

Univerzita Karlova v Praze
Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie

Studijní obor: Demografie



Bc. Nikola Hubálovská

Analýza pracovní neschopnosti v České republice: trendy a příčiny
Analysis of work incapacity in the Czech Republic: trends
and determinants

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

Praha, 2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze,

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí diplomové práce prof. RNDr. Jitce Rychtařikové CSc. za cenné rady, odborné vedení a čas, který mi věnovala. Dále mé poděkování patří rodině a přátelům, za podporu po celou dobu studia a tvorby diplomové práce.

Analýza pracovní neschopnosti v České republice: trendy a příčiny

Abstrakt

Diplomová práce má za cíl studovat trendy pracovní neschopnosti v České republice po vzniku samostatného českého státu, tedy od 1. 1. 1993 do současnosti. V teoretické části se práce zaměřuje na legislativní změny, týkající se pracovní neschopnosti ve sledovaném období. Dále je mapován vývoj pracovní neschopnosti na území České republiky pomocí vybraných demografických ukazatelů pracovní neschopnosti se zaměřením na strukturu pracovní neschopnosti dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), dle věku, krajů, sezónních trendů, klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO). V této části jde především o vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti, ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob a o analýzu průměrné délky pracovní neschopnosti. Následující část práce se opírá o pokročilou analýzu dat Výběrového šetření pracovních sil. Poslední kapitola je věnována mezinárodnímu srovnání.

Klíčová slova: dočasná pracovní neschopnost, ukončené případy pracovní neschopnosti, Česká republika, nemocenské pojištění, nemocnost, nemocenské dávky, sociální systém

Analysis of work incapacity in the Czech Republic: trends and determinants

Abstract

The thesis addresses trends of work incapacity in the Czech Republic after the establishment of the independent Czech state on 1st January 1993 up to the present. In the theoretical part it focuses on the legislative changes affecting work incapacity during the period under study. Furthermore, it describes work incapacity using demographic indicators of work incapacity and focuses on the structure of work incapacity according to the international classification of diseases (MKN-10), according to the age, region, seasonal trends and occupational classification (CZ-ISCO). This part mainly shows the development of the average percentage of incapacity for work, terminated cases of incapacity for work per 100 000 insured people and the analysis of the average length of incapacity for work. The next chapter is based on the advanced data analysis of the Labor Force Survey. The last chapter is dedicated to the international comparison of work incapacity.

Keywords: temporary incapacity for work, terminated cases of incapacity for work, Czech Republic, sickness insurance, sickness rate, sickness benefit

Počet znaků: 125 352

OBSAH

Seznam použitých zkratk.....	7
Seznam obrázků	8
Seznam tabulek	10
1 Úvod.....	11
2 Zdroje dat a metodologie.....	14
2.1 Ukazatele pracovní neschopnosti	17
3 Legislativa související s pracovní neschopností po roce 1990.....	20
3.1 Legislativa 1990–2000	20
3.2 Legislativa v 21. století	21
4 Vývoj pracovní neschopnosti v české republice	26
4.1 Nemocensky pojištěné osoby	26
4.2 Vývoj ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob	29
4.3 Průměrná délka ukončených případů pracovní neschopnosti	30
4.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti	33
4.5 Struktura pracovní neschopnosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).....	35
4.5.1 Počet případů na 100 000 pojištěných osob podle příčin nemocí	37
4.5.2 Průměrná délka pracovní neschopnosti podle příčin nemocí	38
4.6 Ukončené případy pracovní neschopnosti podle věku	40
4.7 Sezónní vývoj pracovní neschopnosti	42
4.8 Pracovní neschopnost dle krajů (sídla zaměstnavatele)	43
4.9 Pracovní neschopnost dle klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO).....	49
5 Výběrové šetření pracovních sil.....	53
5.1 Předmět a metodika Výběrového šetření pracovních sil	54
5.2 Ekonomická aktivita respondentů	54
5.3 Vstupní data Výběrového šetření pracovních sil.....	55
5.4 Analýza proměnných souvisejících s pracovní neschopnosti	56
5.5 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti: vícerozměrná analýza.....	60
6 Pracovní neschopnost ve vybraných státech evropské unie	64
7 Závěr	71
Seznam použité literatury.....	74

Přílohy	81
----------------------	-----------

Seznam použitých zkratk

ČSSZ Česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ Český statistický úřad

ČR Česká republika

EWSC Evropský průzkum pracovních sil

ESSPROS Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany

EU Evropská unie

EUROSTAT Evropský statistický úřad

EHIS Evropské výběrové šetření o zdraví

HDP hrubý domácí produkt

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí

MISSOC Společný systém sociální ochrany

OECD Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSN Organizace spojených národů

OSVČ Osoby samostatně výdělečně činné

PN Pracovní neschopnost

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠPS Výběrové šetření pracovních sil

VB Velká Británie

WHO Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obr. 1 Počet obyvatel v produktivním věku a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1993–2017.....	27
Obr. 2 Vývoj průměrného věku a podíl věkových skupin na celkovém počtu obyvatel, ČR, 1993–2017.....	28
Obr. 3 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, 1993–2017	30
Obr. 4 Průměrné trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti (dny), 1993–2017	31
Obr. 5 Relativní zastoupení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti dle intervalu trvání na celkovém počtu ukončených případů, 1995, 2005 a 2015	32
Obr. 6 Index růstu (1995=100 %), 2005 a 2015	33
Obr. 7 Průměrné procento dočasné pracovní neschopnosti (nové případy), 1993–2017.....	34
Obr. 8 Struktura počtu ukončených případů PN podle kapitol MKN-10, 2017.....	35
Obr. 9 Struktura prostonaných dnů podle kapitol MKN-10, 2017.....	36
Obr. 10 Podíl vybraných příčin nemocí na celkovém počtu prostonaných dnů 1993–2017.....	37
Obr. 11 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných, dle vybraných diagnóz, 1993–2017	38
Obr. 12 Průměrné trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti (dny), dle vybraných diagnóz, 1993–2017	39
Obr. 13 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob a průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti podle věkových skupin, 2017.....	41
Obr. 14 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti podle měsíce ukončení PN, 2000, 2017.....	42
Obr. 15 Podíl nemocensky pojištěných osob v krajích na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích, 2000,2017.....	44
Obr. 16 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000,2017	45
Obr. 17 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (dny), podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000,2017	46
Obr. 18 Průměrné procento v pracovní neschopnosti podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000,2017.....	47
Obr. 19 Průměrné hrubé měsíční mzdy, podle krajů (sídla zaměstnavatele), 2017	48

Obr. 21 Ukončené případy pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných, dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017	49
Obr. 21 Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti, dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017.....	50
Obr. 22 Průměrná mzda dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017.....	51
Obr. 23 Podíl osob nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů, vybrané země Evropské unie, 2014.....	68
Obr. 24 Průměrné trvání pracovní neschopnosti pro nemoc na 1 zaměstnance (WHO), vybrané země Evropské unie, 2015	69
Obr. 25 Kolik dní jste byl/a nepřítomen/nepřítomna ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů, vybrané země Evropské unie, 2015, %	69
Obr. 26 Pracoval/a jste v uplynulých 12 měsících, když jste byl/a nemocný/á, vybrané země Evropské unie, 2015, %	70

Seznam tabulek

Tab. 1 Shrnutí zásadních legislativních změn v oblasti nemocenského pojištění, ČR, 1990–2018	24
Tab. 2 Počet, podíl a index podílu osob (v %), které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle pohlaví, 2016.....	56
Tab. 3 Počet a podíl osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle věku, 2016.....	57
Tab. 4 Počet a podíl osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle rodinného stavu, 2016	57
Tab. 5 Počet a podíl osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle dosaženého vzdělání, 2016.....	58
Tab. 6 Počet a podíl osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle cz-isco, 2016	58
Tab.7 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, 2017	61
Tab.8 Shrnutí výdajů sociální ochrany na nemoci a zdravotní péči dle základního systému esspros, vybrané země EU, 2015	67

Kapitola 1

1 Úvod

Pracovní neschopnost v České republice pro nemoc a úraz, je velice důležité a aktuální téma, jelikož spadá hned do několika oblastí společenského života. Problematika pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz je závažná a z pohledu hodnocení vývoje v čase zajímavá, a to zejména ze dvou důvodů. První důvod je pohled na zdraví, související se zdravotním stavem zaměstnanců, navazující na určitou pracovní činnost, prostředí, používanou techniku a technologii, bezpečnost a hygienu práce. Druhý důvod je ekonomický, který se vztahuje k důsledkům nepřítomnosti pracovní neschopných na pracovišti, ke snížení tvorby zdrojů, k čerpání fondu nemocenského pojištění a v neposlední řadě i k dalším potřebným nákladům zdravotní péče. Právě tento důvod se ve světle změn společensko-ekonomických podmínek od počátku devadesátých let minulého století stává stále naléhavější (ČSÚ, 2005). Společně s růstem/poklesem pracovní neschopnosti se zvyšují/snižují náklady ekonomické a sociální a naopak nesnižuje/zvyšuje produktivita práce a s ní související hrubý domácí produkt České republiky. Zaměstnanec v pracovní neschopnosti se neúčastní procesu tvorby přidané hodnoty. Jeho odpracovaný počet dnů chybí, což firma musí řešit, aby nedošlo k poklesu výkonu firmy, nahradí tak obvykle nemocného formou přesčasů za příplatek, čímž se zvýší náklady. Navíc oslabuje intenzitu tvorby zdrojů v národním hospodářství, ale po dobu své pracovní neschopnosti snižují příjmy svojí rodiny v důsledku omezení svých příjmů, které nahrazují značně nižší dávky nemocenského pojištění. Na straně poptávky dochází k omezování objemu peněz, které by jinak vstoupili na trh a v podobě tržeb přispěly k tvorbě a nárůstu HDP. Navíc pracovní neschopný zaměstnanec čerpá z důvodu nemoci zdroje ze zdravotního pojištění na drahou léčebnou péči (Klesla, 2007).

Tato práce se orientuje zejména na trendy pracovní neschopnosti v České republice po roce 1993. Vychází zejména z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, které jsou doplněny daty Českého statistického úřadu. Za cíl si klade analyzovat intenzitu ukončených případů pracovní neschopnosti pomocí specifických ukazatelů. Diplomová práce je rozdělena do několika dílčích kapitol. První část práce seznámí čtenáře se zdroji dat o pracovní neschopnosti v České republice, metodologií a postupy, které byly použity k analýze v rámci diplomové práce. Další kapitola se věnuje popisu legislativy související s ukončenými případy pracovní neschopnosti. Tyto legislativní změny dáváme do kontextu s dalšími kapitolami, abychom zjistili, zda a jaký vliv mají na úroveň pracovní neschopnosti. Následující kapitola

se zaměřuje na samotný vývoj ukončených případů pracovní neschopnosti pomocí vybraných ukazatelů, jako je průměrné procento pracovní neschopnosti, ukončené případy pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob, průměrná délka pracovní neschopnosti. Abychom mohli sledovat trendy pracovní neschopnosti, musíme znát i průměrný počet nemocensky pojištěných osob. Uvedené ukazatele jsou dále diferencovány v podkapitole věnující se struktuře pracovní neschopnosti dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), regionální diferenciaci dle krajů (sídla zaměstnavatele) a na základě klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO). V rámci tohoto tématu není opomíjen ani vliv pohlaví, věku a sezónnosti. Další kapitola je založena na výsledcích analýzy dat z Výběrového šetření pracovních sil z roku 2017, jehož součástí bylo sledování výskytu pracovní neschopnosti. Na základě těchto dat je vytvořen regresní model. Poslední kapitola je věnována mezinárodnímu srovnání se zaměřením na vybrané země Evropy, nicméně zde je nutné mít na vědomí problém se srovnatelností a interpretací dat.

Všeobecně by se dalo říci, že počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob v České republice po celé sledované období klesá, zatímco průměrná doba trvání pracovní neschopnosti roste, až do roku 2009, následně dochází k mírnému poklesu až do roku 2017. Jinými slovy, stále méně pracovních neschopných bylo v pracovní neschopnosti stále déle. Příčiny tohoto jevu zajisté nespočívají v prodlužování léčby, nebo ve snižování efektivnosti léčebných metod. Naopak, je známo, že délka hospitalizace pacientů se spíše zkracuje a nutná délka léčby nejčastějších chřipkových onemocnění je v podstatně, pevně stanovena přírodními zákonitostmi. Opravdové příčiny budou nejspíše pramenit z širších společensko-ekonomických příčin, z vyšší dynamiky a proměnlivosti života v podmínkách stávající tržní ekonomiky. Spolu s rizikem nenadále ztráty zaměstnání, funkčního zařazení, či jiných bývalých jistot (např. ve sféře bydlení), mají více či méně související vliv i civilizační faktory spolu s častějším výskytem duševních onemocnění (ČSÚ, 2015). Na základě dat ÚZIS o počtu ukončených případů pracovní neschopnosti dle skupin diagnóz je patrné, že nejvíce bylo hlášených případů nemocí dýchací soustavy.

Pro analýzu výsledků byly staveny následující hypotézy:

- Pracovní neschopnost bude vzhledem k postavení na trhu práce častější u žen, než u mužů.
- Legislativní změny mají vliv zejména na krátkodobé nemoci.
- Vzhledem ke stárnutí populace bude docházet k prodloužení délky pracovní neschopnosti.
- S rostoucím stupněm vzdělání klesá pracovní neschopnost.
- Výskyt pracovní neschopnosti je méně častý u osob s vyšším postavením v zaměstnání.

V České republice se od roku 1993 mění ekonomická struktura. Změna spočívá ve zvyšování se podílu III. ekonomické generace (osoby ve věku 65+). Tento trend bude v následujících letech pokračovat a navíc bude ještě docházet ke snižování podílu osob v produktivním věku. Bude se tak měnit ekonomická struktura obyvatelstva. Při popisu demografického stárnutí obyvatelstva budou okresy vnitřní, vnější periferní oblasti a skupina městských okresů nabývat rozdílných hodnot indexů šedého a zeleného zatížení (tj. počet osob ve věku 0–14, respektive

65+ na 100 osob ve věku 15–64 let). Velká města ČR (Praha, Brno, Plzeň, České Budějovice) stárnou rychleji ve srovnání se zbytkem ČR. Pokud roste lidský kapitál, tak situace s ekonomickým zatížením není tak dramatická, jak to vypadá z výsledků indexu šedého zatížení z pohledu obyvatelstva podle jednotlivých věkových generací

Kapitola 2

2 Zdroje dat a metodologie

Statistická tradice zjišťování pracovní neschopnosti započala již v padesátých letech minulého století. (Gobyová, 2005) Zásadní význam pro sběr dat o pracovní nemocnosti a úrazovosti měl zákon č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců. V současnosti provádí evidenci dat pracovní neschopnosti v České republice dvě instituce – Český statistický úřad (ČSÚ) a Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), obě instituce používají rozdílný způsob sběru dat a jejich charakter je též odlišný.

Česká správa sociálního zabezpečení eviduje ukončené případy pracovní neschopnosti na základě tiskopisu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“, který vyplňuje lékař. Data jsou od roku 1993 publikována a zpracována Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v ročence „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“, která je součástí publikační řady Zdravotnická statistika. Od tohoto roku je zachyceno 100 % dat o pracovní neschopnosti, v letech předchozích docházelo ke zpracování pouze na základě 20 % výběrového-vzorku (ÚZIS, 2002). Jsou zde evidována všechna onemocnění a úrazy, které byly příčinou pracovní neschopnosti u nemocensky pojištěných osob ukončené v daném roce, dle věkových skupin, pohlaví, délky pracovní neschopnosti, příčin pracovní neschopnosti (diagnóz MKN-10) a klasifikace zaměstnání (KZAM). Případy vzniklé na konci roku mohou přetrvat do roku nadcházejícího, za takových okolností jsou evidovány a zpracovány až v roce následujícím, jelikož ÚZIS zpracovává pouze případy pracovní neschopnosti ukončené ve sledovaném roce (ČSÚ, 2019b).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) je organizační složkou státu, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a je správcem Národního zdravotnického informačního systému. Též je součástí statistické služby a spolupracuje s orgány státní statistické služby, zejména s Českým statistickým úřadem. Ve sféře zdravotnické statistiky spolupracuje na mezinárodní úrovni s organizacemi WHO, OECD, OSN, EUROSTAT a dalšími (ÚZIS, 2020). ÚZIS jak již bylo řečeno, zpracovává a publikuje data České správy sociálního zabezpečení v ročence „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“. Publikace obsahuje rozložení případů dle pohlaví, věku, délky trvání, příčin (MKN-10), jednotlivých měsíců v roce, z hlediska územního členění (sídla zaměstnavatele) a klasifikace zaměstnání (KZAM). Intenzita pracovní neschopnosti se vztahuje k počtům nemocensky pojištěných osob získaných z dat Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2019c). Statistickou jednotkou zjišťování jsou všechny ukončené případy pracovní neschopnosti pojištěnce.

Statistika pracovní neschopnosti zachycuje všechna onemocnění a úrazy, které zapříčinily alespoň jednodenní pracovní neschopnost u nemocensky pojištěných osob ukončenou v daném roce. Nejsou zde tedy zahrnuty onemocnění a úrazy, u kterých pracovní neschopnost přesahovala do dalšího roku, ani ty případy, u kterých nebylo vystaveno Potvrzení pracovní neschopnosti či Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (ÚZIS, 2013). Statistiky pracovní neschopnosti se od statistiky nemocnosti odlišují těsným vztahem k ekonomice (ÚZIS, 2002).

Do roku 2011 evidoval Český statistický úřad (ČSÚ) data o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz státním statistickým výkazem ČSÚ Nem Úr 1-02 o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, který vyplňovaly všechny ekonomické subjekty, jež zaměstnávaly více než 25 zaměstnanců/pojištěnců, v rámci civilního sektoru. Pokud měl podnik menší počet zaměstnanců než 25, nebo se jednalo o osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), byly údaje získávány z České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ). V současnosti jsou údaje o dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz zjišťovány zpracováním dat z Informačního systému České správy sociálního zabezpečení. Evidence a následná publikace probíhá za 1. pololetí a kumulativně za celý rok. Případy dočasné pracovní neschopnosti v ČR jsou zaevidovány na tiskopise ČSSZ „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“, který vyplňuje lékař. Administrativní data Informačního systému (IS) ČSSZ obsahují údaje všech zaměstnanců, ať zaměstnaných fyzicko-právníkou osobou i data za OSVČ (ČSÚ, 2015).

ČSZZ za účelem zajištění statistiky dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz poskytuje ČSÚ datové soubory administrativní agregovaných dat o nově hlášených případech dočasné pracovní neschopnosti zaměstnanců a OSVČ, jenž jsou na Českém statistickém úřadě dále zpracována a doplněna o informace z Registru ekonomických subjektů (ČSÚ, 2019c). Nejsou zde zahrnuti příslušníci ministerstva obrany a spravedlnosti (Policie ČR, Celní správa ČR, Hasičského záchranného sboru, Vězeňské služby ČR, Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace a vojáci z povolání) (ČSÚ, 2015). Nově hlášené případy dočasné pracovní neschopnosti ČSÚ zpracovává a člení dle pohlaví, sídla (kraje, okresy, podle klasifikace CZ NUTS), velikosti ekonomického subjektu (počet zaměstnanců) a převažující ekonomické činnosti (sekce, oddíly, podle klasifikace ekonomických činností - CZ-NACE) zaměstnavatele osob nemocensky pojištěných. Na rozdíl od statistik ukončených případů zpracovávaných ÚZIS jde o nově hlášené případy dočasné neschopnosti. Od roku 2012 nelze data srovnávat s údaji za předchozí období, jelikož došlo ke změně metodiky a odlišnému sběru a zpracování dat. Pokud jde o počet nemocensky pojištěných osob tak zaměstnanci jsou povinně účastní nemocenského pojištění, na rozdíl od OSVČ, jejichž nemocenské pojištění je dobrovolné.

Od prosince 1992 provádí Český statistický úřad Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS), které probíhá nepřetržitě každé čtvrtletí ve všech okresech České republiky po celý rok. Cílem výběrových šetření je zjištění názorů, potřeb a chování v rámci dané populace. Výsledky výběrových šetření jsou následně zobecňovány na celou populaci, k čemuž slouží odhad parametru základního souboru nebo určení si hypotézy o základním souboru a jejím následným testováním (Krejslová, 2008). Data z tohoto šetření slouží k doplnění informací Ministerstva práce a sociálních věcí o situaci na trhu práce. VŠPS napomáhá k odhadnutí výše zaměstnanosti v organizacích, firmách, ale i OSVČ. Data jsou nadále zpracována dle pohlaví, věku,

kvalifikace, odvětví a charakteru zaměstnání respondentů. Dále jsou zde zahrnuty otázky na výši odpracované doby, souběhu zaměstnání a mobility pracovních sil. Díky tomuto šetření máme přehled také o celkové nezaměstnanosti a jejím charakteru, o struktuře nezaměstnaných a délce trvání nezaměstnanosti. Předmětem šetření jsou všechny osoby obvykle bydlící v hospodářských domácnostech vybraných bytů, vybraní respondenti jsou dotazováni pomocí elektronického dotazníku (popř. pomocí papírového dotazníku) (VŠPS, 2015). Výsledky VŠPS jsou pravidelně zveřejňovány na internetových stránkách ČSÚ. Počínaje rokem 2002 je forma a obsah dotazníku VŠPS plně v souladu se standardem EU. Podrobněji o šetření v kapitole 4.

Dalším tentokrát mezinárodním zdrojem dat je mezinárodní výběrové šetření Evropský výzkum pracovních podmínek (EWCS – European Working Conditions Survey), který od roku 1990 poskytuje informace o pracovních podmínkách zaměstnanců, ale také osob samostatně výdělečně činných a je prováděn v pětiletých intervalech nadací Eurofound, orgánem EU. Cílem EWCS je zjišťování a následné zlepšování životních a pracovních podmínek. V rámci výzkumu se hodnotí a kvantifikují na harmonizovaném základě pracovní podmínky zaměstnanců a OSVČ v Evropě, analyzují vztahy mezi různými aspekty pracovních podmínek, určují se ohrožené skupiny a oblasti spojené s obavami a pokrokem, dále se monitorují trendy stanovením stejnorodých ukazatelů pro dané oblasti a v neposlední řadě výzkum přispívá k rozvoji evropských politik. Dotazník se každým dalším průzkumem značně rozšiřuje a má za úkol poskytnout komplexní obraz každodenního pracovního života mužů a žen. Důležité je též rovné postavení mužů a žen. Výzkum se zabývá postavením v zaměstnání, délkou a organizací pracovní doby, organizací práce, učením a odbornou přípravou, faktory fyzických a psychosociálních rizik, bezpečností a ochranou zdraví, účastí pracovníků, rovnováhou mezi pracovním a soukromým životem, příjmy a finanční jistotou. Výzkum probíhá náhodným výběrem ze statistického vzorku, který reprezentuje danou společnost (ESWC, 2015d). Velikost statistického vzorku závisí na velikosti země a vnitrostátním uspořádáním, jedná se o 1000 až 3000 respondentů v zemi. Poté dochází k osobnímu rozhovoru, kde tazatel klade otázky, týkající se pracovních podmínek. Získané informace o respondentovi se uchovávají v anonymitě. Stejně tak, jako se rozšiřují témata, jež jsou zjišťována, rozšiřuje se také geografický rozsah průzkumu. První průzkum z roku 1991 zahrnoval jen 12 zemí Evropského společenství, druhý z roku 1995 zahrnoval 15 zemí Evropské unie. Po vzniku EU a následném rozšiřování EU, nabýval i objem dat. V roce 2015 provedla nadace Eurofound již šestý průzkum, který zahrnoval 28 členských států EU, pět kandidátských zemí EU i Švýcarsko a Norsko. V České republice probíhá šetření od roku 2005, zatím tedy bylo Česko součástí tří vln šetření (Eurofound, 2015c).

Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS –European Health Interview Survey) je šetření na mezinárodní úrovni, které poskytuje informace o zdraví a s ním souvisejících tématech. Je prováděno téměř ve všech zemích Evropské unie dle jednotné metodiky, která byla dokončena v roce 2008, díky čemuž lze výsledky srovnávat mezi ostatními zeměmi. Šetření o zdraví je významným nástrojem pro tvorbu politiky v oblasti zdraví, zdravotní a dlouhodobé péče, ale i v oblasti sociální ochrany a integrace, na národní i mezinárodní úrovni. Získaná data umožňují mimo jiné sledování vzájemného vztahu mezi zdravotním stavem populace a sociodemografickými, nebo socioekonomickými charakteristikami. Výsledky šetření jsou

zveřejněny v databázi Eurostatu v analýzách v publikaci Fact and Figures about Health a staly se základem pro výpočet řady indikátorů, zdravé délky života apod (ÚZIS, 2015). Jak je již z názvu patrné jde o výběrové šetření, oslovuje se tedy pouze vzorek obyvatel daného státu a na základě výsledků výběrového vzorku lze pomocí statistických metody odvodit pravděpodobný výsledek pro celou populaci. V České republice bylo od roku 1993 každé tři roky prováděno Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS ČR), které prováděl ÚZIS až do roku 2002. Na toto šetření navázalo Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS), které proběhlo v České republice v letech 2008, 2014 a třetí vlna proběhla na přelomu roku 2019 a 2020 (EHIS, 2020). Výběrové šetření probíhá formou rozhovoru tazatele a respondenta, během kterého je vyplněn předem připravený standardizovaný dotazník. Tazatelé šetření v České republice byli zaměstnanci regionálních pracovišť ČSÚ, kteří absolvovali speciální školení. Výběr respondentů byl náhodný a jejich počet musí být nejméně 6510 osob, starších 15 let. Horní věková hranice nebyla nijak omezena (ÚZIS, 2015). Pro území České republiky je hlavním koordinátorem aktivit ÚZIS ČR, nicméně ÚZIS nedisponuje vlastní tazatelskou sítí ani rozsáhlou sítí regionálních pracovišť a z tohoto důvodu navázal spolupráci s ČSÚ, který má stabilní tazatelskou síť k provádění sociálních šetření v domácnostech (EHIS, 2014). V kapitole mezinárodní srovnání byla použita poslední dostupná data, tedy data z roku 2014. Tohoto šetření se zúčastnily všechny členské státy Evropské unie, spolu i Norskem, Islandem a Tureckem. Dotazník tohoto šetření, byl rozdělen do 4 částí (základní sociodemografické charakteristiky, zdravotní stav respondenta, využívání zdravotní péče a základní determinanty zdraví), pro náš výzkum je klíčová druhá část dotazníku zdravotní stav respondenta. Do této části byla zahrnuta otázka na nepřítomnost na pracovišti z důvodu zdravotních problémů (EUROSTAT, 2019).

2.1 Ukazatele pracovní neschopnosti

Za pomoci základních/absolutních ukazatelů pracovní neschopnosti, mezi které patří počet nemocensky pojištěných osob, údaje o pracovní neschopnosti, počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti a počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, se vypočítají ukazatele relativní. Mezi základní relativní ukazatele patří průměrné procento pracovní neschopnosti, průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve dnech, průměrný denní stav práce neschopných a počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců. Tyto údaje se poté člení dle pohlaví a dle příčin (pro nemoc, pracovní úraz, ostatní úrazy)

K analýze pracovní neschopnosti jsou využity zejména následující ukazatele:

Nejčastěji využívaným relativním ukazatelem pracovní neschopnosti, který reflektuje četnost jejího výskytu, je **počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob (ppn)**. Ukazatel zobrazuje počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti, které připadají v průměru na 100 nemocensky pojištěných osob. U tohoto ukazatele musíme mít na vědomí rozdíl v datech ÚZIS a ČSÚ, jelikož ÚZIS zpracovává pouze ukončené případy pracovní neschopnosti v daném roce, zatímco ČSÚ případy nové. Při výpočtu je rozdílný jmenovatel ČSÚ a ČSSZ (ÚZIS), jelikož ČSSZ vztahuje počet případů pracovní neschopnosti k 100 000

pojištěných osob, zatímco ČSÚ k 100 pojištěných osob. Výpočet tohoto ukazatele dle ČSÚ je následující:

$$ppn = \frac{{}_tB^{pn}}{{}_tP^p} * 100$$

Kde:

${}_tB^{pn}$...počet případů pracovní neschopnosti v období t

${}_tP^p$... počet nemocensky pojištěných osob v období t

V publikaci *Základy demografie* napsanou Pavlíkem a kol. (1986) najdeme obdobu tohoto ukazatele, kde je počet případů pracovní neschopnosti na 1000 nemocensky pojištěných osob, jde tedy o ***míru incidence pracovní neschopnosti (mipn)***, která se vypočítá dle vzorce:

$$mipn = \frac{{}_tB^{pn}}{{}_tP^p} * 1000$$

Kde:

${}_tB^{pn}$...počet případů pracovní neschopnosti v období t

${}_tP^p$...počet nemocensky pojištěných osob v období t

Dalším ukazatelem charakterizujícím úroveň pracovní neschopnosti je ***průměrné procento pracovní neschopnosti (uspn)***. Jde o souhrnný ukazatel, zohledňující celkový počet případů pracovní neschopnosti a průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v relaci k počtu nemocensky pojištěných a kalendářnímu roku. Jedná se tedy o podíl počtu dnů pracovní neschopnosti k počtu dnů celkové pracovní doby všech pojištěných. Vypočteme ho následujícím vzorcem:

$$uspn = \frac{\sum {}_td_i * {}_tB_i^{pn}}{{}_tP^p * 365} * 100$$

Kde:

${}_td_i$...doba trvání dočasné pracovní neschopnosti ve dnech i v roce t

${}_tB_i^{pn}$... počet případů dočasné pracovní neschopnosti podle doby trvání i v období t

${}_tP^p$... počet nemocensky pojištěných osob v období t

365... počet kalendářních dnů v daném období v nepřestupném roce

Podobná situace, jako se objevila při výpočtu počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, nastává také u průměrného procenta pracovní neschopnosti, jelikož existuje také obdoba tohoto ukazatele, ***průměrný denní stav práce neschopných na 100 000 pojištěných osob (pdsnp)***, který násobíme na rozdíl od předchozího výpočtu 100 000, výsledek tedy vyjadřuje průměrný počet osob v PN na 100 000 pojištěných osob. Tento ukazatel publikuje ÚZIS a jde o téměř stejný ukazatel, jako je průměrné procento pracovní neschopnosti, publikovaný ČSÚ.

$$pds_{pn} = \frac{\sum_t d_i * {}_tB_i^{pn}}{{}_tP^p * 365} * 100\,000$$

Kde:

${}_td_i$... doba trvání ukončené pracovní neschopnosti ve dnech i

${}_tB_i^{pn}$... počet případů ukončené pracovní neschopnosti podle doby trvání i v období t

${}_tP^p$... počet nemocensky pojištěných osob v období t

365... počet kalendářních dnů v daném období

Průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti ($pdpn$), která nám říká kolik kalendářních dnů připadá na jeden případ pracovní neschopnosti, dělíme tedy celkový počet kalendářních dnů PN počtem případů PN a získáme průměrné trvání jednoho případu PN.

$$pdpn = \frac{\sum_t d_i * {}_tB_i^{pn}}{\sum_t {}_tB_i^{pn}}$$

Kde:

${}_td_i$... doba trvání ve dnech i

${}_tB_i^{pn}$... počet případů ukončené pracovní neschopnosti podle doby trvání i v období t

Pearsonův korelační koeficient, je nejdůležitější mírou síly lineární závislosti dvou náhodných spojitých proměnných (Zvára, 2003), který nabývá hodnot od -1 do 1; hodnota 0 poukazuje na statistickou lineární nezávislost proměnných, zatímco hodnota ± 1 na lineární závislost. Hodnotu korelačního koeficientu ovlivňují odlehklá měření (Hendl, 2004). Všeobecně označuje korelace míru stupně statistické asociace dvou proměnných a je měřena korelačním koeficientem (Hendl, 2004).

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) * (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 * \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Kde:

$\bar{x}$ a $\bar{y}$... jsou výběrové průměry

Kapitola 3

3 Legislativa související s pracovní neschopností po roce 1990

Pro sledované období jsou zásadní dva zákony: zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnost 1. 1. 2009 a nahradil dosavadní platný zákon č. 54/1956. Mimo tyto dva zákony došlo k řadě legislativních změn v nemocenském pojištění, jež jsou uvedené dále.

Dle zákona č. 187/2006 Sb., § 55, 1. odstavce, se dočasnou pracovní neschopností v České republice rozumí stav, kdy pro poruchu zdraví nebo jiné v tomto zákoně uváděné důvody neumožňují pojištěnci a) vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost b) plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání podle zvláštního (dále jen „povinnost uchazeče o zaměstnání“), vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání. Zákon č. 187/2006 Sb., § 55, 2. odstavce naopak říká, za jakých podmínek nemá pojištěnec nárok na nemocenské pojištění, nepovažuje se tedy za dočasně pracovní neschopným, pokud a) je v nočním sanatoriu b) detoxikuje po požití alkoholu, omamných nebo psychotropních látek, s výjimkou případů, kdy pojištěnec požil tyto látky bez vlastního zavinění c) mu je poskytována zdravotní péče v osobním zájmu z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem (Měšec, 2020). Dle zákona č. 187/2006 Sb., § 23, má na nemocenské pojištění nárok, pojištěnec uznaný dočasně práce neschopným, nebo kterému byla nařízena karanténa, dle zvláštního právního předpisu. Nemocenské pojištění je jednou z mála oblastí dlouhodobých sociálních jistot s poměrně vysokým stupněm solidarity, nicméně tato solidarita postupem času klesá (Měšec, 2020).

