

Otázka započtení legionářské služby pro nápad starobního důchodu nebyla rozřešena, avšak vládě bylo dáno zmocnění upravit tuto otázku cestou vládního nařízení. (Čl. II. § 2.)

Zásadní ustanovení, týkající se veškerých dávek pensijního pojištění, obsa-

dram.:

## Druhá novela zákona č. 221/1924 o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

### *Dávky nemocenského pojištění.*

Nebudeme se zabývatí zvláště důvody, jež vedly k revisi zákona č. 221/1924, ve znění zák. č. 184/1928. Každý, kdo je na provádění tohoto zákona jakýmkoliv způsobem účasten, ví, že nemocenské pojištění prodělávalo od r. 1927 krizi, která svým průběhem od r. 1929 do r. 1933 dává též úplný obraz světové hospodářské krise.

Stačí uvést, že průměrný počet pojištěnců, podrobených nemocenskému pojištění, činil v r. 1929 2,506.190, na začátku r. 1934 1 mil. 734.628, což znamená úbytek o 31%. Úbytek příjmů nebyl provázen přiměřeným poklesem výdajů, které naopak projevily tendenci vzestupnou. Zejména na léčebnou péči, v důsledku pokroku lékařské vědy, pokrokem civilizace a zdravotního uvědomění obyvatelstva, konečně též vzestupem morbidity, kterýžto zjev vysvětluje prof. dr. Schoenbaum (Hosp. politika, roč. 1931, str. 473) tím, že všeobecně poklesla úmrtnost pojištěnců a že tito dosahují vyšších ročníků stáří, v nichž je vyšší nemocnost. Vleklé ztráty nemocenských pojištěnů byly přivoděny též zákonnou úpravou nemocenského pojištění v r. 1924 a 1928. Ministerská komise, pak zvláštní parlamentní komise dospěly názoru, že hospodaření nemocenských pojištěnů nemůže býti uvedeno do rovnováhy stálým zvyšováním pojistného, nýbrž že je nutno sáhnouti na kořen zla a při tom dbáti toho, aby operace nebyla příliš bolestná.

Vládním nařízením ze dne 15. VI. 1934, č. 112 Sb. z. a n., se nákladem nemocenského pojištění snižují tím, že

1. se za určitých předpokladů snižuje nemocenské a prodlužuje doba, za kterou se nemocenské nevyplácí (karence),

2. se zužuje poněkud okruh osob, které dosud měly nárok na nemocenské ošetření z titulu rodinného pojištění,

3. má býti zlevněn náklad za ústavní ošetřování nemocných,

huje nový odst. 5. § 47: Uplatněný nárok přechází na dědice oprávněné osoby.

Vsunutím tohoto odstavce, který se shoduje s ustanovením odst. 2. § 137 z. č. 221/24, jest odstraněn spor, zda a do jaké míry mohou pozůstalí po pojištěnci uplatňovati nároky podle ustanovení § 47 z. č. 26/29.

4. se nemocenským pojišťovnám umožňuje racionální provádění agendy a snížení správních nákladů.

Úkolem tohoto pojednání jest podati přehledně a podrobně tu část novely, která jedná o dávkách nemocenského pojištění.

### *Nárok pojištěnců v nemoci.*

Podle § 95, I, č. 1, má pojištěnec nárok, aby mu v době nemoci bylo poskytnuto nemocenské ošetření, t. j. zdarma lékařská pomoc, potřebné léky (léčiva) a jiné terapeutické pomůcky.

Podle judikatury Nejv. správního soudu (Bohuslav č. 975, ze dne 10. I. 1919, č. 176, ze dne 17. XII. 1909, č. 11.414, Amtl. Nachrichten 1910, str. 177) jest ve smyslu zákona nemoc jen potud, pokud tělesný nebo duševní stav určité osoby vyžaduje podle posudku lékařské vědy lékařského ošetřování a poskytnutí léků. Přestane-li tento tělesný nebo duševní stav, nelze mluvit o nemoci ve smyslu zákona, byť nemoc ve smyslu medicinsko-vědeckém trvala dále.

