Zdravotnictví a právo. 2001, 5, č. 6, s. 7 -15. ISSN 1211-6432.
45. Langer, R. Přezkum a aktuální posouzení v činnosti posudkových komisí. Národní pojištění. 2010, 41, č.1, s. 17 – 19. ISSN 0323-2395.
46. Langer, R. Reforma správního soudnictví a některé její důsledky pro lékařskou posudkovou službu. Revizní a posudkové lékařství. 2004, 7, č. 3, s. 39 – 40. ISSN 1214-3170.

47. Leiblová, Z. Zákon o zaměstnanosti s komentářem včetně prováděcích předpisů. ANAG. 2009, s. 312. ISBN 978-80-7263-533-7.
48. Moš ,P.: Posuzování zdravotního stavu v AČR. Revizní a posudkové lékařství. 2009, 12, č.2, s.3-9. ISSN 1214-3170.
49. Novotná, V. ,Burdová, E. Zákon o sociálně právní ochraně dětí. Komentář. 3.akt. a dopl. vydání. LINDE, 2007, s .466. ISBN 978-80-86131-72-6.
50. Pechan, L. Podstatné změny ve vymezení invalidity. Národní pojištění. 2009, 40, č. 11, s.25-26. ISSN 0323-2395.
51. Steinichová, L. a kol. Zákon o zaměstnanosti. Komentář. Wolters Kluwer ČR, a. s. 2010, s. 294. ISBN 978-80-7357-501-4.
52. Šimák, M., Kahoun, V. Aktuální poznámky k reformě důchodového pojištění, In: Sborník z V. mezinárodní konference „Problematika – generace 50 plus“, 27. a 28.5.2008, České Budějovice. ZSF JU. s. 39 – 44. ISBN 978-80-7394-100-0.
53. Šírová, L. Posuzování závislosti dětí pro účely příspěvku na péči. Revizní a posudkové lékařství, 2008, 11, č. 1, s. 23-25. ISSN 1214-3170.
54. Šobíšková ,H. Posuzování zdravotního stavu podle zákona o nemocenském pojištění. Zdravotnické noviny. 2008, 57, č. 43, s.28-30. ISSN 0044-1996.
55. Tomeš ,I. Sociální správa: Úvod do teorie a praxe. 2. vyd. Portál. 2009,.s.304. ISBN 978-80-7367-483-0.
56. Tröster, P. a kol.: Právo sociálního zabezpečení, 5. vyd. C.K.BECK. 2010, s. 422. ISBN 978-80-7400-322-62010.
57. Veselý, J.: K právní povaze posudku o zdravotním stavu ve věcech sociálního zabezpečení, Praha, Zdravotnictví a právo, 2009, ročník XIII, č.4, s.18-21. ISSN 1211 – 6432.
58. Veselý, J. Právo sociálního zabezpečení, Praha, VŠAP, 2009, s. 201. ISBN: 978-80-86 775-23-4.

59. Veselý, J. Námitkové řízení ve věcech důchodového pojištění. Právní rozhledy. 2010, 17, č. 18, s. 655-658. ISSN-1210-6410.
60. Veselý, J. Pojetí lékařské posudkové služby sociálního zabezpečení v České republice. Právní obzor. 2010, 93, č.5, s. 497 – 506. 0032-6984.
61. Wernerová, J. Posuzování zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou pro účely příspěvku na péči. Informace pro lékařské praxe. 2008, č.5, s. 17 -19. ISSN 1214-486X.
62. Wernerová, J. Zdravotní příčiny osob zdravotně znevýhodněných. Národní pojištění, 2008, č.5, s. 19 -21. ISSN 1214-486X.
63. Wernerová, J. Posudková služba úřadů práce. Tempus medicorum. 2006, 15, č.4, s.19. ISSN 1214-7524.
64. Wernerová, J. Změny v lékařské posudkové službě. Diagnóza v ošetřovatelství. 2006, 2, č.65, s. 252 – 253. ISSN 1801-1349.
65. www.mpsv.cz
66. Zvoníková, A. Posudková služba sociálního zabezpečení. Vox pediatrie. 5, č. 7, s. 29 -33. ISSN 1213-2241.
67. Zvoníková, A. Věcný a právní vývoj posuzování „stavovské“ invalidity. Revizní a posudkové lékařství, 2007, 10, č.1, s.20-24. ISSN 1214-3170.
68. Zvoníková, A. Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení je třeba zkvalitnit. Revizní a posudkové lékařství. 2006, 9, č.4, s.67-69. ISSN 1214-3170.
69. Zvoníková, A. Součinnost v důchodovém pojištění a při posuzování invalidity. Národní pojištění. 2010, 41, č.2, s.21- 23. ISSN 0323-2395.
70. Ženíšková, M., Přib, J. Zákon o nemocenském pojištění s komentářem a příklady od 1. 1. 2010, 3.vyd. ANAG. 2010, s. 263, ISBN 978-80-7263-478-1.

15. Seznam autorem publikovaných prací k tématu disertační práce

Články v českých periodikách s IF

1. Čeledová, L., Čevela, R., Kalita, Z., Vaňásková, E. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob po cévní mozkové příhodě. Česká a slovenské neurologie a neurochirurgie. 2010, 73/106, č .6, s.728 -733. IF = 0,246.

Články v zahraničních periodikách s IF

1. Čeledová, L., Čevela, R., Kuželová, H., Raboch, J., Ptáček, R. Stress and Burnout Syndrome in Medical Assessment Doctors. Medical Science Monitor. IF=1,543. V tisku.

