

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



ANALÝZA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Diplomová práce

Jana Gobyová

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením školitelky Prof. RNDr. Jitky Rychtaříkové, CSc. a že jsem všechny použité prameny řádně citovala.

Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu v Praze, je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity.

Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v evidenci vypůjčovatelů.

V Praze, dne 1.7.2009

.....
Jana Gobyová

Chtěla bych poděkovat své školitelce, profesorce Jitce Rychtařikové, za trpělivé vedení práce a poskytnuté konzultace, dále pracovníkům České správy sociálního zabezpečení, Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických institucí a statistiky za poskytnutí informací a některých nepublikovaných dat.

Analýza pracovní neschopnosti

Abstrakt

Cílem práce je postihnout vývoj pracovní neschopnosti v České republice po roce 1990 v kontextu legislativních a socioekonomických změn, které vyplynuly z transformace socialistické společnosti na společnost kapitalistickou. V práci jsou sledovány tři hlavní ukazatele pracovní neschopnosti. Počet případů na 100 pojištěných osob, který od počátku 90. let stále klesal, průměrná délka jednoho případu, která naopak narůstala a průměrné procento, jež prošlo kolísavým vývojem. Provedenými analýzami byl prokázán zásadní vliv intenzity pracovní neschopnosti na změny hodnot zmíněných ukazatelů, který jednoznačně převážil efekt věkové struktury obyvatelstva. Regresní analýzou byl potvrzen předpoklad působení jiných, než pouze zdravotních, faktorů na celkovou úroveň pracovní neschopnosti. S ohledem na získané údaje a úroveň pracovní neschopnosti v jednotlivých věkových a sociálních skupinách či sektorech národního hospodářství, se naskytá otázka možnosti a způsobu snížení její úrovně, která výrazně převyšuje evropský průměr.

Klíčová slova: pracovní neschopnost, nemocenské dávky, sociální systém, pracovní trh, nemocenské pojištění

Analysis of work incapacity

Abstract

The aim of this thesis is to analyse the trends of incapacity for work in the Czech Republic since 1990. These trends are related to the legislative and socioeconomic changes, which are the results of transformation of socialist society towards capitalist society. In this thesis, there are followed three main indicators of incapacity for work. The number of cases of incapacity for work per 100 sickness insured persons, which has dropped since the beginning 1990; the number of calendar days of incapacity for work per 1 case, which has on the contrary increased and the average percentage of incapacity for work, which has oscillated. The performed analyses have proved the crucial effect of sickness intensity (quantum) on changes of the values of mentioned indicators. The effect of intensity has explicitly outweighed the effect of age structure of population. Regression analysis has confirmed the hypothesis of causation of other factors, than only health factors, on the global level of incapacity for work. With respect to obtained information and level of sickness intensity by age and social groups, there is an issue of possibility and manner of reduction of their level, which exceeds the European average.

Keywords: incapacity for work, sickness benefit, social system, labour market, sickness insurance

OBSAH

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	7
SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM OBRÁZKŮ	9
1 Úvod: Socioekonomický kontext problematiky pracovní neschopnosti	11
2 Cíle a metodika práce.....	13
2.1 Evidence pracovní neschopnosti.....	13
2.2 Ukazatele úrovně pracovní neschopnosti	15
3 Pracovní neschopnost a její determinanty	19
3.1 Zdravotní stav	19
3.2 Nezaměstnanost	20
3.3 Demografické proměnné	21
3.4 Sociální systém	23
3.5 Výše mzdy a hrubého domácího produktu	25
3.6 Délka a flexibilita pracovní doby.....	26
3.7 Zaměstnanost	26
3.8 Stabilita ekonomických subjektů na trhu práce	27
3.9 Nejvyšší dokončené vzdělání.....	27
4 Postavení České republiky v rámci Evropské unie	29
4.1 Česká republika v oficiálních statistikách mezinárodních organizací	30
4.2 Postavení České republiky ve výběrových šetřeních.....	32
4.3 Pracovní neschopnost v České republice a na Slovensku.....	36
5 Nemocenské pojištění a legislativní úpravy pracovní neschopnosti.....	38
5.1 Nemocenské pojištění	38
5.2 Legislativní opatření	39
6 Vývoj pracovní neschopnosti v České republice v 2. polovině 20. století	40
7 Pracovní neschopnost v České republice od počátku 90. let.....	42

7.1 Počet nemocensky pojištěných osob.....	42
7.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob.....	44
7.3 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti.....	47
7.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti	50
7.5 Standardizace a dekompozice základní ukazatelů pracovní neschopnosti	52
7.6 Pracovní neschopnost v sektorech národního hospodářství.....	59
7.7 Pracovní neschopnost dle diagnóz (MKN - 10).....	64
8 Vývoj faktorů ovlivňujících pracovní neschopnost a regresní analýza	74
8.1 Vývoj faktorů ovlivňujících pracovní neschopnost	74
8.2 Korelační a regresní analýza.....	83
9 Střední a intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti	89
9.1 Střední délka života strávená v pracovní neschopnosti	89
9.2 Intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti.....	92
10 Závěr.....	95
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	99

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
EUROSTAT	Evropský statistický úřad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoby samostatně výdělečně činné
PN	Pracovní neschopnost
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Dekompozice změny ukazatelů PN mezi roky 1997, 2001 a 2007	55
Tab. 2	Dekompozice ukazatelů pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz mezi roky 1997 a 2007	70
Tab. 3	Střední a zdravá délka života (počet let bez dlouhodobého omezení aktivit) při narození, ČR a EU, 2005	75
Tab. 4	Výše redukčních hranic pro výpočet denního vyměřovacího základu a maximální výše denní dávky dle délky trvání PN, 1994–2007	81
Tab. 5	Korelační matice proměnných použitých v regresní analýze	84
Tab. 6	Počet případů PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze	85
Tab. 7	Průměrné trvání jednoho případu PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze	86
Tab. 8	Průměrné procento PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze....	87
Tab. 9	Střední délka života strávená v PN a její podíl na celkové střední délce života pojištěných osob v dané věkové kategorii, 1997 a 2007	91
Tab. 10	Intervalová délka života strávená v PN a její dekompozice, věková skupina 20-39 let, 1997 a 2007	94

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Průměrné trvání PN pro nemoc, na 1 osobu (OECD), na 1 pracovníka (WHO), evropské země, 2005	30
Obr. 2	Průměrné trvání PN jednoho zaměstnance, evropské země, průměr za roky 1996–2002	31
Obr. 3	Průměrný podíl pracovníků, kteří čerpali nemocenskou, evropské země, 2005.....	34
Obr. 4	Průměrné trvání PN jedné pojištěné osoby, evropské země, 2005	35
Obr. 5	Průměrné procento PN, Česká republika a Slovensko, 1997–2007.....	36
Obr. 6	Počet případů a průměrné trvání jednoho případu PN, 1970–2005	40
Obr. 7	Počet obyvatel ve věku 15–64 let a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1990–2007	43
Obr. 8	Podíl věkových skupin na celkovém počtu pojištěných osob, 1995, 2001 a 2007	44
Obr. 9	Počet nově hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných osob, 1990–2007	45
Obr. 10	Počet případů PN na 100 pojištěných osob a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007	46
Obr. 11	Průměrné trvání jednoho případu PN, 1990–2007	47
Obr. 12	Počet případů PN podle intervalu délky trvání a index růstu, 1993, 2001 a 2007.....	48
Obr. 13	Průměrné trvání jednoho případu PN a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007	49
Obr. 14	Průměrné procento PN, 1990–2007.....	50
Obr. 15	Průměrné procento PN a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007	52
Obr. 16	Srovnávací index reálných a standardizovaných hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti, 1997–2007, reálné hodnoty ukazatelů = 100 %.....	53
Obr. 17	Index vývoje standardizovaných hodnot ukazatelů PN, 1997–2007, rok 1997 = 100 %	53
Obr. 18	Příspěvky věkových skupin ke změně počtu případů PN na 100 pojištěných osob (v %) mezi roky 1997 a 2007.....	56
Obr. 19	Příspěvky věkových skupin ke změně průměrného trvání jednoho případu PN (v %) mezi roky 1997 a 2007	57
Obr. 20	Příspěvky věkových skupin ke změně průměrného procenta PN (v %) mezi roky 1997 a 2007	58
Obr. 21	Počet nově hlášených případů PN na 100 pojištěných osob, dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007.....	59

Obr. 22	Průměrné trvání jednoho případu PN, dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007	61
Obr. 23	Průměrné procento PN dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007.....	62
Obr. 24	Podíl jednotlivých příčin na celkovém procentu PN, dle sektorů národního hospodářství, 1992 (1997), 2003, 2007	63
Obr. 25	Podíl jednotlivých diagnóz na celkovém objemu dnů PN, 1993–2007	65
Obr. 26	Počet případů PN na 100 pojištěných, dle vybraných diagnóz (10.revize MKN), 1991–2007	66
Obr. 27	Průměrné trvání jednoho případu PN, dle diagnóz, 1991–2007.....	67
Obr. 28	Průměrný denní počet práce neschopných osob na 100 000 pojištěných, dle diagnóz, 1991–2007.....	68
Obr. 29	Průměrný denní počet práceneschopných osob na 100 000 pojištěných, dle věkových skupin a vybraných diagnóz, 2007	69
Obr. 30	Příspěvky věkových skupin (v %) k celkové změně ukazatele průměrného denního počtu práceneschopných osob na 100 000 pojištěných, dle vybraných diagnóz, mezi roky 1997 a 2007	72
Obr. 31	Průměrné procento PN a míra registrované nezaměstnanosti (v %), 1990–2007.....	76
Obr. 32	Počet případů na 100 pojištěných osob, délka trvání jednoho případu a průměrné procento PN dle pásem hrubé měsíční mzdy, 2005.....	78
Obr. 33	Počet případů onemocnění chřipko a počet případů PN na 100 pojištěných osob, 1993–2007	80
Obr. 34	Průměrné procento PN a maximální výše denní dávky nemocenské vyplácené v prvních třech dnech PN, 1994–2007	82

Kapitola 1

Úvod: Socioekonomický kontext problematiky pracovní neschopnosti

Problematika pracovní neschopnosti se v souvislosti se silícími tlaky na produktivitu a efektivitu práce stává stále aktuálnějším tématem.

Stárnutí obyvatelstva, ke kterému dochází ve všech evropských zemích, a následné zmenšování podílu ekonomicky aktivní populace, která bude také sama o sobě stárnout, vede k nárůstu počtu neobsazených pracovních míst a tím k nižší výkonnosti ekonomiky státu. Lepší zmapování příčin pracovní neschopnosti a jejich minimalizování či odstranění by mohlo pomoci k udržení ekonomické produkce i přes výše zmíněný demografický vývoj.

Pracovní neschopnost je zajímavá jak z medicínského, tak ekonomického hlediska. Medicínský pohled souvisí se zdravotním stavem pracovníků v návaznosti na určitou pracovní činnost, prostředí, používanou techniku a technologii, bezpečnost a hygienu práce apod. Zároveň je možné pomocí analýzy dat pracovní neschopnosti zjistit zátěž lékařů a celého systému zdravotnictví v této oblasti.

Ekonomický pohled se vztahuje k důsledkům nepřítomnosti dočasně pracovní neschopných osob v zaměstnání, ke snížení tvorby zdrojů, k čerpání fondu nemocenského pojištění a v neposlední řadě i k vyvolaným nákladům zdravotní péče. „Ve světle změněných společensko-ekonomických podmínek od počátku devadesátých let minulého století se právě tento pohled na problematiku pracovní neschopnosti stává stále naléhavější.“ (ČSÚ, 2005).

Nadměrná pracovní neschopnost výrazně zvyšuje sociální a ekonomické náklady a naopak snižuje produktivitu práce a následně hrubý domácí produkt dané země. Práce neschopný pojištěný zaměstnanec není účastníkem procesu tvorby přidané hodnoty. Jeho práce určitý počet dnů chybí, a musí ji při zachování stejného výkonu firmy nahradit někdo jiný, obvykle formou přesčasové práce za příplatek, tedy za cenu zvýšených nákladů. Svou pracovní absencí tak nejenom oslabuje intenzitu tvorby zdrojů v národním hospodářství, ale po dobu své pracovní neschopnosti zhoršuje příjmy své rodiny v důsledku omezení svých příjmů, které nahrazují podstatně nižší dávky nemocenského pojištění. Na straně poptávky se tak omezuje objem peněz, které by jinak vstoupily na trh a v podobě tržeb přispěly k tvorbě a růstu HDP. Navíc nemocný, práce neschopný zaměstnanec obvykle čerpá zdroje ze zdravotního pojištění na léčebnou péči (Klesla, 2007).

Dlouhodobá pracovní neschopnost, tedy pracovní neschopnost přesahující 6 měsíců, navíc často ústí v ekonomickou a sociální deprivaci. S rostoucí délkou pracovní neschopnosti klesá pravděpodobnost, že člověk bude opět schopen zařadit se do pracovního procesu, ať už z důvodu trvání nemoci či ztráty pracovních návyků (Henderson, 2005).

Z výše uvedených důvodů se snižování pracovní neschopnosti stalo v posledních letech jedním z hlavních témat zemí Evropské unie. V jejím rámci je kladen důraz zejména na veřejné uvědomění si závažnosti problému a dále na možnost státního zásahu směřujícího k redukcí pracovní neschopnosti. Předpokládá se totiž, že v důsledku oslabení pracovní etiky a změn v sociálním systému může docházet k záměrnému nadužívání pracovní neschopnosti. Zdůrazňována je také potřeba srovnatelných dat, která by mohla jednoznačně identifikovat země s nízkou úrovní pracovní neschopnosti. Tyto země a zejména jejich nastavení sociálního systému by se mohly následně stát vzorem pro ostatní (Bonato, Lusinyan, 2007).

Analýzování příčin a determinant pracovní neschopnosti se hodně věnují severské země, zejména Švédsko. Důvodem je značná velkorysost jejich sociálního systému, která vede k vysoké pracovní neschopnosti a čerpání nemocenských dávek, což má za následek výrazné zatěžování státního rozpočtu.

Pro pochopení trendů ve výskytu a délce trvání pracovní neschopnosti, ale také podstatných souvislostí mezi pracovní neschopností a dalšími sociálními či makroekonomickými charakteristikami je potřebné zaměřit se na její dlouhodobý vývoj. V dlouhodobém pohledu je možné eliminovat vliv nahodilých či nesouvisajících extrémních vlivů, je však třeba si uvědomit rizika, která jsou s jeho použitím spojena (např. změna metodiky).

V dlouhodobém vývoji pracovní neschopnosti v České republice došlo v zásadě ke změnám dvojího druhu. Jedny byly projevem „přirozeného“ vývoje sledovaných jevů, zatímco druhé vycházely z určitého vědomého rozhodnutí. Oba druhy změn různě ovlivňují chování dotčených subjektů a je nutné k nim při analytickém hodnocení přihlížet (ČSÚ, 2005).

Vývoj pracovní neschopnosti byl na jedné straně ovlivněn demografickými (pokles počtu nemocensky pojištěných, stárnutí obyvatelstva), ekonomickými (vývoj nezaměstnanosti, inflace) a technologickými (vliv na bezpečnost a náročnost práce) změnami. Na druhé straně se zde projevil dopad legislativních opatření (např. změny výše dávek a jiných nároků, úpravy pojištění apod.) a změny v metodice (vymezení základního souboru zpravodajských jednotek statistického zjišťování a dopočty zjištěných výsledků apod.).

V prostředí české statistiky je pro vzájemnou srovnatelnost dat důležité, že ve způsobu evidence údajů týkajících se pracovní neschopnosti nedošlo v oblasti metodiky ani organizace sběru dat z dlouhodobého hlediska k výraznějším změnám (Novák, 2005).

Kapitola 2

Cíle a metodika práce

Základním cílem práce je popsat a analyzovat vývoj ukazatelů pracovní neschopnosti v České republice po roce 1990. Práce se zabývá vývojem a změnami celkových hodnot ukazatelů, dále jejich členěním dle věku, pohlaví, sektorů národního hospodářství, příčin (nemoc či úraz) a lékařských diagnóz dle 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Práce je zaměřena také na zmapování vlivu vnějších faktorů a zhodnocení efektivity legislativních opatření na úroveň ukazatelů pracovní neschopnosti.

Součástí práce je srovnání úrovně pracovní neschopnosti v České republice a v ostatních evropských zemích. Větší pozornost je věnována bližšímu porovnání pracovní neschopnosti České republiky a Slovenska. Práce zároveň upozorňuje na problém srovnatelnosti a následné interpretace mezinárodních dat.

Dílejší součástí je také zhodnocení vývoje pracovní neschopnosti po odstranění rušivého vlivu změn věkové struktury. Za tímto účelem je použita metoda přímé standardizace a metoda dekompozice rozkládající celkovou změnu ukazatele mezi dvěma roky na vliv změny věkové struktury a vliv změny intenzity výskytu daného jevu.

Součástí práce je také výpočet střední a intervalové délky života strávené v pracovní neschopnosti a jejich srovnání mezi roky 1997 a 2007.

Závěr práce je věnován komplexnímu zhodnocení úrovně a změn pracovní neschopnosti a jejímu předpokládanému vývoji.

2.1 Evidence pracovní neschopnosti

Statistická zjišťování v oblasti pracovní nemocnosti a úrazovosti mají velmi dlouhou tradici začínající už v padesátých letech minulého století. Pro obsah i způsob sběru tohoto typu statistických dat má zásadní význam zákon č. 54/1956 Sb. o nemocenském pojištění zaměstnanců.

Statistika pracovní neschopnosti využívá dva základní zdroje dat: Český statistický úřad (ČSÚ) a Českou správu sociálního zabezpečení (ČSSZ).

Český statistický úřad eviduje nově hlášené případy pracovní neschopnosti a sestavuje publikaci nazvanou Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR a to na základě výkazů o pracovní neschopnosti. Zpravodajskou povinnost k výkazu mají ekonomické subjekty, popř. jejich organizační složky, které samostatně provádějí agendu nemocenského pojištění. Za organizace s počtem do 25 zaměstnanců (tzv. malé organizace) a za osoby samostatně

výdělečně činné (tzv. OSVČ), které samy nelikvidují nemocenské pojištění, předkládají údaje formou sumářů Okresní správy sociálního zabezpečení. Údaje získávané formou sumářů nejsou členěny do odvětví. Z tohoto důvodu vše, co je dále hodnoceno v odvětvovém členění ekonomiky, nezahrnuje data za ekonomické subjekty do počtu 25 zaměstnanců a OSVČ, což představuje cca 30 % nemocensky pojištěných.

Od roku 1997 je pro všechny nepředložené výkazy zpravodajských jednotek s 26 a více zaměstnanci používána tzv. dopočtová metoda, v níž jsou jednotlivé položky nepředložených výkazů dopočteny metodou poměrových odhadů k počtu pojištěnců v rámci jednotlivých dopočtových skupin. V porovnání s publikovanými výsledky do tohoto roku, tedy pouze za předložené výkazy, tak došlo k poměrně zásadní změně, kterou je třeba respektovat při analytickém využívání zejména absolutních údajů. Rozdíly v hodnotách relativních ukazatelů u dopočteného a nedopočteného souboru zpravodajských jednotek nejsou významné (ČSÚ, 2005).

Celková problematika pracovní neschopnosti je v rámci zpracování ČSÚ členěna na pracovní neschopnost zapříčiněnou nemocí a pracovní neschopnost zapříčiněnou úrazem. Pracovní neschopnost zapříčiněná úrazem je dále rozdělována na úraz pracovní a nepracovní. Český statistický úřad zároveň poskytuje informace o pracovní neschopnosti členěné dle pohlaví, sektorů národního hospodářství, vybraných skupin odvětví a krajů.

Pracovní neschopnost evidovaná Českou správou sociálního zabezpečení v porovnání s ČSÚ zaznamenává ukončené případy pracovní neschopnosti a poskytuje údaje o příčinách pracovní neschopnosti dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Statistiky ČSSZ vycházejí z evidence práce neschopných v tiskopisu „Potvrzení pracovní neschopnosti“. Od roku 1993 ČSSZ poskytuje anonymizovaná data Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR), který vydává publikaci Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz. Publikace obsahuje rozložení případů podle diagnóz, pohlaví, věkových skupin, délky trvání atd. Od uvedeného roku (1993) data představují 100% zachycení pracovní neschopnosti. Do této doby ÚZIS ČR zpracovával pouze výběrový vzorek 20 % (ÚZIS, 2009).

Počet pojištěnců dle věkových skupin není evidován, ale pro odhad jejich počtu se používá tzv. „přepočtový koeficient“. Vypočítává se po každém novém sčítání lidu, kdy je k dispozici věková struktura ekonomicky aktivního obyvatelstva. Proto se každé sčítání lidu promítne do změn ve věkových skupinách pojištěnců.

Od sčítání lidu, domů a bytů (SLDB) k 3.3.1991 do posledního SLDB k 1.3.2001 došlo zejména v problematických hraničních věkových skupinách (15-19 let a 60 a více let) ke značným změnám jak demografickým, tak i formálním. Tyto změny měly v nejmladší věkové skupině za následek výrazný pokles počtu evidovaných pojištěnců. Tento pokles byl způsoben faktickým poklesem počtu obyvatel v nejmladší věkové skupině pojištěnců (o 183 tisíc) a dále také prodloužením školní docházky v roce 1996 o jeden rok. Hlavní příčinou však bylo to, že v roce 1991 byli do pojištěnců započítáni všichni žáci středních odborných učilišť (cca 269 tisíc), kdežto v roce 2001 jen brigádně pracující studenti a učni (cca 66 tisíc).

Rozdíly mezi oběma výše uvedenými zdroji dat (ČSÚ a ČSSZ) vyplývají z různé metodiky sběru dat a odlišných zpravodajských jednotek. Vliv na rozdílnost výsledných ukazatelů má zejména fakt, že ČSÚ zpracovává nově hlášené případy pracovní neschopnosti, zatímco ÚZIS

ukončené případy pracovní neschopnosti. Např. v roce 2007 evidoval ČSÚ 2 726 634 nově hlášených případů, zatímco ÚZIS 2 806 823 ukončených případů pracovní neschopnosti.

2.2 Ukazatele úrovně pracovní neschopnosti

Dočasná pracovní neschopnost je definována jako stav, „ve kterém je pracovník uznán práce neschopným, jestliže lékař vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání.“ (Mlčoch, 2009).

Nejjednodušším ukazatelem pracovní neschopnosti, který odráží četnost jejího výskytu, je počet případů pracovní neschopnosti vztahený ke 1000 pojištěných osob, tedy **míra incidence pracovní neschopnosti**, která se vypočítá:

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

${}_tB^{\text{pn}}$ značí počet případů pracovní neschopnosti v čase t a ${}_tP^{\text{p}}$ průměrný počet pojištěných osob v čase t (Pavlík a kol. 1986, s. 227). V souvislosti se změnami počtu nemocensky pojištěných osob je třeba vývoj tohoto ukazatele hodnotit v relativní výši, tj. ve vztahu ke stejnému počtu pojištěných.

Také zde se projevuje rozdíl mezi evidencí ČSÚ a ČSSZ. Zatímco ČSÚ vztahuje počet případů pracovní neschopnosti k 100 pojištěných osob, ČSSZ k 100 000 pojištěných osob. V této práci je používáno značení ČSÚ, počet případů je tedy udáván na 100 pojištěných osob.

Dalším ukazatelem pracovní neschopnosti je počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti připadajících na jeden případ, který vyjadřuje dopad pracovní neschopnosti na využití pracovní doby. **Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti** se vypočítá:

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

kde, ${}_t B_i^{\text{pn}}$ 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.

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**, neboli ukazatel stavu pracovně neschopných.

Vypočte se:

$$\text{uspn} = \frac{\sum {}_t d_i * {}_t B_i^{\text{pn}}}{{}_t P^{\text{P}} * 365} * 100$$

kde, ${}_t B_i^{\text{pn}}$ značí i-tý případ pracovní neschopnosti v čase t , d_i je doba jeho trvání ve dnech, ${}_t P^{\text{P}}$ počet 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. Po vynásobení výsledné hodnoty 100 získáme ukazatel informující nás o průměrném podílu pojištěných osob, které denně absentují na pracovišti z důvodu pracovní neschopnosti.

Doplňujícím ukazatelem pracovní neschopnosti, které je v podstatě obdobou průměrného procenta, může být **průměrný denní stav práce neschopných na 100 000 pojištěných osob**, jež se vypočte:

$$\text{pdspn} = \frac{\sum {}_t d_i * {}_t B_i^{\text{pn}}}{{}_t P^{\text{P}} * 365} * 100\ 000$$

kde, ${}_t B_i^{\text{pn}}$ značí i-tý případ pracovní neschopnosti v čase t , d_i je doba jeho trvání ve dnech, ${}_t P^{\text{P}}$ počet 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. Po vynásobení 100 000 získáme údaj vyjadřující průměrný počet osob v pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob.

Počet případů a průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti evidují obě hlavní instituce zabývající se statistikou pracovní neschopnost. U průměrného procenta a průměrného počtu práce neschopných tomu již tak není. Zatímco ČSÚ publikuje průměrné procento pracovní neschopnosti, ÚZIS publikuje průměrný stav práce neschopných na 100 000 pojištěných osob. Tyto dva ukazatele však poskytují takřka stejnou informaci, rozdíl je pouze v počtu osob, ke kterým je ukazatel vztažen.

V mezinárodních statistikách je počítán **průměrný počet dní pracovní neschopnosti jedné, vztažený k celkovému počtu pojištěných osob**, nikoliv k počtu případů, jak je tomu v naší statistice. Jsou zde tedy zahrnuti všichni pojištění pracovníci, nejen ti, kteří byli v daném roce uznáni práce neschopnými. Tento ukazatel slouží jako indikátor vlivu čerpání pracovní neschopnosti na národní pracovní trh a značí průměrný počet dní, které každý nemocensky pojištěný pracovník strávil v průběhu roku v pracovní neschopnosti.

Vypočte se:

$$\text{popn} = \frac{\sum {}_t d_i * {}_t B_i^{\text{pn}}}{{}_t P^{\text{p}}}$$

kde, ${}_t B_i^{\text{pn}}$ značí i -tý případ pracovní neschopnosti v čase t , d_i je doba jeho trvání ve dnech, ${}_t P^{\text{p}}$ počet pojištěných osob v čase t . Celkový počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti tedy dělíme počtem pojištěných osob.

Pro zhodnocení vývoje pracovní neschopnosti po odstranění rušivého vlivu změn věkové struktury je použita **metoda přímé standardizace**. Při této úpravě zvolíme určitou věkovou strukturu za standard, kterým vážíme ukazatele pracovní neschopnosti dle věku (Kalibová, K. 2001, s. 22). Tato metoda umožní odstranit vliv věkového složení obyvatelstva u srovnávaných populací a sledovat pouze vývoj intenzity zkoumaného jevu.

Přímo standardizovaná *míra incidence pracovní neschopnosti* se vypočte:

$${}^{\text{PST}} \text{mipn} = \sum \text{mipn}_x * (P_x^{\text{p ST}} / P^{\text{p ST}})$$

kde mipn_x je míra incidence pracovní neschopnosti ve věku x , $P_x^{\text{p ST}}$ je počet pojištěných osob v daném věku v populaci použité za standard a $P^{\text{p ST}}$ je celkový počet pojištěných osob v populaci použité za standard. Reálné hodnoty míry incidence v příslušném věku v sledované populaci tedy násobíme podílem, který tvoří daná věková skupina v populaci použité za standard. Získáme tak přímo standardizovanou míru incidence pracovní neschopnosti u sledované populace, jejíž hodnota vychází z reálné intenzity sledované populace a věkové struktury populace standardu.

Přímo standardizované *průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti* se vypočte:

$${}^{\text{PST}} \text{pdpn} = \sum \text{pdpn}_x * (B_x^{\text{pn ST}} / B^{\text{pn ST}})$$

kde pdpn_x je průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti ve věku x , $B_x^{\text{pn ST}}$ je počet případů dle věku v populaci použité za standard a $B^{\text{pn ST}}$ je celkový počet případů pracovní neschopnosti v populaci použité za standard. Vzhledem k výpočtu tohoto ukazatele zde standardem není věková struktura obyvatel, ale počet případů pracovní neschopnosti, který v sobě kromě věkové struktury populace částečně obsahuje také intenzitu sledovaného jevu.

Přímo standardizované *průměrné procento pracovní neschopnosti* se vypočte:

$${}^{\text{PST}} \text{uspn} = \sum \text{uspn}_x * (P_x^{\text{p ST}} / P^{\text{p ST}})$$

kde $uspn_x$ je průměrné procento pracovní neschopnosti ve věku x , P_x^{ST} je počet pojištěných osob v daném věku v populaci použité za standard a P^{ST} je celkový počet pojištěných osob v populaci použité za standard.

Kapitola 3

Pracovní neschopnost a její determinanty

Problematika pracovní neschopnosti je velmi komplexní a na její výsledné úrovni se podílí řada okolností. Vliv mají jednak individuální charakteristiky pracovníka (zdravotní stav, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, výše mzdy, nastavení pracovní doby a úroveň morální odpovědnosti pracovníka) tak i objektivní faktory, jakými jsou např. míra nezaměstnanosti, nastavení sociálního systému a vládní politiky, výše hrubého domácího produktu a také celkový zdravotní stav obyvatelstva v dané geografické oblasti.

3.1 Zdravotní stav

Zdravotní stav obyvatelstva je odbornou literaturou považován za důležitý faktor ovlivňující úroveň pracovní neschopnosti. V případě mezinárodního srovnání je objektivně daná zdravotní situace v zemi či její části brána jako jedna z hlavních proměnných vysvětlujících variabilitu úrovně sledovaného jevu v srovnávaných populacích (Osterkamp, 2007).

Osterkamp (2007) však s tímto předpokladem polemizuje. Variabilita pracovní neschopnosti je v evropských zemích tak vysoká, že je podle jeho názoru téměř vyloučené, aby byla do značné míry ovlivněna zdravotní situací, která je v současné době ve všech vyspělých zemích na přibližně stejné úrovni. Navíc charakterizuje „objektivní zdraví“ jako těžko definovatelné a měřitelné.

Indikátorem zdravotního stavu v zemi může být střední délka života při narození, střední délka života ve věku 65 let, podíl obézních lidí v populaci, podíl kuřáků či četnost konzumace alkoholu, nicméně vypovídací hodnotu těchto ukazatelů charakterizuje Osterkamp (2007) jako ne zcela jasnou. Jako alternativu k „objektivnímu zdraví“ nabízí použití subjektivně hodnoceného zdraví, nicméně ani v tomto případě si není jist vhodností daného ukazatele.

Například J.Rychtaříková uvádí, že ukazatel subjektivně vnímaného zdraví zahrnuje všechny aspekty zdravotního stavu a lépe tak odpovídá definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace. Ta chápe zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci nebo nějaké poruchy. Ohodnocení vlastního zdraví navíc zahrnuje i jeho „kulturní“ vnímání. Rychtaříková své tvrzení dokládá tím, že výpovědi respondentů o subjektivně vnímaném zdraví pouze částečně korelují s ukazateli úmrtnosti (Rychtaříková, 2008).

Osterkampovy pochyby ohledně použití ukazatele zdravotního stavu pro vysvětlení problematiky pracovní neschopnosti sdílí Bergendorff (2003). Tomu se při srovnávání pracovní

neschopnosti v sedmi evropských zemích nepodařilo statisticky významný vztah mezi zdravotním stavem a mírou pracovní neschopnosti prokázat. Výsledky jiných výzkumů však nasvědčují tomu, že nižší míra pracovní neschopnosti je spíše v zemích s lepším zdravotním stavem.

I přes jisté námitky zdravotní stav zůstává důležitým prediktorem pracovní neschopnosti a má stejný vliv na krátkodobou i dlouhodobou pracovní neschopnost (Lusinyan, Bonato, 2007). Prostřednictvím působení na zdravotní stav jedince mají na výskyt pracovní neschopnosti vliv také pracovní podmínky.

3.2 Nezaměstnanost

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím úroveň pracovní neschopnosti je míra nezaměstnanosti a její změny (Osterkamp, 2007). Tuto souvislost prokázala řada studií. Počet případů a jejich délka v období vysoké nezaměstnanosti významně klesá, při nízké nezaměstnanosti naopak pracovních neschopností přibývá. Z hlediska délky trvání ovlivňuje míra nezaměstnanosti zejména dlouhodobou pracovní neschopnost.

V literatuře se vyskytují dvě hypotézy, snažící se tuto skutečnost vysvětlit. První hypotéza vychází z předpokladu, že vysoká nezaměstnanost, která nastává zpravidla v období hospodářské recese, vede lidi k disciplinovanému chování. Ti se bojí, aby neztratili těžko získatelné pracovní místo, a následně využívají nemocenskou dovolenou méně než v období ekonomické konjunktury. Působení tohoto efektu může však být narušeno příliš vysokými sociálními dávkami poskytovanými v nezaměstnanosti (Bergendorff, 2003).

Druhá hypotéza, nazývaná selekční, je opět založena na předpokladu, že v období hospodářské konjunktury je vyšší počet pracovních míst než v období recese. Díky tomuto faktu najdou v období hospodářského vzestupu zaměstnání i pracovníci s horším zdravotním stavem, kteří by v období recese pravděpodobně zůstali mimo pracovní trh. V období konjunktury se však ve větším počtu na pracovní trh dostávají a vzhledem ke svému horšímu zdravotnímu stavu a větší náchylnosti k nemocím, zvyšují celkovou úroveň pracovní neschopnosti. Selekční hypotéza tedy předpokládá, že v období vysoké nezaměstnanosti jsou lidé s horším zdravotním stavem na pracovním trhu méně zastoupeni a úroveň pracovní neschopnosti je tak nižší (Bergendorff, 2003).

Tuto hypotézu potvrzuje také detailnější pohled na zaměstnanost starších pracovníků, kteří se obecně vyznačují horším zdravotním stavem. V období hospodářské recese jsou tito pracovníci z úsporných důvodů propouštěni a na pracovním trhu jich zůstává jen malý počet. Dá se navíc předpokládat, že ti, kteří z této věkové skupiny na pracovním trhu zůstávají, mají v porovnání se svými vrstevníky nadprůměrný zdravotní stav. Takto dochází k snížení úrovně pracovní neschopnosti nejen v ekonomicky aktivní populaci jako celku, ale také v této specifické věkové skupině. Když se ekonomická situace zlepší, starší pracovníci se vrátí na pracovní trh a pracovní neschopnost začne znovu narůstat.

3.3 Demografické proměnné

Na úroveň pracovní neschopnosti mají vliv také demografické charakteristiky pracovníků, jejich věk a pohlaví. Zejména míra zaměstnanosti žen a starších lidí je považována za jednu ze stěžejních determinantů vývoje pracovní neschopnosti. Odborná literatura uvádí, že vyšší zastoupení těchto skupin na trhu práce úroveň pracovní neschopnosti zvyšuje (Osterkamp, 2007). Ve vztahu k délce pracovní neschopnosti ovlivňují tyto determinanty spíše dlouhodobou pracovní neschopnost.

V řadě mezinárodních výzkumů bylo prokázáno, že v zemích, kde je zaměstnanost žen a starších lidí vysoká, je vysoká také úroveň pracovní neschopnosti. Příkladem mohou být severské země, které jsou charakteristické vysokou mírou participace žen na pracovním trhu, což může být jednou z příčin tamní úrovně pracovní neschopnosti, která výrazně přesahuje evropský průměr (Bergendorff, 2003).

Švédští vědci Broström a kol. provedli na počátku 90. let studii, ve které potvrdili, že ženy mají vyšší procento pracovní neschopnosti oproti mužům. Zároveň upozornili na to, že tento rozdíl je způsobem spíše častější pracovní neschopností žen, nikoliv tím, že by ženy byly v pracovní neschopnosti déle než muži. Z výsledků jejich studie také vyplývá, že přibližně 1/3 rozdílu mezi pohlavími je vysvětlitelná ekonomickými podněty (Holmlund, 2006).

Zaměstnanost starších lidí je, jak již bylo zmíněno, ovlivněna jednak mírou nezaměstnanosti a jednak kritérii pro odchod do důchodu. Některé země (např. Německo či Velká Británie) využívaly různých motivačních prostředků zpravidla finanční povahy k tomu, aby v období vysoké nezaměstnanosti starší lidé odešli do důchodu dříve a uvolnili tak místo mladším pracovníkům. Výsledky studie provedené OECD toto potvrdily a ukázaly jasnou souvislost mezi předčasným odchodem pracovníků do důchodu a daňovým zvýhodněním, které pracovníky k tomuto odchodu podněcovalo.

V úrovni pracovní neschopnosti se odráží věková hranice pro odchod do placeného starobního důchodu. Platí zde přímá úměra; čím nižší věková hranice pro odchod do starobního důchodu, tím nižší míra pracovní neschopnosti. Tedy, čím nižší podíl starších lidí na pracovním trhu, tím nižší úroveň pracovní neschopnosti.

Část starších pracovníků zůstává ekonomicky aktivních i po dosažení věkové hranice umožňující odchod do důchodu. Je pravděpodobné, že tyto pracovníci představují v rámci své věkové kategorie skupinu s nadprůměrně dobrým zdravotním stavem a nižší náchylností k nemocím. Tato skutečnost má za následek tzv. „efekt zdravých pracovníků“, díky němuž pracující ve věkové skupině 60–64 let mají často nižší úroveň pracovní neschopnosti než pracující v předdůchodové věkové skupině 50–59 let, ze které jsou na pracovním trhu stále takřka všichni (Bergendorff, 2003).

V souvislosti se zaměstnaností starších pracovníků je zajímavé zjištění Centra pracovního lékařství v Praze, které upozorňuje na to, že za stárnoucí pracovníky je vhodné považovat již osoby starší 45 let. Od tohoto věku se u nich totiž začínají projevovat příznaky spojené se stárnutím a klesá funkční kapacita organismu ve vztahu k požadavkům práce. Fyziologické změny funkční kapacity u stárnoucích pracovníků, jakými jsou např. zpomalení procesu

detoxikace a vylučování chemických látek z organismu či snížení celkové výkonnosti plic, mají vliv na výskyt i délku trvání pracovní neschopnosti (Kolacia, 2004).