Podle § 141 jest nem. pojišťovna povinna zajistit, aby se nemocným pojištěncům dostalo pomoci diplomovaného lékaře. Nemoc. pojišťovna může stanoviti, že její pojištěnci — též pojištěnci jiné pojišťovny, kteří jsou v jejím ošetřování podle § 103 — jsou povinni vyžadovati pomoci od určitého lékaře a že nemoc. pojišťovna nehradí nákladů, vzestupných pojištěnci tím, že povolal jiného lékaře. Jiný lékař může býti povolán jedině, jde-li o naléhavý případ první pomoci. Dále ustanovuje § 141, že lékař, který poskytl první pomoc, je sám oprávněn — nikoli povinen — vyžadovati na pojišťovně náhradu až do výše sazby, sjednané s lékaři, kteří vykonávají u pojišťovny službu.

Z ustanovení § 95, I, č. 1, a § 141 lze dovoditi, že

1. pojištěnci nemají nároku na to, aby je léčil určitý lékař (odborný) nebo aby byli léčeni určitým způsobem (v lázních, sana-



toriích). Pomoc odborného lékaře, případně zvláštní způsob léčení, může být poskytnuta pouze na základě zvláštního povolení pojišťovny resp. jejího úředního lékaře.

2. pojištěnci jsou povinni dodržovati usnesení pojišťovny stran toho, jak má být lékařská služba v obvodě pojišťovny organizována. To znamená, že v případě organizace lékařské služby tím způsobem, že pro určité části obvodu pojišťovny (čtvrti, ulice, obce) jsou stanoveni lékaři tak, že pojištěnci, kteří tam bydlí, jsou povinni povolati pouze určitého lékaře, příp. voliti mezi několika lékaři, není nároku na náhradu, když byl povolán jiný lékař. Tento není povinen poskytnouti žádanou pomoc, byť je též lékařem dotyčné pojišťovny. Bylo již uvedeno, že výjimku tvoří naléhavý případ první pomoci, kdy je každý lékař povinen pomoc poskytnouti, a nezaplatil-li pojištěnec — ať z jakéhokoliv důvodu — jest lékař oprávněn žádati honorář na pojišťovně. Nemoc. pojišťovna jest povinna platit pouze do výše sazby, kterou platí svým lékařům. Rovněž pojištěnci, který zaplatil lékaři za první pomoc, nahradí pojišťovna náklad jen do výše sjednané sazby.

Nemocný pojištěnec má dále nárok na potřebné léky (léčiva) a jiné terapeutické pomůcky. Podle dosavadního znění § 95, I., byla nemoc. pojišťovna povinna poskytnouti léčiva, kdežto se nyní mluví v první řadě o léku, tedy o materiálu, který byl již dosován, a teprve v druhé řadě o léčivu, t. j. o materiálu, z něhož se lék vyrábí. Léč je prostředek potřebný k hojení nemoci nebo k zmírnění bolesti. V § 95, č. I., se mluví, že pojišťovna je povinna poskytnouti potřebný lék. To znamená, že o druhu léku rozhoduje pojišťovna resp. její lékař.

Podle judikatury N. s. s. je za terapeutickou pomůcku považovati prostředek, který má po ukončení lékařské pomoci zmírniti nebo odstraniti následky nemoci, případně umožniti pojištěnci vykonávání jeho povolání. Pokud jde o pojišťovny, podle zákona č. 221/1924 resp. novel, nejsou tyto povinny platit nemocnici zvláště za terapeutické pomůcky, poskytnuté pojištěnci během ústavního ošetřování, ježto podle § 145 novely může nemoc. pojišťovna poskytnouti ústavní ošetřování místo dávek, jež stanoví § 95, I., č. 1, t. j. místo lékařské pomoci, léků a terapeutických pomůcek. Vzhledem k tomu, že u nemoc. pojišťoven, zřízených zák. č. 221/1924, jsou pojišťováni též zaměstnanci, podrobení pojištění podle právních předpisů o pensijním pojištění soukromých zaměstnanců, dlužno upozorniti, že na tyto zaměstnance platí podle zák. č. 117/1926 i nadále §§ 6 a 8 zákona č. 33/1888, pokud jde o povinnost pojišťoven platit veřejným nemocnicím zvláště