3.1 Legislativa 1990–2000

K prvním významným legislativním úpravám ve sledovaném období došlo na počátku roku 1993, kdy došlo ke změně č. 37/1993 Sb., (ČSÚ, 2005). Zásadní změna byla učiněna ve výpočtu výše dávek nemocenského pojištění v souvislosti s daňovou reformou, před rokem 1993 se tento

údaj vypočítával z čistého příjmu a od roku 1993 se stanovil z příjmu hrubého. Tato reforma se dotkla i proplácení nemocenských dávek, které se začaly proplácet za kalendářní dny, místo za pracovní dny a směny, tímto došlo k nárůstu počtu případů a prodloužení délky pracovní neschopnosti v roce 1993 (ČSÚ, 2005).

O rok později došlo k další reformě, kdy byla zvýšena maximální (redukční) hranice příjmu, z které dochází k výpočtu dávek. Redukční hranice ovlivňují výpočet dávek nemocenského pojištění (nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství, ošetrovné, vyrovnávací příspěvek těhotenství a mateřství). Limit denního vyměřovacího základu vzrostl na 270 Kč, v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti dostával pojištěnec 50 % z tohoto základu, maximálně tedy 135 Kč za den a od 4. dne 69 % z vyměřovacího základu, tzn. maximální denní dávka nemohla překročit 186 Kč. Dávky se vypočítávají z denního vyměřovacího základu, pro jehož výpočet je důležitý započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období, který se dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na dané rozhodné období. Takto stanovený denní příjem se redukuje pomocí tří redukčních hranic na denní vyměřovací základ. Od roku 1994 také vznikla možnost dobrovolného nemocenského pojištění pro OSVČ v případě, že si OSVČ nepodal přihlášku k účasti na pojištění, tedy nemocenské pojištění neplatí, nemá nárok na nemocenskou. Osoba samostatně výdělečně činná se může k nemocenskému pojištění přihlásit kdykoliv a sama si rozhodne, kdy chce účast na nemocenském pojištění ukončit. Účast na nemocenském pojištění vzniká dnem, kdy se OSVČ k nemocenskému pojištění přihlásí. Podmínkou pro přihlášení k nemocenskému pojištění pro OSVČ je účast na důchodovém pojištění. V důsledku čehož došlo k mírnému poklesu pojištěnců po roce 1994. Nutno též poznamenat že od 1. 10. 1999 až do roku 2002 se v návaznosti na vývoj průměrné mzdy dále valorizovaly maximální hranice příjmu (tzv. redukční hranice).¹ Význam měly i změny v oblasti důchodového pojištění. Všechny zmíněné legislativní opatření bezpochyby významně ovlivnily chování účastníků systému nemocenského pojištění na sklonku 20. století (ČSÚ, 2005).

3.2 Legislativa v 21. století

K první významné změně ve 21. století došlo 1. ledna 2004, kdy byl novelizován zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Pozměňovací zákon č. 421/2003 prodloužil rozhodné období, pomocí kterého se vypočítá denní vyměřovací základ pro stanovené dávky nemocenského pojištění z kalendářního čtvrtletí na 12 kalendářních měsíců. Dále bylo sníženo nemocenské za první tři kalendářní dny PN z 50 % na 25 %, pozastaveno zvyšování redukčních hranic a byl rozšířen okruh pojištěných osob. Tato opatření snížila zejména výši nemocenského, což přineslo i snížení počtu praceneschopných (MPSV, 2005).

1. ledna 2008 nabývá účinnosti pozměňovací zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kde bylo rozhodnuto, že nemocenská dávka náleží až od 4. kalendářního dne pracovní neschopnosti. Nicméně dne 30. června 2008 byla tato úprava zrušena ústavním soudem. V tentýž rok nabyl účinnosti zákon č. 305/2008 Sb., čímž se od 1. září 2008 snížila sazba pro

¹ Do 1. 10. 1999 existovala pouze jedna redukční hranice.

výpočet nemocenského za první tři kalendářní dny pracovní neschopnosti na 25 % z 60 % (MPSV, 2008).

V roce 2006 byl přijat nový zákon o nemocenském pojištění, zákon č. 187/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. K nabytí účinnosti došlo dne 1. ledna. 2009 a zcela nahradil zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů. Původní zákon z roku 1956, jež byl platný více než padesát let, prošel mnoha novelizacemi. Oproti právní úpravě z roku 1956 bylo provedeno mnoho zásadních změn, dochází ke komplexní úpravě systému nemocenského pojištění, zvýšila se zainteresovanost zaměstnavatelů a přeneslo se provádění nemocenského pojištění ze zaměstnavatelů na okresní správu sociálního zabezpečení. Nově jsou nemocensky pojištěny i osoby výdělečně činné, nicméně toto pojištění je pro OSVČ dobrovolné, což se odráží i na jejich nízkém počtu. Naopak studenti a žáci, již nejsou účastni nemocenského pojištění (MPSV, 2008).

Největší vliv na vývoj pracovní neschopnosti měly úpravy ve stanování výše dávek nemocenského pojištění, na náhradu mzdy má zaměstnanec nárok pouze za pracovní dny a za svátky, a to v případě, že je v pracovní neschopnosti déle jak 3 pracovní dny. Po dobu prvních 14 kalendářních dnů vyplácí náhradu mzdy ve výši 60 % denního vyměřovacího základu zaměstnavatel, od 15. dne se hradí nemocenské ze státního rozpočtu. Výše nemocenského se navyšuje s délkou trvání pracovní neschopnosti a od 61. kalendářního dne činí 72 % denního vyměřovacího základu (ČSÚ, 2011). Novelizací došlo také ke změně terminologie, jelikož od této doby se nově používá termín dočasná pracovní neschopnost (DPN), namísto pracovní neschopnosti.

V roce 2010, konkrétně 1. ledna 2010 vyšel v platnost zákon č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony související s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky pro rok 2010, šlo o opatření, která měla platit jen v roce 2010 s cílem snížení deficitu státního rozpočtu. V oblasti nemocenského pojištění byla zavedena jednotná procentní sazba pro výpočet denní výše nemocenského ve výši 60 % a byla zavedena třídní karenční doba u ošetřovného (MPSV, 2011).

Následující rok, tedy rok 2011 se také neobešel beze změn v legislativě týkající se dočasné pracovní neschopnosti. Podle zákona č. 347/2010 Sb., kterým se změnily zákony související s úspornými opatřeními v působnosti MPSV. Nemocenské bylo nově poskytováno až od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti, dříve poskytoval zaměstnavatel náhradu mzdy prvních 14. kalendářních dnů, nyní prvních 21 dní. Opatření platí pouze do 31. prosince 2013 (MPSV, 2011). Osoby samostatně výdělečně činné si už nemohou dobrovolně určovat vyšší měsíční vyměřovací základ pro platbu pojistného na nemocenské pojištění. Uplynutím 31. prosince. 2011 Ústavní soud zrušil některá ustanovení zákona č. 347/2010 Sb.

V roce 2012 stojí za zmínku rozšíření okruhu nemocensky pojištěných osob k 1. lednu 2012 Zákonem č. 365/2011 Sb., o zaměstnanci, jež podepsali dohodu o provedení práce, pracují na území České republiky a mají měsíční příjem vyšším než 10 000 Kč (MPSV, 2013). 1. ledna 2012 nabytí účinnosti též zákon č. 470/2011 Sb., který se dotkl i zákona o nemocenském pojištění, šlo o technickou novelu zákona, která zahrнула dny neplaceného pracovního volna do vyloučených dnů, přinesla také změny v úpravě při stanování rozhodného

období a pravděpodobného příjmu a v případě, že bylo úspěšně ukončeno studium, tak došlo k započítání doby studia do účasti na nemocenském pojištění v případě peněžité pomoci v mateřství. (ČSÚ, 2016)

V roce 2013 nedošlo k žádným zásadním novelizacím. Následující rok stojí za pozornost ukončení platnosti dočasného opatření, kdy bylo nemocenské poskytováno až od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti (ČSÚ, 2016). Od roku 2014 je nemocenské opět vypláceno od 15. kalendářního dne trvání DPN. Dochází ke zvýšení redukční hranice, ze které se počítá vyměřovací základ pro určení výše dávek nemocenského pojištění. Nově jsou definovány pojmy zaměstnání a zaměstnanec. Za „zaměstnání“ se už nepovažuje právní vztah, na jehož základě vykonával zaměstnanec práci. Nově jde o činnost zaměstnance pro zaměstnavatele, z níž mu plynou, nebo by mohly plynout od zaměstnavatele příjmy ze závislé činnosti bez ohledu na druh pracovního vztahu. Zaměstnanci jsou osoby v době zaměstnání, pokud jim plynou nebo by mohly plynout příjmy ze závislé činnosti, které jsou nebo by byly, pokud by podléhaly zdanění v ČR, předmětem daně a nejsou od této daně osvobozeny (MPSV, 2015).

V roce 2015 byla zrušena zvýšená sazba pojistného na sociální zabezpečení pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají menší počet zaměstnanců než 26 a v souvislosti s tímto končí možnost pro zaměstnavatele započíst si polovinu zúčtované a vyplacené náhradní mzdy (ČSÚ, 2016). Opět dochází k navýšení redukčních hranic, stejně jako tomu je téměř každý rok. Nesmíme opomenout ani na změnu v úpravě elektronického předávání údajů předepsaných tiskopisů, dle zákona o nemocenském pojištění. Od počátku roku 2015 lze vybrané tiskopisy vyplnit a odeslat přes portál, náležící ČSSZ (ČSSZ, 2015).

Od 1. ledna 2016 dochází k navýšení průměrné mzdy a v návaznosti na to se zvýšily i redukční hranice pro výpočet náhradní mzdy za dobu DPN a výpočet dávek nemocenského. Změna se dotkla i stanovení místní příslušnosti zaměstnavatelů k okresní správě sociálního zabezpečení, nově se už nemusí řídit jen sídlem zaměstnavatele (ČSÚ, 2019c).

Zatímco v roce 2017 nedošlo k žádným výrazným změnám, pro rok 2018 byla připravena novela především technická, avšak týká se úprav věcných. Jde o zákon č. 259/2017 Sb., a nutno podotknout, že účinnost zákona nenastává jediným dnem, jelikož některé úpravy jsou účinné již na počátku roku 2018 a některé až na počátku roku následujícího. 1. ledna 2018 vyšla v platnost novela, navyšující peněžní dávku poskytovanou pojištěncům dlouhodobě nemocným. Do 1. ledna 2018 byla výše nemocenského po celé období DPN stejná, činila 60 % denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Nyní je situace následující, od 15. až do 30. kalendářního dne pobírá pojištěnec v DPN 60 % denního vyměřovacího základu. Od 31. do 60. kalendářního dne DPN, nebo nařízené karantény 66 % denního vyměřovacího základu. A počínaje 61. kalendářním dnem trvání DPN dokonce 72 % denního vyměřovacího základu (ČSÚ, 2019c). Výhodné je, že pokud byl pojištěnec v DPN před 1. 1. 2018 pobírá po novém roce nemocenské dle nových podmínek, tudíž u dlouhodobě nemocných dojde k automatickému zvýšení. K datu 1. února 2018 došlo k zavedení „otcovské poporodní péče“, jde o sedm dní dovolené, kterou si otec může vybrat v prvních šesti týdnech po porodu (ČSSZ, 2019c).

V roce 2019 došlo od 1. ledna 2019 k pravidelnému zvyšování redukčních hranic vyměřovacího základu, z něhož se nemocenské dávky stanoví. Mimo zvýšení redukčních hranic

se od 1. ledna navýšily náhrady za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti vzniklé pracovním úrazem, nebo nemocí z povolání a náhrady nákladů na výživu pozůstalých. Počínaje 1. července 2019 byla novelizačním právním předpisem zrušena karenční doba, po níž nemá zaměstnanec v případě dočasné pracovní neschopnosti nárok na náhradu mzdy. Zaměstnanec má tedy nárok na náhradu mzdy nebo platu i za první 3 pracovní dny trvání dočasné pracovní neschopnosti. Namísto dosavadních 11 dní bude zaměstnavatel poskytovat náhradu mzdy od 1. do 14. dne dočasné pracovní neschopnosti a to ve stejné výši, v jaké doposud příslušela v dnech dalších, kdy byla náhrada mzdy poskytována zaměstnavatelem. V případě vznikne-li dočasná pracovní neschopnost ještě před nabytím účinnosti novely, tedy před 1. červencem 2019, bude uplatňována karenční doba (MPSV, 2018).

Od 1. ledna 2019 se realizuje také elektronizace dočasných pracovních neschopností, projekt zvaný eNeschopenka byl rozdělen do následujících fází. 1. fáze bylo zavedení ČSSZ nové informační služby pro zaměstnavatele, kde se prostřednictvím portálu, kam se přihlásí a identifikuje, bude moci zaměstnavatel on-line podívat, zda je již v systému ČSSZ zaevidovaná nová pracovní neschopnost jeho konkrétního zaměstnance. 2. fáze plánovaná na 1. července 2019 se týká ošetřujících lékařů, kteří jsou povinni elektronicky hlásit vznik a ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Též se rozšířily okruhy údajů o zaměstnaných (místo pobytu zaměstnance, rozsah vycházek). Poslední fáze byla stanovena na rok 2020, konkrétně 1. ledna 2020 došlo k elektronické revoluci v nemocenském pojištění, jelikož byla spuštěna plně funkční neschopenka. Díky čemuž, došlo k zásadnímu zjednodušení toku informací mezi nemocnými, lékaři a zaměstnavateli (MPSV, 2018). Princip je následující, nemocný pojištěnec navštíví lékaře, informuje o svém zdravotním problému, po vyšetření, stanoví ošetřující lékař, zda je neschopen vykonávat své zaměstnání. V případě uznání zaměstnance za pracovní neschopného vystaví neschopenku, buďto na svém lékařském softwaru nebo v bezplatné webové aplikaci na ePortálu ČSSZ. Lékař zašle hlášení o vzniku dočasné pracovní neschopnosti a vytiskne průkaz práce neschopného. Pojištěnec musí kontaktovat svého zaměstnavatele informovat ho o překážce v práci. Zaměstnavatel si může podat žádost o zasílání notifikací o dočasné pracovní neschopnosti svých zaměstnanců. Služba poskytuje údaje o každém zaměstnanci zvlášť, nebo umožňuje přehled všech zaměstnanců zaměstnavatele, u kterých je evidována ČSSZ aktuální dočasná pracovní neschopnost (MPSV, 2019).

Tab. 1 Shrnutí zásadních legislativních změn v oblasti nemocenského pojištění, ČR, 1990–2018

Zákon	Účinnost změny	Změna zákona	Shrnutí změny
Zákon č. 54/1956 Sb.	1993	37/1993 Sb.	Nemocenské dávky jsou propláceny za kalendářní dny, ne za pracovní dny a směny a vypočítají se z hrubého příjmu, ne z čistého.
	1999	61/1999 Sb.	Dvě redukční hranice pro výpočet denního vyměřovacího základu.

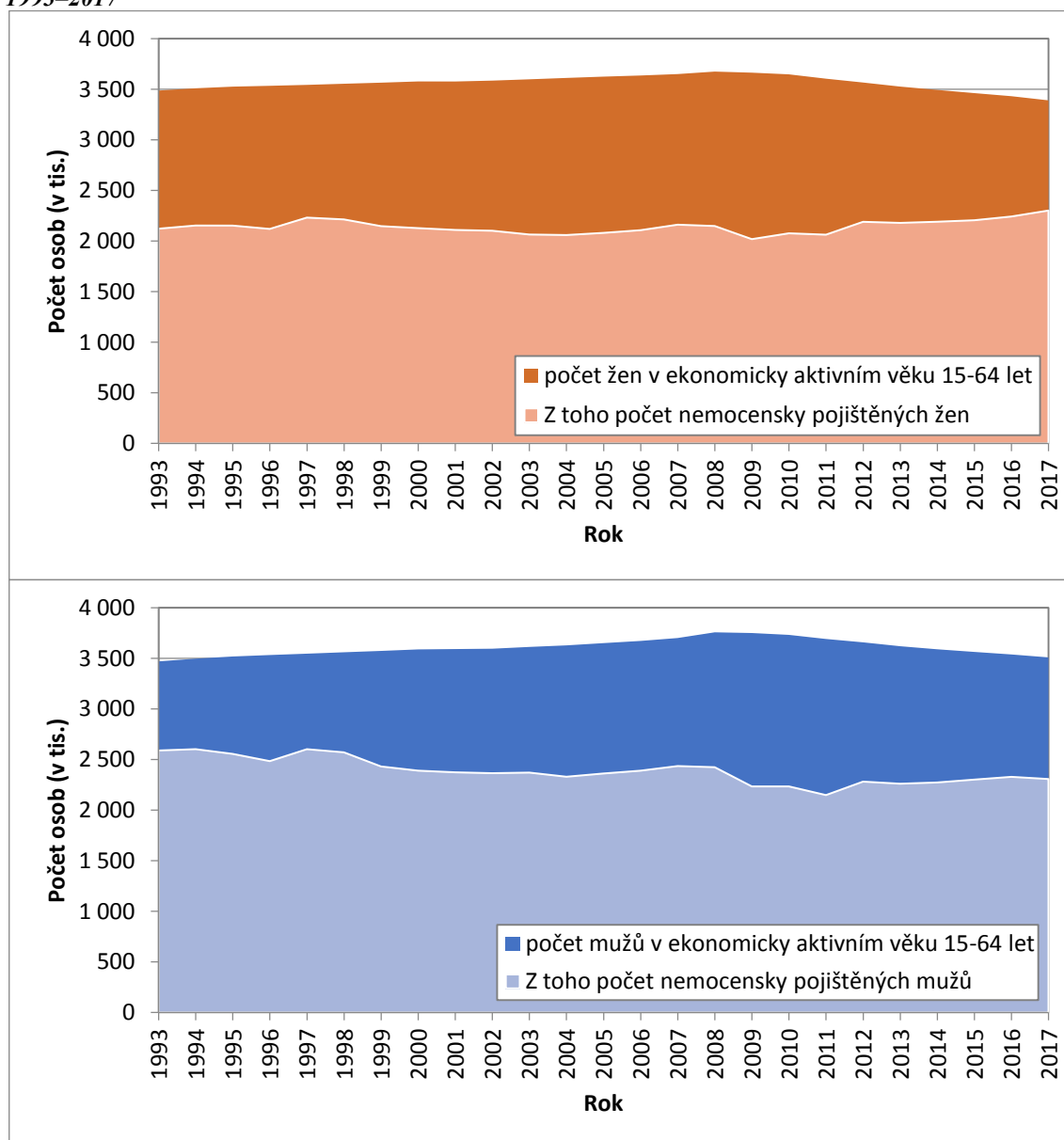
	Účinnost změny	Změna zákona	Shrnutí změny
	2008	261/2007 Sb.	Opakovaná změna nemocenského za první tři kalendářní dny. Výše nemocenského je odstupňováno dle délky trvání pracovní neschopnosti.
Zákon č. 187/2006 Sb.	2009	187/2006 Sb.	Nemocenské náleží pojištěnci až od 15. dne dočasné pracovní neschopnosti a jsou stanoveny tři redukční hranice pro výpočet denního vyměřovacího základu.
		262/2006 Sb.	Prvních 14 kalendářních dnů vyplácí náhradu mzdy zaměstnavatel, náhrada mzdy za první tři dny se nově nevyplácí.
	2010	362/2010 Sb.	Jednotná procentní sazba pro výpočet denní výše nemocenského.
	2011	347/2010 Sb.	Nemocenské náleží pojištěnci až od 22. dne dočasné pracovní neschopnosti a to do 31. 12. 2013.
	2012	365/2011 Sb.	Rozšířen okruh nemocensky pojištěných osob.
	2018	259/2017 Sb.	Výše nemocenského je odstupňováno dle délky trvání pracovní neschopnosti.
Zákon č. 262/2006 Sb.	2019	32/2019 Sb.	Zrušení karenční doby.

Kapitola 4

4 Vývoj pracovní neschopnosti v České republice

4.1 Nemocensky pojištěné osoby

Dávky nemocenského pojištění finančně zabezpečují ekonomicky aktivní obyvatelstvo, které z důvodu nemoci, nebo mateřství ztratí na krátkou dobu svůj výdělek. Dle zákona povinná je účast na nemocenském pojištění zaměstnanců, pro osoby samostatně výdělečně činné je od roku 1994 placení nemocenského pojištění dobrovolné. U nemocenského pojištění nehraje roli, jestli má zaměstnanec české občanství, nebo občanství jiné státu. Důležité je, aby firma sídlila na území České republiky. Dále jsou v České republice pojištěni ti, jejichž zaměstnavatelé nemají sídlo na území České republiky, ale mají sídla na území státu EU, nebo na území státu, s kterým má Česká republika podepsanou mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení (ČSSZ, 2020). Pracovní neschopnost pro statistické účely monitoruje pouze tzv. "civilní sektor", nejsou zde zahrnuti příslušníci Ministerstva spravedlnosti a obrany, což je Policie ČR, Hasičský záchranný sbor ČR, Vězeňská služba ČR, Celní správa ČR, Bezpečnostní informační služba a Úřad pro zahraniční styky a informace a vojáci z povolání (ČSÚ, 2011).

Obr. 1 Počet obyvatel v produktivním věku a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1993–2017

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (demografické ročenky), ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz), vlastní zpracování

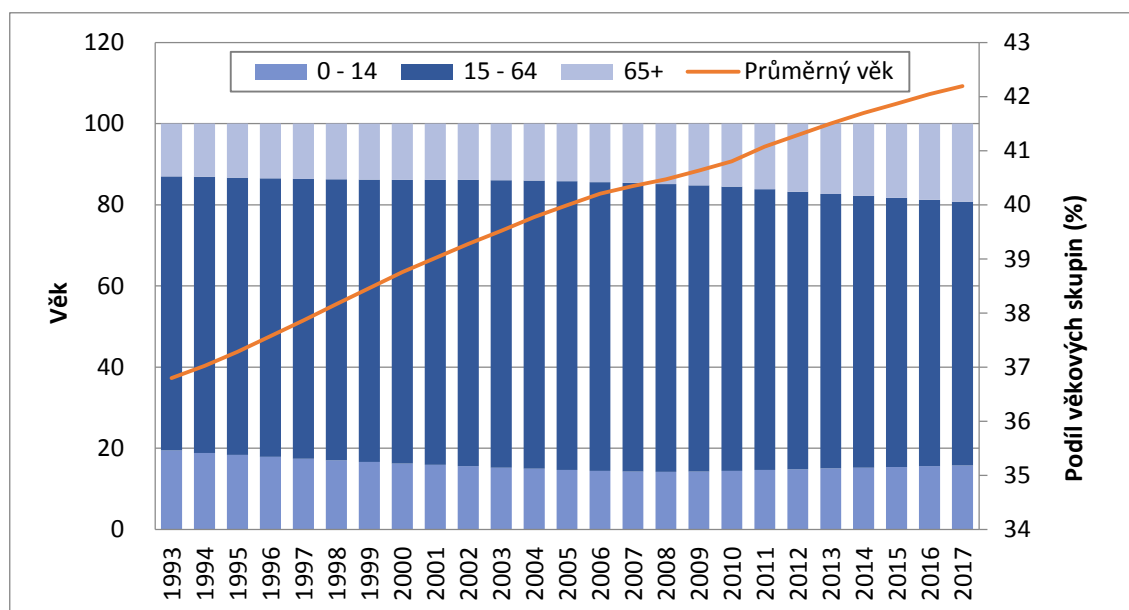
Průměrný počet nemocensky pojištěných osob² byl 4 671 tisíc osob za rok 2017 (obr. 1). V porovnání s rokem předchozím, tedy 2016 vzrostl průměrný počet pojištěnců o 100 tisíc osob, což dělá 2,13 %. Pokud se podíváme na roky 1993–2003 průměrný počet pojištěných byl nižší o 275 tisíc. V roce 1990 bylo pojištěných cca 68 % osob ve věku ekonomické aktivity 15–64 let a o deset let později, tedy v roce 2003 toto procento kleslo na 61,5 % nemocensky pojištěných osob v produktivním věku (příloha 1). Ke snížení počtu pojištěných osob po roce 1994 mohlo přispět i zrušení povinného nemocenského pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné (ČSÚ, 2005). Ve srovnání s počtem osob v produktivním věku je viditelný opačný směr vývoje

² Průměrný počet nemocensky pojištěných osob = počet dní nemocenského pojištění jednotlivých pojištěných osob ve vykazovaném období / počet kalendářních dní ve vykazovaném období. Zahrnuje všechny osoby, které byly alespoň po jeden den vykazovaného období nemocensky pojištěné.

počtu nemocensky pojištěných osob, který je způsoben tehdejšíím růstem nezaměstnanosti. Nezaměstnanost se začala objevovat v České republice po skončení socialistického režimu, kdy došlo k transformaci ekonomiky, tedy po roce 1989. Do tohoto roku byla v prostředí socialistického pracovního trhu vysoká přezaměstnanost v odvětvích národního hospodářství, doprovázena nízkou efektivitou práce. Mít práci bylo před rokem 1989 vlastně povinné (Andanov, 2014).

V období 2003–2013 se průměrný počet pojištěných (celkem) zvýšil o téměř 5000 tisíc. Od roku 2005 až do roku 2007 můžeme díky hospodářské prosperitě zaznamenat nárůst průměrného počtu pojištěných, poté dochází k opětovnému poklesu z důvodu hospodářské krize a v roce 2010 mírnému vzestupu. Procento nemocensky pojištěných osob ve věku 15–64 kleslo na 58 %. Od roku 2010 do současnosti se počet těchto osob oproti obdobím ostatním zvýšil o 360 tisíc a s výjimkou roku 2013 průměrný počet nemocensky pojištěných přibývá. Také procento nemocensky pojištěných vzrostlo na 68 % (příloha 9). Pokud se zaměříme na nemocenské pojištění dle pohlaví (obr. 1), je evidováno méně žen, než mužů nemocensky pojištěných, avšak tyto rozdíly se postupem času snižují. V roce 2017, došlo ke zlomovému okamžiku, jelikož bylo procento pojištěných žen vyšší, než procento pojištěných mužů a to o 2,14 procentního bodu. Zatímco v roce 1990 bylo pojištěných mužů o 13,46 procentního bodu více, než žen.

Obr. 2 Vývoj průměrného věku a podíl věkových skupin na celkovém počtu obyvatel, ČR, 1993–2017



Zdroj: ČSÚ 2019e (Česká republika od roku 1989 v číslech) vlastní zpracování

Ve věkové struktuře obyvatelstva se odráží předchozí vývoj migrace, porodnosti a úmrtnosti (ČSÚ, 2019d). Ve věkové skladbě České republiky se projevuje hlavně vliv populačního klimatu, respektive předchozí vývoj porodnosti. Nové generace a střídání silných a slabších generací narozených a jejich stárnutí, je hnací silou změn ve věkové struktuře (ČSÚ, 2019d).

Populace České republiky stárne již od konce 80. let 20. století, v posledních deseti letech se tento nárůst zrychlil a průměrný věk stoupl na 42,2 let v roce 2017 z průměrných 36,8 let v roce 1993 (ČSÚ, 2020). V roce 2017 populaci České republiky tvořily z 15,7 % děti do 15 let, 19,2 % obyvatel bylo ve věku 65 let a více a 65,0 % naplňovaly 15–64leté osoby. Porovnáme-li

tyto údaje s rokem 1993, kdy bylo ve věkové kategorii 0–14 let 19,4 % obyvatel, v kategorii 65+ 13,0 % a obyvatel v produktivním věku (15–64) 67,7 %. Je tedy zřejmé, že počet obyvatel ve věkové kategorii 15–64 let klesl. Tento pokles je nejvýraznější v posledních deseti letech v důsledku různorodé početnosti jednotlivých generací narozených ve 20. století a jejich posouvání do vyšších věků (ČSÚ, 2020). Největší přírůstky jsou ve sledovaném období ve věkové skupině 65+, kde podíl osob každoročně roste, vyjma let 1999 až 2003, kdy podíl osob starších 65 let stagnoval.

Na základě aktuální analýzy a prognózy ČSÚ lze očekávat v první polovině 21. století změnu ve struktuře populace České republiky dle věku. Podíl osob ve věkové skupině 15–64 by se měl do roku 2050 snížit z 65,0 % v roce 2017 na 56,5 %. Průměrný věk, který dosahoval v roce 2017 úrovně 42,2 let, by se měl zvýšit na 46,3 let do roku 2050 (ČSÚ, 2019d). V souvislosti s nárůstem průměrného věku a zvyšujícím se podílem starších věkových skupin na celkovém počtu obyvatel souvisí i problém stárnutí pracovní síly. Paralelně s tím jak stárne populace, stoupá i věk pracovní síly a dochází k poklesu počtu pracovníků v produktivním věku. Vzhledem k této situaci dochází v České republice k nezbytnému prodlužování aktivního věku, který souvisí s plánovaným posunem věku pro odchod do penze (Kolacia a kol., 2006).

Jedním z největších handicapů stárnoucích pracovníků je zhoršující se zdravotní stav a vyšší nemocnost, což vede k časté dočasné pracovní neschopnosti a k dřívějším odchodům z pracovního procesu. Zásadní změnou vlivem stárnutí není jen zhoršení zdravotního stavu, ale také úbytek senzorických a motorických funkcí (Cimbáliková a kol., 2012).

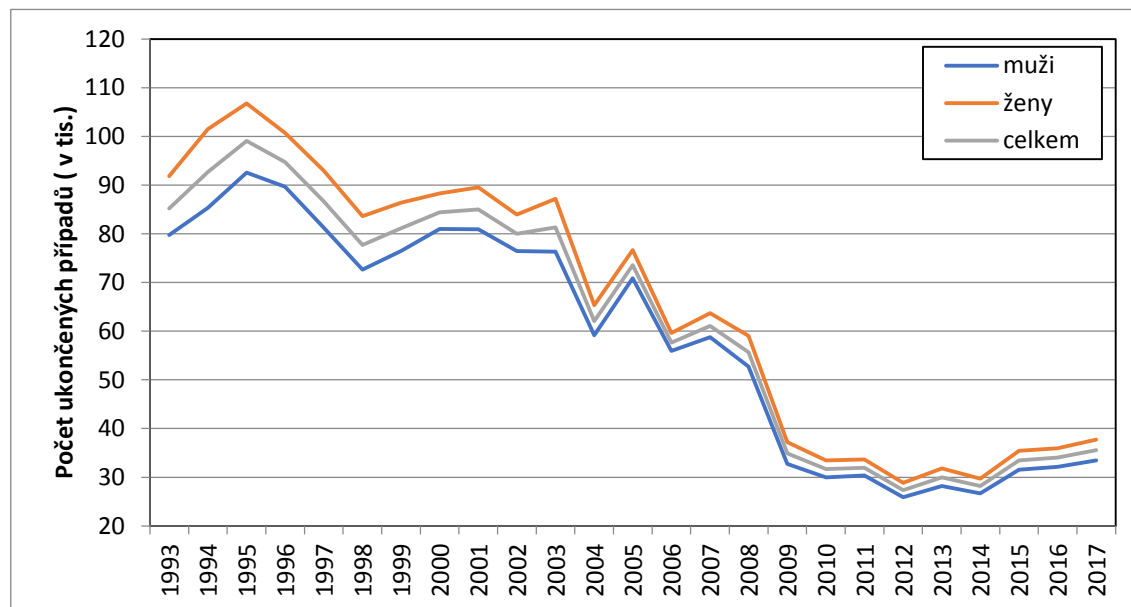
4.2 Vývoj ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob

Od počátku 90. let až do roku 2017, je patrný klesající trend ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob (obr. 3). V roce 1993 byly ukončeny 4,0 miliony případů pracovní neschopnosti, zatímco v roce 2017 došlo k ukončení 1,6 milionů případů pracovní neschopnosti, což je snížení o 58 % (příloha 2). V případě přepočítání tohoto ukazatele na 100 000 nemocensky pojištěných osob, dojdeme též k značnému snížení. V roce 1993 připadalo na 100 000 nemocensky pojištěných osob 85 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti. Poté nastal značný nárůst ukončených případů pracovní neschopnosti, který trval do roku 1995, poté hodnota tohoto ukazatele pozvolna klesala až do roku 2003, kdy nastává období výraznějších výkyvů. Nárůst počtu ukončených případů po roce 1993 byl ovlivněn změnou zákona, kdy došlo ke změně výpočtu výše dávek nemocenského pojištění (Tab. 1). V roce 2004 došlo za účelem snížení pracovní neschopnosti k další zásadní změně legislativy, konkrétně ke snížení nemocenské za první tři kalendářní dny PN z 50 % na 25 % a snížení první redukční hranice pro výpočet denního vyměřovacího základu. Což vedlo ke snížení o 31 % případů ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 na 62 tisíc případů v roce 2004.

V posledních letech, konkrétně od roku 2009, kdy vyšel v platnost zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění můžeme po prvotním strmějším poklesu pozorovat ustálení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců (obr. 2). Od roku 2009 do konce sledovaného období, tedy roku 2017 se počet ukončených případů pracovní

neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob zvýšil na 35 tisíc, jde tedy pouze o 2 % nárůst. Je tedy patrné, že zákony, které vycházely v platnost více, či méně ovlivňují pracovní neschopnost.

Obr. 3 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, 1993–2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

4.3 Průměrná délka ukončených případů pracovní neschopnosti

Tato kapitola se stejně jako následující kapitoly opírá o data ÚZIS, který pravidelně poskytuje data o ukončených případech pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice. V rámci této publikace nalezneme průměrný počet dnů v pracovní neschopnosti za daný rok. Hodnotu tohoto ukazatele ovlivňuje počet a délka jednotlivých ukončených případů v pracovní neschopnosti a též počet pojištěných osob, u kterých může dojít ke sledované události. Celkový počet dní v pracovní neschopnosti za rok 2017 činil 68 904 598 dní, což je o 4 % víc, než v roce 2016 (příloha 3). Průměrná doba osob v pracovní neschopnosti byla 41,5 dní v roce 2017.