V problematice stanovení věkové hranice stáří však existuje řada názorů. Například Organizace spojených národů doporučila jako hranici stáří věk 65 let, Světová zdravotnická organizace věk 60 let a stejný věk pro hranici stáří byl stanoven na gerontologickém kongresu v Meranu roku 1957 (Burková, 2004).

Vzhledem k neustálému zlepšování zdravotního stavu a prodlužování střední délky života se objevují také studie zabývající se novým pohledem problematiku na stáří a stanovením věkové hranice, od jejíhož dosažení je člověk za starého objektivně považován. Tyto studie pocházejí převážně z amerických institucí, např. z Národního ústavu všeobecných lékařských věd či Národního ústavu zdraví.

Problematikou se zabývala také psycholožka a publicistka Gail Sheehyová, která tvrdí, že v současné době jsme svědky převratu v životním cyklu. „Dětství jakoby končilo dříve, déle se dospívá, později se umírá. Střední věk se posunul daleko za padesátku. Ta je dnes tím, čím bývala čtyřicátka.“ (Burková, 2004). Střední věk v dnešní době podle ní není nástupem do stáří, nýbrž úplně novým přechodem do dalších období, které minulá generace ještě nezažila. „Dnešní šedesátka se rovná dřívější padesátce, jakoby vše bylo posunuto o 10 let.“ (tamtéž)

Myšlenku posunutí věku jakoby o deset let zpět sdílí Warren Sanderson a Sergei Scherbov (2008), kteří jsou autory studie zabývající se změnou stanovování hranice stáří a vnímání chronologického věku člověka. Jejich studie je založena na myšlence, že jestliže dochází k zlepšování zdravotního stavu a prodlužování střední délky života, člověk ve věku 60 let v 21. století není srovnatelný s člověkem stejně starým, ale žijícím o století či dvě dříve. Dnešní člověk je podle nich zdravější a díky medicínským zákrokům (např. kloubním náhradám) může být také aktivnější. Hranici stáří tedy podle nich nelze dobře stanovit na základě chronologického věku člověku, ale je nutné přihlížet k střední délce života v dané době a konkrétně k tomu, kolik let života má člověk v určitém věku průměrně ještě před sebou. Jak autoři názorně ukazují, 60letý muž má dnes před sebou přibližně stejnou délku života, jako měl v roce 1800 muž ve věku 43 let. Hlavním mottem jejich studie je, že dnešních 40 je dřívějších 30, neboť zbývající střední délka života je v obou případech stejná.

Mezi další demografické charakteristiky, které ovlivňují výskyt pracovní neschopnosti, patří přítomnost dětí v rodině, popř. jejich počet. Je možné předpokládat, že vzhledem k vyšším finančním nárokům rodin s dětmi je pracovní neschopnost ekonomicky aktivních osob v těchto rodinách nižší než v rodinách bez závislých členů. Zde je důležité upozornit na fakt, že pobyt rodiče doma s nemocným dítětem, resp. jeho absence v zaměstnání, není chápán a hlavně evidován jako jeho pracovní neschopnost. To znamená, že vyšší úroveň pracovní neschopnosti žen, jakožto osob na nichž stále spočívá většina péče o děti, není možné vysvětlit tím, že by byla zvyšována právě pobytem doma s nemocnými potomky.

Na pracovní neschopnost má vliv také rodinný stav. Studie provedená v roce 2007 v Nizozemsku na vzorku 2,8 milionu osob tuto souvislost potvrdila. Bylo zjištěno, že pracovní neschopnost rozvedených osob je vyšší než osob žijících v manželství. Výsledky studie také ukazují, že nárůst pracovní neschopnosti začíná rok před rozvodem, vrcholí v roce rozvodu a následně se snižuje na úroveň obvyklou pro rozvedené osoby. Muži a ženy přítom ve vztahu

k pracovní neschopnosti reagují na tuto negativní životní zkušenost stejným způsobem (Sonneveld, Besseling, 2008).

3.4 Sociální systém

Důležitým faktorem ovlivňujícím úroveň pracovní neschopnosti je nastavení sociálního systému, zejména jeho velikost při poskytování finanční podpory na nemocenské dávky a dále přísnost kontroly lidí, kteří nemocenské dávky právě čerpají. Tento faktor byl Osterkampem označen jako hlavní proměnná vysvětlující variabilitu pracovní neschopnosti ve vzorku 20 zemí mezi lety 1996–2002 (Osterkamp, 2007).

Předpokládá se, že odchod do dočasné pracovní neschopnosti je do jisté míry závislý na vědomém rozhodnutí pracovníka, nejen na jeho zdravotním stavu. Pracovník, který zvažuje, zda čerpat či nečerpat nemocenské dávky srovnává dvě alternativy a vybere si tu výhodnější.

3.4.1 Finanční kompenzace

Z hlediska výhodnosti je pro pracovníka rozhodující, po jaké době trvání pracovní neschopnosti mu začne být kompenzována finanční ztráta způsobená absencí v zaměstnání, v jaké výši a po jakou dobu. Samozřejmě platí, že čím vstřícnější sociální systém, tím větší náchylnost pracovníků k využívání nemocenské. Výše náhrady má vliv zejména u dlouhodobější pracovní neschopnosti, naopak benevolence systému k poskytování nemocenské a malá kontrola mají vliv na krátkodobou pracovní neschopnost.

V mezinárodním srovnávání evropských zemí bylo zjištěno, že země, kde je pracovní neschopnost významně finančně kompenzována se vyznačují delší dobou trvání pracovní neschopnosti. Toto tvrzení je možné dobře demonstrovat na příkladu Švédska, kde se podíl osob čerpajících nemocenskou dovolenou delší než 30 dní v roce za uplynulých 5 let zdvojnásobil. V tom samém období došlo ke zvýšení finanční kompenzace o 170 %. Nastalá situace nyní působí značné problémy v systému nemocenského pojištění. Vysoká pracovní neschopnost je charakteristická také pro Norsko, kde je poskytována 100% finanční kompenzace příjmu, její pokrytí je universální a je poskytována po dlouhou dobu.

Obecným trendem ve většině evropských zemí v uplynulých 20 letech bylo náhradu ušlé mzdy při pracovní neschopnosti spíše snižovat, od čehož se očekávalo snížení pracovní neschopnosti (Osterkamp, 2007).

Důležitým faktorem v otázce pracovní neschopnosti je také možnost čerpání nemocenských dávek nezaměstnanými osobami. Např. švédský sociální systém umožňuje nezaměstnaným, aby v případě nemoci využívali nemocenské dávky. Vzhledem k tomu, že nemocenské dávky jsou v této zemi vyšší než dávky v nezaměstnanosti, dochází často k jejich zneužívání (Hesseliuss, 2006). V České republice nespadá nezaměstnaná osoba mezi nemocensky pojištěné, tudíž se její případná pracovní neschopnost neeviduje a tato osoba zároveň nemá nárok na nemocenské dávky. Výše popsaný problém švédského sociálního systému se u nás tedy nevyskytuje. Osobám, jež jsou nezaměstnané a zároveň jim jejich zdravotní stav neumožňuje do zaměstnání

nastoupit, může být vyplácena pomoc v hmotné nouzi k zajištění základních životních podmínek.

3.4.2 Participace zaměstnavatelů

Vliv na úroveň pracovní neschopnosti má také participace zaměstnavatelů na proplácení finanční kompenzace ušlé mzdy zaměstnanci. V zemích, kde se zaměstnavatel na této kompenzaci nepodílí, je vyšší míra pracovní neschopnosti, než tam, kde je nucen participovat (Bonato, Lusinyan, 2007).

Z tohoto důvodu začíná být v zemích Evropské unie tendence přenášet větší díl zodpovědnosti na zaměstnavatele, od čehož si vlády jednotlivých zemí slibují pokles úrovně pracovní neschopnosti. Příkladem může být Nizozemsko, kde k poklesu pracovní neschopnosti po přesunutí finanční kompenzace ušlé mzdy výlučně na zaměstnavatele skutečně došlo.

Je-li zaměstnavatel zapojen do finanční kompenzace, ve vlastním zájmu se může aktivně podílet na prevenci pracovní neschopnosti formou pozitivních či negativních stimulů a na kontrole oprávněnosti čerpání nemocenské u svých pracovníků. V případě, že absence vyplývá z pracovního prostředí, je v jeho zájmu tyto podmínky zlepšit. Díky tomuto nastavení také není pravděpodobné, že by nastala situace, kdy by zaměstnavatel pro nedostatek práce poslal své pracovníky na nemocenskou.

Lusinyan a Bonato navrhli také druhý možný vliv participace zaměstnavatele na proplácení nemocenských dávek. Uvažují o tom, že by podílení se zaměstnavatele mohlo vést k celkové větší finanční kompenzaci určené zaměstnanci, což by následně pracovní neschopnost zvýšilo (Bonato, Lusinyan, 2007). Tento efekt však považují za málo pravděpodobný.

Zapojení zaměstnavatele do proplácení finanční kompenzace v době pracovní neschopnosti se v posledních letech stalo velmi populárním nástrojem pro snižování pracovní neschopnosti a zároveň pro snížení výdajů státního rozpočtu. Např. ve Švédsku začaly být nemocenské dávky v prvních 14 dnech placeny zaměstnavatelem již v roce 1992, od roku 2005 se zaměstnavatel podílí z 15 % také na financování nemocenské přesahující těchto 14 dnů. V Nizozemsku se finanční kompenzace ušlé mzdy po celou dobu pracovní neschopnosti stala výlučnou doménou zaměstnavatelů, což vedlo ke snížení pracovní neschopnosti (Hesselius, 2006). Také v České republice zajišťuje proplácení prvních 14 dnů pracovní neschopnosti od začátku roku 2009 zaměstnavatel.

3.4.3 Lékařské potvrzení pracovní neschopnosti

Úroveň pracovní neschopnosti je ovlivňována také tím, zda potvrzení o nemoci či úrazu vydává pacientům jejich osobní lékař nebo lékař zastupující zaměstnavatele či poskytovatele nemocenského pojištění. V případě, že potvrzení vydává osobní lékař, je to považováno za velkorysost sociálního systému, která zvyšuje četnost pracovní neschopnosti.

Vydávání tzv. neschopenek je v některých zemích přísně kontrolováno. Např. ve Francii jsou lékaři, kteří potvrdí pracovní neschopnost nápadně vyššímu počtu pacientů finančně postihováni.

V některých zemích existuje možnost, že člověk sám sebe prohlásí za nemocného, aniž by svůj zdravotní stav, alespoň po určitou dobu, musel prokazovat potvrzením od lékaře. V případě, že tato možnost v dané zemi existuje, je to považováno za vysoce benevolentní nastavení sociálního systému a což vede k vyšší pracovní neschopnosti.

Příkladem takovéto země je Švédsko, kde pracovní neschopnost trávající 7 dní a méně nemusí být dokládána lékařským potvrzením a je spoléháno pouze na prohlášení pracovníka, že je nemocen a tudíž není schopen výkonu práce.

Hesselius a kol. udělali v roce 2005 experiment, ve kterém ve dvou oblastech Švédska prodloužili dobu, po kterou pracovním může čerpat nemocenské dávky aniž by svůj zdravotní stav musel prokazovat lékařským potvrzením, ze 7 dnů na 15. Následkem tohoto prodloužení vzrostla délka pracovní neschopnosti průměrně o 6,6 % (Hesselius, 2006).

Díky takovému nastavení systému je následně možné, aby ve Švédsku docházelo k takovým výkyvům v krátkodobé pracovní neschopnosti, k jakým došlo např. v roce 2002 během konání mistrovství světa ve fotbale. V příslušném měsíci vzrostla pracovní neschopnost švédských mužů o 40 %, zatímco pracovní neschopnost žen zůstala neměnná (Hesselius, 2006).

Vzhledem k vysoké finanční kompenzaci pracovní neschopnosti ve Švédsku (až 100 % platu) se mezi švédskými odborníky začínají ozývat hlasy po snížení benevolence systému, zejména po větší kontrole pracovníků čerpajících nemocenské dávky během prvních 7 dnů a po vyžadování lékařského potvrzení již od počátku pracovní neschopnosti. Jen tak je podle nich možné předejít zneužívání systému (Holmlund, 2004).

3.5 Výše mzdy a hrubého domácího produktu

Ačkoliv se o tom zahraniční literatura při srovnávání evropských zemí příliš nezmiňuje, v českém prostředí bylo výzkumy dokázáno, že úroveň pracovní neschopnosti je nepřímo úměrná výši mzdy. Platí tedy, že čím vyšší má pracovník mzdu, tím menší je pravděpodobnost, že bude čerpat nemocenskou. Vzhledem ke stropu stanovenému pro výši kompenzace v době pracovní neschopnosti vzniká pracovníkům s vyšší mzdou znatelnější finanční ztráta než pracovníkům se mzdou průměrnou či dokonce podprůměrnou.

Co naopak při mezinárodním srovnávání badatelé zohledňují je rozdíl hrubého domácího produktu přepočteného na osobu mezi sousedními zeměmi. Osterkamp (2007) se ve své studii zabýval hypotézou, že rozdíl HDP mezi zeměmi bývalého východního bloku a jejich západními sousedy je příčinou vysoké úrovně pracovní neschopnosti v těchto postkomunistických republikách. Předpokládal totiž, že někteří pracovníci těchto republik se ve své zemi nechají svými lékaři prohlásit za nemocné a pobírají nemocenské dávky, ve skutečnosti však odjedou pracovat do sousední bohatší země za vyšší mzdu, čímž si zajistí dvojitý příjem. Tuto hypotézu se mu nepodařilo prokázat, ačkoliv měl údajně informace o tom, že k tomuto jevu ve východní Evropě skutečně dochází. Já osobně se domnívám, že např. vzhledem k malé ochotě Čechů cestovat za prací, se nejedná o příliš rozšířenou variantu zneužívání sociálního systému. Výjimku mohou tvořit příhraniční oblasti, kde je kontakt se sousedními státy častější.

Dalším faktorem, který může mít vliv na úroveň pracovní neschopnosti je možnost pracovat mimo oficiální pracovní trh, tedy podílet se na šedé ekonomice. Obdobně jako to Osterkamp popsal na úrovni mezinárodního transferu pracovní síly, je možné toto provádět také v rámci národního pracovního trhu.

3.6 Délka a flexibilita pracovní doby

Pracovní neschopnost je také ovlivněna délkou pracovní doby a počtem odpracovaných hodin. Kratší či flexibilní nastavení pracovní doby výskyt pracovní neschopnosti redukuje. Nastavení pracovní doby souvisí zejména s krátkodobou pracovní neschopností. Je možné, že krátkodobá pracovní neschopnost je některými lidmi využívána jako potřebná míra volnosti v průběhu dne, není-li jim tato volnost umožněna právě flexibilním nastavením pracovní doby.

V posledních 20 letech průměrná délka pracovní doby plynule klesala, což se shodovalo se záměrem Evropské unie. V letech 2003–2005 se pohybovala mezi 35 hodinami za týden ve Francii a 40 hodinami v Řecku. V průměru se v původních patnácti členských státech Evropské unie v roce 1999 pracovalo 38,6 hodin za týden, v roce 2005 již jen 38 hodin. Nárůst pracovní neschopnosti navíc reálný počet odpracovaných hodin ještě více snížil.

Mezinárodní studie provedená Dragem a Woodem v roce 1992 potvrzuje vliv nastavení pracovní doby na úroveň pracovní neschopnosti. Její výsledky prokázaly vyšší pracovní neschopnost u lidí pracujících na plný úvazek, pracujících ve směnách, lidí s nižším platem a zaměstnanců, kteří byli na dané pracovní pozici delší dobu (Bonato, Lusinyan, 2007).

V roce 2003 došel Bergendorff (2003) k obdobnému zjištění. Nižší pracovní neschopnost lidí pracujících na částečný úvazek odůvodnil však tím, že tito lidé mají zpravidla menší ochranu od státu a proto si nemohou dovolit čerpat nemocenskou v takové míře jako stálí zaměstnanci pracující na plný úvazek. V jeho studii bylo např. také zjištěno, že častá pracovní neschopnost ve Velké Británii je způsobena právě dlouhou pracovní dobou.

3.7 Zaměstnanost

V řadě mezinárodních studií byl prokázán vztah mezi mírou ochrany zaměstnanců, popř. silou odborových svazů působících v dané zemi, a úrovní pracovní neschopnosti. Efekt těchto proměnných se však ukázal jako dvojznačný.

Na jednu stranu větší ochrana zaměstnanců jako např. vyšší odstupné při propouštění, snižuje pravděpodobnost být propuštěn a tím snižuje disciplínu pracovníků, což má za následek nárůst počtu případů pracovní neschopnosti. Na druhou stranu je v literatuře uváděno, že vyšší ochrana zaměstnanců vede k vyšší nezaměstnanosti. Strach z nezaměstnanosti by měl lidi vést k disciplinovanějšímu chování a ve výsledku snížit počet pracovních neschopností (Bonato, Lusinyan, 2007).

Touto problematikou se zabývala také Regina Riphahn. Výsledky jejího výzkumu dokazují, že zaměstnanci, na které se vztahuje vyšší ochrana ze strany státu, jsou zároveň ti, kteří častěji a po delší dobu absentují v zaměstnání. Z jejího výzkumu např. vyplývá, že pracovní neschopnost

zaměstnanců ve zkušební době je nižší než těch, kteří již užívají plnou ochranu ze strany státu před propuštěním ze zaměstnání bez udání důvodu.

Např. v Německu pracovníci ve státním sektoru starší 40let, kteří mají odpracováno minimálně 15 let, mohou být propuštěni pouze v případě hrubého osobního selhání. Tito pracovníci mají vyšší pracovní neschopnost než ti v soukromém sektoru nebo ti ve státním sektoru, kteří dosud neuvžívají takovýto stupeň ochrany (Holmlund, 2004).

3.8 Stabilita ekonomických subjektů na trhu práce

K dalším proměnným, které mají vliv na úroveň pracovní neschopnosti, patří stabilita podniků na trhu práce a také to, do jaké míry jsou si pracovníci jisti svým zaměstnáním.

Pocit nejistoty zaměstnanců plynoucí z nestabilního pracovního zázemí může vyústit ve zvýšení pracovní neschopnosti. Důvodem může být psychický stres z očekávané ztráty zaměstnání, který může mít na následek skutečné duševní či fyzické onemocnění. Druhým důvodem pro růst pracovní neschopnosti může být čistá vypočítavost zaměstnanců, kterým po dobu jejich pracovní neschopnosti ze zákona nemůže být dána výpověď. Tím, že setrvávají delší dobu v pracovní neschopnosti, si prodlouží dobu svého zaměstnání a zajistí si příjem.

Na druhou stranu k zvýšené nestabilitě podniků na trhu práce dochází v období hospodářské recese, která vede k nárůstu nezaměstnanosti a jak bylo řečeno výše, vysoká nezaměstnanost s sebou přináší pokles pracovní neschopnosti. Vliv stability ekonomických subjektů na míru pracovní neschopnosti může být dvojnásobný.

Odlišná pracovní neschopnost zaměstnanců ve státním a soukromém sektoru může být způsobena také právě rozdílným pocitem jistoty pracovníků v zaměstnání. Zaměstnání ve státním sektoru je považováno za věc trvalejšího a jistějšího charakteru a to především z toho důvodu, že je v něm minimální zastoupení výrobních podniků, které jsou velmi závislé na vnějších vlivech. Předpokládá se, že státní instituce, především úřady či školy, musejí fungovat i v období hospodářského úpadku, kdy dochází k propouštění v ostatních sektorech. Vzhledem k tomu, že pracovní neschopnost státních zaměstnanců je nižší než osob zaměstnaných v soukromém sektoru, nasvědčovalo by to spíše potvrzení první uvedené teorie.

3.9 Nejvyšší dokončené vzdělání

Řada mezinárodních výzkumů potvrzuje vztah mezi stupněm vzdělání a mírou pracovní neschopnosti. Podle výsledků výzkumu provedeného v roce 1993 v Londýně mezi zaměstnanci státního sektoru dosahovali muži s nejnižším stupněm vzdělání 6 krát vyšší míry pracovní neschopnosti než muži s nejvyšším stupněm vzdělání (North, 1993).

Zaměstnanci s nižším vzděláním se ve větší míře záměrně vystavují vlivům, které negativně působí na jejich zdravotní stav; častěji kouří (v tomto výzkumu byla prokázána vyšší pracovní neschopnost kuřáků oproti nekuřákům) a nadměrně konzumují alkohol. Vyšší míra pracovní neschopnosti těchto pracovníků je mimo jiné způsobena charakterem práce, kterou vykonávají. Jejich práce je stereotypní, nevyžaduje širší spektrum dovedností a zaměstnanci mají nad

prováděnou práci nízkou kontrolu. Zpravidla vykonávají práci v horších podmínkách než vzdělanější pracovníci, což může zhoršovat jejich zdravotní stav či vést k častějším úrazům. Vliv na jejich psychické i fyzické zdraví může mít také fakt, že jsou spíše negativně vnímáni svým okolím, u kterého nenacházejí oporu, postrádají soudržnost v rámci rodiny a často trpí finančními problémy. Tito pracovníci jsou se svou prací také často nespokojeni (North, 1993).

K obdobnému závěru došli také norští vědečtí pracovníci Mette Ballebye a Helle Ourø Nielsen v roce 2003. Ve své studii potvrdili, že výskyt zejména dlouhodobé pracovní neschopnosti klesá s rostoucí vzdělanostní úrovní, konkrétně s počtem let, které lidé strávili studiem. Např. norské ženy se základním vzděláním v roce 2003 měly 6 krát vyšší procento pracovní neschopnosti než ženy s vysokoškolským diplomem. U mužů prokázali menší, nicméně významný rozdíl. Pracovní neschopnost mužů s nejnižším stupněm vzdělání byla 4 krát vyšší než vysokoškolsky vzdělaných mužů (Ballebye, Nielsen, 2007).

Vyšší pracovní neschopnost lidí s nižším vzděláním oproti vzdělanějším pracovníkům může být dána nejen jejich objektivní vyšší absencí na pracovišti, ale také faktem, že pracovníci na vyšších pozicích mohou častěji absentovat, aniž by byli evidováni. Navíc charakter jejich práce v případě méně vážné choroby umožňuje práci z domova, je-li to zaměstnavatelem povoleno, což opět snižuje pracovní neschopnost této skupiny zaměstnanců.

Krátkodobá pracovní neschopnost může být v rámci pracovní skupiny ovlivňována také sdílenými postoji k tomu, jaká míra absence v práci je akceptovatelná.

Kapitola 4

Postavení České republiky v rámci Evropské unie

V rámci mezinárodního srovnání zemí Evropské unie se Česká republika řadí k zemím s výrazně vyšší úrovní pracovní neschopnosti. Interpretace mezinárodně srovnatelných dat je však relativně problematická a ne vždy jednoznačná.

O samotnou pracovní neschopnost, tak jak ji chápeme my a jak jsem ji výše definovala, není v EU zdaleka takový zájem, jako o pracovní neschopnost způsobenou zaměstnáním samotným. V souvislosti s velkým důrazem kladeným na pracovní podmínky existuje řada národních i mezinárodních výzkumných studií, které se věnují analýze nemocí z povolání a krátkodobým i dlouhodobým pracovním úrazům. Studií rozebírajících pracovní neschopnost, která nebyla zapříčiněna povoláním, a která má hlavní podíl na celkové pracovní neschopnosti, je výrazně méně. Existují sice národní studie, jejichž výsledky dobře odrážejí situaci v dané zemi, nicméně vzhledem k odlišné metodice výpočtů ukazatelů nelze tyto údaje považovat za mezinárodně srovnatelné.

K mezinárodnímu srovnání jsou určena data shromažďovaná Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Evropským statistickým úřadem (EUROSTAT). Reálná srovnatelnost těchto dat je však diskutabilní.

Odlišnosti definice pracovní neschopnosti, a s tím spojené nejednoznačně interpretovatelné výsledky mezinárodního srovnání z oficiálních statistik, vedly k tomu, že pro výzkum pracovní neschopnosti v zemích EU byla použita metoda výběrových šetření. K získání dat je v těchto případech používán standardizovaný dotazník, jenž zaručuje takřka naprostou srovnatelnost výsledků. Negativní stránkou tohoto způsobu získávání dat je, že se jedná o výběrový, nikoliv základní soubor.

Zkoumání pracovní neschopnosti a její porovnání v rámci zemí Evropské unie je prospěšné z několika důvodů. Jednak je potřebné pro zhodnocení ekonomické produkce země, jednak umožňuje identifikovat jaké zásahy státní politiky jsou ve vztahu k pracovní neschopnosti efektivní. Rozpoznání a následná aplikace takovýchto vládních opatření může pomoci redukovat pracovní neschopnost v zemích s vysokou absencí v zaměstnání (Gimeno, 2004).

Mezinárodních studií však dosud existuje jen velmi malý počet, přičemž ty existující srovnávají relativně úzký okruh zemí.

Z existujících studií bych zmínila jen některé. Již v roce 1986 vznikla studie srovnávající úroveň pracovní neschopnosti v Belgii, bývalém Západním Německu a Nizozemsku. O deset let později byla sepsána studie věnující se srovnání Norska a Švédska (Gimeno, 2004) a v roce 2003 bylo provedeno srovnání úrovně pracovní neschopnosti ve Finsku, Francii, bývalé

Spolkové republiky Německo, Nizozemsku, Norsku, Švédsku a Velké Británii (Bergendorff, 2003). Nejrozsáhlejší jsou dvě studie z roku 2007. První srovnává 17 Evropských zemí, USA, Kanadu a Austrálii na základě dat OECD z let 1983–2003 a dat z databáze New Cronos z Eurostatu z let 1995–2003 (Lusinyan, Bonato, 2007). V druhé z nich bylo na základě dat OECD z let 1996–2002 srovnáváno 18 Evropských zemí, USA a Austrálie (Osterkamp, Röhn, 2007). Do druhé zmiňované studie byla zařazena také Česká republika.

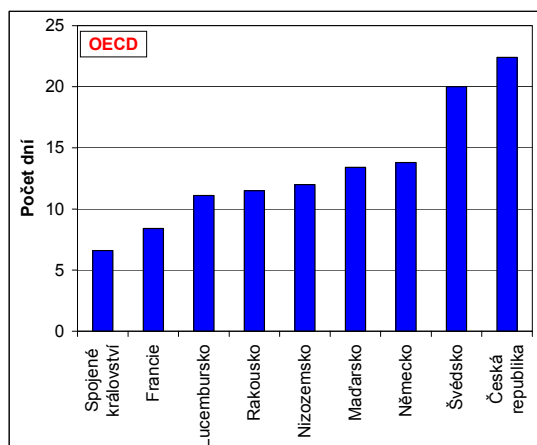
Většina badatelů, kteří se zabývali srovnáváním pracovní neschopnosti na mezinárodní úrovni, narazila na problém již zmiňované nedostatečné dostupnosti komplexních, spolehlivých a srovnatelných dat. Jako problém se ukázal také nedostatek národních epidemiologických studií, které částečně vysvětlují četnost pracovní neschopnosti.

4.1 Česká republika v oficiálních statistikách mezinárodních organizací

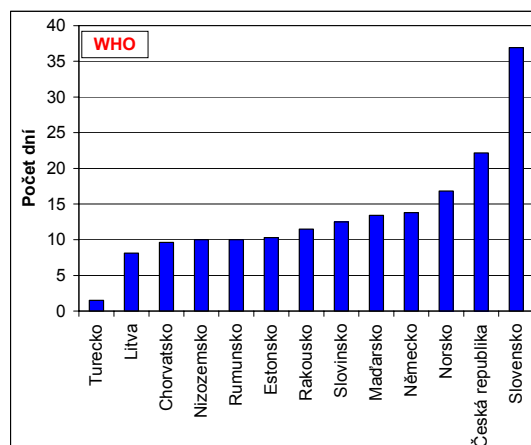
Všechny výše zmíněné instituce evidující mezinárodně srovnatelná data, charakterizují Českou republiku jako zemi vyznačující se výrazně nadprůměrnou mírou pracovní neschopnosti.

Veřejnosti dostupné oficiální statistiky OECD a WHO narážejí na problém vzájemné odlišnosti některých údajů týkající se úrovně pracovní neschopnosti v konkrétních zemích. Vzhledem k tomu, že odlišná jsou pouze některá data, naskytá se otázka, zda jsou evidované údaje opravdu nositeli stejné a srovnatelné informace. Této problematice bude více věnována kapitola 4.3 na příkladu srovnání České republiky a Slovenska.

Obr. 1 – Průměrné trvání PN pro nemoc, na 1 osobu (OECD), na 1 pracovníka (WHO), evropské země, 2005



Zdroj: OECD, Health Data



Zdroj: WHO, European health for all database

Dalším problémem oficiálních statistik je pomalá aktualizace dat, za některé země i se zpožděním několika let. Některé země Evropské unie navíc do těchto statistik svá data vůbec neposkytují.

Zde nastíněná problematika týkající se dat z oficiálních statistik je dobře patrná při srovnání dat pocházejících z evidence OECD a WHO. Vzhledem k tomu, že hodnota České republiky je v obou případech stejná, dá se předpokládat, že by oba grafy měly zobrazovat stejnou informaci,

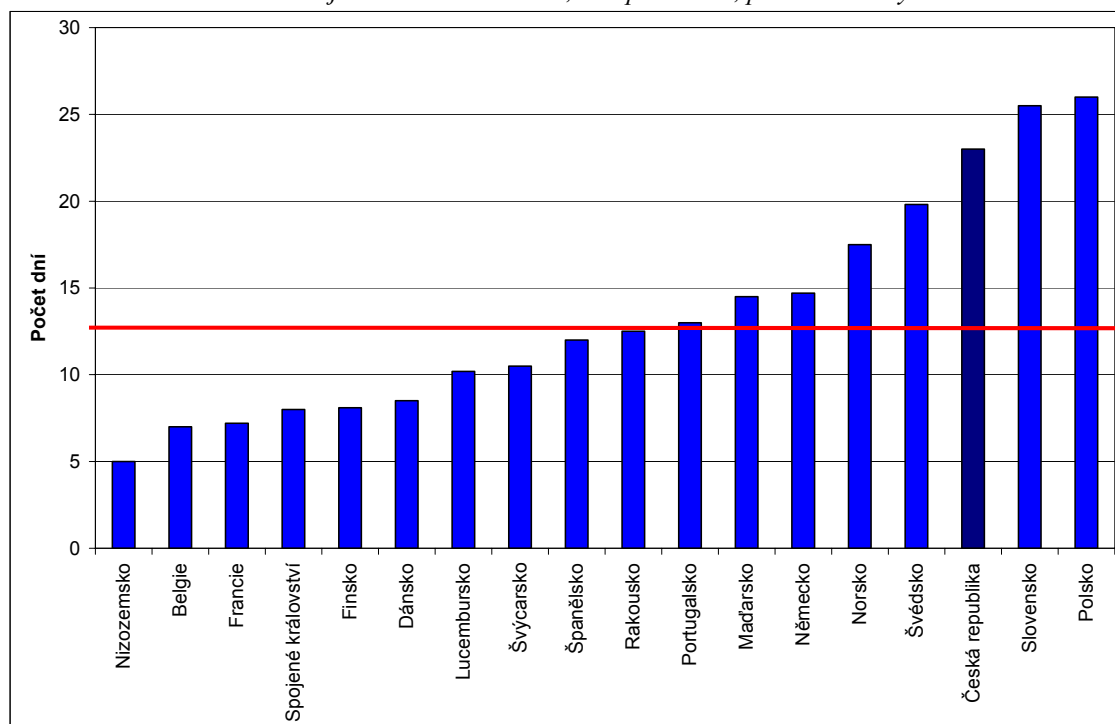
tedy průměrný počet dní pracovní neschopnosti jedné pojištěné osoby. V grafech jsou však patrné rozdíly. Jednak je odlišný počet evidovaných zemí, ale zejména se liší některé hodnoty délky trvání pracovní neschopnosti u konkrétních zemí (např. v případě Nizozemska).

Vysvětlením těchto rozdílů může být odlišnost jmenovatele. Zatímco v případě WHO je průměrný počet dní pracovní neschopnosti vztažený na zaměstnance, v případě dat OECD by měla být uvedena hodnota vztažená na osobu. Jakým způsobem je definován pojem ‚osoba‘ však není v rámci statistik OECD uvedeno a zároveň je upozorněno na to, že díky nestejnému pokrytí sledované populace v jednotlivých zemích je srovnatelnost dat problematická.

Jak již bylo řečeno, hodnota České republiky je v obou případech stejná a rovná se hodnotě vypočtené z celkového počet dnů pracovní neschopnosti vztažené k počtu pojištěnců. Jak ukáží v kapitole 4.3, délka pracovní neschopnosti na Slovensku je jednoznačně nadhodnocena, je počítána jiným způsobem, než v případě ČR a tudíž zavádějící.

Podle údajů OECD, činil v letech 1996–2002 průměrný počet dní strávených v pracovní neschopnosti přepočtený na jednoho pracovníka ve srovnávaných evropských zemích 13,5 dne, zatímco v České republice to bylo přibližně 23 dní. Na Slovensku a v Polsku dokonce více než 25 dní. Naopak nejnižší počet dní strávili v pracovní neschopnosti obyvatelé Nizozemska (5 dní).

Obr. 2 – Průměrné trvání PN jednoho zaměstnance, evropské země, průměr za roky 1996–2002



Zdroj: Osterkamp, Röhn (2007)

Možnými příčinami rozdílné délky trvání pracovní neschopnosti v evropských zemích se na základě dat OECD z let 1996–2002 zabývali R. Osterkamp a O. Röhn z Institutu pro ekonomické výzkumy v Mnichově.

Při analyzování těchto rozdílů vycházeli z předpokladu, že délka trvání pracovní neschopnosti je ovlivňována dvěma hlavními skupinami příčin. První skupinu tvoří objektivní

příčiny, jakými jsou zdravotní stav obyvatelstva a míra zaměstnanosti žen a starších osob. Druhá skupina je tvořena subjektivními příčinami, tedy chováním lidí reagujících na makroekonomickou situaci v zemi, zejména na úroveň nezaměstnanosti či možnost pracovat mimo oficiální pracovní trh doma či v zahraničí (podílet se na šedé ekonomice). Do subjektivních příčin autoři studie zařadili také míru velkorysosti sociálních institucí.

Výsledky výzkumu prokázaly, že největší vliv na délku pracovní neschopnosti má právě míra velkorysosti sociálních institucí, tedy to, jak jsou tyto instituce benevolentní v poskytování nemocenské, jak kompenzují finanční ztráty vzniklé absencí v zaměstnání a jak kontrolují oprávněnost využívání nemocenské dovolené. Jako další významná vysvětlující proměnná se ukázala míra zaměstnanosti starších lidí. Na rozdíl od národních studií se autorům nepodařilo prokázat, že by na délku pracovní neschopnosti měla vliv míra nezaměstnanosti či míra zaměstnanosti žen.

4.2 Postavení České republiky ve výběrových šetřeních

Dalším způsobem, jak zkoumat úroveň pracovní neschopnosti, jsou výběrová šetření. Nejznámějším výběrovým šetřením, do jehož oblasti zájmu spadá také problematika pracovní neschopnosti, je Evropský výzkum pracovních podmínek (European Working Conditions Surveys). Toto výběrové šetření probíhá v pětiletých intervalech 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).

Jejím původním cílem bylo zmapovat a následně zlepšit pracovní podmínky v členských státech EU. Nadace se v rámci svého výzkumu snaží o komplexní pohled na zaměstnanost a pracovní podmínky. Monitoruje trendy a změny, snaží se o měřitelnost a srovnatelnost výsledků a v neposlední řadě zdůrazňuje možnost přispění výsledků svého šetření k vytváření vládní sociální politiky (Parent–Thirion, 2005).

Evropský výzkum pracovních podmínek se kromě pracovní neschopnosti zabývá také organizací práce, délkou a flexibilitou pracovní doby, rovnými příležitostmi nejen mužů a žen, ale také jednotlivých věkových kategorií, otázkou dalšího vzdělávání pracovníků, jejich zdravotním stavem, spokojeností s prací a tělesnou i duševní pohodou. Výzkum představuje efektivní způsob sledování vlivu společensko-politických událostí, jako jsou rozšiřování EU, stárnutí pracovní síly a nátlak související se stále se zrychlujícím tempem života, na změnu pracovních podmínek lidí žijících na území států EU.

4.2.1 Realizace výběrového šetření

Reprezentativní vzorek v tomto výběrovém šetření byl tvořen lidmi staršími 15 let, kteří v období probíhajícího výzkumu vykonávali placenou práci. Byli do něj zařazeni jak zaměstnanci, tak osoby samostatně výdělečně činné.

V každé zemi bylo výběrové šetření provedeno vícestupňovým stratifikovaným výběrem, metodou náhodné procházky. Rozhovory s respondenty byly vedeny v jejich domácnostech a z důvodu lepšího zastížení respondentů probíhaly ve večerních hodinách a o víkendech. Ve

většině zemí bylo dotázáno 1000 respondentů, v menších zemích byl potřebný počet dotázaných stanoven na 600 osob. Celkem bylo získáno 29 766 správně a úplně vyplněných dotazníků z celkového počtu 72 000 navštívených domácností.

Srovnatelnost dat byla zajištěna použitím standardizovaného dotazníku, přeloženého do 27 jazyků a aplikovaného ve všech zemích účastnících se výběrového šetření. Na vytváření dotazníku se podílela specializovaná skupina tvořená zástupci národních institucí, které tento výzkum prováděly na národní úrovni, dále členy vedení Evropské nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, členy Evropské komise a dalších částí EU (Eurostat, the European Agency for Safety and Health at Work), dále členy mezinárodních organizací OECD a ILO (Mezinárodní organizace práce), a mezinárodními experty na výzkum pracovních podmínek.