terapeutické pomůcky. V § 8 právě uvedeného zákona je totiž stanoveno, že bezplatné léčení a ošetřování v nemocnici může být poskytnuto místo bezplatného lékařského ošetření, potřebných léčiv a nemocenského. Nemluví se tam zvláště o terapeutických pomůckách jako v § 145 nař. č. 112/1934, kde se uvádějí všechny naturální dávky.

Zákon č. 221/1924, ve znění první novely č. 184/1928, neměl žádného ustanovení o tom, jak nemoc. pojišťovna má plniti svou povinnost podle § 95, I., č. 1, vůči pojištěnci, který onemocněl v cizině. Přesto však i za dosavadního zákonného stavu nemohlo být pochybností, že takový pojištěnec má vůči nemoc. pojišťovně nárok na bezplatné nemocenské ošetření, neboť podle odst. 2, § 2 byl tu pojištěný poměr, byť práce byly přechodně vykonávány mimo území republiky Československé. Jiná byla otázka, jak má být tento nárok realizován, když nemocný pojištěnec jest léčen v cizině. Nezbyvalo, než poskytovat v těchto případech peněžitou náhradu místo dávek naturálních. Je samozřejmé, že při nedostatku pozitivních předpisů o výši náhrady za výlohy, jež pojištěnci vzešly za léčení v cizině, vznikaly časté spory u Rozhodčích soudů. Také tyto měly obtížný úkol řešiti otázky, zda má být přiznáván nárok na náhradu všech výloh či podle analogie § 141, odst. 1, pouze do výše sazby, sjednané s lékaři, kteří vykonávají u pojišťovny službu. Tyto otázky řeší nyní § 102 novely tak, že odkazuje nemoc. pojišťovnám, aby v nemocenském řádě stanovily, za jakých podmínek a v jaké výši bude pojištěnci onemocnělému mimo území republiky Čsl. poskytnuta náhrada za nutné náklady, které pojištěnec v cizině zaplatil ze svého za lékařskou pomoc, léky, terapeutické pomůcky a ústavní ošetřování. Takto bude dána správně pojišťovny, příp. jejímu rozhodčímu soudu, základna pro posouzení nároku pojištěncova na náhradu výloh, neboť je snazší posouditi, co bylo nutné, než podle analogie jiných předpisů teprve konstruovati nárok na úhradu určitého účtu.

Nemocenské ošetření nesmí být odepřeno pojištěnci, který si nemoc a neschopnost k práci přivodil zaviněnou účastí ve rvačce nebo opitím.

Při zodpovězení otázky, po jakou dobu se poskytuje nemocenské ošetření, dlužno rozvažovati, zda jde o pojištěnce, který potřebuje sice lékařské pomoci, léků a terapeutických pomůcek, avšak vykonává při tom své zaměstnání, lépe řečeno o pojištěnce, jehož pojištěný poměr trvá, nebo o pojištěnci, který vystoupil ze zaměstnání, případně byl odhlášen podle § 17, odst. 2. V prvním případě není časového omezení doby, po kterou má být



nemocenské ošetření poskytováno, a pojištěnec, který i v nemoci zůstává v pojistném poměru, má nárok na ošetření od počátku nemoci, dokud nemoc trvá. Vystoupí-li zaměstnanec, nebo byl odhlášen, ač zaměstnavatel nezrušil s ním pracovní poměr, přísluší mu nárok na nemocenské ošetřování pouze po dobu 1 roku ode dne výstupu ze zaměstnání nebo ode dne odhlášky podle § 17, odst. 2. Nyní může zaměstnavatel odhlásiti svého zaměstnance, když vykonávání prací bylo přerušeno na dobu alespoň 4 dnů po sobě jdoucích. Podle § 17, odst. 2. novely může zaměstnavatel podati takovou odhlášku, i když nezrušil pracovní poměr se zaměstnancem, avšak zastavil práci v dílně nebo v továrně.