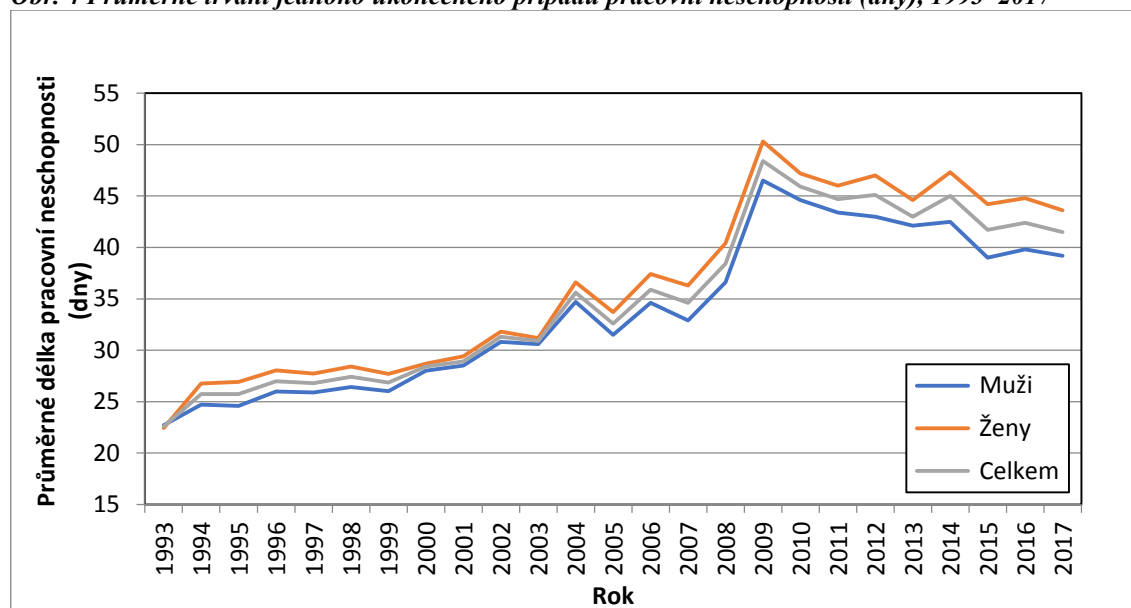
Součtem dnů, po kterých trvala pracovní neschopnost všech evidovaných případů, dostaneme počet kalendářních dnů ukončených případů pracovní neschopnosti (příloha 3). Od 90. let se hodnota tohoto ukazatele pohybovala v rozmezí od 90 až do 120 milionů dnů. Patrné snížení nastalo v roce 2004 a 2009 zejména díky legislativním změnám a absenci chřipkové epidemie v roce 2004, kdy se celkový počet prostonaných kalendářních dnů pracovní neschopnosti snížil ze 111 milionů na 97 milionů dnů, tedy o 14 milionů dnů, což je 13 %. (ÚZIS, 2005) Tento ukazatel vzrostl od minulého roku o 4 % (z 66 milionů dnů), jak již bylo napsáno na 68,9 milionů dní v roce. Pokud se vrátíme o deset let zpět, byl počet dnů pracovní neschopnosti o 28 milionů vyšší, než v roce 2017.

Od roku 1993 průměrná doba trvání pracovní neschopnosti stoupala pouze s drobnými výkyvy až do roku 2003, za tuto dobu se zvýšila z 22,6 kalendářních dnů na 30,9 dnů, což je o 8,3 dnů a každým rokem se prodlužovala průměrným tempem 4 % (obr. 4). Po roce 2003

jsou výkyvy již patrnější, nicméně nijak dramatické. Mezi roky 2003 a 2004 došlo k výraznějšímu nárůstu (téměř o 5 dní), na což mohlo mít vliv snížení nemocenského v prvních dnech pracovní neschopnosti (tab. 1). Nejvýraznější nárůst můžeme vidět po roce 2008, kdy došlo k nárůstu o 10 dní v roce 2009, od tohoto roku již nebyla finanční náhrada vyplácena první tři dny v pracovní neschopnosti (tab. 1). V roce 2009 dosáhl ukazatel průměrné délky pracovní neschopnosti jednoho případu svého maxima (48,4 dní) a od tohoto roku má počet dní strávených v jedné pracovní neschopnosti spíše klesající tendenci. Do roku 2017 průměrná délka trvání jednoho případu ukončené pracovní neschopnosti neklesla pod 41 dní.

Na základě obrázku číslo čtyři lze konstatovat, že ženy po celé sledované období, mimo rok 1993, strávily v pracovní neschopnosti delší dobu, než muži (v průměru o 2,5 dne). Rozdíl mezi pohlavími v průměrné délce trvání jednoho případu pracovní neschopnosti lze rozdělit do čtyř etap, od roku 1995 do roku 2003 docházelo k sblížování křivek, a naopak po roce 2003, kdy bylo dosaženo nejmenšímu rozdílu mezi pohlavími ve 20. století (0,6 dne) se tyto křivky rozcházely, mezi lety 2009 a 2010 se křivky opět sblížily, nicméně po roce 2011 se rozdíly mezi pohlavími znovu prohlubují, až na 5denní rozdíl v roce 2016 mezi délkou pracovní neschopnosti mužů a žen. V roce 2017 došlo k poklesu rozdílu na 4,4 dnů. V posledních letech pozorujeme též, jako u počtu ukončených případů, ustálení průměrné délky jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti.

Obr. 4 Průměrné trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti (dny), 1993–2017



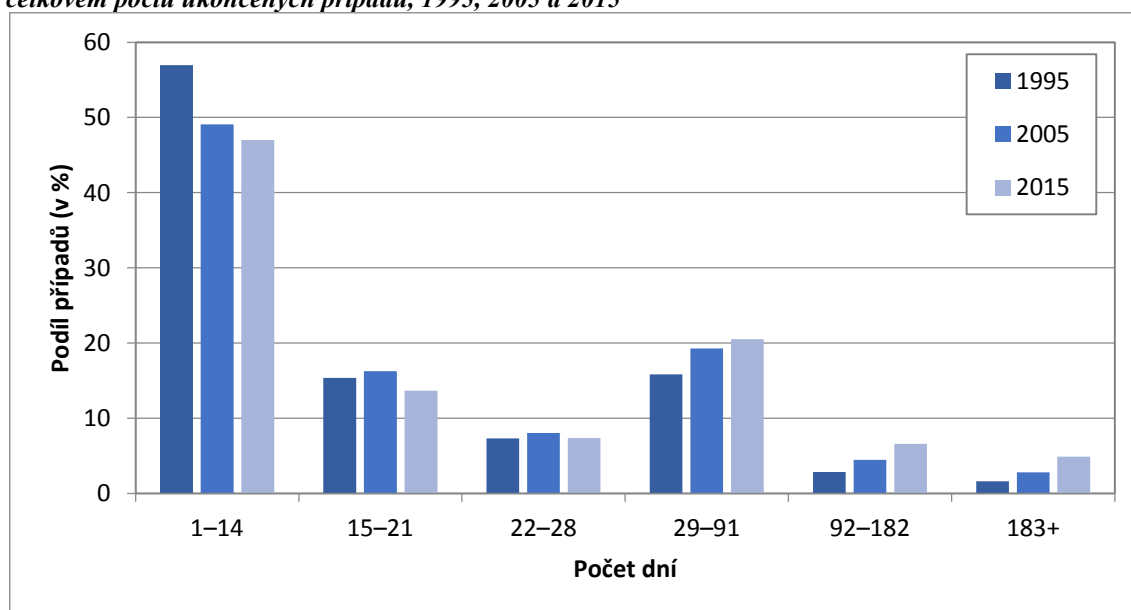
Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Srovnáváme-li ukončené případy pracovní neschopnosti (Obr. 3) a délku trvání této neschopnosti (Obr. 4), dochází k zcela protikladnému vývoji těchto ukazatelů v čase, zatímco ukončené případy pracovní neschopnosti klesají, délka trvání pracovní neschopnosti se prodlužuje.

V současné době, v době, kdy je zdravotnictví České republiky na vysoké úrovni a došlo k pokroku při léčbě nemocí, můžeme pozorovat neustálé prodlužování délky pracovní neschopnosti, nicméně při pohledu na obrázek číslo tři vidíme, že počet ukončených případů pracovní neschopnosti naopak téměř po celé období klesá, k mírnému nárůstu dochází na konci

sledovaného období. Dalo by se tedy říct, že stále méně obyvatel České republiky má zdravotní problémy, tedy populace je zdravější z pohledu pracovní neschopnosti. Na tuto situaci nahlíží i A. Klesla, který se zabývá tímto tématem ve svém příspěvku z roku 2007 a podotýká zde následující: Lehce a krátkodobě zdravotně postižení anebo nemocní zaměstnanci stále méně v takových případech vyžadují a přijímají krátkodobou pracovní neschopnost a svoje v podstatě banální zdravotní problémy stále více řeší jiným způsobem. V nejhorším případě ignorováním zdravotních obtíží, v nejlepším případě ambulantním ošetřením u lékaře a klidem na lůžku v domácím ošetřování po dobu čerpání několika dnů dovolené (A. Klesla, 2007).

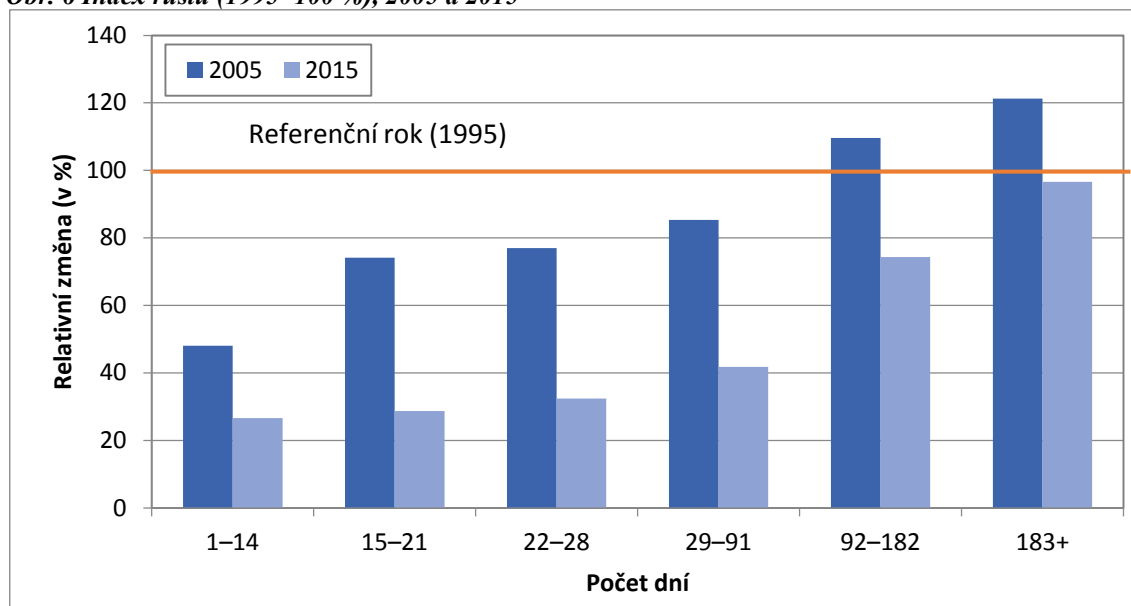
Obr. 5 Relativní zastoupení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti dle intervalu trvání na celkovém počtu ukončených případů, 1995, 2005 a 2015



Pozn. Podíl případů je vypočítán jako poměr mezi počtem případu pro daný interval trvání a celkovým počtem ukončených případů PN.

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování a výpočty

Na základě obrázku číslo pět lze usoudit, že nejvyšší podíl pracovně neschopných jsou v krátkodobé pracovní neschopnosti, avšak jejich procento se snižuje s časem. Zatímco v roce 1995 představovaly ukončené případy pracovní neschopnosti kratší než 14 dnů 57 %, po roce 2005 procento krátkodobě pracovně neschopných kleslo pod 50 % a v roce 2015 ukončilo pracovní neschopnost 47 % pracovně neschopných z celkového počtu ukončených případů pracovní neschopnosti. Naproti tomu podíváme-li se na procento dlouhodobě pracovně neschopných, spatřujeme zde patrný nárůst v kategorii 92–182 dní a 183+ dní o více než polovinu. Z tohoto důvodu dochází současně s poklesem počtu ukončených případů pracovní neschopnosti k prodlužování průměrné délky trvání jednoho případu pracovní neschopnosti.

Obr. 6 Index růstu (1995=100 %), 2005 a 2015

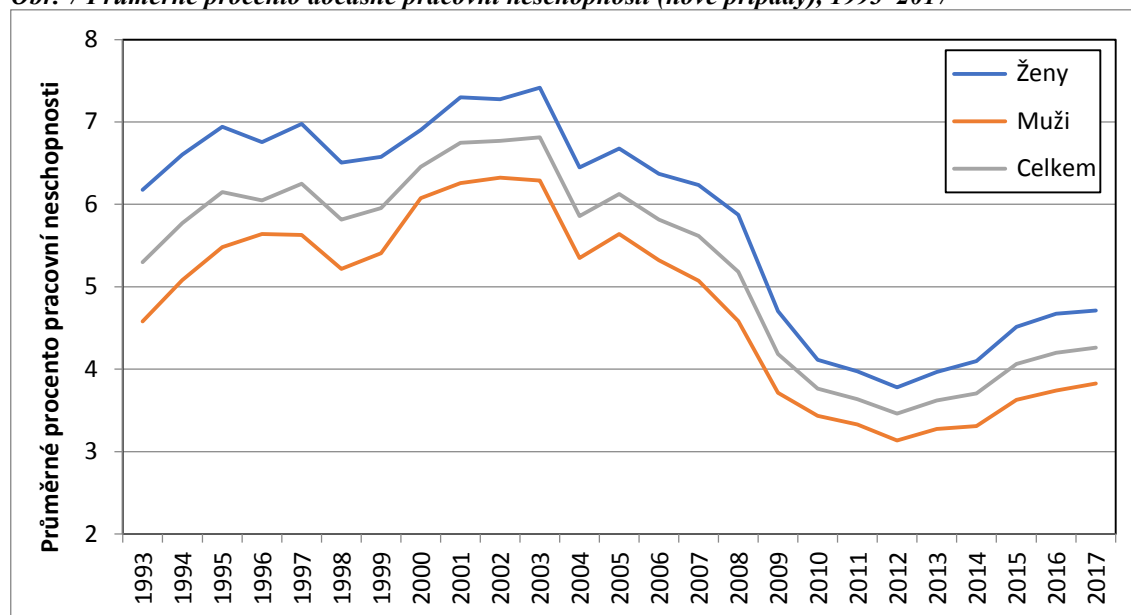
Pozn. Index růstu počtu případů PN podle intervalu délky trvání.

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování a výpočty

Obrázek číslo šest znázorňuje index růstu jako referenční rok, tedy rok, s kterým vybrané hodnoty porovnáváme, byl zvolen rok 1995. Pokud porovnáváme referenční rok 1995 s rokem 2005 je pokles počtu dní patrný téměř ve všech intervalech trvání, výjimkou jsou intervaly 92–182 a 183+ dní, kde došlo k nárůstu počtu případů o 10 % a 21 %. U případů trvajících méně než 14 dní došlo k poklesu o 52 %. Ještě markantnější pokles sledujeme při porovnání roku 1995 s rokem 2015, v tomto případě je relativní změna u všech intervalů trvání záporná, tedy docházelo pouze k poklesu pod 100 %. Počet krátkodobých případů (1–14 dní) klesl o 73 %, naopak počet dlouhodobých (183+ dní) zůstal téměř nezměněn (pokles o 3,5 %).

4.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti

Souhrnným výrazem pro počet nových případů pracovní neschopnosti a délky jejich trvání ve vztahu k počtu osob nemocensky pojištěných a kalendářních dnů je průměrné procento pracovní neschopnosti, tyto data jsou součástí publikace ÚZIS „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“, avšak zdrojem tohoto ukazatele je Český statistický úřad, tedy jde o nové případy pracovní neschopnosti, nikoli ukončené případy, které eviduje ÚZIS. Vyjadřuje, kolik osob ze sta je průměrně v daný rok práce neschopných (ČSÚ, 2012).

Obr. 7 Průměrné procento dočasné pracovní neschopnosti (nové případy), 1993–2017

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní zpracování

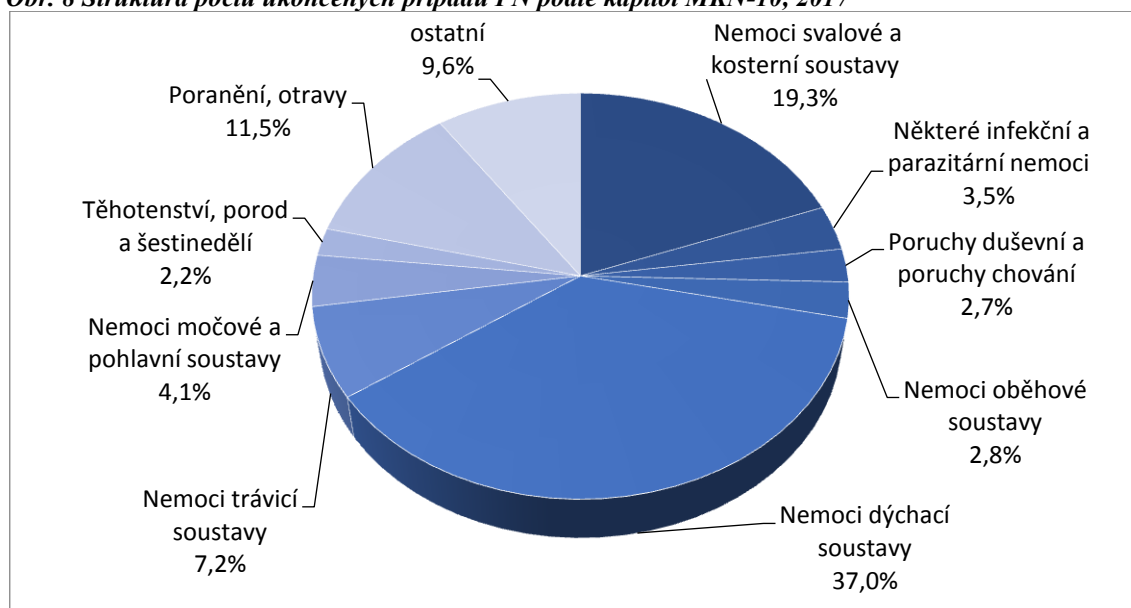
Zatímco ukončené případy pracovní neschopnosti klesají (obr. 3) a průměrná délka pracovní neschopnosti roste (obr. 4), průměrné procento dočasné pracovní neschopnosti (obr. 7) se dlouhodobě pohybuje v rozmezí od 3 % až do téměř 8 %. V 90. letech docházelo zejména ke stabilnímu a dynamickému růstu, maxima bylo dosaženo v roce 2003 na úrovni 6,81 % (pro ženy 7,42 % a muže 6,29 %), což znamená, že z každých 100 pracovních dnů se kvůli pracovní neschopnosti neodpracuje v průměru téměř 7 dní. Od tohoto roku, kdy došlo ke snížení nemocenské za první tři kalendářní dny a snížení první redukční hranice pro výpočet denního vyměřovacího základu legislativy, nastal obrat v nepříznivém vývoji průměrného procenta dočasné pracovní neschopnosti. Průměrné procento dočasné pracovní neschopnosti klesá až do roku 2012, kdy bylo dosaženo minima (3,46 %). Po příznivém období přichází mírný nárůst průměrného procenta dočasné pracovní neschopnosti, který trvá až do konce sledovaného období. Při pohledu na muže a ženy je patrné nižší procento u mužů po celé sledované období, které kopíruje vývoj průměrného procenta dočasné pracovní neschopnosti žen.

V posledních pěti letech dochází k postupnému zvyšování nemocnosti, roste počet případů (obr. 3) i počet prostonaných dnů (příloha 3), zvyšuje se průměrné procento pracovní neschopnosti při stagnaci průměrné délky trvání jednoho případ (obr. 4). Tento obraz může souviset s přivyknutím se pracující populace na přísnější legislativní podmínky pro čerpání nemocenských dávek. Vliv na tento trend má zajisté i stárnutí populace a zvyšování průměrného věku (ČSÚ, 2019c).

4.5 Struktura pracovní neschopnosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)

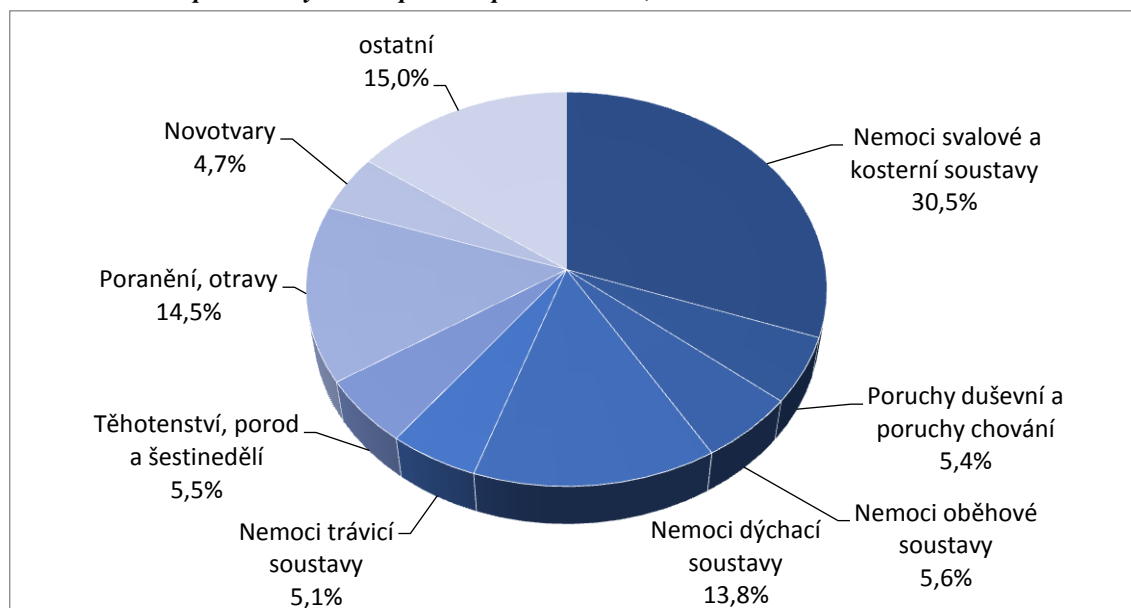
Cílem této kapitoly je analyzovat vývoj ukončených případů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, a to dle struktury nemocí podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10), kterou publikuje a zhruba s desetiletou frekvencí upravuje Světová zdravotnická organizace (WHO). Zaměříme se zde na počet ukončených případů pracovní neschopnosti a průměrnou délku trvání pracovní neschopnosti. Data členěná dle jednotlivých diagnóz eviduje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ve spolupráci s Českou správou sociálního zabezpečení.

Obr. 8 Struktura počtu ukončených případů PN podle kapitol MKN-10, 2017



Zdroj: ÚZIS 2017(Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz), vlastní zpracování a výpočty

Mezi nejčastější příčiny vzniku pracovní neschopnosti patří nemoci dýchací soustavy, které tvoří 37,0 % z celkového počtu 35 557 ukončených případů PN na 100 000 nemocensky pojištěných osob, následují nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivě tkáň (19,3 %) a poranění a otravy a jiné následky vnějších příčin (11,5 %), další nemoci zaujímají méně než 10 %, do příčin ostatní jsou zařazeny nemoci, které tvoří méně než 2 % z celkového počtu ukončených případů PN (onemocnění, oka, ucha, kůže, vrozené vady).

Obr. 9 Struktura prostonaných dnů podle kapitol MKN-10, 2017

Zdroj: ÚZIS 2017 (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování a výpočty

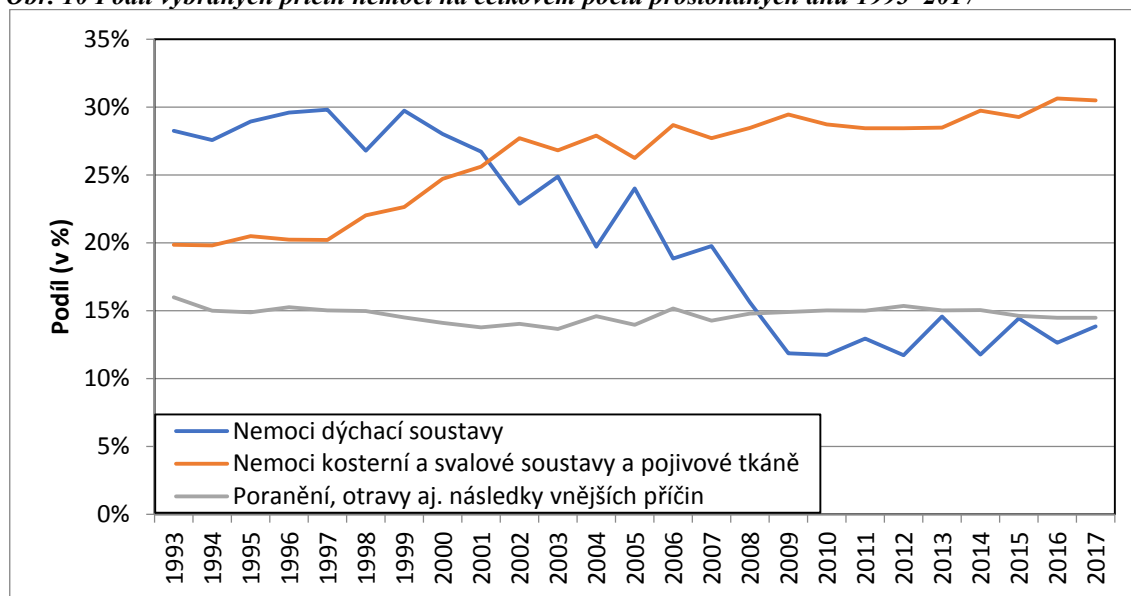
Vydělíme-li počet prostonaných dnů jednotlivých příčin pracovní neschopnosti dle MKN-10 celkovým počtem prostonaných dnů, získáme podíl, na jehož základě můžeme určit strukturu prostonaných dnů podle klasifikace MKN-10. V celkovém objemu prostonaných dnů PN představují nemoci svalové a kosterní soustavy 30,5 %, což je dlouhodobě nejvyšší podíl. Na celkovém počtu prostonaných dnů se poranění a otravy podílely z 14, 5 %, těsně za nimi se zařadili nemoci dýchací soustavy s 13,8 %. Další příčiny se podílely na celkovém počtu prostonaných dnů kolem 5 %, do skupiny ostatní jsou zařazeny ty, které tvořily méně, než 3,5 % z celkového počtu prostonaných dnů. Pro následující analýzu již uvažujeme pouze tři nejčastější příčiny PN. Jde o nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy a poživé tkáně a otravy aj. následky vnějších příčin (obr. č. 8), dle klasifikace MKN-10.

Na grafu č. 10 můžeme pozorovat sblížování křivek procentuálního zastoupení nemocí dýchací soustavy a nemocí kosterní a svalové soustavy a poživé tkáně v období 90. let a naopak rozcházení křivek na počátku 20. století. Zatímco v 90. letech se pohyboval podíl nemocí dýchací soustavy na celkovém počtu prostonaných dní okolo 25 % – 30 %, nyní je zastoupení této diagnózy pouze 13 %. Nemoci dýchací soustavy jsou ovlivněny sezónní chřipkovou epidemií či výskytem chřipkového onemocnění a též legislativními změnami, které ve svém důsledku tlumí zájem nemocných chřipkou navštívit svého lékaře a přejít do pracovní neschopnosti (Jeřábková, 2011). Naopak podíl nemocí kosterní a svalové soustavy a poživé tkáně roste po celé sledované období a od roku vzrostl o téměř 11 %. Lze se domnívat, že uvedený nárůst může souviset se stárnutím pracovní síly a rostoucím zastoupením sedavých zaměstnání. Tématem sedavého zaměstnání se zabývá A. Sekot, který upozorňuje na riziko sedavého způsobu života, jelikož člověk je na pohyb geneticky naprogramován. V případě, není-li tělo používáno k pohybu, ztrácí svalovou hmotu. Všeobecně sedavý způsob života má za následek hned několik zdravotních problémů, mezi které patří problémy s páteří, klouby a další nemoci pohybového aparátu, které mohou způsobit dlouhodobou pracovní neschopnost, civilizační choroby (srdeční infarkt, vysoký krevní tlak a cukrovku). Nedostatek zdravého

pohybu je problém, který se podílí na rostoucí nadváze a obezitě, včetně dalšího výskytu fatálních onemocnění (Sekot, 2015).

Téměř konstantní podíl po celé sledované období můžeme pozorovat u diagnózy poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin. V roce 2017 činil součet těchto tří podílů téměř 60 % z celkového počtu prστοnaných dnů. Kromě těchto dvou skupin diagnóz tvořily významnější podíl i nemoci trávicí soustavy. Podíly ostatních nemocí dosahovaly maximálního 5% zastoupení.

Obr. 10 Podíl vybraných příčin nemocí na celkovém počtu prστοnaných dnů 1993–2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování a výpočty

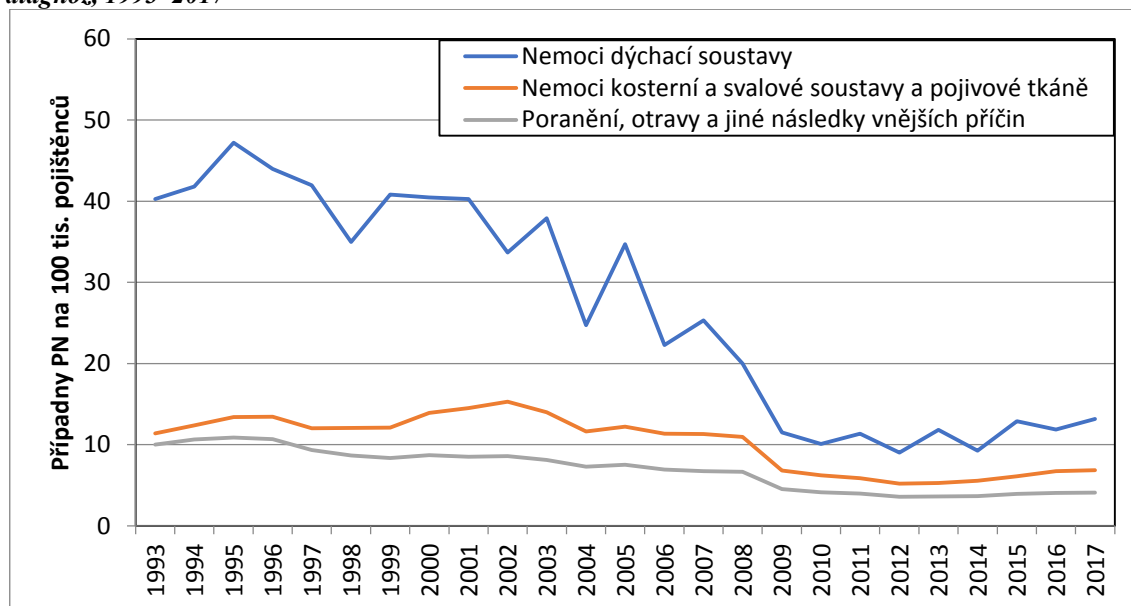
I přestože se jeví při pohledu na podíl ukončených případů jako nejzávažnější současný problém nemoci dýchací soustavy (obr. 8), při pohledu na podíl jednotlivých příčin na celkovém počtu prστοnaných dnů, zaujímá tato diagnóza až druhé místo (obr. 9). Z obrázku č. 10 je patrné, že ve 21. století, pokud jde o podíl příčin na prστοnaných dnech, prvenství náleží nemocím pohybového aparátu. Třetí místo při dlouhodobém pohledu, avšak druhé místo v období po roce 2008 patří skupině nemocí, jež zapříčinili poranění, otravy a jiné následky. Z těchto výsledků lze vyvodit, že v zájmu růstu produktivity práce v České republice je třeba se zaměřit především na zdravotní prevenci u všech třech zmiňovaných skupinách diagnóz s největším důrazem na redukci výskytu nemocí pohybového aparátu, jejichž výskyt roste prakticky lineárně s věkem (Klesla, 2007).

4.5.1 Počet případů na 100 000 pojištěných osob podle příčin nemocí

Na základě dat ÚZIS je patrné, že nejvíce ukončených případů pracovní neschopnosti je způsobeno nemocemi dýchací soustavy, nicméně počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných z důvodu nemocí dýchací soustavy dlouhodobě klesá (obr. 11). Pro nemoci dýchací soustavy jsou typické meziroční výkyvy, které jsou zapříčiněny chřipkovými epidemiemi a také legislativními změnami, které ve svém důsledku tlumí zájem pracujících, kteří onemocní chřipkou navštívit svého lékaře a přejít do dočasné neschopnosti

(Jeřábková, Zelený, 2011). Co do četnosti případů druhé místo za nemocemi dýchací soustavy zaujímají již tradičně nemoci kosterní a svalové soustavy a pojivové tkáně. Třetí místo na pomyslném žebříčku příčin ukončených případů pracovní neschopnosti dle nemocí patří poraněním, otrávám a jiným následkům vnějších příčin. Tyto dvě příčiny ukončené pracovní neschopnosti na rozdíl od nemocí dýchací soustavy, u kterých docházelo k výraznému poklesu, stagnovaly okolo hodnoty 10 000 ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných.

Obr. 11 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných, dle vybraných diagnóz, 1993–2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Pro nemoci způsobené poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin je typická vyšší četnost výskytu u mužů než u žen, zatímco u nemocí pohybového aparátu a nemocí dýchací soustavy je četnost výskytu u žen častější než u mužů, podobně tomu tak je u většiny ostatních příčin pracovní neschopnosti dle MKN-10 (příloha 4). Srovnáme-li celkový počet ukončených případů (obr. 3) je viditelná korelace s vývojem nemocí dýchací soustavy, jelikož právě ty tvoří jejich značnou část (obr. 8).