Abstrakta v zahraničních sbornících s IF

1. Ptáček, R., Kuželová, H., Čeledová, L., Čevela, R. Stress and trauma in children in foster and institutional care. European Psychiatry, 2001, 26, Suppl. 1, P-01-335. ISSN 0924-9338. IF=3,08.
2. Ptáček, R., Čeledová, L., Kuželová, H., Čevela, R., Kebza, V., Šolcová, I. Stress and burnout syndrome in medical professions in the Czech Republic. European Psychiatry, 26, 2011, Suppl. 1, P-01-428. ISSN 0924-9338. IF=3,08.
3. Čeledová, L., Čevela, R., Ptáček, R., Kuželová, H. Incidence of stress and depression in assessment medicine doctors in the Czech Republic. European Psychiatry, 2011, 26, Suppl. 1, P-01-517. ISSN: 0924-9338. ISSN 0924-9338. IF=3,08.

Monografie

1. Čevela, R., Čeledová, L., Zvoníková, A. Posudkové lékařství. Vybrané kapitoly. 1.vyd. Grada Publishing. 2010, s. 143. ISBN 978-80-247-3285-5.
2. Zvoníková, A., Čeledová, L., Čevela, R. Základy posuzování invalidity. 1.vyd. Grada Publishing. 2010, s. 357. ISBN 978-80-247-3535-1.

Skripta

1. Čeledová, L., Čevela, R., Zvoníková, A., Pelclová, D. Posudkové lékařství. 1.vyd. Karolinum. 2010, s. 125. ISBN 978-80-2461869-2.

Články v zahraničních recenzovaných periodikách

1. Čeledová, L., Váňová, A., Čevela, R. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných staršího věku. Geriatria, 2010, XVI, č. 3, s. 129 – 136. ISSN 1335-1850.
2. Čeledová, L., Čevela, R. Burn-out syndrome of Medical Assessors, its root-causes and solutions. Journal of Nursing, Social Studies and Public Health. 2010, 1, No. 1-2, s. 7-18. ISSN1804-1868.

Články v českých recenzovaných periodikách

1. Ptáček, R., Pemová, T., Čeledová, L., Čevela, R. Specifické potřeby rodin dětí s ADHD. Prevence úrazů, otrav a násilí. 2010, VI, č.2, s.193– 199. ISSN 1801-0261.
2. Čeledová, L., Čevela, R. Lékařská posudková služba v dotazníkovém šetření. Česká geriatrická revue. 2010, 8, č. 1-2, s. 556-59. ISSN1214-0732.
3. Čeledová, L., Čevela, R., Novotná, V. Posuzování zdravotního stavu žadatelů pro účely náhradní rodinné péče. Praktický lékař. 2010, 90, č. 5, s. 292-294. ISSN 0032-6739.
4. Čeledová, L., Čevela, R. Posuzování stupně závislosti dětí do 18 let s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Kontakt. 2010, 12, č. 2, s. 199-206. ISSN1212-4117.
5. Čevela, R., Čeledová, L. Posuzování pracovní neschopnosti. (II. část), Výsledky vlámsko českého projektu o vzdělávání posudkových lékařů. Zdravotnictví v České republice. 2010, 13, č. 1, s. 188-193. ISSN1213-6050.
6. Čevela, R., Čeledová, L., Bělohávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob s nemocemi nervové soustavy. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2010, 17, č. 1, s. 3-9. ISSN 0008-7335.

7. Čevela, R., Čeledová, L., Bělohlávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u duševních poruch a poruch chování. Časopis lékařů českých. 2010, 149, č. 1, s. 26-31. ISSN 0008-7335.
8. Čeledová, L., Kuželová, H., Ptáček, R., Žukov, I., Čevela, R. Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby. Česká a slovenská psychiatrie. 2010, 106, č. 3, s. 157-161. ISSN 1212-0383.
9. Čevela, R., Čeledová, L., Bělohlávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onemocnění pohybového systému. Časopis lékařů českých. 2009, 148, č. 12, s. 597-601. ISSN 0008-7335.
10. Čeledová, L., Čevela, R. Implementace pokroků lékařské vědy v posuzování invalidity od 1. ledna 2010. Pracovní lékařství. 2009, 61, č. 4, s. 190-196. ISSN 0032-6291.
11. Čevela, R., Čeledová, L. Zdravotní péče v Belgii. Výsledky vlámsko českého projektu o vzdělávání posudkových lékařů. I. část. Zdravotnictví v České republice. 2009, 12, č. 4, s. 154-156. ISSN 1213-6050.
12. Čevela, R., Čeledová, L. Dopad reorganizace lékařské posudkové služby na vzdělávání posudkových lékařů. Fórum sociální politiky. VÚPSV, 3, č. 1, 2009, s. 24 -26. ISSN 1802-5854.
13. Čevela, R., Švestková, O., Čeledová, L. Funkční hodnocení zdravotního stavu. Zdravotnictví v České republice. 2009, 12, č. 3, s. 98-101. ISSN 1213-6050.
14. Čeledová, L., Čevela, R.: Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení. Revizní a posudkové lékařství. 2009, 12, č. 4, s. 75-79. ISSN1214-3170.
15. Čevela, R., Čeledová, L., Bělohlávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onemocnění pohybového systému. Praktický lékař. 2009, 89, č. 11, s. 604 - 608. ISSN 0032-6739.
16. Čevela, R., Čeledová, L., Bělohlávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. Praktický lékař. 2009, 89, č. 10, s. 539-543. ISSN 0032-6739.