Ve snaze ještě zvýšit reprezentativnost výsledků byla použita metoda vážení, která měla odstranit jednak vliv velikosti domácnosti na pravděpodobnost, že bude vybrán konkrétní člen domácnosti a dále se snažila omezit vliv toho, že některé typy lidí jsou více náchylní k odmítnutí rozhovoru než jiní. Pro hromadnou informaci o úrovni v EU byly použity váhy zohledňující počet obyvatel dané země v rámci srovnávaného území. Odpovědi respondentů v každé zemi byly váženy podílem, jaký jejich země představuje v celkovém počtu zaměstnaných lidí v rámci celé EU.

Při interpretaci výsledků je důležité mít na paměti, že výsledky mezinárodního výběrového šetření mohou být vždy zatíženy jistým stupněm nedorozumění, způsobeným překladem dotazníků do jiného jazyka a kulturního kontextu. Autoři se tomuto nedorozumění snažili předejít používáním ověřených otázek, zohledněním kontextu při překládání dotazníků a kladením kontrolních otázek.

Hlavním důvodem pro použití dat z výběrového šetření, namísto více objektivních dat z registrů a databází, byla jejich snadnější dostupnost. Někteří badatelé se sice pokoušeli, v zájmu větší objektivnosti výsledků svých studií, získat údaje o pracovní neschopnosti z registrů zaměstnavatelů, většinou však neúspěšně.

Registry zaměstnavatelů jsou navíc založeny na lékařském osvědčení, že člověk je nemocný a nemusejí odpovídat skutečnému zdravotnímu stavu pacienta. Předpokládá se, že v některých situacích může být člověk lékařem prohlášen za nemocného, ačkoliv jeho zdravotní stav by mu v docházce do zaměstnání nebránil. Je zde také závislost na legislativě dané země a praktikách zaměstnavatelů. Prohlášení zaměstnance ve výběrovém šetření, že byl po určitou dobu nemocen, může být tudíž blíže realitě. Při srovnání dat získaných z výběrových šetření s databázemi podniků bylo zjištěno, že si odpovídají a tudíž mohou být informace z výběrových šetření snadněji získatelným, vhodným a spolehlivým zdrojem dat (Gimeno, 2004).

Údaje týkající se pracovní neschopnosti byly v rámci Evropského výzkumu pracovních podmínek získány retrospektivním způsobem. Respondenti byli dotázáni, zda byli v uplynulých 12 měsících v práci nepřítomni z důvodu nemoci, jak dlouho jejich pracovní neschopnost trvala a zda se jednalo o zdravotní problémy související s prací.

4.2.2 Výsledky výběrového šetření

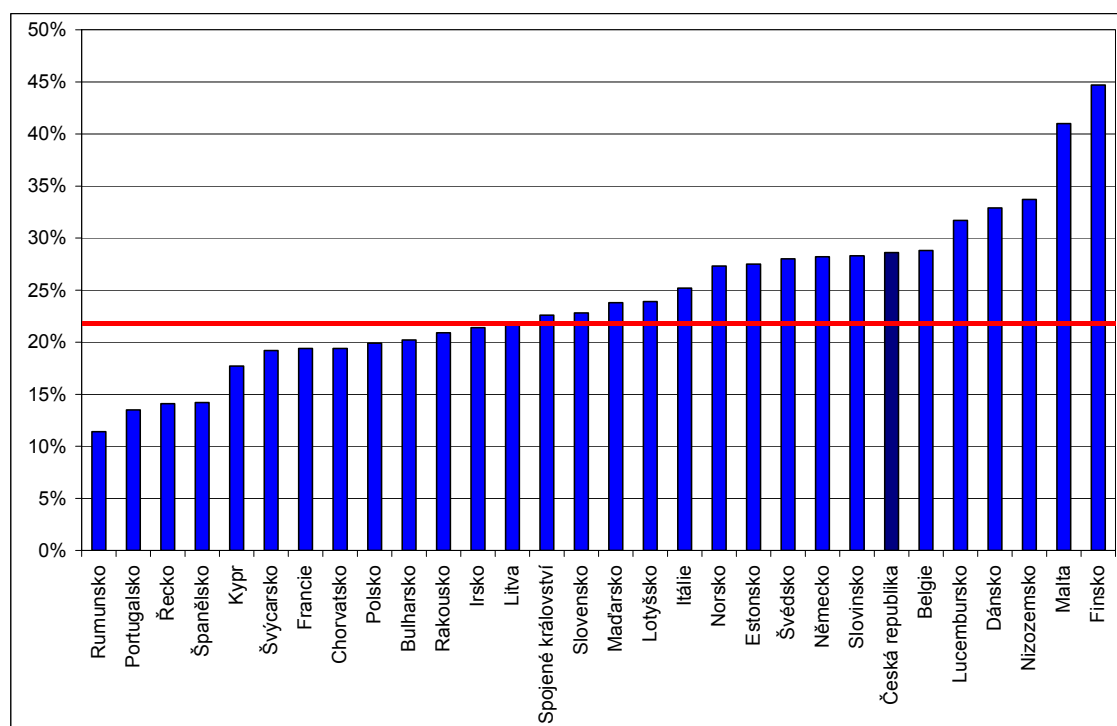
Důvody pracovní neschopnosti jsou všeobecně chápány jako komplexní problém, závislý na mnoha faktorech. Složitost tohoto problému se projevila právě v porovnání úrovně pracovní

neschopnosti s hodnocením vlivu pracovních podmínek na zdraví. Mezi těmito zdánlivě úzce propojenými otázkami nebyla zjištěna souvislost. Lidé, kteří pociťovali silné negativní dopady pracovních podmínek na jejich zdraví nebyli titíž, kteří by velmi často či po delší dobu čerpali nemocenskou dovolenou.

Z výsledků výběrového šetření vyplynulo, že průměrný podíl pracovníků Evropské unie, kteří v roce 2005 využili nemocenskou dovolenou činil přibližně 23 %. Přičemž v zemích Jižní Evropy ji využilo méně lidí než v zemích Střední a Severní Evropy. Vyšší míra pracovní neschopnost byla zjištěna u žen (24 %) oproti mužům (22 %) a u zaměstnanců (25 %) oproti osobám samostatně výdělečně činným (12 %).

Hodnota tohoto ukazatele je ovlivněna mimo jiné stářím pracovníků. Z pracovníků mladších 24 let jich bylo v pracovní neschopnosti 20 %, zatímco z pracovníků ve věkové skupině 40–54 let to bylo již 24 %. U nejstarších pracovníků ale došlo opět k poklesu na 22 %. Tento pokles je možná zapříčiněn tím, že v tomto věku zůstávají v pracovním poměru jen zdraví a odolní jedinci, neboť ti ostatní mohou být v některých případech již ve starobním, popř. invalidním, důchodu.

Obr. 3 – Průměrný podíl pracovníků, kteří čerpali nemocenskou, evropské země, 2005



Zdroj: Parent–Thirion (2005)

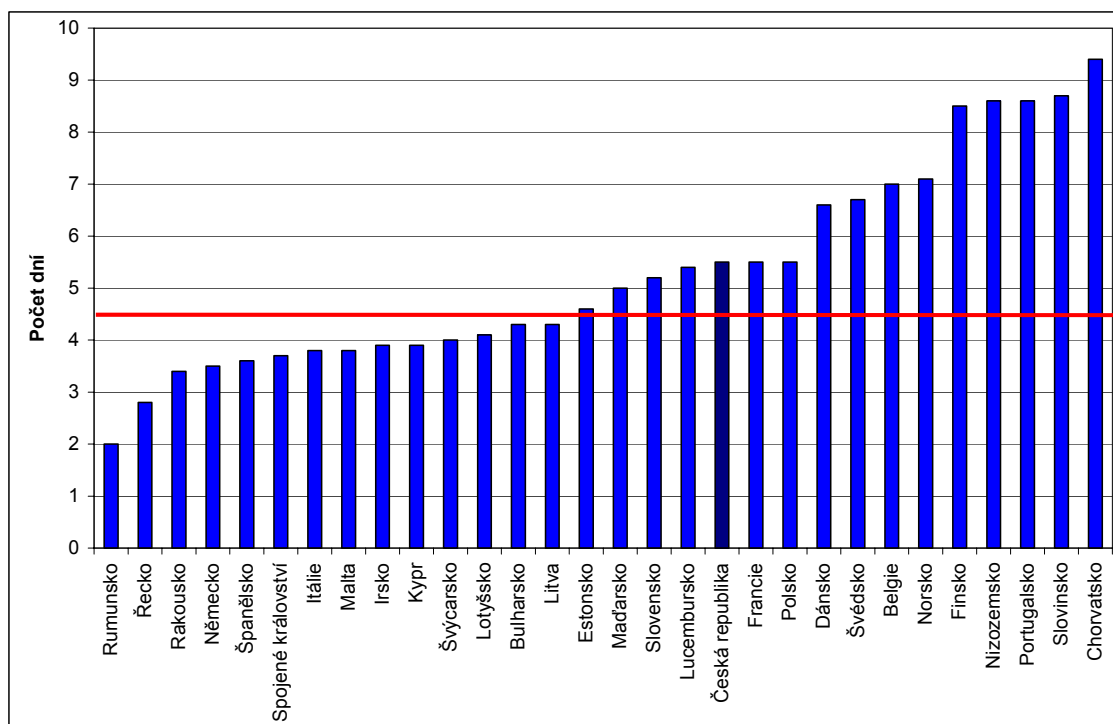
Podíl osob, které byly v České republice v roce 2005 v pracovní neschopnosti dosáhl podle výsledků výběrového šetření necelých 30 % z celkového počtu pracovníků. Touto hodnotou sice Česká republika převyšuje evropský průměr, nicméně nedosahuje extrémně vysokých hodnot, jako například Finsko či Malta.

Průměrný počet dní pracovní neschopnosti přepočtený na jednoho pracovníka (bez ohledu na to, zda v daném roce byl či nebyl v pracovní neschopnosti) činil v evropských zemích v roce 2005 přibližně 4,5 dní. Tento údaj je možné použít jako indikátor vlivu pracovní neschopnosti

na pracovní trh a znamená, že v průměru byl každý pracovník v EU v práci nepřítomen 4,5 dní za rok, přičemž pracovní neschopnost žen trvala déle (5 dní), než mužů (4,2 dny). Výrazný rozdíl v délce trvání pracovní neschopnosti je patrný mezi zaměstnanci (5,5 dní) a osobami samostatně výdělečně činnými (2,8 dní).

Stejně, jako podíl pracovníků v pracovní neschopnosti, tak i délka pracovní neschopnosti se mění s věkem. Nejkratší byla u nejmladších pracovníků (do 24 let) a trvala přibližně 2,5 dní. Naopak nejdelší dobu v pracovní neschopnosti strávili osoby ve věku 40–54 let, a to necelých 6 dní. Pracovníci nových členských států EU vykazují oproti evropskému průměru delší pracovní neschopnost (5,4 dny).

Obr. 4 – Průměrné trvání PN jedné pojištěné osoby, evropské země, 2005



Zdroj: Parent–Thirion (2005)

Průměrný počet dní pracovní neschopnosti vztažený pouze na pracovníka, který v uplynulém roce čerpal nemocenské dávky, byl samozřejmě vyšší. V průměru dosahoval 20 dní, pro ženy 21,3 a pro muže 19,2 dny. Zatímco průměrný počet dní pracovní neschopnosti přepočtený na jednoho pracovníka (v daném roce čerpajícího i nečerpajícího nemocenské dávky) se pro zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné výrazně lišil, průměrná délka pracovní neschopnosti těchto osob čerpajících nemocenské dávky byla takřka stejná (21,2 dny ku 21,1 den). Osoby samostatně výdělečně činné si vzhledem k způsobu obživy a ztrátám, které by jim z jejich absence plynuly, nemohou dovolit marodit tak často, jako zaměstnanci, nicméně když už jsou nuceny zůstat v pracovní neschopnosti, její trvání je stejně dlouhé jako u zaměstnanců.

Jedním ze základních zjištění při srovnání mezinárodní úrovně pracovní neschopnosti bylo, že země, které svým obyvatelům významně kompenzují finanční ztrátu vzniklou pracovní neschopnosti, vykazují vyšší úroveň pracovní neschopnosti (Gimeno, 2004).

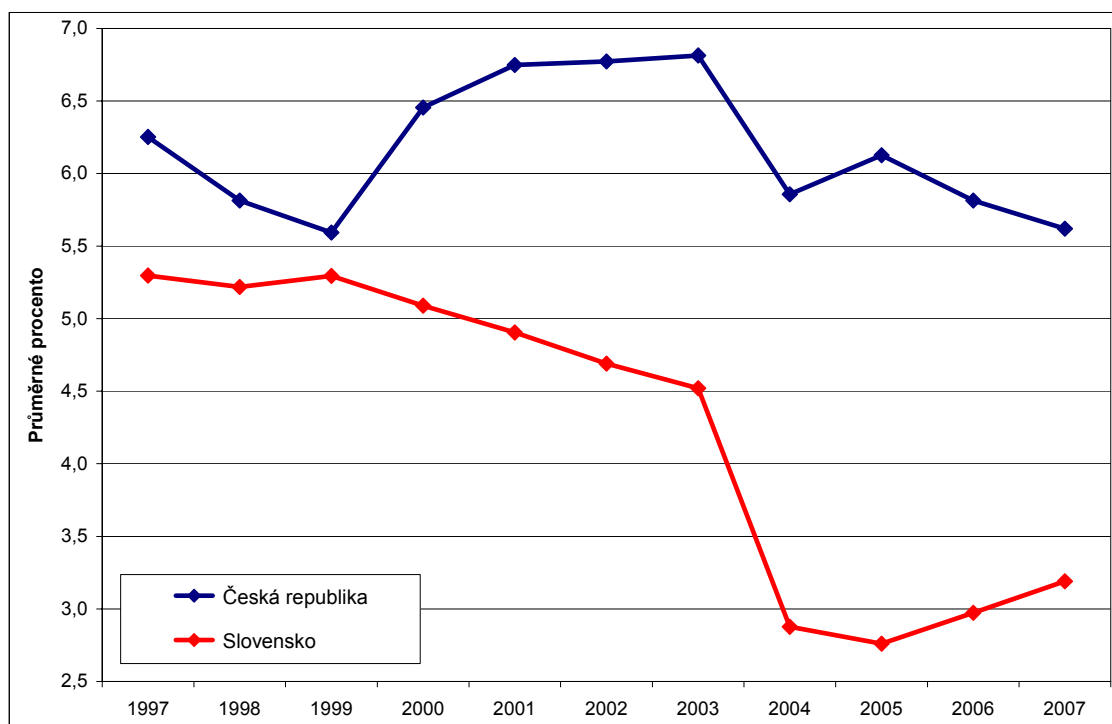
4.3 Pracovní neschopnost v České republice a na Slovensku

Vzhledem k problematické srovnatelnosti dat na úrovni celé Evropské unie a jejich nejednoznačné interpretaci bylo provedeno srovnání České republiky a Slovenska. Statistiky těchto zemí byly po dlouhou dobu zpracovávány jednotným způsobem, jsou proto takřka totožné, odpovídají si jak po stránce definice ukazatelů, tak i shodným způsobem výpočtu.

Míra pracovní neschopnosti v České republice byla výrazně vyšší, v posledních letech až dvojnásobně, než na Slovensku. V 2007 dosahoval počet nově hlášených případů přepočtený na 100 pojištěnců na Slovensku 33,5 případů, zatímco v České republice necelých 60 případů.

Průměrná délka trvání jedné pracovní neschopnosti byla naopak v obou sousedních zemích v posledních letech takřka stejná. V roce 2007 dosáhla hodnoty 35 dnů na jednu pracovní neschopnost. Z toho vyplývá, že Češi marodí, či využívají nemocenskou, více, nicméně v průměru po stejnou dobu.

Obr. 5 – Průměrné procento PN, Česká republika a Slovensko, 1997–2007



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), Štatistický úrad Slovenskej republiky (Pracovná neschopnosť)

Průměrné procento pracovní neschopnosti je v České republice výrazně vyšší než na Slovensku. Rozdíl mezi zeměmi se prohloubil zejména po roce 2000. Následkem legislativních opatření uskutečněných v obou zemích hodnota tohoto ukazatele mezi lety 2003 a 2004 poklesla, avšak k výraznějšímu snížení došlo na Slovensku. V roce 2007 bylo průměrné procento pracovní neschopnosti v České republice 5,6 %, zatímco na Slovensku jen mírně přesahovalo 3 %. Tento údaj informuje o tom, že denně nebylo v České republice přítomno v práci z důvodu nemoci či úrazu průměrně 5,6 % pracovníků, resp. 3 % pracovníků na

Slovensku. Jak již bylo řečeno výše, pracovní neschopnost je komplexním problémem a není možné ji vysvětlit pouze na základě zdravotního stavu obyvatel. Toto tvrzení je mimo jiné podpořeno právě srovnáním míry pracovní neschopnosti v České republice a na Slovensku.

Měřitelnost zdravotního stavu obyvatelstva je obtížná. Jedním z ukazatelů, který je považován za indikátor zdravotního stavu v zemi, je střední délka života při narození. Ta v roce 2007 dosahovala pro české muže hodnoty 73,7 let a 70,5 roky pro slovenské muže. Pro ženy byla střední délka života v obou zemích delší, pro české ženy 79,9 let a pro slovenské o 1,8 let byla kratší. Podle tohoto ukazatele by tedy lepší zdravotní stav měli obyvatelé České republiky, kteří ale zároveň vykazují vyšší míru pracovní neschopnosti.

Průměrný počet dní pracovní neschopnosti počítaný metodikou OECD a WHO, tedy celkový počet dní pracovní neschopnosti vztažený k celkovému počtu pojištěnců, byl v roce 2005 v České republice 22,4 dny a na Slovensku 10,1 den. Údaj za Slovensko tedy rozhodně neodpovídá hodnotě zveřejněné ve statistikách WHO, které uvádějí hodnotu 36,9 dní (Obr. 1).

Kapitola 5

Nemocenské pojištění a legislativní úpravy pracovní neschopnosti

Oblast nemocenského pojištění představovala ve sledovaném období (do roku 2007 včetně) jednu z mála oblastí přetrvávajících sociálních jistot s relativně vysokým stupněm solidarity. Některé poznatky však nasvědčují tomu, že úroveň pracovní neschopnosti v posledních letech nebyla dána pouze objektivními příčinami vzniku nemoci či úrazu, ale závisela na širších okolnostech, zejména pak na legislativní úpravě problematiky a na situaci na trhu práce (Novák, 2005). Tato skutečnost si v průběhu sledovaného období, a ještě důrazněji od roku 2008, vyžádala legislativní zásahy do sociálního systému, které vedly k snižování této solidarity.

5.1 Nemocenské pojištění

System nemocenského pojištění je v zásadě jednotný pro všechny výdělečně činné osoby s několika výjimkami. Nemocenské pojištění je pro zaměstnance a příslušníky ozbrojených sil a sborů povinné, pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) je od roku 1994 dobrovolné.

Nemocenské pojištění je garantováno státem jak po stránce finanční, tak právní. Zaměstnanci, který je účasten nemocenského pojištění a je uznán dočasně neschopným k výkonu práce či mu je nařízena karanténa, tak náleží nemocenské, tedy částečná finanční kompenzace ušlé mzdy v době jeho absence v zaměstnání. (ČSSZ, 2009a).

Při výpočtu dávek se vychází z denního vyměřovacího základu pojištěnce a z maximálních (tzv. redukčních) hranic příjmů. Ty jsou aktualizovány podle mzdového vývoje a tím je zaručena určitá dynamičnost systému.

Denní vyměřovací základ se zjistí tak, že započitatelný příjem (tj. veškerý příjem podléhající odvodu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti) zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období, které předchází vzniku pracovní neschopnosti či karantény, se dělí počtem kalendářních dnů připadajících na rozhodné období.

Výše denního vyměřovacího základu je limitována tzv. redukční hranicí, což je částka, kterou hodnota denního vyměřovacího základu nesmí překročit, resp. k částce překračující tuto hranici se při jeho výpočtu nepřihlíží. Do 30. září 1999 byla limitem denního vyměřovacího základu jedna částka. Od 1. října 1999 platí způsob omezení denního vyměřovacího základu prostřednictvím dvou redukčních hranic. Částka spadající do první redukční hranice se do roku 2004 započítávala celá, od tohoto roku se v prvních 14 dnech nemoci započítávala z 90 %,

částka mezi první a druhou redukční hranicí se po celou dobu započítávala z 60 % a k částce převyšující druhou redukční hranici se nepřihlíželo.

Z takto vypočteného vyměřovacího základu se vypočítala výše denní dávky nemocenské. Její výše se lišila v závislosti na délce pracovní neschopnosti. Do roku 2004 byly dvě výše denní dávky. Nižší v prvních třech dnech pracovní neschopnosti, vyšší v dnech následujících. Od roku 2008 jsou rozlišovány již tři výše denní dávky.

Výpočet nemocenské dávky pro rok 2007 je ukázán na následujícím modelovém příkladu. Osoba čerpající po 10 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. Vydělením tohoto příjmu počtem kalendářních dnů byl získán denní vyměřovací základ, který činil 723 Kč.

Denní vyměřovací základ byl upraven pomocí dvou redukčních hranic. Výše první redukční hranice v roce 2007 činila 550 Kč, druhá redukční hranice 790 Kč. Denní vyměřovací základ byl tedy upraven následovně: $550 * 0,9 + (723 - 550) * 0,6 = 599$ Kč.

Výše denní dávky nemocenské se lišila na základě délky pracovní neschopnosti. V prvních třech dnech byl denní vyměřovací základ započítán z 25 % ($599 * 0,25 = 150$ Kč), v následujících sedmi dnech zbývajících do konce pracovní neschopnosti (osoba byla v pracovní neschopnosti 10 dní) z 69 % ($599 * 0,69 = 413$ Kč). Za dobu strávenou v pracovní neschopnosti tedy osoba získala celkem 3341 Kč ($150 * 3 + 413 * 7 = 3341$).

5.2 Legislativní opatření

Základním zákonem upravujícím okruh pojištěných a jejich nároky je zákon o nemocenském pojištění č. 54/1956 Sb. Tento zákon byl za dobu více než padesátileté platnosti mnohokrát novelizován.

V polistopadové historii došlo k prvním významným legislativním změnám v oblasti nemocenského pojištění již počátkem roku 1993. V souvislosti s daňovou reformou se začala vypočítávat výše dávek nemocenského pojištění z hrubého příjmu, namísto čistého. Další změnou bylo, že nemocenské dávky se začaly proplácet za kalendářní dny, zatímco původně byly propláceny za pracovní dny a směny (ČSÚ, Pracovní neschopnost 1993-2003).

Významnou změnou byl v roce 1994 vznik možnosti dobrovolného, namísto povinného, nemocenského pojištění pro OSVČ. Toto mělo vliv na mírný pokles počtu pojištěnců.

Zákonem v oblasti důchodového pojištění z roku 1995 a jeho úpravou z roku 1997 byla posunuta hranice předčasného odchodu do důchodu. Toto ustanovení mohlo mít vliv na uspořádání přechodu do starobního důchodu mnoha potenciálně práce neschopných, což mohlo pozitivně ovlivnit úroveň pracovní neschopnosti.

V roce 2004 došlo k prodloužení rozhodného období, ze kterého je zjišťován denní vyměřovací základ pro stanovení dávek nemocenského pojištění, z kalendářního čtvrtletí na 12 kalendářních měsíců. Rozšířil se také okruh pojištěných osob a byly výrazně sníženy sociální dávky poskytované v době nemoci. Vlivem legislativních změn na výpočet nemocenských dávek se budu zabývat podrobněji v 8. kapitole.

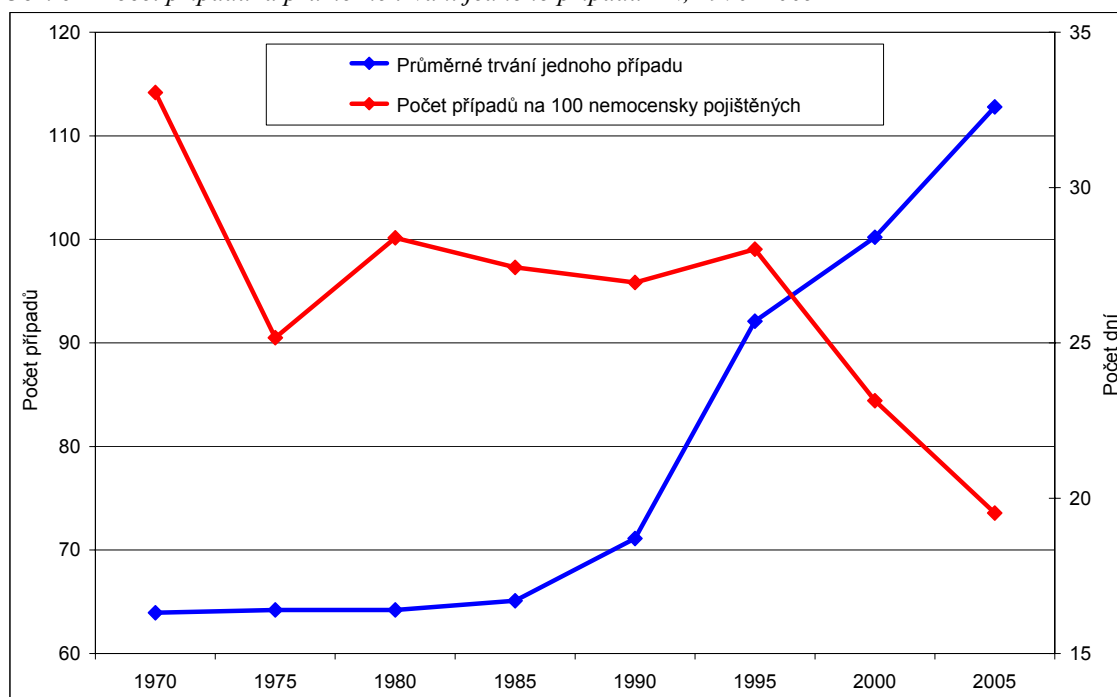
Kapitola 6

Vývoj pracovní neschopnosti v České republice v 2. polovině 20. století

Četnost výskytu pracovní neschopnosti má dlouhodobě klesající tendenci. Zatímco v roce 1970 připadalo podle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky na 100 pojištěnců více než 110 případů pracovní neschopnosti, v období od počátku 80. let do poloviny let 90. se počet případů pracovní neschopnosti pohyboval těsně pod hranicí 100 případů na 100 pojištěných osob. Od poloviny 90. let se výskyt případů pracovní neschopnosti nadále snižoval a v roce 2005 klesl dokonce pod 80 případů na 100 pojištěných osob. Nutné je však připomenout, že se jedná o data evidovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky, která byla až do roku 1993 získávána formou výběrových šetření.

K opačnému vývoji došlo u průměrné délky pracovní neschopnosti. V sedmdesátých a osmdesátých letech rostla jen mírně a pohybovala se mezi 16 a 17 dny na jednu pracovní neschopnost, od roku 1990 pak začalo docházet k jejímu rychlému prodlužování (průměrně o 4,2 % ročně) a v roce 2005 trvala jedna pracovní neschopnost průměrně již 33 dny.

Obr. 6 – Počet případů a průměrné trvání jednoho případu PN, 1970–2005



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti)

Průměrné procento pracovní neschopnosti se za posledních 40 let zvýšilo takřka o polovinu. V 60. letech dosahovalo hodnoty kolem 4,3 % a až do konce 80. let se pohybovalo kolem této hodnoty. V 90. letech se zvýšilo na 5,6 % a v první polovině nového desetiletí dokonce na 6,6 %. Pod vlivem legislativních úprav z roku 2004 následoval pokles a v roce 2007 bylo v práci z důvodu pracovní neschopnosti nepřítomno průměrně 5,6 % pracovníků (ČSÚ, 2008b).

Průměrné procento pracovní neschopnosti pro úraz je více méně objektivně podmíněno. Část týkající se pracovních úrazů za posledních 40 let o třetinu poklesla a část vztahující se k nepracovním úrazům mírně vzrostla. Tento nárůst byl patrně způsoben rozšiřováním sféry volného času, změnami ve způsobu života a v neposlední řadě i značným rozvojem osobní dopravy.

Pružným faktorem, vzhledem k ekonomickým a sociálním podmínkám, je pracovní neschopnost pro nemoc, která udává tempo změn celkové pracovní neschopnosti. Po celá 60. až 80. léta minulého století se pohybovala v pásmu od 3,4 do 4,3 % a výrazně růst začala až v 90. letech. Za uplynulých 40 let průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc vzrostlo o více než dvě třetiny.

S ohledem na ekonomickou a sociální podmíněnost vývoje pracovní neschopnosti se nabízí otázka její „objektivní“ či „přirozené“ úrovně. Z výše uvedeného lze odhadovat, že „přirozená“ míra celkové pracovní neschopnosti by se měla pohybovat zhruba v intervalu od 4,25 % do 4,5 %, v závislosti na výkyvech souvisejících např. s chřipkovými epidemiemi apod. Dlouhodobě by se tedy měla měnit jen v závislosti na vývoji obou složek pracovní neschopnosti pro úraz (ČSÚ, 2005).

Kapitola 7

Pracovní neschopnost v České republice od počátku 90. let

Pracovní neschopnost je složitým společenským jevem. Ačkoliv pracovní neschopností je nazýván stav, kdy člověk z důvodu nemoci, úrazu či karantény nemůže být přítomen v zaměstnání, není možné ji vysvětlit jen zdravotním stavem pracovníků.

Významný vliv na odchylky v úrovni pracovní neschopnosti mají zřejmě společensko–ekonomické příčiny, které plynou z vyšší dynamiky a proměnlivosti života v podmínkách tržní ekonomiky. Patří sem jevy, jakými jsou např. hrozba ztráty zaměstnání, častý vznik a zánik podniků a související vliv mají i civilizační faktory provázené častějším výskytem duševních onemocnění. Důvody však nemusejí být pouze na straně zaměstnance. Na straně zaměstnavatele může mít svůj význam růst nákladů na pracovní sílu, její dočasný přebytek při nedostatku zakázek pro pokračování činnosti apod.

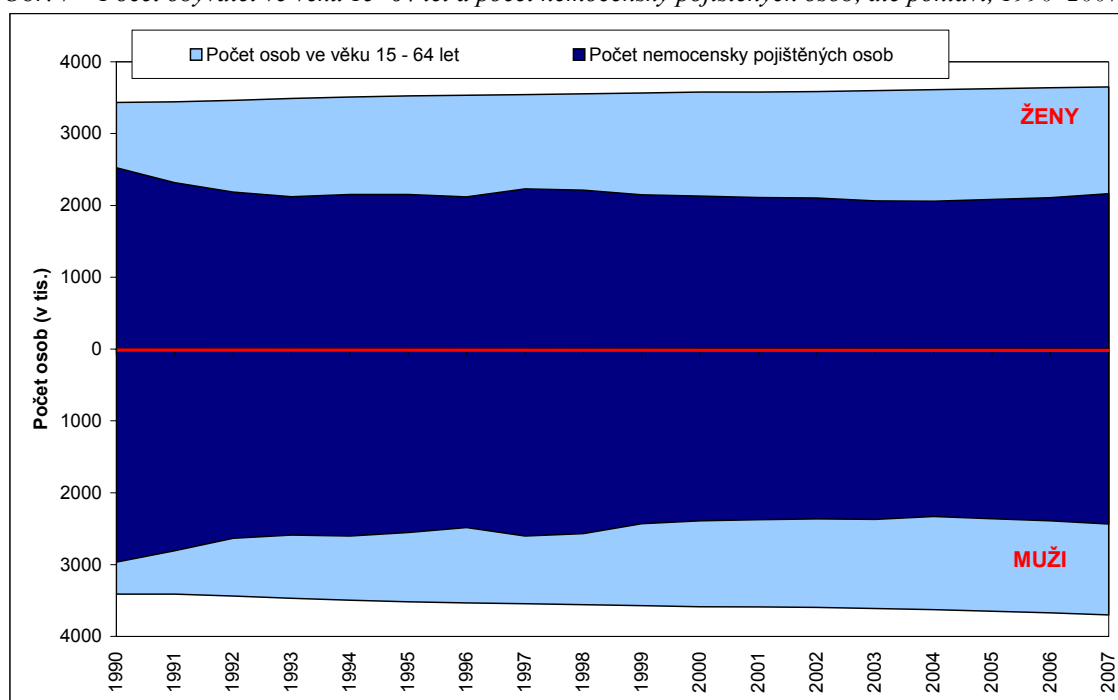
7.1 Počet nemocensky pojištěných osob

Počet nemocensky pojištěných osob v sobě obsahuje informaci o počtu pracovně aktivních osob v civilním sektoru a zároveň o trendech ve vývoji ekonomické aktivity obyvatelstva.

Celkový průměrný počet nemocensky pojištěných osob se v průběhu let 1990 až 2004 snížil takřka o 1,1 mil. osob, z toho počet mužů o 636 tis. a počet žen o 462 tis. osob. Od roku 2004 začalo docházet k opětovnému nárůstu. V roce 2007 tak bylo v České republice 4,6 mil. pojištěných osob, což je o necelých 900 tis. méně než v roce 1990. Srovnáme-li počet pojištěných osob s počtem obyvatel v produktivním věku, zjistíme, že oba ukazatele se vyvíjely po většinu doby opačným směrem.

Na klesající tendenci počtu pojištěných osob v 90. letech se podílí několik faktorů. Jednak pokles počtu pojištěnců v nejmladší věkové skupině díky prodloužení přípravy na povolání a dále to, že při Sčítání lidí, domů a bytů v roce 1991 byli do pojištěnců započítáni všichni žáci středních odborných učilišť, kdežto v roce 2001 jen brigádně pracující studenti a učni. Rozdíl mezi vývojem počtu obyvatel a počtu pojištěných osob lze částečně vysvětlit také vývojem nezaměstnanosti, která až do roku 2003 výrazně rostla, čímž se počet osob na pracovním trhu snižoval. Vliv na snížení počtu pojištěných osob může mít také zrušení povinného nemocenského pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné od roku 1994. Mírné zvýšení podílu pojištěných osob na celkovém počtu osob ve věku 15 – 64 let v posledních dvou letech může být důsledkem jednak klesající nezaměstnanosti, což přivedlo na pracovní trh větší množství lidí a jednak většího zastoupení starších osob na trhu práce.

Obr. 7 – Počet obyvatel ve věku 15–64 let a počet nemocensky pojištěných osob, dle pohlaví, 1990–2007



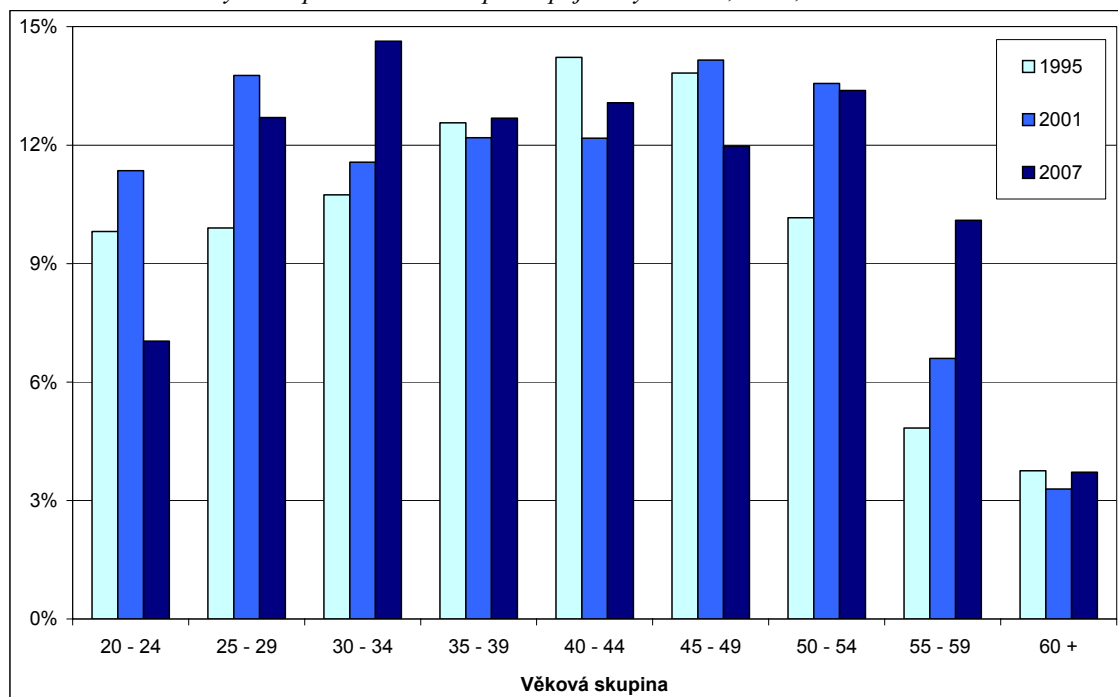
Zdroj: ČSÚ (Stav a pohyb obyvatelstva v České republice), ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc)

Počet pojištěných osob v jednotlivých věkových skupinách informuje o jejich zapojení do pracovního procesu. Odráží v sobě jednak početní velikost dané věkové skupiny a jednak přesouvání osob z jedné věkové kategorie do druhé v důsledku stárnutí. V neposlední řadě se v něm projevuje také vliv sociálně-ekonomických a legislativních podmínek, jakými jsou prodloužení přípravy na povolání v případě nejmladší věkové skupiny, posouvání věkové hranice pro odchod do důchodu či potřebu stálého výdělku z důvodu nízkého důchodu u nejstarších věkových skupin.

Počty pojištěných osob dle věkových skupin nejsou brány z evidence pojištěnců, ale pouze přepočítávány z počtů obyvatel dle věkových skupin zjištěných při Sčítání lidí, domů a bytů. Z tohoto důvodu není možné chápat tyto údaje jako zcela přesné. I přesto nám však poskytují dostatečnou informaci o vývojových trendech. Velmi zavádějící je však údaj o počtu pojištěných osob v nejmladší věkové skupině (15–19 let), která navíc prošla zásadními změnami z hlediska pracovní aktivity. Ukazatele pracovní neschopnosti za jednotlivé roky jsou u této věkové skupiny nesrovnatelné, a proto jsem ji ze své analýzy vyloučila.

