

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie

Studijní program: Demografie



Mgr. Jana Krutská

**ANALÝZA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI
A PREZENTISMU V ČESKÉ REPUBLICE**

Analysis of Incapacity for Work Due to Disease or Injury
and Presenteeism in the Czech Republic

Disertační práce

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

Praha, 2014

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracovala samostatně, pod vedením školitelky Prof. RNDr. Jitky Rychtaříkové, CSc., a že jsem všechny použité prameny řádně citovala. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 28. 6. 2014

.....
Jana Krutská

Chtěla bych v první řadě poděkovat své školitelce, profesorce Jitce Rychtařikové, za trpělivé vedení práce a poskytnuté konzultace a také za zprostředkování dat z Výběrového šetření pracovních sil, jejichž zpracování tvoří významnou část předkládané práce. Mé poděkování patří také grantovému projektu "Vývoj geografické a demografické reality Česka v evropských a globálních souvislostech: aktéři a subjekty socio-prostorových změn" (SVV UK v Praze č. 265215 a č. 267203), s jehož podporou tato práce vznikla.

Dále bych ráda poděkovala UK Data Archive působícímu při Univerzitě v Essexu, jenž je největším správcem digitálních dat v oblasti sociálních humanitních věd ve Spojeném království, a který mi poskytl individuální anonymizovaná data z výběrového šetření European Working Conditions Survey 2010, jediného šetření, které zároveň obsahuje informace o výskytu pracovní absence i prezence v České republice.

V neposlední řadě patří můj dík mé rodině za morální, materiální a technickou podporu, kterou mi v průběhu celého studia poskytovala, a mému manželovi za toleranci, se kterou přistupoval k mnou vytčeným cílům.

Abstrakt

Cílem předkládané disertační práce je poskytnout čtenáři co nejkomplexnější pohled na problematiku nemocnosti a úrazovosti pracovníků ve vztahu k docházce do zaměstnání. Práce se zabývá jak pracovní absencí nemocného jedince, tj. pracovní neschopností, tak prezentismem, tedy výkonem výdělečné činnosti navzdory akutně zhoršenému zdravotnímu stavu. Vzhledem k odlišnému charakteru a stupni poznání sledovaných jevů byla každému z nich věnována rozdílná míra pozornosti.

Problematika pracovní neschopnosti byla rozpracována širěji. Vývoj hodnot ukazatelů tohoto jevu byl zasazen do kontextu administrativněprávních změn, ke kterým v České republice od počátku 90. let došlo; na základě individuálních anonymizovaných dat byly dále zjišťovány podmíněnosti jejího výskytu. V části týkající se prezentismu práce seznamuje čtenáře se základními poznatky, které byly o tomto způsobu řešení zdravotní indispozice dosud publikovány. Pozornost byla věnována rovněž vzájemnému srovnání pracovní neschopnosti a prezentismu, a to jak na základě teoretických znalostí, tak praktických poznatků. Úroveň pracovní absence a prezenze v České republice v roce 2009 a vliv vybraných demografických a socioekonomických faktorů na výskyt obou jevů byl sledován v závěru práce.

Klíčová slova: pracovní neschopnost, prezentismus, nemocenské pojištění, nemocnost, produktivita práce

Abstract

The aim of this dissertation is to provide the readers with as comprehensive view of the issue of sickness and accident rate of workers in relation to work attendance as possible. The dissertation deals with both absenteeism of sick individuals, i.e. the incapacity for work, and presenteeism, that is the performance of gainful employment despite acutely impaired health condition. Due to the different nature and level of knowledge of the examined phenomena, each of them is devoted a different level of attention.

The issue of the incapacity for work due to disease or injury is analyzed in more detail. Development of the parametric values is set in the context of administration and legal changes, which have occurred in the Czech Republic since the early 1990s, and conditionality of the occurrence of the incapacity for work due to disease or injury are further investigated based on individual anonymized data. In the part dealing with presenteeism, the dissertation introduces the readers to the basic findings that have been published so far about this type of addressing health incapacitation. Attention is also paid to the mutual comparison of the incapacity for work and presenteeism, both on the basis of theoretical and empirical knowledge. In conclusion of the dissertation, the level of absence and presence of sick employees at work is observed in the Czech Republic in 2009, as well as the influence of selected demographic and socioeconomic factors on the occurrence of both phenomena.

Keywords: incapacity for work due to disease or injury, presenteeism, sickness insurance, morbidity, productivity of labour

OBSAH

Přehled použitých zkratk	7
Seznam tabulek	8
Seznam obrázků	15
Seznam příloh	18
1 Úvod: Tematická struktura, problematika pracovní neschopnosti a prezentismu ..	19
2 Legislativní opatření v oblasti pracovní neschopnosti v České republice	23
2.1 Druhy dávek nemocenského pojištění.....	23
2.2 Pracovní neschopnost v zákoně o nemocenském pojištění.....	24
2.3 Dávky kompenzující ušlý příjem z výdělečné činnosti v době (dočasné) pracovní neschopnosti	29
2.4 Karenční doba.....	35
2.5 Solidarita v rámci systému nemocenského pojištění.....	36
2.6 Odvod pojistného na nemocenské pojištění	39
3 Metodologie a zdroje dat	41
3.1 Zdroje dat v České republice	41
3.2 Ukazatele pracovní neschopnosti.....	47
3.3 Metodologie	49
4 Ovlivňování úrovně pracovní neschopnosti	83
4.1 Vládní opatření	84
4.2 Opatření zaměstnavatelů	85
5 Kontrola dočasně práce neschopných pojištěnců v České republice	93
5.1 Kontroly prováděné zaměstnavateli	93
5.2 Kontroly prováděné orgány nemocenského pojištění	95
6 Trendy pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let	99
6.1 Počet nemocensky pojištěných osob	99
6.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob.....	100
6.3 Průměrná doba trvání jednoho případu pracovní neschopnosti.....	102
6.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti.....	104
7 Regionální diference pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let	106
7.1 Počet nemocensky pojištěných osob	107
7.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob.....	109

7.3 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti	114
7.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti	119
7.5 Typologie okresů České republiky dle úrovně pracovní neschopnosti	126
8 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti v České republice	151
8.1 Výběrové šetření pracovních sil.....	151
8.2 Pracovní neschopnost v rámci VŠPS	154
9 Prezentismus – přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání.....	206
9.1 Snižování pracovní neschopnosti a prezentismus	206
9.2 Výzkumy zabývající se prezentismem.....	207
9.3 Výskyt prezentismu	209
9.4 Faktory ovlivňující prezentismus.....	210
9.5 Důsledky prezentismu	218
9.6 Snižování prezentismu	221
9.7 Vztah mezi pracovní neschopností a prezentismem	222
10 Absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání v České republice	226
10.1 Evropský výzkum pracovních podmínek	226
10.2 Prezenze a absence v zaměstnání v době nemoci v rámci EWCS	227
10.3 Postavení České republiky v rámci Evropské unie	274
11 Závěr	280
Seznam použité literatury	287
Zdroje dat.....	298
Přílohy	299

Přehled použitých zkratk

ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DPN	Dočasná pracovní neschopnost
EU	Evropská unie
EUROSTAT	Evropský statistický úřad
EWCS	European Working Conditions Survey (Evropský výzkum pracovních podmínek)
ILO	International Labour Organization (Mezinárodní organizace práce)
LFS	Labour Force Survey
PN	Pracovní neschopnost
RDPN	Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠPS	Výběrové šetření pracovních sil

Seznam tabulek

Tab. 1	Zásadní legislativní změny související s finanční kompenzací ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době (dočasné) pracovní neschopnosti v České republice po roce 1990	28
Tab. 2	Sazby pojistného na nemocenské pojištění, 1993–2013.....	40
Tab. 3	Srovnání zdrojů statistických dat o pracovní neschopnosti, ČSSZ/ÚZIS vs. ČSÚ, 1993–2010	43
Tab. 4	Počet případů a počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, dle ČSSZ/ÚZIS a ČSÚ, 2005 a 2010.....	44
Tab. 5	Počet pracovních neschopností dle ČSSZ/ÚZIS, ČSÚ a VŠPS, 2002–2008	45
Tab. 6	Počet pracovních neschopností a počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, dle ČSSZ/ÚZIS, ČSÚ a EWCS,2009	47
Tab. 7	Schéma tabulky analýzy rozptylu.....	52
Tab. 8	Ukázka části vstupních dat použitých pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu	55
Tab. 9	Ukázka části vstupních dat použitých pro výpočet Spearmanova korelačního koeficientu	56
Tab. 10	Ukázka části vstupních dat použitých pro analýzu rozptylu 1.....	58
Tab. 11	Ukázka části vstupních dat použitých pro analýzu rozptylu 2.....	59
Tab. 12	Ukázka části matice vzdáleností, metoda Eukleidovské vzdálenosti, 1992	61
Tab. 13	Tabulka kódování proměnných, referenční proměnná = 3	68
Tab. 14	Statistika počtu provedených kontrol, ověřených porušení režimu a postihů, 2005–2013	96
Tab. 15	Statistika počtu provedených kontrol, podezření z porušení a ověřených porušení režimu, dle krajů ČR, 2005 a 2010	97
Tab. 16	Ukazatele variability počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky	111
Tab. 17	Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1992, 2001 a 2010	112
Tab. 18	Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob v okresech České republiky, vybrané roky.....	112
Tab. 19	Ukazatele variability průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky.....	115

Tab. 20	Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným trváním jednoho případu pracovní neschopnosti, vybrané roky	116
Tab. 21	Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu podle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v okresech České republiky, vybrané roky	117
Tab. 22	Ukazatele variability průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky.....	120
Tab. 23	Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným procentem pracovní neschopnosti, vybrané roky	121
Tab. 24	Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu podle průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech České republiky, vybrané roky	122
Tab. 25	Ukazatele variability průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi okresy České republiky, dle pohlaví, vybrané roky	123
Tab. 26	Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným procentem pracovní neschopnosti, dle pohlaví, vybrané roky	124
Tab. 27	Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu dle průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech České republiky, dle pohlaví, vybrané roky ..	125
Tab. 28	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu dle ukazatelů pracovní neschopnosti v okresech České republiky, 1992, 2001 a 2010	127
Tab. 29	Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diferenciace, 1992.....	128
Tab. 30	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 1992.....	129
Tab. 31	Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin vytvořených metodou shlukové analýzy, 1992	130
Tab. 32	Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 1992.....	131
Tab. 33	Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diferenciace průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 1992	133
Tab. 34	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 1992....	134
Tab. 35	Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 1992 ...	134
Tab. 36	Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diferenciace, 2001.....	136
Tab. 37	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 2001	136
Tab. 38	Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin, 2001	137
Tab. 39	Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 2001	138

Tab. 40	Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diferenciacie průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2001	140
Tab. 41	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 2001....	141
Tab. 42	Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 2001 ...	141
Tab. 43	Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diferenciacie, 2010.....	142
Tab. 44	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 2010.....	143
Tab. 45	Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin, 2010	143
Tab. 46	Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 2010.....	145
Tab. 47	Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diferenciacie průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2010	147
Tab. 48	Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 2010....	147
Tab. 49	Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 2010 ...	148
Tab. 50	Podíl osob (v %) a index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a věku, průměr let 2002–2008.....	165
Tab. 51	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008	167
Tab. 52	Indexy podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ZŠ a bez vzdělání.....	167
Tab. 53	Indexy podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ženy.....	167
Tab. 54	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008	169
Tab. 55	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008; referenční skupina = svobodné osoby	169
Tab. 56	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ženy.....	170

Tab. 57	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v letech 2002–2008 a jednotlivých čtvrtletích	171
Tab. 58	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v letech 2002–2008 a jednotlivých čtvrtletích	172
Tab. 59	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v krajích ČR, průměr let 2002–2008	174
Tab. 60	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v krajích ČR, průměr let 2002–2008	174
Tab. 61	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a klasifikace zaměstnání (KZAM), průměr let 2002–2008	177
Tab. 62	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a klasifikace zaměstnání (KZAM), průměr let 2002–2008	178
Tab. 63	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ), průměr let 2002–2008	180
Tab. 64	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ), průměr let 2002–2008	181
Tab. 65	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a jejich postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008	183
Tab. 66	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a jejich postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008	183
Tab. 67	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, typu pracovního úvazku, typu pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin, průměr let 2002–2008	187
Tab. 68	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, typu pracovního úvazku, typu pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin, průměr let 2002–2008	187
Tab. 69	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání,	

	délky praxe v současném zaměstnání, dojížděky do zaměstnání a případného hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008	190
Tab. 70	Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, délky praxe v současném zaměstnání, dojížděky do zaměstnání a případného hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008	191
Tab. 71	Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, model 1	197
Tab. 72	Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, ženy, model 2.....	201
Tab. 73	Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, muži, model 3	204
Tab. 74	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a skutečnosti, jak domácnost respondenta vychází s penězi, Česká republika, 2010	238
Tab. 75	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle zdravotního stavu a konkrétních zdravotních obtíží, Česká republika, 2010	241
Tab. 76	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010	244
Tab. 77	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010	247
Tab. 78	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010	249
Tab. 79	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle formálních náležitostí pracovní pozice, Česká republika, 2010	253
Tab. 80	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle postavení v zaměstnání, charakteru výdělečné činnosti a délky výkonu současné výdělečné činnosti, Česká republika, 2010.....	256
Tab. 81	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle doby dojížděky do zaměstnání, Česká republika, 2010.....	258
Tab. 82	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle regionu České republiky, 2010.....	259
Tab. 83	Faktory ovlivňující výskyt pracovní absence ze zdravotních důvodů, Česká republika, 2010	264
Tab. 84	Faktory ovlivňující výskyt prezence nemocných pracovníků v zaměstnání, Česká republika, 2010	266
Tab. 85	Tabulka četností – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, Česká republika, 2010	272

Tab. 86	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle výskytu události, Česká republika, 2010.....	273
Tab. 87	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle počtu dní, Česká republika, 2010	274
Tab. 88	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle výskytu události, Evropská unie, 2010.....	275
Tab. 89	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle počtu dní, Evropská unie, 2010	276
Tab. 90	Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, státy EU, 2010	279
Tab. 91	Redukční hranice, maximální redukovaný vyměřovací základ a maximální výše denní dávky, 1994–2012	312
Tab. 92	Výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu a výpočet denní výše dávky, 1994–2012	313
Tab. 93	Shluková analýza – historie shlukování, 1992	322
Tab. 94	Shluková analýza – historie shlukování, 2001	323
Tab. 95	Shluková analýza – historie shlukování, 2010	324
Tab. 96	Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciace, 1992 ...	325
Tab. 97	Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciace, 2001 ...	326
Tab. 98	Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciace, 2010 ...	327
Tab. 99	Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diferenciace a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 1992.....	328
Tab. 100	Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diferenciace a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2001.....	328
Tab. 101	Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diferenciace a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2010.....	328
Tab. 102	Rozložení souboru respondentů v rámci VŠPS (nevážené případy), dle čtvrtletních šetření, Česká republika, 2002–2008.....	329
Tab. 103	Rozložení souboru respondentů v rámci VŠPS (nevážené případy), dle čtvrtletních šetření, Česká republika, 2002–2008.....	330
Tab. 104	Rozložení souboru respondentů v rámci VŠPS (nevážené případy), dle čtvrtletních šetření, Česká republika, 2002–2008.....	331
Tab. 105	Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 1	332
Tab. 106	Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 2 (ženy)	332

Tab. 107	Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 3 (muži).....	333
Tab. 108	Rozložení souboru respondentů v rámci EWCS (nevážené případy), Česká republika, 2010.....	334
Tab. 109	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, státy EU, 2010.....	335

Seznam obrázků

Obr. 1	Počet obyvatel ve věku 15–64 let a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1990–2010	100
Obr. 2	Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1990–2010	101
Obr. 3	Relativní zastoupení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti dle intervalu trvání na celkovém počtu ukončených případů a index růstu/poklesu (rok 1995 = 100 %), 1995, 2003 a 2010.....	102
Obr. 4	Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (ve dnech), 1990–2010	103
Obr. 5	Průměrné procento pracovní neschopnosti, 1990–2010.....	105
Obr. 6	Počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví a krajů ČR, 1992, 2001 a 2010	107
Obr. 7	Zastoupení nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích na celkovém počtu nemocensky pojištěných v ČR, dle pohlaví, 1992, 2001 a 2010	108
Obr. 8	Zastoupení nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích na počtu obyvatel kraje, dle pohlaví, 1992, 2001 a 2010.....	109
Obr. 9	Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010	109
Obr. 10	Počet nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných osob a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010	113
Obr. 11	Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (ve dnech) a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010	115
Obr. 12	Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu, dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010	118
Obr. 13	Průměrné procento pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010	119
Obr. 14	Průměrné procento pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010	122
Obr. 15	Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 1992.....	129
Obr. 16	Typologie okresů ČR, 1992.....	130
Obr. 17	Průměrné hodnoty z-skóru v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 1992	132
Obr. 18	Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 2001.....	135

Obr. 19	Typologie okresů ČR, 2001	137
Obr. 20	Průměrné hodnoty z-skóru v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 2001	139
Obr. 21	Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 2010.....	142
Obr. 22	Typologie okresů ČR, 2010.....	144
Obr. 23	Průměrné hodnoty z-skóru v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 2010	146
Obr. 24	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a věku, průměr let 2002–2008.....	164
Obr. 25	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008	166
Obr. 26	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a rodinného stavu, průměr let 2002–2008	168
Obr. 27	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, kalendářního roku a čtvrtletí, průměr let 2002–2008.....	170
Obr. 28	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a krajů ČR, průměr let 2002–2008	173
Obr. 29	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a hlavních tříd KZAM, průměr let 2002–2008	176
Obr. 30	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a sekcí OKEČ, průměr let 2002–2008	179
Obr. 31	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008	182
Obr. 32	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, typu pracovního úvazku, pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin za týden, průměr let 2002–2008	184
Obr. 33	Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, délky praxe, dojížděky a hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008.....	188
Obr. 34	Podíl osob průměrně denně nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů a průměrně denně pracujících v době nemoci, dle regionu České republiky, 2010.....	260

Obr. 35	Výskyt (v %) nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonu výdělečné činnosti v době nemoci, Evropská unie, 2010	275
Obr. 36	Průměrné trvání (ve dnech) nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonu výdělečné činnosti v době nemoci, Evropská unie, 2010	277
Obr. 37	Podíl osob průměrně denně absentujících/prezentujících v zaměstnání v době nemoci (v %), Evropská unie, 2010	278
Obr. 38	Statistický výkaz Nem Úr 1-02	299
Obr. 39	I. díl RDPN – Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.....	303
Obr. 40	II. díl RDPN – Průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti	304
Obr. 41	III. díl RDPN – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti	306
Obr. 42	IV. díl RDPN – Žádost o nemocenské.....	308
Obr. 43	V. díl RDPN – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli	310
Obr. 44	Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1992–2010.....	314
Obr. 45	Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, ženy, 1992–2010	314
Obr. 46	Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, muži, 1992–2010.....	315
Obr. 47	Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, 1992–2010	315
Obr. 48	Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, ženy, 1992–2010.....	316
Obr. 49	Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, muži, 1992–2010	316
Obr. 50	Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, 1992–2010...	317
Obr. 51	Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, ženy, 1992–2010	317
Obr. 52	Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, muži, 1992–2010	318
Obr. 53	Dendrogram okresů, 1992	319
Obr. 54	Dendrogram okresů, 2001	320
Obr. 55	Dendrogram okresů, 2010	321

Seznam příloh

Příloha č. 1:	Statistický výkaz Nem Úr 1-02 pro rok 2011.....	299
Příloha č. 2:	Tiskopis Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (RDPN) pro rok 2012.....	303
Příloha č. 3:	Výpočet a výše finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti	312
Příloha č. 4:	Pořadí krajů ČR dle hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti	314
Příloha č. 5:	Grafické výstupy shlukové analýzy.....	319
Příloha č. 6:	Shluková analýza – historie shlukování	322
Příloha č. 7:	Rozložení okresů ČR do skupin dle výsledků shlukové analýzy a intervalů indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti	325
Příloha č. 8:	Očekávané četnosti pozorování v kontingenčních tabulkách.....	328
Příloha č. 9:	Výběrové šetření pracovních sil – rozložení výběrového souboru respondentů	329
Příloha č. 10:	Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti - výsledky příkazu ODDSRATIO	332
Příloha č. 11:	EWCS v České republice – rozložení výběrového souboru respondentů	334
Příloha č. 12:	Hodnoty ukazatelů pracovní neschopnosti a prezentismu ve státech Evropské unie	335

Kapitola 1

Úvod: Tematická struktura, problematika pracovní neschopnosti a prezentismu

Téma předkládané disertační práce není výhradně demografickým tématem, ale patří do oblasti aplikované demografie zabývající se zdravotním stavem populace, s vazbou na pracovní trh. Právě skutečnost, že problematika obou sledovaných jevů, tedy pracovní neschopnosti a prezentismu, zasahuje do více oblastí společenského života, je činí velmi aktuálními tématy.

Cílem předkládané práce bylo analyzovat pracovní neschopnost a prezentismus v České republice od počátku 90. let. Vzhledem ke skutečnosti, že současná míra poznání každého ze studovaných jevů je odlišná, je jim v předkládané práci věnován rozdílný prostor. Institut pracovní neschopnosti má legislativní základ, který jej přesně vymezuje a umožňuje tak jeho statistickou evidenci, která v České republice probíhá již od 70. let 20. století. Prezentismus je naopak relativně novým jevem, který není zcela přesně definován a v jeho určení je ponechána značná míra subjektivity.

Problematice pracovní neschopnosti je v předkládané práci věnována větší pozornost a je představena z více úhlů pohledu. Hlavním záměrem práce bylo popsat její vývoj v České republice v čase, s ohledem na odlišnosti dané pohlavně věkovou a zejména regionální strukturou; zasadit vývoj pracovní neschopnosti do určitého legislativního rámce a nastínit možnosti ovlivňování její úrovně. Cílem bylo rovněž analyzovat podmíněnosti jejího výskytu, a to na základě individuálních anonymizovaných dat pocházejících z výběrového šetření.

Výše popsaný hlavní záměr byl v průběhu zpracovávání práce rozšířen o opačný pohled na problematiku zdravotního stavu pracovníků ve vztahu k jejich docházce do zaměstnání, a to o přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání, tzv. prezentismus. Práce seznamuje čtenáře s tímto, v České republice dosud nepříliš známým, jevem a se základními poznatky, které byly o tomto způsobu řešení zdravotní indispozice publikovány na základě zahraničních studií. Pozornost je věnována rovněž srovnání prezentismu a pracovní neschopnosti.

V závěru práce je na základě dat pocházejících z Evropského výzkumu pracovních podmínek provedena analýza vlivu vnějších faktorů na úroveň prezentismu a pracovní neschopnosti v České republice a vzájemné srovnání těchto dvou jevů. Hodnoty naměřené v České republice jsou dále porovnány se zeměmi Evropské unie.

Společným jmenovatelem obou sledovaných jevů je docházka pracovníka do zaměstnání, tedy výkon výdělečné činnosti, a úroveň jeho zdravotního stavu. Při akutně zhoršeném zdravotním stavu, tedy nemoci či úrazu, se pracovník většinou rozhoduje, zda svou docházku do zaměstnání přerušit za účelem léčby a využije institutu pracovní neschopnosti, nebo bude ve výkonu výdělečné činnosti pokračovat - v tomto případě se jedná o prezentismus.

Jak již bylo řečeno výše, oba způsoby chování mají dopad do více oblastí. Z hlediska národního hospodářství vedou ke snížení produktivity práce (jedinec buď nepracuje vůbec, nebo s nižší výkonností v důsledku horšího zdravotního stavu), v důsledku nižších příjmů dochází k poklesu koupěschopnosti pracovníků a následně k poklesu HDP. Zároveň se zvyšují výdaje v sociálním sektoru využívané na výplatu nemocenského a oblast zdravotnictví je rovněž dotčena zvýšenými výdaji potřebnými na léčbu nemocných pacientů. Zaměstnavatelé jsou vystaveni rostoucím nákladům plynoucím nejen ze skutečnosti, že se podílejí na finanční kompenzaci ušlé mzdy dočasně práce neschopnému pracovníkovi, ale také z důvodu snížení produktivity práce, potřeby nahradit chybějícího pracovníka v době jeho pracovní neschopnosti a snížené efektivitě práce při stálém platovém ohodnocení v případě nemocného pracovníka pokračujícího v docházce do zaměstnání. Z pohledu jedince může docházet k již zmiňovanému poklesu jeho koupěschopnosti, dočasnému zhoršení životní úrovně domácnosti a subjektivnímu pocitu nepohody. Nemocný jedinec, ať již pracující nebo absentující, je ohrožen ztrátou sociálních kontaktů a horším uplatněním na trhu práce.

Důsledky obou jevů tedy nejsou pouze finanční povahy, ale rovněž sociální či zdravotní. Častá či dlouhodobá pracovní absence ze zdravotních důvodů může vést až ke ztrátě pracovních návyků, obvyklé vykonávání práce navzdory nemoci může zhoršit celkový zdravotní stav jedince. Vzhledem ke skutečnosti, že úroveň obou sledovaných jevů je ovlivněna stářím pracovníků, neboť s rostoucím věkem se zvyšuje nemocnost jedinců, je možné předpokládat, že stárnutí ekonomicky aktivního obyvatelstva a posunutí věku odchodu do důchodu výše uvedené dopady obou jevů ještě prohloubí.

Pracovní neschopnost a prezentismus jsou jevy, jejichž výskyt do určité míry vyjadřuje úroveň zdravotního stavu dané populace. Zatímco dříve byla tímto ukazatelem výhradně úroveň pracovní neschopnosti, v nedávné době začalo docházet k výraznějším změnám chování nemocných jedinců ve vztahu k jejich docházce do zaměstnání a prezentismus se stal nedílnou součástí pracovního života části osob. Vypovídací hodnota obou jevů je však sporná. Prezentismus je jev založený na subjektivním hodnocení aktuálního zdravotního stavu pracovníků, které se může na základě působení řady vnitřních i vnějších faktorů výrazněji lišit. Pracovní neschopnost je institut, u něhož je na jedné straně obecně předpokládána určitá míra zneužívání, tzv. fiktivní pracovní neschopnosti, na druhé straně však přestává být do jisté míry zejména z finančních důvodů k léčbě využíván. Obraz úrovně zdravotního stavu ekonomicky aktivních obyvatel sledovaný na základě těchto dvou jevů je tedy do jisté míry zkreslený.

Pracovní neschopnost i prezentismus jsou zdravotním stavem populace nejen ovlivňovány, ale zároveň jej velmi pravděpodobně zpětně ovlivňují. Ačkoliv počet provedených studií byl nízký, je možné předpokládat, že přecházení nemocí vede ke zhoršení celkového zdraví jedince anebo k výskytu závažnějšího onemocnění, které bude vyžadovat delší a finančně náročnější léčbu a setrvání v pracovní neschopnosti. Studované jevy tedy neovlivňují jen zdravotní stav populace, ale ovlivňují se také vzájemně.

Z výše uvedených důvodů je vhodné věnovat pozornost vývoji a trendům obou sledovaných jevů a přijmout vhodnou strategii pro jejich ovlivňování a prevenci. Základem této strategie by mělo být nezaujaté vnímání obou problematik, které bude vycházet ze zhodnocení jejich dopadů a příčin. Nutností je komplexní pohled na oba studované jevy, aby nedocházelo ke zkresleným

a jednostranným závěrům. Předkládaná práce by mohla přispět k diskusi na toto téma, popř. tuto diskusi nově otevřít.

Předkládanou práci tvoří 11 kapitol, včetně úvodu a závěru, a její struktura je detailněji představena v následujícím textu. V úvodu práce jsou popsány širší souvislosti a dopady sledované problematiky.

Druhá kapitola je věnována nejen legislativním opatřením, která byla přijata v průběhu sledovaného období, ale je nastíněn i jejich historický vývoj. Úvodní část kapitoly přináší informace o oblasti nemocenského pojištění jako celku, jehož je problematika pracovní neschopnosti součástí. Následně je věnována pozornost finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti a na modelových příkladech je názorně předveden výpočet dávek nemocenského. Ve zbývající části je diskutována problematika proporcionality aplikování solidarity a ekvivalence v oblasti nemocenského pojištění, včetně otázky zavedení karenční doby.

Ve třetí kapitole je čtenář seznámen se zdroji dat o pracovní neschopnosti a prezentismu v České republice, metodami a postupy, které jsou v rámci práce použity k jejich analýze.

Čtvrtá a pátá kapitola se zabývají otázkami, jakými způsoby snížit výskyt pracovní neschopnosti. Zatímco kapitola čtvrtá popisuje zejména opatření, která mohou působit preventivně a předcházet vzniku pracovní neschopnosti, kapitola pátá se věnuje prováděným kontrolám dodržování režimu práce neschopného pojištěnce, jež mají zamezit vzniku fiktivní pracovní neschopnosti a následnému zneužívání dávek.

Kapitola šestá přináší informace o vývoji pracovní neschopnosti na celorepublikové úrovni mezi lety 1990 a 2010. V této kapitole je představen nejen vývoj tří hlavních ukazatelů pracovní neschopnosti z hlediska pohlaví a věku, ale je diskutována rovněž otázka počtu a struktury nemocensky pojištěných.

Informace v podobném uspořádání a struktuře jako v předešlé kapitole, ale výrazně detailnější a v regionálním členění, jsou obsaženy v kapitole sedmé. Tato kapitola přináší údaje o počtu případů pracovní neschopnosti, průměrném trvání jednoho případu a podílu průměrně denně absentujících ze zdravotních důvodů v krajích a okresech České republiky mezi roky 1992 a 2010. Využitím metody shlukové analýzy je dále vytvořena typologie okresů ČR dle úrovně sledovaného jevu.

Osmá kapitola představuje výsledky zpracování dat z Výběrového šetření pracovních sil (VŠPS) z let 2002 až 2008, v jehož rámci byl mj. sledován výskyt pracovní neschopnosti. Individuální anonymizovaná data byla využita ke zjištění podmínek, které vedou k absenci pracovníka v zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu a vytvoření regresního modelu, sloužícího k predikci pracovní neschopnosti jako vysvětlované proměnné. V rámci kapitoly je čtenář seznámen rovněž s historií VŠPS v České republice, metodologií a terminologií tohoto šetření.

Předposlední kapitola předkládané práce představuje již zmiňované rozšíření předmětu zájmu autorky o alternativní způsob řešení dočasné zdravotní indispozice pracovníka ve vztahu k výkonu výdělečné činnosti, o prezentismus. Kapitola má převážně kompilační charakter a na základě odborné literatury a výsledků realizovaných zahraničních studií seznamuje čtenáře jak s faktory podněcujícími nemocné pracovníky k přítomnosti v zaměstnání, tak i vývojem zájmu

o tuto problematiku v rámci odborných pracovišť ve světě. Součástí kapitoly je rovněž teoretické srovnání prezentismu s pracovní neschopností.

Poslední kapitola je analytická a na základě individuálních dat pocházejících z Evropského výzkumu pracovních podmínek z roku 2010 se zabývá úrovní absence a prezence nemocného pracovníka v České republice a vzájemným srovnáním a vztahem těchto jevů.

V závěru práce je provedeno shrnutí zjištěných poznatků a nastíněn budoucí vývoj obou sledovaných jevů, s ohledem na jejich specifika.

Kapitola 2

Legislativní opatření v oblasti pracovní neschopnosti v České republice

Institut pracovní neschopnosti spadá z hlediska právního ukotvení do oblasti nemocenského pojištění, které je garantováno státem jak po stránce finanční, tak právní. Systém nemocenského pojištění je určen výdělečně činným osobám účastným nemocenského pojištění, které při ztrátě příjmu v případech krátkodobých sociálních událostí (dočasné pracovní neschopnosti, ošetřování člena rodiny, těhotenství a mateřství) zabezpečuje peněžitými dávkami (ČSSZ, 2009a). Nemocenského pojištění jsou účastny všechny výdělečně činné osoby s několika výjimkami; pro zaměstnance a příslušníky ozbrojených sil a sborů je nemocenské pojištění povinné, pro osoby samostatně výdělečně činné od roku 1994 dobrovolné (MPSV, 2010). Mluví-li se tedy o nemocensky pojištěných osobách, jedná se o všechny zaměstnance a z osob samostatně výdělečně činných pouze o ty jedince, kteří se k nemocenskému pojištění dobrovolně přihlásili a pravidelně jej platí. Bude-li v této práci mluveno o nemocensky pojištěných osobách, jedná se o osoby s výše uvedenou charakteristikou, nebude-li uvedeno v textu jinak.

Nemocenské pojištění je součástí komplexního systému sociálního pojištění, které v rámci České republiky zahrnuje rovněž platby na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (ČSSZ, 2013a). Vybrané pojistné je určeno k úhradě výdajů státního rozpočtu na dávky nemocenského a důchodového pojištění a tzv. podporu v nezaměstnanosti, kterou dostávají uchazeči o zaměstnání (Měšec.cz, 2013a).

Nemocenské pojištění bývá z hlediska názvosloví mnohdy zaměňováno se zdravotním pojištěním. Zdravotní pojištění je na rozdíl od pojištění nemocenského povinné pro každého občana České republiky. Zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné jej platí sami, za vybrané skupiny osob (např. děti, registrované nezaměstnané, důchodce) je hrazeno státem (Měšec.cz, 2013b). Zatímco nemocenské pojištění slouží k částečné finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti při výskytu výše uvedených sociálních událostí, zdravotní pojištění slouží k úhradě nákladů za poskytnutou zdravotní péči.

2.1 Druhy dávek nemocenského pojištění

Nemocensky pojištěným osobám, tj. zaměstnancům a dobrovolně nemocensky pojištěným OSVČ, jsou v rámci nemocenského pojištění při splnění zákonných podmínek poskytovány čtyři druhy peněžitých dávek. Jedná se o nemocenské, ošetřovné, peněžitou pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Nejčastěji využívanou dávkou je nemocenské, na které má nárok osoba, jež byla uznána dočasně práce neschopnou z důvodu nemoci, úrazu či jí byla nařízena karanténa. Ošetřovné je poskytováno nemocensky pojištěné osobě, která pečuje o nemocného člena domácnosti či dítě mladší 10 let. Zbývající dvě dávky nemocenského pojištění jsou spojeny s mateřstvím. Na peněžitou pomoc v mateřství, tzv. mateřskou, má nárok nemocensky pojištěná osoba v souvislosti s porodem dítěte, tj. matka, která dítě porodila, popř. osoba, která v souladu se zákonem o dítě pečuje. Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství je poskytován zaměstnankyni, jež byla z důvodu těhotenství nebo mateřství dočasně převedena na jinou práci, a z ní má bez svého zavinění nižší výdělek. Účelem této dávky je kompenzovat snížený příjem, kterého žena dosahuje po převedení na jinou práci (ČSSZ, 2010a).

2.2 Pracovní neschopnost v zákoně o nemocenském pojištění

Pracovní neschopnost je sociální událostí definovanou v zákoně o nemocenském pojištění, při jejímž výskytu a za splnění zákonných podmínek náleží příslušná dávka nemocenského pojištění, tj. nemocenské.

Dočasnou pracovní neschopností se v rámci českého právního systému rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné, zákonem stanovené, důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní pojištěnou činnost a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost¹ (§ 55 odst. 1 písm. a) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění). Dočasnou pracovní neschopností se dle § 55 odst. 1 písm. b) téhož zákona rozumí rovněž stav, který neumožňuje pojištěnci plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě (tj. do 7 dnů od ukončení pojistného poměru) nebo trvá-li dočasná pracovní neschopnost po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání.

Změny v právních předpisech nemocenského pojištění, k nimž v uplynulých letech došlo, se dotkly rovněž ustanovení týkajících se pracovní neschopnosti a s ní související dávky nemocenského. Nejzásadnější změnou v oblasti nemocenského pojištění v průběhu sledovaného období, tj. po roce 1990, bylo přijetí nového zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Tento zákon nabyt po opakovaném odložení účinnosti dne 1. 1. 2009 (platnosti² nabyt dne 12. 5. 2006 vyhlášením ve Sbírce zákonů) a navázal na dosavadní platný zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

Původní zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, byl přijat v roce 1956 a ve své více než 50leté historii byl mnohokrát novelizován (ČSÚ, 2005). Vzhledem k značnému množství provedených změn a jejich obtížné interpretovatelnosti se v následujícím textu budu věnovat pouze úpravám tohoto zákona realizovaným po roce 1990.

¹ Jinou než dosavadní pojištěnou činností je myšlena jakákoliv jiná výdělečná činnost, ze které je pojištěnec povinně nebo dobrovolně účasten nemocenského pojištění.

² Právní předpisy nabývají platnosti dnem jejich vyhlášení ve Sbírce zákonů. Platný předpis je již součástí právního řádu, ale ještě není aplikovatelný ani vynutitelný. Účinnost právní normy označuje, od které doby je nutno podle právního předpisu postupovat, resp. ho používat a dodržovat (BusinessInfo.cz, 2004).

V polistopadové historii došlo k prvním významným legislativním změnám již počátkem roku 1993. V souvislosti s daňovou reformou byl s účinností od 1. 1. 1993 tento zákon novelizován a výše dávek nemocenského pojištění začala být vypočítávána z hrubého příjmu (§ 17 odst. 1 zákona č. 54/1956 Sb.) namísto příjmu čistého a nemocenské dávky začaly být vypláceny za kalendářní dny (§ 15 odst. 2 zákona č. 54/1956 Sb.), zatímco původně byly vypláceny za pracovní dny a směny (ČSÚ, 2005). Tato opatření, zvyšující finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti, vedla k dočasnému nárůstu počtu případů a k dalšímu prodloužení jejich průměrného trvání.

Na základě změn provedených zákonem č. 61/1999 Sb., novelou předpisů o nemocenském pojištění, začal být od 1. 10. 1999 uplatňován pásmový způsob omezování vyměřovacího základu prostřednictvím dvou tzv. redukčních hranic. Tento zákon stanovil, že část vyměřovacího základu jedince spadající do první redukční hranice byla započtena v plné výši, část spadající do intervalu mezi první a druhou redukční hranicí byla započtena z 60 % a k částce přesahující druhou redukční hranici se nepřihlíželo (Slivková, 2005). Do 1. 10. 1999 existovala pouze jedna redukční hranice. Část vyměřovacího základu spadající do této redukční hranice se započítávala v plné výši, k části přesahující tuto redukční hranici se nepřihlíželo (tab. 92 v příloze č. 3). Tato změna vedla k zvýšení finanční kompenzace ušlé mzdy, neboť došlo k alespoň částečnému započtení části vyměřovacího základu, k němuž se dříve nepřihlíželo.

S účinností od 1. 1. 2004 byl předpisem č. 421/2003 zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, opětovně novelizován. Nově přijatá legislativní opatření snižovala úroveň dávek vyplácených v době pracovní neschopnosti, a to zejména díky poklesu nemocenského vypláceného v prvních 3 kalendářních dnech (§ 17 odst. 2 zákona č. 54/1956 Sb.) a snížením denního vyměřovacího základu, z něhož je výše nemocenského vypočítávána, v prvních 14 kalendářních dnech pracovní neschopnosti (§ 18 odst. 8 písm. a) zákona č. 54/1956 Sb.). Patrně právě snížení finanční kompenzace ušlé mzdy vedlo k výraznému propadu počtu případů a naopak nárůstu jejich průměrného trvání (obr. 2 a 4). Prodloužení průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti bylo způsobeno zejména výrazným poklesem počtu krátkodobých případů. Zavedení tohoto legislativního opatření se projevilo také v poklesu průměrného procenta pracovní neschopnosti, které od roku 1990 až do té doby převážně rostlo (obr. 5). V roce 2004 rovněž došlo k prodloužení rozhodného období, ze kterého byl zjišťován denní vyměřovací základ pro stanovení dávek nemocenského pojištění, z kalendářního čtvrtletí na 12 kalendářních měsíců a byl rozšířen okruh pojištěných osob.

Příklad 1

Snížení finanční kompenzace ušlé mzdy mezi roky 2003 a 2004 je znázorněno na následujícím modelovém příkladu 14denní pracovní neschopnosti. Nemocenské bylo vypláceno po celou dobu trvání pracovní neschopnosti, tj. od 1. do 14. dne. Denní vyměřovací základ pojištěnce³, vypočtený jako podíl hrubé mzdy a počtu kalendářních dní v rozhodném období, činil v obou srovnávaných letech 510 Kč. Při určitém zjednodušení se předpokládá, že hrubá měsíční mzda pojištěnce v obou sledovaných letech byla stejná.

³ Viz podkapitola 2.2.1, v níž je rovněž podrobně popsán výpočet nemocenského.

V obou srovnávaných letech byly pro redukci denního vyměřovacího základu Ministerstvem práce a sociálních věcí stanoveny dvě shodné redukční hranice. Výše první redukční hranice činila 480 Kč a výše druhé redukční hranice 690 Kč (tab. 91 v příloze č. 3). Částka spadající do první redukční hranice byla v roce 2003 započtena celá, zatímco v roce 2004 jen z 90 %. Částka mezi první a druhou redukční hranicí byla shodně započtena z 60 % (tab. 92 v příloze č. 3). Denní vyměřovací základ 510 Kč byl tedy v roce 2003 redukován na 498 Kč [$480 + (510 - 480) \cdot 0,6 = 498$] a v roce 2004 na 450 Kč [$480 \cdot 0,9 + (510 - 480) \cdot 0,6 = 450$].

Z redukovaného denního vyměřovacího základu byla následně vypočtena denní výše dávky nemocenského. V prvních 3 dnech pracovní neschopnosti byl v roce 2003 redukován denní vyměřovací základ započítán z 50 %, zatímco v roce 2004 pouze z 25 %. Od 4. do 14. dne trvání pracovní neschopnosti bylo pro výpočet denní výše dávky v obou srovnávaných letech použito shodně 69 % z redukovaného denního vyměřovacího základu (tab. 92 v příloze č. 3).

Denní výše dávky v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti v roce 2003 tedy činila 249 Kč ($498 \cdot 0,5 = 249$) a v roce následujícím 113 Kč ($450 \cdot 0,25 = 112,5$)⁴. Za první 3 dny pracovní neschopnosti bylo pojištěnci v roce 2003 vyplaceno nemocenské ve výši 747 Kč ($249 \cdot 3 = 747$), v roce 2004 výrazně méně, a to 339 Kč ($113 \cdot 3 = 339$).

Od 4. do 14. dne pracovní neschopnosti byl výpočet denní výše dávky shodný; z redukovaného denního vyměřovacího základu bylo započteno 69 %. Vzhledem k rozdílné výši redukovaného denního vyměřovacího základu v letech 2003 a 2004, která byla dána odlišnou mírou redukce použité pro první redukční hranici, náležela pojištěnci v roce 2003 denní dávka nemocenského při popisované době trvání pracovní neschopnosti, tj. od 4. do 14. dne, ve výši 344 Kč ($498 \cdot 0,69 = 343,62$). Denní výše dávky nemocenského v roce 2004 činila při téže době trvání pracovní neschopnosti 311 Kč ($450 \cdot 0,69 = 310,5$). Za zbývajících 11 dní pracovní neschopnosti, tj. od 4. do 14. dne, náleželo pojištěnci v roce 2003 nemocenské ve výši 3 784 Kč ($344 \cdot 11 = 3784$) a v roce 2004 jen 3 421 Kč ($311 \cdot 11 = 3421$).

Celková finanční kompenzace poskytnutá pojištěnci za 14 dní pracovní neschopnosti v roce 2003 dosahovala 4 531 Kč ($747 + 3784 = 4531$) a o rok později 3 760 Kč ($339 + 3421 = 3760$). Při stejných vstupních podmínkách na straně pojištěnce, tj. výši jeho hrubé měsíční mzdy a délce pracovní neschopnosti, mu bylo v roce 2004 vyplaceno na nemocenském o 771 Kč (tj. o 17 %) méně než v roce předešlém.

Jak je patrné z předešlého příkladu, změny v nemocenském pojištění od roku 2004 se výrazně promítly do výše poskytované finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti a je možné předpokládat, že ovlivnily rovněž míru využívání tohoto institutu.

V roce 2008 nabyt účinnosti zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů (zákon č. 261/2007 Sb.), čímž došlo k mnoha změnám v právních předpisech týkajících se nemocenského pojištění a pojistného. V průběhu roku byl několikrát měněn výpočet pro stanovení denní výše dávky nemocenského v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti a došlo rovněž k výrazným změnám výpočtu denní výše dávky dle doby trvání pracovní neschopnosti (tab. 92 v příloze č. 3). Zatímco v předchozích letech práce neschopnému pojištěnci náleželo od 4. dne pracovní

⁴ Dle § 17 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění se výše dávky za kalendářní den zaokrouhluje nahoru.

neschopnosti nemocenské v denní výši 69 % redukováného denního vyměřovacího základu (DVZ)⁵, od roku 2008 začala být výše dávek stupňována dle doby trvání pracovní neschopnosti; od 4. do 30. dne náleželo nemocenské ve výši 60 % redukováného DVZ, od 31. do 60. dne DPN ve výši 66 % a při pracovní neschopnosti trvající déle než 61 dní činila výše nemocenského 72 % redukováného DVZ (tab. 92 v příloze č. 3). Tyto změny vedly k vyšší finanční kompenzaci ušlé mzdy u osob v dlouhodobé pracovní neschopnosti, naopak ke snížení dávek u osob s kratší dobou absence.

Dne 1. 1. 2009 nabyl účinnosti již zmiňovaných zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Tento zákon nahradil dosavadní roztržitou právní úpravu nemocenského pojištění komplexní kodifikací, která se nově stala součástí jednoho zákona (Michálková, 2010). Mj. byl zúžen okruh pojištěných osob, ze kterého byli vypuštěni studenti středních a vysokých škol, společníci a jednatele společností s ručením omezeným a došlo ke zpřísnění podmínek nároku na dávky v zájmu ochrany proti jejich zneužívání (Michálková, 2010). Výraznou změnou bylo vyplácení nemocenského až od 15. kalendářního dne pracovní neschopnosti a zavedení tří redukčních hranic pro výpočet denního vyměřovacího základu.

V souvislosti s přijetím nového zákona byla Zákoníkem práce (zákon č. 262/2006 Sb.) zavedena náhrada mzdy, kterou dle § 192 zákona č. 262/2006 Sb., poskytoval zaměstnavatel svým zaměstnancům v prvních 14 dnech trvání pracovní neschopnosti. Náhrada mzdy byla vyplácena jen za pracovní dny, přičemž v prvních 3 dnech, resp. v prvních 24 neodpracovaných hodinách z rozvržených směn, byla zavedena tzv. karenční doba a náhrada mzdy nepřislušela.

Počínaje rokem 2009 tak byla finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době dočasné pracovní neschopnosti částečně převedena na zaměstnavatele. Pojištěnec byl na počátku dočasné pracovní neschopnosti zabezpečen náhradou mzdy vyplácenou zaměstnavatelem a od 15. dne trvání mu bylo poskytováno nemocenské, hrazené ze státního rozpočtu. V důsledku zavedení karenční doby však k žádné finanční kompenzaci ušlého příjmu v prvních 3 pracovních dnech dočasné pracovní neschopnosti v zásadě nedocházelo. Osoby samostatně výdělečně činné, které byly účastny nemocenského pojištění, zůstaly nezabezpečeny po celých prvních 14 dní dočasné pracovní neschopnosti, neboť jim nebyla poskytována náhrada mzdy, ale náleželo jim až nemocenské, vyplácené v roce 2009 od 15. dne trvání nemoci. Tato opatření výrazně snížila finanční kompenzaci ušlé mzdy na začátku pracovní neschopnosti. Zvýšení limitů redukčních hranic a zavedení třetí redukční hranice vedlo naopak k nárůstu nemocenského u vysoce-příjmových skupin pojištěnců.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, přinesl kromě změn v organizaci a provádění nemocenského pojištění také změny terminologické. Pro téma této práce je podstatné, že namísto dosud používaného termínu *pracovní neschopnost (PN)* začalo být nově užíváno označení *dočasná pracovní neschopnost (DPN)*.

Od ledna 2010 byla zákonem č. 362/2009 Sb., který měnil některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010, sjednocena denní výše nemocenského na 60 % redukováného DVZ, a to bez ohledu na délku trvání dočasné pracovní neschopnosti (tab. 92 v příloze č. 3).

⁵ Viz kapitola 2.2.1

V souvislosti s úspornými opatřeními přijatými zákonem č. 347/2010 Sb., začaly být dávky nemocenského pojištění v přechodném období od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2013 vypláceny až od 22. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti. V prvních 21 dnech byla pojištěnci vyplácena zaměstnavatelem náhrada mzdy, která i nadále v prvních 3 pracovních dnech nenáležela. Od roku 2014 začala být náhrada mzdy vyplácena zaměstnavatelem opětovně pouze za prvních 14 dní, náhrada mzdy v prvních 3 pracovních dnech se dále nevyplácí a nemocenské je poskytováno od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti.

Úroveň pracovní neschopnosti byla v průběhu sledovaného období ovlivňována také výší redukčních hranic (tab. 91 v příloze č. 3), které slouží pro výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu. Tyto hranice nebyly v některých letech aktualizovány podle mzdového vývoje, čímž došlo k prohloubení rozdílu mezi nemocenským vyplaceným v době pracovní neschopnosti a ziskem z výdělečné činnosti. Tímto se stalo setrvávání v pracovní neschopnosti více ztrátovým, což mohlo vést k dočasnému snížení její úrovně.

Kromě výše uvedených legislativních úprav v oblasti nemocenského pojištění se na úrovni pracovní neschopnosti projeví rovněž změny v oblasti důchodového pojištění. Od roku 1996 začalo docházet k plynulému zvyšování věkové hranice pro nárok na starobní důchod (MPSV, 2008), což bylo jednou z příčin narůstajícího zastoupení starších osob na trhu práce. Vzhledem k objektivně danému horšímu zdravotnímu stavu těchto osob, ovlivňovala tato skutečnost negativně vývoj pracovní neschopnosti (Gobyová, 2010).

Tab. 1 – Zásadní legislativní změny související s finanční kompenzací ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době (dočasné) pracovní neschopnosti v České republice po roce 1990

Účinná právní úprava	Rok změny	Pozměňovací zákon	Charakteristika změny	Důsledek
Zákon č. 54/1956 Sb.	1993	37/1993 Sb.	Výpočet dávek z hrubého příjmu namísto čistého. Dávky vypláceny za kalendářní dny namísto pracovních dní a směn.	Zvýšení finanční kompenzace ušlé mzdy.
	1999	61/1999 Sb.	Od 1. 10. pro výpočet redukovaného DVZ zavedeny dvě redukční hranice.	Snížení redukce při výpočtu redukovaného DVZ.
	2004	421/2003 Sb.	Snížení denní výše dávky v prvních 3 dnech PN. Redukce DVZ v prvních 14 dnech PN u částky spadající do první redukční hranice.	Snížení finanční kompenzace ušlé mzdy na počátku PN.
	2008	261/2007 Sb.	Denní výše nemocenského odstupňována dle doby trvání PN. Opakovaná změna denní výše nemocenského v prvních 3 dnech trvání PN.	Snížení finanční kompenzace u krátkodobých případů, zvýšení u dlouhodobých případů PN.
Zákon č. 187/2006 Sb.	2009	187/2006 Sb.	Nemocenské vypláceno až od 15. dne trvání DPN. Zavedeny tři redukční hranice pro výpočet redukovaného DVZ.	Úspora výdajů státního rozpočtu. Snížení redukce při výpočtu redukovaného DVZ.
		262/2006 Sb.	Zaměstnavatel vyplácí náhradu mzdy v prvních 14 dnech pracovních DPN. První 3 dny trvání DPN náhrada mzdy nepřisluší.	Zapojení zaměstnavatelů do finanční kompenzace ušlé mzdy. Snížení finanční kompenzace ušlé mzdy na počátku PN.
	2010	362/2009 Sb.	Nemocenské se vyplácí v jednotné výši (60 % redukovaného DVZ), bez ohledu na dobu trvání DPN.	Snížení finanční kompenzace i u dlouhodobé DPN.
	2011	347/2010 Sb.	V období od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2013 nemocenské vypláceno od 22. dne DPN, prvích 21 dní poskytuje zaměstnavatel náhradu mzdy.	Zvýšení participace zaměstnavatelů.

Použití zkratky: DVZ = denní vyměřovací základ, PN = pracovní neschopnost, DPN = dočasná pracovní neschopnost
Pozn.: Detailní rozpis změn redukčních hranic, výpočtu redukovaného DVZ a denní výše nemocenského v jednotlivých letech je obsažen v příloze č. 3.

2.3 Dávky kompenzující ušlý příjem z výdělečné činnosti v době (dočasné) pracovní neschopnosti

V době pracovní neschopnosti náleží nemocensky pojištěnému pracovníkovi finanční částka, jež mu do určité míry kompenzuje ušlý příjem z výdělečné činnosti, kterého by dosáhl za předpokladu, že by nebyl nemocen nebo zraněn.

Do roku 2008 (včetně) byl ušlý příjem kompenzován výlučně dávkou nemocenského pojištění, konkrétně nemocenským. V roce 2009 byla kompenzace ušlé mzdy rozdělena do dvou částí. V prvních 14 dnech (od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2013 v prvních 21 dnech) dočasné pracovní neschopnosti byla pojištěnci zaměstnavatelem za pracovní dny poskytována náhrada mzdy, která však v prvních 3 dnech dočasné pracovní neschopnosti nenáležela. Od 15., resp. 22 dne, bylo vypláceno nemocenské, jakožto dávka nemocenského pojištění. Nemocenské bylo vypláceno za kalendářní dny a podpůrní doba, tedy doba, po kterou mohlo být nejdéle vypláceno, činila 365 dní⁶.

2.2.1 Princip výpočtu nemocenského

Nemocenské je dávkou nemocenského pojištění, je poskytováno ze státního rozpočtu a je vypláceno za kalendářní dny. Při výpočtu jeho výše se vychází z denního vyměřovacího základu pojištěnce a počtu dní strávených v pracovní neschopnosti.

Denní vyměřovací základ se zjistí tak, že se započitatelný příjem (tj. veškerý příjem podléhající odvodu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti) zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období (zpravidla 12 kalendářních měsíců), které předchází vzniku dočasné pracovní neschopnosti či karantény, dělí počtem kalendářních dnů připadajících na rozhodné období. Mezi tyto dny se nezapočítávají tzv. vyloučené dny, jimiž jsou např. dny dočasné pracovní neschopnosti. Vyloučené dny tedy snižují počet dní započtených do rozhodného období.

Výše denního vyměřovacího základu se dále redukuje pomocí tzv. redukčních hranic. Ty jsou zpravidla aktualizovány podle mzdového vývoje a tím je zaručena určitá dynamičnost systému. Do září 1999 byla limitem denního vyměřovacího základu jedna redukční hranice, od října 1999 byl denní vyměřovací základ limitován prostřednictvím dvou redukčních hranic a v roce 2009 byly zavedeny tři redukční hranice.⁷

Z redukovaného vyměřovacího základu je následně vypočítána denní dávka nemocenského. Její výše je určována tím, jaký podíl z vypočteného redukovaného denního vyměřovacího základu je pro její výpočet použit. Do roku 2009 platilo, že s rostoucí délkou pracovní neschopnosti rostla rovněž denní výše dávky, neboť byla započítávána větší část redukovaného denního

⁶ Dle § 26 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění podpůrní doba u nemocenského začíná 15., resp. 22. kalendářním dnem trvání dočasné pracovní neschopnosti a trvá nejdéle 380 kalendářních dnů ode dne vzniku DPN. Nemocenské může být poskytováno za určitých okolností i po uplynutí podpůrní doby, a to v případech, kdy je možno na základě vyjádření příslušného orgánu očekávat, že zaměstnanec v krátké době nabude pracovní schopnosti. Takto je však možno poskytovat nemocenské nejdéle po dobu jednoho roku od uplynutí podpůrní doby.

⁷ Výše jednotlivých redukčních hranic a podíl redukovaného denního vyměřovacího základu použitého pro výpočet denní výše dávky v příslušných letech je uveden v příloze č. 3.

vyměřovacího základu. Od roku 2010 byla denní výše dávky ve všech dnech dočasné pracovní neschopnosti stejná (tab. 92 v příloze č. 3).

2.2.2 Princip výpočtu náhrady mzdy

Náhrada mzdy, jakožto nová forma finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti na počátku dočasné pracovní neschopnosti, byla zavedena od 1. 1. 2009. Náhrada mzdy byla v prvních 14 dnech dočasné pracovní neschopnosti, a v období od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2013 v prvních 21 dnech, poskytována zaměstnavatelem. Náhrada mzdy náleží pouze za pracovní dny, přičemž v důsledku zavedení karenční lhůty není vyplácena v prvních 3 pracovních dnech dočasné pracovní neschopnosti, resp. v prvních 24 neodpracovaných hodinách z rozvržených směn.

Výše náhrady mzdy je stanovena z průměrného hrubého hodinového výdělku zaměstnance dosaženého v rozhodném období, tj. předchozího kalendářního čtvrtletí, který se vypočte jako podíl hrubého příjmu a počtu odpracovaných hodin v tomto období. Průměrný hrubý hodinový výdělek se pro účely náhrady mzdy, obdobně jako denní vyměřovací základ v případě nemocenského, dále upravuje pomocí hodinových redukčních hranic, které jsou odvozeny z redukčních hranic určených pro výpočet dávek nemocenského (tab. 91 v příloze č. 3). Hodinové redukční hranice pro náhradu mzdy jsou stanoveny tak, že se redukční hranice určené pro redukci denního vyměřovacího základu při výpočtu nemocenského vynásobí koeficientem 0,175 (MPSV, 2009).

Z redukovaného průměrného hodinového výdělku je následně stanovena výše náhrady mzdy, která se vyplácí od 4. pracovního dne dočasné pracovní neschopnosti.

V následujícím textu bude popsán výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti z důvodu (dočasné) pracovní neschopnosti po roce 1990. Jako mezník byl zvolen rok 2009, v němž došlo k zásadní změně v principech provádění nemocenského pojištění.

2.2.3 Výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy do 31. 12. 2008

Do konce roku 2008 byla finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti kompenzována výlučně nemocenským, tj. dávkou nemocenského pojištění hrazenou ze státního rozpočtu. Jeho výše se však měnila v závislosti na úpravách parametrů vstupujících do výpočtu denní výše této dávky.

V průběhu sledovaného období docházelo ke změně počtu a výše redukčních hranic sloužících k redukci denního vyměřovacího základu a měnil se také podíl denního vyměřovacího základu, který byl pro výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu použit. Výše dávky se po celé období lišila v závislosti na délce pracovní neschopnosti a byla určována tím, jaký podíl z vypočteného redukovaného denního vyměřovacího základu byl použit.

Do 30. 9. 1999 byla pro výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu používána pouze jedna redukční hranice ve výši 270 Kč (tab. 91 v příloze č. 3). Část denního vyměřovacího základu pojištěnce, která spadala do této redukční hranice, byla pro výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu započtena celá, tj. ze 100 %, k částce nad tuto

hranici se nepřihlíželo (tab. 92 v příloze č. 3). Maximální výše redukováného denního vyměřovacího základu tedy činila 270 Kč. Redukovaný vyměřovací základ pojištěnce byl následně použit k výpočtu denní výše dávky nemocenského. V prvních 3 dnech pracovní neschopnosti činila výše dávky 50 % z redukováného DVZ, od 4. dne již 69 % z redukováného DVZ. Maximální výše denní dávky nemocenského v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti tedy činila 135 Kč, od 4. dne mohlo být pojištěnci vyplaceno maximálně 186 Kč za den (tab. 91 v příloze č. 3).

Od 1. 10. 1999 začaly být pro výpočet redukováného DVZ používány dvě redukční hranice (tab. 91 v příloze č. 3). Do konce roku 2003 se částka spadající do první redukční hranice započítávala celá, tj. ze 100 %, částka mezi první a druhou redukční hranicí z 60 % a k částce převyšující druhou redukční hranici se nepřihlíželo (tab. 92 v příloze č. 3). Parametry pro výpočet denní výše dávky nemocenského zůstaly stejné jako v předešlém období, tj. v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti pojištěnci náleželo nemocenské ve výši 50 % z redukováného DVZ, v následujících dnech trvání bylo pro výpočet denní výše dávky použito 69 % z redukováného DVZ. Maximální výše redukováného DVZ i maximální výše dávky se lišily dle hodnot stanovených pro redukční hranice v jednotlivých letech (tab. 91 v příloze č. 3).

Od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2007 zůstal počet redukčních hranic nezměněn; v závislosti na délce trvání pracovní neschopnosti se však změnil princip započítávání částí DVZ pojištěnce při výpočtu redukováného DVZ. Na rozdíl od předešlého období se částka spadající do první redukční hranice započítávala celá, tj. ze 100 %, až od 15. dne trvání pracovní neschopnosti, zatímco v prvních 14 dnech nemoci bylo pro výpočet redukováného DVZ použito pouze 90 % DVZ. Částka mezi první a druhou redukční hranicí se bez ohledu na délku trvání nemoci, stejně jako v předešlém období, započítávala z 60 % a k částce převyšující druhou redukční hranici se nepřihlíželo (tab. 92 v příloze č. 3). Pro výpočet denní výše dávky nemocenského bylo v tomto období v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti použito 25 % z redukováného DVZ a od 4. dne jejího trvání 69 % redukováného DVZ. Ve srovnání s předešlým obdobím tak došlo k výraznému poklesu míry kompenzace ušlé mzdy na počátku pracovní neschopnosti, a to zejména v prvních 3 dnech nemoci, jak již bylo zmíněno výše⁸.

V roce 2008 byly i nadále pro výpočet redukováného DVZ stanoveny dvě redukční hranice. Částka DVZ pojištěnce spadající do první redukční hranice se po celou dobu nemoci do výpočtu redukováného DVZ započítávala z 90 % a byl tak odstraněn vliv délky pracovní neschopnosti zavedený v předešlém období. Částka DVZ mezi první a druhou redukční hranicí se i nadále započítávala z 60 % a k částce přesahující druhou redukční hranici se nepřihlíželo.

Velké změny v průběhu jediného roku byly provedeny při stanovování principu výpočtu denní výše nemocenského v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti (tab. 92 v příloze č. 3). Od 1. 1. 2008 do 29. 6. 2008 nebylo nemocenské v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti vůbec vypláceno. Po dobu letních prázdnin přechodně dosahovalo úrovně 60 % z redukováného DVZ a od 1. 9. do 31. 12. 2008 bylo v prvních 3 dnech poskytováno ve výši 25 % z redukováného DVZ.

V roce 2008 bylo rovněž zavedeno větší odstupňování výše nemocenského v závislosti na délce trvání pracovní neschopnosti. V prvních 3 dnech činila výše dávky 0 %, resp. 60 %, resp.

⁸ Maximální výše denní dávky a výše redukčních hranic jsou znázorněny v tab. 91 v příloze č. 3.

25 % z redukovaného DVZ (viz předešlý odstavec), od 4. do 30. dne bylo vypláceno nemocenské ve výši 60 % z redukovaného DVZ, od 31. dne do 60. dne ve výši 66 % a od 61. dne ve výši 72 % redukovaného DVZ (tab. 92 v příloze č. 3).

2.2.4 Výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy od 1. 1. 2009

Od roku 2009 se významně změnil princip provádění nemocenského pojištění. Do finanční kompenzace ušlé mzdy byli zapojeni zaměstnavatelé, kteří v prvních 14, resp. 21 dnech dočasné pracovní neschopnosti, poskytovaly svým zaměstnancům náhradu mzdy; byla zavedena karenční lhůta, která znamenala nulovou finanční kompenzaci v prvních 3 dnech dočasné pracovní neschopnosti a nemocenské začalo být vypláceno až od 15., resp. 22. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti.

Od tohoto roku se tedy finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době dočasné pracovní neschopnosti skládá ze dvou částí – náhrady mzdy poskytované zaměstnavatelem a nemocenského vypláceného ze státního rozpočtu Českou správou sociálního zabezpečení, resp. okresními správami sociálního zabezpečení.

Princip výpočtu obou finančních kompenzací je podobný, resp. výpočet náhrady mzdy vychází z parametrů stanovených pro výpočet nemocenského. Rozdíl spočívá mj. v tom, že v případě nemocenského výpočet směřuje k výpočtu denní výše dávky, zatímco v případě náhrady mzdy se výpočtem stanovuje její hodinová výše. V obou případech jsou použity redukční hranice. Zatímco v případě nemocenského je redukován denní vyměřovací základ, v případě náhrady mzdy je pomocí hodinových redukčních hranic upravován průměrný hodinový výdělek pojištěnce. Hodinové redukční hranice jsou přitom odvozeny z redukčních hranic určených pro výpočet dávek nemocenského (tab. 91 v příloze č. 3), a to tak, že se redukční hranice pro výplatu nemocenského vynásobí koeficientem 0,175 (MPSV, 2009).

Od roku 2009 byly nově pro výpočet redukovaného DVZ, a tím zároveň také pro výpočet redukovaného průměrného hodinového výdělku, stanoveny tři redukční hranice. I nadále platilo, že částka denního vyměřovacího základu, resp. v případě náhrady mzdy částka průměrného hodinového výdělku, spadající do první redukční hranice byla započítávána z 90 % a částka mezi první a druhou redukční hranicí z 60 %. Nově byla přidána třetí redukční hranice, pro kterou bylo stanoveno, že částka mezi druhou a třetí redukční hranicí se započítávala z 30 % a k částce přesahující tuto hranici se při výpočtu nepřihlíželo (tab. 92 v příloze č. 3).

Počty redukčních hranic ani podíly denního vyměřovacího základu, resp. průměrného hodinového výdělku pojištěnce, použité pro následný výpočet redukovaného DVZ, resp. redukovaného průměrného hodinového výdělku, se v následujících letech neměnily. Docházelo pouze k úpravám výpočtu denní výše dávky nemocenského a počtu dní, za něž bylo nemocenské a náhrada mzdy poskytovány.

V roce 2009 se nemocenské vyplácelo od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a tento rok byl zároveň posledním, v němž byl zachován progresivní nárůst výše dávky v závislosti na délce dočasné pracovní neschopnosti (tab. 92 v příloze č. 3). Pro stanovení výše dávky nemocenského od 15. do 30. dne bylo použito 60 % z redukovaného DVZ, od 31. dne do 60. dne 66 % a od 61. dne 72 % redukovaného DVZ. S přihlédnutím k faktu, že nemocenské bylo vypláceno až od 15. dne trvání nemoci, se tedy jednalo o stejný princip výpočtu jako v roce

2008. Náhrady mzdy byla poskytována v prvních 14 dnech pracovní neschopnosti, a to ve výši 60 % z redukovaného průměrného hodinového výdělku. V prvních 3 pracovních dnech nemoci však nenáležela.

V roce 2010 bylo nemocenské nadále vypláceno od 15. dne dočasné pracovní neschopnosti, denní výše dávky však bez ohledu na délku trvání nemoci činila 60 % z redukovaného DVZ (tab. 92 v příloze č. 3). Tato úprava byla důsledkem přijetí úsporných opatření, tzv. Janotova balíčku. V případě vyplácení náhrady mzdy nedošlo k žádné změně.

Od roku 2011 do konce roku 2013 se nemocenské vyplácelo až od 22. dne trvání pracovní neschopnosti, přičemž denní výše dávky i nadále představovala 60 % z redukovaného DVZ. V návaznosti na změnu vyplácení nemocenského náležela náhrada mzdy v prvních 21 dnech dočasné pracovní neschopnosti, přičemž v prvních 3 pracovních dnech se nevyplácela. Její výše i nadále představovala 60 % z redukovaného hodinového výdělku pojištěnce.

V následujících modelových příkladech (příklady 2 a 3) je ukázán výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy v letech 2007 a 2009. Oba příklady znázorňují výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy při pracovní neschopnosti v délce 20 dní, což následně umožňuje provést srovnání její výše.

Příklad 2

Výpočet nemocenského pro rok 2007 je ukázán na následujícím modelovém příkladu. Osoba čerpající po 20 dní nemocenské dávky pobírala v rozhodném období předcházejícím pracovní neschopnosti (12 měsíců) hrubou měsíční mzdu 22 000 Kč. Hrubý příjem za toto rozhodné období tedy činil 264 000 Kč ($22\,000 \cdot 12 = 264\,000$). Vydělením tohoto příjmu počtem kalendářních dnů a jeho zaokrouhlení na dvě desetinná místa byl získán denní vyměřovací základ, který činil 723,29 Kč ($264\,000/365 = 723,29$).⁹

Denní vyměřovací základ byl upraven pomocí dvou redukčních hranic. Výše první redukční hranice v roce 2007 činila 550 Kč, částka spadající do této hranice se v prvních 14 dnech DPN započítávala z 90 %; druhá redukční hranice činila 790 Kč a částka mezi první a druhou redukční hranicí se započítávala z 60 %. Denní vyměřovací základ pro výplatu v prvních 14 dnech pracovní neschopnosti byl tedy upraven následovně: $550 \cdot 0,9 + (723,29 - 550) \cdot 0,6 = 599$ Kč.¹⁰

Výše denní dávky nemocenského se lišila na základě délky pracovní neschopnosti. V prvních třech dnech byl redukovaný denní vyměřovací základ (599 Kč) započítán z 25 % ($599 \cdot 0,25 = 150$ Kč), v následujících jedenácti dnech pracovní neschopnosti z 69 % ($599 \cdot 0,69 = 414$ Kč). Za prvních 14 dní pracovní neschopnosti tak osoba získala 5 004 Kč ($150 \cdot 3 + 414 \cdot 11 = 5\,004$).¹¹

Redukovaný denní vyměřovací základ nemocenského pro pracovní neschopnost delší 15 dnů, se odlišoval neredukováním částky DVZ spadající do první redukční hranice. V roce 2007

⁹ Dle § 18 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění se denní vyměřovací základ zaokrouhluje s přesností na 2 platná desetinná místa.

¹⁰ Dle § 21 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění se redukovaný DVZ zaokrouhluje na celé koruny nahoru.

¹¹ Dle § 17 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění se výše dávky za kalendářní den zaokrouhluje nahoru.

tedy redukovaný DVZ činil: $550 + (723,29 - 550) * 0,6 = 654$ Kč. Pro výpočet denní dávky bylo použito 69 % z redukovaného denního vyměřovacího základu. Výše denní dávky při pracovní neschopnosti trvající déle než 15 dní tedy činila 452 Kč ($654 * 0,69 = 452$). Za zbývajících 6 dní pracovní neschopnosti, tj. od 15. do 20. dne, osoba získala 2 712 Kč ($452 * 6 = 2712$).

Za dobu strávenou v pracovní neschopnosti (20 dní) bylo pojištěnci vyplaceno nemocenské ve výši 7 716 Kč ($5004 + 2712 = 7716$). Byla-li by osoba zdravá a vykonávala výdělečnou činnost, její hrubý příjem ze zaměstnání by za 20 dní činil 14 460 Kč. Tato částka by však, na rozdíl od nemocenského, dále podléhala zdanění. Čistý příjem bezdětné osoby za toto období by činil 11 480 Kč. Osoba si svou nemocí způsobila finanční ztrátu ve výši 3 764 Kč ($11480 - 7716 = 3764$).

Příklad 3

Na následujícím modelovém příkladu je ukázán výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy v roce 2009 při dočasné pracovní neschopnosti trvající 20 dní. Část ušlé mzdy byla zaměstnanci kompenzována formou náhrady mzdy vyplácené zaměstnavatelem, zbývajíc část byla kompenzována nemocenským, tedy dávkou nemocenského pojištění.

Osoba v dočasné pracovní neschopnosti pobírala předcházejících 12 měsíců stálou hrubou měsíční mzdu ve výši 22 000 Kč.

V prvních 14 dnech náležela nemocensky pojištěné osobě náhrada mzdy, vyplácená zaměstnavatelem. V důsledku zavedení karenční doby však v prvních 3 pracovních dnech k žádné finanční kompenzaci vyplácené přímo pojištěnci nedocházelo. Průměrný hodinový výdělek za rozhodné období (čtvrtletí) činil 125 Kč (hrubá mzda vyplácená za předchozí 3 měsíce dělená počtem odpracovaných hodin; $66000/528=125$). Tento průměrný hodinový výdělek spadal do první hodinové redukční hranice, která v roce 2009 činila 137,55 Kč (první redukční hranice stanovená pro redukci denního vyměřovacího základu za účelem výpočtu nemocenského činila 786 Kč, po vynásobení koeficientem 0,175 byla získána redukční hranice pro výpočet redukovaného hodinového výdělku; $786 * 0,175 = 137,55$), a byl proto redukován 90 % na částku 113 Kč ($125 * 0,9 = 113$).¹²

Z takto redukovaného průměrného hodinového výdělku bylo pro výplatu hodinové náhrady mzdy použito 60 %. Nemocensky pojištěné osobě tak náležela náhrada mzdy za hodinu dočasné pracovní neschopnosti ve výši 68 Kč ($113 * 0,6 = 68$). Výše náhrady mzdy za hodinu se dále násobila počtem hodin strávených v dočasné pracovní neschopnosti, přičemž za první pracovní 3 dny (24 hodin) náhrada mzdy nepřislušela. Za prvních 14 dní dočasné pracovní neschopnosti získala osoba na náhradě mzdy od zaměstnavatele 3 808 Kč ($68 * 56 = 3808$). Toto platí za předpokladu, že osoba měla 8 hodinovou pracovní dobu rozvrženou od pondělí do pátku a onemocněla v pondělí. Za první 3 dny, tj. pondělí, úterý a středu, jí náhrada mzdy nepřislušela. Vzhledem k tomu, že náhrada mzdy se vyplácí za pracovní dny, dostala ji tedy za čtvrtek a pátek a za pracovní dny celého následujícího týdne, tzn. celkem 7 pracovních dní, což odpovídá 56 pracovním hodinám.

¹² Dle § 192 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, se pro účely stanovení náhrady mzdy nebo platu zjištěný průměrný výdělek upraví obdobným způsobem, jakým se upravuje denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského z nemocenského pojištění.

Od 15. dne do konce dočasné pracovní neschopnosti bylo za kalendářní dny vypláceno nemocenské. Vzhledem k délce dočasné pracovní neschopnosti v tomto modelovém příkladu (20 dní) tak bylo pojištěnci vypláceno nemocenské za zbývajících 6 dní.

Hrubý příjem za rozhodné období (12 předcházejících měsíců) činil 264 000 Kč ($22000 \cdot 12 = 264000$). Vydělením tohoto příjmu počtem kalendářních dnů byl získán denní vyměřovací základ ve výši 723,29 Kč ($264000/365 = 723,29$). Tento vyměřovací základ spadl do první redukční hranice (786 Kč) a byl tudíž zredukován 90 % na 651 Kč ($723,29 \cdot 0,9 = 650,96$). Z tohoto redukovaného denního vyměřovacího základu bylo pro výpočet dávky použito 60 %, neboť dočasná pracovní neschopnost svou délkou spadala do intervalu mezi 15. až 30. dnem. Výše denní dávky činila 391 Kč ($651 \cdot 0,6 = 390,6$). Za zbývajících 6 dní dočasné pracovní neschopnosti bylo osobě vypláceno nemocenské ve výši 2 346 Kč ($391 \cdot 6 = 2346$).

Za celou dobu dočasné pracovní neschopnosti (20 dní) byla osobě kompenzována ušlá mzda částkou 6 154 Kč ($3808 + 2346 = 6154$). V případě výkonu zaměstnání osoba za 20 dní, stejně jako v příkladu 2, měla nárok na hrubou mzdu ve výši 14 460 Kč. Po zdanění by osobě byla vyplacena čistá mzda ve výši 11 480 Kč. Rozdíl mezi výší finanční kompenzace a čistou mzdou v roce 2009 činil 5 326 Kč ($11480 - 6154 = 5326$).

Vyšší finanční ztráty v roce 2009, ve srovnání s rokem 2007, byly způsobeny jednak karenční dobou v prvních 3 dnech dočasné pracovní neschopnosti a zároveň výplatou náhrady mzdy jen za pracovní dny. Díky aktualizaci redukčních hranic dle mzdové úrovně spadala osoba z příkladu 2, počítaného pro rok 2007, výši svého denního vyměřovacího základu do druhé redukční hranice, zatímco v příkladu 3, počítaného pro rok 2009, už jen do první redukční hranice. Hrubý měsíční příjem 22 000 Kč v roce 2007 byl v relativním vyjádření vyšší než v roce 2009 a proto byl více redukován.

2.4 Karenční doba

Karenční doba, tedy nekompenzování ušlého příjmu v prvních 3 dnech trvání pracovní neschopnosti, byla v České republice zavedena na počátku roku 2008. S účinností od 30. 6. 2008 však Ústavní soud tuto právní úpravu zrušil s odůvodněním, že není možné omezovat nároky pojištěnců, aniž by současně nebyla snížena platba nemocenského pojištění placená zaměstnavatelem. Ve zbývajících částech roku 2008 tak bylo pojištěnci vypláceno nemocenské po celou dobu trvání jeho pracovní neschopnosti.

Od roku 2009 byla zavedena karenční doba pro neposkytování náhrady mzdy za první 3 dny dočasné pracovní neschopnosti, nejvýše však za prvních 24 neodpracovaných hodin z rozvržených směn. V souvislosti s jejím zavedením bylo sníženo pojistné, aby bylo vyhověno námitce Ústavního soudu (ČSSZ, 2010b). Od roku 2009 kleslo pojistné na nemocenské pojištění, které platí zaměstnavatelé z 3,3 % na 2,3 % a placení pojistného zaměstnanci bylo zcela zrušeno¹³ (tab. 2).

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí je karenční doba standardním evropským řešením snahy o redukování krátkodobých pracovních neschopností. Existuje ve 12 z 15 původních

¹³ Odvodu pojistného na nemocenské pojištění se věnuje kapitola 2.6.

členských zemí Evropské unie a nejčastěji právě v délce 3 dnů. Tři dny trvá mj. ve Francii, Itálii, Irsku, Portugalsku, Rakousku, Řecku, Španělsku nebo Velké Británii. Ve Finsku dokonce 9 dní (MPSV, 2007). V žádném z výše uvedených států nebylo dle MPSV zjištěno, že by nekompenzování ušlé mzdy v prvních dnech pracovní neschopnosti vedlo pracovníky k přecházení méně vážných nemocí, následnému vzniku komplikovanějších onemocnění a zhoršení celkového zdravotního stavu populace. Tyto státy se naopak vyznačují lepším průměrným zdravotním stavem obyvatel a nižší úrovní pracovní neschopnosti (MPSV, 2007). Otázkou však zůstává, zda za nižší úrovní pracovní neschopností nestojí právě lepší zdravotní stav a vliv, resp. nulový dopad zavedení karenční lhůty je až druhotný.

2.5 Solidarita v rámci systému nemocenského pojištění

Oblast nemocenského pojištění vždy představovala, a do jisté míry stále představuje, jednu z mála oblastí přetrvávajících sociálních jistot s relativně vysokým stupněm solidarity (Krebs, 2009). Solidarita uplatňovaná v rámci systému nemocenského pojištění je dvojího typu. Jedná se o solidaritu zdravých s nemocnými a o solidaritu osob s vyššími příjmy s osobami s příjmy nižšími.

Solidarita osob s vyššími příjmy s osobami s příjmy nižšími vychází ze způsobu výpočtu výše nemocenského pojištění, jenž je pro zaměstnance stanoven jako podíl z hrubé měsíční mzdy¹⁴. Osoby s vyššími příjmy (resp. od roku 2009 jejich zaměstnavatelé) tak odvádějí do státního rozpočtu vyšší částku pojistného než osoby s příjmy nižšími. Ačkoliv výše vyplácených dávek je rovněž vypočítávána z hrubé měsíční mzdy, resp. z vyměřovacího základu, díky redukcím užívaným při jejich výpočtu platí, že s rostoucí výší příjmů z ekonomické aktivity klesá tzv. náhradový poměr (Krebs, 2009).

Za osobu s vyššími příjmy tak zaměstnavatel odvede do systému nemocenského pojištění stejný podíl z její hrubé měsíční mzdy jako za osobu s příjmy nižšími. Při výplatě nemocenského však bude osobě s vyššími příjmy nahrazen menší podíl hrubé mzdy než osobě s příjmy nižšími. Přetrvává tak rovnostářský princip, platí, že čím vyšší příjem, tím relativně nižší sociální ochrana (Krebs, 2009).

Krebs (2009) k tomuto uvádí, že všechny sociální systémy v ČR jsou založeny na kombinaci principu ekvivalence a solidarity. Princip ekvivalence bývá interpretován především jako princip zásluhovosti či výkonnosti. Předpokládá, že rozdělování důchodů, statků, podmínek atd. jednotlivcům bude realizováno tak, že bude odpovídat jejich vlastnímu výkonu, pracovní zásluze (Krebs, 2009, s. 12). Solidarita je naopak projevem vzájemného porozumění a vědomí odpovědnosti za sebe i za druhé. Je výrazem toho, že člověk je závislý na soužití ve společnosti, kterou sám utváří, a která mu také poskytuje určitý prospěch. V demokratických státech je založena na svobodné vůli lidí a jejich ochotě podřídit se zájmům širšího společenství (Krebs, 2009, s. 17).

V jednotlivých systémech je poměr uplatňování výše uvedených principů odlišný. V oblasti nemocenského pojištění dochází dle Krebse (2009) k posilování principu solidarity

¹⁴ Nemocenské pojištění OSVČ není vázáno na dosahované příjmy. OSVČ si platbou určuje výši měsíčního vyměřovacího základu, z něhož se následně vypočítává dávka, bez ohledu na výši příjmů (Michálková, 2010).

a vytěšňování principu ekvivalence. To vede jednak k zneužívání dávek, především ze strany nízkopříjmových skupin obyvatelstva, a zároveň dochází k tomu, že občané ze středních a vyšších příjmových skupin se necítí být dostatečně ochráněni a hledají alternativní řešení vzniklé sociální situace. Krebs dále uvádí, že úroveň dávek vyplácených osobám se středními a vyššími příjmy byla hluboko pod mezinárodně doporučenými standardy.

Princip solidarity systému je dále nepřímo podporován také tím, že osoby s vyššími příjmy využívají institutu dočasné pracovní neschopnosti, a tím i finanční kompenzace ušlé mzdy, výrazně méně, než osoby s příjmy podprůměrnými. Tato skutečnost může být do značné míry dána větším rozdílem mezi mzdou a vyplacenou dávkou. Vliv však patrně má rozdílná úroveň zdravotního stavu a vystavení jedinců nepříznivým vlivům okolního prostředí.

Nově přijatý zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, solidaritu vícepříjmových s méněpříjmovými občany do určité míry omezil a to změnou výpočtových parametrů dávek nemocenského pojištění (Michálková, 2010). Oproti předešlým letům byly od roku 2009 výrazně navýšeny hodnoty redukčních hranic pro výpočet denního vyměřovacího základu a zároveň byla zavedena třetí redukční hranice. Obě opatření vedla k nárůstu maximální výše denní dávky, neboť zvýšením hodnot i počtu redukčních hranic se při výpočtu redukovaného denního vyměřovacího základu u vysoce příjmových osob snížila část mzdy, která přesahovala poslední redukční hranici a k níž se při výpočtu nepřihlíželo. Zvýšení redukčních hranic znamenalo zvýšení denní dávky pro všechny poživitele nemocenského, neboť se zvýšila část mzdy, která byla do výpočtu zahrnuta z 90 %, resp. 60 %, popř. následně z 30 %.

Solidarita zdravých s nemocnými spočívá v tom, že výše pojistného je stanovena bez ohledu na předešlou či v dané profesi předpokládanou úroveň dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance či nemocensky pojištěné osoby samostatně výdělečně činné. Nemocenské pojištění je přitom pro zaměstnance povinné a pouze pro OSVČ dobrovolné, tudíž se z něj zaměstnanci nemohou vyvázat. Krebs (2009) navrhuje rovněž tuto solidaritu zdravých s nemocnými omezit a částečně nahradit principem ekvivalence. Doporučuje při stanovování výše pojistného vycházet z chování pacientů k vlastnímu zdraví, a to jak z hlediska životního stylu (požívání alkoholu, kouření a drog), tak z hlediska způsobu trávení volného času (např. extrémní sporty). Od většího důrazu na princip ekvivalence v sociálních systémech je dle něj možné očekávat úsporu veřejných financí a kromě toho i určitý impulz pro změnu sociálního chování občanů (Krebs, 2009). Autorka práce je k tomuto navrhovanému řešení skeptická a nepovažuje za vhodné stanovovat výši pojistného dle navrhovaných parametrů, a to zejména s vědomím existence vztahu (nepřímé závislosti) mezi výskytem rizikového chování a výší příjmů pracovníků.

Příklad 4

Následující modelový příklad ukazuje výše nastíněnou problematiku na konkrétních číselných hodnotách. V roce 2009 činila měsíční hrubá mzda zaměstnance A 15 000 Kč, zaměstnavatel za něj měsíčně odváděl pojistné na nemocenské pojištění ve výši 2,3 % hrubé mzdy, tedy 345 Kč. Hrubá měsíční mzda zaměstnance B činila 35 000 Kč. Zaměstnavatel za něj měsíčně odváděl pojistné na nemocenské pojištění 805 Kč, tj. rovněž 2,3 % z hrubé měsíční mzdy.

Oba zaměstnanci onemocněli a jejich dočasná pracovní neschopnost trvala 30 dní. Po dobu své nemoci měli pojištěnci nárok na náhradu mzdy poskytovanou zaměstnavatelem v první 14 dnech, a nemocenské ve zbývajících 16 dnech dočasné pracovní neschopnosti.

Výše náhrady mzdy byla vypočítána na základě průměrného hrubého hodinového výdělku v rozhodném období, které pro výpočet náhrady mzdy představovalo předchozí kalendářní čtvrtletí. Náhrada mzdy se vyplácela, na rozdíl od nemocenského, pouze za pracovní dny či směny a v prvních pracovních 3 dnech (24 hodinách) nepřislušela. Předpokládáme-li, že oba zaměstnanci měli 8 hodinovou pracovní dobu od pondělí do pátku a jejich dočasná pracovní neschopnost započala v pondělí, náhrada mzdy jim náležela za čtvrtek a pátek prvního týdne a všechny pracovní dny druhého týdne dočasné pracovní neschopnosti. Celkem tedy za 7 pracovních dní, což činilo 56 hodin.

Za předpokladu stabilních měsíčních výdělků v průběhu předcházejícího čtvrtletí, činil průměrný hodinový výdělek zaměstnance A 85,23 Kč $[(15000*3) / (176*3)=85,23]$, za předpokladu, že zaměstnanec pracoval měsíčně 22 dní, tj. při 8 hodinové pracovní době 176 hodin. Průměrný hodinový výdělek byl dále zredukován v rámci první redukční hranice (137,55 Kč) na 77 Kč $(85,23*0,9=76,71)$. Průměrný hodinový výdělek zaměstnance B činil 198,86 Kč $[(35000*3) / (176*3)=198,86]$, a byl zredukován pomocí dvou redukčních hranic (137,55 Kč a 206,15 Kč¹⁵) na 161 Kč $[137,55*0,9 + (198,86-137,55)*0,6=161]$.

Náhrada mzdy byla vyplácena od 4. pracovního dne dočasné pracovní neschopnosti ve výši 60 % průměrného redukovaného výdělku. Výše náhrady mzdy zaměstnance A za prvních 14 dní tak činila 2 588 Kč $(77*0,6*56=2588)$ ¹⁶ a zaměstnance B 5 410 Kč $(161*0,6*56=5410)$. Při srovnání částky kompenzované formou náhrady mzdy v prvních 14 dnech trvání činil rozdíl mezi hrubým příjmem z výdělečné činnosti u zaměstnance A 4 412 Kč, neboť jeho hrubý příjem za 14 dní, kdyby nebyl nemocný, by činil cca 7 000 Kč $(7000-2588=4412)$. Tomuto zaměstnanci bylo v prvních 14 dnech dočasné pracovní neschopnosti kompenzováno 37 % hrubého příjmu. Rozdíl mezi hrubým příjmem a náhradou mzdy u zaměstnance B by dosahoval 10 924 Kč, neboť tento zaměstnanec by si za 14 dnů vydělal cca 16 334 Kč $(16334-5410=10924)$. Kompenzováno mu tak bylo 33 % ušlého hrubého příjmu.

Výše nemocenského vypláceného od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti byla stanovena z denního vyměřovacího základu, který se rovná úhrnu započitatelného příjmu zaměstnance v rozhodném období a dělí se počtem kalendářních dnů rozhodného období (předchozí kalendářní rok). Za předpokladu stabilních měsíčních výdělků v průběhu předcházejícího roku činil denní vyměřovací základ zaměstnance A 493,15 Kč $[(15000*12)/365=493,15]$ a zaměstnance B 1150,68 Kč $[(35000*12)/365=1150,68]$. Vypočtený denní vyměřovací základ zaměstnance A spadal pouze do první redukční hranice (786 Kč), v níž byl zredukován na 444 Kč $(493,15*0,9=443,84)$. Denní vyměřovací základ zaměstnance B

¹⁵ První redukční hranice pro výpočet redukovaného denní vyměřovacího základu v roce 2009 činila 786 Kč, po jejím vynásobení koeficientem 0,175 byla získána první hodinová redukční hranice pro redukcí průměrného hodinového výdělku, tj. 137,55. Stejným způsobem byly vypočtena druhá hodinová redukční hranice, tj. $1178*0,175=206,15$ (tab. 91).

¹⁶ Stejně jako v příkladu 3 se předpokládá, že osoba měla 8 hodinovou pracovní dobu rozvrženou od pondělí do pátku a onemocněla v pondělí. Za první 3 dny, tj. pondělí, úterý a středu, jí náhrada mzdy nepřislušela. Vzhledem k tomu, že náhrada mzdy se vyplácí za pracovní dny, dostala ji tedy za čtvrtek a pátek a za pracovní dny celého následujícího týdne, tzn. celkem 7 pracovních dní, což odpovídá 56 pracovním hodinám.

spadal do druhé redukční hranice (1178 Kč) a byl pomocí dvou redukčních hranic zredukován na 927 Kč ($786 \cdot 0,9 + (1150,68 - 786) \cdot 0,6 = 926,21$).

Výše nemocenského od 15. do 30. dne byla určena jako 60 % denního vyměřovacího základu a vyplácela se za kalendářní dny. Zaměstnanec A náleželo nemocenské ve výši 267 Kč ($444 \cdot 0,6 = 266,4$) za den, za 16 dní dostal nemocenské ve výši 4 272 Kč ($267 \cdot 16 = 4272$). Zaměstnanec B náleželo nemocenské ve výši 557 Kč ($927 \cdot 0,6 = 556,2$) za den, tedy 8 912 Kč ($557 \cdot 16 = 8912$) za 16 dní.

Za celou pracovní neschopnost trvající měsíc (30 dní) byla zaměstnanci A vyplacena finanční kompenzaci ušlé mzdy ve výši 6 860 Kč (2 588 Kč náhrada mzdy a 4 272 Kč nemocenské), zaměstnanec B získal 14 322 Kč (5 410 Kč náhrada mzdy a 8 912 Kč nemocenské). Rozdíl mezi čistou mzdou a finanční kompenzací ušlé mzdy činil u bezdětného zaměstnance A 5 545 Kč ($12405 - 6860 = 5545$), a u zaměstnance B 11 836 Kč ($26185 - 14322 = 11836$).

Zaměstnavatelé shodně odvedli za své zaměstnance pojistné na nemocenské pojištění ve výši 2,3 % hrubé mzdy, tedy oba dva stejný podíl. V rámci finanční kompenzace ušlé mzdy (náhrada mzdy a nemocenské) však získal zaměstnanec A 45,7 % své hrubé měsíční mzdy a 55,3 % svého čistého příjmu, zaměstnanec B jen 40,9 % své hrubé měsíční mzdy a 54,7 % čisté mzdy. Zatímco zaměstnanec B odvedl měsíčně 2,33krát více než zaměstnanec A, při pracovní neschopnosti mu byla vyplacena finanční kompenzace pouze 2,14krát vyšší než zaměstnanci A.

2.6 Odvod pojistného na nemocenské pojištění

Následující kapitola se věnuje odvodu pojistného na nemocenské pojištění. Vybrané pojistné slouží k úhradě výdajů použitých na finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době nemoci nebo mateřství pojištěnce, tj. výplatu nemocenského, ošetřovného, peněžité pomoci v mateřství a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství (viz kap. 2.1).

Pojistné na nemocenské pojištění je upraveno zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Vyjma pojistného na nemocenské pojištění je v tomto zákoně upraveno také pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

Do systému nemocenského pojištění odvádějí pojistné všechny nemocensky pojištěné osoby. Do roku 2009 byla tato platba realizována částečně zaměstnavatelem pojištěnce a částečně pojištěncem samotným; od roku 2009 platí pojistné za pojištěnce pouze jejich zaměstnavatelé (tab. 2). Výše pojistného se stanoví procentní sazbou z vyměřovacího základu¹⁷ zjištěného za rozhodné období (MPSV, 2010).

¹⁷ Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním, které zakládá účast na nemocenském nebo důchodovém pojištění.

Vyměřovacím základem osoby samostatně výdělečně činné pro placení pojistného na nemocenské pojištění je tzv. měsíční základ, jehož výši si určují tyto osoby sami. Měsíční základ však nemůže být nižší než dvojnásobek částky rozhodné pro účast zaměstnanců na nemocenském pojištění podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (MPSV, 2010).

V letech 1993–1995 odváděli zaměstnavatelé na nemocenské pojištění za své zaměstnance 3,6 % z jejich vyměřovacího základu a zaměstnanci odváděli 1,2 %. Dohromady bylo za jednoho zaměstnance odvedeno 4,8 %, což odpovídalo sazbě stanovené pro OSVČ. V následujících 12 letech, tj. od roku 1996 do roku 2008, byla stanovena sazba pro všechny nemocensky pojištěné osoby ve výši 4,4 % z vyměřovacího základu. Z tohoto procentního výměru odváděl za zaměstnance 3,3 % jejich zaměstnavatel a 1,1 % platil sám zaměstnanec; OSVČ platily celou sazbu samy.

Od roku 2009 byla procentní sazba pro odvod pojistného na nemocenské pojištění snížena jak zaměstnavatelům, kteří za své zaměstnance od tohoto roku odváděli 2,3 % z jejich hrubé mzdy, tak zaměstnancům, kteří nemocenské pojištění přestali zcela platit. Spodní hranice pro odvod pojistného OSVČ byla stanovena na 1,4 % z měsíčního vyměřovacího základu a od roku 2011 zvýšena na 2,3 %, čímž byla sjednocena s výší pojistného placeného zaměstnavateli (tab. 2).

V souvislosti se zavedením náhrady mzdy doznalo odvádění pojistného na nemocenské pojištění od roku 2009 další změny. Zaměstnavatelům byla refundována polovina z náhrady mzdy, kterou svým zaměstnancům vyplatili za prvních 14 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti, a to formou odpočtu z odváděného pojistného. Zaměstnavatel si tak z částky pojistného, které byl povinen za jednotlivé kalendářní měsíce odvádět, odečetl jednu polovinu částky, kterou zúčtoval svým zaměstnancům na náhradě mzdy při dočasné pracovní neschopnosti či nařízené karanténě (MPSV, 2010). Od roku 2011 byla v souvislosti s úspornými opatřeními tato refundace poloviny z náhrady mzdy zrušena. Výjimka byla stanovena pro zaměstnavatele s méně než 26 zaměstnanci, kteří se mohli dobrovolně přihlásit do zvláštního režimu placení pojistného na sociální zabezpečení. Tento zvláštní režim spočíval v tom, že odváděli pojistné v sazbě 3,3 % namísto 2,3 %, ale mohli si i nadále odečítat z odváděného pojistného polovinu částky, kterou v kalendářním měsíci, za který pojistné platili, zúčtovali všem svým zaměstnancům na náhradě mzdy při dočasné pracovní neschopnosti či nařízené karanténě (MPSV, 2011).

Tab. 2 – Sazby pojistného na nemocenské pojištění, 1993–2013

	1993–1995	1996–2008	2009–2010	2011–2013
Zaměstnavatelé	3,60%	3,30%	2,30%	*2,30%
Zaměstnanci	1,20%	1,10%	0,00%	0,00%
OSVČ	4,80%	4,40%	1,40%	2,30%

*Pozn.: zaměstnavatelé s méně než 26 zaměstnanci mohli odvádět 3,3 % z denního vyměřovacího základu jejich zaměstnance, následně si pak mohli odečíst od pojistného polovinu částky vyplacené na náhradu mzdy.

Zdroj: ČSSZ

Kapitola 3

Metodologie a zdroje dat

3.1 Zdroje dat v České republice

Pracovní neschopnost je v rámci České republiky sledována dvěma institucemi – Českou správou sociálního zabezpečení (dále též „ČSSZ“) a Českým statistickým úřadem (dále též „ČSÚ“). Způsob získání údajů i jejich charakter je odlišný.

Česká správa sociálního zabezpečení – Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz

Česká správa sociálního zabezpečení eviduje ukončené případy pracovní neschopnosti na základě tiskopisů Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (viz příloha č. 2), tzv. neschopenek, které při vzniku pracovní neschopnosti vystavuje ošetřující lékař a zasílá je na místně příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení. Na základě těchto tiskopisů je nemocensky pojištěné osobě vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy, tzv. nemocenské. Od roku 1993 předává ČSSZ anonymizované údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále též „ÚZIS“), který data statisticky zpracovává a publikuje v ročence nazvané „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz“. Od uvedeného roku (1993) data představují 100% zachycení pracovní neschopnosti. Do této doby ÚZIS ČR zpracovával pouze výběrový vzorek 20 % (ÚZIS, 2009). Tato publikace je zaměřena především na sledování pracovní neschopnosti z lékařského hlediska, tj. na analyzování diagnóz, které pracovní neschopnost zapříčinily.

Česká správa sociálního zabezpečení statisticky sleduje ukončené případy pracovní neschopnosti a počet prostonaných dní. V rámci ročenky Ukončené případy pracovní neschopnosti jsou kromě výše uvedených údajů publikovány počty ukončených případů pracovní neschopnosti přepočtené na 100 000 nemocensky pojištěných osob, průměrná doba trvání 1 případu a průměrný denní stav práce neschopných. Počty nemocensky pojištěných osob, potřebné k některým výpočtům relativních ukazatelů, jsou přejímány z Českého statistického úřadu, stejně tak jako publikované hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti. Všechny výše uvedené ukazatele jsou členěny dle pohlaví. Počet ukončených případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob a průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti jsou dále členěny dle věkových skupin, jednotlivých kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), hlavních tříd klasifikace KZAM a krajů ČR. Počty pojištěných osob dle věkových skupin nejsou získávány z reálné evidence pojištěnců, neboť tato evidence není k dispozici, ale jsou vypočteny na základě věkové struktury ekonomicky aktivních osob. Do roku 2006 byly odhadovány z počtů ekonomicky

aktivních osob dle věkových skupin zjištěných při Sčítání lidu, domů a bytů, od roku 2007 je pro tento účel využíváno Výběrové šetření pracovních sil (ÚZIS, 2009).

Český statistický úřad – Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz

Český statistický úřad do konce roku 2011 evidoval nově hlášené případy pracovní neschopnosti na základě statistického výkazu Nem Úr (viz. příloha č. 1), který půlročně zasílali zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci. Údaje za podniky s menším počtem zaměstnanců a osoby samostatně výdělečně činné byly přejímány z České správy sociálního zabezpečení. V důsledku snižování administrativní náročnosti a zátěže zpravodajských jednotek přestal být statistický výkaz Nem Úr, počínaje rokem 2012, zařazován do Programu statistických zjišťování a byla ukončena jeho působnost. Srovnatelnost časových řad a údajů sledovaných Statistickým zjišťováním pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz „Nem Úr 1-02“ tak skončila rokem 2011 (ČSÚ, 2012b). Od roku 2012 jsou údaje ČSÚ zcela přejímány z informačního systému ČSSZ.

Český statistický úřad eviduje údaje o počtu nemocensky pojištěných osob, počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti a počtu kalendářních dnů pracovní neschopnosti. Z těchto údajů dále počítá a publikuje informace o počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, počtu kalendářních dnů na 1 případ pracovní neschopnosti, tj. průměrné trvání 1 případu, průměrné procento pracovní neschopnosti a průměrný denní stav práce neschopných. Všechny výše uvedené údaje jsou poskytovány v členění dle pohlaví, regionální příslušnosti (okresy a kraje ČR), velikosti podniku (počtu nemocensky pojištěných osob) a klasifikace ekonomických činností OKEČ (resp. CZ-NACE).

Srovnání absolutních a relativních ukazatelů pracovní neschopnosti publikovaných oběma zdroji dat o této problematice je obsaženo v tabulce č. 3. Základní rozdíl spočívá v tom, že ČSSZ (ÚZIS) statisticky sleduje počet ukončených případů pracovní neschopnosti, zatímco ČSÚ počet nově hlášených případů. Všechny následně vypočtené relativní ukazatele pocházející z daného zdroje, tj. ÚZIS nebo ČSÚ, se vždy vztahují k výše specifikovanému typu případu pracovní neschopnosti, tj. ukončenému či nově hlášenému.

Určitou specifíčností se vyznačuje absolutní ukazatel počtu kalendářních dnů pracovní neschopnosti. Tento ukazatel je publikován oběma výše uvedenými institucemi, jeho informační hodnota se však liší. V případě ČSSZ se jedná o počet dnů, které byly prostonány v rámci všech případů pracovní neschopnosti ukončených v daném období, tj. může se jednat jak o dny pracovní neschopnosti v roce ukončení případu, tak i dny v roce přecházejícím v případě, že případ pracovní neschopnosti zasahoval do více kalendářních let. V případě ČSÚ je interpretace tohoto ukazatele obtížnější. Jak již bylo uvedeno výše, ČSÚ evidoval nově hlášené případy pracovní neschopnosti na základě statistického výkazu Nem Úr, jenž za 1. pololetí a celý rok zasílali zaměstnavatelé na ČSÚ. Na tomto výkazu byl rovněž vyplňován údaj o celkovém počtu kalendářních dnů pracovní neschopnosti (obr. 38 v příloze č. 1). Princip vyplňování tohoto ukazatele byl následující: v případě, že nemoc vznikla a byla zároveň ukončena ve vykazovaném období, uvedl se skutečný počet dnů nemoci. Pokud však nemoc přesahovala období, za něž byl výkaz zasílán, tj. v době odesílání výkazu nebyla pracovní neschopnost ukončena, uvedl se počet dní od začátku nemoci do posledního dne vykazovaného období. Dny

pracovní neschopnosti v následujícím období byly pak započteny do tohoto následujícího období, tj. do jiného období, než ve kterém byl vykázán nově hlášený případ. Zatímco ČSSZ, resp. ÚZIS, podávají informaci o počtu prostonaných dnů v rámci případů ukončených ve sledovaném období, ČSÚ poskytuje údaje o počtu kalendářních dní pracovní neschopnosti v období (zpravidla roce) v němž případ vznikl.

Kromě výše popsanych rozdílů se oba zdroje dat odlišují tím, na jaké úrovni a jak tematicky zjištěná data členění. Zatímco členění dle pohlaví a krajů je oběma společné, v ostatních oblastech se rozcházejí.

Tab. 3 – Srovnání zdrojů statistických dat o pracovní neschopnosti, ČSSZ/ÚZIS vs. ČSÚ, 1993–2010

		ČSSZ/ÚZIS	ČSÚ
Absolutní ukazatele	Počet nemocensky pojištěných osob	Ne ¹	Ano
	Počty případů pracovní neschopnosti	Ukončené případy	Nově hlášené případy
	Počet kalendářní dnů pracovní neschopnosti	Ano ²	Ano
Relativní ukazatele	Počet případů pracovní neschopnosti na 100 000, resp. 100 nemocensky pojištěných osob ³	Ano	Ano
	Počet kalendářních dnů na 1 případ pracovní neschopnosti	Ano ⁴	Ano
	Průměrný denní stav práce neschopných	Ano	Ano
	Průměrné procento pracovní neschopnosti	Ne	Ano
Členění ukazatelů	dle pohlaví	Ano	Ano
	dle věkových skupin	Ano	Ne
	dle skupin diagnóz (MKN-10)	Ano	Ne
	dle příčiny vzniku (nemoc, úraz)	Ne	Ano
	dle krajů ČR (sídlo zaměstnavatele)	Ano	Ano
	dle okresů ČR (sídlo zaměstnavatele)	Ano	Ne
	dle hlavních tříd klasifikace KZAM	Ano	Ne
	dle velikosti podniku (dle počtu nemocensky pojištěných osob)	Ne	Ano
dle klasifikace ekonomických činností	Ne	Ano	

Vysvětlivky:

- 1) pro statistiku pracovní neschopnosti ÚZIS přebírá údaje o počtech nemocensky pojištěných osob od ČSÚ
- 2) ve statistice ÚZIS je tento ukazatel nazýván „Počet prostonaných dnů“
- 3) ÚZIS vztahuje počty ukončených případů pracovní neschopnosti k 100 000 nemocensky pojištěným osobám, ČSÚ vztahuje počty nově hlášených případů k 100 nemocensky pojištěným osobám
- 4) ve statistice ÚZIS je tento ukazatel nazýván „Průměrné trvání 1 případu PN“

Zdroj: ÚZIS, ČSÚ

Z důvodu výše popsanych rozdílů se údaje o pracovní neschopnosti pocházející z ČSSZ/ÚZIS, resp. ČSÚ relativně lišily, rozdílnost dat se však v průběhu času snižovala (tab. 4). V roce 2005 bylo Českou správou sociálního zabezpečení vykázáno o necelých 240tis. případů pracovní neschopnosti více, než v případě Českého statistického úřadu; tento rozdíl byl více než 7%. V roce 2010 se rozdíl, patrně díky celkovému poklesu počtu případů, snížil na necelých 40tis. případů, což představovalo 3 % z počtu případů evidovaných ČSSZ/ÚZIS.

Rozdíl v počtu kalendářních dnů pracovní neschopnosti klesl méně výrazně, a to ze 7 % v roce 2005 na 6 % v roce 2010 (tab. 4).

Tab. 4 – Počet případů a počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, dle ČSSZ/ÚZIS a ČSÚ, 2005 a 2010

	2005			2010		
	ČSSZ/ÚZIS	ČSÚ	Rozdíl	ČSSZ/ÚZIS	ČSÚ	Rozdíl
Počet případů PN	3 268 544	3 029 448	239 096	1 364 490	1 324 926	39 564
Počet kalendářních dnů PN	106 481 310	99 346 161	7 135 149	62 676 969	59 208 352	3 468 617

Pozn.: PN = pracovní neschopnost

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

Nejednotnost dat, která byla dána nejen odlišným charakterem sledovaných případů (nově hlášené vs. ukončené případy), neúplností evidence na straně ČSÚ, ale také odlišným členěním dat, neumožňuje provést některé z detailnějších analýz, které by mohly vést k objasnění trendů zjištěných na základě popisné statistiky. Není např. možné sledovat výskyt pracovní neschopnosti z hlediska diagnostických skupin v jednotlivých okresech ČR, neboť data v členění na okresy poskytuje pouze Český statistický úřad, který však neeviduje případy pracovní neschopnosti z hlediska diagnóz, jež pracovní neschopnost zapříčinily.

V rámci předkládané práce byla data z výše uvedených zdrojů použita v kapitolách 6 a 7. V kapitole věnující se trendům pracovní neschopnosti v České republice v letech 1990 až 2010 (kap. 6) byly převážně použity údaje publikované ČSÚ. Jedinou výjimkou byl počet případů členěný dle jejich intervalu délky trvání, který není ČSÚ evidován, a proto bylo využito dat ČSSZ/ÚZIS. V sedmé kapitole, která sleduje regionální rozložení pracovní neschopnosti v České republice, bylo využito výlučně dat ČSÚ, neboť ČSSZ/ÚZIS nemá takto členěná data k dispozici, resp. je nepublikuje.

Český statistický úřad – Výběrové šetření pracovních sil

Dva předešlé zdroje tzv. tvrdých dat, evidující počet případů pracovní neschopnosti a délku jejich trvání, mohou být v rámci České republiky doplněny tzv. měkkými daty, tedy daty z výběrového šetření, konkrétně z Výběrového šetření pracovních sil (dále též „VŠPS“). Šetření je prováděno Českým statistickým úřadem a sledován je pouze výskyt pracovní neschopnosti, bez ohledu na to, jak dlouho trvala. Na rozdíl od sumarizovaných údajů poskytovaných ČSSZ/ÚZIS a ČSÚ, umožňují individuální data z VŠPS sledovat podmíněnosti vzniku pracovní neschopnosti.

Výběrové šetření pracovních sil je zaměřené na zjišťování ekonomického postavení obyvatelstva na celém území republiky. Je prováděno v průběhu celého roku a respondenti jsou zpravidla dotazováni na skutečnosti, které se váží k vybranému referenčnímu týdnu. Vyhodnocování výsledků VŠPS se provádí v kalendářních čtvrtletích a za tato období jsou výsledky rovněž publikovány. Za jedno čtvrtletí se považuje 13 referenčních týdnů. Údaje získané šetřením výběrového souboru jsou následně váženy věkovou strukturou obyvatelstva ČR (ČSÚ, 2010a).

Výskyt pracovní neschopnosti byl v rámci šetření sledován u osob charakterizovaných jako „zaměstnané“. Respondentům byly položeny dvě otázky – „Co bylo příčinou jejich nepřítomnosti v zaměstnání v referenčním týdnu?“ a „Z jakého důvodu odpracovali v referenčním týdnu méně hodin než obvykle?“ – v nichž jednou z nabízených variant odpovědi byla „Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“. První otázka pokrývala všechny osoby, které v referenčním týdnu vůbec nepracovaly (ačkoliv jinak měly zaměstnání), druhá otázky se týkala osob, které sice pracovaly, ale méně než obvykle. Získané údaje měly tedy dichotomický charakter dle skutečnosti, zda k výskytu pracovní neschopnosti došlo, či nikoliv. Výskyt pracovní neschopnosti byl dále analyzován v rámci všech zaměstnaných osob, nejen v rámci těch, které byly v referenčním týdnu z jakéhokoliv důvodu nepřítomny v zaměstnání, resp. odpracovaly méně hodin než obvykle.

V rámci předkládané práce byla provedena analýza výskytu pracovní neschopnosti na základě individuálních anonymizovaných dat pocházejících z Výběrového šetření pracovních sil z let 2002 až 2008¹⁸. Podrobnější popis šetření je uveden v kapitole 8.

Srovnání dat evidovaných Českou správou sociálního zabezpečení a Českým statistickým úřadem s daty zjištěnými Výběrovým šetřením pracovních sil je problematické, neboť data mají odlišný charakter a odlišnou metodiku sběru. V rámci celostátní evidence prováděné ČSÚ, resp. ČSSZ jsou vykazovány počty případů pracovní neschopnosti, které byly nahlášený, resp. byly ukončeny v průběhu jednoho kalendářního roku. Ve Výběrovém šetření pracovních sil je zjišťován výskyt pracovní neschopnosti v rámci jednoho referenčního týdne a výsledky jsou publikovány po kalendářních čtvrtletích. Na toto časové období jsou rovněž zkonstruovány váhy, které umožňují poskytnout informaci o celém základním souboru v rámci daného čtvrtletí. Z tohoto důvodu jsou rovněž v tab. 5 uvedeny údaje v členění po jednotlivých čtvrtletích.

Tab. 5 – Počet pracovních neschopností dle ČSSZ/ÚZIS, ČSÚ a VŠPS, 2002–2008

Zdroj dat		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
VŠPS	1. čtvrtletí	178 014	240 567	174 663	201 071	140 295	164 832	146 666
	2. čtvrtletí	155 278	162 373	139 794	125 054	109 372	104 845	109 281
	3. čtvrtletí	138 169	134 705	108 470	108 604	97 319	95 225	106 737
	4. čtvrtletí	155 959	161 845	136 589	131 596	115 148	131 800	–
	Celkem	627 420	699 490	559 516	566 325	462 134	496 702	362 684
ČSSZ/ÚZIS		3 572 487	3 608 020	2 723 951	3 268 544	2 593 426	2 806 823	2 545 737
ČSÚ		3 589 680	3 621 995	2 705 662	3 029 448	2 706 725	2 726 634	2 221 739

*Pozn.: údaje VŠPS nebyly za 4. čtvrtletí roku 2008 k dispozici.

ČSSZ/ÚZIS udává počet ukončených případů pracovní neschopnosti, ČSÚ počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti. VŠPS vážený počet osob, které nebyly přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti (váhy jsou konstruovány na jednotlivá čtvrtletí).

Zdroj: ÚZIS (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz), ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), VŠPS (Výběrové šetření pracovních sil)

Dalším rozdílem je skutečnost, že ČSSZ a ČSÚ sledují počty případů v průběhu kalendářního roku, bez ohledu na to, u kolika pojištěnců k nim došlo, tj. u jednoho pojištěnce mohlo v daném období vzniknout více případů pracovní neschopnosti, zatímco VŠPS sleduje výskyt pracovní neschopnosti u každého respondenta v průběhu jednoho referenčního týdne.

¹⁸ Při zpracovávání této části práce nebyly k dispozici údaje za 4. čtvrtletí roku 2008.

U jednoho respondenta tedy mohl vzniknout pouze jeden případ pracovní neschopnosti, resp. jako jeden případ to bylo zaznamenáno, neboť nebylo možné rozlišit, zda se jednalo o různé pracovní neschopnosti. Hlavním výstupem VŠPS z hlediska pracovní neschopnosti je tedy počet respondentů, u kterých se ve sledovaném období, tj. v rámci referenčního týdne, vyskytla pracovní neschopnost; není sledován počet případů, jako je tomu v celostátní evidenci ČSSZ a ČSÚ.

Pokusíme-li se i přes výše uvedené skutečnosti o porovnání jednotlivých údajů, dojdeme k závěru, že výskyt pracovní neschopnosti v rámci VŠPS je, ve srovnání s ostatními zdroji dat, výrazně podhodnocen (tab. 5).

The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - European Working Conditions Survey

Posledním zdrojem dat použitých v této práci bylo mezinárodní výběrové šetření – Evropský výzkum pracovních podmínek (European Working Conditions Survey – EWCS). Toto výběrové šetření probíhá v pětiletých intervalech již od roku 1990 a je realizováno Evropskou nadací pro zlepšení životních a pracovních podmínek (The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound). Jeho cílem je získat poznatky o pracovních podmínkách respondentů. Předmětem šetření byly, obdobně jako v případě VŠPS, osoby starší 15 let považované za zaměstnané a většina otázek byla vztažena ke stanovenému referenčnímu týdnu (Eurofound, 2013).

V rámci šetření bylo mj. sledováno chování pracovníka v době jeho nemoci ve vztahu k docházce do zaměstnání; tedy skutečnost, zda v době nemoci zůstal doma a léčil se, nebo zda i nadále docházel do zaměstnání. Na základě otázky „Kolik dní jste byl/a v uplynulých 12 měsících celkem nepřítomen/a ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů?“ byl zjišťován výskyt pracovní neschopnosti, tedy pracovní absence, a na základě otázky „Pracoval/a jste v uplynulých 12 měsících, když jste byl/a nemocný/á?“ byl naopak sledován výskyt prezentismu, tedy výkonu výdělečné činnosti pracovníkem navzdory akutně probíhající nemoci. Pokud pracovník odpověděl kladně, tj. že pracoval v době nemoci, byl vyzván k uvedení počtu dní, po které takto jednal.

Na základě individuálních anonymizovaných dat získaných v rámci tohoto šetření v roce 2010 byla provedena analýza výskytu absence (pracovní neschopnosti) a prezence (prezentismu) nemocného pracovníka v zaměstnání v České republice a výsledky byly srovnány s výskytem těchto jevů v rámci zemí Evropské unie. Podrobnější popis šetření je uveden v kapitole 10.

Data získaná v rámci EWCS měla, na rozdíl od dat pocházejících z VŠPS, dvojí charakter; jednak poskytovala informaci o samotném výskytu pracovní neschopnosti a prezentismu, tj. zda k výskytu došlo či nikoliv, a dále umožnila specifikovat dobu trvání obou sledovaných jevů. Na rozdíl od VŠPS byly informace o výskytu pracovní neschopnosti a prezentismu zjišťovány za předešlých 12 měsíců, což v případě pracovní neschopnosti do jisté míry umožnilo srovnání s daty pocházejícími z celostátní evidence ČSÚ a ČSSZ/ÚZIS.

Evropský výzkum pracovních podmínek probíhal v České republice v průběhu února 2010, předešlými 12 měsíci byl tedy únor 2009 až leden 2010, a proto byl pro srovnání s výše uvedenými zdroji dat v tab. 6 použit rok 2009. Při srovnávání je zapotřebí zohlednit již dříve uvedené skutečnosti, a to, že ČSSZ/ÚZIS eviduje ukončené případy pracovní neschopnosti, zatímco ČSÚ případy nově hlášené. EWCS ve srovnání s těmi zdroji však nesleduje počty případů, ale počty respondentů, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, přičemž u jednoho respondenta se v průběhu sledovaného období mohlo vyskytnout více případů. Tato informace však v rámci EWCS zaznamenávána nebyla.

Po vážení získaných výsledků EWCS na věkovou strukturu pracující populace v České republice bylo zjištěno, že v průběhu sledovaného období bylo v pracovní neschopnosti 1,94 mil. osob, což výrazně převyšuje počty případů evidovaných ČSSZ/ÚZIS (1,48 mil.) a ČSÚ (1,44 mil.) a zároveň je tímto popřen výše uvedený předpoklad o vyšším počtu případů pracovní neschopnosti u jednoho respondenta. Tato skutečnost mohla být částečně zdůvodněna tím, že v rámci EWCS byly sledovány rovněž pracující osoby, které však nebyly nemocensky pojištěny (např. OSVČ bez dobrovolného nemocenského pojištění, osoby pracující bez pracovní smlouvy, atd.), které tudíž nebyly vykazovány v rámci statistik ČSSZ/ÚZIS ani ČSÚ. Větší počet osob nepřítomných v zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu zjištěný v rámci EWCS, než počet případů pracovní neschopnosti evidovaný ČSÚ a ČSSZ/ÚZIS, je možné interpretovat také tak, že ne každá nepřítomnost v zaměstnání, ačkoliv byla zapříčiněna zdravotním problémem, byla řešena odchodem do pracovní neschopnosti, ale respondenti mohli pro léčbu využít např. dovolenou, popř. indispoziční volno. V těchto případech by pak respondent skutečně nebyl přítomen v zaměstnání z důvodu nemoci, tato nemoc by však nebyla zaevidována do statistik ČSSZ a ČSÚ.

Na rozdíl od počtu pracovních neschopností, počet prostonaných dnů zjištěný na základě dat EWCS byl výrazně nižší, než uváděl ÚZIS a ČSÚ (tab. 6).

Tab. 6 – Počet pracovních neschopností a počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, dle ČSSZ/ÚZIS, ČSÚ a EWCS, 2009

	ČSSZ/ÚZIS	ČSÚ	EWCS
Počet pracovních neschopností*	1 483 301	1 441 516	1 944 114
Počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti	71 766 281	64 955 994	31 110 762

*Pozn.: u ČSSZ/ÚZIS a ČSÚ jsou uvedeny počty případů pracovní neschopnosti, u EWCS je uveden vážený počet osob, které deklarovaly, že nebyly ze zdravotních důvodů přítomny v zaměstnání.

Zdroj: ÚZIS, ČSÚ, EWCS

3.2 Ukazatele pracovní neschopnosti

V následující kapitole je představen výpočet ukazatelů pracovní neschopnosti použitých v této práci v kapitolách 6 a 7.

Základními údaji, které jsou v souvislosti s výskytem pracovní neschopnosti evidovány, jsou počty případů a počty prostonaných dnů. Nepostradatelným údajem je také počet nemocensky pojištěných osob. Z těchto vstupních, absolutních údajů jsou následně počítány údaje relativní – počet případů (nově hlášených/ukončených) pracovní neschopnosti na

100 nemocensky pojištěných osob¹⁹, průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti a průměrné procento pracovní neschopnosti.

K popisu stavu a vývoje sledovaného jevu slouží převážně údaje relativní, neboť zohledňují počet nemocensky pojištěných osob v jednotlivých územních jednotkách a časových obdobích, tedy osob, u nichž může studovaná událost nastat. Při snaze o komplexní postihnutí problematiky však nelze odhlédnout ani od absolutních údajů, které vyjadřují jednak celkový objem a rozsah sledovaného jevu a zároveň slouží k vyčíslení ztrát národního hospodářství.

Základním ukazatelem pracovní neschopnosti, který odráží relativní četnost jejího výskytu, je počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob (ČSÚ, 2011a). Jedná se o ukazatel, který bývá interpretován jako údaj o podílu nemocensky pojištěných osob, u nichž došlo ke vzniku / ukončení pracovní neschopnosti. Vzhledem k tomu, že u jedné osoby může v průběhu sledovaného období dojít k opakované pracovní neschopnosti a u jiné osoby naopak tento stav nemusí nastat vůbec, jedná se o interpretaci ne zcela přesnou. Přesto, s vědomím této skutečnosti, bude používána v rámci této práce. **Počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob** v období t se vypočte podle vzorce:

$$ppn = \frac{{}_t B^{pn}}{{}_t P^p} * 100$$

kde ${}_t B^{pn}$ značí počet případů pracovní neschopnosti v čase t a ${}_t P^p$ průměrný počet pojištěných osob v čase t .

Pravděpodobně s ohledem na výše uvedenou skutečnost je výskyt pracovní neschopnosti v publikaci Základy demografie (Pavlík a kol. 1986) definován jakožto míra, tedy vztažený ku 1 000 nemocensky pojištěných osob. **Míra incidence pracovní neschopnosti** se následně vypočítá:

$$mipn = \frac{{}_t B^{pn}}{{}_t P^p} * 1000$$

kde ${}_t B^{pn}$ značí počet případů pracovní neschopnosti v čase t a ${}_t P^p$ průměrný počet nemocensky pojištěných osob v čase t (Pavlík a kol. 1986, s. 227).

Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti, tedy počet kalendářních dnů připadajících na jeden případ pracovní neschopnosti, se vypočítá:

$$pdpn = \frac{\sum {}_t d_i * {}_t B_i^{pn}}{\sum {}_t B_i^{pn}}$$

¹⁹ ČSÚ vztahuje počet případů na 100 nemocensky pojištěných osob, ÚZIS jej vztahuje ku 100 000 nemocensky pojištěných osob. V rámci této práce je použit přepočten na 100 nemocensky pojištěných osob.

kde, tB_i^{pn} značí i -tý případ pracovní neschopnosti v čase t a d_i je doba jeho trvání ve dnech. Celkový počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti tedy dělíme počtem případů pracovní neschopnosti a získáme tak průměrné trvání jednoho případu (ČSÚ, 2011a). Tento ukazatel je velmi citlivý na počet případů; k růstu jeho hodnot může docházet i v situaci, kdy počet případů i počet prostonaných dnů klesají, avšak v důsledku např. výraznějšího poklesu krátkodobých případů se celkový počet případů snižuje dynamičtěji, než počet prostonaných dnů. Narůstající hodnoty tohoto ukazatele tak vždy nemusejí odrážet zhoršující se vývoj sledovaného jevu.

Souhrnným ukazatelem, který zohledňuje počet případů pracovní neschopnosti a délku jejich trvání v relaci k počtu nemocensky pojištěných a kalendářnímu roku, je **průměrné procento pracovní neschopnosti** (ČSÚ, 2012c), neboli ukazatel stavu práce neschopných. Vypočte se:

$$uspn = \frac{\sum_t d_i * B_i^{pn}}{P^p * 365} * 100$$

kde, tB_i^{pn} značí i -tý případ pracovní neschopnosti v čase t , d_i je doba jeho trvání ve dnech, P^p počet nemocensky pojištěných osob v čase t a 365 značí počet kalendářních dnů daného období. Celkový počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti tedy dělíme počtem pojištěných osob vynásobených počtem dnů v roce (ČSÚ, 2011a). Po vynásobení výsledné hodnoty 100 získáme ukazatel, informující nás o podílu nemocensky pojištěných osob, které průměrně denně absentovaly na pracovišti z důvodu pracovní neschopnosti (ČSÚ, 2012c).

3.3 Metodologie

Následující kapitola představuje v práci použité statistické metody a jejich aplikaci. Kapitola se skládá ze dvou částí. V přehledu použitých statistických postupů je čtenář seznámen s teoretickými základy metod, v druhé části je popsáno jejich užití v předkládané práci.

3.3.1 Použité statistické postupy

V této podkapitole jsou představeny teoretické základy statistických metod použitých v předkládané práci.

Míry variability

V kapitole 7 byly za účelem popsání vývoje diferenciací úrovně pracovní neschopnosti v krajích a okresech České republiky použity míry variability, které slouží k popsání kolísání (rozptýlenosti) měřené veličiny okolo střední hodnoty celého datového souboru (Hendl, 2004).

Nejjednodušší a zároveň velice hrubou mírou variability je **variační rozpětí**, které udává rozdíl mezi maximální a minimální hodnotou v souboru. Jeho nevýhodou je velká citlivost vůči odlehlým hodnotám a skutečnost, že nezohledňuje proměnlivost jednotlivých hodnot v souboru (Hendl, 2004).

$$R = x_{\max} - x_{\min}$$

Nejpoužívanější mírou variability veličiny v daném souboru je **rozptyl**. Jedná se o průměrnou kvadratickou odchylku měření od aritmetického průměru (Hendl, 2004). Počítá se pomocí čtverců odchylek dat od průměru a proto má jiný rozměr než původní data (je udáván ve druhé mocnině jednotek měřených hodnot).

Rozptyl základního souboru se vypočte:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}{N}$$

Rozptyl výběrového souboru se vypočte:

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n-1}$$

Při větších rozsazích souboru není rozdíl mezi rozptylem počítaným pro základní a výběrový soubor významný (Hendl, 2004).

Další mírou variability je **směrodatná odchylka**, která je odmocninou z rozptylu a je udávána ve stejných jednotkách jako měřené hodnoty. Vyjadřuje průměrnou odchylku hodnot od aritmetického průměru.

Směrodatná odchylka základního souboru se vypočte:

$$\sigma = \sqrt{\sigma^2}$$

Směrodatná odchylka výběrového souboru se vypočte:

$$s = \sqrt{s^2}$$

Relativní mírou variability je **variační koeficient**, který umožňuje hodnotit variabilitu ukazatelů nezávisle na vývoji jejich průměrných hodnot, a proto je vhodný pro vzájemné porovnání rozptýlenosti dat skupin měření stejné proměnné s různým průměrem (Hendl, 2004). Variační koeficient se zpravidla udává v procentech, tj. vynásobený 100.

Variační koeficient pro základní soubor se vypočte:

$$V_x = \sigma / \mu$$

Variační koeficient pro výběrový soubor se vypočte:

$$V_x = s/\bar{x}$$

Korelační analýza

Korelace označuje míru stupně statistické asociace dvou proměnných (Hendl, 2004) a je měřena korelačním koeficientem. Koeficienty se vzájemně liší dle typů proměnných, pro něž se používají. V předkládané práci byl použit Pearsonův korelační koeficient a Spearmanův korelační koeficient.

Pearsonův korelační koeficient je nejdůležitější mírou síly lineární závislosti dvou náhodných spojitých proměnných (Zvára, 2003). Nabývá hodnot od -1 do 1; hodnota 0 vypovídá o statistické lineární nezávislosti proměnných, hodnota +/- 1 o naprosté (funkční) lineární závislosti. Hodnota korelačního koeficientu je silně ovlivňována odlehlými měřeními (Hendl, 2004).

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

Spearmanův (pořadový) korelační koeficient je používán pro měření závislosti mezi jevy při ordinálním měření, tj. měření závislosti mezi pořadím objektů, a vyjadřuje, jak dalece jsou si dvě vytvořená pořadí podobná. Tento koeficient je rezistentní vůči odlehlým hodnotám. Zachycuje závislost proměnných, která může mít obecně vzestupný nebo sestupný charakter; nemusí se jednat o lineární vztah (Zvára, 2003). Nabývá rovněž hodnot od -1 do 1; pokud je Spearmanův korelační koeficient roven 1 nebo -1, pak párové hodnoty (x_i a y_i) leží na nějaké vzestupné nebo sestupné funkci; nikoliv na přímce jako v případě Pearsonova korelačního koeficientu (Hendl, 2004).

$$r_s = 1 - \frac{6 * \sum d_i^2}{n * (n^2 - 1)}$$

Ve vzorci značí d_i rozdíl mezi dvěma pořadími R_x a R_y i -tých pozorování vzhledem k ostatním hodnotám. Před výpočtem je nutno oběma řadám čísel x_i a y_i tato pořadí R přiřadit (Hendl, 2004).

Analýza rozptylu

V rámci sledování regionální diferenciacie pracovní neschopnosti v České republice byla využita jednoduchá analýza rozptylu (one-way anova). Tato metoda slouží k porovnávání libovolného

počtu skupinových průměrů a testuje shodu středních hodnot ve skupinách vytvořených na základě kategorií vysvětlující proměnné (Řezanková, 2010). V jednoduché analýze rozptylu je sledován efekt jedné kategoriální nezávisle proměnné (faktoru) na závisle proměnnou kvantitativního typu (Hendl, 2004).

Základní statistikou v analýze rozptylu je F-testovací statistika; její konstrukce vychází z rozkladu součtu čtverců odchylek měření od společného průměru. Celkový součet čtverců S_T se rovná součtu čtverců odchylek uvnitř skupin S_e a součtu čtverců odchylek mezi skupinami S_A (Hendl, 2004).

$$S_T = \sum_j \sum_i (x_{ij} - \bar{x})^2 = \sum_j \sum_i (x_{ij} - \bar{x}_j)^2 + \sum_j n_j (\bar{x}_j - \bar{x})^2 = S_e + S_A$$

Statistika F srovnává průměrný čtverec meziskupinové variability (MS_A) s průměrným čtvercem u vnitroskupinové variability (MS_e) – viz tab. 7. Pokud se zamítá nulová hypotéza, která říká, že všechny teoretické průměry mají stejnou hodnotu a že faktor neovlivňuje hodnoty závisle proměnné, hodnota průměrného čtverce u meziskupinové variability (MS_A) je významně větší než průměrný čtverec u vnitroskupinové variability (MS_e). Velikost mezního poměru určuje kritická mez pro F-rozdělení s příslušnými stupni volnosti. Pokud je F na zvolené hladině významnosti α (zpravidla $\alpha = 0,05$) větší než kritická mez, nulová hypotéza se zamítá (Hendl, 2004).

Pro použití analýzy rozptylu a zajištění validity jejích výsledků jsou stanoveny 3 základní předpoklady – vzájemná nezávislost měření uvnitř i mezi skupinami, normální rozdělení dat v každé skupině, stejný rozptyl v každé skupině. Hendl uvádí, že „největší vliv na validitu F-testu má předpoklad o statistické nezávislosti všech měření. Vůči poruchám ostatních předpokladů je analýza rozptylu poměrně robustní“ (Hendl, 2004, str. 344).

Tab. 7 - Schéma tabulky analýzy rozptylu

Zdroj variability	Součet čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F - hodnota
Meziskupinová	S_A	$m - 1$	$MS_A = S_A / (m - 1)$	$F = MS_A / MS_e$
Vnitroskupinová (reziduální)	S_e	$n - m$	$MS_e = S_e / (n - m)$	
Celková	S_T	$n - 1$		

Vysvětlivky: n = rozsah výběru (tj. počet okresů),

m = počet skupin (tj. počet krajů nebo územních jednotek NUTS 2)

Zdroj: Hendl, 2004

Shluková analýza

Cílem analýzy shluků je rozdělení souboru objektů do dvou nebo více skupin na základě jejich podobnosti, resp. nepodobnosti. Objekty v jedné skupině jsou si vzájemně podobné a blízké, a jsou odlišné a vzdálené od objektů zařazených do jiných skupin (Hendl, 2004). Shluková analýza je považována za metodu navrhování hypotéz, neboť danou množinu objektů je možné roztřídit mnoha rozdílnými způsoby, přičemž každá získaná struktura má svůj význam (Hendl, 2004).

V průběhu shlukové analýzy je nejprve zjišťován vztah (vzájemná podobnost, resp. nepodobnost) mezi jednotlivými objekty. Pro měření tohoto vztahu je nejčastěji používána

metoda Eukleidovské vzdálenosti, která představuje délku přepony pravoúhlého trojúhelníku a její výpočet je založen na Pythagorově větě (Meloun, Militký, 2004). V matici vzdáleností je každá dvojice objektů charakterizována číslem vyjadřujícím, do jaké míry jsou si objekty podobné (blízké), resp. nepodobné (vzdálené). Čím více se míra nepodobnosti blíží nule, tím jsou si objekty bližší (Hendl, 2004).

Vzhledem k tomu, že většina měř vzdálenosti je velmi citlivá na měřítka, je třeba před samotným měřením vzdáleností provést standardizaci dat na Z-skóry, se střední hodnotou rovnou 0 a rozptylem rovným 1, čímž se vstupní data stanou vzájemně lépe srovnatelnými.

Po vypočtení vzdáleností mezi objekty je prováděno jejich shlukování do skupin. K samotnému shlukování byla v předkládané práci použita Wardova shlukovací metoda, která je založena na minimalizaci ztráty informace při spojení dvou tříd. „V každém kroku je uvažován takový možný pár objektů (či shluků), aby suma čtverců odchylek od střední hodnoty dosáhla při vzniku shluku svého minima.“ (Meloun, Militký, 2004). V průběhu shlukování se nově vzniklé skupiny objektů v jednotlivých krocích považují za nové objekty a podrobují se shlukování podle stejných principů jako původní objekty (Hendl, 2004). Postup se opakuje tak dlouho, až jsou všechny objekty a nově vzniklé skupiny zařazeny do jediného shluku (Řezanková, 2010).

Binární logistická regrese

V rámci předkládané práce byla metoda binární logistické regrese využita k analýzám, v nichž byla zjišťována závislost vysvětlované proměnné binárního typu na více vysvětlujících proměnných. Vysvětlovaná proměnná nabývá v binární logistické regresi pouze dvou hodnot; zpravidla nabývá hodnoty 1, pokud jev J nastane a hodnoty 0, pokud jev J nenastane. Vysvětlující (nezávisle) proměnné mohou být jak spojité (např. věk, příjem), tak diskrétní, neboli kategoriální (např. vzdělání, rodinný stav).