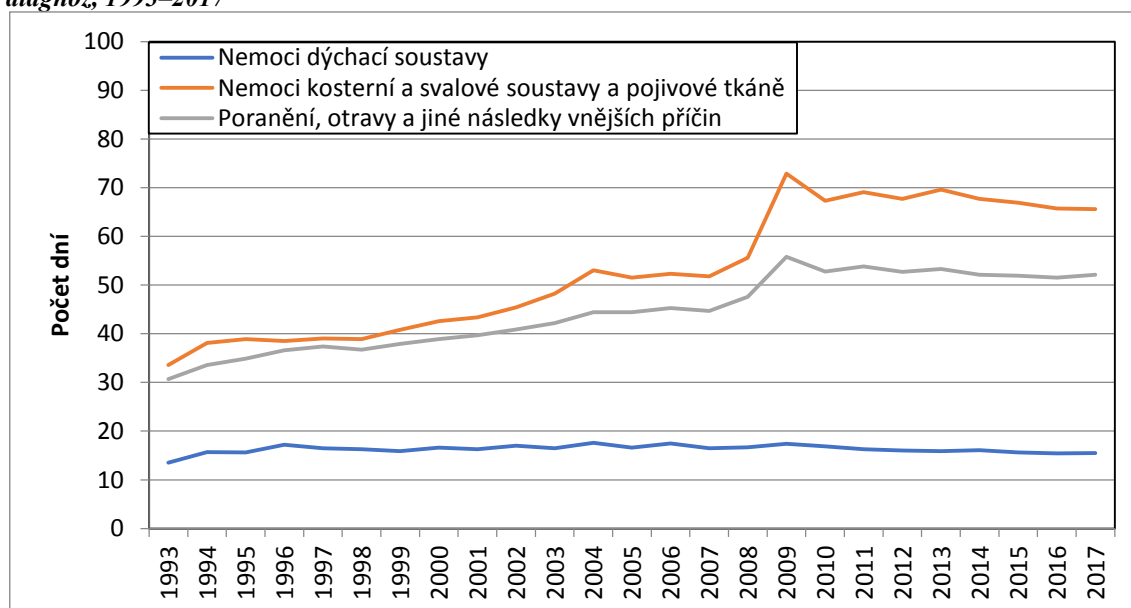
4.5.2 Průměrná délka pracovní neschopnosti podle příčin nemocí

Ze statistik ÚZIS vyplývá, že nejdelší léčbu, ze tří nejčastějších příčin nemocí, dlouhodobě „vyžadují“ nemoci pohybového aparátu (obr. 12). Pracovní neschopnost zapříčiněná poruchou pohybové soustavy trvala na v roce 1993 měsíc (33,6 dní). Do roku 2017 vzrostl počet dní téměř dvakrát na 65,6 dní. Obdobný nárůst v počtu dní byl zaznamenán také u druhé nejčastější příčiny pracovní neschopnosti, tedy u poranění, otrav a jiných následků vnějších příčin. Meziroční nárůst dní pracovní neschopnosti z důvodu poranění, otrav a jiných vnějších následků jako příčina pracovní neschopnosti byl pozvolnější, než tomu bylo u poruch pohybové soustavy. V roce 2017 strávili pojištěnci v pracovní neschopnosti z důvodu poranění, otrav a jiných následků vnějších příčin 52,1 dní, zatímco na počátku sledovaného období (1993) šlo o průměrných 30,7 dní v pracovní neschopnosti z téhož důvodu. Největší rozdíl mezi délkou

trvání pracovní neschopnosti dle vybraných diagnóz u mužů a žen byl v roce 2017 u nemocí pohybové soustavy, kde se průměrná délka trvání lišila o téměř 10 dní (příloha 1).

Nejnižší příčku ze tří nejčastějších diagnóz pracovní neschopnosti, co se průměrného počtu dní týče, zauímají nemoci dýchací soustavy, jejichž počet stagnoval po téměř celé období. Na počátku sledovaného období, tedy v roce 1993 strávili pojištěnci v průměru 13,5 dní v pracovní neschopnosti z důvodu respiračních nemocí, do roku 2017 došlo k nárůstu pouze o 2 dny na 15,5 dní. Chřipkové onemocnění, jež se řadí dle MKN-10 do skupiny nemocí dýchací soustavy patří dlouhodobě k nemocím s nejkratší průměrnou délkou trvání (13,4 dní v roce 2017).

Obr. 12 Průměrné trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti (dny), dle vybraných diagnóz, 1993–2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

S účinností od 1. 7. 2017 byly Ministerstvem práce a sociálních věcí vydány „Standardy délky trvání dočasné pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz dle MKN-10“. Tyto standardy vznikly na základě analýz délky trvání pracovní neschopnosti uskutečněných v rámci projektů TA ČR (Technologická agentura ČR). Cílem bylo sjednotit posudkovou praxi ošetřujících lékařů a zefektivnit kontrolní činnost lékařské posudkové služby. Pro vybrané diagnózy byla stanovena optimální a maximální délky trvání dočasné pracovní neschopnosti. Co se optimální délky týče, do této skupiny by mělo patřit 90 % případů, maximální délka trvání by se u vybraných diagnóz neměla překročit a byla stanovena především pro případy komplikované. Překročí-li daný případ optimální/maximální délku trvání, je nutné, aby ošetřující lékař danou situaci odůvodnil orgánu nemocenského pojištění. Dočasně pracovně neschopné lze také kategorizovat na základě dosavadní činnosti pojištěnce na duševně, či fyzicky pracujících. Záměrem Ministerstva práce a sociálních věcí je zabránit zneužívání institutu dočasné pracovní neschopnosti a nedůvodnému vyplácení nemocenského (MPSV, 2017).

Vybrané standardy u tří nejčastějších příčin dočasné pracovní neschopnosti dle MKN-10 jsou následující. Pro nejčastější diagnózu spadající do nemocí dýchací soustavy, tedy akutní

infekci horních cest dýchacích byla stanovena optimální délka trvání 3–7 dní a maximální 2 týdny, a to jak pro duševně, tak i fyzicky pracující. V případě chřipkového onemocnění, jakožto druhé nejčastější respirační choroby je optimální délka trvání 2 týdny a maximální délka 3 týdny.

U nemocí pohybového aparátu byla z vybraných nemocí stanovena nejkratší optimální délka trvání u nemocí způsobených artrózou kyčelního a kolenního kloubu na 21–28 dní při optimální délce a 90 dní, jako délka maximální u léčby konzervativní, dále byla určena i délka při léčbě operativní a to na 4–6 měsíců a 8 měsíců pro duševně pracující a 6–8 měsíců a 10 měsíců pro fyzicky pracující. Dle dat ÚZIS (příloha 5) činila průměrná délka pracovní neschopnosti z důvodu artrózy obecně 108,1 dní. Jako nejkomplikovanější onemocnění z vybraných diagnóz pohybové soustavy se jeví onemocnění jiných meziobratlových plotének, a to z důvodu stanovené délky trvání pracovní neschopnosti při konzervativní léčbě by mělo jít o pracovní neschopnost trvající optimálně 6–8 týdnů a maximálně 10 týdnů u duševně pracujících a u fyzicky pracujících došlo k navýšení o dva týdny, tedy 8–10 týdnů a 12 týdnů. V případě, je-li nutná operativní léčba, je optimální délka 12–14 týdnů a 16 týdnů délka maximální u duševně pracujících, u fyzicky pracujících se tato délka zvedá opět o dva týdny u optimální délky a o 4 u maximální délky (MPSV, 2017). Dle dat ÚZIS (příloha 5) v roce 2017 trvalo onemocnění krčních a jiných meziobratlových plotének v průměru 87,4 dní, což je 12,5 týdne v roce 2017.

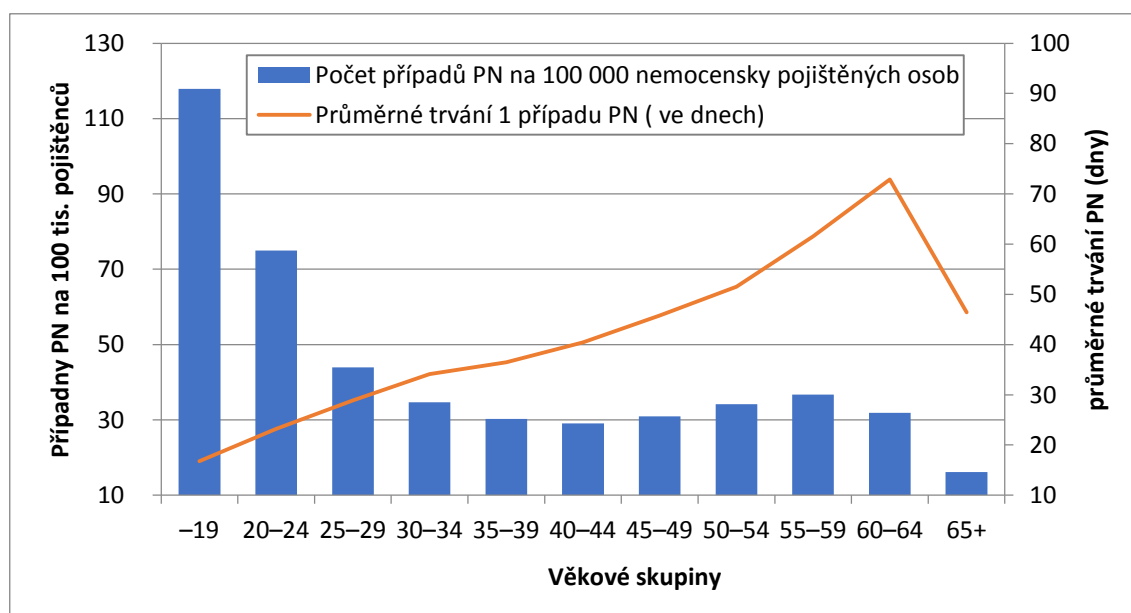
Druhou nejčastější příčinou nemocí ze skupiny nemocí způsobených poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin jsou vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubů, vazů s průměrným trváním 7 týdnů, dle ÚZIS (příloha 5). Z této skupiny byla vybrána konkrétní diagnóza vymknutí a natažení kloubů a vazů kolena, která by měla trvat u duševně pracujících v optimální délce 3–4 týdnů a maximálně týdnů 6, u fyzicky pracujících byla délka trvání navýšena o jeden týden, tedy 4–5 týdnů a 7 týdnů. Při závažnějších onemocněních, kdy je nutná operace, může onemocnění trvat až 6 měsíců u duševně pracujících a 8 měsíců u fyzicky pracujících, optimálně však 3–4 měsíců u duševně pracujících a 4–5 měsíců u pojištěnců pracujících fyzicky. Mezi všeobecně nejkomplikovanější patří zlomeniny stehenní kosti s průměrnou délkou trvání 173,3 dní (cca 24 týdnů = 6 měsíců) v roce 2017 (příloha 5). Do standardů byla z této skupiny vybrána diagnóza zlomenina krčku stehenní kosti, jejíž optimální délka trvání je 16–24 týdnů a maximální 32 týdnů u duševně pracujících, u fyzicky pracujících by měl pojištěnec strávit na nemocenské optimálně 24–32 týdnů a maximálně 40 týdnů (MPSV, 2017b).

4.6 Ukončené případy pracovní neschopnosti podle věku

Jedním ze stěžejních ukazatelů pro zdravotní stav je věková struktura, jelikož zdravotní stav hluboce souvisí s věkem. Vyšší věk všeobecně znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech (ČSÚ, 2009). V roce 2006 vydalo české pracovní lékařství článek týkající se stárnutí populace ve vyspělých zemích, kde vymezuje pojem stárnoucí pracovník, dále upozorňuje na příznaky stáří, které se objevují, již od věku 45 let, kdy dochází k poklesu funkční kapacity organismu ve vztahu k požadavkům práce. Z čehož vyplývá, že z pohledu

pracovně lékařského lze považovat za stárnoucí pracovníky osoby starší 45 let. Za fyziologické změny funkční kapacity u stárnoucích pracovníků, jež ovlivňují pracovní schopnost, je například fyzická zdatnost, srdeční frekvence, motorika, zrak, sluch (Kolacia a kol., 2006). U ukazatele pracovní neschopnosti na 100 000 tisíc pojištěných podle věku je u krajních věkových skupin (–19, 65+) riziko zkreslení, které je zapříčiněno zejména nízkým průměrným počtem nemocensky pojištěných v těchto věkových skupinách. Což je odrazem krátkých pracovních poměrů, které se značí nízkou úrovní ekonomické aktivity danou ekonomickým, sociálním a zdravotním stavem (ÚZIS, 2015).

Obr. 13 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob a průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti podle věkových skupin, 2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

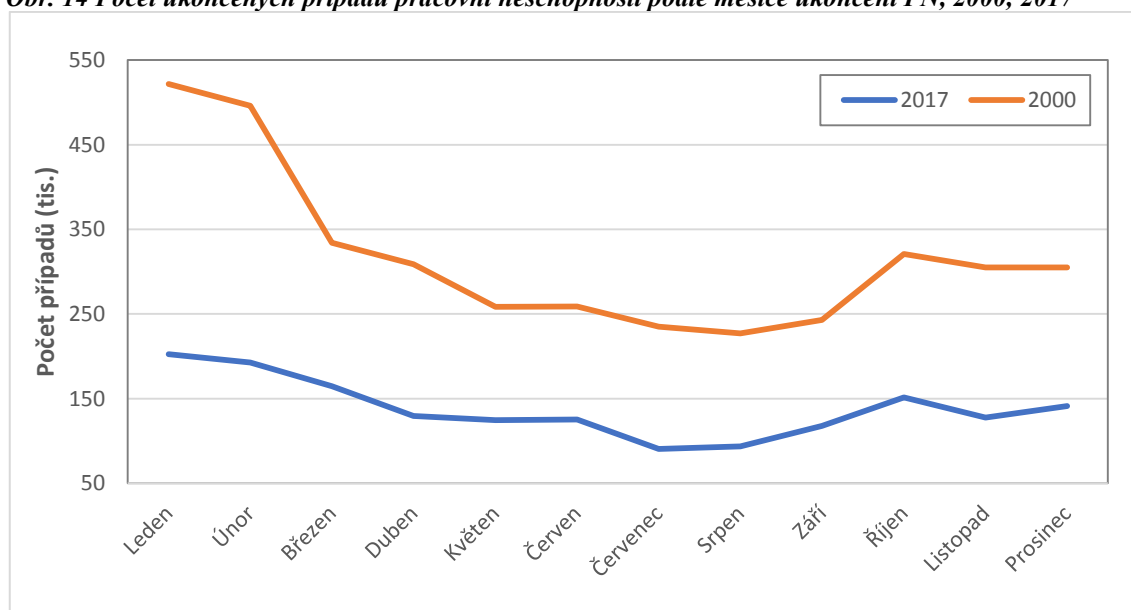
Počet ukončených případů pracovní neschopnosti vztahený k 100 tis. nemocensky pojištěných osob klesá s přibývajícím věkem. Nejvyšších hodnot nabývá v prvních třech věkových skupinách. Do 20 let připadá na 100 pojištěnců průměrně 118 neschopenek za rok 2017, avšak co do počtu dní se jedná zejména o krátkodobé neschopenky, které trvají v průměru 16,8 dnů, tedy nejkratší průměrnou délku trvání ze všech věkových kategorií. Nicméně při přepočtu PN na 100 000 nemocensky pojištěných u nižších věkových skupin a to zejména u věkové kategorie do 19 let, dochází ke zkreslení, jelikož se jedná o skupinu zejména studentů, kteří nejsou pojištěni na základě pracovního poměru, ale pojistné za ně odvádí stát (Zubrová, 2009). Gobyová ve své práci upozorňuje též na důležitý faktor, který může zapříčiňovat u nejnižších věkových skupin nejvyšší počet případů PN, a tím je vzdělanostní složení zaměstnanců. Když uvažujeme délku vysokoškolského studia jsou mezi zaměstnanci v nižších věkových skupinách osoby se středoškolským a nižším vzděláním, které se vyznačují vyšší pracovní neschopností (Gobyová, 2009). Počty případů PN na 100 000 nemocensky pojištěných osob přestávají klesat ve věkové skupině 40–44 let. Poté hodnoty tohoto ukazatel mírně rostou až do věkové skupiny 55–59 let, ve věkové skupině 60–64 dochází opět k poklesu a ve věkové skupině 65+ je patrný nejnižší počet případů. Ve věkové skupině 65 a více let je u pracujících

důchodců častá zkrácená podpůrčí doba³, v případě že v tomto věku pojištěnec onemocní vážnější nemocí, většinou už ve výdělečné činnosti dále nepokračuje. Což potvrzuje i průměrná délka trvání, která se ve věku 65+ snižuje na 46,4 dne ze svého maxima 72,9 dní u věkové kategorie 60–64 (ČSÚ, 2019c). Zatímco počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných se s rostoucím věkem snižuje, průměrné trvání PN se s věkem naopak zvyšuje až do svého maxima ve věku 60–64, jak již bylo napsáno. Tento růst souvisí s poklesem krátkodobých případů pracovní neschopnosti pro nemoci dýchací soustavy na 100 000 pojištěných, a naopak nárůstem dlouhodobých případů pracovní neschopnosti pro novotvary a nemoci oběhové soustavy s přibývajícím věkem (ÚZIS, 2015).

4.7 Sezónní vývoj pracovní neschopnosti

Počínaje rokem 2000 jsou součástí publikace „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“, údaje o počtu ukončených případů pracovní neschopnosti podle měsíce ukončení, zde můžeme pozorovat sezónní charakter pracovní neschopnosti a vliv chřipkových nákaz, nebo dokonce epidemií. Od roku 2000 se počet ukončených případů pracovní neschopnosti snížil téměř o 45 %, největší vliv na toto snížení měly úpravy v legislativě, a to zejména po 1. lednu 2009, kdy nabyl účinnosti zákon č. 187/2006 Sb. (viz. kapitola legislativa 21. století).

Obr. 14 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti podle měsíce ukončení PN, 2000, 2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Největší počet ukončených případů pracovní neschopnosti můžeme pozorovat v zimních měsících, v lednu, únoru a březnu, kdy bylo v roce 2000 ukončeno 35 % případů pracovní neschopnosti a 33 % v roce 2017. Jde o období chřipkových nákaz, či epidemií, tedy nemocí

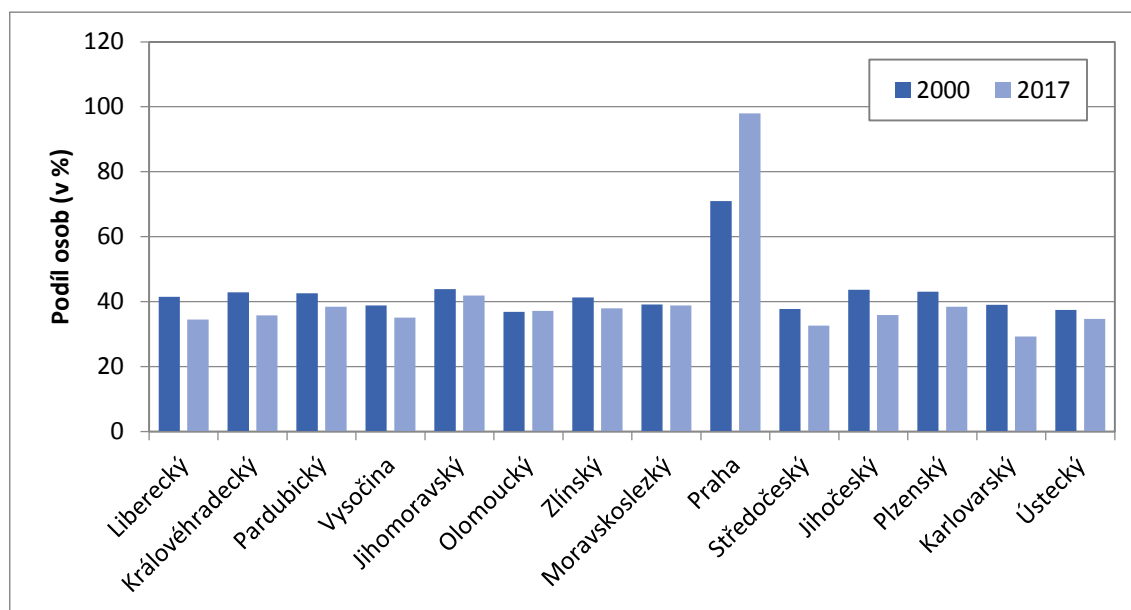
³ Zákon o nemocenském pojištění č.187/2006 Sb. říká: „Nemocenské se poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně vyplácí od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo od 15. kalendářního dne nařízené karantény po dobu nejvýše 70 kalendářních dnů, nejdéle však do dne, jímž skončila doba zaměstnání“ (Měšec,2020)

dýchací soustavy, které tvoří více než jednu třetinu ze všech případů pracovní neschopnosti. Ostatní příčiny pracovní neschopnosti jsou spíše rovnoměrně rozloženy po celý rok, výjimkou však jsou poranění a otravy, u nichž je patrný mírný nárůst během května až června (ÚZIS, 2017). Naopak nejmenší počet případů je evidován v měsících letních, což je období čerpání dovolených. K podzimu tradičně patří nárůst pracovní neschopnosti. Maxima bylo v roce 2000 dosaženo v lednu, kdy bylo ukončeno 521 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti a v roce 2017, ukončilo pracovní neschopnost 202 tisíc nemocensky pojištěných osob. Naopak minimum ukončených případů pracovní neschopnosti bylo ukončeno v roce 2000 v srpnu, a to 226 tisíc, stejně tak tomu bylo v roce 2017, kdy bylo dosaženo minima 93 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti.

4.8 Pracovní neschopnost dle krajů (sídla zaměstnavatele)

Na základě územního členění je pracovní neschopnost tříděna dle sídla (kraje, okresu) zaměstnavatele. V této kapitole se zaměříme na strukturu ukončených případů pracovní neschopnosti v jednotlivých krajích ve 21. století, od roku 2000 eviduje ÚZIS data za 14 krajů České republiky (Hlavní město Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký, Pardubický, kraj Vysočina, Jihomoravský, Olomoucký, Moravskoslezský, Zlínský), v období předtím z důvodu zkresleného srovnání dat v této práci neuvažují. Těchto 14 samosprávných krajů ČR bylo uzákoněno 1. ledna 2000, předtím bylo v ČR 7 krajů územních (Středočeský, Jihočeský, Západočeský, Severočeský, Východočeský, Jihomoravský, Severomoravský). Po roce 2000 došlo pouze ke změnám v názvu jednotlivých krajů, a to v roce 2001, kdy došlo k přejmenování Budějovického kraje na kraj Jihočeský, Jihlavského kraje na Vysočinu, Brněnský kraj na Jihomoravský a Ostravský kraj na Moravskoslezský kraj. Dále pak v roce 2011 byla Vysočina přejmenována na kraj Vysočina. Nutno také podotknout, že na rozdíly ve výskytu pracovní neschopnosti dle regionálního členění má značný vliv struktura zaměstnanosti, míra nezaměstnanosti a charakter převažující ekonomické činnosti v daném regionu (ČSÚ, 2018). Osterkamp na základě vědeckých studií popisuje jaký vliv má míra nezaměstnanosti na pracovní neschopnost. V období vysoké nezaměstnanosti počet případů a délka pracovní neschopnosti klesá, z důvodů obavy ze ztráty zaměstnání a naopak při nízké nezaměstnanosti roste (Osterkamp, 2007).

Obr. 15 Podíl nemocensky pojištěných osob v krajích na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích, 2000, 2017

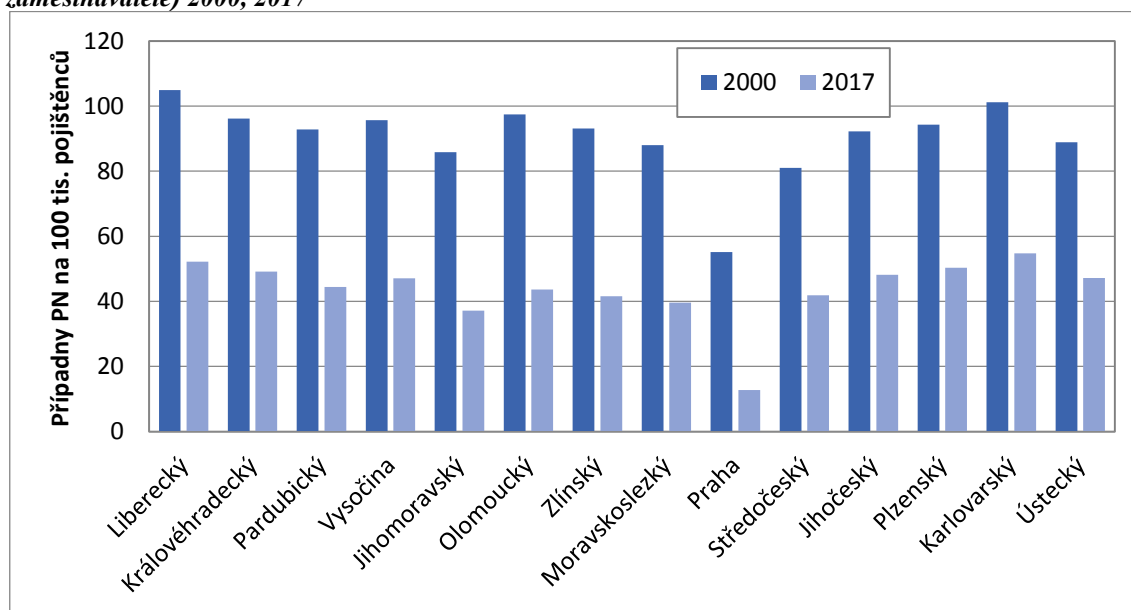


Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), ČSÚ (demografická ročenka) vlastní zpracování

Značnou roli v podílu pojištěných hraje velikost a atraktivita daného regionu, důležitý je také trh práce. Podstatné je mít na vědomí, že nemocensky pojištěné osoby jsou evidovány dle okresu (kraje), kde sídlí zaměstnavatel. Do určité míry může být podíl také ovlivněn věkovou strukturou kraje.

V rámci dalšího porovnání můžeme vztahovat počet pojištěných v kraji k absolutnímu počtu obyvatel v daném kraji. Avšak je nutné si uvědomit, že pojištěnci nemusejí mít trvalé bydliště právě v daném kraji a také je zde šance, že má daná firma mateřskou společnost právě v jiném kraji, jak již bylo zmíněno. Například zaměstnanec má trvalé bydliště v kraji Královéhradeckém, vykonává práci v kraji Středočeském, avšak mateřská společnost má sídlo v Praze, tudíž se zařazuje mezi nemocensky pojištěné v kraji Praha. Nejde tedy o ukazatel, který vyobrazuje, kolik obyvatel daného kraje je nemocensky pojištěných. Podíváme-li se na trend vývoje tohoto ukazatele, můžeme vidět pokles, výjimkou je u obou pohlaví hlavní město Praha, kde podíl mužů i žen vzrostl. S výjimkou Prahy došlo ve všech regionech České Republiky k poklesu podílu nemocensky pojištěných osob na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích. V Praze došlo ke značnému nárůstu z původních 71 nemocensky pojištěných na 100 osob na 98 nemocensky pojištěných na 100 osob. Může za to atraktivita Prahy, je zde mnoho pracovních míst a sídlí zde velké procento mateřských společností, které řídí další dceřiné společnosti, jež sídlí i mimo Prahu.

U žen evidujeme nárůst podílu také v kraji Ústeckém a v kraji Olomouckém. V roce 2000 bylo v Praze na 100 mužů pojištěno 76 mužů a v roce 2017 dokonce 98 pojištěných mužů na 100 mužů. U žen byl nárůst patrnější, jelikož bylo nemocensky pojištěno 66 žen na 100 žen v daném kraji v roce 2000 a do roku 2017 došlo k nárůstu na 97 nemocensky pojištěných žen na 100 žen (příloha 6).

Obr. 16 Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000, 2017

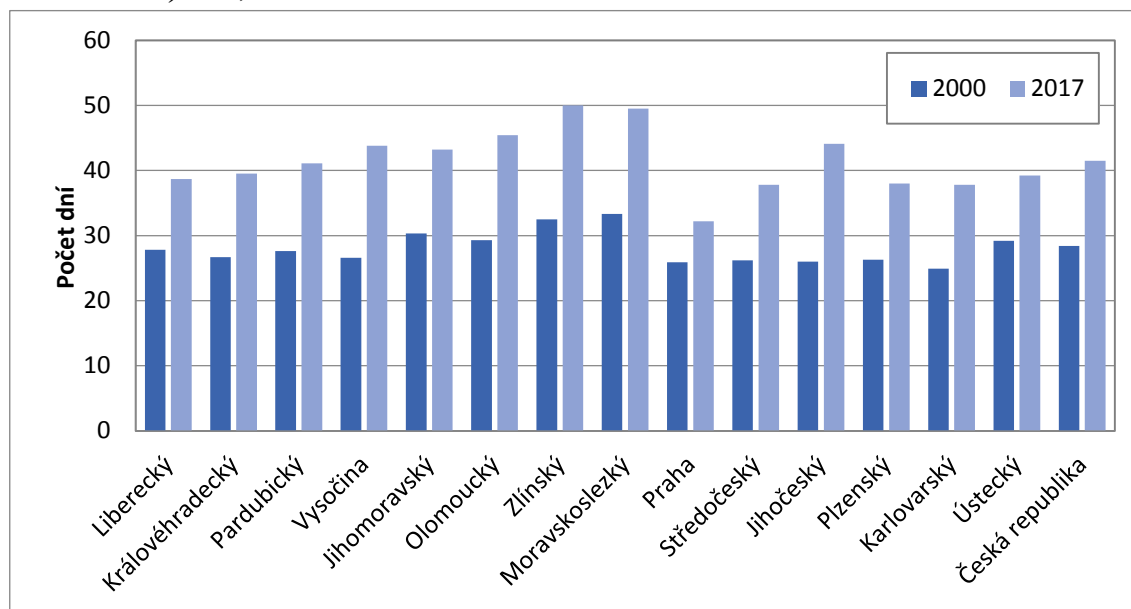
Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob klesá, od roku 2000 do roku 2017 klesl počet ukončených případů u mnoha regionů téměř o polovinu. K nejvýraznějšímu poklesu došlo v kraji Olomouckém, Libereckém a Zlínském, ve všech zmíněných krajích došlo k poklesu o více jak 50 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob. I zde můžeme vidět specifické postavení hlavního města Prahy, jde o region se znatelně nižším počtem ukončených případů pracovní neschopnosti oproti zbytku republiky. Zejména díky specifické struktuře zaměstnanosti a socioekonomické struktuře nalezneme v Praze na 100 tisíc pojištěnců pouze 12,7 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti, což je mnohem méně, než je celorepublikový průměr (35,5 tisíc). Praha má z hlediska ekonomiky výsadní postavení v rámci České republiky je lokalizací a registrací sídel veřejného a soukromého sektoru. Praha je místem, kde je vyšší úroveň mezd (obr. 19), kde počet pracovních míst o 60 % převyšuje počet obyvatel. Je také ekonomickým centrem pro celý stát, jene pro své blízké okolí. S ekonomikou úzce souvisí i situace na trhu práce. Není tedy překvapením, že Praha je největším regionálním trhem práce u nás a je charakteristická podprůměrnou mírou nezaměstnanosti (ČSÚ, 2014).

Druhé pořadí v roce 2000 zaujímal kraj Středočeský, avšak do roku 2017 byl na druhém místě nahrazen krajem Moravskoslezským a odsunut až na místo čtvrté. Nejvíce případů můžeme naopak najít v Libereckém a Karlovarském kraji, kde byla překonána hranice 50 tisíc ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 tisíc pojištěnců. (Česko v datech, 2017) Rozdíl mezi kraji s nejvyšším (Karlovarský) a nejnižším (hl. m. Praha) počtem ukončených případů DPN na 100 000 pojištěnců bylo v roce 2017 22 tisíc na 100 000 pojištěnců. Nejnižší úbytek od roku 2000 do roku 2017 můžeme zaznamenat v kraji Ústeckém (o 41,7 tisíc), naopak nejvyšší nárůst případů v kraji Olomouckém (o 53,7 tisíc). V roce 2000 byl rozdíl mezi maximální (104,9 tisíc) a minimální (55,1 tisíc) hodnotou, tedy Libereckým krajem a Prahou 49

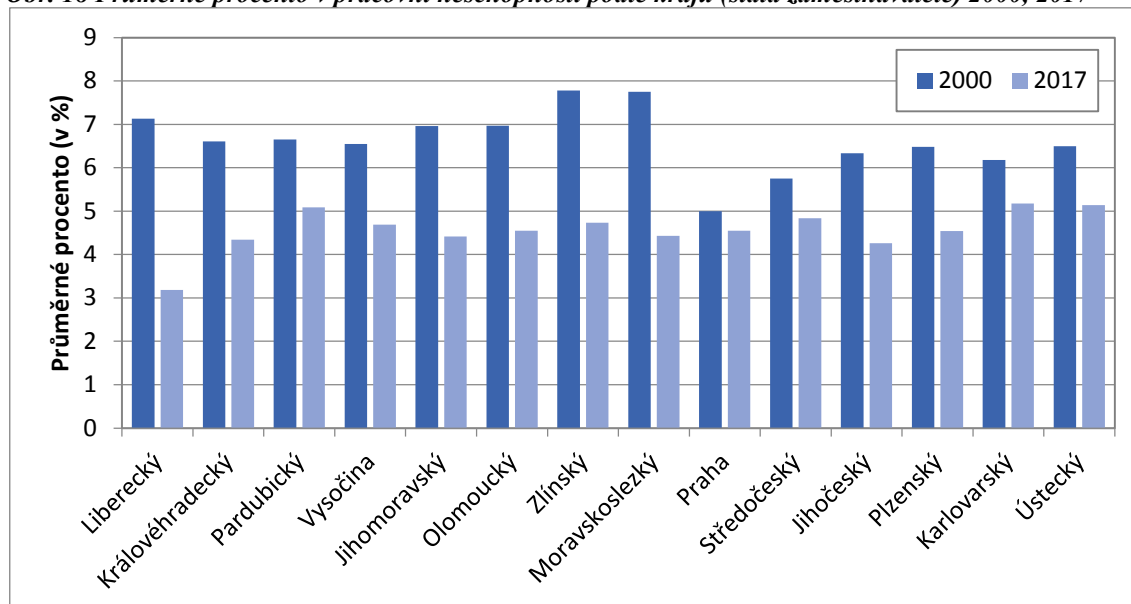
tisíc ukončených případů na 100 000 pojištěnců. Do roku 2017 se počet ukončených případů značně snížil a minimum bylo dosaženo v Praze (12,7 tisíc), jak již bylo řečeno a maximum v kraji Karlovarském (54,7 tisíc), což byla v roce 2000 téměř hodnota minimální, rozdíl mezi těmito hodnotami byl 42 tisíc na 100 000 pojištěnců.