Zastoupení jednotlivých věkových skupin na celkovém počtu pojištěných osob zaznamenalo v průběhu uplynulých 12 let výrazné změny. Došlo k značnému poklesu počtu pojištěných osob ve věkové skupině 20–24 let, zatímco v roce 1995 tvořili pojištěnci z této věkové skupiny přibližně 10 % z celkového počtu pojištěných osob, v roce 2007 to bylo jen 7 %. Kleslo také zastoupení věkových skupin 40–44 a 45–49 let. Naopak nárůst zaznamenaly mladší věkové skupiny 25–29 a 30–34 let. Tento nárůst byl patrně dán početností těchto ročníků. Výrazně se zvýšilo také zastoupení starších věkových skupin 50–54 a 55–59 let, které bylo patrně způsobeno posunem věkové hranice pro odchod do důchodu a zároveň zlepšením zdravotního stavu pracovníků, který jim umožňoval setrvání na pracovním trhu.

Obr. 8 – Podíl věkových skupin na celkovém počtu pojištěných osob, 1995, 2001 a 2007



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

Značné změny postihly sektorové rozložení nemocensky pojištěných. Zatímco v roce 1992 pracovalo 65 % pojištěných ve veřejném sektoru a 18 % v soukromém (včetně členů družstev), v roce 1997 se pořadí obrátilo a ve veřejném sektoru bylo zaměstnáno jen 31 % ze všech pojištěných osob, zatímco v soukromém sektoru (včetně členů družstev) již 48 %. Nejnižší podíl osob zaměstnaných ve veřejném sektoru byl v roce 2003 (29 %). Od tohoto roku se jejich podíl zvyšoval.

Podíl OSVČ na celkovém počtu nemocensky pojištěných byl nejvyšší v roce 1994 (8,8 %). V tomto roce se nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných změnilo z povinného na dobrovolné, což vedlo k následnému poklesu počtu pojištěných. V roce 2007 činil podíl OSVČ na celkovém počtu pojištěných pouhých 3,9 %.

Naopak podíl pojištěných osob pracujících v sektoru s rozhodujícím podílem zahraničního kapitálu po celou dobu narůstal. V roce 1997 činil 4,1 %, do roku 2007 se zvýšil na necelých 18 %. Bylo to pravděpodobně způsobeno stále častějším pronikáním zahraničních firem na náš trh.

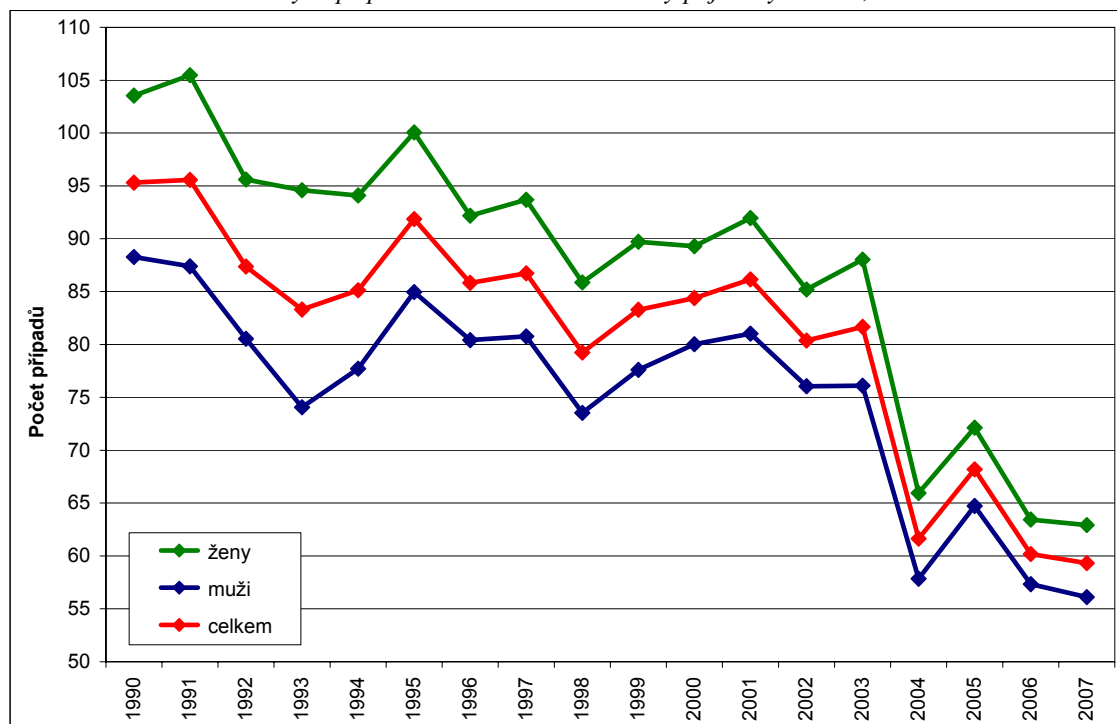
7.2 Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob

Počet případů pracovní neschopnosti se od počátku 90. let plynule snižoval, hlavně díky rychlému poklesu úrazovosti. Na počátku sledovaného období připadalo na 100 pojištěných osob dle statistiky ČSÚ 95 nově hlášených případů pracovní neschopnosti, v roce 2007 to bylo již jen necelých 60 případů, což představuje pokles takřka o 40 %.

K rychlému meziročnímu poklesu počtu případů došlo zejména v letech 1991 až 1993. V následujících deseti letech se tento pokles zpomalil a k výraznějším změnám začalo docházet

pod vlivem legislativy až po roce 2003. Z hlediska příčin pracovní neschopnosti je patrný růst podílu nově hlášených případů pro nemoc a naopak snížení podílu pracovní, a zejména nepracovní, úrazovosti.

Obr. 9 – Počet nově hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných osob, 1990–2007



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Celkový trend klesajícího počtu případů se odráží také v rozložení podle věku. Při sledování počtu případů pracovní neschopnosti dle věkových skupin je patrné, že nejčastěji absentujícími v zaměstnání jsou nejmladší pracovníci a s přibývajícím věkem počet případů pracovní neschopnosti klesá. V roce 2007 však narušila tuto klesající tendenci věková skupina 60+ let, která dosáhla třetího nejvyššího počtu případů pracovní neschopnosti v tomto roce.

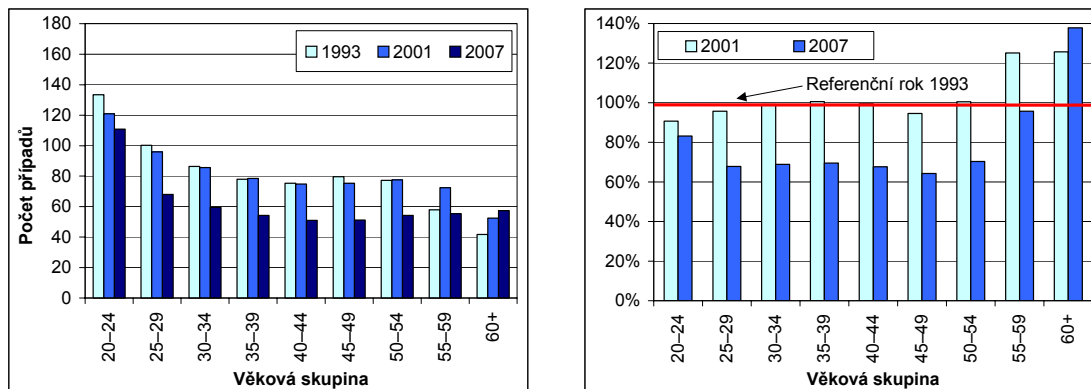
Ještě v roce 1993 připadalo na 100 pojištěnců z věkové skupiny 20–24 let více než 130 případů pracovní neschopnosti, v roce 2007 už jen 110 případů, což je však stále nejvyšší hodnota ze všech věkových skupin. Jedním z možných důvodů, proč je v této věkové skupině nejvíce případů pracovní neschopnosti, může být vzdělanostní složení pracovníků. Vzhledem k průměrné délce vysokoškolského studia jsou mezi pracovníky této věkové skupiny osoby se středoškolským a nižším vzděláním, které se zároveň vyznačují vyšší mírou pracovní neschopnosti.

K plynulému a trvalému poklesu počtu případů na 100 pojištěných začalo docházet ve většině věkových skupin po roce 1995. Výjimku tvořila nejstarší věková skupina 60+, jejíž počet případů pracovní neschopnosti od roku 2001 narůstal. V roce 2007 dosáhl hodnoty 57 případů na 100 pojištěných, což je o 7 % více než v roce 1995.

Nárůst v nejstarší věkové skupině může být způsoben větší participací těchto osob na trhu práce. Je možné předpokládat, že dříve zůstávali v práci starší lidé jen s dobrým zdravotním stavem, dnes jsou posunutím věkové hranice pro odchod do důchodu či ekonomickou situací

nucení zůstat tam i ti s horším zdravotním stavem, čímž se počet případů pracovní neschopnosti zvyšuje.

Obr. 10 – Počet případů PN na 100 pojištěných osob a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

Pro znázornění výše popsaného vývoje jsem použila index růstu, z něhož je patrné, na jaké procentuální úrovni oproti referenčnímu roku 1993 (od kterého ÚZIS ČR eviduje 100 % pracovní neschopnosti) se tento ukazatel v dané věkové skupině nacházel v letech 2001 a 2007. Počet případů pracovní neschopnosti v roce 2007 dosahoval ve většině věkových skupin 60% úrovně roku 1993. V nejmladší věkové skupině dosahovat 80 % roku 1993. V předdůchodové věkové skupině se tento ukazatel pohyboval kolem stejné hodnoty jako v referenčním roce. V nejstarší věkové skupině 60+ hodnotu roku 1993 výrazně přesáhl a působil tak proti celkovému trendu snižování počtu případů.

Rozdíl počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti mezi muži a ženami se v průběhu sledovaného období zmenšil a to zejména díky pomalejšímu poklesu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci u mužů oproti ženám. Zatímco v roce 1990 na 100 pojištěných žen připadlo 103 případů a na 100 pojištěných mužů 88 případů pracovní neschopnosti, v roce 2007 jejich počet klesl u žen na 63 případů a u mužů na 56 případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob. Rozdíl mezi pohlavími tedy klesl z 15 na 7 případů pracovní neschopnosti.

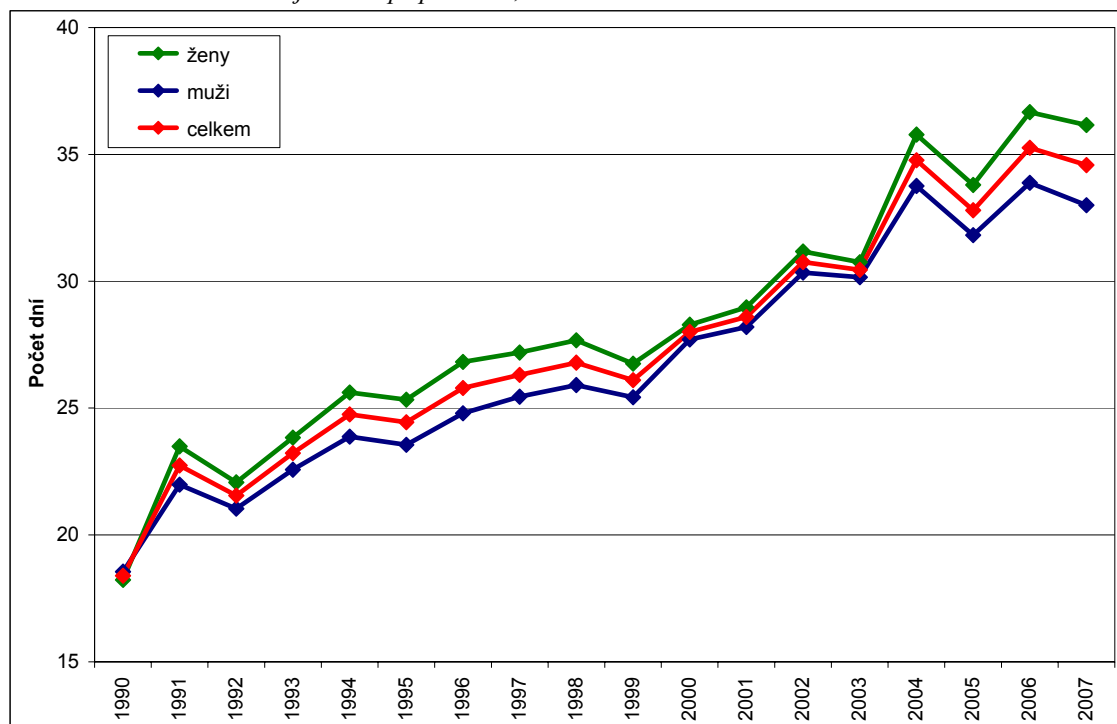
Zásadní legislativní změny, které vstoupily v platnost v roce 2004 a zahrnovaly výrazné snížení finanční kompenzace pracovní neschopnosti v prvních 14 dnech nemoci, vedly k výraznému poklesu počtu případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob. V roce 2004 došlo oproti roku 2003 k snížení tohoto ukazatele o 25 %. Věkové skupiny se na tomto poklesu podílely převážně stejnou měrou, pokles ve dvou nejstarších věkových skupinách byl nižší (cca 20 %). Vezmeme-li však v úvahu, že počet pracovních neschopností do tohoto roku v nejstarších věkových skupinách narůstal, je možné i tento „nižší“ pokles brát jako výrazný.

7.3 Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti se mezi roky 1990 a 2007 prodloužilo z 18 dní na 35 dní, což představuje téměř dvojnásobek výchozí hodnoty. Prošlo přitom obdobnou dynamikou vývoje v čase jako počet případů pracovní neschopnosti.

K jeho rychlému zvyšování docházelo také na začátku sledovaného období, tedy v letech 1991 až 1993, v následujících letech se růst zpomalil. K prudkému prodloužení pracovní neschopnosti (o 14 %) došlo až mezi lety 2003 a 2004 v důsledku legislativních změn, kterými byly sníženy nemocenské dávky v prvních dnech pracovní neschopnosti, zatímco finanční kompenzace pracovní neschopnosti trvající více než 14 dní zůstala nezměněna. Toto opatření patrně vedlo k tomu, že lidé v méně závažnými chorobami na nemocenskou nenastupovali, čímž klesl počet krátkodobých pracovních neschopností, a nechali se zneschopnit až při závažnějším onemocnění, které vyžadovalo delší léčbu. Zároveň však někteří pracovníci mohli zůstat v pracovní neschopnosti déle, aby měli nárok na vyšší finanční kompenzaci. Od roku 2004 následovala spíše stagnace průměrného trvání jednoho případu, výchyly byly způsobeny do značné míry výskytem chřipkových epidemií.

Obr. 11 – Průměrné trvání jednoho případu PN, 1990–2007



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Průměrná délka pracovní neschopnosti jedné pojištěné osoby, tedy ukazatel počítaný v rámci mezinárodních srovnání, zdaleka neměla stejný průběh jako průměrné trvání jednoho případu. U tohoto ukazatele nedocházelo k plynulému narůstání počtu dnů pracovní neschopnosti, ale měl spíše vlnkový charakter. V roce 1991 strávil průměrně každý pojištěný pracovník v pracovní neschopnosti 22 dní, v roce 1996 již 25,5 dní, což byla nejvyšší dosažená hodnota tohoto ukazatele ve sledovaném období. Poté došlo k poklesu na hodnotu 21,3 dny

v roce 1998. Od tohoto roku až roku 2003 průměrná délka pracovní neschopnosti jednoho pracovníka rostla a zastavila se na hodnotě 25,5 dní. Po zavedení legislativních opatření v roce 2004 se průměrná doba strávená jedním pracovníkem v pracovní neschopnosti začala snižovat. V roce 2007 činila na 21 dní.

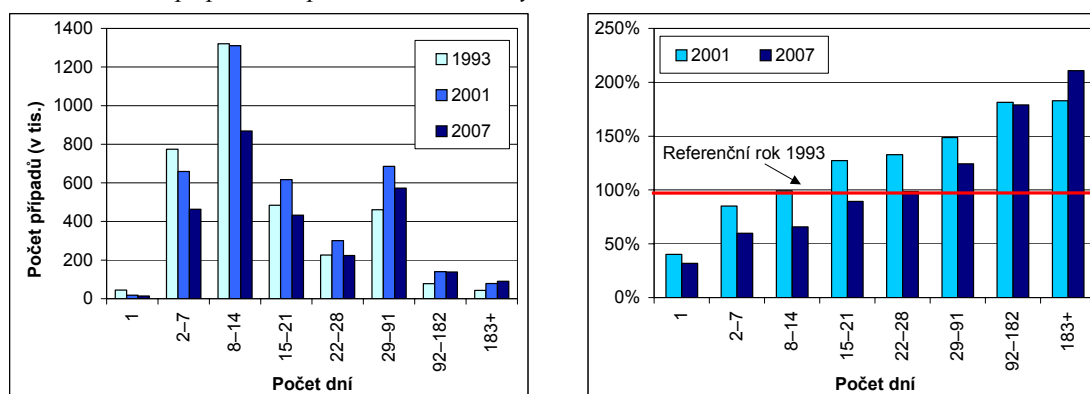
Na celkové prodloužení průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti měl značný podíl pokles případů krátkodobé pracovní neschopnosti. Počet případů pracovní neschopnosti trvajících 1 den, jejichž výskyt je často spojován s pracovní absencí nezpůsobenou zdravotní obtížemi, se v roce 2007 v porovnání s rokem 1993 snížil o dvě třetiny. Jeho podíl na celkovém počtu případů byl však zanedbatelný (v roce 1993 činil 1 %, v roce 2007 jen 0,5 %). K výraznému snížení došlo také u počtu případů trvajících 2 až 7 dní, který klesl o 40 %. Počet případů trvajících 8 až 14 dní se snížil o 35 %. Tento pokles je významný nejen z relativního, ale také absolutního, hlediska neboť případy trvající 8 až 14 dní byly v obou srovnávaných letech nejčastějšími případy pracovní neschopnosti. V roce 1993 tvořily 37 %, v roce 2007 30 % všech případů pracovní neschopnosti. Podíl pracovní neschopnosti trvající 2 až 7 dní na celkovém počtu případů se pohyboval kolem 17 %.

Došlo také k nárůstu počtu případů dlouhodobé pracovní neschopnosti. Od roku 1993 se počet případů, jejichž délka přesáhla 183 dní zvýšila více než 2x, ačkoliv je nutno upozornit na skutečnost, že podíl těchto případů na celkovém počtu případů pracovní neschopnosti byl nízký. V roce 1993 činil 1,2 %, do roku 2007 se zvýšil na 3,2 %. K nárůstu došlo také u případů s intervalem trvání 29–91 dní a 92–182 dní. U druhého zmíněného intervalu narostl počet těchto případů 1,8x.

Legislativní úpravy platící od roku 2004 se nejvíce projeví na počtu případů pracovní neschopnosti s průměrným trváním 8–14 dní. Jejich počet meziročně klesl o 32 %. Zajímavé je, že došlo k poklesu také počtu případů s průměrným trváním delším než 14 dní, na něž se snížení nemocenských dávek nevztahovalo. Na případy trvající více jak 92 dní neměly změny legislativy takřka žádný vliv.

Na obr. 12b jsou zachyceny relativní změny počtu případů dle intervalu délky trvání v letech 2001 a 2007. Jako referenční údaje jsem použila hodnoty z roku 1993. Hodnoty jednotlivých sloupců v grafu znázorňují o kolik procent je úroveň ukazatele vyšší či nižší než v roce referenčním.

Obr. 12 – Počet případů PN podle intervalu délky trvání a index růstu, 1993, 2001 a 2007



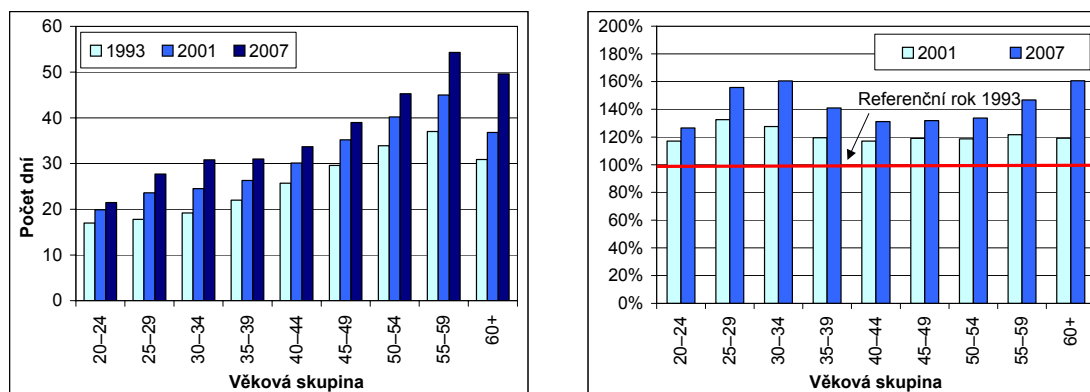
Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

Jedním z důvodů prodlužování pracovní neschopnosti mohlo být i to, že lidé přecházeli banální onemocnění buď z důvodu strachu o zaměstnání, nebo z finančních důvodů, což mohlo vést k výslednému propuknutí vážné a dlouhotrvající nemoci. Prodlužovat délku pracovní neschopnosti mohli také ti zaměstnanci, kterým hrozila v rámci reorganizace podniku výpověď. Tito se mohli nahlásit jako nemocní a tak oddálit ukončení pracovního poměru (ÚZIS ČR, 2009).

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti se ve srovnání s počtem případů vyznačovalo zcela opačným rozložením dle věkových skupin. Nejkratší dobu v pracovní neschopnosti strávili nejmladší pracovníci a s rostoucím věkem se tato doba prodlužovala. Tato skutečnost je dána zhoršováním zdravotního stavu s přibývajícím věkem. Výjimku v této přímé úměrnosti mezi rostoucím věkem pracovníků a délkou pracovní neschopnosti vytvářela nejstarší věková skupina 60+, která se vyznačovala kratší dobou trvání jednoho případu než jí předcházející věková skupina 55–59 let a v roce 2001 dokonce i kratší dobou než věková skupina 50–54 let.

Tuto skutečnost je možné vysvětlit již dříve zmíněným tzv. efektem zdravých pracovníků. Je možné předpokládat, že i po posunutí věkové hranice pro odchod do důchodu zůstávají z osob starších 60 let v zaměstnání zdravější jedinci a jejich nemocnější vrstevníci odcházejí do důchodu, popř. do předčasného důchodu. Ve věkové skupině 55–59let jsou však na pracovním trhu přítomni ještě všichni pracovníci bez ohledu na jejich zdravotní stav, což má za následek vyšší pracovní neschopnost v této „předdůchodové“ věkové skupině.

Obr. 13 – Průměrné trvání jednoho případu PN a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

Průměrné trvání pracovní neschopnosti se prodlužovalo po celé sledované období ve všech věkových skupinách, zejména však ve věkových skupinách 25–29 let a 30–34 let a také ve dvou nejstarších věkových skupinách. Mezi roky 1993 a 2007 narostla délka jednoho případu pracovní neschopnosti v těchto věkových skupinách o více než 50 %.

Rozdíly v počtu dnů jednoho případu pracovní neschopnosti mezi muži a ženami v průběhu sledovaného období narostly. Zatímco v roce 1990 strávili muži i ženy v jedné pracovní neschopnosti přibližně stejnou dobu (18 dní), v roce 2007 trvala pracovní neschopnost žen o tři dny déle. Konkrétně 33 dní u souboru nemocensky pojištěných mužů ku 36 dním v případě žen.

Legislativní opatření roku 2004 se z hlediska věkových skupin nejvíce projevila u průměrného trvání jednoho případu starších pracovníků. Zatímco průměrně se počet dní mezi

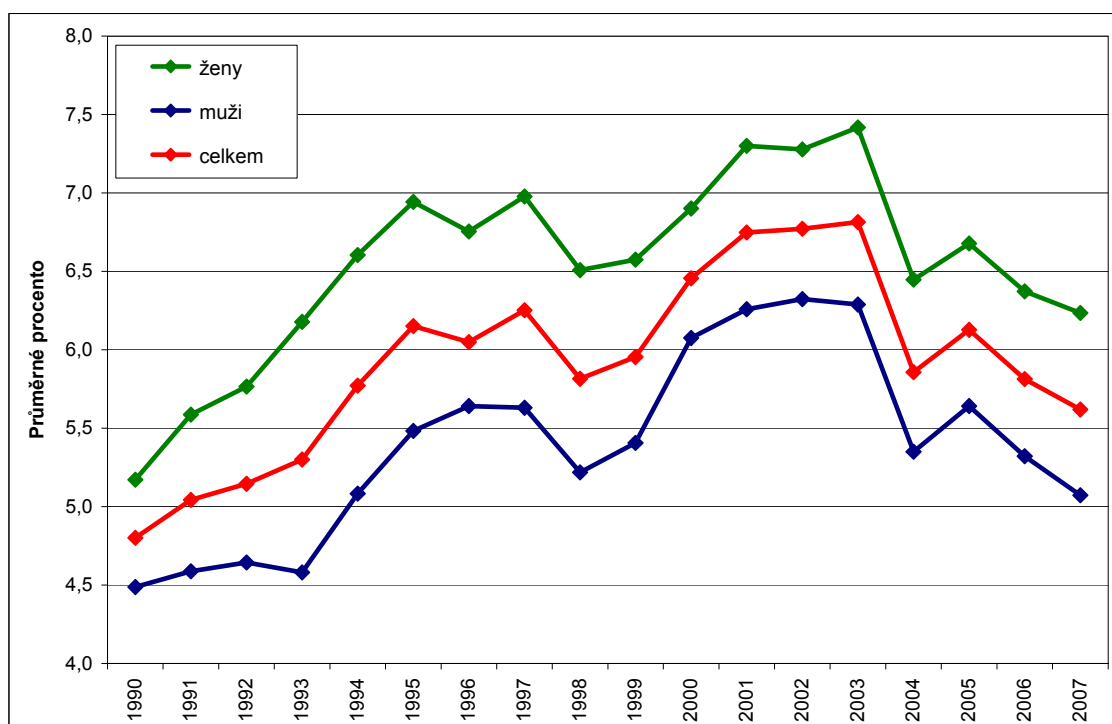
roky 2003 a 2004 zvýšil o 14 %, ve věkové skupině 50–54 let došlo k nárůstu o 17 %, u osob ve věku 55–59 let dokonce o 20 %. Vyšší nárůst byl zaznamenán v souboru pojištěných žen oproti mužům.

7.4 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. Doplněk do 100 k tomuto číslu pak podává informaci o efektivitě využívání pracovní doby. Tento ukazatel nám podává informaci o celkovém objemu pracovní neschopnosti, odráží v sobě počet případů, ale také jejich délku a tím pádem umožňuje komplexní pohled na problematiku pracovní neschopnosti, zejména hodnocení vlivu legislativních zásahů.

Průměrné procento pracovní neschopnosti od roku 1990 do roku 2003 převážně rostlo. V roce 1990 byla jeho hodnota 4,8 %, do roku 2003 se zvýšila na 6,8 %. Zlomovým byl rok 2004, ve kterém došlo díky legislativním změnám k poklesu průměrného procenta pracovní neschopnosti meziročně téměř o 1 procentní bod na hodnotu 5,8 %. Po mírném nárůstu v roce 2005 snižování pokračovalo i v následujících letech. V roce 2007 jeho hodnota činila 5,6 %, což znamená, že v tomto roce průměrně v práci chybělo z důvodu nemoci či úrazu takřka 6 pracovníků ze 100, což je o 15 % více než v roce 1990. Také je možné tento ukazatel interpretovat tak, že bylo využito pouze 94,4 % pracovní doby.

Obr. 14 – Průměrné procento PN, 1990–2007



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

V průběhu celého sledovaného období průměrné procento pracovní neschopnosti žen přibližně o pětinu překračovalo pracovní neschopnost mužů a jeho dynamika byla navíc mírně vyšší. Na počátku dosahovalo hodnoty 4,5 % pro muže a 5,2 % pro ženy. Nejvyšších hodnot dosahovalo v roce 2003 (pro ženy 7,5 % a muže 6,3 %) a následně klesalo až na hodnoty 6,2 % u žen a 5,1 % u mužů v roce 2007.

Vývoj celkové pracovní neschopnosti v podstatě kopíroval vývoj pracovní neschopnosti z důvodu nemoci, která rychle rostla. Na počátku sledovaného období chyběli na pracovišti z důvodu nemoci pouze 4 pracovníci ze 100, v následujících letech docházelo k nárůstu a v roce 2002 nebylo přítomno na pracovišti z důvodu nemoci již průměrně 6 % pracovníků. Poté se situace začala zlepšovat a v roce 2007 bylo procento pracovní neschopnosti pro nemoc na úrovni roku 1994, tedy mírně přesahovalo 5,5 %.

Zatímco v roce 1990 představovala pracovní neschopnost pro nemoc ještě 83 % celkové pracovní neschopnosti, od roku 1994 do současnosti tvořila zhruba jejich 90 %. Výrazný pokles ve vlivu na celkovou pracovní neschopnost byl zaznamenán pro ostatní, tzv. nepracovní, úrazy. V roce 1990 se podílely z více než 12 %, od roku 1994 do současnosti se jejich podíl na celkové pracovní neschopnosti pohyboval kolem 6 %. Vliv pracovních úrazů na celkovou pracovní neschopnost po celé období stagnoval.

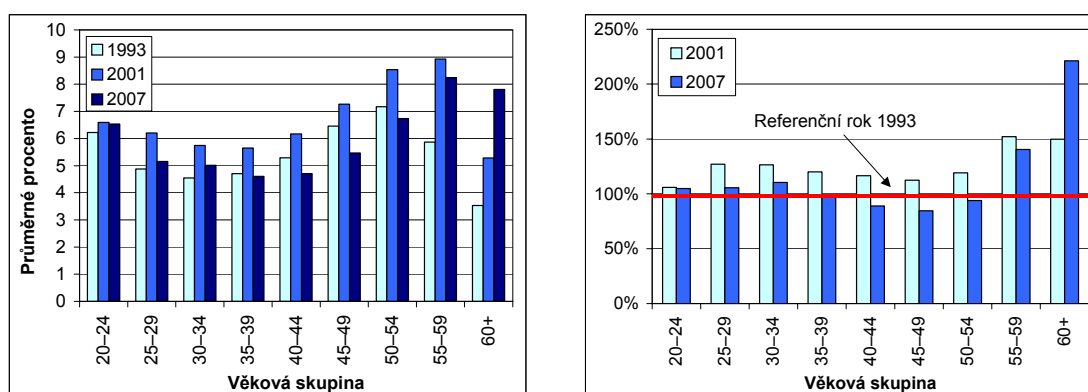
Průměrné procento členěné dle věku s přibývajícím věkem zprvu klesá a od věkové skupiny 40–44 let začíná opět narůstat. Nejvyšších hodnot dosahuje v předdůchodové věkové skupině 55–59 let, u pojištěných osob starších 60 let je již nižší. Příčinou může být již zmiňovaný „efekt zdravých pracovníků“. Vlnkovitý tvar (vyšší hodnoty v nejmladších věkových skupinách pracovní a ve starších věkových skupinách) si průběh průměrného procenta zachovával ve všech sledovaných letech.

Mezi srovnávanými roky 1993 a 2007 došlo v mladších věkových skupinách k mírnému nárůstu hodnoty tohoto ukazatele, ve středních věkových skupinách k jeho poklesu a ve dvou nejstarších k jeho značnému zvýšení.

Nejvýznamnější pokles byl zaznamenán ve věkové skupině 45–49 let. V roce 2007 dosahovala úroveň tohoto ukazatele hodnoty o takřka 1/5 nižší než v roce 1997. V nejstarší věkové skupině se úroveň pracovní neschopnosti naopak zvýšila více než 2x. Významný nárůst byl zaznamenán také ve skupině 55–59 let, v níž se hodnota průměrného procenta zvýšila oproti roku 1997 o 40 %.

Z obr. 15 je patrné, že hodnoty tohoto ukazatele ve většině věkových skupin byly v roce 2001 vyšší než v roce 1997 i 2007, což reflektuje skutečnost růstu průměrného procenta až do zavedení legislativních opatření v roce 2004. Ta se odrazila v poklesu průměrného procenta pracovní neschopnosti mezi roky 2003 a 2004 o 14 %. K výraznějšímu poklesu došlo v mladších věkových skupinách. Zatímco osoby ve věkové skupině 20–24 let snížily meziročně svou pracovní neschopnost o 15 %, osoby ve věku 55–59 let jen o 6 %. Pokles byl o málo výraznější u mužů oproti ženám. Snížení průměrného procenta, jakožto komplexního ukazatele úrovně pracovní neschopnosti, dokazuje efektivitu zavedených opatření.

Obr. 15 – Průměrné procento PN a index růstu, dle věkových skupin, 1993, 2001 a 2007



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

7.5 Standardizace a dekompozice základní ukazatelů pracovní neschopnosti

Celkovou intenzitu pracovní neschopnosti lze pojímat jako souhrn tří hlavních ukazatelů. Jedná o počet případů vztahený k 100 pojištěných osob, dále o průměrné trvání jednoho případu a o průměrné procento, tedy o průměrný počet osob, které denně absentují v práci z důvodu pracovní neschopnosti.

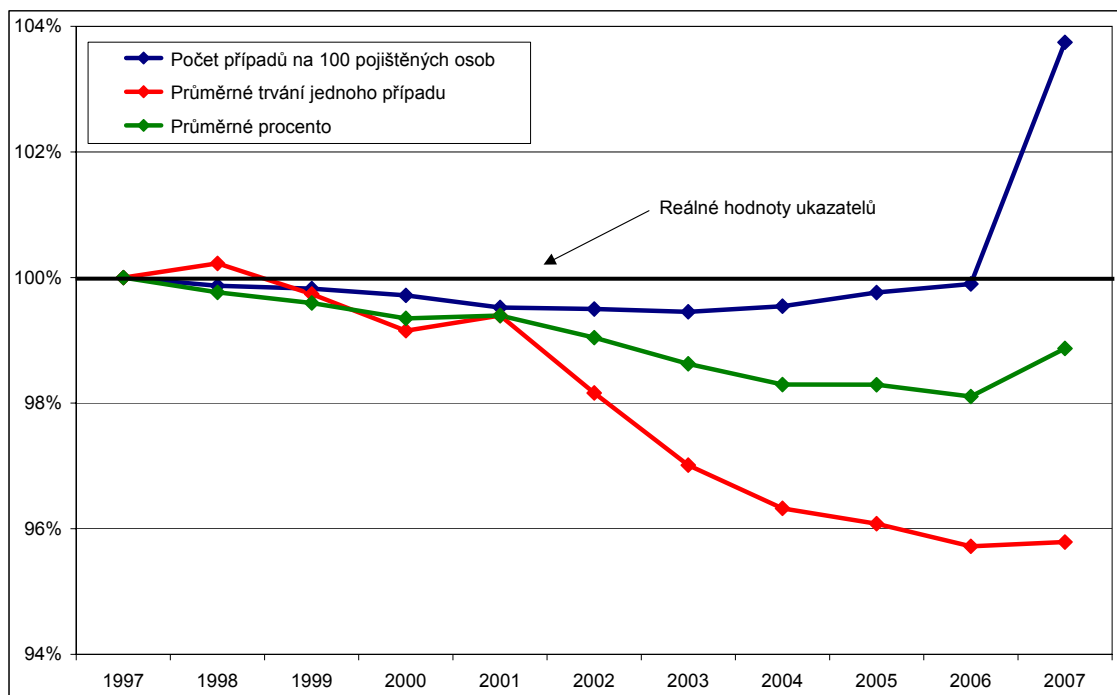
Standardizace

Jak bylo ukázáno v předchozích kapitolách, na celkové úrovni pracovní neschopnosti se odráží věková struktura pojištěných osob, tedy počet osob ve věkových skupinách s různou intenzitou pracovní neschopnosti. K odstranění vlivu věkové struktury, jejích změn v průběhu času a zhodnocení vlivu těchto změn na vývoj reálných ukazatelů pracovní neschopnosti slouží metoda standardizace a dekompozice. Při počítání obou těchto metod jsem opět vyloučila věkovou skupinu 15–19 let.

Metodou přímé standardizace byla vypočtena hodnota základních ukazatelů pracovní neschopnosti mezi roky 1997 a 2007. Jako standard byla použita věková struktura roku 1997. Nepůsobila – li by od roku 1997 na dané ukazatele pracovní neschopnosti věková struktura pojištěných osob, dosahovaly by hodnot vypočtených právě touto metodou.

Při srovnání těchto standardizovaných hodnot s hodnotami reálných ukazatelů je patrné, že věková struktura se do jisté míry podílela na nárůstu úrovně pracovní neschopnosti. Byla-li by zachována věková struktura roku 1997 hodnoty ukazatelů by byly nižší než reálně jsou. Výjimku tvořil počet případů na 100 pojištěných osob v roce 2007, jejichž standardizovaná hodnota naopak převýšila hodnotu reálného ukazatele. (viz. obr. 16) Tento nárůst byl patrně způsoben vysokým počtem případů na 100 pojištěných u věkové skupiny 20–24 let. Zatímco počet pojištěných osob v této věkové skupině by v roce 2007 ve srovnání s rokem 1997 nižší o 39 %, počet případů pracovní neschopnosti se snížil pouze o 19 %.