Nárok na nemocenské ošetřování těch pojištěnců, kterým po určitou dobu byla poskytována pouze tato dávka a kteří se pak stávají neschopnými k práci, byl upraven konformně s dosavadními předpisy zákona. V paragrafu 95, I. předposlední odstavce, je ustanoveno, že se doba 365 dnů, po kterou přísluší nárok na nemocenské, nekrátí o dobu nemoci, jež předcházela počátku neschopnosti k práci, po kterou bylo poskytováno pouze nemocenské ošetřování. V posledním odstavci téhož paragrafu je ustanoveno, že pokud trvá nárok na nemocenské, přísluší též nárok na nemocenské ošetřování. To znamená, že v určitých případech je nemocenská pojišťovna povinna poskytnouti nemocenské ošetření i po dobu delší 1 roku, neboť pojištěnec, který za trvání pojistného poměru požíval pouze nemocenského ošetření, má, stane-li se pak neschopným k práci, nárok, aby mu podle posl. odst. § 95, I. bylo poskytnuto nemocenské ošetření tak dlouho, pokud přísluší nárok na nemocenské.

Další naturální dávku uvádí § 95, II., č. 1. Je to zdarma pomoc porodní asistentky, případně pomoc lékaře, při porodu a potratu. Novela nic nemění na dosavadní úpravě zákona, že normálně probíhající porod není nemocí ve smyslu zákona a porod je označen jako zvláštní pojistný případ. Ve stanovách nemocenské pojišťovny může býti uvedeno, že se místo této pomoci asistentky nebo lékaře poskytuje peněžitá náhrada. V § 95, II., č. 1, novely je nový předpis, že nemocenská pojišťovna může tuto peněžitou náhradu vyplácet přímo porodní asistentce. Toto ustanovení je odůvodněno tím, že podle dřívější úpravy vyplácela nemocenská pojišťovna tuto náhradu přímo pojištěnkám, které si náhradu podržely a porodní asistentka vyšla na prázdko.

Právě uvedená naturální dávka přísluší pojištěnce též při potratu přirozeném nebo umělém. Nikoli ale při vyhnání plodu. Nastane-li porodem, vyhnáním plodu nebo potratem stav nemoci, platí ustanovení § 95, I., č. 1 o po-

vinnosti nemocenské pojišťovny poskytnouti nemocenské ošetření. O dávkách peněžitých viz dále.

#### Dávky z titulu rodinného pojištění.

Pojištěnec (pojištěnka), který byl v posledních 3 měsících před pojistným případem rodinného pojištění nebo před svým onemocněním úhrnem — nikoli tedy nepřetržitě — alespoň 30 dní pojištěn, má nárok, aby se jeho manželce (manželu), dětem manželským, nemanželským a nevlastním, osvojencům a schovancům do dokonání 17. roku, dále dětem starším 17 let, vnukům a rodičům, žili-li s pojištěncem ve společné domácnosti alespoň 6 měsíců před pojistným případem, dostalo nemocenského ošetření (§ 95, I., č. 1, § 96), t. j. lékařské pomoci, potřebných léků (léčiv) a terapeutických pomůcek. Nárok na nemocenské ošetření pro právě uvedené příslušníky rodiny pojištěncovy je podmíněn nejen délkou jeho vlastního pojištění, nýbrž i tím, že manžel (manželka) a děti, osvojeci a schovanci do dokonání 17. roku žili s pojištěncem ve společné domácnosti, jsou svou výživu na jeho mzdu převážně odkázáni a nemají nároku na pojistnou dávku z vlastního pojištění. Žijí-li manželé nebo rodiče a jejich děti odděleně, trvá přes to nárok na dávky z titulu rodinného pojištění, když oddělené bydlení je odůvodněno výchovou dětí, bytovou tísni, důvody zdravotními, hospodářskými, vzdělávacími a pod. Požadavku společné domácnosti je však na újmu, když manželé, případně jejich děti bydlí odděleně pro osobní vztahy (rozvod, faktické zrušení společné domácnosti). Výše uvedená úleva platí pouze pokud jde o manžela (manželku) a děti (též osvojenec a schovance) mladší 17 let. Pokud jde o starší děti, vnuky a rodiče, musí býti splněna podmínka společné domácnosti alespoň 6 měsíců před pojistným případem.