Charakter vysvětlujících proměnných je podstatný pro konstrukci modelu, odhad a interpretaci jeho parametrů, koeficientů β (Pecáková, 2007). Je-li vysvětlující proměnná kategoriální (tj. nominální nebo ordinální), namísto jedné proměnné s I-kategoriemi je vytvořeno I-1 indikátorových proměnných. Těchto I-1 indikátorových proměnných odpovídá I-1 kategoriím nezávisle proměnné. Vynechaná kategorie je kategorií referenční a je volena zpracovatelem dat (Řeháková, 2000). Zpravidla se volí kategorie s dostatečnou četností pozorování.

Binární logistická regrese se snaží predikovat pravděpodobnost, s jakou jev J nastane $P(J=1)$, resp. nenastane $P(J=0)$, a zjistit, zda a jak závisí hodnoty pravděpodobnosti na podmínkách, které jsou dány hodnotami několika nezávisle proměnných (Hendl, 2004). V rámci výpočtu je *pravděpodobnost* výskytu jevu, která nabývá hodnot z intervalu $[0,1]$, nahrazena *šancí* výskytu jevu, která nabývá hodnot v intervalu $[0,\infty)$. Šance (angl. odd), že nastane jev J, se rovná podílu pravděpodobnosti, že jev J nastane tj. $P(J=1) = \pi$ a pravděpodobnosti, že jev J nenastane, tj. $P(J=0) = 1-\pi$. Šance, že jev J nastane se tedy rovná: $\pi/(1-\pi)$. Přirozený logaritmus šance, tj. $\ln[\pi/(1-\pi)]$, se nazývá *logit*. Hodnoty logitu se pohybují od minus nekonečna do plus nekonečna a proto je logit (J) použit v regresní rovnici jako závislá proměnná (Řeháková, 2000). Pravděpodobnost, šance a logit jsou tak tři různé způsoby vyjádření téhož v tom smyslu,

že jsou na sebe vzájemně převoditelné; snáze interpretovatelné jsou pravděpodobnosti a šance, než logity (Řeháková, 2000).

Rovnice logistické regrese má tvar (Řezanková, 2010):

$$\ln \frac{\pi}{1-\pi} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

kde $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k$ jsou regresní parametry a π je podmíněná střední hodnota vysvětlované proměnné, tj. pravděpodobnost, že jev J nastane. Koeficient β_0 reprezentuje základní hodnotu logaritmu šance, β_1 udává, jak se změní logaritmus šance, při jednotkové změně X_1 .

Z výše uvedeného vztahu je možné vyjádřit hodnotu π následovně (Řezanková, 2010):

$$\pi = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}$$

Cílem logistické regrese je najít co nejlepší odhad parametrů modelu, tedy koeficientů β . Pro odhady se používá metoda maximální věrohodnosti – vyhovuje ten model, pro který je pravděpodobnost, že nastanou všechny pozorované události, maximální (Rychnovský, 2008). Jak již bylo řečeno výše, interpretace koeficientů závisí na typu vysvětlované proměnné X . U spojité proměnné koeficient β_k udává, jak se změní logit při jednotkové změně proměnné X_k a koeficient e^{β_k} je násobek, o který se změní šance, jestliže se hodnota nezávisle proměnné X_k změní o jednotku a hodnoty ostatních nezávislých proměnných se nezmění (Řeháková, 2000). U kategoriální proměnné je regresní koeficient pro referenční kategorii β_0 roven nule a koeficienty β_k u indikátorových proměnných reprezentují efekt každé kategorie vysvětlované proměnné v porovnání s kategorií referenční (Řeháková, 2000). Koeficient e^{β_k} je násobek, o který se změní šance dané kategorie, že jev J nastane, ve vztahu ke kategorii referenční, když se nezmění hodnoty ostatních nezávislých proměnných (Řezanková, 2010). Jedná se tedy o poměr šancí, tj. šance na výskyt jevu J v I-kategorii vysvětlované proměnné ve srovnání s kategorií referenční, znázorněný ve výstupní tabulce SAS jako Odds Ratio Estimates. Je-li e^{β_k} menší než 1, šance je menší, je-li větší než 1, šance je větší. Hodnota 1 značí, že nedošlo k žádné změně.

Podstatou logistické regrese je vícerozměrná standardizace. Exponent vypočteného regresního koeficientu β nezávisle proměnné, tj. poměr šancí (odds ratio), říká, kolikrát má respondent v dané kategorii vysvětlované proměnné větší nebo menší šanci na výskyt pracovní neschopnosti ve srovnání s kategorií referenční, když se nezmění hodnoty ostatních nezávislých proměnných v modelu (SAS Annotated Output).

3.3.2 Aplikace statistických postupů

V této kapitole je popsán výpočet statistických ukazatelů prezentovaných v předkládané práci. Z důvodu lepší přehlednosti jsou postupy tříděny dle kapitol, v nichž byly použity.

3.3.2.1 Aplikace statistických postupů v kapitole 7

Kapitola 7 se věnuje regionální diferenciaci pracovní neschopnosti v České republice. Kromě výpočtu základních ukazatelů, které jsou popsány v podkapitole 3.2, zde byly pro zhodnocení regionálního rozložení sledovaného jevu použity míry variability, korelační analýza, analýza rozptylu a shluková analýza. Pro vykreslení úrovně pracovní neschopnosti v okresech České republiky do kartogramu byly hodnoty ukazatele sledovaného jevu převedeny na index regionální diference.

Korelační analýza

V této kapitole byl použit jak Pearsonův, tak Spearmanův korelační koeficient. Jejich výpočet byl proveden v statistickém softwaru SAS 9.2. Níže je popsána syntaxe výpočtu obou koeficientů.

Pearsonův korelační koeficient byl použit k výpočtu statistické asociace mezi třemi hlavními ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, průměrným trváním jednoho případu pracovní neschopnosti a průměrným procentem pracovní neschopnosti.

Vstupní data, tj. hodnoty sledovaných ukazatelů za jednotlivé okresy ČR (tab. 8), byla uložena v souboru nazvaném „DPN_korelace“ a klíčovým slovem „pearson“ bylo v rámci výpočtu v softwaru SAS stanoveno, že má být počítán Pearsonův korelační koeficient. Za příkazem VAR byly vypsány proměnné, mezi nimiž měla být korelace počítána.

Tab. 8 – Ukázka části vstupních dat použitých pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu

Okres	prip_92	prip_01	prip_10	dny_92	dny_01	dny_10	proc_92	proc_01	proc_10
Benešov	90,36	89,17	33,65	22,71	26,42	42,45	5,62	6,45	3,91
Beroun	84,29	90,74	30,77	19,92	27,75	46,15	4,60	6,90	3,89
Blansko	101,11	94,47	28,95	25,37	29,88	56,48	7,03	7,73	4,48
Brno-město	88,04	83,99	29,08	22,03	29,94	43,11	5,31	6,89	3,44
Brno-venkov	86,68	87,32	29,62	22,78	31,25	53,25	5,41	7,48	4,32
Bruntál	85,06	90,29	26,87	23,64	34,79	49,82	5,51	8,61	3,67
Břeclav	72,16	88,12	32,28	21,53	30,19	52,46	4,26	7,29	4,64
Česká Lípa	97,92	93,87	33,49	20,96	29,17	48,61	5,62	7,50	4,46
České Budějovice	99,05	87,06	31,34	18,97	28,11	46,56	5,15	6,71	4,00

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Proměnná obsahující údaje o počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob byla nazvána „prip_XX“, proměnná obsahující informace o průměrném trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byla nazvána „dny_XX“ a proměnná vyjadřující průměrné procento pracovní neschopnosti byla značena „proc_XX“. Název každé proměnné byl doplněn číslicí, vyjadřující k jakému roku se hodnoty daného ukazatele vztahovaly. Jednalo se o kvantitativní (numerické) spojitě²⁰ proměnné. Pro ilustraci je níže uváděn výpočet pro rok 1992; syntaxe výpočtu pro ostatní roky byla analogická.

²⁰ Mohou nabývat libovolných hodnot z určitého intervalu.

Pearsonův korelační koeficient počítaný pro rok 1992:

```
PROC CORR data= DPN_korelace pearson;
var prip_92 dny_92 proc_92;
run;
```

Spearmanův koeficient korelace byl využit pro zjištění závislosti v pořadí okresů ve všech sudých letech v časovém rozmezí 1992 až 2010. Pořadí okresů bylo sledováno u třech hlavních ukazatelů pracovní neschopnosti, tj. počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a průměrného procenta pracovní neschopnosti.

Vstupní data pro všechny tři sledované ukazatele (tab. 9) byla uložena v souboru nazvaném „DPN_korelace“ a klíčovým slovem „spearman“ bylo v rámci syntaxe SAS stanoveno, že má být počítán Spearmanův korelační koeficient. Za příkazem VAR byly vypsány proměnné, mezi nimiž má být korelace počítána. Popis proměnných je shodný s proměnnými výše použitými pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu.

Tab. 9 – Ukázka části vstupních dat použitých pro výpočet Spearmanova korelačního koeficientu

Okres	prip_92	prip_94	prip_96	prip_98	prip_00	prip_02	prip_04	prip_06	prip_08	prip_10
Benešov	90,36	79,59	88,97	82,84	87,44	83,14	62,84	60,82	46,55	33,65
Beroun	84,29	84,56	86,56	77,20	86,11	79,88	62,65	59,50	51,63	30,77
Blansko	101,11	96,94	88,38	87,56	90,89	85,20	61,63	64,32	48,28	28,95
Brno-město	88,04	80,89	82,72	78,85	83,48	80,90	62,37	60,26	45,86	29,08
Brno-venkov	86,68	91,57	91,65	80,51	83,88	81,40	62,59	61,22	49,44	29,62
Bruntál	85,06	89,31	98,30	88,68	90,28	83,10	61,23	59,46	49,77	26,87
Břeclav	72,16	92,09	84,28	82,83	89,81	83,58	63,57	66,24	52,30	32,28
Česká Lípa	97,92	99,87	97,06	82,35	90,99	84,20	64,91	64,89	54,23	33,49
České Budějovice	99,05	90,19	85,58	80,09	86,47	83,20	64,66	61,20	49,13	31,34

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob:

```
PROC CORR data = DPN_korelace spearman;
VAR prip_92 prip_94 prip_96 prip_98 prip_00 prip_02 prip_04 prip_06 prip_08 prip_10;
RUN;
```

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti:

```
PROC CORR data = DPN_korelace spearman;
VAR dny_92 dny_94 dny_96 dny_98 dny_00 dny_02 dny_04 dny_06 dny_08 dny_10;
RUN;
```

Průměrné procento pracovní neschopnosti:

```
PROC CORR data = DPN_korelace spearman;
VAR proc_92 proc_94 proc_96 proc_98 proc_00 proc_02 proc_04 proc_06 proc_08
proc_10;
RUN;
```


Index regionální diference

V rámci vytváření typologie rozložení úrovně pracovní neschopnosti v České republice byly pro grafické znázornění sledovaného jevu použity kartogramy. Úroveň pracovní neschopnosti v okresech ČR byla graficky znázorněna na základě průměrného procenta pracovní neschopnosti, resp. na základě hodnot tohoto ukazatele v letech 1992, 2001 a 2010 převedených na škálu indexu regionální diference. Převedení reálných hodnot ukazatelů na indexy umožnilo snáze interpretovat postavení daného okresu v rámci České republiky, resp. jeho vztah k jeho celorepublikové úrovni.

Převedení reálných hodnot ukazatelů na jednotnou škálu probíhalo ve všech třech srovnávaných letech obdobným způsobem. Hodnotě indexu 100 vždy odpovídala hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřená pro celou Českou republiku v daném roce, tj. v roce 1992 se jednalo o hodnotu 5,15 %, v roce 2001 o hodnotu 6,75 % a v roce 2010 o hodnotu 3,76 %. Hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřená v konkrétním okrese byla poté vydělena hodnotou za celou Českou republiku v daném roce a vynásobena 100. Tento postup byl aplikován ve všech srovnávaných letech a bylo tak dosaženo vzájemné meziroční srovnatelnosti hodnot ve vztahu k úrovni průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřeného na úrovni České republiky. Takto vypočtené hodnoty indexu regionální diference byly následně znázorněny v kartogramech.

Pro grafické znázornění územní diference byl použit lichý počet intervalů, díky čemuž se hodnota 100, tj. hodnota odpovídající úrovni sledovaného ukazatele na úrovni celé republiky, nacházela v prostředním intervalu. Pro intervaly nacházející se uvnitř škály, jejichž zastoupení bylo nejčtetnější, byla zvolena stejná šíře intervalu, krajní intervaly byly ponechány otevřené. Důvodem byl výskyt odlehlých měření, jejichž znázornění v kartogramu by si při zachování stejné šířky intervalů vyžádalo větší, často pouze jedním okresem zastoupený, počet intervalů. Pevná šíře intervalů byla stanovena na základě rozdílu mezi maximální a minimální hodnotou indexu vypočteného pro všechny tři roky dohromady a následným stanovováním vhodného počtu intervalů.

Analýza rozptylu

V rámci 7. kapitoly byla analýza rozptylu použita dvakrát. Nejprve bylo sledováno, zda se hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřené na úrovni okresů v krajích ČR statisticky významně odlišují. Dále byla analýza rozptylu použita pro testování rozdílnosti středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených na základě shlukové analýzy.

1) Prostřednictvím analýzy rozptylu bylo sledováno, zda se hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR statisticky významně odlišují. Hodnota sledovaného ukazatele v kraji byla v průběhu analýzy vypočtena jako průměr z hodnot okresů tvořících daný kraj. Kategoriální nezávisle proměnnou (faktorem) byl tedy kraj ČR, závisle proměnnou byla hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřená na úrovni okresů (tab. 10).

Analýza rozptylu byla provedena využitím statistického programu SAS 9.2, který pro data mající normální rozložení nabízí dvě procedury – proceduru ANOVA a proceduru GLM. Rozdíl

mezi těmito dvěma procedurami spočívá zejména v tom, pro jaký soubor dat je možné je použít. Procedura ANOVA je využitelná pro vyvážené soubory dat, tj. takové soubory, v nichž je počet pozorování v porovnávaných skupinách vyvážený. Procedura GLM má širší využití – může být použita jak pro vyvážené, tak nevyvážené soubory dat (Cielepová, 2008). Vzhledem k tomu, že se počet okresů (pozorování) v jednotlivých krajích ČR lišil, byla použita procedura GLM.

Tab. 10 – Ukázka části vstupních dat použitých pro analýzu rozptylu 1

Kraj	Okres	PN_92	PN_01	PN_10
11	Benešov	5,62	6,45	3,91
11	Beroun	4,60	6,90	3,89
2	Blansko	7,03	7,73	4,48
2	Brno - město	5,31	6,89	3,44
2	Brno - venkov	5,41	7,48	4,32
6	Bruntál	5,51	8,61	3,67
2	Břeclav	4,26	7,29	4,64
5	Česká Lípa	5,62	7,50	4,46
1	České Budějovice	5,15	6,71	4,00

Pozn. 1: Jednotlivé kraje byly označeny čísly; kraj 1 = Jihočeský, kraj 2 = Jihomoravský kraj, kraj 6 = Moravskoslezský, kraj 5 = Liberecký, kraj 11 = Středočeský kraj.

Pozn. 2: Proměnná PN_92 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 1992, PN_01 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2001, PN_10 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2010.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Před samotnou analýzou rozptylu bylo procedurou UNIVARIATE a příkazem „normal“ otestováno, že měření v každé skupině mají normální rozložení. Vstupní data byla uložena v souboru „PN_ANOVA“. Za příkazem CLASS byla zapsána klasifikační proměnná, která rozdělovala pozorování do skupin (14 krajů), za příkazem VAR byly zapsány proměnné, u kterých mělo být otestováno normální rozdělení. Těmito proměnnými byly hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v letech 1992 (název proměnné „PN_92“), 2001 (název proměnné „PN_01“) a 2010 (název proměnné „PN_10“).

```
PROC UNIVARIATE data = PN_ANOVA normal;
CLASS kraj;
VAR PN_92 PN_01 PN_10;
RUN;
```

Vzhledem k tomu, že proměnné ve všech vytvořených skupinách měly normální rozložení, byla následně pomocí procedury GLM provedena analýza rozptylu. Specifické postavení mělo hlavní město Praha, neboť se jednalo o kraj, který byl tvořen pouze jedním okresem (Prahou) a tudíž pro něj nebyl vypočten žádný průměr z hodnot sledované proměnné, tj. průměrného procenta pracovní neschopnosti.

Syntaxe pro proceduru GLM se skládá z příkazu CLASS, za nějž byla zapsána klasifikační proměnná, tj. kraj, a příkazu MODEL, v němž jsou definovány závislé proměnné (hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v letech 1992, 2001 a 2010) a nezávislé proměnná (faktor, tj. kraj). Na základě těchto příkazů SAS vypočte, zda se alespoň jeden průměr statisticky významně liší od ostatních.

Aby bylo možné zjistit, o které konkrétní průměry se jedná, byl použit příkaz MEANS, který slouží k provedení párového srovnání, tj. srovnání vždy dvou dvojic průměrů, vypočtení rozdílu průměrů a jejich směrodatné odchylky. Na základě klíčových slov „tukey“ a „cldiff“ byla ve výsledné tabulce párového srovnání zobrazena statistická významnost rozdílu srovnávaných průměrů.

```
PROC GLM data = PN_ANOVA;
CLASS kraj;
MODEL PN_92 PN_01 PN_10 = kraj;
MEANS kraj /tukey cldiff ;
RUN;
```

2) Procedura GLM byla dále použita pro testování rozdílnosti středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených na základě shlukové analýzy. Shlukovou analýzou bylo, dle počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, vytvořeno 5 skupin okresů. Prostřednictvím analýzy rozptylu bylo testováno, zda se střední hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v těchto skupinách statisticky významně liší.

Vzhledem k tomu, že následující dvě procedury (UNIVARIATE, GLM) byly totožně použity postupně pro 3 sledované roky (1992, 2001, 2010), bude v následujícím textu představena pouze syntaxe pro rok 1992.

Tab. 11 – Ukázka části vstupních dat použitých pro analýzu rozptylu 2

Okres	PN_92	CLUSTER_1992	PN_01	CLUSTER_2001	PN_10	CLUSTER_2010
Benešov	5,62	1	6,45	1	3,91	3
Beroun	4,60	2	6,90	1	3,89	2
Blansko	7,03	5	7,73	3	4,48	1
Bmo-město	5,31	1	6,89	4	3,44	2
Bmo-venkov	5,41	1	7,48	4	4,32	1
Bruntál	5,51	3	8,61	4	3,67	5
Břeclav	4,26	3	7,29	4	4,64	1
Česká Lípa	5,62	1	7,50	3	4,46	3
České Budějovice	5,15	4	6,71	1	4,00	2

Pozn.: Proměnná PN_92 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 1992, PN_01 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2001, PN_10 = průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2010;

Proměnná Cluster_1992 = příslušnost okresu do skupiny vytvořené na základě shlukové analýzy v roce 1992, Cluster_2001 = příslušnost okresu do skupiny vytvořené na základě shlukové analýzy v roce 2001, Cluster_2010 = příslušnost okresu do skupiny vytvořené na základě shlukové analýzy v roce 2010.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Analogicky k předchozímu příkladu bylo nejprve pomocí procedury UNIVARIATE a klíčového slova „normal“ otestováno, zda pozorování (hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech; proměnná nazvaná „PN_92“) za příkazem VAR v každé skupině vytvořené shlukovou analýzou (proměnná nazvaná „cluster_1992“) mají normální rozložení. Vstupní data byla uložena v souboru nazvaném „Shluk“ (tab. 11).

```
PROC UNIVARIATE data = SHLUK normal;  
CLASS cluster_1992;  
VAR PN_92;  
RUN;
```

Poté, co bylo ověřeno normální rozložení dat, bylo přistoupeno k samotné analýze rozptylu. Bylo testováno, zda má příslušnost do skupiny (proměnná nazvaná „cluster_1992“) vliv na hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „PN_92“). Pokud by tomu tak bylo, střední hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti by se v jednotlivých skupinách statisticky významně lišily a byla by zamítnuta nulová hypotéza, která říká, že faktor (příslušnost ke skupině) nemá vliv na hodnoty závisle proměnné. Příkazem MEANS a klíčovými slovy „tukey“ a „cldiff“ bylo zjišťováno, které konkrétní průměry dvou skupin se statisticky významně odlišují.

```
PROC GLM data = SHLUK;  
CLASS cluster_1992;  
MODEL PN_92 = cluster_1992;  
MEANS cluster_1992 /tukey cldiff ;  
RUN;
```

Shluková analýza

Shluková analýza (cluster analysis) byla využita pro vytvoření typologie okresů České republiky dle úrovně vybraných ukazatelů pracovní neschopnosti. V rámci analýzy byly identifikovány skupiny okresů s podobnými hodnotami sledovaných (vstupních) proměnných. Těmito proměnnými byly zvoleny počty nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtené na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrné trvání jednoho případu, tedy ukazatele, které spolu vzájemně nesouvisí (korelační analýza neprokázala statisticky významný vztah), ale zároveň oba korelují s komplexním ukazatelem sledovaného jevu – průměrným procentem pracovní neschopnosti (tab. 28).

Výpočet byl proveden v statistickém softwaru SAS 9.2. Vstupní data obsažená v souboru nazvaném „DPN“ byla standardizována pomocí procedury STANDARD a následně uložena do souboru „DPNst“. Příkazem „mean = 0“ a „std = 1“ bylo stanoveno, že střední hodnota standardizovaných dat se bude rovnat 0 a směrodatná odchylka 1. Příkaz „vardef = N“ označil soubor dat jakožto základní soubor; defaultně přednastavený je výběrový soubor. Za příkazem „VAR“ byly uvedeny proměnné určené ke standardizaci; proměnná nazvaná „pripady“ označovala počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob v jednotlivých okresech ČR, proměnná „dny“ označovala průměrné trvání jednoho případu v okresech ČR.

```
PROC STANDARD data = DPN out= DPNst mean = 0 std = 1 vardef = N;  
VAR pripady dny;  
RUN;
```

Ze standardizovaných hodnot proměnných obsažených v souboru „DPNst“ byla pomocí procedury DISTANCE do výstupního souboru „matice_eu“ vypočtena matice vzdáleností. Míra nepodobnosti byla měřena literaturou doporučovanou metodou Eukleidovské vzdálenosti (method = euclid). Matice vzdáleností byla počítána z proměnných „pripady“ a „dny“ uvedených v závorce za příkazem „VAR“ a klíčovým slovem „interval“ definujícím, že se jedná o intervalové nebo numerické proměnné. Proměnná „pripady“ značila počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob v okresech, proměnná „dny“ označovala průměrné trvání jednoho případu v okresech ČR. Proměnná „okresy“ za příkazem „ID“ byla shlukovanou proměnnou, která byla obsažena ve výstupním souboru a následně zobrazena v dendrogramu. Tato proměnná byla tvořena názvy okresů v České republice.

```
PROC DISTANCE data = DPNst out = matice_eu method = euclid;
VAR interval (pripady dny);
ID okresy;
RUN;
```

Část matice vzdáleností vypočtena metodou Eukleidovské vzdálenosti pro okresy České republiky na základě výše uvedených vstupních proměnných pro rok 1992 je znázorněna v tab. 12. Z okresů zobrazených v tabulce byla nejmenší vzdálenost zjištěna mezi okresy Děčín a Česká Lípa (0,337). Tyto dva okresy jsou rovněž v dendrogramu na obr. 53 v příloze č. 5 vykresleny blízko sebe.

Tab. 12 – Ukázka části matice vzdáleností, metoda Eukleidovské vzdálenosti, 1992

Okresy	Benešov	Beroun	Blansko	Brno-město	Brno-venkov	Bruntál	Břeclav	Česká Lípa	České Budějovice	Český Krumlov	Děčín	Domažlice	Frydek-Místek	Havlíčkův Brod	Hodonín
Benešov	0														
Beroun	1,684	0													
Blansko	1,882	3,536	0												
Brno-město	0,450	1,246	2,331	0											
Brno-venkov	0,396	1,615	2,117	0,441	0										
Bruntál	0,772	2,079	1,970	0,954	0,513	0									
Břeclav	2,056	1,578	3,770	1,723	1,704	1,817	0								
Česká Lípa	1,266	1,571	2,486	1,215	1,574	2,034	2,776	0							
České Budějovice	2,282	1,667	3,579	2,075	2,503	3,006	3,213	1,117	0						
Český Krumlov	2,991	2,099	4,297	2,749	3,185	3,695	3,677	1,847	0,730	0					
Děčín	1,457	1,903	2,397	1,487	1,803	2,227	3,098	0,337	1,194	1,901	0				
Domažlice	1,885	1,906	2,902	1,822	2,193	2,654	3,286	0,621	0,744	1,412	0,515	0			
Frydek-Místek	1,348	3,031	0,631	1,794	1,527	1,341	3,148	2,201	3,318	4,047	2,196	2,711	0		
Havlíčkův Brod	1,609	0,980	3,173	1,332	1,771	2,283	2,456	0,770	0,787	1,418	1,050	0,935	2,803	0	
Hodonín	1,343	1,892	2,786	1,228	0,948	0,820	1,069	2,443	3,219	3,832	2,708	3,045	2,155	2,437	0

Zdroj: ČSÚ, výstup programu SAS 9.2

Po vypočtení vzdáleností mezi objekty bylo prostřednictvím procedury CLUSTER provedeno jejich shlukování do skupin. Vstupními daty do této procedury byla právě vzdálenost mezi objekty uložená v souboru „matice_eu“. K samotnému shlukování byla použita Wardova shlukovací metoda (method = ward).

Pro následné vykreslení dendrogramu byl průběh shlukování uložen příkazem „outtree“ do výstupního souboru „strom“ a byly počítány potřebné statistiky; na základě příkazu „square“ bylo vypočteno kolik procent variability (RSQ) vysvětluje daný počet vytvořených skupin a příkaz „pseudo“ stanovil pseudo F (PSF) a t^2 statistiku (PST2) sloužící k určení vhodného počtu shluků.

```
PROC CLUSTER data = matice_eu method = ward outtree = strom rsquare pseudo;  
ID okresy;  
RUN;
```

Grafický průběh shlukování a struktury objektů ve skupinách byl vykreslen procedurou TREE a zachycen dendrogramem (obr. 53, 54 a 55 v příloze č. 5). Nejprve byly nadefinovány osy dendrogramu; vertikální osou byla označena „axis1“ a horizontální osou „axis2“. Pomocí příkazu „style“ byl stanoven typ úsečky; defaultně nastavený je typ 1, který značí pevnou linku a pomocí příkazu „width“ byla nastavena šířka úsečky; defaultně nastavená šířka je 1. Příkaz „label“ nadefinoval název os; na ose „axis1“ byl název odstraněn, osa „axis2“ byla pojmenována „podíl vysvětlené variability“. Příkazem „value = (rotate = 0)“ byl stanoven směr popísku a příkazem „order“ určeno měřítko osy.

```
Axis1  
Label = none  
Style= 1  
Width = 1  
Value = (rotate = 0);
```

```
Axis2  
Label = ('Podíl vysvětlené variability')  
Order = (0 to 1 by 0.1)
```

Shlukování objektů bylo vykresleno pomocí procedury TREE; při standardním nastavení je v dendrogramu na vertikální ose zobrazena průměrná vzdálenost mezi objekty, při použití příkazu „HEIGHT = rsq“ byl vykreslen podíl vysvětlené variability. Výše nadefinovaná osa „axis1“ byla příkazem „haxis“ označena jako osa horizontální a osa „axis2“ pomocí příkazu „vaxis“ jako osa vertikální. Ve výsledném dendrogramu byly objekty se značnou vzájemnou podobností, tj. malou vzdáleností, byly v dendrogramu spojovací úsečkou propojeny nízko, objekty vzdálené naopak vysoko. Na základě dendrogramu a dalších vypočtených statistik bylo možné určit vhodný počet shluků.

```
PROC TREE data = strom vaxis=axis2 haxis=axis1 height=rsq;  
ID okresy;  
RUN;
```

Na základě dendrogramu a dalších skutečností bylo určeno 5 skupin vzájemně podobných objektů (nclusters = 5). Tyto skupiny byly uloženy do výstupního souboru „skupina_5w“, který kromě názvu daného objektu, tj. okresu, obsahoval také proměnnou „cluster“, značící číslo skupiny, do které byl daný okres zařazen a proměnnou „clusname“, značící příslušnost objektu k určité úrovni v dendrogramu.

```
PROC TREE data = strom out = skupina_5w nclusters = 5 noprint;  
ID okresy;  
RUN;
```

Pro výpočet souhrnných charakteristik jednotlivých skupin objektů bylo nutné nejprve pomocí příkazu „MERGE“ spojit nový soubor nazvaný „skupina_5w“, který obsahoval proměnnou zařazení do skupiny, s původními daty „DPN“. Před spojením bylo nutné soubory seřadit pomocí procedury SORT.

```
PROC SORT data = DPN;  
BY okresy;  
RUN;
```

```
PROC SORT data = skupina_5w;  
BY okresy;  
RUN;
```

```
DATA spojeno;  
MERGE DPN skupina_5w;  
BY okresy;  
RUN;
```

Výpočet souhrnných deskriptivních charakteristik pro každou skupinu zvlášť byl proveden využitím procedury MEANS. Nově vytvořený soubor „spojeno“ byl pomocí příkazu „vardef = N“ považován za základní. Pomocí příkazu „CLASS“ byly charakteristiky vypočteny pro každou skupinu, tj. proměnou nazvanou „cluster“, zvlášť, aniž by bylo nutné data předtím dle této proměnné řadit. Výsledné statistiky byly uloženy do výstupního souboru „char_skupiny“, který byl dále exportován do Excelu (procedura EXPORT).

```
PROC MEANS data = spojeno vardef=N mean std median N;  
CLASS cluster;  
VAR pripady dny;  
OUTPUT OUT = char_skupiny;  
RUN;
```

Výpočet průměrných hodnot Z-skórů pro každou skupinu zvlášť byl proveden obdobně jako výpočet popisných statistik původních hodnot, tj. pomocí procedury MEANS. Tomuto výpočtu předcházelo spojení (příkaz MERGE) souboru obsahujícího standardizovaná data „DPNst“ a souboru „skupina_5w“, který obsahoval proměnnou zařazení do skupiny, tj. proměnnou „cluster“. Nově vytvořený soubor „zskory“ byl příkazem „vardef=N“ považován za základní. Výstupní soubor „char_skupiny_zskory“ byl následně procedurou EXPORT uložen do souboru v Excelu.

```
PROC SORT data = DPNst;  
BY okresy;  
RUN;
```

```
PROC SORT data = skupina_5w;  
BY okresy;  
RUN;
```

```
DATA zskory;  
MERGE DPNst skupina_5w;  
BY okresy;  
RUN;
```

```
PROC MEANS data = zskory vardef=N mean;  
CLASS cluster;  
VAR pripady dny;  
OUTPUT OUT = char_skupiny_zskory;  
RUN;
```

3.3.2.2 Aplikace statistických postupů v podkapitole 8.2

Osmá kapitola se zabývá diferenciací výskytu pracovní neschopnosti. Na základě dat pocházejících z Výběrového šetření pracovních sil jsou analyzovány podmíněnosti výskytu sledovaného jevu. Nejprve byly využity dvourozměrné kontingenční tabulky, kterými bylo sledováno, u jakého podílu osob v rámci dané kategorie se pracovní neschopnost vyskytla a u jakého nikoliv. Poté bylo použito metod vícerozměrné analýzy – binární logistické regrese. Dvourozměrná i vícerozměrná analýza byly provedeny ve statistickém softwaru SAS 9.2.

Dvourozměrná analýza

Sledovanou proměnnou byl výskyt pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „dpn“), který nabýval dvou hodnot, podle skutečnosti, zda se pracovní neschopnost u respondenta vyskytla (hodnota „ano“) či nikoliv (hodnota „ne“). Proměnných, v jejichž kategoriích byl výskyt pracovní neschopnosti sledován, bylo na základě dostupných dat zvoleno 16 a byly rozděleny do 3 tematických skupin.

Jednalo se demografické a socioekonomické charakteristiky respondenta:

- pohlaví (název proměnné „pohl“),
- věkovou skupinu, resp. věkovou kategorii (název proměnné „veksk“, resp. „vekkat“),
- rodinný stav (proměnná nazvaná „rodstav“),
- nejvyšší dokončené vzdělání (proměnná nazvaná „vzdelani“).

Dalšími proměnnými, které byly ve vztahu k výskytu pracovní neschopnosti pokládány za významné, byly časové a geografické proměnné:

- kalendářní rok (proměnná nazvaná „reftrok“) a čtvrtletí (proměnná nazvaná „ctvrtlet“), v nichž šetření probíhalo,
- kraj, v němž respondent vykonával svou výdělečnou činnost (proměnná nazvaná „krajprac“).

Kromě výše uvedených proměnných byla rozdílná úroveň výskytu pracovní neschopnosti předpokládána v jednotlivých kategoriích proměnných souvisejících s výkonem výdělečné činnosti respondenta:

- postavení v zaměstnání (proměnná nazvaná „postvzam“),
- zařazení do odvětvové klasifikace ekonomických činností (proměnná nazvaná „okec“),
- zařazení klasifikace zaměstnání (proměnná nazvaná „kzam“),
- typ pracovního úvazku (proměnná nazvaná „e0429“),
- typ pracovní smlouvy (proměnná nazvaná „e0431“),
- počet obvykle odpracovaných hodin za týden (proměnná nazvaná „obvhod“),
- délka praxe v současném zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti proměnná nazvaná „e0427kdy“),
- dojíždka do zaměstnání (proměnná nazvaná „dojbp“),
- hledání jiného (dalšího) zaměstnání (proměnná nazvaná „e0483“).

Detailnější popis proměnných, včetně jejich kategorií a hypotéz o jejich vlivu na výskyt pracovní neschopnosti je uveden v kapitole 8.2.3.

Tabulky četností, včetně sloupcových, řádkových a celkových procent byly vytvořeny v rámci statistického softwaru SAS 9.2, využitím procedury FREQ. Zdrojová data byla uložena v souboru nazvaném „LFS“. Za příkazem „TABLES“ v proceduře FREQ je obsažen seznam požadovaných tabulek; u dvourozměrné tabulky, zapsané ve formátu proměnná1*proměnná2 je první proměnná v pořadí řádková, druhá sloupcová. Klíčovými slovy „nocol“ a „nopercent“ je stanoveno, že spočítána budou pouze řádková procenta v tabulce. Příkaz „WEIGHT“ slouží k vážení jednotlivých pozorování hodnotou obsaženou v proměnné umístěné za tímto příkazem. Pomocí příkazu „BY“ je spočítána vždy jedna tabulka pro každou úroveň veličiny umístěné za tímto příkazem; před použitím tohoto příkazu je nutné data setřídít využitím procedury SORT.

Výsledné tabulky jsou v upravené podobě, tj. zobrazující pouze podíl osob rámci dané kategorie, u kterých došlo k výskytu pracovní neschopnosti, publikovány v kapitole 8.2.3.

Aplikační zápis výpočtu tabulek byl následující:

Dvourozměrné tabulky četností obsahující údaje o výskytu pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „dpn“) dle věkové skupiny respondenta (proměnná nazvaná „veksk“), resp. dle jeho rodinného stavu (proměnná nazvaná „rodstav“), resp. dle jeho nejvyššího dokončeného vzdělání (proměnná nazvaná „vzdelani“), byly vytvořeny následovně:

```
PROC FREQ data = LFS;  
TABLES (veksk rodstav vzdelani) * dpn / nocol nopercnt;  
WEIGHT wgtos;  
run;
```

V tomto případě byl použit zkrácený zápis, neboť všechny tři požadované tabulky obsahovaly jednu společnou proměnnou, a to proměnnou nazvanou „dpn“. Zkrácený zápis spočíval v zapsání více proměnných, v jejichž kategoriích byl výskyt pracovní neschopnosti zjišťován, do závorky.

Kromě celkových údajů o počtu osob, u nichž se vyskytla, resp. nevyskytla pracovní neschopnost, bylo totéž sledováno dle pohlaví (proměnná nazvaná „pohl“) a zároveň dle věku (proměnná nazvaná „veksk“) respondentů. V tomto případě byla data nejprve seříděna pomocí procedury SORT, přičemž za příkaz „BY“ byla umístěna proměnná, podle níž byla data tříděna.

```
PROC SORT data = LFS;  
BY pohl;  
run;
```

Po seřídění dat byl opět použit zkrácený zápis a byly vytvořeny tabulky četností, které obsahovaly počty respondentů podle skutečnosti, zda se u nich vyskytla pracovní neschopnost či nikoliv. Tyto tabulky byly vždy členěny dle pohlaví respondenta a jeho příslušnosti do věkové skupiny a byly vytvořeny zvlášť dle rodinného stavu (proměnná nazvaná „rodstav“) a dle nejvyššího dokončeného vzdělání (proměnná nazvaná „vzdelani“).

```
PROC FREQ data = LFS;  
TABLES (rodstav vzdelani) * veksk * DPN / nocol nopercnt;  
BY pohl;  
WEIGHT wgtos;  
run;
```

Následně vytvářené tabulky obsahovaly vždy četnosti výskytu pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „dpn“), dle pohlaví (proměnná nazvaná „pohl“), věkové kategorie (proměnná nazvaná „vekkat“), rodinného stavu (proměnná nazvaná „rodstav“) a nejvyššího

dokončeného vzdělání (proměnná nazvaná „vzdelani“). Postupně obměňovány byly pouze časové a geografické proměnné a proměnné související s výkonem výdělečné činnosti respondenta. Aplikační postup vytváření následujících tabulek byl totožný, a proto je znázorněn pouze se vzorovou proměnnou nazvanou „reftrak“, která byla postupně obměňována právě výše uvedenými proměnnými.

```
PROC FREQ data = LFS;  
TABLES (pohl vekkat rodstav vzdelani) * reftrak * dpn / nocol nopercnt;  
WEIGHT wgtos;  
run;
```

Binární logistická regrese

Na dvourozměrnou analýzu výskytu pracovní neschopnosti bylo navázáno vícerozměrnou analýzou. V rámci analýzy dat Výběrového šetření pracovní sil z let 2002 až 2008 byla provedena binární logistická regrese s cílem určit vztah mezi vysvětlovanou proměnnou – výskytem pracovní neschopnosti – a řadou nezávisle proměnných.

Provedení logistické regrese předcházelo výše popsané vytvoření dvourozměrných tabulek četností. Analyzovaná proměnná (výskyt pracovní neschopnosti), která nabývala dvou hodnot – ano/ne, byla postupně uspořádána do kontingenční tabulky s každou z vybraných nezávisle proměnných. Takto bylo možné zjistit četnosti každé z dvojice kategorií (jedna z dvojice kategorií odpovídala závisle proměnné a druhá nezávisle proměnné) a usuzovat na vzájemný vztah mezi proměnnými. Na základě zjištěných výsledků nebyly některé původně navržené proměnné do regresního modelu zařazeny, u zařazených proměnných došlo v některých případech ke změně jejich charakteru či počtu kategorií. Podrobný popis proměnných a jejich kategorií, včetně zdůvodnění případných změn je obsaženo v kapitole 8.2.4. Níže jsou vypsány pouze použité proměnné a jejich kategorie, za účelem snazší orientace v popisu aplikačního postupu.

Binární logistickou regresí byla analyzována závislá proměnná vyjadřující výskyt pracovní neschopnosti. Vysvětlující proměnné použité v modelu byly převážně kategorizované, výjimku tvořila spojitá časová proměnná. Do modelu vstupovaly následující proměnné a jejich kategorie (uvedené za dvojtečkou):

- pohlaví respondenta (název proměnné „pohl“): muž, žena,
- věková kategorie (název proměnné „vekkat“): 15–29 let, 30–44 let, 45–59 let, 60 a více let,
- rodinný stav (proměnná nazvaná „rodstav“): svobodný/á, ženatý/vdaná, ovdovělý/á, rozvedený/á,
- nejvyšší dokončené vzdělání (proměnná nazvaná „vzdelani“): základní vzdělání či zcela bez vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání,
- regionální proměnná (proměnná nazvaná „zapad_vychod“): západ, východ; původně označovala krajskou příslušnost respondenta, pro účely modelu byla nahrazena

dichotomickou proměnnou vyjadřující skutečnost, zda místem výkonu výdělečné činnosti byla západní nebo východní část České republiky,

- klasifikace zaměstnání KZAM (proměnná nazvaná „kzam“): zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci; vědečtí a odborní duševní pracovníci; techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci; nižší administrativní pracovníci (úředníci); provozní pracovníci ve službách a obchodě; kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech; řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři; obsluha strojů a zařízení; pomocní a nekvalifikovaní pracovníci; příslušníci armády,
- postavení respondenta na pracovním trhu (proměnná nazvaná „postvzam“): podnikatelé, zaměstnanci,
- počet obvykle odpracovaných hodin za týden (proměnná nazvaná „obvhod“): 0,1–34,9 hodin, 35–44,9 hodin, 45 a více hodin týdně,
- délka výkonu současné výdělečné činnosti (proměnná nazvaná „e0427kdy“): do 3 měsíců (včetně), 3 měsíce až 1 rok (včetně), 1 rok až 3 roky (včetně), déle než 3 roky,
- hledání jiného či dalšího zaměstnání (proměnná nazvaná „e0483“): hledá zaměstnání, nehledá zaměstnání,
- spojitá časová proměnná, která vyjadřovala rok a jeho čtvrtletí, do něhož spadal referenční týden, v němž šetření probíhalo (proměnná nazvaná „rok“). Byla vytvořena umístěním pořadového čísla čtvrtletí v rámci roku za číslovku vyjadřující referenční rok. Např. hodnota 20023 značila třetí čtvrtletí roku 2002.

Logistická regrese byla vypočtena v statistickém softwaru SAS 9.2 využitím procedury LOGISTIC. Zpracovávaná data byla uložena v souboru nazvaném „LFS“. V použité a níže uvedené syntaxi byly za příkaz „CLASS“ uvedeny kategorizované vysvětlující proměnné a zápisem do závorky za každou proměnnou byla pomocí klíčového slova „ref“ zvolena referenční kategorie. Vzhledem k volbě kódovacího schématu byl za lomítka v příkazu „CLASS“ nastaven příkaz „PARAM = REF“. Hodnoty šancí v tabulkách Analysis of Maximum Likelihood Estimates a Odds Ratio Estimates se následně rovnaly, neboť v obou případech byla srovnávána šance na výskyt u dané kategorie s kategorií referenční. Kódování kategoriálních proměnných při tomto nastavení vypadá následovně:

Tab. 13 – Tabulka kódování proměnných, referenční proměnná = 3

Proměnná	Hodnota	Indikátorové (dummy) proměnné	
SES	1	1	0
	2	0	1
	3	0	0

Zdroj: SAS Annotated Output

Za příkazem „MODEL“ byly umístěny všechny proměnné vstupující do modelu. U vysvětlované proměnné (výskyt pracovní neschopnosti) bylo definováno, pravděpodobnost výskytu jaké hodnoty bude modelována. Příkaz „EXPB“ znamená, že hodnota parametru b je v exponenciálním tvaru. V případě referenčního kódování, hodnota EXPB představuje poměr

šancí dané a referenční úrovně. Vážení každého pozorování bylo provedeno pomocí příkazu „WEIGHT“; každé pozorování bylo váženo hodnotou proměnné uvedené za tímto příkazem. Příkazem „ODDSRATIO“ bylo docíleno toho, že byly vypočteny kontrasty, včetně statistické významnosti, navzájem pro všechny kategorie proměnné uvedené za tímto příkazem.

V rámci níže uvedeného modelu byla modelována pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti; vysvětlovaná proměnná byla v datovém souboru nazvána „dpn“ a modelován byl výskyt hodnoty „ano“.

```
PROC LOGISTIC data = LFS;
CLASS pohl (ref = muž) vekkat (ref = '45-59 let') vzdelani (ref = 'SŠ bez maturity') rodstav
(ref = 'Zenaty/vdana') zapad_vychod (ref = 'západ') kzam (ref = 'Zákonodárci, vedoucí
a řídicí pracovníci ') postvzam (ref = 'Zaměstnanec') e0483d (ref = 'Nehleda zamestnani')
obvhod (ref = '35 až 44,9') e0427kdy (ref = '3 a více let') / param = ref;
MODEL dpn (event = 'ano') = pohl vekkat rodstav vzdelani zapad_vychod kzam postvzam
e0483d obvhod e0427kdy rok/ expb;
WEIGHT wgtos;
ODDSRATIO vekkat;
ODDSRATIO vzdelani;
run;
```

Rovnice logistické regrese pro Model 1 má tvar:

Logit (výskyt pracovní neschopnosti=ano) = $\beta_0 + \beta_1 * \text{žena} + \beta_2 * 15\text{--}29\text{let} + \beta_3 * 30\text{--}44\text{let} + \beta_4 * 60$
a více let + $\beta_5 * \text{svobodný/á} + \beta_6 * \text{ovdovělý/á} + \beta_7 * \text{rozvedený/á} + \beta_8 * \text{základní vzdělání či zcela}$
bez vzdělání + $\beta_9 * \text{střední vzdělání s maturitou} + \beta_{10} * \text{vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání} +$
 $\beta_{11} * \text{východ} + \beta_{12} * \text{vědečtí a odborní duševní pracovníci} + \beta_{13} * \text{techničtí, zdravotničtí}$
a pedagogičtí pracovníci + $\beta_{14} * \text{nižší administrativní pracovníci (úředníci)} + \beta_{15} * \text{provozní}$
pracovníci ve službách a obchodě + $\beta_{16} * \text{kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví}$
a v příbuzných oborech + $\beta_{17} * \text{řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři} +$
 $\beta_{18} * \text{obsluha strojů a zařízení} + \beta_{19} * \text{pomocní a nekvalifikovaní pracovníci} + \beta_{20} * \text{příslušníci}$
armády + $\beta_{21} * \text{podnikatelé} + \beta_{22} * 0,1\text{--}34,9 \text{ hodin} + \beta_{23} * 45 \text{ a více hodin týdně} + \beta_{24} * \text{do 3 měsíců}$
(včetně) + $\beta_{25} * 3 \text{ měsíce až 1 rok (včetně)} + \beta_{26} * 1 \text{ rok až 3 roky (včetně)} + \beta_{27} * \text{hledá zaměstnání}$
+ $\beta_{28} * \text{rok}$

Kromě celkového modelu logistické regrese (Model 1), který modeloval pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti, němž pohlaví figurovalo jako vysvětlující proměnná, byly dále vytvořeny dva modely pro každé pohlaví zvlášť (Model 2 a Model 3). Nejprve byla data dle proměnné „pohlaví“ (název proměnné „pohl“) seříděna pomocí procedury SORT a následně vypočtena logistická regrese pro každé pohlaví zvlášť (pomocí příkazu „BY“ v rámci procedury LOGISTIC).

```
PROC SORT data = LFS;
```

```
BY pohl;
```

```
run;
```

```
PROC LOGISTIC data = LFS;
```

```
CLASS vekkat (ref = '45-59 let') vzdelani (ref = 'SŠ bez maturity') rodstav (ref = 'Zenaty/vdana') zapad_vychod (ref = 'západ') kzam (ref = 'Zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci ') postvzam (ref = 'Zaměstnanec') e0483d (ref = 'Nehleda zamestnani') obvhod (ref = '35 až 44,9') e0427kdy (ref = '3 a více let') / param = ref;
```

```
MODEL dpn (event = 'ano') = pohl vekkat rodstav vzdelani zapad_vychod kzam postvzam e0483d obvhod e0427kdy rok/ expb;
```

```
BY pohl;
```

```
WEIGHT wgtos;
```

```
ODDSRATIO vekkat;
```

```
ODDSRATIO vzdelani;
```

```
run;
```

Rovnice logistické regrese pro Model 2 (ženy) má tvar:

Logit (výskyt pracovní neschopnosti=ano) = $\beta_0 + \beta_1 \cdot 15\text{--}29\text{let} + \beta_2 \cdot 30\text{--}44\text{let} + \beta_3 \cdot 60 \text{ a více let} + \beta_4 \cdot \text{svobodná} + \beta_5 \cdot \text{ovdovělá} + \beta_6 \cdot \text{rozvedená} + \beta_7 \cdot \text{základní vzdělání či zcela bez vzdělání} + \beta_8 \cdot \text{střední vzdělání s maturitou} + \beta_9 \cdot \text{vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání} + \beta_{10} \cdot \text{východ} + \beta_{11} \cdot \text{vědečtí a odborní duševní pracovníci} + \beta_{12} \cdot \text{techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci} + \beta_{13} \cdot \text{nižší administrativní pracovníci (úředníci)} + \beta_{14} \cdot \text{provozní pracovníci ve službách a obchodě} + \beta_{15} \cdot \text{kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech} + \beta_{16} \cdot \text{řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři} + \beta_{17} \cdot \text{obsluha strojů a zařízení} + \beta_{18} \cdot \text{pomocní a nekvalifikovaní pracovníci} + \beta_{19} \cdot \text{příslušníci armády} + \beta_{20} \cdot \text{podnikatelé} + \beta_{21} \cdot 0,1\text{--}34,9 \text{ hodin} + \beta_{22} \cdot 45 \text{ a více hodin týdně} + \beta_{23} \cdot \text{do 3 měsíců (včetně)} + \beta_{24} \cdot 3 \text{ měsíce až 1 rok (včetně)} + \beta_{25} \cdot 1 \text{ rok až 3 roky (včetně)} + \beta_{26} \cdot \text{hledá zaměstnání} + \beta_{27} \cdot \text{rok}$

Rovnice logistické regrese pro Model 3 (muži) má tvar:

Logit (výskyt pracovní neschopnosti=ano) = $\beta_0 + \beta_1 \cdot 15\text{--}29\text{let} + \beta_2 \cdot 30\text{--}44\text{let} + \beta_3 \cdot 60 \text{ a více let} + \beta_4 \cdot \text{svobodný} + \beta_5 \cdot \text{ovdovělý} + \beta_6 \cdot \text{rozvedený} + \beta_7 \cdot \text{základní vzdělání či zcela bez vzdělání} + \beta_8 \cdot \text{střední vzdělání s maturitou} + \beta_9 \cdot \text{vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání} + \beta_{10} \cdot \text{východ} + \beta_{11} \cdot \text{vědečtí a odborní duševní pracovníci} + \beta_{12} \cdot \text{techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci} + \beta_{13} \cdot \text{nižší administrativní pracovníci (úředníci)} + \beta_{14} \cdot \text{provozní pracovníci ve službách a obchodě} + \beta_{15} \cdot \text{kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech} + \beta_{16} \cdot \text{řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři} + \beta_{17} \cdot \text{obsluha strojů a zařízení} + \beta_{18} \cdot \text{pomocní a nekvalifikovaní pracovníci} + \beta_{19} \cdot \text{příslušníci armády} + \beta_{20} \cdot \text{podnikatelé} + \beta_{21} \cdot 0,1\text{--}34,9 \text{ hodin} + \beta_{22} \cdot 45 \text{ a více hodin týdně} + \beta_{23} \cdot \text{do 3 měsíců (včetně)} + \beta_{24} \cdot 3 \text{ měsíce až 1 rok (včetně)} + \beta_{25} \cdot 1 \text{ rok až 3 roky (včetně)} + \beta_{26} \cdot \text{hledá zaměstnání} + \beta_{27} \cdot \text{rok}$

Korelační analýza

Pro srovnání pořadí krajů České republiky dle úrovně pracovní neschopnosti zjištěné na základě oficiálních statistik ČSÚ a Výběrového šetření pracovních sil byl použit *Spearmanův koeficient pořadové korelace*. Zdrojová data, tj. hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti pocházející z evidence ČSÚ (název proměnné „CSU_proc“) a podíl osob v pracovní neschopnosti, který byl vypočten na základě dat VŠPS (název proměnné „VSPS_podil“) v krajích ČR, byly uloženy v souboru nazvaném „CSU_VSPS“. Pomocí procedury CORR a klíčového slova „spearman“ byl vypočten pořadový koeficient korelace pro proměnné umístěné za příkazem „VAR“.

```
PROC CORR data = CSU_VSPS spearman;  
VAR CSU_proc VSPS_podil;  
RUN;
```

3.3.2.3 Aplikace statistických postupů v podkapitole 10.2

V kapitole 10 byla analyzována data pocházející z mezinárodního výběrového šetření European Working Conditions Survey (EWCS). Na jejich základě byla sledována úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu v České republice v roce 2009 a jejich diferenciaci dle vybraných faktorů. Obdobně jako v kapitole 8 byla nejprve provedena dvourozměrná analýza, na kterou bylo navázáno analýzou vícerozměrnou. V další části této kapitoly byl sledován vztah mezi pracovní neschopností a prezentismem, k čemuž byla opět využita dvourozměrná a korelační analýza.

Dvourozměrná analýza

Analyzování vlivu vybraných proměnných bylo v rámci popisné statistiky prováděno ve více fázích. Nejprve byl sledován podíl osob, které v průběhu předešlých 12 měsíců pracovaly, ačkoliv se cítily nemocné a osob, které naopak svou docházku do zaměstnání z důvodu nemoci přerušily. V prvním případě bylo toto chování vyhodnoceno jako projev prezentismu, v druhém jako pracovní neschopnost. Podíl osob byl počítán z celkového počtu dotázaných, tj. zaměstnaných osob, v dané kategorii proměnné. Tento přístup byl zvolen z toho důvodu, že by bylo velmi problematické vytvořit pouze soubor nemocných osob, a to zejména s ohledem na subjektivní vnímání zdraví a nemoci. Důvodem byla rovněž skutečnost, že samotný výskyt nemoci je rovněž určitou charakteristikou pracovníka, která by v případě použití pouze nemocných osob zůstala skryta.

Proměnné, na jejichž základě byl podíl prezentujících a absentujících osob sledován, byly dichotomické. Proměnná nazvaná „DPN“ se týkala výskytu pracovní absence a nabývala hodnoty „ano“, pokud byl respondent ve sledovaném období alespoň jednou nepřítomen v zaměstnání ze zdravotních důvodů a hodnoty „ne“, pokud k tomuto chování nedošlo. Proměnná nazvaná „PRES“ se týkala výskytu prezentismu a nabývala hodnoty „ano“, pokud respondent alespoň jednou pracoval nemocný a hodnoty „ne“ pokud nikoliv. Skutečnost, zda respondent deklaroval, že nemocný vůbec nebyl, nebyla v kódování proměnné zohledněna, tj. hodnoty „ne“ nabývali jak respondenti, kteří uvedli, že nepracovali nemocní, tak respondenti,

kteří uvedli, že nebyli nemocní (více viz kapitola 10.2.2). Podíl osob, u kterých došlo k výskytu jevu, byl vždy sledován v rámci dané kategorie příslušné proměnné.

Dále byla sledována průměrná doba trvání těchto jevů, tj. průměrný počet dní, po který jedinci absentovali v zaměstnání, nebo po který vykonávali výdělečnou činnost navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu. Tento ukazatel do určité míry umožnil kvantifikovat dopad sledovaného chování na pracovníka (na jeho zdraví a produktivitu práce), na jeho zaměstnavatele (na výši přímých, popř. nepřímých, nákladů spojených s absencí či prezencí pracovníka) a stát. Z tohoto úhlu pohledu měla průměrná doba trvání absence nebo prezence při zhoršeném zdravotním stavu lepší vypovídací hodnotu než pouhý podíl absentujících, resp. prezentujících osob. Tento ukazatel byl sledován na základě spojité proměnné nazvané „DPN_dny“, jež vyjadřovala průměrný počet dní, po které respondent nebyl přítomen v zaměstnání ze zdravotních důvodů a na základě proměnné „PRES_dny“, která naopak značila počet dní, po které jedinec pracoval, ačkoliv se cítil nemocný.

Jako určitá analogie k průměrnému procentu pracovní neschopnosti používanému ke komplexnímu zhodnocení úrovně pracovní neschopnosti na základě statistické evidence ČSÚ, byl z dostupných dat EWCS vypočten ukazatel vyjadřující podíl respondentů, kteří byli průměrně denně nepřítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů, anebo kteří průměrně denně pracovali navzdory nemoci. Pro výpočet tohoto ukazatele byl celkový počet dnů pracovní absence, resp. pracovní prezence, vztažen k počtu respondentů vynásobených počtem kalendářních dní ve sledovaném období. Tento ukazatel je možné považovat za nejkompaktnější, vyjadřující rozsah obou sledovaných alternativ chování nemocného pracovníka.

Průměrný podíl denně absentujících osob se vypočte:

$$ppda = \frac{\sum_t D^a}{{}_t R} * 365$$

kde D^a značí celkový počet kalendářních dní absence z důvodu pracovní neschopnosti v čase t , ${}_t R$ značí počet respondentů v období t a 365 počet dní v kalendářním roce.

Průměrný podíl denně prezentujících osob:

$$ppdp = \frac{\sum_t D^p}{{}_t R} * 365$$

kde D^p značí celkový počet kalendářních dní přítomnosti v zaměstnání navzdory nemoci v čase t , ${}_t R$ značí počet respondentů v čase t a 365 počet dní v kalendářním roce.

Proměnných, v jejichž kategoriích byl výskyt pracovní neschopnosti a prezentismu sledován, bylo na základě dostupných dat zvoleno 28 a byly rozděleny do 4 skupin.

Jednalo se demografické a socioekonomické charakteristiky respondenta:

- pohlaví (název proměnné „pohl“),
- věková kategorie (název proměnné „vekkat“),
- nejvyšší dokončené vzdělání (název proměnné „vzdelani“),
- jak domácnost respondenta vychází s penězi (název proměnné „penize“).

Další samostatnou skupinu tvořil zdravotní stav respondenta. Do této skupiny byla zařazena proměnná, v níž respondent hodnotil svůj zdravotní stav a dále dichotomické proměnné, které vyjadřovaly, zda došlo u respondenta k výskytu konkrétních zdravotních obtíží:

- subjektivní hodnocení zdravotního stavu (název proměnné „zdravotni_stav“),
- výskyt bolesti zad (název proměnné „q69c“),
- výskyt bolesti hlavy a únava očí (název proměnné „q69f“),
- výskyt problémů se spaním (název proměnné „q69m“),
- výskyt deprese a úzkosti (název proměnné „q69k“),
- výskyt bolesti břicha (název proměnné „q69g“).

Dalšími proměnnými, u nichž bylo předpokládáno, že mají vliv na úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu, byly proměnné související s výkonem výdělečné činnosti. Vzhledem k jejich vysokému počtu byly dále rozčleněny do podskupin. První podskupinu tvořily proměnné související s pracovními podmínkami:

- celková spokojenost s pracovními podmínkami (název proměnné „prac_podminky“),
- spokojenost s vyhlídkami na rozvoj kariéry (název proměnné „rozvoj_kariery“),
- spokojenost s platovými podmínkami (název proměnné „plat_spojnost“),
- obava ze ztráty zaměstnání (název proměnné „ztrata_prace“),
- spokojenost se vztahy na pracovišti (název proměnné „vztahy“),
- spokojenost s motivací ze strany zaměstnavatele (název proměnné „motivace“),
- kontrola nad vykonávanou prací (název proměnné „kontrola“),
- zavedení nových technologií a procesů (název proměnné „nove_technologie“),
- provedení restrukturalizace nebo reorganizace (název proměnné „reorganizace“).

Druhou podskupinu tvořily proměnné související s formálními náležitostmi pracovní pozice:

- typ pracovní smlouvy (název proměnné „typ_smlouvy“),
- nastavení pracovní doby (název proměnné „pracovni_doba“),
- práce na směny (název proměnné „smeny“),
- počet obvykle odpracovaných hodin (název proměnné „obvykle_odprac“).

Proměnné zařazené do třetí podskupiny vyjadřovaly pozici respondenta na pracovním trhu:

- postavení v zaměstnání (název proměnné „postvzam_2“),
- charakter výdělečné činnosti (název proměnné „egp_kzam_v2“),
- délka výkonu současné výdělečné činnosti (název proměnné „delka_praxe“).

Poslední skupinu tvořily dvě zbývající proměnné, které nemohly být zařazeny ani do jedné z předcházejících skupin:

- dojíždka do zaměstnání (název proměnné „dojizdka“),

- regionální rozložení (název proměnné „p7“).

Detailní popis proměnných je uveden v kapitole 10.2.3.

Tabulky četností, včetně řádkových procent, byly stejně jako v případě zpracování dat z Výběrového šetření pracovní sil vytvořeny v rámci statistického softwaru SAS 9.2, využitím procedury `FREQ`. Zdrojová data byla uložena v souboru nazvaném „EWCS“. Za příkazem „`TABLES`“ byl obsažen seznam požadovaných tabulek. Pro zjednodušení zápisu byly všechny faktory, u nichž byl předpokládán vliv na pracovní neschopnost, resp. prezentismus, vypsány do závorky; výsledná dvourozměrná tabulka následně kombinovala kategorie jednoho z faktorů uvedených v závorce a kategorie sledované proměnné, tj. pracovní neschopnosti či prezentismu. Klíčová slova „`nocol`“ a „`nopercent`“ zamezila výpočtu sloupcových a celkových procent do výsledné tabulky. Příkaz „`WEIGHT`“ byl použit k vážení jednotlivých pozorování hodnotou uvedenou v proměnné umístěné za tímto příkazem.

Výsledné tabulky v upravené podobě, tj. zobrazující pouze podíl osob rámci dané kategorie, u kterých došlo k výskytu pracovní neschopnosti, resp. prezentismu, jsou uvedeny v kapitole 10.2.3.

Aplikační zápis jejich výpočtu byl následující:

- pracovní neschopnost

```
PROC FREQ data = EWCS;
```

```
TABLES (pohl vekkat vzdelani penize zdravotni_stav q69c q69f q69g q69k q69m  
prac_podminky rozvoj_kariery plat_spokojenost ztrata_prace vztahy motivace kontrola  
nove_technologie reorganizace typ_smlouvy pracovni_doba smeny obvykle_odprac  
postvzam_2 egp_kzam_v2 delka_praxe dojazdka p7) * DPN / nocol nopercent;
```

```
WEIGHT w3;
```

```
RUN;
```

- prezentismus

```
PROC FREQ data = EWCS;
```

```
TABLES (pohl vekkat vzdelani penize zdravotni_stav q69c q69f q69g q69k q69m  
prac_podminky rozvoj_kariery plat_spokojenost ztrata_prace vztahy motivace kontrola  
nove_technologie reorganizace typ_smlouvy pracovni_doba smeny obvykle_odprac  
postvzam_2 egp_kzam_v2 delka_praxe dojazdka p7) * PŘES / nocol nopercent;
```

```
WEIGHT w3;
```

```
RUN;
```

Výskyt pracovní neschopnosti a prezentismu byl v rámci demografických a socioekonomických proměnných a proměnných týkajících se zdravotního stavu sledován rovněž v členění dle pohlaví. Tabulky pro každé pohlaví zvlášť byly spočítány pomocí příkazu

BY; program vytvoří tolik tabulek, kolik je kategorií v proměnné uvedené za tímto příkazem. Použití příkazu „BY“ musí předcházet seřazení dat dle třídící proměnné, které bylo provedeno procedurou SORT.

- pracovní neschopnost

```
PROC SORT data = EWCS;  
BY pohl;  
RUN;
```

```
PROC FREQ data = EWCS;  
TABLES (vekkat vzdelani penize zdravotni_stav q69c q69f q69g q69k q69m) * DPN /  
nocol nopercnt;  
BY pohl;  
WEIGHT w3;  
RUN;
```

- prezentismus

```
PROC SORT data = EWCS;  
BY pohl;  
RUN;
```

```
PROC FREQ data = EWCS;  
TABLES (vekkat vzdelani penize zdravotni_stav q69c q69f q69g q69k q69m) * PRES  
/ nocol nopercnt;  
BY pohl;  
WEIGHT w3;  
RUN;
```

Kromě podílu osob, u nichž se pracovní neschopnost a prezentismus vyskytly, byla sledována rovněž jejich průměrná doba trvání. Pro její výpočet byla využita procedura MEANS a klíčové slovo „mean“. Za příkazem „VAR“ byly zapsány sledované proměnné, pro které byl výpočet proveden (DPN_dny, PRES_dny) a za příkazem „CLASS“ byla uvedena klasifikační proměnná.

V rámci procedury MEANS byl použitím klíčového slova „sum“ rovněž vypočten celkový počet kalendářních dní, po který byly respondenti nepřítomni, resp. přítomni v zaměstnání v době nemoci. Ten byl následně použit k výpočtu průměrného podílu denně absentujících, resp. prezentujících osob, jenž byl dle výše uvedeného vzorce proveden v programu Excel.

Aplikační zápis výpočtu průměrné doby trvání je uveden níže. Vzhledem k totožnému zápisu použitému postupně pro všechny klasifikační proměnné je zde znázorněna pouze syntaxe pro vzorovou proměnnou věk (název proměnné „vekkat“).

```
PROC MEANS data = EWCS mean sum;  
VAR DPN_dny PRES_dny;  
CLASS vekkat;  
RUN;
```

Také průměrná doba trvání byla pro vybrané proměnné sledována v členění dle pohlaví (název proměnné „pohl“). Použití příkazu „BY“ v rámci procedury MEANS opět předcházela procedura SORT, která data setřídila.

```
PROC SORT data = EWCS;  
BY pohl;  
RUN;
```

```
PROC MEANS data = EWCS mean sum;  
VAR DPN_dny PRES_dny;  
CLASS vekkat;  
BY pohl;  
RUN;
```

Na základě získaných informací byl dále vztah mezi oběma jevy sledován využitím vícerozměrných statistických metod.

Binární logistická regrese

Podruhé v rámci této práce byla metoda binární logistické regrese využita k analyzování dat pocházejících z výběrového šetření European Working Conditions Survey z roku 2010. Na základě těchto dat byl zjišťován vztah mezi závislou proměnnou a dalšími nezávislými proměnnými.

Vysvětlovanou proměnnou byl výskyt pracovní neschopnosti, resp. prezentismu. Metodou binární logistické regrese byla modelována pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti, resp. prezentismu, tj. pravděpodobnost nabytí hodnoty „ano“.

Vysvětlující proměnné byly výlučně kategoriální a jsou uvedeny níže. Stejně jako v případě analyzování dat pocházejících z Výběrového šetření sil, také v tomto případě nevstupovaly do analýzy všechny proměnné sledované formou kontingenčních tabulek, ale pouze ty, které byly právě na základě dvourozměrné analýzy shledány významnějšími. Jednalo se o tyto proměnné a jejich kategorie (uvedené za dvojtečkou):

- pohlaví (název proměnné „pohl“): muž, žena,
- věková kategorie (název proměnné „vekkat“): 18–29 let, 30–44 let, 45–59 let, 60 a více let,

- nejvyšší dosažené vzdělání (název proměnné „vzdelani“): základní vzdělání či zcela bez vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání,
- zdravotní stav (název proměnné „zdravotni_stav_2“): dobrý, špatný,
- spokojenost s pracovními podmínkami (název proměnné „prac_podminky_v2“): spokojen, nespokojen,
- obava ze ztráty zaměstnání (název proměnné „ztrata_prace“): neobávají se; ani souhlas, ani nesouhlas; obávají se,
- počet obvykle odpracovaných hodin (název proměnné „obvykle_odprac“): méně než 35 hodin, 35 až 44 hodin, více než 45 hodin,
- postavení v zaměstnání (název proměnné „postvzam_2“): podnikatel, zaměstnanec,
- délka praxe při vykonávání současné výdělečné činnosti (název proměnné „delka_praxe“): méně než rok, 1 až 3 roky, 4 až 10 let, 10 let a více,
- doba dojížděky do zaměstnání (název proměnné „dojizdka_log“): méně než hodinu, více než hodinu,
- regionální příslušnost respondenta (název proměnné „p7“): Praha, Střední Čechy, Jihozápad, Severozápad, Severovýchod, Jihovýchod, Střední Morava, Moravskoslezsko,
- jak domácnost respondenta vychází s penězi (název proměnné „penize“): snadno, obtížně.

Logistická regrese byla vypočtena v statistickém softwaru SAS 9.2 využitím procedury LOGISTIC. Zpracovávaná data byla uložena v souboru nazvaném „LFS“. Použitý postup byl analogický k výpočtu provedeném na základě dat pocházejících z VŠPS.

Za příkaz „CLASS“ v syntaxi byly uvedeny kategorizované vysvětlující proměnné a zápisem do závorky za každou proměnnou byla pomocí klíčového slova „ref“ zvolena referenční kategorie. Vzhledem k volbě kódovacího schématu byl za lomítko v příkazu „CLASS“ nastaven příkaz „PARAM = REF“. Hodnoty šancí v tabulkách Analysis of Maximum Likelihood Estimates a Odds Ratio Estimates se následně rovnaly, neboť v obou případech byla srovnávána šance na výskyt u dané kategorie s kategorií referenční.

Za příkazem „MODEL“ byly umístěny všechny proměnné vstupující do modelu. U vysvětlované proměnné (pracovní neschopnosti, resp. prezentismu) bylo definováno, pravděpodobnost výskytu jaké hodnoty bude modelována. Příkaz „EXPB“ znamená, že hodnota parametru b je v exponenciálním tvaru. V případě referenčního kódování, hodnota EXPB představuje poměr šancí dané a referenční úrovně.

Pro vytvoření vhodného modelu, který by umožňoval predikovat výskyt sledovaného jevu, byl použit příkaz „selection“ a v jeho rámci metoda „stepwise“. Tato metoda postupně přibírá proměnné do modelu, pokud splňují stanovenou hladinu významnosti a zároveň může proměnné již zařazené do modelu odstranit. Pomocí klíčového slova „slentry“ byla stanovena hladina významnosti, která je vyžadována, aby byla proměnná zařazena do modelu a klíčové slovo „slstay“ stanovilo hladinu významnosti pro ponechání proměnné v modelu.

Vážení každého pozorování bylo provedeno pomocí příkazu „WEIGHT“; každé pozorování bylo váženo hodnotou proměnné uvedené za tímto příkazem. Data získaná z výběrového šetření byla vážena tak, aby odpovídala počtu a struktuře ekonomicky aktivních osob v základním souboru, tj. České republice.

Syntaxe binární logistické regrese pro modelování pravděpodobnosti výskytu pracovní neschopnosti:

```
PROC LOGISTIC data = EWCS;
CLASS pohl (ref = 'Muž') vekkat (ref = '30-44') vzdelani (ref = 'SŠ s maturitou')
zdravotni_stav_2 (ref = 'Horší') prac_podminky_v2 (ref = 'Nespokojenost') ztrata_prace (ref
= 'Obávají se') obvykle_odprac (ref = '35 až 44 hodin') postvzam_2 (ref = 'Zaměstnanec')
delka_praxe (ref = '10 let a více') penize (ref = 'Obtížně') dojazdka_log (ref = 'Méně než
hodinu') p7 (ref = 'CZ01 Praha') / param = ref;
MODEL DPN (event = 'ANO') = pohl vekkat vzdelani zdravotni_stav_2 prac_podminky_v2
ztrata_prace obvykle_odprac postvzam_2 delka_praxe penize dojazdka_log p7 / expb
selection = stepwise SLENTRY = 0.001 SLSTAY = 0.001;
WEIGHT w3;
RUN;
```

Syntaxe binární logistické regrese pro modelování pravděpodobnosti výskytu prezentismu:

```
PROC LOGISTIC data = EWCS;
CLASS pohl (ref = 'Muž') vekkat (ref = '30-44') vzdelani (ref = 'SŠ s maturitou')
zdravotni_stav_2 (ref = 'Horší') prac_podminky_v2 (ref = 'Nespokojenost') ztrata_prace (ref
= 'Obávají se') obvykle_odprac (ref = '35 až 44 hodin') postvzam_2 (ref = 'Zaměstnanec')
delka_praxe (ref = '10 let a více') penize (ref = 'Obtížně') dojazdka_log (ref = 'Méně než
hodinu') p7 (ref = 'CZ01 Praha') / param = ref;
MODEL PRES (event = 'ANO') = pohl vekkat vzdelani zdravotni_stav_2
prac_podminky_v2 ztrata_prace obvykle_odprac postvzam_2 delka_praxe penize
dojazdka_log p7 / expb selection = stepwise SLENTRY = 0.001 SLSTAY = 0.001;
WEIGHT w3;
RUN;
```

Rovnice logistické regrese výskytu pracovní neschopnosti má tvar:

Logit (výskyt pracovní neschopnosti=ano) = $\beta_0 + \beta_1 * \text{žena} + \beta_2 * 15\text{--}29\text{let} + \beta_3 * 45\text{--}59\text{let} + \beta_4 * 60$
a více let + $\beta_5 * \text{základní vzdělání či zcela bez vzdělání} + \beta_6 * \text{střední vzdělání bez maturity} +$
 $\beta_7 * \text{vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání} + \beta_8 * \text{dobrý} + \beta_9 * \text{ano} + \beta_{10} * \text{ne} + \beta_{11} * \text{ani souhlas ani}$
nesouhlas + $\beta_{12} * \text{méně než 35 hodin} + \beta_{13} * \text{více než 45 hodin} + \beta_{14} * \text{podnikatel} + \beta_{15} * \text{méně než}$
1 rok + $\beta_{16} * 1 \text{ až } 3 \text{ roky} + \beta_{17} * 4 \text{ až } 10 \text{ let} + \beta_{18} * \text{snadno} + \beta_{19} * \text{více než 1 hodinu} + \beta_{20} * \text{Střední}$

Čechy + β_{21} *Jihozápad + β_{22} *Severozápad + β_{23} *Severovýchod + β_{24} *Jihovýchod + β_{25} *Střední Morava + β_{26} *Moravskoslezsko

Rovnice logistické regrese výskytu prezentismu má tvar:

Logit (výskyt prezentismu=ano) = β_0 + β_1 *žena + β_2 *15–29let + β_3 *45–59let + β_4 *60 a více let + β_5 *základní vzdělání či zcela bez vzdělání + β_6 *střední vzdělání bez maturity + β_7 *vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání + β_8 *dobrý + β_9 *ano + β_{10} *ne + β_{11} *ani souhlas ani nesouhlas + β_{12} *méně než 35 hodin + β_{13} *více než 45 hodin + β_{14} *podnikatel + β_{15} *méně než 1 rok + β_{16} *1 až 3 roky + β_{17} *4 až 10 let + β_{18} *snadno + β_{19} *více než 1 hodinu + β_{20} *Střední Čechy + β_{21} *Jihozápad + β_{22} *Severozápad + β_{23} *Severovýchod + β_{24} *Jihovýchod + β_{25} *Střední Morava + β_{26} *Moravskoslezsko

V následující části této kapitoly byl sledován vztah mezi výskytem pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „DPN“) a prezentismu (proměnná nazvaná „PRES“).

Dvourozměrná analýza

K vyjádření tohoto vzahu byla opět použita dvourozměrná tabulka četností, která byla, včetně chí-kvadrát testu nezávislosti, vypočtena pomocí procedury FREQ. Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o čtyřpolní tabulku (obě proměnné byly dichotomické), byl automaticky proveden také Fisherův test.

Zdrojová data byla uložena v souboru nazvaném „EWCS“. V rámci níže uvedené syntaxe značí klíčové slovo „chisq“ za příkazem „TABLES“, že má být proveden výpočet chí-kvadrát testu nezávislosti. Klíčové slovo „expected“ určuje, že v tabulkovém výstupu mají být zobrazeny rovněž očekávané četnosti.

```
PROC FREQ data = EWCS;
TABLES DPN*PRES / expected chisq;
RUN;
```

Cílem chí-kvadrát testu bylo zjistit, zda mezi osobami, které absentovaly v zaměstnání ze zdravotních důvodů, a které vykonávaly výdělečnou činnost navzdory nemoci, existuje závislost. Chí-kvadrát test slouží ke statistickému testování shody mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami (Zvára, 2003). Pomocí něj se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v určitém šetření, se nad rámec náhodného kolísání odlišují od teoretických četností, které by byly dosaženy za platnosti nulové hypotézy²¹. Pokud je vypočtená hodnota testového kritéria menší než kritická hodnota (stanovená na základě zvolené hladiny významnosti a určeného počtu stupňů volnosti), nezamítáme nulovou hypotézu (Řezanková, 2010).

²¹ Nulová hypotéza říká, že mezi proměnnými není žádný vztah.

Korelační analýza

V části 10. kapitoly, která se zabývala vztahem mezi pracovní neschopností a prezentismem byla opět použita korelační analýza, a to jak pro vyjádření vztahu mezi výskyty obou jevů, tak pro vyjádření vztahu mezi délkou jejich trvání.

Pearsonovým koeficient korelace byla vyjádřena asociace mezi výskytem pracovní neschopnosti (proměnná nazvaná „DPN“) a prezentismu (proměnná nazvaná „PRES“). Zdrojová individuální data byla uložena v souboru nazvaném EWCS. Korelační koeficient byl vypočten pomocí procedury CORR a klíčového slova „pearson“.

```
PROC CORR data= EWCS pearson;  
var DPN PRES;  
run;
```

Aplikační výpočet Pearsonova korelačního koeficientu pro vztah mezi počtem dní, po který respondenti nebyli přítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů (název proměnné „DPN_dny“) a počtem dní, po který naopak pracovali v nemoci (název proměnné „PRES_dny“), je znázorněn níže.

```
PROC CORR data= EWCS pearson;  
VAR DPN_dny PRES_dny;  
RUN;
```

3.3.2.5 Aplikace statistických postupů v podkapitole 10.3

V této části práce bylo sledováno postavení České republiky v rámci Evropské unie z hlediska úrovně pracovní neschopnosti a prezentismu.

Dvourozměrná analýza

K výpočtu podílu osob v zemích Evropské unie, u nichž se vyskytla pracovní absence a prezenze, byla využita procedura FREQ. Zdrojová individuální data byla uložena v souboru nazvaném „EWCS_Evropa“, sledovanými proměnnými byla proměnná „country“, která vyjadřovala zemi EU, v níž respondent žil, dále proměnné „DPN“ a „PRES“, které značily, zda k výskytu sledovaného chování, tj. pracovní neschopnosti, resp. prezentismu, došlo či nikoliv. Obě poslední uvedené proměnné byly dichotomické a nabývaly hodnoty „ano“, pokud respondent byl alespoň jednou nepřítomen v zaměstnání ze zdravotních důvodů, resp. alespoň jednou pracoval nemocný, nebo hodnoty „ne“, pokud ke sledovanému chování nedošlo.

```
PROC FREQ data = EWCS_Evropa;  
TABLES country*DPN / nocol nopercnt;  
RUN;
```



```
PROC FREQ data = EWCS_Evropa;  
TABLES country*PRES / nocol nopercnt;  
RUN;
```

Proc MEANS byla použita k výpočtu průměrné doby trvání pracovní absence, resp. prezence, v jednotlivých zemích Evropské unie. Proměnné „DPN_dny“, resp. „PRES_dny“ umístěné za příkazem „VAR“, vyjadřovaly počet dní, po které respondent absentoval, resp. prezentoval v době nemoci. Klasifikační proměnná „country“, značící příslušnost respondenta k dané zemi EU, byla umístěna za příkazem „CLASS“ a umožnila výpočet požadovaných statistik u sledovaných proměnných pro každou zemi zvlášť.

Kromě průměrného počtu dní, vypočteného pomocí klíčového slova „mean“, byl pomocí klíčového slova „sum“ rovněž vypočten celkový objem dní, po který byli respondenti v jednotlivých zemích EU nepřítomni, resp. přítomni v zaměstnání v době nemoci. Celkový objem dní byl následně použit k výpočtu průměrného podílu absentujících, resp. prezentujících, provedenému v programu Excel.

```
PROC MEANS data = EWCS_Evropa mean sum;  
VAR DPN_dny PRES_dny;  
CLASS country;  
RUN;
```

Korelační analýza

Za účelem vyjádření vztahu mezi pracovní neschopností a prezentismem v rámci zemí Evropské unie byl vypočten *Pearsonův korelační koeficient*. Postup byl analogický k postupu provedeném pro výpočet téhož ukazatele na úrovni České republiky. Sledovaný byl výskyt obou jevů a doba jejich trvání. Individuální data byla uložena v souboru nazvaném „EWCS_Evropa“, proměnná nazvaná „DPN“ vyjadřovala, zda k výskytu pracovní neschopnosti došlo či nikoliv, obdobně proměnná „PRES“ vyjadřovala, zda došlo k výskytu prezentismu či nikoliv. Proměnné „DPN_dny“ a „PRES_dny“ značily počet dní, po které sledované události trvaly.

```
PROC CORR data= EWCS_Evropa pearson;  
VAR DPN PRES;  
RUN;
```

```
PROC CORR data= EWCS_Evropa pearson;  
VAR DPN_dny PRES_dny;  
RUN;
```

Korelační koeficient nebyl počítán jen pro individuální data uložená ve výše uvedeném souboru EWCS_Evropa, ale byl rovněž sledován vztah mezi studovanými jevy na úrovni států EU. Agregované údaje za jednotlivé státy byly vypočteny výše popsanou metodou FREQ a MEANS a uloženy do souboru nazvaného „EWCS_statyEU“. Tento soubor obsahoval

proměnné vyjadřující podíl osob, u kterých se dané chování vyskytlo (název proměnné „DPN_podil“, resp. „PRES_podil“), dále průměrnou dobu trvání obou ze sledovaných událostí (název proměnné „DPN_trvani“, resp. „PRES_trvani“) a průměrný podíl denně absentujících, resp. prezentujících osob (název proměnné „DPN_procento“, resp. „PRES_procento“), v členění dle států EU. Korelační koeficient byl vypočten u všech 3 výše uvedených ukazatelů.

```
PROC CORR data= EWCS_statyEU pearson;  
VAR DPN_podil PRES_podil;  
RUN;
```

```
PROC CORR data= EWCS_statyEU pearson;  
VAR DPN_trvani PRES_trvani;  
RUN;
```

```
PROC CORR data= EWCS_statyEU pearson;  
VAR DPN_procento PRES_procento;  
RUN;
```

Kapitola 4

Ovlivňování úrovně pracovní neschopnosti

Nadměrný výskyt pracovní neschopnosti má řadu negativních dopadů, a to na všechny zúčastněné subjekty.

Nemocný pracovník má dočasně snížen příjem, což snižuje jeho koupěschopnost, která se zpětně projevuje v ekonomickém vývoji země (Klesla, 2007), a zároveň snižuje psychickou pohodu pracovníka, kdy se ke zdravotním problémům mohou přidávat ještě problémy finanční povahy. Dlouhodobá pracovní neschopnost navíc zbavuje jedince pracovních návyků a může vést k sociálnímu vyloučení.

Zaměstnavatel je dočasnou pracovní neschopností svého zaměstnance ovlivněn v několika ohledech. Je nucen zejména dočasně změnit organizaci práce a přerozdělit úkoly ve firmě tak, aby zabezpečil standardní výkon firmy, na což vynakládá zvýšené finanční výdaje (např. placením přesčasů osobám vykonávajícím práci za dočasně práce neschopného zaměstnance, popř. najmutím dalšího zaměstnance a jeho nezbytným zaškolením). Nahraditelnost pracovníků se přitom výrazně liší a je možná a relativně dobře proveditelná pouze u některých činností; některé pracovní úkoly zůstanou po dobu nepřítomnosti pracovníka nevyřešeny. Tím může docházet ke zpoždění, případnému nedodržení smluvních podmínek a placení pokut (Pauly et al., 2008). V řadě zemí se rovněž zaměstnavatel podílí na finanční kompenzaci ušlé mzdy, která znamená další výdaje. V České republice byla tato participace zavedena dne 1. 1. 2009; od tohoto data je zaměstnavatelem na počátku dočasné pracovní neschopnosti poskytována náhrady mzdy.

Na stát dopadají důsledky pracovní neschopnosti, kterým čelí jednotliví zaměstnavatelé, v podobě poklesu celkové produktivity práce a hrubého domácího produktu. Stát zároveň vynakládá finanční prostředky na výplatu dávek nemocenského pojištění a na poskytnutí zdravotní péče nemocným osobám.

Výše popsané skutečnosti vedly vlády řady evropských zemí a majitele firem k přijetí opatření směřujících k snižování výskytu pracovní neschopnosti. Těmto opatřením jsou věnovány následující podkapitoly. Pozornost je nejprve věnována ovlivňování pracovní neschopnosti na celostátní úrovni, které je v kompetenci vládních úřadů, tj. přijímáním zákonů či doporučujících usnesení. Druhá část se zaměřuje na relativně širokou paletu možností, kterými ve vztahu ke svým zaměstnancům disponují firmy. Tato podkapitola je věnována firemním koncepcím, které jsou zaváděny za účelem snížení pracovní neschopnosti, aniž by docházelo ke zhoršování úrovně zdravotního stavu či přecházení nemocí ve firmách.

4.1 Vládní opatření

V rámci legislativy je možné rozlišit 3 typy opatření směřujících ke snižování úrovně pracovní neschopnosti. Jedná se o opatření zaměřená na zaměstnavatele, zaměstnance a o administrativně organizační opatření (Prins, 2004).

Opatření zaměřená na zaměstnavatele spočívají zejména v tom, že je na ně částečně přenesena finanční kompenzace ušlé mzdy v době pracovní neschopnosti. Cílem tohoto opatření je zvýšit zájem zaměstnavatele o prevenci výskytu pracovní neschopnosti a o kontrolu oprávněnosti jejího využívání. V České republice se stát tímto opatřením zavedeným dne 1. 1. 2009 zároveň snaží zamezit situacím, v nichž zaměstnavatel neměl pro své pracovníky dostatek práce a podporoval je k využívání pracovní neschopnosti a čerpání dávek nemocenského, aby jim nemusel vyplácet plnou mzdu či její náhradu²² dle § 209, zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce.

V rámci EU je tato praxe relativně běžná; doba, po kterou finanční kompenzaci ušlé mzdy hradí zaměstnavatel, se však výrazně liší. Zatímco v České republice byla v letech 2009 a 2010 náhrady mzdy poskytovaná zaměstnavatelem v prvních 14 dnech dočasné pracovní neschopnosti a v letech 2011 až 2013 přechodně v prvních 21 dnech, v Nizozemsku kompenzoval zaměstnavatel ušlou mzdu svému zaměstnanci 2 roky. Nastavení sociálních systémů v jednotlivých zemích se však výrazně liší a ke srovnávaným hodnotám je nutné přihlížet s určitým odstupem.

Participování zaměstnavatelů na finanční kompenzaci ušlé mzdy se, i přes její obvyklost, stalo terčem kritiky některých subjektů na pracovním trhu. Např. švédský svaz zaměstnavatelů jej kritizoval ve spojitosti s velkorysostí tamního sociálního systému. Ve své kritice vycházel ze skutečnosti, že ačkoliv je současná švédská populace dle výzkumů zdravější než kdykoliv předtím, má zároveň mnohem vyšší úroveň pracovní neschopnosti než v minulých letech. Toto je podle tamního svazu zaměstnavatelů způsobeno právě benevolentním nastavením sociálního systému, který umožňuje velmi snadné prohlášení pracovníka za dočasně práce neschopného, čímž je omluvena jeho absence v zaměstnání a zároveň je mu tím dán nárok na finanční kompenzaci ušlé mzdy. Na tuto benevolenci sociálního systému však doplácí právě zaměstnavatelé, kteří svým zaměstnancům kompenzují ušlou mzdu v počátečním období pracovní neschopnosti (Confederation of Swedish Enterprise, 2006).

Opatření zaměřená na zaměstnance se snaží ovlivnit jejich chování a odpovědnost vůči zaměstnavateli, ale i své rodině. Tato opatření jsou zpravidla finanční povahy. Patří mezi ně zavedení či prodloužení tzv. karenční doby²³, snížení výše finanční kompenzace ušlé mzdy, aby došlo k nárůstu rozdílu mezi mzdou a dávkou a také omezení doby, tedy stanovení horní hranice, po kterou zaměstnanci tato finanční kompenzace náleží.

²² Náhrada mzdy v tomto případě (dle § 209 Zákoníku práce) náleží zaměstnanci, kterému zaměstnavatel nemůže přidělovat práci v rozsahu týdenní pracovní doby z důvodu dočasného omezení odbytu jeho výrobků nebo omezení poptávky po jím poskytovaných službách. Jedná se tedy o jinou náhradu mzdy než v případě dočasné pracovní neschopnosti, která je upravena § 192 Zákoníku práce.

²³ Karenční doba je doba na počátku pracovní neschopnosti, po kterou není dočasně práce neschopnému pracovníkovi vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy. V České republice byla v roce 2009 zavedena tří denní karenční doba, která je ukotvena v § 192 odst. 1 Zákoníku práce.

Nejrozsáhlejší kategorií jsou administrativně organizační opatření, k nimž je možné zařadit např. efektivnější provádění kontrol dodržování režimu dočasně práce neschopných pojištěnců.²⁴ To zahrnuje mimo jiné stanovení postupů pro cílený výběr osob určených ke kontrole dodržování režimu, tj. zejména osob, u kterých je zvýšená pravděpodobnost výskytu fiktivní nemocnosti či nedodržování stanoveného režimu.

Dalším, zatím pouze v zahraničí navrhovaným opatřením, je zavedení povinnosti zaměstnavatelů vytvářet programy podporující návrat dlouhodobě pracovní neschopných do zaměstnání. Cílem těchto programů by bylo usnadnit pracovníkovi návrat do zaměstnání a zároveň zabránit jeho sociálnímu vyloučení. Tyto programy by zahrnovaly např. případné, časově omezené či trvalé, převedení na jinou práci (QBE, 2009; Prins, 2004).

K snazšímu a průhlednějšímu posuzování zdravotního stavu by rovněž přispělo stanovení standardů určujících „běžnou“ délku dočasné pracovní neschopnosti dle jednotlivých diagnóz a zavedení směrnic určujících s jakým aktuálním zdravotním stavem je ještě pracovník schopen výkonu zaměstnání a s jakým se již stává dočasně práce neschopným. Tyto standardy by měly vliv nejen na objektivní posuzování pracovní neschopnosti, ale i na její úroveň. V některých zemích se objektivního posuzování dočasné pracovní neschopnosti snaží docílit tím, že pravomoc vystavovat potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti zaměstnance mají jen nezávislí závodní lékaři (QBE, 2009; Vizual Human Resources, 2004).

4.2 Opatření zaměstnavatelů

Zatímco v České republice je hlavním aktérem ve snaze pozitivně ovlivňovat úroveň dočasné pracovní neschopnosti stále převážně stát, v zahraničí se na této činnosti do značné míry aktivně podílejí sami zaměstnavatelé. Není to způsobeno výhradně jejich participací na proplácení finanční kompenzace ušlé mzdy zaměstnanci, ale také tím, že si uvědomují dalekosáhlé negativní důsledky plynoucí z nadužívání pracovní neschopnosti, ale zároveň také rizika plynoucího z přecházení a neléčení nemocí u svých zaměstnanců (Vizual Human Resources, 2004).

Vysoká pracovní neschopnost ve firmě s sebou přináší zvýšené čerpání finančních prostředků na kompenzaci ušlé mzdy zaměstnanci, na proplácení přesčasů zbývajícím zaměstnancům či najímání pracovníků, kteří vykonávají práci absentujícího zaměstnance. V jejím důsledku může docházet také k snížení kvality služeb či zpožděné produkci, což se projeví na ziskovosti a konkurenceschopnosti firmy (QBE, 2009). Častá dočasná pracovní neschopnost ve firmě může rovněž vyústit v rostoucí nespokojenost ostatních pracovníků, kteří jsou takto vystavováni nadbytečnému stresu v důsledku zvýšení objemu práce, či vést k špatné pracovní morálce, stane-li se únik do dočasné pracovní neschopnosti přirozenou součástí výkonu zaměstnání (Vizual Human Resources, 2004).

V řadě západních zemí funguje mnoho specializovaných poradenských firem či internetových portálů, které radí zaměstnavatelům, jak efektivně snižovat pracovní neschopnost

²⁴ Režim dočasně práce neschopného pojištěnce stanovuje ošetřující lékař a je stanoven tak, aby byla co nejdříve obnovena pracovní schopnost pojištěnce. Kontroly jsou prováděny okresními správami sociálního zabezpečení; od roku 2009 je může v prvních 14, resp. 21 dne dočasně pracovní neschopnosti provádět zaměstnavatel.

ve svých firmách. V českých podmínkách tato aktivní participace zaměstnavatelů na ovlivňování dočasné pracovní neschopnosti dosud není příliš rozšířená a zaměstnavatelé sázejí především na regulativy nastavené státem či nepřímé působení vnějších faktorů (např. růst nezaměstnanosti). Jednou z mála firem věnujících se této problematice je např. společnost Aktispol s.r.o, která zahájila svou činnost v roce 2012 a v rámci služeb určených firmám a jejich zaměstnancům, nabízí rovněž programy zaměřené na snižování pracovní neschopnosti (Aktispol s.r.o., 2012).

4.2.1 Firemní koncepce ovlivňování pracovní neschopnosti

Z výše uvedených důvodů si řada evropských a amerických firem, sama nebo ve spolupráci se specializovanými poradenskými firmami, vytvořila svou koncepci, jak reagovat na výskyt pracovní neschopnosti a jak ovlivňovat její úroveň.

Jedná se zpravidla o programy zahrnující jak preventivní tak i represivní opatření, které zdůrazňují snahu o nalezení rovnováhy mezi zájmy zaměstnavatele a zaměstnanců (BNET, 2007). Tyto programy jsou širokospektrální a neomezují se čistě na snížení pracovní neschopnosti. Jsou založeny na péči o zaměstnance firmy, zájmu o jeho pracovní i mimopracovní život, snaze pomoci mu v řešení i nepracovních problémů, které nejen negativně ovlivňují jeho pracovní výkon či docházku do zaměstnání, ale rovněž jeho celkovou spokojenost (Prins, 2004). Důraz, alespoň v teoretické rovině, je kladen na komunikaci, rovný a pozitivní přístup ke všem zaměstnancům. Problematika pracovní neschopnosti je v těchto programech pojímána komplexně a je založena na spolupráci více složek – zaměstnavatele, přímého nadřízeného daného zaměstnance, závodního lékaře, oddělení lidských zdrojů, atd. (QBE, 2009).

Podstatou těchto programů je předpoklad, že úroveň pracovní neschopnosti je redukovatelná; předpokládá se, že část případů není způsobena zdravotními problémy, a je tedy fiktivní. Vhodně zvolenými opatřeními je možné tuto fiktivní dočasnou pracovní neschopnost snížit či úplně odstranit. Autoři firemních koncepcí dále předpokládají, že aktuální horší zdravotní stav ne vždy brání pracovníkovi ve výkonu práce. U méně vážných onemocnění záleží na pracovníkovi samotném, zda zůstane doma či půjde do zaměstnání. Je pravděpodobné, že motivovaný a spokojený pracovník, dojde-li k závěru, že mu to jeho zdravotní stav umožní, bude pokračovat v docházce do zaměstnání, zatímco nespokojený pracovník nikoliv (Entrepreneur, 2001). Pracovní neschopnost, která je důsledkem skutečných zdravotních obtíží, může být navíc redukována podporou zdravého životního stylu a zajištěním bezpečného pracovního prostředí (Whitaker, 2001).

4.2.2 Zavádění koncepce ve firmě

Zpracování koncepce do organizačního řádu firmy je zpravidla velmi náročné a nese s sebou řadu rizik. V první řadě musí být koncepce v souladu s platnými zákony a neporušovat práva zaměstnanců (BNET, 2007). Nastolením příliš tvrdých opatření, která by výrazně upřednostňovala zájmy zaměstnavatele, by se firma vystavovala riziku obvinění z diskriminace a zároveň by mohla vést k nespokojenosti zaměstnanců a snížení jejich motivace či loajality vůči zaměstnavateli (Entrepreneur, 2001).

Předpokladem úspěšné implementace koncepce je dobrá informovanost zaměstnanců o chystaných změnách, zdůvodnění těchto změn na základě evidovaných údajů o úrovni pracovní neschopnosti ve firmě, případně vyčíslení finančních ztrát. Firma by měla zaměstnancům sdělit, co je cílem přijímaných opatření a jakým způsobem bude těchto cílů dosahováno (BNET, 2007).

Zaváděním změn by neměla být vyvolána atmosféra nedůvěry firmy vůči svým zaměstnancům. Vzájemná komunikace mezi firmou a jejími zaměstnanci by měla být vedena v pozitivním duchu, měla by se týkat převážně přítomnosti v zaměstnání, nikoliv pracovní absence.

Nově nastavená firemní kultura by měla zdůrazňovat potřebnost kvalitních a spolehlivých pracovníků a jejich vliv na celkový výsledek firmy. Výskyt občasně pracovní neschopnosti by měl být považován za nevyhnutelný, její zneužívání by však nemělo být tolerováno a mělo by vést k disciplinárním opatřením (NHS trust, 2003). Tato disciplinární opatření by měla být realizována okamžitě, aby se z původní problémové docházky pár jedinců nestal problém celé firmy.

Koncepce by měla jasně definovat, jaká úroveň dočasné pracovní neschopnosti již pro firmu není akceptovatelná a jaká opatření budou při jejím dosažení nastolena. V těchto případech je zaměstnanec zpravidla nejprve pouze upozorněn na vysokou úroveň své dočasné pracovní neschopnosti a až poté jsou podnikány další kroky. Bylo dokázáno, že už samotné upozornění zaměstnance jeho absenci v zaměstnání sníží (Entrepreneur, 2001).

Autoři firemních koncepcí doporučují, aby se zaměstnavatel při řešení otázky nadužívání pracovní neschopnosti vyhnul generalizování problému, přistupoval ke každému zaměstnanci individuálně a zohlednil konkrétní příčiny jeho vysoké absence (Entrepreneur, 2001). Problematickou docházku do zaměstnání, zapříčiněnou pracovní neschopností, je třeba řešit dle jejího charakteru; odlišně se postupuje při řešení pravidelných krátkodobých pracovních absencí, jinak při dlouhodobé pracovní neschopnosti (BNET, 2007).

4.2.3 Preventivní opatření v rámci koncepce

Program na ovlivňování dočasné pracovní neschopnosti obsahuje řadu preventivních kroků. V zájmu nízké úrovně pracovní neschopnosti probíhá v některých firmách jistá selekce již při přijímání nových zaměstnanců. Některé firmy nepřijímají uchazeče, kteří v předchozím zaměstnání vykazovali vyšší úroveň pracovní neschopnosti. V jiných jsou zase součástí přijímacího pohovoru povinné prohlídky u závodního lékaře (Vizual Human Resources, 2004). Řada specializovaných poradenských firem však před touto selekcí varuje. Důvody pro odmítání takovýchto praktik nejsou pouze morálního charakteru, ale poradenské firmy varují před tím, že horší zdravotní stav či zdravotní postižení pracovníka nepředurčuje jeho horší pracovní výkon.

Preventivní opatření přijímaná firmami za účelem ovlivňování absence pracovníka je možné převážně rozdělit na opatření směřující k snížení nemocnosti a na opatření cílená na ovlivnění pouze dočasné pracovní neschopnosti.

Snižování nemocnosti je realizováno komplexním podporováním zdravotního stavu zaměstnanců, a to jak podporou fyzické aktivity, tak zdravého životního stylu. V rámci těchto

opatření je zaváděno zdravé stravování v závodních jídelnách, je prováděna pravidelná kontrola zdravotního stavu zaměstnanců závodním lékařem, jsou poskytovány poukazy do fitness center nebo jiných míst sportovního vyžití či jsou spolufinancovány ozdravné pobyty (Management-issues, 2007). Zaměstnanci jsou navíc podporováni v odvykání kouření či nadměrného pití alkoholu. Součástí firemní kultury zaměstnavatele, který se snaží pozitivně působit na zdravotní stav svých pracovníků, je také podpora pravidelného čerpání dovolené na zotavenou, pravidelného stravování a nepřekračování stanovené pracovní doby formou přesčasů. Zdravotní stav pracovníků je rovněž podporován udržováním čistého a bezpečného pracovního prostředí (Entrepreneur, 2001).

Podle výzkumu provedeného mezi 380 evropskými organizacemi praktikuje tato opatření přibližně polovina ze zkoumaných firem (Management-issues, 2007). Kritici tohoto přístupu však zpochybňují jeho vliv na nižší úroveň pracovní neschopnosti. Jsou přesvědčeni o tom, že podíl skutečně nemocných osob na celkovém počtu případů pracovní neschopnosti je malý a lepší zdravotní stav takto podporovaných zaměstnanců se na jejím případném poklesu neprojeví. Např. výsledky výše uvedeného výzkumu ukázaly, že více než 25 % respondentů se domnívá, že dočasná pracovní neschopnost na jejich pracovišti je pouze z 20 % zapříčiněná nemocí (Management-issues, 2007).

Udržet dočasnou pracovní neschopnost na akceptovatelné úrovni se firmy pokoušejí jednak předcházením jejímu fiktivnímu vzniku a jednak motivováním zaměstnanců k docházce do zaměstnání při málo závažných zdravotních problémech. Výzkumy bylo dokázáno, že motivovaný a oddaný personál absentuje méně než personál nespokojený. Zejména patrné to je právě u méně vážných chorob, kde záleží především na rozhodnutí pracovníka samotného, zda půjde do zaměstnání či nikoliv (Entrepreneur, 2001). K motivaci pracovníků a získání si jejich jisté oddanosti využívají firmy různých benefitů. Jedná se o benefity finanční i nefinanční povahy, a lze mezi ně zařadit např. již zmiňované vstupenky do fitness center. Mezi další často využívané benefity patří poskytování poukázek na kulturu, příspěvek na penzijní či jiné připojištění či příspěvky na stravování nebo dopravu.

K lepší docházce do zaměstnání se některé firmy snaží své zaměstnance motivovat dále finančními bonusy, které budou zaměstnancům vyplaceny, nepřesáhne-li jejich absence stanovený limit. Bylo prokázáno, že tato opatření mohou skutečně snížit pracovní absenci. Např. ve firmách, kde byla vyhlášena soutěž o auto a zájezd, do níž byli zařazeni všichni zaměstnanci, kteří v určitém období neabsentovali v zaměstnání, klesla dočasná pracovní neschopnost o 11 %. Tyto pobídky údajně používá více než čtvrtina evropských firem; názory na jejich zavádění se však různí. Jejich kritici upozorňují na skutečnost, že mohou silně motivovat i opravdu nemocné jedince k tomu, aby i přes svůj špatný zdravotní stav šli do zaměstnání. Je také kritizováno, že pracovníci jsou těmito opatřeními odměňováni za to, co je jejich povinností a za co jsou již jednou placeni – tedy za výkon práce (Management-issues, 2007).

K větší spokojenosti zaměstnance může dále přispět zavedení flexibilní pracovní doby, možnosti práce z domova či podpora sladování práce rodiny např. formou zřizování školek v budově firmy (Vizual Human Resources, 2004). Výše zmíněné benefity jsou výrazným

motivačním prostředkem a jejich pozitivní vliv na pracovní docházku je jen jeden z mnoha důsledků spokojenosti zaměstnance.

Součástí jednotlivých firemních koncepcí, jsou povinné rozhovory mezi zástupcem vedení firmy a dočasně práce neschopným zaměstnancem. Tyto rozhovory jsou zpravidla prováděny po konci pracovní neschopnosti, v případě dlouhodobé absence také v jejím průběhu, a slouží k získání informací o zaměstnancově zdravotním stavu, pravděpodobnosti opakování pracovní absence a příp. očekávaném vývoji onemocnění s ohledem na plánovaný návrat do zaměstnání (Vizual Human Resources, 2004). Jejich součástí bývá vyšetření zaměstnance závodním lékařem. Prováděním rozhovorů dává firma svým zaměstnancům najevo, že má přehled o jejich pracovní docházce a také že jimi odváděná práce v době absence chybí. Rozhovory patří k velmi důležitým součástem těchto koncepcí a výzkumy bylo zjištěno, že už samotné evidování pracovní neschopnosti její výskyt snižuje (Entrepreneur, 2001). Na základě skutečností zjištěných v průběhu rozhovoru může být zaměstnanci nabídnuta pomoc s řešením příčiny jeho pracovní absence, např. změna náplně práce, jedná-li se o zdravotní problémy spojené s výkonem zaměstnání, nebo úprava pracovní doby, jedná-li se o rodinné problémy. Realizace těchto programů vychází z předpokladu, že spokojenější zaměstnanec, jehož životní potřeby jsou naplněny, absentuje méně než zaměstnanec nespokojený. Proto se programy nezaměřují jen na pracovní oblast, ale mají širší oblast zájmu (BNET, 2007).

4.2.4 Evidence pracovní neschopnosti na firemní úrovni

Předpokladem úspěšného ovlivňování dočasné pracovní neschopnosti je kvalitní evidence individuálních dat, tedy počtu případů a jejich délky u každého zaměstnance v určitém časovém období. Výzkumy bylo zjištěno, že u firem, které evidují pracovní neschopnost a o této evidenci informují své zaměstnance, je výskyt nižší než v ostatních institucích (QBE, 2009).

Na základě takto získaných dat je možno zjistit úroveň pracovní neschopnosti ve firmě a rovněž vyčíslit její finanční důsledky. Detailně tříděná data umožní odkrýt určité specifické znaky jejího výskytu u jednotlivých zaměstnanců, zaměstnaneckých skupin či oddělení. Mezi zmíněné specifické znaky může patřit např. zvýšený výskyt absence ve vztahu k víkendům či prázdninám, změnám pracovních podmínek, organizačním změnám či změnám pracovní pozice zaměstnance. Individuální data umožňují analyzovat pracovní neschopnost dle věku, stupně vzdělání či jejich příčin, hodnotit efektivitu přijímaných opatření a rozdílnost jejich vlivu na jednotlivé zaměstnanecké skupiny. Srovnání mezi jednotlivými sektory firmy zároveň podněcuje k vyvinutí vyšší aktivity či důslednosti v rámci firmou přijaté koncepce (BNET, 2007).

Z důvodu lepšího monitorování a používání správných postupů pro její ovlivňování je dočasná pracovní neschopnost v řadě koncepcí členěna dle délky a frekvence výskytu do několika kategorií. Dočasná pracovní neschopnost je rozlišována na krátkodobou, která bývá definována různě, nejčastěji však jako absence kratší 4 týdnů, a dlouhodobou absenci, přesahující zpravidla 4 týdny (NHS trust, 2003). Krátkodobá pracovní neschopnost bývá dále členěna na krátkodobou příležitostnou absenci trvající 1 až 3 dny v rámci jednoho případu, nepřesahující 10 dní v rámci jednoho roku, dále na pravidelnou absenci přesahující 10 dní za rok a trvalou, vycházející z opakovaných projevů chronického onemocnění (astma, migréna).

Dlouhodobá pracovní neschopnost je členěna na specifickou (zlomená noha či vážná operace) a dlouhodobou pracovní neschopnost vyplývající ze zhoršujícího se celkového zdravotního stavu pracovníka.

Pracovní neschopnost ve firmách je měřena více způsoby. Nejvíce rozšířeným ukazatelem je LTR – *The lost time rate*, který je založen na měření podílu času (hodin, dnů, pracovních směn) stráveného v pracovní neschopnosti na smluvně stanoveném časovém rozsahu práce za určité období. Vypočte se:

$$LTR = \frac{\sum_t d_i * B_i^{pn}}{\sum_t PD} * 100$$

kde, B_i^{pn} značí i-tý případ pracovní neschopnosti sledovaného zaměstnance v čase t , d_i je doba trvání i-tého případu ve zvolených jednotkách času, PD je rozsah smluvně sjednané pracovní doby v čase t . Tento ukazatel je svým výpočtem i interpretací podobný průměrnému procentu pracovní neschopnosti, ukazateli používanému Českým statistickým úřadem pro zhodnocení trendů ve vývoji tohoto jevu v rámci celé republiky. Zatímco LTR informuje o podílu pracovní doby, která nebyla využita, neboť zaměstnanec byl nemocný na pracovní době dohodnuté ve smlouvě, průměrné procento pracovní neschopnosti udává podíl celkové délky pracovní neschopnosti na kalendářním fondu času nemocensky pojištěných osob v daném období (ČSÚ, 2012c).

V rámci výpočtu se např. počet dní, které zaměstnanec neodpracoval v důsledku dočasné pracovní neschopnosti v měsíci, vztahuje k počtu dní, které v tomto měsíci měl odpracovat dle pracovní smlouvy. Tímto výpočtem se zjistí podíl neodpracovaných dní na počtu dní smluvně předepsaných. Jednotkou měření může být celá firma, oddělení či konkrétní zaměstnanec (Vizual Human Resources, 2004). Takto vypočtená hodnota však neposkytuje přesnější informaci o charakteru absencí, neboť nerozlišuje mezi krátkodobou a dlouhodobou nepřítomností. Velké množství krátkodobých absencí a malý počet dlouhodobých absencí tak mohou být hodnoceny stejně.

Druhým ukazatelem je FR – *The frequency rate*. Tento ukazatel měří průměrný počet případů pracovní neschopnosti na jednoho zaměstnance (vyjádřený v procentech) ve firmě či jejím oddělení, bez ohledu na délku těchto případů, v určitém období (Vizual Human Resources, 2004). Vypočte se:

$$FR = \frac{\sum_t B_i^{pn}}{\sum_t P} * 100$$

kde B_i^{pn} značí i-tý případ pracovní neschopnosti zaměstnanců na daném oddělení v čase t a P je počet zaměstnanců daného oddělení v čase t . Průměrný počet případů v konkrétním oddělení je možné srovnat s průměrem firmy a následně podniknout případná nápravná opatření. Obdobně jako u předešlého ukazatele, také u FR je možné nalézt analogii s ukazatelem používaným v rámci evidence Českého statistického úřadu, a to konkrétně s počtem případů vztažených na 100 nemocensky pojištěných osob.

Dalším způsobem vyčíslení ztrát způsobených pracovní neschopností, který již zohledňuje frekvenci i délku případů, je tzv. „**Bradford Factor**“. Tento indikátor měří nepravidelnost docházky do zaměstnání a vychází z předpokladu, že pravidelné krátkodobé absence jsou pro firmu větší zátěží, než občasná dlouhodobá absence. Vypočte se:

$$BF = \sum_t d_i * (B_i^{pn})^2$$

kde B_i^{pn} značí i-tý případ pracovní neschopnosti sledovaného zaměstnance v čase t a d_i je doba trvání i-tého případu ve stejném období ve zvolených jednotkách času.

Např. jedna pracovní neschopnost trvající 15 dní je při tomto způsobu výpočtu vyčíslena na 15 bodů ($15 * 1^2 = 15$), zatímco 15 absencí, z nichž každá trvala jen jeden den je vyčíslena na 3 375 bodů ($1 * 15^2 = 3375$), přičemž platí, že čím vyšší počet bodů, tím větší zátěž pro zaměstnavatele (BNET, 2007).

4.2.5 Návrat dlouhodobě práce neschopného do zaměstnání

Specifickou částí některých firemních koncepcí, ovlivňujících úroveň pracovní neschopnosti, jsou programy pomáhající dlouhodobě práce neschopným s návratem do původního zaměstnání.

V důsledku stárnutí obyvatelstva dochází k poklesu podílu ekonomicky aktivních osob v populaci, což značně zatěžuje sociální systém. Reakcí na tento demograficko-ekonomický vývoj je přijetí řady opatření snažících se minimalizovat jeho dopad na ekonomiku státu. Cílem opatření je zachování co nejvyššího možného podílu ekonomicky aktivních osob a současně snížení sociálních výdajů. Na úrovni státu se jedná zejména o posunutí věku stanoveného pro nárok na starobní důchod a také o zpřísnění podmínek pro nárok na předčasný či invalidní důchod. Na firemní úrovni se v oblasti dočasné pracovní neschopnosti jedná o přípravu a realizaci programů napomáhajících postupnému začleňování dlouhodobě absentujících zpět do zaměstnání. Nástrojem těchto programů může být dočasná nebo trvalá změna náplně práce či pracovní doby, ale také zajištění lepší lékařské péče či poskytnutí právní opory při jednání se zdravotnickými zařízeními. Důležitým předpokladem pro úspěšný návrat pracovníka do firmy je nepřetržitý kontakt mezi firmou a dočasně práce neschopným zaměstnancem. Bylo dokázáno, že pokud tento kontakt udržován není, pracovník se do zaměstnání vrací po delší době nebo vůbec (QBE, 2009).

Návrat dlouhodobě práce neschopného do zaměstnání je značným zásahem do již ustálených struktur firmy a je třeba mu věnovat zvýšenou pozornost. Z důvodu nepřítomnosti zaměstnance byl přebudován pracovní tým a rozdělení úkolů bylo přizpůsobeno sníženému počtu pracovníků. Po jeho návratu je zapotřebí provést opětovnou reorganizaci, s ohledem na skutečnosti, kterým v průběhu pracovní neschopnosti ve firmě došlo (Thaker, 2011).

4.2.6 Hodnocení firemní koncepce ovlivňování pracovní neschopnosti

Nedílnou součástí koncepce je hodnocení jejího přínosu pro firmu a dosažení úrovně vytčených cílů. Dobře a důsledně realizovaná koncepce by měla přinášet firmě a také jejím zaměstnancům řadu pozitiv, neboť omezuje vznik fiktivních případů pracovní neschopnosti, zvyšuje produktivitu firmy, snižuje finanční náklady zaměstnavatele a chrání pracovníky před

nadměrným stresem způsobeným prací nad rámec pracovní doby (Entrepreneur, 2001). Díky komplexnímu pojetí pomáhá sladit rodinný a pracovní život a formou rozličných benefitů motivuje zaměstnance k loajalitě vůči zaměstnavateli. Koncepce by měla zaručovat rovný přístup ke všem zaměstnancům a odstraňovat subjektivní rozhodnutí manažerů.

Naopak špatně naplňovaná či žádná koncepce ovlivňování pracovní neschopnosti může vést k poklesu konkurenceschopnosti firmy, ke ztrátě motivace zaměstnanců, negativně ovlivnit jejich zdraví, spokojenost a vztah k zaměstnavateli. Hlavním rizikem je špatná interpretace cílů a prostředků k jejich dosažení. Nemocní pracovníci nesmí být k docházce do zaměstnání nuceni ani v ní být podporováni; za oprávněnou absenci nesmí být penalizováni (Thaker, 2011).

V rámci koncepce by měla být nalezena rovnováha mezi zájmy zaměstnavatele a zaměstnance. Příliš přísná opatření podněcují nespokojenost personálu a dávají mu pocit vlastní nespolehlivosti a nedůvěryhodnosti (Entrepreneur, 2001).

Kapitola 5

Kontrola dočasně práce neschopných pojištěnců v České republice

Důsledná kontrola dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a sankce spojené s porušením tohoto režimu jsou jedním z nástrojů používaných pro snížení fiktivní nemocnosti a zamezení zneužívání dávek. Režim dočasně práce neschopného se v České republice, dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění (dále též „ZNP“), skládá z léčebného režimu stanoveného ošetřujícím lékařem, z povinnosti pojištěnce zdržovat se v době pracovní neschopnosti v místě pobytu, které nahlásil ošetřujícímu lékaři při vzniku dočasné pracovní neschopnosti a z povinnosti dodržovat dobu a rozsah povolených vycházek (§ 56 ZNP). Porušením režimu se rozumí nedodržení některé z jeho výše uvedených součástí. Jedná se o takové jednání, které nepříznivě působí na léčení dočasně práce neschopného a oddaluje obnovení jeho pracovní schopnosti.

Důsledkem porušení režimu může být snížení či neposkytnutí náhrady mzdy zaměstnavatelem, nebo krácení či odnětí nemocenského orgánem nemocenského pojištění dle § 125 ZNP. Za neumožnění provedení kontroly a za závažné porušení povinnosti zdržovat se v místě pobytu a dodržovat dobu a rozsah povolených vycházek může být pojištěnci dle § 128 ZNP uložena pokuta až do výše 20 000 Kč.

Do počátku roku 2009 byla kontrola dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce prováděna výhradně okresními správami sociálního zabezpečení (dále též „OSSZ“). V souvislosti s přesunutím vyplácení finanční kompenzace na počátku dočasné pracovní neschopnosti na zaměstnavatele, byly OSSZ povinnosti provádět kontroly v tomto období ze své vlastní iniciativy zbaveny a možnost kontrolovat práce neschopného zaměstnance byla dána zaměstnavateli (§ 65 odst. 2 písm. c) ZNP).

Následující podkapitoly seznámí čtenáře nejprve s možnostmi v situacích, kdy se své zaměstnance rozhodne kontrolovat jejich zaměstnavatel a poté s postupy a výsledky kontrol prováděných orgány nemocenského pojištění, tj. okresními správami sociálního zabezpečení.

5.1 Kontroly prováděné zaměstnavateli

Zaměstnavatel může kontrolu v době, kdy se finančně podílí na kompenzaci ušlé mzdy svému zaměstnanci, provádět pomocí vlastních pracovníků, požádáním OSSZ o provedení kontroly nebo najmutím specializované firmy. Zaměstnavateli ani jím najaté firmě však nenáleží posuzovat dodržování léčebného režimu; kontrolovat zaměstnance mohou pouze z hlediska

dodržování doby a rozsahu vycházek a zdržování se v místě nahlášeného pobytu (§ 65 odst. 2 písm. c) ZNP).

Firem zabývajících se kontrolou dočasně práce neschopných zaměstnanců se na českém trhu, v souvislosti s výše zmíněnou právní úpravou, objevila celá řada. Výhodou kontrol prováděných těmito firmami je jimi uváděná rychlost uskutečnění kontroly a nestranné posouzení skutečnosti. Informace mezi zaměstnavatelem a firmou jsou předávány elektronicky, což umožňuje provedení kontroly již v první den dočasné pracovní neschopnosti (Omeganet s.r.o., 2009). Objektivnost posouzení dodržování režimu je zaručena prováděním kontroly třetí, nestrannou osobou (Kontrola-neschopenek.cz, 2012).

Spolupráce mezi zaměstnavatelem a jím najatou firmou probíhá zpravidla dvěma způsoby. Může se jednat o jednorázovou či občasnou spolupráci, při níž zaměstnavatel osloví firmu za účelem provedení kontroly u konkrétního zaměstnance, u něž má pochyby o oprávněnosti využívání dočasné pracovní neschopnosti. Druhá forma spolupráce je dlouhodobá; zaměstnavatel uzavře smlouvu s danou firmou a ta následně pravidelně provádí kontrolu jeho zaměstnanců (Kontrola nemocných, 2011). Při dlouhodobé spolupráci vede najatá firma evidenci pracovní neschopnosti zaměstnanců daného zaměstnavatele, umožňuje mu přístup do jeho softwarové aplikace za účelem získání okamžité informace a vyhotovuje zaměstnavatelům roční statistiky úrovně sledovaného jevu.

Ceny kontrol se liší zejména podle způsobu spolupráce mezi zaměstnavatelem a firmou a dle typu kontroly. Zpravidla jsou rozlišovány dva typy kontrol – tzv. standard kontroly, které jsou prováděny nejčastěji do 3 dnů (u některých firem do 5 dnů) od zaslání žádosti zaměstnavatelem a tzv. express kontroly, které jsou prováděny do 12 hodin od nahlášení a jejich provedení je samozřejmě dražší (Markon, 2006). Vyšší cenu si firmy účtují také za kontroly uskutečněné o víkendech či svátcích. Cena jednorázově provedené kontroly je vyšší než při dlouhodobé spolupráci.

Způsob stanovování cen při dlouhodobé spolupráci se v jednotlivých firmách liší. Zaměstnavatel zpravidla firmě platí měsíční paušální poplatek, který je stanoven dle počtu zaměstnanců a v některých případech také dle úrovně pracovní neschopnosti. Tento poplatek může být buď tzv. „udržovací“, např. 50 Kč za zaměstnance, a následně je mu za každou provedenou kontrolu naúčtována základní cena v plné výši či cena určitým způsobem ponížena. V jiných případech měsíční paušální poplatek zahrnuje již ceny kontrol a zaměstnavatel následně nic nedoplácí, popř. si zaměstnavatel bez časového omezení předplatí určitý počet kontrol.

Ceny kontrol zveřejňované na webových stránkách firem jsou stanovovány pro jednorázovou či občasnou spolupráci. Základní cena tzv. standard kontroly se v roce 2013 pohybovala od 150 Kč do 500 Kč, express kontroly od 250 Kč do 600 Kč za jednu zkontrolovanou osobu. Obvyklá, nejčastěji udávaná, základní cena tzv. standard kontroly činila 290 Kč a express kontroly 490 Kč. Hodnota kontroly provedené o víkendu či ve svátek byla 590 Kč (všechny ceny udávány bez DHP). Dle informací vycházejících z webových stránek těchto firem²⁵ se však investice vyplatí, neboť zaměstnavatelé, kteří dlouhodobě využívají jejich

²⁵ V rámci zpracovávání disertační práce bylo kontaktováno cca 10 zaměstnavatelů, kteří využili služeb specializovaných firem. Těmto zaměstnavatelům byl položen dotaz, zda v jejich firmě v souvislosti s prováděnou

služeb, zaznamenali pokles fiktivní pracovní neschopnosti. Toto zjištění, zakládá-li se na pravdě, potvrzuje předpoklad, že preventivním psychologickým působením na zaměstnance, který ví, že bude v době své dočasné pracovní neschopnosti kontrolován, lze fiktivní pracovní neschopnost snížit (Markon, 2006).

Dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, má zaměstnavatel možnost o provedení kontroly požádat také příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení, jež je povinna provést tuto kontrolu do 7 dnů od obdržení žádosti (§ 76 odst. 1 ZNP). Tato kontrola je prováděna zdarma. Nevýhodou je relativně dlouhá doba mezi podáním žádosti a uskutečněním kontroly, výhodou však může být větší objektivnost kontroly, neboť OSSZ není motivována dokazováním své potřeby, jak tomu může být u komerčních firem.

5.2 Kontroly prováděné orgány nemocenského pojištění

Okresní správy sociálního zabezpečení mají zákonem stanovenou povinnost provádět kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopných pojištěnců. Tyto kontroly provádějí OSSZ jednak na základě interního podnětu, tj. z vlastní iniciativy na základě plánu kontrol, který si samy připraví, a jednak na základě externího podnětu od zaměstnavatele či ošetřujícího lékaře (§ 76 ZNP).

Při sestavování plánu kontrol se OSSZ zaměřují na případy dlouhodobé dočasné pracovní neschopnosti, opakující se krátkodobé pracovní neschopnosti, pracovní neschopnosti vzniklé v ochranné lhůtě (tj. do 7 dnů po skončení zaměstnaneckého poměru), místa s častým výskytem pracovních neschopností a pojištěnců, u kterých bylo dříve zaznamenáno porušení stanoveného režimu.

O provedené kontrole dodržování režimu dočasně práce neschopného pojištěnce se sepisuje písemný záznam, ve kterém se uvede výsledek kontroly. Pokud bylo při kontrole zjištěno porušení tohoto režimu, zasílá orgán nemocenského pojištění záznam o kontrole dočasně práce neschopnému pojištěnci, ošetřujícímu lékaři a zaměstnavateli (§ 76 odst. 5 ZNP).

Kontrola probíhá ve více fázích. Výsledkem kontroly v první fázi může být tzv. záchyt, tj. podezření z porušení režimu, kdy pojištěnec např. nebyl zastižen v místě pobytu, které nahlásil ošetřujícímu lékaři a které je uvedené na tzv. „neschopence“. Toto podezření je následně v další fázi ověřováno ve spolupráci s pojištěncem a ošetřujícím lékařem. Pokud má okresní správa sociálního zabezpečení potvrzené, že došlo k porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce, je zahájeno správní řízení, jehož výsledkem může být rozhodnutí o postihu, tj. krácení nebo odnětí nemocenského dle § 125 ZNP. Ačkoliv OSSZ může, na rozdíl od zaměstnavatele, kromě dodržování doby a rozsahu vycházek a zdržování se v místě pobytu, kontrolovat rovněž dodržování léčebného režimu, v praxi se zpravidla zaměřuje na snáze prokazatelné první dva body, tj. na dodržování vycházek a nahlášeného místa pobytu.

Dle statistiky ČSSZ byla od roku 2005 každoročně provedena kontrola dodržování režimu u přibližně 9 % ze všech ukončených případů pracovní neschopnosti. Od roku 2010 došlo,

kontrolou došlo k poklesu pracovní neschopnosti. Na dotaz reagovala pouze malá část z nich, zpravidla však s odkazem na ochranu osobních údajů a závazek mlčenlivosti, žádné informace neposkytli. Pouze jediný zaměstnavatel potvrdil pokles dnů strávených v pracovní neschopnosti o 1,9 %, což označil za značnou úsporu finančních prostředků.

v souvislosti s poklesem počtu případů pracovní neschopnosti a se snahou zamezit zneužívání dávek, k nárůstu podílu zkontrolovaných případů (ČSSZ, 2010c). U více než 20 % z provedených kontrol bylo zjištěno podezření z porušení režimu (nejčastěji nebyl pojištěnec zastížen v nahlášeném místě pobytu). Velká část z těchto podezření však nebyla prokázána, resp. nepřítomnost pojištěnce v místě pobytu byla omluvena, a to zejména návštěvou lékaře, popř. jiným administrativním důvodem (např. pojištěnec měl povoleny vycházky, o kterých ale OSSZ nebyla lékařem informována). Počet ověřených porušení, tedy těch, u kterých bylo porušení skutečně prokázáno, od roku 2005 převážně klesal, podíl rozhodnutí o krácení či odnětí nemocenského na počtu ověřených porušení režimu naopak narůstal.²⁶ Tento vývoj může svědčit o preventivním působení prováděných kontrol a spolu s poklesem počtu případů pracovní neschopnosti o snížení fiktivní nemocnosti. Může však také svědčit o benevolentním přístupu pracovníků OSSZ při ověřování podezření z porušení režimu.

Tab. 14 – Statistika počtu provedených kontrol, ověřených porušení režimu a postihů, 2005–2013

Rok	Počet ukončených případů DPN	Počet kontrol	Podíl kontrol na počtu případů	Počet podezření z porušení	Počet ověřených porušení	Počet postihů*	Podíl postihů na počtu ověřených porušení
2005	3 185 257	252 339	7,92%	52 661	11 066	6 422	58,03%
2006	2 870 261	247 722	8,63%	54 565	9 521	6 182	64,93%
2007	2 865 201	277 114	9,67%	64 109	10 312	7 033	68,20%
2008	2 223 914	190 926	8,59%	44 244	6 851	5 131	74,89%
2009	1 526 014	142 921	9,37%	34 553	4 108	2 836	69,04%
2010	1 334 052	185 651	13,92%	48 809	4 993	3 468	69,46%
2011	1 338 099	151 951	11,36%	37 142	4 337	3 004	69,26%
2012	1 213 133	151 410	12,48%	33 933	4 159	2 977	71,58%
2013	1 326 884	146 025	11,01%	32 770	3 662	2 609	71,25%

* Počet postihů = počet rozhodnutí o krácení nebo odnětí nemocenského

Zdroj: ČSSZ, 2010c a vlastní výpočty

Statistické sledování počtu provedených kontrol a s nimi souvisejících následných stavů v regionálním členění České republiky je do jisté míry komplikováno rozdílnou místní příslušností jednotlivých složek České správy sociálního zabezpečení participujících na evidenci případů dočasné pracovní neschopnosti, jejich kontrolách a příp. následném sankcionování. Evidence případů pracovní neschopnosti je prováděna na okresní správě sociálního zabezpečení, jež je místně příslušná lékařům, který Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, tzv. „neschopenku“, vydal.²⁷ Kontrola dodržování režimu dočasné pracovní neschopnosti a ověřování případného porušení tohoto režimu je prováděno OSSZ, která je místně příslušná dle místa pobytu pojištěnce v době dočasné pracovní neschopnosti. Velmi často se jedná o tutěž OSSZ, ale nemusí to být pravidlem. Rozhodování o krácení nebo odnětí dávky nemocenského pojištění, tzv. postihu, je prováděno OSSZ, která je místně příslušná k výplatě dávky

²⁶ Rozhodování o krácení či odnětí nemocenského trvá cca půl roku. Z tohoto důvodu se přibližně polovina postihů udělených v jednom roce vztahuje k ověřeným porušením v roce předcházejícím. Vzhledem k časové řadě je možné výpočty provedené v tab. 14 považovat za relevantní.

²⁷ Každému ošetřujícímu lékaři je dle sídla jeho ordinace místně příslušná právě jedna OSSZ.

nemocenského²⁸ (§ 83 ZNP). Ve velké části případů se jedná o jinou OSSZ, než tu, která provádí kontrolu dodržování režimu a z tohoto důvodu není v tab. 15 sledován poměr mezi počtem ověřených porušení a počtem postihů.

Z regionálního hlediska je možné vysledovat značné rozdíly mezi podílem případů pracovní neschopnosti, u nichž byla provedena kontrola dodržování režimu. Tato skutečnost je dána převážně stanovením prioritních úkolů na OSSZ, rozmístěním pracovníků v rámci úřadu a velikostí regionu, který OSSZ pokrývá. Největší podíl případů je dlouhodobě kontrolován v Olomouckém kraji, naopak nízký podíl případů, u nichž byla provedena kontrola dodržování režimu, byl zaznamenán ve Zlínském kraji (tab. 15).

Tab. 15 – Statistika počtu provedených kontrol, podezření z porušení a ověřených porušení režimu, dle krajů ČR, 2005 a 2010

Kraj	2005					2010				
	Počet provedených kontrol	Podíl kontrol na počtu případů	Počet podezření z porušení	Počet ověřených porušení	Podíl ověřených porušení na počtu podezření z porušení	Počet provedených kontrol	Podíl kontrol na počtu případů	Počet podezření z porušení	Počet ověřených porušení	Podíl ověřených porušení na počtu podezření z porušení
Jihočeský	17 229	8,10%	4 341	278	6,40%	11 560	12,85%	1 908	155	8,12%
Jihomoravský	22 333	6,43%	6 034	1 857	30,78%	23 833	16,57%	7 409	623	8,41%
Karlovarský	11 977	12,41%	2 791	247	8,85%	9 836	24,97%	2 235	370	16,55%
Královéhradecký	12 988	6,91%	3 572	662	18,53%	10 360	14,13%	2 679	408	15,23%
Liberecký	7 256	4,77%	1 957	453	23,15%	6 894	11,48%	1 886	181	9,60%
Moravskoslezský	33 987	9,27%	6 560	1 499	22,85%	23 859	15,41%	6 383	613	9,60%
Olomoucký	29 127	15,28%	2 355	1 091	46,33%	15 209	20,72%	3 478	420	12,08%
Pardubický	10 403	6,35%	1 739	239	13,74%	10 715	16,21%	2 084	380	18,23%
Plzeňský	15 299	7,71%	3 076	672	21,85%	15 401	18,82%	4 423	447	10,11%
Hl. m. Praha	32 915	9,37%	4 603	953	20,70%	11 034	6,57%	3 651	83	2,27%
Středočeský	27 286	8,00%	6 634	1 217	18,34%	19 601	12,98%	5 064	507	10,01%
Ústecký	20 381	8,92%	5 969	1 353	22,67%	14 784	15,44%	4 453	339	7,61%
Vysočina	6 074	3,69%	1 593	193	12,12%	7 093	11,05%	1 528	151	9,88%
Zlínský	5 084	2,77%	1 437	352	24,50%	5 472	7,56%	1 628	316	19,41%
Česká republika	252 339	7,92%	52 661	11 066	21,01%	185 651	13,92%	48 809	4 993	10,23%

Zdroj: ČSSZ a vlastní výpočty

Z hlediska krajů, u nichž nejčastěji docházelo ke vzniku podezření na porušení režimu (tzv. záchyty), je možné konstatovat, že těmito jsou převážně kraje ve východní (Zlínský a Jihomoravský) a severní (Ústecký) části republiky; v roce 2010 se k těmto krajům zařadilo rovněž hlavní město Praha. Zmíněné kraje jsou pouze částečně těmi kraji, u nichž bylo porušení režimu nejčastěji prokázáno (tab. 15). Krajem, v němž dlouhodobě docházelo k prokázanému častému porušování režimu, byl kraj Zlínský – v roce 2005 bylo potvrzeno cca 25 % všech podezření na porušení režimu, což představovalo necelých 7 % z celkového počtu kontrol. V roce 2010 bylo ověřeno porušení režimu u téměř 20 % podezření, tedy u 6 % z celkového počtu kontrol. K velkému poklesu počtu ověřených porušení režimu došlo mezi roky 2005 a 2010 v Jihomoravském a Olomouckém kraji (tab. 15).

Srovnáním vývoje počtu případů pracovní neschopnosti, podílu případů, u nichž byla provedena kontrola, záchyty a potvrzených porušení režimu nebylo prokázáno, že by provádění

²⁸ Místní příslušnost OSSZ určené pro výpočet a výplatu dávky nemocenského pojištění je dána sídlem zaměstnavatele nemocensky pojištěné osoby, popř. sídlem mzdové účtárny zaměstnavatele.

kontrol dodržování režimu působilo preventivně a mělo pozitivní dopad na snížení fiktivní nemocnosti.

Na základě výše uvedených informací je patrné, že údaje specializovaných firem a okresních správ sociálního zabezpečení o zneužívání pracovní neschopnosti se výrazně rozcházejí. Zatímco některé specializované firmy z praxe uvádějí, že až 50 % dočasné pracovní neschopnosti je fiktivní (Omeganet s.r.o., 2009), z výsledků kontrol prováděných OSSZ takto závratně vysoké číslo nevyplývá. Naopak, podíl prokázaného porušení a zejména finančních postihů na celkovém počtu provedených kontrol je, zejména vzhledem k obecnému nahlížení na pracovní neschopnost jako na možnost zneužití dávek, až překvapivě nízký.

Ze zkušeností pracovníků OSSZ pověřených prováděných kontrol dodržování režimu dočasné práce neschopných pojištěnců vyplývá, že prokázání skutečného porušení režimu je velmi náročné, neboť na vyvrácení tohoto podezření s pojištěnci často spolupracují ošetřující lékaři (lékař potvrdí, že u něj byl pojištěnec na kontrole, ačkoliv tomu tak nebylo). Zároveň platí, že ne po každém ověřeném porušení režimu následuje finanční sankce; přibližně 1/3 prokázaných porušení není finančně postihnuta (tab. 14). Výše uvedené skutečnosti tak do jisté míry zpochybňují efektivnost a preventivní působení prováděných kontrol.

Změna právní úpravy účinná od ledna 2012 umožnila snazší kontrolu režimu dočasné práce neschopných pojištěnců, neboť stanovila, že lékař smí povolovat vycházky jen na 6 hodin denně, a to pouze v době od 7 do 19 hodin. Toto opatření zamezilo povolování celodenních vycházek, které dříve znemožňovaly provedení jakékoliv kontroly.

Dalším způsobem, jak je možné alespoň částečně zabránit fiktivní pracovní neschopnosti, je provádění kontroly správnosti posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícími lékaři a dodržování s tím souvisejících právních předpisů. Tyto kontroly provádějí lékaři lékařské posudkové služby (dále jen „LPS“) ČSSZ. V jejich rámci hodnotí mimo jiné zdravotní stav a dosavadní průběh onemocnění. Zjistí-li lékař LPS, že nejsou důvody pro další trvání pracovní neschopnosti, dá podnět k zahájení řízení o jejím ukončení, pokud ji neukončil ošetřující lékař (ČSSZ, 2009b). Tyto kontroly se týkají zejména pacientů s dlouhodobou pracovní neschopností.