17. Čevela ,R., Čeledová, L., Bělohávková, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. Časopis lékařů českých. 2009, 148, č. 11, s. 552-556. ISSN 0008-7335.
18. Čeledová, L., Čevela, R. Syndrom vyhoření a posudkoví lékaři. Praktický lékař. 2009, 89, č. 9, s. 503-507. ISSN 0032-6739.
19. Čevela, R., Čeledová, L.: Názory praktických lékařů na činnost lékařské posudkové služby. Praktický lékař. 2009, 89, č. 7, s. 379-382. ISSN 0032-6793.
20. Čeledová, L., Čevela, R.: Změny v postgraduálním vzdělávání posudkových lékařů. Praktický lékař. 2009, 89, č. 7, s. 347-350. ISSN 0032-6793.
21. Čeledová ,L., Čevela, R.: Zdravotně sociální reformy v České republice. Zdravotnictví v České republice. 2009, 12, č. 1, s. 8-11. ISSN 1213-6050.
22. Čevela ,R. Perspektivy lékařské posudkové služby in Aktuality pro lékařskou posudkovou službu. MPSV. 2009, s. 7-9, s. ISBN 978-80-7421-008-2.
23. Čeledová, L., Čevela, R. Postgraduální vzdělávání posudkových lékařů v České republice. Pracovní lékařství. 2009, 61, č. 2, s. 81-84. ISSN 0032-6291.
24. Boháč, J., Čeledová, L., Čevela, R. Vzdělávání lékařů lékařské posudkové služby. Revizní a posudkové lékařství. 2009, 12, č. 1, s. 16-18. ISSN 1214-3170.
25. Čevela, R., Čeledová, L. Organizace, reorganizace a činnost lékařské posudkové služby Pracovní lékařství. 2009, 61, č. 1, s. 7-11. ISSN 0032-6291.
26. Čeledová, L., Čevela, R. Opatření k personální stabilizaci oboru posudkové lékařství. Kontakt. 2008, 10, č. 2, s. 427-434. ISSN 1212-4117.
27. Čeledová, L., Čevela., R. Dotazníkové šetření názorů veřejnosti na činnost lékařské posudkové služby. Revizní a posudkové lékařství. 2008, 11, č. 3, s. 74-79. ISSN 1214-3170.
28. Čeledová, L., Čevela., R. Case manager na ministerstvu práce. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 3, s. 90-92. ISSN1213-6050.

29. Čeledová, L., Čevela, R., Veselý, J. Migrace v posudkové službě. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 1, s. 30-33. ISSN 1213-6050.
30. Čeledová, L., Čevela, R., Veselý, J. Názory lékařů na lékařskou posudkovou službu. Zdravotnictví v České republice. 2008, 11, č. 2, s. 56-58. ISSN 1213-6050.
3. Čeledová, L., Čevela, R., Vácha, M. Etika, morálka a posudkový lékař nejen v čase vánočním. Revizní a posudkové lékařství. 2007, 10, č. 4, s. 103-104. ISSN 1214-3170.
4. Čeledová, L., Čevela, R. IZIP a systém zdravotní péče a případné možnosti v systému sociálního zabezpečení. Zdravotnictví v České republice. 2007, 10, č. 2, s. 48-49. ISSN: 1213-6050.

Články v českých nerecenzovaných periodikách/sbornících

1. Čeledová, L., Čevela, R. Posuzování invalidity u osob s duševními poruchami a poruchami chování. Sborník VII. Mezinárodní konference Problematika generace 50 plus. 21. a 22. září 2010. České Budějovice. 2010, s.83 – 85, ISBN 978-80-7394-260-1.
2. Pastorková, R., Ivanová, K., Čeledová, L., Čevela, R. posuzování stupně závislosti s pohledu posudkového lékaře. Sborník VII. Mezinárodní konference Problematika generace 50 plus. 21. a 22. září 2010. České Budějovice. 2010, s. 76 -82. ISBN 978-80-7394-260-1.
3. Čeledová, L., Čevela, R. Příspěvek na péči a kvalita života seniorů. Sborník V. ročníku konference SENIOR LIVING. 9 – 10. 11. 2010 Pardubice. 2010, s. 31 – 35, ISBN 978-80-254-8808-9.
4. Čevela, R., Čeledová, L. Vývoj invalidity v České republice v závislosti na věku se zaměřením na generaci 50 plus. Kontakt. 2008,10, Supl. 1, s. 14-18. ISSN 1212-4117.
5. Čevela, R., Zvoníková, A. Nový způsob posuzování invalidity od 1. ledna 2010. Zdravotnické noviny. 2009, 58, č. 51-52, s. 24-25. ISSN 0044-1996.
6. Čeledová, L., Čevela, R. Posuzování zdravotního stavu v kontextu sociální reformy 2011. Sborník kongresu. Gerontologické dny severozápad. 6. -7. dubna 2011, Teplice v Čechách. 2011, s. 18 -19. ISBN 978-80-02-0235-0.

Abstrakta v zahraničních nerecenzovaných sbornících

1. Čeledová, L., Čevela, R. Assessment of invalidity in the Czech Republic since 1st January 2010. 18th EUMASS Congress Berlin 2010. Sborník abstrakt a prezentací. <http://www.eumass.com/index.php?option=com>.
2. Čeledová, L., Čevela, R., Ptáček, R. Czech Medical Assessment Service Doctors Training. 18th EUMASS Congress Berlin 2010. Sborník abstrakt a prezentací <http://www.eumass.com/index.php?option=com>.
3. Čevela, R. Organizace a činnost lékařské posudkové služby v České republice, 17. mezinárodní kongres EUMASS, Kongresové centrum Praha, 5.-7.června 2008, Sborník abstrakt, s.10-11. ISBN 978-80-254-227-4.
4. Čeledová, L., Čevela, R., Ptáček, R. Celoživotní vzdělávání lékařů lékařské posudkové služby v ČR, 17. mezinárodní kongres EUMASS, Kongresové centrum Praha, 5.-7. června 2008, Sborník abstrakt, s.52-53. ISBN 978-80-254-227-4.