Druhá novela přináší v úpravě nároků z titulu rodinného pojištění změnu potud, že z tohoto pojištění byli vyňati sourozenci, děda, bába, tchán a tchyně. Těmto osobám může býti poskytnuto nemocenské ošetření jako statutární dávka, bydlí-li s pojištěncem ve společné domácnosti alespoň 6 měsíců před pojistným případem a vyměřuje-li nemocenská pojišťovna pojistné nejvýše 4·8% středního denního výdělku.

Manželce pojištěncově se kromě dávky nemocenského ošetření poskytuje též zdarma pomoc při porodu nebo potratu (porodní asistentka neb lékař). Tato dávka přísluší jí i tenkrát, když manžel zemřel v době 9 měsíců, počítajíc zpět od porodu nebo potratu. Vyměřuje-li nemocenská pojišťovna pojistné nejvýše 4·8% středního denního výdělku, mů-



že přiznati i rodinným příslušnicím kromě pomoci při porodu (nikoli i při potratu) podporu až do výše 300 Kč, dále příspěvek na kojení po dobu 26 týdnů ve výši jedné čtvrtiny nemocenského, jehož pojištěnec požíval nebo na něž by měl nárok (§ 105, odst. 1., písm. a, b). Stanovami může být určeno, že se tyto dávky poskytují teprve, když pojištěnec ztrávil určitou čekací dobu v pojištění.

Nárok na dávky rodinného pojištění trvá tak dlouho, pokud pojištěnec je oprávněn požadovati dávky podle § 95, I., nebo II. O této t. zv. ochranné lhůtě (§ 97) pojednáme v další části.

### Dávky peněžité.

Podle § 95, I., č. 2, má pojištěnec, který je neschopen práce pro nemoc nepřivoděnou úmyslně, od čtvrtého dne této neschopnosti, nejdéle po dobu 365 dnů, nárok na nemocenskou, které je pro jednotlivé třídy stanoveno pevnými sazbami. Z ustanovení, že nárok na nemocenskou je, když pojištěnec je pro nemoc nepřivoděnou úmyslně neschopen práce, plyne, že neschopnost k práci je následek nemoci a že se tedy nemocenskou poskytuje vždy jen ve spojení s nemocenským ošetřováním.

JAN HRABÁNEK:

## Změny v pojištění novinářů.

Českoslovenští novináři mají v rámci zákona o pensijním pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách svoje výhodnější pojištění. Upravě pojištění novinářů je věnován § 124 zákona č. 26/29, který měl 13 odstavců (po novelizaci jich má 15).

Rozdíl mezi obecným a novinářským pojištěním jeví se v těchto bodech: v obecném pojištění platí se pojistné podle tříd pevnou nižší sazbou. U novinářů činí pojistné 15% hrubých požitků bez hoření hranice. U ostatních pojištěnců je hoření hranicí roční příjem 42.000 Kč. Novináři tedy platí dosud nejvyšší pojistné. Místo ciferné výše důchodu základního a zvyšovacích částek za každý příspěvkový měsíc, mají novináři nárok po uplynutí pětileté čekací doby na invalidní důchod ve výši 28 proc. základu pro vyměření dávek a tento nárok stoupá o 0,2 proc. základu za každý příspěvkový měsíc. Základem byl dříve průměr služebních požitků za posledních 12 měsíců před nápadem dávky. V obecném pojištění byl to průměr za posledních pět let. Důchod starobní, který v obecném pojištění napadal po uplynutí čekací doby obecně v 65 letech věku u mužů a v 60 letech u žen a po uplynutí čtyř let nebo dokonáním 60 let u mužů a 55 let u žen, když nejsou zaměstnání způsobem, který zakládá pojistnou povinnost, napadal u novinářů bez průkazu nezpůsobilosti k výkonu povolání po dokončení 420 příspěvkových měsíců nejpozději dokončením 60 let věku, jestliže získal 60 příspěvkových měsíců, a to třeba započítáním nebo zákupem. — Sluší ještě podotknouti, že v novinářském pojištění se vede oddělený účet zisku a ztráty.