Kapitola 6

Trendy pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let

Tato kapitola seznamuje čtenáře s vývojem celkových ukazatelů pracovní neschopnosti v České republice v letech 1990 až 2010 na základě dat Českého statistického úřadu a České správy sociálního zabezpečení, resp. Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Na základě dat ČSÚ jsou sledovány nově hlášené případy pracovní neschopnosti, počet kalendářních dní pracovní neschopnosti, průměrné trvání 1 případu a průměrné procento pracovní neschopnosti. Pro detailnější členění a přiblížení problematiky jsou, v případě, že data nejsou evidována ČSÚ, použity údaje ČSSZ/ÚZIS. Ačkoliv se nejedná o zcela srovnatelné údaje, je možné z nich vyčíst všeobecně platné trendy.

Cílem této kapitoly je poskytnout základní informace o vývoji úrovně analyzovaného jevu a dalších, zejména legislativních a ekonomických, souvislostech, jejichž znalost může být následně využita při sledování regionálních rozdílů v kapitole následující. Detailnější pohled na problematiku pracovní neschopnosti na území České republiky, z hlediska pohlaví, věkových skupin, příčin pracovní neschopnosti atd. je obsažen v diplomové práci autorky nazvané Analýza pracovní neschopnosti (Gobyová, 2009).

6.1 Počet nemocensky pojištěných osob

Počet nemocensky pojištěných osob je publikován pouze Českým statistickým úřadem a je jedním z faktorů, které ovlivňují hodnoty ukazatelů pracovní neschopnosti. Vzhledem k tomu, že nemocenské pojištění je pro zaměstnance povinné a pro osoby samostatně výdělečně činné od roku 1994 dobrovolné (MPSV, 2010), odráží tento údaj do značné míry také úroveň ekonomické aktivity obyvatel České republiky a celkovou hospodářskou situaci země.

Výčet povinně nemocensky pojištěných osob je definován a příp. měněn příslušnými zákony. Pro účely statistiky pracovní neschopnosti je sledován pouze tzv. "civilní sektor" a tudíž nejsou zahrnuti příslušníci Ministerstva obrany a Ministerstva spravedlnosti, tj. Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR, Celní správy ČR, Vězeňské služby ČR, Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace a vojáci z povolání (ČSÚ, 2011a).

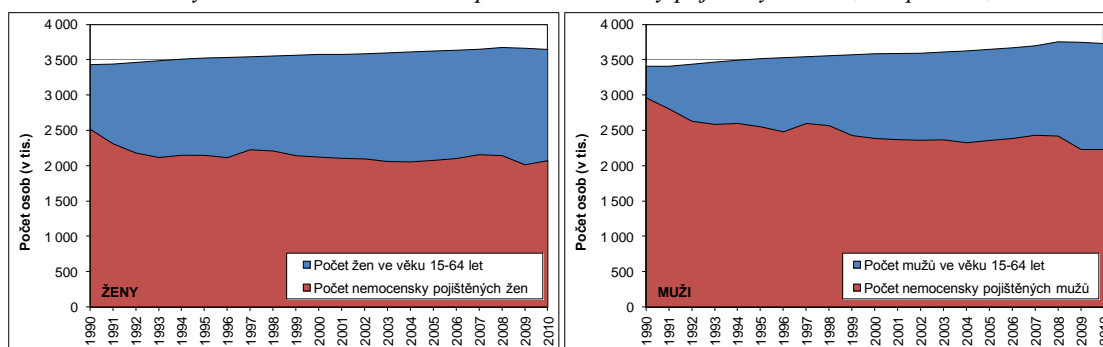
Průměrný počet nemocensky pojištěných osob se v průběhu posledních 20 let postupně snižoval. Zatímco v roce 1990 bylo nemocensky pojištěných přibližně 5,5 mil. osob, do roku 2004 tento počet klesl na 4,4 mil. osob a po mírném nárůstu způsobeném hospodářskou prosperitou se od roku 2009 začal, zejména v důsledku hospodářské krize, opět snižovat. V roce 2010 bylo nemocensky pojištěno 4,3 mil. osob (ČSÚ, Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz).

Za snížením počtu nemocensky pojištěných osob stál jak jejich faktický pokles, tak i změna metodiky evidence a vykazování (např. do roku 2008 včetně byli mezi nemocensky pojištěné započítáváni studenti středních a vysokých škol). K poklesu nemocensky pojištěných přispělo snížení počtu ekonomicky aktivních osob v nejmladší věkové skupině (15 – 19 let) díky prodloužení přípravy na povolání (ČSÚ, 2005), který byl ale částečně vykompenzován nárůstem pracujících osob ve vyšším, zejména důchodovém, věku. Na snížení počtu nemocensky pojištěných osob na počátku 90. let mělo patrně vliv zrušení povinného nemocenského pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné a prudký nárůst nezaměstnanosti, v jehož důsledku počet osob participujících na trhu práce klesal (ČSÚ, 2005).

V posledních 20 letech došlo nejen k poklesu absolutního počtu nemocensky pojištěných, ale i jejich podílu na celkovém počtu osob ve věku 15–64 let (obr. 1). Počet osob v těchto věkových skupinách, na rozdíl od počtu nemocensky pojištěných, narůstal. V roce 1990 bylo nemocensky pojištěno více než 80 % osob ve věku 15–64 let (87 % mužů a 75 % žen), do roku 2010 se jejich zastoupení v této věkové skupině snížilo na 58 % (60 % mužů a 57 % žen).

Z hlediska pohlaví bylo evidováno více nemocensky pojištěných mužů než žen, a to jak absolutně (počet nemocensky pojištěných mužů byl vyšší než nemocensky pojištěných žen), tak relativně (podíl nemocensky pojištěných mužů na celkovém počtu mužů v populaci byl vyšší než zastoupení nemocensky pojištěných žen na celkovém počtu žen). V průběhu 20 sledovaných let však došlo ke zmenšení rozdílů. Zatímco v roce 1990 tvořili muži 54 % a ženy jen 46 % všech nemocensky pojištěných osob, v roce 2010 se tento poměr snížil a z celkového počtu pojištěných osob tvořili 52 % muži a 48 % ženy (obr. 1).

Obr. 1 – Počet obyvatel ve věku 15–64 let a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1990–2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (Demografická příručka 2011)

6.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob

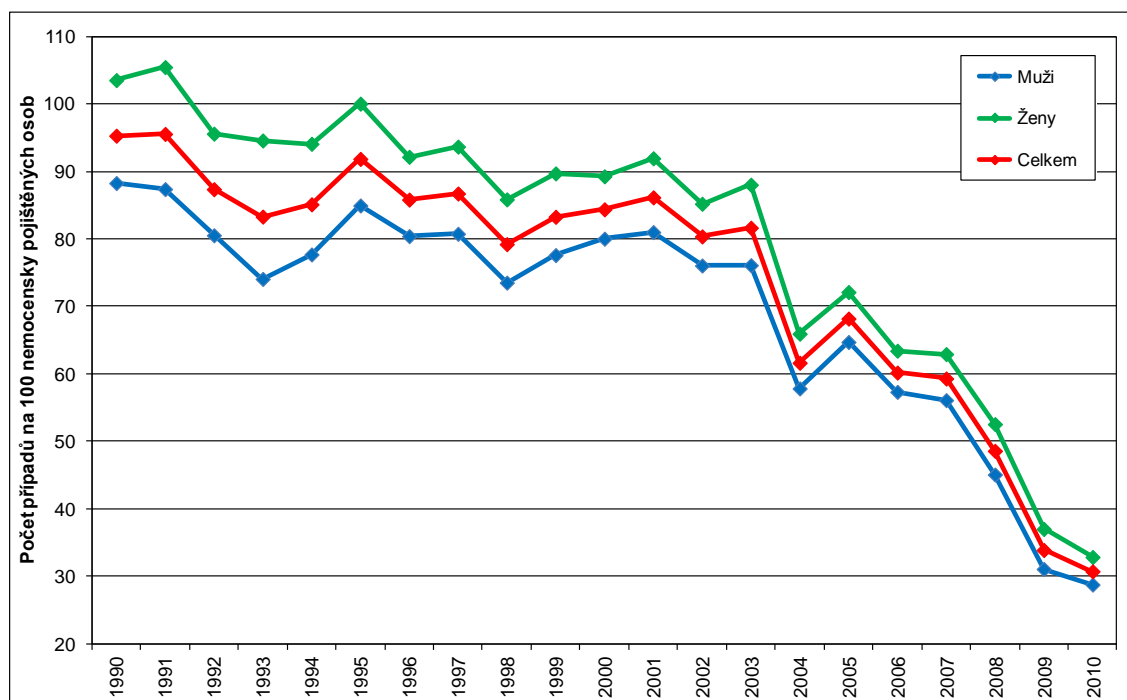
Následující kapitola přináší informace jak o absolutním počtu případů pracovní neschopnosti, tak o jejich počtu ve vazbě na počet nemocensky pojištěných osob. Při analyzování tohoto ukazatele byla využita zejména data Českého statistického úřadu a byl tedy sledován počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti. Vzhledem k tomu, že ČSÚ nemá k dispozici data členěná dle délky trvání jednotlivých případů pracovní neschopnosti, byly v této kapitole dále také použity údaje ČSSZ/ÚZIS, tedy ukončené případy pracovní neschopnosti.

Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let převážně klesal, a to jak v absolutním, tak i relativním vyjádření. Dle ČSÚ bylo v roce 1990 nově nahlášeno 5,23 mil. případů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, v roce 2010 již jen 1,32 mil.; jejich absolutní počet se tedy snížil o 75 %. K podobně razantnímu propadu došlo rovněž při sledování tohoto ukazatele v relativním vyjádření, tj. při přepočtu na 100 nemocensky pojištěných osob (ČSÚ, Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz).

Na počátku 90. let připadalo na 100 nemocensky pojištěných přibližně 95 nově hlášených případů pracovní neschopnosti. Po přechodném nárůstu v letech 1994 a 1995 se tato hodnota do roku 2003 pozvolna snižovala až na úroveň 82 případů na 100 nemocensky pojištěných osob. V roce 2004, kdy začala být realizována zásadní legislativní opatření, která měla za cíl snížit výskyt pracovní neschopnosti, nově vzniklo 62 případů na 100 nemocensky pojištěných osob a jejich počet se tak meziročně snížil o 1/4. K dalšímu výraznému poklesu došlo mezi roky 2008 a 2009 v souvislosti s nabytím účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který zpřísnil podmínky nároku na nemocenské a omezil finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době dočasné pracovní neschopnosti. Počet nově hlášených případů se v tomto období meziročně snížil o 30 %, tj. z hodnoty 49 případů na 100 nemocensky pojištěných na hodnotu 34 případů. Klesající tendence pokračovala i v následujících letech, ačkoliv již nebyla tak výrazná (obr. 2).

Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti v přepočtu na 100 pojištěných osob byl v průběhu celého sledovaného období vyšší u žen oproti mužům. Do roku 2010 se však rozdíl mezi pohlavími snížil z původních 16 případů v roce 1990 na pouhé 4 případy pracovní neschopnosti v přepočtu na 100 pojištěných osob (obr. 2).

Obr. 2 – Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1990–2010



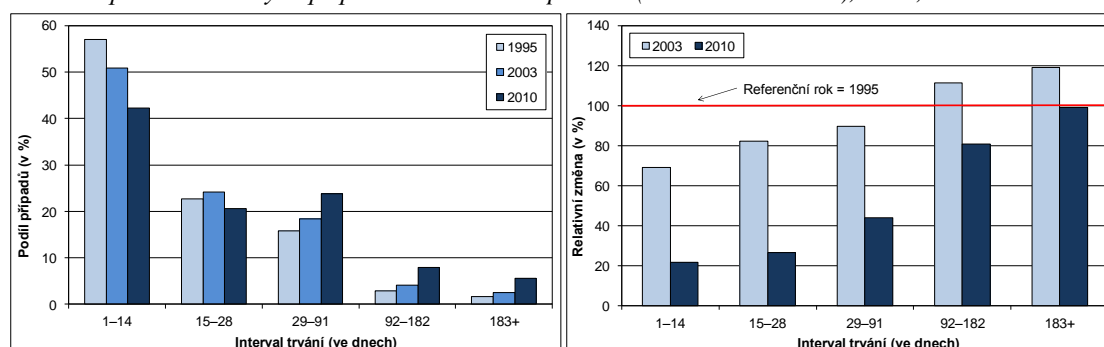
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Klesající tendence celkového počtu případů byla dána zejména poklesem počtu případů krátkodobé pracovní neschopnosti, což se následně projevilo rovněž v nárůstu průměrné doby trvání jednoho případu (obr. 4). Na základě dat ČSSZ/ÚZIS bylo zjištěno, že případy trvající méně než 2 týdny představovaly a stále představují nejčastější formu pracovní neschopnosti. Ke snižování jejich celkového počtu a tím i jejich relativního zastoupení docházelo průběžně po celé sledované období. Zatímco v polovině 90. let tvořily necelých 60 % z celkového počtu ukončených případů pracovní neschopnosti, na konci prvního desetiletí 21. století představovaly přibližně 40 % všech případů (obr. 3). Nejvýraznější propad počtu případů krátkodobé pracovní neschopnosti byl zaznamenán mezi roky 2003 a 2004 a následně mezi roky 2008 a 2009 (ÚZIS, Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz). V obou těchto mezních letech došlo k finančnímu znevýhodnění dávek nemocenského pojištění vyplácených na počátku pracovní neschopnosti.

Ve srovnání s počátkem 90. let naopak došlo k nárůstu počtu pracovních neschopností trvajících déle než 3 měsíce; zvýšení těchto případů znamenalo, i při jejich malém absolutním počtu, značnou finanční zátěž pro sociální i zdravotnický sektor (obr. 3). Významná část dlouhodobých pracovních neschopností byla způsobena nemocemi pohybového ústrojí, což může vést až k neschopnosti pojištěnce opětovně se zapojit do pracovního procesu; v těchto případech se pojištěnec stává poživitelem invalidního důchodu (Klesla, 2007).

Index růstu, srovnávající absolutní počty ukončených případů pracovní neschopnosti dle intervalu jejich trvání, nikoliv dle jejich zastoupení na celkovém počtu ukončených případů, potvrdil výše uvedené změny. Počet případů trvající méně než 14 dní se mezi roky 1995 a 2010 snížil o 80 %, zatímco absolutní počty případů pracovní neschopnosti trvající déle než půl roku (tj. 183 dní) zůstaly nezměněny.

Obr. 3 – Relativní zastoupení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti dle intervalu trvání na celkovém počtu ukončených případů a index růstu/poklesu (rok 1995 = 100 %), 1995, 2003 a 2010



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

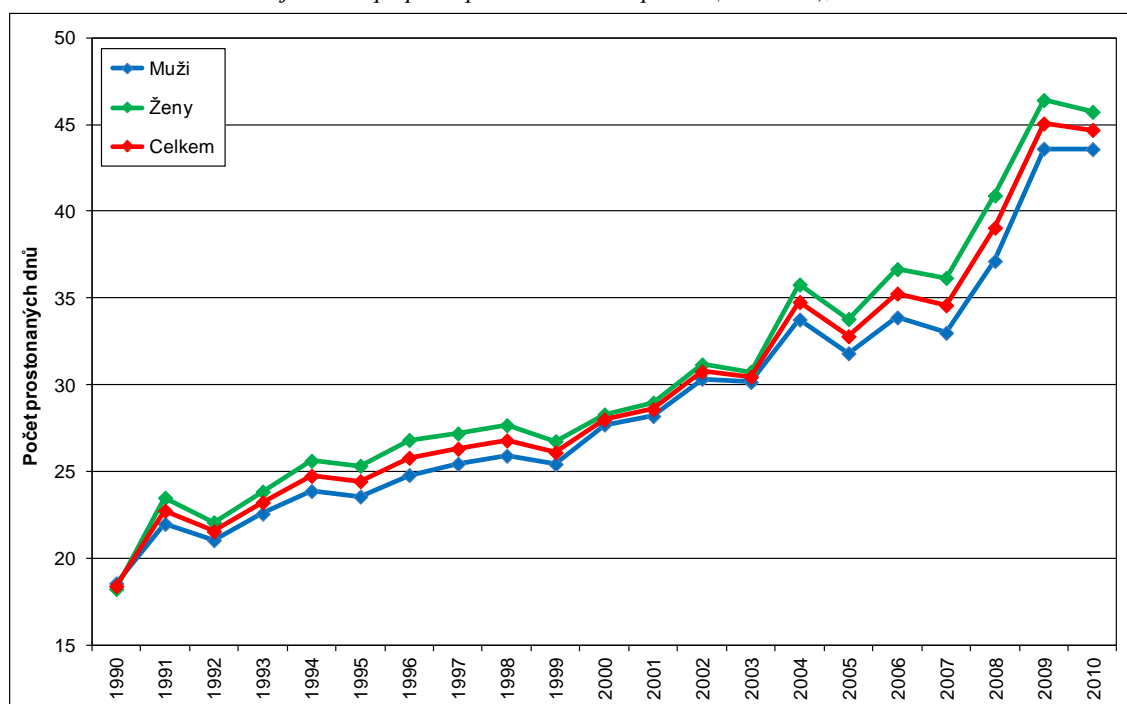
6.3 Průměrná doba trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

Vliv pracovní neschopnosti na národní hospodářství může být vyjádřen celkovým počtem prostonaných dní v daném roce. Jedná se o ukazatel, který vyjadřuje celkový objem dní, které pojištěné osoby strávily v pracovní neschopnosti, přičemž se neúčastnily tvorby hrubého domácího produktu a naopak čerpaly finanční prostředky ze sociálního a zdravotního systému. Hodnota tohoto ukazatele je ovlivněna jednak počtem pojištěných osob, tedy počtem osob,

u nichž může dojít ke vzniku sledované události, a zároveň počtem a délkou jednotlivých případů pracovní neschopnosti.

Následující kapitola je zpracována výlučně na základě dat ČSÚ, který poskytuje údaje o počtu prostonaných dní v období, v němž došlo ke vzniku pracovní neschopnosti (blíže viz kapitola 3.1). Dle ČSÚ bylo od 90. let až do poloviny prvního desetiletí 21. století stabilně ročně prostonáno přibližně 90 až 110 mil. dní. Mírné snížení této hodnoty nastalo po prvních legislativních opatřeních v roce 2004 a k velmi razantnímu propadu došlo v roce 2009 v souvislosti s nabytím účinnosti nového zákona o nemocenském pojištění (ČSÚ, Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz). Příčinou bylo patrně zavedení 3denní karenční lhůty, po kterou nebyla pojištěnci vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti. Roli mohlo hrát rovněž to, že zaměstnanci začala být v prvních 14 dnech trvání pracovní neschopnosti ušlá mzda kompenzována zaměstnavatelem ve formě náhrady mzdy, a to pouze za pracovní dny, namísto dříve vypláceného nemocenského, které bylo vypláceno za dny kalendářní. Vlivem výše uvedených skutečností se počet prostonaných dní do roku 2010 snížil na hodnotu 59,2 mil. dní (ČSÚ, Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz).

Obr. 4 – Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (ve dnech), 1990–2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, tedy celkový počet prostonaných dní v daném roce vztažený k počtu nově hlášených případů v tomtéž roce, mělo rostoucí tendenci (obr. 4). V druhé polovině 90. let trval jeden případ pracovní neschopnosti přibližně 27 dní a až počátkem nového tisíciletí začalo docházet k mírnému narůstání této hodnoty. Obdobně jako u počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob, také u průměrného trvání jednoho případu proběhla první zásadnější změna ve vývoji tohoto ukazatele mezi roky 2003 a 2004. Od roku 2004 byly v důsledku legislativních změn sníženy nemocenské dávky v prvních dnech pracovní neschopnosti, zatímco finanční

kompenzace pracovní neschopnosti trvající více než 14 dní zůstala nezměněna. Mezi roky 2003 a 2004 došlo k nárůstu průměrného počtu dní připadajících na jeden případ pracovní neschopnosti z hodnoty 30,5 na 34,8 dní (obr. 4).

K výraznému nárůstu průměrného počtu dnů strávených v jedné pracovní neschopnosti začalo docházet od roku 2008. Příčinou bylo pravděpodobně zavedení karenční lhůty, v níž nebyla pojištěnci v prvních třech dnech pracovní neschopnosti vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti. Je tedy možné předpokládat, že s ohledem na nízkou finanční kompenzaci na počátku pracovní neschopnosti, lidé léčbu krátkodobých onemocnění řešili častěji jiným způsobem, např. čerpáním dovolené či přechovením nemoci, čímž došlo k již zmíněnému poklesu počtu krátkodobých případů pracovní neschopnosti (obr. 3) a tím k nárůstu průměrné doby trvání jednoho případu. Zjednodušeně se dá říci, že pokud se již lidé rozhodli využít pracovní neschopnosti, bylo to častěji než dříve jen ze závažnějších důvodů, jejichž léčba trvala delší dobu. V roce 2009 dosáhlo průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti svého maxima, když jeden případ trval průměrně více než 45 dní (obr. 4).

Zkrácení průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti mezi roky 2009 a 2010 mohlo být způsobeno sjednocením částky nemocenského, které bylo dočasně práce neschopnému pojištěnci vypláceno v rámci finanční kompenzace (viz. kapitola 2.2.4). Do roku 2009 se vyplácená částka nemocenského s délkou trvání pracovní neschopnosti zvyšovala, od roku 2010 zůstávala po celou dobu dočasně pracovní neschopnosti stejná, na úrovni původně nejnižší hodnoty, tj. částky vyplácené na počátku pracovní neschopnosti. Na základě tohoto zjištění je možné učinit závěr, že realizované opatření odrazovalo pracovníky od delšího setrvání v pracovní neschopnosti a motivovalo je k dřívějšimu návratu do zaměstnání.

Jeden případ pracovní neschopnosti žen trval po celé sledované období déle, než pracovní neschopnost mužů; rozdíl se však od poloviny 90. let do roku 2003 snižoval a klesl z původního rozdílu přesahujícího 2 dny na 0,5 dne. Po zavedení legislativních opatření v roce 2004 se pomyslné nůžky mezi muži a ženami začaly velmi rychle rozevírat a v letech 2008 a 2009 strávily ženy v jedné pracovní neschopnosti o 4 dny více než muži, v roce 2010 se rozdíl snížil na necelé 3 dny (obr. 4). Je tedy možné konstatovat, že na legislativní změny zareagovaly ženy, u nichž je průměrné trvání jednoho případu delší, pružněji, než jejich mužské protějšky.

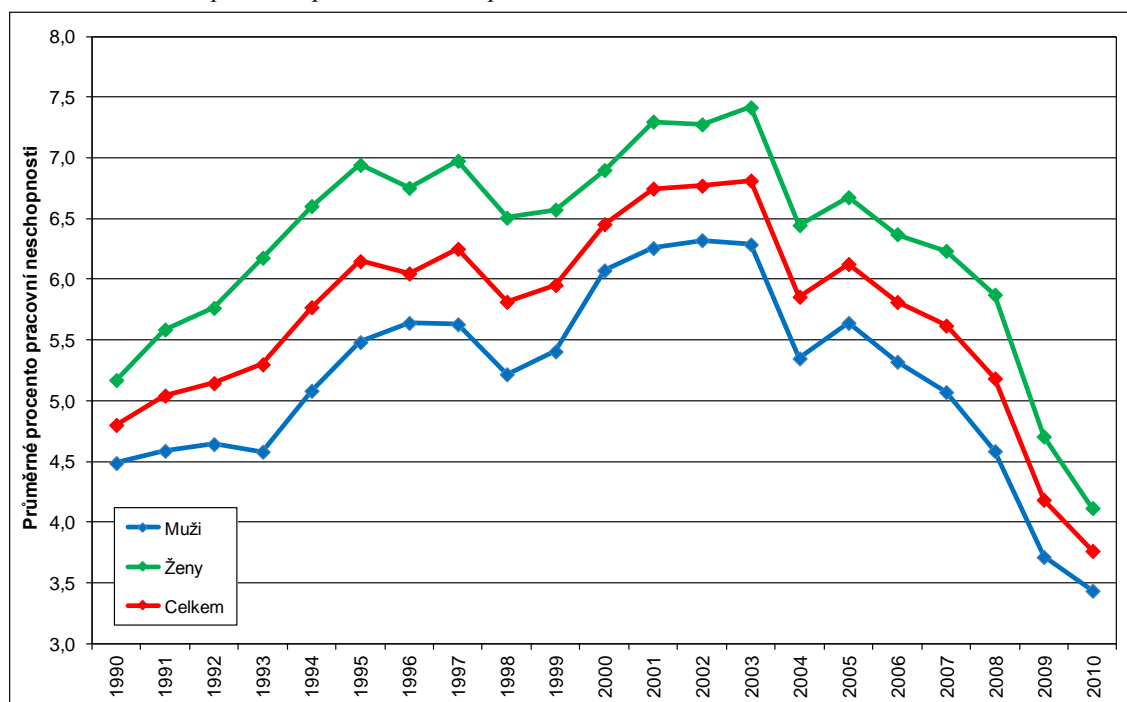
6.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti

Souhrnným ukazatelem pracovní neschopnosti, jejího vlivu na pracovní trh a na rozsah využitelného fondu pracovní doby, je průměrné procento pracovní neschopnosti. Tento ukazatel informuje o průměrném podílu osob, které z důvodu nemoci či úrazu nebyly denně přítomny na pracovišti; odráží v sobě jak počet případů, tak jejich délku, podává informaci o celkovém objemu pracovní neschopnosti a umožňuje komplexní pohled na tuto problematiku (ČSÚ, 2012c).

Průměrné procento pracovní neschopnosti je počítáno na základě dat ČSÚ. Jeho hodnota od počátku 90. let až do roku 2003 převážně rostla a klesat začala pod vlivem legislativních změn od roku 2004. V roce 2003 chybělo denně na pracovišti z důvodu pracovní neschopnosti téměř 7 % pracovníků, do roku 2010 se tato hodnota snížila na historicky nejnižší úroveň – průměrně

denně chybělo na pracovišti a neúčastnilo se tak tvorby hrubého domácího produktu pouze 3,8 % pracovníků (obr. 5).

Obr. 5 – Průměrné procento pracovní neschopnosti, 1990–2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Stejně jako u předešlých uváděných ukazatelů, podíl dočasně práceneschopných žen byl po celé sledované období vyšší než podíl mužů; zejména v závěru sledovaného období však docházelo ke snižování rozdílů (obr. 5).

Kapitola 7

Regionální diference pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let

Tato kapitola je věnována vývoji a současné úrovni pracovní neschopnosti v územních jednotkách České republiky. Z regionálního hlediska je pracovní neschopnost sledována dle sídla zaměstnavatele, tj. dle okresu, resp. kraje, v němž je evidováno identifikační číslo (IČ) zaměstnavatele. Územně členěná data jsou publikována pouze ČSÚ a na jejich základě bude provedena následující analýza. S ohledem na dostupnost dat, jsou základní regionální rozdíly pro názornost a přehlednost sledovány na úrovni krajů, detailnější diference ukazatelů pracovní neschopnosti a její vývoj je analyzován na úrovni okresů.

Již zmiňovaná dvojí evidence pracovní neschopnosti v České republice (ČSSU/ÚZIS vs. ČSÚ), odlišná metodika a členění dat v zásadě neumožňuje provést některé detailnější analýzy sledovaného jevu za účelem zjištění podmíněností jeho výskytu. Např. díky skutečnosti, že příčiny (diagnózy) vzniku pracovní neschopnosti jsou sledovány jen ČSSZ/ÚZIS, které ale naopak tato data nečlení dle územních jednotek, není možné zjistit, zda za vyšší úrovní pracovní neschopnosti v určité regionální oblasti stojí zvýšený výskyt určitého onemocnění.

Problematické je rovněž sledování vlivu vnějších faktorů (např. míra nezaměstnanosti, průměrná výše mzdy) na úroveň pracovní neschopnosti v krajích, resp. okresech ČR. Důvodem je skutečnost, že regionální příslušnost dočasně práce neschopného pojištěnce, tj. zařazení případu pracovní neschopnosti do kraje či okresu, je určena sídlem jeho zaměstnavatele a liší se tak od regionálního vymezení potenciálních faktorů ovlivňujících jeho výskyt. O příčinách určité úrovně sledovaného jevu v regionech ČR je tedy převážně možné vyslovovat pouze předpoklady a hypotézy, vystavěné na teoretických znalostech dané problematiky.

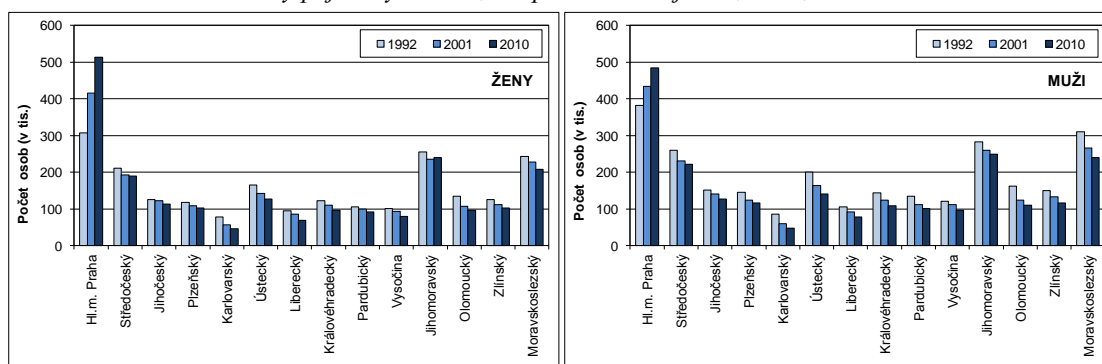
Rozdílnost hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti mezi kraji, resp. okresy, může být způsobena řadou faktorů. Významnou roli pravděpodobně hraje vývoj na pracovním trhu v daném regionu, míra nezaměstnanosti a složení tamního hospodářství, zejména s ohledem na výskyt rizikovějších zaměstnání, tj. zaměstnání, v nichž je vyšší pravděpodobnost úrazu či vzniku nemoci. Vývoj v posledních letech byl ovlivněn také tím, jak byly jednotlivé kraje a okresy ovlivněny dopadem finanční krize, která propukla v Evropě na podzim roku 2008. Na úroveň ukazatelů pracovní neschopnosti má vliv zastoupení mužů a žen na pracovním trhu, podíl osob starších 55 let a vzdělanostní struktura pracovníků; tyto faktory jsou do značné míry dány již zmiňovanou skladbou hospodářství a nabídkou pracovních míst. Pracovní neschopnost bezpochyby odráží také zdravotní situaci daného kraje, která je mj. ovlivňována výskytem velkých průmyslových podniků znečišťujících ovzduší. Kromě výše uvedených

skutečností může hrát roli průměrná mzda daného regionu, resp. rozdíl mezi dávkou vyplácenou v době nemoci a obvyklou mzdou (Gobyová, 2009).

7.1 Počet nemocensky pojištěných osob

Počet nemocensky pojištěných osob v jednotlivých regionech se lišil dle velikosti daného regionu, dle nabídky pracovních příležitostí, koncentrace zaměstnavatelů (zejména velkých průmyslových podniků, které zaměstnávají i pracovníky dojíždějící z okolních okresů) a atraktivity daného regionu. Jak bylo uvedeno výše, nemocensky pojištěné osoby jsou evidovány v okrese, resp. kraji, v němž sídlí jejich zaměstnavatel; trvalý, popř. obvyklý pobyt těchto osob není pro jejich zařazení do určitého okresu určující.

Obr. 6 – Počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví a krajů ČR, 1992, 2001 a 2010



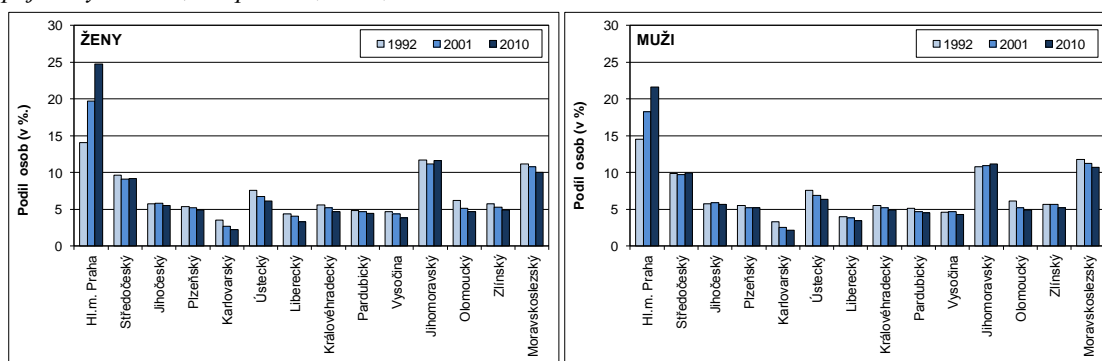
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Celkový počet nemocensky pojištěných osob v České republice od počátku 90. let převážně klesal a obdobně se vyvíjel také počet pojištěných osob ve většině krajů (obr. 6). Výjimkou bylo hlavní město Praha, v němž počet pojištěných osob narostl z necelých 700 pojištěných v roce 1992 na takřka 1 milion v roce 2010. Příčinou byla právě atraktivita Prahy, široká nabídka pracovních příležitostí a to, že v Praze má sídlo řada domácích i nadnárodních firem, ačkoliv k samotnému výkonu pracovní činnosti může docházet v jiných částech České republiky. Praha rovněž nabízí řadu pracovních příležitostí nejen pro obyvatele Středočeského kraje, ale také pro pracovníky ze vzdálenějších částí České republiky, a to zejména v sektoru služeb, na úřadech státní správy a ve zpracovatelském průmyslu.

Hlavní město Praha mělo zásadní vliv rovněž při srovnávání vývoje počtu pojištěnců v jednotlivých krajích dle pohlaví (obr. 6). V roce 1992 bylo v Praze evidováno přibližně 300 tis. nemocensky pojištěných žen a do roku 2010 se jejich počet zvýšil o 2/3 na více než 500 tis. Nárůst počtu pojištěných mužů byl výrazně nižší, mj. také proto, že jejich výchozí počet byl relativně vysoký. Počet nemocensky pojištěných mužů vzrostl z 380 tis. na cca 480 tis. Z této skutečnosti je možné vyvodit, že v průběhu transformačního období byly ženy více než muži, lákány pracovními příležitostmi v Praze, pravděpodobně zejména v rozvinutém sektoru služeb, zatímco přesun pracovníků mezi ostatními regiony byl z hlediska pohlaví v zásadě vyrovnaný.

Výše popsaná skutečnost je patrná z obr. 7, který znázorňuje podíl nemocensky pojištěných v jednotlivých krajích na celkovém počtu nemocensky pojištěných žen, resp. mužů v rámci celé republiky. Zatímco podíl pojištěných žen a mužů v Praze na celkovém počtu pojištěných byl v roce 1992 vyrovnaný a činil cca 15 %, do roku 2010 se výrazně zvýšil. V tomto roce bylo v Praze evidováno 25 % ze všech nemocensky pojištěných žen a 22 % ze všech nemocensky pojištěných mužů. Zastoupení pojištěnců na celkovém počtu pojištěných bylo v ostatních regionech z hlediska pohlaví v zásadě vyrovnané. Vzhledem ke své rozloze a přítomnosti Brna, hlavního centra Moravy, byl druhý nejvyšší podíl pojištěných osob zaznamenán v Jihomoravském kraji (více než 10 %). Přibližně 10 % mužů a žen bylo evidováno v Moravskoslezském kraji, jehož centrem je třetí největší město ČR – Ostrava. Pravděpodobně díky velké koncentraci těžkého průmyslu zde na počátku 90. let bylo evidováno více než 300 tis. nemocensky pojištěných mužů. Do roku 2010 se jejich počet snížil o 1/3, ale přesto stále převyšoval počet nemocensky pojištěných žen (obr. 7).

Obr. 7 – Zastoupení nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích na celkovém počtu nemocensky pojištěných v ČR, dle pohlaví, 1992, 2001 a 2010



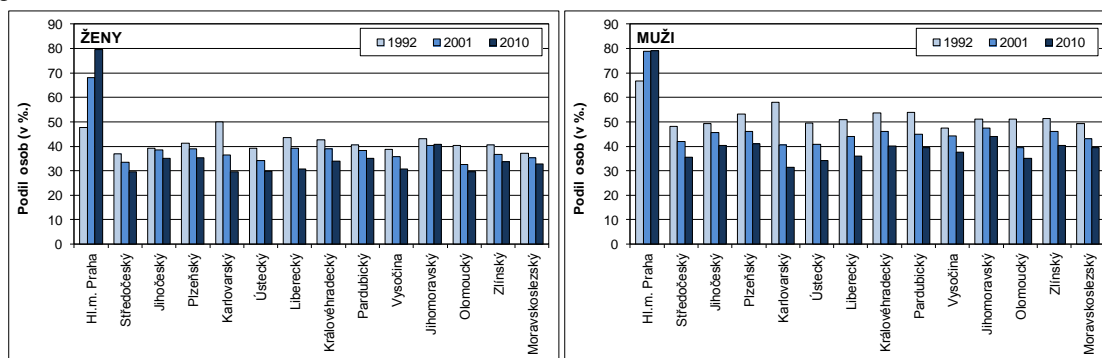
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty

Dalším způsobem, jak znázornit vývoj počtu nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích, je vztažení počtu pojištěných evidovaných v kraji k počtu obyvatel daného kraje. Jak již bylo uvedeno výše, počet nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích je evidován dle sídla zaměstnavatele těchto osob, nikoliv dle místa jejich trvalého či obvyklého pobytu. V rámci určitého kraje tak mohou být evidovány jako nemocensky pojištěné osoby, které v tomto kraji nejen nebydlí (nemají zde trvalé bydliště), ale které zde ani nevykonávají výdělečnou činnost (evidence probíhá na základě sídla zaměstnavatele, nikoliv na základě místa výkonu výdělečné činnosti). Nižší publikovaný obr. 8 tedy nepodává informaci o tom, kolik procent z trvale bydlících v daném kraji je nemocensky pojištěno, ale poskytuje pouze představu o poměru mezi nemocensky pojištěnými a trvale bydlícími osobami. Při srovnávání údajů v čase je nutné zohlednit také skutečnost, že docházelo nejen ke změnám místa evidence nemocensky pojištěných osob, ale také trvalého bydliště obyvatel.

Zastoupení nemocensky pojištěných osob na počtu obyvatel daného kraje v naprosté většině krajů mezi roky 1992 a 2010 klesalo. Výjimkou je hlavní město Praha a v případě žen také Jihomoravský kraj (obr. 8). V roce 1992 připadlo v Praze na 100 žen necelých 50 nemocensky pojištěných, v roce 2010 to bylo již 80 pojištěných žen. V případě mužů nebyly změny tak výrazné; v roce 1992 připadlo na 100 mužů přibližně 65 pojištěných a tento počet se do roku

2010 zvýšil na necelých 80 nemocensky pojištěných mužů. Tento vývoj dokládá již dříve zmíněný odsun pracovní síly do hlavního města, může však znamenat také změnu sídel zaměstnavatelů.

Obr. 8 – Zastoupení nemocensky pojištěných osob v jednotlivých krajích na počtu obyvatel kraje, dle pohlaví, 1992, 2001 a 2010

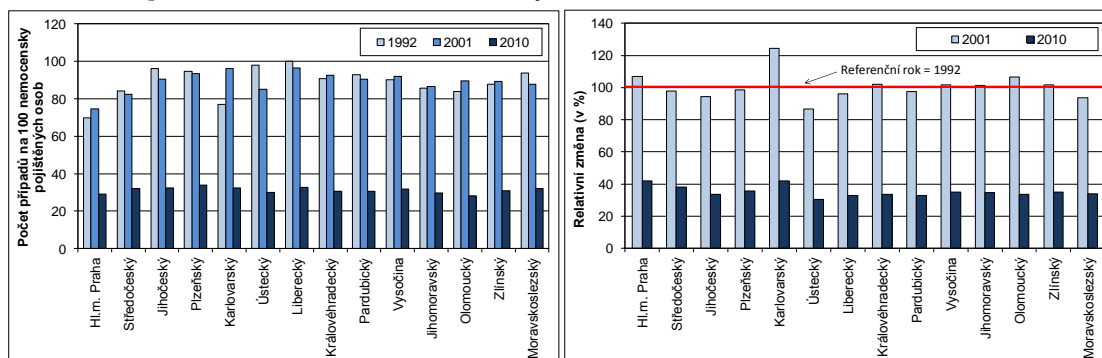


Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (Stav obyvatel ve vybraném území), vlastní výpočty

7.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob

Počet případů pracovní neschopnosti přepočtený na 100 nemocensky pojištěných osob se po celé sledované období snižoval ve všech krajích České republiky. Dynamika změn však byla různá a v zásadě je možné konstatovat, že u krajů s původně nejvyššími hodnotami probíhaly změny rychleji než např. v Praze či Středočeském kraji, kde byla počáteční úroveň tohoto ukazatele nejnižší (obr. 9).

Obr. 9 – Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Nejnižší počet případů přepočtený na 100 nemocensky pojištěných osob v České republice byl téměř po celé sledované období zaznamenáván v hlavním městě, v letech 2009 a 2010 byla Praha odsunuta na druhé místo a na čele žebříčku stanul Olomoucký kraj. Standardně druhé místo v pořadí si až do roku 2003 držel Středočeský kraj, na této pozici byl však postupně vystřídán Ústeckým a Jihomoravským krajem a hlavním městem Prahou. Od roku 2008 se pozice Středočeského kraje začala výrazně zhoršovat, v roce 2009 v něm byl nově nahlášen pátý

nejvyšší počet případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob. V žádném jiném kraji nebyla zaznamenána tak razantní a rychlá změna jako právě ve Středočeském kraji. Na druhém konci pomyslného žebříčku, s nejvyššími počty případů, se dlouhodobě vyskytoval kraj Liberecký a od roku 2001 rovněž kraj Plzeňský (obr. 44 v příloze č. 4).

Regionální diference v rámci České republiky byla sledována jak na úrovni krajů, tak okresů. Variabilita nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob se mezi kraji v průběhu sledovaného období výrazně snížila; zatímco v roce 1992 se rozdíl mezi maximální (100,1) a minimální (69,7) hodnotou tohoto ukazatele rovnal 30,4, v roce 2010 už jen 5,6 nově hlášeným případům, neboť maximální hodnota dosahovala 33,8 případů a minimální 28,2 případů na 100 nemocensky pojištěných osob (tab. 16). Postupné snižování variačního koeficientu z hodnoty 9,1 % v roce 1992 na 4,8 % v roce 2010 svědčí o konvergenčních tendencích hodnot tohoto ukazatele v jednotlivých krajích.

Vypovídací schopnost ukazatelů variability daného ukazatele sledovaného na úrovni krajů byla, vzhledem k nízkému počtu proměnných (14 krajů), specifickému postavení hlavního města v kombinaci s metodikou evidence výskytu pracovní neschopnosti a výraznými změnami v úrovni evidovaných hodnot, považována za nízkou. S cílem předejít zkreslení, které by bylo dáno výše uvedenými skutečnostmi, byly tytéž charakteristiky vypočteny pro soubor hodnot ukazatelů, v němž byla Praha, na základě úzkého provázání, každodenní dojíždky obyvatel do zaměstnání a faktu, že pracovní neschopnost je sledována na základě sídla zaměstnavatele, sloučena se Středočeským krajem. Variabilita ukazatelů mírně klesla, a to zejména na počátku období, v němž měla Praha dominantnější postavení než v jeho závěru. Celkový trend vývoje však zůstal zachován (tab. 16).

Z hlediska sledování variability mají lepší vypovídací schopnost územní jednotky na nižší řádovostní úrovni, tj. v tomto případě okresy, neboť nedochází k takovému zkreslení hodnot jako v případě územních jednotek na vyšší řádovostní úrovni, tj. krajů. V rámci územní jednotky vyšší řádovostní úrovně není zohledněna rozdílnost sledovaného jevu v územních jednotkách, které ji tvoří a dochází ke značnému „zprůměrování“ hodnot ukazatelů. Sledování diference počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti mezi okresy České republiky bude věnována následující část.

Mezi okresy byl nejvyšší počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných v roce 1992 zaznamenán v okrese Most (109,4 případů) a naopak minimální hodnota (61,6 případů) byla evidována v okrese Karlovy Vary (tab. 17). Rozdíl mezi těmito krajními hodnotami, tzv. variační rozpětí, se rovnal necelým 48 případům, zatímco v roce 2010 pouze mírně přesáhl počet 11 případů (tab. 16). V posledním sledovaném roce, tj. roce 2010, bylo maximální hodnoty dosaženo v okrese Rokycany (36,9 případů) a minimální hodnoty v okrese Olomouc (25,7 případů). Meziroční změny maximálních a minimálních hodnot počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob dosažených v okresech České republiky byly převážně totožné a odpovídaly meziročním změnám průměrných hodnot. Nepatrně dynamičtěji docházelo k poklesu nejvyšších hodnot tohoto ukazatele, a to zejména po roce 2003 (tab. 16).

Regionální diference okresů České republiky, vyjádřena směrodatnou odchylkou a zejména variačním koeficientem, který udává míru relativní variability, se v průběhu sledovaného období výrazně snížila (tab. 16). Nejednalo se však o plynulý a trvalý pokles sledovaných ukazatelů. Do poloviny 90. let variabilita počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob mezi okresy pozvolna narůstala (v roce 1996 činil variační koeficient 11,4 %), poté velmi prudce klesla a následně dlouhodobě oscilovala kolem hodnot 7–8 % (tab. 16). Dle hodnot variačního koeficientu se tedy regionální diference počtu případů pracovní neschopnosti v okresech ČR již od poloviny 90. let jevila jako stabilní, bez zásadnějších změn v následujících letech.

Tab. 16 – Ukazatele variability počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky

Ukazatel	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Česká republika	87,37	85,13	85,83	79,23	84,39	80,37	61,64	60,19	48,59	30,73
Soubor krajů										
Počet krajů	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Maximální hodnota	100,09	97,40	97,91	88,02	95,54	89,02	68,31	66,44	54,44	33,80
Minimální hodnota	69,70	61,28	65,05	63,58	70,71	69,15	53,38	52,19	42,21	28,23
Variační rozpětí	30,39	36,12	32,87	24,44	24,83	19,87	14,92	14,26	12,23	5,58
Směrodatná odchylka	8,05	8,77	8,11	5,99	5,93	4,84	3,71	3,43	2,97	1,48
Variační koeficient (v %)	9,06	9,93	9,10	7,32	6,79	5,84	5,83	5,53	5,92	4,77
Soubor krajů (hl. město Praha sloučeno se Středočeským krajem)										
Počet jednotek	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Maximální hodnota	100,09	97,40	97,91	88,02	95,54	89,02	68,31	66,44	54,44	33,80
Minimální hodnota	75,55	68,91	70,38	67,34	73,80	72,29	55,65	54,68	44,46	28,23
Variační rozpětí	24,54	28,49	27,53	20,68	21,74	16,72	12,65	11,77	9,98	5,58
Směrodatná odchylka	7,26	7,07	6,68	4,93	5,10	4,18	3,24	2,99	2,65	1,45
Variační koeficient (v %)	8,09	7,90	7,41	5,97	5,79	5,01	5,06	4,80	5,27	4,65
Soubor okresů										
Počet okresů*	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77
Maximální hodnota	109,43	112,57	117,35	96,61	108,20	97,91	82,80	73,47	62,87	36,94
Minimální hodnota	61,59	60,44	55,89	63,58	70,19	69,15	53,38	51,36	42,21	25,65
Variační rozpětí	47,83	52,13	61,47	33,03	38,01	28,77	29,42	22,12	20,66	11,29
Směrodatná odchylka	9,34	9,88	10,17	6,48	6,99	5,60	5,06	4,38	4,48	2,47
Variační koeficient (v %)	10,39	11,06	11,36	7,85	7,97	6,72	7,91	6,99	8,77	7,86

*Pozn.: Okres Jeseník vznikl v roce 1996 vyčleněním z okresu Šumperk.

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

Při srovnání variability celkového ukazatele na úrovni okresů při zahrnutí a nezahrnutí Prahy bylo zjištěno, že v tomto detailnějším členění se Praha z úrovně ostatních okresů výrazněji nevymykala a její dominantní postavení v rámci České republiky bylo dáno sloučením hodnot okresů a jejich „zprůměrováním“ na úroveň krajů. Vzhledem k této skutečnosti je jako regionální obraz výskytu pracovní neschopnosti odpovídající skutečnosti a vypovídající o změnách úrovně chápáno pouze její sledování v okresech ČR. Sledování vývoje její úrovně a variability v krajích ČR (ať už ve 14 krajích nebo při počtu 13 územních jednotek – Praha sloučená se Středočeským krajem) u tohoto a následujících ukazatelů může sloužit pouze pro přehledné grafické znázornění sledovaného jevu a zároveň jako ukázka vlivu sloučení různorodých hodnot okresů do nadřazeného územního celku – kraje.

Tab. 17 – Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1992, 2001 a 2010

	1992		2001		2010	
	okres	hodnota	okres	hodnota	okres	hodnota
nejvyšší	Most (ULK)	109,43	Tachov (PLK)	106,15	Rokycany (PLK)	36,94
	Ústí nad Labem (ULK)	108,91	Jablonec nad Nisou (LBK)	101,92	Prachatice (JHČ)	36,93
	Karviná (MSK)	107,65	Šumperk (OLK)	101,19	Karviná (MSK)	36,86
	Jablonec nad Nisou (LBK)	106,78	Jindřichův Hradec (JHČ)	100,30	Cheb (KVK)	36,04
	Strakonice (JHČ)	102,44	Liberec (LBK)	98,89	Frýdek-Místek (MSK)	35,71
nejnižší	Karlovy Vary (KVK)	61,59	Litoměřice (ULK)	64,68	Olomouc (OLK)	25,65
	Praha (PHA)	69,70	Kolín (STČ)	73,52	Bruntál (MSK)	26,87
	Kroměříž (ZLK)	71,71	Praha (PHA)	74,53	Most (ULK)	27,01
	Rakovník (STČ)	72,15	Nymburk (STČ)	74,74	Svitavy (PAK)	27,28
	Břeclav (JHM)	72,16	Praha-západ (STČ)	76,14	Praha-západ (STČ)	27,67

Použité zkratky krajů: PHA = Praha, STČ = Středočeský kraj, JHČ = Jihočeský kraj, PLK = Plzeňský kraj, KVK = Karlovarský kraj, ULK = Ústecký kraj, LBK = Liberecký kraj, HKK = Královéhradecký kraj, PAK = Pardubický kraj, VYS = Kraj Vysocina, JHM = Jihomoravský kraj, OLK = Olomoucký kraj, ZLK = Zlínský kraj, MSK = Moravskoslezský kraj

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Tab. 17 dokládá, že okresy náležející do krajů s nejvyšší, resp. nejnižší hodnotou ukazatele, jsou zastoupeny mezi pěti okresy nacházejícími se na obou koncích hodnotového spektra. Zajímavé je, že okresy z Moravskoslezského kraje, který se v roce 2010 pohyboval přibližně v polovině pomyslného žebříčku počtu případů na 100 nemocensky pojištěných, se nacházely jak mezi okresy s nejvyšší, tak i s nejnižší hodnotou sledovaného ukazatele. Svědčí to o značné variabilitě výskytu pracovní neschopnosti v okresech náležejících do tohoto kraje a potvrzuje tak již výše uvedený fakt o jisté zkreslenosti výsledků prezentovaných na úrovni krajů. Změna pořadí okresů ve sledovaných letech na prvních a poslední pěti místech v tab. 17 zároveň vyvrací předpoklad zcela stabilního rozložení okresů od poloviny 90. let, na které bylo usouzeno z hodnot variačního koeficientu v tab. 16.

Tab. 18 – Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob v okresech České republiky, vybrané roky

Období	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
1992	1,000	0,410**	0,517**	0,325**	0,335**	0,321**	0,310**	0,306**	0,268*	0,267*
1994	0,410**	1,000	0,787**	0,677**	0,653**	0,611**	0,621**	0,535**	0,337**	0,220
1996	0,517**	0,787**	1,000	0,726**	0,711**	0,688**	0,654**	0,540**	0,415**	0,275*
1998	0,325**	0,677**	0,726**	1,000	0,856**	0,760**	0,706**	0,657**	0,524**	0,242*
2000	0,335**	0,653**	0,711**	0,856**	1,000	0,860**	0,797**	0,708**	0,595**	0,331**
2002	0,321**	0,611**	0,688**	0,760**	0,860**	1,000	0,901**	0,782**	0,616**	0,419**
2004	0,310**	0,621**	0,654**	0,706**	0,797**	0,901**	1,000	0,843**	0,682**	0,523**
2006	0,306**	0,535**	0,540**	0,657**	0,708**	0,782**	0,843**	1,000	0,818**	0,661**
2008	0,268*	0,337**	0,415**	0,524**	0,595**	0,616**	0,682**	0,818**	1,000	0,762**
2010	0,267*	0,220	0,275*	0,242*	0,331**	0,419**	0,523**	0,661**	0,762**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

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

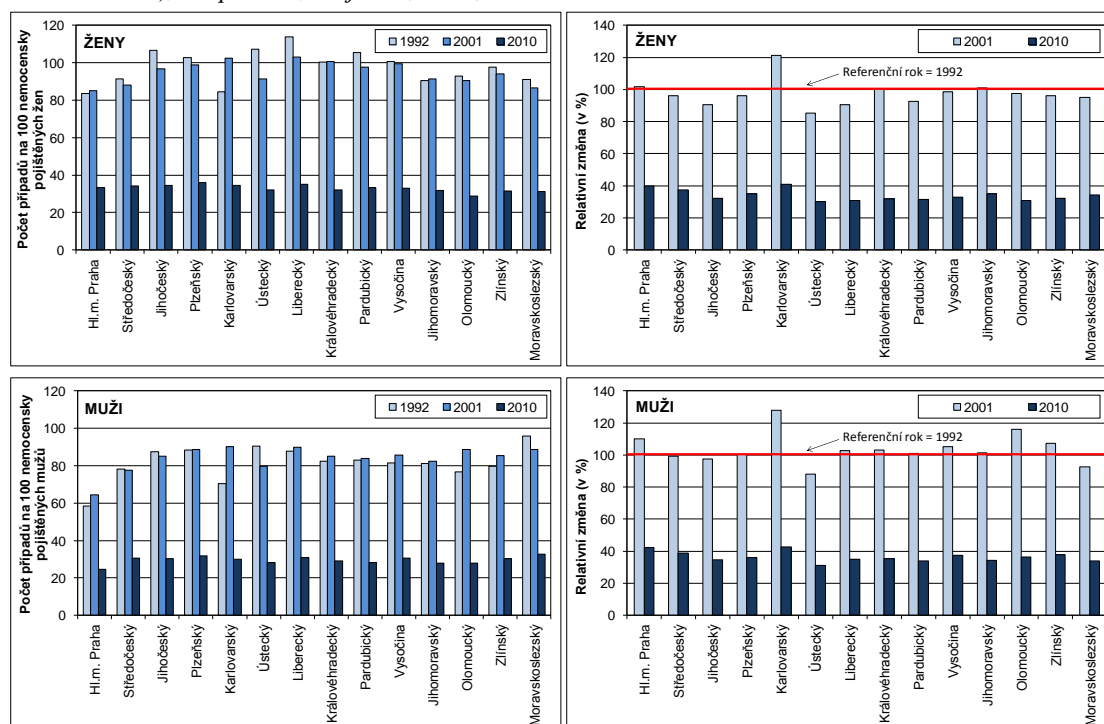
Pro posouzení změny regionálního obrazu byl použit Spearmanův koeficient pořadové korelace podle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky

pojištěných osob v okresech České republiky mezi vybranými roky (tab. 18). Hodnoty tohoto ukazatele odrážejí změnu pořadí jednotlivých okresů v průběhu sledovaného období, resp. to, zda a jak silně spolu pořadí okresů ve sledovaných letech korelovalo.

Zjištěné výsledky dokazují, že se pořadí okresů na počátku a na konci sledovaného období do jisté míry lišilo, z hodnot korelačního koeficientu je však možné i přesto vysledovat určitou podobnost (hodnoty korelačních koeficientů byly nízké, přesto však převážně statisticky významné). K proměnám regionální obrazu rozložení počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti mezi okresy ČR docházelo postupně, nejvíce spolu korelovaly sousední roky a nebyly zaznamenány žádné prudké změny (tab. 18).

Hodnoty sledovaného ukazatele v členění dle pohlaví nebyly ve všech sledovaných letech na úrovni okresů České republiky k dispozici, a proto bude v následující části rozdílný vývoj mezi muži a ženami popsán jen na úrovni krajů. V tomto územním členění nebude sledována regionální diferenciace mezi kraji (měřená směrodatnou odchylkou a variačním koeficientem), neboť vypovídací schopnost výsledných ukazatelů by byla, jak již bylo výše uvedeno, přinejmenším sporná.

Obr. 10 – Počet nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných osob a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Vyšší počet případů pracovní neschopnosti vztažený k 100 nemocensky pojištěným osobám byl v celém sledovaném období ve všech krajích zaznamenán u žen; vývoj tohoto ukazatele sledovaný dle pohlaví se výrazně lišil (obr. 10). Zatímco v případě mužů si hlavní město Praha mezi ostatními kraji udrželo své dominantní postavení (nejnižší počet nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných) po celé sledované období (obr. 46 v příloze č. 4), u žen se od zavedení nového zákona o nemocenském pojištění, tj. roku 2009, propadlo a zařadilo se až do druhé poloviny pomyslného žebříčku (obr. 45 v příloze č. 4). Významný rozdíl bylo možné

zaznamenat rovněž ve vývoji tohoto ukazatele ve Středočeském kraji. Zatímco pozice tohoto kraje se u mužů začala výrazně a strměji, propadat až po roce 2008, u žen docházelo k pozvolnému poklesu již od roku 2004 (obr. 45 a 46 v příloze č. 4). Za zmínku stojí rovněž postavení Moravskoslezského kraje, který byl u žen charakteristický jedním z nejnižších počtů nově hlášených případů pracovní neschopnosti a u mužů naopak dlouhodobě figuroval mezi kraji s nejvyššími hodnotami (obr. 45 a 46 v příloze č. 4). Příčinou může být již zmiňovaný vysoký podíl mužů pracujících v těžkém průmyslu, kde je zvýšená pravděpodobnost úrazu či vzniku nemoci z povolání.

Shrnutí

Výše uvedená zjištění je tedy možné shrnout v tom smyslu, že pomocí měř variability byla výraznější rozdílnost počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných zjištěna na úrovni okresů, ve srovnání s kraji. Bylo zároveň zjištěno, že specifické postavení hlavního města mezi ostatními kraji bylo dáno „zprůměrováním“ hodnot okresů při jejich řazení do krajů, nikoliv samotnou výjimečností Prahy.

Hodnoty sledovaného ukazatele, tj. počtu nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných osob, se výrazně lišily zejména v první polovině 90. let; variační koeficient se v tomto období na úrovni krajů pohyboval kolem 9 % a na úrovni okresů kolem 11 % (tab. 16). V dalším období (do roku 2006) následoval pokles regionálních rozdílů, který byl v případě krajů trvalý, zatímco v případě okresů se jednalo spíše o stagnaci variačního koeficientu na úrovni kolem 7 až 8 %. V souvislosti s legislativními opatřeními došlo v roce 2008 ke zvýšení rozdílnosti, která měla na úrovni krajů pouze dočasný, zatímco na úrovni okresů spíše trvalejší, charakter (tab. 16).

Celkový vývoj v průběhu sledovaného období je možné, s vědomím určitého zjednodušení, označit za konvergenční. Dle hodnot Spearmanova koeficientu pořadové korelace (tab. 18) a na základě změn zastoupení pěti prvních a posledních okresů dle hodnot počtu nově hlášených případů přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob (tab. 17) je možné konstatovat, že postupně docházelo k proměnám regionálního obrazu sledovaného jevu mezi okresy ČR; rozložení nebylo zcela stabilní, ale nebyly zaznamenány žádné přelomové změny.

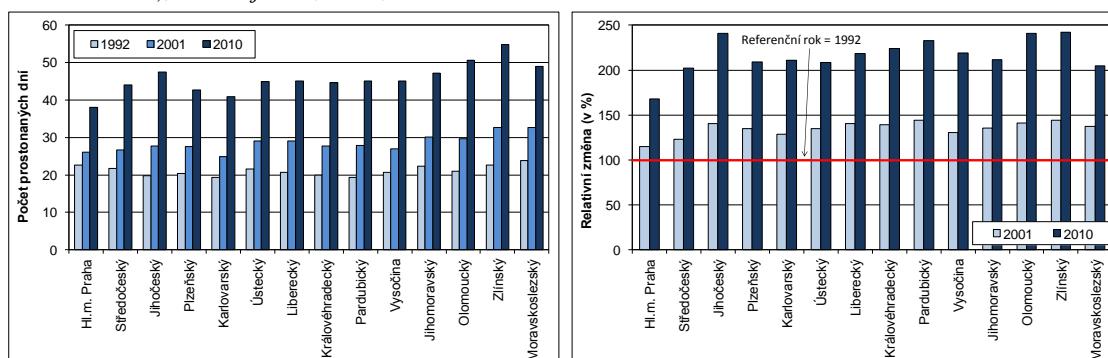
7.3 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

Průměrné trvání jednoho nově hlášeného případu pracovní neschopnosti v průběhu sledovaného období ve všech krajích převážně narůstalo. Roční výkyvy byly způsobeny výskytem chřipkových epidemií, které, ve srovnání se sousedními roky, průměrnou léčbu jednoho případu zkrátily v důsledku vyšší frekvence krátkodobých onemocnění.

Nejdélší trvání jednoho případu pracovní neschopnosti bylo dlouhodobě zaznamenáváno ve Zlínském, Moravskoslezském a Olomouckém kraji (obr. 11). Je tedy možné konstatovat, že obyvatelé Moravy setrvali v pracovní neschopnosti delší dobu než obyvatelé Čech. Např. v roce 2010, v němž činila průměrná délka jednoho případu pracovní neschopnosti v České republice necelých 45 dní, se pracovníci v Olomouckém kraji léčili průměrně o 6 dní déle a pracovníci ve Zlínském kraji dokonce o 10 dní déle (obr. 11). Jednou z nejkratších dob trvání

jednoho případu byl dlouhodobě charakteristický Karlovarský kraj a do přelomu tisíciletí také kraj Jihočeský, který se poté výrazně propadl a byl vystřídán krajem Středočeským a hlavním městem Prahou (obr. 47 v příloze č. 4). Z hlediska změn, ke kterým v jednotlivých krajích došlo mezi krajními roky sledovaného období, tj. roky 1992 a 2010, je možné konstatovat, že k relativně nejvyššímu nárůstu došlo u krajů, které se trvale vyznačovaly nejdelší dobou trvání jednoho případu (obr. 11).

Obr. 11 – Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (ve dnech) a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Tab. 19 – Ukazatele variability průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky

Ukazatel	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Česká republika	21,55	24,75	25,79	26,79	28,00	30,76	34,77	35,26	39,05	44,69
Soubor krajů										
Počet krajů	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Maximální hodnota	23,89	28,74	29,12	29,82	32,43	35,03	40,52	40,43	44,09	54,84
Minimální hodnota	19,33	22,43	23,48	23,97	24,57	27,72	31,57	31,32	34,37	38,01
Variační rozpětí	4,56	6,30	5,65	5,85	7,86	7,31	8,95	9,12	9,72	16,84
Směrodatná odchylka	1,34	1,66	1,73	1,70	2,24	2,28	2,47	2,48	2,51	3,98
Variační koeficient (v %)	6,32	6,82	6,78	6,42	8,09	7,41	7,10	7,00	6,37	8,72
Soubor krajů (hl. město Praha sloučeno se Středočeským krajem)										
Počet jednotek	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Maximální hodnota	23,89	28,74	29,12	29,82	32,43	35,03	40,52	40,43	44,09	54,84
Minimální hodnota	19,33	22,43	23,48	23,97	24,57	27,72	31,61	32,01	35,66	39,89
Variační rozpětí	4,56	6,30	5,65	5,85	7,86	7,31	8,92	8,43	8,43	14,95
Směrodatná odchylka	1,34	1,72	1,78	1,74	2,28	2,27	2,46	2,41	2,40	3,85
Variační koeficient (v %)	6,38	7,05	6,99	6,52	8,18	7,34	7,03	6,77	6,04	8,39
Soubor okresů										
Počet okresů*	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77
Maximální hodnota	26,66	30,95	31,66	33,77	35,08	38,77	44,01	43,22	49,35	61,75
Minimální hodnota	17,68	19,88	20,50	21,98	23,11	25,58	28,52	28,55	32,00	35,80
Variační rozpětí	8,98	11,07	11,16	11,79	11,97	13,19	15,49	14,67	17,34	25,95
Směrodatná odchylka	1,79	2,13	2,26	2,34	2,76	2,91	3,18	3,27	3,57	5,17
Variační koeficient (v %)	8,44	8,74	8,84	8,81	9,92	9,43	9,07	9,10	8,91	11,04

*Pozn.: Okres Jeseník vznikl v roce 1996 vyčleněním z okresu Šumperk.

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

Na úrovni krajů se rozdíl mezi maximální a minimální hodnotou tohoto ukazatele v první polovině sledovaného období převážně zvyšoval a spolu s rostoucím variačním rozpětím rostla směrodatná odchylka i variační koeficient, který se zvýšil z hodnoty 6,3 % v roce 1992 na 8,1 % v roce 2000 (tab. 19). V druhé části období docházelo k plynulému poklesu variability, jenž byl zvrácen až nabytím účinnosti nového zákona o nemocenském pojištění; do roku 2008 poklesl variační koeficient na hodnotu 6,4 % a v roce 2010 se zvýšil na úroveň 8,7 % (tab. 19). Sloučení Prahy a Středočeského kraje znamenalo snížení variability mezi 13, takto vytvořenými územními jednotkami, jen v druhé části sledovaného období (tab. 19).

Předešlých několik odstavců bylo věnováno rozložení průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v krajích České republiky. Jak již bylo dříve zmíněno, vypovídací schopnost o stavu a změnách v diferenciaci ukazatelů na této řádovostní úrovni je nižší, než při sledování variability na úrovni okresů a proto v následující části bude provedena analýza ukazatele sledovaného v této kapitole na nižší řádovostní úrovni, tj. úrovni okresů.

Regionální diferenciacie okresů ČR z hlediska průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, měřená variačním koeficientem, v 90. letech nejprve pozvolna narůstala, od počátku nového tisíciletí se hodnoty tohoto ukazatele v jednotlivých okresech naopak začaly sblížovat a tyto konvergenční tendence byly zastaveny až po roce 2008 (tab. 19). Vývoj ukazatelů variability na úrovni okresů tak byl totožný s vývojovým trendem zjištěným na úrovni krajů, resp. na úrovni 13 územních jednotek vzniklých spojením Prahy a Středočeského kraje; odlišnosti byly zjištěny v hodnotách těchto ukazatelů.

Tab. 20 – Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným trváním jednoho případu pracovní neschopnosti, vybrané roky

	1992		2001		2010	
	okres	hodnota	okres	hodnota	okres	hodnota
nejvyšší	Vsetín (ZLK)	26,66	Vsetín (ZLK)	35,71	Šumperk (OLK)	61,75
	Ostrava-město (MSK)	25,40	Prachatice (JHČ)	35,43	Prachatice (JHČ)	60,11
	Blansko (JHM)	25,37	Bruntál (MSK)	34,79	Vsetín (ZLK)	58,81
	Praha-západ (STČ)	25,28	Frýdek-Místek (MSK)	34,12	Uherské Hradiště (ZLK)	56,56
	Frýdek-Místek (MSK)	24,88	Ostrava-město (MSK)	33,69	Blansko (JHM)	56,48
nejnižší	Český Krumlov (JHČ)	17,68	Sokolov (KVK)	23,79	Cheb (KVK)	35,80
	Pardubice (PAK)	18,11	Cheb (KVK)	24,12	Praha (PHA)	38,01
	Sokolov (KVK)	18,48	Mělník (STČ)	24,18	Mladá Boleslav (STČ)	38,07
	Písek (JHČ)	18,86	Jihlava (VYS)	24,18	Jihlava (VYS)	38,12
	Jihlava (VYS)	18,92	Kutná Hora (STČ)	24,25	Liberec (LBK)	39,78

Použité zkratky krajů: PHA = Praha, STČ = Středočeský kraj, JHČ = Jihočeský kraj, PLK = Plzeňský kraj, KVK = Karlovarský kraj, ULK = Ústecký kraj, LBK = Liberecký kraj, HKK = Královéhradecký kraj, PAK = Pardubický kraj, VYS = Kraj Vysočina, JHM = Jihomoravský kraj, OLK = Olomoucký kraj, ZLK = Zlínský kraj, MSK = Moravskoslezský kraj

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

Od roku 1992 do roku 2000 se rozdíl v hodnotách průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti mezi okresy zvyšoval (tab. 19). Jak je patrné z tab. 20, v roce 1992 byla maximální hodnota zaznamenána v okrese Vsetín (26,7 dní) a minimální hodnota v okrese Český Krumlov (17,7 dní). Variační rozpětí činilo 9 dní a variační koeficient dosáhl v tomto roce hodnoty 8,4 %. V roce 2000 se variační rozpětí se zvýšilo na 12 dní a variační koeficient

na hodnotu 9,9 %. V následujících osmi letech docházelo při stálém prodlužování průměrné délky jednoho případu ke sblížení hodnot tohoto ukazatele v jednotlivých okresech. V důsledku tohoto vývoje se hodnota variačního rozpětí v roce 2008 zvýšila na 17,3 dní, ale variační koeficient, který umožňuje hodnotit variabilitu ukazatelů nezávisle na vývoji jejich průměrných hodnot, se snížil na hodnotu 8,9 % (tab. 19).

Zásadní vliv nejen na hodnoty samotných ukazatelů, ale i na regionální rozdíly měly legislativní změny účinné od 1. ledna 2009. Došlo k prudkému nárůstu průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a zároveň k růstu variačního koeficientu. V roce 2010 dosahovalo variační rozpětí mezi maximální hodnotou (61,8 dní v okrese Šumperk) a minimální hodnotou (35,8 dní v okrese Cheb) necelých 26 dní (tab. 19 a 20) a hodnota variačního koeficientu nepatrně přesáhla 11 %. Obdobně jako u počtu případů, také zde docházelo k nepatrně rychlejší změně maximálních hodnot, ve srovnání s hodnotami minimálními.

Jistá míra konzistence v rámci moravských a českých krajů, která byla zmíněna již v předcházející části textu, byla potvrzena rovněž ve výběru pěti okresů s nejdelší a nejkratší průměrnou dobou trvání jednoho případu. Mezi okresy s nejdelší dobou trvání byly trvale zastoupeny okresy z moravských krajů a naopak mezi okresy s nejkratší průměrnou dobou trvání se ve vybraných letech postupně vystřídaly zástupci takřka všech českých krajů. Pořadí okresů na pěti krajních příčkách se měnilo jen částečně; např. okresy Vsetín či Jihlava patřily z hlediska průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti k okresům s dlouhodobě stabilním postavením v rámci ČR (tab. 20).

Předešlé tvrzení o relativně stabilním rozložení hodnot sledovaného ukazatele v jednotlivých okresech České republiky potvrzují také hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu (tab. 21). Pořadí okresů spolu silně a statisticky významně korelovalo v průběhu celého sledovaného období; nedošlo k žádnému zásadnímu zlomu. Platilo, že čím časově blíže, tím více si bylo pořadí okresů podobné.

Tab. 21 – Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu podle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v okresech České republiky, vybrané roky

Období	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
1992	1,000	0,753**	0,678**	0,641**	0,645**	0,478**	0,517**	0,448**	0,433**	0,405**
1994	0,753**	1,000	0,845**	0,770**	0,750**	0,621**	0,580**	0,526**	0,510**	0,494**
1996	0,678**	0,845**	1,000	0,818**	0,812**	0,689**	0,676**	0,601**	0,554**	0,502**
1998	0,641**	0,770**	0,818**	1,000	0,906**	0,871**	0,818**	0,780**	0,753**	0,698**
2000	0,645**	0,750**	0,812**	0,906**	1,000	0,913**	0,875**	0,826**	0,751**	0,674**
2002	0,478**	0,621**	0,689**	0,871**	0,913**	1,000	0,901**	0,893**	0,779**	0,720**
2004	0,517**	0,580**	0,676**	0,818**	0,875**	0,901**	1,000	0,906**	0,764**	0,714**
2006	0,448**	0,526**	0,601**	0,780**	0,826**	0,893**	0,906**	1,000	0,877**	0,795**
2008	0,433**	0,510**	0,554**	0,753**	0,751**	0,779**	0,764**	0,877**	1,000	0,897**
2010	0,405**	0,494**	0,502**	0,698**	0,674**	0,720**	0,714**	0,795**	0,897**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

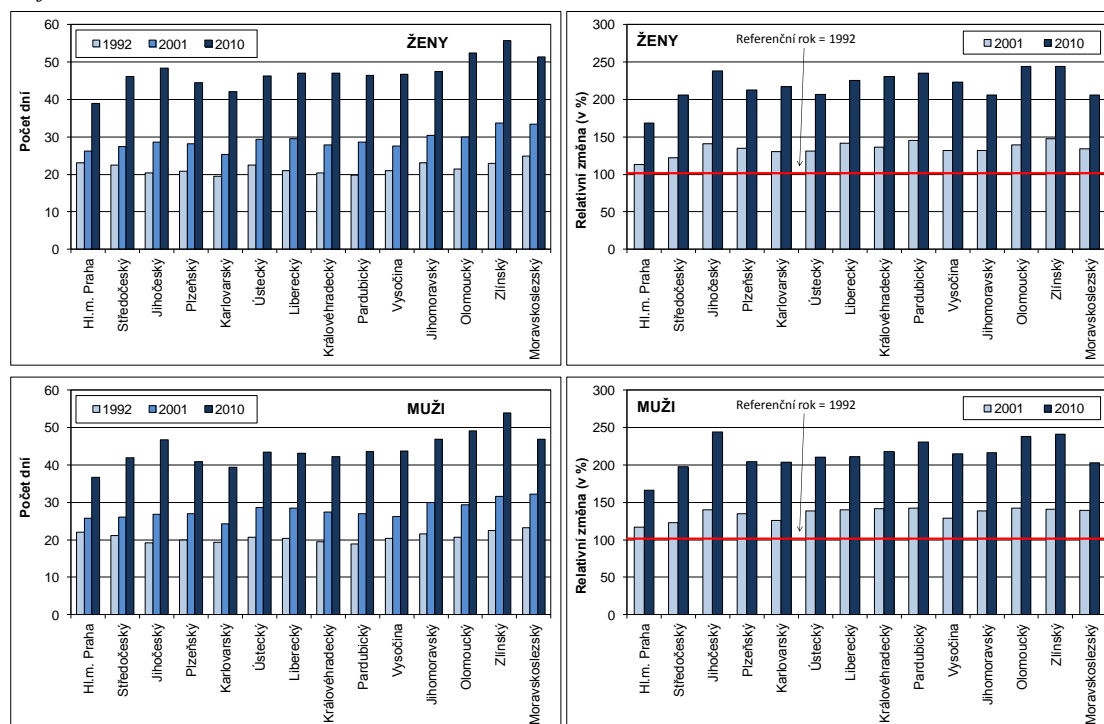
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty

Z hlediska pohlaví, sledovaného z důvodu nedostupnosti detailnějších údajů jen na úrovni krajů, se, na rozdíl od počtu případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob, pořadí krajů dle průměrné doby trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

mezi muži a ženami takřka vůbec nelišilo. Jediný výraznější rozdíl byl v 2. polovině 90. let zapříčiněn tím, že průměrná délka pracovní neschopnosti pražských mužů trvala v tomto období výrazně déle, než pražských žen a naopak karlovarské ženy trávily v tomto období v pracovní neschopnosti přechodně výrazně delší dobu než karlovarští muži (obr. 48 a 49 v příloze č. 4).

Jak je vidět z obr. 12 regionální profil průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byl po všechny 3 srovnávané roky takřka totožný. Nejdelší průměrné trvání jednoho případu žen i mužů bylo zaznamenáno ve Zlínském a Olomouckém kraji a v těchto krajích došlo rovněž mezi roky 1992 a 2010 k nejvýraznějšímu nárůstu hodnot. Vyšší hodnoty byly rovněž zjištěny v Moravskoslezském kraji, jejich nárůst mezi srovnávanými roky patřil však k těm méně významným. Nejkratší dobu v pracovní neschopnosti trávili v roce 1992 shodně ženy i muži v Jihočeském, Karlovarském a Pardubickém kraji; v roce 2010 již v hlavním městě Praze, v němž došlo k nejmenšímu nárůstu hodnot sledovaného ukazatele (obr. 12).

Obr. 12 – Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu, dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Shrnutí

Vývoj trendů regionálních rozdílů dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti v průběhu celého sledovaného období v zásadě odpovídal vývoji předešlého ukazatele, tedy počtu případů přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob. Vyšší diferenciace byla rovněž zjištěna na úrovni okresů, ve srovnání s kraji. Vliv hlavního města na hodnoty variačního koeficientu měřeného na úrovni 14 krajů a 13 nově vytvořených územích jednotek byl menší než v případě předešlého ukazatele (tab. 19).

Rozdíly mezi hodnotami evidovanými v jednotlivých krajích a okresech ČR v 90. letech pozvolna narůstaly; v roce 2000 činil variační koeficient naměřený na úrovni krajů 8,1 %

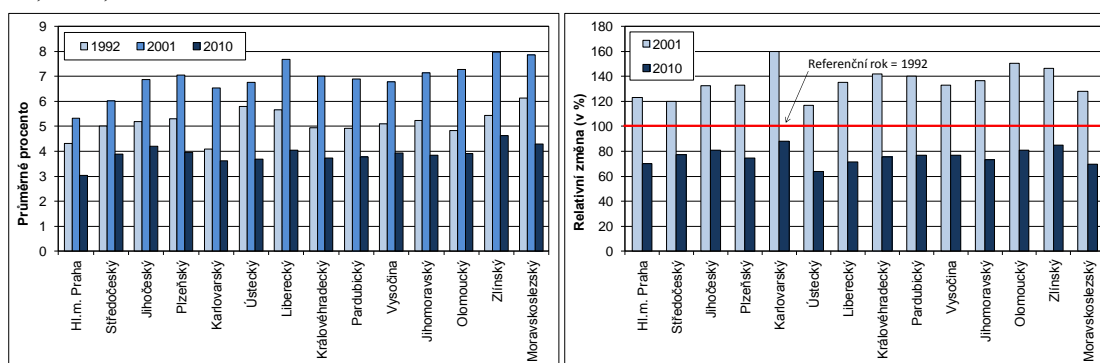
a 9,9 % na úrovni okresů (tab. 19). Poté následovalo sblížení hodnot, které se projevilo poklesem variačního koeficientu. Tento konvergenční vývoj byl zvrácen po roce 2008. V důsledku realizovaných legislativních změn došlo nejen k prudkému nárůstu počtu dní strávených v jedné pracovní neschopnosti, ale rovněž k výraznému nárůstu meziregionálních rozdílů; v roce 2010 dosáhl variační koeficient hodnoty 8,7 % na úrovni krajů a 11 % na úrovni okresů (tab. 19). Variační rozpětí v důsledku zvyšování průměrné délky jednoho případu i přes pokles variačního koeficientu trvale narůstalo.

Hodnoty průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byly mezi okresy ČR rozloženy relativně stabilně. Pořadí okresů spolu, dle hodnot Spearmanova korelačního koeficientu (tab. 21), silně a statisticky významně korelovalo v průběhu celého sledovaného období, pořadí okresů na pěti krajních příčkách se měnilo jen částečně (tab. 20).

7.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti

Profil křivky vývoje průměrného procenta pracovní neschopnosti byl ve všech krajích České republiky stejný. Z hlediska dosahovaných hodnot tohoto ukazatele se od ostatních krajů po celé sledované období výrazně odlišovala Praha, která ve srovnání s průměrem dosahovala standardně úroveň o více než 20 % nižší; do roku 2007 si zdatně podprůměrnou úroveň držel také Středočeský kraj (obr. 50 v příloze č. 4). Největší podíl osob v pracovní neschopnosti byl dlouhodobě zaznamenáván v Moravskoslezském a Zlínském kraji a lze tak konstatovat, že rozložení krajů dle hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti v zásadě odpovídalo rozložení krajů dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti.

Obr. 13 – Průměrné procento pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle krajů ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Na rozdíl od průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti však nebylo možné u jednotlivých krajů vysledovat vztah mezi hodnotou tohoto ukazatele a relativní změnou, ke které v průběhu sledovaného období došlo. Největší pozitivní změna mezi roky 1992 a 2010 byla zaznamenána v Ústeckém kraji. Hodnota průměrného procenta v tomto kraji v roce 1992 výrazně převyšovala republikový průměr, v roce 2010 byla již třetí nejnižší (obr. 13).

K přibližně stejným, relativně vyjádřeným změnám, došlo v Moravskoslezském kraji a Praze. Podíl pracujících, kteří průměrně denně chyběli v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, klesl v obou krajích o 30 %. Tyto kraje přitom stály na opačné straně pomyslného

žebříčku; Praha patřila dlouhodobě ke krajům s nízkou úrovní pracovní neschopnosti a Moravskoslezský kraj naopak ke krajům s vysokou nemocností. K nejmenšímu zlepšení došlo ve dvou krajích, Zlínském a Karlovarském, jejichž úroveň pracovní neschopnosti byla rovněž velmi odlišná (obr. 13).

Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti byla, stejně jako u předešlých ukazatelů, sledována nejprve na úrovni krajů a následně na úrovni okresů. Díky dostupnosti dat mohla být rozdílnost průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi okresy sledována také z hlediska pohlaví, což nebylo u dříve uváděných ukazatelů pracovní neschopnosti možné.

Hodnota variačního koeficientu měřícího podobnost či odlišnost průměrného procenta pracovní neschopnosti se na úrovni krajů v průběhu sledovaného období mírně snižovala, neklesla však pod úroveň 9 %. Na počátku období nepatrně přesahovala 10 % a po přechodném růstu v první polovině 90. let se do roku 2010 postupně snížila na hodnotu 9 % (tab. 22).

Částečné odstranění vlivu Prahy, která byla sloučena se Středočeským krajem, se, vzhledem k jejímu specifickému postavení a dlouhodobě nízké úrovni sledovaného jevu, projevilo poklesem hodnot variačního koeficientu o 1 až 2 procentní body (tab. 22). Zatímco vliv legislativních změn z přelomu let 2008 a 2009 při územním členění na kraje v zásadě zanikl, při sledování regionálního vývoje dle výše uvedené změny územního členění bylo v roce 2010, ve srovnání s rokem 2008, zaznamenáno zvýšení hodnoty variačního koeficientu (tab. 22).

Tab. 22 – Ukazatele variability průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi kraji a okresy České republiky, vybrané roky

Ukazatel	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Česká republika	5,15	5,77	6,05	5,82	6,46	6,77	5,86	5,81	5,18	3,76
Soubor krajů										
Počet krajů	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Maximální hodnota	6,14	6,97	7,14	6,82	7,80	8,01	6,90	6,92	6,08	4,63
Minimální hodnota	4,09	4,13	4,38	4,42	5,01	5,31	4,62	4,48	3,97	3,04
Variační rozpětí	2,04	2,84	2,75	2,39	2,79	2,70	2,28	2,45	2,10	1,60
Směrodatná odchylka	0,52	0,63	0,65	0,62	0,70	0,67	0,56	0,58	0,49	0,35
Variační koeficient (v %)	10,11	10,73	10,40	10,36	10,56	9,57	9,16	9,57	9,11	9,02
Soubor krajů (hl. město Praha sloučeno se Středočeským krajem)										
Počet jednotek	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Maximální hodnota	6,14	6,97	7,14	6,82	7,80	8,01	6,90	6,92	6,08	4,63
Minimální hodnota	4,09	4,58	4,78	4,69	5,26	5,60	4,89	4,79	4,34	3,28
Variační rozpětí	2,04	2,38	2,35	2,13	2,54	2,41	2,02	2,13	1,73	1,35
Směrodatná odchylka	0,51	0,54	0,55	0,55	0,64	0,60	0,49	0,51	0,43	0,32
Variační koeficient (v %)	9,85	9,02	8,66	9,10	9,47	8,43	8,01	8,40	7,84	8,27
Soubor okresů										
Počet okresů*	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77
Maximální hodnota	7,36	8,36	8,49	7,67	8,69	9,09	7,78	7,95	7,49	6,08
Minimální hodnota	3,45	4,09	3,94	4,22	4,57	5,12	4,61	4,48	3,97	3,04
Variační rozpětí	3,92	4,27	4,55	3,46	4,12	3,98	3,18	3,47	3,51	3,04
Směrodatná odchylka	0,66	0,83	0,83	0,76	0,84	0,82	0,70	0,73	0,71	0,53
Variační koeficient (v %)	12,65	13,89	13,20	12,55	12,61	11,69	11,43	11,84	12,69	13,24

*Pozn.: Okres Jeseník vznikl v roce 1996 vyčleněním z okresu Šumperk.

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

Z hlediska regionální variability sledované na úrovni okresů, byla rozdílnost průměrného procenta pracovní neschopnosti, ve srovnání s ostatními, nejvyšší. Hodnota variačního koeficientu se v první polovině 90. let plynule zvyšovala, na přelomu tisíciletí docházelo k postupnému snižování rozdílů mezi okresy a od roku 2006 k jejich opětovnému, velmi dynamickému, nárůstu (tab. 22). Vyšší variabilita mezi okresy v závěru sledovaného období mohla být způsobena snížením finanční kompenzace ušlé mzdy na počátku dočasné pracovní neschopnosti zakotvené v zákoně o nemocenském pojištění účinném od ledna 2009, která však, ve formě karenční lhůty, byla aplikována již v prvním pololetí roku 2008. Pojištěnci z jednotlivých okresů reagovali na tuto skutečnost rozdílně a pravděpodobně s ohledem na vnější ekonomické faktory (míra nezaměstnanosti v daném okrese, ekonomická stabilita firem, atd.) měnili své chování vůči zaměstnavateli.

Při srovnání variability průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi okresy s jeho průměrnými hodnotami za celou republiku je možné konstatovat, že v letech s vyšší úrovní sledovaného jevu se pracovní neschopnost v okresech lišila méně, než v letech s nižší republikovou úrovní (tab. 22). Tato skutečnost byla dána tím, že maximální hodnoty se měnily méně než hodnoty minimální, tedy že existoval určitý strop, který již hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti nepřekračovaly. V souladu s tímto zjištěním se jeví skutečnost, že za nárůstem variability v roce 2010 stál výraznější pokles minimální hodnoty, oproti hodnotě maximální.

Tab. 23 – Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným procentem pracovní neschopnosti, vybrané roky

	1992		2001		2010	
	okres	hodnota	okres	hodnota	okres	hodnota
nejvyšší	Most (ULK)	7,362	Prachatice (JHČ)	9,100	Prachatice (JHČ)	6,082
	Blansko (JHM)	7,029	Jablonec nad Nisou (LBK)	8,640	Šumperk (OLK)	5,220
	Karviná (MSK)	6,652	Šumperk (OLK)	8,634	Uherské Hradiště (ZLK)	5,192
	Ostrava-město (MSK)	6,585	Bruntál (MSK)	8,606	Hodonín (JHM)	4,981
	Frydek-Místek (MSK)	6,531	Karviná (MSK)	8,542	Vsetín (ZLK)	4,924
nejnižší	Karlovy Vary (KVK)	3,446	Kolín (STČ)	4,894	Praha (PHA)	3,039
	Břeclav (JHM)	4,256	Mělník (STČ)	5,110	Jihlava (VYS)	3,167
	Kroměříž (ZLK)	4,309	Litoměřice (ULK)	5,218	Praha-západ (STČ)	3,210
	Praha (PHA)	4,324	Nymburk (STČ)	5,301	Most (ULK)	3,211
	Rakovník (STČ)	4,348	Praha (PHA)	5,315	Olomouc (OLK)	3,337

Použité zkratky krajů: PHA = Praha, STČ = Středočeský kraj, JHČ = Jihočeský kraj, PLK = Plzeňský kraj, KVK = Karlovarský kraj, ULK = Ústecký kraj, LBK = Liberecký kraj, HKK = Královéhradecký kraj, PAK = Pardubický kraj, VYS = Kraj Vysočina, JHM = Jihomoravský kraj, OLK = Olomoucký kraj, ZLK = Zlínský kraj, MSK = Moravskoslezský kraj

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

Nižší regionální diference v polovině sledovaného období je patrná rovněž z větší koncentrace okresů z týchž krajů mezi pěti okresy s nejvyššími, resp. nejnižšími hodnotami v roce 2001 znázorněné v tab. 23. Z téže tabulky je rovněž patrná změna pořadí jednotlivých okresů na prvních a posledních pěti místech v rámci ČR. V roce 1992 byly nejvyšší hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti zaznamenány v okrese Most (7,4 %) a nejnižší naopak v okrese Karlovy Vary (3,4 %). Ani jeden z uvedených okresů se však v následujících

srovnávaných letech (2001 a 2010) neobjevil ve skupině pěti okresů se stejným pořadím v rámci republiky. Naopak okres Most se v roce 2010 s hodnotou 3,2 % zařadil mezi pět okresů s nejnižší úrovní pracovní neschopnosti, tj. na opačnou stranu spektra. Relativně stabilní postavení mezi pěti vybranými okresy na obou stranách pomyslného žebříčku zaznamenaly okresy Karviná, Prachatice, Šumperk a Praha (tab. 23).

Tab. 24 – Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu podle průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech České republiky, vybrané roky

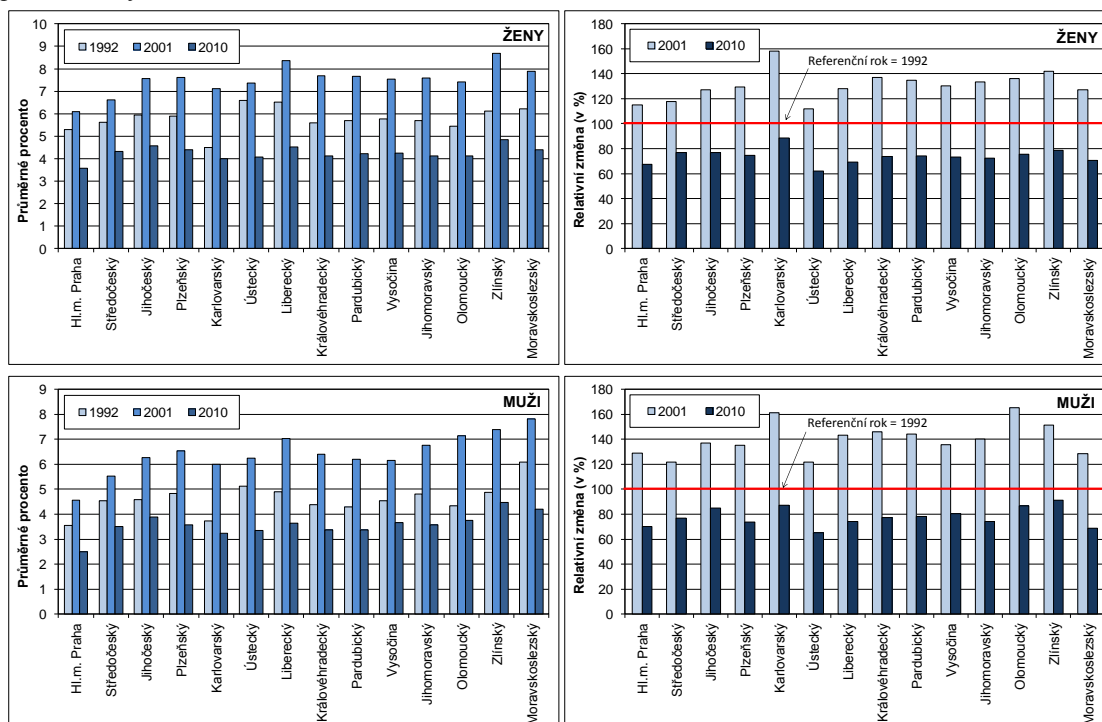
Období	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
1992	1,000	0,473**	0,489**	0,421**	0,440**	0,424**	0,362**	0,345**	0,368**	0,356**
1994	0,473**	1,000	0,868**	0,769**	0,801**	0,747**	0,705**	0,689**	0,609**	0,583**
1996	0,489**	0,868**	1,000	0,871**	0,853**	0,791**	0,741**	0,676**	0,637**	0,526**
1998	0,421**	0,769**	0,871**	1,000	0,893**	0,832**	0,752**	0,714**	0,642**	0,519**
2000	0,440**	0,801**	0,853**	0,893**	1,000	0,903**	0,834**	0,793**	0,692**	0,560**
2002	0,424**	0,747**	0,791**	0,832**	0,903**	1,000	0,872**	0,847**	0,748**	0,601**
2004	0,362**	0,705**	0,741**	0,752**	0,834**	0,872**	1,000	0,878**	0,776**	0,650**
2006	0,345**	0,689**	0,676**	0,714**	0,793**	0,847**	0,878**	1,000	0,893**	0,813**
2008	0,368**	0,609**	0,637**	0,642**	0,692**	0,748**	0,776**	0,893**	1,000	0,900**
2010	0,356**	0,583**	0,526**	0,519**	0,560**	0,601**	0,650**	0,813**	0,900**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

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

Obr. 14 – Průměrné procento pracovní neschopnosti a index růstu/poklesu (rok 1992 = 100 %), dle pohlaví, kraje ČR, 1992, 2001 a 2010



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

Na základě hodnot Spearmanova korelačního koeficientu (tab. 24) bylo zjištěno, že, obdobně jako u průměrného trvání jednoho případu, také u průměrného procenta pracovní neschopnosti, k výrazným změnám v pořadí okresů ve sledovaném období nedošlo. Pořadí

okresů spolu korelovalo ve všech sledovaných letech, odlišnosti byly zjištěny pouze v síle této závislosti.

Z výše uvedených informací (tab. 22 a 24) je možné vyvodit, že hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi okresy se lišily ze všech sledovaných ukazatelů nejvíce a tyto odlišnosti zůstaly zachovány po celé sledované období.

Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti u žen a mužů byla, na rozdíl od předešlých ukazatelů, díky dostupnosti dat sledována nejen na úrovni krajů, ale rovněž analyzována na úrovni okresů.

Vyšší hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti byla, obdobně jako u ostatních ukazatelů, evidována u žen. Nejnižší průměrný podíl žen i mužů v pracovní neschopnosti byl ve sledovaném období shodně evidován v Praze a Středočeském kraji (obr. 14). Nejvyšších hodnot dosahovalo průměrné procento pracovní neschopnosti u obou pohlaví ve Zlínském a Moravskoslezském kraji. Mezi ženami byl vysoký podíl průměrně denně absentujících zaznamenán rovněž v kraji Libereckém (obr. 14).

Tab. 25 – Ukazatele variability průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi okresy České republiky, dle pohlaví, vybrané roky

Ukazatel	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
	ŽENY									
Počet okresů*	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77
ČR	5,77	6,60	6,75	6,51	6,90	7,28	6,45	6,37	5,87	4,12
Maximální hodnota	8,37	8,97	9,65	8,80	9,11	9,64	8,52	8,50	8,29	6,06
Minimální hodnota	4,02	4,76	4,54	4,86	5,00	5,40	5,06	5,27	4,66	3,32
Variační rozpětí	4,35	4,20	5,12	3,94	4,11	4,25	3,47	3,23	3,63	2,73
Směrodatná odchylka	0,73	0,90	0,91	0,77	0,80	0,82	0,71	0,76	0,80	0,53
Variační koeficient (v %)	12,39	13,14	13,02	11,46	11,20	10,78	10,57	11,26	12,69	12,25
	MUŽI									
Počet okresů*	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77
ČR	4,64	5,08	5,64	5,22	6,07	6,32	5,35	5,32	4,59	3,43
Maximální hodnota	7,02	8,91	9,03	7,49	9,15	8,84	7,78	7,91	6,90	6,11
Minimální hodnota	2,93	3,39	3,49	3,71	4,17	4,57	3,86	3,67	3,15	2,49
Variační rozpětí	4,09	5,53	5,54	3,78	4,99	4,26	3,92	4,24	3,74	3,62
Směrodatná odchylka	0,69	0,86	0,85	0,78	0,95	0,91	0,76	0,79	0,74	0,61
Variační koeficient (v %)	14,69	16,51	15,05	14,54	15,18	13,77	13,45	13,92	14,91	16,18

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

V rámci sledování regionální diference na úrovni okresů bylo zjištěno, že variační rozpětí, tedy rozdíl mezi maximální a minimální hodnotou průměrného procenta pracovní neschopnosti, bylo u mužů po většinu sledovaného období vyšší než u žen (výjimku představovaly roky 1992 a 1998) a to i přesto, že úroveň tohoto ukazatele dosahovala u mužů nižších hodnot než u žen (tab. 25). V roce 1992 bylo zaznamenáno nejvyšší průměrné procento pracovní neschopnosti žen v okrese Most (8,4 %) a naopak nejnižší podíl absentujících žen byl evidován v okrese Karlovy Vary (4,0 %), rozdíl mezi krajními hodnotami tak činil 4,4 procentních bodů. Maximální hodnota sledovaného ukazatele zjištěná v témže roce u mužů dosahovala, ve srovnání s ženami, pouhých 7,0 % a byla zaznamenána v okrese Karviná (tab. 26); minimální hodnota (3,0 %) byla shodně zaznamenána v okrese Karlovy Vary a variační rozpětí dosahovalo 4 procentních bodů. Do roku 2010 se maximální hodnota

evidovaná u žen snížila na 6,1 % (okres Prachatice) a minimální na 3,3 % (okres Most), variační rozpětí kleslo na 2,7 procentních bodů. Rozdíl variačního rozpětí zaznamenaný u mužů nebyl, vzhledem k původním nižším hodnotám, již tak výrazný. Nejvyšší podíl absentujících v roce 2010 byl zaznamenan, stejně jako u žen, v okrese Prachatice (6,1 %) a nejnižší podíl absentujících v okrese Praha (2,5 %). Variační rozpětí oproti roku 1992 kleslo o pouhých 0,4 procentních bodů na hodnotu 3,6 (tab. 25 a 26).

Stejně jako variační rozpětí, také variační koeficient, který vyjadřuje regionální diferenciaci ukazatelů nezávisle na jejich průměrných hodnotách, byl vyšší u mužů ve srovnání s ženami, a to přibližně v rozmezí od 2 do 4 procentních bodů, nejčastěji však o 2,5 až 3 procentní body (tab. 25). V letech nejvyšší rozdílnosti mezi okresy (první polovina 90. let a konec sledovaného období) se variační koeficient pohyboval na úrovni 13 % u žen a 16 % u mužů, v letech s menšími rozdíly mezi okresy dosahoval u žen hodnot kolem 11 % a u mužů kolem 14 % (tab. 25).

Tab. 26 – Okresy České republiky s nejvyšším a nejnižším průměrným procentem pracovní neschopnosti, dle pohlaví, vybrané roky

	1992		2001		2010	
	okres	hodnota	okres	hodnota	okres	hodnota
ŽENY						
nejvyšší	Most (ULK)	8,370	Prachatice (JHČ)	9,890	Prachatice (JHČ)	6,055
	Blansko (JHM)	7,697	Uherské Hradiště (ZLK)	9,525	Šumperk (OLK)	5,583
	Jablonec nad Nisou (LBK)	7,445	Jablonec nad Nisou (LBK)	9,214	Praha-východ (STČ)	5,524
	Strakonice (JHČ)	6,924	Plzeň-sever (PLK)	8,866	Uherské Hradiště (ZLK)	5,480
	Vsetín (ZLK)	6,911	Bruntál (MSK)	8,786	Strakonice (JHČ)	5,233
nejnižší	Karlovy Vary (KVK)	4,017	Mělník (STČ)	5,384	Most (ULK)	3,321
	Břeclav (JHM)	4,312	Kolín (STČ)	5,475	Jeseník (OLK)	3,497
	Cheb (KVK)	4,511	Nymburk (STČ)	5,791	Praha-západ (STČ)	3,519
	Kroměříž (ZLK)	4,839	Praha (PHA)	6,097	Znojmo (JHM)	3,519
	Mělník (STČ)	4,857	Kutná Hora (STČ)	6,302	Jihlava (VYS)	3,533
MUŽI						
nejvyšší	Karviná (MSK)	7,025	Karviná (MSK)	8,774	Prachatice (JHČ)	6,108
	Frydek-Místek (MSK)	6,617	Šumperk (OLK)	8,548	Vsetín (ZLK)	5,047
	Most (ULK)	6,594	Bruntál (MKS)	8,446	Uherské Hradiště (ZLK)	4,924
	Ostrava-město (MSK)	6,492	Prachatice (JHČ)	8,411	Hodonín (JHM)	4,904
	Blansko (JHM)	6,487	Vsetín (ZLK)	8,103	Šumperk (OLK)	4,904
nejnižší	Karlovy Vary (KVK)	2,932	Kolín (STČ)	4,403	Praha (PHA)	2,486
	Praha (PHA)	3,544	Praha (PHA)	4,565	Pardubice (PAK)	2,805
	Ústí n. Orlicí (PAK)	3,737	Nymburk (STČ)	4,838	Ústí n. Labem (ULK)	2,865
	Rakovník (STČ)	3,799	Mělník (STČ)	4,887	Jihlava (VYS)	2,882
	Kroměříž (ZLK)	3,865	Praha-západ (STČ)	5,036	Praha-západ (STČ)	2,969

Použité zkratky krajů: PHA = Praha, STČ = Středočeský kraj, JHČ = Jihočeský kraj, PLK = Plzeňský kraj, KVK = Karlovarský kraj, ULK = Ústecký kraj, LBK = Liberecký kraj, HKK = Královéhradecký kraj, PAK = Pardubický kraj, VYS = Kraj Vysočina, JHM = Jihomoravský kraj, OLK = Olomoucký kraj, ZLK = Zlínský kraj, MSK = Moravskoslezský kraj

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

Vývojový profil variačního koeficientu mužů i žen převážně odpovídal vývojovému trendu tohoto ukazatele vypočteného pro obě pohlaví dohromady. Po počátečním nárůstu rozdílů začalo od poloviny 90. let docházet ke sblížení úrovně pracovní neschopnosti v jednotlivých

okresech jak u žen, tak u mužů. Po desetiletém poklesu variačního koeficientu se jeho hodnota začala od roku 2006 opět zvyšovat (tab. 25). Zatímco v případě žen variabilita okresů mezi roky 2008 a 2010 poklesla, v případě mužů došlo v závěru sledovaného období k růstu variačního koeficientu.

Z tab. 26 je patrné, že jak v případě žen i mužů, docházelo ve sledovaném období ke změnám v pořadí mezi pěti okresy s nejvyšším, resp. nejnižším podílem absentujících pracovníků. Jako relativně stabilní se mezi ženami zejména v první části sledovaného období jevil okres Jablonec nad Nisou, v druhé části pak okres Prachatice; oba patřily k okresům s vysokou úrovní pracovní neschopnosti. Stabilní postavení mezi okresy s nízkou úrovní sledovaného jevu u žen měl v první části okres Mělník. K okresům s trvale vyšším podílem absentujících mužů je možné zařadit v první části období okres Karviná, v druhé polovině dále okresy Prachatice, Šumperk a Vsetín. Naopak k okresům s nízkou úrovní pracovní neschopnosti mužů se trvale řadilo hlavní město Praha a okres Praha-západ.

Tab. 27 – Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu dle průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech České republiky, dle pohlaví, vybrané roky

Období	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
ŽENY										
1992	1,000	0,440**	0,497**	0,437**	0,382**	0,334**	0,324**	0,303**	0,281*	0,248*
1994	0,440**	1,000	0,828**	0,784**	0,724**	0,678**	0,641**	0,581**	0,525**	0,491**
1996	0,497**	0,828**	1,000	0,817**	0,753**	0,716**	0,654**	0,599**	0,503**	0,415**
1998	0,437**	0,784**	0,817**	1,000	0,846**	0,724**	0,708**	0,613**	0,501**	0,426**
2000	0,382**	0,724**	0,753**	0,846**	1,000	0,855**	0,841**	0,753**	0,605**	0,511**
2002	0,334**	0,678**	0,716**	0,724**	0,855**	1,000	0,850**	0,807**	0,666**	0,553**
2004	0,324**	0,641**	0,654**	0,708**	0,841**	0,850**	1,000	0,906**	0,799**	0,697**
2006	0,303**	0,581**	0,599**	0,613**	0,753**	0,807**	0,906**	1,000	0,879**	0,786**
2008	0,281*	0,525**	0,503**	0,501**	0,605**	0,666**	0,799**	0,879**	1,000	0,889**
2010	0,248*	0,491**	0,415**	0,426**	0,511**	0,553**	0,697**	0,786**	0,889**	1,000
MUŽI										
1992	1,000	0,449**	0,451**	0,399**	0,450**	0,427**	0,380**	0,333**	0,346**	0,353**
1994	0,449**	1,000	0,780**	0,734**	0,793**	0,739**	0,737**	0,684**	0,651**	0,597**
1996	0,451**	0,780**	1,000	0,870**	0,845**	0,774**	0,759**	0,660**	0,699**	0,588**
1998	0,399**	0,734**	0,870**	1,000	0,901**	0,846**	0,806**	0,741**	0,731**	0,585**
2000	0,450**	0,793**	0,845**	0,901**	1,000	0,912**	0,869**	0,805**	0,773**	0,630**
2002	0,427**	0,739**	0,774**	0,846**	0,912**	1,000	0,926**	0,856**	0,813**	0,663**
2004	0,380**	0,737**	0,759**	0,806**	0,869**	0,926**	1,000	0,915**	0,854**	0,729**
2006	0,333**	0,684**	0,660**	0,741**	0,805**	0,856**	0,915**	1,000	0,922**	0,827**
2008	0,346**	0,651**	0,699**	0,731**	0,773**	0,813**	0,854**	0,922**	1,000	0,909**
2010	0,353**	0,597**	0,588**	0,585**	0,630**	0,663**	0,729**	0,827**	0,909**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

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

Již z výše popsaných změn na prvních a posledních pěti místech v rámci pořadí hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti v ČR (tab. 26) je patrné, že stabilnější rozložení okresů bylo zaznamenáno u mužů, ve srovnání se ženami. Toto potvrdil rovněž Spearmanův koeficient pořadové korelace (tab. 27). Hodnoty sledovaného ukazatele spolu ve všech

srovnávaných letech statisticky významně korelovaly jak v případě žen, tak v případě mužů. Silnější vztah byl však zaznamenán u mužů.

Shrnutí

Vývoj regionálních rozdílů v úrovni průměrného procenta pracovní neschopnosti ve sledovaném období se od vývoje předešlých ukazatelů mírně odlišoval. K růstu jeho hodnot, tedy k zvětšování rozdílů mezi kraji, resp. okresy, docházelo jen v první polovině 90. let a poté se úroveň sledovaného jevu v územních jednotkách ČR začala sbližovat (tab. 22). Pokles variačního koeficientu na úrovni krajů byl v zásadě trvalý, zatímco na úrovni okresů se již od roku 2006 začaly projevovat divergenční tendence, které ještě zesílily po roce 2008 v souvislosti s přijetím nového zákona o nemocenském pojištění. V roce 2010 činil variační koeficient vypočtený na úrovni krajů 9 % a na úrovni okresů přesahoval 13 %. Hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti se mezi jednotlivými okresy ČR lišily ze všech sledovaných ukazatelů nejvíce, zároveň však bylo pořadí okresů relativně stabilní.

Z hlediska pohlaví byly výraznější rozdíly v hodnotách tohoto ukazatele zjištěny mezi muži, kteří ale zároveň vykazovali vyšší stabilitu dle pořadí okresů. Vývojový profil variačního koeficientu mužů i žen převážně odpovídal vývojovému trendu tohoto ukazatele vypočteného pro obě pohlaví dohromady. Po počátečním nárůstu rozdílů začalo od poloviny 90. let docházet ke sbližování úrovně pracovní neschopnosti v jednotlivých okresech jak u žen, tak u mužů. Po desetiletém poklesu variačního koeficientu se jeho hodnota začala od roku 2006 opět zvyšovat (tab. 25). Zatímco v případě žen variabilita okresů mezi roky 2008 a 2010 poklesla (z hodnoty 12,7 % na 12,3 %), v případě mužů došlo v závěru sledovaného období k růstu variačního koeficientu (z hodnoty 14,9 % na 16,2 %). Za opětovným nárůstem rozdílů mezi okresy v rámci obou pohlaví stojí pravděpodobně zákonné úpravy v oblasti nemocenského pojištění, zejména snižování finanční kompenzace ušlé mzdy. Je možné se domnívat, že pracující v jednotlivých regiorech ČR byli nuceni, s ohledem na tamní ekonomickou situaci, rozdílně přizpůsobovat své chování ve vztahu k využívání institutu dočasné pracovní neschopnosti, zatímco předešlé nastavení umožňovalo občanům setrvat v pracovní neschopnosti bez ohledu na vnější podmínky. Za nárůstem rozdílnosti hodnot v jednotlivých okresech ČR však není možné vidět pouze dopad legislativních opatření, ale je nutné pojímat celou společenskou situaci komplexně, tedy včetně dopadu finanční krize (růst nezaměstnanosti, snížení počtu volných pracovních míst, atd.).

7.5 Typologie okresů České republiky dle úrovně pracovní neschopnosti

Regionální rozložení okresů České republiky dle úrovně pracovní neschopnosti bylo na základě dat Českého statistického úřadu sledováno ve třech vybraných letech, a to v roce 1992, 2001 a 2010. Na základě těchto dat byla vytvořena typologie úrovně pracovní neschopnosti v ČR.

Úroveň pracovní neschopnosti je nejlépe charakterizována průměrným procentem pracovní neschopnosti, které vyjadřuje podíl nemocensky pojištěných osob, jež nebyly ve sledovaném období průměrně denně přítomny v zaměstnání, neboť byly ošetřujícím lékařem uznány dočasně

práce neschopnými. Tento ukazatel koreloval ve všech srovnávaných letech s oběma zbývajícími ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrným trváním jednoho případu pracovní neschopnosti (tab. 28) a proto byl v první části této kapitoly použit pro zmapování úrovně pracovní neschopnosti v okresech České republiky.

Tab. 28 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu dle ukazatelů pracovní neschopnosti v okresech České republiky, 1992, 2001 a 2010

Rok	Ukazatel	Počet případů PN na 100 nemocensky pojištěných	Průměrné trvání jednoho případu PN	Průměrné procento pracovní neschopnosti
1992	Počet případů PN na 100 nemocensky pojištěných	1,000	-0,152	0,735**
	Průměrné trvání jednoho případu PN	-0,152	1,000	0,556**
	Průměrné procento pracovní neschopnosti	0,735**	0,556**	1,000
2001	Počet případů PN na 100 nemocensky pojištěných	1,000	0,041	0,661**
	Průměrné trvání jednoho případu PN	0,041	1,000	0,776**
	Průměrné procento pracovní neschopnosti	0,661**	0,776**	1,000
2010	Počet případů PN na 100 nemocensky pojištěných	1,000	-0,073	0,531**
	Průměrné trvání jednoho případu PN	-0,073	1,000	0,804**
	Průměrné procento pracovní neschopnosti	0,531**	0,804**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

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

Z tab. 28 je patrné, že průměrné procento pracovní neschopnosti korelovalo jak s počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti připadajících na 100 nemocensky pojištěných osob, tak s průměrným trváním jednoho případu; mezi těmito dvěma, naposledy zmíněnými ukazateli závislost zjištěna nebyla. Okresy charakteristické vyšším podílem průměrně denně absentujících osob (tj. vyšším průměrným procentem pracovní neschopnosti) se vyznačovaly častějším výskytem pracovní neschopnosti a zároveň delší dobou léčby onemocnění (tab. 28). Zatímco v roce 1992 byl prokázán silnější vztah mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a počtem nově hlášených případů přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob, v letech 2001 a 2010 byla zjištěna silnější závislost mezi hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti a průměrného trvání jednoho případu (tab. 28).

Za účelem názorného a vzájemně srovnatelného přehledu úrovně pracovní neschopnosti v okresech ČR byly hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti za všechny tři srovnávané roky převedeny na jednotnou škálu pomocí indexu regionální diference (hodnotě 100 odpovídala hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti za Českou republiku v daném roce) a byly vykresleny do kartogramu (obr. 15, 18 a 21). Převedení reálných hodnot ukazatelů na indexy umožnilo snáze interpretovat postavení daného okresu v rámci České republiky, resp. jeho vztah k průměrné hodnotě.

Pro zjištění vlivu geografické polohy, resp. příslušnosti okresu do kraje ČR, byla použita analýza rozptylu, která zjišťovala, zda faktor (kraj) měl vliv na hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech, které jej tvořily.

K detailnějšímu popsání rozložení okresů v rámci České republiky dle úrovně ukazatelů pracovní neschopnosti byla použita shluková analýza. Na základě podobnosti hodnot počtu případů na 100 nemocensky pojištěných osob, který vyjadřoval intenzitu jevu, a průměrného

trvání jednoho případu, tedy faktoru časování, byly vytvořeny skupiny okresů. Pomocí kartogramů (obr. 16, 19 a 22) bylo sledováno regionální rozložení okresů zařazených do jednotlivých skupin a na základě hodnot původních proměnných a z-skórů popsány průměrné vlastnosti takto vytvořených skupin.

Vzhledem k potvrzené korelaci mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a dvěma zbývajícími ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem případů na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrným trváním jednoho případu (tab. 28), bylo prostřednictvím kontingenčních tabulek dále zjišťováno, zda do skupin vzniklých na základě shlukové analýzy byly zařazeny okresy s podobnou úrovní průměrného procenta pracovní neschopnosti, resp. podobnou hodnotou na škále indexu regionální diferenciace.

7.5.1 Typologie okresů v roce 1992

Průměrné procento pracovní neschopnosti dosahovalo v roce 1992 v rámci ČR hodnoty 5,2, což na nově vytvořené škále dle indexu regionální diferenciace odpovídalo hodnotě 100 a spadalo do prostředního, tmavě zeleného intervalu (obr. 15). V tomto intervalu se rovněž nacházelo nejvíce, tj. 32 okresů (tab. 29). Zastoupení objektů v sousedních intervalech, vyjadřujících nadprůměrné nebo podprůměrné hodnoty, bylo nižší, což svědčilo o normálním rozložení hodnot.

Nejnižší hodnota byla zaznamenána v okrese Karlovy Vary, naopak hodnoty vysoce nadprůměrné byly evidovány na severní Moravě (okresy Karviná, Frýdek-Místek, Vsetín), v severních Čechách (okresy Most a Jablonec nad Nisou) a v okrese Blansko nacházejícím se v Jihomoravském kraji (obr. 15). Mírně nadprůměrné hodnoty se v kompaktním uskupení vyskytovaly v příhraničních, horských oblastech – na jihozápadě Čech na Šumavě a v Českém lese a na severu v Krušných a Lužických horách; jako samostatné okresy ve středních Čechách a na severní Moravě. Mírně podprůměrných hodnot bylo dosahováno okresy v Olomouckém a Pardubickém kraji, ve středních Čechách, v jižní části republiky a na předělu Čech a Moravy (obr. 15).

Tab. 29 – Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diferenciace, 1992

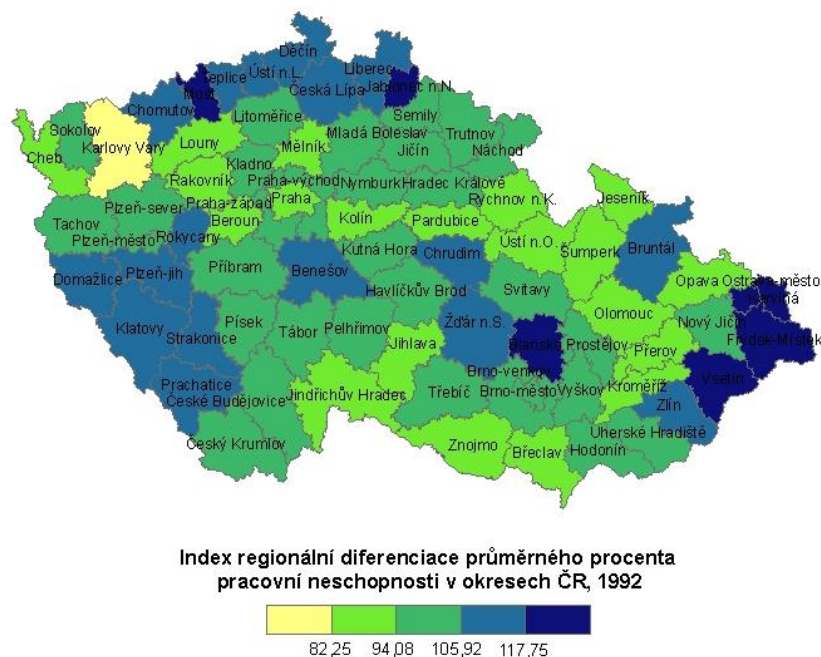
Interval	< 82,25	82,26–94,08	94,09–105,92	105,93–117,75	117,76 <
Počet okresů	1	20	32	17	7

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

Okresy s podobnými hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti vytvářely převážně kompaktnější celky, z čehož je možné odvodit, že jeho úroveň byla ovlivňována určitými regionálními charakteristikami. Tato skutečnost byla potvrzena provedenou analýzou rozptylu, která testovala rozdílnost středních hodnot nezávisle proměnné, tj. průměrného procenta pracovní neschopnosti, v krajích ČR. Na základě provedené analýzy byla na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ zamítnuta nulová hypotéza, která předpokládala rovnost středních hodnot. Hodnota průměrného čtverce u meziskupinové variability, tj. variability mezi kraji, byla významně větší než hodnota průměrného čtverce u vnitroskupinové variability, tj. variability uvnitř krajů na úrovni okresů, čímž bylo prokázáno, že alespoň jedna střední hodnota vypočtená

na úrovni krajů se statisticky významně lišila od ostatních (tab. 30). Po provedeném párovém srovnání středních hodnot bylo zjištěno, že statisticky významně se odlišovaly pouze dva kraje, a to kraj Moravskoslezský a Karlovarský.

Obr. 15 – Regionální diferenciace průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 1992



Pozn.: Okresu Jeseník byla přiřazena hodnota okresu Šumperk, jehož byl až do roku 1995 součástí.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup z programu ArcMap 10; ČR=100

Tab. 30 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 1992

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	10,671	13	0,821	2,260	0,017
Vnitroskupinová	22,521	62	0,363		
Celková	33,192	75			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

V rámci vytváření typologie okresů České republiky dle úrovně pracovní neschopnosti v roce 1992 bylo dále metodou shlukové analýzy na základě podobnosti počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu vytvořeno 5 skupin okresů. U těchto skupin bylo následně sledováno, zda budou převážně tvořeny týmiž okresy, jako jednotlivé intervaly indexu regionální diferenciace vytvořeného na základě hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti, tj. zda si kartogramy na obr. 15 a 16 budou podobné.

Pro shlukovou analýzu byla zvolena metoda Eukleidovské vzdálenosti a Wardova shlukovací metoda. Vytvořených 5 skupin okresů vysvětlovalo přibližně 73 % variability

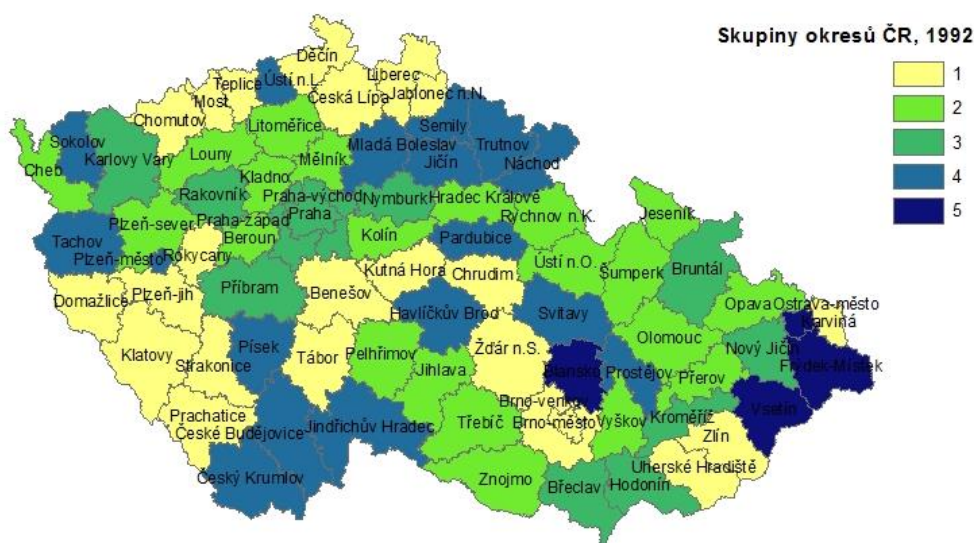
závisle proměnné (tab. 93 v příloze č. 6). Postup shlukování je zachycen v dendrogramu (obr. 53 v příloze č. 5) a příslušnost okresů do skupin je popsána v tab. 31 a graficky znázorněna v kartogramu (obr. 16).

Tab. 31 – Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin vytvořených metodou shlukové analýzy, 1992

Číslo skupiny	Seznam okresů
Skupina 1	Benešov, Brno-město, Brno-venkov, Česká Lípa, Chomutov, Chrudim, Domažlice, Děčín, Jablonec nad Nisou, Karviná, Klatovy, Kutná Hora, Liberec, Most, Plzeň - jih, Prachatice, Rokycany, Strakonice, Teplice, Tábor, Uherské Hradiště, Zlín, Žďár nad Sázavou
Skupina 2	Beroun, Cheb, Hradec Králové, Jihlava, Kladno, Kolín, Litoměřice, Louny, Mělník, Olomouc, Opava, Pelhřimov, Plzeň - sever, Přešov, Rychnov nad Kněžnou, Třebíč, Vyškov, Znojmo, Šumperk, Ústí nad Orlicí
Skupina 3	Bruntál, Břeclav, Hodonín, Karlovy Vary, Kroměříž, Nový Jičín, Nymburk, Praha, Praha - východ, Praha - západ, Příbram, Rakovník
Skupina 4	České Budějovice, Český Krumlov, Havlíčkův Brod, Jindřichův Hradec, Jičín, Mladá Boleslav, Náchod, Pardubice, Plzeň - město, Prostějov, Písek, Semily, Sokolov, Svitavy, Tachov, Trutnov, Ústí nad Labem
Skupina 5	Blansko, Frýdek-Místek, Ostrava - město, Vsetín

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Obr. 16 – Typologie okresů ČR, 1992



Pozn.: Okresu Jeseník byla přiřazena hodnota okresu Šumperk, jehož byl až do roku 1995 součástí. Typologie vytvořena metodou shlukové analýzy na základě podobnosti počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup z programu ArcMap 10

Z obr. 16 je patrné, že okresy náležející do jedné skupiny se nacházely v různých částech republiky, ale zároveň velmi často vytvářely kompaktnější celky. Na jihu a severovýchodě Čech byly např. vytvořeny kompaktní celky okresů náležejících do skupiny č. 4. Severně a severozápadně od Prahy a v pohraničních oblastech na rozhraní Čech a Moravy byly kumulovány okresy spadající do skupiny č. 2. Praha a s ní sousedící okresy byly zařazeny do skupiny č. 3. V pohraničních oblastech Šumavy, Krušných a Jizerských hor byly soustředěny

okresy tvořící skupinu č. 1. Je možné konstatovat, že rozložení okresů dle jejich příslušnosti do skupin vytvořených metodou shlukové analýzy bylo již na první pohled do značné míry podobné jejich rozložení na základě indexu regionální diferenciacce, resp. průměrného procenta pracovní neschopnosti (obr. 15) a tudíž bylo možné předpokládat existenci vztahu mezi hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti a ukazateli vstupujícími do shlukové analýzy.

Charakteristiky jednotlivých skupin okresů byly sledovány jak na úrovni hodnot původních proměnných (tab. 32), tak pomocí z-skórů (obr. 17), na něž byly obě proměnné (počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtený na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrné trvání jednoho případu) standardizovány před provedením shlukové analýzy. Výhodou použití z-skórů je, že jejich pomocí byly obě proměnné převedeny na jednotné měřítko se střední hodnotou rovnou 0 a rozptylem rovným 1.

Tab. 32 – Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 1992

Číslo skupiny	Počet okresů	Průměrná hodnota	
		Počet případů na 100 nemocensky pojištěných	Průměrné trvání jednoho případu
1	23	96,32	21,81
2	20	84,74	20,44
3	12	75,98	22,70
4	17	96,24	19,28
5	4	94,68	25,58
ČR	76	87,37	21,55

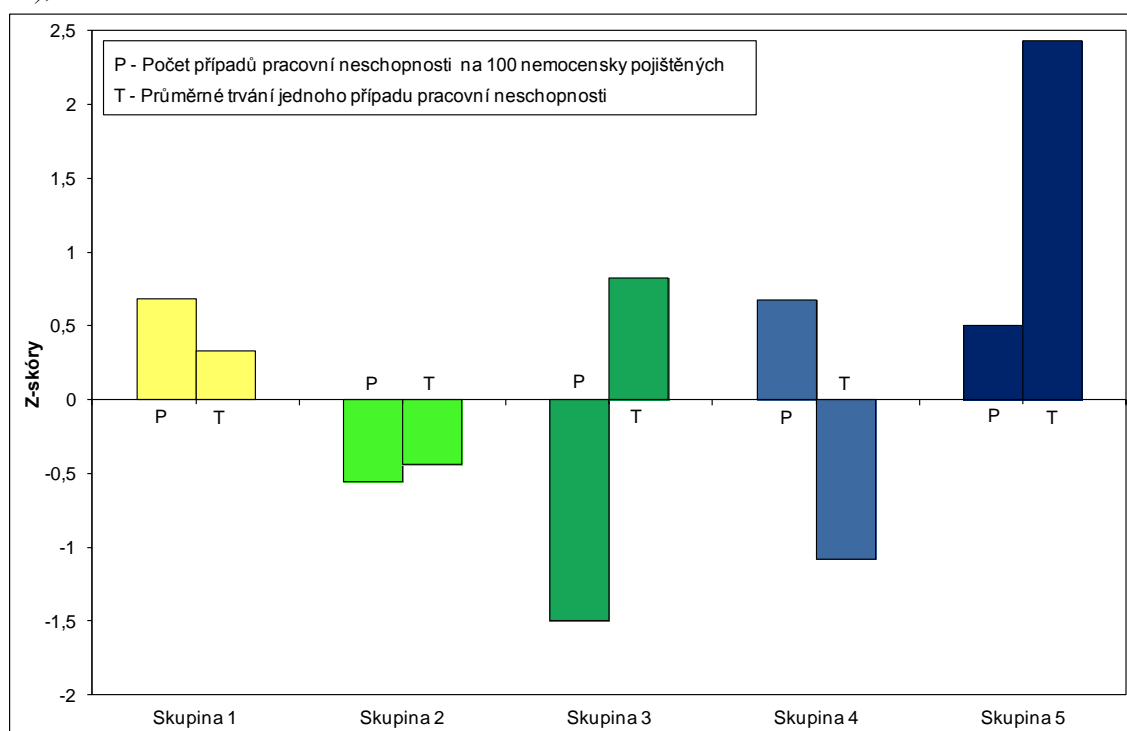
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty

Z hlediska hodnot původních proměnných se ve skupině č. 1 nacházely okresy, v nichž počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob velmi výrazně převyšoval republikový průměr, zatímco úroveň druhé sledované proměnné, tj. průměrného trvání jednoho případu, odpovídala průměru České republiky ve sledovaném roce (tab. 32). Druhá skupina okresů byla charakteristická mírně podprůměrnými hodnotami a pátá skupina naopak výrazně nadprůměrnými hodnotami obou sledovaných ukazatelů. Zcela opačnými vlastnostmi byly typické okresy zařazené do skupiny č. 3 a 4. Zatímco ve třetí skupině byl počet nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných osob výrazně podprůměrný a doba trvání jednoho případu nadprůměrná, čtvrtá skupina okresů se vyznačovala opačnými charakteristikami, tj. nadprůměrným počtem případů a podprůměrnou dobou trvání (tab. 32).

Vlastnosti jednotlivých skupin okresů popsané na základě z-skórů se od vlastností popsaných na základě hodnot původních proměnných mírně odlišovaly. Rozdíl byl dán zejména tím, že průměrné hodnoty vytvořených skupin byly v případě hodnot původních ukazatelů srovnávány s hodnotami ukazatelů za celou Českou republiku, zatímco v případě z-skórů byly průměrné hodnoty skupin srovnávány s hodnotou 0, která se rovnala průměru vypočtenému z hodnot naměřených v okresech České republiky.

Do skupiny č. 1 byly zařazeny okresy s nadprůměrným počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob a mírně nadprůměrným trváním jednoho případu (obr. 17). Skupina č. 2 byla tvořena okresy s opačnými charakteristikami, tj. s mírně podprůměrnými hodnotami obou vstupních ukazatelů. Okresy s výrazně podprůměrným počtem případů, ale jejich nadprůměrnou dobou trvání byly zařazeny do skupiny č. 3 a okresy s opačnými vlastnostmi, tj. nadprůměrným počtem případů a podprůměrným trváním utvořily skupinu č. 4. V poslední, páté, skupině, se nacházely okresy s mírně nadprůměrným počtem případů a výrazně nadprůměrnou dobou trvání jednoho případu.

Obr. 17 – Průměrné hodnoty z-skóru v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 1992



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup softwaru SAS 9.2

Skutečnost, zda se okresy zařazené do určité skupiny vytvořené na základě shlukové analýzy zároveň převážně vyskytovaly v jednom intervalu indexu regionální diferenciaci vytvořeném dle hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti, nebo zda byly rozptýleny v rámci celé škály tohoto ukazatele, byla sledována pomocí kontingenční tabulky (tab. 33).

Na jejím základě je možné konstatovat, že okresy náležející do konkrétní skupiny se zároveň často vyskytovaly převážně v jednom intervalu indexu regionální diferenciaci, tedy že určité skupině vytvořené shlukovou analýzou na základě podobnosti počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání pracovní neschopnosti odpovídala určitá úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti. Určité vyčíslení tohoto vztahu, např. použitím chí kvadrát testu dobré shody nebylo možné, neboť počet polí tabulky, v nichž očekávaná četnost byla nižší než 5, výrazně převyšoval maximální povolený podíl těchto polí, tj. 20 % (tab. 99 v příloze č. 8) a chí kvadrát by se v tomto případě stal nespolehlivým (Buriánek, 2004/2005).

Nejvyšších hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti bylo dosaženo okresy zařazenými do skupiny č. 5, tj. do skupiny s nadprůměrnými hodnotami obou ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy, zejména však průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (tab. 32, obr. 17). Tato skutečnost odpovídá předešlému zjištění, že průměrný počet dní absence koreloval s průměrným procentem pracovní neschopnosti a měl obdobné regionální rozložení.

Tab. 33 – Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 1992

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1			5	15	3	23
2		14	7			21
3	1	4	6	1		12
4		2	14	1		17
5					4	4
Celkem	1	20	32	17	7	77

Pozn.: Interval indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR a jejich zastoupení je znázorněno v tab. 29. Zastoupení skupin vytvořených shlukovou analýzou je znázorněno v tab. 31.

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

Vyšších hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti dosahovaly rovněž okresy náležející do první skupiny, která se také vyznačovala nadprůměrnými hodnotami obou vstupních ukazatelů. Nejvíce okresů, které dosahovaly průměrné (celorepublikové) úrovně podílu denně absentujících osob, tj. průměrného procenta pracovní neschopnosti, bylo v rámci shlukové analýzy zařazeno do skupiny č. 4, která byla charakteristická kratší dobou léčby onemocnění, ale naopak vyšším počtem případů pracovní neschopnosti (tab. 32, obr. 17). Okresy zařazené do skupiny č. 2 se vyznačovaly spíše podprůměrným procentem pracovní neschopnosti a obdobně také okresy zařazené do skupiny č. 3, v níž bylo rozložení okresů nejméně jednoznačné. Zatímco skupina č. 2 byla vytvořena z okresů s podprůměrnými hodnotami obou vstupních ukazatelů pracovní neschopnosti, skupina č. 3 z okresů s podprůměrným počtem případů a nadprůměrnou dobou trvání jednoho případu (tab. 32, obr. 17).

Z výše popsaného rozložení okresů se vymykal např. okres Karlovy Vary, který se vyznačoval nejnižším průměrným procentem pracovní neschopnosti, ale shlukovou analýzou byl zařazen do skupiny č. 3, jejíž průměrná úroveň pracovní neschopnosti byla vyšší (tab. 96 v příloze č. 7). V téže skupině byl zařazen také okres Bruntál, který, ve srovnání s ostatními okresy této skupiny, dosahoval naopak vyššího procenta pracovní neschopnosti.

Předpoklad, že díky korelaci průměrného procenta pracovní neschopnosti s oběma ostatními ukazateli, tj. počtem případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných a průměrným trváním jednoho případu, budou shlukovou analýzou vytvořené skupiny okresů odpovídat určité hodnotě průměrného procenta pracovní neschopnosti, se tedy potvrdil. Okresy zařazené do daných skupin byly umístěny v určité části škály indexu regionální diference a spolu s růstem/poklesem tohoto ukazatele docházelo k postupnému přesunu okresů z jedné skupiny do jiné.

K potvrzení skutečnosti, že jednotlivé skupiny vytvořené metodou shlukové analýzy se lišily úrovní průměrného procenta pracovní neschopnosti okresů, kterými byly tvořeny, byla dále využita analýza rozptylu. Touto metodou bylo sledováno, zda se střední hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti alespoň jedné kategorie klasifikační proměnné, tj. skupiny vytvořené metodou shlukové analýzy, statisticky významně liší od ostatních. Střední hodnota v každé skupině byla vypočtena z hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřeného v okresech, které do příslušné skupiny spadaly.

Analýzou rozptylu bylo potvrzeno, že alespoň jedna střední hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti se liší od ostatních (tab. 34). Meziskupinová variabilita, tedy variabilita mezi skupinami vytvořenými na základě shlukové analýzy, byla výrazně vyšší než variabilita mezi okresy uvnitř těchto skupin. Příslušnost okresů do skupin tedy měla vliv na hodnotu průměrného procenta naměřeného v těchto okresech.