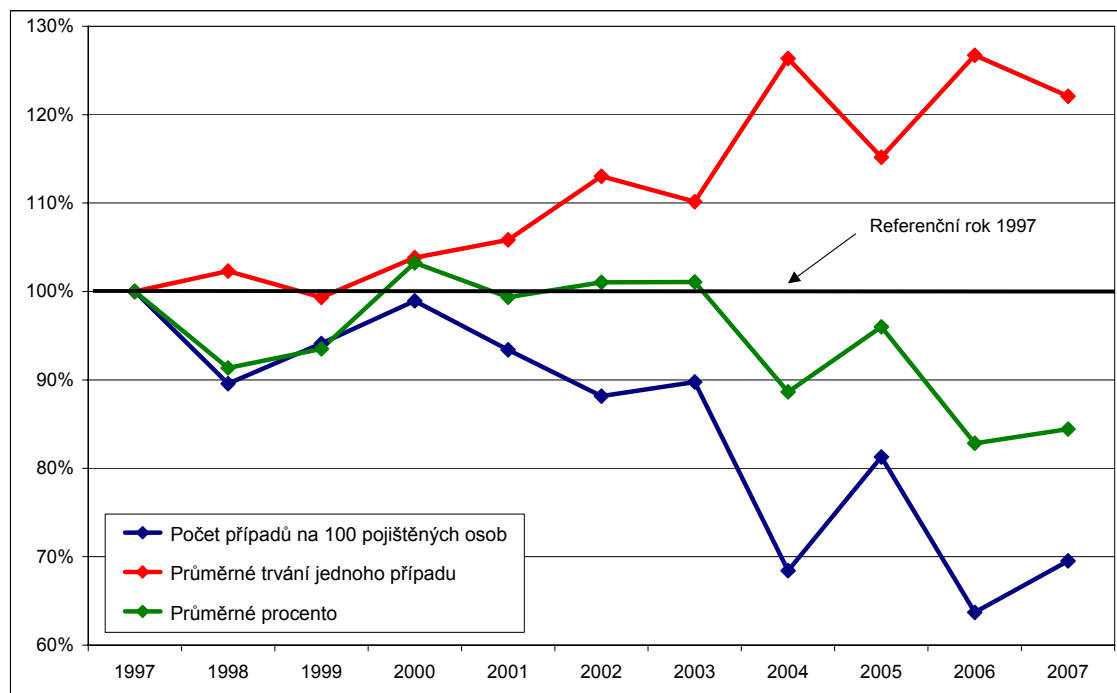
Obr. 16 – Srovnávací index reálných a standardizovaných hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti, 1997–2007, reálné hodnoty ukazatelů = 100 %



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

Významný rozdíl mezi hodnotami standardizovanými a reálnými u průměrného trvání jednoho případu byl patrně zapříčiněn nárůstem počtu starších pojištěných osob, které se vyznačují nejdelší průměrnou dobou trvání pracovní neschopnosti.

Obr. 17 – Index vývoje standardizovaných hodnot ukazatelů PN, 1997–2007, rok 1997 = 100 %



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

Obr. 17 znázorňuje index vývoje standardizovaných ukazatelů, tedy ukazatelů vypočtených na základě použití věkové struktury z roku 1997 a reálné intenzity příslušného roku. Hodnoty těchto ukazatelů jsou vztaženy k výchozímu roku 1997, což umožňuje sledovat působení intenzity pracovní neschopnosti při zachování stejného složení obyvatelstva.

Z grafu je patrné, že při zachování věkové struktury roku 1997 by pouze vlivem působení zvyšující se intenzity pracovní neschopnosti průměrné trvání jednoho případu narostlo do roku 2007 o více než 20 %. Naopak počet případů vztažený na 100 pojištěných osob by pod vlivem působení intenzity (osvobozené od působení vlivu věkové struktury) v roce 2007 klesl o necelých 40 %. Taktéž hodnota průměrného procenta by se vlivem působení intenzity pracovní neschopnosti mezi roky 1997 a 2007 snížila přibližně o 20 %.

Obr. 17 tedy zachycuje vývoj intenzity pracovní neschopnosti, bez ohledu na věkovou strukturu a srovnává ji ve všech letech s úrovní ukazatele v referenčním roce 1997. Je z něj jasně patrný nárůst intenzity průměrného trvání jednoho případu a naopak pokles intenzity u počtu případů a průměrného procenta pracovní neschopnosti. Tato skutečnost se jednoznačně odráží také ve vývoji reálných ukazatelů, na které kromě intenzity působí také věkové složení pojištěných osob.

Dekompozice

Metoda jednorozměrné dekompozice dle modelu E. Kitagawy modelu umožňuje rozklad změny hodnoty ukazatelů pracovní neschopnosti mezi dvěma srovnávanými roky na vliv věkové struktury a vliv intenzity (Kitagawa, 1955).

Dekompozice počtu případů pracovní neschopnosti na 1000 pojištěných osob

$$\text{Efekt věkové struktury} \quad \sum_x [(mipn_{x1} + mipn_{x2})/2 * (P^p_{x1}/P^p_1 - P^p_{x2}/P^p_2)]$$

$$\text{Efekt intenzity pracovní neschopnosti} \quad \sum_x [(P^p_{x1}/P^p_1 + P^p_{x2}/P^p_2)/2 * (mipn_{x1} - mipn_{x2})]$$

Indexy 1 a 2 označují dva srovnávané roky, P^p_x je počet pojištěných osob ve věku x , P^p je celkový počet pojištěných osob a $mipn_x$ je míra incidence pracovní neschopnosti ve věku x .

Dekompozice průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

$$\text{Efekt věkové struktury} \quad \sum_x [(pdpn_{x1} + pdpn_{x2})/2 * (B^{pn}_{x1}/B^{pn}_1 - B^{pn}_{x2}/B^{pn}_2)]$$

$$\text{Efekt intenzity pracovní neschopnosti} \quad \sum_x [(B^{pn}_{x1}/B^{pn}_1 + B^{pn}_{x2}/B^{pn}_2)/2 * (pdpn_{x1} - pdpn_{x2})]$$

Indexy 1 a 2 označují dva srovnávané roky, B^{pn}_x je počet případů pracovní neschopnosti ve věku x , B^{pn} je celkový počet případů a $pdpn_x$ je průměrné trvání jednoho případu pojištěných osob ve věku x .

Dekompozice průměrného procenta pracovní neschopnosti

$$\text{Efekt věkové struktury} \quad \sum_x [(\text{uspn}_{x1} + \text{uspn}_{x2})/2 * (P^p_{x1}/P^p_1 - P^p_{x2}/P^p_2)]$$

$$\text{Efekt intenzity pracovní neschopnosti} \quad \sum_x [(P^p_{x1}/P^p_1 + P^p_{x2}/P^p_2)/2 * (\text{uspn}_{x1} - \text{uspn}_{x2})]$$

Indexy 1 a 2 označují dva srovnávané roky, P^p_x je počet pojištěných osob ve věku x , P^p je celkový počet pojištěných osob a uspn_x je průměrné procento pracovní neschopnosti ve věku x .

Sledované období 1997–2007 jsem rozdělila na dvě kratší období. První období, 1997–2001, ve kterém změny hodnot ukazatelů nebyly příliš výrazné a druhé období, 2001–2007, kdy došlo k zásadnějším změnám v hodnotách ukazatelů pracovní neschopnosti.

Vliv intenzity pracovní neschopnosti se na změně hodnot ukazatelů podílel výrazněji více než rozdílnost věkové struktury sledovaných let. Ve většině případů působily obě tyto složky stejným směrem.

Tab. 1 – Dekompozice změny ukazatelů PN mezi roky 1997, 2001 a 2007

Období Změna	1997 - 2001		2001 - 2007		1997 - 2007	
	absolutně	relativně	absolutně	relativně	absolutně	relativně
Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob						
Intenzita	-5,928	-6,60%	-21,807	-25,87%	-27,339	-30,43%
Struktura	0,405	0,45%	-2,313	-2,74%	-2,304	-2,56%
Celkem	-5,523	-6,15%	-24,120	-28,61%	-29,643	-33,00%
Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti						
Intenzita	1,645	5,63%	4,763	13,63%	6,431	18,40%
Struktura	0,136	0,47%	0,987	2,82%	1,101	3,15%
Celkem	1,782	6,10%	5,750	16,45%	7,532	21,55%
Průměrné procento pracovní neschopnosti						
Intenzita	-0,036	-0,53%	-1,013	-15,02%	-1,018	-15,08%
Struktura	0,032	0,48%	0,032	0,47%	0,032	0,48%
Celkem	-0,003	-0,05%	-0,982	-14,55%	-0,985	-14,60%

Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

Počet případů na 100 pojištěných osob

Počet případů se mezi roky 1997 a 2001 snížil o 5,5 případů na 100 pojištěných osob, což představovalo přibližně 6% pokles. Na této změně se podílel převážně vliv intenzity pracovní neschopnosti, vliv věkové struktury byl výrazně slabší a působil v opačném směru, tedy směrem k nárůstu počtu případů pracovní neschopnosti. Znamená to tedy, že bez působení vlivu věkové struktury by byl pokles počtu případů ještě výraznější.

Mezi roky 2001 a 2007 došlo k poklesu počtu případů o více než 1/4, konkrétně o 24 případů na 100 pojištěných osob. Jak věková skladba obyvatelstva, tak intenzita pracovní neschopnosti působily tímto směrem, vliv intenzity byl však výrazně dominantnější.

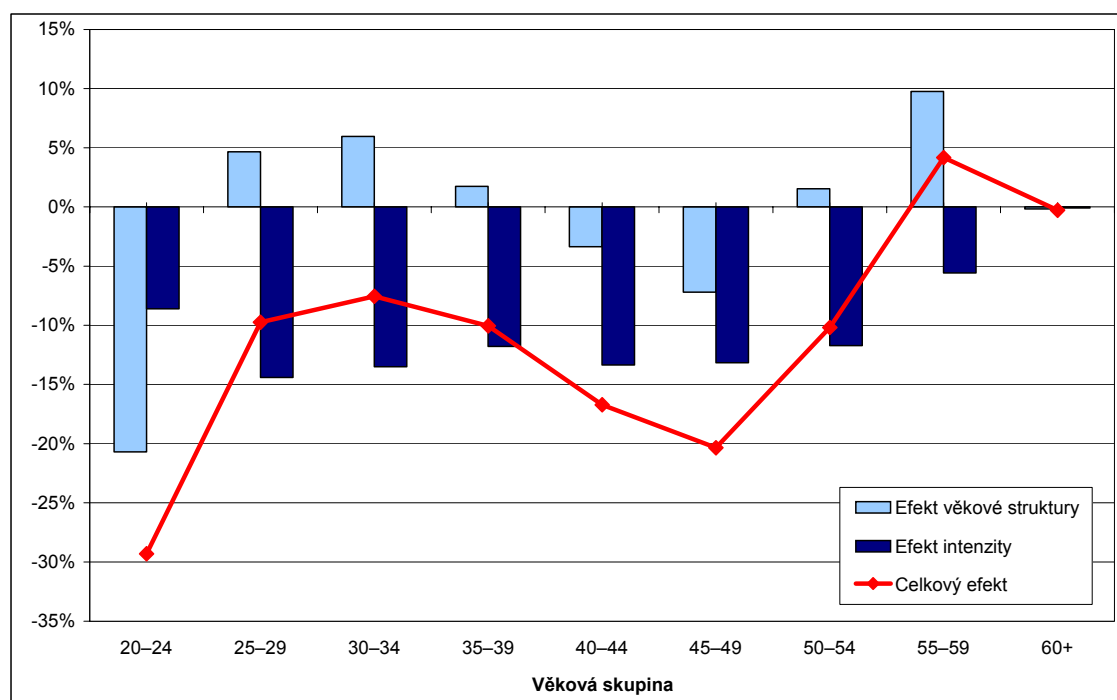
V sledovaných 10 letech došlo k výraznému poklesu počtu případů na 100 pojištěných osob. Tato změna je převážně důsledkem působení vlivu intenzity pracovní neschopnosti a to zejména

v druhé části sledovaného období. Počet případů se snížil o necelých 30 případů na 100 pojištěných osob, což představuje pokles o 33 %. Zatímco intenzita výskytu pracovní neschopnosti se snížila o 30 %, působení věkové struktury k celkovému poklesu četnosti pracovní neschopnosti přispělo 3 %.

Z rozdělení příspěvků věkových skupin k celkové změně ukazatele je vidět, že intenzita pracovní neschopnosti se na poklesu počtu případů na 100 pojištěných osob podílela ve všech věkových skupinách zhruba stejně silně. Naopak působení věkové skladby obyvatelstva se jednotlivých věkových skupinách výrazně lišilo. Zatímco věková skupina 20–24 let se výrazně podílela na snižování hodnoty ukazatele, věková skupina 50–54 let naopak přispívala k jeho nárůstu. Působení věkové struktury se tak vzájemně takřka vyrušilo a věková struktura se na celkové změně se z necelých 8 %, zbylých 92 % změny bylo zásluhou intenzity.

Celkově je patrné, že za poklesem počtu případů na 100 pojištěných osob stojí zejména pokles mladší věkové skupiny 20–24 let a střední věkové skupiny 40–49 let. Nejstarší věkové skupiny působily spíše proti celkovému trendu.

Obr. 18 – Příspěvky věkových skupin ke změně počtu případů PN na 100 pojištěných osob (v %) mezi roky 1997 a 2007



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

Průměrné trvání jednoho případu

Délka jedné pracovní neschopnosti se v průběhu sledovaného období zvyšovala. Nárůst byl významný zejména od počátku nového tisíciletí. Mezi roky 1997 a 2001 došlo k nárůstu o 6,1 %, což představuje necelé dva dny. Od roku 2001 do roku 2007 se délka pracovní neschopnosti zvýšila o 5,7 dny (16,5 %).

V průběhu celého sledovaného období, tedy mezi roky 1997 a 2007, se délka jedné pracovní neschopnosti zvýšila o 7,5 dny (21,6 %). Na tomto nárůstu se podílel převážně vliv intenzity

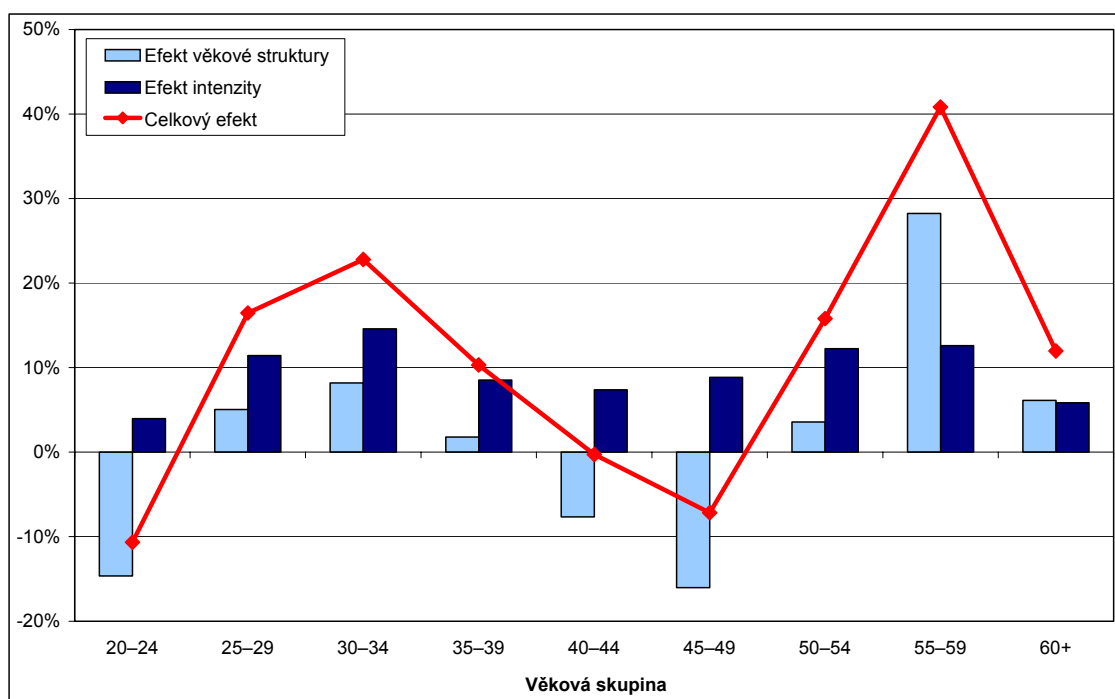
pracovní neschopnosti, která se v průběhu sledovaného období zvýšila o 18,4 %. K výraznějším změnám došlo opět po roce 2001.

V případě standardizace a dekompozice tohoto ukazatele je nutné upozornit na fakt, že vzhledem k způsobu jeho výpočtu zde není jako standard použita čistě věková struktura, ale celkový počet případů v roce zvoleném za standard. Celkový počet případů v sobě však kromě věkové skladby obyvatelstva odráží také intenzitu sledovaného jevu, což znesnadňuje interpretaci dekomponovaných hodnot.

Intenzita sledovaného jevu se na změně ukazatele působila ve všech věkových skupinách směrem k jeho nárůstu. O málo výraznější vliv měla ve věkových skupinách 25–34 let a 50–59 let. Vliv věkové struktury, resp. struktury celkového počtu případů, byl opět různorodý. Zatímco ve věkových skupinách 20–24 let a 45–49 let přispívala k poklesu sledovaného ukazatele, ve věkové skupině 55–59 let naopak výrazně zvyšovala jeho hodnotu. Tato věková skupina ve spojení s intenzitou sledovaného jevu měla nejvýraznější vliv na nárůst průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti.

Stejně jako u počtu případů pracovní neschopnosti, také zde se vliv věkové struktury vzájemně vyrušil a na celkové změně se podílela z necelých 15 %. Zbývajících 85 % tvořil vliv intenzity.

Obr. 19 – Příspěvky věkových skupin ke změně průměrného trvání jednoho případu PN (v %) mezi roky 1997 a 2007



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

Průměrné procento

Průměrný denní podíl pracovníků, kteří nebyli přítomni na pracovišti z důvodu pracovní neschopnosti se mezi roky 1997 a 2001 velmi nevýrazně snížil (o 0,05 %). Příčinou této stagnace bylo protichůdné a zároveň přibližně stejně silné působení věkové struktury a intenzity

pracovní neschopnosti. Zatímco věková struktura působila směrem k nárůstu procenta pracovní neschopnosti, intenzita sledovaného jevu jeho výslednou hodnotu naopak snižovala.

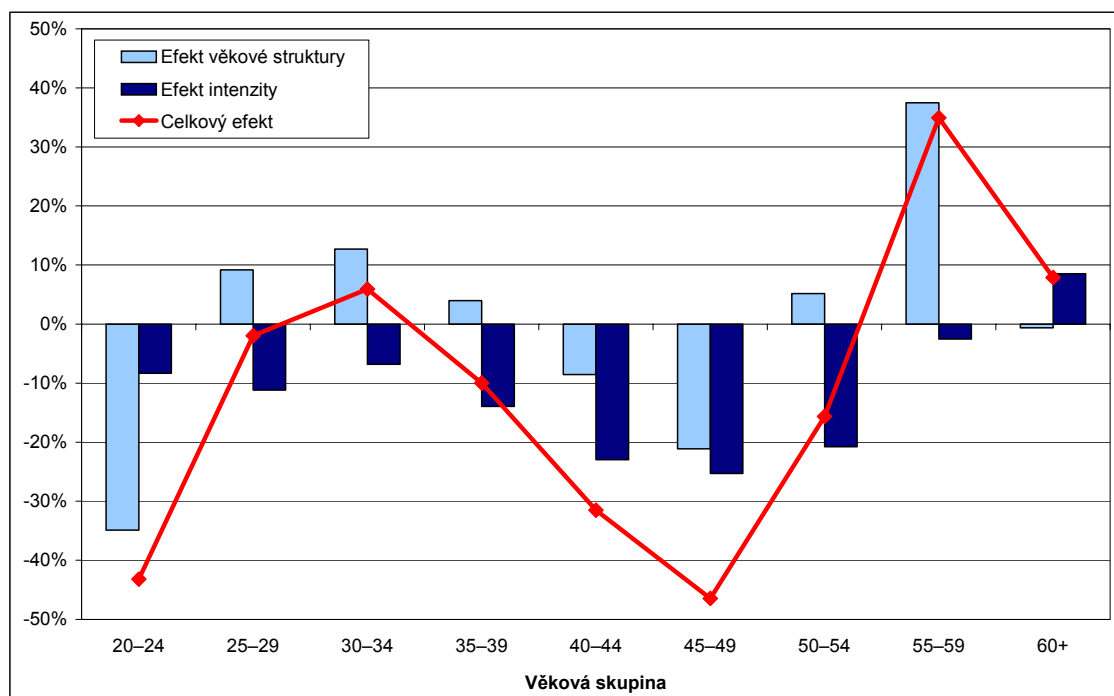
Pokles tohoto ukazatele mezi roky 2001 a 2007 byl výraznější, v roce 2007 chybělo na pracovišti o 14,6 % pracovníků méně než v roce 2001. Věková struktura se však do výsledné změny takřka vůbec nepromítla.

V průběhu celého sledovaného období pokleslo průměrné procento pracovní neschopnosti o 14,6 %. Obdobně jako v případě počtu případů pracovní neschopnosti, také zde, se na výsledné hodnotě nejvíce podílel vliv intenzity pracovní neschopnosti a to zejména mezi roky 2001 a 2007. Věková struktura působila velmi slabě a proti celkovému vývoji průměrného procenta, tedy směrem k jeho nárůstu. Bez jejího působení by byla hodnota tohoto ukazatele ještě o 0,5 % nižší.

Intenzita sledovaného jevu působila ve většině věkových skupinách stejným směrem, ale odlišnou silou. Na jejím poklesu se nejvíce podílela věková skupina 40–49 let, která zároveň v kombinaci s působením věkové struktury značně přispěla k snížení hodnoty tohoto ukazatele. Za poklesem jeho hodnoty výrazně stojí také věková skupina 20–24 let, nikoliv však změnou intenzity, ale působením věkové skladby obyvatelstva. Silný vliv věkové struktury byl patrný také ve věkové skupině 54–59 let, v níž ale působila proti poklesu průměrného procenta pracovní neschopnosti.

Také v případě průměrného procenta se vliv věkové struktury vzájemně vylučil a její působení na celkovou změnu ukazatele bylo slabé. Z 97 % stojí za změnou jeho hodnoty intenzita pracovní neschopnosti, pouhý 3% vliv měla věková struktura, která navíc, jak již bylo řečeno, působila opačným směrem.

Obr. 20 – Příspěvky věkových skupin ke změně průměrného procenta PN (v %) mezi roky 1997 a 2007



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

Metodami přímé standardizace a dekompozice bylo prokázáno, že hlavní vliv na celkovou změnu ukazatelů pracovní neschopnosti měla intenzita sledovaného jevu a to zejména od počátku nového tisíciletí. Nárůst počtu pojištěných osob ve věkové skupině 54–59 let byl vykompenzován úbytkem počtu pojištěných osob ve věkové skupině 20–24 let, což vedlo k minimálnímu vlivu věkové struktury na celkové hodnoty ukazatelů.

7.6 Pracovní neschopnost v sektorech národního hospodářství

Ve statistikách ČSÚ je pracovní neschopnost zpracovávána také podle institucionálních sektorů. Jsou rozlišovány následující 4 sektory: státní (veřejný) sektor, soukromý sektor tuzemských firem, sektor s převažujícím podílem zahraničního kapitálu a sektor osob samostatně výdělečně činných (OSVČ).

Počet případů na 100 pojištěných osob

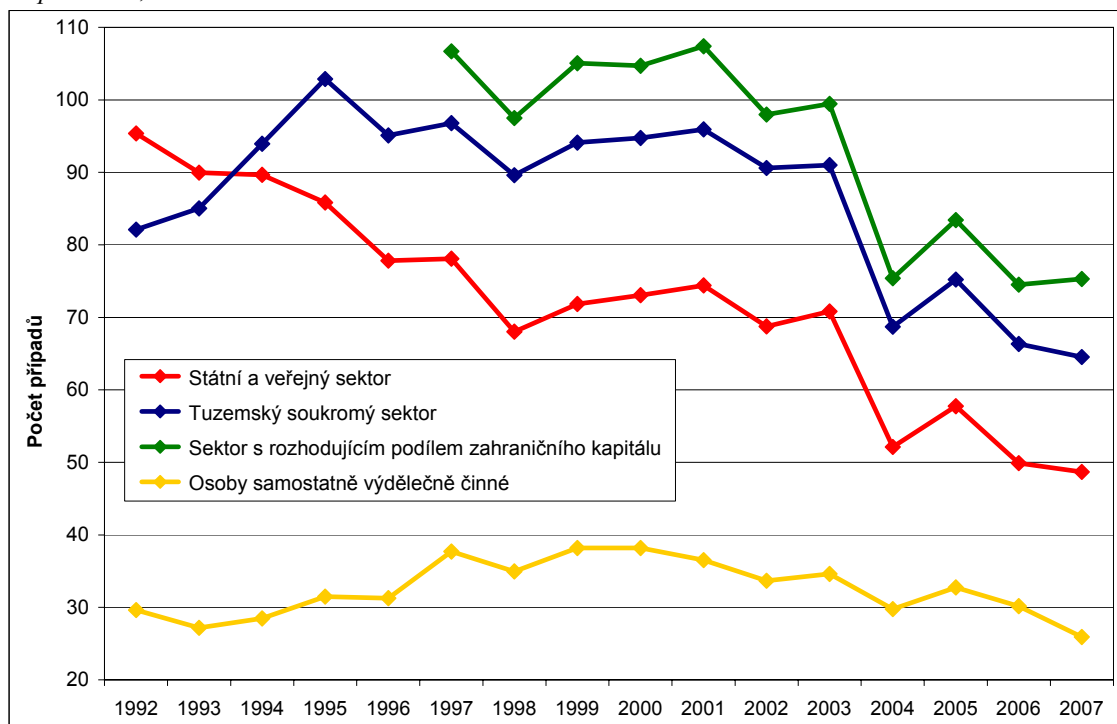
V sektorovém členění je pozoruhodný zejména vývoj a rozložení počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti u osob samostatně výdělečně činných. Ty se v průběhu celého sledovaného období vyznačovaly nejnižším počtem případů. V roce 1992 připadalo na 100 pojištěných OSVČ necelých 30 případů. V následujících osmi letech docházelo k mírnému zvyšování a v roce 2000 počet případů přesáhl hodnotu 38 případů na 100 pojištěných OSVČ. Poté se začal prudce snižovat (meziroční tempo poklesu se pohybovalo okolo 5 %) a v roce 2007 počet případů klesl pod výchozí hodnotu z roku 1992 a činil pouze 26 případů na 100 pojištěných OSVČ.

Důvodem takto nízkého počtu pracovní neschopnosti je to, že OSVČ jsou ve svém podnikání odkázáni sami na sebe, musí čelit vysoké konkurenci a je pravděpodobné, že méně vážné nemoci přecházejí. U OSVČ je také málo pravděpodobné, že by čerpání nemocenské využívali z jiných než zdravotních důvodů, neboť by tím škodili zejména sami sobě.

Legislativní změny roku 2004 se nejméně projeví právě u OSVČ, u nichž došlo k poklesu o 16 %. Trochu větší vliv měly ve státním sektoru (pokles o 26 %) než v soukromém a zahraničním (pokles o 24 %).

Zajímavým vývojem prošel také počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob v tuzemském soukromém sektoru. V roce 1992 byl o 13 případů nižší než sektoru státním. Zatímco však počet případů ve státním sektoru již od počátku sledovaného období klesal, v soukromém sektoru naopak do roku 1995 rostl a klesat začal později. V roce 2007 tak na 100 pojištěnců pracujících v soukromém sektoru připadlo 65 počet nově hlášených případů, oproti 82 případům v roce 1992.

Obr. 21 – Počet nově hlášených případů PN na 100 pojištěných osob, dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007



Pozn.: členové družstev jsou zahrnuti v soukromém sektoru

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

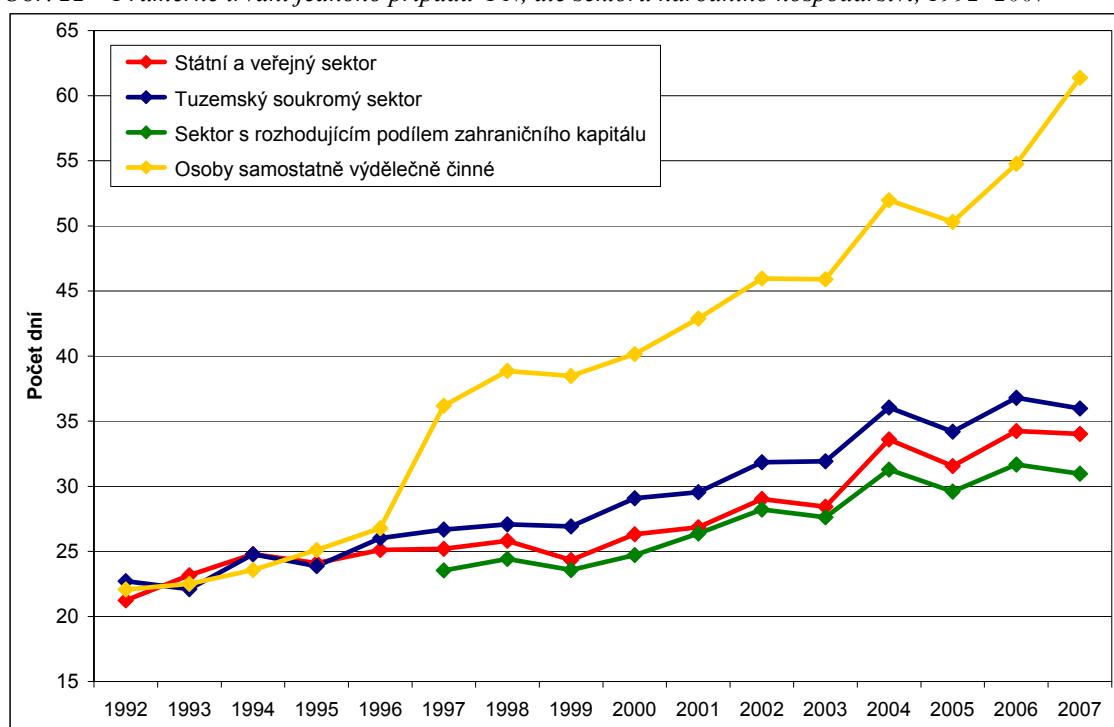
Průměrné trvání jednoho případu

Obdobně jako v počtu případů pracovní neschopnosti, také v otázce jejího trvání se zřetelně vyčleňuje soubor OSVČ. Zatímco délka trvání jedné pracovní neschopnosti se prodlužovala u ostatních sektorů po celé sledované období přibližně stejně rychle, u souboru OSVČ stoupala výrazně dynamičtěji (meziroční tempo růstu bylo 7,7 %). Z hodnoty 22 dní v roce 1992 se ztrojnásobila na 61 dní v roce 2007. Značný nárůst byl zjevně zejména mezi roky 1996 a 1997, kdy se meziročně zvýšila o 35 %.

Výrazně delší doba pracovní neschopnosti u osob samostatně výdělečně činných může být mimo jiné důsledkem přecházení banálních onemocnění, čímž je redukována krátkodobá pracovní neschopnost, ale které mohou zároveň vyústit v dlouhodobější zdravotní problém. Příčinou však může být i vliv jiných, než pouze zdravotních, problémů. Specifickými vlivy na vývoj pracovní neschopnosti v souboru OSVČ mohou být problémy s podnikáním, nezávislost rozhodnutí o režimu vlastní pracovní doby či dobrovolnost nemocenského pojištění. Zajímavostí této skupiny pojištěnců také je, že od roku 1997 byla, na rozdíl od ostatních sektorů, v tomto souboru průměrná délka pracovní neschopnosti žen kratší než mužů.

V důsledku legislativních změn roku 2004 se počet dní pracovní neschopnosti osob v státním sektoru mezi roky 2003 a 2004 zvýšil o 18 %, v ostatních sektorech o 13 %.

Obr. 22 – Průměrné trvání jednoho případu PN, dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007



Pozn.: členové družstev jsou zahrnuti v soukromém sektoru
Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Průměrné procento

Ve vývoji a úrovni průměrného procenta pracovní neschopnosti jsou v rámci jednotlivých sektorů značné rozdíly. Nejvyšších hodnot dosahovaly takřka po celé sledované období (v případě zahraničního sektoru od doby, kdy jsou k dispozici data) soukromý sektor a sektor s rozhodujícím podílem zahraničního kapitálu. Výjimku tvoří roky 1992 až 1994, kdy hodnota tohoto ukazatele ve státním sektoru převyšovala hodnotu v sektoru soukromém.

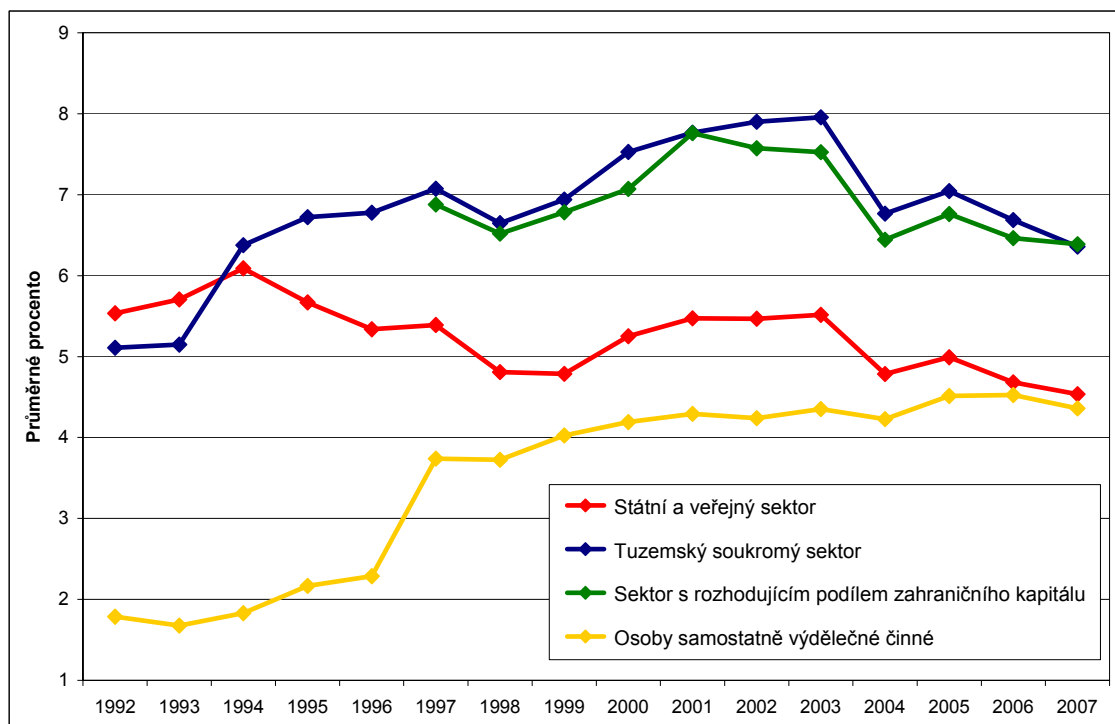
Průměrné procento pracovní neschopnosti v soukromém sektoru rostlo až do roku 2003, ve kterém denně chybělo na pracovišti průměrně 8 lidí ze 100 pojištěných. Poté následoval pokles a v roce 2007 dosahovala úroveň pracovní neschopnosti hodnoty 6,4 %, což oproti roku 1992 představovalo nárůst o 25 %.

Vyšší průměrné procento pracovní neschopnosti v soukromém sektoru je možné vysvětlit tím, že v porovnání s veřejným sektorem, je práce v tomto sektoru jak fyzicky tak psychicky namáhavější, což může mít za následek horší zdravotní stav těchto pracovníků.

Ve státním sektoru pracují převážně kvalifikovaní duševní pracovníci (učitelé, lékaři, úředníci), jejichž náplň práce a pracovní podmínky objektivně nemusejí vést k zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Naopak v soukromém sektoru je více nekvalifikovaných pracovníků, kteří odvádějí těžkou fyzickou práci, jež může mít negativní dopad na jejich zdraví. Kvalifikovaní duševní pracovníci pracující v tomto sektoru, jsou zde, vzhledem k celkové orientaci společnosti na výkon a vzhledem ke konkurenčnímu boji, vystaveni velké psychické zátěži, která může na jejich zdraví působit taktéž negativně. Je tedy možné, že velký rozdíl v hodnotě tohoto ukazatele mezi veřejným a soukromým sektorem je způsoben skutečnými nemocemi,

nikoliv záměrným zneužíváním sociálního systému. Velká část soukromých firem navíc svým zaměstnancům vyplácí prémie za úplnou docházku a jejich zaměstnanci by tedy ani teoreticky neměli mít důvod úmyslně absentovat v práci. Výše zmíněné důvody vysoké úrovně pracovní neschopnosti v sektoru soukromém je možné aplikovat také na sektor s rozhodujícím podílem zahraničního kapitálu.

Obr. 23 – Průměrné procento PN dle sektorů národního hospodářství, 1992–2007



Pozn.: členové družstev jsou zahrnuti v soukromém sektoru

Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz)

Naopak nejnižší úroveň pracovní neschopnosti byla po celé sledované období v souboru OSVČ. V důsledku prodlužování její délky u těchto osob se však hodnota průměrného procenta po celé období velmi dynamicky zvyšovala. Z hodnoty 1,8 % se za uplynulých 15 let zvýšila 2,5krát na hodnotu 4,4 %. K prudkému nárůstu došlo v roce 1997, na druhou stranu se zde na rozdíl od ostatních sektorů takřka neprojevil vliv legislativních úprav roku 2004.

Ve státním sektoru průměrné procento pracovní neschopnosti ve sledovaném období mírně klesalo (z hodnoty 5,5 % na 4,5 %) a důsledkem toho se využívání pracovní doby zvýšilo z 94,5 % v roce 1992 na 95,5 % v roce 2007, tedy na srovnatelnou hodnotu s osobami samostatně výdělečně činnými.

Dá se tedy říci, že průměrné procento OSVČ po celé sledované období rostlo a v případě státního sektoru naopak klesalo. Nejvýznamnější vliv legislativních změn roku 2004 na vývoj tohoto ukazatele byl zaznamenán v sektoru soukromém, neboť průměrné procento tohoto sektoru začalo klesat až po zavedení těchto legislativních úprav.