16.Přílohy

Dotazník č. 1

NÁZORY POSUDKOVÝCH LÉKAŘŮ NA OBSAH SVÉ PRÁCE 2007

1. Jaká je či jaké jsou Vaše základní atestace? MOŽNO VÍCE ODPOVĚDÍ!

- 1 Všeobecné lékařství
- 2 Pediatrie a dorostové lékařství
- 3 Alergologie
- 4 Anesteziologie
- 5 Dermatovenerologie
- 6 Diabetologie / Endokrinologie
- 7 Gastroenterologie
- 8 Gynekologie
- 9 Chirurgie
- 10 Hematologie
- 11 Interní lékařství
- 12 Kardiologie
- 13 Neurologie
- 14 Oftalmologie (oční lékařství)
- 15 Onkologie
- 16 ORL
- 17 Ortopedie
- 18 Patologie
- 19 Plicní lékařství (pneumologie)
- 20 Psychiatrie
- 21 Radiologie
- 22 Revmatologie
- 23 Stomatologie
- 24 Urologie
- 25 Jiná, VYPIŠTE! _____

2. Máte atestaci z posudkového lékařství? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1- ano
- 2- ne, ale na atestaci se právě připravuji
- 3- ne, ale o atestaci v budoucnu uvažují
- 4- ne, atestovat nebudu

3. Jak dlouho se věnujete práci posudkového lékaře?

Zaznamenejte počet let _____

4. Kdo je Váš zaměstnavatel? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1- Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ)
- 2- Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)
- 3- Úřad práce

5. Můžete prosím sdělit, jak jste spokojen se svou současnou prací posudkového lékaře? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Vyhovuje mi a neuvažuji o změně
- 2 Vyhovuje mi, ale o změně uvažuji
- 3 Nevyhovuje mi, ale o změně neuvažuji
- 4 Nevyhovuje mi a o změně uvažuji

6. Zajímá nás, proč jste se rozhodl/a pro povolání posudkového lékaře. Nyní Vám přečtu důvody, které Vás mohly vést k tomu, že jste si zvolil/a práci posudkového lékaře/lékařky, a Vy řekněte, jak pro Vás byly tyto důvody při volbě specializace posudkového lékaře důležité. Míru důležitosti vyjádřete na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že tento důvod byl při rozhodování pro Vás rozhodně důležitý, 2 že tento důvod byl spíše důležitý, 3, spíše nedůležitý a 4 rozhodně nedůležitý.

PRO KAŽDÝ DŮVOD JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ,

Jednotlivé důvody volby práce posudkového lékaře:

- 1- Dobré platové podmínky škála: 1 2 3 4
- 2- Zaměstnanecké výhody (delší dovolená, placená rekreace, klouzavá pracovní doba, apod.) škála: 1 2 3 4
- 3- Potřeba menšího pracovního zatížení bez nočních služeb, pohotovostí apod. škála: 1 2 3 4
- 4- Odchod do starobního důchodu škála: 1 2 3 4

5- Ztráta možnosti uplatnění ve svém původním lékařském oboru (např. ztráta zaměstnání, organizačních změny v resortu zdravotnictví) škála: 1 2 3 4

6- Zajímavý obsah práce škála: 1 2 3 4

7- Omezená možnost uplatnění ve svém původním lékařském oboru (nenašel/la vyhovující místo v oboru apod.)

škála: 1 2 3 4

7. Vybral/a byste si znovu, po současných zkušenostech, práci posudkového lékaře? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

1- Rozhodně ano

2- Spíše ano

3- Spíše ne

4- Rozhodně ne

Uvedl/a jste, že byste si již znovu práci lékaře posudkové služby nezvolil/a. Proč si to myslíte? Uvedte prosím Vaše důvody. A ještě nějaké?

8. Můžete říci, co Vám v odchodu z tohoto oboru brání?

MOŽNO VÍCE ODPOVĚDÍ!

1- Ztráta kvalifikace ke zdravotnickému povolání z důvodu dlouhodobého pracovního poměru v sociálním zabezpečení

ano/ne

2- Věk, zdravotní důvody

ano/ne

3- Finanční důvody

ano/ne

4- Rodinné důvody

ano/ne

5- Zvyk, obavy ze změny

ano/ne

6- Obavy, že nenajdu jinou, lepší nebo alespoň stejnou práci

ano/ne

7- Jiné důvody,

VYPIŠTE! _____

9. Zajímá nás, jak hodnotíte podmínky, které máte ke své práci. Nyní Vám jednotlivé podmínky přečtu, a Vy u každé z nich uveďte, jak jste s nimi spokojen/a. Podmínky ohodnoťte na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že jste s nimi velmi spokojen/a, 2 spíše spokojen/a, 3 spíše nespokojen/a a 4 znamená, že jste velmi nespokojen/a.

1- pracovní prostředí (velikost, uspořádání a vybavení kanceláře, její osvětlení, vytápění, umístění v budově atd.

škála: 1 2 3 4

2- technické vybavení pracoviště (počítače, internet atd.)

škála: 1 2 3 4

3- materiálně technické podmínky k práci (služební telefon, automobil atd.)

škála: 1 2 3 4

4- kolektiv nejbližších spolupracovníků

škála: 1 2 3 4

5- odborné zázemí (vzdělávání, odborná literatura atd.)