Tab. 34 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 1992

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	22,197	4	5,549	35,830	<,0001
Vnitroskupinová	10,995	71	0,155		
Celková	33,192	75			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Tab. 35 – Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 1992

Srovnávané skupiny	Rozdíl mezi průměry	Simultánní 95 % interval spolehlivosti		Statistická významnost
5–1	0,873	0,276	1,470	***
5–4	1,546	0,934	2,158	***
5–2	1,885	1,282	2,488	***
5–3	1,892	1,256	2,528	***
1–5	-0,873	-1,470	-0,276	***
1–4	0,673	0,321	1,025	***
1–2	1,012	0,675	1,349	***
1–3	1,019	0,627	1,411	***
4–5	-1,546	-2,158	-0,934	***
4–1	-0,673	-1,025	-0,321	***
4–2	0,339	-0,025	0,702	
4–3	0,346	-0,070	0,761	
2–5	-1,885	-2,488	-1,282	***
2–1	-1,012	-1,349	-0,675	***
2–4	-0,339	-0,702	0,025	
2–3	0,007	-0,395	0,409	
3–5	-1,892	-2,528	-1,256	***
3–1	-1,019	-1,411	-0,627	***
3–4	-0,346	-0,761	0,070	
3–2	-0,007	-0,409	0,395	

Pozn.: *** statisticky významné na 5% hladině významnosti.

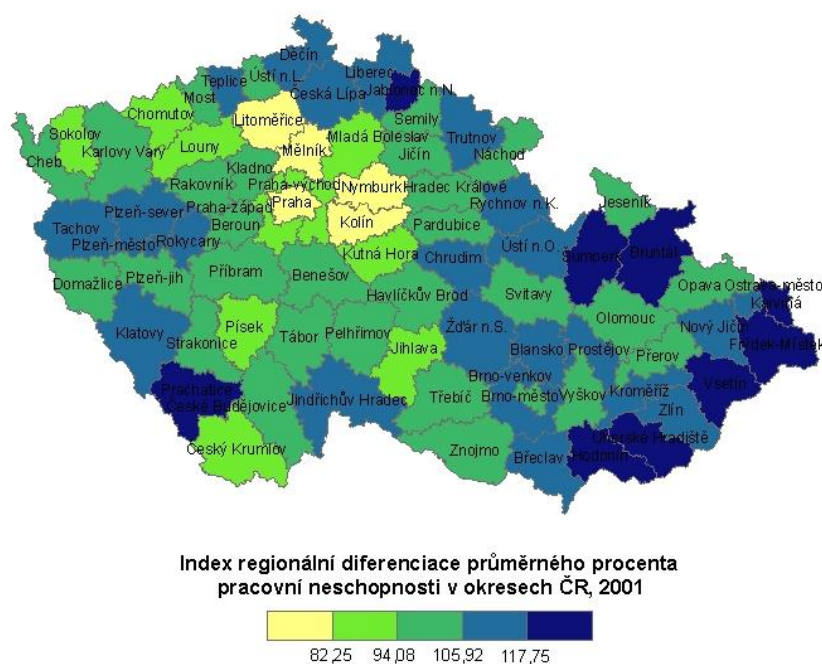
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Metodou párového srovnávání bylo v rámci procedury ANOVA zjištěno, že průměry většiny skupin se vzájemně statisticky významně lišily, výjimkou byly dvojice skupin 2–4, 3–4 a 2–3 (tab. 35).

7.5.2 Typologie okresů v roce 2001

V roce 2001 dosahovalo průměrné procento pracovní neschopnosti hodnoty 6,8, což značilo, že průměrně denně nebylo na pracovišti přítomno téměř 7 % nemocensky pojištěných osob (ČSÚ, Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz). Tato hodnota představovala při přepočtu na index regionální diference hodnotu 100 a v kartogramu odpovídala střednímu, tj. tmavě zelenému, intervalu (obr. 18). V tomto intervalu byla rovněž zastoupena největší část okresů (tj. 30). Zbývající intervaly byly zastoupeny méně a zároveň došlo k mírnému vychýlení dat směrem k vyšším hodnotám (tab. 36). Toto vychýlení bylo dáno velkým vlivem hlavního města Prahy na celorepublikovou úroveň sledovaného jevu, jenž byl zapříčiněn vysokým počtem pojištěných osob. Nízký podíl průměrně denně absentujících v rámci Prahy tak „snižoval“ celkovou průměrnou hodnotu průměrného procenta pracovní neschopnosti při členění dle okresů a více okresů bylo následně charakterizováno jako nadprůměrných.

Obr. 18 – Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 2001



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup z programu ArcMap 10; ČR=100

Ve srovnání s rokem 1992, bylo v roce 2001 více okresů zařazených do intervalů s výrazně nadprůměrnými i podprůměrnými hodnotami. Podprůměrných hodnot dosahovala Praha a velká část okresů ve středních Čechách (zejména okresy na sever a východ od Prahy). Naopak

nadprůměrné hodnoty byly evidovány v příhraničních oblastech, vyjma převážné části Krušných hor, a na velké části Moravy. Velmi vysoká úroveň sledovaného ukazatele byla již tradičně zjištěna na hranici se Slovenskem a na severní Moravě; v rámci Čech v okrese Prachatice na jihu a okrese Jablonec nad Nisou na severu republiky. Na kartogramu (obr. 18) je velmi dobře patrné zvyšování úrovně pracovní neschopnosti přímo úměrně s narůstáním vzdálenosti od hlavního města.

Tab. 36 – Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diference, 2001

Interval	< 82,25	82,26–94,08	94,09–105,92	105,93–117,75	117,76 <
Počet okresů	5	10	30	23	9

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

Okresy zařazené do týchž intervalů v převážné většině nevytvářely velké zcela kompaktní celky a bylo tedy otázkou, zda jejich regionální příslušnost do určitého kraje měla vliv na jejich úroveň pracovní neschopnosti. Metodou analýzy rozptylu bylo testováno, zda se střední hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti zjištěné v krajích ČR statisticky významně liší, či nikoliv, a zda tedy zařazení okresu do kraje mělo vliv na hodnotu průměrného procenta pracovní neschopnosti, které bylo v tomto okrese dosaženo. Na hladině významnosti $\alpha = 1\%$ bylo zjištěno, že alespoň jedna střední hodnota naměřená v kraji se významně lišila od ostatních (tab. 37), což bylo důsledkem skutečnosti, že meziskupinová variabilita (variabilita mezi krají) byla výrazně větší než variabilita vnitroskupinová (mezi okresy v rámci krajů). Faktor (kraj) tedy měl vliv na hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřené v okresech ČR. Přesto, že okresy s podobnými hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti nevytvářely robustní celky, nacházely se blízko sebe v určitých částech republiky (obr. 18).

Pro přiblížení této skutečnosti bylo následně analyzováno, které konkrétní dvě střední hodnoty se lišily. Na rozdíl od roku 1992, v němž byla zjištěna statisticky významná rozdílnost pouze u dvou krajů, a to kraje Moravskoslezského a Karlovarského, byla v roce 2001 rozdílnost průměrných hodnot zjištěna u výrazně většího počtu krajů. Statisticky významný rozdíl byl metodou párového srovnávání zjištěn mezi Zlínským a Ústeckým krajem, dále mezi Zlínským krajem a hlavním městem Praha, mezi hlavním městem Praha a Moravskoslezským krajem a dále mezi Moravskoslezským a Ústeckým krajem. Nejčastější rozdílnost ve vztahu k ostatním krajům byla zjištěna u Středočeského kraje, který se statisticky významně odlišoval od Moravskoslezského, Libereckého, Zlínského, Olomouckého, Plzeňského, Jihomoravského a Ústeckého kraje.

Tab. 37 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 2001

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	29,655	13	2,281	5,009	0,000
Vnitroskupinová	28,689	63	0,455		
Celková	58,344	76			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

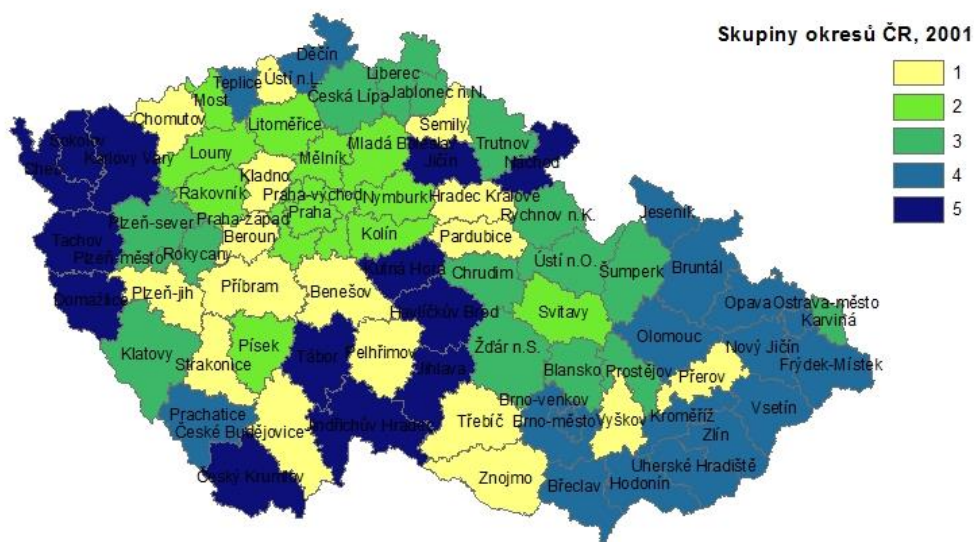
Pro detailnější analýzu rozložení okresů ČR dle jejich úrovně pracovní neschopnosti byla použita shluková analýza, s jejímž využitím bylo, dle podobnosti počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu, vytvořeno 5 skupin okresů. Těchto 5 skupin bylo graficky znázorněno v kartogramu (obr. 19) a využitím kontingenční tabulky a analýzy rozptylu bylo dále zjišťováno, zda tyto skupiny okresů byly tvořeny okresy s podobnými hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti, tedy zda se kartogramy na obr. 18 a 19 výrazně odlišovaly, či nikoliv.

Tab. 38 – Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin, 2001

Číslo skupiny	Seznam okresů
Skupina 1	Benešov, Beroun, České Budějovice, Chomutov, Hradec Králové, Kladno, Pardubice, Pelhřimov, Plzeň - jih, Písek, Příbram, Semily, Strakonice, Třebíč, Vyškov, Znojmo, Ústí nad Labem
Skupina 2	Kolín, Litoměřice, Louny, Mladá Boleslav, Most, Mělník, Nymburk, Praha, Praha - východ, Praha - západ, Písek, Rakovník, Svitavy
Skupina 3	Blansko, Česká Lípa, Chrudim, Jablonec nad Nisou, Karviná, Klatovy, Liberec, Plzeň - město, Plzeň - sever, Prostějov, Rokycany, Rychnov nad Kněžnou, Trutnov, Šumperk, Žďár nad Sázavou, Ústí nad Orlicí
Skupina 4	Brno - město, Brno - venkov, Bruntál, Břeclav, Děčín, Frýdek-Místek, Hodonín, Jeseník, Kroměříž, Nový Jičín, Olomouc, Opava, Ostrava - město, Prachatice, Teplice, Uherské Hradiště, Vsetín, Zlín
Skupina 5	Český Krumlov, Cheb, Domažlice, Havlíčkův Brod, Jihlava, Jindřichův Hradec, Jičín, Karlovy Vary, Kutná Hora, Náchod, Sokolov, Tachov, Tábor

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Obr. 19 – Typologie okresů ČR, 2001



Pozn.: Typologie vytvořena metodou shlukové analýzy na základě podobnosti počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup z programu ArcMap 10

Shlukovou analýzou (metoda shlukování Ward, vzdálenost eukleidovská) bylo na základě podobnosti hodnot počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu vytvořeno 5 skupin, které vysvětlovaly necelých 75 % variability mezi okresy (tab. 94 v příloze č. 6). Postup shlukování je zachycen v dendrogramu na obr. 54 v příloze č. 5, příslušnost jednotlivých okresů do vytvořených skupin je graficky znázorněna na obr. 19 a přehledně vypsána v tab. 38.

S vědomím určitého zkreslení a při odhlédnutí od detailů je možné vzniklé rozdělení okresů v rámci České republiky chápat tak, že většina území Moravy byla vyplněna okresy spadajícími do skupiny č. 4 a oblast na přechodu mezi Čechami a Moravou byla tvořena okresy ze skupiny č. 3 (obr. 19). Do Prahy a velké části středních a severozápadních Čech byly kumulovány okresy ze skupiny č. 2, zatímco převážnou část jižních Čech vyplňovaly okresy ze skupiny č. 1. Nejzápadnější část republiky a oblasti v její jižní a jihovýchodní části tvořily okresy skupiny č. 5.

Charakteristiky jednotlivých skupin je možné sledovat jak na úrovni hodnot původních proměnných (tab. 39), tak pomocí z-skóru (obr. 20), jejichž prostřednictvím byly obě původní proměnné převedeny na stejné měřítko se střední hodnotou rovnou 0 a rozptylem rovným 1. Jak již bylo řečeno výše, při popisu skupin je prováděno srovnání hodnot dosažených v těchto skupinách s hodnotou zjištěnou v rámci České republiky. Rozdíl je však v tom, že zatímco při srovnávání na základě hodnot původních proměnných odpovídala hodnota za Českou republiku její evidované celorepublikové úrovni, při srovnávání na základě z-skóru odpovídala průměrné hodnotě České republiky vypočtené z hodnot okresů.

Na základě hodnot původních ukazatelů je možné konstatovat, že okresy zařazené do skupiny č. 1 se vyznačovaly mírně nadprůměrným počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a mírně podprůměrnou dobou trvání jednoho případu (tab. 39). Skupina č. 2 byla tvořena okresy s výrazně podprůměrným počtem případů a mírně podprůměrnou dobou trvání. Ve třetí skupině byly alokovány okresy s výrazně nadprůměrným počtem případů a rovněž mírně nadprůměrným průměrným trváním. Nejčetněji zastoupená skupina č. 4 se vyznačovala případy s nejdelší dobou trvání a mírně nadprůměrným počtem nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných. Poslední, pátá, skupina byla charakteristická naopak nejkratší dobou trvání, ale výrazně vyšším počtem případů (tab. 39).

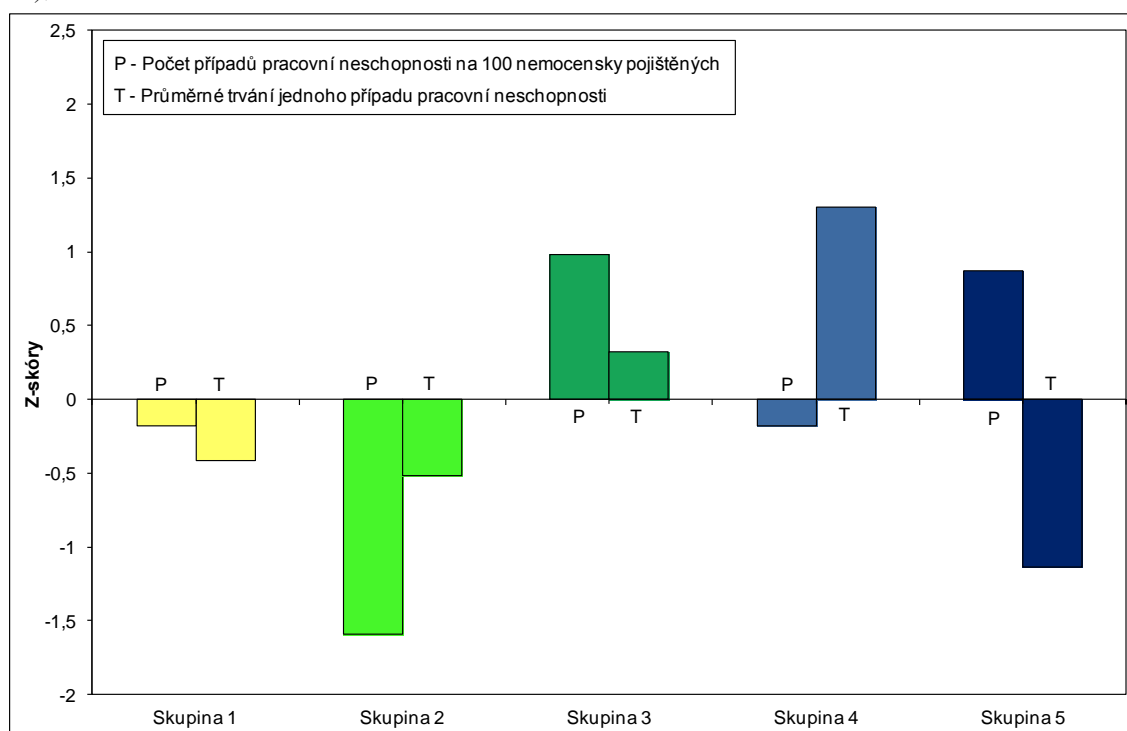
Tab. 39 – Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 2001

Číslo skupiny	Počet okresů	Průměrná hodnota	
		Počet případů na 100 nemocensky pojištěných	Průměrné trvání jednoho případu
1	17	87,85	27,46
2	13	77,71	27,18
3	16	96,17	29,42
4	18	87,88	32,04
5	13	95,40	25,54
ČR	77	86,16	28,59

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

Na základě hodnot z-skóřů je možné okresy tvořící skupinu č. 1 charakterizovat jako okresy s mírně podprůměrným počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a rovněž podprůměrnou dobou trvání jednoho případu (obr. 20). Okresy zařazené do skupiny č. 2 se vyznačovaly celkově nejnižším počtem případů pracovní neschopnosti, které zároveň trvaly kratší dobu, než činil průměr ČR. Hodnoty obou ukazatelů u okresů zařazených do skupiny č. 3 naopak celorepublikový průměr převyšovaly. Nejdelší dobou trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byly charakteristické okresy zařazené do skupiny č. 4, jejichž počet přepočtený na 100 nemocensky pojištěných osob však takřka odpovídal celorepublikovému průměru. Pátá skupina byla tvořena okresy s nadprůměrným počtem nově hlášených případů a podprůměrnou dobou jejich trvání (obr. 20).

Obr. 20 – Průměrné hodnoty z-skóřů v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 2001



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup softwaru SAS 9.2

Formou kontingenční tabulky (tab. 40) bylo, stejně jako v předešlém sledovaném roce, dále zjišťováno, zda určité skupině vytvořené shlukovou analýzou na základě podobnosti počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu, odpovídala určitá úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti, resp. určitý interval indexu regionální diferenciace vytvořený na základě hodnot tohoto ukazatele. Číselné vyjádření tohoto vztahu použitím chí kvadrát testu dobré shody, který slouží ke zjišťování závislosti dvou nominálních proměnných, nebylo, vzhledem k vysokému počtu polí tabulky s očekávanou četností nižší než 5 (tab. 100 v příloze č. 8), možné použít (Buriánek, 2004/2005).

Z tab. 40 je patrné, že okresy tvořící určitou skupinu byly zařazené do stejného intervalu indexu regionální diferenciace a tudíž byl potvrzen vztah mezi hodnotami průměrného procenta

pracovní neschopnosti a dvou zbývajících ukazatelů pracovní neschopnosti, které sloužily jako vstupní ukazatele pro shlukovou analýzu.

Nejméně jednoznačné bylo zařazení okresů ze skupiny č. 2, které byly relativně čteně zastoupeny nejen v prvním a druhém intervalu na škále indexu regionální diference, ale rovněž v intervalu třetím. Úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti těchto okresů je možné charakterizovat jako podprůměrnou, čemuž odpovídá i velmi podprůměrný počet případů pracovní neschopnosti a rovněž podprůměrné trvání jednoho případu, které jsou pro tuto skupinu charakteristické (tab. 39, obr. 20).

Tab. 40 – Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2001

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1		1	16			17
2	5	5	3			13
3				13	3	16
4			4	8	6	18
5		4	7	2		13
Celkem	5	10	30	23	9	77

Pozn.: Interval indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR a jejich zastoupení je znázorněno v tab. 36. Zastoupení skupin vytvořených shlukovou analýzou je znázorněno v tab. 38.

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

Typicky průměrnou skupinou z hlediska hodnot indexu regionální diference se stala skupina č. 1, neboť naprostá většina okresů náležejících do této skupiny tvořila zároveň prostřední interval na škále zmiňovaného indexu. Tomuto zjištění odpovídá i průměrný počet případů pracovní neschopnosti a trvání jednoho případu této skupiny, které dosahovaly průměrných hodnot (tab. 39, obr. 20). Za průměrnou skupinu je možné považovat rovněž skupinu č. 5, ačkoliv okresy, které ji tvořily, byly z hlediska zařazení do intervalu indexu regionální diference více rozptýleny (tab. 40). Průměrnost této skupiny byla pravděpodobně dána nadprůměrným počtem případů pracovní neschopnosti, který byl kompenzován podprůměrnou dobou trvání jednoho případu (tab. 39, obr. 20).

Za skupiny s nadprůměrnými hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti je možné považovat skupiny č. 3 a 4. Zatímco okresy ze skupiny č. 3 byly v naprosté většině zařazeny do čtvrtého intervalu indexu regionální diference, okresy tvořící skupinu č. 4 byly částečně rozptýleny i do sousedních intervalů. Této skutečnosti odpovídají také vlastnosti jednotlivých skupin vyjádřené v tab. 39 a na obr. 20. Skupina č. 3 byla charakteristická nadprůměrnými hodnotami jak počtu případů pracovní neschopnosti, tak i jejich trvání, a skupina č. 4 průměrným počtem případů, ale vysoce nadprůměrnou dobou léčby onemocnění.

Žádnou ze skupin není možné, z hlediska úrovně průměrného procenta pracovní neschopnosti, označit za výrazně podprůměrnou či nadprůměrnou.

Na základě tab. 40 je tedy možné konstatovat, že okresy náležející do určité skupiny vytvořené shlukovou analýzou byly v některých případech zařazeny takřka výlučně do jednoho intervalu na škále indexu regionální diference (např. skupina 1 a 3), nebo se alespoň nacházely v určité části této škály a nebyly rozptýleny po její celé šíři. Toto zjištění potvrdilo

korelaci mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a zbývajícími dvěma ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem případů na 100 nemocensky pojištěných a průměrným trváním jednoho případu.

Tab. 41 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 2001

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	41,437	4	10,359	44,120	<,0001
Vnitroskupinová	16,907	72	0,235		
Celková	58,344	76			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup softwaru SAS 9.2

Výše uvedená skutečnost byla dále potvrzena analýzou rozptylu, která sledovala, zda se střední hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti alespoň jedné kategorie klasifikační proměnné, tj. skupiny vytvořené metodou shlukové analýzy, statisticky významně liší od ostatních. Střední hodnota v každé skupině byla vypočtena z hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech, které spadaly do příslušné skupiny. Na základě F hodnoty testovacího kritéria byla zamítnuta nulová hypotéza o rovnosti průměrů a bylo potvrzeno, že alespoň jedna střední hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti se lišila od ostatních (tab. 41). Příslušnost okresů do skupin měla tedy vliv na hodnotu průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřeného v těchto okresech.

Tab. 42 – Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 2001

Srovnávané skupiny	Rozdíl mezi průměry	Simultánní 95 % interval spolehlivosti	Statistická významnost	
3–4	0,037	-0,429	0,503	
3–5	1,076	0,570	1,583	***
3–1	1,146	0,674	1,619	***
3–2	1,968	1,461	2,274	***
4–3	-0,037	-0,503	0,429	
4–5	1,040	0,546	1,533	***
4–1	1,110	0,651	1,568	***
4–2	1,931	1,437	2,424	***
5–3	-1,076	-1,583	-0,570	***
5–4	-1,040	-1,533	-0,546	***
5–1	0,070	-0,430	0,570	
5–2	0,891	0,359	1,423	***
1–3	-1,146	-1,619	-0,674	***
1–4	-1,110	-1,568	-0,651	***
1–5	-0,070	-0,570	0,430	
1–2	0,821	0,322	1,321	***
2–3	-1,968	-2,474	-1,461	***
2–4	-1,931	-2,424	-1,437	***
2–5	-0,891	-1,423	-0,359	***
2–1	-0,821	-1,321	-0,322	***

Pozn.: *** statisticky významné na 5% hladině významnosti.

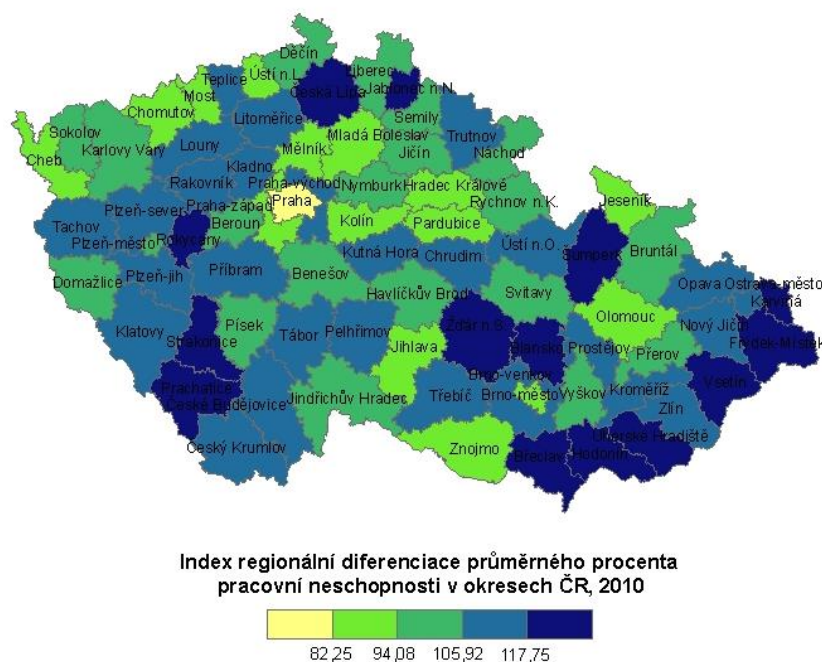
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Metodou párového srovnávání bylo dále zjištěno, že průměry většiny skupin se vzájemně významně lišily, výjimku představovaly dvojice 3–4 a 1–5 s malým rozdílem průměrných hodnot (tab. 42).

7.5.3 Typologie okresů v roce 2010

Průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2010 činilo necelá 4 %. Vzhledem k velkému vlivu hlavního města na jeho celkovou úroveň došlo k ještě výraznějšímu vychýlení dat, než v roce 2001. Tato skutečnost byla oproti předešlému analyzovanému roku zesílena tím, že Praha v roce 2010 dosáhla zcela nejnižší hodnoty (3,04 %) ze všech okresů ČR. Důsledkem vychýlenosti dat byla mj. skutečnost, že zastoupení jednotlivých intervalů vytvořených na základě indexu regionální diference bylo odlišné od předešlých sledovaných let (1992 a 2001). Nejčteněji zastoupený byl interval s mírně nadprůměrnými hodnotami, v němž se nacházelo 27 okresů. Oproti tomu interval s průměrnými hodnotami, pohybujícími se kolem hodnoty 100, tvořilo jen 20 okresů (tab. 43).

Obr. 21 – Regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, 2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup z programu ArcMap 10; ČR=100

Tab. 43 – Tabulka četností průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR, dle intervalů indexu regionální diference, 2010

Interval	< 82,25	82,26–94,08	94,09–105,92	105,93–117,75	117,76 <
Četnost	1	15	20	27	14

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

Z kartogramu (obr. 21) je jasně patrné, že jediným okresem, v němž byla zaznamenána výrazně podprůměrná hodnota, bylo právě hlavní město Praha. Počet výrazně nadprůměrných okresů byl v tomto sledovaném roce naopak relativně vysoký. Velmi vysoký podíl průměrně denně absentujících osob byl již tradičně zaznamenán ve většině okresů na hranici se Slovenskem, dále v jednotlivých okresech na jihu a severu Čech a v kraji Vysočina. Nejvyšší hodnota sledovaného ukazatele byla evidována v okrese Prachatice (6,08 %). Okresy s mírně nadprůměrnými hodnotami vyplňovaly značnou část západní poloviny Čech a jižní části Moravy. K výrazné změně úrovně pracovní neschopnosti došlo zejména u okresů v oblasti Krušnohorské pánve; hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti se okresy této oblasti dříve řadily spíše k průměrným či nadprůměrným, v tomto roce se ve srovnání se zbytkem republiky jednalo o místa s nižší úrovní sledovaného jevu (obr. 21). Celkově je možné konstatovat, že ve srovnání s rokem 2001 došlo k výraznější změně směrem k vyšším hodnotám indexu regionální diferenciace v rámci Čech než na Moravě. Jednalo se však jen o změnu ve vztahu k průměrné hodnotě sledovaného jevu, úroveň pracovní neschopnosti vyjádřená v absolutních hodnotách poklesla ve všech okresech.

Tab. 44 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti v krajích ČR, jednotky = okresy, 2010

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	5,751	13	0,442	1,717	0,079
Vnitroskupinová	16,232	63	0,258		
Celková	21,983	76			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Z hlediska úrovně průměrného procenta pracovní neschopnosti bylo, vyjma severozápadní pohraniční linie a jižních Čech, na území ČR obtížné najít kompaktnější celky. Toto potvrdila také analýza rozptylu, kterou nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi průměrnými hodnotami krajů, resp. byla zjištěna relativně velká variabilita mezi okresy, kterými byly jednotlivé kraje tvořeny (tab. 44). V roce 2010 tedy nebyla zjištěna ani jedna střední hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti v kraji ČR, která by se významně lišila od ostatních.

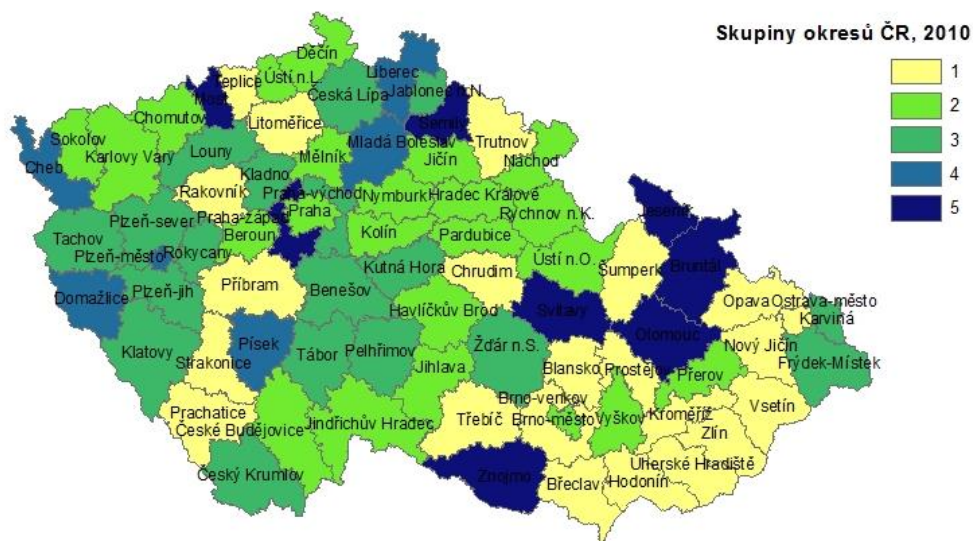
Tab. 45 – Seznam okresů dle jejich příslušnosti do skupin, 2010

Číslo skupiny	Seznam okresů
Skupina 1	Blansko, Brno - venkov, Břeclav, Chrudim, Hodonín, Kroměříž, Litoměřice, Nový Jičín, Opava, Ostrava - město, Prachatice, Prostějov, Příbram, Rakovník, Strakonice, Teplice, Trutnov, Třebíč, Uherské Hradiště, Vsetín, Zlín, Šumperk
Skupina 2	Beroun, Brno - město, České Budějovice, Chomutov, Děčín, Havlíčkův Brod, Hradec Králové, Jihlava, Jindřichův Hradec, Jičín, Karlovy Vary, Kolín, Mělník, Nymburk, Náchod, Pardubice, Praha, Přerov, Rychnov nad Kněžnou, Sokolov, Vyškov, Ústí nad Labem, Ústí nad Orlicí
Skupina 3	Benešov, Česká Lípa, Český Krumlov, Frýdek-Místek, Jablonec nad Nisou, Karviná, Kladno, Klatovy, Kutná Hora, Louny, Pelhřimov, Plzeň - jih, Plzeň - sever, Praha - východ, Rokycany, Tachov, Tábor, Žďár nad Sázavou
Skupina 4	Cheb, Domažlice, Liberec, Mladá Boleslav, Plzeň - město, Písek
Skupina 5	Bruntál, Jeseník, Most, Olomouc, Praha - západ, Semily, Svitavy, Znojmo

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Obdobně jako v předešlých sledovaných letech bylo metodou shlukové analýzy, na základě podobnosti okresů dle počtu případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných a jejich průměrného trvání, vytvořeno 5 shluků, které vysvětlovaly více než 71 % variability okresů (tab. 95 v příloze č. 16). Postup shlukování je zachycen v dendrogramu na obr. 55 v příloze č. 5, příslušnost jednotlivých okresů do vytvořených skupin je graficky znázorněna na obr. 22 a přehledně vypsána v tab. 45.

Obr. 22 – Typologie okresů ČR, 2010



Pozn.: Typologie vytvořena metodou shlukové analýzy na základě podobnosti počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup z programu ArcMap 10

Stejně jako v roce 2001, bylo možné z rozložení okresů dle jejich příslušnosti do skupin vysledovat rozdělení České republiky na Čechy a Moravu (obr. 22). Převážná část Moravy byla tvořena okresy náležejícími do skupiny č. 1. Tato homogenita byla narušena jen výjimečně, a to zejména okresy ze skupiny č. 5. V rámci české části republiky je možné konstatovat, že okresy patřícími do skupiny č. 2 byla vyplněna zejména oblast na pomezí Čech a Moravy a okresy ze skupiny č. 3 tvořily převážnou část jižních a jihozápadních Čech. Okresy z málo zastoupené skupiny č. 4 byly nepravidelně rozptýleny po celém území Čech (obr. 22).

Vlastnosti vytvořených skupin byly, stejně jako v předešlých případech, popsány na základě průměrných hodnot původních ukazatelů (tab. 46), které byly srovnávány s hodnotami za celou Českou republiku, a dále dle hodnot těchto ukazatelů standardizovaných na z-skóry (obr. 23), které byly srovnávány s průměrem vypočteným pro Českou republiku na základě hodnot za okresy ČR.

Z hlediska hodnot původních proměnných byly okresy zařazené do skupiny č. 1 charakteristické nejdelší průměrnou dobou trvání jednoho případu a pouze mírně nadprůměrným počtem případů pracovní neschopnosti (tab. 46). Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti ve skupině č. 2 odpovídal hodnotě tohoto ukazatele na celorepublikové

úrovni a průměrná délka těchto případů byla nepatrně kratší, než činila hodnota pro Českou republiku. Skupiny č. 3 a 4 byly charakteristické vysokým počtem případů pracovní neschopnosti, jejich délka v okresech zařazených do skupiny č. 3 však byla nadprůměrná, zatímco v okresech tvořících skupinu č. 4 výrazně nižší než hodnota evidovaná pro celou Českou republiku. Pátá skupina se vyznačovala nízkým počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob a naopak delší dobou jejich trvání (tab. 46).

Tab. 46 – Průměrné hodnoty ukazatelů v jednotlivých skupinách okresů České republiky, 2010

Číslo skupiny	Počet okresů	Průměrná hodnota	
		Počet případů na 100 nemocensky pojištěných	Průměrné trvání jednoho případu
1	22	31,08	52,92
2	23	30,44	43,51
3	18	34,18	46,33
4	6	34,30	39,09
5	8	27,35	46,58
ČR	77	30,73	44,69

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

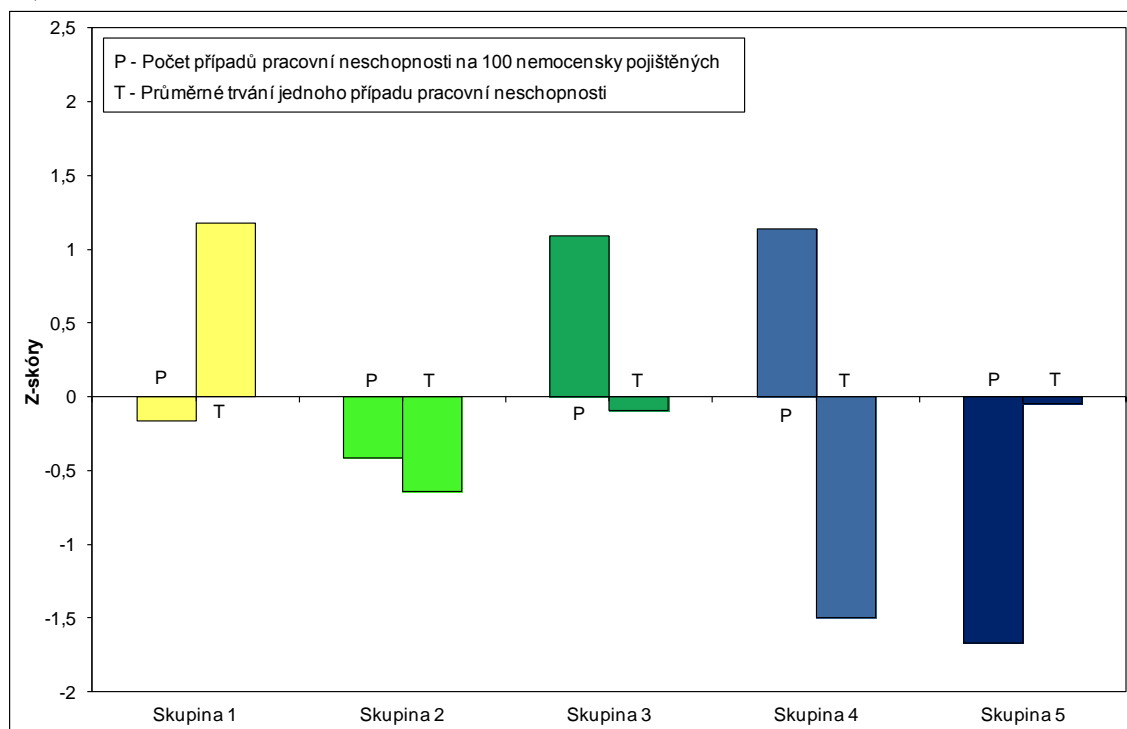
Při hodnocení vytvořených skupin na základě z-skórů, je možné popsat okresy tvořící skupinu č. 1, jako okresy s mírně podprůměrným počtem případů pracovní neschopnosti a velmi nadprůměrnou dobou trvání (obr. 23). Okresy zařazené do skupiny č. 2 se vyznačovaly podprůměrnou úrovní obou sledovaných ukazatelů. Skupiny č. 3 a 4 je možné z pohledu počtu nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných hodnotit stejně, tj. jako skupiny s velmi nadprůměrnými hodnotami tohoto ukazatele. Průměrnou délkou pracovní neschopnosti se však okresy v těchto skupinách odlišovaly; ve skupině č. 3 byla zjištěna přibližně průměrná doba trvání jednoho případu, zatímco ve skupině č. 4 velmi podprůměrná. Skupina č. 5 byla z hlediska trvání jednoho případu podobná skupině č. 3, tj. okresy byly charakteristické průměrnými hodnotami ukazatele, z hlediska počtu případů se však vyznačovaly zcela opačnými, tj. výrazně podprůměrnými, hodnotami (obr. 23).

Vzhledem ke skutečnosti, že byla zjištěna korelace mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a dvěma zbývajícími ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem případů na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrným trváním jednoho případu pracovní neschopnosti (tab. 28), bylo předpokládáno, že okresy spadající ho určitého intervalu indexu regionální diferenciace vytvořeného na základě hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti, budou zařazeny převážně do jedné určité skupiny vzešlé ze shlukové analýzy. Platnost této hypotézy byla ověřována využitím kontingenční tabulky. Číselné vyjádření případné závislosti pomocí chí kvadrát testu dobré shody nebylo, z již výše uvedených důvodů, možné použít.

Z tab. 47 je možné vyčíst, že okresy tvořící určitou skupinu vzniklou použitím shlukové analýzy, měly tendenci pohybovat se pouze v určité části na škále intervalu indexu regionální diferenciace s preferencí jednoho konkrétního intervalu. Z tohoto pohledu se nejvíce vymykala skupina č. 2, která byla charakteristická relativně velkou rozptýleností dat. Její největší část

spadala do průměrného a mírně podprůměrného intervalu indexu regionální diference, ojedinělé okresy však byly zařazeny do velmi podprůměrného a mírně nadprůměrného intervalu (tab. 47). Zjištěné nižší hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v této skupině byly v souladu s podprůměrnými hodnotami ukazatelů vstupujícími do shlukové analýzy, tj. počtem případů pracovní neschopnosti na 10 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (tab. 46, obr. 23).

Obr. 23 – Průměrné hodnoty z-skóru v jednotlivých skupinách okresů ČR (hodnota 0 = průměr okresů ČR), 2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), vlastní výpočty, výstup softwaru SAS 9.2

Mírně podprůměrné až průměrné úrovně průměrného procenta pracovní neschopnosti dosahovaly také okresy ve skupinách č. 4 a 5, jejichž zastoupení však bylo nízké. Jednalo se o skupiny, v nichž nebyla příslušnost do konkrétního intervalu zcela jednoznačně určena, je možné proto pouze konstatovat, že skupina č. 4 měla větší zastoupení ve středním (průměrném) intervalu, zatímco skupina č. 5 v mírně podprůměrném intervalu indexu regionální diference (tab. 47). Charakteristika těchto skupin z hlediska počtu případů pracovní neschopnosti a průměrného trvání jednoho případu však byla velmi rozdílná. Zatímco skupina č. 4 se vyznačovala nadprůměrným počtem případů pracovní neschopnosti a velmi podprůměrnou dobou léčby, pro okresy tvořící skupinu č. 5 byla naopak typická průměrná doba trvání jednoho případu a velmi podprůměrný počet případů pracovní neschopnosti (tab. 46, obr. 23).

Nadprůměrných hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti naopak dosahovaly okresy tvořící skupiny č. 1 a 3. Rozložení okresů dle příslušnosti do jednotlivých intervalů indexu regionální diference v těchto dvou skupinách bylo překvapivě velmi podobné (tab. 47). Převážná část okresů spadala do mírně nadprůměrného intervalu, menší část do velmi nadprůměrného intervalu a v případě skupiny č. 3 byl jeden okres (Benešov; tab. 98 v příloze

č. 7) zařazen do středního intervalu indexu regionální diference. Z hlediska počtu případů pracovní neschopnosti a průměrného trvání jednoho případu se okresy zařazené do těchto skupin vyznačovaly zcela zrcadlovými charakteristikami. Okresy ve skupině č. 1 dosahovaly průměrného počtu případů pracovní neschopnosti, ale velmi vysokého počtu dní jednoho případu. U okresů ve skupině č. 3 byla naopak průměrná doba trvání jednoho případu a vysoce nadprůměrný počet případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných osob (tab. 46, obr. 23).

Tab. 47 – Kontingenční tabulka rozložení okresů v intervalech dle indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2010

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1				14	8	22
2	1	8	12	2		23
3			1	11	6	18
4		2	4			6
5		5	3			8
Celkem	1	15	20	27	14	77

Pozn.: Interval indexu regionální diference průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR a jejich zastoupení je znázorněno v tab. 43. Zastoupení skupin vytvořených shlukovou analýzou je znázorněno v tab. 45.

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

Z výše popsaného je možné učinit závěr, že okresy náležející do určité skupiny vytvořené shlukovou analýzou byly v některých případech zařazeny takřka výlučně do jednoho intervalu na škále indexu regionální diference (např. skupina 1 a 3), nebo se alespoň nacházely v určité části této škály a nebyly rozptýleny po její celé šíři. Toto zjištění potvrdilo již dříve potvrzenou korelaci mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a zbývajícími dvěma ukazateli pracovní neschopnosti, tj. počtem případů na 100 nemocensky pojištěných a průměrným trváním jednoho případu (tab. 28).

K dodatečnému potvrzení vztahu mezi hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti v okresech ČR a zařazením těchto okresů do skupin vytvořených metodou shlukové analýzy byla provedena analýza rozptylu. Bylo potvrzeno, že faktor (skupina) měla vliv na hodnotu průměrného procenta pracovní neschopnosti naměřeného v těchto okresech (tab. 48). Meziskupinová variabilita, tedy variabilita mezi skupinami vytvořenými na základě shlukové analýzy, byla výrazně vyšší než variabilita mezi okresy uvnitř těchto skupin a F hodnota testovacího kritéria byla vyšší než kritická hodnota, tudíž byla zamítnuta nulová hypotéza, která říkala, že faktor (skupina) nemá vliv na úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti.

Tab. 48 – Tabulka analýzy rozptylu průměrného procenta pracovní neschopnosti ve skupinách okresů vytvořených shlukovou analýzou, jednotky = okresy, 2010

Variabilita	Suma čtverců	Stupně volnosti	Průměrný čtverec	F hodnota	Pr > F
Meziskupinová	13,601	4	3,400	29,210	<,0001
Vnitroskupinová	8,382	72	0,116		
Celková	21,983	76			

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Metodou párového srovnávání bylo dále zjištěno, že statisticky významně se vzájemně lišily průměry většiny skupin, výjimku představovaly dvojice 1–3, 2–4, 4–5 a 2–5 (tab. 49). Vliv skupiny na úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti byl zcela evidentní.

Tab. 49 – Tabulka párového srovnávání středních hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi skupinami okresů vytvořených shlukovou analýzou, 2010

Srovnávané skupiny	Rozdíl mezi průměry	Simultánní 95 % interval spolehlivosti		Statistická významnost
1–3	0,175	-0,128	0,479	
1–4	0,843	0,403	1,282	***
1–2	0,881	0,597	1,166	***
1–5	1,024	0,630	1,418	***
3–1	-0,175	-0,479	0,128	
3–4	0,667	0,217	1,117	***
3–2	0,706	0,406	1,007	***
3–5	0,849	0,443	1,254	***
4–1	-0,843	-1,282	-0,403	***
4–3	-0,667	-1,117	-0,217	***
4–2	0,039	-0,399	0,477	
4–5	0,182	-0,334	0,697	
2–1	-0,881	-1,166	-0,597	***
2–3	-0,706	-1,007	-0,406	***
2–4	-0,039	-0,477	0,399	
2–5	0,143	-0,249	0,534	
5–1	-1,024	-1,418	-0,630	***
5–3	-0,849	-1,254	-0,443	***
5–4	-0,182	-0,697	0,334	
5–2	-0,143	-0,534	0,249	

Pozn.: *** statisticky významné na 5% hladině významnosti.

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Shrnutí

Výše zjištěné skutečnosti je možné shrnout do několika základních poznatků. Nejvyšší úroveň pracovní neschopnosti, měřená hodnotami průměrného procenta pracovní neschopnosti, byla ve všech třech zkoumaných obdobích evidována v okresech nacházejících se na východní hranici České republiky, tj. hranici se Slovenskem. Nadprůměrně vysoký podíl absentujících byl rovněž zjištěn na Šumavě a v jejím podhůří. Střední Čechy a Praha naopak patřily k oblastem s nižší úrovní sledovaného jevu. Z hlediska historického rozdělení České republiky je možné konstatovat, že vyšší úroveň pracovní neschopnosti byla zjištěna na Moravě, ve srovnání s Čechami, přičemž v pohraničí byla úroveň sledovaného jevu zpravidla vyšší než ve vnitrozemí.

Vzhledem k postupnému vychylování hodnot indexu regionální diferenciace směrem k vyšším hodnotám, které bylo vysvětleno značným vlivem hlavního města Prahy charakteristického nízkou úrovní pracovní neschopnosti a velký počet nemocensky pojištěných osob, docházelo v jednotlivých sledovaných letech k narůstání počtu okresů, jejichž hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti převyšovaly celorepublikovou úroveň. Zatímco v roce 1992 bylo těchto okresů 24 (tab. 29), v roce 2001 již 32 (tab. 36) a v roce 2010

více než polovina, tj. 41 (tab. 43). V roce 1992 se okresy s vysoce nadprůměrnou úrovní pracovní neschopnosti nacházely pouze v severní části Česko-Slovenské hranice a ojediněle v severních a severozápadních Čechách (obr. 15), v letech 2001 a 2010 pokrývaly takřka celé hranice se Slovenskem a vyskytovaly se rovněž v dalších, převážně pohraničních, oblastech Čech a Moravy (obr. 18 a 21).

Vliv regionální polohy jednotlivých okresů na hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti byl sledován analýzou rozptylu. V rámci této metody bylo zjišťováno, zda se průměrného hodnoty ukazatele vypočteného pro určitý kraj z hodnot naměřených v okresech, které jej tvořily, statisticky významně lišily od ostatních průměrných hodnot krajů. V letech 1992 a 2001 byl vliv kraje na hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti potvrzen; statisticky významně se však v roce 1992 vzájemně lišily pouhé dva kraje, v roce 2001 byla rozdílnost, a tím i vliv kraje, výrazně větší. V roce 2010 vliv geografické polohy okresu vyjádřené jeho zařazením do určitého kraje potvrzena nebyla. Svědčilo to o rozdílné úrovni pracovní neschopnosti v okresech náležejících do téhož kraje, což vedlo k relativně vysoké vnitroskupinové variabilitě hodnot, která neumožnila zamítnutí nulové hypotézy.

Rozložení okresů ČR dle úrovně pracovní neschopnosti nebylo sledováno jen pomocí hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti, které je považováno za komplexní ukazatel sledovaného jevu, neboť při jeho výpočtu je zohledněn jak počet případů pracovní neschopnosti, tak i doba jejich trvání, a zároveň byla prokázána jeho korelace s dvěma zmíněnými ukazateli (tab. 28). Rozložení okresů bylo sledováno rovněž na základě dvou zbývajících ukazatelů, tedy již zmíněného počtu nově hlášených případů na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti. Na základě podobnosti těchto dvou ukazatelů byly metodou shlukové analýzy okresy ve všech srovnávaných letech (1992, 2001 a 2010) rozděleny do 5 skupin a dle příslušnosti do těchto skupin vykresleny do kartogramu (obr. 16, 19 a 22).

Příslušnost okresů do konkrétních skupin byla následně srovnána s jejich příslušností do konkrétních intervalů indexu regionální diferenciaci a bylo zjištěno, že ve všech srovnávaných letech jsou okresy z určité skupiny kumulovány do jedné části škály indexu regionální diferenciaci, popř. převážně do jednoho intervalu, a nejsou rozptýleny po celém spektru tohoto ukazatele (tab. 33, 40 a 47). Toto zjištění svědčí o vztahu mezi úrovní průměrného procenta pracovní neschopnosti v okrese a jeho příslušností do určité skupiny vytvořené metodou shlukové analýzy a potvrzuje již dříve zjištěnou korelaci ukazatelů (tab. 28). Tato skutečnost byla dále potvrzena analýzou rozptylu, která sledovala, zda má zařazení okresu do skupiny vliv na jeho úroveň průměrného procenta pracovní neschopnosti. Tento vliv byl ve všech sledovaných letech potvrzen (tab. 34, 41 a 48) a metodou párového srovnání bylo zjištěno, že statisticky významně se vzájemně lišila převážná většina středních hodnot skupin (tab. 35, 42 a 49).

Vlastnosti skupin, hodnocené na základě průměrných hodnot ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy, a to buď na základě původních hodnot proměnných, nebo na základě z-skóřů, se při meziročním srovnání let 1992, 2001 a 2010 vzájemně relativně lišily. Např. v roce 1992 byly vytvořeny dvě skupiny, jejichž oba ukazatele při hodnocení na základě z-skóřů dosahovaly nadprůměrných hodnot, v roce 2001 byla tato skupina pouze jedna a v roce 2010 žádná (obr. 17,

20 a 23). Obecně je možné konstatovat, že jednotlivé skupiny si byly na základě hodnot proměnných, které je tvořily, více podobné v letech 2001 a 2010, a rok 1992 se od dvou těchto dvou lišil nejvíce. Větší podobnost rozložení okresů v letech 2001 a 2010 byla patrná rovněž z jeho grafického vyjádření na kartogramech (obr. 19 a 22).

Po srovnání okresů dle jejich příslušnosti do skupin a do intervalů indexu regionální diference bylo možné konstatovat, že nejvyšších hodnot průměrného procenta pracovní neschopnosti bylo dosahováno okresy zařazenými ve skupině s oběma nadprůměrnými hodnotami vstupních ukazatelů a okresy ve skupině s výrazně nadprůměrnou dobou trvání jednoho případu a průměrným či nadprůměrným počtem případů pracovní neschopnosti. Výrazně delší doba trvání jednoho případu byla ve všech srovnávaných letech charakteristická pro již zmiňované moravské okresy s vysokou úrovní pracovní neschopnosti. Obě nadprůměrné hodnoty (skupina č. 1) byly v roce 1992 typické pro okresy na Šumavě, Krušných a Jizerských horách a na přechodu mezi Čechami a Moravou, v roce 2001 (skupina č. 3) pro oblast Vysočiny a v roce 2010 (skupina č. 3; pozn. obě nadprůměrné hodnoty byly zjištěny pouze na základě hodnot původních proměnných, nikoliv na základě z-skóru) pro převážnou část jižních Čech.

Kapitola 8

Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti v České republice

Úroveň pracovní neschopnosti a její podmíněnosti bývají zpravidla hodnoceny na základě publikovaných agregovaných údajů pocházejících z celostátních evidencí vedených příslušnými státními institucemi. Užití agregovaných údajů pro analýzu sociálních jevů však někdy může odrážet realitu zkresleně a do jisté míry komplikovat jejich využití. Platí, že statistický vztah, který byl prokázán jako významný na základě agregovaných údajů, nemusí být významný, jestliže analýza vychází z individuálních dat. Dalším omezením je fakt, že vysvětlující proměnné jsou často silně vzájemně korelovány a bez bližší znalosti problému může být obtížné stanovit, co je příčinou a co následkem (Kostecký, Čermák, 2003). Problematická může být rovněž samotná dosažitelnost dat a jejich obsah, resp. to, zda dostupná data přinášejí takové informace, které jsou potřebné pro provedení analýzy sledovaného jevu.

Výše uvedené skutečnosti vedly k tomu, že od 50. let 20. století popularita užívání agregovaných údajů jakožto vstupních dat pro analýzu sociálních jevů poklesla a ve velké míře začala být používána analýza výběrových šetření. Výběrová šetření byla z počátku používána pouze pro analýzu chování jednotlivce. Po úspěšných pokusech George Gallupa a jeho následovníků o předpověď výsledků voleb na základě rozhovorů s relativně omezeným počtem respondentů začala být považována za vhodná také pro analýzu makrostruktur (Kostecký, Čermák, 2003).

Pro analýzu výskytu pracovní neschopnosti v České republice mezi roky 2002 a 2008 z hlediska demografických a socioekonomických charakteristik jedinců byly proto použity individuální anonymizované údaje získané z Výběrového šetření pracovních sil. Na jejich základě je zpracována následující kapitola.

8.1 Výběrové šetření pracovních sil

Výběrové šetření pracovních sil (dále též „VŠPS“) je statistické šetření, které je prováděno Českým statistickým úřadem na celém území České republiky již od roku 1992. Hlavním cílem je pravidelné získávání informací o situaci na trhu práce a jejich analýza z mnoha různých hledisek, zejména ekonomických, sociálních a demografických. Účast na tomto šetření je dobrovolná a ochrana individuálních dat je zaručena zákonem (ČSÚ, 2007). V rámci VŠPS jsou zjišťovány údaje o charakteru zaměstnanosti a nezaměstnanosti obyvatelstva a další související jevy (např. údaje o délce odpracované doby či o mobilitě pracovních sil). Získané informace mohou být v praxi použity k případným změnám v nastavení sociální a zaměstnanecké politiky.

Výběrové šetření pracovních sil je národní verzí výběrového šetření Labour Force Survey (dále též „LFS“), které v současnosti probíhá ve většině vyspělých zemí světa. První šetření LFS ve světě se uskutečnilo v roce 1940 v USA, první evropské šetření proběhlo v roce 1950 ve Francii a poté v roce 1957 v Německu. Postkomunistické státy střední a východní Evropy (včetně České republiky) zahajovaly svá šetření pracovních sil postupně v průběhu 90. let minulého století (Palátová, 2008). Všechny státy účastníci se šetření musí dodržovat doporučení stanovená Eurostatem a Mezinárodní organizací práce (ILO). Díky shodné metodice jsou tak vytvořeny předpoklady pro mezinárodní srovnávání situace (Palátová, 2008).

Výběrové šetření pracovních sil v České republice se v průběhu celé své existence snažilo co nejvíce přiblížit standardům mezinárodních organizací. Tento proces byl dokončen v roce 2002, kdy bylo šetření plně harmonizováno se standardem Eurostatu. V souvislosti s tím došlo k zásadní změně šetření. Nejednalo se pouze o obsahové změny, ale zároveň byl realizován přechod na celoplošné používání elektronického dotazníku²⁹, které umožnilo ve značné míře kompenzovat rozšíření okruhu otázek (ČSÚ, 2007).

8.1.1 Předmět a metodika šetření

Předmětem šetření byly všechny osoby obvykle³⁰ bydlící v domácnostech šetřených bytů, které setrvaly či měly v úmyslu zůstat na území České republiky alespoň jeden rok. Každá samostatně hospodařící domácnost ve vybraném bytě byla považována za samostatnou jednotku, v jejímž rámci byly zjišťovány vzájemné vztahy a základní sociologické a demografické informace o členech domácnosti. Za jednotlivé členy domácnosti 15leté a starší byly zjišťovány podrobné údaje o ekonomické aktivitě a vzdělání (ČSÚ, 2007).

Šetřené byty byly vybírány dvoustupňovým výběrem. Nejprve byl proveden výběr sčítacího obvodu³¹ a v jeho rámci bylo následně vybráno 6 bytů. Soubor bytů a tím i respondentů vstupujících do VŠPS byl pravidelně obměňován. Každý byt zůstal v souboru po dobu 5 po sobě jdoucích čtvrtletí, každé čtvrtletí byla obměněna 1/5 bytů. Při tomto způsobu rotace bylo možné získat konzistentní informace nejen za navazující období, ale i porovnání se stejným obdobím minulého roku. Vyhodnocování výsledků bylo prováděno v kalendářních čtvrtletích, přičemž za jedno kalendářní čtvrtletí bylo považováno 13 referenčních týdnů (ČSÚ, 2007).

Základní podmínkou, která byla stanovena pro výběrový soubor, byla jeho dostatečná reprezentativita a skutečnost, že musel odpovídat mezinárodním doporučením. Nařízení Rady EU č. 577/98 stanovilo obecné kritérium pro velikost výběrového souboru LFS, které vycházelo z maximální výše relativní standardní chyby odhadu ročního počtu nezaměstnaných osob, představujících 5 % obyvatelstva v produktivním věku. Toto nařízení muselo být v členských zemích splněno pro regionální úroveň NUTS II³² (Mejstřík, 1999).

²⁹ Sběr dat je prováděn pomocí elektronického dotazníku metodou CAPI - Computer Assisted Personal Interviewing. Tazatelé jsou při rozhovoru automaticky nabízeny otázky na základě předchozích odpovědí.

³⁰ Obvyklé bydliště je posuzováno podle ekonomické zainteresovanosti jednotlivých členů k domácnosti. Zainteresovaností se rozumí, že jednotliví členové domácnosti ji považují za svou základní domácnost, kde přebývají, bydlí a starají se o udržování bytové jednotky (ČSÚ, 2007).

³¹ Oporou výběru je registr sčítacích obvodů.

³² NUTS II obvykle odpovídá úrovni středního článku územně správního členění daného státu. Úroveň NUTS II tvoří v ČR celkem 8 jednotek, které se skládají z 1 - 3 krajů a mají mezi 1 a 1,664 mil. obyvatel. Používá se pro ně též název „oblasti“.

Výběrový soubor pro VŠPS v České republice byl vymezen již v roce 1993 a v dalších letech byl s ohledem na zvyšování počtu obyvatel v nejlidnatějších oblastech rozšiřován (Mejstřík, 1999). Od roku 2002 bylo každé čtvrtletí šetřeno přibližně 25tis. bytů, což představovalo 0,6 % ze všech obydlených bytů. V rámci bytů byl proveden rozhovor s cca 60 tis. respondenty, z nichž více než 50 tis. bylo starších 15 let. Tento rozsah souboru umožňoval, dle ČSÚ, získat spolehlivé odhady charakteristik trhu práce na úrovni republiky i odhady krajských a oblastních hodnot s přesností požadovanou Eurostatem (ČSÚ, 2010a). Palátová (2008) však ve své bakalářské práci, na základě osobní zkušenosti, obecně známých skutečností a logických úvah (např. velmi výrazné meziroční změny hodnot, u nichž je málo pravděpodobné, že by mohly odpovídat realitě) předpokládanou reprezentativnost dat na krajské úrovni, konkrétně u kraje Vysočina, zpochybnila. Nereprezentativnost těchto dat byla, dle jejího názoru, způsobena malým počtem šetřených osob na krajské úrovni.

Údaje získané šetřením výběrového souboru byly následně váženy věkovou strukturou obyvatelstva ČR, kdy byl každé osobě ve výběru přiřazen počet osob v české populaci, které reprezentovala. Váha byla konstruována jako podíl počtu osob v populaci a počtu osob ve výběru ve stejné věkové skupině, pohlaví a okresu bydliště (ČSÚ, 2010a).

Zjišťování informací probíhalo v průběhu celého roku. Respondenti byli dotazováni na jeden konkrétní, předem stanovený, referenční týden. Tento referenční týden začínal pondělním a končil nedělí a měl by bezprostředně předcházet týdnů, ve kterém se prováděl rozhovor, aby informace poskytované respondentem byly z důvodu krátkého časového odstavu zkráceny jen minimálně. Kontinuita šetření byla zajištěna rozložením referenčních týdnů do celého kalendářního roku (ČSÚ, 2007).

8.1.2 Ekonomická aktivita respondentů VŠPS

Výběrové šetření pracovních sil bylo zaměřené na zjišťování ekonomického postavení obyvatelstva na celém území republiky. Za osoby mladší 15 let byly zjišťovány pouze základní sociologické a demografické údaje a vztahy k ostatním členům domácnosti. Za osoby 15leté a starší byly dále zjišťovány podrobné informace o ekonomické aktivitě a vzdělání (ČSÚ, 2007).

Základním členěním respondentů v rámci VŠPS bylo členění dle ekonomické aktivity na osoby ekonomicky neaktivní a ekonomicky aktivní. Ekonomicky aktivní osoby byly dále členěny na zaměstnané a nezaměstnané (ČSÚ, 2010a).

Za zaměstnané byly považovány všechny osoby 15leté a starší, které v průběhu referenčního týdne pracovaly alespoň 1 hodinu za mzdu, plat nebo jinou odměnu, nebo sice nebyly v práci, ale měly formální vztah k zaměstnání (např. pracovní smlouva). Hlavním kritériem pro zařazení mezi zaměstnané bylo vyvíjení jakékoliv odměňované pracovní aktivity. Za zaměstnané tak byli považováni i učni, kteří dostávali mzdu, plat nebo odměnu podle stejného principu jako jiné osoby a rovněž osoby zabývající se především mimoekonomickými aktivitami (např. studenti připravující se na své budoucí zaměstnání, osoby v domácnosti, atd.), které však v referenčním týdnu byly navíc v zaměstnání (ČSÚ, 2010b). Pracovní aktivita respondenta ve výběrovém šetření se vždy vztahovala k příslušnému referenčnímu týdnu a nebylo rozhodující, zda měla trvalý, dočasný, sezónní či příležitostný charakter. Podle mezinárodní metodiky byli mezi

zaměstnané zahrnování i profesionální příslušníci armády a osoby na mateřské dovolené, které před nástupem na ni pracovaly. Naopak nebyly zahrnuty osoby na mateřské dovolené, které před nástupem nepracovaly, a osoby na rodičovské dovolené³³ (ČSÚ, 2010b).

Za nezaměstnané byly podle mezinárodně srovnatelné metodiky považovány všechny osoby 15leté a starší, které v průběhu referenčního týdne nebyly zaměstnané, byly připraveny k nástupu do práce a zároveň v průběhu posledních 4 týdnů hledaly aktivně práci (ČSÚ, 2010b).

Jako ekonomicky neaktivní byly klasifikovány všechny osoby mladší 15 let, dále pak všechny osoby 15leté a starší, které v referenčním období nemohly být označeny jako osoby zaměstnané či nezaměstnané (ČSÚ, 2010b).

8.1.3 Kvalita získaných dat

Cílem výběrových šetření je zjistit názory, potřeby a chování v rámci celé populace, nikoliv pouze v rámci studovaného výběru. Výsledky výběrových šetření jsou tedy následně zobecňovány na celou populaci pomocí odhadu parametru základního souboru nebo vyslovením určité hypotézy o základním souboru a jejím následným testováním (Krejslová, 2008). Nevýhodou VŠPS, stejně jako dalších dotazníkových šetření, je tedy právě výběrovost šetření, s nímž je spojena řada úskalí popsaných níže.

Ačkoliv VŠPS je největší výběrové šetření domácností v České republice, je nutné počítat s určitou výběrovou chybou danou např. velikostí výběru (Bartoňová, Nývlt, 2009). Výběrová chyba vzniká vztažením charakteristik výběrového souboru na celý základní soubor a lze ji interpretovat pomocí tzv. intervalů spolehlivosti. Intervaly spolehlivosti jsou zkonstruované kolem hodnoty sledovaného jevu zjištěné z výběrového souboru tak, že s určitou pravděpodobností skutečná hodnota odhadované charakteristiky leží právě v tomto intervalu (ČSÚ, 2010b). Výběrová chyba je nevyhnutelnou součástí každého výběrového šetření, protože informace získáváme pouze od vzorku cílové populace a ne od populace celé. Výběrovou chybu můžeme odhadnout zcela přesně, jelikož závisí na několika známých parametrech – na velikosti vzorku, velikosti cílové populace a použité hladině významnosti (Kostelecký, Čermák, 2003).

Kvalita získaných dat je ovlivněna také tzv. nevýběrovou chybou, která vzniká například administrativními odpady bytů z výběru, záměrným odmítnutím odpovědi nebo chybami při pořizování dotazníku. Dále může k rozdílnosti výsledků přispívat vymezení souboru domácností. V rámci VŠPS nejsou šetřeny domácnosti mimo bytový fond, což je příčinou toho, že se významně liší počty hospodařících i cenzových domácností podle Sčítání lidu, domů a bytů a VŠPS (Bartoňová, Nývlt, 2009).

8.2 Pracovní neschopnost v rámci VŠPS

Analýza výskytu pracovní neschopnosti byla provedena na základě individuálních anonymizovaných dat získaných v rámci Výběrového šetření pracovních sil z let 2002 až 2008³⁴.

³³ Tyto osoby jsou klasifikovány jako osoby ekonomicky neaktivní nebo nezaměstnané podle toho zda splňují či nespĺňují podmínky ILO pro zařazení mezi nezaměstnané.

³⁴ Při zpracování této kapitoly nebyly k dispozici údaje za 4. čtvrtletí roku 2008.

8.2.1 Vymezení exponovaného souboru osob

Výskyt pracovní neschopnosti byl sledován na základě dat pocházejících z Výběrového šetření pracovních sil z let 2002 až 2008, které bylo realizováno Českým statistickým úřadem. Jak již bylo řečeno výše, ČSÚ publikoval výsledky tohoto šetření po jednotlivých čtvrtletích a v této podobě byly údaje rovněž poskytnuty autorce předkládané práce. Tato skutečnost vyžadovala spojení jednotlivých čtvrtletních souborů do jednoho souhrnného souboru, což s sebou přineslo mj. potřebu překódování některých proměnných, jejichž obsah či struktura variant odpovědí se během sledovaných let změnily.

Datový soubor získaný z VŠPS byl dále s ohledem na právní vymezení sledovaného jevu – zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který definuje dočasnou pracovní neschopnost jako stav, jenž pro poruchu zdraví neumožňuje nemocensky pojištěné osobě vykonávat výdělečnou činnost – zúžen tak, aby do analýzy vstupoval pokud možno jen exponovaný soubor respondentů, tj. osob, u kterých sledovaný jev může nastat. Dle výše uvedené definice je z právního hlediska základním předpokladem pro možnost vzniku dočasné pracovní neschopnosti, vyjma samotného výskytu nemoci či úrazu, výkon výdělečné činnosti a účast pracovníka na nemocenském pojištění (zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění).

V rámci VŠPS byl sledován pouze první z výše uvedených předpokladů, a to výkon výdělečné činnosti. Informace o účasti na nemocenském pojištění zjišťována nebyla. Z tohoto důvodu nebylo možné vytvořit čistě exponovaný soubor respondentů a do analýzy byly zařazeny všechny osoby označené v terminologii používané VŠPS jako zaměstnané. Tyto osoby byly vybrány na základě proměnné „statusE“, která byla obsažena ve zdrojových datech pocházejících z ČSÚ, a která členila respondenty na zaměstnané, nezaměstnané a neaktivní (viz kapitola 8.1.2).

Vzhledem k charakteru nemocenského pojištění, jež je pro zaměstnance, kteří tvořili 84 % tohoto souboru, povinné a pouze pro osoby samostatně výdělečně činné dobrovolné, je možné se domnívat, že zkreslení, k němuž došlo v důsledku zařazení nemocensky nepojištěných osob (dobrovolně nepojištěných OSVČ a osob pracujících na dohodu o provedení práce³⁵), bylo jen mírné. Na druhou stranu je možné konstatovat, že tyto údaje, na rozdíl od oficiálních statistik pracovní neschopnosti, lépe odrážely nemocnost či úrazovost pracujících obyvatel České republiky, která jim zabraňovala v dočasném výkonu výdělečné činnosti.

Další odchylkou ve vymezení souboru byla skutečnost, že mezi zaměstnané byly započteny matky na mateřské dovolené, které sice byly nemocensky pojištěné (na základě účasti na nemocenském pojištění jim byla vyplácena jedna z dávek nemocenského pojištění – peněžitá pomoc v mateřství), jež ale zpravidla nemohly být zařazeny mezi dočasně práce neschopné³⁶, neboť nevykonávaly výdělečnou činnost, která je jednou z legislativních podmínek pro vznik pracovní neschopnosti a následného nároku nemocenské. Z nemocenského pojištění navíc může být poskytována pouze jedna z dávek nemocenského pojištění, a tudíž osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství nemají na nemocenském nárok. Výše popsána skutečnost ale není

³⁵ Osoby pracující na dohodu o provedení činnosti jsou nemocensky pojištěné.

³⁶ Dle § 57 odst. 1 písm. e) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti pojištěnce v době nároku na peněžitou pomoc v mateřství, jestliže mu závažné dlouhodobé onemocnění, které má dle poznatků lékařské vědy trvat déle než 1 měsíc, znemožňuje pečovat o dítě. V tomto případě, dle § 32 odst. 1 písm. d) téhož zákona, péči o dítě přebírá otec dítěte nebo manžel ženy, která dítě porodila, který má následně nárok na výplatu peněžitě pomoci v mateřství.

zohledňována ani v celostátních statistikách a při výpočtu relativních ukazatelů pracovní neschopnosti se vychází z celkového počtu nemocensky pojištěných, mezi něž patří rovněž osoby na mateřské dovolené.

Do zpracovávaného souboru byly zařazeny pouze osoby považované v terminologii VŠPS za zaměstnané. Jednalo se o jedince, kteří buď alespoň jednu hodinu v průběhu referenčního týdne vykonávali jakoukoliv činnost s cílem dosažení zisku (plat, mzda, jiný druh odměny), nebo kteří sice nepracovali, ale měli zaměstnání či podnikatelskou činnost, ve které nebyli přítomni. V důsledku tohoto vymezení byly do souboru zařazeny i osoby, které by pouze na základě jimi deklarovaného obvyklého ekonomického postavení mezi zaměstnané zařazeny nebyly, tj. studenti, osoby na mateřské dovolené, které před nástupem nepracovaly, osoby na rodičovské dovolené či důchodci, tedy osoby, které v rámci referenčního týdne pracovaly. Zařazení těchto osob, ve srovnání s jejich vyloučením ze souboru, bylo zvoleno zejména z toho důvodu, že na základě získaných dat nebylo možné určit, zda se v jejich případě jednalo o výkon výdělečné činnosti, který měl dlouhodobý nebo pouze krátkodobý charakter. Vzhledem např. k velkému počtu pracujících důchodců či studentů byla proto zvolena varianta tyto osoby v souboru ponechat.

Očištěný soubor, tj. soubor osob definovaných jako zaměstnané, použitý pro následnou analýzu čítal 749 680 respondentů, z toho 416 188 mužů (tj. 55,5 %) a 333 492 žen (tj. 45,5 %). Nepoměr mezi pohlavími nebyl způsoben nevyvážeností šetřeného okruhu osob, ale zastoupením respondentů, kteří byli v rámci výzkumu označeni za zaměstnané. V rámci každého sledovaného čtvrtletí, tj. od 1. čtvrtletí 2002 do 3. čtvrtletí 2008, bylo dotazováno 27 až 28 tisíc zaměstnaných osob. Více než polovinu tvořili respondenti žijící v manželství, necelou jednu čtvrtinu osoby svobodné; přibližně 13 % dotázaných mělo vysokoškolské vzdělání, necelých 7 % získalo pouze základní vzdělání, či zůstalo zcela bez vzdělání. Rozložení souboru respondentů je obsaženo v tab. 102, 103 a 104 v příloze č. 9.

8.2.2 Zjišťování výskytu pracovní neschopnosti

Výskyt pracovní neschopnosti byl analyzován u osob považovaných za zaměstnané, které z důvodu nemoci či úrazu nepracovaly po celý referenční týden, nebo v jeho rámci odpracovaly méně hodin než obvykle, tj. u osob, které na níže položené otázky z nabízených variant vybraly odpověď „Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“.

Konkrétně se jednalo o souslednost otázek:

- Má respondent/ka zaměstnání, v němž v referenčním týdnu nebyl/a přítomen/a?
- Co bylo příčinou jeho/její nepřítomnosti?
 - a) Mateřská dovolená
 - b) Rodičovská dovolená
 - c) Dovolená
 - d) Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz**
 - e) Nepříznivé klimatické podmínky
 - f) Nedostatek práce z ekonomických nebo technických důvodů
 - g) Pracovní spor (stávka)

- h) Výluka
- i) Studijní volno nebo školení
- j) Ostatní důvody (osobní, rodinné apod.)

a otázek:

- Kolik hodin týdně obvykle odpracuje ve svém hlavním zaměstnání?
- Kolik hodin ve svém hlavním zaměstnání v referenčním týdnu odpracoval/a?
- Z jakého důvodu odpracoval/a v referenčním týdnu méně hodin než obvykle?³⁷
 - a) Státní svátek nebo den pracovního klidu
 - b) Dovolena
 - c) Nepravidelná pracovní doba (např. krátký týden, turnusová práce)
 - d) Nedostatek práce z technických nebo ekonomických důvodů
 - e) **Pracovní neschopnost pro nemoc či úraz**
 - f) Nepříznivé klimatické podmínky
 - g) Nástup nebo změna zaměstnání v průběhu týdne
 - h) Ukončení zaměstnání uprostřed týdne bez zahájení nového
 - i) Studijní volno
 - j) Výluka
 - k) Mateřská dovolená
 - l) Stávka
 - m) Ostatní volno z osobních či rodinných důvodů
 - n) Jiné důvody

První z výše uváděných sousledností otázek se týkala respondentů, kteří po celý referenční týden nevykonávali výdělečnou činnost. Touto otázkou bylo zjištěno, zda osoba má zaměstnání, popř. podnikatelskou činnost, kterou však v průběhu referenčního týdne nevykonávala. Následující otázka zjišťovala příčiny její pracovní absence. V případě, že respondenti zvolili odpověď „Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“, značilo to, že byli po celý týden nemocní.

Druhá souslednost otázek se týkala respondentů, kteří alespoň část referenčního týdne pracovali. První otázkou byl zjištěn počet obvykle odpracovaných hodin a otázkou následující počet hodin odpracovaných v průběhu referenčního týdne. Po odečtení těchto dvou získaných hodnot byli vymezeni respondenti, kteří v referenčním týdnu odpracovali méně hodin než obvykle. Třetí otázka zjišťovala příčinu tohoto jednání; zněla-li odpověď „Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“, znamenalo to, že respondent byl po část týdne nemocný a proto nemohl pracovat jako obvykle. Mohlo se jednat jak o krátkodobou absenci v délce dnů či hodin, tak o konec nebo začátek dlouhodobější absence, který spadl do referenčního týdne.

Na základě výše uvedených otázek byla vytvořena jedna dichotomická proměnná nazvaná „Pracovní neschopnost“, která nabývala hodnoty „ano“ a „ne“. V případě, že příčinou pracovní absence po celý týden nebo odpracování menšího počtu hodin než obvykle, byla pracovní neschopnost pro nemoc a úraz, proměnná nabývala hodnoty „ano“. Hodnoty „ne“ nabývala ve

³⁷ V rámci let 2002–2008 se znění otázky a pořadí možných variant odpovědí mírně odlišovalo. Vždy však bylo možné zjistit, zda příčinou menší počtu odpracovaných hodin byla pracovní neschopnost pro nemoc či úraz.

všech ostatních případech, tj. jak v případě, kdy pracovník v průběhu referenčního týdne pracoval, tak v případě, že nepracoval anebo odpracoval menší počet hodin než obvykle, ale příčinou nebyla pracovní neschopnost pro nemoc a úraz. Ve sledovaném období byla pracovní neschopnost zjištěna u 22 899 osob, z toho u 10 548 mužů a 12 351 žen.

V rámci výše uvedených variant odpovědí na otázku týkající se příčiny úplné či částečné absence pracovníka, narážíme opět na problematiku rozdílnosti „obecného“ vnímání pracovní neschopnosti a jejího právního vymezení. V rámci jejího obecného vnímání je pracovní neschopnost chápána jako jakákoliv nemoc nebo úraz, který neumožňuje jedinci pracovat, zatímco dle zákona musejí být pro vznik pracovní neschopnosti splněny další zákonné podmínky (např. účast na nemocenském pojištění).

Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz byla jedinou z nabízených variant odpovědí, která odkazovala na zdravotní indispozice respondenta jakožto příčinu jeho absence či sníženého počtu odpracovaných hodin. Označení právě této varianty patrně sloužilo respondentům k vyjádření skutečnosti, že jejich zdravotní stav neumožňoval standardní výkon výdělečné činnosti a jednalo se tedy o informaci o nemoci či úrazu pracovníka. Varianta odpovědi „pracovní neschopnost“ byla tedy velmi pravděpodobně respondenty vnímána jako možnost pro vyjádření skutečnosti, že byli zdravotně indisponováni, bez ohledu na omezení vyplývající z právní definice tohoto jevu, tj. bez ohledu na to, že ne každá pracovní absence způsobená nemocí či úrazem může být z právního hlediska nazývána pracovní neschopností.

V této souvislosti může být rovněž diskutována jiná z možných odpovědí na příčinu pracovní absente, a to „dovolená“. Je obecně známo, že k léčbě zejména krátkodobých onemocnění bývá některými pracovníky, zejména z finančních důvodů, využívána namísto pracovní neschopnosti řádná dovolená (Dlouhá, 2009; ČSÚ, 2012c). Je tedy otázkou, jak v tomto případě dotčený nemocný respondent označil příčinu své absence, a zda nemohlo dojít k podhodnocení zjištěné nemocnosti.

Další diskutovanou položkou, která může mít vliv na sledované údaje je varianta odpovědi „nedostatek práce z ekonomických nebo technických důvodů“. Nezřídka byly v praxi okresních správ sociálního zabezpečení zjištěny situace, kdy pracovníci z podniků s těmito problémy zneužívali pracovní neschopnost, jako způsob jak si zajistit částečný příjem financovaný státem namísto příjmu od jejich zaměstnavatele (Ondráčková, 2011; Investnet.cz, 2013). Nabízí se opět otázka označení příčiny absence respondentem, a v tomto případě naopak nadhodnocení nemocnosti (respondent označí, že příčinou je nemoc, ve skutečnosti se jednalo o překážku v práci na straně zaměstnavatele).

Péče o nemocné potomky jakožto příčina nepřítomnosti v zaměstnání může být dalším sporným bodem v nabízených variantách odpovědí. Jak označili respondenti a převážně respondentky, neboť péče o děti je stále ještě doménou žen, tuto příčinu své pracovní absence v rámci šetření je možné se jen domýšlet. Pravděpodobně by správně měla být zařazena do kolonky „ostatní důvody“, nelze však vyloučit, že byla zahrnuta do varianty „pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“ (ačkoliv se jednalo o nemoc či úraz jiné než dotazované osoby) a tak mohlo dojít k navýšení výskytu pracovní neschopnosti, a to zejména žen majících děti v předškolním věku a ve věku povinné školní docházky. Pro přiblížení možného nadhodnocení počtu pracovních neschopností zde na základě dat ČSSZ uvádím, že v letech 2011 a 2012 bylo

evidováno přibližně 300 000 případů ošetřování ročně, tj. případů, kdy osoba dočasně nevykonává výdělečnou činnost, neboť pečuje o své potomky, popř. jiné členy rodiny.

Přes výše uvedené připomínky je možné obecně konstatovat, že data výběrového šetření jsou vhodným podkladem pro provedení analýzy sledovaného jevu. Spíše než pracovní neschopnost v té podobě, v jaké je sledována státními institucemi na základě její právní definice, se však jedná o analýzu pracovní absence zaměstnaných a podnikajících osob z důvodu nemoci či úrazu. V textu bude i nadále používán termín pracovní neschopnost, nebude však již odrážet jeho vymezení stanovené zákonem.

8.2.3 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti: dvourozměrná analýza

Výskyt pracovní neschopnosti je, vyjma samotné existence zdravotní indispozice, podmiňován řadou dalších charakteristik pracovníka. Některé z těchto charakteristik – faktorů – byly sledovány v rámci VŠPS a v následující kapitole je analyzován jejich vliv na výskyt zkoumaného jevu.

Vybrané charakteristiky byly rozděleny do tří skupin. První skupinou byly demografické a socioekonomické proměnné, do druhé skupiny byly zařazeny časové a geografické proměnné a třetí skupina byla tvořena proměnnými vyjadřujícími charakter výdělečné činnosti respondenta.

Demografické a socioekonomické proměnné

Mezi demografické a socioekonomické proměnné bylo zařazeno pohlaví respondenta, jeho věk, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání. Proměnná „pohlaví“ byla dichotomická a nabývala dvou hodnot – muž a žena. Stáří respondentů bylo sledováno na základě proměnné „věk“, která pokrývala věkové období od 15 let výše. Toto období bylo pro detailní sledování v rámci demografických a socioekonomických ukazatelů rozčleněno na 10 pětiletých věkových kategorií; poslední věková kategorie byla ponechána otevřená. Jednalo se o kategorie: 15–19 let, 20–24 let, 25–29 let, 30–34 let, 35–39 let, 40–44 let, 45–49 let, 50–54 let, 55–59 let, 60–64 let a 65 a více let. Pro sledování v rámci dalších, nedemografických, ukazatelů bylo používáno širší vymezení věku, a to v rámci věkových kategorií 15–29 let, 30–44 let, 45–59 let, 60 a více let. Proměnná „rodinný stav“ sledovala, zda byl/a respondent/ka svobodný/á, ženatý/vdaná, ovdovělý/á nebo rozvedený/á. Dle nejvyššího dosaženého vzdělání byli respondenti rozděleni do následujících 4 kategorií: základní vzdělání či zcela bez vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou a vysokoškolské vzdělání (vyšší odborná škola nebo vysoká škola).

Na základě předcházející analýzy agregovaných údajů pocházejících ze statistik státních institucí a studia relevantní literatury, bylo možné očekávat častější výskyt pracovní neschopnosti u žen, starších osob, osob s nižším vzděláním a osob rozvedených (Gobyová, 2009; Besseling a Sonneveld, 2008). Na vyšší výskyt pracovní neschopnosti ve vyjmenovaných kategoriích daných proměnných bylo usuzováno převážně na základě hodnot statistického ukazatele průměrného procenta pracovní neschopnosti evidovaného Českým statistickým úřadem, který udává průměrný podíl denně absentujících osob, nikoliv na základě ukazatele počtu případů pracovní neschopnosti, který ve statistikách ČSÚ udává počet nově hlášených

a ve statistikách ČSSZ/ÚZIS počet ukončených případů pracovní neschopnosti. Příčinou byla skutečnost, že v rámci VŠPS bylo zjišťováno, zda osoba v referenčním týdnu nepracovala nebo pracovala méně z důvodu pracovní neschopnosti, nikoliv, zda v referenčním týdnu došlo k jejímu vzniku, popř. ukončení.

Geografické a časové faktory

Do druhé skupiny byly zařazeny faktory časové a geografické. Časovými faktory byly proměnné, které označovaly kalendářní rok a čtvrtletí, do něhož spadal studovaný referenční týden. Geografické proměnné určovaly zařazení respondenta dle místa jeho pracoviště do příslušného kraje České republiky. Proměnná „kalendářní rok“ členila zjištěná pozorování do jednotlivých let, v nichž výběrové šetření probíhalo, a jejichž údaje jsou zpracovávány v rámci této práce. Jednalo se o kategorie (roky): 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 a 2008. V rámci proměnné „čtvrtletí“ byl výskyt pracovní neschopnosti sledován dle části roku, do které spadal referenční týden, k němuž se zjištění vztahovalo. Tato proměnná měla 4 následující kategorie: 1. čtvrtletí, 2. čtvrtletí, 3. čtvrtletí a 4. čtvrtletí. Geografické zařazení respondenta bylo realizováno na základě proměnné „kraj“, která se skládala ze 14 následujících kategorií (krajů): Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský.

Na základě předešlých zjištění bylo předpokládáno, že častější výskyt pracovní neschopnosti bude evidován ve východní části republiky. Z hlediska časového vývoje bylo možné očekávat vývoj odpovídající vývoji průměrného procenta pracovní neschopnosti, tedy nárůst do roku 2003 a následný postupný pokles hodnot. Z hlediska rozložení v rámci roku byla, v souvislosti s výskytem chřipkových epidemií, nejčastější nepřítomnost v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti očekávána v prvním čtvrtletí roku.

Charakteristiky výdělečné činnosti pracovníka

Třetí, nejpočetnější, skupinu tvořily faktory vztahující se k výdělečné činnosti respondenta – postavení respondenta v zaměstnání a jeho zařazení do odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ) a klasifikace zaměstnání (KZAM), typ pracovního úvazku, typ pracovní smlouvy, počet obvykle odpracovaných hodin za týden, délka praxe v současném zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti, dojíždka do zaměstnání a případné hledání jiného (dalšího) zaměstnání.

V rámci proměnné „klasifikace zaměstnání“ (KZAM) byli respondenti rozčleněni do 10 kategorií (tzv. hlavních tříd). Rozdělení proběhlo na základě jimi deklarované pracovní činnosti, kterou vykonávali, a která byla zdrojem jejich hlavních pracovních příjmů. Jednalo se o:

- 0) příslušníky armády,
- 1) zákonodárce, vedoucí a řídicí pracovníky,
- 2) vědecké a odborné duševní pracovníky,
- 3) technické, zdravotnické a pedagogické pracovníky,
- 4) nižší administrativní pracovníky (úředníky),
- 5) provozní pracovníky ve službách a obchodě,
- 6) kvalifikované dělníky v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech,

- 7) řemeslníky, kvalifikované výrobce, zpracovatele a opraváře,
- 8) obsluhu strojů a zařízení,
- 9) pomocné a nekvalifikované pracovníky.

Odvětvová klasifikace ekonomických činností (OKEČ) byla tvořena 16 kategoriemi. Předmětem odvětvové klasifikace ekonomických činností jsou všechny pracovní činnosti vykonávané ekonomickými subjekty; stejnorodé činnosti jsou seskupovány do jedné položky označené písmenem (ČSÚ, 2012a). Jednalo se o tyto seskupení (kategorie):

- A = zemědělství, myslivost, lesnictví,
- B = Rybolov a chov ryb,
- C = těžba nerostných surovin,
- D = zpracovatelský průmysl,
- E = výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody,
- F = stavebnictví,
- G = obchod; opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost,
- H = ubytování a stravování,
- I = doprava, skladování a spoje,
- J = finanční zprostředkování,
- K = činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti,
- L = veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení,
- M = vzdělávání,
- N = zdravotní a sociální péče, veterinární činnosti,
- O = ostatní veřejné, sociální a osobní služby,
- P = činnosti domácností.

Proměnná „postavení v zaměstnání“ byla tvořena následujícími kategoriemi: podnikatel se zaměstnanci, podnikatel bez zaměstnanců, zaměstnanec, člen produkčního družstva, pomáhající rodinný příslušník.

Z hlediska proměnné „pracovní úvazek“ byli respondenti rozčleněni do dvou kategorií na základě toho, zda pracovali na plný nebo jen částečný úvazek.

V proměnné „typ pracovní smlouvy“ byli zaměstnanci rozděleni na ty, jejichž pracovní smlouva byla uzavřena na dobu neurčitou a na ty, kteří měli sjednanou pracovní smlouvu na dobu určitou, mezi něž byli zařazeni rovněž jedinci pracující na dohodu o provedení práce či dohodu o provedení činnosti.

V rámci proměnné „počet obvykle odpracovaných hodin za týden“ byli dotazovaní rozčleněni do tří kategorií. První kategorie zahrnovala respondenty pracující obvykle méně než 35 hodin týdně, přičemž jejich převážná část byla tvořena jedinci, kteří uvedli, že pracují na částečný úvazek. Druhá kategorie zahrnovala jedince, jejichž obvyklá pracovní doba se pohybovala kolem zákonem stanovené hranice 40 hodin týdně; tyto pracovali více než 35 hodin, ale méně než 45 hodin týdně. Do třetí kategorie byli zařazeni respondenti, kteří v průběhu obvyklého pracovního týdne odpracovali více než 45 hodin. Toto rozčlenění bylo zvoleno

s cílem oddělit respondenty pracující výrazně méně a výrazně více než je zákonem stanovený týdenní rozsah pracovní doby. Bylo předpokládáno, že motivace respondentů k tomuto chování se projeví rovněž ve výskytu pracovní neschopnosti.

Proměnná „délka práce v současném zaměstnání nebo jako samostatně výdělečně činná osoba“ se skládala ze 4 kategorií, do nichž byli respondenti rozčleněni dle doby, po jakou se věnovali své dosavadní výdělečné činnosti. První kategorii tvořili jedinci s praxí, která nepřesáhla 3 měsíce. Do druhé kategorie byli zařazeni ti, kteří na své současné pozici pracovali v rozmezí od 3 měsíců do 1 roku (včetně). Třetí kategorie zahrnovala zkušené pracovníky s praxí od 1 roku do 3 let (včetně) a do poslední, čtvrté, kategorie byli zařazeni ti, kteří ve svém stávajícím zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti nacházeli uplatnění již déle než 3 roky. Relativně nepravidelná šíře použitých intervalů byla stanovena na základě právních omezení, které se k určité době výkonu pracovní vztahují (např. zkušební lhůta v délce obvykle 3 měsíců) a dále na základě předpokládaného postavení pracovníků v pracovním kolektivu v závislosti na délce jejich působení v organizaci a rozložení výskytu pracovní neschopnosti.

Předposlední sledovanou proměnnou byla dojíždka respondentů do zaměstnání. V rámci VŠPS nebyla doba dojíždky do zaměstnání zjišťována a pro určité vyjádření časové, popř. fyzické náročnosti přepravení se do zaměstnání byla pro účely této práce dojíždka chápána jako skutečnost, kdy respondent musel při cestě do zaměstnání překročit hranice okresu bydliště. Tato proměnná tedy nabývala dvou možných hodnot na základě skutečnosti, zda se okres bydliště lišil od okresu pracoviště respondenta. Pokud ano nabývala hodnoty „ano“, pokud nikoliv nabývala hodnoty „ne“. Dojíždka mezi jednotlivými částmi Prahy nebyla brána v úvahu, tj. nabývala hodnoty „ne“.

Posledním sledovaným faktorem byla skutečnost, zda respondent hledal jiné či další zaměstnání. Tato otázka se vztahovala rovněž na podnikající osoby, nejen zaměstnance. Jednalo se opět o dichotomickou proměnnou, která nabízela 2 možnosti odpovědi – „ano“, pokud respondent chtěl změnit svou hlavní výdělečnou činnost, nebo chtěl ke svému stávajícímu zaměstnání nalézt ještě další, a „ne“, pokud respondent nechtěl na svém současném pracovním zařazení nic měnit.

Pro tuto skupinu proměnných byly stanoveny hypotézy, které předpokládaly, že výskyt pracovní neschopnosti bude méně častý u osob s vyšším postavením v zaměstnání, tj. u osob, které mají vyšší kontrolu nad vykonávanou prací (např. Aronsson a Gustafsson, 2005), u vedoucích pracovníků majících zodpovědnost za své podřízené a předávanou práci (např. Böckerman a Laukkanen, 2008; Hansen a Andersen, 2008) a u osob, které vykonávají duševní činnost, jež jim jednak umožňuje tuto činnost vykovávat i ve zhoršeném zdravotním stavu a zároveň jsou méně vystaveny zdravotním rizikům, a to jak na pracovišti tak i mimo ně. Zdravotní stav je přitom obecně chápán jako jeden z hlavních prediktorů možného výskytu pracovní neschopnosti (Bergendorff, 2003; Koopman et al., 2002).

Vyšší výskyt pracovní neschopnosti byl dále předpokládán u osob, které ve svém současném zaměstnání pracují již delší dobu, a proto jsou si svým zaměstnáním a svou potřebností (danou mimo jiné nabytými specifickými zkušenostmi) jistější, než osoby pracující na dané pozici krátkodobě (např. Bonato a Lusinyan, 2007). Vyšší podíl osob nepřítomných v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti byl také předpokládán u pracovníků dojíždějících

do zaměstnání. Dojížděku do zaměstnání označují samotní ošetřující lékaři jako přítěžující faktor, tj. faktor podporující jejich rozhodnutí o vzniku či trvání pracovní neschopnosti nemocného pracovníka, často na základě jeho přání.

U osob hledajících si jiné, popř. další, zaměstnání bylo rovněž očekáváno, že jejich pracovní neschopnost bude vyšší než osob, které si jiné zaměstnání nehledají. Tato hypotéza byla dána předpokladem, že osoby hledající jiné nebo další zaměstnání pravděpodobně nejsou ve svém stávajícím zaměstnání spokojeny, ať už z finančních, osobních či jiných důvodů, a proto hledají nové uplatnění na trhu práce. Spokojenost v zaměstnání je přitom odbornou literaturou pojímána jako jeden z hlavních předpokladů pro nízkou pracovní neschopnost (např. North, 1993; Caverley et al., 2007; Pharmiweb.com, 2010). Je možné vyslovit domněnku, že až na případy, kdy důvodem hledání jiného zaměstnání byla skutečnost, že stávající zaměstnání mělo negativní dopad na respondentovo zdraví, mohla být příčinou vysoké pracovní neschopnosti těchto osob malá snaha překonat mírné zdravotní obtíže a pokračovat v docházce do zaměstnání. V tomto případě nelze opomenout ani možnost vzniku fiktivní pracovní neschopnosti, která mohla být respondentem využita k aktivnějšímu hledání nového pracovního místa (např. vyhledávání inzerátů, účast na pracovních pohovorech).

Nižší pracovní neschopnost byla na základě zahraničních studií rovněž předpokládána u osob pracujících na částečný úvazek (např. Bonato, Lusinyan, 2007). Dle Bergendorffa (2003) je příčinou nižší pracovní neschopnosti osob pracujících na částečný úvazek to, že tyto osoby si jsou méně jisté svým zaměstnáním. Vzhledem k částečnému úvazku mají zároveň nižší plat a následně nižší dávky v nemoci, a proto nevyužívají pracovní neschopnosti v takové míře jako stálí zaměstnanci pracující na plný úvazek. Tyto osoby zároveň mnohdy pracují na méně standardní formy pracovní smlouvy, tj. dohody o provedení práce či provedení činnosti, a je jim poskytována menší právní ochrana (Bergendorff, 2003).

Stejně zdůvodnění, spočívající zejména v menší jistotě zaměstnání, je používáno také pro předpoklad nižšího výskytu pracovní neschopnosti u osob s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu určitou. Častější výskyt pracovní neschopnosti u osob pracujících na plný úvazek, a to zejména u osob s pevně stanovenou pracovní dobou, bývá zdůvodňován také tím, že tyto osoby jsou méně flexibilní v průběhu dne a krátkodobá pracovní neschopnost jim může tuto volnost do jisté míry dočasně poskytnout (Bonato, Lusinyan, 2007). Stejně zdůvodnění je v rámci těchto teorií používáno k obhájení předpokladu vyšší pracovní neschopnosti u osob s vyšším počtem průměrně odpracovaných hodin.

8.2.3.1 Diferenciace pracovní neschopnosti dle demografických a socioekonomických charakteristik pracovníka

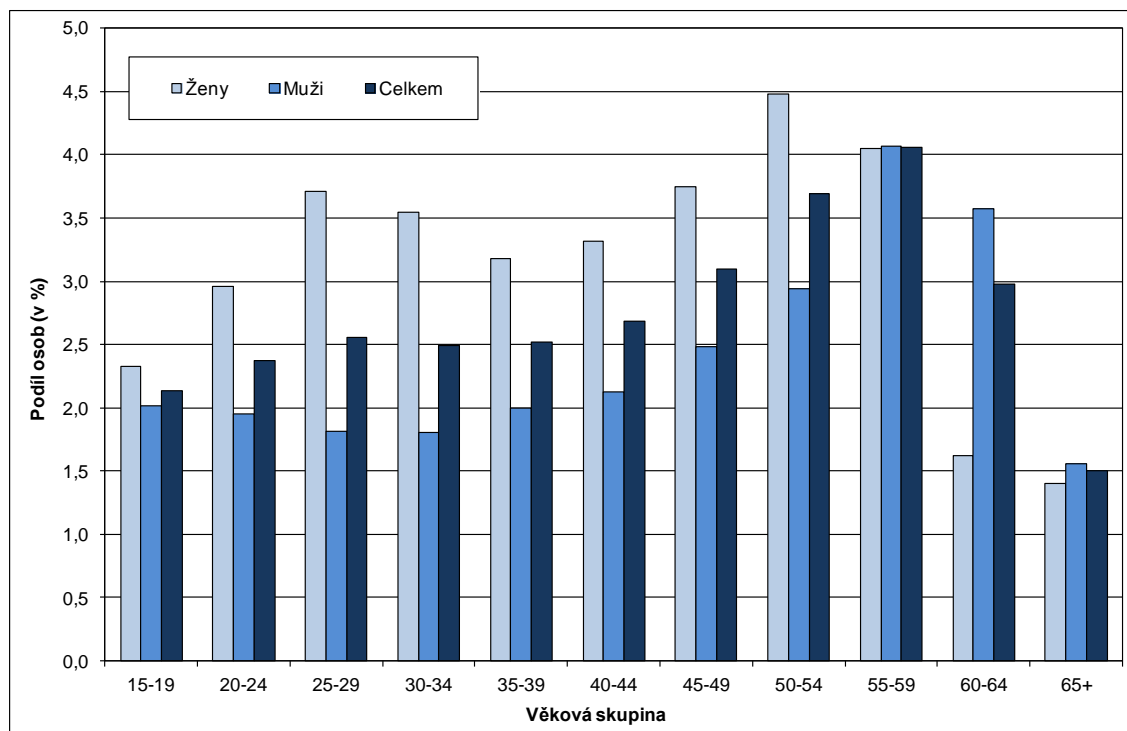
Pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav respondenta jsou základními faktory, jejichž vliv na výskyt pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu bude sledován v následující části práce.

Diferenciace pracovní neschopnosti dle pohlaví a věku

Rozložení pracovní neschopnosti dle dvou základních demografických faktorů – pohlaví a věku – odpovídá zjištěním získaným z celostátních statistik institucí působících v České republice a rovněž i výsledkům zahraničních studií (tab. 50). Vyšší podíl nepřítomných osob, počítaný ze všech osob považovaných terminologií VŠPS za zaměstnané, vyjádřený průměrnou hodnotou let 2002–2008, byl v rámci referenčního týdne zjištěn mezi ženami (3,6 %), ve srovnání s jejich mužskými protějšky (2,4 %).

Z hlediska rozložení dle věku je možné konstatovat, že až do věku nároku na starobní důchod se podíl dočasně práce neschopných zvyšoval takřka přímo úměrně s věkem, po dosažení 60. narozenin se začal snižovat (obr. 24). Toto zjištění je v souladu nejen s výše jmenovanými, publikovanými statistikami, ale i s tzv. Bergendorffovým „efektem zdravých pracovníků“, který spočívá v tom, že zatímco osoby v předdůchodovém věku participují na pracovním trhu ještě všechny, z osob s nárokem na starobní důchod jsou na pracovním trhu, a to dobrovolně, jen ty s lepším zdravotním stavem (Bergendorff, 2003). Proto je pracovní neschopnost osob v důchodovém věku nižší než osob ve věku předcházejícím. Tato skutečnost je v českém prostředí zesílena rovněž tím, že osoby pobírající starobní důchod, popř. invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, mají ve srovnání s ostatními nemocensky pojištěnými omezenou podpůrčí dobu, tedy dobu, po kterou je jim poskytováno nemocenské³⁸.

Obr. 24 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a věku, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a věkové skupiny.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

³⁸ Dle § 28 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, je těmto osobám nemocenské vypláceno nejvýše po dobu 70 dnů. Podpůrčí doba ostatních nemocensky pojištěných osob je v § 26 téhož zákona stanovena maximálně na 380 dní, přičemž ji je dle § 27 možné prodloužit o dalších 350 dní.

Výše zmiňovaný efekt zdravých pracovníků je patrný zejména při sledování rozdílu mezi muži a ženami (obr. 24, tab. 50). U osob mladších a osob ve středním věku převyšovala pracovní neschopnost žen výrazně pracovní neschopnost mužů. Nejvýznamnější rozdíl byl zaznamenán ve věku 25 až 34 let, kdy se pravděpodobně jednalo o pracovní neschopnost spojenou s rizikovým těhotenstvím a podíl absentujících žen v tomto věku byl až 2krát větší než podíl mužů. Zlom nastal kolem 55. roku věku, v němž ženám začal postupně vznikat nárok na starobní důchod, a začaly odcházet z pracovního trhu. Efekt zdravých pracovníků, resp. v tomto případě pracovník, se začal u žen, vzhledem k jejich dřívějšímu odchodu z pracovního trhu, projevovat dříve a podíl nepřítomných mužů a žen v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti se vyrovnal (zatímco v nižším věku převažoval podíl absentujících žen). V následujících věkových skupinách podíl nepřítomných mužů převážil nad podílem žen. Tento trend byl velmi patrný zejména ve věkové skupině 60–64 let, v níž se nacházela řada stále ještě ekonomicky aktivních mužů, kterým buď dosud nevznikl nárok na starobní důchod, nebo kteří dobrovolně, patrně z pozice tradičního živitele rodiny, pokračovali ve výdělečné činnosti, ačkoliv jejich zdravotní stav byl již zhoršený. Podíl mužů v pracovní neschopnosti v této věkové skupině více než 2krát převýšil podíl nepřítomných žen (obr. 24, tab. 50).

Tab. 50 – Podíl osob (v %) a index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a věku, průměr let 2002–2008

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
Muži	2,02	1,95	1,81	1,80	2,00	2,13	2,49	2,94	4,07	3,58	1,56	2,39
Ženy	2,33	2,96	3,71	3,55	3,18	3,31	3,75	4,48	4,05	1,63	1,40	3,59
Celkem	2,14	2,38	2,55	2,49	2,52	2,69	3,10	3,69	4,06	2,98	1,50	2,91
Muži / ženy	87	66	49	51	63	64	66	66	101	220	111	67

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a věkové skupiny.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

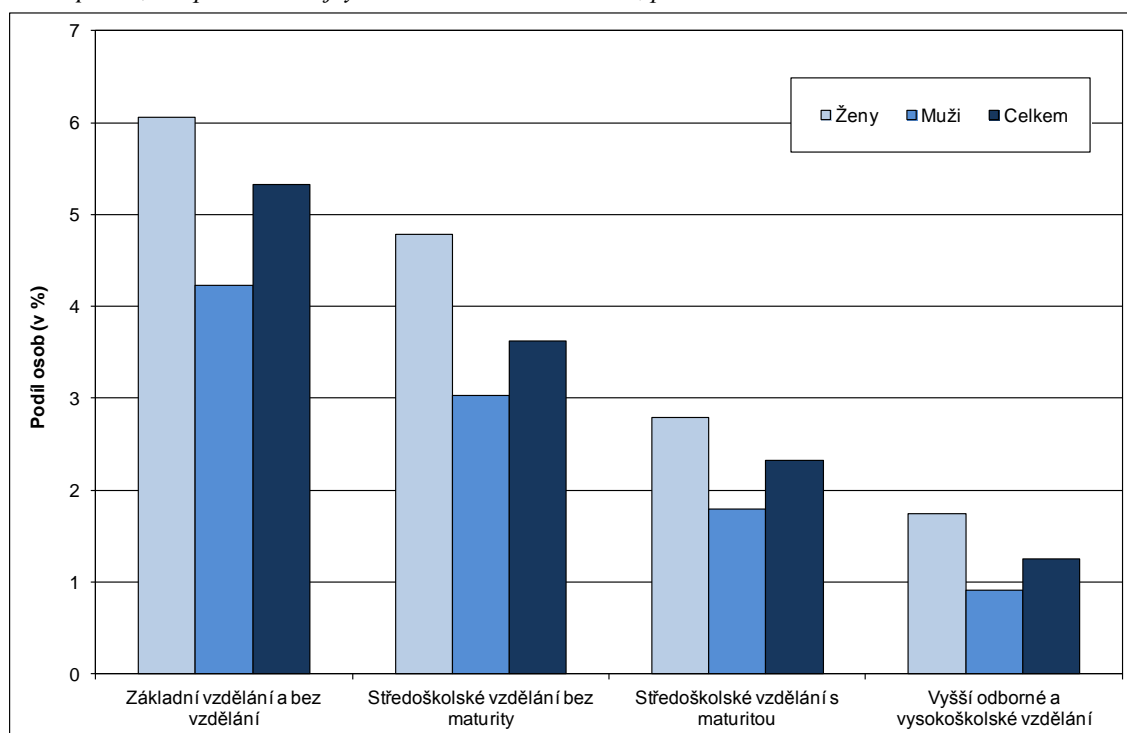
Diferenciace pracovní neschopnosti dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší úroveň pracovní neschopnosti byla, v souladu s předpoklady, zjištěna u osob, které dokončily pouze základní školu nebo zůstaly zcela bez vzdělání. S rostoucím stupněm vzdělání pracovní neschopnost klesala (obr. 25). V rámci referenčního týdne nebylo zcela nebo částečně na pracovišti přítomno z důvodu zdravotní indispozice více než 5 % osob se základní školou, 3,6 % osob s výučním listem, 2,3 % osob se středním vzděláním s maturitou a 1,3 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů (tab. 51). Rozdíl v úrovni pracovní neschopnosti mezi jednotlivými stupni vzdělání dle věku sledovaný pomocí indexů (za referenční skupinu byli považováni respondenti se základním vzděláním) vykazoval pro všechny vzdělanostní kategorie stejný profil (tab. 52). Při odhlédnutí od detailů je možné konstatovat, že až do věkové skupiny 55–59 let (včetně) byl rozdíl mezi vzdělanostními stupni převážně stabilní či mírně narůstal, po 60. roce věku prudce klesl a v nejstarší věkové skupině byl takřka zanedbatelný.

Pracovní neschopnost žen byla v rámci všech stupňů dosaženého vzdělání vyšší než pracovní neschopnost mužů. Největší rozdíl, téměř 50%, byl zaznamenán u osob s úspěšně ukončenou vyšší odbornou či vysokou školou (obr. 25, tab. 53). Naopak pracovní neschopnost mužů a žen se základní školou se lišila nejméně; ženy převyšovaly muže průměrně jen o 30 %.

Relace mezi úrovní pracovní neschopnosti mužů a žen sledovaná dle věku nebyla ovlivněna úrovní vzdělání a platilo, že ve věku do 55 let byla vyšší úroveň sledovaného jevu evidována u žen a ve věku nad 60 let naopak u mužů (tab. 53). Největší rozdíl mezi muži a ženami na všech vzdělanostních stupních byl opět zaznamenán ve věkové skupině 25 až 34 let. Pracovní neschopnost vysokoškolsky vzdělaných žen v této věkové skupině převyšovala pracovní neschopnost mužů přibližně 4krát, žen se středním vzděláním (bez maturity i s maturitou) byla 2krát vyšší než stejně vzdělaných mužů. Nejmenší rozdíl byl zaznamenán mezi muži a ženami se základní školou, tedy mezi osobami charakteristickými nejvyšším podílem absentujících (tab. 53).

Obr. 25 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a vzdělanostní skupiny.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Zajímavý vztah byl zjištěn v nejstarší věkové skupině, tj. věkové skupině nad 65 let (tab. 53). Zatímco mezi osobami se základním vzděláním a s výučním listem byl v pracovní neschopnosti větší podíl žen, mezi středoškolsky a vysokoškolsky vzdělanými osobami byl vyšší podíl absentujících mužů. Tato skutečnost mohla být dána tím, že muži s nižším vzděláním po vzniku nároku na starobní důchod odcházeli z pracovního trhu se stejnou intenzitou jako ženy, zatímco více vzdělaní muži i po přiznání starobního důchodu pokračovali ve výdělečné činnosti častěji než jejich ženské protějšky, což s sebou přineslo i širší a z hlediska zdravotního stavu různorodější skupinu osob pro případný vznik pracovní neschopnosti.

Tab. 51 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
MUŽI												
ZŠ a bez vzdělání	2,37	3,71	4,16	2,86	3,63	2,87	4,66	4,51	6,94	5,83	1,08	4,24
SŠ bez maturity	2,11	2,32	2,22	2,33	2,54	2,84	3,15	3,60	5,17	4,70	1,20	3,03
SŠ s maturitou	0,88	1,32	1,51	1,40	1,73	1,58	1,67	2,31	3,00	3,24	1,89	1,80
VOŠ a VŠ	0,00	0,69	0,55	0,67	0,58	0,86	1,04	1,14	1,21	1,67	1,56	0,92
ŽENY												
ZŠ a bez vzdělání	3,79	5,84	5,30	6,01	5,78	5,91	6,31	7,21	6,10	1,65	1,55	6,06
SŠ bez maturity	2,84	4,07	5,23	4,22	4,23	4,65	4,89	5,82	5,76	2,38	1,59	4,79
SŠ s maturitou	0,36	2,44	3,31	3,05	2,61	2,50	2,70	2,99	3,13	1,60	1,60	2,79
VOŠ a VŠ	0,00	1,46	2,39	2,58	1,45	1,44	1,51	1,45	1,58	0,91	0,75	1,75
CELKEM												
ZŠ a bez vzdělání	2,90	4,39	4,57	4,23	4,78	4,88	5,87	6,48	6,45	3,48	1,44	5,33
SŠ bez maturity	2,35	2,82	3,04	2,96	3,17	3,52	3,81	4,45	5,32	4,26	1,33	3,62
SŠ s maturitou	0,57	1,91	2,35	2,18	2,20	2,10	2,28	2,71	3,06	2,61	1,78	2,32
VOŠ a VŠ	0,00	1,17	1,44	1,39	0,92	1,11	1,24	1,26	1,34	1,46	1,37	1,26

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a vzdělanostní skupiny.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 52 – Indexy podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ZŠ a bez vzdělání

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
MUŽI												
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	89	62	53	81	70	99	68	80	75	81	112	72
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	37	36	36	49	48	55	36	51	43	56	175	43
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	0	19	13	23	16	30	22	25	17	29	145	22
ŽENY												
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	75	70	99	70	73	79	77	81	94	144	102	79
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	9	42	63	51	45	42	43	41	51	97	103	46
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	0	25	45	43	25	24	24	20	26	55	48	29
CELKEM												
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	81	64	66	70	66	72	65	69	83	122	93	68
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	20	44	51	52	46	43	39	42	48	75	124	44
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	0	27	32	33	19	23	21	20	21	42	95	24

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 53 – Indexy podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ženy

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
MUŽI / ŽENY												
ZŠ a bez vzdělání	63	64	79	48	63	49	74	63	114	353	69	70
SŠ bez maturity	75	57	43	55	60	61	64	62	90	197	76	63
SŠ s maturitou	247	54	45	46	66	63	62	77	96	202	118	64
VOŠ a VŠ	0	47	23	26	40	60	69	79	76	183	208	53

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

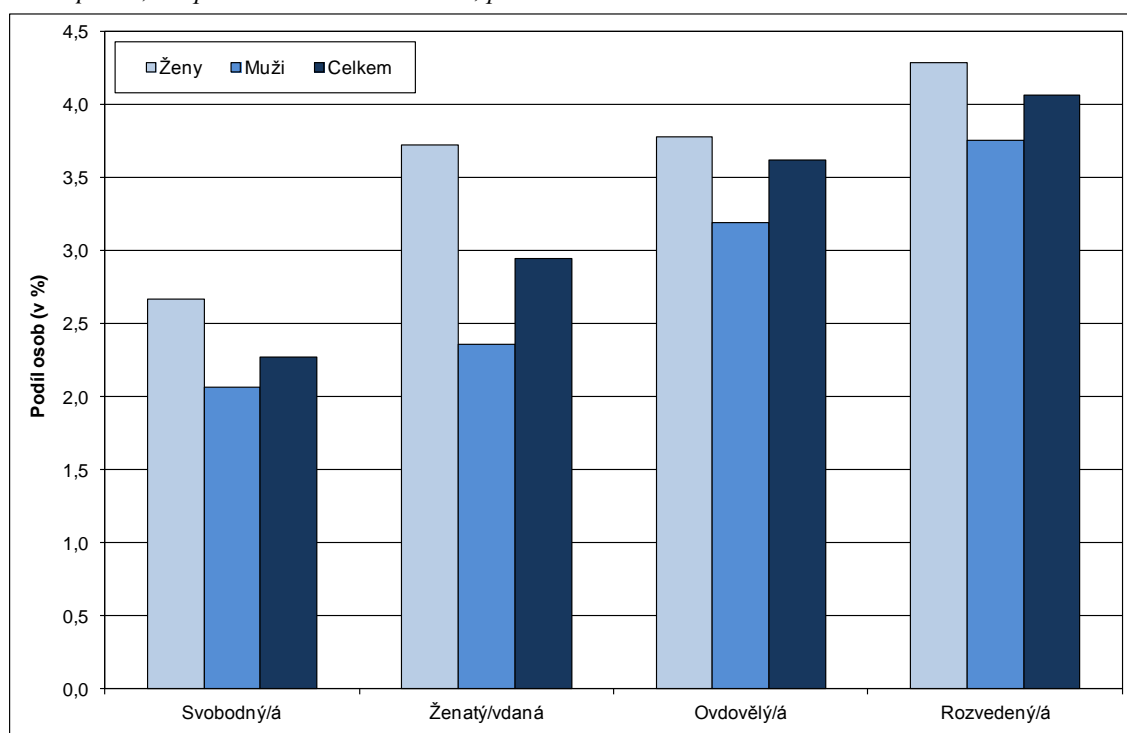
Diferenciace pracovní neschopnosti dle rodinného stavu

V souladu s předpoklady byla nejčastější pracovní absence z důvodu pracovní neschopnosti zjištěna mezi rozvedenými osobami. V rámci referenčního týdne nebylo na pracovišti přítomno

více než 4 % těchto osob (obr. 26). Druhou nejčastěji absentující skupinou byly osoby ovdovělé, jejichž v letech 2002 až 2008 v referenčním týdnu chybělo na pracovišti průměrně 3,6 %. Pracovní neschopnost se naopak nejméně často vyskytovala u osob svobodných (2,3 %), což bylo do značné míry zapříčiněno jejich skladbou, tedy tím, že velkou váhu v této skupině měly mladší osoby, jejichž nemocnost byla prokázána jako průměrně nižší. Při detailnějším pohledu je patrné, že již ve věkové skupině 35–39 let byl podíl svobodných osob v pracovní neschopnosti vyšší než osob žijících v manželství (tab. 54 a 55). Při sledování zkoumaného jevu dle pohlaví se tato skutečnost projevila pouze u mužů, a to již od věkové skupiny 25–29 let, přičemž rozdíl mezi podílem svobodných a ženatých mužů v pracovní neschopnosti do 50. roku věku narůstal (tab. 55). U žen se rozdíl s věkem naopak snižoval; s výjimkou věkové skupiny 60–64 let však pracovní neschopnost svobodných žen zůstala trvale nižší než žen vdaných.

Při srovnání mužů a žen je možné konstatovat, že nejmenší rozdíl byl, obdobně jako u členění dle vzdělání, zjištěn u skupiny, která se vyznačovala nejvyšší pracovní neschopností, tedy u rozvedených osob. Pracovní neschopnost rozvedených žen byla pouze o 10 % vyšší než rozvedených mužů. Nejvíce se od sebe lišili muži a ženy žijící v manželství; pracovní absence žen byla 1,6krát vyšší než mužů (obr. 26, tab. 56).

Obr. 26 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a rodinného stavu, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a rodinného stavu.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Při sledování a interpretaci vztahu mezi muži a ženami dle věku a rodinného stavu, je třeba zohlednit zastoupení jednotlivých skupin, zejména skupin ovdovělých a rozvedených osob v nižším věku, a možnost následného zkreslení výsledků. Z tohoto důvodu těmto skupinám při interpretaci rozdílů v úrovni sledovaného jevu v mladších věkových skupinách nebyla věnována

pozornost. Největší rozdíl mezi muži a ženami byl zjištěn u osob žijících v manželství, a to zejména do věku 30 let, kdy podíl žen v pracovní neschopnosti až 4krát převýšil podíl absentujících mužů (tab. 56). Tato skutečnost byla patrně částečně dána již zmiňovanou pracovní neschopností žen způsobenou rizikovým těhotenstvím, neboť v letech, z nichž pocházejí data, se většina dětí rodila vdaným ženám. Za zmínku stojí rovněž fakt, že u svobodných osob pracovní neschopnost mužů mírně převyšovala pracovní neschopnost žen již od 45. roku věku, zatímco u ostatních skupin k tomuto docházelo až po 55., resp. 60. roce. Tento trend potvrzuje literaturou vícekrát zmiňovaný negativní vliv staromládenectví na zdravotní stav jedinců (např. Rychtaříková, 2006).

Tab. 54 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
	MUŽI											
Svobodný	2,01	1,92	1,78	1,82	2,36	2,58	3,89	3,70	4,38	2,86	0,43	2,06
Ženatý	3,48	2,37	1,70	1,68	1,77	1,93	2,21	2,80	3,86	3,47	1,59	2,36
Ovdovělý	0,00	0,00	0,00	3,61	0,52	2,67	2,53	2,40	5,10	4,87	0,79	3,19
Rozvedený	0,00	3,75	5,11	3,19	3,33	3,11	3,53	3,67	5,54	4,22	2,76	3,76
	ŽENY											
Svobodná	2,13	2,58	2,52	3,08	2,73	2,61	3,28	3,48	3,40	4,13	0,00	2,67
Vdaná	12,10	6,58	5,38	3,64	3,06	3,21	3,62	4,31	3,88	1,39	1,40	3,72
Ovdovělá	0,00	0,00	5,57	2,37	2,13	3,50	4,38	5,36	4,50	1,50	1,53	3,78
Rozvedená	0,00	3,71	5,11	3,92	4,03	3,93	4,35	5,13	4,71	2,15	1,25	4,29
	CELKEM											
Svobodný/á	2,05	2,19	2,04	2,17	2,46	2,59	3,71	3,63	4,05	3,27	0,31	2,27
Ženatý/vdaná	8,73	4,68	3,30	2,49	2,35	2,53	2,88	3,50	3,87	2,99	1,54	2,95
Ovdovělý/á	0,00	0,00	4,83	2,74	1,67	3,30	3,93	4,77	4,68	2,54	1,31	3,62
Rozvedený/á	0,00	3,73	5,11	3,65	3,74	3,59	4,00	4,52	5,12	3,23	1,82	4,06

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a rodinného stavu.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 55 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008; referenční skupina = svobodné osoby

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
	MUŽI											
Ženatý / Svobodný	173	124	95	92	75	75	57	76	88	121	365	115
Ovdovělý / Svobodný	0	0	0	199	22	103	65	65	116	170	183	155
Rozvedený / Svobodný	0	196	286	176	141	121	91	99	127	148	636	182
	ŽENY											
Vdaná / Svobodná	568	255	214	118	112	123	110	124	114	34	0	140
Ovdovělá / Svobodná	0	0	221	77	78	134	134	154	132	36	0	142
Rozvedená / Svobodná	0	144	203	127	148	150	133	147	139	52	0	161
	CELKEM											
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	425	214	162	115	96	98	77	97	95	92	501	130
Ovdovělý/á / Svobodný/á	0	0	236	126	68	127	106	131	116	78	424	159
Rozvedený/á / Svobodný/á	0	170	250	168	152	139	108	125	126	99	589	179

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 56 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku a rodinného stavu, průměr let 2002–2008; referenční skupina = ženy

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Celkem
	MUŽI / ŽENY											
Svobodný/á	94	74	71	59	86	99	119	106	129	69	0	77
Ženatý/vdaná	29	36	32	46	58	60	61	65	100	250	113	64
Ovdovělý/á	0	0	0	152	25	76	58	45	113	325	52	84
Rozvedený/á	0	101	100	81	82	79	81	71	118	196	222	88

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

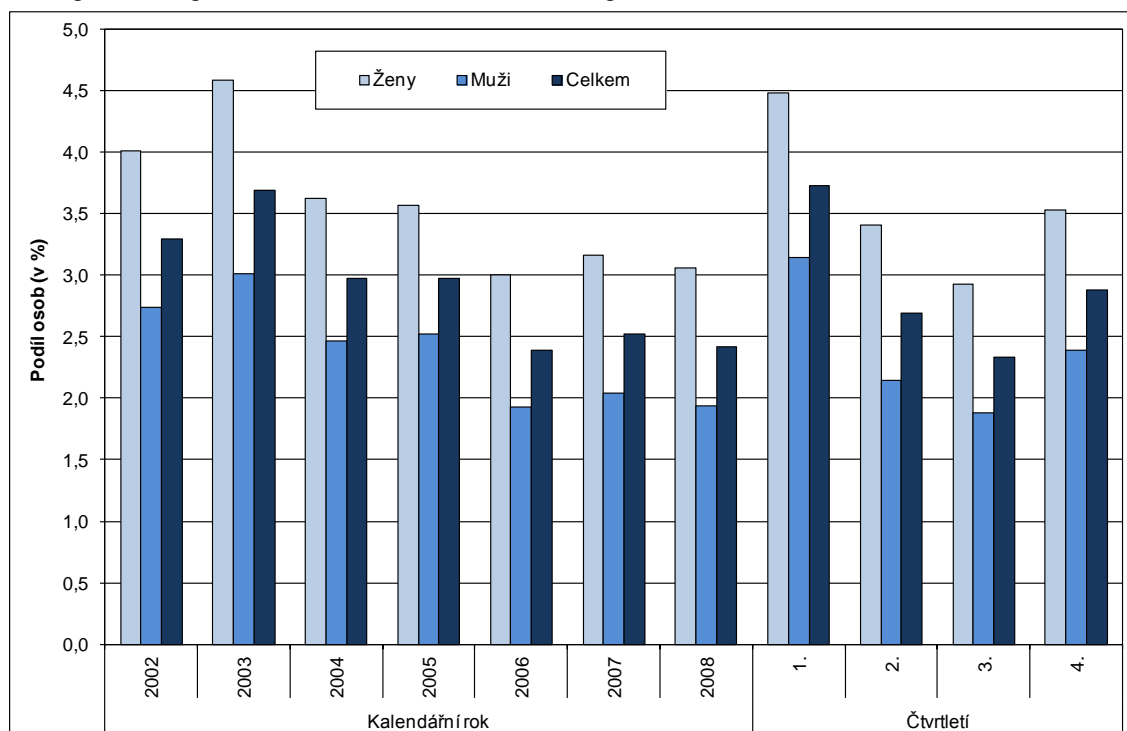
8.2.3.2 Diferenciace pracovní neschopnosti dle časových a geografických proměnných

Následující podkapitola je věnována vlivu objektivních faktorů, tj. časových a regionálních proměnných, na vývoj podílu absentujících osob.

Diferenciace pracovní neschopnosti dle kalendářního roku

V rámci sledovaného období 2002–2008 byl nejvyšší podíl osob, které byly v referenčním týdnu v pracovní neschopnosti, zaznamenán v roce 2003 a poté, v souladu s předpoklady a údaji z celostátní evidence, začalo docházet ke snižování hodnot (tab. 57). Rozdíl mezi muži a ženami měl zejména v první polovině sledovaného období mírně klesající tendenci, přesto však podíl absentujících žen ve všech sledovaných letech přibližně 1,5krát převyšoval podíl nepřítomných mužů (tab. 58).

Obr. 27 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, kalendářního roku a čtvrtletí, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a kalendářního roku, resp. čtvrtletí.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Pětileté věkové skupiny prezentované v předešlé části byly pro následující analýzy nakumulovány do věkových kategorií zahrnujících 15 let věku respondentů. V rámci tohoto členění byl nejčastější výskyt pracovní neschopnosti ve všech sledovaných letech evidován mezi respondenty ve věkové kategorii 45–59 let (tab. 57), v níž byl však zároveň zaznamenán nejvýraznější pokles v rámci sledovaného období. Mezi roky 2002 a 2008 se podíl absentujících snížil o 30 %.

Z pohledu rodinného stavu nedošlo k žádným zásadním změnám, rozdíl v úrovni sledovaného jevu zůstal v rámci jednotlivých skupin po celé sledované období zachován. Stejnou skutečnost je možné konstatovat rovněž u sledování vývoje pracovní neschopnosti v jednotlivých letech z pohledu nejvyššího dosaženého vzdělání (tab. 58).

Tab. 57 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v letech 2002–2008 a jednotlivých čtvrtletích

	Kalendářní rok							Čtvrtletí			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1.	2.	3.	4.
<i>Pohlaví</i>											
Muži	2,74	3,01	2,47	2,52	1,93	2,04	1,94	3,14	2,14	1,88	2,39
Ženy	4,01	4,59	3,63	3,57	3,00	3,17	3,06	4,49	3,40	2,93	3,53
<i>Věk</i>											
15-29 let	2,70	2,74	2,51	2,61	2,20	2,24	2,19	3,15	2,21	1,99	2,57
30-44 let	3,02	3,35	2,66	2,58	2,01	2,21	2,19	3,41	2,34	2,02	2,50
45-59 let	4,03	4,68	3,61	3,69	2,95	3,08	2,82	4,49	3,39	2,90	3,54
60 a více let	2,57	3,54	2,61	2,22	2,22	2,33	2,47	3,06	2,37	2,23	2,49
<i>Rodinný stav</i>											
Svobodný/á	2,53	2,61	2,36	2,48	1,98	1,96	2,05	2,91	2,02	1,85	2,34
Ženatý/vdaná	3,33	3,87	3,00	3,00	2,40	2,49	2,37	3,83	2,76	2,33	2,86
Ovdovělý/á	3,76	4,31	3,88	3,24	2,94	3,81	3,08	4,38	3,30	3,21	3,60
Rozvedený/á	4,89	5,06	4,01	3,90	3,30	3,90	3,56	4,95	3,77	3,35	4,23
<i>Vzdělání</i>											
ZŠ a bez vzdělání	5,98	6,41	5,31	5,43	4,74	4,28	4,75	6,60	5,07	4,38	5,27
SŠ bez maturity	4,06	4,50	3,68	3,61	2,94	3,33	3,05	4,68	3,27	2,91	3,62
SŠ s maturitou	2,56	2,95	2,33	2,50	1,98	1,92	1,99	2,95	2,18	1,89	2,26
VOŠ a VŠ	1,28	1,68	1,40	1,33	0,97	1,15	1,01	1,63	1,25	0,89	1,27
Celkem	3,29	3,70	2,97	2,97	2,39	2,52	2,42	3,73	2,69	2,33	2,88

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví, resp. věkové kategorie, resp. rodinného stavu, resp. vzdělanostní kategorie a kalendářního roku a čtvrtletí.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Diferenciace pracovní neschopnosti dle kalendářního čtvrtletí

Pravděpodobně z důvodu častějšího výskytu onemocnění dýchacích cest v chladnějších měsících roku byl nejvyšší podíl absentujících v zaměstnání průměrně evidován v prvním (3,7 %) a čtvrtém (2,9 %) čtvrtletí sledovaných kalendářních let 2002–2008 (tab. 57). Nejméně osob naopak absentovalo v době letních prázdnin, tj. ve 3. čtvrtletí, kdy v referenčním týdnu chybělo z důvodu pracovní neschopnosti jen 2,3 % zaměstnaných osob. Na tento vývojový profil nemělo vliv pohlaví respondenta, jeho věk, rodinný stav ani vzdělání (tab. 58).

Tab. 58 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v letech 2002–2008 a jednotlivých čtvrtletích

	Kalendářní rok							Čtvrtletí			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1.	2.	3.	4.
<i>Pohlaví</i>											
Muži / ženy	68	66	68	71	64	64	63	70	63	64	68
<i>Věk</i>											
30-44 let / 15-29 let	112	122	106	99	91	98	100	108	106	101	97
45-59 let / 15-29 let	149	171	144	142	134	137	129	143	153	146	138
60 a více let / 15-29 let	95	129	104	85	101	104	113	97	107	112	97
<i>Rodinný stav</i>											
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	193	194	170	157	167	199	173	170	187	181	181
Ovdovělý/á / Svobodný/á	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rozvedený/á / Svobodný/á	236	245	225	219	240	219	231	227	252	237	225
<i>Vzdělání</i>											
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	68	70	69	67	62	78	64	71	64	66	69
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	43	46	44	46	42	45	42	45	43	43	43
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	21	26	26	25	20	27	21	25	25	20	24

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Diferenciace pracovní neschopnosti dle místa pracoviště respondentů

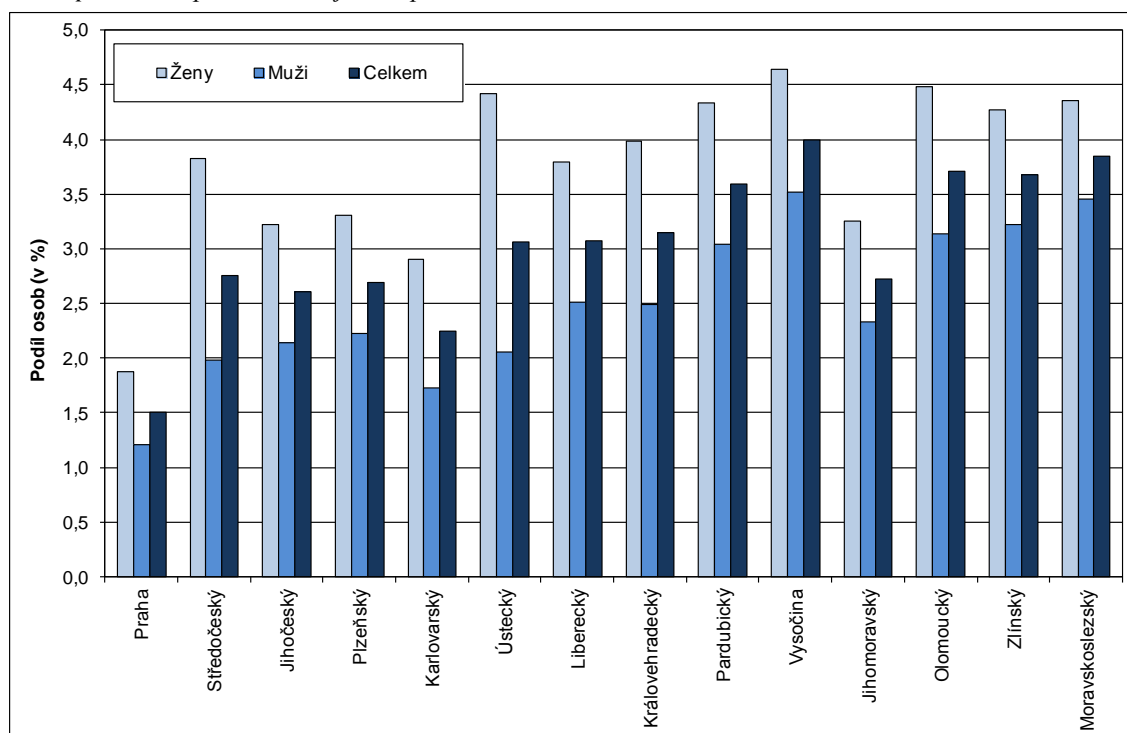
Rozložení podílu absentujících osob v jednotlivých krajích České republiky znázorněné na obr. 28 jen do určité míry kopírovalo rozložení celostátního komplexního ukazatele pracovní neschopnosti, tedy průměrného procenta pracovní neschopnosti, publikovaného v kap. 7.4, na obr. 13. Spearmanův koeficient pořadové korelace srovnávající pořadí krajů dle podílu osob v pracovní neschopnosti (vypočteno jako podíl počtu osob v pracovní neschopnosti a celkového počtu zaměstnaných osob) na základě průměrných hodnot z let 2002–2008 v datech Výběrového šetření pracovních sil a pořadí krajů dle průměrného procenta pracovní neschopnosti v celostátních údajích Českého statistického úřadu ve stejném časovém období, dosáhl úrovně 0,600. Korelace byla prokázána na 5% hladině významnosti.

Za rozdílnými hodnotami a samotným pořadím krajů stál mimo jiné odlišný způsob evidence. Jak již bylo uvedeno výše, data pocházející z celostátní evidence byla tříděna dle sídla zaměstnavatele, zatímco data z výběrového šetření byla sledována dle faktického místa pracoviště respondenta. Rozdělení republiky na západní část s nižší úrovní pracovní neschopnosti a východní část s úrovní vyšší se projevilo i na základě dat VŠPS (obr. 28). Za rozdílným rozložením sledovaného jevu mohlo též stát odlišné vymezení studovaného souboru osob. Zatímco v rámci celostátních statistik je pracovní neschopnost sledována pouze u nemocensky pojištěných osob a podmínkou evidence studované události je vystavení tiskopisu Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem. V případě výběrového šetření byl soubor studovaných osob širěji vymezen (jednalo se o zaměstnané osoby) a za pracovní neschopnost byla na základě hlášení respondenta považována každá absence v zaměstnání způsobená nemocí či úrazem.