Obr. 17 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (dny), podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000, 2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

I na obrázku č. 17 můžeme vidět Prahu jako specifikum, má již od roku 2000 jednu z nejkratších průměrných délek trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, v roce 2017 jde o nejkratší průměrnou délku trvání 32,2 dny v roce 2017. V roce 2000 zaujímal Praha místo druhé s průměrnými 25,9 dny na jeden ukončený případ pracovní neschopnosti, kde trvala PN o 1 den déle než v kraji Karlovarském. Oproti celorepublikovému srovnání je v roce 2017 průměrná délka trvání pracovní neschopnosti v Praze o 9,3 dne kratší. Druhé místo v roce 2017 zaujímá kraj Karlovarský a Středočeský, kde je délka trvání stejná 37,8 dní. Podíváme-li se na nejdelší dobu trvání pracovní neschopnosti, v roce 2017 dominuje kraj Zlínský (50 dní) a Moravskoslezský (49,5 dní). V porovnání s ostatními kraji, kde je celkový průměr 41,5 dní trvá pracovní neschopnost v tomto roce o cca 8 dní déle. Všeobecně lze říci, že Moravané trávili delší dobu v pracovní neschopnosti, než trávili obyvatelé Čech. Též pozorujeme prodloužení průměrné délky trvání, a to u všech krajů České republiky. Nejmenší prodloužení průměrné délky trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti evidujeme v Praze a to 6 dní. U ostatních krajů došlo k nárůstu o 10 a více dní, v kraji Jihočeském došlo dokonce k prodloužení o 18,1 dní.

Obr. 18 Průměrné procento v pracovní neschopnosti podle krajů (sídla zaměstnavatele) 2000, 2017

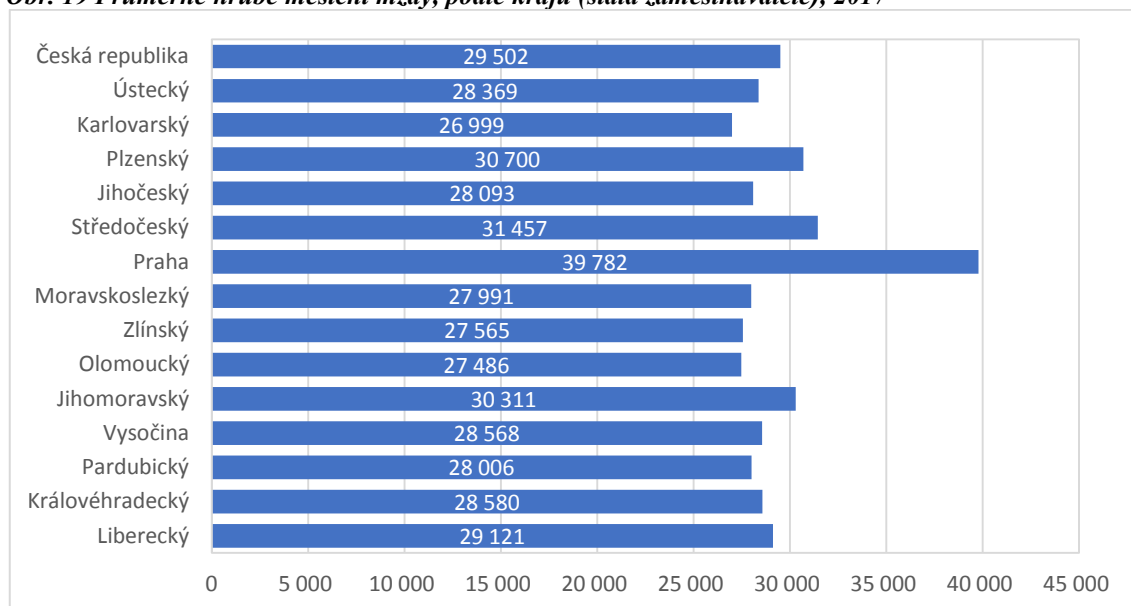
Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Nejlepším ukazatelem statistiky ukončených případů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz je právě průměrné procento pracovní neschopnosti, který uvažuje, jak absolutní počet případů pracovní neschopnosti, tak i průměrnou délku trvání jednoho případu ukončené pracovní neschopnosti. Hodnota tohoto ukazatele v roce 2000 pohybovala v rozmezí mezi 5% až 8% a 3 až 5% v roce 2017. Nejnížší průměrné procento bylo, jak již můžeme tušit z předchozích obrázků, v roce 2000 i v roce 2017 v Praze.

V roce 2017 bylo v průměru každý den 4 pracujících ze 100 pojištěnců práce neschopných. V Praze, kde je průměrné procento ukončených případů nejnižší, je tento průměr nižší cca o 1 osobu v roce 2017. V kraji Zlínském bylo v roce 2000 pracovně neschopných ze 100 pojištěnců o více jak jednu osobu, než je republikový průměr a v roce 2017 o téměř 1 pracujícího více.

Nejvyšší průměrné procento mužů v pracovní neschopnosti bylo v roce 2000 i v roce 2017 v kraji Moravskoslezském. U žen eviduje ÚZIS nejvyšší průměrné procento v kraji Zlínském jak v roce 2000, tak v roce 2017. V roce 2017 bylo v průměru každý den téměř 4 mužů a téměř 5 žen ze 100 pojištěnců práce neschopných. V Praze, kde je průměrné procento ukončených případů pracovní neschopnosti nejnižší, je tento průměr nižší přibližně o 1 osobu u mužů i u žen v roce 2017 (příloha 7) Porovnáme-li graf o průměrném trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti (obr. 17) a graf průměrného procenta ukončených případů pracovní neschopnosti (obr. 18), shledáváme jakousi podobnost v rozložení hodnot.

Od roku 2000 do roku 2017 došlo k nejvýraznějšímu poklesu u průměrného procenta ukončených případů pracovní neschopnosti v Jihomoravském kraji a to ze 6,9 % na 4,3 %, tedy o 2,6 p.b. K nejmenším změnám došlo v kraji Jihočeském, kde činil pokles pouze 1,2 p.b.

Obr. 19 Průměrné hrubé měsíční mzdy, podle krajů (sídla zaměstnavatele), 2017

Zdroj: ČSÚ (Struktura mezd zaměstnanců), vlastní zpracování

Všeobecně platí, že s rostoucím příjmem se snižuje procento pracovní neschopnosti, počet případů pracovní neschopnosti klesá a délka pracovní neschopnosti se zkracuje. Zaměstnanci s většími příjmy jsou znevýhodněni, co se konstrukce výpočtu nemocenské týká, proto tito pracovníci mohou využívat pracovní neschopnosti méně než jiní. Jelikož je pro ně z finančního hlediska výhodnější nemoci krátkodobější a lehčí buď přechodit, nebo k jejich léčení využít dovolenou (Gobyová, 2009).

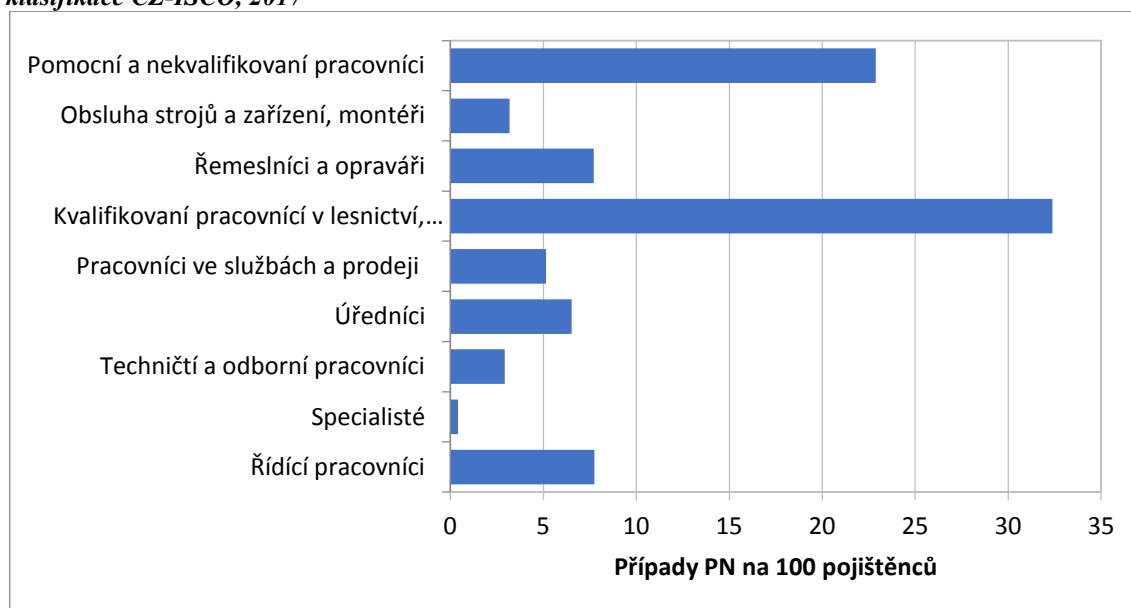
V České republice byl v roce 2017 průměrný plat 29 502 Kč, do skupiny krajů s vyšším průměrným platem, než je průměr celorepublikový, patří Praha s 39 782 Kč, což by mohlo korespondovat s předchozím výzkumem o pracovní neschopnosti, jelikož i díky platu mohou zaměstnanci zůstat na nemocenské kratší dobu, též je v Praze nejméně ukončených případů pracovní neschopnosti. S 31 457 Kč zaujímá Středočeský kraj druhé místo na pomyslném žebříčku, stejně tak tomu je i u délky trvání PN a počtu případů PN v České republice, zde se nachází Středočeský kraj též na druhém místě s nejkratší délkou trvání a počtu ukončených případů PN. Třetím regionem s nejvyšším průměrným platem v ČR je kraj Plzeňský, následuje kraj Jihomoravský. Ostatní regiony se řadí už pod národní průměr, co se průměrných platů týká. Na opačné straně jsou regiony Karlovarský, kde je průměrný plat 26 999 Kč, v Olomouckém kraji si zaměstnanci vydělají v průměru 27 486 Kč a v na Zlínsku 27 565 Kč.

Na základě korelace průměrného platu a průměrné délky trvání pracovní neschopnosti byla pomocí Pearsonova korelačního koeficientu prokázána silná záporná korelace -0,65, čím je vyšší plat, tím je kratší průměrná doba trvání.

4.9 Pracovní neschopnost dle klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO)

Z důvodu plné srovnatelnosti dat bude v této kapitole využita klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO), jež vyšla v platnost 1. ledna 2011 a nahradila rozšířenou klasifikaci zaměstnání (KZAM-R). Na základě CZ-ISCO rozlišujeme 9 klasifikací viz. níže. ÚZIS eviduje data o počtu ukončených případů pracovní neschopnosti a o průměrné délce trvání jednoho případu. Dále byl do této kapitoly zařazen obrázek se srovnáním platů v jednotlivých klasifikacích, tyto data poskytuje ČSÚ ve své publikaci Struktura mezd zaměstnanců.

Obr. 21 Ukončené případy pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných, dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017



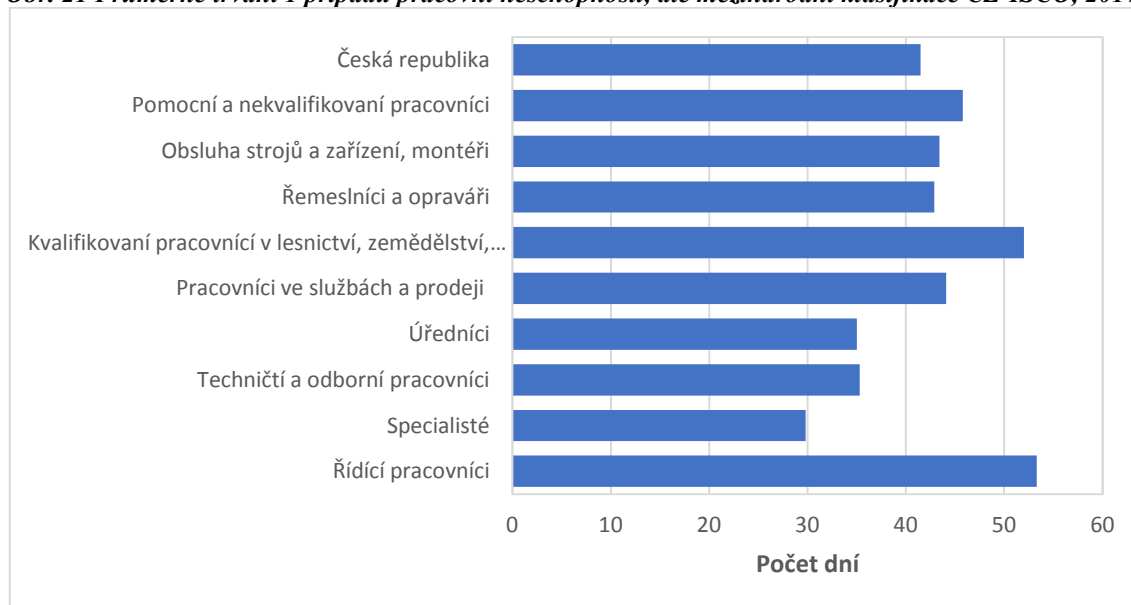
Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), MPSV 2020, vlastní zpracování

Z hlediska klasifikace CZ-ISCO evidujeme nejvíce ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných u kvalifikovaných pracovníků v lesnictví, zemědělství a rybářství. Následují je pomocní a nekvalifikovaní pracovníci. Naopak nejméně ukončených případů je jednoznačně u specialistů. V roce 2017 bylo na 100 zaměstnaných v lesnictví, zemědělství a rybářství přibližně 32 práce neschopných. V případě specialistů šlo pouze o 0,4 práce neschopných na 100 pojištěných v této klasifikaci.

U specialistů evidujeme 3 239 ukončených případů pracovní neschopnosti, oproti součtu všech ukončených případů v České republice, jde o rozdíl o 32 318 ukončených případů. Podíl specialistů na celkovém počtu ukončených případů pracovní neschopnosti v České republice je pouhé 1 %. V roce 2017 ukončilo svou pracovní neschopnost 66626 řemeslníků a opravářů, v porovnání s absolutním počtem ukončených případů pracovní neschopnosti v České republice je to téměř dvakrát tolik, než bylo v roce 2017. Z absolutního počtu ukončených případů v České republice bylo na nemocenské 22,3 % řemeslníků a opravářů (příloha 8). V případě manuálního zaměstnání je vyšší pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti vzhledem k rizikovějším prostředím a náplně práce, které neumožňuje výkon činnosti v době i mírné

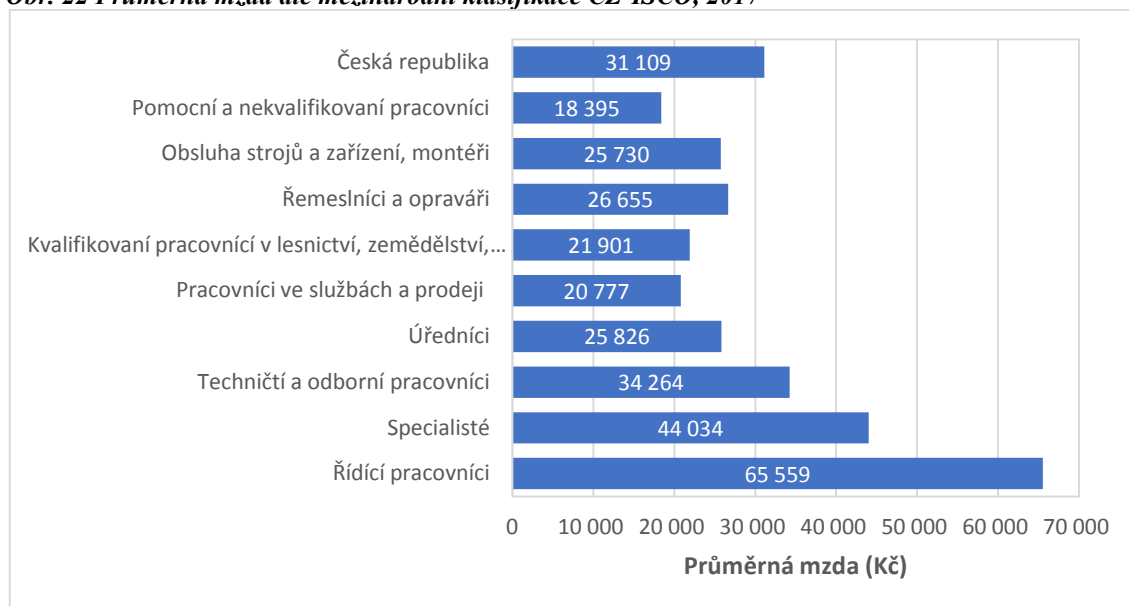
nemoci. Vliv může mít také nižší plat na těchto pracovních místech, díky čemuž není zas tak velký rozdíl mezi výší dávky v případě nemoci a výší standardní mzdy (Krutská, 2014).

Obr. 21 Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti, dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017



Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Ukazatel průměrné délky trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti poukazuje na nejdelší průměrnou délku trvání u řídicích pracovníků a kvalifikovaných pracovníků v lesnictví, zemědělství, rybářství. Nejkratší dobu trvají pracovní neschopnosti specialistů, kteří zůstávají na neschopence 28,9 dní, což je o 11,7 dní méně, než byl v roce 2017 celorepublikový průměr. Specialisté mají tedy nejen nejmenší počet ukončených případů, ale také nejkratší dobu trvání. Naopak řídicí pracovníci, ačkoli mají druhý nejmenší počet ukončených případů, jsou v pracovní neschopnosti, jak již bylo řečeno, nejdéle, jejich neschopnost trvá v průměru 53,3 dní, což je o 1,3 dní více než u kvalifikovaných pracovníků v lesnictví, zemědělství a rybářství a o 11,8 dní více než je celorepublikový průměr. Do kategorie těch, kteří strávili na nemocenské méně, než 40 dní se zařazují úředníci a techničtí a odborní pracovníci. U ostatních kvalifikací trávili zaměstnanci na nemocenské více než 40 dní. Padesáti denní průměrnou délku trvání překročili nejen řídicí pracovníci, ale také kvalifikovaní pracovníci v lesnictví, zemědělství, rybářství.

Obr. 22 Průměrná mzda dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, 2017

Zdroj: ČSÚ (Struktura mezd zaměstnanců 2017), vlastní zpracování

Pro zajímavost jsem do své práce zařadila i průměrnou mzdu dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO. Díky informaci o výši průměrného platu můžeme pozorovat, jak a zda vůbec ovlivňuje platové rozlišení pracovní neschopnost. Data jsou převzata z Českého statistického úřadu. Na první pohled můžeme konstatovat, že výška platu souvisí s pracovní neschopností. Nejvyššího průměrného platového ohodnocení dosahují řídící pracovníci a specialisté, a právě oni jsou ti, kteří jsou na nemocenské nejméně, a naopak nekvalifikovaní a pomocní pracovníci, jež mají platové podmínky nejhorší, jsou téměř na vrcholu pomyslného žebříčku, co se týče počtu ukončených případů pracovní neschopnosti v roce 2017.

Při porovnání průměrné délky trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti figuruje mnoho aspektů, jako je nevyhovující náhrada nemocenského u pracovníků působících ve vyšší platové sféře, nebo naopak pracovní podmínky zaměstnanců, například zaměstnanci s vyšším platovým ohodnocením pracují většinou v kancelářích, kde je možnost pracovat se zdravotní indispozicí. Vyjma řídících pracovníků evidujeme spíše snižování průměrné délky trvání jednoho ukončeného případu pracovní neschopnosti. Řídící pracovníci, kteří jsou na nemocenské nejdelší dobu, mají i nejvyšší plat, můžeme tedy předpokládat, že chodí na nemocenskou se závažnějšími zdravotními problémy, jejichž léčba vyžaduje delší dobu. V případě nemoci, jež vyžaduje kratší dobu léčení, si spíše vybírají dovolenou, či využívají náhradní volno, což může být důvodem toho, proč jsou na nemocenské nejkratší dobu ze všech klasifikací. Specialisté tráví v pracovní neschopnosti nejkratší dobu a disponují průměrným příjmem 44 tisíc. U řídících pracovníků může být ukazatel také ovlivněn věkovou strukturou (v průměru jsou starší) (ČSÚ, 2016b).

Nejnižší průměrný plat evidujeme u pomocných a nekvalifikovaných pracovníků, ti tráví na nemocenské třetí nejdelší průměrnou délku trvání. Kvalifikovaní pracovníci v lesnictví, zemědělství, rybářství, kteří mají druhý nejnižší průměrný plat, tráví na nemocenské druhou nejdelší průměrnou dobu. K tomuto tématu se vyjadřuje ve své knize Janečková, která podotýká, že skupiny, které mají nižší sociální status a zároveň nižší příjmy a vzdělání, častěji

navštěvují praktické lékaře, jenž je méně často posílají na odborná vyšetření, předepisují jim v menší míře léky a celkově se jim věnují kratší dobu. Skupiny s vyšším postavením vyhledávají přímo specialisty a intenzivně se zajímají o prevenci. Podotýká také větší zastoupení příslušníků nižších sociálních vrstev v počtu přijetí a délce pobytu v lůžkové péči, podstupují častěji operace, jelikož trpí závažnějšími zdravotními problémy (Janečková, 2002).

Avšak míra korelace mezi průměrnou mzdou a průměrným trváním 1 případu pracovní neschopnosti je dle Pearsonova korelačního koeficientu velmi slabá, konkrétně 0,1, nelze tedy stanovit žádný konkrétní vztah.

Kapitola 5

5 Výběrové šetření pracovních sil

Následující analýza je provedena na základě výsledků Výběrového šetření pracovních sil 2017, v rámci tohoto šetření jsou uvažovány demografické a socioekonomické otázky související s pracovní neschopností. Výběrové šetření, jak již bylo napsáno v kapitole zabývající se zdroji dat a metodologií, je prováděno nepřetržitě na celém našem území České republiky od roku 1992 Českým statistickým úřadem. Cílem šetření je zejména získávání pravidelných informací o situaci na trhu práce, které slouží pro následnou analýzu z různých pohledů, hlavně tedy ekonomických, sociálních a demografických. Data šetření napomáhají v kvalitě informací o charakteru zaměstnanosti a nezaměstnanosti obyvatelstva i dalších souvisejících jevech. Z důvodu srovnatelnosti dat s dalšími státy je dodržována shodná mezinárodní metodika, která se neustále zdokonaluje, tudíž i v samotném dotazníku dochází k neustálým změnám. Pro šetření VŠPS na našem území je klíčové doporučení Eurostatu. (ČSÚ, 2015)

K plné harmonizaci se standardem Eurostatu dotazníku VŠPS došlo v roce 2002, v tentýž rok začal být používán celoplošný elektronický dotazník CAPI.⁴ Tento dotazník je národní variací celoevropského šetření Labour Force Survey (LFS). Ve výběrovém šetření pracovních sil jsou zcela respektovány definice i obsahová náplň jednotlivých ukazatelů LFS, dle požadavků Eurostatu. Obsah a organizaci tohoto šetření LFS musí dodržovat při šetření všechny členské státy EU. Díky čemuž můžeme údaje získané z tohoto šetření porovnávat s informacemi, které o problematice trhu práce poskytují Eurostatu ostatní členské země EU. Na použitou metodiku má jen malý vliv legislativa a ekonomické podmínky dané země, tudíž můžeme výsledky považovat za objektivní nástroj pro porovnání úrovně trhu práce mezi všemi státy, které tuto metodu využívají (ČSÚ, 2018d).

⁴ CAPI= Computer Assisted Personal Interviewing. Jde o techniku dotazování, kdy tazatel pokládá osobním kontaktu respondentovi otázky a odpovědi značí do elektronického dotazníku, zobrazeného na přenosném multimediálním zařízení, jako je tablet, notebook, chytrý telefon). (<https://www.survio.com/cs/slovník-pojmu>)

5.1 Předmět a metodika Výběrového šetření pracovních sil

Předmětem šetření jsou všechny osoby obvykle bydlící⁵ v domácnostech šetřených bytů, které setrvávají, nebo mají v úmyslu zůstat alespoň jeden rok na území České republiky. Každá samostatně hospodařící domácnost ve vybraném bytě je považována za samostatnou jednotku. U osob mladších 15 let se zjišťují pouze základní údaje týkající se vztahu k osobě v čele domácnosti, věku, pohlaví, národnosti a státní příslušnosti. Za osoby starší 15ti let se vyplňují další otázky popisující jejich uplatnění na trhu práce (podrobné informace o ekonomické aktivitě a vzdělání) (ČSÚ, 2018d). Jak je již z názvu patrné, jde pouze o výběrové šetření, jelikož by bylo jak finančně, tak i technicky obtížné zahrnout všechny domácnosti i jedince. Výběr je založen na dvoustupňovém výběru, pro který je klíčový sčítací obvod a byt. Velikost výběrového souboru je ovlivněna především počtem obyvatel okresu a kraje. Tentýž soubor bytů a tím i respondentů zůstává v souboru po dobu 5 po sobě jdoucích čtvrtletích, pak dochází k obměně. Každé čtvrtletí je obměněno 20 %. Při tomto způsobu rotace získáme konzistentní informace nejen za navazující období, ale i porovnání se stejným obdobím předchozího roku. Výběrové šetření pracovních sil v České republice je charakteristické svým kontinuálním průběhem, výsledky jsou vyhodnocovány za kalendářní čtvrtletí (13 týdnů) (ČSÚ, 2015).

V každém čtvrtletí v roce 2017 bylo do výběrového souboru zahrnuto průměrně více než 24 tisíc bytů na území celé České republiky. V nichž bylo dotazováno více než 46 tisíc respondentů ve věku 15 a více let. Výsledky šetření jsou publikovány tři měsíce po skončení čtvrtletí. Průměrné roční údaje jsou zveřejňovány nejpozději do šesti měsíců po ukončení hodnoceného kalendářního roku (ČSÚ, 2018d).

I přesto že je Výběrové šetření pracovních sil největším výběrovým šetřením v České republice, je nutné počítat s výběrovou chybou daného souboru, například velikostí výběru. Kvalitu získaných dat též ovlivňuje tzv. nevýběrová chyba, která může vzniknout administrativou, záměrným odmítnutím odpovědi, nebo i chybami při pořizování dotazníku (Bartoňová, Nývlt, 2009). Možný výskyt výběrové chyby je nevyhnutelnou součástí každého výběrového šetření, jelikož informace získáváme pouze od vzorku cílové populace, nikoliv od celé populace. Odhalení výběrové chyby lze odhadnout zcela přesně, jelikož je závislá na několika známých parametrech: ne velikosti vzorku, velikosti cílené populace a použité hladině významnosti (Kostecký, Čermák, 2003).

5.2 Ekonomická aktivita respondentů

Respondenti starší 15 let jsou rozděleni dle ekonomické aktivity na ekonomicky aktivní obyvatelstvo, tedy osoby zaměstnané a nezaměstnané, a obyvatelstvo ekonomicky neaktivní. Za zaměstnané jsou považovány všichni nad 15 let, kteří pracovali v referenčním týdnu, alespoň

⁵ Místo obvyklého pohybu osoby je místo, kde daná osoba obvykle tráví většinu svého každodenního odpočinku bez ohledu na dočasnou nepřítomnost, například z důvodu rekreace, návštěv, pracovních cest, pobytu ve zdravotnickém zařízení atd. a kde je členem konkrétní domácnosti. (ČSÚ, 2015)

jednu hodinu. Patří sem i uční dostávající mzdu, plat nebo jinou odměnu. Stejně tak se za zaměstnané považují osoby připravující se ve školách na své budoucí zaměstnání, osoby v domácnosti a další osoby zabývající se hlavně mimoekonomickými aktivitami, které však v referenčním týdnu byly navíc v zaměstnání. Do skupiny zaměstnaných nejsou zahrnovány osoby na rodičovské dovolené. Za nezaměstnané jsou považovány všechny osoby starší 15 let, které ve sledovaném období nebyly zaměstnané, hledaly aktivně práci a byly během referenčního týdne připraveny k nástupu do práce okamžitě, nebo maximálně do 14 dnů (ČSÚ, 2018d).

Za ekonomicky neaktivní považujeme všechny respondenty, kteří nebyli zaměstnání během referenčního období a ani v současnosti nejsou ekonomicky aktivní, jsou to například děti předškolního věku, osoby navštěvující různé vzdělávací instituce, starobní důchodci, dlouhodobě nemocné nebo invalidní osoby. Je pro ně charakteristické, že nesplňují tři základní podmínky nezaměstnanosti zmíněné výše, tedy nebyly zaměstnané, hledaly aktivně práci, byly připraveny k nástupu do práce (ČSÚ, 2018d).

5.3 Vstupní data Výběrového šetření pracovních sil

Pracovní neschopnost byla analyzována u zaměstnaných respondentů, kteří si v rámci dotazníku zvolili na otázku „*Má zaměstnání, ve kterém v referenčním týdnu nebyl/a přítomen/mna?*“ zvolili odpověď *ano* a v otázce následující „*Co bylo důvodem jeho/její nepřítomnosti?*“ odpověď d) *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz*. Pro lepší představu si nastíníme podobu samotného dotazníku, který je rozdělen do několika částí, hned v úvodu jsou technické⁶ otázky, další část dotazníku je orientována na demografické otázky a v poslední části jsou podrobnější otázky pro osoby 15leté a starší. Pro tuto část práce jsou klíčové otázky na pohlaví, rodinný stav, kategorie zaměstnání a vzdělání. A již zmíněná otázka na důvod nepřítomnosti v práci, která je položena následovně:

Má zaměstnání, ve kterém v referenčním týdnu nebyl/a přítomen/mna?

- *Ano* (včetně mateřské, rodičovské dovolené)
- *Ne*

Co bylo důvodem jeho/její nepřítomnosti?

- *Mateřská dovolená*
- *Rodičovská dovolená (týká se zaměstnanců)*
- *Dovolená*
- *Náhradní volno*
- *Pracovní neschopnost*
- *Nepříznivé klimatické podmínky*
- *Nedostatek práce*
- *Pracovní spor (stávka)*
- *Studijní volno/školení*

⁶ Jde o soubor základních identifikací o bytu, domácnostech ve vybraných bytech a základních časových údajích (VŠPS, 2016)

- Povolání na vojenské cvičení
- Ostatní důvody (osobní, rodinné apod.)

Existuje mnoho faktorů, které mají na zdraví jedince vliv. V rámci výzkumu VŠPS byly vybrány pro analýzu pracovní neschopnosti následující faktory: pohlaví, věk, rodinný stav a nejvyšší dokončené vzdělání a klasifikace zaměstnání. Proměnná pohlaví je kvalitativní a binární, tedy nabývá pouze dvou variant (muž/žena). Na základě proměnné věk byli vyřazeni respondenti mladší 15 let a ponechány pouze pracující osoby, jelikož osobám pod 15 let byly pokládány pouze úvodní demografické otázky (pohlaví, datum a země narození, rodinný stav, státní příslušnost). Věk byl dále rozdělen do pětiletých věkových skupin 15–19 let, 20–24 let, 25–29 let, 30–34 let, 35–39 let, 40–44 let, 45–49 let, 50–54 let 60–64 let, 65+. Rodinný stav byl rozdělen do skupin svobodný/á, ženatý/vdaná, ovdovělý/á, rozvedený/á. Proměnná nejvyšší dokončené vzdělání sledovala, zda má respondent/ka základní, nebo žádné vzdělání, střední bez maturity, střední s maturitou, vysokoškolské vzdělání (vyšší odborná škola, nebo vysoká škola). Proměnná klasifikace zaměstnání byla rozdělena do 10 kategorií CZ-ISCO na zákonodárci a řídící pracovníci, specialisté, techničtí a odborní pracovníci, úředníci, pracovníci ve službách a prodeji, kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství, řemeslníci a opraváři, obsluha strojů a zařízení, montéři, pomocní a nekvalifikovaní pracovníci, zaměstnanci v ozbrojených silách.