Vývoj podílu příčin na celkové pracovní neschopnosti členěný dle sektorů kopíruje obecný trend. V průběhu sledovaného období došlo k zmenšení vlivu úrazů a naopak narostl vliv

pracovní neschopnosti způsobené nemocí. Zastoupení příčin pracovní neschopnosti v jednotlivých institucionálních sektorech se vzájemně mírně odlišuje.

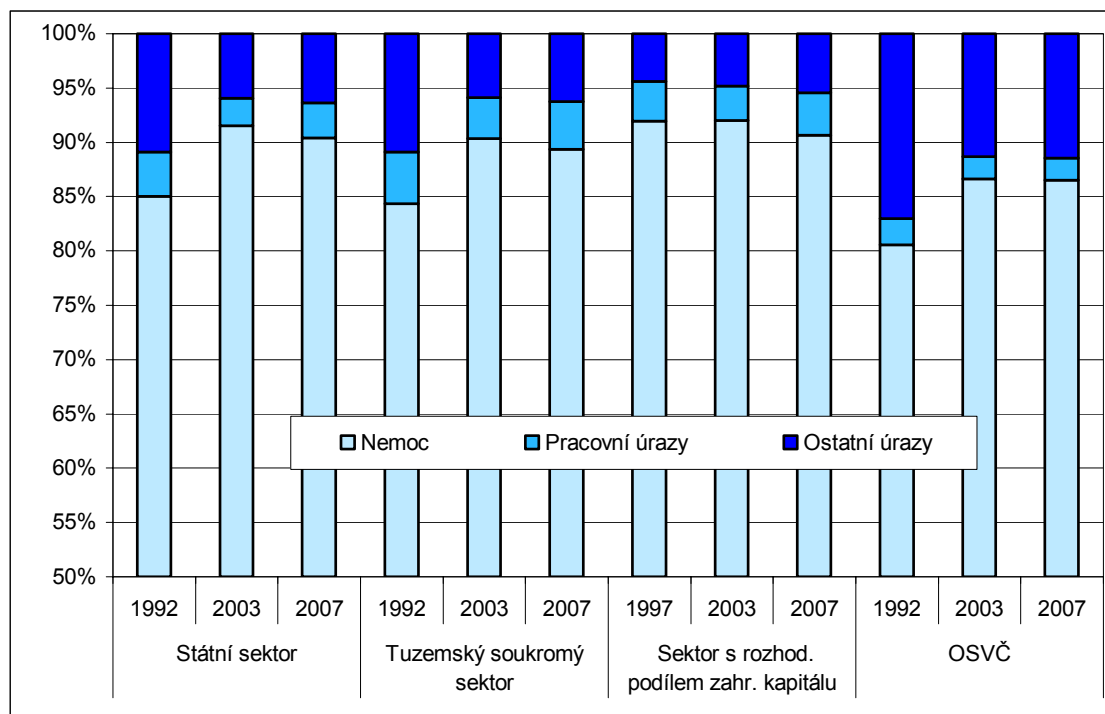
Zároveň tato zjištěná skutečnost neodpovídá předpokladu nepřímé úměry mezi výší platu a úrovní pracovní neschopnosti, neboť zaměstnanci v soukromém sektoru mají průměrnou mzdu vyšší než zaměstnanci v sektoru veřejném.

Důvodem může být vyšší diferenciací mezd v soukromém sektoru. Průměrný plat pracovníků soukromého sektoru sice převyšuje plat v sektoru veřejném, ale zatímco ve veřejném sektoru nejsou rozdíly tak výrazné (mzda je stanovena tabulkami), v soukromém sektoru mohou být rozdíly značné. Je tedy možné, že část těchto zaměstnanců nedosahuje ani průměrného platu v rámci celé České republiky a je pro ni následně finančně výhodné čerpání nemocenské dovolené.

Zároveň je možné, že v tomto sektoru je řada pracovních činností neumožňujících flexibilní nastavení pracovní doby, což může opět zvyšovat tendenci k vyššímu využívání pracovní neschopnosti.

Nadprůměrnou pracovní neschopnost v soukromém sektoru nelze vysvětlit případným vyšším podílem žen, které se obecně vyznačují vyšší mírou pracovní neschopnosti. Nadpoloviční většinu pracovníků v tomto sektoru totiž tvoří muži (57 %). Zároveň je málo pravděpodobné, že by v tomto sektoru bylo zaměstnáno výrazně více starších občanů, kteří by mohli úroveň pracovní neschopnosti zvyšovat.

Obr. 24 – Podíl jednotlivých příčin na celkovém procentu PN, dle sektorů národního hospodářství, 1992 (1997), 2003, 2007



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

Na počátku sledovaného období se ve státním sektoru podílela absence z důvodu nemoci na celkové pracovní neschopnosti z 85 %, absence pro pracovní úrazy z 4 % a pro ostatní úrazy

z 11 %. Od 2. poloviny 90. let se vliv absence pro nemoc zvýšil a v současné době se pohybuje kolem hodnoty 90 %.

Tuzemský soukromý sektor prošel z hlediska podílu jednotlivých příčin pracovní neschopnosti podobným vývojem jako sektor státní. V roce 1992 se absence pro nemoc podílela na celkové absenci z necelých 85 %, pro ostatní úrazy z více než 10 % a pro pracovní úrazy z 5 %. Podíl nemoci se do roku 1995 zvyšoval a poté až do roku 2003 stagnoval na úrovni kolem 90 %. Po roce 2003 její význam klesl a naopak narostl vliv pracovní neschopnosti z důvodu úrazu.

V sektoru s rozhodujícím podílem zahraničního kapitálu docházelo od doby, kdy jsou k dispozici potřebná data (1997), k mírnému poklesu podílu nemoci na celkové pracovní neschopnosti a naopak k mírnému nárůstu podílu ostatních úrazů

Osoby samostatně výdělečně činné se vyznačovaly vyšším podílem úrazů než ostatní sektory. Pracovní neschopnost pro nemoc tvořila v roce 1992 přibližně 80 % celkové pracovní neschopnosti, do roku 1995 její podíl vzrostl na 91 % a poté začal klesat až na současnou hodnotu 86 %. Naopak podíl nepracovních úrazů se v 1. polovině 90. let snížil z 17 % na 8 % a poté začal opět narůstat až na hodnotu 12 % v roce 2007. Pracovní úrazy v roce 1992 představovaly 2,4 % z celkové úrovně pracovní neschopnosti, v 2. polovině 90. let se pohybovaly kolem hodnoty 1,5 % a na začátku nového tisíciletí kolísaly kolem hodnoty 2 %.

Na legislativní změny roku 2004 nejpružněji zareagovali zaměstnanci v soukromém sektoru, jejichž pracovní neschopnost klesla o 15 %, nejméně naopak OSVČ, jejichž průměrné procento pracovní neschopnosti kleslo jen o necelá 3 %.

7.7 Pracovní neschopnost dle diagnóz (MKN - 10)

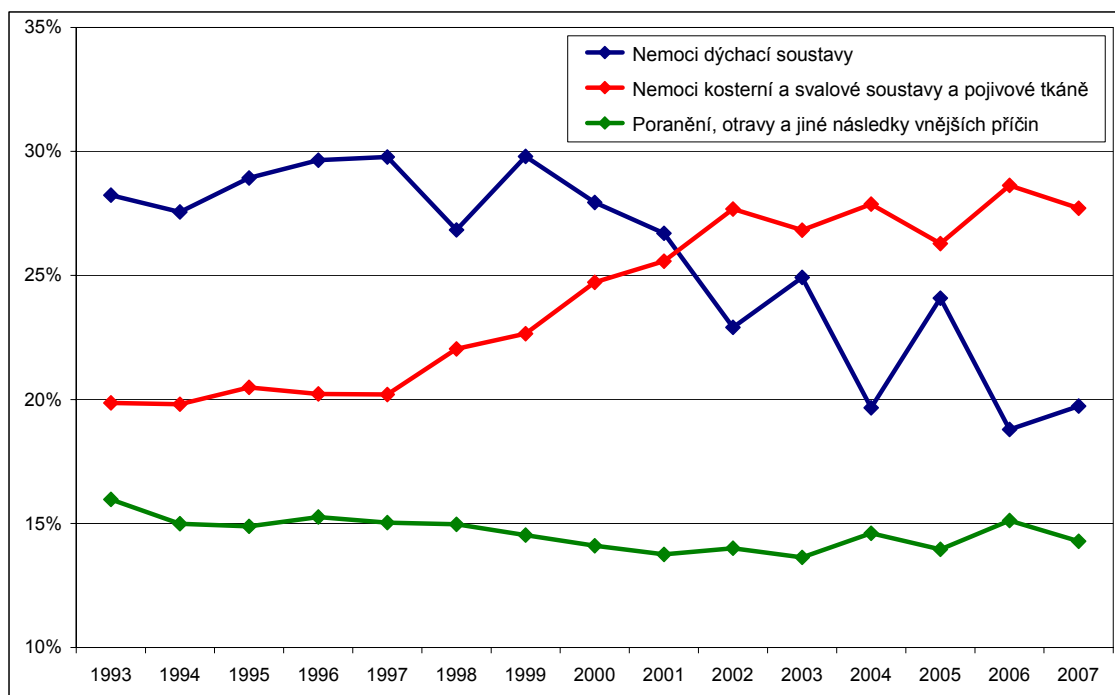
Ústav zdravotnických informací a statistiky ve spolupráci s Českou správou sociálního zabezpečení eviduje pracovní neschopnost dle příčin, konkrétně dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

K rozpoznání příčin (diagnóz), které mají největší negativní vliv na národní hospodářství, neboť nejvíce snižují produktivitu práce, tvorbu hrubého domácího produktu a zároveň zatěžují sociální systém, slouží celkový počet prostonaných dnů na danou příčinu. Z tohoto pohledu jsou evidovány tři základní příčiny pracovní neschopnosti, které dohromady představují přibližně 65 % prostonaných dnů. Jedná se o nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a o poranění a otravy.

V průběhu 90. let nejvyšší podíl z celkového počtu prostonaných dnů připadal na nemoci dýchací soustavy (cca 30 %). Od počátku nového tisíciletí docházelo u této diagnózy ke snižování jejího zastoupení a naopak začal výrazně narůstat podíl nemocí kosterní a svalové soustavy a pojivové tkáně. V roce 2007 činil počet prostonaných dní na nemoci pohybového aparátu 28 % z celkového objemu prostonaných dnů.

Nutno připomenout, že ukazatel pracovní neschopnosti z důvodu nemoci dýchací soustavy je vždy závislý na existenci výskytu chřipkové epidemie. Nicméně dlouhodobý pokles podílu této příčiny pracovní neschopnosti na počtu prostonaných dnů je evidentní.

Obr. 25 – Podíl jednotlivých diagnóz na celkovém objemu dnů PN, 1993–2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

V zájmu růstu produktivity práce v ČR a také v zájmu úspory léčebných výdajů by bylo třeba zaměřit se na řešení této trojice příčin pracovní neschopnosti. Důraz by měl být kladen zejména na systematické snižování výskytu nemocí pohybového aparátu, které v současné době představují nejvyšší a stále rostoucí objem dnů pracovní neschopnosti.

Tato rozvinutá civilizační choroba je vyvolaná především oslabením pohybového aparátu v důsledku způsobu života, nedostatku zdravého pohybu, nezdravého životního stylu a návyků. Z tohoto důvodu by měli zaměstnavatelé, státní i nestátní subjekty, zdravotní pojišťovny a celá zdravotnická obec usilovat o zapojení co největšího počtu zaměstnaných osob do kvalitních, odborně vedených preventivních zdravotních programů. Ve vztahu k pracovní neschopnosti je důležité uvědomovat si dlouhodobost efektů těchto zdravotních programů (Klesla, 2007).

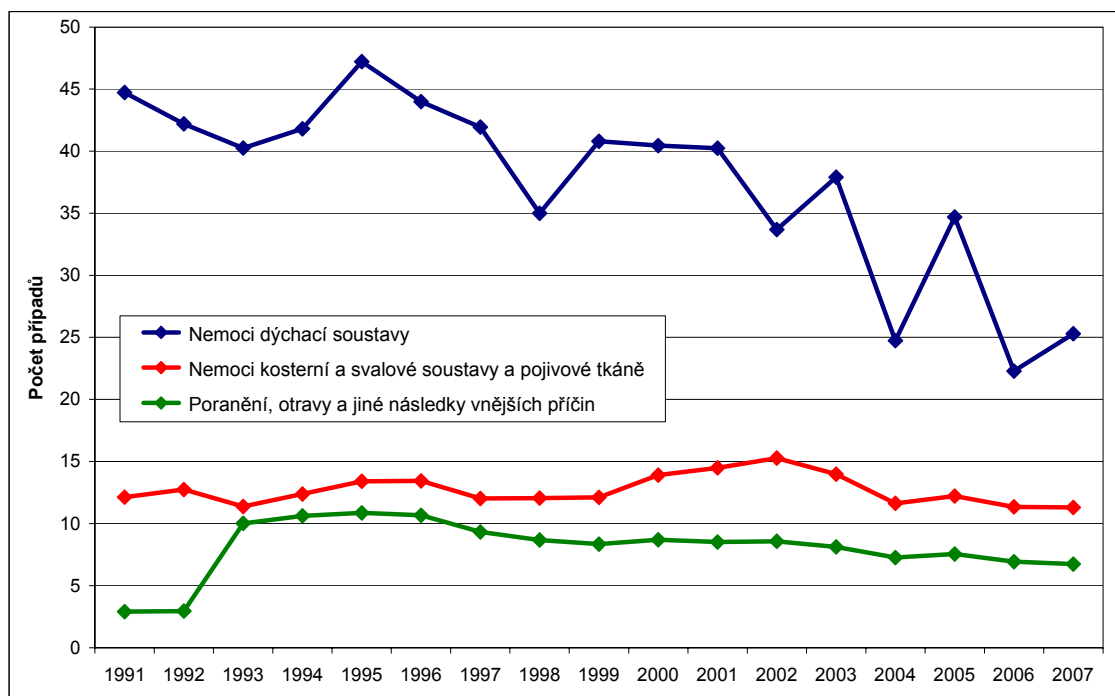
Počet případů na 100 pojištěných osob

Počet případů pracovní neschopnosti z důvodů nemocí dýchací soustavy má dlouhodobě klesající tendenci. Vzhledem k vlivu chřipkových epidemií jsou zde však patrné značné meziroční výkyvy. V roce 1991 na 100 pojištěných osob připadlo 45 případů pracovní neschopnosti, v roce 2007 již jen 25. Tato příčina pracovní neschopnosti se na celkovém počtu případů v převážné většině celého sledovaného období podílela z 45 % a její vývoj tedy do značné míry ovlivňoval i vývoj celkového počtu případů. V posledních letech spolu s poklesem počtu případů klesl také podíl vlivu této příčiny na hodnoty kolem 40 %.

Zatímco počet případů pracovní neschopnosti způsobené nemocemi dýchací soustavy klesal, počet případů nemocí kosterní a svalové soustavy a pojivové tkáně spíše stagnoval. V relativním vyjádření však zvýšil svůj vliv na celkový počet ukončených případů z 13 %

v roce 1991 na 18 % v roce 2007. Počet případů způsobených vnějšími příčinami v průběhu sledovaného období spíše klesal.

Obr. 26 – Počet případů PN na 100 pojištěných, dle vybraných diagnóz (10.revize MKN), 1991–2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti) a vlastní výpočty

Počet případů členěný dle pohlaví odráží u dvou ze tří vybraných příčin pracovní neschopnosti obecný trend, tedy že ženy jsou v pracovní neschopnosti častěji než muži. Výjimku tvoří případy pracovní neschopnosti způsobené poraněními a otravami, kde počet případů na 100 pojištěných osob je u mužů více než 2x vyšší než žen. Tato skutečnost je pravděpodobně dána rozdílným charakterem pracovní činnosti, volnočasových aktivit, ale také obecně větší touhou po adrenalinových zážitcích a menším pudu sebezáchovy mužů oproti ženám.

V průběhu sledovaného období si vybrané diagnózy zachovaly stejné rozložení dle věku. Největšího počtu případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných z důvodů nemoci dýchacího ústrojí dosahovala nejmladší věková skupina 20–24 let. V roce 2007 bylo pro tuto diagnózu v pracovní neschopnosti v této věkové skupině necelých 60 osob ze 100 pojištěných. S přibývajícím věkem počet případů pro tuto diagnózu klesal. Je zde patrná korelace s celkovým počtem případů pracovní neschopnosti a to z toho důvodu, že nemoci dýchacího ústrojí tvoří její velkou část.

Obdobný vývoj, tedy snižování počtu případů s narůstajícím věkem pojištěnců, měly také nemoci jakožto následky vnějších příčin. Za tímto vývojem je možné hledat stejné příčiny jako u rozdílných hodnot této diagnózy mezi muži a ženami. Je možné se domnívat, že mladší lidé v porovnání se staršími pojištěnci více vyhledávají adrenalinovou zábavu, která může skončit právě úrazem. Hodnota tohoto ukazatele se od 50. roku věku začíná opět mírně zvyšovat, což může být způsobeno úrazy vzniklými jakožto důsledek stárnutí organismu.

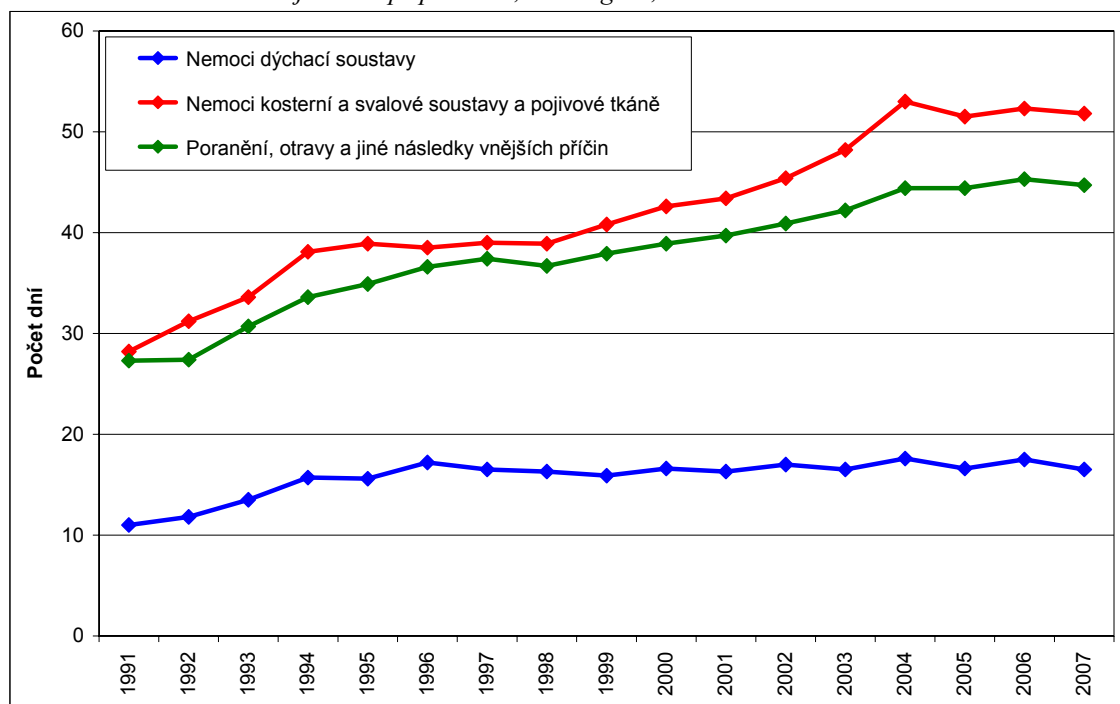
Počet případů na 100 pojištěných osob u nemocí pohybového aparátu s věkem narůstá. Je to dáno již výše zmíněným sedavým způsobem života a nedostatkem zdravého pohybu. Na 100 pojištěných osob ve věku 25–29 let připadá 7,9 případů, zatímco na osoby ve věku 55–59 let již 14,8 případů, což představuje takřka 50% rozdíl.

Průměrné trvání jednoho případu

Z výše zmíněných tří nejzávažnějších příčin pracovní neschopnosti se nemoci kosterní a svalové soustavy a pojivové tkáně vyznačují nejdélsí a stále se zvyšující dobou trvání. Jeden případ pracovní neschopnosti pro tuto příčinu trval v roce 1991 necelých 30 dní, v roce 2007 již více než 50 dní. Poranění a otravy dosahují obdobné délky trvání a vývoje v čase, nicméně vzhledem k výrazně nižšímu počtu případů nemají na národní hospodářství takový vliv.

U všech tří vybraných diagnóz docházelo s přibývajícím věkem k zvyšování počtu dnů jednoho případu pracovní neschopnosti. Osoby ve věku 20–24 let strávily v roce 2007 v pracovní neschopnosti způsobené nemocemi dýchací soustavy průměrně 13 dní, osoby na konci pracovního života již necelých 23 dní. Stejně tak průměrné trvání jednoho případu poranění, otrav a jiných vnějších příčin osob v nejmladší věkové skupině (20–24 let) činilo 30 dní, zatímco u osob ve věku 55–59 let již 65 dní.

Obr. 27 – Průměrné trvání jednoho případu PN, dle diagnóz, 1991–2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti)

Největší rozdíl je možné zaznamenat mezi nejmladší a nestarší věkovou skupinou v počtu dnů jednoho případu pracovní neschopnosti z důvodu nemocí pohybového aparátu. Osoby ve věkové skupině 20–24 let dosahovaly v roce 2007 délky pracovní neschopnosti o 60 % kratší než osoby ve věku 55–59 let (31 dní ku 73 dnům). Toto rozložení dle věku je dáno biologicky tím, že v průběhu života dochází k opotřebování pohybového aparátu a tato biologická danost je umocňována způsobem života.

Průměrný denní počet práce neschopných na 100 000 pojištěných osob

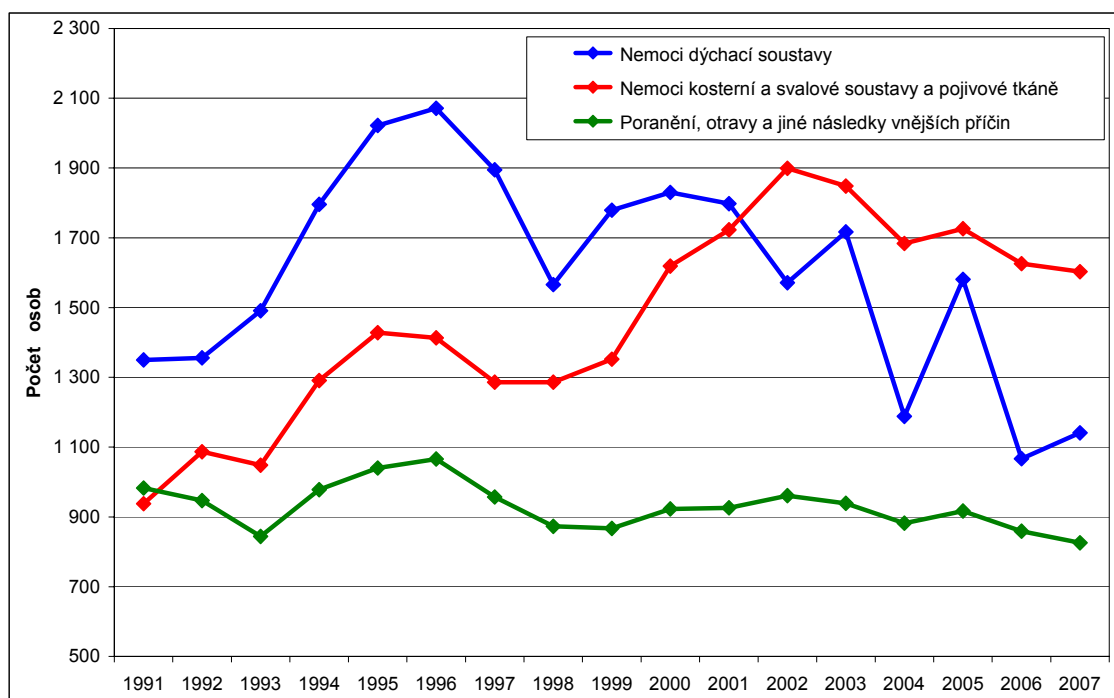
Obdobou průměrného procenta pracovní neschopnosti je v evidenci ÚZIS průměrný denní počet práceneschopných osob na 100 000 pojištěných. Tento ukazatel informuje o tom, kolik osob z 100 000 pojištěných denně není přítomno na pracovišti z důvodu nemoci či úrazu.

V průběhu 90. let chybělo průměrně denně na pracovišti nejvíce osob z důvodu nemocí dýchací soustavy. Jejich počet od počátku 90. let rostl a svého maxima dosáhl v roce 1996. Z tohoto důvodu chybělo v tomto roce na pracovišti více než 2000 osob. Poté se začal jejich počet plynule snižovat a v roce 2007 chybělo průměrně denně na pracovišti 1100 osob.

Počet osob průměrně denně absentujících z důvodu nemocí pohybového aparátu rostl od počátku 90. let až do roku 2002. V tomto období se zvýšil z hodnoty mírně přesahující 900 pojištěných osob v roce 1991 na hodnotu o tisíc vyšší, tedy 1900 osob v roce 2002. V následujících letech jejich počet klesal a v roce 2007 průměrně denně chybělo v práci přibližně 1600 osob.

Nemoci z důvodu vnějších příčin se v průběhu celého sledovaného období pohybovaly kolem počtu 900 osob průměrně denně absentujících.

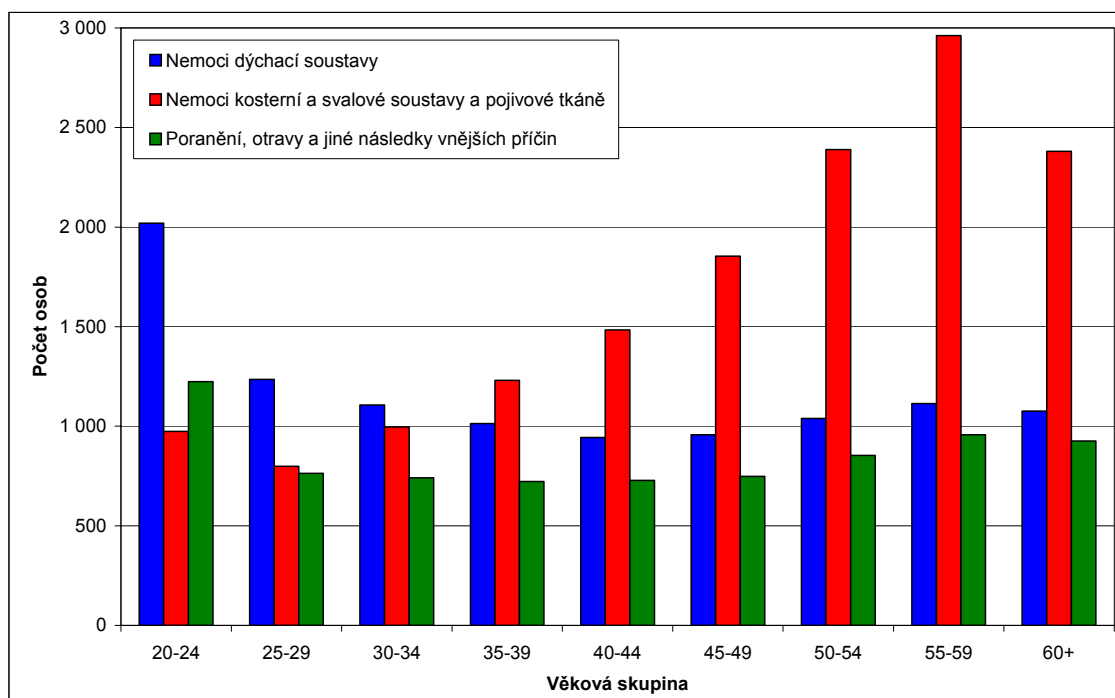
Obr. 28 – Průměrný denní počet práce neschopných osob na 100 000 pojištěných, dle diagnóz, 1991–2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti)

Rozložení počtu práceneschopných osob dle věku v sobě odráží vývoj předchozích ukazatelů, skloubí se v něm jednak počet případů pracovní neschopnosti a jednak průměrný počet dní jednoho případu.

Obr. 29 – Průměrný denní počet práceneschopných osob na 100 000 pojištěných, dle věkových skupin a vybraných diagnóz, 2007



Zdroj: ÚZIS ČR (Ukončené případy pracovní neschopnosti)

Počet osob, které průměrně denně absentují v práci z důvodu nemocí dýchacího ústrojí je nejvyšší v nejmladší věkové skupině 20–24 let. Ze 100 000 tisíc pojištěných průměrně denně chybí na pracovišti 2000 osob. Počty absentujících osob v ostatních věkových skupinách se pohybují kolem hodnoty 1000 osob na 100 000 pojištěných.

Počet průměrně denně absentujících osob z důvodu nemocí pohybového aparátu s věkem roste. Ve věkové skupině 55–59 let v roce 2007 chybělo z tohoto důvodu denně takřka 3000 osob. Z obr. 29 je tak jasně patrný velký počet absentujících osob z důvodu této diagnózy ve středním a starším věku, které jsou značnou zátěží pro sociální systém.

Denní počet práceneschopných osob z důvodu poranění či otrav dosahoval v roce 2007 nejvyšší hodnoty v nejmladší věkové skupině (1200 osob na 100 000 pojištěných). V následujících věkových skupinách se jeho hodnota snižovala, ale od věkové skupiny 45–49 let se počet absentujících začal opět mírně zvyšovat.

Dekompozice ukazatelů pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz

Výše popsanou metodou E. Kitagawy byl dekomponován rozdíl mezi ukazateli pracovní neschopnosti v letech 1997 a 2007 u vybraných diagnóz, které vedly k pracovní neschopnosti.

Tab. 2 – Dekompozice ukazatelů pracovní neschopnosti u vybraných diagnóz mezi roky 1997 a 2007

Diagnóza	Nemoci dýchací soustavy		Nemoci kosterní a svalové soustavy a pojivové tkáně		Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin	
	absolutně	relativně	absolutně	relativně	absolutně	relativně
	Počet případů na 100 pojištěných osob					
Intenzita	-16,713	-38,83%	-1,604	-12,47%	-2,610	-27,31%
Struktura	-1,509	-3,51%	0,007	0,05%	-0,364	-3,81%
Celkem	-18,222	-42,34%	-1,597	-12,42%	-2,975	-31,12%
	Průměrné trvání jednoho případu					
Intenzita	-0,401	-2,39%	11,036	27,96%	5,844	15,19%
Struktura	0,211	1,26%	1,559	3,95%	1,087	2,83%
Celkem	-0,190	-1,13%	12,595	31,91%	6,931	18,01%
	Průměrný denní počet práceneschopných na 100 000 pojištěných osob					
Intenzita	-812,89	-41,13%	173,41	12,47%	-177,52	-17,62%
Struktura	-36,74	-1,86%	42,52	3,06%	-11,05	-1,10%
Celkem	-849,63	-42,99%	215,92	15,53%	-188,57	-18,71%

Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob

Jak již bylo ukázáno dříve, počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob klesl mezi srovnávanými roky u všech tří vybraných diagnóz. Nejvýrazněji se snížil počet nemocí dýchací soustavy, a to o více než 40 %. U všech sledovaných diagnóz se na změně hodnoty ukazatele podílela převážně intenzita sledovaného jevu.

Intenzita výskytu nemocí dýchací soustavy se snížila o 39 % a díky přispění věkové struktury, jejíž vliv snížil výslednou hodnotu ukazatele o další 4 %, činil celkový pokles necelých 43 %. Mezi roky 1997 a 2007 tak celkový počet případů, bez věkové skupiny 15–19 let, klesl z 43 na 25 případů na 100 pojištěných osob.

V případě nemocí pohybového ústrojí působila věková struktura opačným směrem než intenzita, tedy směrem k nárůstu počtu případů této diagnózy. Její působení bylo však velmi slabé (0,05 %) a tak se do výsledné změny ukazatele promítla takřka výlučně klesající intenzita výskytu pracovní neschopnosti z důvodu této diagnózy. Mezi roky 1997 a 2007 se snížil její výskyt o 12,5 %, tedy z 13 případů na 11,3 případů na 100 pojištěných osob.

Snížení počtu případů poranění, otrav a jiných následků vnějších příčin je převážně také důsledkem poklesu jejich intenzity, která byla v roce 2007 o 27 % nižší než v roce 1997. Věková struktura působila stejným směrem a hodnotu ukazatele snížila o další 4 % na výsledných 31 %. Zatímco v roce 1997 dosahoval počet případů na 100 pojištěných osob necelých 10 případů, v roce 2007 to již bylo jen necelých 7 případů.

Co se týče příspěvků jednotlivých věkových skupin ke změně ukazatele mezi roky 1997 a 2007, tak nejvýrazněji se projevila věková skupina 20–24 let, ve které zpravidla současně působil silný vliv věkové struktury a zároveň intenzity sledovaného jevu. Relativně silně se do výsledné změny promítla také věková skupina 44–49 let a to opět díky současnému působení

věkové struktury a intenzity. Obě zmíněné věkové skupiny působily ve směru celkové změny tohoto ukazatele, tedy jeho poklesu. Naopak věková skupina 55–59 let působila silně proti snižování počtu případů a zejména vlivem věkové struktury hodnotu tohoto ukazatele zvyšovala.

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti

Zatímco doba trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci dýchacího ústrojí se mezi srovnávanými roky mírně snížila, průměrné trvání zbývajících dvou vybraných diagnóz narostlo. Výsledná změna byla opět důsledkem vývoje intenzity sledovaného jevu.

Průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci dýchacího ústrojí se nepatrně snížilo (o 1,1%) z hodnoty 16,76 v roce 1997 na 16,57 v roce 2007. Jeho pokles byl však výraznější (o 2,5 %), kdyby na výslednou hodnotu ukazatele nepůsobila věková struktura, která jeho hodnotu naopak zvyšovala.

Nejvíce narostla délka pracovní neschopnosti u nemocí pohybového aparátu. V roce 2007 trvala jedna pracovní neschopnost o takřka 13 dní déle než v roce 1997. Na tom 32% nárůstu se podílelo zvýšení intenzity o 28 % a vliv věkového složení obyvatelstva o 4 %.

K 18% prodloužení doby jednoho případu pracovní neschopnosti z důvodu vnějších příčin také výrazně přispělo zvýšení intenzity (85 % z celkové změny), menší měrou přispěla také věková skladba obyvatelstva (15 % z celkové změny). V roce 1997 počet dní jednoho případu pracovní neschopnosti z důvodů této diagnózy činil 38,5 dní, zatímco v roce již 45,5 dní.

Také v případě průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti je možné zvýšit vliv nejmladší věkové skupiny, která působila proti směru celkové změny ukazatele a její vliv byl dán zejména silným působením věkového složení obyvatelstva. Stejně tak v případě věkové skupiny 45–49 let. V obou těchto skupinách působila věková struktura opačným směrem než intenzita sledovaného jevu.

Naopak věkové skupiny 30–34 let a 55–59 let měly díky současnému působení věkové struktury (zejména v případě nejstarší věkové skupiny) a intenzity významný vliv na směr a úroveň celkové hodnoty ukazatele. Rozdílný směr působení věkové struktury v rámci jednotlivých věkových skupin se vzájemně vyrušil a její celkový vliv byl malý.

Průměrný denní stav praceneschopných osob na 100 000 pojištěných

Počet osob průměrně denně absentujících v zaměstnání z důvodu nemoci či úrazu se mezi roky 1997 a 2007 snížil u nemocí dýchací soustavy a u následků vnějších příčin; u nemocí pohybového aparátu došlo naopak k jeho nárůstu.

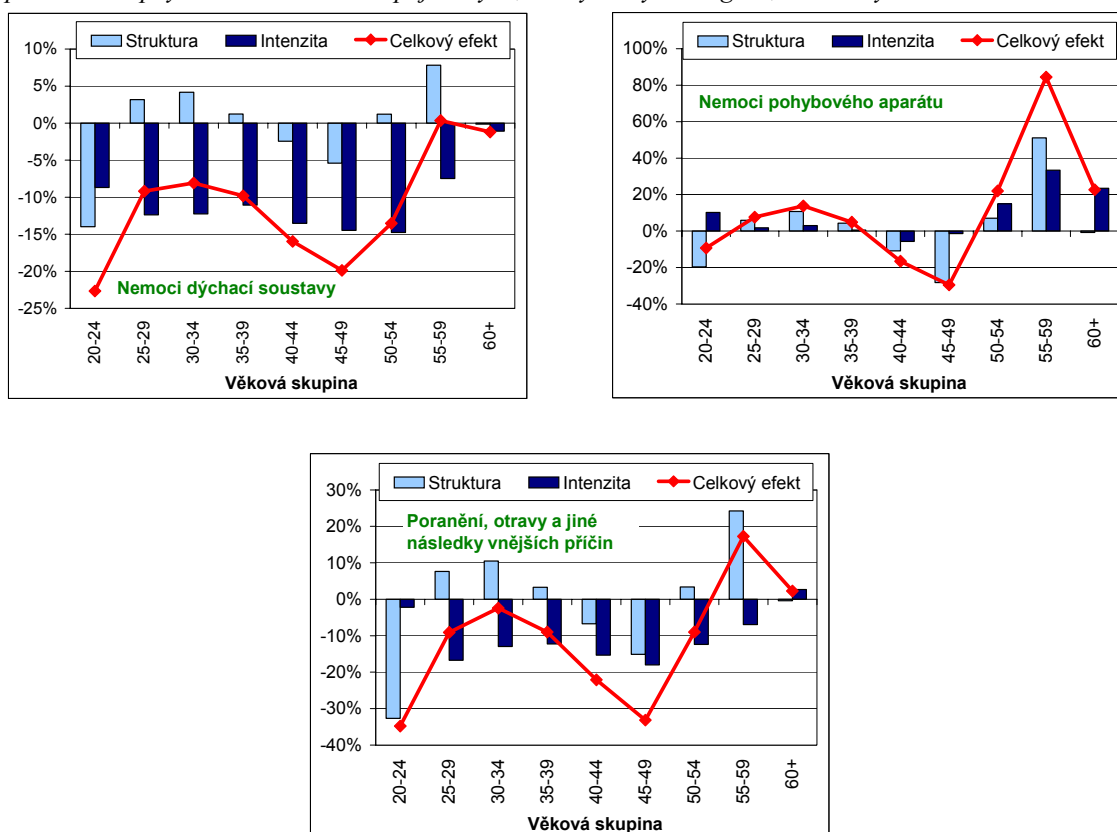
V roce 2007 chybělo z důvodu nemoci dýchacího ústrojí průměrně denně na pracovišti o 43 % méně osob než v roce 1997. Za tímto výrazným poklesem stojí snížení intenzity a malou měrou přispěla také věková skladba obyvatelstva.