Průměrný podíl osob, které nebyly dle údajů VŠPS přítomny v zaměstnání, byl nejnižší v Praze, kde v rámci referenčního týdne v letech 2002–2008 absentovalo průměrně 1,5 % pracujících osob (obr. 28). Nejvyšší podíl absentujících byl zaznamenán na Vysočině (4,0 %) a v Moravskoslezském kraji (3,9 %). Z hlediska pohlaví byla ve všech krajích potvrzena vyšší pracovní neschopnost žen ve srovnání s muži. Nejmenší rozdíl mezi oběma pohlavími byl

zjištěn v Moravskoslezském kraji a na Vysočině, tedy v krajích s vysokým podílem osob nepřítomných v zaměstnání. Opět se tak potvrdila již dříve zjištěná skutečnost, že rozdíly mezi muži a ženami jsou minimální ve skupinách s maximálními hodnotami sledovaného jevu. Nejvýraznější rozdíl byl naopak zjištěn v Ústeckém a Středočeském kraji, což jsou kraje, které dosahovaly spíše průměrných hodnot (tab. 60).

Obr. 28 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a krajů ČR, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a kraje.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Při analyzování rozložení sledovaného jevu v rámci krajů ČR v závislosti na věku respondentů upoutala pozornost skutečnost, že jediným krajem, v němž docházelo k plynulému zvyšování podílu nepřítomných pracovníků spolu s jejich rostoucím věkem, bylo hlavní město Praha. V ostatních krajích byl podíl osob v pracovní neschopnosti starších 60 let nižší, než podíl takovýchto osob v předešlé věkové kategorii 45–59 let (tab. 59). Tato skutečnost mohla být dána vyšší ekonomickou aktivitou pražských seniorů, čímž došlo k odsunutí již mnohokrát zmiňovaného efektu zdravých pracovníků do pozdějšího věku. Vyšší ekonomická aktivita starších osob v Praze mohla být zapříčiněna jak širší nabídkou pracovních příležitostí, tak i skladbou tamního hospodářství.

Z hlediska rodinného stavu byl ve většině krajů kopírován profil celkové úrovně ukazatele; nejnižší pracovní neschopnost byla v naprosté většině krajů ČR evidována u svobodných osob, maximálního podílu osob ze zdravotních důvodů nepřítomných v zaměstnání bylo ve velké části krajů dosaženo osobami rozvedenými. Výjimkou byly některé kraje ve východní části republiky, v nichž nejvíce absentovaly ovdovělé osoby (tab. 59).

Tab. 59 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v krajích ČR, průměr let 2002–2008

Kraj														
	Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královohradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
<i>Pohlaví</i>														
Muži	1,20	1,98	2,14	2,22	1,73	2,05	2,51	2,49	3,04	3,52	2,33	3,13	3,22	3,46
Ženy	1,88	3,83	3,23	3,31	2,90	4,42	3,79	3,99	4,33	4,64	3,25	4,48	4,27	4,35
<i>Věk</i>														
15-29 let	1,21	2,24	2,36	2,21	1,83	2,94	2,53	2,75	3,42	3,56	2,58	3,06	3,19	3,15
30-44 let	1,40	2,60	2,17	2,30	2,17	2,72	2,31	2,63	3,04	3,75	2,33	3,09	3,22	3,28
45-59 let	1,72	3,28	3,22	3,41	2,69	3,56	4,19	3,90	4,25	4,66	3,30	4,85	4,54	4,91
60 a více let	1,90	1,98	2,63	2,49	1,12	2,41	2,83	3,28	4,03	2,86	2,30	3,32	3,10	3,94
<i>Rodinný stav</i>														
Svobodný/á	1,17	2,31	1,75	1,88	1,87	3,04	2,37	2,72	2,71	3,63	2,31	2,91	3,02	2,87
Ženatý/vdaná	1,55	2,74	2,68	2,71	2,10	2,76	2,98	3,12	3,75	3,90	2,75	3,69	3,73	3,95
Ovdovělý/á	1,74	3,06	3,93	4,34	2,79	2,88	4,34	4,14	4,83	3,97	4,05	4,58	5,51	5,57
Rozvedený/á	2,20	3,75	3,99	4,30	3,51	4,38	4,68	4,11	4,54	6,03	3,51	5,71	4,73	4,90
<i>Vzdělání</i>														
ZŠ a bez vzdělání	2,57	4,68	5,14	4,58	3,79	6,46	5,21	5,87	6,79	5,94	5,34	6,86	6,63	5,90
SŠ bez maturity	2,16	3,09	3,13	3,13	2,49	3,21	3,49	3,54	4,21	4,77	3,55	4,35	4,51	4,85
SŠ s maturitou	1,48	2,24	2,00	2,25	1,76	2,39	2,29	2,76	2,92	3,19	2,22	3,02	2,89	2,89
VOŠ a VŠ	0,85	1,49	1,24	1,39	0,96	1,33	1,89	1,76	1,41	2,04	1,04	1,41	1,30	1,77
Celkem	1,50	2,75	2,61	2,69	2,24	3,06	3,07	3,15	3,59	3,99	2,73	3,71	3,68	3,85

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví, resp. věkové kategorie, resp. rodinného stavu, resp. vzdělanostní kategorie a kraje ČR.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 60 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání, v krajích ČR, průměr let 2002–2008

Kraj														
	Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královohradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
<i>Pohlaví</i>														
Muži / ženy	64	52	67	67	60	46	66	62	70	76	72	70	75	79
<i>Věk</i>														
30-44 let / 15-29 let	116	116	92	104	119	93	91	96	89	105	90	101	101	104
45-59 let / 15-29 let	142	146	136	154	147	121	165	142	124	131	128	158	142	156
60 a více let / 15-29 let	157	88	111	112	61	82	112	119	118	80	89	109	97	125
<i>Rodinný stav</i>														
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	133	119	154	144	113	91	126	115	138	108	119	127	123	138
Ovdovělý/á / Svobodný/á	149	132	225	231	149	95	183	152	178	109	176	158	182	194
Rozvedený/á / Svobodný/á	188	162	228	229	188	144	198	151	167	166	152	197	156	171
<i>Vzdělání</i>														
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	84	66	61	68	66	50	67	60	62	80	66	63	68	82
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	58	48	39	49	47	37	44	47	43	54	42	44	44	49
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	33	32	24	30	25	21	36	30	21	34	19	21	20	30

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Podíl nepřítomných osob členěných dle vzdělání rovněž odpovídal rozložení celkového ukazatele. Nejvyšší podíl nepřítomných osob z důvodu nemoci či úrazu byl zjištěn mezi osobami se základním vzděláním, naopak nejméně absentujících bylo evidováno mezi vysokoškolsky vzdělanými respondenty (tab. 59 a 60). Naprostá většina vzdělanostních kategorií vykazovala nejnižší hodnoty v Praze a nejvyšší v kraji Moravskoslezském a kraji Vysočina. Výjimkou byla skupina osob s nejnižším dosaženým vzděláním; nejnižšího podílu absentujících dosáhly tyto osoby rovněž v hlavním městě Praze (2,6 %), nejvyšší podíl byl však zaznamenán v Olomouckém (6,9 %) a Pardubickém (6,8 %) kraji (tab. 59).

8.2.3.3 Diferenciace pracovní neschopnosti dle proměnných souvisejících s výkonem výdělečné činnosti pracovníka

V následující části práce jsou sledovány individuální charakteristiky pracovníka související s výdělečnou činností, kterou vykonává.

Diferenciace pracovní neschopnosti dle klasifikace zaměstnání KZAM

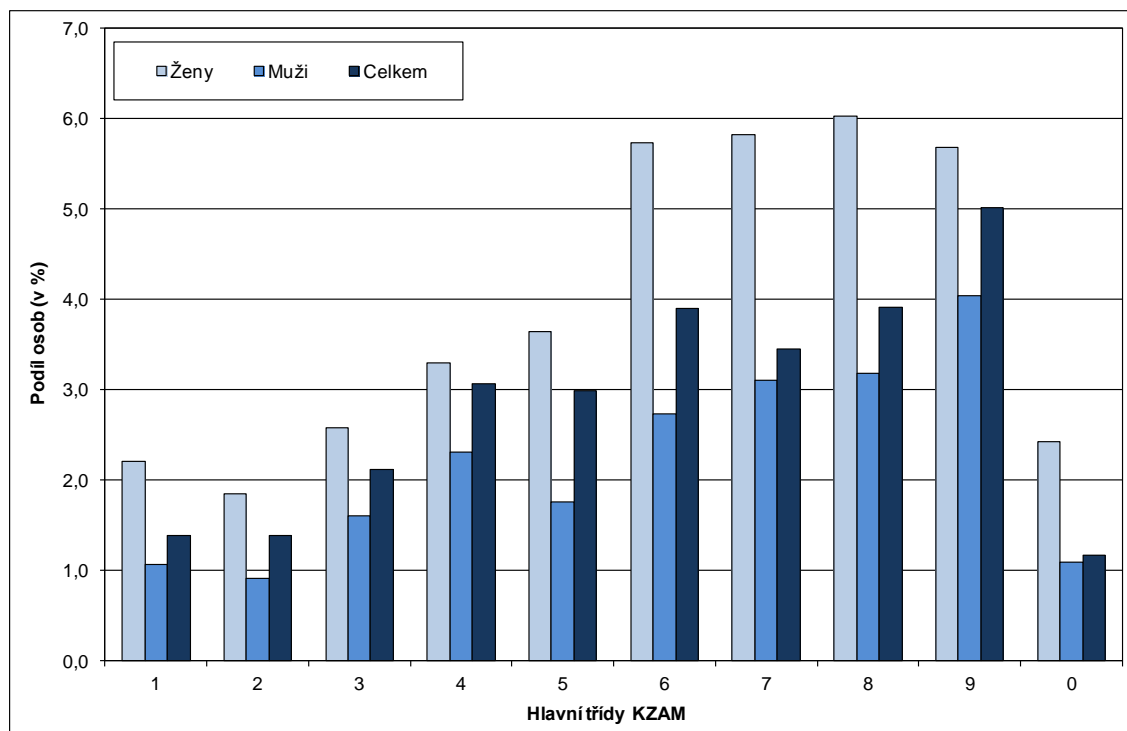
První z proměnných, jejíž vliv na výskyt pracovní neschopnosti bude sledován, je klasifikace zaměstnání (KZAM). Při odhlédnutí od detailů je možné konstatovat, že podíl osob absentujících z důvodu nemoci nebo úrazu se zvyšoval přímo úměrně se zvyšujícím se číselným označením hlavních tříd tvořících klasifikaci zaměstnání (obr. 29). Tato skutečnost byla do značné míry dána tím, jak byly jednotlivé hlavní třídy vytvořeny. Dvěma hlavními dimenzemi klasifikace KZAM jsou úroveň vzdělání a jeho specializace (ČSÚ, 2012a), přičemž číslování tříd je sestaveno vzestupně od nejvyššího dosaženého vzdělání k nejnižšímu. Výjimku tvoří příslušníci armády, jejichž třída v KZAM má číselné označení 0. Do značné míry zde tedy docházelo ke korelaci tohoto vysvětlujícího faktoru s proměnnou vyjadřující nejvyšší dosažený stupeň vzdělání.

Nejméně častý výskyt pracovní neschopnosti, sledovaný na základě průměrné hodnoty dosažené v letech 2002–2008, byl, na úrovni 1,2 % ze všech zaměstnaných osob, zjištěn u příslušníků armády. Tato třída vytvořená v rámci klasifikace KZAM byla však málo početnou (představovala 0,5 % respondentů, viz tab. 103 v příloze č. 9) a z hlediska jejího složení specifickou – vzhledem k náplni práce a podmínkám přijetí do armády bezpochyby „zdravější“ – skupinou. Druhá nejnižší úroveň pracovní neschopnosti (1,4 %) byla zjištěna u hlavních tříd 1 a 2, tedy u zákonodárců, vedoucích a řídicích pracovníků a u vědeckých a odborných duševních pracovníků; nejvyšší úroveň (5,0 %) naopak u pomocných a nekvalifikovaných pracovníků tvořících třídu č. 9. (tab. 61).

Z hlediska pohlaví se pořadí jednotlivých hlavních tříd lišilo (tab. 61). Nejnižší podíl absentujících žen z důvodu nemoci či úrazu na celkovém počtu zaměstnaných žen byl zaznamenán mezi vědeckými a odbornými duševními pracovníci (1,8 %) a nejvyšší mezi pracovníci obsluhujícími stroje a zařízení (6,0 %). Vysoký výskyt pracovní neschopnosti byl rovněž evidován u respondentek zařazených do tříd 6, 7 a 9 (obr. 29). Výskyt pracovní neschopnosti mužů více kopíroval profil celkové úrovně ukazatele a se zvyšujícím se číselným označením hlavní třídy narůstal rovněž podíl absentujících mužů. Nejnižší absenci ze

zdravotních důvodů vykazovali muži, kteří pracovali jako vědečtí a odborní duševní pracovníci (0,9 %) a nejvyšší naopak pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (5,0 %). Jak je patrné z obr. 29, hranice mezi čistě manuálním a pouze částečně manuálním či duševním zaměstnáním byla u žen výrazně ostřejší než u mužů.

Obr. 29 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a hlavních tříd KZAM, průměr let 2002–2008



Vysvětlivky: 1 = zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci; 2 = vědečtí a odborní duševní pracovníci; 3 = techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci; 4 = nižší administrativní pracovníci (úředníci); 5 = provozní pracovníci ve službách a obchodě; 6 = kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech; 7 = řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, výrobci, zpracovatelé a opraváři; 8 = obsluha strojů a zařízení; 9 = pomocní a nekvalifikovaní pracovníci; 0 = příslušníci armády.

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a hlavní třídy KZAM.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Relace mezi výskytem sledovaného jevu u mužů a u žen ve většině hlavních tříd odpovídala průměrné hodnotě (tab. 62). Nejmenší relativně vyjádřený rozdíl (přibližně 30%) byl zaznamenán u pomocných a nekvalifikovaných pracovníků (hlavní třída č. 9), tedy opět u skupiny s nejvyšší úrovní pracovní neschopnosti. Relativně málo se lišil rovněž podíl absentujících mužů a žen mezi nižšími administrativními pracovníky a pracovníkyněmi (hlavní třída č. 4). Naopak mezi zákonodárci, vedoucími a řídicími pracovníky a vědeckými a odbornými pracovníky bylo žen v pracovní neschopnosti 2krát více než mužů (tab. 62).

Z hlediska věku bylo zajímavé sledovat zejména úroveň pracovní neschopnosti v nejstarší věkové skupině. Ukázalo se opět, že osoby s vyšší kvalifikací (hlavní třídy 1, 2 a 3) zůstávaly, ve srovnání se zástupci ostatních tříd KZAM, častěji ekonomicky aktivní i po dosažení důchodového věku, čímž docházelo z hlediska zdravotního stavu k vytvoření více heterogenní exponované skupiny a následnému pokračujícímu nárůstu či stagnaci podílu osob absentujících z důvodu nemoci či úrazu, zatímco u ostatních tříd došlo k obvyklému poklesu (tab. 61). Zcela

specifické místo zde zaujali příslušníci armády, jejichž vykázaná úroveň pracovní neschopnosti, zejména po 60. roce věku, byla, vyjma již zmiňovaného absolutního počtu těchto respondentů, ovlivněna také právními předpisy odlišnými o těch, kterými se řídí rozhodování o pracovní neschopnosti a přiznávání nároku na výplatu finanční kompenzace ušlé mzdy u ostatních občanů ČR.

Tab. 61 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a klasifikace zaměstnání (KZAM), průměr let 2002–2008

Hlavní třída	Zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	Vědeckí a odborní duševní pracovníci	Techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	Nižší administrativní pracovníci (úředníci)	Provozní pracovníci ve službách a obchodě	Kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech	Řemeslníci a kvalifikovaní výrobcí, zpracovatelé a opraváři	Obsluha strojů a zařízení	Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	Příslušníci armády
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
<i>Pohlaví</i>										
Muži	1,06	0,92	1,60	2,31	1,75	2,73	3,10	3,18	4,04	1,09
Ženy	2,21	1,84	2,58	3,30	3,65	5,73	5,82	6,03	5,68	2,42
<i>Věk</i>										
15-29 let	1,46	1,30	2,03	2,27	2,50	2,42	2,93	3,07	4,03	1,18
30-44 let	1,05	1,35	1,91	2,91	2,82	3,61	2,90	3,37	4,85	1,25
45-59 let	1,63	1,49	2,40	3,96	3,75	4,87	4,30	4,96	6,03	0,61
60 a více let	1,80	1,31	2,40	2,38	2,58	1,15	4,56	4,09	2,31	9,47
<i>Rodinný stav</i>										
Svobodný/á	1,14	1,11	1,70	2,08	2,00	2,14	2,96	2,89	4,12	0,87
Ženatý/vdaná	1,37	1,44	2,18	3,28	3,20	3,82	3,43	4,01	5,16	1,45
Ovdovělý/á	1,75	1,34	2,44	3,82	5,01	2,87	4,61	5,51	4,23	15,36
Rozvedený/á	1,79	1,80	2,69	4,04	4,01	8,87	5,05	5,50	6,09	2,09
<i>Vzdělání</i>										
ZŠ a bez vzdělání	2,83	4,82	2,45	3,78	4,02	5,57	5,50	5,59	6,21	0,00
SŠ bez maturity	1,58	2,50	2,46	3,90	3,42	4,14	3,53	3,81	4,87	0,87
SŠ s maturitou	1,54	1,64	2,25	2,78	2,13	2,47	2,54	3,30	3,28	1,86
VOŠ a VŠ	1,05	1,24	1,35	1,58	1,54	0,30	1,83	2,27	2,43	0,56
Celkem	1,38	1,39	2,12	3,07	2,99	3,90	3,45	3,91	5,02	1,17

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a hlavní třídy KZAM.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Nejmenší rozdíly v podílu absentujících z hlediska věkových kategorií v rámci jednotlivých tříd klasifikace KZAM byly zaznamenány u zákonodárců, vedoucích a řídicích pracovníků, vědeckých a odborných duševních pracovníků a u technických, zdravotnických a pedagogických pracovníků, tj. hlavních tříd č. 1, 2 a 3. U ostatních tříd se s rostoucím věkem rozdíly výrazně zvyšovaly (tab. 62).

Z hlediska rozložení sledovaného jevu dle rodinného stavu respondenta a jeho zařazení do hlavních tříd klasifikace zaměstnání nebyly zjištěny téměř žádné odlišnosti od rozložení celkového ukazatele; nejnižší podíl absentujících představovali svobodní, nejvyšší podíl byl zjištěn převážně u rozvedených respondentů (tab. 61). Z výše popsaného profilu vybočovali rozvedení kvalifikovaní dělníci/rozvedené kvalifikované dělnice v zemědělství a lesnictví,

jejichž pracovní neschopnost výrazně převyšovala průměrnou úroveň jak rozvedených osob, tak i osob vykonávajících toto zaměstnání. Mezi příslušníky armády byla výrazně nadprůměrná úroveň zjištěna u ovdovělých osob (tab. 61).

Rozložení sledovaného jevu dle vzdělanostních skupin v jednotlivých třídách KZAM odpovídalo celkovému profilu takto členěného ukazatele (tab. 61). Nejvyšší podíl dočasně práce neschopných v rámci všech hlavních tříd KZAM byl zjištěn mezi osobami s dokončenou pouze základní školou nebo zcela bez vzdělání, nejnižší mezi osobami s vysokoškolským diplomem. Na jednotlivé hodnoty měl vliv již zmiňovaný postup při vytváření jednotlivých tříd KZAM, resp. následné zastoupení určitého stupně vzdělání v dané hlavní třídě; např. menšinové zastoupení určitého stupně vzdělání v hlavní třídě, která byla z většiny tvořena respondenty s jiným stupněm vzdělání, mohlo zkreslovat celkový obraz pracovní absence členěné dle vzdělání v rámci dané třídy.

Tab. 62 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a klasifikace zaměstnání (KZAM), průměr let 2002–2008

Hlavní třída	Zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	Vědci a odborní duševní pracovníci	Techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	Nižší administrativní pracovníci (úředníci)	Provozní pracovníci ve službách a obchodě	Kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech	Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři	Obsluha strojů a zařízení	Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	Příslušníci armády
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
<i>Pohlaví</i>										
Muži / ženy	48	50	62	70	48	48	53	53	71	45
<i>Věk</i>										
30-44 let / 15-29 let	72	103	94	128	113	149	99	110	120	106
45-59 let / 15-29 let	112	115	118	174	150	201	147	162	150	51
60 a více let / 15-29 let	123	101	119	105	103	48	155	133	57	801
<i>Rodinný stav</i>										
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	120	129	128	158	160	179	116	139	125	167
Ovdovělý/á / Svobodný/á	153	120	144	184	251	134	156	191	103	1768
Rozvedený/á / Svobodný/á	157	161	159	194	201	415	171	191	148	241
<i>Vzdělání</i>										
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	56	52	100	103	85	74	64	68	78	0
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	54	34	92	74	53	44	46	59	53	0
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	37	26	55	42	38	5	33	41	39	0

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

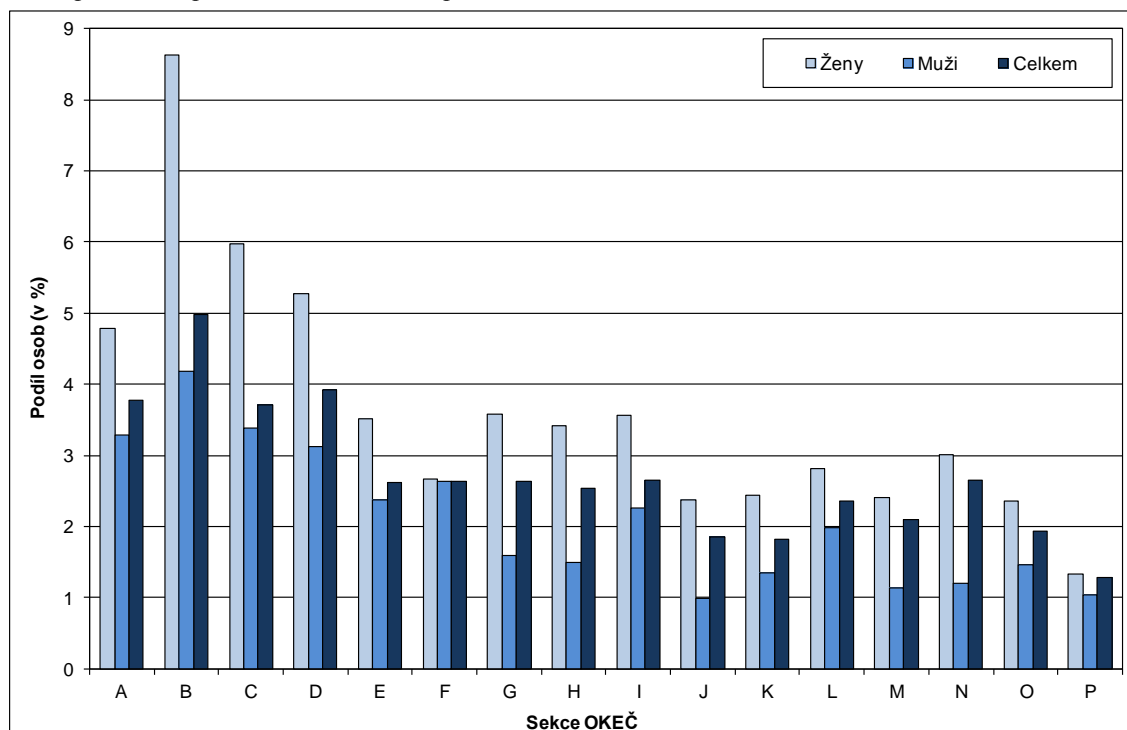
Diferenciace pracovní neschopnosti dle odvětvové klasifikace ekonomických činností OKEČ

Další proměnnou, jejíž vliv na výskyt pracovní neschopnosti byl sledován, bylo zařazení pracovníků do jednotlivých seskupení v rámci odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ).

Nejvyšší pracovní neschopnost byla zaznamenána mezi pracovníky, jejichž hlavní pracovní náplní byl rybolov a chov ryb (seskupení B). Z těchto osob chybělo v letech 2002–2008 v referenčním týdnu na pracovišti průměrně 5 % respondentů (tab. 63). Nejméně naopak absentovali pracovníci působící v oblasti finančního zprostředkování (seskupení J; 1,8 %),

v oblasti nemovitostí, pronájmů a podnikatelské činnosti (seskupení K; 1,8 %) a respondenti věnující se činnosti domácností (seskupení P; 1,3 %).

Obr. 30 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a sekce OKEČ, průměr let 2002–2008



Vysvětlivky: A = zemědělství, myslivost, lesnictví, B = Rybolov a chov ryb, C = těžba nerostných surovin, D = zpracovatelský průmysl, E = výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody, F = stavebnictví, G = obchod; opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost, H = ubytování a stravování, I = doprava, skladování a spoje, J = finanční zprostředkování, K = činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti, L = veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení, M = vzdělávání, N = zdravotní a sociální péče, N = zdravotní a sociální péče; veterinární činnosti, O = ostatní veřejné, sociální a osobní služby, P = činnosti domácností.

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a hlavní třídy KZAM.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Z hlediska srovnání mužů a žen byl největší rozdíl zjištěn v oblasti poskytování zdravotní a sociální péče (seskupení N) v níž pracovní neschopnost žen dosahovala 2,5krát vyšší úroveň než pracovní neschopnost mužů (tab. 64). Tato skutečnost byla patrně dána rozdílnými pozicemi, které muži a ženy v rámci této skupiny obvykle vykonávali. Muži zpravidla působí ve vedoucích pozicích či na pozicích lékařů, ženy figurují spíše jako zdravotní sestry či osobní asistentky klientů a vykonávají tak zpravidla fyzicky i psychicky namáhavější práci, která s sebou nese i vyšší riziko úrazu či onemocnění. Obdobně výrazný rozdíl byl patrný rovněž u finančního zprostředkování (seskupení J) či ubytování a stravování (seskupení H). Zejména u druhé jmenované skupiny může být zdůvodnění obdobné jako u skupiny poskytujících zdravotní a sociální služby – ženy zpravidla figurují na nižších postech než muži, např. jako kuchařky, uklízečky či pokojské. Zanedbatelný rozdíl mezi muži a ženami byl naopak zaznamenán ve stavebnictví (seskupení F), kde jsou to naopak muži, kteří vykonávají fyzicky namáhavé práce a ženy se spíše věnují administrativě (tab. 64).

Z hlediska rozložení dle věku se standardnímu profilu vymykala činnost v oblasti sociální a zdravotní péče (seskupení N). V tomto seskupení byl, jako v jediném, nejvyšší výskyt pracovní neschopnosti zaznamenán v nejmladší kategorii 15–29 let, tedy kategorii, v níž je obvykle podíl osob absentujících z důvodu nemoci či úrazu nejnižší (tab. 63). Příčinou byla pravděpodobně věková skladba pracovníků a pracovní náplň jednotlivých věkových skupin v této oblasti. Odlišné rozložení pracovní neschopnosti dle věku bylo zjištěno rovněž mezi pracovníky zabývajícími se výrobou a rozvodem elektřiny, plynu a vody (seskupení E) a pracujícími ve stavebnictví (seskupení F). V těchto oborech byla nejčastější pracovní neschopnost zaznamenána ve věkové kategorii nad 60 let, zatímco obecně je úroveň sledovaného jevu v této kategorii považována spíše za nižší (tab. 64).

Tab. 63 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ), průměr let 2002–2008

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
<i>Pohlaví</i>																
Muži	3,28	4,18	3,39	3,12	2,37	2,63	1,59	1,49	2,26	0,99	1,35	1,98	1,13	1,20	1,46	1,03
Ženy	4,78	8,63	5,98	5,27	3,51	2,67	3,57	3,41	3,57	2,38	2,43	2,81	2,41	3,01	2,35	1,32
<i>Věk</i>																
15-29 let	2,39	2,20	2,59	3,39	2,06	2,11	2,48	2,04	1,90	1,77	1,32	1,97	1,64	3,06	1,46	0,00
30-44 let	3,17	4,00	4,04	3,37	1,81	2,23	2,41	2,56	2,30	1,48	1,77	2,02	2,11	2,42	1,69	3,13
45-59 let	4,59	7,19	3,73	4,91	3,37	3,26	3,14	3,34	3,43	2,44	2,14	2,93	2,36	2,73	2,58	2,73
60 a více let	2,66	0,57	2,96	3,56	4,13	4,04	2,07	1,48	2,55	1,51	2,23	2,70	1,31	2,06	1,54	0,00
<i>Rodinný stav</i>																
Svobodný/á	2,79	3,49	2,84	3,14	1,70	2,37	2,12	1,78	1,75	1,40	1,27	2,01	1,30	2,03	1,32	0,00
Ženatý/vdaná	3,71	5,05	3,51	3,95	2,69	2,59	2,63	3,00	2,74	2,01	1,85	2,33	2,20	2,67	2,09	2,66
Ovdovělý/á	4,10	10,15	8,41	5,28	0,87	3,37	3,91	2,88	2,43	1,25	3,82	2,98	2,39	3,49	1,33	0,00
Rozvedený/á	6,71	7,46	5,48	5,65	4,03	3,70	3,87	3,04	4,02	2,23	2,68	3,29	2,53	3,25	2,75	4,65
<i>Vzdělání</i>																
ZŠ a bez vzdělání	5,47	6,45	4,59	6,68	3,22	4,86	3,82	4,70	5,38	1,10	3,64	4,87	3,99	4,30	3,37	8,50
SŠ bez maturity	4,24	6,19	4,02	4,43	2,86	2,93	3,30	2,59	2,87	3,40	3,37	3,43	3,21	3,42	2,19	1,91
SŠ s maturitou	2,73	2,88	2,95	2,77	2,44	1,97	1,98	2,13	2,20	2,07	1,86	2,30	2,28	2,75	1,79	0,00
VOŠ a VŠ	1,00	2,18	2,19	1,25	2,24	1,04	1,35	1,44	1,35	1,04	0,86	1,54	1,47	1,20	0,91	0,00
Celkem	3,77	4,97	3,71	3,92	2,62	2,64	2,63	2,54	2,65	1,85	1,83	2,36	2,10	2,65	1,93	1,29

Vysvětlivky: A = zemědělství, myslivost, lesnictví, B = Rybolov a chov ryb, C = těžba nerostných surovin, D = zpracovatelský průmysl, E = výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody, F = stavebnictví, G = obchod; opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost, H = ubytování a stravování, I = doprava, skladování a spoje, J = finanční zprostředkování, K = činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti, L = veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení, M = vzdělávání, N = zdravotní a sociální péče; veterinární činnosti, O = ostatní veřejné, sociální a osobní služby, P = činnosti domácností
Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a hlavní třídy KZAM.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Z hlediska rozložení sledovaného jevu dle rodinného stavu nebyly zjištěny žádné skutečnosti, které by se vymykaly průměrnému rozložení ukazatele. Dle nejvyššího dosaženého vzdělání byla překvapivě nízká úroveň pracovní neschopnosti zjištěna u osob se základním vzděláním zabývajících se finančním zprostředkováním (seskupení J; tab. 64).

Tab. 64 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a odvětvové klasifikace ekonomických činností (OKEČ), průměr let 2002–2008

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
<i>Pohlaví</i>																
Muži / ženy	69	48	57	59	68	99	45	44	63	42	55	70	47	40	62	78
<i>Věk</i>																
30-44 let / 15-29 let	133	182	156	99	88	106	97	125	121	84	134	103	129	79	116	0
45-59 let / 15-29 let	192	327	144	145	163	154	127	164	181	138	162	149	144	89	177	0
60 a více let / 15-29 let	112	26	114	105	200	192	83	73	134	85	169	137	80	67	106	0
<i>Rodinný stav</i>																
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	133	145	123	126	159	109	124	168	156	144	146	116	169	132	158	0
Ovdovělý/á / Svobodný/á	147	291	296	168	51	142	184	161	139	89	301	148	183	172	100	0
Rozvedený/á / Svobodný/á	240	214	193	180	237	156	182	170	230	159	211	164	194	160	208	0
<i>Vzdělání</i>																
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	78	96	88	66	89	60	86	55	53	308	92	70	80	80	65	22
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	50	45	64	42	76	41	52	45	41	188	51	47	57	64	53	0
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	18	34	48	19	70	21	35	31	25	94	24	32	37	28	27	0

Vysvětlivky: A = zemědělství, myslivost, lesnictví, B = Rybolov a chov ryb, C = těžba nerostných surovin, D = zpracovatelský průmysl, E = výroba a rozvod elektřiny, plynu a vody, F = stavebnictví, G = obchod; opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost, H = ubytování a stravování, I = doprava, skladování a spoje, J = finanční zprostředkování, K = činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti, L = veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení, M = vzdělávání, N = zdravotní a sociální péče; veterinární činnosti, O = ostatní veřejné, sociální a osobní služby, P = činnosti domácností
Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Diferenciace pracovní neschopnosti dle postavení v zaměstnání

Výsledkem analýzy pracovní neschopnosti dle postavení pracovníků v zaměstnání bylo potvrzení očekávané skutečnosti, že výskyt sledovaného jevu je nižší u podnikatelů, ve srovnání se zaměstnanci (obr. 31). Z podnikatelů, kteří měli zaměstnance, chybělo v referenčním týdnu z důvodu nemoci či úrazu jen 0,8 % osob a z podnikatelů bez zaměstnanců 1,3 % osob. Průměrný podíl dočasně práce neschopných zaměstnanců činil 3,2 %. Nejvyšší podíl absentujících byl zaznamenán mezi členy produkčního družstva (5,2 %); vzhledem k malé četnosti této skupiny, stejně jako skupiny tvořené pomáhajícími rodinnými příslušníky (obě skupiny dohromady tvořily 1,1 % výběrového souboru, viz tab. 102 v příloze č. 9), neměl tento zvýšený výskyt pracovní neschopnosti vliv na její celkovou úroveň.

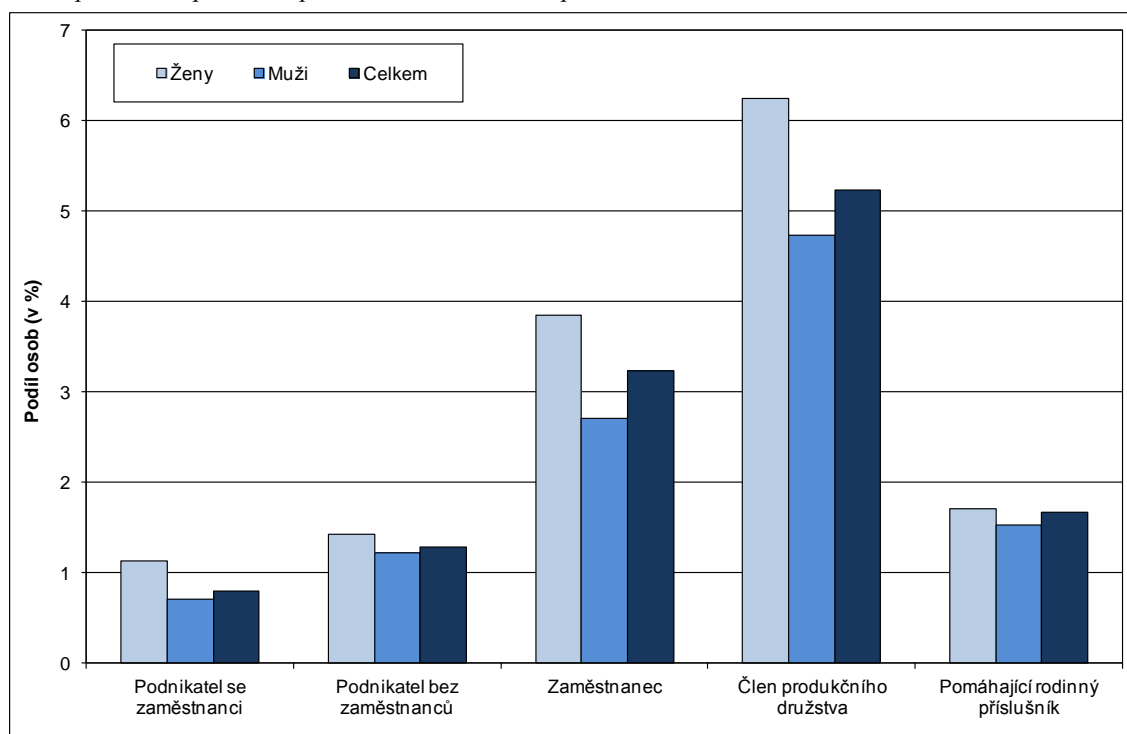
Nejmenší rozdíl mezi muži a ženami byl zjištěn u podnikatelů bez zaměstnanců (OSVČ) a pomáhajících rodinných příslušníků (tab. 66). Svědčí to o skutečnosti, že za pracovní neschopností OSVČ stála patrně čistě nemocnost, nikoliv jiné vnější faktory, a to pravděpodobně nemoc či úraz vážnějšího charakteru, neboť tyto osoby mají většinou příjmy pouze z činnosti, kterou musejí osobně vykonat, tj. nemají příjmy v době, kdy činnost nevykonávají. Velká část OSVČ zároveň není nemocensky pojištěna a proto tyto osoby zpravidla nemají nárok na finanční kompenzaci ušlé mzdy. Patrně z tohoto důvodu se pracovní neschopnost těchto mužů a žen lišila minimálně a narušila tak dosavadní trend, že nejmenší rozdíl mezi pohlavími byl opakovaně zjišťován u skupin s vysokým podílem absentujících.

Z hlediska rozložení dle věku dodrželi zaměstnanci a OSVČ typický profil, tj. nárůst s věkem a následný pokles v nejstarší věkové skupině. Podnikatelé se zaměstnanci dosáhli v poslední věkové skupině nejvyšší úrovně pracovní neschopnosti (tab. 65). Toto rozložení svědčí patrně o skutečnosti, že zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné odcházeli po vzniku nároku na starobní důchod do ekonomické neaktivity a na trhu práce zůstávali pouze

zdravější jedinci, zatímco majitelé firem zůstávali ve funkci i po dosažení důchodového věku. Pracovní neschopnost těchto osob v důchodovém věku byla sice nejvyšší, přesto ve srovnání s ostatními skupinami velmi nízká – v referenčním týdnu ze zdravotních důvodů průměrně absentovalo pouhé 1 % těchto osob (tab. 65).

Výše uvedená zjištění, tedy nízký podíl dočasně práce neschopných podnikatelů, opět navozují otázku, jak respondenti pojali dotaz na příčinu jejich nepřítomnosti v zaměstnání, zda např. v případě nemoci, na jejíž léčbu se rozhodli čerpat řádnou dovolenou, nezvolili možnost označení „dovolená“. Otázkou zároveň je, co podnikatelé obecně chápali jako nepřítomnost v zaměstnání, neboť nemocná osoba nemusela být v zaměstnání fyzicky přítomna, ale mohla svou práci, ač v omezené míře, vykonávat z domova. V tom případě by se nemocnost zejména podnikatelů se zaměstnanci, tj. majitelů firem, stala podhodnocenou.

Obr. 31 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví a postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a kategorie postavení v zaměstnání.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

V rámci rodinného stavu i vzdělanostních skupin bylo u většiny kategorií vytvořených dle postavení v zaměstnání zjištěno rozložení odpovídající profilu průměrných hodnot zjištěných v těchto skupinách bez ohledu na postavení v zaměstnání. Výjimku z hlediska rodinného stavu představovali podnikatelé se zaměstnanci, mezi nimiž byl druhý nejvyšší podíl dočasně práce neschopných zjištěn u svobodných osob, tedy u skupiny charakteristické v naprosté většině nejnižší úrovni sledovaného jevu (tab. 65).

Tab. 65 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a jejich postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008

	Podnikatel se zaměstnanci	Podnikatel bez zaměstnanců	Zaměstnanec	Člen produkčního družstva	Pomáhající rodinný příslušník
<i>Pohlaví</i>					
Muži	0,70	1,22	2,71	4,73	1,52
Ženy	1,12	1,42	3,84	6,24	1,71
<i>Věk</i>					
15-29 let	0,99	0,81	2,66	3,35	1,10
30-44 let	0,67	1,10	2,89	4,75	1,93
45-59 let	0,85	1,65	4,02	5,31	1,96
60 a více let	1,04	1,45	2,92	7,75	0,60
<i>Rodinný stav</i>					
Svobodný/á	0,96	0,95	2,45	3,40	0,77
Ženatý/vdaná	0,72	1,30	3,34	5,17	1,79
Ovdovělý/á	0,82	1,33	4,00	4,02	0,00
Rozvedený/á	1,27	1,79	4,47	9,47	4,45
<i>Vzdělání</i>					
ZŠ a bez vzdělání	1,65	1,75	5,60	8,74	4,00
SŠ bez maturity	0,90	1,46	4,04	5,50	1,98
SŠ s maturitou	0,87	1,18	2,55	3,59	1,22
VOŠ a VŠ	0,53	0,87	1,39	2,51	0,57
Celkem	0,80	1,28	3,23	5,24	1,67

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a kategorie postavení v zaměstnání.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 66 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání a jejich postavení v zaměstnání, průměr let 2002–2008

	Podnikatel se zaměstnanci	Podnikatel bez zaměstnanců	Zaměstnanec	Člen produkčního družstva	Pomáhající rodinný příslušník
<i>Pohlaví</i>					
Muži / ženy	62	86	71	76	89
<i>Věk</i>					
30-44 let / 15-29 let	68	137	109	142	175
45-59 let / 15-29 let	85	205	151	159	178
60 a více let / 15-29 let	105	180	110	231	55
<i>Rodinný stav</i>					
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	75	136	136	152	232
Ovdovělý/á / Svobodný/á	86	139	163	118	0
Rozvedený/á / Svobodný/á	133	188	183	278	578
<i>Vzdělání</i>					
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	55	83	72	63	49
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	53	67	46	41	31
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	32	50	25	29	14

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

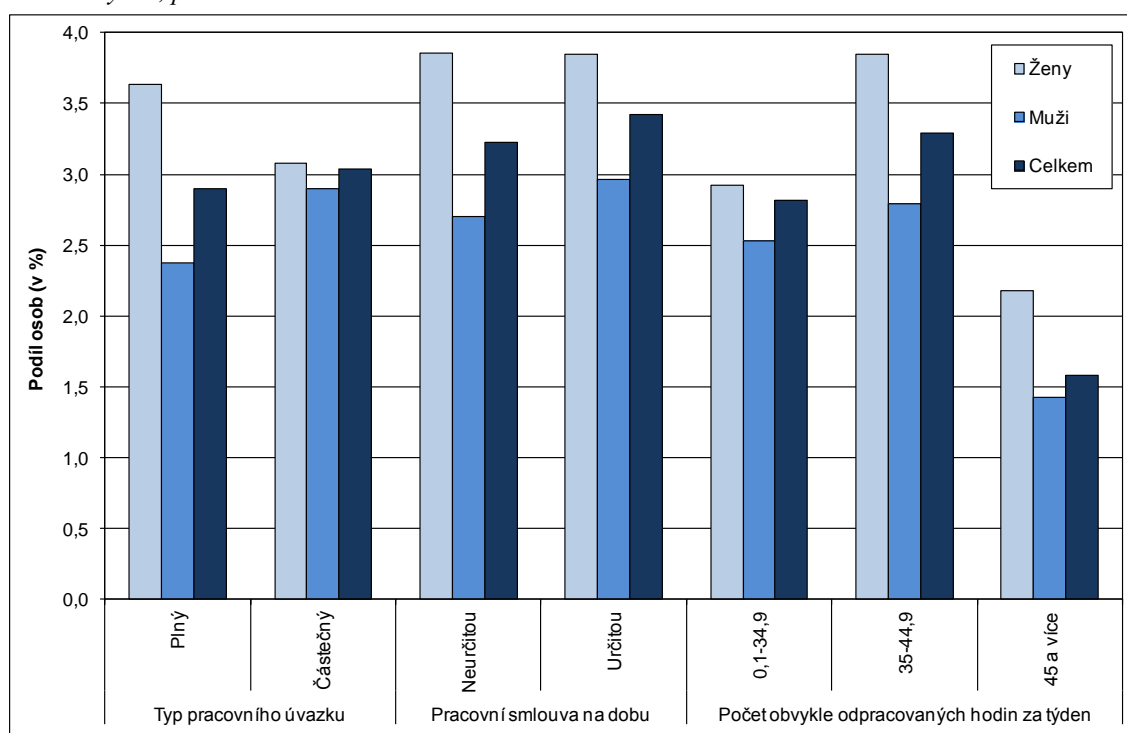
Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Diferenciace pracovní neschopnosti dle typu pracovního úvazku

Úroveň pracovní neschopnosti u osob pracujících na plný úvazek byla, v rozporu s předpokladem stanoveným na základě výsledků zahraničních výzkumů, mírně nižší než pracovní neschopnost osob pracujících za úvazek zkrácený (obr. 32). Teorie o silnějším, resp. jistějším, postavení osob pracujících na plný úvazek, které si mohou dovolit více absentovat a zároveň krátkodobou pracovní neschopností řeší nedostatek volného času v průběhu dne, se tedy nepotvrdila. Naopak je možné spekulovat o tom, že příčinou práce na částečný úvazek mohly být u řady zaměstnanců zdravotní důvody, resp. celkový horší zdravotní stav, který vedl rovněž k častější nepřítomnosti v zaměstnání. Nutno upozornit, že respondentů pracujících na částečný úvazek se výběrového šetření účastnilo nepoměrně méně než osob pracujících na plný úvazek (na částečný úvazek pracovalo 5 % respondentů; tab. 103 v příloze č. 9) a tak i chování malého absolutního počtu pracovníků mohlo významně ovlivnit výsledný podíl absentujících.

Z hlediska pohlaví byla absence žen v obou skupinách vytvořených dle typu úvazku vyšší než absence mužů (tab. 68). Zatímco mezi osobami pracujícími na částečný úvazek se jednalo pouze o nepatrný rozdíl, ženy pracující na plný úvazek absentovaly výrazně častěji než muži.

Obr. 32 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, typu pracovního úvazku, pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin za týden, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a typu pracovního úvazku, resp. typu pracovní smlouvy, resp. počtu obvykle odpracovaných hodin.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Dle věku se kategorie osob dle typu pracovního úvazku chovaly rozdílně. Mezi osobami pracujícími na částečný úvazek se podíl absentujících z důvodu nemoci či úrazu dle věku značně odlišoval, mezi podílem absentujících osob pracujících na plný úvazek nebyly v rámci věkových kategorií zaznamenány tak výrazné rozdíly (tab. 67). Ve věkové skupině 15–29 let

a ve věku nad 60 let byl vyšší podíl dočasně práce neschopných na celkovém počtu zaměstnaných osob v rámci dané kategorie typu pracovního úvazku zjištěn mezi osobami pracujícími na plný úvazek, u osob ve středním věku dominovaly osoby pracující na úvazek částečný. Např. ve věkové skupině 45–59 let bylo v pracovní neschopnosti 5 % osob pracujících na částečný úvazek a jen 3,5 % osob s plným úvazkem (tab. 67). Tato skutečnost by podporovala hypotézu o volbě práce na částečný úvazek zejména osobami s horším zdravotním stavem – do věku nároku na starobní důchod podíl absentujících ze zdravotních důvodů výrazně narůstal, v pozdějším věku docházelo k prudkému poklesu. Obecný trend, tedy zvyšování podílu dočasně práce neschopných přímo úměrně s věkem a jeho pokles po 60. roce věku byl zachován v obou sledovaných kategoriích (tab. 68).

Podíl osob nepřítomných z důvodu nemoci či úrazu v průběhu referenčního týdne v zaměstnání, sledovaný dle kategorií typu úvazku, se mezi osobami žijícími v manželství a osobami rozvedenými v zásadě nelišil, resp. mírně vyšší podíl absentujících byl vykázan u osob pracujících na částečný úvazek. Mezi osobami svobodnými a ovdovělými výrazně převažovala pracovní neschopnost u osob pracujících na plný úvazek (tab. 67). V rámci obou kategorií byla nejnižší pracovní neschopnost zjištěna u svobodných osob a nejvyšší naopak u osob rozvedených (tab. 68)

Ve většině vzdělanostních skupin byl podíl absentujících vyšší u osob pracujících na plný úvazek, s výjimkou osob se středním vzděláním bez maturity, kde převažovala pracovní neschopnost osob s částečným úvazkem. Rozdíl dle typu úvazku u vysokoškolsky a středoškolsky (s maturitou) vzdělaných osob byl minimální, u nižších stupňů vzdělání byly rozdílly výraznější (tab. 67).

Diferenciace pracovní neschopnosti dle typu pracovní smlouvy

Typ pracovní smlouvy byl sledován jen u zaměstnanců uzavírajících se svým zaměstnavatelem pracovní smlouvu, tj. nikoliv u podnikatelů, členů produkčních družstev ani u pomáhajících rodinných příslušníků. Z tohoto důvodu byl podíl absentujících v obou srovnávaných skupinách dle typu pracovní smlouvy vyšší, než činila průměrná hodnota sledovaného ukazatele (podíl osob v pracovní neschopnosti mezi zaměstnanci byl vyšší než podíl absentujících podnikatelů – tab. 65). Mezi zaměstnance s pracovní smlouvou na dobu určitou byly zařazeny rovněž osoby pracující na dohodu o provedení práce, dohodu o provedení činnosti či studenti s uzavřenou pracovní smlouvou do konce studia. Počet respondentů, kteří měli uzavřenou pracovní smlouvu na dobu určitou (včetně respondentů pracujících na základě dohody se zaměstnavatelem), byl velmi nízký; na základě tohoto typu smlouvy vykonávalo činnost přibližně 9 % zaměstnanců (tab. 103 v příloze č. 9).

Podíl pracovníků absentujících z důvodu nemoci či úrazu, kteří měli uzavřenou pracovní smlouvu na dobu určitou (3,4 %), jen mírně převyšoval podíl osob s pracovní smlouvou na dobu neurčitou (3,2 %). Rozdíly v chování mužů a žen dle typu uzavřené pracovní smlouvy se nelišily od rozdílů vzniklých bez ohledu na toto členění (tab. 67).

Profil vývoje podílu osob v pracovní neschopnosti dle věku u osob se smlouvou na dobu určitou odpovídal rozložení průměrných hodnot, tj. plynulému nárůstu a následnému poklesu v důchodovém věku. Podíl absentujících, kteří měli uzavřenou smlouvu na dobu neurčitou,

narůstal i po dosažení věku nároku na výplatu starobního důchodu (tab. 67). Věková skupina nad 60 let tak byla jedinou věkovou skupinou, v níž podíl absentujících s uzavřenou smlouvou na dobu neurčitou převážil podíl absentujících se smlouvou na dobu určitou (tab. 67).

Z hlediska podílu nepřítomných dle rodinného stavu bylo, obdobně jako při sledování dle typu úvazku, zjištěno specifické chování ovdovělých osob. Zatímco mezi osobami svobodnými, žijícími v manželství i rozvedenými byl vyšší podíl absentujících zjištěn u osob s pracovní smlouvou na dobu určitou, u ovdovělých převažovali pracovníci na dobu neurčitou. V rámci vzdělanostních skupin byly mezi jednotlivými kategoriemi dle typu úvazku zjištěny minimální rozdíly (tab. 67).

Diferenciace pracovní neschopnosti dle počtu obvykle odpracovaných hodin

Nejvyšší úroveň pracovní neschopnosti (3,3 % absentujících) bylo dosaženo osobami, které za týden obvykle odpracovaly zákonem stanovený týdenní rozsah pracovní doby, tedy 40 hodin týdně, případně o 5 hodin méně či naopak více (obr. 32). Naopak nejnižší podíl nepřítomných byl zjištěn u osob s delší pracovní dobou (1,6 %). Teorie o nedostatku flexibility v průběhu dne, kterou mají osoby s vysokým počtem průměrně odpracovaných hodin, a kterou částečně kompenzují čerpáním pracovní neschopnosti, se tedy nepotvrdila. I vzhledem k předešlým zjištěním, tj. nižšímu výskytu pracovní neschopnosti u osob pracujících na plný úvazek a s uzavřenou pracovní smlouvou na dobu neurčitou, je možné se domnívat, že pracovníci, kteří jsou více motivováni k přítomnosti v zaměstnání, tj. ze strany zaměstnavatele je předpokládána dlouhodobá spolupráce, sami zaměstnanci se výkonu své výdělečné činnosti plně věnují a jsou finančně či jinak odměňováni za vysoké pracovní nasazení, ve svém zaměstnání méně absentují ze zdravotních důvodů. Důležitou roli zde tedy patrně hraje morálně volní stránka věci, tedy fakt, že vhodně motivovaný zaměstnanec se může rozhodnout i při mírných zdravotních obtížích pokračovat v docházce do zaměstnání. Vysoce hodnocení zaměstnanci mohou být zároveň poživateli řady benefitů, které mohou dlouhodobě pozitivně působit na jejich zdravotní stav, anebo jim umožňovat řešit aktuální zdravotní problémy jiným způsobem než pobytem v pracovní neschopnosti (např. home office).

Ženy, ve srovnání s muži, dosahovaly vyšší úroveň pracovní neschopnosti; nejvýraznější rozdíly byly zaznamenány mezi osobami pracujícími obvykle více než 45 hodin týdně. V této skupině byla pracovní neschopnost žen 1,5krát častější než u mužů (tab. 68).

Z hlediska věkových skupin vykazoval podíl osob v pracovní neschopnosti dle obvyklého počtu odpracovaných hodin u skupiny 0,1–34,9 hodin týdně a u skupiny 35–44,9 hodin týdně standardní profil rozložení, tedy postupný nárůst úrovně pracovní neschopnosti a pokles v důchodovém věku (tab. 67). Podíl absentujících s nejnižším počtem odpracovaných hodin se v jednotlivých věkových skupinách lišil výrazněji než u osob s průměrným počtem odpracovaných hodin. Podíl osob, které v referenčním týdnu nebyly z důvodu nemoci či úrazu přítomny v zaměstnání a zároveň obvykle odpracovaly více než 45 hodin týdně, s přibývajícím věkem mírně narůstal, a to i po dosažení věku nároku na starobní důchod (tab. 67).

Nejvyšší podíl osob v pracovní neschopnosti ve všech kategoriích, vytvořených dle počtu obvykle odpracovaných hodin, byl zaznamenán mezi osobami rozvedenými a osobami se základním vzděláním, či zcela bez vzdělání. (tab. 67).

Tab. 67 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, typu pracovního úvazku, typu pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin, průměr let 2002–2008

	Typ pracovního úvazku		Pracovní smlouva na dobu		Počet obvykle odpracovaných hodin za týden		
	Plný	Částečný	Neurčitou	Určitou	0,1-34,9	35-44,9	45 a více
<i>Pohlaví</i>							
Muži	2,38	2,90	2,71	2,96	2,53	2,79	1,42
Ženy	3,63	3,08	3,86	3,84	2,92	3,85	2,18
<i>Věk</i>							
15-29 let	2,52	1,34	2,65	2,72	1,34	2,76	1,49
30-44 let	2,53	3,26	2,81	4,32	2,87	2,95	1,34
45-59 let	3,52	5,13	3,97	5,14	4,71	3,98	1,88
60 a více let	3,02	1,45	4,26	1,71	1,43	3,43	1,94
<i>Rodinný stav</i>							
Svobodný/á	2,30	1,38	2,44	2,54	1,34	2,57	1,31
Ženatý/vdaná	2,93	3,29	3,32	3,76	3,01	3,37	1,55
Ovdovělý/á	3,84	2,45	4,42	2,50	2,43	4,22	2,15
Rozvedený/á	4,05	4,19	4,42	5,12	4,07	4,49	2,42
<i>Vzdělání</i>							
ZŠ a bez vzdělání	5,44	4,26	5,78	4,86	4,35	5,78	3,21
SŠ bez maturity	3,58	4,46	4,03	4,28	4,17	4,03	1,99
SŠ s maturitou	2,33	2,05	2,55	2,65	1,85	2,61	1,34
VOŠ a VŠ	1,26	1,14	1,41	1,32	1,22	1,44	0,88
Celkem	2,90	3,03	3,23	3,42	2,82	3,29	1,58

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví, věkové kategorie, rodinného stavu, vzdělání a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Tab. 68 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, typu pracovního úvazku, typu pracovní smlouvy a počtu obvykle odpracovaných hodin, průměr let 2002–2008

	Typ pracovního úvazku		Pracovní smlouva na dobu		Počet obvykle odpracovaných hodin za týden		
	Plný	Částečný	Neurčitou	Určitou	0,1-34,9	35-44,9	45 a více
<i>Pohlaví</i>							
Muži / ženy	65	94	70	77	87	73	65
<i>Věk</i>							
30-44 let / 15-29 let	101	243	106	159	214	107	90
45-59 let / 15-29 let	140	383	150	189	351	144	126
60 a více let / 15-29 let	120	108	161	63	107	124	130
<i>Rodinný stav</i>							
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	127	238	136	148	225	131	119
Ovdovělý/á / Svobodný/á	167	178	181	99	182	164	164
Rozvedený/á / Svobodný/á	176	304	181	202	304	174	185
<i>Vzdělání</i>							
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	66	105	70	88	96	70	62
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	43	48	44	55	43	45	42
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	23	27	24	27	28	25	27

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

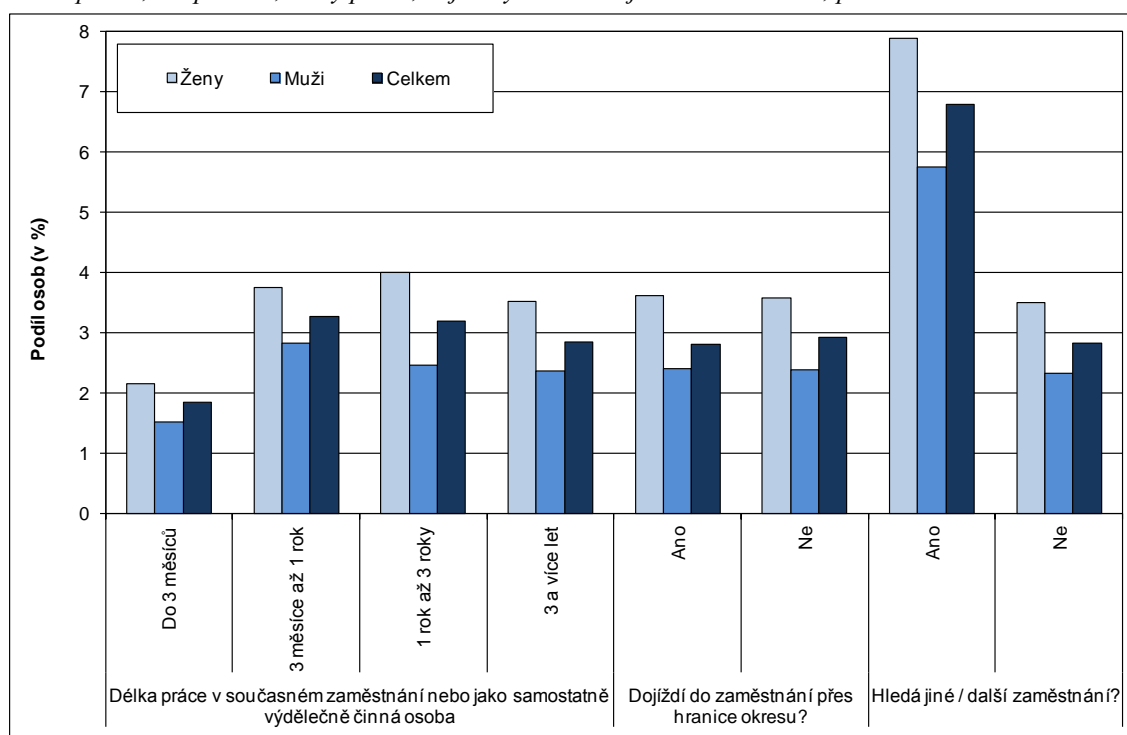
Diferenciace pracovní neschopnosti dle délky praxe v současném zaměstnání nebo současné výdělečné činnosti

Hypotéza o přímé úměrnosti platící mezi délkou výkonu současného zaměstnání a podílem osob v pracovní neschopnosti na základě dat VŠPS potvrzena nebyla. V souladu s očekáváním byl

nejnižší podíl absentujících osob, a to 1,8 %, zaznamenán mezi pracovníky, kteří zaměstnání či samostatnou výdělečnou činnost vykonávali krátce, tj. méně než 3 měsíce (v případě zaměstnanců se jednalo o práci ve zkušební době). Ostatní kategorie již předkládanou hypotézu nenaplnily. Nejvyšší podíl osob v pracovní neschopnosti (3,3 %) byl zaznamenán mezi pracovníky, jejichž délka praxe byla delší než 3 měsíce a zároveň kratší než 1 rok. V následujících skupinách podíl absentujících s narůstající délkou výkonu činnosti pro jednoho zaměstnavatele, resp. jedné samostatné činnosti, pozvolna klesal (obr. 33). Jedinou ze sledovaných skupin zaměstnanců (dle pohlaví, věku, rodinného stavu a vzdělání), v níž byl naplněn předpoklad o rostoucí pracovní neschopnosti úměrně délce výkonu zaměstnání, byla věková skupina osob starších 60 let. Z osob vykonávajících současnou výdělečnou činnost méně než 3 měsíce absentovalo v referenčním týdnu v této věkové skupině pouhé 1 % pracovníků; naopak mezi osobami s praxí delší než 3 roky chybělo 2,7 % pracovníků (tab. 69).

Pracovní neschopnost se nejčastěji vyskytovala mezi ženami, jejichž délka praxe spadala do intervalu 1 až 3 roky (4,0 % absentujících), mezi muži pak s praxí v délce 3 měsíce až 1 rok (2,8 % absentujících). Jak je patrné z hodnot uváděných v tab. 70, úroveň pracovní neschopnosti žen byla ve všech kategoriích vytvořených dle délky praxe vyšší u žen, než u mužů.

Obr. 33 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, délky praxe, dojížděky a hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví a délky praxe, resp. dojížděky, resp. hledání jiného zaměstnání.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Z hlediska věkových skupin byla nejčastější absence zaznamenána u osob ve věku 45–59 let, které v současném zaměstnání pracovaly 1 až 3 roky (tab. 69). Rozložení sledovaného jevu ve věkové skupině 30–44 let odpovídalo celkovým tendencím toho ukazatele, které však byly

výraznější; s rostoucí délkou praxe (od intervalu 3 měsíce až 1 rok) se podíl osob v pracovní neschopnosti snižoval mnohem dynamičtěji. Z osob pracujících v této věkové skupině u stávajícího zaměstnavatele od 3 měsíců do 1 roku chybělo v referenčním týdnu 3,6 % osob, z osob vykonávajících stejnou výdělečnou činnost déle než 3 roky jen 2,3 %. Příčinou mohla být skutečnost, že v tomto věku bývají pracovníci na vrcholu své kariéry, přičemž pravděpodobnost jejího dosažení se zvyšuje s délkou výkonu činnosti pro jednoho zaměstnavatele, a proto zde mohlo dojít k obdobnému efektu jako u výše sledovaných faktorů – vyšší motivovanost výše postaveného pracovníka vedla k menší absenci v zaměstnání. V nejmladší věkové kategorii se, s výjimkou osob ve zkušební době, úroveň pracovní neschopnosti dle délky praxe v zásadě nelišila a pohybovala se na úrovni kolem 2,5 % ve všech intervalech délky praxe (tab. 69). Nejmenší podíl dočasně práce neschopných osob byl v rámci většiny kategorií vytvořených na základě délky praxe, z hlediska věku, evidován v nejstarší věkové skupině, tj. u osob starších 60 let. Výjimku představovali tito respondenti pracující na téže pozici déle než 3 roky.

Rozvedené osoby vykazovaly nejvyšší podíl absentujících ve všech skupinách vytvořených dle délky praxe. Nejnižší podíl byl naopak evidován u svobodných osob, které zároveň do značné míry kopírovaly rozložení podílu absentujících dle délky praxe osob ve věku 15–29 let (tab. 69). Respondenti, kteří dosud neuzavřeli sňatek, však dosahovali nižší úrovně, než osoby ve zmiňované nejmladší věkové skupině. Vysvětlením může být fakt, že osoby v tomto věku, které ale již vstoupily do manželství, popř. z něj již vystoupily, zvyšovaly úroveň pracovní neschopnosti této věkové skupiny ve srovnání s osobami svobodnými.

Se zvyšujícím se vzděláním podíl absentujících z důvodu nemoci či úrazu ve všech délkách praxe v současné výdělečné činnosti plynule klesal. Z tohoto pohledu byl velmi zajímavý vývoj osob s praxí v délce zákonné zkušební doby, tj. do 3 měsíců; s rostoucím stupněm vzděláním se rozdíl mezi touto kategorií a ostatními kategoriemi, vytvořenými na základě délky praxe, zmenšoval a u osob s dokončenou vyšší odbornou či vysokou školou byla odlišnost v podílu nepřítomných osob dle délky praxe již minimální (tab. 69).

Diferenciace pracovní neschopnosti dle skutečnosti, zda respondent dojíždí do zaměstnání

Předpoklad o vyšší pracovní neschopnosti osob dojíždějících do zaměstnání se nepotvrdil. Mezi oběma sledovanými skupinami pracovníků (dojíždějícími a nedojíždějícími) nebyl zjištěn významný rozdíl; nepatrně častěji se pracovní neschopnost vyskytovala u osob, které vykonávaly výdělečnou činnost v tomtéž okrese, v němž bydlely (obr. 33). Výraznější rozdíly nebyly zaznamenány ani v členění respondentů dle pohlaví, věku, rodinného stavu či vzdělání (tab. 69).

Z hlediska rozložení sledovaného jevu dle věku je možné konstatovat, že rovnovážný stav výskytu pracovní neschopnosti byl výsledkem vzájemného působení věkové kategorie 15–29 let, v níž více absentovali respondenti pracující v okrese svého bydliště, a ostatních věkových skupin, v nichž naopak mírně převažovala absence dojíždějících pracovníků (tab. 69).

Vliv dojížděky jakožto významného faktoru predikujícího určitou úroveň pracovní neschopnosti na základě dat VŠPS a výše popsaného charakterizování dojížděky, jako překročení hranic okresu při cestě do zaměstnání, tedy potvrzen nebyl. Je možné vyslovit

domněnku, že právě tato definice dojížděky mohla být jedním z důvodů, proč vliv tohoto faktoru nebyl potvrzen. Na základě dostupných dat se však jednalo o jediný způsob, jakým vyjádřit, že respondent musel při cestě do svého zaměstnání překonat větší vzdálenost, která mu zabrala rovněž delší čas. Pro detailnější analýzu tohoto faktoru by bylo užitečnější mít informace o době dojížděky do zaměstnání, popř. způsobu dopravy.

Tab. 69 – Podíl osob (v %), které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, délky praxe v současném zaměstnání, dojížděky do zaměstnání a případného hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008

	Délka práce v současném zaměstnání nebo jako samostatně výdělečně činná osoba				Dojíždí do zaměstnání před hranice okresu?		Hledá jiné / další zaměstnání?	
	Do 3 měsíců (včetně)	3 měsíce až 1 rok (včetně)	1 rok až 3 roky (včetně)	3 a více let	Ano	Ne	Ano	Ne
<i>Pohlaví</i>								
Muži	1,52	2,83	2,47	2,36	2,41	2,38	5,76	2,33
Ženy	2,16	3,75	4,00	3,53	3,61	3,59	7,88	3,49
<i>Věk</i>								
15-29 let	1,45	2,71	2,53	2,50	2,15	2,54	4,59	2,42
30-44 let	2,19	3,64	3,28	2,34	2,74	2,54	7,48	2,47
45-59 let	2,41	4,39	4,59	3,46	3,68	3,57	8,48	3,51
60 a více let	1,10	1,92	2,46	2,72	2,84	2,51	3,79	2,53
<i>Rodinný stav</i>								
Svobodný/á	1,30	2,57	2,32	2,26	2,00	2,32	4,53	2,22
Ženatý/vdaná	2,08	3,54	3,54	2,83	3,11	2,93	7,48	2,88
Ovdovělý/á	2,00	3,68	4,60	3,52	4,12	3,59	7,86	3,54
Rozvedený/á	3,17	5,06	5,03	3,80	4,00	4,07	9,66	3,92
<i>Vzdělání</i>								
ZŠ a bez vzdělání	3,08	5,82	5,78	5,30	5,48	5,31	14,36	5,13
SŠ bez maturity	2,18	4,15	3,92	3,55	3,81	3,60	8,20	3,53
SŠ s maturitou	1,23	2,28	2,56	2,31	2,27	2,33	5,00	2,27
VOŠ a VŠ	1,16	1,32	1,48	1,21	1,30	1,25	2,58	1,24
Celkem	1,84	3,28	3,19	2,84	2,81	2,92	6,79	2,83

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola.

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného pohlaví, věkové kategorie, rodinného stavu, vzdělání a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

Diferenciace pracovní neschopnosti dle skutečnosti, zda respondent hledá jiné (další) zaměstnání

Mezi respondenty hledajícími jiné nebo další zaměstnání byl zjištěn výrazně vyšší výskyt pracovní neschopnosti než u těch, kteří nové pracovní místo nehledali (obr. 33). Zatímco mezi zaměstnanými osobami, které by rády změnily své pracovní uplatnění, chybělo v referenčním týdnu z důvodu nemoci či úrazu necelých 7 % dotázaných, mezi osobami, které svou dosavadní výdělečnou činnost měnit nechtěly, jen 3 % respondentů. Nutno však dodat, že podíl respondentů Výběrového šetření pracovních sil hledajících nové uplatnění na trhu práce byl velmi nízký a činil 1,9 % z dotázaných osob považovaných dle terminologie VŠPS za zaměstnané (tab. 104 v příloze č. 9).

V obou kategoriích vytvořených na základě skutečnosti, zda respondent hledal jiné zaměstnání či nikoliv, podíl žen absentujících z důvodu nemoci či úrazu převýšil podíl absentujících mužů (tab. 70). Ve skupině mužů byl však zjištěn výraznější rozdíl v podílu

dočasně práce neschopných než ve skupině žen; muži, kteří hledali nové uplatnění na trhu práce, absentovali 2,5krát častěji, než ti, kteří nové pracovní místo nehledali. Mezi ženami činil tento poměr 2,3 ve prospěch jinou práci hledajících žen (tab. 69).

Z hlediska věku bylo nejvyšší zastoupení dočasně práce neschopných respondentů zaznamenáno mezi osobami hledajícími zaměstnání ve věku od 45 do 59 let; těchto osob chybělo v referenčním týdnu z důvodu nemoci či úrazu v zaměstnání 8,5 % (tab. 69). Nejmenší rozdíl v četnosti výskytu pracovní absence dle skutečnosti, zda respondent hledal nebo nehledal jiné zaměstnání, byl zjištěn ve věkové skupině nad 60 let. I přesto se jednalo o značný rozdíl – osoby hledající nové zaměstnání byly v pracovní neschopnosti 1,5krát častěji než ostatní (tab. 69). Tuto skutečnost lze interpretovat relativně snadno – osoby v důchodovém věku neměly existenční potřebu najít nové zaměstnání a mohly v případě nespokojenosti se svým současným zaměstnáním svou ekonomickou aktivitu ukončit. Největší rozdíl v podílu absentujících byl zjištěn ve věkové skupině 30–44 let; pracovní neschopnost osob hledajících jiné zaměstnání byla 3krát častější.

Tab. 70 – Index podílu osob, které nebyly v referenčním týdnu přítomny v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti, dle pohlaví, věku, rodinného stavu, vzdělání, délky praxe v současném zaměstnání, dojížděky do zaměstnání a případného hledání jiného zaměstnání, průměr let 2002–2008

	Délka práce v současném zaměstnání nebo jako samostatně výdělečně činná osoba				Dojíždí do zaměstnání před hranice okresu?		Hledá jiné / další zaměstnání?	
	Do 3 měsíců (včetně)	3 měsíce až 1 rok (včetně)	1 rok až 3 roky (včetně)	3 a více let	Ano	Ne	Ano	Ne
<i>Pohlaví</i>								
Muži / ženy	70	76	62	67	67	66	73	67
<i>Věk</i>								
30-44 let / 15-29 let	151	135	130	94	127	100	163	102
45-59 let / 15-29 let	166	162	182	138	171	141	185	145
60 a více let / 15-29 let	76	71	97	109	132	99	83	105
<i>Rodinný stav</i>								
Ženatý/vdaná / Svobodný/á	161	138	152	125	155	126	165	130
Ovdovělý/á / Svobodný/á	154	143	198	155	206	155	173	160
Rozvedený/á / Svobodný/á	245	197	217	168	200	175	213	177
<i>Vzdělání</i>								
SŠ bez maturity / ZŠ a bez vzdělání	71	71	68	67	70	68	57	69
SŠ s maturitou / ZŠ a bez vzdělání	40	39	44	44	41	44	35	44
VOŠ a VŠ / ZŠ a bez vzdělání	38	23	26	23	24	24	18	24

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Zdroj: VŠPS a vlastní výpočty

V rámci členění dle rodinného stavu byl nejvyšší podíl absentujících ze zdravotních důvodů, v obou kategoriích studované proměnné, tj. u těch, kteří hledali i nehledali jiné zaměstnání, zjištěn u rozvedených osob (tab. 69). V referenčním týdnu chybělo v zaměstnání ze zdravotních důvodů necelých 10 % rozvedených, kteří hledali nové pracovní uplatnění a 4 % rozvedených, kteří změnit zaměstnání v plánu neměli. Nejvýraznější rozdíl byl zjištěn u osob žijících v manželství; ti, kteří hledali nové uplatnění na trhu práce, absentovali 2,6krát častěji než osoby, které měly v plánu setrvat na své současné pracovní pozici (tab. 69).

Rozložení obou variant odpovědí na otázku, zda respondent hledá jiné zaměstnání, dle vzdělanostních skupin odpovídalo celkovému trendu ukazatele – s rostoucím vzděláním klesal podíl osob v pracovní neschopnosti. Zároveň docházelo k tomu, že rozdíl v podílu absentujících osob hledajících a nehledajících nové zaměstnání se zvyšujícím se stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání snižoval (tab. 69).

8.2.4. Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti: vícerozměrná analýza

Analýza pracovní neschopnosti byla řešena metodou binární logistické regrese ve statistickém softwarovém systému SAS 9.2. Studovaná individuální data pocházela z Výběrového šetření pracovních sil z let 2002 až 2008, realizovaného Českým statistickým úřadem.

Vysvětlovanou proměnnou byl výskyt pracovní neschopnosti. Tato proměnná byla dichotomická a vyjadřovala skutečnost, zda k výskytu pracovní neschopnosti došlo či nikoliv; nabývala dvou hodnot. Hodnoty „ano“ nabývala v případě, když respondent uvedl, že příčinou jeho nepřítomnosti v zaměstnání nebo odpracování menšího než obvyklého počtu hodin v referenčním týdnu, byla pracovní neschopnost pro nemoc či úraz. Hodnoty „ne“ nabývala ve všech ostatních případech, tj. jak v případě, že respondent byl v práci nepřítomný nebo odpracoval menší než obvyklý počet hodin z jiného důvodu než z důvodu nemoci či úrazu, tak v případě, že respondent byl v referenčním týdnu v práci přítomný nebo odpracoval obvyklý či vyšší počet hodin.

Vysvětlující proměnné použité v modelu byly převážně kategorizované, výjimku tvořila časová proměnná. Z proměnných představených v předešlé části kapitoly byly do regresního modelu vybrány všechny demografické a socioekonomické proměnné, tedy pohlaví respondenta (muž, žena), jeho věk nakumulovaný z důvodu snížení počtu kategorií do 15letých věkových skupin (15–29 let, 30–44 let, 45–59 let, 60 a více let), rodinný stav (svobodný/á, ženatý/vdaná, ovdovělý/á a rozvedený/á) a nejvyšší dokončené vzdělání (základní vzdělání či zcela bez vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou a vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání).

U regionálních a časových proměnných byly provedeny mírné úpravy, jak v počtu a charakteru proměnných, tak počtu kategorií. Regionální proměnná, označující původně krajskou příslušnost respondenta, byla pro účely modelu nahrazena dichotomickou proměnnou vyjadřující skutečnost, zda místem výkonu výdělečné činnosti byla západní nebo východní část České republiky. Rozdělení odpovídalo zjištěnému podílu osob v pracovní neschopnosti sledovanému v předešlé části kapitoly (tab. 59). Do západní části republiky byly zařazeny kraje: Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký. Do východní části republiky kraje: Pardubický, Vysočina, Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský. Nově vytvořená proměnná následovně nabývala dvou hodnot, a to západ a východ. Důvodem úpravy byla jak samotná podobnost hodnot úrovně pracovní neschopnosti evidovaná v jednotlivých krajích sloučených následně do jedné kategorie, tak snaha zredukovat počet kategorií, aby nedošlo k přílišnému rozptýlení počtu pozorování a ke snížení statistické významnosti výsledků.

Pro zohlednění vývoje sledovaného jevu v čase byla použita spojitá časová proměnná, která vyjadřovala rok a jeho čtvrtletí, v němž k pracovní absenci z důvodu nemoci či úrazu došlo. Byla vytvořena umístěním pořadového čísla čtvrtletí v rámci roku za číslovku vyjadřující referenční rok. Důvodem úpravy byla skutečnost, že takto vytvořená proměnná kumulovala časový údaj do jedné proměnné namísto původních dvou a umožňovala tak lépe sledovat vývoj studované události v čase. Tato proměnná navíc nevyjadřovala žádnou z osobních charakteristik respondenta, která by podmiňovala výskyt pracovní neschopnosti, ale sloužila pouze pro zohlednění časového hlediska v rámci výskytu studované události.

Z proměnných souvisejících s výkonem výdělečné činnosti byly do modelu vybrány proměnné vyjadřující náplň práce jedince (klasifikace zaměstnání KZAM), jeho formální postavení na pracovním trhu (zda se jednalo o podnikatele či o zaměstnance) a skutečnost, kolik času týdně strávil respondent vykonáváním své výdělečné činnosti, tj. počet obvykle odpracovaných hodin za týden. Do modelu byly dále zařazeny proměnné vyjadřující délku praxe respondenta, tedy to, jak dlouho v době provádění rozhovoru pracoval pro téhož zaměstnavatele, popř. jak dlouho vykonával tutéž samostatnou výdělečnou činnost. Zařazena byla rovněž proměnná vyjadřující skutečnost, zda si respondent hledal jiné nebo další zaměstnání.

V rámci klasifikace zaměstnání KZAM nebyly, ve srovnání s jejím použitím v předešlé části kapitoly ani ve srovnání s jejím oficiálním kódováním, realizovány v této části analýzy žádné změny. Respondenti byli rozčleněni do 10 kategorií (tzv. hlavních tříd) na základě skutečnosti, která pracovní činnost byla zdrojem jejich hlavních pracovních příjmů. Jednalo se o tyto kategorie:

- 1 = zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci,
- 2 = vědečtí a odborní duševní pracovníci,
- 3 = techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci,
- 4 = nižší administrativní pracovníci (úředníci),
- 5 = provozní pracovníci ve službách a obchodě,
- 6 = kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech,
- 7 = řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři,
- 8 = obsluha strojů a zařízení,
- 9 = pomocní a nekvalifikovaní pracovníci,
- 10 = příslušníci armády.

Z původní proměnné „Postavení v zaměstnání“, v jejímž rámci byl výskyt pracovní neschopnosti v předešlé části kapitoly sledován na úrovni 5 kategorií (podnikatel se zaměstnanci, podnikatel bez zaměstnanců, zaměstnanec, člen produkčního družstva, pomáhající rodinný příslušník), byla vytvořena binární proměnná, která členila respondenty na podnikatele a zaměstnance. Mezi podnikatele byli z předešlého členění zařazeni všichni podnikatelé bez ohledu na skutečnost, zda měli nebo neměli zaměstnance. Mezi zaměstnance byly dále zařazeny také původní, málo početné skupiny členů produkčního družstva a pomáhajících rodinných příslušníků. Důvodem sloučení byla již dříve zmiňovaná snaha snížit počet kategorií jednotlivých proměnných a zamezit tak rozptylování počtu pozorování. Samotné rozdělení respondentů na podnikatele a zaměstnance bylo dáno specifickým postavením obou skupin na pracovním trhu, a to jak z hlediska rozdílného stupně ochrany poskytované státem, tak z hlediska určitého osobnostního charakteru osob pracujících v jednotlivých skupinách.

Počet kategorií vytvořených v rámci proměnné sledující počet obvykle odpracovaných hodin za týden zůstal, ve srovnání s předešlou částí kapitoly, zachován. Na základě obvyklého rozsahu týdenní pracovní doby byli respondenti rozčleněni do 3 kategorií: 0,1–34,9 hodin týdně, 35–44,9 hodin týdně a 45 a více hodin týdně.

Ve srovnání s předešlou částí kapitoly zůstal také nezměněn počet kategorií jak u proměnné vyjadřující délku výkonu současně výdělečné činnosti respondenta, tak u proměnné vyjadřující

skutečnost, zda respondent hledal jiné, popř. další, zaměstnání. Proměnná „Délka výkonu současné výdělečné činnosti“ se skládala ze 4 kategorií vytvořených na základě doby, po kterou respondenti pracovali u svého stávajícího zaměstnavatele, popř. vykonávali tutéž samostatnou výdělečnou činnost. Proměnná byla tvořena těmito kategoriemi: do 3 měsíců (včetně), 3 měsíce až 1 rok (včetně), 1 rok až 3 roky (včetně), déle než 3 roky. Proměnná „Hledání jiného (dalšího) zaměstnání“ byla dichotomickou proměnnou a rozdělovala respondenty dle skutečnosti, zda hledali jiné zaměstnání či nikoliv.

Do modelu nebyla zařazena proměnná „Odvětvová klasifikace ekonomických činností“ (OKEČ), neboť by došlo ke značnému rozmělnění výběrového souboru na řadu kategorií. Dále nebyla zařazena proměnná „Typ pracovní smlouvy“ a to zejména z toho důvodu, že se týkala pouze zaměstnanců a zároveň nebyl prokázán výrazný rozdíl v podílu dočasně práce neschopných osob (tab. 67). Z téhož důvodu (malý rozdíl v podílu absentujících z důvodu nemoci či úrazu mezi kategoriemi) a také proto, že podobnou informaci poskytla proměnná charakterizující obvyklý počet odpracovaných hodin, nebyla zařazena proměnná „Typ pracovního úvazku“ (tab. 67). Takřka srovnatelný podíl osob v pracovní neschopnosti v obou kategoriích proměnné „Dojíždka do zaměstnání přes hranice okresu“ a také skutečnost, že takto definovaná dojíždka (rozdíl mezi okresem bydliště a okresem pracoviště) patrně neodrážela časovou, popř. fyzickou či finanční náročnost dopravy do zaměstnání, byly důvodem pro nezahrnutí této proměnné do modelu vícerozměrné analýzy.

Metodou binární logistické regrese byla modelována pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu. V rámci práce byly vypočteny celkem 3 modely; v prvním (model 1; tab. 71) byla modelována pravděpodobnost výskytu sledovaného jevu u všech respondentů dohromady, zbylé dva modely byly zvlášť vypočteny pro soubor žen (model 2; tab. 72) a soubor mužů (model 3; tab. 73). Všechny vysvětlující proměnné použité v modelech, i jejich kategorie, byly statisticky významné na hladině 0,05. Při výpočtu logistické regrese byla data vážena tak, aby odpovídala struktuře a velikosti základního souboru, tj. populaci České republiky. Interpretace výsledků níže bude nejprve provedena pro všechny respondenty dohromady, poté bude věnována pozornost zbývajícím dvěma modelům členěným dle pohlaví.

Model 1

Vytvořený regresní model prokázal, že v letech 2002 až 2008 byly ženy v pracovní neschopnosti zapříčiněné nemocí či úrazem 1,6krát častěji než muži (tab. 71). Vyšší, resp. častější výskyt pracovní neschopnosti u žen byl tak v souladu s údaji publikovanými celostátními statistikami zpracovávanými ČSÚ a ÚZIS, i se zjištěním dalších, zejména zahraničních, studií.

Z hlediska věku bylo zjištěno, že ze všech sledovaných věkových kategorií byly vznikem pracovní neschopnosti nejvíce ohroženy osoby ve věku 45–59 let. U mladších osob byl výskyt pracovní neschopnosti 0,8krát nižší a u osob starších téměř srovnatelný (tab. 71). Také toto zjištění bylo v souladu s celostátní evidencí úrovně pracovní neschopnosti v České republice. Profil vývoje průměrného procenta pracovní neschopnosti dle věku, publikovaný ÚZIS, do určité míry připomíná písmeno U; podíl průměrně denně absentujících z důvodu nemoci či

úrazu, tj. průměrné procento pracovní neschopnosti, u nejmladších pracovníků dlouhodobě převyšuje hodnotu tohoto ukazatele u osob ve středním věku, od 45 roku věku však dochází k jeho relativně dynamickému nárůstu a maxima je dosaženo ve věkové skupině 55–59 let. U starších osob dochází k mírnému poklesu, který však např. v roce 2007 nebyl výrazný a jednalo se o druhou nejvyšší hodnotu sledovaného ukazatele (Gobyová, 2009; obr. 15). Ve srovnání s údaji z popisných statistik (tab. 50) vypočtených na základě stejného datového zdroje, tj. dat Výběrového šetření pracovních sil, se zjištěné výsledky mírně rozcházejí a projevil se zde vliv vícerozměrné standardizace. K odlišnostem došlo zejména v nejmladší a nejstarší věkové skupině. Nejmladší věková skupina se v rámci popisných statistik vyznačovala nižší úrovní pracovní neschopnosti než osoby ve středním věku, zatímco na základě výsledků logistické regrese byla dosažená úroveň sledovaného jevu srovnatelná. Ve skupině pracujících důchodců, tj. osob nad 60 let, byla v rámci popisných statistik zjištěna výrazně nižší úroveň než u skupiny věkově předcházející, po vícerozměrné standardizaci byl však rozdíl zcela minimální (tab. 50 a tab. 71).

V rámci kategorií rodinného stavu se pracovní neschopnost vyskytovala 1,3krát častěji u rozvedených osob, ve srovnání s osobami žijícími v manželství; svobodné osoby chyběly v zaměstnání z důvodu nemoci a úrazu méně často a osoby ovdovělé přibližně se stejnou intenzitou jako osoby žijící v manželství (tab. 71). I po standardizaci na ostatní nezávisle proměnné vstupující do modelu logistické regrese bylo nejmenší ohrožení vznikem pracovní neschopnosti, shodně s výsledkem popisných statistik (tab. 54), zjištěno u svobodných osob. Tato skutečnost může být zdůvodněna tím, že svobodní občané, mohou se svým volným časem nakládat bez ohledu na jiné členy domácnosti a mohou ho např. věnovat dodržování zdravého životního stylu (pravidelný sport, zdravá strava bez ohledu na chuťové potřeby partnera, apod.) a zároveň nejsou vyčerpaní péčí o potomky, budeme-li předpokládat, že velká část svobodných osob nemá děti. Na druhou stranu nemusí být nižší výskyt pracovní neschopnosti u svobodných osob znakem jejich lepšího zdravotního stavu, ale pouze tím, že jsou finančně závislí pouze na svých příjmech, což jim může do značné míry znesnadňovat setrvání v pracovní neschopnosti v případě nemoci.

Dle vzdělání byly metodou logistické regrese potvrzeny trendy zjištěné již na základě popisných statistik (tab. 51); s rostoucím vzděláním se snižovala úroveň pracovní neschopnosti respondentů. Osoby se základní školou byly 1,2krát častěji ohroženy vznikem pracovní neschopnosti ve srovnání absolventy středních škol bez maturity; osoby s vysokoškolským vzděláním naopak dosahovaly ve srovnání se stejnou skupinou respondentů úrovně 0,6krát nižší (tab. 71). Při srovnání osob se základním vzděláním s jedinci se vzděláním vysokoškolským je možné konstatovat, že držitelé vysokoškolského diplomu absentovaly 0,5krát méně často ($0,556/1,183=0,470$), než osoby s nejvýše dokončenou základní školou či zcela bez vzdělání (tab. 105 v příloze č. 10). Zjištěné výsledky patrně odrážely zdraví respondentů, neboť obecně se má za to, že zdravotní stav se zlepšuje přímo úměrně s úrovní dosaženého vzdělání. Vzdělanější osoby o svoje zdraví více pečují, méně se vystavují (nebo jsou vystaveny) rizikovému působení vnějších vlivů a samy se chovají méně rizikově. Zpravidla rovněž vykonávají práci, jejíž výkon je do jisté míry umožňován i při mírném zhoršení zdravotního stavu a pracovník tudíž nemusí vždy absentovat.

Z hlediska postavení pracovníka v zaměstnání byla pracovní neschopnost podnikatelů zjištěna 0,5krát nižší než zaměstnanců; resp. 2,1krát ($1/0,483=2,070$) častější absence byla zjištěna u zaměstnanců, ve srovnání s podnikateli (tab. 71). Důvodem nízké absence podnikatelů nebyl patrně jejich lepší zdravotní stav (proměnná je standardizována na ostatní proměnné v modelu, tj. i dle vzdělání, které nejvíce ze všech použitých proměnných odráží úroveň zdraví pracovníků), ale osobní zodpovědnost za vykonávanou a předávanou práci, která patrně jedince motivovala k přítomnosti v zaměstnání i v době případného horšího zdravotního stavu, popř. jejímu vykonávání z domova. Roli mohla hrát rovněž nižší úroveň sociálního zabezpečení, která plynula z jejich neúčasti na nemocenském pojištění, z něhož jsou vypláceny dávky v nemoci a popř. velkého rozdílu mezi poskytovanou dávkou a standardním příjmem z výdělečné činnosti.

Klasifikace zaměstnání je, jak již bylo uváděno, částečně konstruována dle dosaženého vzdělanostního stupně pracovníka. Mezi jednotlivými zaměstnáními však existují rozdíly, které nebyly postiženy v rámci členění dle nejvyššího dosaženého stupně vzdělání a které odkrývá až členění dle této klasifikace (tab. 71). Referenční kategorií byli stanoveni zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci (hlavní třída č. 1). Ve srovnání s touto kategorií byla zjištěna nepatrně méně častá pracovní neschopnost u vědeckých a odborných duševních pracovníků (hlavní třída č. 2); pracovníci zařazení do ostatních kategorií absentovali z důvodu nemoci či úrazu častěji. Vznikem pracovní neschopnosti byli nejvíce ohroženi řemeslníci a kvalifikovaní výrobci (hlavní třída č. 7) a kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví (hlavní třída č. 6); tito absentovali 1,8krát, resp. 1,7krát častěji než zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci (tab. 71). Ve srovnání s původními popisnými statistikami (tab. 61) se po standardizaci na ostatní proměnné v modelu změnilo postavení příslušníků armády. Z hlediska pouhé četnosti výskytu bylo zjištěno, že z příslušníků armády absentoval nejmenší podíl osob; při zohlednění jejich ostatních charakteristik byla, ve srovnání s referenční kategorií, prokázána jejich 1,2krát častější absence. Příčinou tohoto zvratu byla patrně skutečnost, že mezi příslušníky armády byly převážně mladší osoby mužského pohlaví, jejichž nemocnost byla prokázána jako nižší. Po standardizaci na všechny proměnné v modelu byla tato demografická výhoda odstraněna a projevila se skutečná intenzita sledovaného jevu v této skupině. V zásadě je možné konstatovat, že dle výsledků logistické regrese došlo k rozdělení pracovníků na dvě skupiny – duševní a rutinní nemanuální pracovníky s nižším výskytem pracovní neschopnosti a pracovníky manuální s častější absencí z důvodu nemoci či úrazu. Přejížděnou kategorií tvořili provozní pracovníci ve službách a obchodě. Příčinou bylo pravděpodobně vzdělání potřebné pro výkon dané profese a s ním související úroveň zdravotního stavu, ale také konkrétní náplň práce a riziko vzniku úrazu či nemoci.

Tab. 71 – Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, model 1

Vysvětlující proměnná	Poměr šancí (odds ratios)			Statistická významnost
	OR	95% interval spolehlivosti		
<i>Pohlaví</i>				
Žena vs muž	1,551	1,547	1,554	<.0001
<i>Věk</i>				
15–29 let vs 45–59 let	0,784	0,781	0,787	<.0001
30–44 let vs 45–59 let	0,760	0,758	0,761	<.0001
60+ vs 45–59 let	0,968	0,962	0,974	<.0001
<i>Rodinný stav</i>				
Svobodný/á vs ženatý/vdaná	0,862	0,859	0,865	<.0001
Rozvedený/á vs ženatý/vdaná	1,279	1,275	1,284	<.0001
Ovdovělý/á vs ženatý/vdaná	0,978	0,972	0,984	<.0001
<i>Vzdělání</i>				
ZŠ a bez vzdělání vs SŠ bez maturity	1,183	1,179	1,188	<.0001
SŠ s maturitou vs SŠ bez maturity	0,779	0,777	0,781	<.0001
VOŠ a VŠ vs SŠ bez maturity	0,556	0,553	0,559	<.0001
<i>Postavení v zaměstnání</i>				
Podnikatel vs zaměstnanec	0,483	0,480	0,485	<.0001
<i>Klasifikace zaměstnání</i>				
Vědečtí a odborní duševní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	0,922	0,915	0,929	<.0001
Techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,065	1,058	1,072	<.0001
Nižší administrativní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,190	1,181	1,198	<.0001
Provozní pracovníci ve službách a obchodě vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,213	1,205	1,222	<.0001
Kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,711	1,695	1,727	<.0001
Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,754	1,742	1,766	<.0001
Obsluha strojů a zařízení vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,665	1,654	1,677	<.0001
Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,681	1,669	1,693	<.0001
Příslušníci armády vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,213	1,183	1,244	<.0001
<i>Počet obvykle odpracovaných hodin za týden</i>				
0,1 až 34,9 hodin vs 35 až 44,9 hodin	0,774	0,771	0,778	<.0001
45 a více hodin týdně vs 35 až 44,9 hodin	0,742	0,739	0,745	<.0001
<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>				
do 3 měsíců (včetně) vs 3 a více let	0,554	0,549	0,558	<.0001
3 měsíce až 1 rok (včetně) vs 3 a více let	1,077	1,073	1,082	<.0001
1 až 3 roky (včetně) vs 3 a více let	1,118	1,115	1,122	<.0001
<i>Hledání jiného (dalšího) zaměstnání</i>				
Hledá vs nehledá zaměstnání	2,314	2,302	2,326	<.0001
<i>Regionální rozložení</i>				
Východní část ČR vs západní část ČR	1,368	1,365	1,371	<.0001
<i>Časová proměnná</i>				
Rok + čtvrtletí	0,993	0,993	0,993	<.0001

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

Počet průměrně odpracovaných hodin za týden jednak odráží typ pracovního úvazku a zároveň informuje o přesčasové aktivitě pracovníka, která může být, není-li zaměstnavatelem přímo či nepřímo vynucená, interpretována jako zvýšená loajalita vůči zaměstnavateli. V případě osoby samostatně výdělečně činné může však značit pouhou nutnost věnovat se výdělečné činnosti nad rámec zákonem stanovených 40 hodin týdně. Bylo zjištěno, že osoby, pracující výrazně méně nebo naopak výrazně více než 40 hodin týdně, absentovaly v zaměstnání 0,8krát, resp. 0,7krát méně často, než osoby dodržující zákonem stanovenou pracovní dobu (tab. 71). Z výše uvedeného je možné dovodit, že po zohlednění všech ostatních proměnných v modelu, osoby pracující na částečný úvazek absentovaly z důvodu nemoci či úrazu méně než osoby pracující na plný úvazek a nižší výskyt pracovní neschopnosti byl rovněž zjištěn mezi těmi, kteří průměrně strávili výkonem výdělečné činnosti více než 9 hodin denně, tj. více než 45 hodin týdně. Příčinou nízké absence osob pracujících méně než 35 hodin týdně patrně byla nižší jistota zaměstnání a menší sociální ochrana, čímž byla potvrzena Bergendorffova teorie o vlivu subjektivního vnímání svého postavení v rámci firmy (Bergendorff, 2003). Nízká absence respondentů s vyšším počtem odpracovaných hodin byla způsobena pravděpodobně jejich motivací k podávání kvalitního, nadstandardního výkonu, za který jim zaměstnavatel patrně recipročně poskytoval různé benefity či mzdu. Převážně se jednalo o více vzdělané jedince, kteří těžili z lepšího zdravotního stavu, osoby pracující na vyšších pozicích s příslušnými pravomocemi a vykonávající duševní činnost. Do této skupiny byla zařazena také velká část osob samostatně výdělečně činných. Zjištění je rovněž do značné míry ve shodě s popisnými statistikami, které sledovaly podíl osob v jednotlivých kategoriích této proměnné, u kterých se pracovní neschopnost vyskytla (tab. 67). Vícerozměrná standardizace na ostatní proměnné v modelu se projevila ve značném snížení rozdílu výskytu pracovní neschopnosti mezi osobami pracujícími výrazně méně a výrazně více než 40 hodin týdně. Zatímco na základě popisných statistik se pracovní neschopnost u osob věnujících se své výdělečné činnosti více než 45 hodin týdně vyskytovala jednoznačně nejméně často (tab. 67), na základě logistické regrese nebyl rozdíl již tak významný (tab. 71).

Délka výkonu současné výdělečné činnosti výrazně ovlivnila výskyt pracovní neschopnosti pouze u krátkodobě pracujících osob. Osoby vykonávající současné zaměstnání kratší dobu než 3 měsíce absentovaly z důvodu nemoci či úrazu 0,6krát méně často než osoby působící u téhož zaměstnavatele, popř. vykonávající tutéž výdělečnou činnost déle než 3 roky. Osoby pracující pro téhož zaměstnavatele v rozmezí od 3 měsíců do 3 let byly v práci z důvodu nemoci či úrazu nepřítomny, ve srovnání s referenční skupinou, tj. osobami s praxí delší než 3 roky, pouze nepatrně častěji (tab. 71). Vysvětlení patrně spočívá pouze v tom, že nově přijatí pracovníci se v zaměstnání chtějí ukázat v co nejlepším světle a chtějí snížit riziko výpovědi ve zkušební tříměsíční době, proto setrvávají v pracovní neschopnosti co nejméně, aby např. nevyvolali dojem přílišné nemocnosti. Vzájemný vztah mezi kategoriemi zjištěný metodou logistické regrese tak potvrdil rozdělení relativních četností vypočtené v rámci popisných statistik v tab. 69.

Na výskyt pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu výrazně působila skutečnost, zda respondent hledal nové zaměstnání či nikoliv. U osob hledajících jiné (tj. nové, popř. další) uplatnění na trhu práce se pracovní neschopnost vyskytla 2,3krát častěji než u těch, kteří své

zaměstnání měnit nechtěli (tab. 71). Příčinou mohla být již zmiňovaná malá motivovanost k přítomnosti v zaměstnání, případný vznik fiktivní pracovní neschopnosti, ale i skutečnost, že stávající zaměstnání mohlo mít negativní vliv na zdravotní stav jedince, který jej vedl ke snaze toto zaměstnání změnit.

Z hlediska místa výkonu výdělečné činnosti respondenta bylo zjištěno, že po zohlednění ostatních charakteristik respondentů absentovali z důvodu nemoci či úrazu pracovníci ve východní části republiky 1,4krát častěji, než respondenti ze západní části republiky (tab. 71). Vzhledem k tomu, že vliv např. vzdělanostní úrovně pracovníků, jejich rodinného stavu či složení tamního hospodářství z hlediska jednotlivých typů zaměstnání byl použitím vícerozměrné standardizace odstraněn, je možné se domnívat, že za častějším výskytem pracovní neschopnosti ve východní části republiky stály jiné vnější faktory, např. životní prostředí, míra nezaměstnanosti v oblasti, či další skutečnosti (např. využití absence v zaměstnání k práci na vlastním hospodářství). Tyto údaje v zásadě odpovídají jak dlouhodobému trendu v rozložení průměrného procenta pracovní neschopnosti vypočteného z dat pocházejících z celostátní evidence ČSÚ (obr. 13), tak informacím získaným na základě výpočtu podílu absentujících na základě dat pocházejících z Výběrového šetření pracovních sil v tab. 59.

Na základě výsledků logistické regrese pro jedinou spojitou proměnnou v modelu, tj. proměnnou vyjadřující kalendářní rok a zároveň čtvrtletí roku, v němž šetření probíhalo, je možné konstatovat, že s každým následujícím čtvrtletím v rámci celého sledovaného období docházelo k nepatrnému snížení výskytu pracovní neschopnosti (odds ratio = 0,993; tab. 71). Ve sledovaném období se úroveň pracovní neschopnosti snižovala zejména v důsledku snížení finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti.

Model 2 – ženy

Metodou logistické regrese byla modelována pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti také pouze pro soubor žen (tab. 72). V rámci tohoto bylo zjištěno, že ženy ve věku 15–29 let nebyly přítomny v zaměstnání 1,2krát častěji než ženy ve věku 45–59 let a naopak pracovní neschopnost žen starších 60 let byla 0,5krát nižší (tab. 72). Tato skutečnost byla dána již mnohokrát zmiňovaným tzv. efektem zdravých pracovníků, tedy tím, že na pracovním trhu byly v důchodovém věku přítomny pouze zdravější pracovnice, neboť ostatní přešly, díky nároku na starobní důchod, do ekonomické neaktivity. Při srovnání těchto dvou krajních skupin, tj. věkové skupiny 15–29 let a skupiny 60+, je možné konstatovat, že mladé ženy chyběly v zaměstnání 2,5krát častěji než ženy v důchodovém věku ($1,150/0,455=2,527$; tab. 106 v příloze č. 10). Vyšší nemocnost mladších žen, ve srovnání se všemi ostatními kategoriemi, byla patrně zapříčiněna pracovní neschopností související s rizikovým těhotenstvím, jehož výskyt zejména v posledních letech narůstal. Ve srovnání s pouhým podílem žen, u nichž se v referenčním týdnu vyskytla pracovní neschopnost (tab. 50), se po standardizaci na ostatní proměnné modelu zvětšil rozdíl mezi nejmladší (15–29 let) a střední (30–44 let) věkovou kategorií. Při přepočtu na věkové kategorie používané v rámci logistické regrese činil podíl žen ve věku 15–29 let, které nebyly v práci přítomny z důvodu nemoci nebo úrazu 3,38 % a z žen ve věku 30–44 let chybělo 3,35 %. V rámci výpočtu logistické regrese bylo zjištěno, že ženy

v nejmladší věkové kategorii absentovaly z důvodu nemoci či úrazu 1,3krát častěji ($1,150/0,862=1,334$; tab. 106 v příloze č. 10), než jejich starší kolegyně (tab. 72).

Z hlediska rodinného stavu byl nejnižší výskyt pracovní neschopnosti zaznamenán mezi svobodnými; pracovní absence svobodných žen z důvodu nemoci či úrazu byla 0,7krát méně častá než žen vdaných (tab. 72). Četnost výskytu pracovní neschopnosti u ostatních kategorií byla v zásadě shodná, ve srovnání s modelem 1 (tab. 71) byly tedy zjištěny menší rozdíly.

Výskyt pracovní neschopnosti se, stejně jako v případě modelu 1, snižoval s rostoucím vzděláním respondentek. Zatímco mezi ženami, které dokončily pouze základní školu a těmi, které získaly výuční list, nebyl rozdíl příliš výrazný, u žen s maturitou nebo vysokoškolským diplomem se pracovní neschopnost, ve srovnání s referenční kategorií (tj. ženami se středním vzděláním bez maturity) vyskytovala výrazně méně často. Ženy se středním vzděláním s maturitou nebyly v práci z důvodu nemoci nebo úrazu přítomny 0,8krát méně často a ženy s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním 0,6krát méně často, než respondentky tvořící referenční skupinu (tab. 72). Při transformaci výpočtu je možné konstatovat, že absence žen s vysokou či vyšší odbornou školou ve srovnání s ženami se základní školou byla 0,5krát nižší ($0,597/1,159=0,515$; tab. 106 v příloze č. 10).

Obdobně jako v modelu 1, také v souboru žen bylo potvrzeno zjištění získané již na základě popisných statistik, že výskyt pracovní neschopnosti mezi podnikatelkami byl výrazně, tj. 0,5krát, nižší, než mezi zaměstnankyněmi.

Z hlediska klasifikace zaměstnání KZAM byl zjištěn rozdílný výskyt pracovní neschopnosti u žen vykonávajících duševní a rutinní nemanuální zaměstnání na jedné straně a manuální profese na straně druhé. Ženy pracující jako kvalifikované dělnice v zemědělství a lesnictví (hl. třída 6), jako řemeslnice a kvalifikované výrobkyně (hl. třída 7), ženy obsluhující stroje a zařízení (hl. třída 8) a pomocné a nekvalifikované pracovnice (hl. třída 9) byly v pracovní neschopnosti přibližně 1,6 až 1,7krát častěji než zákonodárkyně, vedoucí a řídicí pracovnice (tab. 72). Jak již bylo řečeno výše, výkon manuálního zaměstnání zvyšuje pravděpodobnost výskytu pracovní neschopnosti zejména z důvodu rizikovějšího pracovního prostředí a náplně práce, která neumožňuje výkon činnosti v době mírné nemoci. Vliv může mít rovněž nižší plat na těchto pracovních pozicích, díky čemuž není příliš velký rozdíl mezi výší dávky v nemoci a výší standardního platu či mzdy.

Ženy, které se věnovaly výkonu své výdělečné výrazně méně nebo naopak výrazně více než 40 hodin týdně, byly v pracovní neschopnosti 0,8krát méně často než ženy v referenční skupině, tj. dodržující zákonem stanovený rozsah pracovní doby při plném úvazku (tab. 72). Obdobné zjištění bylo potvrzeno rovněž v modelu 1.

Vliv délky výkonu současné výdělečné činnosti byl potvrzen, stejně jako v modelu 1, pouze u respondentek vykonávajících výdělečnou činnost v rozmezí od 0 do 3 měsíců, nejčastěji tedy v rámci tříměsíční zkušební doby. Tyto byly v zaměstnání nepřítomny z důvodu nemoci či úrazu 0,5krát méně často, než ženy pracující na stejné pozici déle než 3 roky. Rozdíl u ostatních kategorií byl minimální (tab. 72).

Tab. 72 - Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, ženy, model 2

Vysvětlující proměnná	Poměr šancí (odds ratios)			Statistická významnost
	OR	95% interval spolehlivosti		
<i>Věk</i>				
15–29 let vs 45–59 let	1,150	1,144	1,156	<.0001
30–44 let vs 45–59 let	0,862	0,859	0,865	<.0001
60+ vs 45–59 let	0,455	0,449	0,460	<.0001
<i>Rodinný stav</i>				
Svobodná vs vdaná	0,658	0,655	0,662	<.0001
Rozvedená vs vdaná	1,155	1,150	1,159	<.0001
Ovdovělá vs vdaná	1,043	1,036	1,051	<.0001
<i>Vzdělání</i>				
ZŠ a bez vzdělání vs SŠ bez maturity	1,159	1,154	1,164	<.0001
SŠ s maturitou vs SŠ bez maturity	0,766	0,762	0,769	<.0001
VOŠ a VŠ vs SŠ bez maturity	0,597	0,592	0,602	<.0001
<i>Postavení v zaměstnání</i>				
Podnikatel vs zaměstnanec	0,451	0,447	0,454	<.0001
<i>Klasifikace zaměstnání</i>				
Vědečtí a odborní duševní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	0,883	0,873	0,892	<.0001
Techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	0,987	0,977	0,996	0,006
Nižší administrativní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,110	1,099	1,121	<.0001
Provozní pracovníci ve službách a obchodě vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,183	1,171	1,195	<.0001
Kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,676	1,654	1,698	<.0001
Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,700	1,682	1,718	<.0001
Obsluha strojů a zařízení vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,667	1,650	1,684	<.0001
Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,578	1,562	1,594	<.0001
Příslušníci armády vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,116	1,042	1,195	0,002
<i>Počet obvykle odpracovaných hodin za týden</i>				
0,1 až 34,9 hodin vs 35 až 44,9 hodin	0,800	0,795	0,804	<.0001
45 a více hodin týdně vs 35 až 44,9 hodin	0,797	0,792	0,802	<.0001
<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>				
do 3 měsíců (včetně) vs 3 a více let	0,537	0,531	0,542	<.0001
3 měsíce až 1 rok (včetně) vs 3 a více let	1,013	1,008	1,018	<.0001
1 až 3 roky (včetně) vs 3 a více let	1,112	1,108	1,117	<.0001
<i>Hledání jiného (dalšího) zaměstnání</i>				
Hledá vs nehledá zaměstnání	2,195	2,179	2,210	<.0001
<i>Regionální rozložení</i>				
Východní část ČR vs západní část ČR	1,210	1,207	1,214	<.0001
<i>Časová proměnná</i>				
Rok + čtvrtletí	0,994	0,994	0,994	<.0001

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

Hledání jiného nebo dalšího zaměstnání se z hlediska výskytu pracovní neschopnosti projevilo jako jeden z určujících faktorů. Ženy, které buď chtěly změnit své stávající

zaměstnání, nebo hledaly ještě další uplatnění, resp. zdroj příjmů, byly v pracovní neschopnosti 2,2krát častěji než ty, které žádnou změnu v tomto ohledu neplánovaly (tab. 72). Častější výskyt pracovní neschopnosti v této skupině respondentek vede k domněnce, ačkoliv není možné ji na základě dat VŠPS potvrdit, že se spíše jednalo o osoby hledající jiné, nikoliv další, uplatnění na trhu práce. Častější nepřítomnost z důvodu nemoci nebo úrazu u osob nespokojených se svým zaměstnáním je relativně snadno vysvětlitelná, jak bylo uvedeno již výše, zatímco interpretace tohoto chování u osob, které by chtěly ještě zvýšit své pracovní vytížení, nikoliv.

Z hlediska regionální proměnné bylo potvrzeno, že ženy pracující ve východní části republiky byly v pracovní neschopnosti 1,2krát častěji než ty pracující v západní část (tab. 72). Příčinou může být např. skladba hospodářství a její vliv na vznik pracovní neschopnosti (např. rizikovější činnosti) nebo úroveň mzdy a míra její odlišnosti od výše dávky vyplácené v době nemoci.

Časový vývoj výskytu jevu odpovídal údajům z celostátních statistik; v průběhu sledovaného období docházelo ke snižování výskytu pracovní neschopnosti. Dle výsledků logistické regrese se každé následující čtvrtletí pracovní neschopnost vyskytla 0,994krát méně často (tab. 72).

Model 3 - muži

V rámci třetího modelu byl sledován výskyt pracovní neschopnosti v souboru mužů. Z výsledků logistické regrese je patrné, že u mužů starších 60 let se již mnohokrát zmiňovaný efekt zdravých pracovníků neprojevil a tato věková skupina naopak vykazovala nejvyšší úroveň pracovní neschopnosti (tab. 73). Muži starší 60 let nebyli přítomni v zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu 1,3krát častěji než muži ve věku 45–59 let (tab. 73) a 2,4krát častěji než nejmladší věková skupina mužů, tj. 15–29 let ($1/0,416=2,404$; tab. 107 v příloze č. 10). Touto skutečností se rozložení výskytu pracovní neschopnosti v rámci věkových kategorií v souboru mužů odlišovalo jak od souboru žen (tab. 72), tak od souboru všech respondentů, bez ohledu na jejich pohlaví (tab. 71). Je možné se domnívat, že díky vysoké participaci mužů v důchodovém věku na trhu práce se jejich nižší absence, tzv. efekt zdravých pracovníků, začala projevovat se zpožděním, tj. až v okamžiku, kdy z pracovního trhu začala odcházet velká část pracujících důchodců a zůstávali pouze zdravější jedinci, tj. např. od věku 65 let.

V souboru mužů se, jako v jediném se studovaných modelů, projevil pozitivní vliv života v manželství; výskyt pracovní neschopnosti u mužů žijících v manželství byl, ve srovnání s ostatními skupinami dle rodinného stavu, nejnižší. Nejčastěji byli vznikem pracovní neschopnosti ohroženi rozvedení muži, kteří z důvodu nemoci či úrazu chyběli na pracovišti 1,5krát častěji než muži ženatí (tab. 73).

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání byl výrazný rozdíl zjištěn mezi všemi vzdělanostními skupinami. Muži, kteří ukončili pouze základní školu či zůstali zcela bez vzdělání, byli riziku vzniku pracovní neschopnosti vystaveni 1,4krát častěji než absolventi učňovských oborů bez maturity. Naopak u osob se střední školou s maturitou nebo u absolventů vysoké či vyšší odborné školy se pracovní neschopnost vyskytla 0,8krát, resp. 0,5krát méně často (tab. 73). Při přepočtu je možné konstatovat, že pracovní neschopnost mužů, kteří byli absolventy terciárního stupně vzdělávání byla 0,4krát méně častá ($0,505/1,350=0,374$; tab. 107

v příloze č. 10) než absence mužů, kteří dokončili pouze základní školu. Vliv vzdělání na výskyt nemoci či úrazu a zejména na následnou potřebu setrvat v pracovní neschopnosti byl tedy potvrzen. O případných vlivech dalších faktorů, nezohledněných v provedené analýze (např. subjektivním hodnocení zdravotního stavu či výši mzdy), je možné pouze spekulovat.

Výskyt pracovní neschopnosti u mužů, kteří podnikali, byl ve srovnání se zaměstnanci poloviční (tab. 73). Vzhledem ke standardizaci na ostatní proměnné v modelu je možné konstatovat, že za tímto rozdílem stál právě charakter výdělečné činnosti, který podnikatele pravděpodobně odrazil od pracovní absence, než by měl za následek nižší riziko vzniku nemoci či úrazu.

Také v souboru mužů bylo patrné rozdělení klasifikace zaměstnání dle výskytu pracovní neschopnosti na zaměstnání duševní a manuální. Obdobně jako v souboru žen, také u mužů pracujících jako kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví (hl. třída 6), řemeslníci a kvalifikovaní výrobci (hl. třída 7), obsluhující stroje a zařízení (hl. třída 8) a pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (hl. třída 9) se pracovní neschopnost vyskytla 1,7 až 1,8krát častěji než mezi zákonodárci, vedoucími a řídicími pracovníky (tab. 73). Ve srovnání s referenční skupinou byli v zaměstnání častěji nepřítomni z důvodu nemoci či úrazu také nižší administrativní pracovníci (1,3krát) a příslušníci armády (1,4krát).

Z hlediska počtu obvykle odpracovaných hodin se pracovní neschopnost vyskytla nejčastěji u referenční kategorie, tj. u osob pracujících přibližně 40 hodin týdně. Nepatrně méně často, ve srovnání s referenční kategorií, byla zjištěna u osob s kratší pracovní dobou a nejméně často (0,7krát) u mužů, kteří se výdělečné činnosti věnovali více než 45 hodin týdně (tab. 73). V případě kratší pracovní doby mohla být příčinou jiná než standardní forma pracovní smlouvy a s ní související nižší ochrana ze strany státu; v případě vyššího počtu obvykle odpracovaných hodin se mohlo jednat o výrazný rozdíl mezi mzdou a poskytovanou dávkou v nemoci.

Stejně jako v případě předešlé proměnné, tak v rámci délky výkonu současné výdělečné činnosti se rozložení výskytu pracovní neschopnosti do jednotlivých kategorií v zásadě nelišilo od modelů 1 a 2. Muži pracující na těžce pozici kratší dobu než 3 měsíce byli, ve srovnání s muži s praxí delší než 3 roky, nepřítomni z důvodu nemoci či úrazu 0,6krát méně často. Ostatní kategorie se od té referenční výrazněji nelišily (tab. 73).

Muži hledající nové nebo další uplatnění na trhu práce nebyli ve svém stávajícím zaměstnání přítomni 2,5krát častěji než ti, kteří měli v plánu ve svém zaměstnání setrvat a nechtěli zvyšovat své pracovní vytížení přibráním další výdělečné činnosti (tab. 73).

V rámci proměnné vyjadřující regionální příslušnost respondenta bylo zjištěno, že muži na Moravě, tj. východní části republiky, absentovali z důvodu nemoci či úrazu 1,6krát více než muži v Čechách, tj. v západní části republiky. Možným vysvětlením této skutečnosti je zvýšený výskyt rizikového chování u mužů, spojeného např. s vyšší konzumací alkoholu. Jak je patrné z modelů 1 a 2, popisných statistik vypočtených ze stejných zdrojových dat jako logistická regrese a údajů pocházející z celostátní evidence ČSÚ, toto regionální rozložení výskytu pracovní neschopnosti je obecně platné a má dlouhodobý charakter.

Z poslední proměnné použité v modelu je možné vyčíst, že s každým dalším čtvrtletím se výskyt pracovní neschopnosti nepatrně snížil (tab. 73), což rovněž odpovídá předešlým zjištěním.

Tab. 73 - Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti, průměr let 2002–2008, muži, model 3

Vysvětlující proměnná	Poměr šancí (odds ratios)			Statistická významnost
	OR	95% interval spolehlivosti		
<i>Věk</i>				
15–29 let vs 45–59 let	0,528	0,526	0,531	<.0001
30–44 let vs 45–59 let	0,650	0,648	0,653	<.0001
60+ vs 45–59 let	1,272	1,263	1,280	<.0001
<i>Rodinný stav</i>				
Svobodný vs ženatý	1,102	1,097	1,107	<.0001
Rozvedený vs ženatý	1,524	1,517	1,532	<.0001
Ovdovělý vs ženatý	1,146	1,131	1,160	<.0001
<i>Vzdělání</i>				
ZŠ a bez vzdělání vs SŠ bez maturity	1,350	1,342	1,358	<.0001
SŠ s maturitou vs SŠ bez maturity	0,813	0,809	0,816	<.0001
VOŠ a VŠ vs SŠ bez maturity	0,505	0,501	0,509	<.0001
<i>Postavení v zaměstnání</i>				
Podnikatel vs zaměstnanec	0,497	0,494	0,500	<.0001
<i>Klasifikace zaměstnání</i>				
Vědečtí a odborní duševní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	0,940	0,929	0,951	<.0001
Techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,157	1,146	1,168	<.0001
Nižší administrativní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,340	1,324	1,357	<.0001
Provozní pracovníci ve službách a obchodě vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,146	1,134	1,159	<.0001
Kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,696	1,673	1,720	<.0001
Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,812	1,795	1,829	<.0001
Obsluha strojů a zařízení vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,671	1,656	1,687	<.0001
Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,841	1,822	1,860	<.0001
Příslušníci armády vs zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci	1,408	1,371	1,447	<.0001
<i>Počet obvykle odpracovaných hodin za týden</i>				
0,1 až 34,9 hodin vs 35 až 44,9 hodin	0,889	0,881	0,898	<.0001
45 a více hodin týdně vs 35 až 44,9 hodin	0,743	0,739	0,746	<.0001
<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>				
do 3 měsíců (včetně) vs 3 a více let	0,557	0,551	0,564	<.0001
3 měsíce až 1 rok (včetně) vs 3 a více let	1,143	1,137	1,150	<.0001
1 až 3 roky (včetně) vs 3 a více let	1,108	1,103	1,112	<.0001
<i>Hledání jiného (dalšího) zaměstnání</i>				
Hledá vs nehledá zaměstnání	2,454	2,435	2,473	<.0001
<i>Regionální rozložení</i>				
Východní část ČR vs západní část ČR	1,580	1,576	1,585	<.0001
<i>Časová proměnná</i>				
Rok + čtvrtletí	0,992	0,992	0,992	<.0001

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

8.2.5 Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti: shrnutí

V předešlé části práce byla provedena analýza výskytu pracovní neschopnosti na základě dat pocházejících z Výběrového šetření pracovních sil, realizovaného Českým statistickým úřadem v letech 2002–2008. Analýza byla provedena u osob považovaných dle terminologie VŠPS za zaměstnané, které v průběhu referenčního týdne nepracovaly, nebo odpracovaly méně hodin než obvykle, a to z důvodu pracovní neschopnosti. Výskyt pracovní neschopnosti byl sledován jednak dvourozměrnou analýzou na základě podílu osob, u nichž se tato událost v referenčním týdnu vyskytla, a dále využitím vícerozměrné analýzy.

Z hlediska pohlaví bylo v obou typech analýzy potvrzeno zjištění zahraničních studií a rovněž údaje pocházející z celostátní evidence ČSÚ, že u žen je výskyt pracovní neschopnosti častější než u mužů. Využitím binární logistické regrese, po standardizaci na ostatní proměnné v modelu, bylo určeno, že ve sledovaném období ženy absentovaly z důvodu nemoci a úrazu na pracovišti 1,6krát častěji než muži (tab. 71).

Rovněž v souladu s celostátní evidencí bylo prokázáno, že pracovní neschopnost se u mladších osob vyskytuje méně často, než u osob starších. V rámci dvourozměrné i vícerozměrné analýzy bylo potvrzeno, že z důvodu nemoci a úrazu nejvíce absentovaly osoby v předdůchodové věkové skupině, ve skupině pracujících důchodců byla již absence nižší (obr. 24, tab. 71).

Nejčastější výskyt pracovní neschopnosti byl z hlediska rodinného stavu zjištěn mezi rozvedenými osobami, a to jak na základě dvourozměrné analýzy, tj. podílu osob, u nichž k výskytu sledovaného jevu došlo (tab. 54), tak po standardizaci na ostatní proměnné v modelu v rámci binární logistické regrese (tab. 71)

Na základě dat VŠPS byla potvrzena nepřímá úměra platící pro vztah mezi výskytem pracovní neschopnosti a stupněm vzdělání. Nejčastěji jsou z důvodu nemoci a úrazu v zaměstnání nepřítomné osoby se základním vzděláním či zcela bez vzdělání, jejichž absence je 2,1krát častější než vysokoškolsky vzdělaných pracovníků (tab. 71).

Z hlediska postavení respondenta na pracovním trhu bylo zjištěno, že podnikatelé absentují výrazně méně než zaměstnanci a kvalifikované nebo polokvalifikované osoby vykonávající duševní činnost absentují méně než manuální pracovníci (tab. 71).

Respondenti, jejichž obvykle odpracovaný počet hodin týdně byl výrazně nižší nebo naopak výrazně vyšší než zákonem stanovený týdenní rozsah pracovní doby (40 hodin), byli v zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu nepřítomni méně často, než ti, kteří zpravidla pracovali zmíněných 40 hodin týdně.

U osob, které v době provádění šetření pracovaly na dané pozici méně než 3 měsíce, tj. v případě zaměstnanců se jednalo o práci ve zkušební době, byl prokázán 0,6krát méně častý výskyt pracovní neschopnosti než u ostatních pracovníků (tab. 71).

Výrazně vyšší výskyt pracovní neschopnosti byl zjištěn u osob hledajících nové uplatnění na trhu práce a rovněž u respondentů pracujících na Moravě, ve srovnání s Čechami (tab. 71).

Kapitola 9

Prezentismus – přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání

V dnešním tržním prostředí je zajištění úspěšnosti a konkurenceschopnosti firmy, které ústí v maximalizaci zisků, stále náročnějším úkolem. Prostředkem k dosažení těchto cílů jsou znalosti, dovednosti a chování (míra angažovanosti, věrnost firmě či dodržování podnikové kultury) pracovníků a také produktivita práce, která vyjadřuje jakou měrou či jak dobře je pracovní síla využívána při vytváření produktů. Zásadní vliv na výkonnost pracovníků má jejich zdravotní stav, přičemž platí, že v době nemoci či úrazu je schopnost jedince vytvářet produkt a přidanou hodnotu omezena (Klesla, 2010). Tyto skutečnosti a sílící tlaky na zvyšování produktivity a efektivity práce vedly k tomu, že se zdravotní stav pracovníků dostal do popředí zájmu řady firem a státu (Yang a Chen, 2009).

Zdravotní stav jedince si je možné zjednodušeně představit jako určitý poměr zdraví a nemoci. Obě tyto složky jsou velmi těžko měřitelné, velkou roli hraje jejich subjektivní hodnocení jedincem, které zahrnuje i určité kulturní vnímání (Rychtaříková, 2008). Tyto charakteristiky *zdraví* jsou obsaženy také v jeho definici Světovou zdravotnickou organizací (WHO)³⁹. Z výše popsaných důvodů, protože „můžeš řídit jen to, co můžeš změřit“ (Pauly et al., 2008), se pozornost firem a státu zaměřila nejprve na pracovní neschopnost, která do jisté míry⁴⁰ umožňuje kvantifikovat výskyt nemoci či úrazu a tedy i sledovat změny, ke kterým dochází v reakci na zaváděná opatření.

9.1 Snižování pracovní neschopnosti a prezentismus

V řadě zejména zahraničních firem byly realizovány preventivní programy, které měly za cíl snížit výskyt pracovní neschopnosti (více kapitola 4.2). Součástí těchto preventivních programů byla pozitivní i negativní motivace pracovníků k docházce do zaměstnání, podpora zdraví a zdravého životního stylu (Whitaker, 2001). K zajištění větší spokojenosti pracovníků byla zaváděna flexibilní pracovní doba, začal být využíván tzv. home office, tj. výkon práce z domova, a byla aktivně řešena otázka sladování rodinného a pracovního života (např. zřizováním firemních školek). Nejednalo se tedy pouze o snahu snížit pracovní neschopnost prostřednictvím nepřímých administrativních tlaků, ale byla podniknuta rovněž opatření

³⁹ Světová zdravotnická organizace chápe *zdraví* jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci nebo nějaké poruchy (Rychtaříková, 2008).

⁴⁰ Pracovní neschopnost v České republice je sledována jen u nemocensky pojištěných osob. Nemocenské pojištění je u zaměstnanců povinné, u osob samostatně výdělečně činných dobrovolné.

směřující k zlepšení zdravotního stavu a sociální pohody pracovníků (Vizual Human Resources, 2004).

Jednotlivé státy v zájmu snížit výdaje v sociální oblasti, jejíž součástí je agenda nemocenského pojištění, a zamezit nadměrnému využívání nemocenských dávek, přijímaly řady legislativních opatření, která zpříšňovala podmínky nároku na výplatu finanční kompenzace ušlé mzdy v době pracovní neschopnosti a zároveň snižovala relativní výši této kompenzace. V mnoha zemích byla zavedena karenční doba a odpovědnost za kompenzaci ušlé mzdy na počátku pracovní neschopnosti byla převedena na zaměstnavatele (MPSV, 2007).

Na pracovní neschopnost zapříčiněnou nemocí či úrazem bylo tedy pohlíženo jako na negativní jev, jehož výskyt je potřeba omezit, neboť v jeho důsledku dochází k zvýšení výdajů na zdravotní péči a finanční kompenzaci ušlé mzdy a současně k poklesu produktivity práce, tvorby přidané hodnoty, omezení spotřeby domácností díky nižším příjmům a tím i k poklesu HDP (Klesla, 2010). Pracovní neschopnost byla navíc často vnímána jako stav spjatý se simulováním a zneužíváním dávek určitou skupinou pojištěnců.

Výzkumu pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu byla proto věnována značná pozornost. Cílem prováděných analýz bylo zjistit determinanty jejího výskytu (např. Gobyová, 2009) a výsledky použít k stanovení opatření, která by jej snižovala.

Na konci 90. let minulého století se v zahraniční odborné literatuře začalo objevovat nové nazírání na tuto problematiku. Dosud jednostranně prosazované tlaky na snižování pracovní absence začaly být některými odborníky kritizovány a agenda zdravotního stavu pracovníků byla rozšířena o nový pojem – „presenteeism“. Jedná se koncept, který je používán k pojmenování stavu, resp. jednání člověka, který je přítomen v zaměstnání, ačkoliv se cítí nemocen a měl by se léčit (Aronsson et al., 2000; Dew et al., 2005). Kromě termínu „presenteeism“ bývá v zahraniční odborné literatuře používán termín „on-the-job illness“. V češtině je pro výše popsané chování používáno označení prezentismus (např. Ihned.cz, 2004), které bude užíváno i v rámci této práce; vzhledem k nízkému zájmu o sledovanou problematiku není toto pojmenování obecně známé a vžité.

Snahy omezit výskyt pracovní neschopnosti byly kritizovány zejména proto, že se mnohdy jednalo pouze o administrativní opatření, která motivovala k přítomnosti v zaměstnání i nemocné jedince. Toto chování však snižuje produktivitu práce daného jedince, zvyšuje náklady firmy a z dlouhodobého hlediska negativně ovlivňuje zdravotní stav pracovníků.

9.2 Výzkumy zabývající se prezentismem

Zájem o prezentismus byl vyvolán především změnami pracovního klimatu (reorganizace firem, nárůst nezaměstnanosti, stres, vyžadovaná časová flexibilita pracovníků) a změnami v systému sociálního zabezpečení (Aronsson et al., 2000). Pod vlivem těchto okolností lidé změnilí své chování v době nemoci a začali jej více přizpůsobovat aktuálním podmínkám. Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání se od konce 90. let 20. století stala předmětem řady výzkumů (např. Aronsson et al., 2000; Dew a Taupo, 2009). Ve srovnání s počtem studií, které se zabývaly alternativním chováním, tedy pracovní absencí nemocného zaměstnance, je však jejich počet stále velmi nízký a proto jsou znalosti tohoto fenoménu jen omezené.

Nejvíce studií bylo zaměřeno na zjištění příčin a podmínek, které vedly nemocné jedince k přítomnosti v zaměstnání, tj. na faktory související s výkonem výdělečné činnosti, zdravotním stavem, socioekonomickými a demografickými charakteristikami pracovníka (např. Aronsson a Gustafsson, 2005; Böckerman a Laukkanen, 2008). Tyto výzkumy byly, stejně jako výzkumy zaměřené na pracovní absenci, realizovány zejména v severských zemích (Švédsko, Finsko), na Novém Zélandu, v Kanadě či Nizozemsku. Dále byl zkoumán dopad tohoto chování na fungování a hospodaření firmy (např. Goetzel et al., 2004; Koopman et al., 2002). Autoři výzkumů se snažili odhadnout vzniklé ekonomické ztráty způsobené poklesem produktivity jedince, následným nedodržením smluvně stanovených termínů či množství výrobků, a navrhnout, jak tyto ztráty minimalizovat. Studie tohoto charakteru byly prováděny převážně v USA. Velmi malá pozornost byla věnována zdravotním dopadům tohoto chování (např. Caverley et al., 2007).

9.2.1 Příčiny malého zájmu o prezentismus

Nedostatek zájmu o zjištění příčin, souvislostí a následků opakované přítomnosti nemocného pracovníka v zaměstnání, ve srovnání s jeho absencí, byl pravděpodobně způsoben několika skutečnostmi.

Důsledkem pracovní absence jsou přímé a snadno stanovitelné ekonomické dopady. Dočasně práceneschopný není přítomen na pracovišti, nevykonává žádnou činnost a jeho produktivita práce je tedy nulová (Yang a Chen, 2009). V rámci nemocenského pojištění, popř. zaměstnavatelem, je však zpravidla vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy a nepřítomnost pracovníka se do hospodaření firmy či státu promítne dvakrát (Dew et al., 2005). Snížení produktivity jedince, který je sice přítomen na pracovišti, ale je nemocný, není tak zřejmé a navíc je obtížně kvantifikovatelné. Záleží na druhu nemoci, její intenzitě, charakteru pracovní činnosti atd. Vyčíslení dopadů je navíc komplikováno tím, že většina současně produkce není materiální povahy a proto, to co je, resp. není, vyprodukováno se dá jen těžko změřit (Hemp, 2004).

Problematické je měření nejen ekonomických dopadů, ale také samotného výskytu tohoto jevu (Dew a Taupo, 2009). Zatímco nepřítomnost pracovníka v zaměstnání je objektivně daná, jeho přítomnost v nemoci je zpravidla určena pouze jeho prohlášením, že se cítí nemocen a raději by se léčil doma. Pro stanovení výskytu tohoto jevu se tedy vychází z čistě subjektivního hodnocení dotčené osoby.

9.2.2 Srovnatelnost a zobecnění výsledků výzkumů prezentismu

Jak již bylo řečeno, prezentismus je relativně nový koncept, kterému stále není věnována potřebná pozornost. I přes prokázaný negativní vliv tohoto chování na jednotlivce, firmy a stát, je počet provedených výzkumů relativně nízký, což omezuje možnost srovnání výsledků a zobecnění závěrů.

Vypovídací hodnota realizovaných výzkumů je do jisté míry omezena retrospektivně pokládanou otázkou, která zpravidla zjišťovala výskyt sledovaného chování u respondentů v předešlých 12 měsících. Díky dlouhému období, které bylo v otázce pokryto, je

pravděpodobné, že uváděné údaje zcela neodpovídaly skutečnosti. Předpokládá se přitom, že čím detailnější údaje byly zjišťovány, tím došlo k větší odchylce od reality.

Srovnatelnost výsledků výzkumů byla dále limitována vybraným vzorkem respondentů. Zatímco v některých případech byli do výzkumů zahrnuti zástupci ze všech socioprofesionálních skupin (např. Aronsson et al., 2000), v jiných byly záměrně dotazovány jen specifické skupiny pracovníků, např. pracovníci z odvětví, v nichž docházelo k masivnímu propouštění, nebo z odvětví, u nichž byl v předešlých studiích zjištěn častý výskyt sledovaného jevu (např. Demerouti et al., 2009; Caverley et al., 2007).

Na chování pracovníků má vliv rovněž nastavení sociálního systému v jednotlivých zemích, což dále znesnadňuje srovnávání výsledků výzkumu a jejich zobecnění. Pracovníci se rozhodují mezi prezencí a absencí v zaměstnání rovněž na základě toho, zda, v jakém rozsahu a za jakých podmínek jim bude při pracovní neschopnosti kompenzována ušlá mzda. V řadě mezinárodních výzkumů bylo prokázáno, že pracovní neschopnost pro nemoc a úraz je častější v zemích, kde je vyšší sociální zajištění (Dew a Taupo, 2009), což ovšem nemusí znamenat, že v těchto zemích je méně častá přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání.

Srovnatelnost výzkumů je dále komplikována odlišným pojetím sledovaného jevu. Někteří autoři chápou prezentismus jako opakovanou přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání a mezi exponované respondenty řadí pouze ty, kteří uvedli, že se takto ve sledovaném období chovali alespoň dvakrát (např. Aronsson a Gustafsson, 2005). Jiní autoři pro stanovení, že se jedná o prezentismus, nepokládali opakovanost tohoto chování za nutnou.

Výsledky výzkumů mohou být rovněž negativním způsobem ovlivněny zájmy komerčního prostředí, zejména požadavky firem, zpravidla farmaceutických, které výzkum financovaly (Hemp, 2004).