5.4 Analýza proměnných souvisejících s pracovní neschopností

V následující části práce analyzujeme vliv demografických a socioekonomických proměnných (pohlaví, věk, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání) na pracovní neschopnost. Zaměříme se také na proměnnou „klasifikace zaměstnání“ (CZ-ISCO). V roce 2007 vydal svůj spis Osterkamp, kde zmiňuje problematiku žen a starších osob v zaměstnání, jelikož zde píše: „zdá se, že zaměstnanost žen a starších osob přispívá k vyšší absenci v zaměstnání“ (Osterkamp, 2007). Studie vydaná z roku 2003, podotýká totéž, ženy v Evropě jsou náchylnější k absenci v práci, než muži. Což platí zároveň pro lidi starší. Konkrétně Švédsko je tomu příkladem, je zde vysoká míra zaměstnanosti osob ve věku 60–64, zejména žen a zároveň je zde vysoká míra pracovní neschopnosti. (Bergendorf, 2003)

Tab. 2 Počet, podíl a index podílu osob (v %), které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle pohlaví, 2017

	Muži	Ženy	Celkem	Muži/Ženy
Celkem	50 246	42 090	92 336	
Nemoc nebo úraz	876	1 178	2 054	
Podíl z celku %	1,74	2,80	2,22	83,77
Podíl (Nemoc nebo úraz) %	42,65	57,35	100,00	74,36

Pozn.: jako celek uvažujeme osoby pracující ve věku 15+, které dělíme do skupin dle pohlaví.

Podíl z celku je vypočítán, jako poměr mezi zaměstnanci dle pohlaví, u kterých byla zaevidována pracovní neschopnost a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví.

Podíl (nemoc nebo úraz) jsou relativní četnosti vyjadřující zastoupení mužů a žen v %.

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Z celkového počtu respondentů dle pohlaví jde o 1,74 % nemocných zaměstnaných mužů a 2,80 % nemocných žen. Z dotazovaných, kteří nebyli v referenčním týdnu na pracovišti

z důvodu nemoci, nebo úrazu, bylo 42,65 % mužů a 57,35 % žen. Index podílu činí 74,36 %. Rozložení pracovní neschopnosti na základě pohlaví tedy odpovídá i doposud zjištěným výsledkům z celostátních statistik. Možné vysvětlení, proč jsou ženy častěji na nemocenské, poskytuje článek od Niny Eriksen z roku 2019, kde se zmiňuje o různém zdravotním chování u mužů a žen. I přestože podotýká, že neexistují jasná fakta, proč jsou ženy z důvodu nemoci častěji nepřítomné na pracovišti než muži, je rozdíl mezi pohlavími v absenci nemocnosti podobný, jako je rozdíl v pohlaví v jiných typech zdravotního chování a péče. Ženy se více zajímají o své zdraví a častěji navštěvují lékaře (Eriksen, 2019).

Tab. 3 Počet a podíl (%) osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle věku, 2017

Věkové kategorie	Celkem	Nemoc nebo úraz	Podíl z celku %	Podíl (Nemoc nebo úraz) %
15–19	332	3	0,90	0,15
20–24	4 379	96	2,19	4,67
25–29	8 031	148	1,84	7,21
30–34	8 747	141	1,61	6,86
35–39	11 326	192	1,70	9,35
40–44	14 607	265	1,81	12,90
45–49	12 804	242	1,89	11,78
50–54	12 844	331	2,58	16,11
55–59	11 218	403	3,59	19,62
60–64	6 122	198	3,23	9,64
65+	1 926	35	1,82	1,70
Celkem	92 336	2 054	2,22	100,00

Pozn.: jako celek uvažujeme osoby pracující ve věku 15+, které dělíme do věkových kategorií.

Podíl z celku je vypočítán, jako poměr mezi zaměstnanci dle věkových skupin, u kterých byla zaevidována pracovní neschopnost a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci dané věkové kategorie.

Podíl (nemoc nebo úraz) vyjadřuje relativní četnosti podle věku osob v pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Na základě dat, rozdělených do věkových kategorií dojdeme k závěru, že s rostoucím věkem roste i podíl pracovně neschopných pro nemoc a úraz. Počínaje nejnižší uvažovanou věkovou kategorií 15–19let, dochází ke zvyšování podílu nemocných z celkového počtu pracovně neschopných. Děje se tak až do věkové skupiny 55–59 let (19,62 %). Poté dochází k výraznému poklesu, hlavní příčinou tohoto poklesu je odchod zaměstnaných osob do starobního důchodu.

Tab. 4 Počet a podíl (%) osob, které uvedly, že jejichž nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle rodinného stavu, 2017

	Svobodný/á	Ženatý/vdaná	Ovdovělý/á	Rozvedený/á	Celkem
Celkem	25 002	53 495	1 662	12 177	92 336
Nemoc nebo úraz	493	1 117	65	379	2 054
Podíl z celku %	1,97	2,09	3,91	3,11	2,22
Podíl (Nemoc nebo úraz) %	24,00	54,38	3,16	18,45	100,00

Pozn.: jako celek uvažujeme osoby pracující ve věku 15+, které dělíme na základě rodinného stavu.

Podíl z celku je vypočítán, jako poměr mezi zaměstnanci dle rodinného stavu, u kterých byla zaevidována pracovní neschopnost a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného rodinného stavu.

Podíl (nemoc nebo úraz) vyjadřuje relativní četnosti podle rodinného stavu osob v pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

I přestože ÚZIS neposkytuje informace o výskytu pracovní neschopnosti dle rodinného stavu, dala by se předpokládat vyšší pracovní neschopnost u ovdovělých a rozvedených, což potvrzuje i tabulka č. 4 a též studie z Nizozemska roku 2007, která ukazuje, že v roce před rozvodem vzrůstá absence zaměstnanců. Nejvyšší je v roce po rozvodu a v průběhu času po rozvodu dochází k mírnému poklesu (Besseling, 2008). Čemuž i odpovídá podíl z celkového počtu dotazovaných, kde bylo v referenčním týdnu 3,91 % respondentů ovdovělých a 3,11 % rozvedených nepřítomno v zaměstnání z důvodu nemoci, nebo úrazu. Zatímco svobodných bylo 1,97 % a ženatých/ vdaných 2,09 % nepřítomných v referenčním týdnu. Nízký podíl svobodných mohla ovlivnit i skladba této skupiny, jelikož velkou váhu v této skupině měly osoby mladší, jejichž nemocnost byla prokazatelně průměrně nižší. (Krutská, 2014)

Tab. 5 Počet a podíl (%) osob, které uvedly, že jejich nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle dosaženého vzdělání, 2017

	ZŠ a bez vzdělání	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VŠ	Celkem
Celkem	3 822	32 409	33 730	20 302	90 263
Nemoc nebo úraz	169	977	650	258	2054
Podíl z celku %	4,42	3,01	1,93	1,27	2,28
Podíl (Nemoc nebo úraz) %	8,23	47,57	31,65	12,56	100

Pozn.: jako celek uvažujeme osoby pracující ve věku 15+, které dělíme na základě dosaženého vzdělání.

Podíl z celku je vypočítán, jako poměr mezi zaměstnanci dle dosaženého vzdělání, u kterých byla zaevidována pracovní neschopnost a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci vzdělanostní kategorie.

Podíl (nemoc nebo úraz) vyjadřuje relativní četnosti podle dosaženého vzdělání osob v pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

ZŠ=základní vzdělání, SŠ=střední odborné vzdělání, VŠ=vysokoškolské vzdělání

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Stejně tak jako u předchozí proměnné, tedy rodinného stavu, neposkytuje ÚZIS informace o pracovní neschopnosti na základě dosaženého vzdělání. Můžeme se tedy pouze domnívat, že vyšší pracovní neschopnost bude u osob s nižším vzděláním. Tabulka č. 5 tuto domněnku potvrzuje, jelikož podíl respondentů z celkového počtu dotazovaných činí 4,42 % u těch, kteří mají základní vzdělání, nebo žádné vzdělání. U respondentů, kteří absolvovali školu střední, bez maturity kleslo toto procento na 3,01 %. V případě středoškolačky s maturitou došlo k dalšímu poklesu, o více jak 1 %, na 1,93 % a nejnižší procento 1,27 % nepřítomných na pracovišti v referenčním týdnu evidujeme u osob se vzděláním vysokoškolským. Důležitost vzdělání v souvislosti se zdravotním stavem zmiňují i Piha spol., jelikož vzdělání dává lidem větší rozhled a znalosti o zdravotních faktorech, včetně zdravotního chování a pomáhá jim činit zdravější rozhodnutí v každodenním životě a vede je ke zdravějšímu životnímu stylu. (Piha a spol., 2009)

Tab. 6 Počet a podíl (%) osob, které uvedly, že jejich nepřítomnost v zaměstnání v referenčním týdnu zapříčinila nemoc, nebo úraz, dle CZ-ISCO, 2017

CZ-ISCO	Celkem	Nemoc nebo úraz	Podíl z celku %	Podíl (Nemoc nebo úraz) %
0	276	0	0	0
1	4 360	44	1,01	2,14
2	13 033	161	1,24	7,84
3	16 057	258	1,61	12,56
4	8 943	164	1,83	7,98

CZ-ISCO	Celkem	Nemoc nebo úraz	Podíl z celku %	Podíl (Nemoc nebo úraz) %
5	14 039	340	2,42	16,55
6	1 357	48	3,54	2,34
7	15 782	386	2,45	18,79
8	13 527	465	3,44	22,64
9	4 953	188	3,80	9,15
Celkem	92 336	2054	2,22	100

Pozn. Jako celek uvažujeme osoby pracující ve věku 15+, které dělíme na základě klasifikace zaměstnání. Podíl z celku je vypočítán, jako poměr mezi zaměstnanci dle CZ-ISCO, u kterých byla zaevidována pracovní neschopnost a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci jednotlivých klasifikací CZ-ISCO. Podíl (nemoc nebo úraz) vyjadřuje relativní četnosti podle příčin nemocí CZ-ISCO v pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz.

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Důležitým faktorem pro analýzu pracovní neschopnosti je též pracovní neschopnost dle klasifikace CZ-ISCO. Pro lepší srovnatelní dat s ÚZISEM jsou kategorie zaměstnání seskupena do 10 hlavních tříd:

- 1 Zákonnodárci a řídící pracovníci
- 2 Specialisté
- 3 Techničtí a odborní pracovníci
- 4 Úředníci
- 5 Pracovníci ve službách a prodeji
- 6 Kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství
- 7 Řemeslníci a opraváři
- 8 Obsluha strojů a zařízení, montéři
- 9 Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci
- 0 Zaměstnanci v ozbrojených silách

Na základě kapitoly pracovní neschopnost dle klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO) a dostupné literatury, lze předpokládat vyšší pracovní absenci u pracovníků manuálních. U zaměstnanců v některých třídách klasifikace zaměstnanosti je absence z důvodu nemoci, nebo úrazu pravděpodobnější. Lidé pracující zejména manuálně (úklid, nekvalifikovaní pracovníci, řemeslníci...) mají výrazně vyšší riziko nemocenské absence, než průměrný zaměstnanec (učitelé, pracovníci ve službách a prodeji, úředníci...), zatímco manažeři, odborníci, řídící pracovníci mají výrazně nižší riziko absence z důvodu nemoci (Ballebye, 2007). Hlavní třídy klasifikace CZ-ISCO jsou postupně seřazeny dle úrovně a specializace znalostí a dovedností. U zaměstnanců spadajících do kategorie č. 1 se předpokládají znalosti a dovednosti odpovídající bakalářskému, vysokoškolskému vzdělání, nebo vědecké kvalifikaci. Zatímco do kategorie č. 9 jsou zahrnuty zaměstnání pomocného charakteru, na která nejsou kladeny požadavky na dovednosti a znalosti (ESFCR, 2011).

Podíl nepřítomných v zaměstnání z důvodu nemoci/ úrazu rostl přímo úměrně s rostoucím číselným označením hlavních tříd na základě CZ-ISCO, výjimkou byla pouze 7 třída (řemeslníci a opraváři), kde podíl klesl. Což je dáno do značné míry seřazením kategorií dle znalostí a dovedností od nejvyššího dosaženého vzdělání k nejnižšímu. Lze tedy konstatovat, že stejně jako klesal podíl nemocných zaměstnanců v souvislosti se zvyšující se úrovní vzdělání, tak i rostl podíl nemocných zaměstnanců v referenčním týdnu se zvyšujícím se číslem

označených tříd. Z 276 dotazovaných zaměstnanců v ozbrojených službách neodpověděl nikdo, že nebyl v referenčním týdnu v zaměstnání, i přestože šlo o málopočetnou skupinu, jde o zaměstnance, kteří jsou v souvislosti s náplní práce a požadavky přijetí do služby bezpochyby „zdravější“ skupinou (Krutská, 2014). Další nejnižší pracovní neschopností (1,01 %) byla evidována u 1. třídy (Zákonodárci a řídící pracovníci) a naopak nejvyšší pracovní neschopnost u třídy deváté kam patří pomocníci a nekvalifikovaní pracovníci (3,80 %).

5.5 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti: vícerozměrná analýza

V následující podkapitole byla analyzována pracovní neschopnost pomocí metody binární logistické regrese ve statistickém softwaru IBM SPSS Statistic 20, pomocí něhož byla provedena analýza dat Výběrového šetření pracovních sil 2017, provedeného Statistickým úřadem.

Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti, nabývající dvou hodnot ano/ne. Do logistické regrese jsou zahrnuti všichni ekonomicky aktivní respondenti rozdělení do dvou kategorií, zda byli na pracovišti, nebo nebyli přítomni v referenčním týdnu na pracovišti z důvodu nemoci či úrazu (92 336 respondentů). Nezávisle proměnné jsou rozděleny do následujících kategorií. Jde o proměnné věk (15–19 let, 20–24 let, 25–29 let, 30–34 let, 35–39 let, 40–44 let, 45–49 let, 50–54 let, 60–64 let, 65+), rodinný stav (svobodný/á, ženatý/vdaná, ovdovělý/á, rozvedený/á), nejvyšší dokončené vzdělání (základní, nebo žádné vzdělání, střední bez maturity, střední s maturitou, *vysokoškolské vzdělání*) a klasifikaci zaměstnání dle CZ-ISCO (zákonodárci a řídící pracovníci, specialisté, techničtí a odborní pracovníci, úředníci, pracovníci ve službách a prodeji, kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství, řemeslníci a opraváři, obsluha strojů a zařízení, montéři, *pomocní a nekvalifikovaní pracovníci*, zaměstnanci v ozbrojených silách).

Hodnoty signifikance u všech hlavních kategorií vyšly pod hodnotu 0,05, tudíž lze výsledky zobecnit na celou populaci České republiky. U některých dílčích kategorií vyšla hodnota nad 0,05, tento výsledek mohl být ovlivněn nízkým počtem vstupních hodnot, což je nutné zohlednit při interpretaci.

Tab. 7 – Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, 2017

Vysvětlující proměnná	B	S.E	Wald	DF	Sig.	OR	OR na -1
<i>Vzdělání</i>			27,853	3	,000		
Základní nebo bez vzdělání vs Vysokoškolské	,566	,125	20,378	1	,000	1,762	0,568
Střední bez maturity vs Vysokoškolské	,341	,100	11,652	1	,001	1,407	0,711
Střední s maturitou vs Vysokoškolské	,130	,090	2,094	1	,148	1,139	0,878
<i>Klasifikace zaměstnání</i>			122,992	9	,000		
Zaměstnanci v ozbrojených silách vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-17,152	2402,962	,000	1	,994	,000	
Zákonodárci a řídící pracovníci vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-,791	,180	19,215	1	,000	,454	2,205
Specialisté vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-,688	,135	25,867	1	,000	,503	1,990
Techničtí a odborní pracovníci vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-,452	,109	17,248	1	,000	,636	1,572
Úředníci vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-,570	,117	23,845	1	,000	,566	1,768
Pracovníci ve službách a prodeji vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	-,330	,095	11,971	1	,001	,719	1,390
Kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	,236	,167	1,998	1	,158	1,267	0,790
Řemeslníci a opraváři vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	,029	,097	,092	1	,762	1,030	0,971
Obsluha strojů a zařízení, montéři vs Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	,232	,091	6,425	1	,011	1,261	0,793
<i>Věk</i>			142,320	10	,000		
45-49 let vs 40-44 let	-1,028	,476	4,656	1	,031	,358	-1,028
50-54 let vs 40-44 let	-,059	,183	,105	1	,745	,942	-,059
55-59 let vs 40-44 let	-,044	,170	,068	1	,794	,957	-,044
60-64 let vs 40-44 let	-,157	,166	,892	1	,345	,855	-,157
65+ let 40-44 let	-,089	,157	,322	1	,570	,915	-,089
15-19 let vs 40-44 let	-,056	,151	,139	1	,710	,945	-,056
20-24 let vs 40-44 let	-,037	,152	,059	1	,808	,964	-,037

Vysvětlující proměnná	B	S.E	Wald	DF	Sig.	OR	OR na -1
25-29 let vs 40-44 let	,281	,148	3,607	1	,058	1,324	,281
30-34 let vs 40-44 let	,588	,146	16,221	1	,000	1,800	,588
35-39 let vs 40-44 let	,538	,153	12,334	1	,000	1,712	,538
<i>Rodinný stav</i>			22,094	3	,000		
Svobodný/á vs Rozvedený/á	-,080	,085	,873	1	,350	,923	1,083
Ženatý/vdaná vs Rozvedený/á	-,259	,061	18,023	1	,000	,772	1,296
Ovdovělý/á vs Rozvedený/á	-,058	,139	,173	1	,678	,944	1,060
Muži vs Ženy	-,682	,052	168,998	1	,000	,506	
Konstatnta	-3,885	,308	158,600	1	,000	,021	

Poznámka: Jako závisle proměnnou uvažujeme výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Pro lepší čitelnost v interpretaci byla dopočtena hodnota OR^{-1} ($1:0,517=1,9\dots$)

Zdroj: VŠPS 2017, zpracováno v programu SPSS

K predikci logistické regrese nejvíce přispívají věkové skupiny (142,320), klasifikace zaměstnání CZ-ISCO (122,992) a vzdělanost (27,853) a nejméně rodinný stav (22,094), je zde důležité mít na vědomí, že též závisí na počtu kategorií.

Z hlediska vzdělání potvrdila logistická regrese již v popisné statistice zjištěné trendy (tab. 7). I zde je patrné, že se zvyšujícím se vzděláním, klesá pracovní neschopnost. U respondentů se základním, nebo žádným vzděláním je 1,8krát větší šance, že budou pracovně neschopní v porovnání s vysokoškoláky. Dokončí-li osoba středoškolské vzdělání bez maturity, je šance 1,4krát větší, že budou v pracovní neschopnosti ve srovnání s těmi, kteří mají vysokoškolský diplom. U středoškoláků s maturitou šance opět mírně klesá na 1,4krát větší šanci pracovní neschopnosti oproti vysokoškolákům. Dle hodnot signifikace lze zobecnit výsledek na celou populaci.

Se vzděláním souvisí i klasifikace zaměstnání CZ-ISCO, jelikož vzdělání pracovníka hraje v jednotlivých úrovních klasifikací roli (ESFCR, 2011). Referenční kategorií pro klasifikaci zaměstnání se stali pomocní a nekvalifikovaní pracovníci, kteří mají nejvyšší pracovní neschopnost dle výsledků VŠPS. Pro zaměstnance v ozbrojených silách nelze udělat závěr, jelikož nikdo z 276 osob, kteří spadají do této klasifikace, neodpověděl, že nebyl v referenčním týdnu v zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu. (tab. 6) Též vysoká hodnota signifikace potvrzuje nemožnost zobecnění na celou populaci. Zákonodárci a řídící pracovníci mají oproti pomocným a neklasifikovaným pracovníkům 12krát nižší šanci, že důvodem pracovní neschopnosti bude nemoc nebo úraz. Nižší šanci pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu mají dále úředníci (8krát), Specialisté (9krát), Pracovníci ve službách a v prodeji (4krát) a Techničtí a odborní pracovníci (6krát). Naopak vyšší šanci mají zaměstnanci obsluhující stroje a zařízení (8krát), Kvalifikovaní pracovníci v zemědělství (8krát). Největším rizikem pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu disponují Řemeslníci a opraváři (7. hlavní třída dle CZ-ISCO) u kterých je šance 10krát vyšší než u pomocných a nekvalifikovaných pracovníků. Porovnáme-li tyto výsledky s daty ÚZIS (obr. 21) jsou patrné obdobné tendence, tedy všeobecně nižší pracovní neschopnost z důvodu nemoci u pracovníků duševně pracujících a vyšší u pracovníků manuálně pracujících, u kterých je riziko vzniku úrazu

či nemoci vyšší. Do jisté míry zde hraje roli zřejmě i vzdělání potřebné pro výkon dané profese a větší možnost u duševně pracujících zůstat na pracovišti při mírném zhoršení zdravotního stavu. (Krutská, 2014)

Referenční skupinou pro věkové kategorie se stali respondenti ve věkové skupině 40–44 let, kteří mají jednu z nejnižších hodnot pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu. Nižší šanci absence mají dle logistické regrese věkové skupiny 25–29 let, 30–34 let a 35–39 let) a téměř stejnou šanci evidujeme u věkových skupin 15–19 let a 20–24 let. Porovnáme-li data ÚZIS (Počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob) s výsledky regresní analýzy VŠPS, je patrná shoda ve věkových skupinách, které mají nejvyšší šanci na pracovní neschopnost z důvodu nemoci nebo úrazu. Též je patrný trend poklesu PN až do věkové kategorie 40–44 let a poté nárůst případů pracovní neschopnosti s přibývajícím věkem až do věkové kategorie 55–59 let (obr. 13).

Z hlediska rodinného stavu se pracovní neschopnost, kterou zapříčinila nemoc nebo úraz, objevila 1krát častěji u svobodných osob, ve srovnání s osobami rozvedenými. Osoby, které uzavřely sňatek, absentovali 3krát častěji než rozvedení. Respondenti, kteří ovdověli, měli podobnou intenzitu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu jako osoby rozvedené.

Kapitola 6

6 Pracovní neschopnost ve vybraných státech Evropské unie

Cílem této kapitoly je nastínění pracovní neschopnosti v ostatních státech Evropy a zároveň srovnání pracovní neschopnosti v České republice a situací v zahraničí. Kapitola věnuje se mezinárodnímu srovnání se opírá zejména o data WHO, OECD, průzkum EWSC, výběrové šetření EHIS a ESSPROS. Světová zdravotnická organizace (WHO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) poskytují data o počtu dní strávených na nemocenské na zaměstnance za rok. Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany, ve zkratce ESSPROS, shromažďuje data o výdajích na sociální ochranu v jednotlivých státech Evropské unie. Otázka na nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů byla také součástí Evropského průzkumu pracovních sil (EWSC). Podobná otázka byla položena i respondentům výběrového šetření o zdraví (EHIS), jejíž formulace byla následující „Byli jste v uplynulých 12 měsících v práci nepřítomni z důvodů nemoci?“.

Hlavní problém pro srovnávání pracovní neschopnosti v Evropské unii bývá v nedostatku relevantních, spolehlivých a plně srovnatelných údajů. Data z oficiálních statistik jsou také pomalu aktualizovaná, za některé země jsou data dostupná i s odstupem několika let a některé země data do těchto oficiálních statistik ani neposkytují. V této kapitole je též důležité mít na vědomí odlišnosti v sociálním zabezpečení a historický kontext těchto pojetí jednotlivých zemí EU. Všeobecně nelze definovat sociální systém platící pro celou Evropskou unii. Severské země se vyznačují vysokou odpovědností státu vůči občanům, ve Velké Británii je naopak preferována osobní zodpovědnost (Euroskop, 2019). Evropská unie má pouze omezené kompetence, co se sociální politiky týká. Odpovědnost za sociální politiky a politiky zaměstnanosti jsou v rukou zejména členských států a jejich vládách. V praxi jde o to, že právě vláda, nikoli Evropská unie, rozhoduje o mzdové regulaci, včetně minimální mzdy, úloh kolektivního vyjednávání. Dále o důchodových systémech, věku odchodu do důchodu nebo dávkách o nezaměstnanosti. (Evropský parlament) Evropská sociální politika podporuje cíle, kterých chtějí dosáhnout. Koordinuje a monitoruje politiky členských států, podporuje členské státy ve sdílení postupů z oblasti sociálního začleňování, chudoby, důchodového zabezpečení, jež se v praxi osvědčily. Podporuje rozvoj dovedností, podnikání a odbornou přípravu, vytváří předpisy týkající se práv pracovníků, diskriminace na pracovišti a koordinuje systém sociálního zabezpečení a dohlíží na jejich provádění (Euroskop, 2019).

V České republice, i přestože sociální politika nepatří do výhradních pravomocí Evropské unie a členské státy nesou za její podobu hlavní odpovědnost, normy Evropské unie jejich kroky velmi ovlivňují. Členské státy mají jen relativně malý prostor k použití vlastní cesty vedoucí k dosažení požadovaného výsledku, jelikož přijímané směrnice, které jsou pro členské státy závazné ze své, jde-li o výsledek, jsou institucemi Evropské unie často připravovány velmi podobně a konkrétně. Tedy nenabízejí členským státům až takový prostor, aby využily vlastní cestu vedoucí k dosažení požadovaného výsledku. Co se sociální politiky týká, zasahuje EU do pravidel koordinace systémů sociálního zabezpečení, uplatňuje zásady rovného zacházení pro muže a ženy, dále koordinuje pracovní dobu a je proti diskriminaci na pracovišti (Euroskop, 2019).

Gimeno a spol. poukazují ve svém reportu o nemocenské v zemích Evropské unie na důležitost mezinárodního srovnání pracovní neschopnosti, jelikož toto srovnání napomáhá nejen při hodnocení hospodářského výkonu země, ale také umožňuje rozpoznat, které státní politiky v jednotlivých zemích fungují. Tato efektivní vládní opatření mohou být klíčová pro ostatní země s vysokou pracovní neschopností, které jej mohou aplikovat pro redukci pracovní neschopnosti i ve své zemi (Gimeno, 2004).

V případě, je-li osoba zaměstnaná, mají zaměstnanci nárok na nemocenskou a nemocenské dávky, což platí v celé Evropské unii. Zpráva Evropské komise z Bruselu z prosince 2016 poukazuje na velké rozdíly v čerpání nemocenských dávek. Důležitými faktory pro využívání nemocenských dávek jsou zejména věk, pohlaví, povolání a socioekonomický status. S tím, že ženy využívají nemocenské dávky častěji než muži. U starších pracujících osob je situace obdobná s tím, že ve většině případů jde o dlouhodobou nepřítomnost na pracovišti. Čím je náročnější zaměstnání a čím nižší je socioekonomický status, tím je více evidovaná nemocnost. Každá země má rozdílná kritéria k vyplácení nemocenských dávek a to zejména postavení v zaměstnání (mzdy, osoby samostatně výdělečně činné, nezaměstnané osoby...), době příspěvku na sociálním zabezpečení a zaměstnání. V některých zemích existují i kritéria týkající se klasifikace nemoci (European Commission, 2016).

Téměř ve všech státech EU mají dvojí vyplácení nemocenských dávek. Na počátku pracovní neschopnosti vyplácí náhradu mzdy určitou dobu zaměstnavatel, po uplynutí této doby vyplácí nemocenské dávky stát. Členské státy mohou být rozděleny dle délky vyplácení náhrady mzdy od zaměstnavatele na dvě skupiny. V první skupině, kam patří i Česká republika a Slovenská republika, vyplácí náhradu mzdy zaměstnanec maximálně dva týdny. V druhé skupině poskytuje zaměstnavatel náhradu mzdy mnohem delší dobu, než je tomu i skupiny první. Sem patří například Chorvatsko (42 týdnů), Velká Británie (až 28 týdnů), Polsko (33 dní). Výše náhrady mzdy v případě nemoci od zaměstnavatele se ve většině zemí počítá jako procento hrubé mzdy a pohybuje se od 25% (Slovensko) do 100% (Belgie, Finsko). Tato míra kompenzace závisí na různých faktorech, jako jsou trvání pracovní smlouvy, postavení pracovníka. Velká Británie se řadí na druhé místo v Evropské unii (hned za Nizozemskem), co se výše náhrady mzdy od zaměstnavatele týká, jelikož náhrada mzdy v roce 2016 činila 120 Euro týdně, což je oproti ostatním státům hodně. (MISSOC, 2016)

Uplyne-li doba, kdy vyplácí náhradu mzdy zaměstnavatel, začne vyplácet nemocenské dávky stát, v České republice Česká správa sociálního zabezpečení. Tyto dávky vyplácí

v Evropské unii všechny členské státy. Maximální zákonná doba peněžních nemocenských dávek při nemoci se velmi liší mezi jednotlivými zeměmi (od 22 týdnů po 9 měsíců v Dánsku, do 3 let v Portugalsku). Bulharsko a Slovinsko jsou jedinými zeměmi, kde se nemocenské dávky poskytují neomezenou dobu. Stejně tak jako u náhrady mzdy, jsou různé faktory, na kterých závisí doba vyplácení nemocenských dávek. V Řecku a Irsku záleží na době placení sociálních příspěvků, v jiných členských zemích rozhoduje také typ nemoci (neomezené trvání v případě tuberkulózy v Irsku a Portugalsku), nebo četnost stejné nemoci v Německu. Například v Chorvatsku musí příjemce podat žádost o invalidní důchod, trvá-li daná nemoc déle jak 12 měsíců. Vyplácení nemocenských dávek od státu je obdobné jako vyplácení náhrady mzdy od zaměstnavatele, vypočítává se ve většině členských států jako procento hrubé denní, nebo měsíční mzdy a pohybuje se mezi 50 % a 100 %. Nejdéle vyplácení nemocenské dávky, jak již bylo napsáno, má Portugalsko. A naopak nejkratší vyplácení nemocenských dávek od státu je v Dánsku (MISSOC, 2016).

Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany ve zkratce ESSPROS= The European system of integrated social protection statistic, který byl vybudován Eurostatem v sedmdesátých letech minulého století v souladu s nařízením Evropského parlamentu. Jde o specifický nástroj pro srovnání statistického sledování úrovně sociální ochrany v členských státech Evropské unie. ESSPROS se člení na „základní systém“ (ZS), který odpovídá standardním informacím o příjmech a výdajích v oblasti sociální ochrany, a moduly, jež poskytují doplňkové statistické informace (ČSÚ, 2017b). V základním systému je sociální ochrana definována jako všechny intervence od veřejných nebo soukromých organizací, jejichž cílem je osvobození domácností a jednotlivců od jakéhosi břemene stanoveného seznamu rizik, nebo potřeb je definován na základě dohody prostřednictvím těchto osmi funkcí sociální ochrany: nemocenská/zdravotní péče, invalidita, stáří, pozůstalí, rodina/děti, nezaměstnanost, bydlení, sociální vyloučení (MPSV, 2017). Data jsou každoročně zveřejňována databází Eurostatu.

Nejvyšší výdaje v EU dle jednotlivých kategorií byly vypláceny na stáří, druhý nejvyšší podíl téměř tři desetiny (29,5 %) těchto výdajů byl vyplácen na nemocenskou a zdravotní péči. Z celkové částky vyplácené na sociální ochranu jde v EU 1 196 miliard eur na nemocenskou a zdravotní péči. Česká republika je svou strukturou výdajů na základě funkcí sociální ochrany spíše průměrným evropským státem. (ČSÚ, 2017e). Podíl výdajů na nemocenskou a zdravotní péči se pohyboval od maxima 35 % v Německu a 33 % v Chorvatsku až po minimum 20,2 % v Dánsku. Pod průměrnou hodnotou EU se nachází mimo Dánska také Polsko, Lucembursko, Rakousko a Estonsko. V přepočtu na 1 obyvatele byly výdaje na nemocenskou a zdravotní péči v Evropské unii 2 349 eur. Maxima dosáhly tyto výdaje v Lucembursku 3 714 eur, zatímco v Polsku bylo vydáno na nemocenskou a zdravotní péči v přepočtu na obyvatele 993 eur, což je minimum z vybraných zemí.

Tab. 8 Shrnutí výdajů sociální ochrany na nemoci a zdravotní péči dle základního systému ESSPROS, vybrané země EU, 2015

	I	II	III	IV	V
Evropská Unie	4 057 233	28,4	29,5	1 196 671	2 349
Velká Británie	716 115	27,6	32,7	234 244	2 670
Estonsko	3 289	16,1	28,5	938	1 035
Chorvatsko	9 561	21,8	33,0	3 157	1 237
Litva	5 525	15,6	29,9	1 651	1 017
Rakousko	100 058	29,8	25,4	25 369	2 737
Nizozemsko	194 122	22,3	33,0	64 058	3 451
Lucembursko	11 327	22,3	24,7	2 796	3 714
Slovinsko	9 072	23,7	32,3	2 934	1 781
Slovensko	13 994	18,2	31,2	4 372	1 294
Polsko	81 645	19,4	23,6	19 288	993
Dánsko	84 519	32,1	20,2	17 063	2 225
Česko	31 027	19,0	31,7	9 829	1 597
Německo	852 306	29,2	35,0	298 209	3 635

Poznámky:

I Absolutní výdaje na sociální ochranu v mil. eur

II Podíl výdajů na sociální ochranu k HDP (v %)

III Podíl výdajů na sociální ochranu "nemoc/zdravotní péče" k HDP (v %)

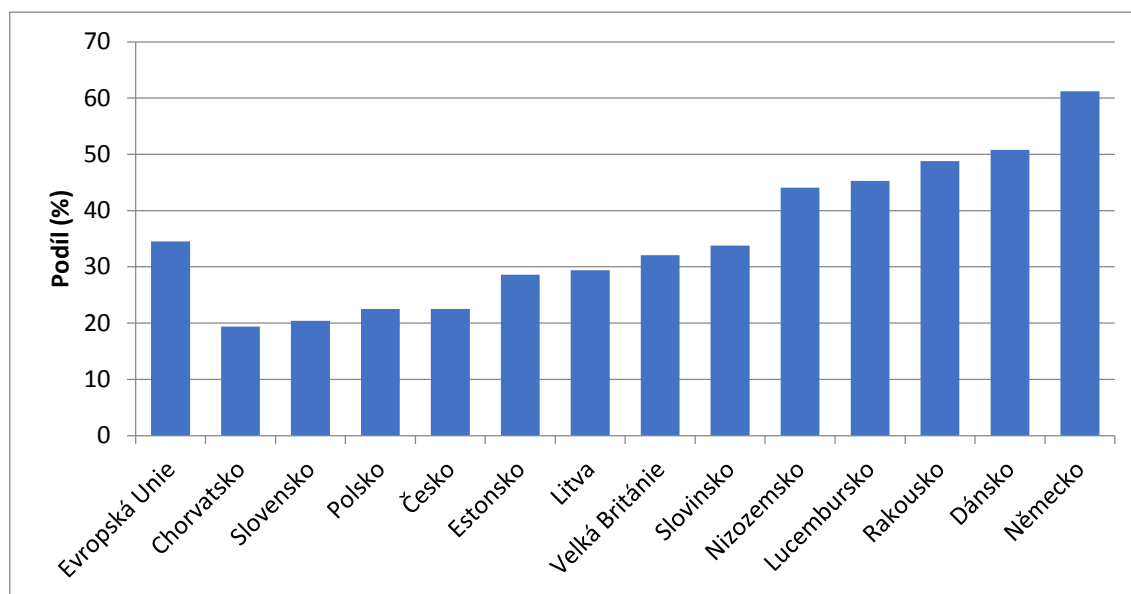
IV Absolutní výdaje na sociální ochranu "nemoc/zdravotní péče" v mil. eur

V Výdaje na sociální ochranu "nemoc/zdravotní péče" v eurech na 1 obyvatele za rok

Zdroj: Eurostat 2019, vlastní zpracování

V roce 2015 činily celkové výdaje na dávky sociální ochrany v Evropské unii 4 057 miliard eur, což odpovídá 28,4 % hrubého domácího produktu. Německo je zemí, které má z analyzovaných zemí nejvyšší celkové výdaje na sociální ochranu, naopak nejnižší výdaje na sociální ochranu má Estonsko. Mezi členskými státy EU můžeme spatřovat značné rozdíly, pokud jde o jejich výši výdajů na dávky sociální ochrany v poměru k HDP. Podíl větší než 30 % byl zaznamenán v Dánsku, naproti tomu byl podíl 15,6 % v Litvě a 16,1 % v Estonsku. Mezi země s nižším podílem výdajů na sociální ochranu vzhledem k HDP patří i Česká republika a Slovenská republika. Při analýze relativního podílu různých funkcí na celkových výdajích je důležité zvážit tyto celkové poměry výdajů v různých členských státech EU.