škála: 1 2 3 4

6- styl práce (organizace apod.)

škála: 1 2 3 4

7- metodické vedení

škála: 1 2 3 4

8- platové podmínky

škála: 1 2 3 4

9- schopnosti přímého nadřízeného

škála: 1 2 3 4

10- schopnosti managementu, způsoby řízení

škála: 1 2 3 4

10. Nyní Vám přečtu několik aspektů práce posudkového lékaře, a Vy prosím řekněte, zda a do jaké míry Vás tyto aspekty Vaší práce vyčerpávají. Jednotlivé aspekty ohodnoťte opět na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že Vás vůbec nevyčerpávají, 2 znamená že, Vás spíše nevyčerpávají, 3 že, Vás spíše vyčerpávají a 4 znamená, že jejich zvládnutí je pro Vás velmi náročné.

1- Administrativní práce

škála: 1 2 3 4

2- Komunikace s lékaři jiných odborností

škála: 1 2 3 4

3- Komunikace s občany

škála: 1 2 3 4

4- Řešení konfliktních situací při jednání s občany

škála: 1 2 3 4

11. Myslíte si, že při práci posudkového lékaře dostatečně využíváte Vaši lékařskou kvalifikaci? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Rozhodně ano
- 2 Spíše ano
- 3 Spíše ne
- 4 Rozhodně ne
- 5 Neví, nedokáže posoudit

12. Uvedl/a jste, že svou lékařskou kvalifikaci při práci posudkového lékaře příliš nevyžíváte. Můžete říci, z jakých je to důvodů?

MOŽNO VÍCE ODPOVĚDÍ!

- 1- Trávíte mnoho času administrativními pracemi a na odbornou lékařskou práci nemáte čas ano / ne
- 2- Vaše lékařské zkušenosti a názory nikoho nezajímají ano / ne
- 3- Mnoho času strávíte dopravou během výkonu práce a na odbornou lékařskou práci nemáte čas ano / ne
- 4- V posudkovém lékařství není Vaše lékařská kvalifikace příliš potřeba ano / ne
- 5- Jiné důvody, VYPIŠTE: _____

Čím by se dalo využití Vaší lékařské kvalifikace zlepšit?.

13. V poslední době se hovoří o potřebě zkvalitnění činnosti lékařské posudkové služby. Co by podle Vašeho názoru jejímu zlepšení pomohlo? VÝROKY ROTUJTE!

- 1- Zvýšení počtu posudkových lékařů ano / ne / nevím
- 2- Zvýšení počtu smluvních lékařů ano / ne / nevím
- 3- Posílení lékařské posudkové služby o pracovníky s nižší kvalifikací na administrativní práce ano / ne / nevím
- 4- Změna v řízení posudkové služby ano / ne / nevím
- 5- Kompletní reorganizace posudkové služby sociálního zabezpečení ano / ne / nevím
- 6- Zlepšení finančního ohodnocení lékařů posudkové služby ano / ne / nevím
- 7- Snížení administrativní zátěže lékařů posudkové služby ano / ne / nevím
- 8- Změny v managementu mého zaměstnavatele ano / ne / nevím

14. Zaznamenal/a jste odbornou diskusi

- 1- na téma problémů posudkového lékařství a posudkových lékařů obecně ano / ne / nevím
- 2- na téma posuzování zdravotního stavu občana / pacienta posudkovými lékaři ano / ne / nevím

15. Jak tyto diskuse hodnotíte?

- 1- na téma problémů posudkového lékařství a posudkových lékařů obecně kvalifikovaná/nekvalifikovaná/nevím
(NENABÍZEJTE!)
- 2- na téma posuzování zdravotního stavu občana / pacienta posudkovými lékaři kvalifikovaná/nekvalifikovaná/nevím
(NENABÍZEJTE!)

16. Jaký plat by měli podle Vašeho názoru nabídnout zaměstnavatelé v resortu MPSV, aby získali nové posudkové lékaře? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1- Plat v současných relacích lékaře posudkové služby
- 2- Plat srovnatelný s platem praktických lékařů ve zdravotnictví
- 3- Vyšší plat než mají praktičtí lékaři ve zdravotnictví
- 4-

17. Na závěr se Vás zeptáme na základní demografické údaje, které potřebujeme pro zpracování údajů. Zaznamenejte pohlaví respondenta!

- 1- Muž
- 2- Žena

18. Kolik je Vám let?

Zaznamenejte věk _____ let

Dotazník č. 2
NÁZORY LÉKAŘŮ NA PRÁCI LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉSLUŽBY
2007

1. V úvodu dotazování prosím sdělte jaký typ lékařské praxe Vás charakterizuje? **MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!**

- 1 Ambulantní lékař/ka
- 2 Lékař/ka lůžkového zařízení
- 3 Kombinovaná praxe (v ambulantním zařízení i v lůžkovém zařízení)
- 4 Revizní lékař/ka
- 5 Jiné, **VYPIŠTE:** _____

2. Jaká je Vaše současná specializace? **MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!**

- 1 Praktický lékař/ka
- 2 Pediatr
- 3 Alergolog
- 4 Anesteziolog
- 5 Dermatovenerolog
- 61 Diabetolog / Endokrinolog
- 72 Gastroenterolog
- 83 Gynekolog
- 94 Chirurgie
- 105 Hematolog
- 116 Internista
- 127 Kardiolog
- 138 Neurolog
- 149 Oftalmolog (specialista v oboru oční lékařství)
- 1510 Onkolog
- 1611 Ortoped
- 1712 Patolog
- 1813 Plicní lékař/ka
- 1914 Psychiatr
- 2015 Radiolog
- 2116 Revmatolog
- 2217 Specialista v oboru ORL
- 2318 Urolog
- 2419 Jiný specialista,
VYPIŠTE! _____
- 2520 Revizní lékař
- 2621 Lékař bez atestace
- 2722 Jiný lékař,
VYPIŠTE: _____