9.3 Výskyt prezentismu

Výskyt sledovaného jevu byl v realizovaných výzkumech zjišťován dotazem, zda byl respondent v předchozím období, zpravidla 12 měsících, přítomen na pracovišti, ačkoliv se cítil nemocný a raději by zůstal doma (např. Aronsson, 2000; Böckerman a Laukkanen, 2008; Demerouti et al., 2009). V některých výzkumech byli respondenti dále dotázáni, kolikrát takto jednali, popř. jak dlouho tento stav trval (např. Caverley et al., 2007). K získání potřebných informací byly používány standardizované dotazníky, vyplněné tazateli při osobním nebo telefonickém rozhovoru s respondenty, popř. vyplněné samotnými respondenty na internetu, nebo skupinové rozhovory (tzv. focus group).

Bylo zjištěno, že docházka pracovníků do zaměstnání i v době jejich nemoci je relativně rozšířený jev. Tuto alternativu chování zvolila alespoň jednou za rok více než polovina respondentů a opakovaně přibližně třetina všech dotázaných⁴¹ (např. Demerouti et al., 2009; Pharmiweb.com, 2010).

Počet osob, které i přes svůj aktuálně zhoršený zdravotní stav pokračovaly v docházce do zaměstnání, navíc v posledních dvou desetiletích výrazně vrostl. Aronsson provedl v roce 1997 první velkou studii týkající se sledovaného jevu a zjistil, že v uplynulých 12 měsících byla

⁴¹ Tyto hodnoty jsou uváděny jako výsledky většiny výzkumů.

v zaměstnání v době nemoci opakovaně přítomna přibližně třetina respondentů (Aronsson et al., 2000). Svůj výzkum zopakoval o 3 roky později a zjistil, že se takto opakovaně chovala již více než polovina dotázaných (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Výsledky dalších studií (např. Caverley et al., 2007) nasvědčují tomu, že k růstu prevalence v zaměstnání v době nemoci dochází na úkor využívání pracovní neschopnosti. Ve výzkumu realizovaném organizací The Work Foundation v roce 2010 bylo zjištěno, že v pracovní neschopnosti setrvalo 18 % respondentů, zatímco 45 % dotázaných bylo ve sledovaném období přítomno v zaměstnání, ačkoliv byli nemocní (Pharmiweb.com, 2010).

Vztahem těchto dvou jevů, tedy pracovní neschopnosti a prezentismu, které jsou chápány jako dvě možné alternativy chování nemocného jedince ve vztahu k docházce do zaměstnání, se podrobněji zabývali Böckerman a Laukkanen (2008). Z jejich výzkumu realizovaného v roce 2008 vyplynulo, že v uplynulých 12 měsících bylo opakovaně, i přes akutně zhoršený zdravotní stav, přítomno v zaměstnání 30 % dotázaných, o rok později již 33 % respondentů. Podíl osob v pracovní neschopnosti naopak klesl z 32 % na 30 %. Mezi oběma alternativami chování však byla zjištěna silná pozitivní korelace; více než polovina respondentů, kteří vícekrát využili institut pracovní neschopnosti, zároveň opakovaně pracovala navzdory nemoci.

Změnou chování nemocných jedinců se podrobněji zabývala také Caverley a její kolegové (Caverley et al., 2007). Ve svém výzkumu testovali tzv. „nahrazovací“ hypotézu, která vycházela z předpokladu, že nemocní jedinci volí stále častěji přítomnost v zaměstnání namísto absence a léčby onemocnění. Tato skutečnost se v rámci statistických šetření projevila tím, že prezentismus statisticky významně koreloval se stejnými faktory (zejména faktory související s výkonem zaměstnání), které tradičně souvisely s pracovní absencí a jeho výskyt začal být těmito faktory předurčován dokonce více (Böckerman a Laukkanen, 2008; Caverley et al., 2007). Caverley (2007) dále uvádí, že je-li docházka nemocných pracovníků do zaměstnání častá, klesá při stejné úrovni zdravotního stavu četnost výskytu pracovní neschopnosti a následně přestává tento ukazatel věrohodně odrážet zdravotní stav populace.

9.4 Faktory ovlivňující prezentismus

Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání, stejně jako jejich absence z důvodu nemoci či úrazu, je ovlivňována zejména faktory, které souvisejí s výkonem výdělečné činnosti, např. vztahy na pracovišti či organizaci práce (např. Aronsson et al., 2000; Böckerman a Laukkanen, 2008). Významnou roli hraje také celkový zdravotní stav pracovníka (např. Aronsson a Gustafsson, 2005; Dew et al., 2005) a jeho demografické a socioekonomické charakteristiky (např. Böckerman a Laukkanen, 2008; Hansen a Andersen, 2008). Výsledné chování jedince je ovlivněno současným působením těchto faktorů, přičemž platí, že výskyt určité skutečnosti (faktoru) předurčuje výskyt dalšího faktoru, který důsledek prvotní skutečnosti na chování nemocného pracovníka buď zesiluje, nebo naopak tlumí či dokonce převáží.

9.4.1 Faktory související s výkonem výdělečné činnosti

Mezi faktory souvisejícími s výkonem výdělečné činnosti je řazena organizace práce, kterou lze chápat jako uspořádání pracovního procesu, v jehož rámci je stanoveno, kolik pracovníků je

potřebných pro výkon dané činnosti, jaká je jejich potřebná kvalifikace, pracovní náplň a jak je mezi ně práce rozdělena. Organizace práce se prolíná s dalšími faktory, jakými jsou např. pracovní podmínky (vybavení pracoviště, bezpečnost práce), pracovní doba či způsob stanovování mezd.

Snižování počtu pracovníků a prezentismus

Součástí velkých organizačních změn je snižování počtu zaměstnanců. Tato skutečnost působí na zaměstnance v příslušné organizaci ještě silněji, jestliže se trh práce vyznačuje vysokou mírou nezaměstnanosti. Masivní propouštění, které je mnohdy doprovázeno nedostatkem oficiálních informací a špatnou komunikací mezi vedením a zaměstnanci, má zásadní dopady na fungování firmy (Caverley et al., 2007). Při neadekvátních změnách v organizaci práce zvyšuje stres a pracovní nároky kladené na zaměstnance a naopak snižuje jejich vzájemnou zastupitelnost (Aronsson et al., 2000).

Bylo potvrzeno, že přítomnost v zaměstnání v době nemoci byla častější u pracovníků, jejichž zaměstnavatel musel přistoupit k výraznému propouštění, ve srovnání s pracovníky, kteří měli vyšší jistotu zaměstnání (Aronsson a Gustafsson, 2005; Böckerman a Laukkanen, 2008). Caverley (2007) ve své studii dokázala, že se pracovní neschopnost v odvětvích, v nichž docházelo v uplynulých letech k masivnímu propouštění, snížila na polovinu národního průměru (v Kanadě) a naopak počet nemocných osob přítomných v zaměstnání narostl. Průměrný počet dní, který nemocní respondenti z těchto odvětví strávili v zaměstnání, činil 3,9 dne na jednoho pracovníka, zatímco průměrný počet dní pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu byl pouze 2,9 dne.

Zvýšená přítomnost nemocných osob v zaměstnání v době velkých organizačních změn je způsobena více příčinami. Jednou z nich je strach jedince, že bude-li ze zdravotních důvodů absentovat opakovaně či delší dobu, zvyšuje tím šanci, že také on bude propuštěn (Hemp, 2004). Dalším důvodem jsou zvýšené pracovní nároky, neboť stejné množství práce musí po organizačních změnách zpravidla vykonávat menší počet pracovníků, čímž vzrůstá pracovní zatížení, jehož zvládnutí často vyžaduje, aby v práci byly přítomné i nemocné osoby (Caverley et al., 2007).

Pracovní nároky a prezentismus

Jak již bylo uvedeno výše, prezentismus je také důsledkem vysokých pracovních nároků, které jsou mimo jiné způsobeny snižováním počtu pracovníků. Tento vztah dokazuje vzájemnou provázanost faktorů ovlivňujících chování pracovníků, a to nejen v době jejich nemoci.

Pracovníci, kteří byli v zájmu zvládnutí svých pracovních povinností nuceni vynechávat obědy či pracovat pravidelně přes čas, byli častěji přítomni v zaměstnání také v době nemoci (Aronsson a Gustafsson, 2005). Ti, kteří v průběhu pracovního týdne odpracovali průměrně více než 48 hodin, byli v zaměstnání v době nemoci přítomni o 22 % častěji ve srovnání s těmi, jejichž pracovní týden měl standardní délku (Böckerman a Laukkanen, 2008). Z hlediska vlivu na jednotlivá pohlaví platil tento vztah silněji pro muže než pro ženy.

Soulad počtu hodin, které by si pracovník přál odpracovat a které skutečně odpracoval, snížil prezentismus o 8 % ve srovnání s těmi, u nichž k tomuto souladu nedošlo (Böckerman

a Laukkanen, 2008). Z hlediska zdravotního stavu byla statisticky významná souvislost prokázána jen pro osoby se špatným zdravím (Böckerman a Laukkanen, 2009a).

Vysoké pracovní nároky zaměstnance stresují, způsobují vyčerpanost a ústí v lhostejnost a odosobnění práce, čímž vytváří méně přátelské pracovní prostředí. Dle zjištění Demerouti a jejích kolegů (2009) vedou vysoké pracovní nároky k docházce do zaměstnání i v době nemoci, protože se pracovníci snaží i přes zhoršený zdravotní stav udržet svou produktivitu práce a tím zvládat pracovní požadavky. Na podání standardního výkonu však musí vydat více energie, nemoc není léčena a vyčerpanost jedince narůstá. Pracovníci se tak ocitají v začarovaném kruhu, neboť vyčerpanost vede k hromadění pracovních úkolů, velké množství pracovních úkonů vede k přítomnosti v zaměstnání i v době nemoci, nedostatečná rekonvalescence a zvýšený výdej energie vedou k horšímu zdravotnímu stavu, ještě většímu pocitu vyčerpanosti, nižší výkonnosti a větší chybovosti (Demerouti et al., 2009).

Nahraditelnost pracovníků a prezentismus

Nahraditelnost pracovníka byla ve výzkumech měřena podílem práce, kterou pracovník započal před svou týdenní absencí a po návratu ji musel dokončit, neboť nebyl nikdo, kdo by ji vykonal místo něj. Bylo zjištěno, že pracovníci, kteří musejí po svém návratu dokončit všechnu práci, kterou započali před svým odchodem, mají 2,3krát vyšší šanci pracovat i v době nemoci, ve srovnání s těmi, kteří po svém návratu nemusejí dokončovat nic (Aronsson et al., 2000).

Böckerman a Laukkanen (2009b) provedli ve své studii detailnější analýzu z hlediska pohlaví a zjistili, že u žen, které mohou být snadno nahrazeny, je prezentismus o 18 % nižší než u žen, které nahrazeny být nemohou. U mužů nebyl tento faktor statisticky významný, což bylo interpretováno tak, že muži nechtěli svou práci předávat někomu jinému a proto i nadále docházeli do zaměstnání.

Kontrola nad vykonávanou prací a prezentismus

Kontrola nad vykonávanou prací byla hodnocena dle toho, do jaké míry si pracovník mohl určovat tempo své práce a vybrat si úkoly, kterým se bude aktuálně věnovat, zda mohl délku pracovní doby přizpůsobit svým současným potřebám (např. formou flexibilní pracovní doby) či zda mu byla umožněna práce z domova (Aronsson a Gustafsson, 2005). Dalším kritériem hodnocení bylo, zda měl pracovník komplexní přehled o tvůrčím či výrobním procesu nebo zda vykonával pouze jeho dílčí část a neměl přehled o zbývajících úkonech.

Autoři studií předpokládali, že vyšší kontrola nad prací umožňuje pracovat i přes zdravotní obtíže, a proto bude vést k častější přítomnosti nemocného pracovníka v zaměstnání. Tato hypotéza však v rámci realizovaných výzkumů potvrzena nebyla. Aronsson a Gustafsson (2005) zjistili, že do zaměstnání častěji docházeli nemocní pracovníci, kteří měli minimální kontrolu nad tím, co ve svém zaměstnání dělají. Tito pracovníci zároveň hodnotili své zdraví převážně jako horší, což bylo interpretováno právě jako důsledek nízké kontroly nad vykonávanou prací. Ve výzkumu provedeném Hansenem a Andersenem (2008) se faktor kontroly nad vykonávanou prací ukázal jako nevýznamný.

Zjištěnou skutečnost je možné interpretovat několika způsoby. Nízkou kontrolu nad vykonávanou činností mají zpravidla osoby s nižším příjmem a, jak bylo dokázáno, rovněž se

špatným zdravotním stavem. Příčinou jejich vysoké prezence v době nemoci tedy nemusí být nízká kontrola nad vykonávanou prací, ale kombinace časté nemocnosti a toho, že si vzhledem k nízkým finančním rezervám nemohou dovolit výpadek příjmu.

Na druhou stranu, lidé s vyšší kontrolou nad vykonávanou činností mají možnost lépe přizpůsobit tempo či náplň práce svému aktuálnímu zdravotnímu stavu a proto se jim necítí být omezeni a nepovažují sami sebe za tak nemocné, že bylo vhodnější zůstat doma, a tudíž se o prezentismus nejedná. Tyto osoby se zároveň vyznačují lepším zdravotním stavem, a proto je možné předpokládat, že si v případě nemoci mohou dovolit pracovní absenci, neboť její výskyt není častý (Aronsson a Gustafsson, 2005). V této problematice je velmi patrné prolínání vlivu jednotlivých faktorů souvisejících se zaměstnáním a vlivu zdravotního stavu. Výraznou roli hraje rovněž problematika subjektivního vnímání zdravotního stavu.

Formální charakteristiky pracovní pozice a prezentismus

Prezentismus je ovlivňován také formálními charakteristikami pracovní pozice. Řada autorů uvádí, že pracovníci, kteří měli uzavřenu smlouvu na dobu neurčitou a pracovali na plný úvazek, byli častěji přítomni v zaměstnání, ačkoliv se cítili nemocní. Dle Böckermana a Laukkanena (2008) byla docházka těchto nemocných pracovníků do zaměstnání, ve srovnání s osobami pracujícími na částečný úvazek, o 11 % vyšší. Tuto skutečnost zdůvodnili tím, že pracovníci na plný úvazek byli méně nahraditelní a měli vyšší kontrolu nad svou prací, která jim umožnila lépe se přizpůsobit aktuálnímu zhoršenému zdravotnímu stavu (ačkoliv ve výzkumu Aronssona a Gustafssona z roku 2005 bylo prokázáno, že osoby s vyšší kontrolou nad vykonávanou prací byly v zaměstnání v době nemoci přítomny méně, než osoby s nízkou kontrolou).

Práce na částečný úvazek umožňuje snadnější dosažení rovnováhy mezi pracovním a rodinným životem, což má vliv na celkovou spokojenost pracovníků (Dew et al., 2005) a může snižovat výskyt prezentismu. Tyto osoby mohou také více času věnovat aktivitám, které pozitivně působí na zdravotní stav, což vede ke snížení nemocnosti a tím i potřeby docházet do zaměstnání v době nemoci. Práce na částečný úvazek také umožňuje lépe zvládat zaměstnání i v době nemoci (Dew et al., 2005), což by ale naopak svědčilo ve prospěch vyšší docházky těchto nemocných pracovníků do zaměstnání, která nebyla v žádném z výzkumů prokázána. Možným vysvětlením je, stejně jako v případě osob s vyšší kontrolou nad vykonávanou prací, že pracovník svůj aktuální horší zdravotní stav nevnímá jako natolik špatný, že by bylo vhodnější zůstat doma, nepovažuje se za nemocného a nejedná se tudíž o prezentismus.

Böckerman a Laukkanen (2008) dále zjistili, že práce na směny, která je charakteristická zejména pro výrobní odvětví, zvyšuje přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání.

Pracovní prostředí a prezentismus

Na volbu nemocného pracovníka, zda pokračovat v docházce do zaměstnání nebo využít pracovní neschopnost a setrvat doma, má vliv také pracovní prostředí. Dew a jeho kolegové (2005) ve své typologii příčin docházky nemocných pracovníků do zaměstnání rozlišili 3 typy pracovního prostředí, přičemž zjistili, že prezentismus se vyskytoval v každém z těchto prostředí, motivace k takovému chování však byla odlišná. Jednotlivé typy pracovních prostředí

se odlišovaly vztahy na pracovišti, organizační strukturou, náplní práce a vzdělaností a socioekonomickou skladbou zaměstnanců.

1) Na pracovištích, kde panuje přátelská atmosféra (týmový duch, neformální podpora mezi pracovníky, vzájemná důvěra), je prezentismus chápán jako projev kolegiality vůči spolupracovníkům a sounáležitosti k firmě (Dew et al., 2005). Pracovníci jsou přítomni v zaměstnání i v době nemoci, protože si uvědomují, že by svou absencí zvýšili pracovní zátěž svých kolegů a zároveň zpomalili či přerušili práci týmu, jehož jsou součástí (Aronsson a Gustafsson, 2005).

2) Tam, kde naopak převládají konkurenční vztahy mezi kolegy a kde je kladen důraz na hierarchii pracovníků v organizační struktuře, bývá prezentismus chápán jako součást profesní identity, která však může v extrémních případech přerůst v soupeření o to, který pracovník bude v práci přítomen více nemocný. Pracovníci takto projevují svou loajalitu vůči zaměstnavateli, který jim poskytuje práci a mzdu (Dew et al., 2005).

3) V lhostejném, až nepřátelském pracovním prostředí, které je zpravidla charakteristické pro podniky s převahou nekvalifikovaných či jen částečně kvalifikovaných pracovníků, je docházka do zaměstnání v době nemoci výsledkem tlaků vedoucích manažerů a spolupracovníků, kteří odmítají vykonávat práci za absentující kolegy. Prezentismus je těmto pracovníkům vnucen a oni jej musí přijmout, neboť by jen stěží našli jiné uplatnění na trhu práce (Dew et al., 2005).

Z hlediska vlivu pravidel nastavených zaměstnavatelem bylo zjištěno, že organizace charakteristické přísným dodržováním hierarchické struktury, bezpodmínečným plněním požadavků nadřazeného a upřednostňováním zisku firmy před zdravím pracovníka, se vyznačují vysokou přítomností nemocných pracovníků v zaměstnání (Böckerman a Laukkanen, 2009b).

Zavedení firemních opatření, díky nimž je zaměstnanec povinen se při opakovaném výskytu pracovní neschopnosti dostavit na pohovor ke svému zaměstnavateli, popř. na lékařské vyšetření k závodnímu lékaři, zvyšuje přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání (Aronsson a Gustafsson, 2005). Toto opatření, které je poradenskými firmami doporučováno jako jedno z nejvíce efektivních při snaze organizací snížit výskyt pracovní neschopnosti (např. Entrepreneur, 2001), tedy patrně motivuje skutečně nemocné pracovníci docházet do zaměstnání a tím negativně působí na jejich zdravotní stav.

Naopak společnosti, v nichž bylo zavedeno, že po dobu třech dnů pracovní absence je zaměstnanci vyplácena standardní mzda či finanční kompenzace, aniž by svou nemoc musel dokázat lékařským osvědčením, se vyznačují nižší přítomností nemocných pracovníků v zaměstnání. V těchto organizacích byl prezentismus přibližně o 9 % nižší než v organizacích, v nichž k finanční kompenzaci bez lékařského osvědčení nedocházelo (Böckerman a Laukkanen, 2009b). Autoři studie zároveň uvedli, že po zavedení tohoto opatření nedošlo k nárůstu pracovní neschopnosti, z čehož je možné vyvodit, že nezačalo docházet k zneužívání dávek.

Náplň práce, pracovní podmínky a prostředí a to, jak jsou tyto faktory hodnoceny jedincem, má vliv na jeho rozhodování v době nemoci. Bylo prokázáno, že pracovníci, které práce baví a v níž se realizují, mají častější tendenci pokračovat v docházce do zaměstnání, ačkoliv se cítí

nemocní (Demerouti et al., 2009). Jedná se zpravidla o kvalifikované pracovníky, kteří mají vyšší kontrolu nad vykonávanou prací a vyznačují se lepším zdravotním stavem.

Častější výkon výdělečné činnosti navzdory nemoci byl však prokázán rovněž u pracovníků, kteří ve svém zaměstnání nevidí příliš mnoho příležitostí k povýšení či kariérenímu vzestupu (Caverley et al., 2007) a u těch, kteří se domnívají, že ve firmě nemají dostatek zdrojů (čas, vybavení, finance) k tomu, aby mohli svou práci odvést kvalitně (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Výše uvedená zjištění, která jsou do značné míry nekonzistentní, tj. prezentismus je následkem pozitivního i negativního hodnocení náplně práce a pracovních podmínek, potvrzují nedostatek provedených studií, jež by pomohly k zobecnění závěrů týkajících se sledovaného jevu. Zároveň však svědčí o potřebě studovat problematiku komplexně, neboť na výskyt sledovaného jevu má evidentně vliv více proměnných, působících často protichůdně. Tato zjištění však zároveň potvrzují výše uvedenou typologii Dew a jeho kolegů (2005), který na základě svých výzkumů konstatoval, že prezentismus se vyskytuje na všech pracovištích, motivace k tomuto chování je však rozdílná.

Socioprofesionální skupiny a prezentismus

Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání se liší mj. dle toho, jaké zaměstnání vykonávají. Každé zaměstnání a každá náplň práce v sobě nese určité zdravotní riziko, které předurčuje nemocnost a úrazovost pracovníků. Jedná se zejména o fyzickou a psychickou náročnost, pracovní prostředí, bezpečnost práce atd.

Jednotlivá zaměstnání jsou rovněž vykonávána jedinci s podobnými sociálními charakteristikami, které ovlivňují jejich zdravotní stav a zároveň jejich chování, resp. volbu mezi absencí a prezencí v době nemoci. Často dochází ke kumulovanému vlivu výše uvedených charakteristik, tedy, že v rizikovějších zaměstnáních pracují jedinci s horším zdravotním stavem.

Charakter vykonávané činnosti a náplň práce ovlivňuje nejen zdravotní stav pracovníků, ale také to zda jsou svým aktuálním zdravotním stavem nějakým způsobem omezeni a zda budou pokračovat v docházce do zaměstnání či nikoliv. Např. pracovník v kanceláři může svou práci i přes zhoršený zdravotní stav zvládat lépe než řemeslník pracující ve venkovním prostředí.

Dle výsledků výzkumů se prezentismus mnohem častěji vyskytoval u pracovníků, jejichž náplní práce byl denní kontakt s klienty, při němž docházelo k vytváření vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem služeb. Jednalo se především o pracovníky ve zdravotnictví a školství (Aronsson et al., 2000). Toto zjištění potvrdil i Vroome (2006), který uvedl, že v roce 2001 bylo v Nizozemsku v době nemoci v zaměstnání přítomno 67 % pracovníků ve školství a zdravotnictví, což výrazně převyšovalo podíl těchto osob z jiných odvětví. Příčinou byly převážně vžitá pracovní normy a pracovní etika v zaměstnáních, která jsou velmi psychicky a mnohdy i fyzicky namáhavá.

Aronsson a jeho kolegové (Aronsson et al., 2000) zjistili, že pracovníci ve školství byli ve srovnání s manažery a vedoucími pracovníky přítomni v zaměstnání v době nemoci 2,6krát častěji; pracovníci ve zdravotnictví průměrně 2krát častěji. Při detailnější analýze bylo zjištěno, že zdravotní sestry – asistentky, navštěvující své pacienty v jejich domácnostech, měly ve

srovnání s manažery a vedoucími pracovníky šanci docházet do zaměstnání nemocné 4,3krát vyšší, porodní asistentky 3,9krát vyšší, pedagogičtí pracovníci na základních školách 4,6krát vyšší a učitelky v mateřských školách 3,6krát vyšší (Aronsson et al., 2000).

Častější výkon výdělečné činnosti navzdory nemoci byl zaznamenán rovněž u úředníků, technických pracovníků, dělníků, pracovníků v pohostinství a osob samostatně výdělečně činných (Aronsson et al., 2000). Výskyt sledovaného jevu byl v každé z těchto socioprofesionálních skupin pravděpodobně motivován jinými skutečnostmi.

9.4.2 Demografické a socioekonomické charakteristiky

Z hlediska demografických a socioekonomických charakteristik se prezentismus, dle výsledků provedených studií, vyskytoval nejčastěji u osob ve středním věku a s rostoucím věkem jeho výskyt dále klesal (Aronsson a Gustafsson, 2005). Přítomnost v zaměstnání i přes aktuálně zhoršený zdravotní stav byla častější u žen, u osob se závislými dětmi a u nízkopříjmových skupin obyvatelstva (Aronsson et al., 2000).

Osoby s nižšími příjmy se často vyznačují také nižším stupněm dokončeného vzdělání, nižší kontrolou nad vykonávanou prací a horšími pracovními podmínkami. Součástí jejich životního stylu bývají návyky, které negativně působí na jejich zdravotní stav; častěji kouří, nadměrně konzumují alkohol a méně pečují o své zdraví. Bylo např. prokázáno, že výskyt obezity a nadváhy je vyšší u osob se základním vzděláním, ve srovnání s osobami s vysokoškolským vzděláním. Výrazně vyšší výskyt obezity byl zjištěn také u skupin s horší sociálně ekonomickou situací (Hlúbik a kol., 2009). Výpadek příjmu způsobený pracovní absencí je pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva větší finanční zátěží než pro ostatní a znesnadňuje uspokojení jejich standardních potřeb. Současné působení výše uvedených skutečností má za následek nepřímou úměru platící mezi přítomností nemocných pracovníků v zaměstnání a výší jejich příjmů. Bylo dokázáno, že s klesajícími příjmy přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání narůstá (Aronsson et al., 2000); a to jak absolutně (tyto osoby jsou častěji nemocné), tak relativně (častěji se rozhodují pro přítomnost v zaměstnání).

Výskyt sledovaného jevu se dále liší dle pohlaví respondenta, které má vliv také na statistickou významnost jeho prediktorů. Např. statisticky významný vztah mezi prezentismem a nahraditelností pracovníka byl ve studii provedené Böckermanem a Laukkanenem (2009b) prokázán jen u žen. Přítomnost nemocných žen v zaměstnání, které mohly být snadno nahrazeny v době jejich nepřítomnosti, byla o 18 % nižší než žen, které nahrazeny být nemohly. Malý vliv této skutečnosti na chování mužů byl zdůvodněn neochotou mužů předávat svou práci kolegům.

Podobně tomu bylo v případě závislosti prezentismu na typu pracovní smlouvy a délce pracovního úvazku. Zatímco u mužů nebyl zjištěn rozdíl, u žen, které pracovaly na plný úvazek a měly uzavřenu smlouvu na dobu neurčitou, byl prezentismus o 19 % vyšší. Naopak pravidelné přesčasy zvyšovaly přítomnost nemocných mužů v zaměstnání o 13 %, zatímco u žen nebyl prokázán statisticky významný vztah (Böckerman a Laukkanen, 2009b).

Za rozdílným výskytem sledovaného jevu mezi ženami a muži stála z velké části selekce, ke které dochází na pracovním trhu. Aronsson et al. (2000) uvádí, že vyšší výskyt prezentismu u žen nebyl dán vlivem samotného pohlaví, ale tím, v jakých zaměstnáních ženy pracují.

Odvětví, v nichž byla prokázána častá přítomnost nemocných pracovníků, byla charakteristická právě vysokým zastoupením žen. Pracovníci v těchto odvětvích dosahovali spíše nižších příjmů a byli vystaveni vyšší psychické i fyzické zátěži. Böckerman a Laukkanen (2009b) k tomuto dodávají, že ženy jsou častěji než muži ochotny uzavřít i nestandardní pracovní smlouvy, které je zpravidla znevýhodňují (např. menší právní ochrana). Velká část rozdílu mezi oběma pohlavími je zapříčiněna nemocemi pohybového ústrojí a psychickými onemocněními, což potvrzuje souvislost mezi výskytem sledovaného jevu a vlivem zaměstnání.

9.4.3 Zdravotní stav

Zdravotní stav je jedním z hlavních faktorů, které predikují výskyt sledovaného jevu. Bylo potvrzeno, že osoby se špatným zdravotním stavem byly 3,3krát častěji přítomny v zaměstnání i v době nemoci, ve srovnání s osobami s dobrým zdravotním stavem (Aronsson a Gustafsson, 2005; Dew et al., 2005). Bylo rovněž zjištěno, že prezentismus se opakovaně vyskytl u 78 % osob, které svůj zdravotní stav považovaly za špatný a jen u 44 % u osob, které svůj zdravotní stav hodnotily jako dobrý (Aronsson a Gustafsson, 2005). Sledovaný jev se také častěji vyskytoval u osob trpících chronickým onemocněním (Demerouti et al., 2009; Caverley et al., 2007).

Z hlediska diagnóz docházejí do zaměstnání, i přes aktuálně zhoršený zdravotní stav, zejména osoby s bolestmi zad, krční páteře a hlavy, osoby trpící únavou, depresemi, nespavostí, nechutenstvím a zažívacími problémy (Aronsson et al., 2000; Demerouti et al., 2009).

Použití zdravotního stavu jakožto kontrolní proměnné mělo vliv na statistickou významnost některých faktorů ovlivňujících výskyt sledovaného jevu. Bylo např. zjištěno, že propouštění v organizaci mělo větší vliv na chování osob, které svůj celkový zdravotní stav hodnotily jako špatný. Důvodem byla pravděpodobně obava ze ztráty zaměstnání a dále vědomí toho, že po případném obdržení výpovědi by jim jejich špatný zdravotní stav znesnadňoval nalezení nového pracovního uplatnění (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Stejně tak soulad počtu hodin, který si pracovníci přáli odpracovat a který skutečně odpracovali, snižoval prezentismus jen u těch, kteří své zdraví hodnotili jako špatné. Bylo zároveň zjištěno, že u pracovníků, kteří své zdraví hodnotili jako dobré a zároveň týdně odpracovali více hodin, než si přáli, se častěji vyskytovala pracovní neschopnost, zatímco pracovníci, kteří svůj zdravotní stav hodnotili jako špatný, byli více přítomni v zaměstnání i v době nemoci (Böckerman a Laukkanen, 2009a). Z toho je možné učinit závěr, že osoby s dobrým zdravotním stavem volí častěji léčbu onemocnění doma a to pravděpodobně proto, že jeho výskyt není častý, zatímco osoby se špatným zdravotním stavem pokračují v docházce do zaměstnání, neboť by jejich absence ze zdravotních důvodů byla příliš vysoká.

Vysoké pracovní nároky naopak zvyšují prezentismus pouze u pracovníků s dobrým zdravím. Vysvětlením může být to, že osoby v dobrém zdravotním stavu jsou schopny se lépe vyrovnat s vyššími pracovními nároky a docházet do zaměstnání i když jsou nemocné.

K selekci pracovníků na pracovním trhu může docházet nejen dle pohlaví, jak bylo popsáno výše, ale také dle jejich zdravotního stavu. Je např. možné předpokládat, že jedinci vždy volí své zaměstnání s ohledem na svůj celkový zdravotní stav a stejně tak se mu snaží přizpůsobit nastavení pracovní doby či délky úvazku. Böckerman a Laukkanen (2009a) se např. domnívají,

že ti, kteří mají horší zdraví, preferují práci na směny. Zdravotní stav pracovníků může být rovněž příčinou jejich diskriminace při snaze získat nové zaměstnání.

Konečné rozhodnutí pracovníka pokračovat v docházce do zaměstnání také v době nemoci je výsledkem současného a často protichůdného působení všech výše uvedených faktorů. Není tedy možné konstatovat, že za rozhodnutím stojí jeden určitý faktor, ale vždy se jedná o působení více skutečností najednou.

Bylo např. prokázáno, že čím vyšší je kontrola nad vykonávanou prací, tím méně častá je přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání. Vyšší kontrolu nad vykonávanou prací mají zpravidla více kvalifikovaní pracovníci, kteří jsou obtížně nahraditelní, práce je z velké části baví a uspokojuje, což jsou faktory, které docházku nemocných pracovníků do zaměstnání naopak zvyšují.

Na druhou stranu, méně kvalifikovaní pracovníci dostávají zpravidla nižší mzdu, díky svému životnímu stylu mají horší zdravotní stav, menší kontrolu nad vykonávanou prací a jsou více ohroženi v případě propouštění v organizaci. Tyto faktory přímo nebo zprostředkovaně motivují pracovníky k přítomnosti v zaměstnání i v době, kdy se cítí nemocní. Zároveň se však jedná o relativně snadno nahraditelné pracovníky, jejichž značná část chápe práci jen jako prostředek obživy, což jsou skutečnosti, které naopak přítomnost v zaměstnání v době nemoci snižují.

9.5 Důsledky prezentismu

Přítomnost nemocných osob v zaměstnání namísto využívání pracovní neschopnosti se z krátkodobého pohledu může jevit jako přínosná, protože při ní nedochází k naprosté ztrátě produktivity pracovníků a nemusí být vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy.

Z dlouhodobého hlediska se však může jednat o kontraproduktivní chování, neboť se předpokládá, že zhoršuje zdravotní stav jedince (Caverley et al., 2007) a tím zvyšuje výdaje státního rozpočtu na poskytování zdravotní péče. V případě nutnosti následného setrvání v pracovní neschopnosti zvyšuje rovněž výdaje na dávky nemocenského pojištění. Z tohoto pohledu se tedy jedná o jev, který má vysokou společenskou významnost a měla by být podniknuta opatření, která by mu zamezovala (Aronsson a Gustafsson, 2005).

9.5.1 Zdravotní rizika

Jak již bylo řečeno výše, studií, které se věnovaly dopadu docházky nemocných pracovníků do zaměstnání na jejich zdraví, bylo provedeno velmi málo. V obecné rovině je možné konstatovat, že přítomnost v zaměstnání v době nemoci zpomaluje uzdravování a zvyšuje pocit vyčerpanosti (Demerouti et al., 2009).

Bylo zjištěno, že ti, kteří byli opakovaně přítomni v zaměstnání, ačkoliv byli nemocní, trpí více únavou, nechutenstvím, nespavostí a bolestmi hlavy (Aronsson et al., 2000; Demerouti et al., 2009). Je však otázkou, zda prezentismus je důsledkem či příčinou těchto zdravotních problémů; tedy zda se tyto problémy objevily u pracovníků poté, co byli opakovaně přítomni v zaměstnání, ačkoliv byli nemocní, nebo zda se jedná o zdravotní problémy, které pracovníkům ještě umožňují jít do zaměstnání, ačkoliv by mohli zůstat doma a léčit se.

Dlouhodobým negativním vlivem na zdravotní stav se zabýval Kivimäki (2005), který ve své studii prokázal, že u osob, které svůj zdravotní stav hodnotily jako špatný, se srdeční příhody vyskytly 2krát častěji než u těch, které ve tříletém studovaném období ani jednou nechyběly v zaměstnání ze zdravotních důvodů v porovnání s těmi, jejichž pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu dosahovala průměrné úrovně.

Z tohoto úhlu pohledu by tedy přiměřené využívání institutu pracovní neschopnost mohlo být vnímáno jako chování podporující zdraví, a to zejména jedná-li se o akutní onemocnění. V případě chronické, dlouhotrvající nemoci může být tento pozitivní efekt vykompenzován sociálním vyloučením a ztrátou kontaktů a podnětů, které poskytuje pracoviště (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Zdravotní rizika, kterým se vystavuje nemocný pracovník docházející do zaměstnání, se samozřejmě liší dle druhu nemoci a celkového zdravotního stavu. Na charakteru onemocnění závisí rovněž pokles produktivity pracovníka a následné finanční ztráty zaměstnavatele (Hemp, 2004).

9.5.2 Pokles produktivity

Zdravotní stav pracovníka se odráží v jeho výkonnosti a v době nemoci, popř. úrazu, ji více či méně snižuje. Produktivita práce nemocného jedince, který je přesto přítomen v zaměstnání, je tedy nižší a pracovník odvádí méně práce, či práci méně kvalitní. Zpravidla mu však je vyplácena mzda dohodnutá v pracovní smlouvě. Za stejné finanční ohodnocení je tedy vyprodukováno méně, čímž zaměstnavateli vznikají tzv. nepřímé náklady (Hemp, 2004). Těchto nákladů si navíc řada zaměstnavatelů není vědoma.

Bylo odhadnuto, že náklady spojené s prezentismem výrazně převyšují prostředky vynaložené na pracovní absenci a léčbu nemocných pracovníků.⁴² Náklady na jednodenní pracovní neschopnost, ve srovnání s jednodenní přítomností nemocného zaměstnance, jsou sice vyšší; celkový objem finančních ztrát způsobený prezentismem je dán četností tohoto chování a jeho dlouhodobými následky (Pauly et al., 2008).

Pokles produktivity byl měřen dotázaním pracovníků na to, kolikrát byli přítomni v zaměstnání ve zhoršeném zdravotním stavu, kolik hodin a o kolik procent byla, dle jejich názoru, snížena jejich schopnost pracovat (Hemp, 2004). Finanční náklady byly následně odhadnuty jako součin počtu hodin, hodinové mzdy a procenta, o něž byla produktivita nemocného pracovníka snížena a zohledňovány byly rovněž výdaje spojené se sníženou produkcí, popř. najmutím dalšího pracovníka či zaplacením práce přes čas, aby byla práce odvedena ve stanoveném termínu, kvalitě a množství (Pauly et al., 2008).

Produktivita nemocného pracovníka přítomného v zaměstnání klesala rozdílně v závislosti na charakteru onemocnění, pracovní činnosti, vlastnostech dotčeného pracovníka a vzájemném působení těchto faktorů (Pauly et al., 2008). K méně výraznému snížení produktivity došlo u pracovníků, kteří měli vyšší kontrolu nad svou pracovní činností a mohli ji více přizpůsobit

⁴² Velkou roli hraje nastavení systému sociálního a zdravotního pojištění v jednotlivých státech. Zejména to, kdo (stát nebo zaměstnavatel) poskytuje a financuje lékařskou péči, kým a v jakém poměru k platu je kompenzována ušlá mzda z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti.

svému aktuálnímu zdravotnímu stavu. U těchto pracovníků byla také přítomnost v době nemoci v zaměstnání nižší (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Různá zdravotní omezení snižují produktivitu nemocných pracovníků přítomných v jednotlivých zaměstnáních rozdílným způsobem. Bolesti zad například více omezí manuálně pracující jedince, naopak depresivní stavy sníží produktivitu výrazněji u duševních pracovníků (Hemp, 2004). Z výše uvedených důvodů je odhad poklesu produktivity komplikovaný a hodnoty udávané v jednotlivých výzkumech se výrazně liší.

Hemp (2004) při svém výzkumu realizovaném mezi pracovníky call centra u USA zjistil, že produktivita zaměstnanců trpících sennou rýmou v době výskytu pilových alergenů objektivně poklesla o 5 %. Tito pracovníci, ve srovnání se svými kolegy bez zdravotních obtíží, uskutečnili méně telefonických hovorů, ačkoliv za standardních okolností byla jejich výkonnost srovnatelná. Na základě dalších šetření Hemp uvádí, že produktivita práce při migréně klesá o 7 % a při depresivních stavech o 8 %.

Pauly a jeho kolegové (2008) uskutečnili rozhovory s řadou manažerů a vedoucích pracovníků, kteří odhadovali, že pokles produktivity jejich podřízených v době zhoršeného zdravotního stavu se pohybuje od 18 % do 43 %, v závislosti na druhu onemocnění a profesi, kterou pracovník vykonává. Obecně je možné říci, že při akutním onemocnění je produktivita snížena více než při chronickém onemocnění, přítomnost chronicky nemocného jedince v zaměstnání je však výrazně častější (Pauly et al., 2008).

Snižování produktivity práce jedince, ke kterému dochází pod vlivem méně vážných či chronických onemocnění pracovníků přítomných v zaměstnání, je možné omezit vhodnými opatřeními. Zaměstnavatel může např. zajistit svým zaměstnancům kvalitnější léky bez vedlejších účinků, financovat důkladnější vyšetření a diagnostikování příčin nemoci a jejich následnou léčbu, či nabídnout konzultace s odborníky. Bylo zjištěno, že relativně malé investice do těchto programů zvýšily produktivitu pracovníků se zdravotním omezením (Hemp, 2004). Dalším pozitivním efektem tohoto postupu je posílení loajality zaměstnance vůči firmě, neboť zaměstnanec je zpravidla vděčný za poskytnutou pomoc přesahující povinnosti zaměstnavatele stanovené zákonem.

9.5.3 Organizace práce ve firmě

Přítomnost nemocných zaměstnanců na pracovišti se může kromě snížení produktivity práce negativním způsobem promítnout také do vztahů a atmosféry na pracovišti. Nemocný pracovník má většinou horší náladu, což se promítá do jeho chování vůči svému okolí a může vyústit v konflikty se spolupracovníky. Komunikace a spolupráce může být znesnadněna tím, že se kolegové z preventivních důvodů začnou nemocné osobě vyhýbat a k dalšímu růstu nákladů může dojít díky rozšíření infekce a zvýšení počtu nemocných osob (Pauly et al., 2008; Yang a Chen, 2009).

Tímto chováním je zároveň komplikována práce manažerů a vedoucích pracovníků. Nemocný zaměstnanec hůře zvládá své pracovní úkoly, ale vzhledem k jeho přítomnosti je pro nadřazené velmi obtížné delegovat úkoly na ostatní pracovníky (Kivimäki et al., 2005).

9.6 Snižování prezentismu

Prezentismus představuje pro firmy a přeneseně také pro stát finanční zátěž a pracovníci samotní tímto chováním riskují zdravotní následky. Výskyt tohoto jevu v posledních letech výrazně narostl a je možné jej vyzorovat ve všech odvětvích, ačkoliv motivace může být různá (Dew et al., 2005).

Zvýšený výskyt tohoto chování je dáván do souvislosti se změnami pracovního klimatu (reorganizace firem, nárůst nezaměstnanosti, důraz na výkon a časovou flexibilitu pracovníka) a změnami v sociálním systému (Aronsson et al., 2000; Caverley et al., 2007). Dew a Taupo (2009) konstatují, že prezentismus je důsledkem morálních, sociálních a ekonomických tlaků. Pracovníci na jedné straně dodržují zavedené normy a docházejí do zaměstnání i době nemoci neboť předpokládají, že to od nich jejich zaměstnavatel očekává; z druhé strany jsou k takovému chování motivováni snahou finančně zajistit sebe a svou rodinu.

Zdravotní stav pracovníků má zásadní vliv na úspěšné fungování firmy a národní ekonomiky. Z tohoto důvodu bylo podniknuto mnoho opatření, která měla přispět k jeho zlepšení (např. wellness programy, vzdělávání v oblasti zdraví, poukázky do fitness center, podpora zdravého stravování, odvykání kouření, bezpečnější a zdravější pracovní prostředí). Dosavadní efekt těchto opatření, měřený poklesem úrovně pracovní neschopnosti, však nebyl příliš výrazný. Podle Hempa (2004) mohla být příčinou univerzálnost zavedených opatření, bez jejich přizpůsobení konkrétním potřebám dané organizace. Caverley et al. (2007) uvádí, že hodnocení těchto opatření jako převážně neúčinných může vycházet z časové prodlevy, která vzniká mezi jejich zavedením a zaznamenáním určitých změn. K časové prodlevě dochází proto, že se vliv opatření nejdříve projeví ve snížení počtu nemocných pracovníků přítomných v zaměstnání, který ovšem není v naprosté většině firem sledován, a až později dochází k postupnému snižování pracovní absence.

Prezentismus, stejně jako pracovní neschopnost, je do značné míry ovlivňován faktory souvisejícími s organizací práce. Jeho výskyt je tedy možné snížit právě vhodnými opatřeními realizovanými v této oblasti (Demerouti et al., 2009). Může být např. zavedena flexibilní pracovní doba, zaměstnancům může být ponechána větší kontrola nad vykonávanou prací, větší pozornost by měla být věnována rovnoměrnému rozložení pracovních úkolů a zajištění vzájemné zastupitelnosti pracovníků (Aronsson a Gustafsson, 2005). Ve firmě by mělo být nastoleno takové pracovní prostředí, které podporuje léčbu nemocného pracovníka doma a neschvaluje jeho přítomnost v zaměstnání. Správně zvolená firemní strategie týkající se chování pracovníků v době nemoci má vliv nejen na zdraví zaměstnanců a konkurenceschopnost firmy, ale také na celý zdravotnický sektor. Většina zaměstnavatelů je však stále zaměřena převážně na snižování pracovní absence a opomíjí náklady a důsledky přítomnosti nemocných jedinců (Yang a Chen, 2009).

Dle Yanga a Chena (2009) je možné snížit přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání také stanovením počtu dní, po které může pracovník absentovat v zaměstnání ze zdravotních důvodů, aniž by musel svůj horší zdravotní stav dokládat lékařským osvědčením a za něj je mu vyplácena standardní mzda (tzv. sick days), popř. stanovením počtu dnů, v nichž může pracovník absentovat z jakýchkoliv důvodů (tzv. paid time off).

9.7 Vztah mezi pracovní neschopností a prezentismem

Pracovní neschopnost a prezentismus jsou dvěma alternativami chování nemocného jedince, mezi nimiž se na základě řady okolností rozhoduje (Dew a Taupo, 2009). Úroveň nemocnosti byla tradičně odvozována z ukazatelů pracovní neschopnosti, neboť neexistovaly, a v České republice stále neexistují, vhodnější statistické indikátory tohoto jevu. V situaci, kdy se jedinci pod vlivem řady okolností stále častěji rozhodují pokračovat v docházce do zaměstnání i v době nemoci, přestává tato dříve pevná vazba mezi pracovní absencí a nemocností platit a úroveň zdravotního stavu populace je nejlépe odražena celkovým počtem nemocných osob absentujících i přítomných v zaměstnání. Nízká úroveň pracovní neschopnosti může v některých případech znamenat dobrý zdravotní stav, v jiných vysoký počet nemocných pracovníků přítomných v zaměstnání (Caverley et al., 2007).

9.7.1 Faktory ovlivňující výskyt obou sledovaných jevů

Přítomnost i nepřítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání jsou, už ze své podstaty, velmi úzce spjaty se zdravotním stavem jedince. Jejich výskyt je dále ovlivňován stejnými faktory, tj. faktory souvisejícími s výkonem výdělečné činnosti (organizace práce, pracovní podmínky a prostředí), demografickými a socioekonomickými charakteristikami pracovníka (např. Böckerman a Laukkanen, 2009a; Hansen a Andersen, 2008).

Jestliže bychom chápali oba sledované jevy jako čisté alternativní způsoby chování, mohli bychom předpokládat, že nastane-li určitá skutečnost, která snižuje výskyt pracovní neschopnosti, bude tatáž skutečnost automaticky zvyšovat přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání. V takovémto případě by se nemocnost osob v populaci výrazně nelišila a dotčení jedinci by se přibližně stejně často, pouze na základě určitých okolností, rozhodovali, zda budou v docházce do zaměstnání pokračovat či nikoliv. Tento vztah však potvrzen nebyl a naopak bylo zjištěno, že oba jevy mezi sebou silně pozitivně korelují; značná část pracovníků, kteří využili institut pracovní neschopnosti, byla zároveň opakovaně přítomna v zaměstnání v době nemoci (Böckerman a Laukkanen, 2008). Tato skutečnost tedy nasvědčuje tomu, že ve společnosti se nacházejí osoby či skupiny osob, které se vyznačují vyšší nemocností, a které následně častěji než jiní volí mezi prezencí a absencí v zaměstnání v době nemoci.

Na základě provedených analýz je možné konstatovat, že faktory související s makroekonomickou situací v zemi, jako je nezaměstnanost či stabilita ekonomických subjektů, působí na oba jevy opačným způsobem. Nižší jistota zaměstnání, která souvisí právě s vyšší mírou nezaměstnanosti a nestabilitou ekonomických subjektů, snižuje počet případů pracovní neschopnosti a naopak zvyšuje přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání (Aronsson et al., 2000; Hansen a Andersen, 2008). Toto chování je možné jednoduše vysvětlit strachem pracovníků ze ztráty pracovního místa v případě časté pracovní absence z důvodu nemoci či úrazu (Bergendorff, 2003). Na základě agregovaných statistických údajů pocházejících z let 1996 až 2007 bylo využitím korelační analýzy pro Českou republiku zjištěno, že v období ekonomické nestability sice docházelo k poklesu počtu případů pracovní neschopnosti, ale zároveň rostla průměrná délka trvání jednoho případu (Gobyová, 2009). Tato skutečnost mohla být projevem zdravotních problémů, které byly vyvolány právě propouštěním a s tím

souvisejícími negativními důsledky (zvýšená pracovní zátěž, stres); zhoršení zdravotního stavu pracovníků jako důsledek organizačních změn a propouštění bylo prokázáno řadou studií (např. Vahtera et al., 2004). Na druhou stranu mohlo být prodloužení pracovní neschopnosti pouze statistickým důsledkem snížení počtu krátkodobých případů, jejichž léčbu pracovníci řešili jiným způsobem. A opomenout nelze ani možnost záměrného prodlužování pracovní neschopnosti jakožto zdroje finančních prostředků a oddálení případného ukončení pracovního poměru, ke kterému dle Zákonníku práce nemůže v době trvání pracovní neschopnosti dojít (Gobyová, 2009).

Nastavení sociálního systému, konkrétně výše finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti, se do volby jedné z možných alternativ chování, tj. pracovní neschopnosti či prezentismu, promítá rovněž rozdílným způsobem. Nižší dávky poskytované v nemoci vedou pracovníky k častější přítomnosti v zaměstnání, popř. čerpání dovolené za účelem léčby onemocnění, namísto setrvání v pracovní neschopnosti (Hansen a Andersen, 2008). Velkoryse nastavený sociální systém tedy zvyšuje úroveň pracovní neschopnosti a naopak snižuje prezentismus. Stejně tak, je-li vyžadováno lékařské potvrzení na celou dobu trvání pracovní neschopnosti, je její výskyt nižší než v případech, kdy je např. v prvních 3 dnech finanční kompenzace poskytována i bez lékařského potvrzení (Bergendorff, 2003; Hesselius, 2006).

Faktory odrážející na individuální úrovni zdravotní stav jedince, jeho postoje, demografické a socioekonomické charakteristiky a okolnosti výkonu zaměstnání, mají na výskyt obou sledovaných jevů převážně stejný vliv (Böckerman a Laukkanen, 2009a). Vyšší úroveň pracovní neschopnosti a zároveň častější přítomnost v zaměstnání v době nemoci byly prokázány u osob s horším zdravotním stavem (Aronsson a Gustafsson, 2005; Osterkamp a Röhn, 2007), žen (Böckerman a Laukkanen, 2009a), osob s nižším vzděláním a nižším příjmem (Aronsson et al., 2000), osob méně spokojených v zaměstnání (Caverley et al., 2007; North et al., 1993), u kterých si neodpovídá počet hodin, které by chtěly odpracovat a které skutečně odpracovaly, osob majících malou kontrolu nad vykonávanou prací (Aronsson a Gustafsson, 2005), pracujících na plný úvazek nebo na směny a majících pevnou pracovní dobou (Bonato a Lusinyan, 2007).

Interpretace příčin daného chování se v jednotlivých výzkumech liší. Např. ve studiích zabývajících se pracovní neschopností bývá její častější výskyt u nižších příjmových skupin vysvětlován menším rozdílem mezi příjmem z výdělečné činnosti a finanční kompenzací ušlé mzdy, a tedy určitou výhodností tohoto chování (ČSÚ, 2005). Vzhledem k redukci, ke kterým dochází při výpočtu dávek nemocenského pojištění, se tento rozdíl zvyšuje úměrně výši příjmu jedince (Gobyová, 2009). Ve výzkumech zaměřených naopak na prezentismus bývá častější výkon výdělečné činnosti navzdory nemoci u pracovníků s nižšími příjmy vysvětlován menším finančním obnosem, kterým tyto osoby disponují a obtížnějším uspokojováním potřeb v případě výpadku příjmu z výdělečné činnosti (Aronsson a Gustafsson, 2005). Tento příklad upozorňuje na potřebu studovat danou skutečnost komplexně, ve všech jejích projevech, neboť při výběru pouze jednoho z projevů dané reality může snadno dojít k dezinterpretaci, resp. účelové interpretaci dané skutečnosti. Dosavadní počet studií věnujících se oběma jevům je však velmi nízký.

9.7.2 Charakter onemocnění

Možnost volby mezi absencí a přítomností v zaměstnání vzniká nemocnému pracovníkovi až v okamžiku výskytu onemocnění. Dosud však nebylo jednoznačně prokázáno, zda se onemocnění, se kterými lidé využívají institut pracovní neschopnosti a se kterými pokračují v docházce do zaměstnání, výrazně liší.

Někteří autoři předpokládají, že prezentismus se týká pouze méně vážných nemocí, jako jsou alergie, migréna, astma či problémy se zažíváním (Hemp, 2004; Pauly et al., 2008), které nenutí pracovníka zůstat doma, ale snižují jeho produktivitu. Jiní naopak konstatují, že většina nemocí se výrazně neodlišuje a že nebylo prokázáno, že by onemocnění, se kterými pracovníci zůstávají v pracovní neschopnosti, byla vážnější než ta, se kterými jsou přítomni v zaměstnání (Caverley et al., 2007).

Aronsson a jeho kolegové (2000) zjistili, že zatímco akutní a psychická onemocnění se vyskytují přibližně stejně často u nemocných pracovníků absentujících i přítomných, chronická onemocnění jsou více vázána na nemocné pracovníky, kteří pokračují v docházce do zaměstnání. Lidé s chronickým onemocněním jsou tedy, ve srovnání s osobami bez chronických obtíží, častěji přítomni v zaměstnání i v době, kdy by kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu raději zůstali doma (Caverley et al., 2007). Tato skutečnost je pravděpodobně dána dlouhodobostí zdravotních obtíží u chronických pacientů, kterým by bez přítomnosti v zaměstnání také v době zhoršeného zdravotního stavu nezbyvalo nic jiného než odejít z pracovního trhu.

9.7.3 Selektce na pracovním trhu

Výskyt onemocnění, popř. úrazu, je počáteční skutečností, která musí nastat, aby došlo k volbě jedince mezi absencí a přítomností v zaměstnání. Na základě předešlých zjištění je možné předpokládat, že nemocnost v populaci není stejná a zdravotní stav jedinců se liší na základě věku, pohlaví, vzdělání, socioekonomického postavení, pracovního prostředí a dalších charakteristik souvisejících s výkonem zaměstnání atd. (ČSÚ, 2005).

Na pracovním trhu dochází k tomu, že osoby s podobnými charakteristikami vykonávají podobný druh výdělečné činnosti a vytvářejí tak určité socioprofesionální skupiny. Každá z těchto skupin se, vzhledem k charakteristikám osob, které ji tvoří, vyznačuje určitou úrovní zdravotního stavu a následně nemocnosti. Příslušnost k určité socioekonomické skupině nemá vliv jen na zdravotní stav, ale rovněž na rozhodování mezi absencí a prezencí v době nemoci. Tato volba je mj. ovlivněna charakterem výdělečné činnosti, náplní práce a možnostmi tuto činnost vykonávat ve zhoršeném zdravotním stavu či pracovní kulturou a tím, jak je v zaměstnání jedince na oba způsoby chování nahlíženo (Aronsson a Gustafsson, 2005; Hansen a Andersen, 2008). Předpokládá se, že v tomto ohledu existují mezi jednotlivými zaměstnáními značné rozdíly. Příslušnost k určité socioprofesionální skupině je tedy jednak významným prediktorem nemocnosti a zároveň do jisté míry předurčuje výsledek rozhodování nemocného pracovníka.

Horší zdravotní stav se vyskytuje u osob s nižšími příjmy, které se zpravidla vyznačují také nižším stupněm vzdělání a malou kontrolou nad vykonávanou prací (nemohou si sami určovat tempo své práce a vybrat úkoly, kterým se budou aktuálně věnovat; vykonávají jen dílčí část

výsledného produktu a nemají přehled o zbývajících úkonech). Tito pracovníci častěji než ostatní pracují v horším prostředí, obtížněji hledají uplatnění na trhu práce a mají větší riziko být propuštěni v době ekonomické recese. Součástí jejich životního stylu bývají návyky, které negativně působí na jejich zdravotní stav (North, 1993). S ohledem na výše uvedené skutečnosti je možné vyslovit domněnku, že vyšší úroveň pracovní neschopnosti u osob s nižšími příjmy, která byla prokázána řadou analýz, je způsobena převážně nemocností těchto osob, nikoliv vypočítavostí jejich chování, jak bývá mnohdy interpretována (Gobyová, 2011). Tuto hypotézu potvrzuje také zjištění, že socioprofesionální skupiny charakteristické vyšším výskytem pracovní neschopnosti se vyznačují také častější přítomností v zaměstnání v době nemoci (Böckerman a Laukkanen, 2008).

Selekce, ke které dochází na pracovním trhu, stojí z velké části také za rozdílným výskytem obou sledovaných jevů mezi ženami a muži. Pracovní trh je rozdělen na mužská a ženská povolání, v nichž se pracovní úkoly a pracovní podmínky výrazně odlišují (Aronsson et al., 2000). Ženy mají nižší průměrný plat, je jim obecně umožněna menší účast na rozhodovacím procesu a ve větší míře pracují v zaměstnáních, která jsou považována za méně prestižní a nabízejí méně příležitostí ke kariéernímu postupu. Vykonávaná práce je mnohdy stereotypní a psychosociálně náročná (Laaksonen et al., 2010). Vyšší nemocnost žen, která se projevuje vyšším výskytem pracovní neschopnosti i jejich častější přítomností v zaměstnání v době nemoci, tedy není dána pouze vlivem pohlaví, ale rovněž jejich zařazením do určité socioprofesionální skupiny, resp. tím, že odlišná náplň práce a pracovní podmínky vystavují ženy a muže rozdílným zdravotním rizikům.

Vztahu mezi oběma sledovanými jevy v rámci České republiky bude věnována následující kapitola.

Kapitola 10

Absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání v České republice

Problematika zdravotního stavu pracovníků je v popředí zájmu již několik desetiletí, pozornost však byla dosud věnována převážně jejich absenci, tj. pracovní neschopnosti, způsobené nemocí či úrazem. Zatímco na výskyt pracovní neschopnosti bylo zaměřeno Výběrové šetření pracovních sil (Labour Force Survey - LFS) již od počátku sedmdesátých let 20. století, o přítomnost nemocného jedince v zaměstnání se výzkumníci začali zajímat až na konci let devadesátých (Böckerman a Laukkanen, 2008). Otázka na to, zda respondent pracoval, ačkoliv se cítil nemocný, byla poprvé v roce 2010 zařazena do mezinárodního výběrového šetření – Evropského výzkumu pracovních podmínek (European Working Conditions Survey – EWCS).

Na základě individuálních anonymizovaných dat získaných v rámci tohoto šetření v roce 2010 byla provedena analýza výskytu absence a prezenze nemocného pracovníka v zaměstnání v České republice a výsledky byly srovnány s výskytem těchto jevů v rámci zemí Evropské unie.

10.1 Evropský výzkum pracovních podmínek

Evropský výzkum pracovních podmínek (EWCS) probíhá v pětiletých intervalech již od roku 1990 a je realizován Evropskou nadací pro zlepšení životních a pracovních podmínek (The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). Zatím poslední, tj. páté, šetření proběhlo v první polovině roku 2010 a bylo provedeno v 27 členských státech Evropské unie, a dále pak v Norsku, Makedonii, Chorvatsku, Turecku, Albánii, Kosovu a Černé Hoře, což celkem představovalo 34 šetřených států. Celkem bylo dotázáno téměř 44 000 pracovníků (Eurofound, 2013).

V rámci EWCS byly zjišťovány skutečnosti týkající se pracovních podmínek, včetně pracovního prostředí, nastavení pracovní doby, organizace práce, sociálních kontaktů na pracovišti atd. Cílem šetření bylo popsat pracovní podmínky respondentů a následně přispět nejen k jejich zlepšení, ale případně také k vhodnějšímu nastavení sociální politiky zúčastněných států (Parent-Thirion et al., 2012). Z pohledu této disertační práce je zásadní, že součástí EWCS bylo rovněž zjišťování výskytu absence a prezenze nemocného pracovníka v zaměstnání. S vědomím určitých terminologických i obsahových nepřesností je absence nemocného pracovníka považována za pracovní neschopnost a jeho prezenze za projev prezentismu.

10.1.1 Předmět a metodika šetření

Předmětem šetření byly osoby 15leté a starší, které obvykle bydlely v zemích začleněných do výběrového šetření, a jež byly v průběhu sledovaného referenčního týdne, tj. týdne, který bezprostředně předcházel týdnů, v němž byl prováděn rozhovor, zaměstnané. Za zaměstnanou osobu byla v rámci šetření považována taková osoba, která v referenčním týdnu pracovala nejméně jednu hodinu za mzdu nebo jinou odměnu, nebo nepracovala, ale měla zaměstnání, v němž nebyla dočasně přítomna. Do šetření byli zařazeni jak zaměstnanci, tak i osoby samostatně výdělečně činné (Parent-Thirion et al., 2012, s. 12). Definice zaměstnané osoby vycházela z definice používané Mezinárodní organizací práce (International Labour Organization – ILO) a byla shodná s definicí používanou v rámci Výběrového šetření pracovních sil (viz kapitola 8).

Šetření bylo prováděno sítí národních institucí koordinovaných společností Gallup Europe, metodou osobních rozhovorů tazatele s respondentem. V České republice byla data získána společností FOCUS, Centrum pro sociální a marketingovou analýzu, spol. s r.o., v průběhu měsíce února 2010 (Eurofound, 2013). Rozhovory byly provedeny s 1 000 respondenty. Šetření v České republice a dalších 11 zúčastněných státech bylo prováděno metodou CAPI.

Mezinárodní srovnatelnost dat byla zajištěna použitím standardizovaného dotazníku, údaje byly získávány retrospektivním způsobem; respondenti byli zpravidla dotazováni na skutečnosti vážící se k referenčnímu týdnu, který předcházel týdnů, v němž probíhal rozhovor (Parent-Thirion et al., 2012, s. 12). Otázky týkající se přítomnosti, resp. nepřítomnosti respondenta v zaměstnání v době jeho nemoci byly vztaženy k uplynulým 12 měsícům.

10.2 Prezence a absence v zaměstnání v době nemoci v rámci EWCS

Analýza výskytu pracovní neschopnosti a prezentismu v České republice byla provedena na základě individuálních anonymizovaných dat pocházejících z Evropského výzkumu pracovních podmínek realizovaného v roce 2010. Zjišťování údajů probíhalo retrospektivním způsobem; respondenti byli dotazováni, zda se v předešlých 12 kalendářních měsících, tj. v České republice od února 2009 do ledna 2010, rozhodli v reakci na svůj aktuálně zhoršený zdravotní stav absentovat v zaměstnání, nebo navzdory nemoci ve výkonu výdělečné činnosti pokračovat.

10.2.1 Vymezení exponovaného souboru osob

Výběrové šetření EWCS bylo realizováno výlučně mezi osobami považovanými dle definice Mezinárodní organizace práce (ILO) za zaměstnané. Jednalo se o osoby starší 15 let, které v průběhu referenčního týdne pracovaly alespoň 1 hodinu za mzdu, plat nebo jinou odměnu, nebo sice nebyly v práci, ale měly formální vztah k zaměstnání (např. pracovní smlouva). Studovaný soubor respondentů nebyl nijak upravován a do analýzy byly zařazeny všechny dotázané osoby. Vymezení souboru, z hlediska okruhu studovaných osob, tak bylo totožné se souborem analyzovaným na základě dat pocházejících z VŠPS v kapitole 8. Ve studovaném souboru osob byli zařazeni i jedinci, kteří by jinak, na základě jimi definované současné ekonomické aktivity, mezi zaměstnané v obecném vnímání tohoto stavu, zařazeni být nemohli. Jednalo se např. o důchodce, matky na mateřské dovolené, ale také o osoby nezaměstnané, kteří

v průběhu referenčního týdne alespoň jednu hodinu pracovali za odměnu. Studovaný soubor osob čítal celkem 1 000 respondentů, z čehož bylo 477 mužů a 523 žen⁴³.

Zatímco v případě vymezení exponovaného souboru osob v rámci VŠPS byla původně snaha studovaný soubor osob co nejvíce přiblížit osobám, u kterých je z právního hlediska možný vznik pracovní neschopnosti, v rámci EWCS toto hledisko sledováno nebylo. Příčiny byly jak terminologické, tak faktické. Terminologickým důvodem byla skutečnost, že zatímco v dotazníku používaném pro VŠPS bylo explicitně použito označení „pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“, tedy označení, které je definováno v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v rámci šetření EWCS byli respondenti dotazováni, zda a jak dlouho byli ve svém zaměstnání nepřítomni ze zdravotních důvodů.

Druhým důvodem byla skutečnost, že na základě dat EWCS nebyla sledována pouze nepřítomnost pracovníků v zaměstnání ze zdravotních důvodů, ale rovněž jejich přítomnost v době nemoci, tedy prezentismus. Tento jev jednak nepodléhá žádné zákonné definici a zároveň je reálně možné, že se takto bude chovat i jedinec, který je např. nezaměstnaný, ale naskytne-li se mu příležitost k výdělku, využije ji i přes svůj akutně zhoršený zdravotní stav.

Dalším důvodem pro začlenění všech respondentů byla skutečnost, že otázky na výskyt obou sledovaných jevů, tedy nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonu výdělečné činnosti navzdory nemoci, byly pokládány retrospektivně a dotazovaly se na dobu předcházejících 12 měsíců. Je tedy možné předpokládat, že ekonomické postavení jedince se mohlo v průběhu tohoto období změnit a mohlo u něj dojít k výskytu sledovaných jevů, ačkoliv by tomu jeho současné ekonomické postavení nenasvědčovalo.

10.2.2 Zjišťování výskytu a doby trvání absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání

V rámci ECWS bylo chování nemocného respondenta ve vztahu k docházce do zaměstnání, tj. údaje o jeho prezenzi či absenci, zjišťováno pomocí následujících otázek:

- Kolik dní jste byl/a v uplynulých 12 měsících celkem nepřítomen/a ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů?

a

- Pracoval/a jste v uplynulých 12 měsících, když jste byl/a nemocný/á?
 - a) ano, uveďte počet pracovních dní
 - b) ne
 - c) nebyl/a jsem nemocný/á.

První otázkou byla zjišťována délka respondentovy absence ze zdravotních důvodů v předešlém roce. Odpověď na tuto otázku vyžadovala číselný údaj, který zároveň určoval, zda k výskytu sledovaného jevu v uplynulém období došlo (číslo větší nebo rovno 1) nebo nedošlo (číslo rovno 0). Na základě této otázky byly tedy vytvořeny 2 proměnné. První proměnná nazvaná „DPN“ byla dichotomická a nabývala hodnoty „ano“ v případě, že respondent byl

⁴³ Rozložení respondentů ve výběrovém souboru dle dalších charakteristik je obsaženo v tab. 108 v příloze č. 11.

v uplynulém roce alespoň jeden den nepřítomen ve svém zaměstnání ze zdravotních důvodů a hodnoty „ne“, v případě, že k tomuto chování nedošlo. Druhá proměnná nazvaná „DPN_dny“ byla spojitá a vyjadřovala délku nepřítomnosti měřenou ve dnech.

Formulace otázky byla taková, že nezjišťovala příčinu respondentovi absence a neposkytovala varianty odpovědí, mezi nimiž by respondent musel volit, jako tomu bylo v rámci VŠPS, ale ptala se přímo na nepřítomnost pracovníka v zaměstnání ze zdravotních důvodů. Z tohoto důvodu není nutné spekulovat nad tím, jakou variantu odpovědi respondent zvolil a zda nedošlo k nadhodnocení či podhodnocení výskytu sledovaného jevu, např. v situaci, kdy by k léčbě nemoci využil dovolenou namísto pracovní neschopnosti. Zjištěný údaj poskytoval informace o délce nepřítomnosti ze zdravotních důvodů bez ohledu na skutečnost, jak respondent tuto absenci formálně zdůvodnil.

I přesto, že formulace otázky hovořila o nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů, jsou vytvořené proměnné chápány jako ukazatele pracovní neschopnosti v jejím obecném, nikoliv zákonném vnímání. Tedy jako ukazatele stavu, kdy pracovník není ze zdravotních důvodů schopen dočasně vykonávat výdělečnou činnost, bez ohledu na jeho účast na nemocenském pojištění. Důvodem je především skutečnost, že tomu tak bylo rovněž v rámci VŠPS, kde sice bylo výslovně použito označení „pracovní neschopnost pro nemoc a úraz“, ale vzhledem k specifikaci zkoumaného souboru a ostatním variantám odpovědí na příčinu respondentovy absence, se v zásadě jednalo o tentýž zjišťovaný údaj, jako v případě EWCS.

Druhá otázka sledovala přítomnost nemocného pracovníka v zaměstnání, tedy prezentismus, a jeho délku. Zároveň umožnila vymezit respondenty, kteří deklarovali, že ve sledovaném období nebyli nemocní. Také na základě této otázky byly analogicky k otázce předešlé vytvořeny 2 proměnné. Dichotomická proměnná nazvaná „PRES“ sledovala, zda respondent alespoň jednou vykonával v předešlých 12 měsících v době nemoci výdělečnou činnost a pokud ano, nabývala tato proměnná hodnoty „ano“. Pokud respondent uvedl, že v uplynulém roce nepracoval nemocný anebo že nemocný vůbec nebyl, nabývala tato proměnná hodnoty „ne“. Druhá proměnná nazvaná „PRES_dny“ byla spojitá a vyjadřovala, po jak dlouhou dobu jedinec pracoval v akutně zhoršeném zdravotním stavu.

Retrospektivní položení otázky, která pokrývala velmi rozsáhlé období, mohlo vést k určitému zkreslení skutečností, neboť respondenti si nemuseli své jednání, ani svůj zdravotní stav, zcela dobře vybavit. Určitému zkreslení výsledků nasvědčuje také fakt, že z 1000 respondentů zařazených do této analýzy, jich 118 deklarovalo, že ve sledovaném období nebyli nemocní a přesto 5 z nich zároveň uvedlo, že nebyli v zaměstnání přítomni ze zdravotních důvodů. Ze získaných údajů rovněž vyplynulo, že 274 osob, tedy zhruba čtvrtina souboru, neabsentovaly v zaměstnání a ani nevykonávaly výdělečnou činnost v době nemoci, a přesto se označily za „nemocné“, resp. neuvedly, že by ve sledovaném období nemocné nebyly (v otázce týkající se práce v době nemoci ne zvolily možnost „c“). Z tohoto je možné dovodit, že docházelo k nepochopení, či zaměňování variant odpovědi „b“ a „c“ při zjišťování skutečnosti, zda respondent pracoval, ačkoliv byl nemocný a tudíž k této informaci v následující analýze nebylo přihlíženo. Jak bylo již uvedeno výše, proměnná vyjadřující nepřítomnost respondenta v zaměstnání ze zdravotních důvodů nabývala pouze dvou hodnot – ano x ne.

Vzhledem ke skutečnosti, že dotaz na absenci či prezenci v zaměstnání se vztahoval k určitému období, nikoliv k určitému projevu nemoci či úrazu, součet podílu osob nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů a osob přítomných v zaměstnání v době nemoci nečinil 100 %, neboť jeden respondent mohl být v průběhu roku vystaven více onemocněním, z nichž některé řešil setrváním v pracovní neschopnosti, s jinými naopak pokračoval v docházce do zaměstnání. U jednoho respondenta se tedy mohla vyskytnout jak pracovní neschopnost, tak prezentismus, což bylo také prokázáno; 160 respondentů deklarovalo jednak skutečnost, že ze zdravotních důvodů nebyli schopni docházky do zaměstnání a zároveň, že ve stejném období pracovali navzdory svému akutně zhoršenému zdravotnímu stavu.

10.2.3 Faktory ovlivňující absenci a prezenci nemocných pracovníků v zaměstnání: dvourozměrná analýza

V rámci EWCS byla zjišťována široká škála faktorů, které mohly mít vliv na oba sledované jevy, tj. přítomnost a nepřítomnost dočasně zdravotně indisponovaných pracovníků v zaměstnání. Pro bližší analýzu bylo vybráno následujících 28 faktorů, které byly tematicky rozděleny do 4 skupin. První skupinou byly demografické a socioekonomické charakteristiky pracovníka, druhou jeho zdravotní stav, třetí charakteristiky výdělečné činnosti pracovníka a zbývající faktory byly zařazeny do čtvrté skupiny, která byla pojmenována „ostatní“.

Demografické a socioekonomické charakteristiky pracovníka

V rámci demografických a socioekonomických charakteristik respondenta bylo zjišťováno pohlaví respondenta, jeho věk, nejvyšší dokončené vzdělání a finanční situace domácnosti, v níž respondent žije. Proměnná pohlaví byla dichotomická a nabývala dvou hodnot; muž, žena. Stáří respondentů bylo v rámci dotazníku sledováno po jednotkách věku, pro účely této práce bylo následně nakumulováno do 4 věkových skupin. Jednalo se o věkové skupiny: 18–29 let, 30–44 let, 45–59 let a 60 a více let. Vzdělanostní úroveň dotázaných byla sledována na obvykle používané 4 bodové škále. Nejnižší úroveň tvořili respondenti se základním vzděláním či zcela bez vzdělání, vyšší stupeň respondenti se středním vzděláním bez maturity, dále respondenti se středním vzděláním s maturitou a nejvýše byli zařazeni absolventi vyšších odborných či vysokých škol.

Mezi socioekonomické charakteristiky dotazovaných byla rovněž zařazena finanční situace domácnosti, v níž respondent žije. Vzhledem k tomu, že otázka na příjem domácnosti zůstala v dotazníku často bez odpovědi, byla pro vyjádření sledované skutečnosti použita otázka, jak domácnost respondenta vychází s penězi. Její přesné znění bylo: „Když se zamyslíte nad celkovým měsíčním příjmem své domácnosti, daří se Vám vycházet s penězi...?“. V rámci dotazníku bylo respondentům nabízeno 6 variant odpovědí – velmi snadno, snadno, spíše snadno, s určitými obtížemi, s obtížemi, s velkými obtížemi. Pro účely této práce byly varianty odpovědí nakumulovány a byla vytvořena proměnná o dvou hodnotách, která vyjadřovala, zda domácnost respondenta vychází s penězi snadno (původní varianty odpovědí velmi snadno, snadno a spíše snadno) nebo obtížně (původní varianty odpovědí s určitými obtížemi, s obtížemi a s velkými obtížemi). Důvodem kumulace byla jednak četnost odpovědí na jednotlivé varianty a dále malý rozdíl mezi původními možnostmi odpovědí, které byly následně sloučeny do jedné.

Na základě předešlých zjištění a studia relevantní literatury bylo předpokládáno, že úroveň pracovní neschopnosti žen bude vyšší než u jejich mužských protějšků. Bylo zároveň předpokládáno, že rozdíl bude dán zejména četností případů, nikoliv jejich délkou (Gobyová, 2009). Častější nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů byla dále očekávána u starších osob, a to z důvodu biologicky podmíněného horšího zdravotního stavu. Horší zdravotní stav, daný především nezdravým životním stylem, byl příčinou předpokladu vyšší pracovní neschopnosti jak u osob s nižším vzděláním, tak s nižšími příjmy. V druhém případě mohl hrát roli rovněž rozdíl mezi standardně vyplácenou mzdou a dávkou poskytovanou v době nemoci. U stejných osob byla očekávána rovněž vyšší úroveň prezentismu. Výjimku představovalo pouze členění dle věku, neboť dosavadní zjištění naznačovala pokles počtu osob pracujících v době nemoci úměrně s přibývajícím věkem. Častější práce navzdory nemoci u méně vzdělaných a nízkopříjmových skupin obyvatelstva byla zdůvodňována jejich malými finančními úsporami a následnými obtížemi při výpadku příjmu.

Zdravotní stav pracovníka a jeho aspekty

Další skupinu tvořily proměnné vyjadřující zdravotní stav respondenta. Jednalo se jednak o proměnnou, v níž respondent hodnotil svůj zdravotní stav, a dále o dichotomické proměnné, které vyjadřovaly, zda došlo u respondenta k výskytu konkrétních zdravotních obtíží. K subjektivnímu zhodnocení zdravotního stavu byla v rámci dotazníku respondentovi nabídnuta 5 bodová škála (velmi dobrý, dobrý, ucházející, špatný, velmi špatný). Tato škála byla rovněž použita při analýze sledující vliv zdravotního stavu na přítomnost i nepřítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání na základě popisných statistik. Pro následně prováděnou logistickou regresi byly nabízené varianty odpovědí nakumulovány do dvou a byla tak vytvořena dichotomická proměnná, která vyjadřovala, zda respondent hodnotil svůj zdravotní stav jako dobrý (původní varianty odpovědí velmi dobrý a dobrý) nebo špatný (původní varianty odpovědí ucházející a špatný). Toto nakumulování bylo zvoleno vzhledem k četnosti jednotlivých variant odpovědí a zejména s ohledem na skutečnost, že varianta „velmi špatný“ nebyla respondenty vůbec označena. Zdravotní stav byl považován za jeden z určujících faktorů pro výskyt obou sledovaných jevů, a proto bylo předpokládáno, že se zhoršujícím se zdravotním stavem bude úroveň pracovní neschopnosti i prezentismu narůstat.

Konkrétní zdravotní obtíže, jejichž výskyt byl sledován ve vztahu k pracovní neschopnosti a prezentismu respondenta byly: bolesti zad, bolesti hlavy a únava očí, bolesti břicha, problémy se spaním, deprese a úzkosti. Jednalo se vždy o dichotomické proměnné, které vyjadřovaly, zda se u respondenta v předešlých 12 měsících tato zdravotní obtíž vyskytla či nikoliv.

Charakteristiky výdělečné činnosti pracovníka

Proměnné související s výkonem výdělečné činnosti tvořily další skupinu faktorů, u kterých byl předpokládán vliv na úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu. Vzhledem k jejich vysokému počtu byly dále rozčleněny do 3 podskupin. První podskupinu tvořily proměnné související s pracovními podmínkami, další podskupinu proměnné související s formálními náležitostmi pracovní pozice a třetí podskupina byla tvořena proměnnými, které vyjadřovaly pozici respondenta na pracovním trhu.

A. Pracovní podmínky

Do první podskupiny byla zařazena proměnná hodnotící celkovou spokojenost respondenta s pracovními podmínkami. Na základě svých odpovědí byli respondenti členěni na ty, kteří byli velmi spokojeni, spokojeni, nepříliš spokojeni a zcela nespokojeni.

Další proměnné zařazené do této podskupiny vyjadřovaly respondentovo hodnocení jednotlivých aspektů jím vykonávané pracovní pozice. Respondenti hodnotili své vyhlídky na rozvoj kariéry na základě vyjádření míry souhlasu či nesouhlasu s tvrzením: „Ve svém zaměstnání mám dobré vyhlídky na rozvoj kariéry“. Spokojenost s platovými podmínkami a jejich adekvátní výší vyjádřili při stanovení míry souhlasu s tvrzením: „Jsem dobře placen/a za práci, kterou dělám“. Svě obavy ze ztráty zaměstnání dali najevo svým souhlasem či nesouhlasem s tvrzením: „V příštích 6 měsících mohu přijít o práci“. Vztahy na pracovišti ohodnotili ve svém vyjádření k tezi: „V práci mám velmi dobré přátele“ a spokojenost s motivací ze strany zaměstnavatele v tezi: „Zaměstnavatel mě motivuje k nejlepšímu pracovnímu výkonu“. U výše uvedených tvrzení měl respondent možnost vyjádřit míru souhlasu na nabízené škále: silně nesouhlasím, nesouhlasím, ani nesouhlasím ani souhlasím, souhlasím a silně souhlasím. Dvě krajní možnosti byly v rámci této práce nakumulovány do jedné, a proto výsledná prezentovaná škála vyjadřovala, zda respondent s tvrzením souhlasí, nesouhlasí anebo nemá vyhraněný názor (ani souhlas, ani nesouhlas).

Vliv spokojenosti respondenta s pracovními podmínkami na úroveň prezentismu byla v předešlých studiích prokázána jako nejednoznačná, tj. vyšší úroveň byla zjištěna jak u pracovníků spokojených s pracovními podmínkami a jejich jednotlivými aspekty, tak u pracovníků nespokojených, kteří např. své šance na rozvoj kariéry u daného zaměstnavatele vnímali jako minimální nebo měli pocit, že jim zaměstnavatel neposkytuje takové zázemí a prostředky, aby mohli práci odvádět co nejkvalitněji. Bylo očekáváno, že tato nejednoznačnost vlivu spokojenosti s pracovními podmínkami na přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání, bude prokázána rovněž na datech pocházejících z výběrového šetření EWCS. Z hlediska pracovní neschopnosti bylo předpokládáno, že více absentovat budou pracovníci méně spokojení s pracovními podmínkami, kteří jsou charakterističtí nižším vzděláním a častěji než jiní pracují v objektivně horším prostředí (Gobyová, 2009).

Dále se respondenti vyjadřovali k tomu, zda mají dostatečnou kontrolu nad jimi vykonávanou prací. Tato proměnná byla vytvořena na základě kombinace 3 otázek, které zjišťovaly, 1) zda si respondent může určit pořadí úkolů, které vykonává, 2) zda si může určit pracovní postup (metodu), který použije a 3) zda může zvolit či měnit tempo své práce. Na tyto otázky bylo možné odpovědět pouze „ano“ nebo „ne“. Nově vytvořená proměnná, která vyjadřovala, zda má respondent kontrolu nad jím vykonávanou prací, byla rovněž dichotomická. Pokud respondent na všechny 3 otázky odpověděl „ano“, bylo to vyhodnoceno tak, že má kontrolu nad jím vykonávanou prací, pokud na všechny nebo některou z otázek odpověď „ne“, bylo to vyhodnoceno tak, že kontrolu nad vykonávanou prací nemá.

Častější přítomnost v zaměstnání v době nemoci, ale zároveň vyšší úroveň pracovní neschopnosti byla předpokládána u osob, které měly nízkou kontrolu nad výrobním či tvůrčím procesem, na němž se podílely. Tento předpoklad byl založen na výsledcích dosud realizovaných zahraničních výzkumů. Bez jejich znalosti by naopak bylo očekáváno, že lidé,

kteří mohou více ovlivňovat provádění své práce, tj. mají nad ní větší kontrolu, ji budou navzdory nemoci vykonávat častěji, neboť její tempo a náplň budou moci více přizpůsobit svému akutně zhoršenému zdravotnímu stavu a v důsledku tohoto se budou rovněž vyznačovat nižší absencí z důvodu nemoci či úrazu.

Do podskupiny týkající se spokojenosti s pracovními podmínkami bylo zařazeno rovněž uskutečnění organizačních změn. Jednalo se o skutečnosti, zda ve firmě, v níž respondent pracuje, došlo v posledních 3 letech k zavedení nových technologií či procesů a zda v tomtéž období byla uskutečněna reorganizace či restrukturalizace. V obou případech se jednalo o dichotomické proměnné, které vyjadřovaly, zda k uvedeným změnám došlo, či nikoliv. Obě uvedené proměnné jsou vyjádřením určitého vnějšího tlaku na zaměstnance v souvislosti s udržení si, resp. případnou ztrátou zaměstnání, a proto bylo předpokládáno, že respondenti, u jejichž zaměstnavatele k takovýmto změnám došlo, budou častěji docházet do zaměstnání také v době nemoci a naopak budou méně absentovat ze zdravotních důvodů.

B. Formální náležitosti pracovní pozice

Druhou podskupinu tvořily proměnné související s formálními náležitostmi pracovní pozice. Úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu byla sledována na základě typu pracovní smlouvy, kterou měl zaměstnanec se svým zaměstnavatelem uzavřenu. Tato proměnná nabývala dvou hodnot dle skutečnosti, zda respondent měl uzavřenu smlouvu na dobu určitou nebo neurčitou. V rámci dotazníku byly nabídnuty také další možnosti odpovědí (dočasná smlouva s personální agenturou, učňovský nebo jiný školicí plán, bez pracovní smlouvy), tyto varianty však byly při zpracovávání dat přiřčeny k pracovním smlouvám na dobu určitou.

Další formální charakteristikou pracovní pozice respondenta, u které byl předpokládán vliv na úroveň obou sledovaných jevů, bylo nastavení pracovní doby. Na otázku „Jak je stanovena Vaše pracovní doba?“ mohl respondent odpovědět jednou z následujících variant: „Je dána společností/organizací a není možné ji měnit.“, „Můžete si vybrat mezi několika pevnými pracovními rozvrhy určenými společností/organizací.“, „Pracovní dobu můžete s jistými omezeními ovlivňovat (například klouzavá pracovní doba).“ a „Svoji pracovní dobu si plně určujete sám/sama.“ V rámci předkládané práce byly výše uvedené možnosti odpovědí kumulovány a výsledná proměnná poskytovala informaci o tom, zda pracovní doba respondenta byla pevná nebo pružná. Za pevné nastavení pracovní doby byly považovány první dvě varianty odpovědí, za pružné (flexibilní) nastavení zbývající dvě varianty odpovědí.

Vzhledem k některým zjištěním zahraničních studií bylo rovněž sledováno, zda respondent pracuje na směny. Tato proměnná nabývala dvou hodnot – ano nebo ne.

Poslední proměnnou zařazenou do podskupiny formálních charakteristik pracovní pozice byl počet obvykle odpracovaných hodin. Otázkou „Kolik hodin týdně obvykle pracujete ve svém hlavním placeném zaměstnání?“ byli respondenti vyzváni k uvedení počtu odpracovaných hodin, které byly následně nakumulovány do 3 intervalů: méně než 35 hodin týdně, 35 až 44 hodin týdně, více než 45 hodin týdně. Tyto intervaly byly vytvořeny, stejně jako v případě dat z VŠPS, s ohledem na odlišení respondentů, kteří obvykle pracují výrazně méně nebo výrazně více je než zákonem stanovený rozsah pracovní doby.

Na základě předešlých studií byla vyšší úroveň prezentismu i pracovní neschopnosti předpokládána u respondentů, kteří uzavřeli pracovní smlouvu na dobu neurčitou, pracují na plný úvazek nebo na směny, obvykle odpracují více hodin, než činí zákonná norma a jejichž pracovní doba je pevně stanovena.

C. Pozice respondenta na pracovním trhu

Proměnné zařazené v rámci skupiny pracovních podmínek do třetí podskupiny bylo možné souhrnně označit jako proměnné, které vyjadřují pozici respondenta na pracovním trhu. Mezi tyto proměnné bylo zařazeno postavení respondenta v zaměstnání, které rozlišovalo, zda respondent pracoval jako osoba samostatně výdělečně činná nebo zaměstnanec. V rámci původního dotazníku bylo navíc zjišťováno, zda se jednalo o osobu samostatně výdělečně činnou se zaměstnanci nebo bez nich. Toto rozlišení však nebylo v rámci této práce při zpracování dat použito, a to zejména proto, že nebyl zjištěn výrazný rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi ve vztahu ke studovaným jevům, tj. pracovní neschopnosti a prezentismu.

Další sledovanou proměnnou byl charakter výdělečné činnosti respondenta. Respondenti byli pro účely analýzy vlivu tohoto faktoru na pracovní neschopnost a prezentismus rozlišeni do 3 skupin, na duševní, rutinní nemanuální a manuální pracovníky. Rozdělení bylo provedeno na základě příslušnosti respondentů do klasifikace zaměstnání ISCO, resp. KZAM⁴⁴, která byla zjišťována při sběru dat. Mezi duševní pracovníky byli zařazeni ti, kteří v rámci KZAM spadali do 1, 2 a 3 hlavní třídy, tj. zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci, vědečtí a odborní duševní pracovníci a techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. Mezi rutinní nemanuální pracovníky ti, kteří spadali do 4 a 5 třídy, tj. nižší administrativní pracovníci (úředníci) a provozní pracovníci ve službách a obchodě. A mezi manuální pracovníky ti, kteří spadali do 6, 7, 8 a 9 třídy, tj. kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech, řemeslníci, kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři, obsluha strojů a zařízení a pomocní a nekvalifikovaní pracovníci. Ke kumulaci hlavních tříd KZAM do menšího počtu skupin vyjadřujících určitý sociální status respondenta došlo zejména z důvodu podobných charakteristik osob spadajících do sloučených kategorií.

Vzhledem k tomu, že toto rozdělení do určité míry odráží vzdělanostní úroveň respondentů, u níž byl již dříve vysloven předpoklad o nepřímé úměře platící mezi stupněm vzdělání a úrovní pracovní neschopnosti i prezentismu, bylo předpokládáno, že přítomnost i nepřítomnost v zaměstnání v době nemoci bude růst směrem od duševních pracovníků k manuálním.

Délka výkonu současné výdělečné činnosti byla zjišťována na základě otázky: „Kolik let pracujete ve Vaší firmě nebo organizaci?“. Respondent byl vyzván k uvedení počtu let, nikoliv měsíců, čímž nebyla podchycena doba, v níž pracoval ve zkušební lhůtě a která mohla výrazně ovlivňovat úroveň obou sledovaných jevů. Uvedený počet let byl následně kumulován do 4 skupin: méně než rok, 1 až 3 roky, 4 až 10 let a 10 let a více. Intervaly zvolené pro dané skupiny byly vybrány zejména s ohledem na předpokládané postavení respondenta v zaměstnání dané dobou jeho setrvání ve firmě, které mohlo ovlivnit jeho chování v době nemoci.

⁴⁴ Klasifikace KZAM zavedená Českým statistickým úřadem byla vypracována na podkladu mezinárodního standardu ISCO-88 a plně respektuje jeho principy (ČSÚ, 2012a).

Bylo předpokládáno, že čím delší praxi měl respondent u daného zaměstnavatele, tím méně se obával čerpání pracovní neschopnosti, tj. že platila přímá úměra mezi délkou praxe a četností nepřítomnosti ze zdravotních důvodů. Na druhou stranu byla u těchto osob očekávána rovněž vyšší úroveň přítomnosti v zaměstnání době nemoci, která byla dána zejména menší nahraditelností zkušených pracovníků a jejich vědomím si této skutečnosti.

Ostatní

Poslední skupinu tvořily dvě proměnné, které nebyly tematicky zařazeny ani do jedné z předcházejících skupin. Jednalo se o dojížděku do zaměstnání a region, v němž šetření probíhalo. V rámci dojížděky do zaměstnání byl zjišťován čas, který respondent denně obvykle strávil cestou do zaměstnání a zpět. Odpověď byla uváděna v minutách a pro účely této práce následně kumulována do 6 skupin, které byly tvořeny 15 minutovými intervaly a posledním otevřeným intervalem. Jednalo se o tyto intervaly: méně než 15 minut, 15 až 29 minut, 30 až 44 minut, 45 až 59 minut, 60 až 74 minut a 75 minut a více. V rámci regionálního rozložení byla příslušnost respondentů členěna dle oblastí NUTS2.

Vyšší míra pracovní neschopnosti byla, stejně jako v případě dat pocházejících z VŠPS, předpokládána u osob, které tráví cestou do zaměstnání delší dobu. Tento předpoklad byl založen na tvrzení ošetřujících lékařů, že tento argument je pacienty často používán k oddálení jejich opětovného uschopnění k práci po prodělané nemoci. Vzhledem k tomu, že doba dojížděky do zaměstnání nemá souvislost s pracovními podmínkami ani charakterem výdělečné činnosti, bylo předpokládáno, že úroveň prezentismu bude zrcadlová k úrovni pracovní neschopnosti, tedy že respondenti s kratší dobou dojížděky budou častěji přítomni v práci navzdory svému akutně zhoršenému zdravotnímu stavu.

Stejně tak bylo zrcadlové chování obou sledovaných jevů předpokládáno z hlediska jejich regionálního rozložení. Vzhledem k tomu, že na základě dat pocházejících z celostátní evidence byla vyšší úroveň pracovní neschopnosti zjištěna ve východní části republiky, byl tento předpoklad použit také pro data získaná v rámci výběrového šetření EWCS. V této části republiky byla tedy následně předpokládána méně častá přítomnost nemocných osob v zaměstnání.

10.2.3.1 Diferenciace absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání dle demografických a socioekonomických charakteristik

První sledovanou skupinou proměnných byly demografické a socioekonomické faktory. V rámci této skupiny byly analyzovány oba sledované jevy z hlediska pohlaví respondentů, jejich věku, resp. zařazení do věkových skupin, nejvyššího dosaženého vzdělání a subjektivního hodnocení, jak se jejich domácnosti daří vycházet s měsíčním příjmem, který má k dispozici.

Celkový podíl osob, které nebyly přítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů, byl vyšší než podíl osob pracujících navzdory nemoci. V 12 měsících předcházejících šetření, tj. od února 2009 do ledna 2010, nebylo ze zdravotních důvodů v zaměstnání přítomno necelých 44 % osob, zatímco podíl těch, kteří pracovali, ačkoliv cítili nemocní, činil 32 % (tab. 74). Průměrný počet dní, který absentující respondenti strávili v pracovní neschopnosti, činil 16 dní; průměrná doba docházky nemocného pracovníka do zaměstnání v rámci jednoho roku nepatrně přesahovala

9 dní. Z hlediska srovnání obou sledovaných jevů je tedy možné konstatovat, že absence v zaměstnání ze zdravotních důvodů se nejen týkala většího počtu osob, ale zároveň průměrně trvala téměř dvojnásobně déle než výkon výdělečné činnosti respondenta ve zhoršeném zdravotním stavu. Toto tvrzení tedy vyvrací názor Hempa (2004), že práce v době nemoci má na zaměstnavatele větší negativní vliv, neboť trvá v souhrnu déle, než pracovní absence jedince. V průběhu každého dne spadajícího do sledovaného období nebyla na pracovišti ze zdravotních důvodů průměrně přítomna necelá 2 % respondentů a navzdory nemoci naopak každý den pracoval téměř 1 pracovník ze 100 dotázaných (tab. 74).

Pohlaví

Stejně jako v jiných, v této práci publikovaných statistických datech, rovněž na základě údajů zjištěných v rámci EWCS byla vyšší četnost pracovní absence evidována u žen, ve srovnání s muži. Ze všech dotázaných žen jich necelých 49 % uvedlo, že v předešlých 12 měsících alespoň jeden den absentovaly ze zdravotních důvodů. V případě mužů takto odpovědělo 38 % respondentů (tab. 74). Podobný poměr mezi zastoupením mužů a žen byl zjištěn také při sledování jejich přítomnosti v zaměstnání v době nemoci. Podíl žen pracujících navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu činil 34 %, podíl mužů 30 %.

Zatímco průměrná délka absence mužů a žen byla totožná, doba, po kterou docházeli do zaměstnání nemocní muži, byla delší, než v případě žen. Jedna pracovní neschopnost mužů i žen trvala přibližně 16 dní. Průměrná doba přítomnosti nemocného muže v zaměstnání činila 10 dní, zatímco nemocné ženy jen 9 dní (tab. 74).

Během jednoho dne v rámci sledovaného období průměrně na pracovišti chybělo 1,6 % mužů a 2 % žen. Stejná vzájemná relace, tedy větší zastoupení žen, bylo zjištěno i z hlediska výkonu výdělečné činnosti v době nemoci (tab. 74). Vyšší absence i prezence žen byly patrně zapříčiněny jejich křehčí tělesnou konstitucí a větší náchylností k nemocem. Vliv patrně měla také rozdílná struktura mužů a žen dle charakteru výdělečné činnosti.

Věk

Věkovou skupinou, která nejčastěji absentovala v zaměstnání ze zdravotních důvodů, byly osoby ve věku 30–44 let (tab. 74). Z těchto pracovníků v průběhu jednoho roku v zaměstnání alespoň jeden den chybělo 46 % respondentů. Věkovou skupinou, mezi jejímiž příslušníky bylo naopak nejméně těch, kteří setrvali v průběhu předešlého roku v pracovní neschopnosti, byly osoby starší 60 let, což odpovídá informacím pocházejícím z celostátní evidence sledovaného jevu; v zaměstnání chybělo alespoň jeden den 36 % z těchto respondentů.

Relativně málo častá absence u osob v důchodovém věku byla určitým způsobem vykompenzována naopak nejvyšším průměrným počtem dní, který strávily v pracovní neschopnosti. Průměrná délka pracovní neschopnosti jednoho respondenta staršího 60 let činila necelých 23 dní, přičemž u mužů dosahovala téměř 24 dní a u žen 22 (tab. 74). K určité kompenzaci došlo rovněž u osob ve věku 30–44 let, které navzdory nejčastějšímu výskytu pracovní neschopnosti, absentovaly průměrně nejkratší dobu, a to 13 dní.

Podíl osob, které průměrně denně nevykonávaly výdělečnou činnost ze zdravotních důvodů, byl nejvyšší mezi pracujícími důchodci (tab. 74), což neodpovídá údajům pocházejícím

z celostátní evidence ani výsledkům jiných výzkumů. Na základě opakovaného potvrzení platnosti tzv. efektu zdravých pracovníků, bylo předpokládáno, že nejvyšší úroveň sledovaného jevu bude zjištěna v předdůchodové věkové skupině 45–59 let. Možným zdůvodněním zjištěné skutečnosti je fakt, že věkové skupiny jsou relativně široké (věkové rozmezí v rámci jedné skupiny činí 15 let) a proto byla úroveň nemocnosti osob ve věku těsně předcházejícím věku vzniku nároku na starobní důchod převážena nižší úrovní nemocnosti pozdních čtyřicátníků.

Zatímco z hlediska pracovní neschopnosti patřila nejmladší věková skupina, tj. respondenti ve věku 18–29 let, ke skupinám s nižší úrovní sledovaného jevu, z hlediska výkonu výdělečné činnosti v době nemoci byli naopak tou věkovou skupinou, jejíž členové pracovali navzdory nemoci nejčastěji ze všech (tab. 74). Nejméně často, a to v necelých 29 %, v době nemoci vykonávali výdělečnou činnost pracovníci ve věku 45–59 let. Zjištěná skutečnost nasvědčuje tomu, že osoby v předdůchodové věkové skupině byly nejméně ochotny pracovat v době nemoci. Pravděpodobnou příčinou byl jejich horší zdravotní stav, daný vyšším věkem, jenž mohl způsobovat častější výskyt zdravotních obtíží, popř. vznik chronických onemocnění, a znesnadňovat rekonvalescenci, což mohlo vést pracovníky k rozhodnutí nemoci nepřecházet.

Nejdelší průměrná doba práce nemocných jedinců, a to v průměru přibližně 10 dní, byla zjištěna mezi nejmladšími pracovníky; nejkratší dobu v nemoci naopak pracovaly osoby starší 60 let (tab. 74). Respondenti ve věku 18–29 let tak vykovávali výdělečnou činnost v době nemoci nejčastěji a zároveň nejdéle. Výsledkem vzájemného působení těchto dvou faktorů byl nejvyšší podíl průměrně denně pracujících osob v době nemoci; každý den v průběhu sledovaného období v této věkové skupině pracoval nemocný téměř 1 respondent ze 100 dotázaných. Nejnižší podíl průměrně denně pracujících nemocných byl zjištěn u osob starších 60 let. Při mírném zkreslení je možné konstatovat, že zatímco průměrný podíl denně absentujících se s rostoucím věkem zvyšoval, průměrný podíl osob pracujících navzdory nemoci naopak klesal (tab. 74).

Nejvyšší dosažené vzdělání

Na základě výsledků zahraničních výzkumů bylo předpokládáno, že platí nepřímá úměra mezi stupněm dosaženého vzdělání a výskytem pracovní neschopnosti, tedy že s rostoucím vzděláním se výskyt pracovní neschopnosti snižuje. Toto však v rámci šetření EWCS v České republice, při použití ukazatele sledujícího podíl osob, u nichž se událost alespoň jednou vyskytla, potvrzeno nebylo. Nejvyšší podíl alespoň jednou absentujících byl evidován u osob se středním vzděláním bez maturity, a to 47 %, a naopak nejméně častý u osob se středním vzděláním s maturitou, a to 42 % (tab. 74). Nesoulad mezi výsledkem šetření a předpokládanou hypotézou byl pravděpodobně dán tím, že ukazatel podílu osob, u kterých se sledované chování v průběhu roku vyskytlo, nezohledňoval ani četnost tohoto chování, ani jeho délku. Odrážel pouze informaci o tom, jaký podíl respondentů se takto alespoň jeden den v roce zachoval, a v tomto ohledu tedy nebyla předkládaná hypotéza potvrzena.

Z hlediska pohlaví byl zjištěn významný rozdíl u respondentů na obou koncích vzdělanostního spektra, tj. u mužů a žen se základním a vysokoškolským vzděláním. V těchto skupinách muži dosahovali podprůměrné úrovně pracovní neschopnosti, zatímco u žen byly zjištěny výrazně nadprůměrné hodnoty (tab. 74). Nejvyšší podíl osob, které měly zkušenost

s absencí ze zdravotních důvodů, byl překvapivě zjištěn u vysokoškolsky vzdělaných žen (56 %), které zároveň málo často pracovaly v době nemoci. Vysvětlení této skutečnosti může spočívat ve vyšším příjmu žen s vysokou nebo vyšší odbornou školou a následným vyšším objemem finančních prostředků, kterými disponují, jež jim umožnil setrvání v pracovní neschopnosti bez nutnosti práce v době nemoci.

Tab. 74 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a skutečnosti, jak domácnost respondenta vychází s penězi, Česká republika, 2010

	Věk				Nejvyšší dosažené vzdělání				Jak vychází s penězi		Celkem
	18-29 let	30-44 let	45-59 let	60 a více let	ZŠ nebo bez vzdělání	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VOŠ nebo VŠ	Snadno	Obtížně	
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů											
Podíl nepřítomných osob (v %)											
Muži	40,68	35,09	41,28	33,33	36,90	48,65	33,90	33,33	37,14	39,52	37,97
Ženy	33,85	56,06	47,62	40,54	50,67	45,78	46,90	55,84	46,27	51,26	48,68
Celkem	37,10	46,34	44,60	36,47	43,40	47,42	41,61	44,30	41,50	46,42	43,55
Průměrné trvání (ve dnech)											
Muži	13,71	13,93	17,17	23,81	19,81	18,24	14,95	10,33	15,89	16,36	16,13
Ženy	19,68	13,18	17,50	21,80	20,55	16,53	15,98	12,28	15,31	16,92	16,13
Celkem	16,57	13,44	17,35	22,84	20,22	17,53	15,64	11,53	15,59	16,72	16,13
Podíl osob průměrně denně nepřítomných v zaměstnání (v %)											
Muži	1,502	1,258	1,825	2,130	1,956	2,268	1,293	0,932	1,540	1,681	1,594
Ženy	1,695	1,882	2,202	2,240	2,459	1,891	1,985	1,855	1,861	2,209	2,028
Celkem	1,606	1,595	2,020	2,179	2,209	2,104	1,697	1,382	1,693	1,994	1,821
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci											
Podíl pracujících osob (v %)											
Muži	31,03	33,90	24,57	26,53	24,71	30,17	30,94	31,25	28,67	30,59	29,65
Ženy	40,91	33,17	31,96	33,33	33,33	43,02	32,70	28,21	27,10	41,13	33,86
Celkem	36,29	33,51	28,46	29,55	28,99	35,64	31,98	29,75	27,92	36,84	31,86
Průměrné trvání (ve dnech)											
Muži	11,33	9,12	9,70	11,38	12,33	9,03	9,70	8,76	9,84	9,85	9,76
Ženy	9,85	9,33	8,98	4,00	9,04	10,41	8,47	7,82	8,85	8,92	8,89
Celkem	10,44	9,23	9,28	7,69	10,45	9,74	8,95	8,32	9,38	9,23	9,27
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)											
Muži	0,932	0,823	0,624	0,828	0,825	0,728	0,783	0,732	0,752	0,797	0,768
Ženy	1,041	0,828	0,779	0,356	0,797	1,159	0,747	0,604	0,647	0,974	0,806
Celkem	0,991	0,826	0,704	0,616	0,811	0,915	0,762	0,670	0,702	0,902	0,788

Pozn.: ZŠ = základní škola, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola

Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytly, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Zatímco z hlediska podílu alespoň jednou absentujících osob předpokládaná závislost na stupni dosaženého vzdělání potvrzena nebyla, z hlediska průměrného trvání pracovní neschopnosti bylo zjištěno, že s rostoucím vzděláním se délka absence zkracovala. Osoby se základní školou nebyly v zaměstnání přítomny průměrně 20 dní, vysokoškolsky vzdělaní pracovníci jen 12 dní (tab. 74).

K potvrzení výše uvedené hypotézy došlo také u ukazatele průměrného podílu osob, které denně absentovaly v zaměstnání z důvodu nemoci. Z 1 000 respondentů se základním

vzděláním nebo zcela bez vzdělání chybělo průměrně denně na pracovišti 22 osob, ze stejného počtu respondentů s vysokoškolským vzděláním jen 14 osob (tab. 74).

Nejvyšší podíl osob, které alespoň jeden den vykonávaly výdělečnou činnost v aktuálně zhoršeném zdravotním stavu, byl zjištěn v téže vzdělanostní skupině, jako nejvyšší podíl osob absentujících, tj. u osob se středním vzděláním bez maturity, z nichž přibližně 1/3 pracovala, ačkoliv se cítila nemocná. Nejméně častá přítomnost v zaměstnání v době nemoci byla zjištěna u osob se základním vzděláním, a to 29 % (tab. 74). V této vzdělanostní skupině byl rovněž zjištěn nejnižší podíl mužů pracujících v době nemoci.

Průměrná doba výkonu výdělečné činnosti v době nemoci se, obdobně jako u pracovní absence, snižovala přímo úměrně rostoucímu stupni vzdělání; rozdíly mezi vzdělanostními skupinami byly však výrazně menší (tab. 74). Osoby se základním vzděláním pracovaly navzdory nemoci průměrně 10 dní v roce a vysokoškoláci 8 dní.

Zatímco úroveň pracovní neschopnosti měřená průměrným podílem denně absentujících osob klesala s rostoucím vzdělanostním stupněm, pro úroveň prezentismu tato nepřímá úměra zjištěna nebyla. Nejvíce pracujících nemocných osob, tj. více než 8 osob z 1 000, zakončilo své vzdělání získáním výučního listu, nejméně, tj. necelých 7 osob z 1 000, získalo vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání (tab. 74).

Nejnižší úroveň obou sledovaných jevů, tj. pracovní neschopnosti a prezentismu, měřená průměrným denním podílem osob, u nichž se toto chování vyskytlo, byla zjištěna mezi respondenty s nejvyšším stupněm vzdělání. Toto zjištění odpovídá původním předpokladům o vlivu vzdělání na sledované skutečnosti, resp. výskytu skutečností, které se vzdělanostní úrovní souvisejí (zdravotní stav, pracovní prostředí, atd.), a které ovlivňují či predikují nejen výskyt nemoci, ale do určité míry následně rovněž výsledek rozhodovacího procesu mezi absencí a prezencí. Nižší výskyt nemocí či úrazů znamená méně rozhodování a následně nižší úroveň sledovaných jevů.

Finanční situace domácnosti

Výskyt pracovní neschopnosti u jedinců bývá mnohdy vysvětlován s ohledem na míru jejich finančního zajištění. Vzhledem k tomu, že na otázku týkající se průměrného příjmu velká část respondentů neodpověděla, bylo pro analýzu sledovaných jevů z tohoto úhlu pohledu použito hodnocení respondentů, jak se jejich domácnosti daří vycházet s penězi.

Bylo zjištěno, že respondenti pocházející z domácností, jejichž měsíční příjem nestačí k tomu, aby bez problémů pokryly všechny své výdaje, měli častější zkušenost s absencí (46 %) než ti, kteří vycházeli s penězi snadno (42 %). U osob, které deklarovaly, že s měsíčním příjmem domácnosti vycházejí obtížně, byla zároveň zjištěna delší doba trvání pracovní neschopnosti (tab. 74). Průměrný podíl denně absentujících osob vycházejících s příjmem domácnosti obtížně byl, dle očekávání vyšší než absence osob, kterým se s příjmem dařilo vycházet snadno. Ve sledovaném období chyběla denně na pracovišti přibližně 2 % respondentů, jejichž domácnost měla problém vyjít s měsíčním příjmem, který měla k dispozici a 1,7 % respondentů, jejichž domácnosti se s příjmem dařilo vyjít dobře.

Z hlediska výkonu výdělečné činnosti v době nemoci byla zjištěna obdobná situace. Necelých 37 % z dotázaných, kteří s penězi vycházeli obtížně, pracovalo v uplynulém roce

alespoň jeden den i přes aktuálně zhoršený zdravotní stav, což bylo o 9 procentních bodů více, než podíl těch, jejichž domácnost neměla problém ze svého měsíčního příjmu vyjít (tab. 74). Průměrná doba práce v době nemoci mezi osobami deklarujícími odlišnou finanční situaci rodiny se v zásadě nelišila a činila přibližně 9 dní (tab. 74). Navzdory nemoci pracovalo průměrně denně ve sledovaném období 9 osob z 1 000 dotázaných pocházející z hůře zajištěné domácnosti a 7 osob z 1 000 respondentů z lépe finančně zajištěných rodin. Příčinou byla patrně skutečnost, že osoby žijící v méně finančně zajištěné domácnosti, se, vzhledem k obecně přijímané vazbě mezi vzděláním, příjmem a zdravím, vyznačovaly horším zdravotním stavem, který byl příčinou jejich vyšší absence i prezenze v době nemoci.

Z hlediska pohlaví byl u obou sledovaných ukazatelů zjištěn větší rozdíl mezi muži a ženami u domácností, které vycházely s penězi obtížně. V těchto rodinách ženy absentovaly i prezentovaly výrazně častěji než muži. Průměrný podíl denně absentujících žen činil 2,2 %, zatímco mužů 1,7 % a průměrný podíl žen denně pracujících navzdory nemoci činil necelé 1 %, zatímco u mužů 0,8 % (tab. 74). Zajímavé je rovněž zjištění, že v lépe finančně zajištěných domácnostech byla práce žen v době nemoci méně častá než mužů, ačkoliv průměrná úroveň tohoto jevu, bez ohledu na finanční postavení rodiny, byla vyšší u žen. Vysvětlením této skutečnosti může být fakt, že nemá-li rodina problém vyjít s penězi, nemocná žena zůstane doma a vyléčí se standardním způsobem, zatímco v případě finanční nouze mobilizuje své síly za účelem zajištění rodiny.

10.2.3.2 Diferenciace absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání dle zdravotního stavu

Zdravotní stav respondentů byl shledán jasným prediktorem výskytu obou sledovaných jevů. Z osob, které svůj zdravotní stav hodnotily jako velmi dobrý, absentovala v průběhu jednoho roku 1/3 respondentů. Naopak z těch, kteří svůj zdravotní stav hodnotili jako špatný, nebyly v zaměstnání přítomny 2/3 těchto osob (tab. 75). Podobný poměr, s ohledem na celkový nižší výskyt prezenze ve srovnání s absencí, byl zjištěn také z hlediska přítomnosti v zaměstnání v době nemoci. Z osob, hodnotících svůj zdravotní stav jako velmi dobrý, pracovalo v nemoci jen 24 % respondentů; z osob se špatným zdravotním stavem vykonávala práci necelá polovina dotázaných. Tato zjištění je možné interpretovat tak, že u osob s lepším zdravotním stavem se nemoc, popř. úraz, vyskytovaly méně často než u osob, které svůj zdravotní stav hodnotily jako horší, a proto byl i podíl osob absentujících a prezentujících v zaměstnání v době nemoci nižší.

Z hlediska sledování výskytu obou jevů dle pohlaví je zajímavé, že u osob s velmi dobrým zdravotním stavem byly zjištěny minimální rozdíly v podílu absentujících, resp. prezentujících mužů a žen. V ostatních skupinách byly již rozdíly mezi pohlavími výraznější (tab. 75).

Ve vztahu mezi průměrnou dobou trvání pracovní neschopnosti, resp. prezentismu, a úrovní zdravotního stavu neplatila čistě přímá úměra, přesto je možné konstatovat, že horší úroveň zdraví predikovala jak delší dobu strávenou ze zdravotních důvodů mimo pracoviště, tak delší dobu výkonu pracovní činnosti navzdory nemoci (tab. 75). Velmi vysoký počet dní byly v práci ze zdravotních důvodů nepřítomny osoby, které svůj zdravotní stav hodnotily jako špatný, a to průměrně 54 dní za rok. Počet dní, po které tyto osoby vykonávaly výdělečnou činnost v době nemoci, byl rovněž vysoce nadprůměrný a činil necelých 16 dní. Nejkratší průměrná doba trvání

byla v případě obou sledovaných jevů zaznamenána u respondentů, kteří svůj zdravotní stav hodnotili jako dobrý. Osoby hodnotící svůj zdravotní stav jako špatný tedy měly nejčastější zkušenost s pracovní absencí a prezencí a zároveň u nich oba sledované jevy trvaly nejdelší dobu.

Z hlediska pohlaví byly větší rozdíly mezi muži a ženami zaznamenány u průměrné délky prezence v době nemoci, než u pracovní absence (tab. 75). Průměrná doba práce nemocných žen byla ve všech kategoriích dle zdravotního stavu delší než mužů. V otázce absence v zaměstnání tomu tak nebylo, neboť ve skupině s velmi dobrým zdravotním stavem trvala pracovní nepřítomnost mužů déle, než nepřítomnost žen.

Tab. 75 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle zdravotního stavu a konkrétních zdravotních obtíží, Česká republika, 2010

	Zdravotní stav				Trpěl/a jste během posledních 12 měsíců některým z následujících problémů?				
	Velmi dobrý	Dobrý	Ucházející	Špatný	Bolesti zad	Bolesti hlavy, únava očí	Problémy se spaním	Deprese, úzkost	Bolesti břicha
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů									
Podíl nepřítomných osob (v %)									
Muži	31,46	35,44	46,22	62,50	46,22	43,02	42,86	45,83	51,16
Ženy	31,46	49,82	57,02	70,00	53,87	50,83	58,73	55,71	55,81
Celkem	31,46	43,14	51,67	66,67	50,38	47,93	53,06	51,69	54,26
Průměrné trvání (ve dnech)									
Muži	15,64	12,62	18,49	52,00	14,87	16,21	17,17	22,95	13,14
Ženy	13,89	14,23	16,87	54,71	18,00	16,26	16,55	19,10	18,56
Celkem	14,77	13,61	17,59	53,58	16,69	16,24	16,73	20,49	16,86
Podíl osob průměrně denně nepřítomných v zaměstnání (v %)									
Muži	1,277	1,171	2,229	7,915	1,772	1,762	1,832	2,610	1,650
Ženy	1,122	1,860	2,453	8,744	2,498	2,131	2,397	2,489	2,683
Celkem	1,199	1,539	2,343	8,389	2,167	1,992	2,197	2,537	2,326
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci									
Podíl pracujících osob (v %)									
Muži	22,83	28,10	36,97	50,00	34,71	41,30	45,95	50,98	45,45
Ženy	25,27	33,22	40,80	45,45	36,18	37,14	40,74	45,45	37,08
Celkem	24,04	30,86	38,93	47,37	35,51	38,68	42,58	47,66	39,85
Průměrné trvání (ve dnech)									
Muži	10,05	8,25	11,55	14,25	9,54	10,53	11,97	13,73	14,55
Ženy	8,78	8,65	8,63	16,60	9,43	8,91	9,64	10,23	11,70
Celkem	9,39	8,48	9,98	15,56	9,48	9,54	10,53	11,72	12,77
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)									
Muži	0,615	0,620	1,113	1,735	0,867	1,130	1,448	1,845	1,661
Ženy	0,583	0,782	0,927	1,895	0,907	0,887	1,037	1,196	1,162
Celkem	0,599	0,706	1,019	1,826	0,889	0,978	1,183	1,451	1,334

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Vysoký podíl osob, které alespoň jednou v průběhu sledovaného období nebyly přítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů a zároveň dlouhá průměrná doba této pracovní absence

u pracovníků hodnotících své zdraví jako špatné, vedly k vysokému podílu průměrně denně absentujících osob, který je nejkompexnějším ukazatelem úrovně pracovní neschopnosti. V této kategorii nebylo ve sledovaném období denně přítomno na pracovišti více než 8 % dotázaných. Osoby z ostatních skupin absentovaly výrazně méně; denně chybělo na pracovišti 1,2 % velmi zdravých, 1,5 % zdravých pracovníků a 2,3 % pracovníků hodnotících svůj zdravotní stav jako ucházející (tab. 75).

Přímá úměra byla potvrzena rovněž pro vztah mezi úrovní zdravotního stavu a prací respondentů v době nemoci. Se zhoršujícím se zdravotním stavem se zvyšoval podíl osob průměrně denně pracujících navzdory nemoci. Z respondentů hodnotících své zdraví jako velmi dobré pracovalo denně 0,6 % dotázaných, z osob se špatným zdravím 1,8 % respondentů (tab. 75).

V rámci EWCS byla sledována rovněž přítomnost konkrétních zdravotních obtíží, jejichž výskyt mohl, ale zároveň nemusel, souviset s výskytem pracovní neschopnosti nebo být tou zdravotní obtíží, s níž byl respondent přítomen v zaměstnání. Bylo zjištěno, že přibližně 50 % z těch, kteří alespoň jeden den ze zdravotních důvodů nevykonávaly svou výdělečnou činnost, trpělo v posledním roce bolestmi zad, hlavy či břicha, vyskytovaly se u nich deprese, úzkostné stavy a problémy se spánkem (tab. 75). U osob, které deklarovaly, že ve sledovaném období pracovaly v době nemoci, byl výskyt těchto zdravotních obtíží nižší.

Nejdelší dobu setrvali v pracovní neschopnosti respondenti trpící depresemi a úzkostnými stavy, a to průměrně více než 20 dní ročně. Nejvyšší počet dní naopak odpracovali ve zhoršeném zdravotním stavu respondenti trpící bolestmi břicha (tab. 75). Jak již bylo uvedeno výše, mohlo, ale nemuselo se jednat o zdravotní problém, s nímž vykonávali výdělečnou činnost v době jimi deklarované nemoci.

Bylo prokázáno, že výskyt výše uvedených diagnóz, tj. bolest zad, hlavy, břicha, deprese a problémy se spaním, měl negativní vliv jak na úroveň pracovní neschopnosti, tak prezentismu. Průměrný podíl denně absentujících i prezentujících zjištěný v rámci celého výběrového souboru, tj. 1,8 % absentujících a 0,8 % prezentujících (tab. 74), byl všemi výše uvedenými diagnózami přesažen, tj. osoby, u kterých se některá z výše uvedených zdravotních obtíží vyskytla, absentovaly i prezentovaly více, než činil průměr (tab. 75).

10.2.3.3 Diferenciace absence a prezence nemocných pracovníků v zaměstnání dle faktorů související s výkonem výdělečné činnosti

Rozhodnutí nemocného jedince, zda bude vykonávat výdělečnou činnost i době nemoci, nebo zda přeruší svou docházku do zaměstnání a bude se léčit, je do značné míry jeho vědomou volbou. Výsledek tohoto rozhodování, stejně jako jeho příčina, tedy vznik nemoci či úrazu, je mj. ovlivňován charakteristikami činnosti, kterou pracovník vykonává, a faktory spjatými s touto činností. Vlivu těchto proměnných je věnována následující část práce.

A. Diferenciace pracovní absence a prezence dle pracovních podmínek

Pracovní podmínky v sobě zahrnují širokou škálu skutečností, a proto byly nejprve vyhodnoceny komplexně a následně byla pozornost věnována konkrétním charakteristikám pracovní pozice respondenta.

Celková spokojenost s pracovními podmínkami

Bylo zjištěno, že výskyt pracovní neschopnosti je nepřímo úměrný spokojenosti s pracovními podmínkami, kterou deklaroval respondent. Podíl osob, které ve sledovaném období alespoň jednou chyběly v zaměstnání ze zdravotních důvodů, se zvyšoval spolu s klesající spokojeností pracovníků. Zatímco z osob, které byly se svými pracovními podmínkami velmi spokojené, absentovalo přibližně 32 % dotázaných, z osob zcela nespokojených to bylo více než 48 % (tab. 76).

Při sledování výskytu prezentismu bylo zjištěno, že osob velmi spokojených a spokojených pracovalo v době nemoci méně, než osob nepříliš spokojených a zcela nespokojených (tab. 76). Jednoznačný vztah mezi spokojeností s pracovními podmínkami a podílem osob přítomných v zaměstnání však zjištěn nebyl. Výše uvedené zjištění tak do jisté míry popřelo předpoklad vyšší prezence u velmi spokojených osob, kterou by bylo možné očekávat vzhledem k předpokládané vyšší loajalitě těchto osob vůči svému zaměstnavateli. Skutečnost je možné pravděpodobně vysvětlit lepším zdravotním stavem spokojených pracovníků, kteří nebyli tak často nemocní a tudíž v takové míře nebyli nuceni vykonávat výdělečnou činnost v době nemoci.

Z hlediska doby strávené v pracovní neschopnosti, resp. v zaměstnání v době nemoci, je zajímavé, že u osob vnímajících své pracovní podmínky buď velmi dobře, nebo naopak velmi špatně, se oba sledované jevy vyskytovaly po delší dobu. Tyto osoby strávily v pracovní neschopnosti v průběhu roku přibližně 20 dní a déle než 10 dní pracovaly navzdory nemoci. Nejvyšší počet dní v době nemoci odpracovali zcela nespojení zaměstnanci, nejdelší průměrná doba strávená v pracovní neschopnosti byla naopak zjištěna u velmi spokojených respondentů (tab. 76).

Oba výše uvedené ukazatele se promítly do podílu osob, u nichž se průměrně denně vyskytoval jeden ze sledovaných jevů. Podíl průměrně denně absentujících v zaměstnání se zvyšoval téměř nepřímo úměrně spokojenosti respondenta s jeho pracovními podmínkami. Z osob zcela nespokojených chybělo v průběhu sledovaného období denně na pracovišti téměř 2,8 % dotázaných, zatímco z osob velmi spokojených jen 1,8 % respondentů. Stejný trend byl zjištěn také z hlediska výkonu výdělečné činnosti nemocnými pracovníky. Ze zcela nespokojených pracovníků prezentovalo 1,2 % dotázaných, z velmi spokojených jen 0,8 %. Jak již bylo výše řečeno, nepřímá úměra zcela neplatila a nejnižší úroveň obou sledovaných jevů byla zaznamenána u pracovníků, kteří byli s pracovními podmínkami spokojeni (tab. 76).

Vyšší úroveň obou alternativ chování nemocného jedince zjištěnou u osob méně spokojených s pracovními podmínkami, je možné vysvětlit kombinací zdravotního stavu, vzdělání a charakteru výdělečné činnosti. Je možné předpokládat, že vyšší výskyt nemoci, který byl zjištěn u méně spokojených osob na základě vyšší četnosti obou jevů, byl důsledkem zdravotních rizik charakteristických pro konkrétní výdělečnou činnost. Je možné vyslovit hypotézu o tom, že méně spokojení s pracovními podmínkami jsou pracovníci na těch pozicích, které negativně ovlivňují jejich zdraví a zároveň, že na těchto pozicích pracují méně vzdělaní jedinci. Horší pracovní podmínky mohou být dány nejen náplní práce, ale např. i skutečností, že pracovníci neuplatňují nárok na jejich zlepšení, a to buď z důvodu, že neznají svá práva

a nemají zkušenost s jejich uplatňováním, nebo proto, že jsou na pracovním trhu snáze nahraditelní a obávají se propuštění v případě vyjádření jakéhokoliv nesouhlasu s chováním svého zaměstnavatele.

Spokojenost s vyhlídkami na kariérní rozvoj

Obdobné skutečnosti byly zjištěny u sledování podílu přítomných a nepřítomných osob, z hlediska jejich vnímání svého zaměstnání jako vhodného pro další kariérní rozvoj. Ti, kteří odpověděli záporně na otázku, zda ve svém zaměstnání mají dobré vyhlídky na další rozvoj kariéry, byli častěji nepřítomní ze zdravotních důvodů, a zároveň měli častěji zkušenost s vykonáváním práce i v době, kdy se cítili nemocní. V zaměstnání v době nemoci bylo přítomno pouze 24 % z osob majících dobré vyhlídky na rozvoj kariéry, a necelých 40 % osob, které možnosti pro kariérní vzestup ve svém současném zaměstnání neviděly; pracovní neschopnost se vyskytla u 37 % osob hodnotících svou budoucí kariéru u stávajícího zaměstnavatele kladně a u 47 % osob, které ji hodnotily záporně (tab. 76). U osob bez ambicí na kariérní vzestup byla zároveň zaznamenána delší doba trvání obou sledovaných jevů. V rámci jednoho roku tyto respondenti absentovali průměrně téměř 18 dní a zároveň pracovali v době nemoci necelých 10 dní.

S rostoucí nespokojeností s vyhlídkami na další kariérní rozvoj se zvyšoval průměrný denní podíl osob, které absentovaly nebo prezentovaly v zaměstnání v době nemoci. Každý den ve sledovaném období chyběly na pracovišti více než 2 osoby ze 100 respondentů nevidících žádnou možnost pro kariérní růst a zároveň 1 takováto osoba pracovala navzdory nemoci.

Tab. 76 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010

	Spokojenost s pracovními podmínkami				Ve svém zaměstnání mám dobré vyhlídky na další rozvoj kariéry			Jsem dobře placen/a za práci, kterou dělám		
	Velmi spokojen	Spokojen	Nepříliš spokojen	Zcela nespokojen	Ano	Ani souhlas, ani nesouhlas	Ne	Ano	Ani souhlas, ani nesouhlas	Ne
	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů									
Podíl nepřítomných osob (v %)	32,35	44,89	46,95	48,15	37,16	46,48	46,92	38,98	45,40	48,73
Průměrná délka (ve dnech)	21,50	15,25	16,16	20,31	15,93	15,28	17,64	17,80	15,34	16,03
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,800	1,783	1,948	2,679	1,537	1,872	2,137	1,787	1,803	2,058
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci									
Podíl pracujících osob (v %)	30,43	29,24	43,90	37,04	24,11	28,63	39,60	25,85	29,59	44,00
Průměrná délka (ve dnech)	10,07	9,18	8,94	11,40	8,59	9,29	9,89	9,35	9,28	9,16
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,805	0,725	1,008	1,157	0,553	0,718	1,034	0,646	0,737	1,061

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Spokojenost s platovými podmínkami

Podobné zjištění bylo učiněno také při sledování odpovědí respondentů na otázku, zda se domnívají, že jsou dobře placeni za práci, kterou odvádějí. Se stupňujícím se nesouhlasem se zvyšoval podíl osob, které ve zhoršeném zdravotním stavu byly přítomny i nepřítomny

v zaměstnání (tab. 76). Alespoň jeden den nebylo ze zdravotních důvodů v zaměstnání přítomno 39 % z těch, kteří byli se svým platem spokojeni a necelých 49 % osob, které se domnívaly, že jejich platové ohodnocení neodpovídá jimi odváděné práci. Z hlediska vykonávání práce nemocnými jedinci bylo zjištěno, že v zaměstnání bylo v době nemoci přítomno 26 % osob, které se domnívaly, že jsou adekvátně ohodnoceny a 44 % z těch, kteří na otázku, zda si myslí, že jsou dobře placeni za práci, kterou dělají, odpověděli negativně.

Nejdelší dobu v pracovní neschopnosti (18 dní) strávili pracovníci, kteří byli spokojeni se svým platovým ohodnocením. Možným vysvětlením je skutečnost, že tito pracovníci využívali pracovní neschopnost pouze ze závažnějších zdravotních důvodů vyžadujících delší dobu léčby a proto četnost jejich nepřítomnosti byla nízká a průměrná doba absence naopak vyšší. Počet dní, po který dotazovaní jedinci pracovali navzdory aktuálně zhoršenému zdraví, se dle spokojenosti s platem nelišil (tab. 76).

Stejně jako u předešlých proměnných týkajících se pracovních podmínek, také z hlediska spokojenosti s vyplácenou mzdou, se podíl osob, které průměrně denně nebyly přítomny v zaměstnání, anebo pracovaly v nemoci, zvyšoval s narůstající nespokojeností respondentů. Spokojenost v zaměstnání byla tedy tím faktorem, který působil pozitivně na úroveň obou sledovaných jevů, tj. vedl k nižší absenci i prezenci pracovníků.

Obava ze ztráty zaměstnání

Opačná situace nastala při sledování výskytu obou jevů dle toho, zda se respondent cítí ohrožen tím, že by v následujících 6 měsících mohl přijít o práci. Častější zkušenost s alespoň jednodenní absencí i prezencí v zaměstnání v době nemoci měly osoby pociťující malou jistotu svého zaměstnání. Z osob, které uvedly, že mají obavy, že by v příštích 6 měsících mohly přijít o práci, bylo v zaměstnání v době nemoci přítomno 39 % a v pracovní neschopnosti necelých 49 % dotázaných. Z těch, které na tuto otázku odpověděly záporně, tedy že se neobávají ztráty zaměstnání, pracovalo ve zhoršeném zdravotním stavu 31 % a v zaměstnání chybělo 38 % respondentů (tab. 77).

Častější přítomnost nemocných pracovníků, kteří pociťovali obavy o své zaměstnání, byla potvrzením dřívějších zjištění zahraničních studií, že tyto osoby přecházejí zdravotní obtíže, aby zaměstnavateli nezavdaly důvod k jejich propuštění. Vyšší absence těchto osob však očekávána nebyla, neboť se obecně má za to, že lidé ohrožení ztrátou zaměstnání absentují méně, než ti, kteří se domnívají, že mají ve svém zaměstnání silné postavení.

Vysvětlením může být již zmiňovaná úroveň zdravotního stavu. U osob, které jsou si vědomy možné ztráty zaměstnání a zároveň skutečnosti, že by pro ně bylo obtížné získat jiné uplatnění na trhu práce, může docházet ke vzniku zdravotních obtíží, které jsou důsledkem právě této stresové situace. Tyto zdravotní obtíže mohou následně vést k vyššímu výskytu pracovní neschopnosti a v případě jejich přecházení, k častější přítomnosti nemocných pracovníků v zaměstnání.

Vliv bude patrně hrát také typ těchto pracovníků, neboť obavy ze ztráty zaměstnání zpravidla intenzivněji pociťují více nahraditelní a tudíž méně kvalifikovaní pracovníci, přičemž vliv vzdělání a s ním související úroveň zdravotního stavu a kvalita pracovních podmínek byla v této práci již vícekrát diskutována.

Častější výskyt pracovní neschopnosti u osob obávajících se ztráty zaměstnání mohl být také důsledkem kombinace dopadů ekonomické krize a charakteristik pracovníků vykonávajících činnost v odvětvích, která byla krizí nejvíce zasažena. Projevy ekonomické krize byly nejvíce patrné ve výrobních odvětvích a k nejmasivnějšímu propouštění docházelo u manuálně pracujících. Tato skupina pracovníků je obecně považována za osoby s horším zdravotním stavem, častěji absentující v zaměstnání ze zdravotních důvodů.

Obecně je možné vyslovit předpoklad, že ztráty pracovní pozice se více obávaly osoby s horším zdravotním stavem, který jim následně mohl případně nalezení jiného pracovního uplatnění ještě znesnadňovat. Dalším vysvětlením může být již dříve zmiňovaná skutečnost, že osoby ohrožené ztrátou zaměstnání setrvávají v pracovní neschopnosti, neboť po tuto dobu jim v rámci českého právního systému nemůže být dána výpověď, popř. si takto v případě propuštění zajistí alespoň částečný příjem ve formě nemocenských dávek.

Z hlediska doby trvání obou sledovaných jevů byla zjištěna opačná situace než při sledování podílu osob majících zkušenost s jedním z forem chování. Nejvyšší počet dní v pracovní neschopnosti (19 dní) strávili pracovníci nepociťující akutní obavy o ztrátu zaměstnání a tito respondenti zároveň delší dobu (11 dní) pracovali navzdory svému horšímu zdravotnímu stavu. (tab. 77).

Rozdílné skutečnosti zjištěné na základě dvou předešlých ukazatelů se promítly do průměrného denního podílu osob, u nich se vyskytoval alespoň jeden ze sledovaných jevů. V pracovní neschopnosti byla každý den sledovaného období necelá 2 % respondentů, kteří se vyjádřili k otázce týkající se potencionální ztráty zaměstnání jinak než neutrálně, tj. vyjádřili souhlas či nesouhlas s předkládaným tvrzením o možnosti ztráty zaměstnání v následujících 6 měsících. Průměrný podíl denně absentujících, kteří ve své odpovědi zvolili zlatou střední cestu, byl nižší. U téže skupiny byl rovněž zjištěn nejnižší podíl osob průměrně denně pracujících navzdory nemoci. Nejvyšší úroveň prezentismu měřená právě podílem průměrně denně prezentujících, který dosahoval necelého 1 %, byla evidována u osob obávajících se ztráty zaměstnání (tab. 77).

Z hlediska pracovní neschopnosti je na základě výše uvedeného možné konstatovat, že obava ze ztráty zaměstnání se v úrovni sledovaného jevu neprojevila. Vysvětlení rovnovážného stavu může spočívat ve výše nastolené polemice. Pracovní neschopnost osob neobávajících se ztráty zaměstnání bude pravděpodobně neomezovaná a bude reagovat na jejich aktuální zdravotní potřeby. Pracovní neschopnost osob, které pociťují obavy o své zaměstnání, bude do jisté míry omezovaná (tomu odpovídá úroveň prezentismu), ale vzhledem k horšímu zdravotnímu stavu a následnému vzniku nemocí těchto jedinců bude výsledně dosahovat stejné úrovně jako u osob, které jsou si svým zaměstnáním jisté.

Spokojenost se vztahy na pracovišti

Vliv vztahů na pracovišti na výskyt pracovní absence či prezence byl na základě výsledků šetření stanoven jako ne zcela jednoznačný. Na základě dat EWCS byl největší podíl osob v pracovní neschopnosti (49 %) zjištěn mezi pracovníky, kteří vztahy se svými kolegy označili za neutrální (tab. 77). Nejnižší pracovní absence (43 %) byla evidována u osob, které uvedly, že

v práci mají velmi dobré přátele; absence těch, kteří vztahy na pracovišti označili za špatné, však byla jen mírně vyšší (45 %).

Z hlediska přítomnosti v zaměstnání v době nemoci bylo zjištěno, že se zhoršujícími se vztahy mezi kolegy se zvyšoval podíl osob, které měly zkušenost s prací v době nemoci. Z těch pracovníků, kteří na otázku, zda mají v práci velmi dobré přátele, odpověděli negativně, pracovalo v době nemoci více než 40 %; z těch, kteří odpověděli kladně jen 30 % dotázaných.