Počet osob, které průměrně denně chyběly z důvodu nemoci pohybového ústrojí se zvýšil o 216 osob na 100 000 pojištěných, což představuje nárůst o 16 %. Kromě intenzity na něj měla relativně významný vliv také věková skladba obyvatelstva, která tvořila 20 % celkové změny (zbylých 80 % bylo vlivem intenzity).

Průměrný denní počet osob absentujících z důvodu vnějších příčin klesl mezi srovnávanými roky o 189 osob na 100 000 pojištěných, v relativním vyjádření o 19 %. Za tímto poklesem stojí převážně snížení intenzity sledovaného jevu o 17,6 %.

Příspěvky jednotlivých věkových skupin se vyznačovaly stejnými charakteristickými znaky jako v případě předchozích ukazatelů. Zatímco intenzita sledovaného jevu působila vždy ve směru celkové změny, síla vlivu a směr věkové struktury se různil, což vedlo k jeho konečnému vyrušení či značnému omezení. Nejsilněji se projevil vliv věkové struktury v nejmladší a takřka nejstarší (55–59 let) věkové skupině, které ale působily opačným směrem.

Obr. 30 – Příspěvky věkových skupin (v %) k celkové změně ukazatele průměrného denního počtu práceneschopných osob na 100 000 pojištěných, dle vybraných diagnóz, mezi roky 1997 a 2007



U nemocí dýchací soustavy je patrné výrazné snížení intenzity sledovaného jevu a to zejména v mladších a středních věkových skupinách. Ve prospěch snižování průměrného denního počtu práceneschopných osob mezi roky 1997 a 2007 působila také věková struktura pojištěných osob v nejmladší věkové skupině a také u osob ve středním věku. Opačným směrem působila věková struktura v předdůchodové věkové skupině, která působila dokonce silněji než snižující se intenzita a vyrušila tak její efekt.

Za změnou hodnoty průměrného denního počtu práceneschopných osob na 100 000 pojištěných z důvodu nemocí pohybového ústrojí stojí zejména starší věkové skupiny. Jednak v nich došlo k zvýšení intenzity sledovaného jevu a zároveň silně působila věková skladba obyvatel, zejména věková skupina 55–59 let. Celkový nárůst počtu práceneschopných osob byl mírně snížen vlivem věkové struktury ve věkové skupině 20–24 a 45–49 let.

Celkové snížení počtu praceneschopných osob z důvodu poranění, otrav a jiných vnějších příčin je důsledkem snížení intenzity ve většině věkových skupin a zároveň působení věkové skladby obyvatelstva. Věková skladba obyvatelstva v mladších a středních věkových skupinách působila směrem k poklesu hodnoty ukazatele. Naopak věkové skupiny 25–29 a 30–34 let a zejména 55–59 let jej zvyšovaly.

Kapitola 8

Vývoj faktorů ovlivňujících pracovní neschopnost a regresní analýza

Jak již bylo několikrát zmíněno, míra pracovní neschopnosti v sobě neodráží čistě nemocnost či úrazovost pojištěných osob, ale je ovlivňována také dalšími, zejména sociálně-ekonomickými a legislativními faktory. První část této kapitoly je věnována tuzemskému vývoji faktorů, které jsou odbornou literaturou považovány za určující pro vysvětlení vývoje a odchylek jednotlivých ukazatelů pracovní neschopnosti. Druhá část je věnována regresní analýze pracovní neschopnosti.

Tato analýza pracovní neschopnosti je zaměřena na Českou republiku jakožto celek, nikoliv na analyzování rozdílů mezi jednotlivými územními celky v rámci republiky či rozdílů mezi Českou republikou s ostatními evropskými zeměmi. U všech vysvětlujících proměnných mám k dispozici pouze relativně krátkou časovou řadu agregovaných dat za Českou republiku od roku 1996 do roku 2007, nikoliv data individuální. Vypovídací hodnota následně provedené regresní analýzy je tedy omezena právě nedostatečným členěním dat.

8.1 Vývoj faktorů ovlivňujících pracovní neschopnost

Zdravotní stav

Pro vyjádření úrovně zdravotního stavu populace je možné použít více charakteristik dané populace (střední délka života, podíl kuřáků, míra konzumace alkoholu...), nicméně jejich vypovídací hodnota je sporná.

Z mého pohledu je pro analýzu pracovní neschopnosti nejvhodnějším ukazatelem zdravotního stavu úroveň střední délky života mužů a žen. Domnívám se tak proto, že v normálním období (ne např. za válek či jiných krizí) je zdravotní stav obyvatelstva určující pro délku lidského života. Kromě střední délky života při narození je pro charakterizování zdravotního stavu možné použít také naději dožití v pozdějším věku, např. 65 let.

Zdravotní stav obyvatelstva měřený pomocí střední délky života se v průběhu sledovaného období jednoznačně zlepšoval. Příčin může být několik. Počínaje lepší kvalitou a dostupností lékařské péče či kvalitnější stravou a konče úbytkem velmi fyzicky namáhavé práce.

Střední délka života při narození se od roku 1990 prodloužila u mužů o 5,9 let a u žen o 4,3 let. Zatímco v roce 1990 se muži dožívali průměrně 67,6 let a ženy 75,4, v roce 2007 to bylo již 73,7 let u mužů a 79,9 let u žen.

Stejně se vyvíjela také střední délka života ve věku 65 let. V roce 1990 měli před sebou takto staří muži 11,6 let a stejně staré ženy 15,2 roky. V průběhu uplynulých 17 let se naděje dožití ve věku 65 let prodloužila u mužů o 3,4 roky na 15 let a u žen o 3 roky na 18,2 let (ČSÚ, 2009).

Stále používanějším měřítkem zdravotního stavu populací je ukazatel zdravé délky života, který vychází z hodnocení vlastní zdraví občany a zahrnuje tak v sobě širokou škálu aspektů zdraví a vnímání kvality života, čímž poskytuje hlubší náhled na jejich potřeby (Kasalová-Daňková, Hrkal, 2005).

Zdravá délka života (*Healthy Life Years - HLY*) je definována jako průměrný počet zbývajících let života, které osoba v určitém věku prožije v dobrém zdraví, tj. bez zdravotního omezení. Důraz je kladen nejen na celou délku života, ale i na jeho kvalitu a to rozdělením střední délky života na část prožitou ve zdraví (bez zdravotního omezení) a část prožitou v nemoci (se zdravotním omezením).

Zdravá délka života byla pro rok 2005 vypočtena z údajů výběrového šetření „Příjmy a životní podmínky domácností“ (EU-SILC). Základní ukazatel zdravé délky života byl založen na otázce, zda byl respondent během posledních 6 měsíců nějak omezen ve svých aktivitách kvůli zdravotním problémům s možnými odpověďmi: velmi omezen, omezen a neomezen (Kasalová-Daňková, Hrkal, 2005).

Tab. 3 – Střední a zdravá délka života (počet let bez dlouhodobého omezení aktivit) při narození, ČR a EU, 2005

	Střední délka života (počet roků)		Zdravá délka života (počet roků)		Podíl zdravé délky života na střední délce života	
	ČR	EU 25	ČR	EU 25	ČR	EU 25
Muži	72,9	75,9	57,9	61,1	79%	81%
Ženy	79,2	82,0	59,9	63,0	76%	77%

Zdroj: Hrkal (2008)

Domnívám se, že použití zdravé délky života jakožto vysvětlující proměnné v rámci následné analýzy pracovní neschopnosti by bylo vhodnější než použití střední délky života. Tento ukazatel je ale v České republice sledován jen krátce, nepokrývá celé sledované období a tudíž nebylo možné jej použít.

Vzhledem k tomu, že čerpání nemocenské je do jisté míry ovlivňováno vědomým rozhodnutím pracovníka, byl by zde předpoklad větší souvislosti mezi pracovní neschopností a subjektivním vnímáním zdravotního stavu v rámci zdravé délky života, než objektivně danou a evidovanou střední délkou života.

Demografické proměnné

Z hlediska demografických ukazatelů má na úroveň pracovní neschopnosti vliv míra participace žen a starších osob na pracovním trhu, resp. jejich podíl na celkovém počtu pojištěných osob. Vzhledem k objektivně horšímu zdravotnímu stavu starších lidí a pravděpodobně vzhledem k slabší tělesné konstituci žen a jejich následné vyšší náchylnosti k nemocím se předpokládá, že vyšší zastoupení těchto dvou skupin na pracovním trhu vede k vyšší pracovní neschopnosti.

Podíl pojištěných žen činil v roce 1990 necelých 46 %, do roku 2007 se zvýšil o jeden procentní bod na hodnotu mírně přesahující 47 %. Tento nárůst byl patrně způsoben ekonomickými tlaky na větší participaci žen na trhu práce, ale není možné považovat jej za příliš významný.

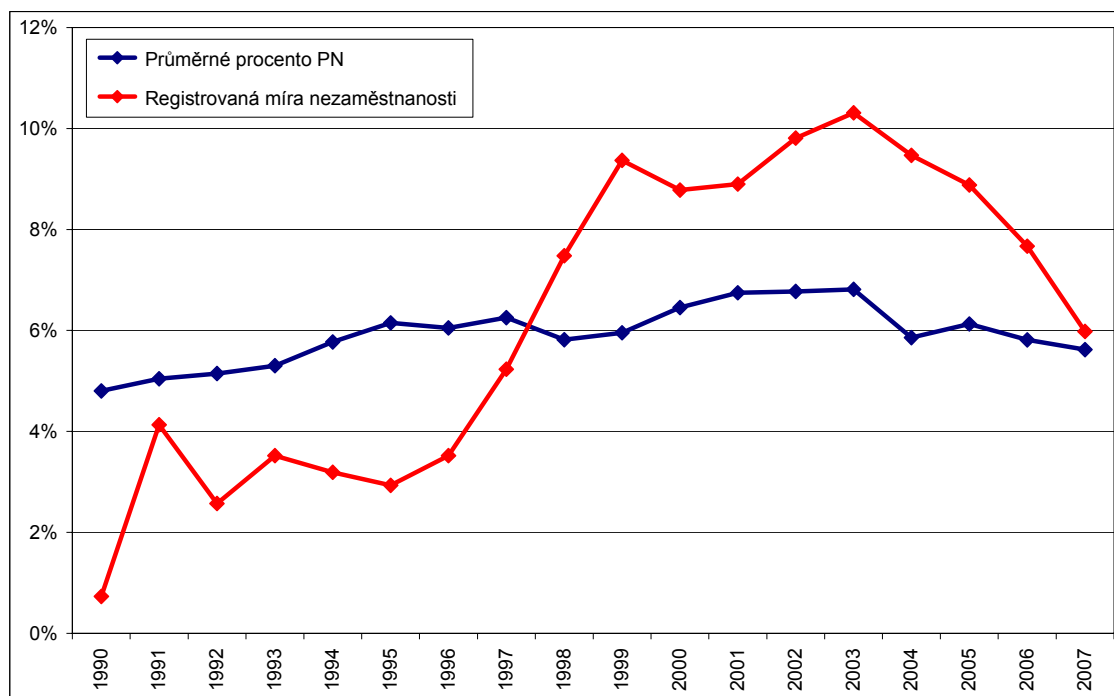
Vzhledem ke stárnutí populace a také díky posunu věkové hranice pro odchod do důchodu se podíl osob starších 55 let na pracovním trhu mezi roky 1995 a 2007 zvýšil o 38 %. V roce 1995 tvořili pracovníci starší 55 let 8,6 % všech pojištěných osob, v roce 2006 již 14 %. Tento nárůst je možné považovat za výrazný. Jeho vliv se projevil v rostoucí průměrné délce jedné pracovní neschopnosti, která se s věkem pracovníků obecně prodlužuje.

Větší nárůst starších pracovníků byl zaznamenán v souboru nemocensky pojištěných žen (nárůst o 43 %), než v souboru mužů (nárůst o 35 %). V roce 1995 tvořili muži starší 55 let 10,1 % všech nemocensky pojištěných mužů, v roce 2007 již 15,5 %. U žen došlo k nárůstu z hodnoty 6,8 % v roce 1995 na hodnotu 11,9 % v roce 2007 (ÚZIS ČR, 2009).

Míra registrované nezaměstnanosti

Jako jeden z nejdůležitějších faktorů majících vliv na úroveň pracovní neschopnosti je považována míra nezaměstnanosti. Pro svou analýzu jsem vybrala míru registrované nezaměstnanosti, což je podíl, kde v čitateli je počet nezaměstnaných registrovaných pracovními úřady a ve jmenovateli součet zaměstnaných a registrovaných neumístěných uchazečů o zaměstnání. Míra nezaměstnanosti v sobě odráží poptávku po pracovní síle na trhu práce a následně může ovlivnit chování pracovníků nejen v otázce využívání pracovní neschopnosti.

Obr. 31 – Průměrné procento PN a míra registrované nezaměstnanosti (v %), 1990–2007



Zdroj: ČSÚ (Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz), ČSÚ (Míra registrované nezaměstnanosti)

Po vzniku tržního hospodářství míra registrované nezaměstnanosti v roce 1991 prudce vzrostla na hodnotu 4,1 %, následoval pokles a stagnace kolem hodnoty 3,5 % až do roku 1996. Od tohoto roku se začala rychle zvyšovat a svého maxima dosáhla v roce 2003, kdy její hodnota činila 10,3 %. V následujících letech se snižovala a v roce 2007, také díky změně metodiky, byla míra registrované nezaměstnanosti 6 % (ČSÚ, 2007).

Většina odborné literatury předpokládá, že vývoj křivek zobrazujících míru nezaměstnanosti a pracovní neschopnosti by měl být zrcadlový. Tedy když jedna křivka klesá, druhá by měla narůstat. Vývoj těchto ukazatelů v prostředí České republiky však tento předpoklad nepotvrzuje.

Hrubá měsíční mzda

Významný vliv na úroveň pracovní neschopnosti má v souvislosti se solidaritou uplatňovanou v systému nemocenského pojištění výše mezd. Vztah mezi příspěvkem pojištěnce do systému, odvíjejícími se z výše jeho mzdy, a dávkami získanými v případě pracovní neschopnosti ze systému je pro vysvětlení variability pracovní neschopnosti zdaleka nejvýznamnější. Stejně tak jako v jiných pojistných a jim podobných systémech, i v nemocenském pojištění ovlivňuje chování účastníků v první řadě stupeň přerozdělování (ČSÚ, 2005).

Obecně platí, že s rostoucím příjmem se procento pracovní neschopnosti snižuje, délka pracovní neschopnosti se spíše zkracuje, počet případů pracovní neschopnosti klesá.

Průměrná hrubá měsíční nominální mzda od roku 1996 výrazně vzrostla. Zatímco v roce 1996 činila pouhých 9 800 Kč, v roce 2007 přesáhla hodnotu 21 500 Kč.

Použití této hrubé měsíční mzdy jakožto vysvětlující proměnné v regresní analýze by mělo význam zejména v případě individuálních dat. V mém případě, kdy mám k dispozici pouze agregovaná data, tedy průměrnou hrubou měsíční mzdu za celou Českou republiku, je vypovídací hodnota této proměnné značně omezená.

Důležitějším ukazatelem než mzda průměrná je mzda reálná, ta vyjadřuje podíl indexu průměrné hrubé měsíční nominální mzdy a indexu spotřebitelských cen (inflace) za shodné období. Jinými slovy, reálná mzda je nominální mzda snížená o vliv inflace. Reálná mzda tedy oproti nominální mzdě vyjadřuje podstatně věrněji zda roste či klesá koupěschopnost obyvatelstva (Ruml, 2008).

Index reálné měsíční mzdy prošel v průběhu sledovaného období různorodým vývojem. V roce 1996 dosahoval hodnoty 108,7 z níž prudce kles na 98,6 v roce 1998. Poté do roku 2003 rostl až na hodnotu 106,5 a následně se opět snížil na 104,5 v roce 2007.

Index reálných mezd je sice vhodnějším ukazatelem toho, zda si lidé ze své mzdy mohou koupit více či méně než v předchozích letech, ale přesto je jeho použití v analýze agregovaných dat sporné.

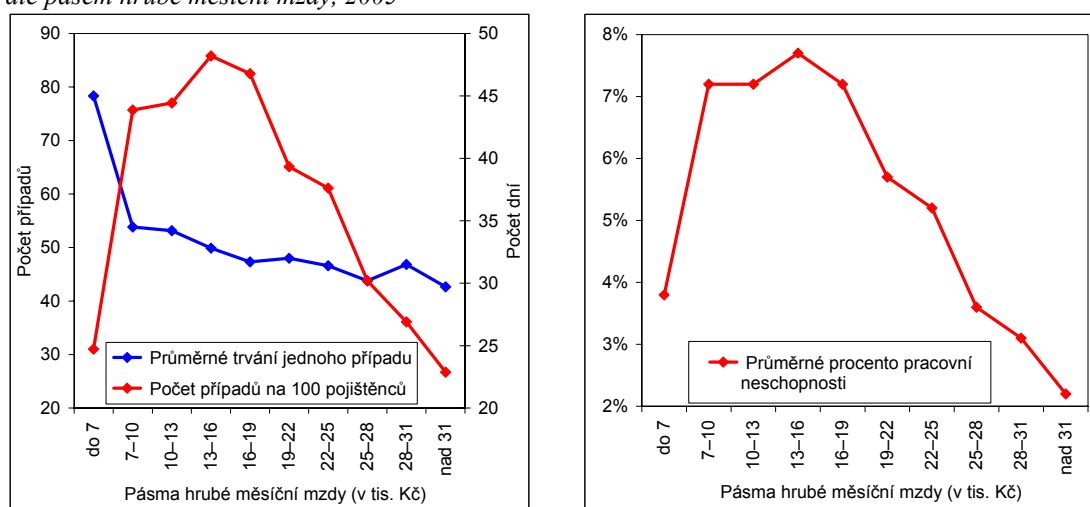
Šetření nemocnosti v malých organizacích (do 25 zaměstnanců), které provádí Česká správa sociálního zabezpečení potvrzuje, že struktura osob v pracovní neschopnosti je ovlivňována vztahem mezi výší jejich příjmů a úrovní vyplácených dávek. Konstrukce výpočtu nemocenské totiž znevýhodňuje zaměstnance s vyššími příjmy, a proto tito pracovníci status pracovní neschopnosti využívají méně než jiní. Z finančního hlediska je pro ně výhodnější lehčí a krátkodobější nemoci buď přechodit nebo k jejich léčení využít dovolenou.

Zatímco průměrné procento pracovní neschopnosti u pojištěnců s hrubou měsíční mzdou mezi 7 až 10 000 Kč činilo v roce 2005 cca 7,2 %, tak u pojištěnců se mzdou mezi 19 a 22 000 Kč už jen 5,7 % a u pojištěnců, jejichž mzda přesahovala 31 000 Kč pouze 2,2 %.

Podobně se ve stejném roce lišil i počet případů pracovní neschopnosti. Ze 100 pojištěných osob v mzdové úrovni mezi 7 a 10 000 Kč jich čerpalo nemocenskou 76, v souboru pojištěnců s hrubou mzdou 13 až 16 000 Kč 84 osob, ale už jen 27 případů pracovní neschopnosti bylo u pojištěnců se mzdou ve výši 31 000 Kč.

Délka pracovní neschopnosti s rostoucím příjmem klesala. Výrazně dlouhou dobu strávili průměrně v pracovní neschopnosti pracovníci se mzdou nepřesahující 7 000Kč. Jejich pracovní neschopnost trvala o čtvrtinu déle než u ostatních mzdových kategorií.

Obr. 32 – Počet případů na 100 pojištěných osob, délka trvání jednoho případu a průměrné procento PN dle pásem hrubé měsíční mzdy, 2005



Zdroj: MPSV (2008)

Diferenciace mezd

Dalším faktorem, který by mohl mít vliv na úroveň pracovní neschopnosti je diference mezd zaměstnanců. Pro posouzení relativní velikosti rozptýlenosti dat vzhledem k průměru je nejvhodnější použít variační koeficient. Vzhledem ke způsobu jeho výpočtu (směrodatná odchylka se dělí průměrem) je možné se domnívat, že jeho rostoucí hodnota bude prediktorem pro růst pracovní neschopnosti.

Tato úvaha vychází z předpokladu, že směrodatnou odchylku mezd vztahují k průměrné výši mzdy, které ovšem velká část ekonomicky aktivní populace nedosahuje. Dochází-li navíc k zvyšování hodnoty variačního koeficientu, pomyslné nůžky se rozvírají a rozdíly mezi nejvyššími platy a nejnižšími se zvětšují, čímž výhodnost nemocenské pro nižší mzdové skupiny roste. Rostoucí variační koeficient mezd navíc může být pro tyto příjmové skupiny demotivující.

Jak ukazují výsledky výběrových šetření strukturální statistiky výdělků zaměstnanců prováděné ČSÚ ve spolupráci s MPSV ČR od roku 1996, variační koeficient odrážející diferenciaci mezd měl po celé sledované období rostoucí tendenci. Je tedy patrné, že diference mezd se v České republice velmi dynamicky prohlubovala. V roce 1996 dosahoval

variační koeficient hrubých mezd hodnoty 57,6, o čtyři roky později 72,2 a v roce 2007 již 83,3. Vzhledem ke změně metodiky propočtu mezd není tento údaj zcela srovnatelný, nicméně vývojový trend je z něho patrný (ČSÚ, 2007).

Míra zaměstnanosti

Míra zaměstnanosti, tedy podíl zaměstnaných osob na celkovém počtu osob v dané věkové skupině (nejčastěji 15–64 let), v sobě odráží schopnost ekonomiky dané země využívat svůj ekonomický potenciál, generovat nová pracovní místa a zlepšovat situaci na trhu práce. Je-li míra zaměstnanosti vysoká, je vysoký také počet plátců daní, čímž roste prosperita dané země. Naopak nízká míra zaměstnanosti značí nejen nevyužívání potenciálu pracovní síly dané země, ale též znamená náklady v podobě dodatečných výdajů na sociální zabezpečení (Fondy Evropské unie, 2008).

Předpokládaný vliv míry zaměstnanosti na úroveň pracovní neschopnosti je opačný než v případě míry nezaměstnanosti. Zde platí přímá úměra. Čím vyšší míra zaměstnanosti, tím více pracovních míst a tím vyšší pracovní neschopnost, neboť pracovníci nejsou situací na trhu nuceni k disciplinovanému chování.

Míra zaměstnanosti obyvatelstva v produktivním věku (15–64 let) po téměř celé sledované období klesala. V roce 1993 její hodnota činila 69 % a do roku 2004 se snížila na 64 %. Od tohoto roku rostla až na 66 % v roce 2007. Celkově se dá říci, že míra zaměstnanosti v České republice je příznivější než průměr zemí Evropské unie (Fondy Evropské unie, 2008).

Největší vliv na její pokles v 90. letech mělo snížení míry zaměstnanosti v nejmladší věkové kategorii 15–24 let. Tento vývoj byl dán především prodloužením délky přípravy na výkon povolání. Jednak došlo v roce 1996 k prodloužení povinné školní docházky z 8 na 9 let a zároveň narostl počet studentů vyšších a vysokých škol. Ve vzdělávacím systému tak bylo vázáno výrazně více mladých lidí než na počátku sledovaného období.

Stabilita ekonomických subjektů na trhu práce

Stabilitu ekonomických subjektů můžeme vyjádřit poměrem mezi nově vzniklými a zaniklými podniky. Vzhledem k prudkému zvyšování frekvence vznikání a zanikání podniků od přechodu k tržnímu hospodářství lze usuzovat na rostoucí nejistotu a nestabilitu trhu práce (Novák, 2005).

Zatímco v roce 1995 připadalo na 100 nově vzniklých ekonomických subjektů jen 9 zaniklých, v roce 2000 a v následujících třech letech již kolem 27 zaniklých. V roce 2004 se výrazně snížil počet vzniklých podniků a naopak zvýšil počet zaniklých podniků, což vedlo k tomu, že na 100 nově vzniklých podniků připadalo 55 zaniklých. Poté se tento nepříznivý poměr začal zlepšovat a v roce 2007 připadlo na 100 nově vzniklých podniků 48 zaniklých (ČSÚ, 2008c).

Jak již bylo řečeno výše, nestabilní tržní prostředí může negativně působit na míru pracovní neschopnosti. Jak zaměstnanci, tak osoby samostatně výdělečně činné, mohou pobyt v pracovní neschopnosti zvolit jako výhodnější alternativu při hrozbě ztráty zaměstnání či bankrotu. Zároveň však může mít psychický stres negativní vliv na jejich zdravotní stav a vést

k opodstatněné pracovní neschopnosti. Nestabilita ekonomických subjektů by podle této hypotézy zvyšovala pracovní neschopnost.

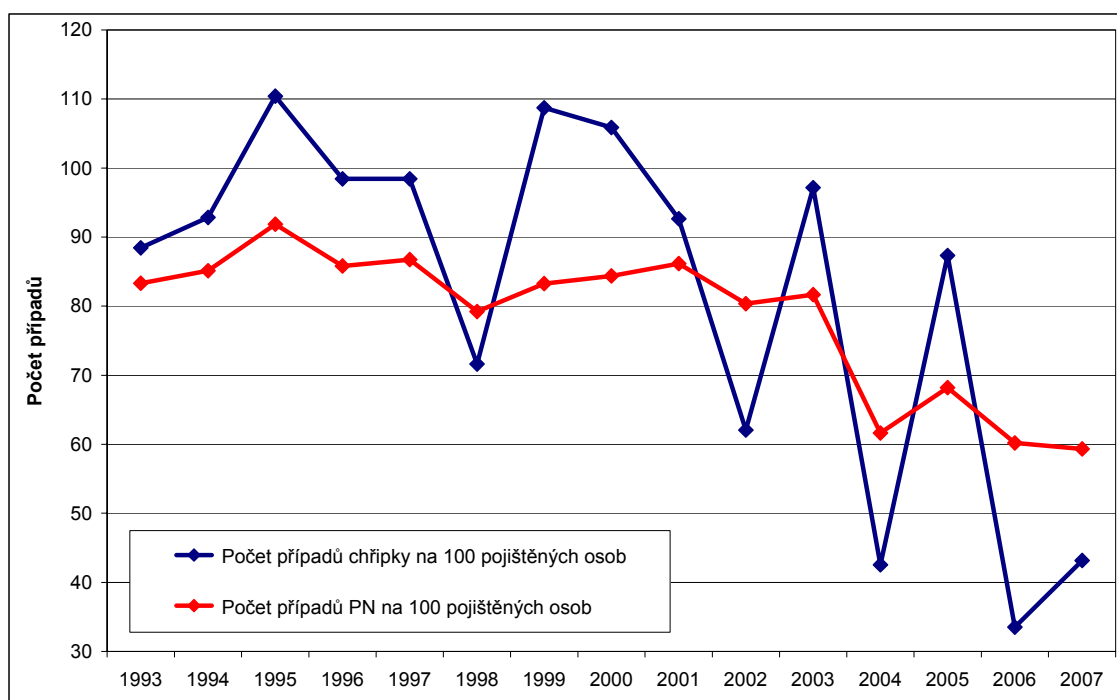
Na druhou stranu ale nestabilní tržní prostředí zvyšuje nezaměstnanost a tudíž by mohlo vést lidi k disciplinovanějšímu chování a pracovní neschopnost snížit.

Epidemiologická situace

Dalším významným faktorem, který způsobuje odchylky pracovní neschopnosti, je epidemiologická situace. Obecně platí, že při výskytu chřipkové epidemie dochází k nárůstu počtu krátkodobých pracovních neschopností, čímž se zvyšuje celkový počet nově hlášených případů a naopak se zkracuje průměrná délka trvání jednoho případu.

Tento trend je zejména v novém tisíciletí patrný z výkyvů křivek na obr. 33. Častější výskyt chřipkových onemocnění je provázen zvýšeným počtem nově hlášených případů pracovní neschopnosti a zároveň kratší průměrnou dobu trvání.

Obr. 33 – Počet případů onemocnění chřipkou a počet případů PN na 100 pojištěných osob, 1993–2007



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

Odchod do starobního důchodu

Hranice pro odchod do starobního důchodu v ČR má rozhodující vliv na ukončení veškerých aktivit na trhu práce a výrazně se projevuje i v pozdějším ukončení pracovní aktivity mužů oproti ženám. Vzhledem k objektivně horšímu zdravotnímu stavu starších obyvatel vůči mladším může věk odchodu do důchodu, resp. zastoupení těchto osob na pracovním trhu, ovlivnit úroveň pracovní neschopnosti.

Hranice pro odchod do předčasného i normálního důchodu byla posunuta legislativními opatřeními z let 1995 a 1997.

Zákonem stanovená věková hranice odchodu do starobního důchodu byla do roku 1995 u mužů 60 let a u žen v závislosti na počtu vychovaných dětí v rozmezí od 53 let (žena vychovala 5 dětí a více) do 57 let (žena nevychovala žádné dítě). Tyto věkové hranice platily pro ty, kteří jich dosáhli do konce roku 1995. U ostatních pojištěnců je odchod do důchodu stanovován tak, že ke kalendářnímu měsíci, ve kterém pojištěnec dosáhne této hranice, se přičítávají u mužů dva kalendářní měsíce a u žen čtyři kalendářní měsíce za každý i započatý kalendářní rok z doby po 31. prosinci 1995 do dne dosažení věkových hranic pro odchod do starobního důchodu (Důchody-důchodci, 2008).

Průměrný věk odchodu do důchodu se, díky posunu věkové hranice stanovené pro odchod do starobního důchodu a možná také díky zlepšujícímu se zdravotnímu stavu starších občanů, od roku 1993 zvýšil průměrně o 2 roky. V roce 1993 činil 57 let, muži opouštěli pracovní trh v 59 letech, ženy v 54 letech. V roce 2007 již lidé končili svou pracovní kariéru průměrně v 59 letech, z toho muži v 61 letech a ženy v 58 letech (ČSÚ, 2009).

Finanční kompenzace pracovní neschopnosti

Výrazná změna v oblasti finanční kompenzace pracovní neschopnosti nastala v roce 1993, kdy se výše dávek nemocenského pojištění začala vypočítávat z hrubého příjmu, namísto čistého. Od téhož roku se nemocenské dávky začaly proplácet za kalendářní dny, zatímco dříve byly propláceny za pracovní dny a směny. Dřívější zájem práceneschopných na ukončení neschopnosti právě v pátek tak pominul a naopak bylo výhodnější dostávat dávky i za sobotu a neděli. Obě výše zmíněná opatření vedla k vyššímu využívání celého systému a prodloužení délky trvání pracovní neschopnosti (ČSÚ, 2005).

Tab. 4 – Výše redukčních hranic pro výpočet denního vyměřovacího základu a maximální výše denní dávky dle délky trvání PN, 1994–2007

Rok	První redukční hranice	Druhá redukční hranice	Maximální výše denní dávky		
			první 3 dny	4. až 14. den	nad 15 dnů
1994	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
1995	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
1996	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
1997	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
1998	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
1999	270 Kč	–	135 Kč	186 Kč	186 Kč
2000	400 Kč	590 Kč	257 Kč	355 Kč	355 Kč
2001	430 Kč	630 Kč	275 Kč	380 Kč	380 Kč
2002	480 Kč	690 Kč	303 Kč	418 Kč	418 Kč
2003	480 Kč	690 Kč	303 Kč	418 Kč	418 Kč
2004	480 Kč	690 Kč	140 Kč	385 Kč	418 Kč
2005	480 Kč	690 Kč	140 Kč	385 Kč	418 Kč
2006	510 Kč	730 Kč	148 Kč	408 Kč	443 Kč
2007	550 Kč	790 Kč	160 Kč	441 Kč	479 Kč

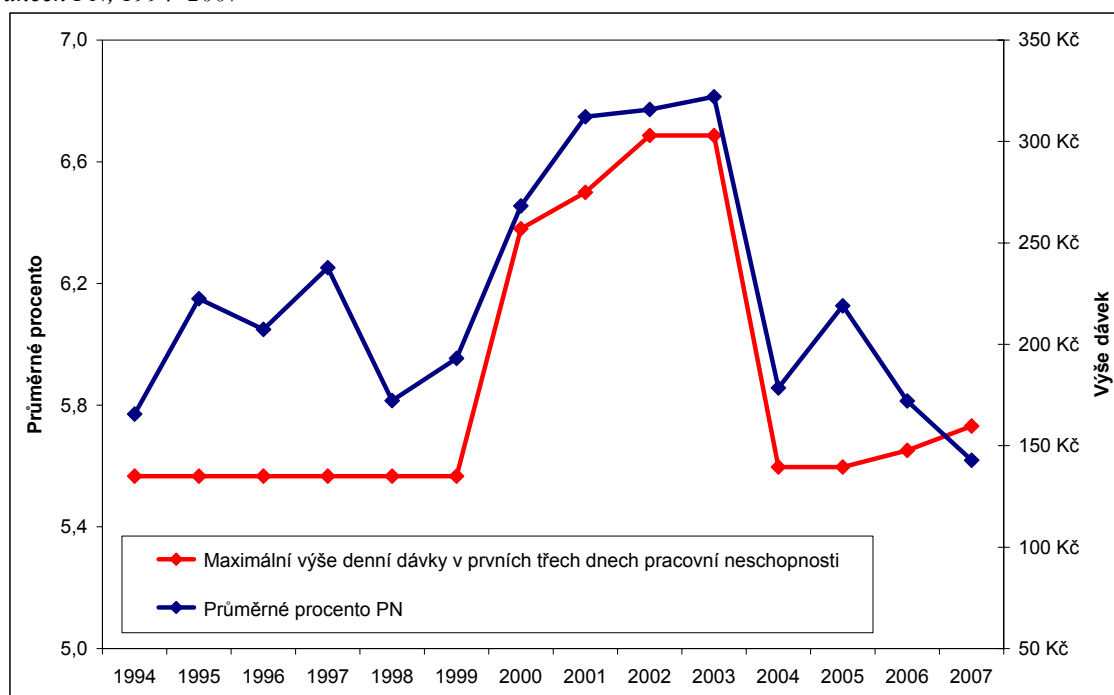
Zdroj: ČSSZ (2009a)

Po celé sledované období se výše nemocenského stanovovala z denního vyměřovacího základu pracovníka, nesměla však překročit stanovenou redukční hranici. Do konce září roku 1999 platila pouze jedna redukční hranice příjmu, od října byly zavedeny redukční hranice dvě.

Tyto dvě redukční hranice byly započítávány tak, že částka denního vyměřovacího základu spadající do první redukční hranice byla započítávána celá, částka mezi první a druhou redukční hranicí byla započítávána z 60 % a k částce nad druhou redukční hranici se nepřihlíželo. Od roku 2004 byl denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského za dobu prvních 14 kalendářních dní pracovní neschopnosti u první redukční hranice snížen ze dosud započítávaných 100 % na započítávaných 90 %. Do druhé redukční hranice se denní vyměřovací základ počítal nadále z 60 %.

Výše nemocenské se liší dle délky trvání pracovní neschopnosti. Až do roku 2004 činila v prvních třech dnech nemoci 50 % z denního vyměřovacího základu a v dalších dnech až do konce pracovní neschopnosti 69 %. V roce 2004 bylo nemocenské v prvních třech dnech nemoci sníženo z 50 % denního vyměřovacího základu na 25 %. Toto snížení mělo za následek pokles pracovní neschopnosti a pravděpodobně se tedy částečně podařilo redukovat fiktivní nemocnost. Od čtvrtého dne pracovní neschopnosti pracovník nadále dostával 69 % denního vyměřovacího základu.

Obr. 34 – Průměrné procento PN a maximální výše denní dávky nemocenské vyplácené v prvních třech dnech PN, 1994–2007



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

Z obr. 34 je patrná souvislost mezi průměrným procentem pracovní neschopnosti a maximální výší denních dávek vyplácených v prvních třech dnech nemoci. Mezi roky 2000 a 2003 došlo k nárůstu průměrného procenta pracovní neschopnosti pravděpodobně právě v důsledku vysoké finanční kompenzace již v prvních třech dnech nemoci. Je možné

předpokládat, že došlo k nárůstu počtu případů krátkodobé pracovní neschopnosti, ačkoliv nemám k dispozici data, která by toto potvrzovala.

8.2 Korelační a regresní analýza

Hodnoty vysvětlujících proměnných z let 1996 až 2007 popsané v předchozí podkapitole byly použity jako vstupní data do analýzy pracovní neschopnosti, která byla provedena pomocí programovacího systému na zpracování dat SAS 9.1.3. Konkrétně se jednalo o 14 vysvětlujících proměnných: naděje dožití ve věku 0 pro ženy a pro muže, zastoupení žen a osob starších 55 let na pracovním trhu, registrovaná míra nezaměstnanosti a míra zaměstnanosti, průměrný věk odchodu do starobního důchodu, variační koeficient mezd, průměrná mzda, index reálných mezd, podíl zaniklých podniků na 100 nově vzniklých, počet případů onemocnění chřipkou na 100 pojištěných osob, maximální výše denní dávky vyplácené nemocenské v prvních třech dnech nemoci a maximální výše denní dávky celkem.