3. Jak dlouho pracujete v oboru, který jste uvedl/a v předchozí otázce?

Zaznamenejte počet let _____

4. Můžete prosím sdělit, jak jste spokojen se svoji současnou prací? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Vyhovuje mi a neuvažuji o změně
- 2 Vyhovuje mi, ale o změně uvažuji
- 3 Nevyhovuje mi, ale o změně neuvažuji
- 4 Nevyhovuje mi a o změně uvažuji

5. Znáte náplň práce posudkového lékaře? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Ano, znám dobře
- 2 Ano znám, ale jen částečně
- 3 Ano znám, ale velmi málo
- 4 Ne, neznám

6. Nyní Vám přečtu několik charakteristik vztahujících se k náplni práce posudkového lékaře. Řekněte do jaké míry, se podle Vašeho názoru tyto charakteristiky na popis práce posudkového lékaře hodí či nehodí. Svůj názor vyjádřete na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 spíše ne a 4 rozhodně ne.

PRO KAŽDÝ VÝROK JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ, ODPOVĚĎ „NEVÍM, NEDOKÁŽU POSOUDIT“ (KÓD 9) NENABÍZEJTE! VÝROKY ROTUJTE!

Práce posudkového lékaře je:

- | | |
|--|----------------|
| 1- Zajímavá | škála: 1 2 3 4 |
| 2- Odborně náročná | škála: 1 2 3 4 |
| 3- Nudná | škála: 1 2 3 4 |
| 4- Administrativně náročná | škála: 1 2 3 4 |
| 5- Vhodná pro důchodce | škála: 1 2 3 4 |
| 6- Může ji vykonávat každý lékař i bez PL atestace | škála: 1 2 3 4 |

7. Uvažoval/a byste někdy v budoucnu o práci lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Ano
- 2 Možná ano, nevylučuji to
- 3 Nikdy
- 4 Neví, nedokáže posoudit)

8. FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V PŘEDCHOZÍ OTÁZCE Č. 7 ODPOVĚĎELI KÓDEM 3, TZN. ŽE BY NIKDY NEUVAŽOVALI O PRÁCI LÉKAŘE POSUDKOVÉ SLUŽBY! Otevřená otázka! Uvedl/a jste, že byste si nikdy nezvolil/a práci lékaře posudkové služby. Proč jste se tak rozhodl/a? Uvedte prosím Vaše důvody. A ještě nějaké? DETAILNĚ SE DOPTÁVEJTE! ODPOVĚĎ NEVÍM NEMŮŽE BÝT AKCEPTOVÁNA!

9. FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V OTÁZCE Č. 7 ODPOVĚDĚLI KÓDEM 1 NEBO 2, TZN. ŽE NEVYLUČUJÍ, ŽE BY NĚKDY V BUDOUCNU PRACOVALI JAKO LÉKAŘI POSUDKOVÉ SLUŽBY!

Nevyloučil/a jste možnost změny oboru a následné práce lékaře/lékařky posudkové služby. Nyní Vám přečtu některé možné důvody, které by Vás mohly vést k tomu, že byste se pro práci posudkového lékaře/lékařky rozhodl/a. Prosim sdělte vždy svůj souhlas či nesouhlas s každým důvodem na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že tento důvod by Vás rozhodně vedl ke změně oboru ve prospěch posudkového lékaře, 2 znamená že tento důvod by Vás spíše vedl k práci posudkového lékaře, 3, že tento důvod by Vás spíše nevedl k práci posudkového lékaře a 4, že tento důvod by Vás rozhodně nevedl k práci posudkového lékaře.

PRO KAŽDÝ DŮVOD JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ, ODPOVĚĎ „NEVÍM, NEDOKÁŽU POSOUDIT“ (KÓD 9) NENABÍZEJTE! VÝROKY ROTUJTE!

- 1 Vyšší plat než současný škála: 1 2 3 4
- 2 Zaměstnanecké výhody (např. delší dovolená, placená rekreace, klouzavá pracovní doba apod.) škála: 1 2 3 4
- 3 Potřeba menšího pracovního zatížení škála: 1 2 3 4
- 4 Odchod do starobního důchodu škála: 1 2 3 4
- 5 Ztráta možnosti uplatnění v současném oboru (např. ztráta zaměstnání, zdravotní důvody) škála: 1 2 3 4
- 6 Poskytnuté materiálně technické zázemí (služební automobil, notebook, služební mobil atd.) škála: 1 2 3 4

10.FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V OTÁZCE Č. 7 ODPOVĚDĚLI KÓDEM 1 NEBO 2, TZN. ŽE NEVYLUČUJÍ, ŽE BY NĚKDY V BUDOUCNU PRACOVALI JAKO LÉKAŘI POSUDKOVÉ SLUŽBY!

Při jaké konkrétní výši čistého platu byste byl/a ochotna vykonávat práci posudkového lékaře sociálního zabezpečení:

MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 25 - 30 tisíc Kč
- 2 31 - 40 tisíc Kč
- 3 41 - 50 tisíc Kč
- 4 Více než 50 tisíc Kč
- 5 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

11. Máte zkušenost s prací posudkového lékaře ve Vašem oboru?
MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Ano
- 2 Ne
- 3 Neví, nevzpomíná si (NENABÍZEJTE!)

12. FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V PŘEDCHOZÍ OTÁZCE Č. 11 ODPOVĚĎĚLI KÓDEM 1, TZN. ŽE MAJÍ ZKUŠENOST S PRACÍ POSUDKOVÉHO LÉKAŘE. A jaká je Vaše zkušenost s odborností posudkového lékaře ve Vašem oboru?
MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Dobrá
- 2 Průměrná
- 3 Špatná
- 4 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

13. FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V OTÁZCE Č. 11 ODPOVĚĎĚLI KÓDEM 1, TZN. ŽE MAJÍ ZKUŠENOST S PRACÍ POSUDKOVÉHO LÉKAŘE.

Obešel byste se při práci ve Vašem oboru bez spolupráce s posudkovým lékařem?

- 1 Bez posudkového lékaře bych se obešel/a
- 2 Potřebuji pomoc posudkového lékaře při řešení sociálních situací pacientů
- 3 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

14. Jak hodnotíte prestiž posudkového lékaře vzhledem k ostatním lékařským oborům? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Je vysoká
- 2 Je průměrná
- 3 Je nízká

15. FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V PŘEDCHOZÍ OTÁZCE Č. 14 ODPOVĚDĚLI KÓDEM 2 NEBO 3, TZN. ŽE HODNOTÍ PRACI POSUDKOVÉHO LÉKAŘE PRŮMĚRNĚ ČI NÍZKO.

Proč si myslíte, že je prestiž posudkového lékaře průměrná či nízká? Odpovídejte prosím na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že s výrokem velmi souhlasíte, 2 spíše souhlasíte, 3 spíše nesouhlasíte a 4 rozhodně nesouhlasíte.

PRO KAŽDÝ VÝROK JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ, ODPOVĚĎ „NEVÍM, NEDOKÁŽU POSOUDIT“ (KÓD 9) NENABÍZEJTE! VÝROKY ROTUJTE!

Prestiž posudkového lékaře je průměrná či nízká z důvodu:

- | | | | | | |
|---|--|----------|---|---|---|
| 1 | Personální struktury posudkové služby, často jde o práci jako přivýdělek k důchodu | škála: 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Nízkého finančního ohodnocení práce | škála: 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Neklinického zaměření oboru | škála: 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Nízké atraktivity náplně práce | škála: 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Může mít dle Vašeho názoru specializace v posudkovém lékařství celoživotní perspektivu? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Rozhodně ano
- 2 Spíše ano
- 3 Spíše ne
- 4 Rozhodně ne
- 5 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

17.V oblasti sociálního zabezpečení je možné pracovat jako posudkový lékař nejen na plný úvazek, ale i na zkrácený. Též lékař může v oblasti sociálního zabezpečení pracovat pro Úřad práce jako tzv. smluvní lékař, který je odměňován za každý vypracovaný posudek. Uvažoval/a byste tedy někdy v budoucnu o práci lékaře v oblasti sociálním zabezpečení v kratším pracovním úvazku či jako smluvní lékař při hlavním zaměstnání v resortu zdravotnictví? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Rozhodně ano
- 2 Spíše ano
- 3 Spíše ne
- 4 Rozhodně ne
- 5 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

18.FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V PŘEDCHOZÍ OTÁZCE Č. 17 ODPOVĚĎELI KÓDEM 3 NEBO 4, TZN. ŽE BY SPÍŠE ČI URČITĚ NEUVAŽOVALI O PRÁCI V SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ! OTEVŘENÁ OTÁZKA!

Uvedl/a jste, že byste si nikdy nezvolil/a práci lékaře v sociálním zabezpečení. Proč jste se tak rozhodl/a? Uveďte prosím Vaše důvody. A ještě nějaké? DETAILNĚ SE DOPTÁVEJTE! ODPOVEĎ NEVÍM NEMŮŽE BÝT AKCEPTOVÁNA!

19.FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V OTÁZCE Č. 17 ODPOVĚĎELI KÓDEM 1 NEBO 2, TZN. ŽE NEVYLouČUJÍ, ŽE BY NĚKDY V BUDOUCNU PRACOVALI JAKO LÉKAŘI V OBLASTI SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ! Nevyloučil/a jste práci lékaře/lékařky v oblasti sociálního zabezpečení. V jakém rozsahu, tzn. počtu hodin týdně, byste měl/a zájem pracovat jako lékař/ka v oblasti sociálního zabezpečení? MOŽNÁ JEDNA ODPOVĚĎ!

- 1 Cca 6 hodin týdně
- 2 Cca 7-12 hodin týdně
- 3 Více než 12 hodin týdně
- 4 S volitelnou délkou pracovní zátěže podle její aktuální situace
- 5 Neví, nedokáže posoudit (NENABÍZEJTE!)

20.FILTR! PTEJTE SE POUZE TĚCH, KTEŘÍ V OTÁZCE Č. 17 ODPOVĚDĚLI KÓDEM 1 NEBO 2, TZN. ŽE NEVYLUČUJÍ, ŽE BY NĚKDY V BUDOUCNU PRACOVALI JAKO LÉKAŘI V OBLASTI SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ!

Kde nejraději byste práci pro sociální zabezpečení nejraději vykonával/a? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

1. Ve své ordinaci nebo zdravotnickém zařízení
2. Na vyhrazeném místě - na Okresní správě sociálního zabezpečení, úřadu práce, příp. na MPSV
3. Doma
4. Nezáleží na tom, je m to jedno
5. Neví (NENABÍZEJTE!)