Obr. 23 Podíl osob nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů z ekonomicky aktivních, vybrané země Evropské unie, 2014

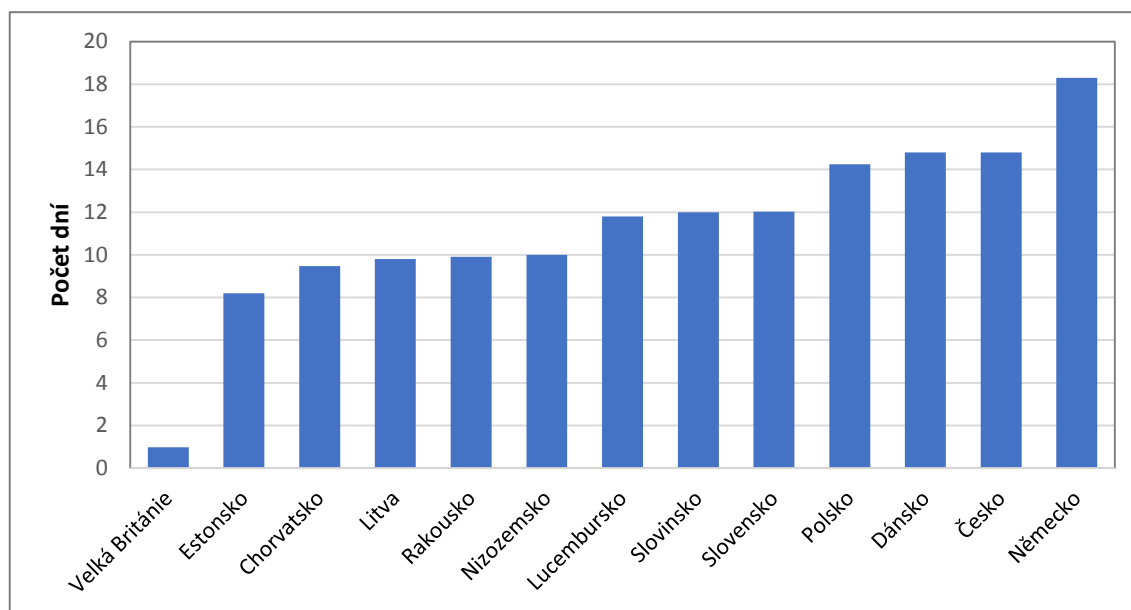


Zdroj: Eurostat 2020, vlastní zpracování

Poznámka: Podíl osob ekonomicky aktivních, kteří byli nepřítomni na pracovišti v posledních 12 měsících

Na základě výsledků Výběrového šetření o zdraví (EHIS) byl zjištěn nejvyšší podíl osob, kteří nebyli v posledních 12 měsících přítomni na pracovišti byl zjištěn v Německu (61,2 %), tedy v zemi s druhými nejvyššími výdaji na sociální ochranu „nemoc/zdravotní péči“ na 1 obyvatele. (tab. 8) Mezi země s nejvyšším podílem se zařadilo také Rakousko (50,8 %) a Dánsko (48,8 %), které patří též mezi země s vyššími výdaji na sociální ochranu na 1 obyvatele. Evropský průměr je 34,5 % respondentů, kteří v posledních 12 měsících využili nemocenskou dovolenou pod tímto průměrem je 8 vybraných zemí z 13 zemí. Zemí s nejnižším podílem je Chorvatsko, Slovensko a Polsko, tyto země se řadí do zemí s nižšími výdaji na sociální ochranu na 1 obyvatele z vybraných zemí. Česká republika se umístila na 4. místě pomyslného žebříčku a zařadila se tak v rámci výsledků Výběrového šetření EHIS mezi země s nejnižším podílem osob, kteří uvedli, že nebyli přítomni na pracovišti v posledních 12 měsících, což je dobrý výsledek (nižší než evropský průměr).

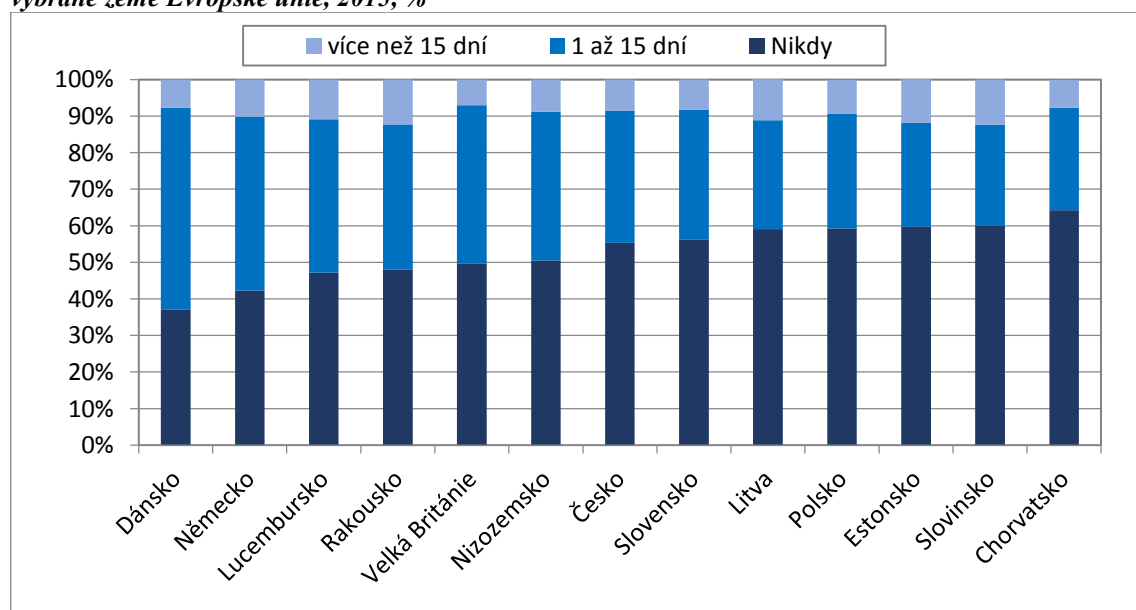
Obr. 24 Průměrné trvání pracovní neschopnosti pro nemoc na 1 zaměstnance (WHO), vybrané země Evropské unie, 2015



Zdroj: WHO, European Health Information Gateway, vlastní zpracování

V průměru nejkratší dobu na nemocenské stráví zaměstnanci Velké Británie (necelý jeden den), naopak nejdelší dobu tráví na nemocenské zaměstnanci Německa (18 dní). Česká republika patří na špičku, co se týká počtu dní na nemocenské, je hned druhou zemí s nejdelším průměrným trváním pracovní neschopnosti pro nemoc (14,8 dní). Nimrichterová, která se ve své práci věnuje porovnávání komparaci náhrad za dobu nemoci u zaměstnanců v ČR a VB, se domnívá, že příčinou nízkého počtu prostaných dnů je ekonomická nevýhodnost během pobírání dávek a též mají některé firmy ve Velké Británii vlastní systém dávek (Nimrichterová, 2014).

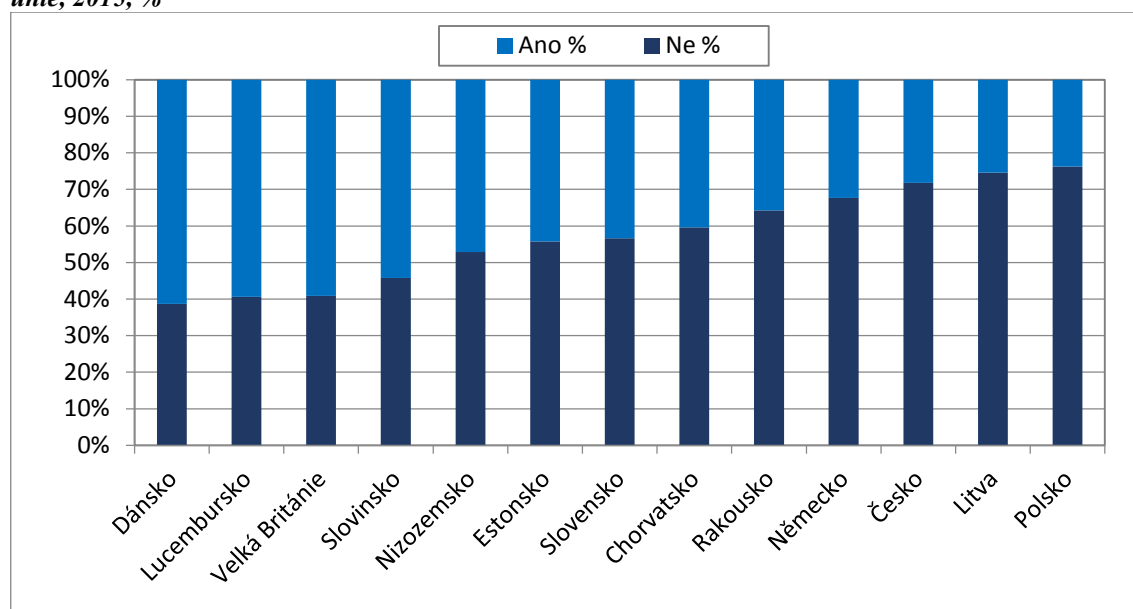
Obr. 25 Kolik dní jste byl/a nepřítomen/nepřítomna ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů, vybrané země Evropské unie, 2015, %



Zdroj: Eurofound 2015, Průzkum pracovních podmínek v Evropě (EWCS), vlastní zpracování

Na obrázku jsou zobrazena pro vybrané země procentuální zastoupení pracovníků, kteří odpovídali na otázku „Kolik dní jste byl/a v uplynulých 12 měsících nepřítomen/nepřítomna ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů?“. Můžeme pozorovat, že 55 % dotazovaných z Česka odpovědělo, že nikdy, jde o téměř průměrné procento ze všech členských států EU (56,3 %). Také u odpovědi 1 až 15 dní patříme s 36,1 % k průměru (35,7 % EU). Odpověď nikdy zvolilo 8,6 % dotazovaných Čechů (8 % průměrná odpověď). Obyvatele Dánska zvolili odpověď nikdy v 37 %, což je nejméně z vybraných zemí, avšak odpověď 1 až 15 dní si zvolilo 55,3 % dotazovaných Dánů, což je naopak nejvíce z vybraných zemí. Odpověď více než 15 dní, zvolilo nejvíce Slovinců (12,4 %) a nejméně Britů (7 %), avšak podíváme-li se na průměrné trvání pracovní neschopnosti pro nemoc na 1 zaměstnance (WHO), tráví Britové na nemocenské necelý jeden den. Podle údajů za rok 2015 jsou zaměstnanci na pracovišti nepřítomni z důvodu nemoci v průměru 6 dní v průběhu 1 roku a v průměru 7–9 % zaměstnanců v EU28 uvádí absenci nejméně 20 dní v jednom roce (Eurofound, 2015b).

Obr. 26 Pracoval/a jste v uplynulých 12 měsících, když jste byl/a nemocný/á, vybrané země Evropské unie, 2015, %



Zdroj: Eurofound 2015, Průzkum pracovních podmínek v Evropě (EWCS), vlastní zpracování

Druhá otázka týkající se zdravotního stavu a práce v průzkumu pracovních podmínek v Evropě zněla: „Pracoval/a jste v uplynulých 12 měsících, když jste byl/a nemocný/á?“. Ano odpověděli nejvíce respondenti z Dánska, Lucemburska a Velké Británie. Odpověď Ne dominovala zejména u Poláků, obyvatel Litvy a Čechů.

Kapitola 7

7 Závěr

Diplomová práce se zabývala analýzou pracovní neschopnosti v České republice. V rámci druhé kapitoly byla sepsána metodika a využité zdroje dat. Následující kapitola zahrnovala legislativní opatření, která ovlivňovala výši nemocenských dávek a tím úroveň pracovní neschopnosti. Snaha legislativních opatření bylo snižování ukončených případů pracovní neschopnosti, tudíž všeobecně docházelo k poklesu výše dávek a zpříšňování podmínek pro získání nemocenského.

Z dat získaných od Ústavu zdravotnických informací a statistiky byly vytvořeny časové řady, znázorňující vývoj dvou ukazatelů pracovní neschopnosti v České republice. Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob pro nemoc, či úraz a průměrnou délku ukončených případů pracovní neschopnosti. Od počátku sledovaného období, tedy od roku 1993, počet ukončených případů pracovní neschopnosti klesal, co ovšem neklesalo, byla průměrná délka pracovní neschopnosti, která stoupala téměř lineárně až do roku 2009, kdy začala délka pracovní neschopnosti pozvolna klesat, tento trend trvá až do současnosti. Lze tedy potvrdit hypotézu o prodlužující se délce trvání pracovní neschopnosti. Nejvyšší podíl pracovně neschopných je v krátkodobé pracovní neschopnosti (1–14 dnů), jde o téměř polovinu ukončených případů pracovní neschopnosti.

Nejvyšší pokles ukončených případů pracovní neschopnosti byl zaznamenán po roce 2004, kdy došlo k první výraznější změně v legislativě, byl novelizován zákon č. 54/1956 Sb. a snížila se výše nemocenského, což přineslo i prodloužení průměrné délky ukončených případů pracovní neschopnosti. Po roce 2009, kdy vyšel v planost zákon o nemocenském pojištění můžeme pozorovat též výraznější pokles po kterém následovala stagnace počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců. Počet ukončených případů po roce 2009 stagnoval, nicméně v návaznosti na nový zákon o nemocenském pojištění průměrná délka pracovní neschopnosti výrazně rostla, jelikož od roku 2009 nebyla vyplácena finanční náhrada za první tři dny v pracovní neschopnosti.

Z hlediska pohlaví pozorujeme jak u průměrné délky trvání, tak u počtu ukončených případů a průměrného procenta pracovní neschopnosti, vyšší hodnoty u žen v porovnání s muži. Potvrzuje se tedy hypotéza, o častějším výskytu pracovní neschopnosti u žen, než u mužů.

Ze skupin nemocí dle MKN-10 mají největší vliv na pracovní neschopnost nemoci dýchací soustavy, které jsou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti, nicméně patří mezi nemoci

s nejkratší průměrnou délkou trvání, která po roce 1993 stagnuje. Počet ukončených případů pracovní neschopnosti, kterou zapříčinily nemoci dýchací soustavy, klesá po celé sledované období. Druhou nejčastější příčinou jsou nemoci kosterní soustavy a pojivové tkáně, které mají nejdelší dobu trvání v porovnání ostatními příčinami. Počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných stagnoval okolo hodnoty 10 000. Doba trvání se zvyšovala po celé sledované období. Nejzásadnější změny, které trvají dodnes, můžeme vidět v roce 2009, kdy došlo zejména u nemocí dýchací soustavy vlivem účinnosti o nemocenském pojištění k poklesu počtu ukončených případů pracovní neschopnosti. A naopak nárůstu průměrné délky trvání u většiny skupin nemocí dle MKN-10, zajímavé je, že tento nárůst není patrný u nemocí dýchací soustavy. Zde lze potvrdit hypotézu o vlivu legislativních změn zejména na krátkodobě nemoci.

Důležitým ukazatelem pro zdravotní stav je věková struktura. Počet případů na 100 000 pojištěných osob klesá s věkem a průměrná délka trvání naopak roste. Zde je nutné si uvědomit, že do nejmladších věkových kategorií spadají i studenti, za které odvádí pojistné stát, nikoli zaměstnavatel, tudíž může docházet ke zkreslení.

Nesmíme opomenout ani sezónní vývoj pracovní neschopnosti, na který mají velký vliv nemoci dýchací soustavy, které jsou typické pro zimní období. Naopak pro léto, zejména pak pro letní prázdniny, je typický pokles o polovinu ukončených případů pracovní neschopnosti.

Na základě územního členění, sídla zaměstnavatele je v 21. století nejvíce ukončených případů pracovní neschopnosti v kraji Libereckém a Karlovarském. Nejméně ukončených případů má Praha a Středočeský kraj, evidujeme zde i nejkratší průměrnou délku trvání. Naopak nejdéle trvají nemoci v kraji Zlínském a Moravskoslezském. A nejen v těchto ukazatelích dominuje Praha, má také největší podíl a počet nemocensky pojištěných osob. Naopak nejméně pojištěných je v kraji Karlovarském. Průměrná hrubá mzda v České republice koresponduje s výsledky výzkumu, i zde je Praha jako specifikum, zaměstnanci zde disponují nejvyšším průměrným platem 39 782,-. Oproti tomu v kraji Karlovarském, kde evidujeme nejvíce ukončených případů pracovní neschopnosti, je průměrná hrubá mzda nejnižší z celé České republiky, a to 26 999,-.

Pracovní neschopnost dle klasifikace zaměstnání CZ-ISCO je všeobecně nejvyšší u kvalifikovaných pracovníků v lesnictví, zemědělství a rybářství, a též u pomocných a nekvalifikovaných pracovníků. Nejnižší pracovní neschopnost je typická pro specialisty a řídicí pracovníky. Specialisté mají také nejkratší dobu trvání pracovní neschopnosti. Délka pracovní neschopnosti řídicích pracovníků je v České republice nejdelší, dalo by se tedy domnívat, že zůstávají na nemocenské pouze se závažnými zdravotními problémy, které vyžadují delší léčbu. Hypotéza o méně častém výskytu pracovní neschopnosti u osob s vyšším postavením v zaměstnání, se na základě analýzy potvrzuje. I do této podkapitoly bylo zařazeno srovnání průměrné mzdy dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO. Nejvyšší průměrnou mzdu pobírají specialisté a řídicí pracovníci, kteří jsou na nemocenské nejméně. Pomocníci a nekvalifikovaní pracovníci, kteří mají těsně za řemeslníky a opraváři druhý nejvyšší počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, mají nejnižší platové ohodnocení.

Do analýzy dat z Výběrového šetření pracovních sil v České republice vstupovali všichni

respondenti starší 15 let, kteří uvedli, že důvodem jejich nepřítomnosti na pracovišti byla pracovní neschopnost pro nemoc a úraz. Popisné charakteristiky potvrdily častější výskyt pracovní neschopnosti u žen. U věkových kategorií je patrný nárůst pracovní neschopnosti s věkem. Z hlediska rodinného stavu je zaevidováno více případů pracovní neschopnosti u ovdovělých a rozvedených, než u svobodných a osob v manželství. Na základě dosaženého vzdělání lze konstatovat vyšší pracovní neschopnost u osob s nižším vzděláním, tato neschopnost klesá s rostoucím vzděláním. Se stupněm vzdělání souvisí často i zařazení do jednotlivých klasifikací zaměstnání, v tomto případě CZ-ISCO. Jednotlivé klasifikace byly seřazeny dle úrovně specializace znalostí a dovedností potřebných k vykonávání práce, od nejvyšších po nejnižší požadavky pro danou klasifikaci. Podíl pracovní neschopnosti rostl úměrně se snižujícími se podmínkami pro výkon práce. Tzn. nejnižší podíl nepřítomných na pracovišti tvořila skupina Zákonodárců a řídicích pracovníků, a naopak podíl nejvyšší Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci.

Na základě binární logistické regrese těchto dat lze potvrdit již některé poznatky z popisných charakteristik, tedy vyšší šanci pracovní neschopnosti u méně vzdělaných, častější výskyt pracovní neschopnosti u žen a mladších věkových kategorií. V úvodu stanovou hypotézu o poklesu pracovní neschopnosti v závislosti na rostoucím stupni vzdělání, lze potvrdit. Jednotlivé klasifikace zaměstnání porovnáváme s Pomocnými a nekvalifikovanými pracovníky, kteří mají nejvyšší pracovní neschopnost na základě výsledků VŠPS. Není tedy překvapením, že téměř všechny ostatní klasifikace měli šanci pracovní neschopnosti z důvodu nemoci a úrazu. Výjimkou byla pouze skupina Řemeslníků a opravářů, jak již ukázali charakteristiky popisné. Porovnáme-li výsledky s analýzou na základě dat ÚZIS, konkrétně ukazatelem ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob dle mezinárodní klasifikace CZ-ISCO, můžeme vidět obdobné výsledky. Nejvyšší počet ukončených případů je u Řemeslníků a opravářů a také u Pomocných a nekvalifikovaných pracovníků.

Co se týká mezinárodního srovnání pracovní neschopnosti Česká republika, patří mezi země s nižším podílem výdajů na sociální ochranu vzhledem k HDP. Strukturou výdajů na základě funkce sociální ochrany v České republice se řadíme mezi průměrné evropské země. Nejvyšší výdajů na nemocenskou a zdravotní péči má Německo. Výsledky Výběrového šetření o zdraví (EHIS) ukazují, že nejvyšší podíl osob nepřítomných na pracovišti z důvodu nemoci je v Německu. Poměrně dobře si v tomto šetření stojí i Česká republika, která se řadí k zemím s nejnižším podílem osob, které uvedli, že nebyli přítomni na pracovišti v posledních 12 měsících. Data WHO poukazují na nejdelší délku trvání pracovní neschopnosti v případě Německa a České republiky. Otázky na pracovní neschopnost jsou zahrnuty též do Průzkumu pracovních podmínek v Evropě (EWCS), kde 55 % z vybraných respondentů z České republiky uvedlo, že v uplynulých 12 měsících nebyli nepřítomni na pracovišti ze zdravotních důvodů, 1 až 15 dní odpovědělo 36,1 % a odpověď více než 15 dní zvolilo 8 % dotazovaných Čechů. V rámci výzkumu WHO patří Česká republika k průměrným zemím Evropské unie.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDALOV, M. *Dlouhodobá nezaměstnanost v České republice: regionálně geografická analýza*. 2014. Diplomová práce. 116s. Přírodovědecká fakulta, Masarykova univerzita Geografický ústav. https://is.muni.cz/th/15sw9/Diplomova_prace_Martin_Andonov.pdf
- BARTOŇOVÁ, D.; NÝVLT, O. 2009. *Ženy a muži v rodinných domácnostech v České republice v letech 2001–2008*. Sborník příspěvků XXXIX. konference České demografické společnosti. Praha: Český statistický úřad, 2010. s. 30–41. ISSN 0011-8265.
- BERGENDORFF, S. *Sickness absence in Europe-a comparative study*. International Social Security Association [online]. 2003 [cit. 2019-09-06]. Dostupný z WWW: <https://www.issa.int/html/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>
- CIMBÁLNÍKOVÁ, L. a kol. *Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+. Metodická příručka*. [online]. 2012 [cit. 2020-10-05]. Dostupný z WWW: <http://www.aivd.cz/soubor-doc737/> ISBN 978-80-904531-5-9
- ČESKO V DATECH. *Česko na nemocenské 2017*. [online]. 2017 [cit. 2019-05-04]. Dostupný z WWW: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/83-cesko-na-nemocenske/>
- ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ. *Nemocenské pojištění*. [online]. 2017 [cit. 2017-13-09]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany (ESSPROS) 2017b* [cit. 2019-12-11]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/documents/10180/61508170/19002918k7.pdf/5c836f78-0d05-4b74-a139-ca7702e034cb?version=1.2>
- ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ. *Obecné informace*. [online]. 2020 [cit. 2020-09-05]. Dostupný z WWW: <https://www.cssz.cz/web/cz/materstvi-obecne-informace>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografické předpoklady a zdravotní stav obyvatel* [online]. 2009 [cit. 2019-11-11]. Dostupný z WWW: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Nv8jNaH8XoIJ:https://www.czso.cz/documents/10180/20534970/w-331510a1.doc/5ce4eb97-a52a-47dd-ab81-069d68cc003e%3Fversion%3D1.0+%&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 1990–2003*. [online]. 2005 [cit. 2017-14-09]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-a-uraz-1990-2003-sr1ec1vy2w>

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření pracovních sil 2017*. [online]. 2018d [cit. 2019-22-11]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vspis-rocni-prumery-2017>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Struktura mezd zaměstnanců 2017*. [online]. 2018b [cit. 2019-01-04]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/struktura-mezd-zamestnancu-2017>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografická ročenka (pramenná díla)*. [online]. 2018c [cit. 2018-25-03]. Dostupný z WWW: https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2010*. [online]. 2011 [cit. 2017-15-09]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-rok-2010-srerng7nss>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření pracovních sil 2016* (pokyny). 2015. Odbor statistiky trhu práce
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice - 1. pololetí 2016 – Příloha č. 2*. [online]. 2016 [cit. 2019-22-11]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-1-pololeti-2016>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2006–2018. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz podle okresů a krajů*, [online]. 2019b [cit. 2020-20-03]. Dostupné z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-podle-okresu-a-kraju>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika od roku 1989 v číslech*. [online] 2019e. [cit. 2020-11-05]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-2018>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice - 1. pololetí 2019*. [online]. 2019c [cit. 2019-22-11]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-za-1-pololeti-2019>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Aktuální populační vývoj v kostce*. [online] 2020. [cit. 2020-11-05]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Proměny věkového složení obyvatelstva ČR 2001-2050*. [online] 2019d. [cit. 2020-11-05]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/promeny-vekoveho-slozeni-obyvatelstva-cr-2001-2050>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice 2014*. [online] 2015 [cit. 2019-11-11]. Dostupný z WWW: https://www.czso.cz/documents/10180/30912328/26000414p2u_c.pdf/23e1e2a0-ed51-47c8-8070-74a840132493?version=1.1
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografická ročenka (pramenná díla) 1950–2015*. [online]. [cit. 2018-10-05]. Dostupný z WWW: https://www.czso.cz/csu/czso/casova_rada_demografie

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice za rok 2018*. [online] 2020. [cit. 2020-11-05]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/documents/10180/61508178/26000418p2a7.pdf/a26a8389-36a1-4e7c-aec8-8987aed05b36?version=1.2>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pracujících seniorů přibývá*. [online] 2016b. [cit. 2020-15-05]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracujicich-senioru-pribyva>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Charakteristika hlavního města Prahy*. [online] 2014. [cit. 2020-05-05]. Dostupný z WWW: https://www.czso.cz/csu/czso/13-1131-05-casova_rada-2_1_charakteristika_hlavniho_mesta_prahy
- ERIKSEN, N. *Women and men do not have different attitudes to sickness absence*. [online]. 2019 [cit. 2019-15-06]. Dostupný z WWW: <http://sciencenordic.com/women-and-men-do-not-have-different-attitudes-sickness-absence>
- EUROSTAT. *European Health Interview survey (EHIS)*. EUROSTAT metadata [online]. last update 2019 [cit. 2020-24-03]. Dostupný z WWW: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm
- EUROSTAT. *Absence from work due to personal health problems by sex, age and educational attainment level*. [online]. last update 2020 [cit. 2020-24-03]. Dostupný z WWW: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_awle&lang=en
- EUROSKOP. *Zaměstnanost a sociální věci*. [online]. 2019 [cit. 2019-18-06]. Dostupný z WWW: <https://www.euroskop.cz/688/sekce/zamestnanost-a-socialni-veci/?ulozit=1>
- EUROPEAN COMMISSION. *Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union*. [online]. 2016 [cit. 2019-17-06]. Dostupný z WWW: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=16969&langId=en>
- EUROFOUND. *Průzkum pracovních podmínek v Evropě (2015)*. [online]. 2015 [cit. 2019-14-06]. Dostupný z WWW: <https://www.eurofound.europa.eu/cs/data/european-working-conditions-survey#>
- EUROFOUND. *Sixth European working Conditions Surveys overview report* [online]. 2015c [cit. 2019-14-06]. Dostupný z WWW: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
- EUROFOUND. *Factor influencing sickness absence* [online]. 2007 [cit. 2019-15-06]. Dostupný z WWW: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2007/factors-influencing-sickness-absence>
- EVROPSKÝ PARLAMENT. *Sociální Evropa: Jaké jsou sociální politiky EU* [online]. 2017 [cit. 2019-14-11]. Dostupný z WWW: <https://www.europarl.europa.eu/news/cs/headlines/eu-affairs/20170616STO77648/socialni-evropa-jake-jsou-socialni-politiky-eu>
- EVROPSKÁ STATISTIKA PRACOVNÍCH ÚRAZŮ. *Šestý průzkum pracovních podmínek v Evropě: 2015* [online]. Dostupný z WWW: <https://www.eurofound.europa.eu/cs/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
- EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND. (ESFCC) *Metodika zařazování zaměstnání do CZ-ISCO pro účely statistiky trhu práce*. Evropská unie. 2011 [cit. 2019-24-11]. Dostupný z WWW:

- <https://www.esfcr.cz/documents/21802/3435234/Metodika+za%C5%99azov%C3%A1n%C3%AD+zam%C4%9Bstn%C3%A1n%C3%AD+do+CZ-ISCO+pro+%C3%BA%C4%8Dely+statistiky+trhu+pr%C3%A1ce.pdf/ec5f1d77-e25c-4bb5-94e3-e87c7938d58e?t=1492761772323>
- GIMENO, D a spol. *Distribution of sickness absence in the European Union countries*. [online]. 2004 [cit. 2019-18-06]. Dostupný z WWW: <http://oem.bmj.com/cgi/content/full/61/10/867#T1>
- HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1.vyd. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- JANEČKOVÁ, H. aj. 2002. *Sborník Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*, Problematika ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti Praha: Karolinum. 2000 s. 55-96
- JEŘÁBKOVÁ V., ZELENÝ M. *Pracovní neschopnost – VÝZNAMNÝ UKAZATEL NEJEN V OBDOBÍ EKONOMICKÉ KRIZE?* [online]. 2011. [cit. 2018-01-06]. Dostupný z WWW: <https://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/164-Jerabkova-Vera-paper.pdf>
- KREISLOVÁ, G. 2008. *Dotazníkové šetření*. Plzeň, 2008. Bakalářská práce. 80 s. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta aplikovaných věd, Katedra matematiky.
- KOSTELECKÝ, T.; ČERMÁK, D. 2003. Výběrová šetření a analýza agregátních dat – diskuse na téma použitelnosti různých přístupů v komparativních analýzách politického chování. *Sociologický časopis*. 2003, roč. 39, č. 4, s. 529–550. Dostupný z WWW: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/1ec4b28ea6a86e8128fd71f22a18e3a70dc22065_494_46ko s19.pdf ISSN 0038-0288.
- KOLACIA, L. aj. *Stárnoucí pracovní populace*. [online] 2006 [cit. 2019-11-11]. Dostupný z WWW: http://www.tigis.cz/images/stories/CESKE_PRACOVNI_LEKARSTVI/2006/04/07_Kolaci_web.pdf
- KLESLA A.: *Analýza Pracovní neschopnost – faktor omezující produktivitu práce*. [online]. [cit. 2018-15-05]. Dostupný z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=512
- KRUTSKÁ, J. *Analýza pracovní neschopnosti a prezentismu v České republice*. Praha, 2014. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie. Vedoucí práce Rychtaříková, Jitka.
- MĚŠEC, *Zákon o nemocenském pojištění*, Zákon č 187/2006 Sb. [online] 2020 [cit. 2020-20-02]. Dostupný z WWW: <https://www.mesec.cz/zakony/zakon-o-nemocenskem-pojisteni/uplne/#aktualni-zneni>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Změny v nemocenském pojištění* [online]. 2008. [cit. 2018-07-08]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/5594>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Vláda projednává návrh zákona o nemocenském pojištění* [online]. 2005. [cit. 2018-09-06]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/91/090305b.pdf>

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2012* [online]. 2013 [cit. 2018-07-06]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/nemocenske-pojisteni-v-roce-2012>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Nemocenské pojištění v roce 2014* [online]. 2015 [cit. 2018-07-06]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/20277>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Informace o změnách od 1.1.2011* [online]. 2011 [cit. 2020-05-05]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-zmenach-od-1.1.2011>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Struktura zaměstnanosti dle klasifikace zaměstnanosti* [online]. 2020. [cit. 2020-05-05]. Dostupný z WWW: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/848077/4c+%281%29.pdf/2d74ebf6-7ad0-fe74-617e-2488cc41b59d>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy délky trvání dočasné pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz dle MKN-10*. [online]. 2017b. [cit. 2018-07-06]. Dostupný z WWW: <http://docplayer.cz/68725475-Standardy-delky-trvani-docasne-pracovni-neschopnosti-u-vybranych-diagnoz-dle-mkn-10.html> ISBN: 978-80-7421-143-0
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Co se mění v roce 2019? Novinky Ministerstva práce a sociálních věcí*. Tisková zpráva [online]. 2018. [cit. 2019-25-06]. Dostupný z WWW: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34745/TZ_-_Co_se_meni_v_roce_2019_Novinky_Ministerstva_prace_a_socialnich_veci.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Plně funkční neschopenka bude spuštěna od 1. 1. 2020*. tisková zpráva [online]. 2019. [cit. 2019-25-06]. Dostupný z WWW: https://www.mpsv.cz/files/clanky/35347/TZ_-_Plne_funkcni_eNeschopenka_bude_spustena_od_1.1.2020.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV). *Informace o zajišťování evropského statistického systému sociální ochrany ESSPROS v ČR a o mezinárodně srovnatelných výstupech tohoto systému* [online]. 2017 [cit. 2019-12-11]. Dostupný z WWW: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372765/Esspros_v_CR_historie_upraveno.pdf/733c549d-263a-4db2-411f-61a214480a8e
- MUTUAL INFORMATION SYSTEM ON SOCIAL PROTECTION (MISSOC). *Comparative tables*. [online]. 2016 [cit. 2019-14-06]. Dostupný z WWW: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/?v=1047>
- NIMRICHTEROVA, P. *Komparace náhrad za dobu nemoci zaměstnanců v České republice a Velké Británii*. [online]. 2014 [cit. 2019-22-11]. Dostupný z WWW: https://is.muni.cz/th/349240/esf_m/
- OSTERKAMP, R. *Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries*. [online]. 2007 [cit. 2019-08-06]. Dostupný z WWW: https://www.researchgate.net/publication/5208889_Being_on_Sick_Leave_Possible_Explanations_for_Differences_of_Sick-leave_Days_Across_Countries
- PIHA, K. a spol. *Interrelationships between education, occupational class, income and sickness* *European Journal of Public Health* [online]. 2009 [cit. 2019-10-06]. Dostupný z WWW: <https://academic.oup.com/eurpub/article/20/3/276/430332>

- PAVLÍK, Z. aj. 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia, 1986. s. 217 – 235.
- SEKOT, A., *Pohybové aktivity pohledem sociologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 152s. ISBN 978-80-210-7919-9.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice v roce 2009* [online]. 2010. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz-ceske-republice-roce-2009>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice v roce 2001*. [online]. 2002 [cit. 2020-07-05]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/uppn2001.pdf>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *O Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2020 [cit. 2020-21-03]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). *Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS 2014) - Základní informace* [online]. 2015 [cit. 2020-22-03]. Dostupný z WWW: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ehis2014_zakladni_info.pdf
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice rok 2004*. [online]. 2005 [cit. 2017-19-09]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/pracovni-neschopnost?page=1>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice 2017*. [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice 1993–2017*. [online]. [cit. 2018-11-05]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8260>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice v letech 2007–2011* [online] 2013 [cit. 2020-20-03]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=5793>
- VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ O ZDRAVÍ (EHIS). *Organizace šetření 2014*. [online]. 2014 [cit. 2020-25-02]. Dostupný z WWW: <https://ehis.uzis.cz/index.php?pg=ehis-2014--organizace-setreni>
- VÝBĚROVÉ ŠETŘENÍ O ZDRAVÍ (EHIS). *Výběrová šetření typu HIS*. [online]. 2020 [cit. 2020-25-02]. Dostupný z WWW: <https://ehis.uzis.cz/index.php?pg=vyberova-setreni-o-zdravi-v-cr--vyberova-setreni-typu-his>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Absenteeism from work due to illness, days per employee per year*. [online]. 2018 [cit. 2019-08-06]. Dostupný z WWW:

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/

ZVÁRA, K. 2003. *Biostatistika*. Praha: Karolinum. 2003. 214 s. ISBN 80-246-0739-5.