Tab. 77 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010

	V příštích 6 měsících mohu přijít o práci			V práci mám velmi dobré přátele			Zaměstnavatel mě motivuje k nejlepšímu pracovnímu výkonu		
	Ano	Ani souhlas, ani nesouhlas	Ne	Ano	Ani souhlas, ani nesouhlas	Ne	Ano	Ani souhlas, ani nesouhlas	Ne
	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů								
Podíl nepřítomných osob (v %)	48,53	49,10	38,11	42,93	49,20	45,10	41,80	47,23	48,63
Průměrná délka (ve dnech)	15,81	14,33	19,03	16,72	14,13	18,78	16,99	14,80	17,15
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,955	1,821	1,928	1,880	1,746	2,276	1,867	1,803	2,166
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci								
Podíl pracujících osob (v %)	38,99	27,39	30,61	30,22	32,65	40,59	25,71	34,18	42,25
Průměrná délka (ve dnech)	9,41	7,37	10,58	9,43	7,70	10,49	10,34	8,02	8,81
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,969	0,541	0,866	0,762	0,662	1,133	0,719	0,717	0,988

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Nejdelší doba trvání obou sledovaných jevů byla zjištěna u osob, které deklarovaly, že v práci nemají velmi dobré přátele. Průměrná doba pracovní absence těchto respondentů činila necelých 19 dní, průměrná doba jejich prezenze 10,5 dne.

Respondenti, kteří vztahy na pracovišti hodnotili jako špatné, byli rovněž těmi, z nichž průměrně denně absentoval a prezentoval největší podíl osob; přibližně 2,3 % respondentů nebylo denně přítomno v zaměstnání ze zdravotních důvodů a 1,1 % těchto osob zároveň pracovalo v době nemoci (tab. 77). Průměrný podíl denně prezentujících spokojených osob byl nižší (0,8 %) a nebylo tedy potvrzeno, že by přátelský pracovní kolektiv motivoval zaměstnance k výkonu výdělečné činnosti i v době, kdy se cítí nemocni.

Spokojenost s motivací ze strany zaměstnavatele

Pracovníci, kteří se domnívali, že jejich zaměstnavatel je nemotivuje k nejlepšímu pracovnímu výkonu, měli častější zkušenost s absencí i prezencí v době nemoci, ve srovnání s těmi, kteří byli s motivací ze strany svého zaměstnavatele spokojeni. V roce předcházejícím šetření nebylo ze zdravotních důvodů alespoň jeden den v práci přítomno necelých 49 % z nespokojených respondentů a 42 % ze spokojených respondentů (tab. 77). Podobný trend byl, s ohledem celkový nižší podíl prezentujících osob, zaznamenán i osob vykonávajících výdělečnou činnost v době nemoci. Z osob, které cítily, že jim zaměstnavatel poskytuje dobré zázemí pro nejlepší pracovní výkon, pracovalo v době nemoci 26 %; z těch, které v tomto ohledu nebyly s přístupem zaměstnavatele spokojeny, pracovalo 42 % dotázaných.

Z hlediska průměrného trvání pracovní absence a prezence odpovídaly zjištěné údaje předpokladům. Nejdelší dobu v pracovní neschopnosti (17 dní) průměrně strávily osoby nepocítující dostatečnou motivaci ze strany svého zaměstnavatele, naopak nejvyšší počet dní (10 dní) v době nemoci pracovali respondenti, kteří byli s chováním zaměstnavatele v tomto ohledu spokojeni (tab. 77).

Podíl průměrně denně absentujících a prezentujících respondentů spokojených s motivací ze strany zaměstnavatele byl výrazně nižší než podíl těch, kteří tuto stránku svého zaměstnání hodnotili negativně. Ve sledovaném období chybělo ze zdravotních důvodů na pracovišti denně 2,2 % nedostatečně motivovaných osob a necelé 1 % těchto osob zároveň denně pracovalo, ačkoliv byly nemocné (tab. 77). Zatímco vyšší podíl průměrně denně nepřítomných osob, které se necítily být dostatečně motivovány, odpovídal předpokladům, vyšší podíl pracujících v době nemoci byl očekáván u vysoce motivovaných pracovníků. Tento předpoklad byl založen na očekávané vyšší motivaci spokojených pracovníků k práci i v době nemoci. Zjištěné skutečnosti tedy patrně odrážely již vícekrát zmíněnou úroveň zdravotního stavu, tedy fakt, že spokojenější respondenti budou patrně zdravější, resp. budou náležet do socioprofesionálních skupin charakteristických nižším výskytem obou sledovaných a jevů.

Kontrola nad vykonávanou prací

Jedním z dalších faktorů, u něhož byl očekáván vliv na výskyt obou sledovaných jevů, byla skutečnost, do jaké míry měl pracovník kontrolu nad vykonávanou prací. Tato proměnná byla pojata jako souhrn odpovědí na otázky, zda pracovník mohl při plnění pracovních povinností volit nebo měnit pořadí svých úkolů, metody práce a rychlost nebo tempo své práce. Bylo zjištěno, že častější pracovní absence se vyskytovala u osob s malou kontrolou nad vykonávanou prací, z nichž v průběhu roku předcházejícího šetření nebylo na pracovišti ze zdravotních důvodů alespoň jednou přítomno 47 % osob. Z osob, které mohly aktivněji zasahovat do vlastních pracovních postupů, absentovalo přibližně 41 % (tab. 78)

Opačný trend byl zaznamenán u výkonu pracovní činnosti nemocnými respondenty. V době nemoci bylo alespoň jednou v zaměstnání přítomno více těch, kteří mohli měnit pořadí přidělených úkolů, určovat způsoby řešení a stanovovat si tempo jejich plnění, tj. měli větší kontrolu nad jimi prováděnou prací. Podíl těchto osob pracujících v nemoci činil 33 %, podíl osob, které neměly takový přehled a kontrolu nad svou prací, byl necelých 31 % (tab. 78). Toto zjištění odpovídá logickým předpokladům, které vycházejí ze skutečnosti, že pracovníci s větší kontrolou mají více možností přizpůsobovat tempo a náplň práce svým aktuálním potřebám, resp. svému aktuálnímu zdravotnímu stavu, není však v souladu s výsledky zahraničních studií.

Průměrná doba trvání pracovní neschopnosti se v závislosti na míře kontroly nad vykonávanou prací příliš nelišila; delší dobu prací navzdory nemoci strávili respondenti s větší kontrolou (tab. 78).

Zatímco u předešlých ukazatelů vztahujících se k pracovním podmínkám byla vyšší úroveň pracovní neschopnosti i prezentismu zjištěna vždy u téže skupiny respondentů, v případě hodnocení míry kontroly nad vykonávanou prací tomu tak nebylo. Podíl průměrně denně pracujících nemocných osob byl vyšší mezi těmi, které mohly více ovlivňovat náplň a provádění své práce (0,9 %), ve srovnání s těmi, jejichž možnosti v tomto ohledu byly

omezené (0,7 %). Tímto bylo potvrzeno, že má-li pracovník možnost přizpůsobit aktuální pracovní činnost svému zdravotnímu stavu, je častěji schopen vykonávat ji i v době nemoci. Průměrný podíl denně absentujících ze zdravotních důvodů u osob s nižší kontrolou dosahoval hodnoty 1,9 %, resp. 1,8 % u osob s vyšší možností kontrolovat svou práci (tab. 78).

Tab. 78 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle pracovních podmínek, Česká republika, 2010

	Kontrola nad vykonávanou prací		Zavedení nových procesů či technologií		Provedení restrukturalizace nebo reorganizace	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů						
Podíl nepřítomných osob (v %)	41,27	46,73	49,39	41,48	49,17	41,86
Průměrná délka (ve dnech)	16,27	16,04	16,38	15,74	19,35	14,24
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,773	1,907	2,126	1,696	2,508	1,552
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci						
Podíl pracujících osob (v %)	33,01	30,79	34,23	31,45	34,42	30,91
Průměrná délka (ve dnech)	9,73	8,83	10,71	8,48	10,52	8,79
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,862	0,719	0,978	0,713	0,970	0,725

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytly, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Změny na pracovišti ovlivňující pracovní prostředí

Za další faktory ovlivňující výskyt pracovní absence i prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání, byly považovány změny na pracovišti respondenta, které bezprostředně ovlivňovaly jeho pracovní prostředí. V rámci šetření EWCS bylo těmito změnami jednak zavedení nových technologií a procesů a jednak skutečnost, zda na pracovišti proběhla významná restrukturalizace nebo reorganizace, a to v posledních 3 letech předcházejících šetření.

Bylo předpokládáno, že oba druhy změn působí negativně na respondentovu psychiku. V prvním případě se pracovník musí vyrovnat s novými pracovními postupy a musí se naučit pracovat s novými technologiemi, což dočasně zvyšuje náročnost jím vykonávané práce. V druhém případě jsou pracovníci vystaveni psychickému stresu ze snižování stavů, které restrukturalizaci zpravidla provází, a ze změn ve formálním uspořádání na pracovišti, které může měnit vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rovněž měnit pocit příslušnosti pracovníka k určité pracovní skupině. Předpokládá se, že osoby méně vzdělané se s těmito změnami vypořádávají hůře než osoby s vyšším stupněm vzdělání a zároveň starší osoby obtížněji než osoby mladší, což může např. vést až k mezigeneračním konfliktům na pracovišti.

Z osob, které uvedly, že na jejich pracovišti byly v posledních 3 letech zavedeny nové technologie a procesy, anebo byla provedena rozsáhlá reorganizace, chybělo alespoň jednou v zaměstnání ze zdravotních důvodů necelých 50 % dotázaných a v době nemoci pracovalo 34 % respondentů, což bylo v obou případech více než u osob, na jejichž pracovišti k těmto změnám nedošlo (tab. 78). Příčinou častějšího výkonu práce nemocných osob mohla být v případě zavedení nových technologií nutnost přítomnosti v zaměstnání, aby zvládly výkon své

standardní pracovní činnosti a zároveň učení se novým pracovním postupům. V případě reorganizace a restrukturalizace mohla být motivace podobná jako v případě obav o ztrátu zaměstnání. Častější absence i prezenze v zaměstnání mohla být vyvolána vznikem stresové situace a následným výskytem nemoci.

Osoby, na jejichž pracovišti proběhly výše popsané změny, absentovaly i prezentovaly déle, než osoby, které průběhu a důsledkům těchto změn vystaveny nebyly. Pracovníci, v jejichž firmě proběhla restrukturalizace nebo reorganizace absentovali v průměru 19 dní, ve srovnání se 14 dny, po které nebyly přítomny osoby bez zkušenosti s touto změnou. Průměrná délka práce v době nemoci byla v poměru 11 dní ku 9, ve prospěch osob, na jejichž pracovišti došlo k výše popisovaným změnám (tab. 78)

Celková úroveň, vyjádřena komplexním ukazatelem – podílem osob, u nichž se sledovaná událost průměrně denně vyskytla, byla v případě pracovní neschopnosti i prezentismu vyšší mezi respondenty, na jejichž pracovišti k výše popsaným změnám došlo. V pracovní neschopnosti bylo každý den sledovaného období 2,5 % z respondentů, kteří měli zkušenost s reorganizací v posledních 3 letech, ve srovnání s 1,6 % respondentů, kteří tuto zkušenost neměli (tab. 78). Podobný poměr, s ohledem na celkovou nižší úroveň sledovaného jevu, tj. 1 % ku 0,7 %, byl zjištěn z hlediska výkonu výdělečné činnosti v době nemoci. Opět tedy bylo potvrzeno, že náročnější pracovní podmínky vedly k častější pracovní neschopnosti i častějšímu prezentismu.

Vliv pracovních podmínek na úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu je tedy možné shrnout tak, že jedinci, kteří byli s pracovními podmínkami obecně, nebo jejich jednotlivými aspekty nespokojeni, byli častěji nepřítomni ze zdravotních důvodů, ale zároveň častěji pracovali, ačkoliv byli nemocní. Vliv bezesporu měla rovněž řada dalších souvisejících faktorů, např. úroveň vzdělání a zdravotní stav, atd.

B. Diferenciace absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání dle formálních náležitostí pracovní pozice

Formální náležitosti pracovní pozice je možné rovněž zařadit mezi pracovní podmínky; na rozdíl o těch výše uváděných se však jedná o skutečnosti, které byly pracovníkovi známy při nástupu do zaměstnání a nevyplývaly až v průběhu výkonu pracovní činnosti a zároveň mají určitý oficiální charakter.

Typ pracovní smlouvy

Podíl osob, které byly alespoň jednou nepřítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů, byl vyšší u respondentů, kteří měli uzavřenu smlouvu na dobu neurčitou (47 %), ve srovnání s těmi, jejichž působení u stávajícího zaměstnavatele bylo časově omezeno (43 %). Příčinou mohla být skutečnost, že zaměstnanci se smlouvou na dobu neurčitou mohli pociťovat více jistoty v zaměstnání, a proto si mohli dovolit absentovat častěji. Této interpretaci by nasvědčovalo také rozložení podílu osob přítomných v zaměstnání v době nemoci, které bylo zrcadlové k podílu absentujících; v práci bylo v době nemoci přítomno 32 % osob, z těch, kteří měli uzavřenu pracovní smlouvu na dobu neurčitou a 34 % z těch, jejichž působení v organizaci bylo časově omezeno (tab. 79). Zjištěná skutečnost nasvědčuje tomu, že do zaměstnání docházely v nemoci

častěji osoby s menší jistotou v zaměstnání a menšími sociálními zárukami garantovanými státem.

Delší doba trvání byla u obou sledovaných jevů zjištěna u té skupiny respondentů, u nichž se daný jev vyskytl méně často. Pracovníci, kteří měli uzavřenu pracovní smlouvu na dobu určitou, absentovali průměrně nepatrně delší dobu (17 dní), než pracovníci se smlouvou na dobu neurčitou, jejichž pracovní neschopnost trvala průměrně 16 dní (tab. 79). Delší přítomnost v zaměstnání navzdory nemoci naopak deklarovali pracovníci s časově neomezenou smlouvou.

Podíl průměrně denně absentujících a zejména prezentujících se dle typu uzavřené pracovní smlouvy výrazně nelišil. Denně průměrně chybělo na pracovišti z důvodu nemoci nebo úrazu přibližně 2 % respondentů se smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou a 1,8 % pracovníků se smlouvou na dobu určitou. Úroveň prezentismu byla v obou srovnávaných skupinách takřka totožná, nepatrně více pracovaly v době nemoci osoby s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou (tab. 79). Těmito zjištěními byla potvrzena výše stanovená hypotéza o vyšší úrovni obou sledovaných jevů mezi pracovníky se smlouvou na dobu neurčitou, která vycházela ze závěrů zahraničních studií.

Nastavení pracovní doby

Flexibilní nastavení pracovní doby, tedy nastavení, které nechává zaměstnancům určitou volnost v průběhu dne, je obecně považováno za přístup, který snižuje pracovní absenci ze zdravotních důvodů. Podobně jako kontrola nad vykonávanou prací umožňuje pracovníkovi přizpůsobit plnění pracovních úkolů jeho aktuálním potřebám, a proto se zároveň předpokládá, že zvyšuje podíl osob docházejících do zaměstnání v době nemoci. Oba tyto předpoklady byly na základě dat EWCS potvrzeny (tab. 79).

Alespoň jeden den setrvalo v pracovní neschopnosti 46 % osob s pevně ohraničenou pracovní dobou a 38 % osob s pružným nastavením pracovní doby. Naopak práci v době zhoršeného zdravotního stavu vykonávalo 35 % osob, které si zcela nebo částečně mohly volit denní rozsah pracovní doby, a 30 % z těch, jejichž pracovní doba byla pevně stanovená (tab. 79).

Průměrná doba trvání se lišila velmi nepatrně. Osoby s pevnou pracovní dobou chyběly v zaměstnání ze zdravotních důvodů v průměru necelých 16 dní, osoby s pružnou pracovní dobou 17 dní (tab. 79). Výše popsanou skutečnost je možné vysvětlit delší absencí pracovníků s flexibilním nastavením pracovní doby, která je zpravidla zaměstnanci vnímána jako výhodnější, pouze ze závažnějších důvodů, které vyžadují delší dobu léčby.

Z respondentů, kteří měli pevně stanovený rozsah pracovní doby, chybělo průměrně denně na pracovišti ve sledovaném období 1,9 %, zatímco z těch, kteří neměli pevně stanovený začátek a konec výkonu výdělečné činnosti, chybělo pouze 1,7 % (tab. 79). Opačný poměr byl zaznamenán v úrovni prezentismu. Vyšší průměrný denní podíl nemocných osob přítomných v zaměstnání byl zjištěn mezi respondenty s pružnou pracovní dobou (0,9 %), ve srovnání s respondenty pracovní dobou pevnou (0,8 %).

Z výsledků vyplývá, že určitá volnost poskytnutá pracovníkovi v průběhu dne snižuje pracovní neschopnost a zároveň zvyšuje četnost práce v době nemoci. Příčinou je patrně možnost pracovníka přizpůsobit časový rozsah své práce svému aktuálnímu zdravotnímu stavu,

popř. lépe sladit pracovní činnost s rodinou. Nemocný pracovník, jehož setrvání na pracovišti není pevně ohraničeno, tak může pokračovat v práci navzdory nemoci a pracovat např. kratší dobu nebo v jím zvoleném časovém úseku (např. začít s prací později než obvykle), a nemusí zůstat doma v pracovní neschopnosti. Vliv bude mít jistě strukturální skladba těchto pracovníků, neboť pružná pracovní doba je zaváděna spíše mezi kvalifikovanými duševně pracujícími, jejichž celkový zdravotní stav je nadprůměrný.

Práce na směny

Práce na směny a její vliv na výskyt pracovní neschopnosti a prezentismu bývá chápán jako ambivalentní. Jeden z přístupů říká, že osoby pracující na směny mají více volna v průběhu dne a proto předpokládá, že výskyt pracovní neschopnosti bude nižší a naopak přítomnost v zaměstnání v době nemoci bude vyšší, než u osob, které pracují v rámci standardního nastavení pracovní doby (Böckerman a Laukkanen, 2008). Tento přístup se odkazuje na možné nadužívání pracovní neschopnosti za účelem získání určité míry volnosti v průběhu pracovního dne, kterou si však právě osoby pracující ve směnném provozu, stejně jako osoby s flexibilním nastavením pracovní doby, nepotřebují tímto způsobem zajišťovat.

Druhý přístup, vzhledem k noční práci a nepravidelnostem pracovní doby, které pracovníky do určité míry vyřazují ze společenského života, předpokládá vyšší pracovní neschopnost a nižší přítomnost pracovníků v zaměstnání v době nemoci, neboť obecně náročnější práce na směny znesnadňuje vyléčit, resp. přechodit, zdravotní obtíže při nepřerušeni docházky do zaměstnání (Bonato a Lusinyan, 2007).

Na základě výsledků zahraničních studií však bylo předpokládáno, že u osob pracujících na směny bude zjištěna vyšší úroveň obou sledovaných jevů. Tento předpoklad byl na datech pocházejících z EWCS také potvrzen.

Podíl osob, alespoň jednou nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů a pracujících navzdory nemoci se dle skutečnosti, zda pracují na směny nebo ne v zásadě nelišil. V pracovní neschopnosti bylo shodně 43 % dotázaných, práci v době nemoci vykonávalo 32 % respondentů (tab. 79).

Z hlediska průměrné doby trvání již rozdíly zjištěny byly. Vyšší počet dní absentovaly i prezentovaly osoby, které deklarovaly, že pracují ve směnném provozu. Průměrná doba absence těchto osob činila 17 dní a doba prezence 10 dní, ve srovnání s 16, resp. 9 dny u osob, které na směny nepracovaly (tab. 79).

Výše uvedené hodnoty ukazatelů se promítly do podílu respondentů průměrně denně absentujících a prezentujících v zaměstnání a tudíž i hodnoty tohoto ukazatele byly vyšší u pracovníků ve směnném provozu. Průměrně denně nebylo ze zdravotních důvodů přítomno na pracovišti 1,9 % těchto osob a naopak 0,9 % jich pracovalo navzdory nemoci (tab. 79).

Počet obvykle odpracovaných hodin

Z hlediska počtu obvykle odpracovaných hodin za týden byl na základě výsledků VŠPS předpokládán nejvyšší podíl absentujících mezi těmi, kteří obvykle pracují přibližně 40 hodin týdně, ačkoliv výsledky zahraničních studií deklarovaly přímou úměru platící mezi počtem odpracovaných hodin a výskytem pracovní neschopnosti, tj. čím více hodin, tím častější

nepřítomnost v zaměstnání z důvodu nemoci. Předpoklad stanovený na základě výsledků VŠPS byl potvrzen; v pracovní neschopnosti setrvalo alespoň jeden den 47 % respondentů obvykle pracujících 35 až 44 hodin za týden. Z těch, kteří pracovali více než 45 hodin týdně, bylo v práci nepřítomno 43 % dotázaných a z osob pracujících na částečný úvazek 35 % pracujících (tab. 79). Průměrná doba pracovní absence se výrazně nelišila, a proto byl nejvyšší podíl průměrně denně absentujících (2 %) zjištěn u týchž osob, které měly nejčastější zkušenost s pobytem v pracovní neschopnosti, tj. u respondentů pracujících 35 až 44 hodin týdně. Z osob pracujících více než 45 hodin týdně průměrně denně chybělo 1,8 % a nejnižší úroveň pracovní neschopnosti byla zjištěna u těch, kteří pracovali nejméně (méně než 35 hodin týdně), a to 1,3 % absentujících (tab. 79).

Nízká absence osob s malým počtem týdně odpracovaných hodin může být pozitivním výsledkem jejich životního stylu, v němž se mohou díky menšímu množství času strávenému v zaměstnání více věnovat sportu či zdravému stravování, což vede k nižší nemocnosti. Na druhou stranu však může být nízká hodnota ukazatele důsledkem skutečnosti, že tyto osoby pracují na nestandardní úvazky či pracovní smlouvy, které jim neposkytují takovou sociální ochranu jako ostatním pracovníkům. Tito mohou být např. snáze propuštěni ze zaměstnání a není jim poskytována finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti, což vede k nižší úrovni tohoto jevu.

Tab. 79 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle formálních náležitostí pracovní pozice, Česká republika, 2010

	Typ pracovní smlouvy		Pracovní doba		Práce na směny		Počet obvykle odpracovaných hodin		
	Doba neurčitá	Doba určitá	Pevná	Pružná	Ano	Ne	Méně než 35 hodin	35 až 44 hodin	Více než 45 hodin
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů									
Podíl nepřítomných osob (v %)	47,03	42,50	45,90	38,16	43,44	43,63	35,14	46,93	43,33
Průměrná délka (ve dnech)	15,98	16,90	15,73	16,87	17,03	15,83	14,36	16,48	15,90
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,970	1,803	1,886	1,653	1,902	1,807	1,311	2,028	1,798
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci									
Podíl pracujících osob (v %)	31,92	33,87	30,36	35,25	32,13	31,99	24,14	33,04	35,25
Průměrná délka (ve dnech)	9,20	8,52	9,43	9,05	10,33	8,91	7,29	8,96	10,87
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,786	0,749	0,764	0,854	0,870	0,767	0,478	0,793	1,017

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytly, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Podíl osob pracujících v době nemoci i průměrná doba trvání tohoto chování se zvyšovaly přímo úměrně s počtem obvykle odpracovaných hodin za týden. V zaměstnání bylo alespoň jeden den v době nemoci přítomno 35 % respondentů pracujících více než 45 hodin týdně, přičemž průměrná doba jejich prezenze činila 11 dní. Ze 100 těchto osob zároveň průměrně více než 1 osoba denně pracovala navzdory nemoci; z osob pracujících méně než 35 hodin týdně se takto choval přibližně 1 respondent z 200.

Příčinou byla patrně skutečnost, že s počtem obvykle odpracovaných hodin rostla i zodpovědnost pracovníka a jeho finanční ohodnocení. V době nemoci tedy patrně pracovali

častěji a déle osoby s větší zodpovědností za předávanou práci, které byly hůře nahraditelné a zabezpečovaly chod firmy. Při interpretaci této skutečnosti je důležité konstatovat, že pro pokračování ve výdělečné činnosti nebyla ve všech případech nutná fyzická přítomnost pracovníka v zaměstnání, ale že pracovník mohl např. pracovat z domova, což mu zajišťovalo určitý komfort a snazší překonání zdravotních obtíží. Práce z domova je přitom považována za určitý zaměstnanecký benefit, který bývá zpravidla poskytován výše postaveným duševním pracovníkům, jež se zároveň vyznačují průměrně lepším zdravotním stavem.

C. Diferenciace absence a prezence nemocných pracovníků v zaměstnání dle pozice na pracovním trhu

Následující část práce představuje faktory, které určitým způsobem vystihují pozici respondenta na trhu práce, resp. v rámci jím vykonávané výdělečné činnosti. Sledovanými proměnnými jsou skutečnosti, zda je respondent podnikatel nebo zaměstnanec, jaký je charakter jeho pracovní činnosti a jak dlouho již danou činnost vykonává.

Postavení v zaměstnání

Z hlediska postavení v zaměstnání bylo předpokládáno zrcadlové rozložení podílu absentujících a prezentujících osob a to z toho důvodu, že u osob (převážně podnikatelů), které měly v rámci své výdělečné činnosti větší zodpovědnost za chod firmy a byly hůře nahraditelné či zastupitelné, byla očekávána nižší pracovní neschopnost a naopak častější práce v době nemoci. Tento předpoklad byl potvrzen. Z podnikatelů, bez ohledu na to, zda měli či neměli své vlastní zaměstnance, bylo alespoň jednou v pracovní neschopnosti necelých 35 % dotázaných, zatímco mezi zaměstnanci alespoň jeden den v zaměstnání ze zdravotních důvodů chybělo přibližně 45 % osob (tab. 80). Relativně velký rozdíl mezi podílem absentujících podnikatelů a zaměstnanců byl patrně dán již zmiňovanou rozdílnou mírou zodpovědnosti za předávanou práci, vnitřní motivací podnikatelů a jejich přímým vlivem na prosperitu firmy. Průměrná délka pracovní neschopnosti se v zásadě nelišila, nepatrně déle trvala pracovní absence podnikatelů. Výše popsané se projevilo rovněž v průměrném podílu denně absentujících osob; z podnikatelů průměrně denně nevykonávalo výdělečnou činnost 1,5 % respondentů, ze zaměstnanců 1,9 % (tab. 80).

V souladu s očekáváním byl nepatrně vyšší podíl pracujících v nemoci zjištěn mezi podnikateli, u nichž byla rovněž zaznamenána delší průměrná doba tohoto chování. Průměrný podíl podnikatelů, kteří denně vykonávali výdělečnou činnost, ačkoliv se cítili nemocní, činil 0,9 % a převyšoval podíl denně prezentujících zaměstnanců (tab. 80).

Zajímavé zároveň je, že zatímco mezi průměrným podílem absentujících a prezentujících podnikatelů byl zjištěn minimální rozdíl (35 % nepřítomných vs. 32 % přítomných), podíl zaměstnanců, kteří alespoň jeden den chyběli v zaměstnání ze zdravotních důvodů, o 13 procentních bodů převyšoval podíl zaměstnanců pracujících v době nemoci (45 % nepřítomných vs. 32 % přítomných). Zatímco podnikatelé využívali obě sledované možnosti chování nemocného pracovníka v zásadě rovnoměrně, zaměstnanci častěji volili setrvání v pracovní neschopnosti.

Charakter výdělečné činnosti

V rámci EWCS byla zjišťována příslušnost respondenta do jedné z hlavních tříd klasifikace zaměstnání ISCO, resp. KZAM. Vzhledem k relativně nízkému zastoupení v některých třídách, byly třídy nakumulovány a vytvořeny kategorie rozdělující pracovníky dle charakteru jimi vykonávané činnosti na kvalifikované a polokvalifikované duševní pracovníky, rutinní nemanuální pracovníky a manuální pracovníky. Mezi kvalifikované a polokvalifikované pracovníky byli z klasifikace zaměstnání KZAM zařazeni zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci (hlavní třída 1), vědečtí a odborní duševní pracovníci (hlavní třída 2) a techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci (hlavní třída 3). Mezi rutinní nemanuální pracovníky byli zařazeni nižší administrativní pracovníci, tj. úředníci (hlavní třída 4) a provozní pracovníci ve službách a obchodě (hlavní třída 5). Z důvodu nízké četnosti pomocných nekvalifikovaných pracovníků (hlavní třída 9) byli všichni manuální pracovníci sloučeni do jedné kategorie, bez rozlišení dle kvalifikace. Do této kategorie byli, kromě již zmiňovaných pomocných nekvalifikovaných pracovníků, zařazeni kvalifikovaní dělníci v zemědělství a lesnictví (hlavní třída 6), řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři (hlavní třída 7) a pracovníci obsluhující stroje a zařízení (hlavní třída 8).

Nejvyšší podíl absentujících osob byl zjištěn mezi kvalifikovanými a polokvalifikovanými duševními pracovníky a rutinními nemanuálními pracovníky. V obou těchto skupinách v průběhu roku alespoň jednou nebylo v zaměstnání ze zdravotních důvodů přítomno 45 % osob. Nejméně často, zato průměrně nejdéle, absentovali manuální pracovníci. Z těchto respondentů chybělo alespoň jeden den v zaměstnání 41 % osob a průměrná doba jejich absence činila 17 dní. Nejkratší doba absence byla evidována u kvalifikovaných a polokvalifikovaných duševních odborníků, a to 15 dní (tab. 80). Na základě tohoto zjištění je možné konstatovat, že se zvyšující se kvalifikací a posunem od manuální činnosti k duševní, se zvyšoval podíl osob, které měly zkušenost s pracovní neschopností, ale snižovala se její průměrná délka. Výsledkem opačně působících trendů jednotlivých ukazatelů byla skutečnost, že podíl průměrně denně absentujících pracovníků se v jednotlivých skupinách nelišil a dosahoval shodně hodnoty 1,8 % (tab. 80).

Z hlediska přítomnosti v zaměstnání navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu je možné konstatovat, že nejvyšší podíl osob, které uvedly, že pracovaly nemocné, byl zjištěn mezi duševními pracovníky (33 %). Podíl pracujících nemocných ve zbývajících dvou skupinách byl srovnatelný a dosahoval hodnoty 31 % (tab. 80). Vzhledem ke skutečnosti, že průměrná doba trvání se nelišila, odrážel průměrný podíl osob, které ve sledovaném období denně pracovaly v akutně zhoršeném zdravotním stavu, trend evidovaný u prvního uváděného ukazatele, tedy podílu osob, u nichž se tento jev vyskytl. Nejčastěji vykonávali výdělečnou činnost v době nemoci duševní pracovníci, rozdíl od ostatních skupin však nebyl výrazný (tab. 80).

Ani u jedné ze sledovaných možností chování nemocného pracovníka, tj. pracovní neschopnosti ani prezentismu, nebyla potvrzena výše uvedená hypotéza, že úroveň obou jevů se bude zvyšovat s posunem od duševních pracovníků k manuálním. Tento předpoklad byl stanoven s ohledem na skutečnost, že jednotlivé skupiny charakterizující způsob výdělečné činnosti respondenta do značné míry odrážely stupeň jeho vzdělání, v němž byla již dříve zjištěna nepřímá úměra, tedy vyšší úroveň obou jevů u méně vzdělaných osob. Naopak bylo

potvrzeno, že duševní pracovníci mají pro prezenci v době nemoci zpravidla lepší podmínky (např. pracují ve vnitřním prostředí a mají možnost snadněji provádět léčbu) než osoby pracující manuálně. Pouze nepatrně vyšší podíl průměrně denně absentujících duševních pracovníků, ve srovnání s ostatními skupinami, byl patrně dán tím, že tito pracovníci se vyznačují lepším zdravotním stavem a následně méně častým výskytem nemoci.

Tab. 80 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle postavení v zaměstnání, charakteru výdělečné činnosti a délky výkonu současné výdělečné činnosti, Česká republika, 2010

	Postavení v zaměstnání		Charakter výdělečné činnosti			Délka výkonu současné výdělečné činnosti			
	Podnikatel	Zaměstnanec	Duševní pracovníci	Rutinní nemanuální pracovníci	Manuální pracovníci	Méně než rok	1 až 3 roky	4 až 10 let	10 let a více
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů									
Podíl nepřítomných osob (v %)	34,97	45,40	45,40	45,53	40,69	33,75	39,90	48,95	43,67
Průměrná délka (ve dnech)	16,54	16,06	15,00	16,32	17,24	14,78	18,56	14,21	17,08
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,511	1,889	1,819	1,855	1,818	1,215	1,950	1,793	2,005
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci									
Podíl pracujících osob (v %)	32,34	31,84	32,86	31,42	31,27	31,40	38,19	34,10	26,81
Průměrná délka (ve dnech)	10,57	9,00	9,30	9,23	9,27	8,67	9,00	9,20	9,93
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,915	0,763	0,828	0,768	0,764	0,712	0,910	0,847	0,718

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Délka výkonu současné výdělečné činnosti

Délka praxe respondenta v jeho současném zaměstnání byla považována za faktor, jehož zvyšující se hodnoty povedou k nárůstu podílu nemocných osob absentujících i prezentujících v zaměstnání. Toto očekávání bylo založeno na předpokladu, že delší doba strávená na tomtéž pracovním místě zvyšuje pracovníkův pocit jistoty zaměstnání a proto v případě potřeby nebude omezovat čerpání pracovní neschopnosti. Vzhledem k jeho pracovním zkušenostem a horší nahraditelnosti je však na druhou stranu možné, že bude ve větší míře docházet do zaměstnání také v době nemoci.

Z hlediska pracovní neschopnosti byl tento předpoklad v zásadě potvrzen. Podíl osob, které byly ve sledovaném období alespoň jednou nepřítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů, se s přibývajícím dobou strávenou na tomtéž pracovním místě zvyšoval, ve skupině s nejdelší praxí však překvapivě klesl. Nejvyšší podíl absentujících byl zjištěn ve skupině pracujících na téže pozici v rozmezí od 4 do 10 let, a to 49 %; nejnižší naopak u osob s praxí kratší než 1 rok, a to 34 % (tab. 80).

U ukazatele průměrné doby trvání tohoto chování nebyl shledán žádný jednoznačný trend. Nejkratší doba absence byla evidována ve skupině s praxí v rozmezí od 4 do 10 let (14 dní), nejdelší ve skupině od 1 do 3 let (19 dní).

Jednoznačný trend nebyl zjištěn ani u komplexního ukazatele pracovní neschopnosti, tedy průměrného podílu denně absentujících. Nejvyšší úroveň, 2 % denně nepřítomných osob, bylo dosaženo ve skupině s praxí přesahující 10 let a zároveň ve skupině osob pracujících na dané

pozici v rozmezí od 1 do 3 let. Jednoznačně nejméně však chyběli ze zdravotních důvodů respondenti, kteří u téhož zaměstnavatele pracovali méně než rok. Z nich nebylo denně přítomno 1,2 % dotázaných (tab. 80). Toto zjištění tak odpovídalo stanovené hypotéze o vlivu délky výkonu výdělečné činnosti u téhož zaměstnavatele na úroveň pracovní neschopnosti.

Z hlediska práce v době nemoci nebyl zaznamenán žádný jednoznačný trend. Nejčastější přítomnost v zaměstnání byla zjištěna u respondentů, kteří tutéž výdělečnou činnost vykovali v rozmezí od 1 do 3 let (38 %); nejméně byly v době nemoci v zaměstnání přítomny osoby s více než 10letou praxí (27 %), jejichž prezence ale zároveň trvala průměrně nejdelší dobu (tab. 80).

Podíl průměrně denně pracujících nemocných osob odrážel rozložení dané již podílem osob, u kterých se dané chování vyskytlo alespoň jednou. Úroveň prezentismu byla nejnižší u skupiny osob s nejdelší a zároveň nejkratší dobou práce na téže pozici. Z těchto osob denně pracovalo navzdory nemoci 0,7 % dotázaných (tab. 80). Nejčastěji pracovali nemocní respondenti s praxí v rozmezí od 1 do 3 let (0,9 % dotázaných). Hypotéza o délce praxe, která činí pracovníky méně nahraditelnými a tudíž více náchylnými k docházce do zaměstnání také v době nemoci, se tedy nepotvrdila. Je možné vyslovit domněnku, že delší praxe znamená rovněž vyšší věk respondentů a neboť dlouhodobější setrvávání na jedné pracovní pozici bylo charakteristické pro pracovníky s dřívějším datem narození, kteří jsou již méně často ochotní či schopní přecházet akutní zdravotní omezení.

10.2.3.4 Diferenciace absence a prezence nemocných pracovníků v zaměstnání dle ostatních faktorů

V této části budou představeny faktory, které přímo nesouvisejí s výkonem konkrétní pracovní činnosti, ale které ji určitým způsobem specifikují. Jedná se o dobu dojížděky do zaměstnání, která může svědčit o počtu a vhodnosti nabízených pracovních příležitostí v bydlišti pracovníka nebo o výhodnosti pracovní pozice, kvůli níž se respondentovi např. vyplatí dojíždět delší dobu. Druhou proměnnou je faktor geografický, který odráží regionální umístění bydliště respondenta, jež se může rovněž projevit ve výskytu obou sledovaných jevů, zejména s ohledem na vnější socioekonomické podmínky dané oblasti.

Dojížděka do zaměstnání

Dojížděka do zaměstnání, a to zejména její časová náročnost, je považována za další faktor ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti i prezentismu. Na základě sdělení ošetřujících lékařů bylo předpokládáno, že čím delší dobu jedinec stráví na cestě do zaměstnání, tím častěji bude absentovat ze zdravotních důvodů a bude zároveň méně přítomný v zaměstnání v době nemoci. Tato hypotéza, která vycházela z předpokladu, že dojížděka do zaměstnání je pro nemocného jedince fyzicky náročná a proto je ve zhoršeném zdravotním stavu schopný absolvovat pouze kratší přesun, použitím popisných statistik potvrzena nebyla.

Podíl osob, které alespoň jednou byly v pracovní neschopnosti, dojíždějící do zaměstnání déle než 45 minut byl sice vyšší než u jedinců, jejichž cesta do zaměstnání nebyla časově tak náročná, průměrně delší dobu v pracovní neschopnosti však strávily osoby s kratší dobou dojížděky do zaměstnání (tab. 81). Překvapivě nejméně osob (41 %) absentovalo mezi respondenty, kteří do zaměstnání dojížděli déle než hodinu a čtvrt (tj. 75 minut). Tato

skutečnost může být vysvětlena tím, že se jednalo o nadprůměrnou dobu cesty do práce (průměr činil 41 minut) a proto je možné se domnívat, že tito respondenti byli z řady důvodů vysoce motivováni k docházce, resp. k co nejnižší absenci. Z hlediska sledování podílu osob pracujících v době nemoci se však tento předpoklad nepotvrdil, prezence osob dojíždějících do zaměstnání déle než 75 minut denně byla relativně nízká (29 % dotázaných). Podíl průměrně denně absentujících nevykazoval žádný jednoznačný trend; nejvíce dotázaných (2 %) chybělo denně mezi pracovníky dojíždějícími do zaměstnání v časovém rozmezí od 15 do 29 minut a od 60 do 74 minut, nejméně mezi těmi s nejdelsí dobou dojížděky, a to 1,6 % dotázaných (tab. 81).

Při odhlédnutí od detailů je možné konstatovat, že práce v době nemoci byla více charakteristická pro jedince s kratší dobou dojížděky; s tímto chováním měl zkušenost větší podíl těchto osob, které takto zároveň jednaly po delší dobu. Z nemocných respondentů, jejichž cesta do práce trvala méně než 15 minut, pracovalo průměrně denně 0,9 % těchto osob. (tab. 81). Stejně úrovně bylo dosaženo rovněž pracovníky s dobou dojížděky v rozmezí od 30 do 44 minut.

Tab. 81 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle doby dojížděky do zaměstnání, Česká republika, 2010

	Dojížděka do zaměstnání					
	Méně než 15 minut	15 až 29 minut	30 až 44 minut	45 až 59 minut	60 až 74 minut	75 minut a více
	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů					
Podíl nepřítomných osob (v %)	41,41	43,56	42,48	51,25	50,35	40,74
Průměrná délka (ve dnech)	16,17	17,62	15,81	12,88	15,89	14,48
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,764	2,016	1,741	1,764	2,074	1,558
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci					
Podíl pracujících osob (v %)	33,66	24,85	35,40	32,10	30,77	28,83
Průměrná délka (ve dnech)	10,15	10,29	9,53	7,31	8,73	8,81
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,918	0,680	0,901	0,635	0,706	0,690

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Regionální rozložení

Data EWCS byla sbírána za účelem mezinárodního srovnání a počet respondentů v každé zúčastněné zemi dosahoval přibližně 1 000 osob. Vzhledem k této skutečnosti byly nejmenšími územními celky v rámci České republiky, v nichž bylo možné sledovat výskyt analyzovaných jevů, resp. způsobů chování, oblasti NUTS 2. Při tomto územním členění byla zachována dostatečná reprezentativnost vzorku.

Na základě evidence Českého statistického úřadu bylo možné předpokládat, že vyšší výskyt pracovní neschopnosti bude zjištěn ve východní části republiky, ve srovnání s částí západní. Toto rozložení sledovaného jevu bývá interpretováno jednak jako důsledek rozdílné úrovně zdravotního stavu a zároveň jako projev odlišného chování pracovníků, např. s ohledem na vnější ekonomické faktory či využívání fiktivní pracovní neschopnosti. Rozdílný může být rovněž přístup pracovníků k jejich vlastnímu zdraví. Část výše uvedených předpokladů

odkazuje na objektivně danou úroveň zdravotního stavu obyvatel daného regionu a druhá část na individuální rozhodnutí na straně pracovníka, které je však ovlivňováno chováním lidí v jeho okolí. Obdobně jako v případě dojížděky do zaměstnání, také v případě regionálního rozložení bylo očekáváno, že v regionech s vyšší úrovní pracovní neschopnosti bude naopak nižší úroveň prezentismu.

Výše nastíněné hypotézy však byly potvrzeny jen částečně. Zcela v rozporu s hodnotami z oficiálních statistik byl druhý nejvyšší podíl osob, které alespoň jeden den sledovaného období nebyly přítomny v zaměstnání v době nemoci zjištěn v hlavním městě Praze (48 %); více osob bylo evidováno pouze v regionu Střední Morava, a to 57 % (tab. 82). Nejméně častý výskyt sledovaného jevu byl překvapivě zjištěn v Moravskoslezském regionu, kde mělo zkušenost s pracovní neschopností necelých 33 % dotázaných.

Praha sice patřila k regionům s vysokým podílem alespoň jednou nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů, průměrná doba jejich nepřítomnosti však byla nejkratší (11 dní). Naopak nejdéle trvala jedna průměrná absence v regionu Severozápad, a to 24 dní (tab. 82).

Tab. 82 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle regionu České republiky, 2010

	Region ČR							
	Praha	Střední Čechy	Jihozápad	Severozápad	Severovýchod	Jihovýchod	Střední Morava	Moravskoslezsko
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů								
Podíl nepřítomných osob (v %)	47,54	41,90	40,71	39,58	41,54	46,25	57,01	32,74
Průměrná délka (ve dnech)	11,00	13,66	14,52	24,29	15,04	16,49	16,95	20,27
Podíl osob průměrně denně nepřítomných (v %)	1,387	1,525	1,564	2,341	1,545	2,063	2,421	1,741
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci								
Podíl pracujících osob (v %)	28,93	24,53	26,96	44,23	30,22	33,75	37,50	29,31
Průměrná délka (ve dnech)	5,66	8,15	13,10	10,30	9,29	8,54	9,95	9,29
Podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (v %)	0,431	0,538	0,951	1,202	0,742	0,780	0,979	0,734

Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytl, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci pohlaví a dané kategorie vysvětlující proměnné.

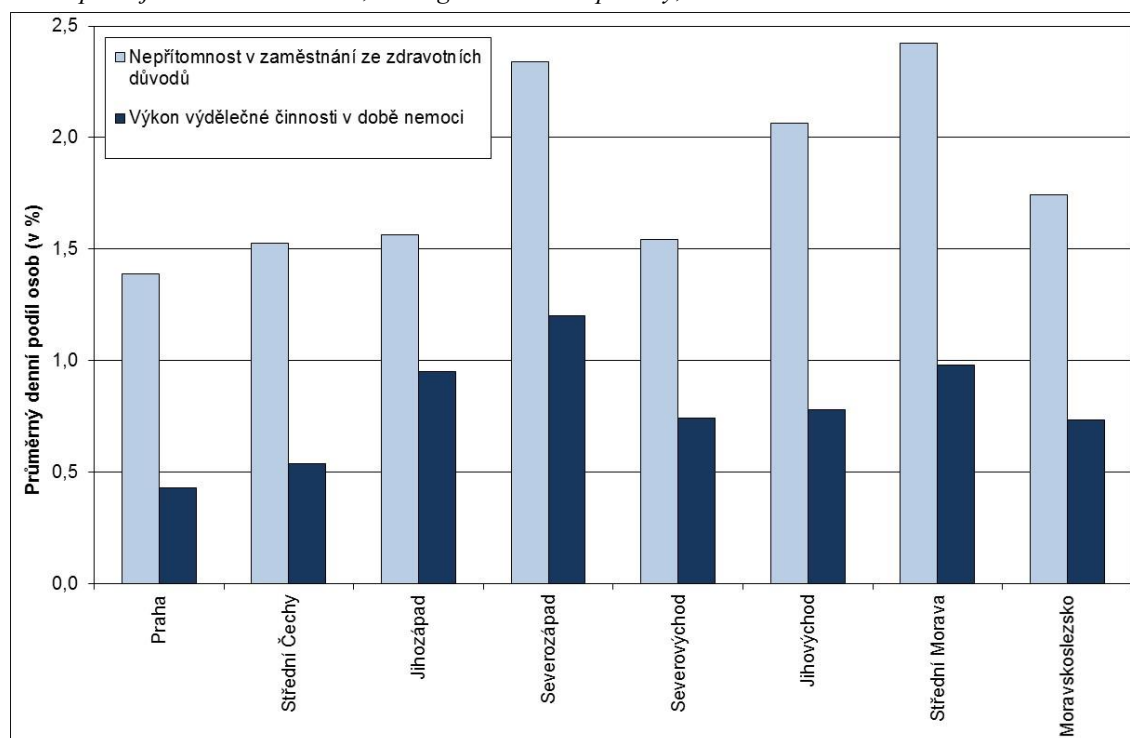
Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Vyšší úroveň pracovní neschopnosti byla v souladu s očekáváním zjištěna ve východní části republiky, rozdíly však nebyly výrazné. Nejvyšší průměrný podíl denně absentujících byl evidován v regionu Střední Morava (2,4 %), podobné úrovně však bylo dosaženo rovněž regionem Severozápad na západě Čech. V Praze byla úroveň pracovní neschopnosti nejnižší; průměrně denně zde v zaměstnání ze zdravotních důvodů chybělo 1,4 % osob (tab. 82). Nejvyšší podíl osob, které pracovaly v době nemoci, byl zjištěn v severozápadních Čechách, kde se takto alespoň jednou zachovalo 44 % respondentů a podíl prezentujících zde jako v jediném regionu přesáhl podíl absentujících osob (tab. 82). Nejmenší podíl prezentujících byl evidován ve Středních Čechách (25 %).

Průměrný počet dní, po který nemocní respondenti pracovali navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu, byl ve většině regionů vyrovnaný a pohyboval se na úrovni 8 až 9 dní. Výrazně podprůměrná délka byla zjištěna v Praze, kde prezence nemocného pracovníka trvala necelých 6 dní a naopak výrazně nadprůměrnou dobou byl charakteristický region Jihozápad, v němž jeden případ prezence trval průměrně více než 13 dní (tab. 82).

V úrovni prezentismu hodnocené na základě ukazatele průměrného podílu denně prezentujících nemocných osob byly zjištěny značné rozdíly. Praha a Střední Čechy byly regiony, v nichž bylo dosaženo nejnižších hodnot tohoto ukazatele; práci v době nemoci vykonávalo přibližně 5 osob z 1 000. V regionu Střední Morava a Jihozápad pracovalo v době nemoci 10 respondentů z 1 000 a v regionu Severozápad dokonce 12 respondentů z 1 000 (tab. 82).

Obr. 34 – Podíl osob průměrně denně nepřítomných v zaměstnání ze zdravotních důvodů a průměrně denně pracujících v době nemoci, dle regionu České republiky, 2010



Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Z obr. 34 je patrné, že průměrný denní podíl osob, které pracovaly navzdory nemoci, z regionálního hlediska v zásadě kopíroval rozložení podílu osob průměrně denně absentujících; v regionech s vyšší úrovní pracovní neschopnosti byla zjištěna rovněž vyšší úroveň prezentismu. Toto rozložení tak nepotvrzuje ani hypotézu o zrcadlové úrovni obou sledovaných, ani hypotézu o jednoznačně vyšší úrovni pracovní neschopnosti mezi moravskými regiony. Naopak svědčí o vlivu zdravotního stavu v jednotlivých částech republiky, které určují úroveň nemocnosti, jež následně vede pracovníky k nutnosti volby mezi absencí a prezencí a zvyšuje tak četnost obou těchto alternativ chování.

10.2.4 Faktory ovlivňující výskyt absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání: vícerozměrná analýza

Vícerozměrná analýza úrovně pracovní neschopnosti a prezentismu, tj. nepřítomnosti a přítomnosti nemocných pracovníků v zaměstnání, byla řešena metodou binární logistické regrese ve statistickém softwarovém systému SAS 9.2. Studovaná individuální data pocházela z Evropského šetření pracovních podmínek (EWCS) realizovaného v roce 2010.

Vysvětlovanou proměnnou byl výskyt pracovní neschopnosti, resp. prezentismu. Metodou binární logistické regrese byla modelována pravděpodobnost, že k výskytu pracovní neschopnosti, resp. prezentismu dojde, tj. že respondent bude alespoň jeden den ze sledovaného období nepřítomen v zaměstnání ze zdravotních důvodů, resp. bude pracovat navzdory skutečnosti, že se cítí nemocný.

Analýze metodou logistické regrese byly podrobeny jen některé z faktorů uvedených v předešlé kapitole, u nichž existoval předpoklad, že mají vliv na úroveň obou sledovaných jevů. Příčinou redukce byl takřka totožný obsah některých proměnných a malý rozdíl mezi kategoriemi vysvětlujících proměnných zjištěný na základě popisných statistik. Všechny proměnné použité v modelu byly kategoriální povahy. U velké části studovaných proměnných byly ponechány kategorie, na jejichž základě byly prováděny popisné statistiky. Výjimku tvořila proměnná „zdravotní stav“, jejíž původně 4 kategorie, byly nakumulovány a tato proměnná se stala dichotomickou, rozlišující mezi dobrým a špatným zdravotním stavem. Do kategorie „dobrý“ zdravotní stav byly zařazeny původní kategorie „velmi dobrý“ a „dobrý“, kategorii „špatný“ zdravotní stav odpovídaly původní kategorie „ucházející“ a „špatný“. Rovněž původní kategorie v proměnné vyjadřující „spokojenost s pracovními podmínkami“ byly nakumulovány a logistickou regresí byla sledována skutečnost, zda respondent byl „spokojen“ (do této kategorie byly sloučeny původní kategorie „velmi spokojen“ a „spokojen“), nebo „nespokojen“ (do této kategorie byly zařazeny původní kategorie „nepříliš spokojen“ a „zcela nespokojen“). Poslední vysvětlující proměnnou, v jejímž rámci bylo za účelem provedení logistické regrese, tj. zejména zajištění dostatečné hodnoty statistické významnosti, provedeno sloučení původních kategorií, byla časová náročnost dojížděky do zaměstnání. Původních 6 kategorií bylo sloučeno do 2, vyjadřujících, zda denní doba dojížděky do zaměstnání přesahovala hodinu či nikoliv. Kategorie ostatních proměnných vstupujících do modelu zůstaly nezměněny.

Analyzovány byly níže uvedené proměnné, jejichž kategorie jsou uvedeny v závorkách: pohlaví (muž, žena), věková kategorie (18–29 let, 30–44 let, 45–59 let, 60 a více let), nejvyšší dosažené vzdělání (základní vzdělání či zcela bez vzdělání, střední vzdělání bez maturity, střední vzdělání s maturitou, vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání), zdravotní stav (dobrý, špatný), spokojenost s pracovními podmínkami (spokojen, nespokojen), obava ze ztráty zaměstnání (neobávají se; ani souhlas, ani nesouhlas; obávají se), počet obvykle odpracovaných hodin (méně než 35 hodin, 35 až 44 hodin, více než 45 hodin), postavení v zaměstnání (podnikatel, zaměstnanec), délka praxe při vykonávání současné výdělečné činnosti (méně než rok, 1 až 3 roky, 4 až 10 let, 10 let a více), doba dojížděky do zaměstnání (méně než hodinu, více než hodinu), regionální příslušnost respondenta (Praha, Střední Čechy, Jihozápad, Severozápad, Severovýchod, Jihovýchod, Střední Morava, 8 = Moravskoslezsko) a skutečnost, jak domácnost respondenta vychází s penězi (snadno; obtížně).

Do modelu predikujícího úroveň pracovní neschopnosti, resp. prezentismu, byly zařazeny všechny výše uvedené proměnné. Pro zařazení do modelů splňovaly statistickou významnost na 1% hladině.

Faktory ovlivňující výskyt absence nemocných pracovníků v zaměstnání

Metodou binární logistické regrese byl potvrzen statisticky významný vliv pohlaví respondenta na skutečnost, zda u něho dojde ke vzniku pracovní neschopnosti či nikoliv. Bylo zjištěno, že ženy absentovaly v zaměstnání ze zdravotních důvodů 1,7krát častěji než muži (tab. 83).

Věkovou skupinou, v níž byl prokázán nejčastější výskyt pracovní neschopnosti, byla referenční skupina 30–44 let; v ostatních věkových skupinách byl její výskyt nižší. Nejméně často absentovali pracovníci starší 60 let; ve srovnání s referenční skupinou byla jejich nepřítomnost 0,8krát méně častá (tab. 83).

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání nebyl potvrzen obecně přijímaný předpoklad, že s rostoucím vzděláním klesá výskyt pracovní neschopnosti. Referenční skupinou byly zvoleny osoby, které své studium uzavřely získáním maturitního vysvědčení. Nejvyšší četnost výskytu sledovaného jevu byla zjištěna u osob se středním vzděláním bez maturity, kteří byli 1,6krát častěji nepřítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů než respondenti tvořící referenční skupinu. Vyšší výskyt pracovní neschopnosti byl však rovněž evidován mezi vysokoškolsky vzdělanými jedinci, kteří v zaměstnání chyběli 1,2krát častěji. Nepřítomnost osob se základní školou byla ve srovnání s referenční skupinou nepatrně nižší (tab. 83). Toto rozložení v zásadě odpovídá podílu osob, které byly alespoň jednou v pracovní neschopnosti, zjištěném na základě popisných statistik, znázorněném v tab. 74. Z této tabulky bylo rovněž patrné, že rozložení podílu osob v pracovní neschopnosti, jejich průměrného trvání a průměrného podílu denně absentujících členěné dle vzdělání se výrazně lišilo a že sledování výskytu pracovní neschopnosti je pouze jedním z možných pohledů na studovanou problematiku.

Mnohokrát zmiňovaný vliv zdravotního stavu na úroveň pracovní neschopnosti respondentů byl potvrzen; osoby hodnotící svoje zdraví kladně absentovaly méně než osoby, které jej hodnotily záporně. Ti, kteří považovali svůj zdravotní stav za dobrý, byli 0,5krát méně často nepřítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů, ve srovnání s respondenty, kteří svůj zdravotní stav hodnotili jako špatný (tab. 83).

Vliv pracovních podmínek, resp. toho, jak byly hodnoceny respondenty, nebyl výrazný. Jedinci, kteří uvedli, že jsou s pracovními podmínkami spokojeni, absentovali přibližně stejně často jako ti, kteří s pracovními podmínkami spokojeni nebyli.

Situace na pracovním trhu a potenciální možnost ztráty zaměstnání působila na respondenty relativně silně. Ve shodě s výsledky popisných statistik bylo prokázáno, že pracovníci, kteří považovali ztrátu zaměstnání v následujících 6 měsících za reálnou, a kteří byli zároveň zvoleni referenční skupinou, absentovali v průběhu sledovaného období častěji než ostatní. Osoby, které se neobávaly ztráty zaměstnání, chyběly v zaměstnání 0,7krát méně než referenční skupina, absence osob bez vyhraněného názoru na potenciální ztrátu pracovního místa byla ve srovnání s referenční skupinou pouze nepatrně nižší (tab. 83).

Z hlediska počtu průměrně týdně odpracovaných hodin bylo zjištěno, že s rostoucí délkou pracovní doby se zvyšuje také četnost pracovní absence ze zdravotních důvodů. Respondenti,

kteří týdně pracovali méně než 35 hodin, ve srovnání s osobami, které týdně odpracovaly přibližně zákonem stanovený rozsah pracovní doby, tj. 35 až 44 hodin, byli v zaměstnání nepřítomni 0,6krát méně často, a respondenti pracující více než 45 hodin týdně, ve srovnání s touž referenční skupinou, naopak 1,2krát častěji (tab. 83). Možným vysvětlením této skutečnosti byla vyčerpanost a následný vznik nemoci nebo úrazu u osob pracujících průměrně více než 9 hodin denně. Podstatným faktorem byla patrně také skutečnost, zda se jednalo o osoby, které si delší pracovní dobu zvolily dobrovolně na základě svého rozhodnutí, nebo zda jim byla přímo či nepřímo vnucena.

V souladu s předpoklady byla nižší úroveň pracovní absence ze zdravotních důvodů zjištěna mezi podnikateli, ve srovnání se zaměstnanci. Podnikatelé absentovali 0,6 krát méně často než zaměstnanci (tab. 83). Tato skutečnost bývá zdůvodňována větší zodpovědností podnikatelů za předávanou práci, přímější vazbou mezi vykonávanou činností a osobním ziskem a v neposlední řadě také nižším sociálním zajištěním.

Mezi četností výskytu pracovní neschopnosti a délkou praxe byla potvrzena přímá úměra; čím delší pracovní zkušenost na téže pracovní pozici, tím častější nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů. Osoby vykonávající tutéž činnost méně než 1 rok byly v zaměstnání nepřítomny 0,5krát méně často než osoby s více jak 10letou praxí. Ve srovnání touž referenční skupinou byla pracovní neschopnost osob pracujících na téže pozici v rozmezí 1 až 3 roky 0,7krát méně častá. Četnost pracovní absence u osob pracujících pro stejného zaměstnavatele v rozmezí od 4 do 10 let byla srovnatelná s absencí referenční skupiny, tj. osob pracujících déle než 10 let (tab. 83).

Skutečnost, jak se domácnostem respondentů daří vycházet s měsíčním příjmem, který měly k dispozici, vliv na úroveň pracovní neschopnosti takřka neměla. Z výsledků logistické regrese vyplynulo, že respondenti z domácností, kteří s penězi vycházejí snadno, byli v zaměstnání ze zdravotních důvodů nepřítomni nepatrně méně často (0,9krát) než ti, jejichž domácnosti měly obtíže s měsíčním příjmem vystačit (tab. 83). Finanční situace rodiny tedy na výskyt pracovní neschopnosti nepůsobila, vliv měly patrně charakteristiky, které tuto situaci zapříčinily.

Původní kategorie dojížděky do zaměstnání byly pro účely logistické regrese nakumulovány do dvou skupin a respondenti byli rozděleni na ty, kteří dojížděli méně než hodinu a na ty, kteří dojížděli déle než hodinu. Bylo prokázáno, že respondenti, jejichž čas dopravy do zaměstnání zabral delší dobu, byli 1,1krát častěji v zaměstnání nepřítomni ze zdravotních důvodů, ve srovnání s těmi, kteří strávili cestou do zaměstnání kratší časový úsek. Delší doba dojížděky do zaměstnání tedy znamenala vyšší výskyt pracovní neschopnosti. Do jisté míry tak bylo potvrzeno tvrzení ošetřujících lékařů, že doba dojížděky do zaměstnání je jedním z faktorů, který ovlivňuje úroveň pracovní neschopnosti.

Regionální zařazení respondenta bylo jednou z proměnných, která v některých případech výrazně ovlivnila četnost výskytu pracovní neschopnosti. Referenční skupinou bylo zvoleno hlavní město Praha; častější výskyt pracovní absence než v této oblasti byl zjištěn pouze v regionu Střední Morava, a to 1,2krát. Nejméně osob, které byly ze zdravotních důvodů nepřítomny v zaměstnání, bylo evidováno v regionu Moravskoslezsko; ve srovnání s Prahou tyto absentovaly 0,5krát méně a respondenti z regionu Severovýchod a Severozápad 0,6krát méně často.

Tab. 83 – Faktory ovlivňující výskyt pracovní absence ze zdravotních důvodů, Česká republika, 2010

Vysvětlující proměnná	Poměr šancí (odds ratios)			Statistická významnost
	OR	95% interval spolehlivosti		
<i>Pohlaví</i>				
Žena vs muž	1,718	1,710	1,726	<,0001
<i>Věk</i>				
18–29 let vs 30–44 let	0,921	0,915	0,928	<,0001
45–59 let vs 30–44 let	0,813	0,809	0,818	<,0001
60 a více let vs 30–44 let	0,766	0,758	0,774	<,0001
<i>Vzdělání</i>				
ZŠ nebo bez vzdělání vs SŠ s maturitou	0,944	0,938	0,950	<,0001
SŠ bez maturity vs SŠ s maturitou	1,622	1,612	1,632	<,0001
VOŠ nebo VŠ vs SŠ s maturitou	1,222	1,215	1,230	<,0001
<i>Zdravotní stav</i>				
Dobrá vs špatná	0,547	0,544	0,550	<,0001
<i>Spokojenost s pracovními podmínkami</i>				
Ano vs ne	1,031	1,025	1,037	<,0001
<i>Obava ze ztráty zaměstnání</i>				
Ne vs ano	0,745	0,740	0,749	<,0001
Ani souhlas ani nesouhlas vs ano	0,929	0,924	0,935	<,0001
<i>Počet obvykle odpracovaných hodin</i>				
Méně než 35 hodin vs 35 až 44 hodin týdně	0,624	0,619	0,628	<,0001
Více než 45 hodin vs 35 až 44 hodin týdně	1,232	1,225	1,239	<,0001
<i>Postavení v zaměstnání</i>				
Podnikatel vs zaměstnanec	0,561	0,556	0,565	<,0001
<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>				
Méně než 1 rok vs 10 a více let	0,483	0,478	0,487	<,0001
1 až 3 roky vs 10 a více let	0,655	0,651	0,660	<,0001
4 až 10 let vs 10 a více let	1,026	1,020	1,031	<,0001
<i>Jak vychází s penězi</i>				
Snadno vs obtížně	0,918	0,914	0,923	<,0001
<i>Doba dojížděky do zaměstnání</i>				
Více než 1 hodinu vs méně než 1 hodinu denně	1,105	1,099	1,110	<,0001
<i>Regionální příslušnost</i>				
Střední Čechy vs Praha	0,986	0,976	0,995	0,0028
Jihozápad vs Praha	0,851	0,843	0,859	<,0001
Severozápad vs Praha	0,603	0,597	0,609	<,0001
Severovýchod vs Praha	0,579	0,574	0,585	0,0002
Jihovýchod vs Praha	0,899	0,892	0,907	<,0001
Střední Morava vs Praha	1,189	1,178	1,200	<,0001
Moravskoslezsko vs Praha	0,470	0,466	0,475	<,0001

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní absence ze zdravotních důvodů = ano.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Faktory ovlivňující výskyt prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání

Stejně jako v případě modelování výskytu pracovní neschopnosti, také v případě prezentismu bylo zjištěno, že ženy vykonávaly výdělečnou činnost v době nemoci častěji než muži.

Z výsledků logistické regrese vyplynulo, že nemocné ženy pracovaly 1,3krát častěji než nemocní muži (tab. 84).

Z hlediska věku bylo zjištěno, že výskyt prezentismu se s rostoucím věkem převážně snižoval. Nejčastěji pracovali v době nemoci nejmladší jedinci; ve srovnání s referenční skupinou respondentů ve věku 30–44 let, byla šance, že svou docházku do zaměstnání v době nemoci budou řešit tímto způsobem, 1,5krát větší. Nejméně často naopak pracovali nemocní respondenti v předdůchodové věkové skupině, tj. ve věku 44–59 let. Ve věkové skupině osob starších 60 let byl výkon výdělečné činnosti v době nemoci již ale čtenější (tab. 84). Na základě těchto zjištění je možné konstatovat, že s rostoucím věkem se ochota pracovat navzdory nemoci snižovala a úroveň sledovaného jevu u osob starších 60 let vymykající se trendu byla dána jejich specifickým postavením na pracovním trhu, tj. nárokem či pobíráním starobního důchodu.

Vzdělání respondentů mělo na výskyt prezentismu významný vliv; se zvyšující se vzdělanostní úrovní rostl rovněž počet jedinců, kteří pracovali navzdory své nemoci. Četnost výskytu tohoto chování u referenční skupiny, tj. u skupiny osob se středoškolským vzděláním s maturitou, byla téměř totožná se skupinou osob, které své vzdělávání zakončily získáním výučního listu. U osob se základním vzděláním se prezentismus vyskytoval 0,6krát méně a u osob s vysokoškolským titulem naopak 1,1krát častěji než u referenční skupiny (tab. 84). Zjištěné skutečnosti je možné zdůvodnit větší angažovaností vzdělanějších osob a vyšším postavením, které tyto osoby zpravidla ve firmách zastávají, a které je motivovalo k pokračování v docházce do zaměstnání navzdory nemoci.

Bylo prokázáno, že zdravotní stav jedince má vliv nejen na úroveň jeho pracovní neschopnosti, ale rovněž na četnost jeho práce v době nemoci. Respondenti, kteří svůj zdravotní stav hodnotili jako dobrý, pracovali v době nemoci 0,5krát méně často než jedinci, kteří svůj celkový zdravotní stav vnímali negativně (tab. 84).

Zatímco vliv hodnocení pracovních podmínek byl ve vztahu k pracovní neschopnosti minimální (tab. 83), z pohledu prezentismu byl velmi významný. Spokojení respondenti vykonávali výdělečnou činnost 0,6krát méně než jedinci, kteří měli k pracovním podmínkám značné výhrady (tab. 84).

V otázce obavy o ztrátu zaměstnání se dle zjištění EWCS respondenti chovali v souladu s předpoklady. Nejčastěji pracovali v době nemoci ti, kteří považovali za reálné, že by v následujících 6 měsících mohli přijít o práci. Ve srovnání s touto skupinou byl výkon výdělečné činnosti v době nemoci u osob, které se ztráty zaměstnání neobávaly a osob bez vyhraněného názoru, 0,7krát méně častý (tab. 84).

Z hlediska počtu obvykle odpracovaných hodin je možné konstatovat, že s jejich nárůstem se rovněž zvyšuje počet osob pracujících navzdory nemoci. Ve srovnání s referenční skupinou, tj. osobami pracujícími přibližně zákonem stanovený rozsah pracovní doby (35 až 44 hodin týdně), se prezentismus u jedinců pracujících menší počet hodin vyskytoval 0,6krát méně často a u jedinců s větším pracovním vytížením naopak 1,1krát častěji (tab. 84). Předpoklad o tom, že práci na částečný úvazek volí zejména osoby s horším zdravotním stavem, jenž je zároveň příčinou častějšího výskytu nemocí, které tyto osoby přecházejí a pracují navzdory nemoci, se tedy nepotvrdil. Stejně tak hypotéza o tom, že nižší pracovní vytížení těchto osob jim umožňuje častěji vykovávat výdělečnou i činnost i v době, kdy se cítí nemocné.

Tab. 84 – Faktory ovlivňující výskyt prezence nemocných pracovníků v zaměstnání, Česká republika, 2010

Vysvětlující proměnná	Poměr šancí (odds ratios)			Statistická významnost
	OR	95% interval spolehlivosti		
<i>Pohlaví</i>				
Žena vs muž	1,286	1,280	1,293	<,0001
<i>Věk</i>				
18–29 let vs 30–44 let	1,546	1,535	1,558	<,0001
45–59 let vs 30–44 let	0,701	0,697	0,705	<,0001
60 a více let vs 30–44 let	1,131	1,120	1,143	<,0001
<i>Vzdělání</i>				
ZŠ nebo bez vzdělání vs SŠ s maturitou	0,625	0,620	0,629	<,0001
SŠ bez maturity vs SŠ s maturitou	1,028	1,021	1,034	<,0001
VOŠ nebo VŠ vs SŠ s maturitou	1,119	1,111	1,127	<,0001
<i>Zdravotní stav</i>				
Dobrá vs špatná	0,536	0,533	0,540	<,0001
<i>Spokojenost s pracovními podmínkami</i>				
Ano vs ne	0,616	0,612	0,619	<,0001
<i>Obava ze ztráty zaměstnání</i>				
Ne vs ano	0,738	0,733	0,742	<,0001
Ani souhlas ani nesouhlas vs ano	0,655	0,651	0,659	<,0001
<i>Počet obvykle odpracovaných hodin</i>				
Méně než 35 hodin vs 35 až 44 hodin týdně	0,573	0,568	0,578	<,0001
Více než 45 hodin vs 35 až 44 hodin týdně	1,111	1,105	1,117	<,0001
<i>Postavení v zaměstnání</i>				
Podnikatel vs zaměstnanec	1,247	1,237	1,257	<,0001
<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>				
Méně než 1 rok vs 10 a více let	0,694	0,687	0,701	<,0001
1 až 3 roky vs 10 a více let	1,406	1,396	1,417	<,0001
4 až 10 let vs 10 a více let	1,293	1,285	1,301	<,0001
<i>Jak vychází s penězi</i>				
Snadno vs obtížně	0,684	0,681	0,688	<,0001
<i>Doba dojížděky do zaměstnání</i>				
Více než 1 hodinu vs méně než 1 hodinu denně	0,891	0,886	0,896	<,0001
<i>Regionální příslušnost</i>				
Střední Čechy vs Praha	0,820	0,811	0,829	<,0001
Jihozápad vs Praha	1,070	1,059	1,081	<,0001
Severozápad vs Praha	2,110	2,089	2,131	<,0001
Severovýchod vs Praha	0,972	0,962	0,981	<,0001
Jihovýchod vs Praha	1,143	1,132	1,153	<,0001
Střední Morava vs Praha	1,334	1,320	1,348	<,0001
Moravskoslezsko vs Praha	1,095	1,084	1,107	<,0001

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt prezence nemocného pracovníka v zaměstnání = ano.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

V souladu s očekáváním byla vyšší úroveň prezentismu zjištěna u podnikatelů, ve srovnání se zaměstnanci. V době nemoci pracovali podnikatelé 1,2krát častěji než zaměstnanci (tab. 84). Možné vysvětlení tohoto chování je patrně totožné se zdůvodněním jejich nižší pracovní

absence a spočívá zejména ve vyšší zodpovědnosti za předávanou práci a přímém dopadu výsledků na samotného respondenta.

Přítomnost v zaměstnání v době nemoci se dle doby výkonu téže výtěžné činnosti relativně výrazně lišila, na rozdíl od pracovní neschopnosti však nebyl zjištěn žádný lineární vztah. Nejméně často pracovali nemocní jedinci, kteří působili u téhož zaměstnavatele méně než jeden rok; četnost tohoto chování byla ve srovnání s referenční skupinou, tj. osobami s praxí na téže pracovní pozici delší než 10 let, 0,7krát nižší. Nejčastěji naopak vykonávali výtěžnou činnost navzdory akutně zhoršenému zdravotnímu stavu jedinci s praxí v rozmezí od 1 do 3 let, a to 1,4krát častěji než osoby v referenční skupině (tab. 84).

Finanční situace rodiny působila na četnost výkonu výtěžné činnosti nemocnými pracovníky tak, jak bylo očekáváno. Jedinci, jejichž domácnosti neměly problém pokrýt všechny potřebné výdaje ze svého měsíčního rozpočtu, byli 0,7krát méně často přítomni v zaměstnání v době, kdy se cítili nemocní (tab. 84). Častější práce nemocných, huře finančně zajištěných osob byla patrně dána snahou o nepřerušování i tak nedostačujícího příjmu rodiny.

Z hlediska dojížděky do zaměstnání bylo zjištěno, že respondenti dojíždějící denně déle než hodinu byli, ve srovnání s jedinci dojíždějícími kratší dobu, 0,9krát méně často přítomni v zaměstnání v době nemoci (tab. 84). Tato skutečnost odpovídá předešlému zjištění učiněnému v rámci analýzy pracovní neschopnosti (tab. 83), že doba dojížděky má vliv na chování nemocného respondenta. Ten je schopen či ochoten ve zhoršeném zdravotním stavu cestovat do zaměstnání pouze kratší časový úsek.

Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání se velmi lišila dle regionu, z něhož respondent pocházel. Nejméně často pracovali nemocní respondenti pocházející ze Středních Čech, jejichž úroveň prezentismu byla 0,8krát nižší než v Praze, která tvořila referenční skupinu. Naopak v regionu Severozápad byl výkon výtěžné činnosti v době nemoci pracovníka 2,1krát častější než v referenční skupině (tab. 84).

Vysvětlením rozdílného výskytu prezentismu mohla být skladba hospodářství v dané oblasti a náročnost dané profese, která mohla mít vliv nejen na to, zda nemocný respondent pokračoval v docházce do zaměstnání, ale rovněž na to, zda svůj zdravotní stav považoval za zhoršený, tj. zda sám sebe považoval za nemocného, či nikoliv. Je např. možné předpokládat, že pracovníci ve Středních Čechách a Praze, kde sídlí řada státních úřadů a centrál firem, kteří jsou z velké části úředníky se sedavým zaměstnáním a méně náročným pracovním prostředím, nemusí svůj zhoršený zdravotní stav považovat za nemoc a tak standardně pokračují ve výkonu výtěžné činnosti, aniž by se jednalo o prezentismus. Na druhou stranu v oblastech s velkým zastoupením zemědělské a průmyslové výroby mohla být přítomnost nemocného pracovníka v zaměstnání nutností, neboť např. agrotechnické lhůty bylo s ohledem na výnosnost zemědělství potřeba dodržovat navzdory zdravotnímu stavu jednotlivců. Charakter vykonávané práce zároveň mohl zvyšovat nepohodlí pracovníka a tím i zdůrazňovat pocit nemoci.

10.2.5 Faktory ovlivňující absenci a prezenci nemocných pracovníků v zaměstnání: shrnutí

V následující části práce jsou shrnuty základní poznatky získané na základě použití výše uvedené dvourozměrné a vícerozměrné analýzy.

V rámci dvourozměrné analýzy byly sledovány tři základní ukazatele:

- podíl osob, které alespoň jednou ve sledovaném období absentovaly, resp. prezentovaly v zaměstnání v době nemoci, tj. podíl osob, u nichž se sledované chování vyskytlo,
- průměrná doba trvání absence, resp. prezence pracovníka
- podíl osob, které průměrně denně absentovaly, resp. prezentovaly v zaměstnání.

Poslední zmiňovaný ukazatel je analogií průměrného procenta pracovní neschopnosti, které je v rámci evidence a vykazování údajů o pracovní neschopnosti v České republice počítáno Českým statistickým úřadem. Tento ukazatel umožňuje nejkomplexněji zhodnotit úroveň pracovní neschopnosti, a proto bude používán v rámci následujícího shrnutí poznatků získaných na základě analýzy dat EWCS.

V rámci vícerozměrné analýzy byla metodou binární logistické regrese modelována pravděpodobnost výskytu absence (první model), resp. prezence (druhý model) nemocného pracovníka v zaměstnání. Většina zjištěných údajů byla v souladu se závěry učiněnými již v rámci dvourozměrné analýzy na základě podílu osob, u nichž se sledované chování vyskytlo; od zjištění vycházejících z průměrného podílu osob, které denně absentovaly, resp. prezentovaly, se částečně lišila.

Na základě popisných statistik bylo zjištěno, že podíl osob, které byly ve sledovaném období alespoň jeden den nepřítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů (44 %), převyšoval podíl těch, které alespoň jednou pracovaly navzdory nemoci (32 %). Pracovní neschopnost trvala zároveň výrazně déle (16 dní) než doba, po kterou nemocný respondent docházel do zaměstnání (9 dní). Podíl osob, u nichž se průměrně denně vyskytovala sledovaná událost, se také výrazně lišil; denně ve sledovaném období absentovalo 1,8 % respondentů a prezentovalo jen 0,8 % (tab. 74).

Z hlediska pohlaví byl potvrzen předpoklad, o vyšší úrovni obou sledovaných jevů mezi ženami, ve srovnání s muži. Výraznější rozdíl byl zaznamenán u pracovní neschopnosti; průměrný podíl denně absentujících žen činil 2 %, zatímco podíl mužů jen 1,6 %. Rozdíl mezi ženami a muži v otázce prezentismu byl menší (tab. 74). Častější nepřítomnost i přítomnost v zaměstnání u nemocných žen, ve srovnání s muži, byla rovněž potvrzena metodou logistické regrese; u žen se pracovní neschopnost vyskytla 1,7krát častěji než u mužů a ženy zároveň 1,3krát častěji pracovaly navzdory nemoci (tab. 83 a 84). Tuto skutečnost je možné zdůvodnit odlišným charakterem výdělečné činnosti, který byl do modelu zařazen jen okrajově v podobě nejvyššího dosaženého vzdělání a postavení v zaměstnání. Vliv patrně měla rozdílná nemocnost mužů a žen, která nemusela být zcela odrážena subjektivním hodnocením zdravotního stavu respondentů, jenž byl použit jako jedna z vysvětlujících proměnných v modelu.

Potvrzena byla rovněž hypotéza o přímé, resp. nepřímé úměře platící mezi věkem a úrovní pracovní neschopnosti, resp. prezentismu. Podíl průměrně denně absentujících s věkem narůstal, zatímco podíl osob pracujících v době nemoci naopak klesal (tab. 74). Zrcadlové chování obou sledovaných jevů bylo patrně zapříčiněno biologickou daností, kdy s rostoucím věkem dochází ke zhoršování zdravotního stavu a nárůstu nemocí a zároveň se v důsledku celkové opotřebovanosti organismu snižuje ochota překonávat zdravotní obtíže a pokračovat v docházce do zaměstnání. Z vícerozměrné analýzy výskytu sledovaných jevů, bez ohledu na dobu jejich

trvání, však vyplynulo, že absence i prezenze v zaměstnání se častěji vyskytují u mladších respondentů a s přibývajícím věkem jejich výskyt klesá (tab. 83 a 84).

Nejvyšší dosažené vzdělání rovněž působilo očekávaným způsobem. Podíl osob průměrně denně nepřítomných, resp. přítomných v zaměstnání v době nemoci se snižoval přímo úměrně rostoucímu vzdělání (tab. 74). Příčinou tohoto zjištění může být životní styl jedinců, který je do značné míry diferencován právě vzděláním; jedinci s nižším vzděláním se více vystavují, či jsou vystaveni, rizikovým faktorům (více kouří, pijí alkohol, atd.) a pracují v horších podmínkách. V důsledku těchto faktorů se vyznačují horším zdravotním stavem, což může být příčinou vyšší úrovně pracovní neschopnosti. Tito jedinci jsou zároveň snáze nahraditelní, mají menší jistotu zaměstnání a patrně nižší finanční rezervy, což ve spojení s horším zdravotním stavem, tj. vyšší nemocností, vede k tomu, že ve vyšší míře docházejí do zaměstnání i v době, kdy jsou nemocní. Metodou logistické regrese modelující pravděpodobnost výskytu absence, resp. prezenze v zaměstnání bylo naopak zjištěno, že po standardizaci na ostatní proměnné v modelu se výskyt prezentismu se vzděláním zvyšoval a ve vztahu k pracovní neschopnosti nebyl potvrzen žádný lineární vztah (tab. 83 a 84). Z tohoto zjištění je patrné, že závěry učiněné ohledně výskytu obou jevů na základě vícerozměrné analýzy se v některých případech výrazně liší od jejich úrovně sledované dle ukazatele podílu průměrně denně absentujících/prezentujících v rámci dvourozměrné analýzy.

Ačkoliv by se mohlo zdát, že příjem domácnosti bude úzce souviset s nejvyšším dosaženým vzděláním, tedy že jejich vliv na úroveň pracovní neschopnosti a prezentismu bude velmi podobný, na datech EWCS za Českou republiku toto potvrzeno nebylo. Nižší podíl průměrně denně absentujících i prezentujících byl zjištěn mezi těmi, jejichž domácnosti neměly problém vyjít s penězi, které mají měsíčně k dispozici (tab. 74). Příčinou bude patrně lepší zdravotní stav a méně rizikové pracovní podmínky, v případě prezentismu rovněž skutečnost, že respondenti nebyli v době nemoci z finančních důvodů nuceni k výkonu výdělečné činnosti z cílem zabezpečit domácnost. Totéž bylo potvrzeno metodou logistické regrese; výskyt obou jevů byl u finančně lépe zajištěných respondentů nižší (tab. 83 a 84).

Vliv zdravotního stavu byl jednoznačně prokázán jak pomocí ukazatele podílu průměrně denně absentujících, resp. prezentujících osob, počítaného v rámci dvourozměrné analýzy, tak při sledování výskytu jevu metodou logistické regrese. U osob hodnotících svůj zdravotní stav pozitivně se oba sledované jevy vyskytly méně často a zároveň trvaly kratší dobu (tab. 75). V rámci logistické regrese bylo zjištěno, že u zdravějších osob se pracovní neschopnost vyskytla 0,6krát a prezentismus 0,5krát méně často než u jedinců, kteří svůj zdravotní stav hodnotili negativně (tab. 83 a 84). Zcela evidentní příčinou této skutečnosti byla nižší nemocnost zdravějších jedinců, díky níž respondenti nebyli tak často nuceni volit mezi absencí a prezencí v zaměstnání a proto byl výskyt obou sledovaných jevů nižší.

Spokojenost s pracovními podmínkami, hodnocená na základě dvourozměrné analýzy, měla jednoznačně pozitivní vliv na úroveň obou sledovaných jevů. Čím kladněji respondenti své pracovní podmínky hodnotili, tím méně absentovali i prezentovali v zaměstnání v době nemoci (tab. 76). Při zohlednění dalších proměnných zařazených do modelu v rámci vícerozměrné analýzy již jednoznačný vliv prokázán nebyl. Osoby spokojené s pracovními podmínkami sice pracovaly nemocné 0,6krát méně než osoby nespokojené, v otázce pracovní neschopnosti však

žádný rozdíl zjištěn nebyl (tab. 83 a 84). Závěry předešlých výzkumů, které hodnotily vliv pracovních podmínek na úroveň prezentismu jako nejednoznačný, na datech EWCS pro Českou republiku tedy potvrzeny nebyly. Jako nejednoznačný bylo naopak možné hodnotit jejich vliv na výskyt pracovní neschopnosti, u kterého ale byla předpokládána nepřímá úměra, tedy že více absentovat budou nespokojení pracovníci, což se potvrdilo pouze v rámci dvourozměrné analýzy.

V rámci hodnocení pracovních podmínek a jejich jednotlivých aspektů, pro něž obecně platilo, že čím pozitivnější hodnocení, tím méně častá nepřítomnost ze zdravotních důvodů a zároveň méně častá práce v době nemoci, zaujímal specifické postavení kontrola nad vykonávanou prací. Na základě dat EWCS pro Českou republiku bylo zjištěno, že osoby, které měly vyšší kontrolu nad vykonávanou prací, což je považováno za projev lepších pracovních podmínek, méně často absentovaly v zaměstnání ze zdravotních důvodů, ale naopak častěji vykonávaly výdělečnou činnost, ačkoliv se cítily nemocné (tab. 78). Pro respondenty, kteří mohou více ovlivňovat tempo a náplň své práce a přizpůsobovat je aktuálním potřebám, bylo patrně snazší pokračovat v práci i v době nemoci, než pro ty, kteří tyto možnosti neměli. Výše uvedené zjištění však bylo v rozporu se závěry předešlých studií, které deklarovaly vyšší úroveň pracovní neschopnosti i prezentismu u osob s nízkou kontrolou nad vykonávanou prací.

Opačná situace nastala v otázce obavy respondentů ze ztráty svého zaměstnání. V rámci dvourozměrné analýzy nebyla úroveň obou sledovaných jevů, hodnocená na základě ukazatele podílu průměrně denně absentujících, resp. prezentujících osob, skutečností, zda se jedinec obává potenciální ztráty svého zaměstnání téměř ovlivněna (tab. 77). Metodou logistické regrese, po standardizaci na ostatní proměnné zařazené do modelu, bylo však prokázáno, že jak pracovní neschopnost, tak prezentismus se častěji vyskytovaly u osob, které nepocíťovaly dostatečnou jistotu svého zaměstnání a považovaly za reálné, že by mohly být v následujících 6 měsících propuštěny (tab. 83 a 84).

Z hlediska formálních charakteristik pracovní pozice respondenta je možné konstatovat, že v případě pracovní neschopnosti byly potvrzeny výše uvedené hypotézy. Osoby s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou, s pevnou pracovní dobou a pracující na směny byly v zaměstnání ze zdravotních důvodů nepřítomny častěji než jedinci, jejichž setrvání u daného zaměstnavatele bylo časově omezeno (pracovní smlouva na dobu určitou), kteří si mohli pracovní dobu více přizpůsobit svým potřebám (pružná pracovní doba) a kteří nepracovali na směny (tab. 79). Příčinou bude patrně skutečnost, že osoby se smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou pocíťovaly větší jistotu zaměstnání a proto si mohly dovolit absentovat více než jedinci s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu určitou. Častější absence u osob s pevně stanovenou pracovní dobou mohla být důsledkem malé flexibility v průběhu dne a nemožnosti přizpůsobit pracovní dobu aktuálním potřebám jedince, což vyústilo v hojnější využívání pracovní neschopnosti, ať již fiktivní nebo skutečné. Vyšší úroveň pracovní neschopnosti u osob pracujících na směny mohla být dána jejich horším zdravotním stavem, neboť práce na směny je z velké části praktikována v manuálních zaměstnáních, které jsou typické horšími pracovními podmínkami.

Úroveň prezentismu se na základě formálních charakteristik pracovní pozice lišila méně. Obdobně jako v případě pracovní neschopnosti pracovaly v době nemoci častěji osoby

s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou a pracující na směny (tab. 79). Motivace osob s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou k častějšímu výkonu výdělečné činnosti také v době nemoci mohla být způsobena jejich horší nahraditelností a vyšší loajalitou k zaměstnavateli. Na rozdíl od pracovní absence, v době nemoci častěji pracovali respondenti s flexibilním nastavením pracovní doby (tab. 79), a to mj. patrně proto, že mohli svou pracovní dobu lépe přizpůsobit svým aktuálním potřebám. Vliv na všechny výše uvedené faktory mělo samozřejmě také strukturální složení pracovníků, zejména z hlediska zdravotního stavu, vzdělání a pracovních podmínek. Např. u osob s pružnou pracovní dobou je možné předpokládat vyšší vzdělání, zejména vzhledem k charakteru zaměstnání, v nichž pracují a v nichž je pružná pracovní doba zaváděna, a lepší zdravotní stav, který vede nižší nemocnosti a tudíž méně častému výskytu obou sledovaných jevů.

Dle výsledků logistické regrese narůstal výskyt pracovní neschopnosti i prezentismu přímo úměrně počtu obvykle odpracovaných hodin (tab. 83 a 84). Příčinou mohla být vyšší nemocnost, která byla způsobena náročností profese a celkovou vyčerpaností organismu. Z hlediska přítomnosti nemocného pracovníka v zaměstnání je možné opět spekulovat o jeho horší nahraditelnosti a větší potřebnosti dané získanými zkušenostmi, která vede nejen k většímu počtu odpracovaných hodin, ale následně i k výkonu výdělečné činnosti v době nemoci. Z dvourozměrné analýzy byl výše popsán trend patrný jen u prezentismu, nejvíce nepřítomných bylo evidováno v mezi těmi, kteří obvykle odpracovali zákonem stanovený rozsah pracovní doby (tab. 79).

Významným prediktorem úrovně pracovní neschopnosti a prezentismu bylo postavení respondenta na pracovním trhu, tedy skutečnost, zda se jednalo o podnikatele nebo zaměstnance. V rámci provedených analýz bylo jednoznačně potvrzeno, že podnikatelé byli méně často (0,6krát) nepřítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů a zároveň více (1,2krát) pracovali navzdory nemoci (tab. 83 a 84). Příčinou byla patrně již mnohokrát zmiňovaná větší zodpovědnost za provedenou práci a její přímý dopad na respondenta samotného. Vliv měla jistě také možnost podnikatelů řídit si svůj pracovní den dle svých potřeb a např. také možnost práce z doma v době nemoci.

Při standardizaci na ostatní proměnné v modelu, tj. při použití binární logistické regrese, a při odhlédnutí od detailů rovněž na základě ukazatele podílu průměrně denně absentujících/prezentujících osob v rámci dvourozměrné analýzy, bylo prokázáno, že úroveň pracovní neschopnosti roste přímo úměrně s dobou, po kterou respondent vykonává práci pro téhož zaměstnavatele (tab. 80 a 83). V případě hodnocení výskytu prezentismu lineární trend zjištěn nebyl (tab. 80 a 84). Tato zjištění je možné interpretovat tak, že pracovníci s delší dobou praxe se díky své vybudované pozici u zaměstnavatele nemusejí obávat setrvat v pracovní neschopnosti, zatímco ti, kteří působí na dané pozici kratší dobu, se mohou snažit svou absenci omezovat. Nejednoznačný vliv této proměnné na výkon výdělečné činnosti v době nemoci je možné vysvětlit tím, že k tomuto chování mohou být motivováni jak pracovníci, kteří na daném pracovním místě působí kratší dobu, což bylo do jisté míry prokázáno jejich nízkou absencí, tak i pracovníci s dlouholetou praxí. Motivace obou těchto skupin je však patrně odlišná; u první skupiny je dána snahou neabsentovat a dobře se „uvést“, u druhé zmiňované skupiny jejich obtížnou nahraditelností danou získanými znalostmi a dovednostmi.

Vliv doby, kterou respondent stráví cestováním do zaměstnání a zpět, na jeho chování ve vztahu k docházce do zaměstnání v době nemoci nebyl příliš výrazný, ale odpovídal předpokladům. Delší doba dojížděky byla vyhodnocena jako faktor, který zvyšuje výskyt pracovní neschopnosti a snižuje výskyt prezentismu (tab. 83 a 84). Důvodem bude patrně skutečnost, že dojížděka může být chápána jako určitý čas nepohodlí respondenta, který ve zhoršeném zdravotním stavu není ochoten a schopen absolvovat.

Z regionálního hlediska nebylo možné na základě výsledků logistické regrese rozdělit území České republiky na kompaktnější celky s vyšším a nižším výskytem pracovní neschopnosti či prezentismu (tab. 83 a 84). Dle ukazatele průměrného podílu denně absentujících/prezentujících osob byla nepatrně vyšší úroveň pracovní neschopnosti evidována ve východní části republiky (obr. 34).

10.2.6 Vztah mezi absencí a prezencí nemocných pracovníků v zaměstnání

V následující části práce bude sledována vazba mezi dvěma variantami chování nemocného pracovníka ve vztahu k docházce do zaměstnání, tj. mezi jeho pracovní absencí a prezencí v době nemoci. Vzhledem ke zjištěním z předešlé části analýzy, v níž bylo dokázáno, že vyšší podíl absentujících osob se často vyskytoval v téže kategorii vysvětlující proměnné jako vyšší podíl osob vykonávajících výdělečnou činnost v době nemoci, bylo možné předpokládat vzájemnou korelovanost obou sledovaných jevů. Obdobné zjištění bylo učiněno z hlediska průměrného trvání a tak i v tomto ohledu bylo očekáváno, že delší doba strávená v pracovní neschopnosti bude znamenat zároveň delší dobu, po níž respondent vykonával práci navzdory nemoci.

Tab. 85 – Tabulka četností – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, Česká republika, 2010

		Výkon výdělečné činnosti v době nemoci			
		Ne	Ano	Celkem	
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Ne	Počet respondentů	387	139	526
		Očekávané četnosti	358	168	526
		Řádková procenta	73,57%	26,43%	100%
		Sloupcová procenta	60,66%	46,49%	56,14%
		Podíl z celku	41,30%	14,83%	
	Ano	Počet respondentů	251	160	411
		Očekávané četnosti	280	131	411
		Řádková procenta	61,07%	38,93%	100%
		Sloupcová procenta	39,34%	53,51%	43,86%
		Podíl z celku	26,79%	17,08%	
	Celkem	Počet respondentů	638	299	937
		Podíl z celku	68,09%	31,91%	100%

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Oba sledované ukazatele se vzájemně lišily v tom, že zatímco výskyt daného způsobu chování byl sledován u všech respondentů, tedy i u těch, u kterých se nemoc nevyskytla (tito neuvedli, že byli nepřítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů a ani, že pracovali v době

nemoci), průměrná doba trvání byla sledována jen u respondentů, kteří deklarovali, že u nich sledovaný jev nastal.

Na obě otázky týkající se přítomnosti, resp. nepřítomnosti v zaměstnání v době nemoci odpovědělo ve výběrovém šetření EWCS celkem 937 respondentů; v zaměstnání bylo ze zdravotních důvodů alespoň jeden den nepřítomno 411 dotázaných, výdělečnou činnost navzdory nemoci vykonávalo 299 osob (tab. 85). Z celkového počtu 937 dotázaných jich 387, tedy 41 %, uvedlo, že v období od února 2009 do ledna 2010 nechyběli v zaměstnání ze zdravotních důvodů a ani nepracovali v době nemoci. U zbývajících 60 % respondentů se alespoň jeden ze sledovaných způsobů chování vyskytl (tab. 85).

Přibližně 15 % z celkového počtu dotázaných, tj. 139 osob, deklarovalo, že pracovalo navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu a zároveň nebylo nepřítomno v zaměstnání ze zdravotních důvodů. Opačně, tedy setrváním v pracovní neschopnosti a současným nevykonáváním výdělečné činnosti své zdravotní problémy řešilo 27 % respondentů, tj. 251 osob. K oběma způsobům chování ve vztahu k přítomnosti v zaměstnání v průběhu roku přistoupilo 160 osob, tedy více než 17 % respondentů, kteří byli v průběhu sledovaného období jak v pracovní neschopnosti, tak pracovali v době nemoci (tab. 85).

Tab. 86 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle výskytu události, Česká republika, 2010

	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	1,000	0,133**
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,133**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

Zdroj: EWCS a výstup softwaru SAS 9.2

V souladu s výše uvedenými zjištěními a se závěry vyplývajícími ze zahraničních studií bylo chí-kvadrát testem nezávislosti zjištěno, že mezi nepřítomností v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonem výdělečné činnosti v době nemoci existuje statisticky významný vztah. Hodnota Pearsonova korelačního koeficientu činila 0,133, což značí přímou závislost; osoby, které absentovaly v zaměstnání ze zdravotních důvodů, zároveň často pracovaly v době nemoci. Vzhledem k hodnotě koeficientu je možné konstatovat, že síla vztahu byla relativně slabá (tab. 86).

Statisticky významný vztah byl zjištěn rovněž z pohledu počtu dní, po které se respondenti chovali daným způsobem – buď absentovali ze zdravotních důvodů, nebo naopak pracovali v době nemoci. Pearsonův korelační koeficient činil 0,285, což značí relativně silnou pozitivní závislost (tab. 87). Z hlediska doby trvání bylo tedy dokázáno, že čím déle trvala pracovní absence, tím vyšší počet dní v rámci sledovaného období jedinec pracoval, ačkoliv se cítil nemocný.

Tab. 87 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle počtu dní, Česká republika, 2010

	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	1,000	0,285**
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,285**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

Zdroj: EWCS a výstup softwaru SAS 9.2

10.3 Postavení České republiky v rámci Evropské unie

Šetření European Working Conditions Survey bylo provedeno mezi více než 35 tisíci respondenty pocházejících z 27 členských států Evropské unie, kteří byli v rámci terminologie EWCS označeni za zaměstnané. Stejně jako při analyzování obou alternativ chování v rámci České republiky, také na úrovni zemí Evropské unie, byl sledován podíl osob, u kterých se vyskytl alespoň jeden ze způsobů zkoumaného chování, jeho průměrná doba trvání a průměrný podíl denně absentujících/prezentujících osob.

V rámci mezinárodního porovnávání se již dříve zmíněná negativa srovnávání dat založených na subjektivním zhodnocení vlastní situace ještě prohlubují. Roli hraje určité národní či kulturní vnímání zdravotního stavu, resp. toho, kdy se člověk považuje za zdravého a kdy již za nemocného, a skutečnosti do jaké míry jsou pracovní absence či prezence považovány za vhodné a obecně přijímané řešení nemoci jedince.

10.3.1 Výskyt absence a prezence nemocných pracovníků v zaměstnání v rámci Evropské unie

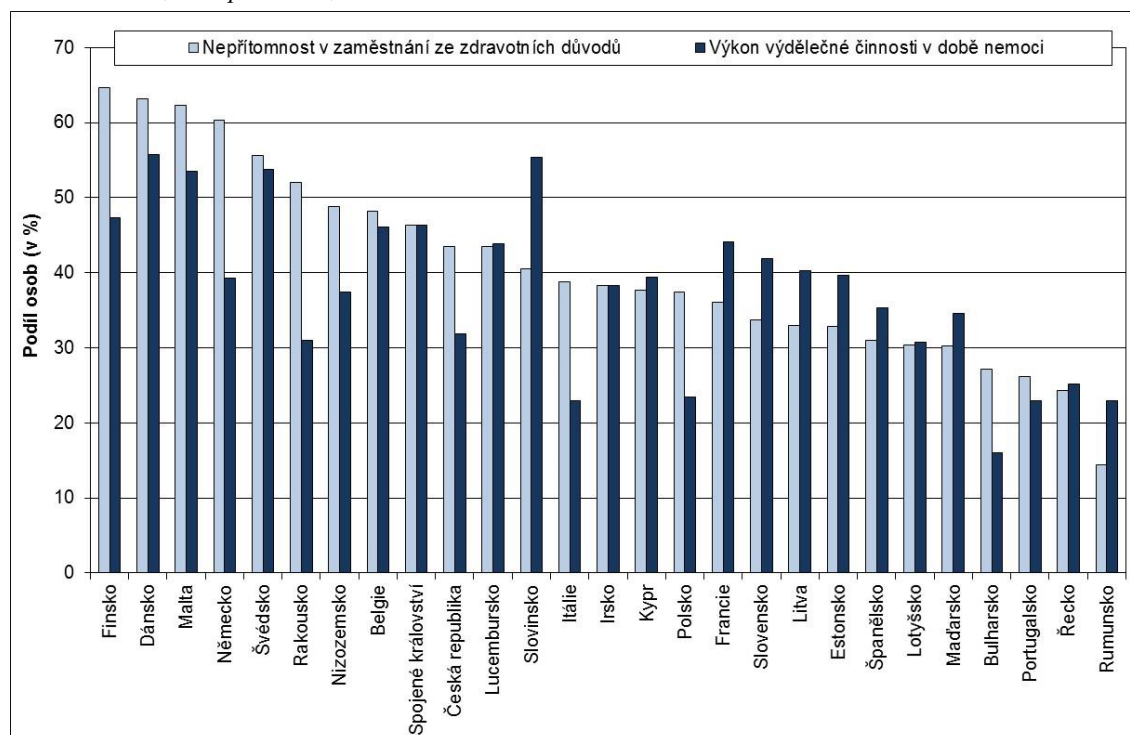
Průměrný podíl osob, které v rámci Evropské unie nebyly alespoň jeden den přítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů, dosáhl necelých 42 %; podíl osob, které pracovaly navzdory nemoci, byl nepatrně menší a činil necelých 39 %. Výrazně nadprůměrný podíl absentujících byl evidován v severských státech – Dánsku, Finsku a Švédsku, dále v Rakousku, Německu, a na Maltě. Ve zmíněných severských státech a na Maltě byl, spolu se Slovinskem a Spojeným Královstvím, zjištěn rovněž vysoký podíl osob pracujících v době nemoci (obr. 35).

Česká republika, v níž mělo zkušenost s pracovní neschopností přibližně 44 % respondentů a 32 % jich alespoň jednou pracovalo navzdory nemoci, se zařadila mezi země s nadprůměrně častým výskytem pracovní absence a s naopak výrazně podprůměrným podílem osob přítomných na pracovišti ve zhoršeném zdravotním stavu. Rozdíl mezi podílem absentujících a prezentujících v rámci České republiky činil přibližně 12 procentních bodů a výrazně převýšil rozdíl zjištěný na úrovni průměrných hodnot států Evropské unie (tab. 109 v příloze č. 12).

Přibližně v polovině států EU přesáhl podíl absentujících osob podíl osob pracujících v době nemoci; největší rozdíl ve prospěch absence byl zjištěn v Německu a Rakousku, kde dosáhl 21 procentních bodů, a dále ve Finsku a Itálii. Slovinsko, Rumunsko, Litva, Francie a Estonsko se

naopak řadily mezi státy, v nichž podíl osob přítomných v zaměstnání v době nemoci výrazně převážil zastoupení osob v pracovní neschopnosti (tab. 109 v příloze č. 12).

Obr. 35 – Výskyt (v %) nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonu výdělečné činnosti v době nemoci, Evropská unie, 2010



Pozn.: Podíl osob je vypočten jako poměr mezi počtem osob, u kterých se pracovní neschopnost, resp. prezentismus vyskytly, a celkovým počtem zaměstnaných osob v rámci daného státu EU.

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Tab. 88 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle výskytu události, Evropská unie, 2010

	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	1,000	0,182**
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,185**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

Zdroj: EWCS a výstup softwaru SAS 9.2

Mezi osobami v pracovní neschopnosti a osobami pracujícími v době nemoci byl pomocí chí-kvadrát statistiky, stejně jako v případě České republiky, zjištěn statisticky významný vztah. Hodnota Pearsonova korelačního koeficientu (tab. 88) svědčí o lineárním vztahu mezi oběma ukazateli; občané EU, kteří alespoň jeden den chyběli v zaměstnání ze zdravotních důvodů, zároveň častěji pracovali v době nemoci.

Statisticky významný vztah byl zjištěn nejen na úrovni jedinců, ale rovněž na úrovni států. Bylo zjištěno, že podíl absentujících osob v členských státech EU statisticky významně koreluje

s podílem osob přítomných v zaměstnání navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu. Pearsonův korelační koeficient dosáhl hodnoty 0,675, což značí silnou pozitivní závislost (tab. 90).

10.3.2 Doba trvání absence a prezenze nemocných pracovníků v zaměstnání v rámci Evropské unie

Průměrná doba trvání pracovní absence, na úrovni Evropské unie i jednotlivých členských států, převyšovala průměrný počet dní, po který respondenti pracovali navzdory své nemoci. Občané Evropské unie, u nichž se vyskytla pracovní neschopnost, absentovali v průměru necelých 15 dní v rámci jednoho roku; průměrná doba docházky do zaměstnání ve zhoršeném zdravotním stavu činila 8,5 dne (tab. 109 v příloze č. 12). Česká republika s hodnotami 16, resp. 9 dní, v obou případech mírně převyšovala průměrné hodnoty EU; rozdíl mezi délkou pracovní absence a prezenze v době nemoci (6 dní) však odpovídal evropskému průměru. Takřka zanedbatelný rozdíl mezi dobou trvání byl zjištěn v Řecku, kde byly naměřeny jedny z nejnižších hodnot obou sledovaných jevů v rámci EU. Nejvyšší rozdíl byl naopak evidován v Portugalsku, Polsku a Bulharsku (tab. 109 v příloze č. 12).

Tab. 89 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, dle počtu dní, Evropská unie, 2010

	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci
Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	1,000	0,269**
Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,269**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

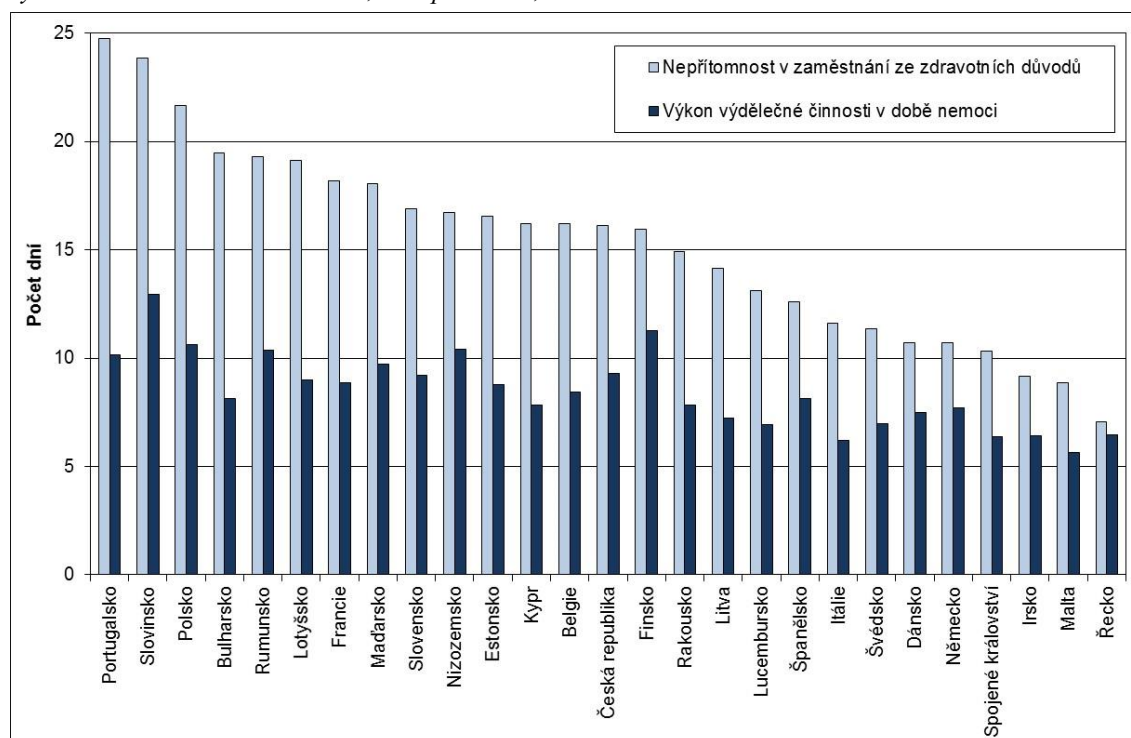
* Korelace je významná na 5% hladině.

Zdroj: EWCS, výstup softwaru SAS 9.2

Nejdelší dobu v pracovní neschopnosti strávili občané Portugalska, Slovinska a Polska, kteří zároveň, spolu s Finy, Nizozemci a Rumuny, pracovali v průměru déle v době nemoci (obr. 36). Mezi délkou obou sledovaných jevů byl na úrovni občanů Evropské unie zjištěn statisticky významný vztah. Pearsonův koeficient korelace dosáhl hodnoty 0,269 (tab. 89); platilo, že čím delší dobu v pracovní neschopnosti jedinec strávil, tím déle byl zároveň přítomen v zaměstnání v době nemoci.

Obdobně jako v případě podílu absentujících a prezentujících osob, také v případě průměrné délky daného způsobu chování na úrovni členských států byl zjištěn statisticky významný vztah. Pearsonův koeficient korelace dosáhl hodnoty 0,835, což značilo velmi silný pozitivní vztah (tab. 90); čím delší průměrná doba pracovní neschopnosti byla v rámci daného státu zjištěna, tím delší byla průměrná doba přítomnosti v zaměstnání v době nemoci.

Obr. 36 – Průměrné trvání (ve dnech) nepřítomnosti v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkonu výdělečné činnosti v době nemoci, Evropská unie, 2010



Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

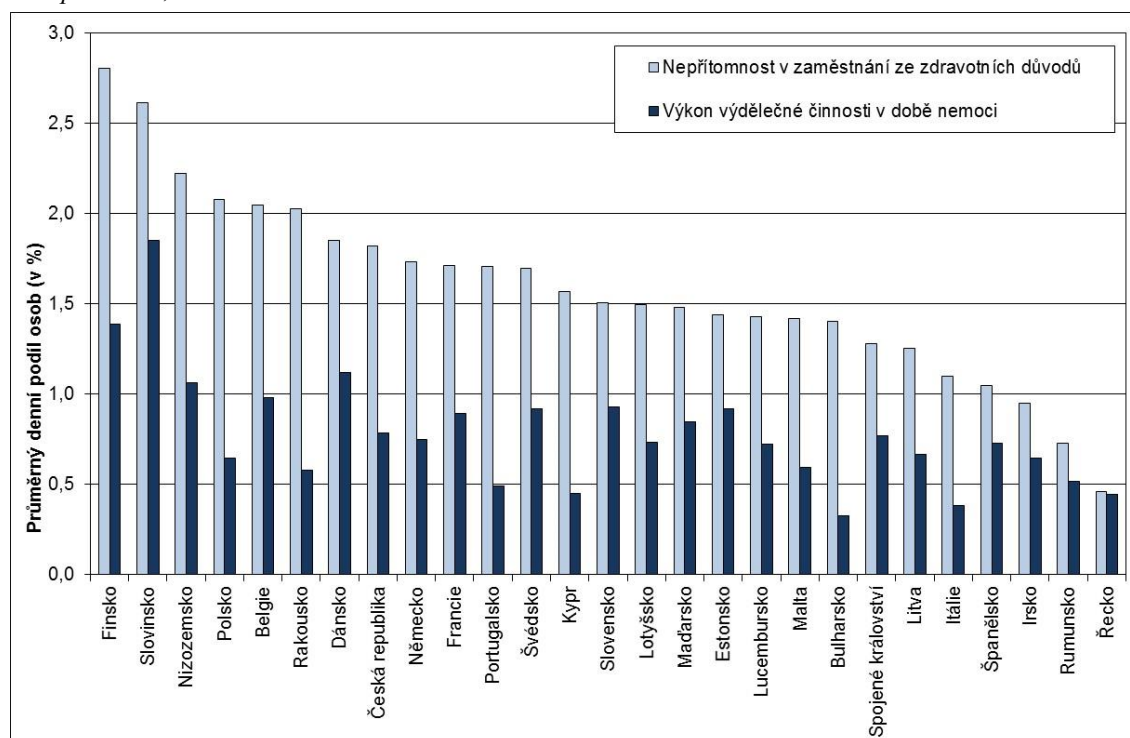
10.3.3 Podíl nemocných osob průměrně denně absentujících/prezentujících v zaměstnání v rámci Evropské unie

Průměrný podíl denně absentujících osob na úrovni Evropské unie dosáhl hodnoty 1,6 % a průměrný podíl pracovníků, kteří denně navzdory nemoci vykonávali výdělečnou činnost, činil 0,8 % (tab. 109 v příloze č. 12). Česká republika tak, s hodnotami 1,8 %, resp. 0,8 %, patřila ke státům s nadprůměrnou úrovní pracovní neschopnosti a průměrnou úrovní prezentismu.

Nejvyšší podíl osob, které nebyly průměrně denně přítomny na pracovišti z důvodu zdravotní indispozice, byl evidován ve Finsku a Slovinsku, naopak nízká úroveň sledovaného jevu byla zjištěna v Rumunsku a Řecku (obr. 37). Slovinsko a Finsko byly charakteristické nejen vysokým podílem denně absentujících osob, ale také vysokým podílem průměrně denně prezentujících osob. Stejně tak Řecko bylo státem, v němž byl rovněž zjištěn jeden z nejnižších podílů osob pracujících denně navzdory nemoci; nižších hodnot bylo dosaženo jen Bulharskem a Itálií (obr. 37).

Na úrovni států Evropské unie byl zjištěn statisticky významný vztah mezi průměrným podílem osob, které denně absentovaly v zaměstnání a osob, které pracovaly navzdory nemoci. Pearsonův korelační koeficient dosáhl hodnoty 0,707 a na 1 % hladině významnosti tak potvrdil skutečnost, že státy, v nichž byl evidován vyšší podíl osob denně nepřítomných v zaměstnání byly těmi, v nichž se nacházel také vyšší podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci (tab. 90).

Obr. 37 – Podíl osob průměrně denně absentujících/prezentujících v zaměstnání v době nemoci (v %), Evropská unie, 2010



Zdroj: EWCS a vlastní výpočty

Pearsonův koeficient korelace na úrovni států EU potvrdil statisticky významné vztahy nejen mezi stejnými ukazateli, tj. podílem osob, průměrným trváním a průměrným denním podílem osob, obou sledovaných jevů, ale rovněž i mezi různými ukazateli. Byla např. zjištěna záporná korelace mezi podílem osob, u nichž se vyskytla pracovní neschopnost a průměrným trváním této události. Pearsonův koeficient korelace dosáhl hodnoty $-0,412$ a na 5% hladině významnosti prokázal, že ve státech s vyšším podílem osob, které byly alespoň jednou nepřítomny v zaměstnání ze zdravotních důvodů, byla zjištěna průměrně kratší doba tohoto chování (tab. 90). Dle očekávání, vzhledem ke konstrukci ukazatele, byla prokázána více či méně statisticky významná korelace mezi průměrným podílem denně absentujících, resp. prezentujících osob a oběma zbývajících ukazateli (tab. 90).

Shrnutí

Na základě výše provedené analýzy bylo prokázáno, že Česká republika se úrovni pracovní neschopnosti řadí mezi evropské země s vyššími hodnotami sledovaného jevu a naopak v otázce prezentismu k zemím průměrným s či podprůměrným.

Mezi zeměmi Evropské unie byly zjištěny značné rozdíly; mezi nejvyšším (2,8 % ve Finsku) a nejnižším (0,4 % v Řecku) podílem absentujících byl rozdíl 2,3 procentního bodu, v případě prezentismu se jednalo o rozdíl 1,5 procentního bodu (1,9 % ve Slovinsku a 0,3 % v Bulharsku).

Stejně jako v případě České republiky, také na úrovni Evropské unie byla prokázána korelace mezi pracovní neschopností a prezentismem, a to jak na individuální úrovni, na niž byl sledován výskyt jevů a jejich doba trvání, tak na úrovni států, kde byl sledován podíl osob,

u nichž se dané chování vyskytlo, průměrná doba trvání a průměrný podíl osob, které denně absentovaly či prezentovaly v zaměstnání v době nemoci.

Tab. 90 – Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výdělečné činnosti v době nemoci, státy EU, 2010

		Podíl osob (výskyt)		Průměrné trvání		Průměrný denní podíl osob	
		Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci
Podíl osob (výskyt)	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	1,000	0,675**	-0,412*	-0,183	0,580**	0,413*
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,675**	1,000	-0,292	-0,069	0,405*	0,692**
Průměrné trvání	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	-0,412*	-0,292	1,000	0,835**	0,456*	0,233
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	-0,183	-0,069	0,835**	1,000	0,616**	0,585**
Průměrný denní podíl osob	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	0,580**	0,405*	0,456*	0,616**	1,000	0,707**
	Výkon výdělečné činnosti v době nemoci	0,413*	0,692**	0,233	0,585**	0,707**	1,000

Pozn. ** Korelace je významná na 1% hladině.

* Korelace je významná na 5% hladině.

Zdroj: EWCS, výstup softwaru SAS 9.2

Kapitola 11

Závěr

Předkládaná disertační práce se zabývala problematikou pracovní neschopnosti a prezentismu, tedy jevy, které byly charakterizovány jako dvě možné alternativy chování nemocného pracovníka ve vztahu k docházce do zaměstnání. Jedinec, jehož zdravotní stav je akutně zhoršen a cítí se být nemocen, se na základě řady okolností buď rozhodne svou nemoc léčit setrváním v domácím prostředí, a to nejčastěji využitím institutu pracovní neschopnosti, který mu zajišťuje určité sociální zajištění, nebo bude pokračovat v pracovní činnosti navzdory nemoci. Ani jednu z alternativ chování není možné hodnotit zcela pozitivně nebo zcela negativně.

Setrvání v pracovní neschopnosti urychluje léčbu jedince, jeho opětovné standardní zapojení do pracovního procesu a zmírňuje negativní dopad nemoci. Z hospodářského hlediska zvyšuje výdaje státu a zaměstnavatelů na výplatu finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti, snižuje produktivitu práce, koupěschopnost nemocných jedinců díky pouze částečné finanční kompenzaci ušlé mzdy a následně snižuje také hrubý domácí produkt. V souvislosti s pracovní neschopností se často hovoří o nadužívání dávek nemocenského, přičemž se předpokládá, že to jsou zejména osoby ze slabších sociálních skupin, u nichž dochází ke vzniku fiktivní pracovní neschopnosti a tím k zneužívání dávek. Potenciální pravdivosti této obecně přijímané domněnky nasvědčuje vyšší pracovní neschopnost osob s nižším příjmem, která bývá zdůvodňována menším rozdílem mezi mzdou a vyplácenou dávkou.

Prezentismus, tedy stav, kdy nemocný pracovník vykonává výdělečnou činnost navzdory nemoci nebo úrazu, oddaluje uzdravení jedince a rovněž opětovné nabytí standardní pracovní výkonnosti. Při tomto chování vznikají zaměstnavateli a potažmo také státu tzv. nepřímé náklady, kdy za nižší pracovní výkon je pracovníkovi vyplacena obvyklá mzda. Neléčení nemocí může z dlouhodobého hlediska negativně působit na pracovníkův zdravotní stav a vést ke vzniku závažnějších onemocnění, jejichž léčba je více finančně náročná. Na druhou stranu produktivita práce nemocného jedince je sice nižší než obvykle, není ale zcela nulová a proto, zejména u obtížně nahraditelného pracovníka, může být jeho přítomnost na pracovišti pro zaměstnavatele a kolegy přínosem. Dopad prezentismu na zdraví a produktivitu práce se liší dle typu onemocnění a charakteru výdělečné činnosti a proto je možné konstatovat, že ne každé takovéto chování je možné vnímat výlučně negativně.

Oba představené jevy mají nejen po obsahové, ale také po formální stránce odlišný charakter. Pracovní neschopnost je termín ukotvený v zákonech České republiky, které přesně definují, co se pracovní neschopností rozumí, které náležitosti musejí být splněny pro její vznik a kdy je ukončena. Pracovní neschopnost je na celostátní úrovni evidována dvěma institucemi a na základě takto získaných dat je možné konstatovat, že dočasně práce neschopné osoby splnily zákonem stanovené podmínky a zdravotní indispozice byla potvrzena rozhodnutím

lékaře. Při sledování pracovní neschopnosti na základě dat z výběrových šetření již nemusí být splněny zákonem stanovené podmínky a vychází se ze sdělení respondenta, že po určité období nevykonával výdělečnou činnost z důvodu akutně zhoršeného zdraví. Výhodou výběrových šetření může být skutečnost, že respondent sám zhodnotil svou situaci a uvedl, že nevykonával výdělečnou činnost z důvodu nemoci, ačkoliv dle evidence se nemuselo jednat o pracovní neschopnost buď proto, že jedinec nesplnil zákonné podmínky pro její vznik nebo např. proto, že na léčbu onemocnění čerpal řádnou dovolenou. Data z výběrových šetření tedy poskytují spíše informace o existenci nemoci či úrazu respondentů, které zapříčinily pracovní absenci, bez ohledu na definici pracovní neschopnosti stanovenou zákonem. Nevýhodou výběrových šetření může být skutečnost, že není vždy zcela jasné, jaký reálný obsah dali respondenti jednotlivým variantám odpovědí a zda tedy nedošlo k systematickému zkreslování.

Prezentismus je čistě teoretický koncept, jehož předmět není zcela přesně definován a údaje o výskytu tohoto jevu jsou zjišťovány výlučně formou výběrových šetření. V obecném vymezení se jedná o chování, kdy jedinec navzdory své nemoci či úrazu pokračuje ve výkonu výdělečné činnosti. Někteří autoři k této obecné definici dodávají, že nemocný jedinec vykonává výdělečnou činnost, ačkoliv by raději zůstal doma a léčil se, čímž stanovují určitou subjektivně vnímanou závažnost zdravotního omezení. Právě závažnost nemoci je jednou z hlavních polemických otázek v problematice prezentismu – není jasné, zda každé vykonávání výdělečné činnosti, v třeba jen mírně zhoršeném zdravotním stavu je možné označit jako prezentismus, anebo zda je takto chápána pouze práce při výskytu výrazných zdravotních obtíží. Navíc i samotné hodnocení závažnosti zdravotních obtíží je ze značné části výsledkem subjektivního pocitu respondenta; v jakém okamžiku považuje sám sebe za nemocného a kde je hranice mezi málo a více závažnou nemocí. Druhou polemickou otázkou je četnost práce v době nemoci a popř. její opakovatelnost. Není přesně stanoveno, zda i jednodenní přítomnost nemocného pracovníka v zaměstnání je považována za prezentismus, nebo zda je nutné, aby toto chování trvalo delší dobu, popř. se v čase opakovalo. Prezentismus v sobě tedy obsahuje značnou míru subjektivity, která spolu s nejednoznačným chápáním obsahu tohoto pojmu znesnadňuje jeho sledování a analýzu.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem a odlišné úrovni poznání byla oběma sledovaným jevům v rámci předkládané práce věnována rozdílná pozornost. Práce byla nepřímou rozdělena na dvě části; první rozsáhlejší část se věnovala pracovní neschopnosti, druhá část se zabývala prezentismem a v závěru bylo provedeno srovnání obou sledovaných alternativ chování.

V úvodních kapitolách byla popsána metodika a použité zdroje dat. Dále byla představena legislativní opatření, která působila zejména na výši nemocenských dávek a tím ovlivňovala úroveň pracovní neschopnosti. Na konkrétních příkladech byl předveden výpočet finanční kompenzace ušlé mzdy v době pracovní neschopnosti v různých letech, z nichž byl patrný vývoj směrem ke snižujícímu se sociálnímu zaopatření nemocných jedinců. Byla rovněž diskutována problematika poměru solidarity a ekvivalence v systému nemocenského pojištění v České republice, přičemž systém byl zhodnocen jako značně solidární.

V další části práce byly nastíněny možnosti ovlivňování výskytu pracovní neschopnosti, a to jak z hlediska preventivního působení, tak následných sankcí uplatněných při zneužívání dávek.

V rámci snah o snížení pracovní neschopnosti byla představena vládní opatření spočívající v již zmíněném poklesu výše dávek nemocenského a zpřísnění podmínek nároku na tyto dávky. Na základě zahraničních zkušeností podnikového managementu byly dále představeny komplexně pojímané firemní koncepce přijímané za účelem snížení pracovní neschopnosti. Součástí těchto koncepcí byla jak pozitivní, tak negativní motivace pracovníka k nízké pracovní absenci, zakomponovány byly rovněž prvky podporující zdravý životní styl a sladování pracovní a rodinné politiky.

Čtenář byl dále seznámen s možnostmi kontrol osob v pracovní neschopnosti a určitými nápravnými opatřeními, ke kterým je přístupováno v případě, že došlo k porušení lékařem stanoveného léčebného režimu. Analýzou počtu případů pracovní neschopnosti, provedených kontrol, prokázaných porušení režimu a udělených finančních postihů však bylo zjištěno, že mezi těmito ukazateli neexistuje žádný vztah; tedy že např. vyšší počet kontrol nebo udělených finančních postihů nevede ani ke snížení počtu případů pracovní neschopnosti, ani ke snížení počtu porušení stanoveného režimu dočasně práceneschopnými občany. Tyto kontroly byly charakterizovány jako neefektivní, bez preventivního, ale rovněž téměř bez represivního dopadu. Na druhou stranu je však nutné konstatovat, že veřejnost neznala statistických údajů, svědčících o malém podílu zkontrolovaných případů pracovní neschopnosti a nízkém podílu případů, u nichž bylo skutečně prokázáno porušení a bylo následně přistoupeno k finančnímu postihu, bude pravděpodobně stanovený režim porušovat méně často, než kdyby žádné kontroly prováděny nebyly.

Kapitola šestá sloužila jako vstupní kapitola do analytické části práce a seznamovala čtenáře s úrovní pracovní neschopnosti v České republice. V kontextu legislativních změn, ke kterým došlo po roce 1990, byl popsán vývoj nejčastěji používaných absolutních i relativních ukazatelů pracovní neschopnosti. V průběhu celého sledovaného období se počet případů pracovní neschopnosti přepočtený na 100 nemocensky pojištěných osob vyvíjel zrcadlově k průměrnému trvání jednoho případu. Zatímco počet případů trvale klesal, počet dní, který pojištěnci průměrně strávili v pracovní neschopnosti, zejména díky poklesu krátkodobých onemocnění, narůstal. V posledním sledovaném roce, tj. roce 2010, připadlo na 100 nemocensky pojištěných přibližně 30 případů pracovní neschopnosti a jeden případ trval průměrně 45 dní. Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti nebyl po celé sledované období tak jednoznačný, jako vývoj předešlých dvou ukazatelů. Do roku 2003 se podíl průměrně denně absentujících pojištěnců zvyšoval, poté začalo docházet k poklesu, který byl urychlen aplikováním nového zákona o nemocenském pojištění od 1. 1. 2009. V roce 2010 nebylo průměrně denně přítomno na pracovišti 3,8 % pojištěnců, což bylo nejméně za celé sledované období.

V následující kapitole bylo sledováno rozložení pracovní neschopnosti v rámci krajů a okresů České republiky a s využitím metody shlukové analýzy byla vytvořena typologie studovaného jevu v letech 1992, 2001 a 2010. Mezi okresy s dlouhodobě vyšší úrovní pracovní neschopnosti byly zařazeny oblasti nacházející se na východní hranici České republiky, tj. hranici se Slovenskem. Nadprůměrně vysoký podíl absentujících byl rovněž zjištěn na Šumavě a v jejím podhůří. Střední Čechy a Praha naopak patřily k oblastem s nižší úrovní sledovaného jevu. Dále byla potvrzena korelace hodnot měřená na úrovni okresů mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti, jakožto komplexním ukazatelem sledovaného

jevu, a dvěma zbývajícími základními ukazateli, tj. počtem případů přepočteným na 100 nemocensky pojištěných osob a průměrným trváním jednoho případu. Zároveň je možné konstatovat, že v průběhu sledovaného období se pořadí okresů dle hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti výrazně neměnilo, změny regionálního obrazu probíhaly postupně, bez výraznějších zlomů.

Analýze pracovní neschopnosti na základě dat Výběrového šetření pracovních sil z let 2002 až 2008 byla věnována osmá kapitola. Pomocí popisných statistik a vícerozměrné analýzy byl sledován vliv jednotlivých demografických a socioekonomických charakteristik pracovníka na výskyt pracovní absence v průběhu referenčního týdne. Bylo mj. zjištěno, že ženy setrvaly v průběhu referenčního týdne v pracovní neschopnosti 1,6krát častěji než muži. Z výsledků logistické regrese bylo dále možné vyčíst, že s rostoucím věkem se zvyšovala šance pracovníka absentovat v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti a tato šance naopak klesala se zvyšujícím se stupněm vzdělání. Významným prediktorem sledovaného jevu byla stanovena rovněž skutečnost, zda respondent hledal nové uplatnění na trhu práce. V souladu s očekáváním bylo potvrzeno, že osoby hledající nové zaměstnání absentovaly častěji než ty, které měly v plánu na stávající pracovní pozici setrvat.

S dosavadními poznatky týkajícími se problematiky prezentismu, a to jak z hlediska faktorů ovlivňujících výskyt tohoto chování, tak z pohledu jeho dopadů na fungování společnosti v širším pojetí, byli čtenáři seznámeni v deváté kapitole. Zmíněna byla rovněž otázka malého zájmu o tuto problematiku a nízkého počtu dosud realizovaných výzkumů, což znesnadňuje zobecnění výsledků a vytvoření relevantních teoretických přístupů. Na základě dosavadních, teoretických poznatků bylo v této kapitole rovněž provedeno srovnání pracovní neschopnosti a prezentismu. Bylo konstatováno, že hlavním prediktorem výskytu obou jevů je zdravotní stav pracovníka, jehož horší úroveň zvyšuje jak pracovní absenci, tak prezenci nemocných pracovníků v zaměstnání. Dle dosud publikovaných výzkumů měla velká část demografických a socioekonomických charakteristik pracovníků na výskyt obou jevů stejný vliv; úroveň makroekonomických ukazatelů působila opačně.

V předposlední, desáté, kapitole byly dosavadní teoretické poznatky aplikovány při analýze obou studovaných jevů na základě dat z Evropského výzkumu pracovních podmínek z roku 2010. Pozornost byla věnována sledování vlivu konkrétních faktorů na pracovní absenci a prezenci nemocných pracovníků v České republice. Výsledky analýzy se do značné míry shodovaly se závěry jiných studií věnujících se jedné nebo oběma formám chování, přesto však byly v některých případech zjištěny rozdíly, a to např. v otázce vykonávání výdělečné činnosti nemocnými pracovníky dle věku. Z hlediska vztahu mezi pracovní neschopností a prezentismu bylo prokázáno, že jedinci, kteří nebyli alespoň jeden den přítomni v zaměstnání ze zdravotních důvodů, byli titíž, kteří alespoň jednou pracovali navzdory své nemoci. Stejně zjištění bylo učiněno z hlediska doby trvání; čím delší dobu jedinci strávili v pracovní neschopnosti, tím vyšší počet dní vykonávali výdělečnou činnost navzdory nemoci.

Závěry analýzy pracovní neschopnosti a prezentismu, stejně jako závěry předešlých studií, tedy podporují hypotézu o tom, že hlavním hybatelem výskytu obou jevů je zdravotní stav, resp. výskyt nemoci či úrazu. Osoby s horším zdravotním stavem jsou následně častěji nepřítomné v zaměstnání ze zdravotních důvodů, ale zároveň častěji pracují i v době nemoci. Nerovnost

v distribuci zdraví v rámci společnosti je obecně známou skutečností; osoby s nižším vzděláním a nižšími příjmy jsou zpravidla těmi, které se vyznačují rovněž horším zdravotním stavem a to zejména proto, že pomalu a neochotně přijímají nové vzorce chování ovlivňujících jejich zdraví. Obecně přijímaný předpoklad, že osoby s nižším sociálním statutem, u nichž byla na základě statistické evidence prokázána vyšší úroveň pracovní neschopnosti, setrvávají v pracovní neschopnosti pouze fiktivně, s cílem zneužít nemocenské dávky, není možné na základě výše uvedeného potvrdit. Při platnosti této hypotézy by úroveň prezentismu sociálně slabších osob v zaměstnání v době jejich nemoci byla nízká, což se neprokázalo.

V závěru kapitoly byla úroveň obou jevů v České republice zasazena do evropského kontextu a porovnána s ostatními členskými státy Evropské unie. Pracovní neschopnost v České republice byla vyhodnocena jako nadprůměrná, úroveň prezentismu spíše průměrná.

Předkládaná disertační práce může sloužit jako jeden z podkladů při hodnocení aplikování zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2009 a s ním souvisejících změn zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, a celkového nastavení systému sociálního zabezpečení v České republice.

Od ledna 2009 začala být finanční kompenzace ušlé mzdy na počátku dočasné pracovní neschopnosti vyplácena zaměstnavatelem, přičemž v prvních 3 dnech, resp. v prvních 24 neodpracovaných hodinách z rozvržených směn, se náhrada mzdy nevyplácela a byla aplikována tzv. karenční doba. Náhrada mzdy poskytovaná zaměstnavatelem byla vyplácena jen za pracovní dny, zatímco na nemocenské poskytované ze systému nemocenského pojištění měl dočasně práceneschopný pojištěnec nárok od 15., resp. 22. dne trvání za každý kalendářní den. Tyto změny, spolu se zrušením progresivního zvyšování dávky nemocenského úměrně době trvání pracovní neschopnosti, snížily finanční kompenzaci, která byla pojištěnci poskytována v rámci sociálního zabezpečení.

Nižší sociální zajištění v průběhu trvání dočasné pracovní neschopnosti, které se projevilo zejména na jejím počátku, bylo patrně jednou z hlavních příčin snížení průměrného podílu osob, které nebyly denně přítomny v práci z důvodu pracovní neschopnosti. Snížení úrovně pracovní neschopnosti, společně s přenesením části finanční kompenzace ušlé mzdy zaměstnance ze státu na zaměstnavatele a snížením denní výše dávek, vedlo k poklesu výdajů státního rozpočtu. V roce 2009 bylo na nemocenské vyplaceno přes 18,2 miliard korun, v roce 2013 jen 12,1 miliard korun (ČSSZ, 2013b). Značné úspory, kterých bylo dosaženo, svědčí o efektivitě přijatých opatření a pokles počtu případů pracovní neschopnosti je, dle řady odborníků, důkazem snížení fiktivní pracovní neschopnosti a zneužívání dávek. Vzhledem k neexistenci relevantních údajů zůstává otázkou, jakým způsobem se snížení pracovní neschopnosti promítlo do úrovně prezentismu. Zůstal-li podíl osob průměrně denně pracujících v nemoci stejný, legislativní opatření skutečně vedla k odstranění fiktivní nemocnosti, došlo-li však k nárůstu počtu těchto osob, bylo by možné předpokládat, že ke snížení pracovní neschopnosti došlo na úkor nárůstu prezentismu, jak naznačovali již Böckerman a Laukkanen (2008).

Jak již bylo zmíněno výše, problematika absence a prezence nemocných pracovníků v zaměstnání, není jen otázkou snížení výdajů při poklesu úrovně pracovní neschopnosti, ale dotýká se samotné produktivity práce a vytváření hrubého domácího produktu. Bylo by možné konstatovat, že jestliže se snížila úroveň pracovní neschopnosti, produktivita práce relativně

vzrostla, neboť nebyla v takové míře snižována nepřítomností nemocných pracovníků v zaměstnání. Došlo-li však k tomu, že pokles pracovní neschopnosti znamenal nárůst prezentismu, bylo by možné toto tvrzení relativně snadno zpochybnit. Produktivita práce nemocného jedince vykonávajícího výdělečnou činnost sice není zcela nulová, jako by tomu bylo v případě jeho absence, ale jeho přítomnost na pracovišti může mít dalekosáhlejší dopad. Neléčená nemoc trvá zpravidla déle než nemoc léčená a proto nemocný jedinec pracuje méně efektivně po delší dobu, než by tomu bylo, kdyby dočasně setrval v pracovní neschopnosti. Přítomnost nemocného v zaměstnání může negativně působit rovněž na jeho kolegy, kteří se jednak mohou snažit nemocné osobě vyhybat, aby se nenakazili, anebo mohou být nemocným jedincem nakaženi a buď odejít do pracovní neschopnosti, nebo pracovat navzdory nemoci. Oba způsoby reakce mohou vést k poklesu produktivity širšího pracovního kolektivu. Produktivita práce nemocného jedince může být navíc snížena nejen jeho zdravotním stavem, ale i horší náladou vyvolanou skutečností, že by raději zůstal doma a léčil se, ale z finančních nebo jiných důvodů cítí povinnost být přítomen v zaměstnání.