21.Nyní se Vás poprosíme o základní demografické údaje, které potřebujeme pro zpracování údajů. Zaznamenejte pohlaví respondenta!

Muž

Žena

22.Kolik je Vám let?

Zaznamenejte věk _____ let

Dotazník č. 3

NÁZORY LÉKAŘŮ NA PRÁCI LÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBY 2010

1. V úvodu dotazování prosím sdělte, jaký typ lékařské praxe Vás charakterizuje? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚď!

- 1 Ambulantní lékař/ka
- 2 Lékař/ka lůžkového zařízení
- 3 Kombinovaná praxe (v ambulantním zařízení i v lůžkovém zařízení)
- 4 Revizní lékař/ka
- 5 Jiné, VYPIŠTE: _____

2. Jaká je Vaše současná specializace? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚď!

- 6 Praktický lékař/ka
- 7 Pediatr
- 8 Alergolog
- 9 Anesteziolog
- 10 Dermatovenerolog
- 11 Diabetolog / Endokrinolog
- 12 Gastroenterolog
- 13 Gynekolog
- 14 Chirurg
- 15 Hematolog
- 16 Internista
- 17 Kardiolog
- 18 Neurolog
- 19 Oftalmolog (specialista v oboru oční lékařství)
- 20 Onkolog
- 21 Ortoped
- 22 Patolog
- 23 Plicní lékař/ka
- 24 Psychiatr
- 25 Radiolog
- 26 Revmatolog
- 27 Specialista v oboru ORL
- 28 Urolog
- 29 Jiný specialista,
VYPIŠTE! _____
- 30 Revizní lékař
- 31 Lékař bez atestace
- 32 Jiný lékař,
VYPIŠTE: _____

3. Jak dlouho pracujete v oboru, který jste uvedl/a v předchozí otázce?

Zaznamenejte počet let _____

4. Pro koho se podle Vašeho názoru hodí práce lékaře posudkové služby?

5. Proč si to myslíte?

6. Nyní Vám přečtu několik charakteristik vztahujících se k náplni práce posudkového lékaře. Řekněte, do jaké míry, se podle Vašeho názoru tyto charakteristiky na popis práce posudkového lékaře hodí či nehodí. Svůj názor vyjádřete na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená rozhodně ano, 2 spíše ano, 3 spíše ne a 4 rozhodně ne. PRO KAŽDÝ VÝROK JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ

Práce posudkového lékaře je:

Zajímavá škála: 1 2 3 4

Odborně náročná škála: 1 2 3 4

Nudná škála: 1 2 3 4

Administrativně náročná škála: 1 2 3 4

Vhodná pro důchodce škála: 1 2 3 4

Může ji vykonávat každý lékař i bez atestace z posudkového lékařství škála: 1 2 3 4

Společensky potřebná škála: 1 2 3 4

7. Uvažoval/a byste někdy v budoucnu o práci lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení? MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

Ano

Možná ano, nevylučuji to

Nikdy

8. Uvedl/a jste, že byste si nikdy nezvolil/a práci lékaře posudkové služby. Proč jste se tak rozhodl/a? Uveďte prosím Vaše důvody. A ještě nějaké?

9. Nevyloučil/a jste možnost změny oboru a následné práce lékaře/lékařky posudkové služby. Nyní Vám přečtu některé možné důvody, které by Vás mohly vést k tomu, že byste se pro práci posudkového lékaře/lékařky rozhodl/a. Prosím sdělte vždy svůj souhlas či nesouhlas s každým důvodem na stupnici od 1 do 4, kde 1 znamená, že tento důvod by Vás rozhodně vedl ke změně oboru ve prospěch posudkového lékaře, 2 znamená, že tento důvod by Vás spíše vedl k práci posudkového lékaře, 3, že tento důvod by Vás spíše nevedl k práci posudkového lékaře a 4, že tento důvod by Vás rozhodně nevedl k práci posudkového lékaře. PRO KAŽDÝ DŮVOD JE MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ, ODPOVĚĎ „NEVÍM, NEDOKÁŽU POSOUDIT

Vyšší plat než současný škála: 1 2 3 4
Zaměstnanecké výhody (např. delší dovolená, placená rekreace, klouzavá pracovní doba apod.)
škála: 1 2 3 4
Potřeba menšího pracovního zatížení
škála: 1 2 3 4
Odchod do starobního důchodu
škála: 1 2 3 4
Ztráta možnosti uplatnění v současném oboru (např. ztráta zaměstnání, zdravotní důvody)
škála: 1 2 3 4
Poskytnuté materiálně technické zázemí (služební automobil, notebook, služební mobil atd.)
škála: 1 2 3 4
Jistota stálého zaměstnání a příjmu škála: 1 2 3 4
Menší kontakt s pacienty škála: 1 2 3 4 9
Menší náročnost z hlediska zodpovědnosti ohledně správného nastavení léčby u pacienta
škála: 1 2 3 4
Více času na rodinu a osobní zájmy škála: 1 2 3 4

10. Při jaké konkrétní výši čistého platu byste byl/a ochotna vykonávat práci posudkového lékaře sociálního zabezpečení.

11. Máte zkušenost s prací posudkového lékaře ve Vašem oboru?
MOŽNÁ POUZE JEDNA ODPOVĚĎ!

Ano
Ne

12. Nyní se Vás poprosíme o základní demografické údaje, které potřebujeme pro zpracování údajů. Kolik je Vám let?

Zaznamenejte věk _____ let

13. Žije/žijí s Vámi ve společné domácnosti dítě/děti ve věku DO 15 let?

Ano

Ne

14. Zaznamenejte pohlaví respondenta!

Muž

Žena