ZUBROVÁ, S. *Zvýšená míra dočasné pracovní neschopnosti v České republice*. [online] 2009 [cit. 2019-20-11]. Dostupný z WWW:

http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=203&format=raw&lang=en.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Průměrné procento pracovní neschopnosti*. [online]. 2012 [cit. 2018-25-05]. Dostupný z WWW:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20567097/112712k4.pdf/659f1c3a-966d-41b4-927b-79c015a7b15d?version=1.0>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Tab. Podíl pojištěných obyvatel na celkovém počtu Obyvatel, ČR, 1993

rok	celkem	muži	ženy
1993	67,72%	74,62%	60,86%
1994	67,88%	74,42%	61,36%
1995	66,84%	72,64%	61,06%
1996	65,15%	70,31%	59,99%
1997	68,19%	73,38%	62,99%
1998	67,25%	72,22%	62,28%
1999	64,14%	68,04%	60,24%
2000	63,05%	66,60%	59,48%
2001	62,55%	66,09%	58,99%
2002	62,21%	65,78%	58,63%
2003	61,51%	65,63%	57,38%
2004	60,63%	64,21%	57,03%
2005	61,07%	64,70%	57,41%
2006	61,54%	65,08%	57,96%
2007	62,54%	65,81%	59,23%
2008	61,53%	64,52%	58,47%
2009	57,37%	59,58%	55,10%
2010	58,42%	59,87%	56,94%
2011	57,73%	58,21%	57,24%
2012	61,90%	62,37%	61,42%
2013	62,14%	62,46%	61,81%
2014	63,03%	63,33%	62,72%
2015	64,16%	64,59%	63,71%
2016	65,59%	65,81%	65,36%
2017	67,72%	65,75%	67,89%

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (demografické ročenky)

Příloha č. 2 Tab. Absolutní počet ukončených případů pracovní neschopnosti, ČR, 1993-2017

rok	muži	ženy	celkem
1993	2 063 973	1 948 872	4 012 328
1994	2 220 392	2 186 499	4 406 886
1995	2 365 212	2 298 383	4 663 612
1996	2 216 915	2 101 488	4 360 796
1997	2 113 603	2 075 402	4 189 005
1998	1 866 651	1 851 313	3 717 964
1999	1 858 311	1 855 539	3 713 850
2000	1 935 414	1 878 669	3 814 083
2001	1 921 278	1 888 830	3 810 108
2002	1 807 925	1 764 562	3 572 487
2003	1 808 771	1 799 249	3 608 020
2004	1 377 672	1 346 279	2 723 951
2005	1 672 846	1 595 698	3 268 544
2006	1 336 897	1 256 529	2 593 426
2007	1 430 309	1 376 514	2 806 823
2008	1 277 823	1 267 914	2 545 737
2009	731 568	751 733	1 483 301
2010	669 600	694 890	1 364 490
2011	652 005	693 701	1 345 706
2012	590 559	631 608	1 222 167
2013	638 183	693 089	1 331 272
2014	606 652	651 487	1 258 139
2015	725 637	781 761	1 506 798
2016	748 960	807 083	1 556 043
2017	793 362	867 812	1 661 174

Zdroj: ÚZIS (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)**Pozn.** Roky 1993 až 1995 dopočítány ((průměrný počet nemocensky pojištěných osob * počet případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob)/100 000)

Příloha č. 3 Tab. Počet prostonaných dnů, ČR, 1993-2017

rok	muži	ženy	celkem
1993	46 914 105	43 713 201	90 627 306
1994	54 888 089	58 532 591	113 420 680
1995	58 160 567	61 895 445	120 056 012
1996	57 521 445	57 689 948	117 695 360
1997	54 740 748	57 547 005	112 287 753
1998	49 294 673	52 603 053	101 897 726
1999	48 348 795	51 406 066	99 754 861
2000	54 283 166	54 000 191	108 283 357
2001	54 775 082	55 444 533	110 219 615
2002	55 714 639	56 124 340	111 838 979
2003	55 370 088	56 159 089	111 529 177
2004	47 739 002	49 303 121	97 042 123
2005	52 755 437	53 725 437	106 481 310
2006	46 191 441	47 029 658	93 221 099
2007	47 111 944	49 923 342	97 035 286
2008	46 712 796	51 169 583	97 882 379
2009	33 987 300	37 778 981	71 766 281
2010	29 881 728	32 795 241	62 676 969
2011	28 296 591	31 899 867	60 196 458
2012	25 407 589	29 716 446	55 124 035
2013	26 312 933	30 906 973	57 219 906
2014	25 759 675	30 843 380	56 603 055
2015	28 329 760	34 520 537	62 850 297
2016	29 836 893	36 190 365	66 027 258
2017	31 088 603	37 815 995	68 904 598

Zdroj: ÚZIS (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)**Pozn.** Roky 1993 až 1995 dopočítány (Počet případů pracovní neschopnosti*Průměrné trvání 1 případu)

Příloha č. 4 Tab. Základní ukazatele pracovní neschopnosti podle pohlaví, ČR, 2017

Kapitola MKN-10	Počet případů			Počet prostonaných dnů			Počet případů na 100 000 nem. pojištěných osob			Průměrné trvání 1 případu ve dnech			Průměrný denní stav práce neschopných ¹⁾		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Některé infekč. a parazit. Nemoci	31 267	27 707	58 974	523 332	504 421	1 027 753	1 319	1 204	1 262	16,7	18,2	17,4	60	60	60
Novotvary	9 635	16 401	26 036	1 358 886	1 878 571	3 237 457	407	713	557	141,0	114,5	124,3	157	224	190
Nem. krve, krvetvorných org. a někt.poruchy mech.imunity	583	1 245	1 828	54 546	92 563	147 109	25	54	39	93,6	74,3	80,5	6	11	9
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	3 274	4 594	7 868	262 822	319 221	582 043	138	200	168	80,3	69,5	74,0	30	38	34
Poruchy duševní a por. chování	15 729	28 305	44 034	1 233 349	2 491 624	3 724 973	664	1 230	943	78,4	88,0	84,6	143	297	218
Nemoci nervové soustavy	10 277	14 888	25 165	848 777	1 237 658	2 086 435	434	647	539	82,6	83,1	82,9	98	147	122
Nemoci oka a očních adnex	5 672	5 222	10 894	223 520	173 045	396 565	239	227	233	39,4	33,1	36,4	26	21	23
Nem. ucha a bradav. výběžku	4 014	4 504	8 518	115 115	129 197	244 312	169	196	182	28,7	28,7	28,7	13	15	14
Nemoci oběhové soustavy	26 757	20 518	47 275	2 447 927	1 378 501	3 826 428	1 129	891	1 012	91,5	67,2	80,9	283	164	224
Nemoci dýchací soustavy	287 713	327 357	615 070	4 314 631	5 204 272	9 518 903	12 140	14 222	13 166	15,0	15,9	15,5	499	619	558
Nemoci trávicí soustavy	65 736	54 452	120 188	1 919 380	1 577 164	3 496 544	2 774	2 366	2 573	29,2	29,0	29,1	222	188	205
Nem. kůže a podkožního vaziva	15 200	11 306	26 506	500 197	383 581	883 778	641	491	567	32,9	33,9	33,3	58	46	52
Nem. svalové a kosterní soustavy pojivě tkáně	163 213	157 063	320 276	9 904 048	11 095 498	20 999 546	6 887	6 824	6 855	60,7	70,6	65,6	1 145	1 321	1 231
Nem. močové a pohlavní soust.	14 861	52 835	67 696	544 054	1 663 511	2 207 565	627	2 295	1 449	36,6	31,5	32,6	63	198	129
Těhotenství, porod a šestinedělí	x	36 341	36 341	x	3 785 145	3 785 145	x	1 579	778	x	104,2	104,2	x	451	222
Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	248	311	559	17 462	22 671	40 133	10	14	12	70,4	72,9	71,8	2	3	2

Kapitola MKN-10	Počet případů			Počet prostonaných dnů			Počet případů na 100 000 nem. pojištěných osob			Průměrné trvání 1 případu ve dnech			Průměrný denní stav práce neschopných ¹⁾		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Příznaky, znaky a abnorm. klin. a lab. nálezy nezařazené jinde	11 483	14 515	25 998	389 349	493 869	883 218	485	631	556	33,9	34,0	34,0	45	59	52
Poranění, otr. aj. násl. vněj. příč.	123 625	67 805	191 430	6 256 516	3 709 738	9 966 254	5 216	2 946	4 098	50,6	54,7	52,1	723	442	584
Faktory ovlivňující zdrav. Stav a kontakt se zdrav. službami	4 075	22 443	26 518	174 692	1 675 745	1 850 437	172	975	568	42,9	74,7	69,8	20	199	109
Celkem	793 362	867 812	1 661 174	31 088 603	37 815 995	68 904 598	33 475	37 702	35 557	39,2	43,6	41,5	3 594	4 501	4 041

Zdroj: ÚZIS (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2017)

Pozn. 1) Na 100 000 nemocensky pojištěných osob

Příloha č. 5 Tab. Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti (ve dnech) , podle věkových skupin a skupin diagnóz, ČR, 2017

Skupiny diagnóz			Celkem
010	01	Průjem - diarrhoea a gastroenteritida inf. původu	9,4
010	02	Jiné střevní infekční nemoci	11,2
010	03	TBC dýchacího ústrojí	205,0
010	04	Jiná TBC	127,7
010	05	Některé zoonotické bakteriální nemoci	42,6
010	06	Spála	13,7
010	07	Jiné bakteriální nemoci	35,9
010	08	Syfilis	26,6
010	09	Gonokoková infekce	39,8
010	10	Ostat. infekce přenáš. převážně sexuálním způsobem	25,6
010	11	Jiné nemoci spirochétové, chlamyd., rickettsií	66,9
010	12	Virová encefalitida	106,0
010	13	Ostatní virové infekce centrální nervové soustavy	81,3
010	14	Virové horeč. a vir. hemorag. horeč. přenáš. členovci	24,2
010	15	Plané neštovice, spalničky a zarděnky	17,7
010	16	Pásový opar	23,9
010	17	Ost. virové infekce charakteriz. postiž. kůže a sliznice	22,1
010	18	Virová hepatitida	89,7
010	19	Onemocnění virem lidské imunodeficiency - HIV	63,8
010	20	Epidemický zánět průšnic	19,5
010	21	Infekční mononukleóza	44,7
010	22	Jiné virové nemoci	12,2
010	23	Mykózy	34,8
010	24	Protozoární nemoci	64,8
010	25	Helmintózy	71,6
010	26	Zavšivení, akarióza a jiná napadení	19,2
010	27	Následky infekčních a parazitárních nemocí	18,8
010		I. Některé infekční a parazitární nemoci	17,4
020	01	Zhoubné novotvary (ZN) rtu, dutiny ústní a hltanu	205,1
020	02	ZN žaludku	200,7
020	03	ZN tlustého střeva	215,1
020	04	ZN rektosigm. sp., rekta, řiti, řitního kanálu	242,8
020	05	Ostatní ZN trávicího ústrojí	192,9
020	06	ZN hrtanu	224,4
020	07	ZN průdušnice, průdušky a plíce	203,1
020	08	Ostatní ZN dýchací soustavy	194,0
020	09	ZN kosti a kloubní chrupavky	184,8
020	10	Zhoubný melanom kůže	108,8
020	11	Jiné ZN kůže	61,5
020	12	ZN prsu	201,4
020	13	ZN děložního hrdla	175,2
020	14	Ostatní ZN ženských pohlavních orgánů	184,2

020	15	ZN prostaty	149,3
020	16	Ostatní ZN mužských pohlavních orgánů	149,6
020	17	Leukémie	224,3
020	18	Ostatní zhoubné novotvary	161,9
020	19	Novotvary in situ	85,1
020	20	Nezhoubné novotvary	55,5
020	21	Novotvary nejistého a neznámého chování	104,5
020		II. Novotvary	124,3
030	01	Anémie z nedostatku železa	60,7
030	02	Ostatní anémie	86,2
030	03	Vady koagulace, purpura aj. n. krve a krvetvor. org.	89,2
030	04	Některé poruchy mechanismu imunity	126,0
030		III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a ... imunity	80,5
040	01	Poruchy štítné žlázy	68,0
040	02	Diabetes mellitus závislý na inzulinu	88,6
040	03	Ostatní diabetes mellitus	89,0
040	04	Podvýživa	97,5
040	05	Obezita	60,5
040	06	Poruchy metabolismu lipoproteinů a jiné lipidémie	52,0
040	07	Ostatní nem.endokrinní, výživy a přeměny látek	46,9
040		IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	74,0
050	01	Poruchy duševní, por. chování způsob. užív. alkoholu	76,2
050	02	Por. duševní, por. chov. zp. užív. jiných psychoakt. látek	71,2
050	03	Schizofrenie, por. schizotypální a poruchy s bludy	96,2
050	04	Afektivní poruchy	105,0
050	05	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	75,4
050	06	Mentální retardace	79,5
050	07	Poruchy psychického výv. a chov., emocí - z děts., dosp.	88,1
050	08	Ostatní duševní poruchy a poruchy chování	102,5
050		V. Poruchy duševní a poruchy chování	84,6
060	01	Zánětlivé nemoci centrální nervové soustavy (CNS)	110,1
060	02	Parkinsonova nemoc	137,4
060	03	Demyelinizující nemoci CNS	92,6
060	04	Epilepsie	71,0
060	05	Migréna a jiné syndromy bolesti hlavy	26,8
060	06	Myasthenia gravis a jiné myopatie	104,3
060	07	Mozková obrna a jiné syndromy ochrnutí	97,6
060	08	Ostatní nemoci nervové soustavy	96,7
060		VI. Nemoci nervové soustavy	82,9
070	01	Záněty očního víčka a onemocnění spojivky	16,0
070	02	Glaukom	54,7
070	03	Slepota a slabozrakost	42,4
070	04	Ostatní nemoci oka a očních adnex	47,5
070		VII. Nemoci oka a očních adnex	36,4
080	01	Zánět střed. ucha, brad. výb., zán. aj. on. Eustach. trub.	20,9
080	02	Jiná onem. středního ucha a bradavkového výběžku	39,1

080	03	Nedoslýchavost, ztráta sluchu	40,8
080	04	Ostatní nemoci ucha	31,5
080		VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	28,7
090	01	Akutní revmatická horečka	48,8
090	02	Chronické revmatické choroby srdeční	122,6
090	03	Esenciální (primární) hypertenze	53,8
090	04	Jiná hypertenzní onemocnění	63,4
090	05	Akutní a pokračující infarkt myokardu	142,7
090	06	Ostatní ischemické nemoci srdeční	127,1
090	07	Plicní embolie	95,7
090	08	Jiné formy srdečních onemocnění	95,6
090	09	Cévní nemoci mozku	164,7
090	10	Ateroskleróza	130,4
090	11	Jiné nemoci tepen, tepének, vlásečnic	108,6
090	12	Zánět žil, trombóza vrátnice a jiná žilní embolie	68,5
090	13	Žilní městky dolních končetin	53,9
090	14	Hemoroidy	-
090	15	Jiné nemoci žil, mizních cév a mizních uzlin NJ	53,3
090	16	Jiné nemoci oběhové soustavy	36,3
090		IX. Nemoci oběhové soustavy	80,9
100	01	Akutní zánět mandlí	13,3
100	02	Jiné akutní infekce horních cest dýchacích	13,8
100	03	Chřipka	13,4
100	04	Záněty plic	37,0
100	05	Jiné akutní infekce dolní části dýchacího ústrojí	18,8
100	06	Bronchitis, emfysema aj. chr. obstruktivní plicní nem.	41,7
100	07	Astma, astmatický stav	49,1
100	08	Ostatní nemoci dýchací soustavy	33,5
100		X. Nemoci dýchací soustavy	15,5
110	01	Nemoci ústní dutiny, slinných žláz a čelistí	14,1
110	02	Žaludeční a dvanáct. vřed, peptický vřed neurč. lok.	42,5
110	03	Zánět žaludku a dvanáctníku	20,8
110	04	Jiné nemoci jícnu, žaludku a dvanáctníku	18,4
110	05	Nemoci appendixu	38,5
110	06	Kýly	56,9
110	07	Neinfekční zánět tenkého a tlustého střeva	24,3
110	08	Jiné nemoci střev a nemoci pobříšnice	35,5
110	09	Alkoholické onemocnění jater	115,3
110	10	Ostatní nemoci jater	94,3
110	11	Žlučové kameny	45,6
110	12	Jiné nemoci žlučníku a žlučových cest	50,1
110	13	Akutní zánět slinivky břišní a jiné nemoci slin. břišní	75,5
110	14	Jiné nemoci trávicí soustavy	33,6
110		XI. Nemoci trávicí soustavy	29,1
120	01	Infekce kůže a podkožního vaziva	28,1
120	02	Dermatitis a ekzém	36,1

120	03	Psoriáza - lupénka	57,1
120	04	Ostatní nemoci kůže a podkožního vaziva	36,8
120		XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	33,3
130	01	Zánětlivé polyartropatie	61,3
130	02	Artrózy	108,1
130	03	Systémová onemocnění pojivové tkáně	94,6
130	04	Onemocnění krčních aj. meziobratlových plotének	87,4
130	05	Jiné dorzopatie, spondylopatie	58,9
130	06	Onemocnění měkké tkáně	62,3
130	07	Ostatní nemoci svalové a kosterní soustavy	69,1
130		XIII. Nem.svalové a kosterní soustavy a poj. tkáně	65,6
140	01	Akutní a rychle postupující nefritický syndrom	64,9
140	02	Jiné nemoci glomerulů	77,1
140	03	Tubulo - intersticiální nemoci ledvin	33,1
140	04	Selhání ledvin	126,4
140	05	Kameny v močovém ústrojí	38,3
140	06	Zánět močového měchýře	19,3
140	07	Jiné nemoci ledvin, močovodů a močové soustavy	29,8
140	08	Zbytnění prostaty	61,9
140	09	Jiné nemoci mužských pohlavních orgánů	34,9
140	10	Nemoci prsu	45,7
140	11	Zánět vejcovodů a vaječníků	33,1
140	12	Jiná zánětlivá onem. ženských pánevních orgánů	33,7
140	13	Nezánětlivá onem. ženského pohlavního ústrojí	40,7
140	14	Onem. močové a pohl. soustavy po výkonech, NJ	58,2
140		XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	32,6
150	01	Mimoděložní těhotenství	35,5
150	02	Samovolný potrat	31,4
150	03	Lékařský potrat	28,6
150	04	Ostatní těhotenství končící potratem	33,4
150	05	Edém, proteinurie a hypertenzní onemocnění	115,8
150	06	Jiná onem. matky převáž. v souvislosti s těhotenstvím	114,3
150	07	Péče o matku ve vztahu k plodu	116,7
150	08	Komplikace porodu	112,3
150	09	Spontánní porod jediného dítěte	140,7
150	10	Ostatní porody	128,3
150	11	Komplikace spojené převážně s šestinedělím	117,8
150		XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	104,2
170		XVII. Vrozené vady, deformace a chrom. abnorm.	71,8
180		XVIII. Příznaky, znaky a ... nálezy nezařazené jinde	34,0
190	01	Zlomenina kostí lebky a obličeje	43,3
190	02	Zlomenina krku, hrudníku a pánve	86,4
190	03	Zlomenina kosti stehenní	173,3
190	04	Zlomenina jiných částí končetin	82,2
190	05	Zlomeniny postihující více částí těla	164,7
190	06	Vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubů, vazů	49,4

190	07	Poranění oka a očnice	26,5
190	08	Nitrolební poranění	51,4
190	09	Poranění jiných vnitřních orgánů	78,0
190	10	Drtivé poranění, traumatické amputace	95,5
190	11	Jiná poranění určitých, NS a více částí těla	38,3
190	12	Účinky cizího tělesa vniklého přiroz. otvorem těla	12,8
190	13	Popáleniny a poleptání	29,3
190	14	Otrava léky, léčivy, návykovými a biolog. látkami	41,8
190	15	Toxické účinky látek ze zdrojů převáž. mimo lékař.	21,9
190	16	Syndromy týrání	188,0
190	17	Omrzliny a jiné NS účinky vnějších příčin	18,7
190	18	Některé časné kompl. úrazů a kompl. zdr. péče NJ	81,0
190	19	Následky poranění, otravy aj. násl. vněj. příčin	99,5
190		XIX. Poranění, otravy a ...následky vnějších příčin	52,1
210	01	Celková prohlídka, vyš. osob bez obtíží n. uved. dg.	34,0
210	02	Vyšetření a návštěva pro administrativní účely	53,8
210	03	Jiná pozorování, prohlídky a vyšetření	46,3
210	04	Osoby s potenciálně ohrož. zdravím ... přenos. nem.	46,2
210	05	Osoby se zdravot. sl. - okol. související s reprodukcí	121,8
210	06	Osoby se zdravot. sl. - urč. výkonů a zdravotní péče	51,9
210	07	Jiné faktory ovlivňující zdravotní stav	22,7
210	08	Pacient s transplantovaným orgánem a tkání	126,5
210	09	Pacient se srdečním a cév. implantátem a transpl.	104,1
210		XXI. Faktory ovl. zdravot. stav a kont. se zdravot. sl.	69,8
Celkem			41,5

Zdroj: ÚZIS (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2017)

Příloha č. 6 Podíl (%) nemocensky pojištěných osob v krajích na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích České republiky, dle pohlaví, 2000,2017

	muži		ženy		celkem	
	2 000	2017	2000	2017	2000	2017
Liberecký	44,07	36,27	39,14	32,82	41,54	34,52
Královéhradecký	46,66	38,20	39,34	33,46	42,90	35,79
Pardubický	46,52	40,09	38,93	36,89	42,64	38,47
Vysočina	43,01	37,55	34,85	32,66	38,88	35,09
Jihomoravský	47,76	43,64	40,18	40,20	43,86	41,89
Olomoucký	40,60	37,97	33,33	36,34	36,86	37,14
Zlínský	46,11	40,83	36,69	35,17	41,28	37,94
Moravskoslezský	42,94	42,02	35,59	35,75	39,18	38,82
Praha	76,11	98,43	66,28	97,65	70,93	98,03
Středočeský	42,19	34,31	33,53	31,11	37,76	32,69
Jihočeský	47,08	37,32	40,33	34,49	43,65	35,89
Plzeňský	46,58	40,93	39,82	36,08	43,13	38,48
Karlovarský	41,31	28,79	36,92	29,85	39,07	29,32
Ústecký	40,72	33,02	34,30	36,44	37,45	34,74

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), ČSÚ (demografická ročenka) vlastní zpracování

Příloha č. 7 Průměrné procento pracovní neschopnosti v krajích na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích České republiky, dle pohlaví, 2000,2017

Kraje	muži		ženy		Celkem	
	2000	2017	2000	2017	2000	2017
Liberecký	6,670	4,087	7,622	5,421	7,131	4,732
Královéhradecký	6,048	3,961	7,234	4,956	6,606	4,433
Pardubický	6,014	3,981	7,388	5,156	6,654	4,550
Vysočina	6,002	4,38	7,206	5,36	6,548	4,839
Jihomoravský	6,684	3,907	7,265	4,635	6,958	4,263
Olomoucký	6,822	4,391	7,138	4,695	6,969	4,543
Zlínský	7,317	4,808	8,336	5,58	7,782	5,173
Moravskoslezský	7,839	4,821	7,653	5,498	7,752	5,139
Praha	4,36	2,701	5,658	3,648	4,999	3,186
Středočeský	5,305	3,829	6,278	4,887	5,748	4,339
Jihočeský	5,839	4,502	6,885	5,684	6,331	5,087
Plzeňský	6,029	4,072	6,989	5,373	6,481	4,688
Karlovarský	5,712	3,869	6,68	4,925	6,180	4,413
Ústecký	6,061	4,014	6,992	5,027	6,496	4,549
Česká republika	6 058	3,825	6,901	4,712	6,455	4,262

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Příloha č. 8 Průměrné procento pracovní neschopnosti v krajích na celkovém počtu osob v jednotlivých krajích České republiky, dle pohlaví, 2000,2017

Hlavní třída CZ-ISCO	Ukončené případy pracovní neschopnosti	Počet zaměstnaných	Případy PN na 100 pojištěnců
Řídící pracovníci	19 356	250200	7,74
Specialisté	3 239	802 500	0,40
techničtí a odborní pracovníci	27 197	930 100	2,92
Úředníci	33 206	509 300	6,52
Pracovníci ve službách a prodeji	40 420	785 500	5,15
Kvalifikovaní pracovníci v lesnictví, zemědělství, rybářství	22 270	68 800	32,37
Řemeslníci a opraváři	66 626	865 000	7,70
Obsluha strojů a zařízení, montéři	22 796	715 800	3,18
Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	63 295	276 800	22,87

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice), vlastní zpracování

Příloha č. 9 Podíl pojištěných obyvatel na celkovém počtu obyvatel 15-64 České republiky, dle pohlaví, 1993-2017

	celkem	muži	ženy
1993	67,72%	74,62%	60,86%
1994	67,88%	74,42%	61,36%
1995	66,84%	72,64%	61,06%
1996	65,15%	70,31%	59,99%
1997	68,19%	73,38%	62,99%
1998	67,25%	72,22%	62,28%
1999	64,14%	68,04%	60,24%
2000	63,05%	66,60%	59,48%
2001	62,55%	66,09%	58,99%
2002	62,21%	65,78%	58,63%
2003	61,51%	65,63%	57,38%
2004	60,63%	64,21%	57,03%
2005	61,07%	64,70%	57,41%
2006	61,54%	65,08%	57,96%
2007	62,54%	65,81%	59,23%
2008	61,53%	64,52%	58,47%
2009	57,37%	59,58%	55,10%
2010	58,42%	59,87%	56,94%
2011	57,73%	58,21%	57,24%
2012	61,90%	62,37%	61,42%
2013	62,14%	62,46%	61,81%
2014	63,03%	63,33%	62,72%
2015	64,16%	64,59%	63,71%
2016	65,59%	65,81%	65,36%
2017	67,72%	65,75%	67,89%

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (demografické ročenky), ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz)

Příloha č. 9 Syntax SPSS Logistická regrese

DATASET ACTIVATE DataSet1.

RECODE NeprDuv (5=1) (ELSE=0) INTO NeprDuvNemocKat.

VARIABLE LABELS

NeprDuvNemocKat 'Je důvodem nepřítomnosti nemoc nebo úraz?'

VALUE LABELS NeprDuvNemocKat 1 'Nemoc nebo úraz' 0 'Přítomnost nebo jiný důvod'.

EXECUTE.

RECODE NejVzdSn (4=2) (MISSING=SYSMIS) (SYSMIS=SYSMIS) (Lowest thru 3=1) (5 thru 6=3) (7 thru 10=4) INTO NejVzdSnKat.

VARIABLE LABELS

NejVzdSnKat 'Kategorie nejvyššího dosaženého vzdělání'.

VALUE LABELS NejVzdSnKat 1 'Základní nebo bez vzdělání' 2 'Střední bez maturity'
3 'Střední s maturitou' 4 'Vysokoškolské'.

EXECUTE.

STRING ISCOkat (A2).

COMPUTE ISCOkat=CHAR.SUBSTR(ZamISCO,1,1).

VARIABLE LABELS ISCOkat 'kategorie zaměstnání ISCO 1-9'.

EXECUTE.

*vyřazení věkové skupiny 0-14 a zároveň zanechání jen pracujících.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(ObvPost = 9 AND VekSk > 1 AND ISCOkat <>'!').

VARIABLE LABELS filter_\$ 'ObvPost = 9 AND VekSk > 1 (FILTER)'.

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

* jednoduché zobrazení proměnných.

FREQUENCIES VARIABLES=VekSk Pohl RodStav NejVzdSnKat ISCOkat NeprDuvNemocKat
/ORDER=ANALYSIS.

*tabulka výskytu nemoci a úrazu v závislosti na zvolených kategoriích-Celkem

CROSSTABS

/TABLES=Pohl RodStav NejVzdSnKat ISCOkat VekSk BY NeprDuvNemocKat

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

*tabulka výskytu nemoci a úrazu v závislosti na zvolených kategoriích-Muži

SELECT if (Pohl=1).

CROSSTABS

/TABLES=Pohl RodStav NejVzdSnKat ISCOkat VekSk BY NeprDuvNemocKat

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

*tabulka výskytu nemoci a úrazu v závislosti na zvolených kategoriích-Ženy

SELECT if (Pohl=2).

CROSSTABS

/TABLES=Pohl RodStav NejVzdSnKat ISCOkat VekSk BY NeprDuvNemockKat

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

*logistická regrese

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES NeprDuvNemockKat

/METHOD=ENTER NejVzdSnKat ISCOkat Pohl VekSk RodStav

/CONTRAST (ISCOkat)=Indicator

/CONTRAST (Pohl)=Indicator

/CONTRAST (NejVzdSnKat)=Indicator

/CONTRAST (VekSk)=Indicator

/CONTRAST (RodStav)=Indicator

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).

*logistická regrese pouze pro muže

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES NeprDuvNemockKat

/SELECT=Pohl EQ 1

/METHOD=ENTER NejVzdSnKat ISCOkat VekSk RodStav

/CONTRAST (ISCOkat)=Indicator

/CONTRAST (NejVzdSnKat)=Indicator

/CONTRAST (VekSk)=Indicator

/CONTRAST (RodStav)=Indicator

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).

*a logistická regrese pouze pro ženy.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES NeprDuvNemockKat

/SELECT=Pohl EQ 2

/METHOD=ENTER NejVzdSnKat ISCOkat VekSk RodStav

/CONTRAST (ISCOkat)=Indicator

/CONTRAST (NejVzdSnKat)=Indicator

/CONTRAST (VekSk)=Indicator

/CONTRAST (RodStav)=Indicator

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).