Novela k zákonu o pensijním pojištění soukro-

upůsobí-li si pojištěnec úmyslně neschopnost k práci (zmrzačí-li se), není nároku na nemocenskou. Je ale nárok na nemocenskou ošetřování. Nespadají sem však případy, kdy si pojištěnec neschopnost k práci přivodil lehkomyšlností nebo nesprávným činem.

Podle dosavadní zákonné úpravy platila dvoudenní karence, t. j. doba, po kterou se nemocenskou nevyplácí přes to, že pojištěnec je neschopen k práci. Tato karence byla absolutní, což znamená, že se nemocenskou za tyto 2 dny nevyplácí, byť nemoc a neschopnost k práci trvala déle. V § 95, I., č. 2 novely zůstává absolutní karence zachována a prodlužuje se na 3 dny, takže pojištěnci přísluší nemocenskou teprve od 4. dne neschopnosti k práci, a je-li na příklad nemocen a neschopen k práci nepřetržitě 365 dnů, vyplácí se od 4. dne po plných 365 dnů. Za poslední den neschopnosti k práci neposkytuje se nemocenskou pouze, případně-li na neděli. Dosavadní ustanovení zákona, že se nemocenskou neposkytuje za poslední den neschopnosti k práci, nepracovalo-li se toho dne, bylo nejasné a nemocenskou mohlo být odepráno též, když se v podniku třeba i zcela nahodile nepracovalo.

(Pokračování.)

mých zaměstnanců ve vyšších službách dotýká se novinářského pojištění ve čtyřech podstatných bodech.

V prvé řadě mění se odst. 2, § 124 v ten smysl, že místo doby posledních 12 měsíců před nápadem dávek (důchodu) rozhodně pro vyměření základu počítá se základ za posledních 60 příspěvkových měsíců před nápadem dávky, případně za kratší dobu, při čemž při stanovení průměru se počítají pouze nejvyšší služební požitky, dosažené v uvedené době po dobu 24 měsíců a nejnižší dosažené požitky v uvedené době po dobu 12 měsíců. Bylo-li odbyto pouze 36, případně méně příspěvkových měsíců, počítá se průměr ze všech započítatelných požitků.

Důvodem pro změnu bylo jednak, že dřívější ustanovení dalo se zneužívat. Novinář mohl být po dlouhou dobu pojištěn nízkou a před očekávaným nápadem dávek nebo důchodu dohodou se zaměstnavatelem přihlásil se na požitky nejvyšší třídy a požíval pak nejvyššího důchodu, ač na příspěvcích odvedl málo. Takto mohl být poškozen Pensijní ústav i ostatní pojištěnci-novináři. V uvedeném případě však by samotnému novináři hrozilo nebezpečí, že v případě invalidity nebo nepředpokládaného úmrtí před dožitím bude pojištěnec nebo pozůstalí citelně poškozeni. Druhá nevýhoda pak spočívala v tom, že při silném poklesu požitků v posledních letech pojištění, kdy novinář je starší a méně výkonnější, klesla základna (průměr posledního roku) nápadně nízkou, v nepoměru k požitkům za dlouhá léta předchozí. Ač změna je hlubokým zásahem do dřívějšího ustanovení, nevyskytly se proti ní vážné námítky; odborové organizace novinářské se o změně s Pensijním ústavem dohodly.