Pro budoucí vývoj v oblasti sociálního zabezpečení, zejména nemocenského pojištění, je nutné si uvědomit, že určitá míra nemocnosti je nevyhnutelná (o její přirozenosti svědčí mj. rozdílný výskyt v průběhu roku v reakci na vnější klimatické podmínky) a stejně tak nevyhnutelný je výskyt pracovní neschopnosti, v situaci, kdy je tento institut součástí právního systému České republiky. Úroveň pracovní neschopnosti se liší dle řady charakteristik jedince a typu výdělečné činnosti. Osobám pocházejícím z nižších sociálních skupin je zpravidla přisuzován horší zdravotní stav, který vede k častějšímu výskytu nemoci a následně využívání pracovní neschopnosti. Z hlediska určitého přerozdělování v rámci systému nemocenského pojištění bylo některými autory (např. Krebs a kol., 2009) upozorněno na skutečnost, že ze systému nemocenského pojištění čerpají nejvíce ti, kteří do něj nejméně přispívají a bylo uvažováno o nahrazení tohoto velmi solidárního přístupu, přístupem více zohledňujícím jak úroveň pracovní neschopnosti, tak výši příspěvků do systému, tzn. principem ekvivalence (zásluhovosti). Ke snížení podílu solidarity v systému nemocenského pojištění z hlediska výše příspěvků již došlo, a to od 1. 1. 2009 nabytím účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, který oproti předešlému období zvýšil, resp. méně redukoval, dávky pro osoby s nadprůměrnými příjmy, tj. osoby, které v absolutním vyjádření přispívají do systému nejvíce. Krebs (2009) navrhl, aby, v rámci snížení principu solidarity, bylo pro osoby s častějším výskytem nemoci či úrazu zavedeno vyšší pojistné. V praxi by to znamenalo, že starší osoby a osoby s nižšími příjmy by do státní pokladny odváděly více, než mladší a lépe situovaní jedinci. S tímto návrhem autorka práce nesouhlasí a to nejen z důvodu určité úrovně sociálního citění, ale také z obavy o následné pracovní uplatnění těchto osob, které by se pro zaměstnavatele staly nákladnějšími.

Budoucí vývoj pracovní neschopnosti a prezentismu a jejich důsledky jsou ovlivněny také demografickým stárnutím, ke kterému v České republice a jinde ve světě dochází. Demografické stárnutí povede mj. ke zvýšení poptávky po zdravotních službách a snížení podílu pracujících osob, z jejichž daní je zdravotnický a sociální systém dotován. V rámci vypořádávání se s touto situací je diskutována otázka zvýšení zaměstnanosti, a to zejména starších osob a žen, jejichž zaměstnanost je pod svým potenciálem (Dolejší, 2008). Obě

uvedené skupiny osob jsou však charakteristické vyšší úrovní pracovní neschopnosti i prezentismu a při jejich rozsáhlejší participaci na pracovním trhu bude docházet k nárůstu přímých i nepřímých výdajů státu a zaměstnavatelů. Posunutí věku nároku na starobní důchod s cílem udržet starší osoby déle ekonomicky aktivní tak bude vyžadovat nejen zajištění jejich dalšího průběžného vzdělávání, ale rovněž přijetí opatření, která budou pozitivně působit na zdravotní stav. V opačném případě se zvýšení zaměstnanosti starších osob může jevit jako nereálné nebo, vzhledem k jejich vyšší nemocnosti, ne zcela efektivní.

Stejně, jako je nevyhnutelný výskyt samotné pracovní neschopnosti, je pravděpodobně nevyhnutelný výskyt také fiktivní pracovní neschopnosti a to i navzdory tomu, že byla přijata řada opatření s cílem zamezit zneužívání dávek. Nový zákon o nemocenském pojištění zpřísnil podmínky pro vznik nároku na dávky nemocenského pojištění a zároveň byla přijata taková opatření, která určitým způsobem omezovala ošetřující lékaře při potvrzování dočasné pracovní neschopnosti (zdravotními pojišťovkami začal být namátkově sledován počet dočasných pracovních neschopností vystavených daným lékařem a doba jejich trvání). Předpokládat, že fiktivní pracovní neschopnost a tudíž zneužívání dávek nemocenského se týká zejména těch skupin osob, které jsou charakteristické vyšším výskytem pracovní neschopnosti, by však byl velmi zjednodušující pohled.

Na základě výše uvedeného je patrné, že problematikou pracovní neschopnosti není možné se zabývat izolovaně od problematiky prezentismu. Jak již bylo mnohokrát řečeno, jedná se o dva možné způsoby řešení zdravotní indispozice pracovníka ve vztahu k docházce do zaměstnání, jejichž míra současného poznání se velmi liší. Namísto pokračujícího omezování dávek, které sice snižují pracovní absenci a tím, možná jen zdánlivě, šetří peníze ve státním rozpočtu, by bylo vhodné zaměřit se komplexně na otázku zdravotního stavu pracovníků, a to formou vhodných preventivních programů podporujících zdravý životní styl. Zatímco dobrý zdravotní stav populace znamená, dříve nebo později, nízkou úroveň pracovní neschopnosti, opačně toto neplatí. Nízká úroveň pracovní neschopnosti může buď znamenat dobrý zdravotní stav populace, nebo špatný zdravotní stav populace s vysokou úrovní prezentismu.

Seznam použité literatury

- AKTISPOL. 2012. *Aktivní prevence pracovní neschopnosti* [online]. 2012 [cit. 2013-10-20].
Dostupný z WWW: <http://aktispol.cz/>
- ARONSSON, G. et al. 2000. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2000, vol. 54, no. 7, pp. 502–509. Dostupný také z WWW: <http://jech.bmj.com/content/54/7/502.abstract>. ISSN 1470-2738.
- ARONSSON, G.; GUSTAFSSON, K. 2005. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2005, vol 47, no. 9, pp. 958–966. Dostupný také z WWW: <http://www.choixdecarriere.com/pdf/6573/2010/AronssonGustafsson2005.pdf>. ISSN 1536-5948.
- BARTOŇOVÁ, D.; NÝVLT, O. 2009. Ženy a muži v rodinných domácnostech v České republice v letech 2001–2008. In: *Sborník příspěvků XXXIX. konference České demografické společnosti*. Praha: Český statistický úřad, 2010. s. 30–41. ISSN 0011-8265.
- BERGENDORFF, S. 2003. Sickness absence in Europe - a comparative study. 4th *International Research Conference on Social Security*. Antwerp, 5-7 May 2003. Dostupný z WWW: <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>
- BESSELING, J.; SONNEVELD, H. 2008. *Impact of divorce on absenteeism levels* [online]. July 2008 [cit. 2009-03-17]. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2008/02/NL0802069L.htm#contentpage>
- BNET. 2007. *Reducing and Management Workplace Absenteeism* [online]. 2007 [cit. 2010-01-29]. Dostupný z WWW: <http://www.scribd.com/doc/92430/SG-KE-BNET-Reducing-and-Managing-Workplace-Absenteeism>
- BONATO, L.; LUSINYAN, L. 2007. Work absence in Europe. *International Monetary Fund Staff Papers*. 2007, vol. 54, no. 3. Dostupný také z WWW: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2004/wp04193.pdf>
- BÖCKERMAN, P.; LAUKKANEN, E. 2008. *What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of union members* [online]. Munich Personal RePEc Archive. 2008,

aktualizováno dne: 3. srpna 2011 [cit. 2011-08-19]. Dostupné z WWW: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/10556/>

BÖCKERMAN, P.; LAUKKANEN, E. 2009a. *Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern differ by a respondent's health?* Munich Personal RePEc Archive [online]. 2009, paper no. 17067. Aktualizováno dne: 11. září 2009 [cit. 2011-08-10]. Dostupný z WWW: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/17067/>

BÖCKERMAN, P.; LAUKKANEN, E. 2009b. Presenteeism in Finland: determinants by gender and the sector of economy. *Ege Academic Review*. 2009, vol. 9, no. 3, pp. 1007–1016. Dostupný také z WWW: <http://ideas.repec.org/s/ege/journal.html>

BURIÁNEK, J. 2004/2005. *Metody a techniky sociologického výzkumu I a II* (soubor přednášek). Praha: FF UK. ZS a LS 2004/2005.

BUSINESSINFO. *Jak pracovat se Sbirkou zákonů* [online]. 2004 [cit. 2013-10-09]. Dostupný z WWW: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/jak-pracovat-se-sbirkou-zakonu-4914.html>.

CAVERLEY, N. et al. 2007. Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*. 2007, vol. 44, no. 2, pp. 304–319. Dostupný také z WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6486.2007.00690.x/abstract>. ISSN 0022-2380

CIELEPOVÁ, G. 2008. *Porovnání k skupin pozorování*. Olomouc. 2008. 71 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Přírodovědecká fakulta. Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky.

CONFEDERATION OF SWEDISH ENTERPRISE. 2006. *Reduce the level of sickness absence!* [online]. 2006 [cit. 2010-01-30]. Dostupný z WWW: http://www.svensktnaringsliv.se/english/themesheets/reduce-the-level-of-sickness-absence_16665.html

ČESKO. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Praha: Nakladatelství Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-709-9.

ČSSZ. 2009a. *Nemocenské pojištění* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2009 [cit. 2009-03-06]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/>

ČSSZ. 2009b. *Lékařská posudková služba* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2009 [cit. 2009-12-21]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>

- ČSSZ. 2010a. *Dávky nemocenského pojištění* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2010 [cit. 2011-02-13]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/>
- ČSSZ. 2010b. *Informace o nemocenském pojištění v roce 2009* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2010 [cit. 2010-05-07]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/poskytovani-nemocenskeho-od-1-1-2009.htm>
- ČSSZ. 2010c. *Nemocenská statistika 2010* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2010 [cit. 2012-05-24]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/>
- ČSSZ. 2013a. *Pojistné na sociální zabezpečení* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2013 [cit. 2013-10-08]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/>
- ČSSZ. 2013b. *Nemocenská statistika 2013* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení 2013 [cit. 2014-05-05]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/nemocenska-statistika-2013.htm>
- ČSÚ. 2005. *Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1990–2003* [online]. Praha: Český statistický úřad 2005 [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/1127-05>
- ČSÚ. 2007. *Pokyny pro tazatele a krajské garanty pro rok 2008*. Výběrové šetření pracovních sil. Praha: Český statistický úřad, 2007.
- ČSÚ. 2010a. *Základní metodické přístupy. Zaměstnanost a nezaměstnanost v ČR podle výsledků výběrového šetření pracovních sil za 4. čtvrtletí 2009* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne 13. 4. 2010. [cit. 2012-06-15]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3101-09>
- ČSÚ. 2010b. *Metodické popisy ukazatelů VŠPS. Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne 10. 5. 2010. [cit. 2012-06-15]. Dostupný z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zam_vsps
- ČSÚ. 2010c. *Nem Úr 1-02. Výkaz o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz*.

- ČSÚ. 2011a. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2010* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne: 10. 8. 2011. [cit. 2013-10-18]. Dostupný z WWW: http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/3305-10-2_pololeti_2010
- ČSÚ. 2012a. *Klasifikace a číselníky* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne: 11. 1. 2012. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/uvod_k_kzam
- ČSÚ. 2012b. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 1. pololetí 2012* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne: 13. 12. 2012. [cit. 2013-02-21]. Dostupný z <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3305-12>
- ČSÚ. 2012c. *Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v letech 2004 až 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad. Aktualizováno dne: 13. 10. 2011. [cit. 2013-10-18]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/1127-12>
- DEMEROUTI, E. et al. 2009. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*. 2009, vol. 14, no. 1, pp. 50–68. Dostupný také z WWW: www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm. ISSN 1362-0436.
- DEW, K. et al. 2005. 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*. 2005, vol. 60, no 10, pp. 2273–2282. Dostupný také z WWW: www.elsevier.com/locate/socscimed. ISSN 0277-9536.
- DEW, K.; TAUPO, T. 2009. The moral regulation of the workplace: presenteeism and public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009, vol. 31 no. 7., pp. 994–1010. Dostupný také z WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2009.01169.x/abstract>. ISSN 0141–9889.
- DLOUHÁ, M. 2009. *Dovolená – sociologické a pracovněprávní aspekty*. Brno. 2009. 65 s. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení. Dostupné také z WWW: http://is.muni.cz/th/162923/pravf_m/?id=127762
- DOLEJŠÍ, P. 2008. Teorie stárnutí populace a trh práce. *Fórum sociální politiky*. 2008, č. 6, s. 2–7. Dostupné také z WWW: http://www.vupsv.cz/sites/File/forum_socialni_politiky/Casopis_FSP_6_2008.pdf
- ENTREPRENEUR. 2001. *Managing absenteeism* [online]. 2001. [cit. 2010-02-05]. Dostupný z WWW: <http://www.entrepreneur.com/tradejournals/article/print/100012312.html>

- EUROFOUND. 2010. *European Working Conditions Survey* [online]. 2010. Aktualizováno dne: 9. 12. 2013. [cit. 2014-02-04]. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/ewcs/2010/index.htm>
- FENCLOVÁ, J. 3. cvičení 4ST201. Míry variability. Dostupné z WWW: <http://www.jana-fenclova.php5.cz/files/4st201s10cv03.pdf>
- GOBYOVÁ, J. 2009. *Analýza pracovní neschopnosti*. Praha. 2009. 103 s. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie.
- GOBYOVÁ, J. 2010. Trendy dočasné pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let. *Demografie*. 2010, roč. 52, č. 4, s. 249–257. ISSN 0011-8265.
- GOBYOVÁ, J. 2011: Dočasná pracovní neschopnost versus přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání. In: *Sborník příspěvků z konference RELIK 2011 (Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti)*, Katedra demografie Fakulty informatiky a statistiky VŠE v Praze. ISBN 978-80-86175-75-1.
- GOETZEL, R. Z. et al. 2004. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting u.s. employers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2004, vol. 46, no. 4, pp. 398–412. Dostupný také z WWW: http://crywolfproject.org/sites/default/files/Presenteeism_Cornell_Study.pdf. ISSN 1536-5948.
- HANSEN, C. D.; ANDERSEN, J. H. 2008. Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*. 2008, vol. 67, pp. 956–964. Dostupný také z WWW: <http://www.choixdecARRIERE.com/pdf/6573/2010/HansenAndersen2008.pdf>. ISSN 0277-9536.
- HEMP, P. 2004. Presenteeism: at work – but out of it. *Harvard Business Review* [online]. 2004. [cit. 2011-06-22]. Dostupný z WWW: <http://www.ihpm.org/pdf/HBR%20Presenteeism.pdf>.
- HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1.vyd. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- HESSELIUS, P. 2006. *Work absence and social security in Sweden*. Institute for Labour Market Evaluation and Department of Economics, Uppsala University. 2006. Dostupný z WWW: http://www.sns.se/document/nber2_ph.pdf
- HLÚBIK, P. a kol. 2009. Obezita. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP* [online]. [cit. 2011-11-07].

Dostupný z WWW: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4771/Version1/obezita-2009.pdf.
ISBN 9788086998312.

- IHNED 2004. *Moderní řízení. Absentismus a prezentismus* [online]. Publikováno dne 12. července 2004. [cit. 2014-1-29]. Dostupný z WWW: <http://modernirizeni.ihned.cz/c1-14608820-absentismus-a-prezentismus>
- INVESTNET 2013. *Podvody s nemocenskou: Jak podvádějí lékaři a firmy* [online]. Publikováno dne 8. listopadu 2013. [cit. 2013-11-19] Dostupný z WWW: <http://www.investnet.cz/pojisteni/podvody-s-nemocenskou-jak-podvadeji-lekari-a-firmy.html>
- KIVIMÄKI, M. et al. 2005. Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*. 2005, vol. 95, no. 1, pp. 98–102. Dostupný z WWW: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/1/98.pdf>. ISSN 1541-0048
- KLESLA, A. 2007. Pracovní neschopnost – faktor omezující produktivitu práce. *Portál Demografie.info* [online]. Demografické informační centrum, 2007 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=512
- KLESLA, A. 2010. Důsledky zdravotní reformy pro pracovní neschopnost v roce 2009. In VALENČÍK, R.: *Lidský kapitál a investice do vzdělání*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o.p.s., 2010. ISBN 978-80-7408-043-2.
- KLESLA, A. 2011. Trendy pracovní neschopnosti jako východisko ke stanovení priorit programů podpory zdraví na pracovišti (WHP). In: *Sborník příspěvků z konference RELIK 2011 (Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti)*, Katedra demografie Fakulty informatiky a statistiky VŠE v Praze. ISBN 978-80-86175-75-1.
- KONTROLA NEMOCNÝCH. 2011. *Kontrola dočasně práce neschopných* [online]. 2011. [cit. 2013-10-23]. Dostupný z WWW: http://kontrolanemocnych.eu/?page_id=43
- KONTROLA-NESCHOPENEK 2012. *Kontrola nemocných zaměstnanců* [online]. 2012. [cit. 2013-10-22]. Dostupný z WWW: <http://www.kontrola-neschopenek.cz/>
- KOOPMAN, C. et al. 2002. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2002, vol. 44, no. 1, pp. 14–20. Dostupný také z WWW: http://journals.lww.com/joem/Abstract/2002/01000/Stanford_Presenteeism_Scale_Health_Status_and.4.aspx. ISSN 1536-5948.

- 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_46kos19.pdf ISSN 0038-0288.
- KREBS, V. a kol. 2009. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2009. ISBN 978-807416-044-8.
- KREISLOVÁ, G. 2008. *Dotazníkové šetření*. Plzeň, 2008. Bakalářská práce (Bc.). 80 s. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta aplikovaných věd, Katedra matematiky.
- KULICH, M. 2000. Úvod do SASu pro Windows - Část III. Základní metody analýzy dat v SASu. Dostupný z WWW: <http://www.karlin.mff.cuni.cz/~kulich/sas/SASStat.html>.
- KURKIN, R.; ŠÍDLO, L. 2011. Regionální diferenciacie úhrnné plodnosti v Evropské unii mezi lety 1991–2008. In: *Sborník příspěvků z konference RELIK 2011 (Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti)*, Katedra demografie Fakulty informatiky a statistiky VŠE v Praze. ISBN 978-80-86175-75-1.
- KURKIN, R.; ŠÍDLO, L. 2012. Vývoj rozdílů úhrnné plodnosti ve státech a regionech východní části Evropské unie v letech 1991–2008. *Demografie*. 2012, roč. 54, č. 1, s. 4–13. ISSN 0011-8265.
- LAAKSONEN, M. et al. 2010. Gender differences in sickness absence - the contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2010, vol. 36, no. 5, pp. 394–403. Dostupný také z WWW: http://findarticles.com/p/articles/mi_7726/is_201009/ai_n55071907/?tag=content:coll. ISSN 1795-990X.
- MANAGEMENT-ISSUES. 2007. *The incentive route to reducing absence* [online]. 2007. [cit. 2010-01-30]. Dostupný z WWW: <http://www.management-issues.com/2007/4/12/research/the-incentive-route-to-reducing-absence.asp>
- MARKON, 2006. *Kontroly nemocných* [online]. 2006. [cit. 2010-04-17]. Dostupný z WWW: <http://www.markon-cz.eu/informace.html>
- MEJSTRÍK, B. 1999. Proces harmonizace VŠPS a perspektivy. *Statistika*. 1999, roč. 79, č. 12, s. 449–458.
- MELOUN, M.; MILITKÝ, J. 2004. Přednosti analýzy shluku ve vícerozměrné statistické analýze. In *Sborník přednášek z konference Zajištění kvality analytických výsledků*

- 22.–24. 3. 2004, s. 29–46. Dostupný také z WWW:
<http://meloun.upce.cz/docs/publication/152.pdf>. ISBN 80-86380-22-X.
- Měsíc.cz. 2013a. *Sociální pojištění*. [online]. 2013 [cit. 2013-10-08]. Dostupný z WWW:
<http://www.mesec.cz/dane/socialni-pojisteni/pruvodce/>
- Měsíc.cz. 2013b. *Zdravotní pojištění*. [online]. 2013 [cit. 2013-10-08]. Dostupný z WWW:
<http://www.mesec.cz/dane/zdravotni-pojisteni/pruvodce/>
- MICHÁLKOVÁ, B. 2010. Hodnocení nového zákona o nemocenském pojištění z pohledu naplnění některých jeho cílů. Fórum sociální politiky. 2010, roč. 4, č. 2, s. 19–22. ISSN 1802-5854.
- MPSV. 2007. *Sociální reformy* [online]. Praha: Ministretstvo práce a sociálních věcí. Aktualizováno dne: 8. 11. 2007. [cit. 2009-04-19]. Dostupný z WWW:
<http://www.mpsv.cz/cs/4753>
- MPSV. 2009. *Náhrada mzdy nebo platu v prvním období dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény od 1. 1. 2009* [online]. Praha: Ministretstvo práce a sociálních věcí. 2009. [cit. 2010-03-06]. Dostupný z WWW:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/6314/nahrada_mzdy_01012009.pdf
- MPSV. 2010. *Nemocenské pojištění v roce 2010* [online]. Praha: Ministretstvo práce a sociálních věcí. 2010 [cit. 2010-08-12]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7>
- NHS trust. 2003. *Sickness absence policy* [online]. 12/2003. [cit. 2010-02-09]. Dostupný z WWW: www.frimleypark.nhs.uk
- NORTH, F. et al. 1993. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *British Medical Journal*. 1993, vol. 306, pp. 361–366. Dostupný také z WWW: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1676477>
- NOVÁK, M. 2011. *Vývoj regionální diferenciacce reprodukčního chování obyvatelstva v Česku v průběhu transformace*. Praha, 2011. 106 s. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie.
- OMEGANET s.r.o. *Kontroly nemocných zaměstnanců* [online]. [cit. 2009-12-11]. Dostupný z WWW: www.kontrola-nemocnych.cz
- ONDRÁČKOVÁ, L. 2011. *Dávky nemocenského pojištění zaměstnanců*. Brno. 2011. 61 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/325939/>

- OSTERKAMP, R.; RÖHN, O. 2007. Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries. *CESifo Economic Studies*. 2007, vol. 53, no. 1, pp. 97–114. Dostupný také z WWW: <http://cesifo.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/53/1/97>
- PALÁTOVÁ, P. 2008. *Výběrové šetření pracovních sil; reprezentativnost dat pro kraj Vysočina*. Brno. 2008. Bakalářské práce (Bc.). Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta. Dostupné z WWW: http://is.muni.cz/th/184545/prif_b/
- PARENT-THIRION, A. et al. 2012. *Fifth European Working Conditions Survey - Overview report*. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1182.htm>. ISBN 978-897-1062-6.
- PAULY, M. V. et al. 2008. Valuing reductions in on-the-job illness: ‘presenteeism’ from managerial and economic perspectives. *Health economics*. 2008, vol. 17, no. 4, pp. 469–485. Dostupný také z WWW: <http://ideas.repec.org/s/wly/hlthec.html>
- PAVLÍK, Z.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J.; ŠUBRTOVÁ, A. 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia. 1986. s. 217–235.
- PECÁKOVÁ, I. 2007. Logistická regrese s vícekategoriální vysvětlovanou proměnnou. *Acta Oeconomica Pragensia*. 2007, roč. 15, č.1, s. 86–94. Dostupné z WWW: www.vse.cz/polek/download.php?jnl=aop&pdf=42.pdf
- PHARMIWEB. 2010. *Investigation Shows Sickness Absence Must Not be Tackled Without Addressing Sickness Presence* [online]. 4/2010 [cit. 2011-01-12]. Dostupný z: http://www.pharmiweb.com/pressreleases/pressrel.asp?ROW_ID=19797
- PRINS, R. 2004. *Managing Sickness Absence. Policies and practices in an international context*. [online]. Publikováno 15. 11. 2004. [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: www.eupan.eu
- QBE. 2009. *Managing sickness absence QBE Standards 12*. [online]. 2009. [cit. 2010-02-09]. Dostupný z WWW: <http://www.slideshare.net/QBEEuropeRiskManagement/managing-sickness-absence-qbe-standards-12>
- RYCHNOVSKÝ, M.: *Postupná výstavba modelu ohodnocení kreditního rizika*. Praha, 2008. 46 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze. Matematicko-fyzikální fakulta. Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky.

- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2006. Zdravá délka života v současné české populaci. *Demografie*. 2006, roč. 48, č. 3, s. 166–178. ISSN 0011-8265.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2008. Zdravotní stav. *Zpravodaj české demografické společnosti*. 2008, č. 45, s. 4. Dostupný také z WWW: <http://www.natur.cuni.cz/~demodept/cds/zp45b.pdf>
- ŘEHÁKOVÁ, B. 2000. Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis*. 2000, roč. 36, č. 4, s. 475–492. ISSN 0038-0288.
- ŘEZANKOVÁ, H. 2010. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 2. vyd. Praha: Professional Publishing. 2010. ISBN 978-80-7431-019-5.
- SAS Annotated Output, Proc Logistic, UCLA: Statistical Consulting Group.
Dostupné z WWW: http://www.ats.ucla.edu/stat/sas/output/sas_logit_output.htm
- SAS/STAT (R) 9.2 User's Guide, Second Edition. The Logistic Procedure. 2014. Dostupný z WWW:
http://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63033/HTML/default/viewer.htm#logistic_toc.htm
- SLIVKOVÁ, Z. 2005. Částky pro stanovení výpočtových základů pro účely nemocenského pojištění. *Národní pojištění*. 2005, č. 12. Dostupný také z WWW:
<http://www.cssz.cz/cz/casopis-narodni-pojisteni/archiv-vydanych-cisel/clanky/casopis-narodni-pojisteni-c-12-2005-clanek-3.htm>. ISSN 0323-2395.
- THAKER, S. 2011. *Absenteeism a major concern of HR Manager*. [cit. 2011-05-06]. Dostupný z WWW: <http://www.drshaileshthaker.co.in/blog/absenteeism-a-major-concern-of-hr-manager.html>
- VAHTERA, J. et al., 2004. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ*. 2004, pp. 328–555. Dostupný také z WWW:
<http://www.bmj.com/content/328/7439/555.full>
- VIZUAL HUMAN RESOURCES. 2004. *Employer's Guide to HR. Controlling Sickness Absence*. [online]. Aktualizováno dne: 28. 8. 2009. [cit. 2010-01-30]. Dostupný z WWW:
<http://www.oneclickhr.com/hrguide/article.asp?section=6&article=152>
- VROOME, E. 2006. *Prevalence of sickness absence and 'presenteeism'* [online]. European Working Condition Observatory. Aktualizováno dne: 6. 11. 2006. [cit. 2011-06-06]. Dostupný z: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/NL0607019I.htm>.

- WHITAKER, S. C. 2001. The management of sickness absence. *Occupational and environmental medicine*. 2001, vol. 58, pp. 420–424. Dostupný také z WWW: www.occenvmed.com. ISSN 1470-7926.
- YANG, J.; CHEN, K. L. 2009. The Existence and Impact of Presenteeism in Work Place: An Empirical Study. *International Journal Of Management and Enterprice Developement*. 4/2009, pp. 404–411.
- ÚZIS ČR. 2009. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2000 až 2007*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. 2009. Dostupný z WWW: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovní%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300
- ZVÁRA, K. 2003. *Biostatistika*. Praha: Karolinum. 2003. 214 s. ISBN 80-246-0739-5.

Zdroje dat

Demografická příručka 2011. Praha: Český statistický úřad. Dostupný z WWW:

http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/4032-12-n_2012

European Working Conditions Survey 2010. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice 1990, 1991, ..., 2003. Praha: Český statistický úřad.

Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz 2004, 2005, ..., 2010. Praha: Český statistický úřad.

Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3305-13>

Stav obyvatel ve vybraném území – DEM1030CU. Veřejná databáze. Praha: Český statistický úřad. Dostupný z WWW:

http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?childsel0=1&cislotab=DEM1030CU&kapitola_id=368&voa=tabulka&go_zobraz=1&childsel0=1&pro_7_35=CZ080

Výběrové šetření pracovních sil 2002, 2003, ..., 2008. Praha: Český statistický úřad.

Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1993, 1994, ..., 1999. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.


Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2000, 2001, ..., 2010. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z WWW:

<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ukoncene-pripady-pracovni-neschopnosti-pro-nemoc-uraz>

Přílohy

Příloha č. 1: Statistický výkaz Nem Úr 1-02 pro rok 2011

Obr. 38 – Statistický výkaz Nem Úr 1-02

		Výkaz o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz		Nem Úr 1-02																																																												
od 1.1. do 30. 6. (kód 1) <input type="checkbox"/> * 2011 od 1.1. do 31.12. (kód 2) <input type="checkbox"/>				Registrováno ČSÚ ČV ze dne . . . IKF 476011																																																												
Výkaz je součástí Programu statistických zjišťování na rok 2011. Podle zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, je zpravodajská jednotka povinná poskytnout všechny požadované údaje. Ochrana důvěrnosti údajů je zaručena zákonem. Děkujeme za spolupráci.																																																																
Vyplněný výkaz laskavě doručte do 16. 7. 2011 a do 18. 1. 2012 ČSÚ - odbor statistického zpracování Ústí nad Labem, Špálůva 2684/1, 400 11 Ústí nad Labem Formuláře výkazů, elektronický sběr dat, registry, číselníky a aktuální statistické informace na: www.vykazy.cz																																																																
IČO		Území		PČJ																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																				
Název a sídlo (adresa) zpravodajské jednotky:																																																																
Výkaz vyplnit:	Jméno a příjmení		Podpis																																																													
	Telefon																																																															
	Fax		Datum																																																													
	E-mail																																																															
Vypiluje-li výkaz za zpravodajskou jednotku jiný subjekt (účetní firma ap.), uveďte zde svoje kontaktní spojení.																																																																
Vyplnění záhlaví výkazu:																																																																
* - kód období, za které se výkaz předkládá IČO - identifikační číslo, pokud je méně než osmimístné, doplní se zleva nulý PČJ - pořadové číslo zpravodajské jednotky Kód území a PČJ vyplní zpravodajská jednotka dle pokynů OSZ Ústí nad Labem Výkaz Nem Úr 1-02 se vyplňuje kumulativně od počátku roku, tj. za 1. pololetí (leden až červen) a za rok (leden až prosinec). Všechny vykazované údaje musí být celočíselné, tj. bez desetinných míst.																																																																
K o m e n t á ř: zpravodajská jednotka uvede vysvětlení logických nesrovnalostí nebo mimořádného vývoje ve vykazovaných datech, které vyplývají z organizačních změn nebo jiných okolností (pokud vymezený prostor nepostačuje, pokračujte na samostatném listě).																																																																
© 04.05.2010																																																																

Zdroj: ČSÚ, 2010c

Nem Úr 1-02 str. 2/4

210 Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz		02210	Čís. řád.	Celkem	z toho ženy
		a		1	2
Průměrný počet nemocensky pojistných osob		01			
Počet pracovní právních poměrů		02			
Počet nových hlášených případů pracovní neschopnosti celkem		03			
v tom	pro nemoc	04			
	pracovní úrazy	05			
	z f.05 smrtelné pracovní úrazy	06			
	z f.05 pracovní úrazy s pracovní neschopností nad 3 dny	07			
ostatní úrazy		08			
Počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti celkem		09			
v tom	pro nemoc	10			
	z f.10 pro nemoc z povolání	11			
	pracovní úrazy	12			
	ostatní úrazy	13			
Počet pracovních úrazů bez následné pracovní neschopnosti		14			
Počet nových zjištěných nemocí z povolání		15			
Počet nových zjištěných ohrožení nemocí z povolání		16			
Kontrolní součet (f.01 až 16)		99			

211 Pracovní úrazovost mladistvých		09211	Čís. řád.	Mladiství do 18 let
		a		1
Průměrný počet nemocensky pojistných mladistvých (z f.01 sl.1 odd. 210)		01		
Počet nových hlášených případů pracovní neschopnosti pro pracovní úrazy mladistvých (z f.05 sl.1 odd. 210)		02		
Počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti pro pracovní úrazy mladistvých (z f.12 sl.1 odd. 210)		03		
Počet smrtelných pracovních úrazů mladistvých (z f.06 sl.1 odd. 210)		04		
Kontrolní součet (f.01 až 04)		99		

212 Náhrady a přírázky		07212	Čís. řád.	Celkem
		a		1
Počet odškodňovaných pracovních úrazů a nemocí z povolání		01		
Počet nových vzniklých náhrad podle § 371 a 377 ZP z f.01		02		
Náhrada za ztrátu na výdělku po dobu pracovní neschopnosti v Kč dle § 369 písm. a) a § 370 ZP		03		
Průměrný počet příjemců náhrad podle § 371 a 377 ZP		04		
Náhrada za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti v Kč dle § 369 odst. 1 písm. a) a § 371 ZP		05		
Náhrada za bolest a za ztížení společenského uplatnění v Kč dle § 369 odst. 1 písm. b) a § 372 ZP		06		
Náhrada účelně vynaložených nákladů spojených s léčením zaměstnance v Kč dle § 369 odst. 1 písm. c) ZP		07		
Náhrada výcné škody v Kč dle § 369 odst. 1 písm. d) ZP		08		
Náhrada účelně vynaložených nákladů spojených s léčením zaměstnance v Kč dle § 375 odst. 1 písm. a) ZP a § 376 ZP		09		
Náhrada nákladů spojených s pohřbem v Kč dle § 375 odst. 1 písm. b) a § 376 ZP		10		
Náhrada nákladů na výživu pozůstalých v Kč dle § 375 odst. 1 písm. c) a § 377 ZP		11		
Jednorázové odškodnění pozůstalých v Kč dle § 375 odst. 1 písm. d) a § 378 odst. 1 ZP		12		
Náhrada výcné škody dědicům zaměstnance v Kč dle § 375 odst. 1 písm. e) a § 379 ZP		13		
Počet přírůzků uplatněných podle § 45 zák. č. 48/1997 Sb.		14		
Celková částka uhrazených přírůzků v Kč podle § 45 zák. č. 48/1997 Sb.		15		
Kontrolní součet (f.01 až 15)		99		

213 Závodní preventivní péče a riziková práce		07213	Čís. řád.	Stav ke konci sledovaného období
		a		1
Náklady na závodní preventivní péči v šs. Kč		01		
Počet zaměstnanců vykonávajících rizikovou práci k 30. 6. resp. 31. 12.		02		
z toho ženy		03		
Kontrolní součet (f.01 až 03)		99		

Zdroj: ČSÚ, 2010c

Metodické vysvětlivky
(proti minulému roku nezměněny)

210

f.01: Ukazatel zahrnuje průměrný počet nemocensky pojištěných osob, jejichž okruh je uveden v § 6 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, a které jsou účastny pojištění podle § 6 až 10 citovaného zákona.

Poz.: Příslušníci Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR, Čelní správy ČR, Vězeňské služby ČR, Bezpečnostní informační služby a Úřadu pro zahraniční styky a informace a vojáci z povolání (viz § 6 písm. a) bod 2 z. č. 187/2006 Sb.) se pro účely tohoto statistického zjišťování neseďují.

Průměrný počet nemocensky pojištěných osob se vypočítává jako aritmetický průměr průměrného počtu nemocensky pojištěných osob za jednotlivé měsíce. Průměrný počet nemocensky pojištěných osob za měsíc se rovná součtu počtu nemocensky pojištěných osob v jednotlivých dnech měsíce sledovaného období (včetně dnů pracovního klidu), který se dělí příjím počtem kalendářních dnů příslušného měsíce. U zaměstnavatelů s malým počtem zaměstnanců se zjednodušenou evidencí v případech, kdy v průběhu jednoho měsíce nedopřítá k většímu pohybu počtu zaměstnanců, se průměrný počet nemocensky pojištěných osob počítá za měsíc jako průměr počtu na počátku a na konci sledovaného měsíce. U zpravodajských jednotek nově vzniklých nebo zaniklých v průběhu sledovaného období se do průměru počítají i měsíce, ve kterých zaměstnavatel nepodnikal. V těchto měsících se průměrný počet nemocensky pojištěných osob rovná "0". Např.: zpravodajská jednotka vznikla v měsíci listopadu, přičemž průměrný počet nemocensky pojištěných osob v listopadu a prosinci činí 300 osob. Průměrný počet nemocensky pojištěných osob za rok se vypočte jako aritmetický průměr za všechny měsíce, tzn. $(100+300+300)/12=50$ nemocensky pojištěných osob.

Vysvětlivky platí i pro oddíl 211, f.01.

Průměrný počet nemocensky pojištěných mladistvých je počet nemocensky pojištěných zaměstnanců do 18 let.

f.02, 03, 04, 07: Ukazatel zahrnuje nově hlášené případy pracovní neschopnosti ve sledovaném období na základě hlášení o počátku pracovní neschopnosti nemocensky pojištěných osob. Za případy pracovní neschopnosti pro nemoc jsou považovány všechny nemoci a úrazy podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

f.04: Pracovní úrazem se rozumí takový úraz, který vyhovuje definici uvedené v § 380 odst. 1 až 3 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce (ZP).

Vysvětlivky platí i pro oddíl 211, f.02.

Počet pracovních úrazů je součet f.05 a 06, zvýšený o počet pracovních úrazů, v jejichž důsledku vznikla pracovní neschopnost nepřesahující 3 kalendářní dny (§ 105 odst. 2 ZP).

f.05: Ukazatel zahrnuje všechny smrtelné pracovní úrazy, za které se považuje každý pracovní úraz, který způsobil zaměstnanci smrt ihned nebo na jehož následky zaměstnanec zemřel nejpozději do 1 roku.

Vysvětlivky platí i pro oddíl 211, f.04.

f.06: Ukazatel zahrnuje případy pracovních úrazů z f.04, které měly za následek pracovní neschopnost delší než 3 kalendářní dny mimo den, kdy k úrazu došlo.

f.08, 09, 11, 12: Ukazatel zahrnuje počet kalendářních dnů, po které byli nemocensky pojištění (zabezpečení) zaměstnanci práce neschopní z důvodů uvedených příčin. Kalendářní dny pracovní neschopnosti se zjišťují na základě hlášení o počátku a ukončení pracovní neschopnosti.

Vysvětlivky platí i pro oddíl 211, f.03.

f.13: Ukazatel zahrnuje nově vzniklé případy pracovních úrazů, kterými nebyla způsobena následná pracovní neschopnost.

K otázce rozlišení příčin v případech přerušení či pokračování pracovní neschopnosti nutno dodat, že v případě, když do dvou měsíců od skončení pracovní neschopnosti pro pracovní úraz vznikne další pracovní neschopnost, která na základě posouzení příslušného lékaře (např. lékaře závodní preventivní péče) souvisí s prvním pracovním úrazem, nelze toto klasifikovat jako nový případ. Tato zásada platí jak v případě statistiky pracovních úrazů, tak i nemocí z povolání.

f.14, 15: Ukazatel zahrnuje nově hlášené nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání ve sledovaném období bez ohledu na to, zda způsobily pracovní neschopnost či nikoliv. Za nemoci z povolání jsou považovány ty nemoci, které jsou uváděny v seznamu nemocí z povolání podle nařízení vlády č. 250/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. Postup při uznávání nemocí z povolání stanoví vyhláška MZ č. 342/1997 Sb., kterou se současně vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají. Uznávání nemocí z povolání provádějí "střediska nemocí z povolání" na základě vlastního posouzení nebo posouzení zdravotnickými zařízeními, jehož součástí je oddělení nebo klinika nemocí z povolání nebo pracovní lékařství (tj. pracovní lékařské pracoviště). Nemoci z povolání, ohrožení nemocí z povolání, podléhají povinnému hlášení na tiskopisech "Hlášení nemocí z povolání/ohrožení nemocí z povolání".

Ohrožení nemocí z povolání - je to změna zdravotního stavu, která vzniká v přímé souvislosti s pracovní činností, za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Pokračování v dané činnosti za stejných podmínek by vedlo ke vzniku nemocí z povolání. Ohlašovat je mohou opět jen určená pracoviště, která hlásí nemoci z povolání. (Tuto změnu zdravotního stavu definuje zákoník práce - viz § 347 odst. 1 ZP).

211

V tomto oddíle se uvádějí pouze údaje týkající se mladistvých nemocensky pojištěných zaměstnanců do 18 let věku. Vypílné údaje v jednotlivých řádcích tohoto oddílu proto nesmí být vyšší než údaje uváděné na odpovídajících řádcích oddílu 210.

212

Náhrady zahrnují veškeré náhrady uhrazené zaměstnavatelem za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání podle § 366 až § 393 ZP nebo uhrazené příslušnou pojišťovnou provozující zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání (§ 365 ZP a vyhl. MF č. 125/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů), buď přímo poškozeným (pozůstatkům) nebo uhrazené poškozeným prostřednictvím zaměstnavatele, jestliže najprávi poškozenému pojišťovnou škodu přímo. V případě pochybnosti o plnění pojišťovnou zaměřující zákonné pojištění vůči poškozenému se bere za rozhodnou dohodnutá výše náhrady předaná pojišťovnou k plnění.


f.01: Ukazatel zahrnuje všechny pracovní úrazy a nemoci z povolání, u nichž byla ve sledovaném období poškozeným nahrazena škoda podle ZP (§ 366). Ukazatel zahrnuje jen takové případy pracovních úrazů a nemocí z povolání, u nichž došlo ve sledovaném období poprvé k jednorázové nebo postupné vyplátní odškodnění (§ 369 a § 375 ZP). Pokud bylo odškodnění vypláceno pouze postupně např. měsíčními splátkami nebo zálohami (§ 370, § 371 a § 377 ZP), ukazatel zahrnuje tyto případy jen při první vyplátní odškodnění.

Nem Úr 1-02 str. 4/4

- f.02: Ukazatel zahrnuje pouze tu část z celkového počtu odškodňujících pracovních úrazů a nemocí z povolání (z f.01), kde ve sledovaném období vznikl nárok
- a) poškozených na postupné vyplácení náhrad za ztrátu na výdělku buď po skončení pracovní neschopnosti nebo při uznání částečné nebo úplné invalidity pro pracovní úraz nebo nemoc z povolání (rent) podle § 371 ZP a
- b) pozůstalým na postupné vyplácení náhrad nákladů na výživu pozůstalých v případě smrti poškozeného v důsledku pracovního úrazu nebo nemocí z povolání podle § 377 ZP.
- Ukazatel nezahrnuje ty případy, kdy ke vzniku nároku a k první výplatě došlo u předchozího zaměstnavatele nebo došlo k přerušení výplaty vzniklé z titulu téhož pracovního úrazu nebo nemocí z povolání.
- f.03: Ukazatel zahrnuje náhradu za ztrátu na výdělku po dobu pracovní neschopnosti zaměstnance, který utrpěl úraz nebo u něj byla zjištěna nemoc z povolání. Tato náhrada činí rozdíl mezi průměrným výdělkem zaměstnance před vznikem škody způsobené pracovním úrazem nebo nemocí z povolání a plnou výší náhrady mzdy nebo platu podle § 192 ZP nebo plnou výší nemocenského, anebo náhrada škody i při další pracovní neschopnosti z důvodu téhož pracovního úrazu nebo nemocí z povolání (§ 369 odst. 1 písm. a) § 370 ZP).
- f.04: Ukazatel zahrnuje průměrný počet příjemců, kterým byly ve sledovaném období vypláceny buď náhrady za ztrátu na výdělku podle § 371 ZP, nebo kde byly poskytovány náhrady na výživu pozůstalých podle § 377 ZP. Zahrnuje tedy i příjemce, kterým vznikl nárok na postupné vyplácení náhrad již v minulých obdobích. Za průměrný počet příjemců se považuje průměr z počtu příjemců vykazovaných na začátku sledovaného období a na konci sledovaného období (zaokrouhlený na celé číslo).
- f.05: Ukazatel zahrnuje náhradu za ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti nebo při uznání invalidity nebo částečné invalidity (§ 369 odst. 1 písm. a) a § 371 ZP). Ta je poskytována zaměstnanci (např. formou měsíčních splátek) v takové výši, aby spolu s jeho výdělkem po pracovním úrazu nebo po zjištění nemoci z povolání s připočtením případného invalidního důchodu poskytovaného z téhož důvodu se rovnala jeho průměrnému výdělku před vznikem škody.
- f.06: Ukazatel zahrnuje náhradu za bolest a za ztížení společenského uplatnění, které vznikly zaměstnanci následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání. Náhrada je poskytována jednorázově (§ 369 odst. 1 písm. b) a § 372 odst. 1 ZP).
- f.07: Ukazatel zahrnuje náhradu účelně vynaložených nákladů spojených s léčením zaměstnance v Kč dle § 369 odst. 1 písm. c) ZP.
- f.08: Ukazatel zahrnuje náhradu za věcnou škodu v Kč dle § 369 odst. 1 písm. d) ZP.
- f.09: Ukazatel zahrnuje náhrady účelně vynaložených nákladů spojených s léčením zaměstnance v případě, že zaměstnanec následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání zemřel (§ 375 odst. 1 písm. a) a § 376 odst. 1 ZP). Náklady spojené s léčením se hradí tomu, kdo tyto náklady vynaložil.
- f.10: Ukazatel zahrnuje náhrady spojené s pohřbem zaměstnance, který zemřel následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání. Zaměstnavatel je povinen tyto náhrady poskytnout. Od nákladů spojených s pohřbem se odečte pohřebné poskytnuté podle zákona o státní sociální pomoci (§ 375 odst. 1 písm. b) a § 376 odst. 2 ZP).
- f.11: Ukazatel zahrnuje náhrady nákladů na výživu pozůstalých po zaměstnanci, který zemřel následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání. Tato náhrada přísluší pozůstalým, kterým zemřelý výživu poskytoval nebo byl povinen poskytovat (§ 375 odst. 1 písm. c) a § 377 ZP).
- f.12: Ukazatel zahrnuje částku jednorázového odškodnění pozůstalých, které náleží manželce a dítěti, které má nárok na srovnání důchodu (§ 375 odst. 1 písm. d) a § 378 ZP).
- f.13: Ukazatel zahrnuje náhradu věcné škody, která přísluší dědicům zaměstnance, který zemřel následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání (§ 375 odst. 1 písm. e) a § 379 ZP).
- f.14: Řádek se vyplňuje tehdy, jestliže ve sledovaném roce byla zaměstnavatelé vyměněna pojišťovnou podle § 45 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, přířazka k pojištěnému za toto pojištění a byla-li po doručení platebního výměru splacena.
- f.15: V řádku se uvádí celková částka splacené přířazky vyměněné podle § 45 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
- 213**
- f.01: Ukazatel zahrnuje veškeré náklady na skutečné preventivní prohlídky a zdravotní vyšetření vlastních zaměstnanců za dané vykazované období, pokud nebyly hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění. Jestliže podnik zajišťuje pracovnílékařskou péči prostřednictvím svého zaměstnance (zdravotního lékaře), uvedou se zde úplné mzdové náklady na vlastní zdravotnický personál. Zároveň se sem zahrnují náklady na zdravotnický materiál (léky, vybavení lékárníček atd.) a náklady na vybavení příslušného zdravotnického pracoviště.
- f.02, 03: Ukazatel zahrnuje počet zaměstnanců vykonávajících rizikovou práci, kterou se pro účely tohoto zákona rozumí práce, při níž je nebezpečí vzniku nemoci z povolání nebo jiné nemoci související s prací, a práce je zařazena do kategorie třetí a čtvrté a dále práce zařazená do kategorie druhé, o níž takto rozhodne příslušný orgán ochrany veřejného zdraví nebo tak stanoví zvláštní právní předpis (§ 39 odst. 1 zák. č. 259/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví).

Příloha č. 2: Tiskopis Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (RDPN) pro rok 2012

Obr. 39 – I. díl RDPN – Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Evidenční štítek		C	
ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI			
I. díl – Hlášení OSSZ o vzniku dočasné pracovní neschopnosti			
Toto hlášení je ošetřující lékař povinen odeslat okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (služebního orgánu) nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vydané rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.			
Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poštové)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od	Statistická značka nemoci (diagnóza)	Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾			
Pojištěnec uvádí / Podezření:		Razítka poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře	
<input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾			
<input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾			
<input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾			
Povolené vycházky ode dne:		od hod., do hod.	
		od hod., do hod.	
Souhlasím se zpětným uznáním dočasné pracovní neschopnosti od			
Datum, razítka a podpis lékaře OSSZ			
 4 0 7 9 4 1 6 7 3 1		¹⁾ Nemí-li rodné číslo při narození, uvádě se evidenční číslo pojištěnce nebo datam narození. ²⁾ Nejde-li se označeno křížkem ☒. Tyto údaje jsou pouze signační a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.	
		ČSSZ - 89 610 5 III/2012	

Zdroj: ČSSZ, 2012

Obr. 40 – II. díl RDPN – Průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI


II. díl – Průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení OSSZ o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Tento díl slouží současně jako průkaz práce neschopného pojištěnce a hlášení ošetřujícího lékaře o ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Při skončení dočasné pracovní neschopnosti je pojištěnec povinen odevzdat tento díl ošetřujícímu lékaři, který jej po doplnění data ukončení neschopnosti a konečné diagnózy odešle okresní správě sociálního zabezpečení příslušné podle místa výkonu práce ošetřujícího lékaře (státnímu orgánu), a to nejpozději v třetí pracovní den následující po dni, kdy bylo vytlááno rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)	
Název a adresa zaměstnavatele	Druh vykonávané práce (profese)
Neschopen práce od	Vystaveno dne
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾ Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře
Neschopen práce do	Rozhodnuto dne
Konečná diagnóza (stav & doba onemocnění)	Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře
Povolené vycházky ode dne:	od hod. do hod. od hod. do hod.

Záznamy ošetřujícího lékaře, lékaře a pracovníka OSSZ (popř. jiného příslušného orgánu nemocenského pojištění)

Datum ošetření nebo kontroly	Přítomnost ošetření nebo kontroly je stanovena na den	Podpis ošetř. lékaře, lékaře nebo pracovníka OSSZ	Poznámky



2 7 5 2 4 5 2 9 2 8

¹⁾ Nemá-li rodné číslo přiděleno, uvádí se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Hodit is o označe křížkem ✕. Tyto údaje jsou povinné signifikantní a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

ČSSZ - 89 610 5
III/2012

Záznamy ošetřujících lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb				
Den propuštění pojistěnce z péče	Předán do dalšího ošetřování (název a adresa poskytovatele zdravotních služeb)	Podpis ošetřujícího lékaře, který propouští pojistěnce ze své péče	Den převzetí pojistěnce do péče	Podpis ošetřujícího lékaře, který převzal pojistěnce do své péče

Den nástupu do lůžkové péče	Podpis ošetřujícího lékaře	Den ukončení lůžkové péče	Podpis ošetřujícího lékaře

Místo pobytu pojistěnce po propuštění z lůžkové péče:

Poučení
 Nesouhlasí-li pojistěnce s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o vzniku dočasné pracovní neschopnosti, může podat do tří pracovních dnů ode dne dořízení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (poskytovateli zdravotních služeb), který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař (poskyvatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání rozhodnutí nevyhoví v plném rozsahu, postoupí do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu, který udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., v platném znění).
 Dočasně práce neschopný pojistěnce je povinen dodržovat režim dočasně práce neschopného pojistěnce včetně individuálního léčebného postupu stanoveného ošetřujícím lékařem, umožnit kontrolu dodržování režimu dočasně práce neschopného pojistěnce orgánu nemocenského pojištění a v období prvních 21 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti též zaměstnavateli. Při této kontrole je povinen prokázat svou totožnost a předložit tento díl „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“. Pojistěnce je povinen označit potřebnými údaji místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti.
 Pojistěnce je povinen oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu či útvaru) všechny rozhodné skutečnosti, které by měly vliv na poskytování nebo zánik nároku na nemocenského nebo jeho výplatu, a to do 8 dnů ode dne, kdy se o těchto skutečnostech dozvěděl (§ 103 odst. 1 písm. b) zákona č. 187/2006 Sb.).

Upozornění
 Pro výplatu náhrady mzdy, platu, služebního příjmu, odměny nebo snížené odměny (dále jen náhrada mzdy) v době dočasné pracovní neschopnosti a pro každou výplatu nemocenského musí pojistěnce předkládat „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény“, podepsané a ověřené ošetřujícím lékařem. U dočasné pracovní neschopnosti kratší 22 kalendářních dnů slouží jako doklad pro výplatu náhrady mzdy V. díl, tj. „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“. Byla-li dočasná pracovní neschopnost delší 21 kalendářních dnů, slouží V. díl jako doklad pro poslední splátku nemocenského.

Souhlasím se zpětným uznáním dočasné pracovní neschopnosti od

.....
 Datum, razítko a podpis lékaře OSSZ

Zdroj: ČSSZ, 2012


Obr. 41 – III. díl RDPN – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">C</div> <h2 style="text-align: center;">ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</h2> <h3 style="text-align: center;">III. díl – Hlášení zaměstnavateli o vzniku dočasné pracovní neschopnosti</h3> <p style="text-align: center; font-size: small;">Toto hlášení odevzdává zaměstnanec neproděně svému zaměstnavateli, který si je ponechá. Tímto hlášením zaměstnanec současně uplatňuje u zaměstnavatele nárok na náhradu mzdy, snížený plat nebo odměnu za prvních 21 kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti.</p>			
Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾ Pojistělec uvádí / Poděření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾		Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře	
Psemenný souhlas k uznání dočasné pracovní neschopnosti za více než tři kalendářní dny přede dnem zjištění výtala OSSZ (státní orgán) dne			
Povolení vycházky ode dne:		od hod.	do hod.
		od hod.	do hod.
¹⁾ Není-li uvedeno číslo příjmení, uvádí se evidenční číslo pojistěnce a ib o datum n. oznámení. ²⁾ Hodit se označte křížkem X. Tyto údaje jsou pouze signálací a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.		ČSSZ - 89 610 5 III/2012	

<p>Upozornění</p> <p>Pro výplatu náhrady mzdy, platu, služebního příjmu, odměny nebo snížené odměny (dále jen náhrada mzdy) v době dočasné pracovní neschopnosti a pro každou výplatu nemocenského musí pojištěnec předkládat „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo kařantény“, podepsané a ověřené ošetřujícím lékařem. U dočasné pracovní neschopnosti kratší 22 kalendářních dnů slouží jako doklad pro výplatu náhrady mzdy V. díl, tj. „Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“. Byla-li dočasná pracovní neschopnost delší 21 kalendářních dnů, slouží V. díl jako doklad pro poslední splátku nemocenského.</p>
<p>Vnitřní záznamy zaměstnavatele:</p> <p>Naposledy pracoval dne</p> <p>a odpracoval hodin.</p> <p>Další záznamy:</p>

Zdroj: ČSSZ, 2012

Obr. 42 – IV. díl RDPN – Žádost o nemocenské

Evidenční štítek		C	
ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI			
IV. díl – Žádost o nemocenské			
Toto rozhodnutí slouží jako žádost o nemocenské, trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 21 kalendářních dnů. Žádost podávají zaměstnanci u svého zaměstnavatele, který ji předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu či útvaru). Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné podávají tuto žádost u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.			
Příjmení a jméno		Rodné číslo ¹⁾	
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)			
Název a adresa zaměstnavatele		Druh vykonávané práce (profese)	
Neschopen práce od		Vystaveno dne	
<input type="checkbox"/> Úraz ²⁾ Pojištěnec uvádí / Podzření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ²⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ²⁾		Razítko poskytovatele zdravotních služeb, pracovníka a podpis ošetřujícího lékaře	
POZOR! Před podáním žádosti o nemocenské je pojištěnec povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.			
 7 7 7 4 2 3 9 3 3 5		¹⁾ Mění-li rodné číslo přiříděno, uvádě se evidenční číslo pojištěnce nebo data m narození. ²⁾ Medicína označuje křížkem ✕. Tyto údaje jsou povinné signifikantní a nejísoo předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.	
		ČSSZ - 89 610 5 11/2012	

<p>Poučení</p> <p>Nárok na nemocenské vzniká od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Žádost o nemocenské se podává jen v případě, že dočasná pracovní neschopnost je delší 21 kalendářních dnů, a to nejpozději spolu s „Potvrzením o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo kařantény“, či s „Rozhodnutím o ukončení dočasné pracovní neschopnosti“.</p> <p>V působnosti služebních orgánů vzniká nárok na výplatu nemocenského, jestliže dočasná pracovní neschopnost trvá i po uplynutí doby, za kterou příslušníkům náleží služební příjem či náhrada platu dle zvláštních předpisů.</p>
<p>Upozornění</p> <p>Nemocenské se poukazuje na účet příjemce dávky u peněžního ústavu v České republice. Uveďte též specifický symbol, je-li k Vašemu číslu účtu přidělen.</p> <p>Na žádost pojištěnce se nemocenské vyplácí v hotovosti prostřednictvím držitele poštovní licence, tj. poštovní poukázkou. V případě výplaty dávky v hotovosti poštovní poukázkou hradí náklady za dořučení příjemce nemocenského.</p> <p>Na základě žádosti pojištěnce se nemocenské vyplácí do ciziny jen na účet pojištěnce u banky v cizině. Náklady této výplaty platí příjemce nemocenského. V tomto případě je třeba uvést číslo účtu ve tvaru IBAN, název účtu příjemce, název, adresu a stát banky v cizině, Id kód banky a typ Id banky (např. BIC SWIFT kód).</p>
<p>Prohlášení – žádost o nemocenské</p> <p>Žádám o poskytování nemocenského při dočasné pracovní neschopnosti a jsem si vědom (vědoma), že jsem povinen (povinna) oznámit a prokázat všechny skutečnosti rozhodné pro nárok na nemocenské, jeho výši a výplatu.</p> <p>Naposledy jsem vykonával/a samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) dne³⁾</p> <p>Nemocenské žádám vyplatit následujícím způsobem:</p> <p><input type="checkbox"/> poukazáním na můj účet číslo⁴⁾:</p> <p>kód banky další údaje (viz Upozornění)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na adresu⁴⁾:</p> <p>.....</p> <p>Datum Podpis pojištěnce:</p>
<p>³⁾ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojistěná. ⁴⁾ Hodit si označe MPElem X.</p>

Zdroj: ČSSZ, 2012

Obr. 43 – V. díl RDPN – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli

Evidenční štítek

C

ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

V. díl – Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti – hlášení zaměstnavateli

Rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti zaměstnanci předávají neprodleně svému zaměstnavateli, který ho po doplnění údajů odevzdává příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (služebnímu orgánu). Osoby dobrovolně nemocensky pojištěné předávají toto rozhodnutí příslušné okresní správě sociálního zabezpečení. Toto rozhodnutí se neodevzdává okresní správě sociálního zabezpečení, pokud dočasná pracovní neschopnost trvala méně než 22 kalendářních dnů. Pojištěnec je povinen vyplnit a podepsat prohlášení na druhé straně tohoto tiskopisu.

Příjmení a jméno	Rodné číslo ¹⁾
Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti (včetně poschodí)	
Název a adresa zaměstnavatele	Druh vykonávané práce (profese)
Neschopen práce od _____ <input type="checkbox"/> Úraz ²⁾ Pojištěnec uvádí / Podezření: <input type="checkbox"/> Pracovní úraz ²⁾ <input type="checkbox"/> Úraz zaviněný jinou osobou ³⁾ <input type="checkbox"/> Požití alkoholu nebo zneužití omamných nebo psychotropních látek ⁴⁾	Vystaveno dne _____ Rozhodnuto dne _____ _____ <small>Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jméno a podpis ošetřujícího lékaře</small>
Neschopen práce do _____	

Dočasná pracovní neschopnost byla ukončena rozhodnutím OSSZ (služebního orgánu) ke dni _____

Záznamy zaměstnavatele⁵⁾

Zaměstnanec nastoupil opět do práce dne _____
 Poslední den pracovní neschopnosti zaměstnanec odpracoval _____ hodin.
 Pracovní doba, která připadala na poslední den pracovní neschopnosti podle rozvrhu směn zaměstnance, činila _____ hodin.⁶⁾
 Pokud zaměstnanec v době dočasné pracovní neschopnosti vykonával práci, uveďte, ve kterých dnech: _____

 Datum, razítko a podpis zaměstnavatele

3 0 9 0 4 1 9 4 3 3

¹⁾ Nemá-li rodné číslo přidělené, uvádě se evidenční číslo pojištěnce nebo datum narození.

²⁾ Rozdíly se označují W a N. Tyto údaje jsou posílány signifikantní a nejsou předmětem rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.

³⁾ Zaměstnavatel vyplňuje jen v případech, kdy tímto dílem předává OSSZ (služebnímu orgánu).

⁴⁾ Vyplní se, jen pokud zaměstnanec v poškodném dni pracoval / neschopnost /p. pracoval.

ČSSZ - 89 630 5
01/2012

Poučení

Nesouhlasí-li pojištěnec s rozhodnutím ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, může podat do tří pracovních dnů ode dne dořízení rozhodnutí návrh na jeho přezkoumání ošetřujícímu lékaři (poskytovateli zdravotních služeb), který rozhodnutí vydal. Pokud ošetřující lékař (poskyvatel zdravotních služeb) návrhu na přezkoumání rozhodnutí nevyhoví v plném rozsahu, postoupí do pěti pracovních dnů spis s návrhem na přezkoumání příslušnému krajskému úřadu, který udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 49 zákona č. 373/2011 Sb., v platném znění).

Návrh na přezkoumání rozhodnutí ošetřujícího lékaře (poskytovatele zdravotních služeb) nemá odkladný účinek.

Byla-li dočasná pracovní neschopnost ukončena okresní správou sociálního zabezpečení (služebním orgánem) a pojištěnec s ukončením dočasné pracovní neschopnosti nesouhlasí, může podat do tří dnů ode dne dořízení rozhodnutí odvolání k orgánu nemocenského pojištění, který rozhodnutí vydal (§ 154 odst. 1 zákona č. 187/2006 Sb., v platném znění). Podané odvolání nemá dle ustanovení § 152 písm. a) zákona č. 187/2006 Sb., v platném znění, odkladný účinek.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem v době dočasné pracovní neschopnosti uvedené na tomto rozhodnutí nevykonával zaměstnání (samostatnou výdělečnou činnost) a že jsem nezatáhl žádnou okolnost rozhodnou pro přiznání a výplatu nemocenského z pojištění, z něhož nárok uplatňuji.

Samostatnou výdělečnou činnost (zaměstnání) jsem začal vykonávat dne

Prohlašuji, že pobírám důchod: starobní, invalidní pro invaliditu třetího stupně.⁶¹

Prohlašuji, že nepobírám žádný z uvedených důchodů.⁶²

Datum **Podpis pojištěnce:**

⁶¹ Vyplní jen osoba dobrovolně nemocensky pojištěná.

⁶² Hodit se označuje křížkem X.
Uvede se i starobní důchod a invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně vyplácený ze systému důchodového pojištění jiného členského státu Evropské unie nebo státu, s nímž má Česká republika uzavřeno mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení.

Zdroj: ČSSZ, 2012

Příloha č. 3: Výpočet a výše finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době pracovní neschopnosti

Tab. 91 – Redukční hranice, maximální redukovaný vyměřovací základ a maximální výše denní dávky, 1994–2012

Období	Redukční hranice pro výpočet denního vyměřovacího základu			Maximální redukovaný denní vyměřovací základ	Maximální výše denní dávky nemocenského/náhrady mzdy					
	První	Druhá	Třetí		první 3 dny	4. až 14. den	15. až 21. den	22. až 30. den	31. až 60. den	nad 61 dnů
1994	270 Kč	–	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1995	270 Kč	–	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1996	270 Kč	–	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1997	270 Kč	–	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1998	270 Kč	–	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1999	1.1.–30.9.	270 Kč	–	270 Kč	135 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč	186 Kč
1999	1.10.–31.12.	360 Kč	540 Kč	–	468 Kč	234 Kč	323 Kč	323 Kč	323 Kč	323 Kč
2000		400 Kč	590 Kč	–	514 Kč	257 Kč	355 Kč	355 Kč	355 Kč	355 Kč
2001		430 Kč	630 Kč	–	550 Kč	275 Kč	380 Kč	380 Kč	380 Kč	380 Kč
2002		480 Kč	690 Kč	–	606 Kč	303 Kč	418 Kč	418 Kč	418 Kč	418 Kč
2003		480 Kč	690 Kč	–	606 Kč	303 Kč	418 Kč	418 Kč	418 Kč	418 Kč
2004		480 Kč	690 Kč	–	606 Kč	140 Kč	385 Kč	385 Kč	418 Kč	418 Kč
2005		480 Kč	690 Kč	–	606 Kč	140 Kč	385 Kč	385 Kč	418 Kč	418 Kč
2006		510 Kč	730 Kč	–	642 Kč	148 Kč	408 Kč	408 Kč	443 Kč	443 Kč
2007		550 Kč	790 Kč	–	694 Kč	160 Kč	441 Kč	441 Kč	479 Kč	479 Kč
2008	1.1.–29.6.	550 Kč	790 Kč	–	639 Kč	–	384 Kč	384 Kč	384 Kč	422 Kč
2008	30.6.–31.8.	550 Kč	790 Kč	–	639 Kč	384 Kč	384 Kč	384 Kč	384 Kč	422 Kč
2008	1.9.–31.12.	550 Kč	790 Kč	–	639 Kč	160 Kč	384 Kč	384 Kč	384 Kč	422 Kč
2009		786 Kč	1 178 Kč	2 356 Kč	1 296 Kč	–	1 089 Kč	778 Kč	778 Kč	856 Kč
2010		791 Kč	1 186 Kč	2 371 Kč	1 305 Kč	–	1 096 Kč	783 Kč	783 Kč	783 Kč
2011		825 Kč	1 237 Kč	2 474 Kč	1 361 Kč	–	1 144 Kč	1 144 Kč	817 Kč	817 Kč
2012		838 Kč	1 257 Kč	2 514 Kč	1 383 Kč	–	1 162 Kč	1 162 Kč	830 Kč	830 Kč

Pozn.: Maximální výše denní dávky v letech 2009-2012 je v příslušných intervalech trvání DPN vypočtena pro náhradu mzdy za 8 pracovních hodin

Zdroj: ČSSZ

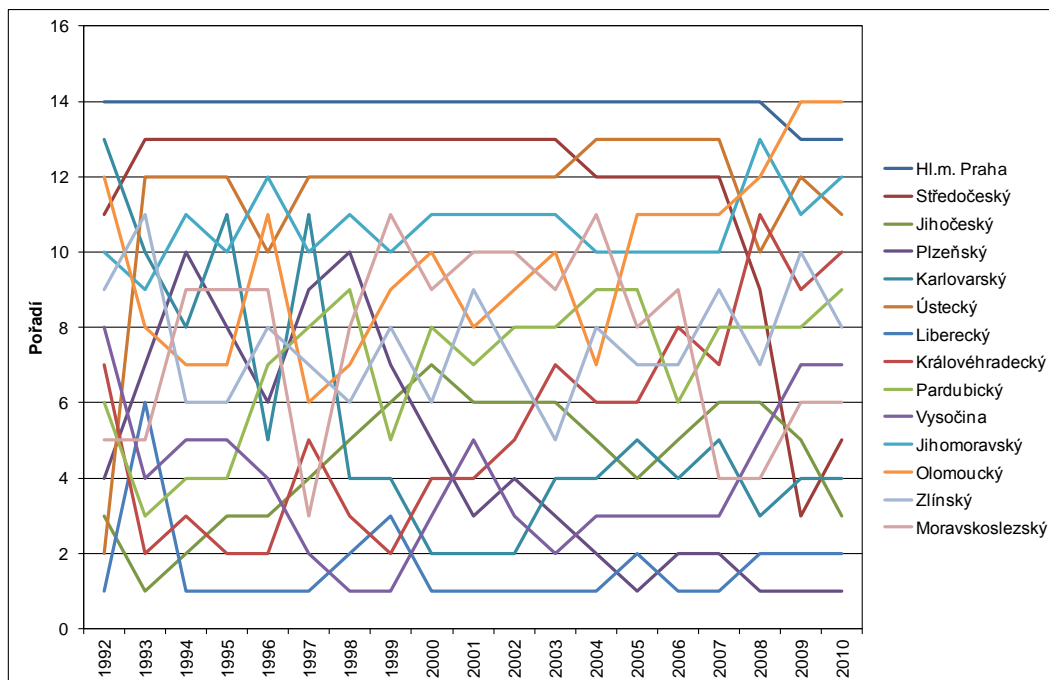
Tab. 92 – Výpočet redukovaného denního vyměřovacího základu a výpočet denní výše dávky, 1994–2012

Období	Výpočet redukovaného DVZ – kolik % z DVZ se použije				Výpočet denní výše dávky nemocenského – kolik % z redukovaného DVZ se použije					
	Do 1. redukční hranice		Mezi 1. a 2. redukční hranicí	Mezi 2. a 3. redukční hranicí	první 3 dny	4. až 14. den	15. až 21. den	22. až 30. den	31. až 60. den	nad 61 dnů
	V prvních 14 dnech DPN	Od 15. dne trvání DPN								
1994	100%	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1995	100%	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1996	100%	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1997	100%	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1998	100%	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1999	1.1.–30.9.	100%	–	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
1999	1.10.–31.12.	100%	60%	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
2000		100%	60%	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
2001		100%	60%	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
2002		100%	60%	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
2003		100%	60%	–	50%	69%	69%	69%	69%	69%
2004		90%	60%	–	25%	69%	69%	69%	69%	69%
2005		90%	60%	–	25%	69%	69%	69%	69%	69%
2006		90%	60%	–	25%	69%	69%	69%	69%	69%
2007		90%	60%	–	25%	69%	69%	69%	69%	69%
2008	1.1.–29.6.	90%	60%	–	–	60%	60%	60%	66%	72%
2008	30.6.–31.8.	90%	60%	–	60%	60%	60%	60%	66%	72%
2008	1.9.–31.12.	90%	60%	–	25%	60%	60%	60%	66%	72%
2009		90%	60%	30%	–	–	60%	60%	66%	72%
2010		90%	60%	30%	–	–	60%	60%	60%	60%
2011		90%	60%	30%	–	–	–	60%	60%	60%
2012		90%	60%	30%	–	–	–	60%	60%	60%

Zdroj: ČSSZ

Příloha č. 4: Pořadí krajů ČR dle hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti

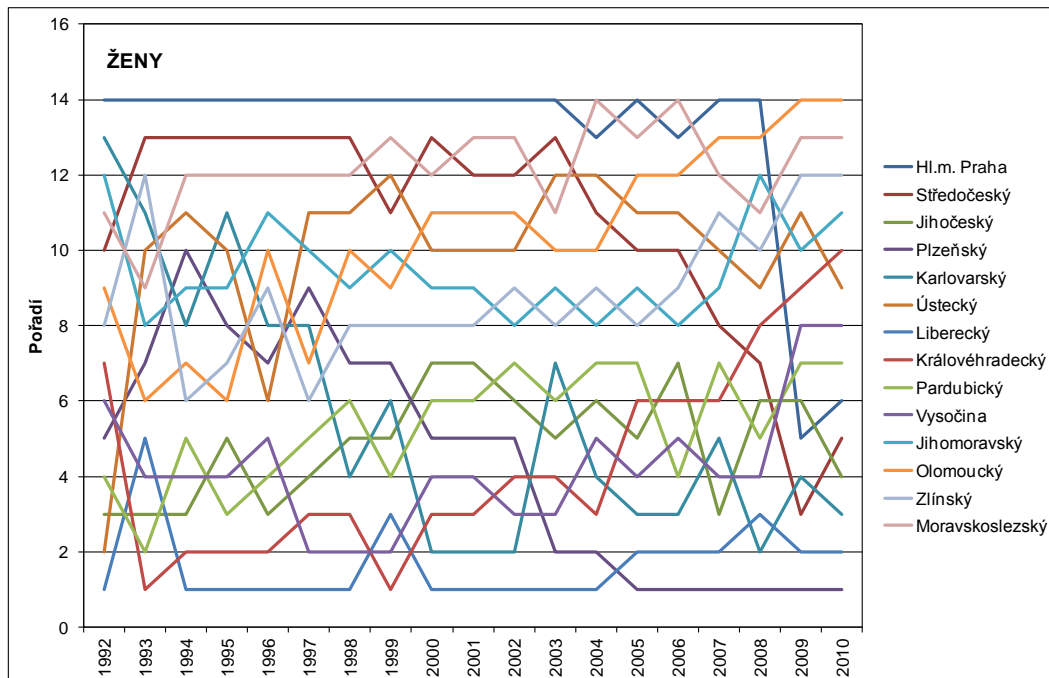
Obr. 44 – Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

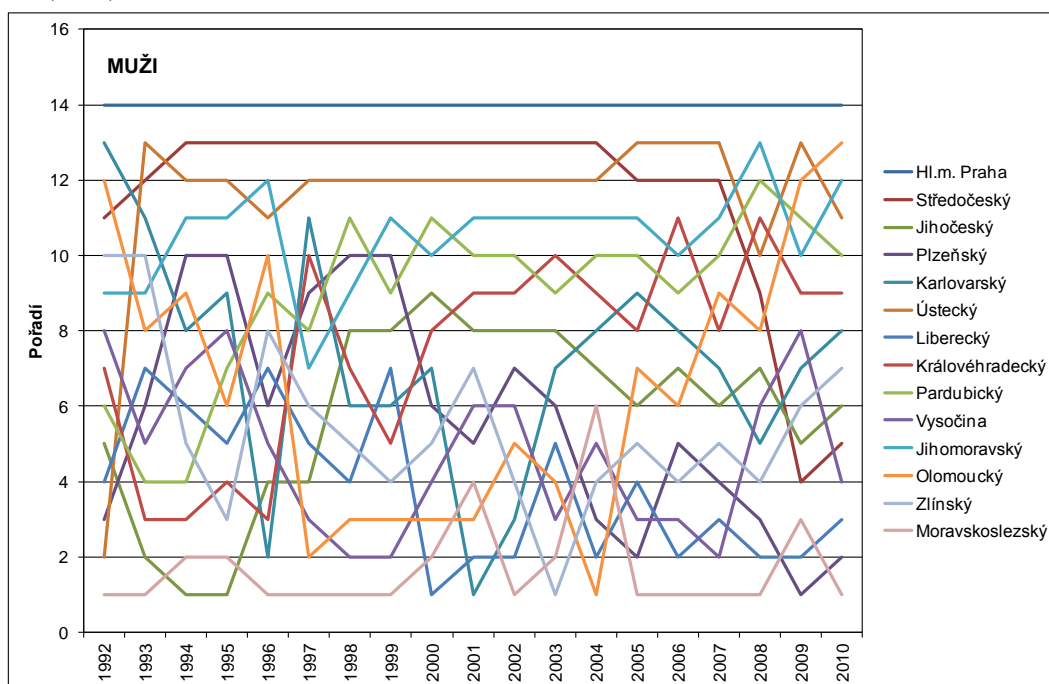
Obr. 45 – Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, ženy, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

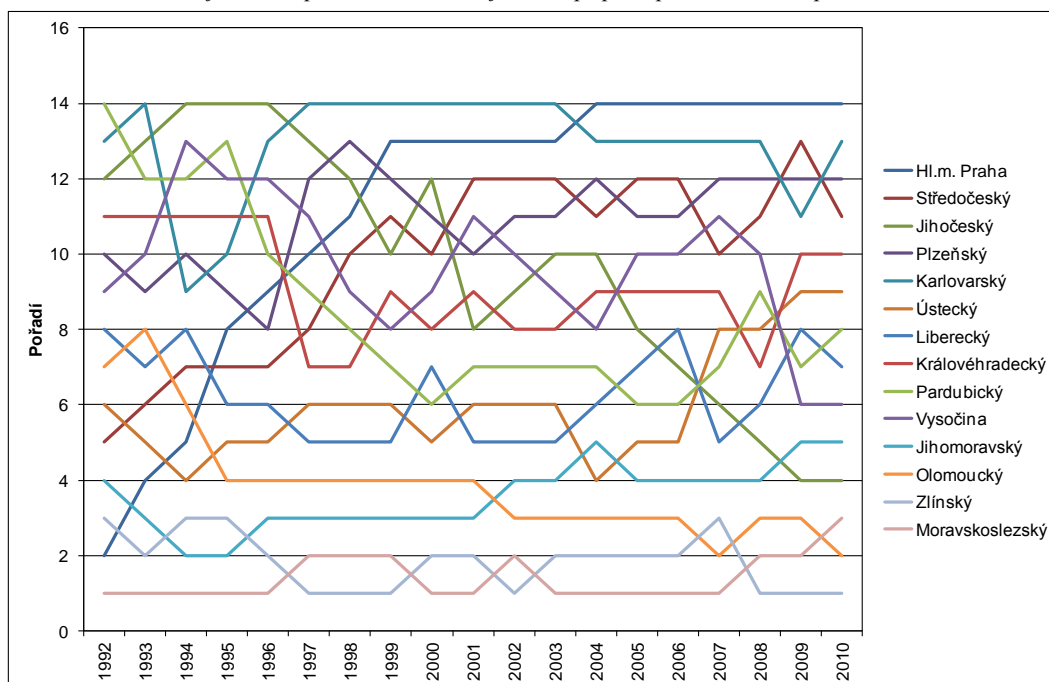
Obr. 46 – Pořadí krajů ČR dle počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných osob, muži, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

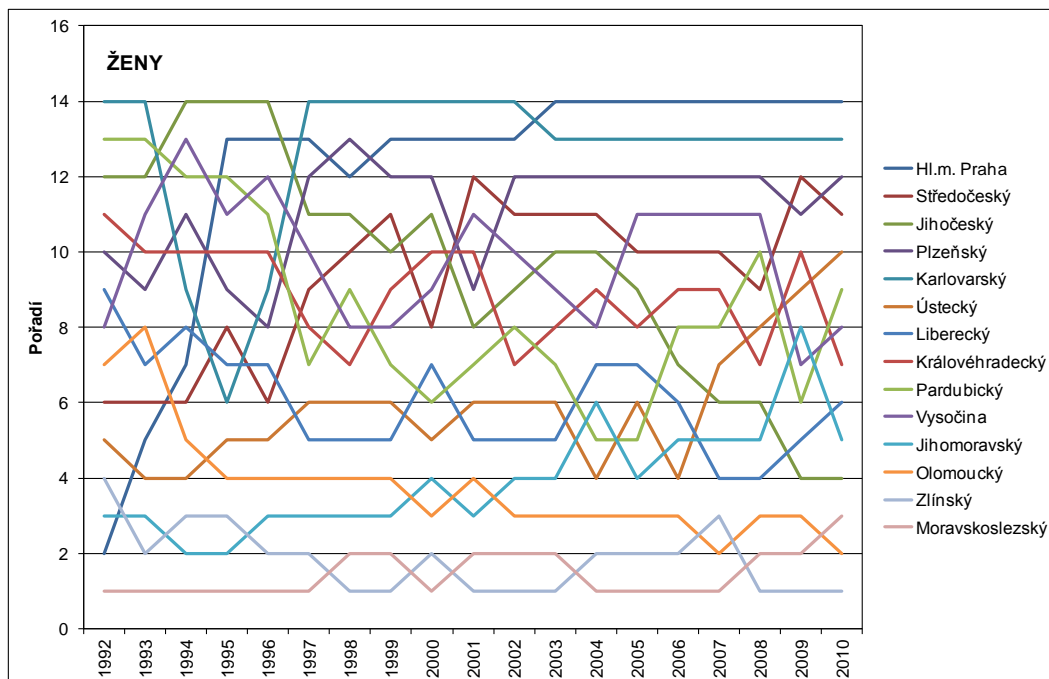
Obr. 47 – Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

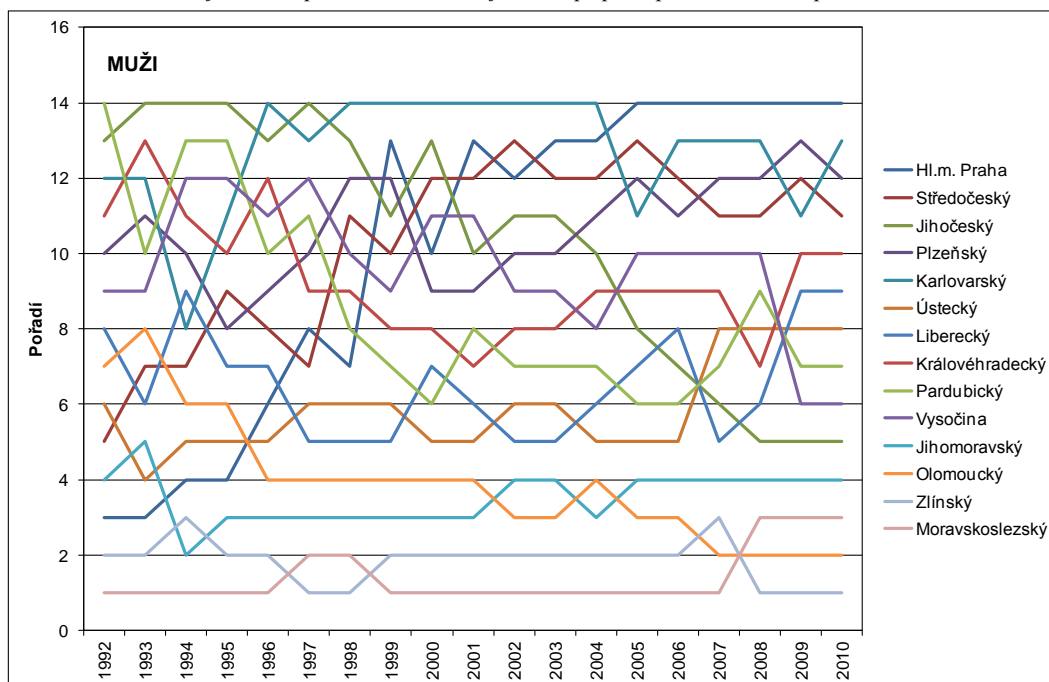
Obr. 48 – Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, ženy, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

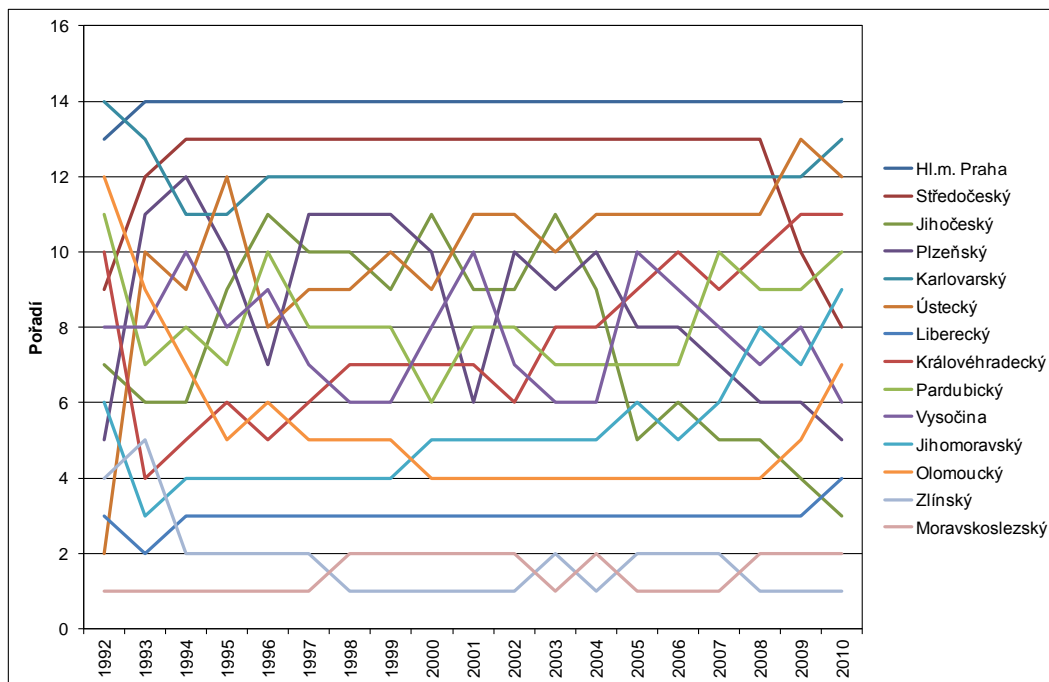
Obr. 49 – Pořadí krajů ČR dle průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, muži, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

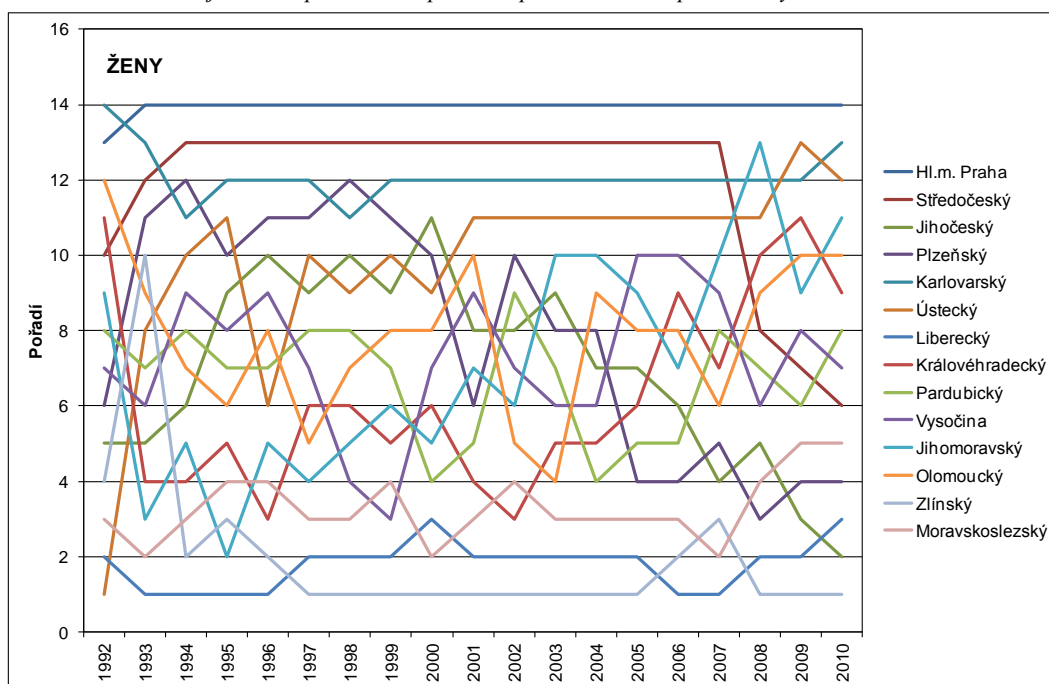
Obr. 50 – Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

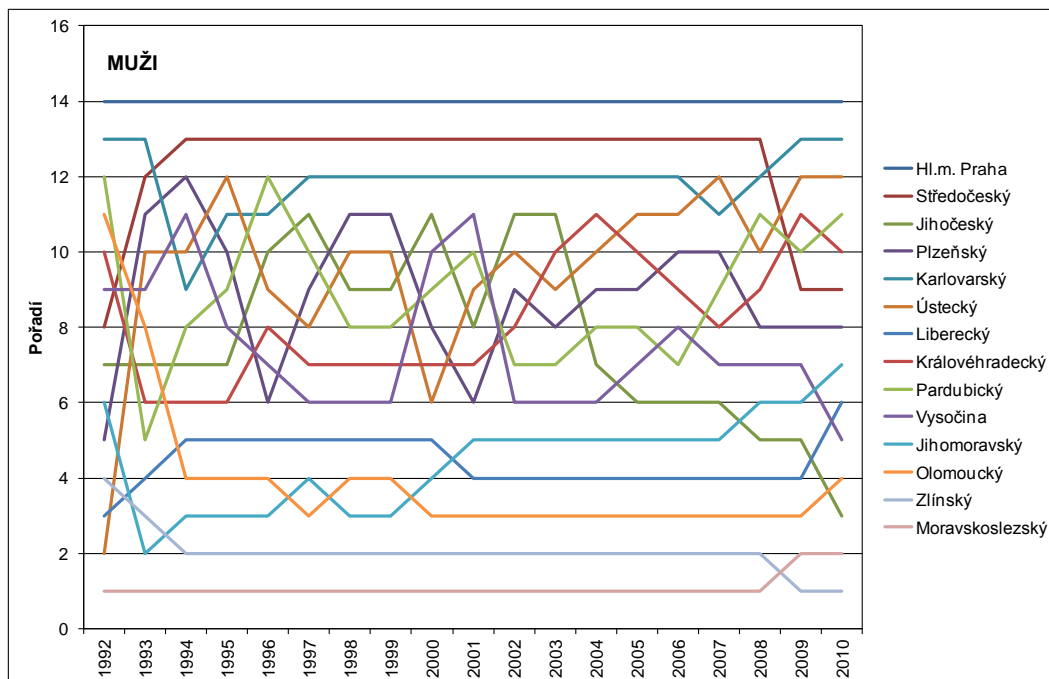
Obr. 51 – Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, ženy, 1992–2010



Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

Obr. 52 – Pořadí krajů ČR dle průměrného procenta pracovní neschopnosti, muži, 1992–2010

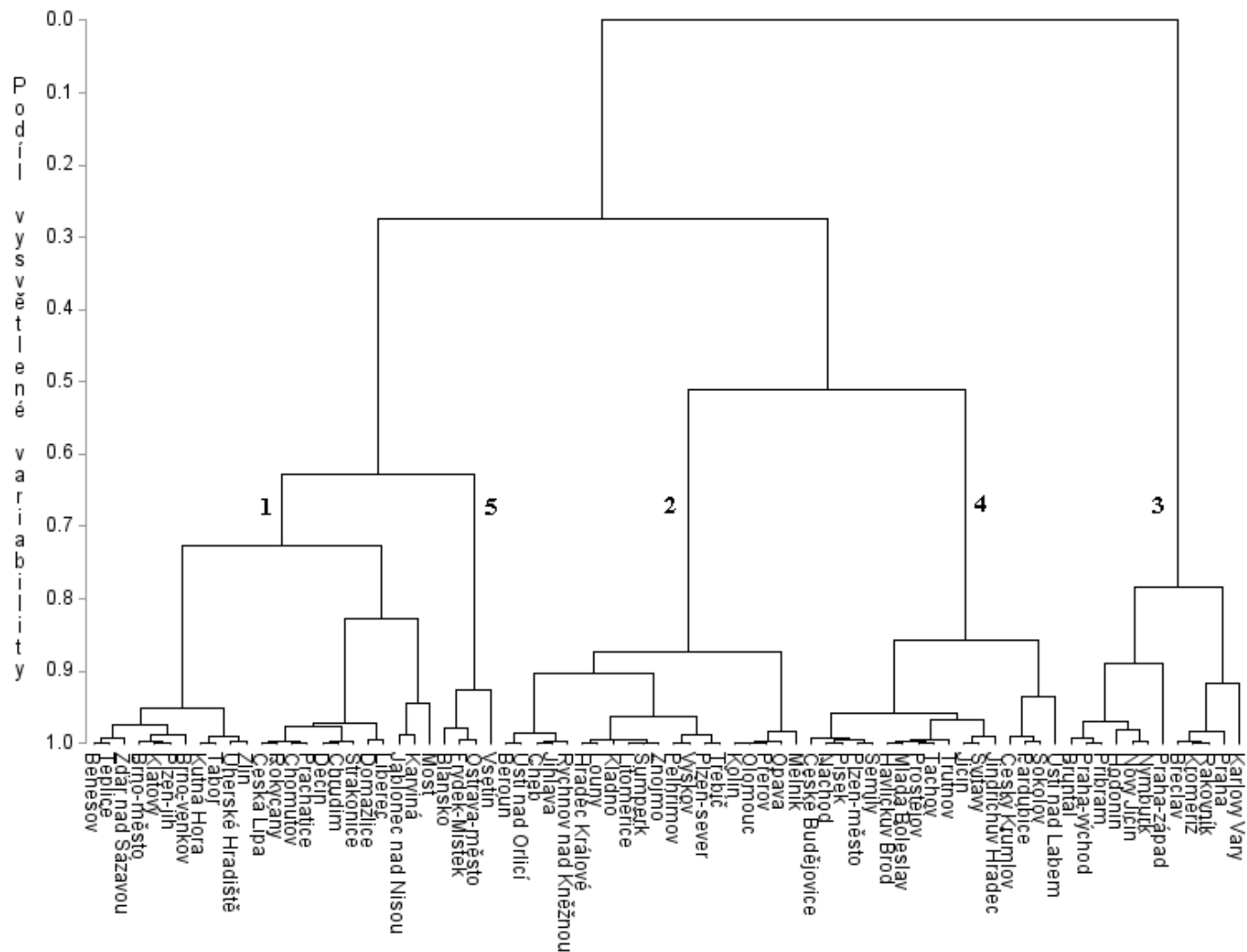


Pozn.: seřazeno sestupně, tj. nejvyšší pořadí = nejnižší hodnoty ukazatele

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

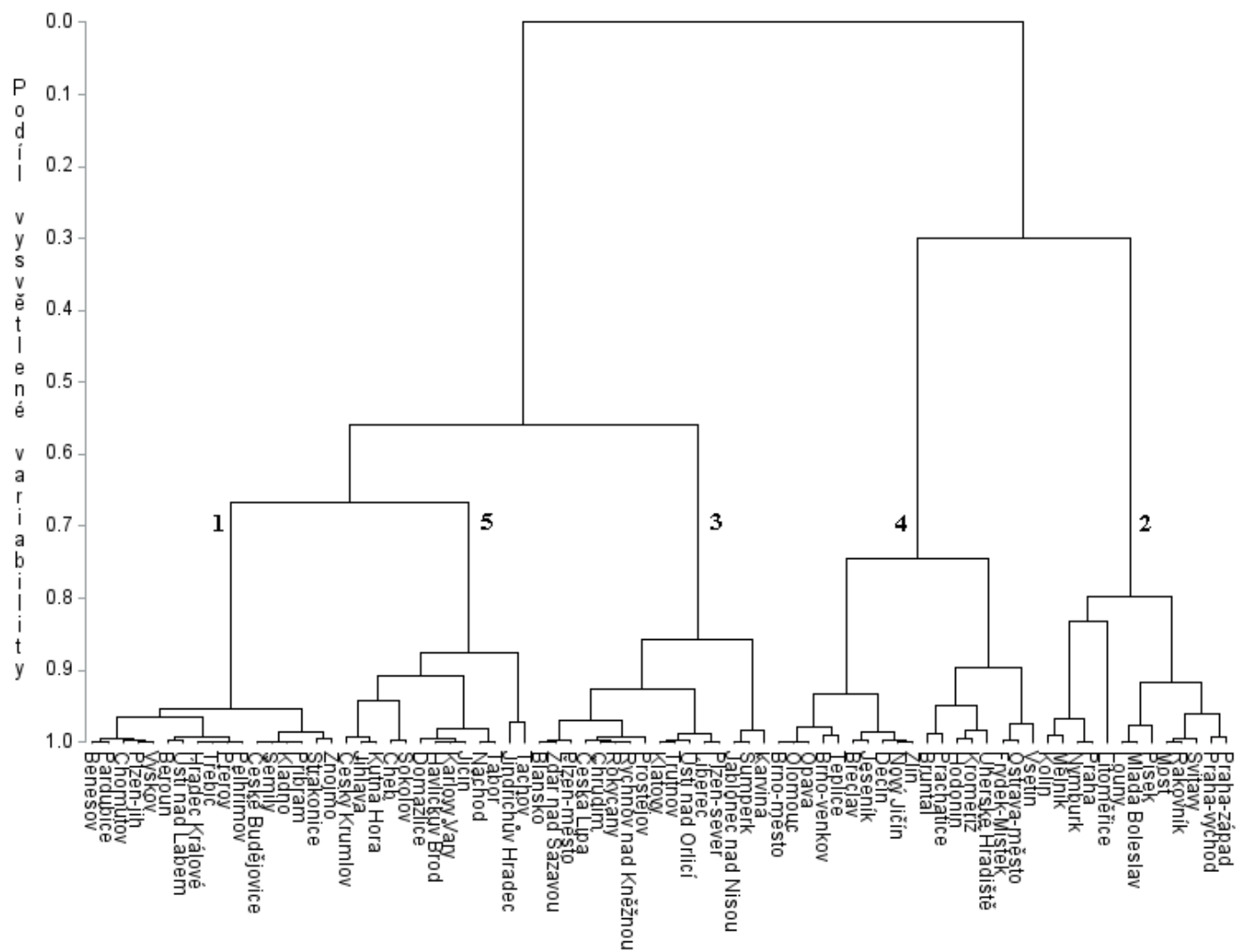
Příloha č. 5: Grafické výstupy shlukové analýzy

Obr. 53 – Dendrogram okresů, 1992



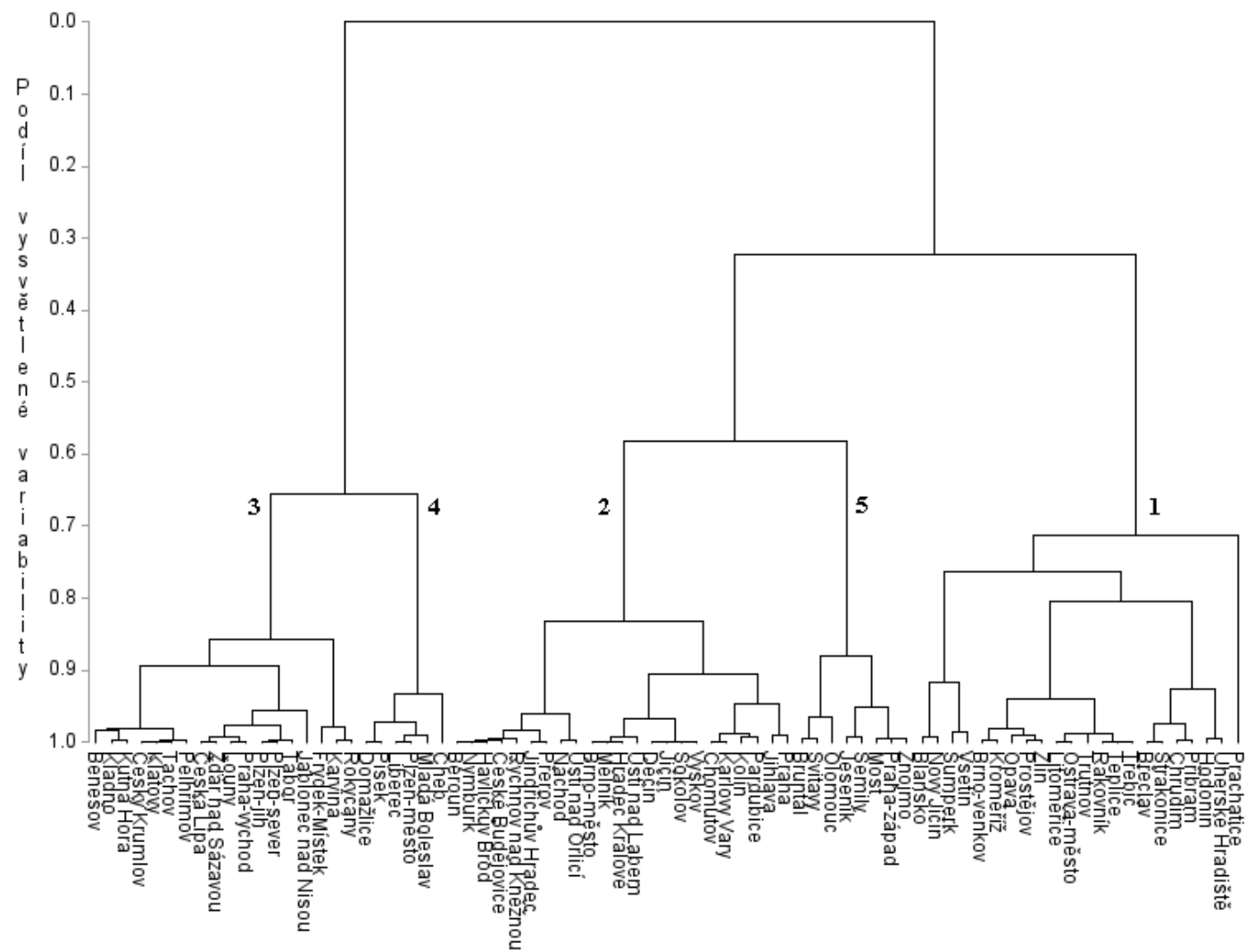
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Obr. 54 – Dendrogram okresů, 2001



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Obr. 55 – Dendrogram okresů, 2010



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Příloha č. 6: Shluková analýza – historie shlukování

Tab. 93 – Shluková analýza – historie shlukování, 1992

Number of cluster	Clusters Joined		Freq	Semipartial R-Square	R-Square	Pseudo F Statistic	Pseudo t-Squared
75	Klatovy	Plzeň-jih	2	0,0000	1,000	15000	.
74	Hradec Králové	Louny	2	0,0000	1,000	4130	.
73	Kroměříž	Rakovník	2	0,0000	1,000	2290	.
72	Prostějov	Tachov	2	0,0000	1,000	1700	.
71	Cheb	Jihlava	2	0,0000	1,000	1289	.
70	Litoměřice	Šumperk	2	0,0000	1,000	1116	.
69	Česká Lípa	Rokycany	2	0,0000	1,000	982	.
68	Kolín	Olomouc	2	0,0000	1,000	880	.
67	Havlíčkův Brod	Mladá Boleslav	2	0,0000	1,000	762	.
66	Chomutov	Prachatice	2	0,0000	1,000	692	.
65	Kutná Hora	Tábor	2	0,0001	1,000	618	.
64	Praha-východ	Příbram	2	0,0001	1,000	531	.
63	CL70	Znojmo	3	0,0001	1,000	476	3,6
62	Plzeň-město	Semily	2	0,0001	0,999	436	.
61	Plzeň-sever	Třebeč	2	0,0001	0,999	401	.
60	Jičín	Svitavy	2	0,0001	0,999	367	.
59	CL68	Prerov	3	0,0001	0,999	342	3,9
58	Pelhřimov	Vyškov	2	0,0001	0,999	321	.
57	Náchod	Písek	2	0,0001	0,999	306	.
56	Benešov	Teplice	2	0,0001	0,999	293	.
55	Děčín	Chrudim	2	0,0001	0,999	281	.
54	Beroun	Ústí nad Orlicí	2	0,0002	0,998	270	.
53	CL55	Strakonice	3	0,0002	0,998	257	1,3
52	Uherské Hradiště	Zlín	2	0,0002	0,998	247	.
51	Nový Jičín	Nymburk	2	0,0002	0,998	238	.
50	Brno-město	CL75	3	0,0002	0,998	230	226,0
49	CL67	CL72	4	0,0002	0,997	223	7,3
48	CL59	Opava	4	0,0002	0,997	218	2,9
47	Pardubice	Sokolov	2	0,0002	0,997	211	.
46	Břeclav	CL73	3	0,0003	0,997	205	22,6
45	CL71	Rychnov nad Kněžnou	3	0,0003	0,996	200	12,1
44	CL69	CL66	4	0,0003	0,996	196	7,9
43	Frydek-Místek	Ostrava-město	2	0,0003	0,996	190	.
42	CL49	Trutnov	5	0,0004	0,996	185	4,0
41	CL57	CL62	4	0,0004	0,995	179	3,8
40	Domažlice	Liberec	2	0,0004	0,995	173	.
39	Kladno	CL63	4	0,0004	0,994	169	8,3
38	CL74	CL39	6	0,0005	0,994	165	3,4
37	CL56	Žďár nad Sázavou	3	0,0005	0,993	161	3,8
36	Bruntál	CL64	3	0,0005	0,993	157	6,5
35	České Budějovice	CL41	5	0,0006	0,992	152	3,1
34	CL65	CL52	4	0,0007	0,991	147	5,9
33	Český Krumlov	CL47	3	0,0007	0,991	143	3,0
32	CL60	Jindřichův Hradec	3	0,0008	0,990	139	6,9
31	CL50	Brno-venkov	4	0,0009	0,989	135	8,3
30	Jablonec nad Nisou	Karviná	2	0,0010	0,988	131	.
29	CL58	CL61	4	0,0011	0,987	127	9,6
28	CL54	CL45	5	0,0013	0,986	122	8,9
27	CL46	Praha	4	0,0013	0,984	118	9,9
26	CL48	Mělník	5	0,0014	0,983	115	11,7
25	Hodonín	CL51	3	0,0015	0,981	112	7,7
24	Blansko	CL43	3	0,0018	0,980	108	5,7
23	CL44	CL53	7	0,0021	0,977	105	15,5
22	CL37	CL31	7	0,0024	0,975	100	7,1
21	CL23	CL40	9	0,0027	0,972	96,6	6,0
20	CL36	CL25	6	0,0029	0,969	93,6	5,0
19	CL42	CL32	8	0,0032	0,966	90,8	12,4
18	CL38	CL29	10	0,0035	0,963	88,4	12,2
17	CL35	CL19	13	0,0047	0,958	84,3	8,7
16	CL22	CL34	11	0,0061	0,952	79,3	10,8
15	CL30	Most	3	0,0087	0,943	72,6	9,0
14	CL33	Ústí nad Labem	4	0,0087	0,935	68,2	17,5
13	CL24	Vsetín	4	0,0089	0,926	65,5	8,3
12	CL27	Karlovy Vary	5	0,0100	0,916	63,2	18,6
11	CL28	CL18	15	0,0121	0,904	60,9	21,0
10	CL20	Praha-západ	7	0,0137	0,890	59,3	13,2
9	CL11	CL26	20	0,0161	0,874	58,0	13,5
8	CL17	CL14	17	0,0176	0,856	57,9	12,9
7	CL21	CL15	12	0,0288	0,827	55,2	18,5
6	CL10	CL12	12	0,0447	0,783	50,5	14,7
5	CL16	CL7	23	0,0555	0,727	47,3	21,0
4	CL5	CL13	27	0,0999	0,627	40,4	20,5
3	CL9	CL8	37	0,1168	0,511	38,1	54,1
2	CL4	CL3	64	0,2372	0,273	27,8	35,5
1	CL2	CL6	76	0,2734	0,000	.	27,8

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Tab. 94 – Shluková analýza – historie shlukování, 2001

Number of cluster	Clusters Joined		Freq	Semipartial R-Square	R-Square	Pseudo F Statistic	Pseudo t-Squared
76	Hradec Králové	Třebeč	2	0,0000	1,000	2571	.
75	Plzeň-jih	Vyškov	2	0,0000	1,000	1733	.
74	České Budějovice	Semily	2	0,0000	1,000	1558	.
73	Nymburk	Praha	2	0,0000	1,000	1436	.
72	Rokyčany	Rychnov nad Kněžnou	2	0,0000	1,000	1329	.
71	Nový Jičín	Zlín	2	0,0000	1,000	1229	.
70	Liberec	Plzeň-sever	2	0,0000	1,000	1122	.
69	Most	Rakovník	2	0,0000	1,000	980	.
68	CL76	Přerov	3	0,0000	1,000	877	6,4
67	Kladno	Příbram	2	0,0000	1,000	810	.
66	Havlíčkův Brod	Karlovy Vary	2	0,0000	1,000	742	.
65	Klatovy	Trutnov	2	0,0000	1,000	684	.
64	Jablonec nad Nisou	Šumperk	2	0,0001	1,000	634	.
63	Benešov	Pardubice	2	0,0001	1,000	596	.
62	Brno-město	Olomouc	2	0,0001	1,000	555	.
61	Blansko	Žďár nad Sázavou	2	0,0001	0,999	513	.
60	Chrudim	CL72	3	0,0001	0,999	473	6,3
59	Jihlava	Kutná Hora	2	0,0001	0,999	441	.
58	CL66	Jičín	3	0,0001	0,999	417	2,3
57	CL68	Pelhřimov	4	0,0001	0,999	393	5,7
56	Louny	Mladá Boleslav	2	0,0001	0,999	366	.
55	CL62	Opava	3	0,0002	0,999	340	2,4
54	CL74	CL67	4	0,0002	0,999	312	8,7
53	Náchod	Tábor	2	0,0002	0,998	291	.
52	CL61	Plzeň-město	3	0,0002	0,998	273	2,7
51	Děčín	CL71	3	0,0002	0,998	260	12,4
50	Česká Lípa	CL60	4	0,0002	0,998	248	4,1
49	CL65	Ústí nad Orlicí	3	0,0002	0,998	237	5,2
48	Břeclav	Jeseník	2	0,0003	0,997	226	.
47	Beroun	Ústí nad Labem	2	0,0003	0,997	217	.
46	Cheb	Sokolov	2	0,0003	0,997	209	.
45	Frydek-Místek	Ostrava-město	2	0,0003	0,996	203	.
44	Chomutov	CL75	3	0,0003	0,996	196	30,4
43	CL69	Svitavy	3	0,0003	0,996	191	10,8
42	Strakonice	Znojmo	2	0,0004	0,995	186	.
41	CL63	CL44	5	0,0004	0,995	179	3,4
40	Hodonín	Kroměříž	2	0,0005	0,995	172	.
39	Domažlice	CL58	4	0,0005	0,994	166	7,3
38	CL50	Prostějov	5	0,0005	0,994	162	4,7
37	Praha-východ	Praha-západ	2	0,0006	0,993	156	.
36	Český Krumlov	CL59	3	0,0007	0,992	149	7,4
35	CL47	CL57	6	0,0007	0,992	144	6,7
34	Brno-venkov	Teplíce	2	0,0008	0,991	139	.
33	Kolín	Mělník	2	0,0008	0,990	134	.
32	Bruntál	Prachatice	2	0,0009	0,989	129	.
31	CL49	CL70	5	0,0010	0,988	126	9,4
30	CL54	CL42	6	0,0014	0,987	119	9,2
29	CL48	CL51	5	0,0014	0,985	114	8,4
28	CL64	Karviná	3	0,0014	0,984	110	27,1
27	CL40	Uherské Hradiště	3	0,0014	0,982	107	3,1
26	CL39	CL53	6	0,0015	0,981	105	7,1
25	CL55	CL34	5	0,0018	0,979	101	5,2
24	CL56	Písek	3	0,0019	0,977	98,7	14
23	CL45	Vsetín	3	0,0020	0,975	96,3	6,8
22	Jindřichův Hradec	Tachov	2	0,0022	0,973	94,4	.
21	CL52	CL38	8	0,0027	0,970	91,6	14,5
20	CL33	CL73	4	0,0028	0,968	89,5	6,5
19	CL41	CL35	11	0,0034	0,964	86,7	15,7
18	CL43	CL37	5	0,0034	0,961	84,9	10,8
17	CL19	CL30	17	0,0063	0,954	78,5	12,9
16	CL32	CL27	5	0,0064	0,948	74,1	6,8
15	CL36	CL46	5	0,0067	0,941	71,0	18,7
14	CL25	CL29	10	0,0074	0,934	68,5	12,5
13	CL21	CL31	13	0,0078	0,926	66,8	17,1
12	CL24	CL18	8	0,0084	0,918	65,9	7,9
11	CL15	CL26	11	0,0101	0,908	64,8	9,1
10	CL16	CL23	8	0,0116	0,896	64,1	6
9	CL11	CL22	13	0,0195	0,876	60,3	9,6
8	CL13	CL28	16	0,0201	0,856	58,7	19,7
7	CL20	Litoměřice	5	0,0245	0,832	57,7	20,3
6	CL7	CL12	13	0,0344	0,797	55,9	8,8
5	CL14	CL10	18	0,0520	0,745	52,7	23,6
4	CL17	CL9	30	0,0777	0,668	48,9	39,2
3	CL4	CL8	46	0,1078	0,560	47,1	28,3
2	CL5	CL6	31	0,2614	0,298	31,9	46
1	CL3	CL2	77	0,2985	0,000	.	31,9

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Tab. 95 – Shluková analýza – historie shlukování, 2010

Number of cluster	Clusters Joined		Freq	Semipartial R-Square	R-Square	Pseudo F Statistic	Pseudo t-Squared
76	Teplice	Třebeč	2	0,0000	1,000	753	.
75	Brno-město	Mělník	2	0,0000	1,000	737	.
74	Sokolov	Vyškov	2	0,0000	1,000	681	.
73	Beroun	Nymburk	2	0,0000	1,000	657	.
72	Český Krumlov	Klatovy	2	0,0000	1,000	640	.
71	Rakovník	CL76	3	0,0000	1,000	592	2
70	Česká Lípa	Žďár nad Sázavou	2	0,0000	1,000	551	.
69	Jindřichův Hradec	Přerov	2	0,0001	1,000	478	.
68	Louny	Praha-východ	2	0,0001	1,000	431	.
67	Děčín	Jičín	2	0,0001	1,000	402	.
66	Plzeň-jih	Plzeň-sever	2	0,0001	1,000	379	.
65	Domažlice	Písek	2	0,0001	0,999	353	.
64	CL75	Hradec Králové	3	0,0001	0,999	330	5
63	CL73	Havlíčkův Brod	3	0,0001	0,999	308	4,4
62	Břeclav	Strakonice	2	0,0001	0,999	288	.
61	Litoměřice	Ostrava-město	2	0,0001	0,999	272	.
60	CL72	Tachov	3	0,0001	0,999	258	5,3
59	Chomutov	Karlovy Vary	2	0,0001	0,999	247	.
58	CL67	CL74	4	0,0002	0,999	235	3,6
57	Liberec	Plzeň-město	2	0,0002	0,998	225	.
56	CL63	České Budějovice	4	0,0002	0,998	216	2,7
55	Karviná	Rokyčany	2	0,0002	0,998	209	.
54	CL60	Pelhřimov	4	0,0002	0,998	202	2,4
53	Prostějov	Zlín	2	0,0002	0,998	197	.
52	Náchod	Ústí nad Orlicí	2	0,0002	0,997	190	.
51	CL66	Tábor	3	0,0003	0,997	182	3,9
50	Brno-venkov	Kroměříž	2	0,0003	0,997	173	.
49	Chrudim	Příbram	2	0,0003	0,996	166	.
48	Kladno	Kutná Hora	2	0,0003	0,996	160	.
47	Praha-západ	Znojmo	2	0,0004	0,996	155	.
46	CL56	Rychnov nad Kněžnou	5	0,0004	0,995	150	3,7
45	Hodonín	Uherské Hradiště	2	0,0004	0,995	145	.
44	Most	CL47	3	0,0004	0,995	142	1,2
43	Bruntál	Svitavy	2	0,0004	0,994	138	.
42	Kolín	Pardubice	2	0,0004	0,994	135	.
41	Blansko	Nový Jičín	2	0,0005	0,993	133	.
40	CL70	CL68	4	0,0005	0,993	130	9,4
39	CL64	Ústí nad Labem	4	0,0005	0,992	128	9,6
38	Jeseník	Semily	2	0,0006	0,992	125	.
37	Opava	CL53	3	0,0006	0,991	123	2,9
36	CL57	Mladá Boleslav	3	0,0006	0,990	122	3,6
35	Jihlava	Praha	2	0,0007	0,990	120	.
34	CL61	Trutnov	3	0,0009	0,989	116	6,9
33	CL59	CL42	4	0,0009	0,988	113	3,2
32	CL34	CL71	6	0,0010	0,987	110	3,7
31	Šumperk	Vsetín	2	0,0011	0,986	107	.
30	Benešov	CL48	3	0,0013	0,985	103	3,9
29	CL46	CL69	7	0,0014	0,983	100	9,2
28	CL30	CL54	7	0,0015	0,982	97,3	3,7
27	CL50	CL37	5	0,0016	0,980	94,8	4,3
26	Frydek-Místek	CL55	3	0,0017	0,978	92,7	8,9
25	CL40	CL51	7	0,0019	0,977	90,3	10,1
24	CL62	CL49	4	0,0025	0,974	86,7	10,8
23	CL65	CL36	5	0,0028	0,971	82,9	10
22	CL39	CL58	8	0,0030	0,968	79,8	19,9
21	CL43	Olomouc	3	0,0031	0,965	77,6	7,3
20	CL29	CL52	9	0,0040	0,961	74,4	11,8
19	CL25	Jablonec nad Nisou	8	0,0046	0,957	71,0	9,8
18	CL38	CL44	5	0,0049	0,952	68,4	10,9
17	CL33	CL35	6	0,0052	0,947	66,4	9,3
16	CL27	CL32	11	0,0059	0,941	64,5	11,3
15	CL23	Cheb	6	0,0070	0,934	62,4	7,6
14	CL24	CL45	6	0,0080	0,926	60,4	9,6
13	CL41	CL31	4	0,0092	0,916	58,5	11,7
12	CL22	CL17	14	0,0113	0,905	56,4	12
11	CL28	CL19	15	0,0123	0,893	55,0	14,5
10	CL21	CL18	8	0,0134	0,879	54,3	8,4
9	CL11	CL26	18	0,0215	0,858	51,3	13,7
8	CL20	CL12	23	0,0271	0,831	48,4	19,6
7	CL16	CL14	17	0,0273	0,804	47,7	18,7
6	CL13	CL7	21	0,0394	0,764	46,0	12,5
5	CL6	Prachatice	22	0,0512	0,713	44,7	10,3
4	CL9	CL15	24	0,0574	0,656	46,3	22
3	CL8	CL10	31	0,0739	0,582	51,5	27,1
2	CL3	CL5	53	0,2602	0,321	35,5	43,7
1	CL4	CL2	77	0,3215	0,000	.	35,5

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), výstup programu SAS 9.2

Příloha č. 7: Rozložení okresů ČR do skupin dle výsledků shlukové analýzy a intervalů indexu regionální diferenciace průměrného procenta pracovní neschopnosti

Tab. 96 – Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciace, 1992

Okres	Skupina	Interval indexu regionální diferenciace
Benešov	1	4
Beroun	2	2
Blansko	5	5
Brno-město	1	3
Brno-venkov	1	3
Bruntál	3	4
Břeclav	3	2
Česká Lípa	1	4
České Budějovice	4	3
Český Krumlov	4	3
Děčín	1	4
Domažlice	1	4
Frydek-Místek	5	5
Havlíčkův Brod	4	3
Hodonín	3	3
Hradec Králové	2	3
Cheb	2	2
Chomutov	1	4
Chrudim	1	4
Jablonec nad Nisou	1	5
Jeseník	2	2
Jičín	4	3
Jihlava	2	2
Jindřichův Hradec	4	2
Karlovy Vary	3	1
Karviná	1	5
Kladno	2	3
Klatovy	1	4
Kolín	2	2
Kroměříž	3	2
Kutná Hora	1	3
Liberec	1	4
Litoměřice	2	3
Louny	2	2
Mělník	2	2
Mladá Boleslav	4	3
Most	1	5
Náchod	4	3
Nový Jičín	3	3
Nymburk	3	3
Olomouc	2	2
Opava	2	2
Ostrava-město	5	5
Pardubice	4	2
Pelhřimov	2	3
Písek	4	3
Plzeň-jih	1	4
Plzeň-město	4	3
Plzeň-sever	2	3
Praha	3	2
Praha-východ	3	3
Praha-západ	3	3
Prachovice	1	4
Prostějov	4	3
Přerov	2	2
Příbram	3	3
Rakovník	3	2
Rokycany	1	4
Rychnov nad Kněžnou	2	2
Semily	4	3
Sokolov	4	3
Srakonice	1	4
Svitavy	4	3
Šumperk	2	2
Tábor	1	3
Tachov	4	3
Teplice	1	4
Trutnov	4	3
Třebíč	2	3
Uherské Hradiště	1	3
Ústí nad Labem	4	4
Ústí nad Orlicí	2	2
Vsetín	5	5
Vyškov	2	3
Zlín	1	4
Znojmo	2	2
Zďár nad Sázavou	1	4

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

Tab. 97 – Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciacce, 2001

Okres	Skupina	Interval indexu regionální diferenciacce
Benešov	1	3
Beroun	1	3
Blansko	3	4
Brno-město	4	3
Brno-venkov	4	4
Bruntál	4	5
Břeclav	4	4
Česká Lípa	3	4
České Budějovice	1	3
Český Krumlov	5	2
Děčín	4	4
Domažlice	5	3
Frydek-Místek	4	5
Havlíčkův Brod	5	3
Hodonín	4	5
Hradec Králové	1	3
Cheb	5	3
Chomutov	1	2
Chrudim	3	4
Jablonec nad Nisou	3	5
Jeseník	4	3
Jičín	5	3
Jihlava	5	2
Jindřichův Hradec	5	4
Karlovy Vary	5	3
Karviná	3	5
Kladno	1	3
Klatovy	3	4
Kolín	2	1
Kroměříž	4	4
Kutná Hora	5	2
Liberec	3	4
Litoměřice	2	1
Louny	2	2
Mělník	2	1
Mladá Boleslav	2	2
Most	2	3
Náchod	5	3
Nový Jičín	4	4
Nymburk	2	1
Otomoč	4	3
Opava	4	3
Ostrava-město	4	4
Pardubice	1	3
Pelhřimov	1	3
Písek	2	2
Plzeň-jih	1	3
Plzeň-město	3	4
Plzeň-sever	3	4
Praha	2	1
Praha-východ	2	2
Praha-západ	2	2
Prachovice	4	5
Prostějov	3	4
Přerov	1	3
Příbram	1	3
Rakovník	2	3
Rokycany	3	4
Rychnov nad Kněžnou	3	4
Semily	1	3
Sokolov	5	2
Strakonice	1	3
Svitavy	2	3
Šumperk	3	5
Tábor	5	3
Tachov	5	4
Teplice	4	4
Trutnov	3	4
Třebíč	1	3
Uherské Hradiště	4	5
Ústí nad Labem	1	3
Ústí nad Orlicí	3	4
Vsetín	4	5
Vyškov	1	3
Zlín	4	4
Znojmo	1	3
Žďár nad Sázavou	3	4

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

Tab. 98 – Rozložení okresů dle skupin a intervalů indexu regionální diferenciacce, 2010

Okres	Skupina	Interval indexu regionální diferenciacce
Benešov	3	3
Beroun	2	3
Blansko	1	5
Brno-město	2	2
Brno-venkov	1	4
Bruntál	5	3
Břeclav	1	5
Česká Lípa	3	5
České Budějovice	2	4
Český Krumlov	3	4
Děčín	2	3
Domažlice	4	3
Frydek-Místek	3	5
Havlíčkův Brod	2	3
Hodonín	1	5
Hradec Králové	2	2
Cheb	4	2
Chomutov	2	2
Chrudim	1	4
Jablonec nad Nisou	3	5
Jeseník	5	2
Jičín	2	3
Jihlava	2	2
Jindřichův Hradec	2	3
Karlovy Vary	2	3
Karviná	3	5
Kladno	3	4
Klatovy	3	4
Kolín	2	2
Kroměříž	1	4
Kutná Hora	3	4
Liberec	4	3
Litoměřice	1	4
Louny	3	4
Mělník	2	2
Mladá Boleslav	4	2
Most	5	2
Náchod	2	3
Nový Jičín	1	4
Nymburk	2	3
Otomoč	5	2
Opava	1	4
Ostrava-město	1	4
Pardubice	2	2
Pelhřimov	3	4
Písek	4	3
Plzeň-jih	3	4
Plzeň-město	4	3
Plzeň-sever	3	4
Praha	2	1
Praha-východ	3	4
Praha-západ	5	2
Prachatic	1	5
Prostějov	1	4
Přerov	2	3
Příbram	1	4
Rakovník	1	4
Rokycany	3	5
Rychnov nad Kněžnou	2	3
Semily	5	3
Sokolov	2	3
Strakonice	1	5
Svitavy	5	3
Šumperk	1	5
Tábor	3	4
Tachov	3	4
Teplice	1	4
Trutnov	1	4
Třebíč	1	4
Uherské Hradiště	1	5
Ústí nad Labem	2	2
Ústí nad Orlicí	2	4
Vsetín	1	5
Vyškov	2	3
Zlín	1	4
Znojmo	5	2
Žďár nad Sázavou	3	5

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

Příloha č. 8: Očekávané četnosti pozorování v kontingenčních tabulkách*Tab. 99 – Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diference a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 1992*

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1	0,30	5,97	9,56	5,08	2,09	23
2	0,27	5,45	8,73	4,64	1,91	21
3	0,16	3,12	4,99	2,65	1,09	12
4	0,22	4,42	7,06	3,75	1,55	17
5	0,05	1,04	1,66	0,88	0,36	4
Celkem	1	20	32	17	7	77

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

Tab. 100 – Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diference a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2001

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1	1,10	2,21	6,62	5,08	1,99	17
2	0,84	1,69	5,06	3,88	1,52	13
3	1,04	2,08	6,23	4,78	1,87	16
4	1,17	2,34	7,01	5,38	2,10	18
5	0,84	1,69	5,06	3,88	1,52	13
Celkem	5	10	30	23	9	77

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

Tab. 101 – Očekávané četnosti v kontingenční tabulce rozložení okresů dle indexu regionální diference a skupinách vytvořených shlukovou analýzou, 2010

Skupina	Interval indexu regionální diference					Celkem
	1	2	3	4	5	
1	0,29	4,29	5,71	7,71	4,00	22
2	0,30	4,48	5,97	8,06	4,18	23
3	0,23	3,51	4,68	6,31	3,27	18
4	0,08	1,17	1,56	2,10	1,09	6
5	0,10	1,56	2,08	2,81	1,45	8
Celkem	1	15	20	27	14	77

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

Příloha č. 10: Faktory ovlivňující výskyt pracovní neschopnosti - výsledky příkazu ODDSRATIO

Tab. 105 – Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 1

	Poměr šancí (odds ratios)		
	OR	95% interval spolehlivosti	
<i>Věk</i>			
15-29 let vs 30-44 let	1,032	1,028	1,036
15-29 let vs 45-59 let	0,784	0,781	0,787
15-29 let vs 60+	0,810	0,804	0,815
30-44 let vs 45-59 let	0,760	0,758	0,761
30-44 let vs 60+	0,785	0,780	0,790
45-59 let vs 60+	1,033	1,027	1,039
<i>Vzdělání</i>			
SŠ bez maturity vs SŠ s maturitou	1,284	1,280	1,288
SŠ bez maturity vs VOŠ a VŠ	1,799	1,789	1,809
SŠ bez maturity vs ZŠ a bez vzdělání	0,845	0,842	0,848
SŠ s maturitou vs VOŠ a VŠ	1,401	1,394	1,409
SŠ s maturitou vs ZŠ a bez vzdělání	0,658	0,655	0,661
VOŠ a VŠ vs ZŠ a bez vzdělání	0,470	0,467	0,473

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

Tab. 106 – Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 2 (ženy)

	Poměr šancí (odds ratios)		
	OR	95% interval spolehlivosti	
<i>Věk</i>			
15-29 let vs 30-44 let	1,334	1,328	1,341
15-29 let vs 45-59 let	1,150	1,144	1,156
15-29 let vs 60+	2,527	2,496	2,565
30-44 let vs 45-59 let	0,862	0,859	0,865
30-44 let vs 60+	1,896	1,872	1,921
45-59 let vs 60+	2,200	2,172	2,229
<i>Vzdělání</i>			
SŠ bez maturity vs SŠ s maturitou	1,306	1,301	1,312
SŠ bez maturity vs VOŠ a VŠ	1,675	1,662	1,688
SŠ bez maturity vs ZŠ a bez vzdělání	0,863	0,859	0,867
SŠ s maturitou vs VOŠ a VŠ	1,282	1,274	1,291
SŠ s maturitou vs ZŠ a bez vzdělání	0,661	0,657	0,664
VOŠ a VŠ vs ZŠ a bez vzdělání	0,515	0,511	0,520

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

Tab. 107 – Poměr šancí v rámci všech kategorií proměnné „věk“ a „vzdělání“, Česká republika, průměr let 2002–2008, Model 3 (muži)

	Poměr šancí (odds ratios)		
	OR	95% interval spolehlivosti	
<i>Věk</i>			
15-29 let vs 30-44 let	0,813	0,808	0,817
15-29 let vs 45-59 let	0,528	0,526	0,531
15-29 let vs 60+	0,416	0,412	0,419
30-44 let vs 45-59 let	0,650	0,648	0,653
30-44 let vs 60+	0,511	0,508	0,515
45-59 let vs 60+	0,786	0,781	0,792
<i>Vzdělání</i>			
SŠ bez maturity vs SŠ s maturitou	1,230	1,225	1,235
SŠ bez maturity vs VOŠ a VŠ	1,980	1,963	1,997
SŠ bez maturity vs ZŠ a bez vzdělání	0,741	0,736	0,745
SŠ s maturitou vs VOŠ a VŠ	1,609	1,597	1,622
SŠ s maturitou vs ZŠ a bez vzdělání	0,602	0,598	0,606
VOŠ a VŠ vs ZŠ a bez vzdělání	0,374	0,370	0,378

Pozn.: Závisle proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti = ano.

Zdroj: VŠPS, výstup programu SAS 9.2

Příloha č. 11: EWCS v České republice – rozložení výběrového souboru respondentů

Tab. 108 – Rozložení souboru respondentů v rámci EWCS (nevážené případy), Česká republika, 2010

Proměnná	Počet respondentů	Proměnná	Počet respondentů	Proměnná	Počet respondentů
<i>Pohlaví</i>		<i>Postavení v zaměstnání</i>		<i>Počet obvykle odpracovaných hodin</i>	
Muž	477	Podnikatel	171	Méně než 35 hodin	117
Žena	523	Zaměstnanec	827	35 až 44 hodin	579
<i>Věková kategorie</i>		<i>Jak domácnost vychází s penězi</i>		Více než 45 hodin	252
18–29 let	130	Snadno	560	<i>Dojíždka do zaměstnání</i>	
30–44 let	395	Obtížně	432	Méně než 15 minut	103
45–59 let	379	<i>Typ pracovní smlouvy</i>		15 až 29 minut	170
60 a více let	89	Doba neurčitá	651	34 až 44 minut	281
<i>Nejvyšší dokončené vzdělání</i>		Doba určitá	131	45 až 59 minut	82
ZŠ nebo bez vzdělání	173	<i>Nastavení pracovní doby</i>		60 až 74 minut	149
SŠ bez maturity	210	Pevná	690	75 minut a více	112
SŠ s maturitou	457	Pružná	302	<i>Regiony České republiky</i>	
VOŠ nebo VŠ	160	<i>Práce na směny</i>		Praha	126
<i>Charakter výdělečné činnosti</i>		Ano	260	Střední Čechy	108
Duševní pracovníci	357	Ne	732	Jihozápad	117
Rutinní nemanuální pracovníci	270	<i>Délka výkonu současné výdělečné činnosti</i>		Severozápad	108
Manuální pracovníci	369	Méně než 1 rok	90	Severovýchod	144
<i>Zdravotní stav</i>		1 až 3 roky	206	Jihovýchod	162
Velmi dobrý	189	4 až 10 let	354	Střední Morava	117
Dobrý	533	10 let a více	322	Moravskoslezsko	118
Ucházející	255	<i>Zavedení nových technologií</i>		<i>Dobré vyhlídky na rozvoj kariéry</i>	
Špatný	22	Ano	342	Ne	414
<i>Spokojenost s pracovními podmínkami</i>		Ne	600	Ani souhlas ani nesouhlas	266
Velmi spokojen	144	<i>Provedení reorganizace</i>		Ano	230
Spokojen	628	Ano	315	<i>Obava ze ztráty zaměstnání</i>	
Nepříliš spokojen	175	Ne	621	Ne	338
Zcela nespokojen	27	<i>Spokojenost s platem</i>		Ani souhlas ani nesouhlas	235
<i>Dobří přátelé v práci</i>		Ne	286	Ano	330
Ne	104	Ani souhlas ani nesouhlas	345	<i>Kontrola nad vykonávanou prací</i>	
Ani souhlas ani nesouhlas	204	Ano	333	Ano	523
Ano	614	<i>Kontrola nad vykonávanou prací</i>		Ne	461
<i>Spokojenost s motivací</i>		Ano	523		
Ne	193	Ne	461		
Ani souhlas ani nesouhlas	288				
Ano	394				

Zdroj: EWCS

Příloha č. 12: Hodnoty ukazatelů pracovní neschopnosti a prezentismu ve státech Evropské unie

Tab. 109 – Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů a výkon výtěžné činnosti v době nemoci, státy EU, 2010

	Podíl osob (v %)			Průměrná doba trvání (ve dnech)			Průměrný denní podíl osob (v %)		
	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výtěžné činnosti v době nemoci	Rozdíl	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výtěžné činnosti v době nemoci	Rozdíl	Nepřítomnost v zaměstnání ze zdravotních důvodů	Výkon výtěžné činnosti v době nemoci	Rozdíl
Belgie	48,25	46,11	2,14	16,20	8,43	7,77	2,046	0,980	1,066
Bulharsko	27,11	15,99	11,12	19,46	8,12	11,34	1,404	0,325	1,079
Česká republika	43,55	31,86	11,69	16,13	9,27	6,86	1,821	0,788	1,033
Dánsko	63,23	55,72	7,50	10,71	7,47	3,24	1,850	1,120	0,730
Estonsko	32,85	39,61	-6,76	16,54	8,77	7,78	1,441	0,920	0,521
Finsko	64,67	47,31	17,36	15,96	11,26	4,70	2,803	1,389	1,414
Francie	36,01	44,07	-8,05	18,18	8,85	9,33	1,713	0,892	0,821
Irsko	38,27	38,35	-0,09	9,16	6,43	2,73	0,950	0,648	0,303
Itálie	38,73	22,94	15,79	11,60	6,18	5,41	1,099	0,383	0,717
Kypr	37,71	39,39	-1,68	16,22	7,83	8,39	1,569	0,448	1,121
Litva	32,93	40,28	-7,35	14,15	7,25	6,89	1,255	0,665	0,590
Lotyšsko	30,37	30,77	-0,40	19,11	8,99	10,12	1,497	0,734	0,763
Lucembursko	43,45	43,84	-0,39	13,12	6,93	6,19	1,430	0,722	0,709
Maďarsko	30,28	34,53	-4,25	18,05	9,71	8,34	1,480	0,846	0,634
Malta	62,29	53,54	8,75	8,87	5,65	3,23	1,417	0,594	0,823
Německo	60,38	39,32	21,07	10,71	7,72	2,99	1,732	0,751	0,981
Nizozemsko	48,77	37,44	11,33	16,72	10,40	6,32	2,225	1,065	1,161
Polsko	37,39	23,46	13,94	21,66	10,60	11,06	2,077	0,647	1,430
Portugalsko	26,17	22,97	3,20	24,77	10,16	14,61	1,710	0,493	1,217
Rakousko	51,99	30,96	21,03	14,94	7,85	7,09	2,028	0,577	1,451
Rumunsko	14,45	22,96	-8,51	19,31	10,37	8,95	0,728	0,517	0,212
Řecko	24,34	25,12	-0,78	7,04	6,48	0,56	0,462	0,445	0,016
Slovensko	33,68	41,88	-8,20	16,88	9,19	7,69	1,505	0,930	0,575
Slovinsko	40,55	55,42	-14,87	23,86	12,93	10,93	2,617	1,851	0,765
Spojené království	46,29	46,30	0,00	10,33	6,39	3,94	1,280	0,772	0,507
Španělsko	30,95	35,35	-4,40	12,58	8,15	4,43	1,050	0,727	0,323
Švédsko	55,68	53,71	1,96	11,35	6,96	4,39	1,700	0,921	0,779
Evropská unie	41,83	38,87	2,96	14,92	8,49	6,43	1,646	0,810	0,836

Zdroj: EWCS a vlastní výpočty