Nejprve byla provedena korelační analýza všech proměnných. Z důvodu vyloučení existence multikolinearity (vzájemná závislost vysvětlujících proměnných) a zároveň docílení menšího počtu vysvětlujících proměnných než počtu pozorování, byl následně redukován jejich počet.

Byl odstraněn průměrný věk odchodu do starobního důchodu, který v sobě obsahoval v podstatě stejnou informaci jako podíl starších osob na trhu práce a také míra zaměstnanosti, která byla opakem míry registrované nezaměstnanosti.

Dále byla odstraněna průměrná mzda, index reálných mezd, variační koeficient mezd a střední délka života ve věku 0 pro muže i pro ženy. Údaje týkající se mezd a naděje dožití byly odstraněny zejména proto, že se jedná o data, u kterých nebylo předpokládáno, že by v agregované podobě a v časové řadě v rámci jednoho územního celku, tak jak byla k dispozici, mohla mít vliv na variabilitu úrovně pracovní neschopnosti. Dle mého názoru není např. možné předpokládat, že by nárůst průměrné či reálné měsíční mzdy vedl k snížení pracovní neschopnosti v celé společnosti.

Zbýlých 7 proměnných bylo použito jako vstupní data do regresní analýzy. Jednalo se konkrétně o tyto vysvětlující proměnné: zastoupení žen a starších osob na trhu práce, maximální výši denní dávky v prvních třech dnech nemoci, maximální výše denní dávky celkem, počet případů onemocnění chřipkou, podíl zaniklých podniků na 100 nově vzniklých a registrovanou míra nezaměstnanosti.

Byly stanoveny tři závislé proměnné: počet dní, průměrné trvání jednoho případu a průměrné procento pracovní neschopnosti. Pro každou z těchto proměnných byla následně provedena regresní analýza.

Pro analýzu vztahu mezi závisle proměnnou a vysvětlujícími proměnnými, které mohou přispět k objasnění její variability, byla použita metoda stepwise v rámci procedury REG v programu SAS.

Podstatou metody stepwise, čili postupné regresní analýzy, je výpočet prováděný v několika krocích. V každém kroku je ze souboru proměnných vybrána jedna proměnná, která vysvětluje

v kombinaci s již dříve vybranými proměnnými největší možné procento celkové variability. Metoda končí, když všechny dosud nevybrané proměnné jsou ve vztahu k vysvětlované proměnné na zvolené hladině spolehlivosti statisticky nevýznamné. Na rozdíl od podobných metod, v této je možné také odebrání již vybrané proměnné z modelu.

Tab. 5 – Korelační matice proměnných použitých v regresní analýze

		Correlations									
		proccelk	delkac	pripadyc	podilzen	c55	nezam	podniky	chripkap	davkytri	davkycelk
proccelk	Pearson Correlation	1	-.270	,625*	,153	-.286	,450	-.288	,483	,885**	,144
	Sig. (2-tailed)	.	,396	,030	,634	,368	,142	,364	,112	,000	,655
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
delkac	Pearson Correlation	-.270	1	-.919**	,537	,918**	,287	,944**	-.822**	-.012	,881**
	Sig. (2-tailed)	,396	.	,000	,072	,000	,366	,000	,001	,971	,000
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
pripadyc	Pearson Correlation	,625*	-.919**	1	-.375	-.863**	-.071	-.879**	,861**	,366	-.655*
	Sig. (2-tailed)	,030	,000	.	,230	,000	,826	,000	,000	,242	,021
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
podilzen	Pearson Correlation	,153	,537	-.375	1	,543	,652*	,591*	-.296	,416	,711**
	Sig. (2-tailed)	,634	,072	,230	.	,068	,022	,043	,351	,179	,010
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
c55	Pearson Correlation	-.286	,918**	-.863**	,543	1	,208	,847**	-.705*	,019	,861**
	Sig. (2-tailed)	,368	,000	,000	,068	.	,517	,001	,010	,953	,000
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
nezam	Pearson Correlation	,450	,287	-.071	,652*	,208	1	,280	-.018	,550	,459
	Sig. (2-tailed)	,142	,366	,826	,022	,517	.	,378	,956	,064	,133
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
podniky	Pearson Correlation	-.288	,944**	-.879**	,591*	,847**	,280	1	-.693*	-.103	,830**
	Sig. (2-tailed)	,364	,000	,000	,043	,001	,378	.	,012	,750	,001
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
chripkap	Pearson Correlation	,483	-.822**	,861**	-.296	-.705*	-.018	-.693*	1	,195	-.584*
	Sig. (2-tailed)	,112	,001	,000	,351	,010	,956	,012	.	,545	,046
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
davkytri	Pearson Correlation	,885**	-.012	,366	,416	,019	,550	-.103	,195	1	,425
	Sig. (2-tailed)	,000	,971	,242	,179	,953	,064	,750	,545	.	,169
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
davkycelk	Pearson Correlation	,144	,881**	-.655*	,711**	,861**	,459	,830**	-.584*	,425	1
	Sig. (2-tailed)	,655	,000	,021	,010	,000	,133	,001	,046	,169	.
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**-. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Vysvětlivky: Proccelk – procento PN, delkac – průměrné trvání jednoho případu PN, pripadyc – počet případů PN na 100 pojištěných osob, podilzen – zastoupení žen na pracovním trhu, c55 – zastoupení osob starších 55 let na pracovním trhu, nezam – míra registrované nezaměstnanosti, podniky – stabilita ekonomických subjektů, chripkap – počet případů PN způsobených chřipkou na 100 pojištěných osob, davkytri – maximální výše denních dávek nemocenské vyplácené v prvních třech dnech nemoci, davkycelk – maximální výše denních dávek nemocenské celkem

Počet případů na 100 pojištěných osob

Počet případů pracovní neschopnosti po celé sledované období plynule klesal. Díky tomuto vývoji koreluje se všemi vysvětlujícími proměnnými, které měly stejný, či opačný směr vývoje. Zejména silné jsou korelace s podílem zaniklých podniků na 100 nově vzniklých a podílem starších osob na trhu práce.

Výsledkem regresní analýzy byly 4 nabídnuté modely. Prvním nabízený model obsahoval jednu vysvětlující proměnnou (podíl zaniklých podniků na nově vzniklých) a vysvětloval 77 % variability závisle proměnné (počtu případů pracovní neschopnosti). Druhý model tvořily dvě nezávisle proměnné (podíl zaniklých podniků na nově vzniklých a počet případů onemocnění chřipkou) a vysvětlovaly 89 % variability. Třetí model, ve kterém byla k předešlým vysvětlujícím proměnným přibrána další (maximální výše dávek vyplácených v prvních třech dnech nemoci) vysvětloval 94 % variability závisle proměnné. Poslední model, obsahující tři

předešlé proměnné a navíc ještě proměnnou zastoupení starších osob na trhu práce objasňoval 98 % variability.

Tab. 6 – Počet případů PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze

Krok	Zadaná proměnná	Počet proměnných v modelu	Odhad parametru	Parciální R-kvadrát	R-kvadrát v modelu	C(p)	F hodnota	Pr > F
	Regresní		92,5020					
1	podniky	1	-0,2045	0,772	0,7720	147,026	33,85	0,0002
2	chripkap	2	0,0013	0,1218	0,8938	66,189	10,33	0,0106
3	davkytri	3	0,0421	0,0486	0,9424	35,138	6,76	0,0317
4	c55	4	-2,6709	0,0359	0,9783	12,762	11,56	0,0114

Jako nejlepší, tedy model, který umožňuje nejlepší predikci závisle proměnné pomocí nezávisle proměnných, bych označila model číslo 4, který obsahuje všechny 4 výše zmíněné proměnné.

Regresní rovnice má tvar:

$$y_4 = 92,5020 - 0,2045 x_1 + 0,0013 x_2 + 0,0421 x_3 - 2,6709x_4$$

Z korelační analýzy je patrný směr závislosti mezi vybranými vysvětlujícími proměnnými a vysvětlovanou proměnnou. Počet případů pracovní neschopnosti roste, když se snižuje podíl zaniklých podniků na 100 nově vzniklých (= ekonomické subjekty jsou stabilnější), když roste počet případů onemocnění chřipkou, když se zvyšuje maximální výše denní dávky za první tři dny pracovní neschopnosti a když klesá zastoupení starších osob na trhu práce.

Zatímco vliv počtu onemocnění chřipkou a zastoupení starších lidí na pracovním trhu na počet případů pracovní neschopnosti je možné pokládat za objektivně dané důvody, zbylé dvě proměnné odrážejí spíše reakci lidí na změněné socioekonomické podmínky v zemi.

Nárůst počtu případů pracovní neschopnosti v letech s vyšším výskytem chřipkových onemocnění byl již znázorněn na obr.33 v předchozí kapitole. Její význam je dán také tím, že nemoci dýchací soustavy, do nichž spadá také chřipka, se ve sledovaném období podílely na celkovém počtu případů pracovní neschopnosti z 40 až 45 %.

Nepřímá úměra mezi počtem případů pracovní neschopnosti a podílem starších lidí (ve věku 55+) na trhu práce je dána nižším počtem případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob v této věkové skupině v porovnání s ostatními věkovými skupinami. Roste-li tedy počet těchto osob na pracovním trhu, klesá podíl mladších osob, které se vyznačují častější absencí, což vede k snížení celkového počtu případů.

Zvyšuje-li se podíl zaniklých na nově vzniklých podnicích, signalizuje to méně stabilní tržní prostředí, což vede dle výsledků provedené regresní analýzy k poklesu počtu případů pracovní neschopnosti.

V předchozí kapitole byly nastíněny dva možné důsledky tohoto stavu. Jedna hypotéza vycházela z předpokladu, že v méně stabilním tržním prostředí (při nárůstu podílu zaniklých na nově vzniklých podnicích) bude docházet k vyššímu počtu případů pracovní neschopnosti. Tento nárůst by mohl být způsoben skutečnými zdravotními problémy, které by byly důsledkem

psychického stresu způsobeného obavou o zaměstnání. Kromě toho by mohl být nárůst počtu případů zapříčiněn jistou vypočítavostí zaměstnanců, kteří by se nechali svými lékaři prohlásit pracovní neschopnými, čím by oddálili dobu svého propuštění. Výsledky regresní analýzy tuto hypotézu nepotvrdily. Naopak spíše nasvědčují tomu, že počet případů narůstá v období větší stability ekonomických subjektů v důsledku méně disciplinovaného chování zaměstnanců, obdobně jako při nízké míře nezaměstnanosti.

Zvýšení nemocenských dávek, a to zejména na počátku pracovní neschopnosti, vede rovněž k častějšímu využívání pracovní neschopnosti. Počet případů může být zvyšován jednak tím, že lidé zůstávají doma i s banálnějšími onemocněními, jednak tím, že díky její finanční kompenzaci mohou lidé krátkodobou pracovní neschopnost použít i k jiným než zdravotním účelům.

Průměrné trvání jednoho případu

Vzhledem k jasnému rostoucímu trendu závisle proměnné prokázala provedená korelační analýza opět statisticky významnou souvislost mezi těmi nezávisle proměnnými, které mají taktéž rostoucí, popř. klesající trend. Zejména silný vztah byl prokázán opět s podílem zastoupení starších osob na pracovním trhu a stabilitou ekonomických subjektů na trhu práce.

Regresní analýza nabídla 3 modely vysvětlující variabilitu závisle proměnné. První model obsahující jednu vysvětlující proměnnou (stabilita ekonomických subjektů) se podílel na vysvětlení variabilitu závisle proměnné (délky pracovní neschopnosti) z 89 %. Druhý model, který kromě stability ekonomických subjektů tvořil také počet případů chřipky, vysvětluje 95 % variability. Poslední model, který se skládal z již dříve zapojených proměnných a nově přidané maximální výše denní dávky po dobu celé pracovní neschopnosti vysvětluje takřka 97 % variability závisle proměnné.

Tab. 7 – Průměrné trvání jednoho případu PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze

Krok	Zadaná proměnná	Počet proměnných v modelu	Odhad parametru	Parciální R-kvadrát	R-kvadrát v modelu	C(p)	F hodnota	Pr > F
	Regresní		26,6141					
1	podniky	1	0,1104	0,8921	0,8921	69,266	82,64	0,0001
2	chřipkap	2	-0,0002	0,0541	0,9461	32,574	9,03	0,0148
3	davkycelk	3	0,0093	0,0286	0,9747	14,116	9,03	0,0169

Variabilita závisle proměnné je nejlépe vysvětlitelná pomocí třetího modelu.

Regresní rovnice má tvar:

$$y_3 = 26,6141 + 0,1104x_1 - 0,0002x_2 + 0,0093 x_3$$

Vyšší nemocenské dávky a nestabilita ekonomických subjektů (vyšší podíl zaniklých podniků na nově vzniklých) prodlužují dobu trvání pracovní neschopnosti. Naopak častější výskyt chřipkových onemocnění průměrnou délku pracovní neschopnosti zkracuje.

Také v tomto případě je možné vysvětlující proměnné obsažené ve vybraném modelu rozdělit na ty objektivně dané (výskyt chřipkových epidemií) a na ty, které vedou pracovníky k určitému chování (stabilita ekonomických subjektů, výše nemocenské dávky).

Průměrná délka jedné pracovní neschopnosti roste spolu s podílem zaniklých podniků na nově vzniklých. Platí tedy, že čím méně stabilní tržní prostředí, tím delší trvání jednoho případu pracovní neschopnosti. Vztah těchto dvou proměnných je tedy opačný než v případě počtu případů. Je možné jej vysvětlit vypočítavostí pracovníků, kteří setrvávají delší dobu v pracovní neschopnosti, aby si tak zajistili vyšší příjem, než by jim po případném propuštění z práce poskytovala podpora v nezaměstnanosti. Zároveň tak oddálí obdržení výpovědi.

Mezi výskytem chřipkových epidemií a průměrnou délkou jednoho případu pracovní neschopnosti platí nepřímá úměra. Průměrná doba chřipkového onemocnění se pohybuje kolem 15 dní, je tedy o polovinu kratší než je průměrné trvání jedné pracovní neschopnosti bez ohledu na diagnózu. Zvýší-li se tedy počet těchto „kratších“ onemocnění, v důsledku to snižuje také průměrnou délku jednoho případu pracovní neschopnosti.

Vyšší nemocenské dávky vedou k nárůstu průměrného počtu dnů strávených v jedné pracovní neschopnosti. Toto by bylo možné interpretovat tak, že je to způsobeno vyšší finanční kompenzací, která umožní pracovníkovi setrvat v pracovní neschopnosti déle, aniž by mu z toho plynule velké ztráty. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že celková výše nemocenských dávek se snaží reagovat na výši průměrné mzdy. Jak průměrná hrubá měsíční mzda v průběhu sledovaného období plynule rostla, zvyšovaly se také nemocenské dávky. Výše nemocenské ve své absolutní hodnotě tedy stále rostla, ve vztahu k průměrné měsíčně mzdě však prudce vzrostla pouze v roce 2000, do té doby a také poté stagnovala či spíše klesala. To znamená, že interpretace naznačená na počátku tohoto odstavce je sporná, neboť čerpání nemocenské se ve vztahu k rostoucí průměrné mzdě stávalo pro pracovníky stále více finančně nevýhodné. Jednoduše řečeno, mzdy rostly rychleji než výše nemocenských dávek.

Průměrné procento pracovní neschopnosti

Na základě provedené korelační analýzy jsem zjistila silný vztah mezi závisle proměnnou a maximální výší dávek v prvních třech dnech pracovní neschopnosti.

Regresní analýzou byly vybrány dva modely nejlépe vysvětlující variabilitu závisle proměnné. První z nich (maximální výše denní dávky v prvních třech dnech pracovní neschopnosti) vysvětloval 78 % variability, druhý model (maximální výše denní dávky v prvních třech dnech neschopnosti a počet případů pracovní neschopnosti způsobený chřipkou) vysvětloval 88,5 % variability závisle proměnné.

Tab. 8 – Průměrné procento PN - Proměnné vybrané metodou stepwise v regresní analýze

Krok	Zadaná proměnná	Počet proměnných v modelu	Odhad parametru	Parciální R-kvadrát	R-kvadrát v modelu	C(p)	F hodnota	Pr > F
	Regresní		4,89915					
1	davyktri	1	0,00005	0,7836	0,7836	5,6346	36,22	0,0001
2	chripkap	2	0,00476	0,1004	0,8844	1,3099	7,79	0,0210

Variabilita závisle proměnné je nejlépe vysvětlitelná pomocí druhého modelu.

Regresní rovnice má tvar:

$$y_2 = 4,89915 + 0,00005x_1 + 0,00476x_2$$

Na základě dostupných dat se pomocí regresní analýzy se podařilo potvrdit vztah mezi procentem pracovní neschopnosti, maximální výší dávek v prvních třech dnech pracovní neschopnosti a počtem případů onemocnění chřipkou. Hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti je tedy nejlépe predikovatelná právě pomocí kombinace těchto dvou proměnných.

Mezi oběma vysvětlujícími proměnnými obsaženými v modelu a závisle proměnnou platí přímá úměra. Platí tedy, že procento pracovní neschopnosti roste při zvýšení maximální denní dávky vyplácené v prvních třech dnech nemoci a při výskytu chřipkové epidemie.

Nápadná souvislost mezi výší vyplácených nemocenských dávek v prvních třech dnech a průměrného procenta byla vykreslena již v předchozí kapitole (obr. 34). Nápadná shoda těchto dvou ukazatelů velmi nasvědčuje jistému zneužívání sociálního systému.

Na základě použití regresní analýzy se mi u všech třech závisle proměnných (počet případů na 100 pojištěných osob, průměrné trvání jednoho případu a průměrné procento pracovní neschopnosti) podařilo prokázat vliv jak subjektivních, tak objektivních příčin jejich vývoje. Mezi významné objektivní faktory patří výskyt chřipkových onemocnění, mezi subjektivní příčiny např. stabilita ekonomických subjektů či výše finanční kompenzace absence v zaměstnání. To potvrdilo obecný předpoklad, že pracovní neschopnost není ovlivňována pouze zdravotním stavem pracovníků, ale také jejich reakcí na vnější podněty.

Výsledky této analýzy je však nutné brát s rezervou, neboť dostupná agregovaná data neumožňovala detailnější analýzu. Při použití individuálních dat by byla velmi pravděpodobně prokázána souvislost mezi výší mzdy jedince a mírou pracovní neschopnosti, jak bylo ukázáno na příkladu Šetření nemocnosti v malých organizacích. Analýza individuálních dat by dále umožnila odkrýt existenci případných dalších vztahů, které nyní zůstaly skryty.

Kapitola 9

Střední a intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti

V této kapitole je Sullivanovou metodou pro roky 1997 a 2007 počítána střední délka života strávená v pracovní neschopnosti, tedy doba která zbývá osobám v konkrétní věkové skupině na prožití v pracovní neschopnosti do jejich 60.narozenin.

Pomocí metody E. Arriagy je dále počítána intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti, tedy průměrný počet let, který osoba na daném intervalu prožije v pracovní neschopnosti.

K výpočtu byla použita kombinace úmrtnostních tabulek, podílu nemocensky pojištěných osob a věkově specifické průměrné procento pracovní neschopnosti. Tento ukazatel v sobě zahrnuje informaci jak o délce, tak i četnosti pracovní neschopnosti.

9.1 Střední délka života strávená v pracovní neschopnosti

Obdobně jako úmrtnost, také míra pracovní neschopnosti se liší dle věku pojištěných osob a jednotlivé věkové skupiny mají na její konečnou úroveň rozdílný vliv. Obecně platí, že počet let, které jedinci zbývají na prožití v pracovní neschopnosti se s věkem snižuje, což v sobě odráží pouze fakt, že s věkem klesá střední délka života. Podíl let strávených v pracovní neschopnosti na počtu let, které osoba ve věku x prožije do věku $x + i$, s věkem naopak většinou narůstá.

Použitím Sullivanovy metody byla vypočtena střední délka života, která zbývala osobám v dané věkové skupině na prožití v pracovní neschopnosti do svých 60.narozenin. Výpočet byl proveden v 5letých věkových skupinách, mezi roky 20 a 60 let.

Pracovní neschopnost je událost opakovatelná, to znamená, že jedna osoba může v průběhu jednoho roku podstoupit studovanou událost vícekrát. Jiná osoba ji naopak nemusí podstoupit vůbec. Kromě rozdílnosti v četnosti výskytu se pracovní neschopnost liší také v počtu dní svého trvání. Jedna pracovní neschopnost může trvat den či dva, ale také měsíc či déle. Tyto dvě charakteristiky pracovní neschopnosti jsou nejlépe zohledněné právě v ukazateli průměrného procenta pracovní neschopnosti, tedy průměrného podílu denně práceneschopných osob. Informace o pouhém podílu osob, které v daném roce čerpali nemocenskou, bez ohledu na to kolikrát a po jakou dobu (nemocenskou ročně využije průměrně 38 % mužů a 42 % žen) by byla pro tento výpočet nedostačující.

Výpočet střední délky života strávené v pracovní neschopnosti vychází z úmrtnostní tabulky příslušného roku.

Vzhledem k tomu, že ukazatele pracovní neschopnosti jsou vztahovány k pojištěným osobám, byla použita analogie s výpočtem klasických tabulek ekonomické aktivity (labor-force-based measure) a získán tabulkový počet žijících pojištěných osob (L_x^{poj}), tabulkový počet dožívajících (I_x^{poj}) a následně dopočtena střední délka života pojištěných osob (e_x^{poj}).

Při výpočtu jsem postupovala podle následujících vzorečků:

Podíl pojištěných na celkovém počtu osob:

$$a_x = P_x^{poj} / P_x; \text{ kde } P_x^{poj} \text{ je počet pojištěných ve věku } x$$

$$L_x^{poj} = a_x * L_x$$

Jestliže k je věk maximálního podílu pojištěných osob, potom:

$$\text{Pro } x \leq k \quad I_x^{poj} = [0,5 * (L_{x-1} + L_x) * a_k] / n; \text{ kde } n \text{ je šíře věkového intervalu}$$

$$L_x^{poj'} = L_x * a_k$$

$$\text{Pro } x > k \quad I_x^{poj} = [0,5 * (L_{x-1}^{poj} + L_x^{poj})] / n; \text{ kde } n \text{ je šíře věkového intervalu}$$

$$L_x^{poj'} = L_x * a_x$$

$$e_x^{poj'} = T_x^{poj'} / I_x^{poj}$$

Poté byla pomocí Sullivanovy metody vypočtena střední délka života strávená v pracovní neschopnosti. Sullivanův princip spočívá v tom, že počet člověkoroků v daném věku L_x z úmrtnostní tabulky se násobí podílem osob $s_{x,i}$ vystavených sledovanému jevu (i) v daném věku (x) a pak se klasickým způsobem vypočítá $e_{x,i}$ (Rychtaříková, 2006).

$$e_{x,i} = [\sum (s_{x,i} * L_x)] / I_x$$

V případě výpočtu střední délky života strávené v pracovní neschopnosti byl podíl osob nahrazen průměrným procentem, tedy podílem osob, které denně absentují v práci z důvodu nemoci či úrazu, aby byla do ukazatele zakomponována délka pracovní neschopnosti. Počet žijících v dokončeném věku L_x byl nahrazen počtem žijících pojištěných osob $L_x^{poj'}$ a počet dožívajících I_x počtem pojištěných dožívajících I_x^{poj} .

$$L_x^{pn} = uspn_x * L_x^{poj'}; \text{ kde } uspn_x \text{ je průměrný podíl osob denně absentujících v práci.}$$

$$e_x^{pn} = T_x^{pn} / I_x^{poj}$$

Základem výpočtu byla tedy úmrtnostní tabulka. Z ní byla použita L_x , která byla násobena podílem pojištěných osob v dané věkové kategorii a tím získány hodnoty L_x^{poj} . Pomocí analogie tabulek ekonomické aktivity byl vypočten tabulkový počet žijících pojištěných $L_x^{poj'}$

a dožívajících pojištěných l^{poj}_x . Následně byl L^{poj}_x vynásoben průměrným podílem osob denně absentujících v práci (průměrné procento PN) a získány vstupní hodnoty L^{pn}_x do konečného výpočtu střední délky života strávené v pracovní neschopnosti.

Dále již bylo postupováno dle obecného vzorečku pro výpočet e_x . L^{pn}_x bylo nakumulováno od spodu a tak získán počet človekoročků T^{pn}_x , který byl poté vydělen l^{poj}_x . Následně bylo získáno požadované e^{pn}_x , střední délka života, kterou pojištěné osoby v dané věkové kategorii stráví v pracovní neschopnosti do svých 60.narozenin, tedy do věku, kdy se již většina osob nachází mimo pracovní trh.

Tab. 9 – Střední délka života strávená v PN a její podíl na celkové střední délce života pojištěných osob v dané věkové kategorii, 1997 a 2007

Věková skupina	e^{pn}_x 1997	e^{pn}_x / e^{poj}_x 1997	e^{pn}_x 2007	e^{pn}_x / e^{poj}_x 2007	e^{pn}_x 2007 / e^{pn}_x 1997
20 - 24	2,45588	6,76%	2,12483	5,69%	86,52%
25 - 29	2,09435	6,66%	1,80376	5,55%	86,13%
30 - 34	1,79833	6,77%	1,55133	5,63%	86,27%
35 - 39	1,53150	7,06%	1,30619	5,76%	85,29%
40 - 44	1,25730	7,46%	1,08302	6,09%	86,14%
45 - 49	1,15722	7,94%	0,85702	6,63%	74,06%
50 - 54	0,77460	8,39%	0,71498	7,36%	92,30%
55 - 59	0,41004	8,55%	0,42154	8,24%	102,81%

Mezi roky 1997 a 2007 došlo ke zkrácení doby, kterou osoby průměrně prožijí v pracovní neschopnosti. Výraznější změna byla zaznamenána v mladších věkových skupinách. Osoby ve věkové skupině 20–24 let prožily v roce 1997 do svých 60.narozenin v pracovní neschopnosti průměrně 2,5 let, zatímco v roce 2007 již jen 2,1 rok. Došlo tak ke snížení o necelých 15 %.

V rámci výpočtu střední délky života strávené v pracovní neschopnosti byl také potvrzen nárůst pracovní neschopnosti mezi staršími pracovníky. Zatímco střední délka života strávená v pracovní neschopnosti se ve většině věkových skupin oproti roku 1997 zkrátila, v nejstarší věkové skupině došlo naopak k jejímu nárůstu. Tento nárůst nebyl nikterak výrazný, i přesto je dokladem výše zmíněného trendu.

Nejmladší věková skupina 20–24 let v roce 1997 měla před sebou 29,5 měsíce na prožití v pracovní neschopnosti, v roce 2007 už jen 25,5. Kdyby se tento počet měsíců strávených v pracovní neschopnosti přepočel na dobu, která jim zbývá do 60.narozenin, znamenalo by to, že ročně budou v pracovní neschopnosti přibližně 0,8 měsíce v roce 1997 a 0,7 měsíce v roce 2007. Je nutné brát v úvahu, že do výpočtu je zahrnována také dlouhodobá nemocnost, která dobu strávenou v pracovní neschopnosti výrazně prodlužuje.

Podíl doby strávené v pracovní neschopnosti na celkové střední délce života pojištěných osob zbývajících do jejich 60.narozenin v dané věkové skupině s věkem narůstal. Doba strávená v pracovní neschopnosti činila u nejstarších pracovníků v obou srovnávaných letech více než 8 %. Zajímavé je, že ačkoliv doba strávená v pracovní neschopnosti v roce 2007 byla oproti roku 1997 delší (nárůst o 3 %), její podíl na celkové střední délce života pojištěných osob se snížil. Zatímco v roce 1997 tvořila 8,55 % doby zbývajících na dožití v pracovní neschopnosti do 60.narozenin, v roce 2007 její podíl činil 8,24 %. Tato skutečnost byla způsobena delší střední délkou života pojištěných osob v roce 2007.

V roce 1997 prožili pojištěné osoby ve věkové skupině 20–24 let v pracovní neschopnosti 6,8 % ze střední délky života pojištěných osob zbývajících do 60.narozenin. Díky snížení úrovně pracovní neschopnosti mezi srovnávanými roky (z 6,25 % na 5,62 %) se v mladších věkových skupinách snížil také podíl let prožitý v pracovní neschopnosti. Pojištěné osoby ve věku 20–24 let v roce 2007 prožili v pracovní neschopnosti už jen 5,7 % doby zbývajících do jejich 60.narozenin.

9.2 Intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti

V předchozí kapitole byla Sullivanovou metodou vypočtena střední délka života strávená v pracovní neschopnosti pro roky 1997 a 2007. Při srovnání těchto dvou let bylo zjištěno, že k větším změnám došlo spíše v mladších věkových kategoriích. Z tohoto důvodu je tato kapitola zaměřena právě na tyto věkové skupiny a metodou E. Arriagy je vypočtena intervalová délka života pro věkovou skupinu 20–39 let v 5letých intervalech.

Intervalová délka života pracovní neschopnosti udává průměrný počet let prožitý osobou na určitém intervalu (mezi věkem x a $x+i$) v pracovní neschopnosti. Jedná se o analogii intervalové délky života (${}_i e_x$), která slouží k hodnocení změn úmrtnosti mezi roky t a $t+n$ (Arriaga, 1984).

$${}_i e_x = (T_x - T_{x+i}) / l_x$$

Výpočet intervalové délky pracovní neschopnosti byl opět založen na kombinaci úmrtnostních tabulek, podílu pojištěných osob a průměrném podílu denně práceneschopných osob. Navazuje na výpočet střední délky života strávené v pracovní neschopnosti.

Intervalovou délku života ve dvou srovnávaných letech je možné také dekomponovat, čímž zjistíme příspěvy změny úrovně pracovní neschopnosti v konkrétní věkové skupině k celkovému rozdílu mezi těmito roky, tedy střední délce života při narození či intervalové délce života v určitém věkovém rozmezí.

Zároveň získáme vliv přímého a nepřímého efektu a efektu interakce na změnu intervalové délky pracovní neschopnosti. Díky způsobu výpočtu (vychází z úmrtnostní tabulky) v sobě výsledné efekty odrážejí nejen změny v pracovní neschopnosti, ale také v úmrtnostních poměrech. Přímý efekt je tak jednak efektem intenzity pracovní neschopnosti, ale také intenzity úmrtnosti. Nepřímý efekt je produktem intenzity, tedy toho, že se na konci každého intervalu dožívá díky zlepšujícím se úmrtnostním poměrům stále více lidí a efekt interakce je efekt celkové změny pracovní neschopnosti, která nemůže být přidělena konkrétní věkové skupině (Arriaga, 1984).

Nejprve byla spočtena intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti mezi věkem x a $x+i$ pro oba srovnávané roky (1997 a 2007) podle přízpusobeného, již výše uvedeného vzorečku:

$${}_i e_x^{pn} = (T_x^{pn} - T_{x+i}^{pn}) / l_x^{poj}$$

Rozdíl mezi intervalovými délkami života stráveným v pracovní neschopnosti v letech t a $t+a$ byl dále dekomponován na jednotlivé efekty.

Nejprve byl spočten přímý efekt jednotlivých věkových skupin na intervalovou délku života ve věku a , podle vzorečku:

$${}_i\text{TDE}_x^{\text{pn}} = (l_x^{\text{poj } t} / l_a^{\text{poj } t}) * ({}_i e_x^{\text{pn } t+n} - {}_i e_x^{\text{pn } t})$$

kde, $l_x^{\text{poj } t}$ je počet tabulkových pojištěných dožívajících ve věku x v roce t , $l_a^{\text{poj } t}$ je tabulkový počet pojištěných dožívajících ve věku a , tj. věku, který chceme dekomponovat, ${}_i e_x^{\text{pn } t}$ je intervalová délka pracovní neschopnosti ve věku x v roce t a ${}_i e_x^{\text{pn } t+n}$ je intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti ve věku x , v roce $t+n$.

Nepřímý efekt je produktem intenzity. Vzhledem k tomu, že dekomponujeme intervalovou délku života, nikoliv střední délku života, byl vypočten podle vzorečku:

$${}_i\text{TIE}_x = ({}_i\text{CS}_x / l_a^{\text{poj } t}) * {}_u e_{x+i}^{\text{pn } t}$$

Kde ${}_u e_{x+i}^{\text{pn } t}$ je intervalová délka života od věku $x+i$ do věku $a+j$ a vypočte se:

$${}_u e_{x+i}^{\text{pn } t} = (T_{x+i}^{\text{pn } t} - T_{a+j}^{\text{pn } t}) / l_{x+i}^{\text{poj } t}$$

${}_i\text{CS}_x$ změna v počtu přežívajících ve věku $x+i$ a vypočte se podle vzorečku:

$${}_i\text{CS}_x = l_x^{\text{poj } t} * (l_{x+i}^{\text{poj } t+n} / l_x^{\text{poj } t+n}) - l_{x+i}^{\text{poj } t}$$

Na závěr byl spočítán efekt interakce, který je rozdílem mezi nepřímým efektem IE a pomocnou komponentou ${}_i\text{TOE}_x$, podle vzorečku:

$${}_i\text{TI}_x = {}_i\text{TOE}_x - {}_i\text{TIE}_x$$

Přičemž pomocnou komponentu ${}_i\text{TOE}_x$ spočteme:

$${}_i\text{TOE}_x = ({}_i\text{CS}_x / l_a^{\text{poj } t}) * {}_u e_{x+i}^{\text{pn } t+n}$$

Intervalová délka života strávená v pracovní neschopnosti pro věkovou skupinu 20–39 let v roce 1997 činila 1,23 let. Znamená to, že osoby na tomto věkovém intervalu prožily v pracovní neschopnosti v průměru více než jeden rok. V roce 2007 byla intervalová délka života o 0,166 let kratší a osoby prožily na tomtéž intervalu v pracovní neschopnosti 1,06 let. Osoby na věkovém intervalu 20–39 let v roce 1997 průměrně ročně chyběly v práci z důvodu nemoci či úrazu 24 dní, v roce 2007 už jen 21 dní.

Při detailnějším pohledu na 5leté věkové intervaly, které tvoří tuto velkou věkovou skupinu zjistíme, že nejvíce (33 %) se na změně její intervalové délky pracovní neschopnosti podílela

věková skupina 35–39 let. Takto staré pojištěné osoby prožily v roce 1997 na tomto intervalu 0,285 let v pracovní neschopnosti, roce 2007 už jen 0,229 let. Nejméně se naopak na celkové změně úrovně pracovní neschopnosti na širokém intervalu 20–39 let podílela věková skupina 30–34 let (14,5 %).

Tab. 10 – Intervalová délka života strávená v PN a její dekompozice, věková skupina 20-39 let, 1997 a 2007

Věková skupina	${}_i e_x^{pn} 1997$	${}_i e_x^{pn} 2007$	Přímý efekt	Nepřímý efekt	Interakce		
20 - 24	0,368777	0,326105	-0,042672	0,000576	-0,000083	-0,042179	25,44%
25 - 29	0,303138	0,257385	-0,045594	0,000424	-0,000060	-0,045230	27,28%
30 - 34	0,274832	0,250293	-0,024357	0,000362	-0,000070	-0,024065	14,51%
35 - 39	0,284691	0,229652	-0,054346			-0,054346	32,77%
20 - 39	1,231437	1,063435	-0,166969	0,001361	-0,000213	-0,165821	
			99,07%	0,81%	0,13%		

Přímý efekt, tedy změna intenzity pracovní neschopnosti, se na změně intervalové délky života mezi roky 1997 a 2007 na intervalu 20–39 let podílel z více než 99 %. Vliv působení ostatních efektů byl tak zanedbatelný.

Kapitola 10

Závěr

Ukazatel počtu hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných a ukazatel průměrného trvání jednoho případu pracovní neschopnosti měly po celé sledované období zcela opačný průběh. Zatímco počet případů se od počátku 90. let snižoval, hlavně díky rychlému poklesu úrazovosti, jejich délka se prodlužovala, a to především z důvodu nárůstu pracovní neschopnosti pro nemoc. Jinými slovy to znamená, že stále menší počet pracovní neschopných byl v pracovní neschopnosti stále déle. Průměrné procento, které podává komplexní pohled na problematiku pracovní neschopnosti, mělo spíše rostoucí tendenci, klesat začalo pod vlivem legislativních úprav v roce 2004.

Pokles pracovní neschopnosti po zavedení legislativních opatření nasvědčuje tomu, že tyto úpravy pomohly zamezit zvýšenému využívání systému nemocenských dávek. Nabízí se však otázka, zda spíše nevedly k přecházení méně vážných onemocnění, které ve svém důsledku vedly k dlouhodobějším zdravotním potížím, na jejichž léčbu bylo spotřebováno více finančních prostředků a které mohly vést v extrémních případech k trvalému poškození zdraví.

V této práci jsem se detailněji nezaměřila na finanční stránku problematiky. O dopadu provedených změn na výši výdajů jdoucích na pokrytí nemocenských dávek, popř. průměrných výdajů na jednu pracovní neschopnost, je tedy možné se jen dohadovat.

V průběhu sledovaného období došlo k poklesu případů krátkodobé pracovní neschopnosti, čímž mohla být zredukována fiktivní pracovní neschopnost, ale naopak došlo k nárůstu průměrného trvání jednoho případu. Snížil se tak počet případů s nižší finanční kompenzací, ale naopak narostl počet dlouhodobějších případů, které jsou jednak kompenzovány vyšší částkou a jednak je tato částka vyplácena po delší dobu.

Bezprostředně po zavedení legislativních opatření se jejich dopad projevil výrazným snížením celkového objemu peněz vyplaceného na nemocenské dávky mezi roky 2003 a 2004. Zatímco v roce 2003 bylo vyplaceno 29,5 miliard Kč, v roce 2004 jen 24,7 miliard Kč. Po tomto prudkém poklesu však opět následoval nárůst, který ale již nedosáhl úrovně roku 2003. V roce 2007 bylo vyplaceno 27,8 miliard Kč. Tento nárůst byl zastaven a obrácen až legislativními opatřeními zavedenými v roce 2008 (ČSSZ, 2009b).

Dá se tedy říci, že legislativní opatření měla dlouhodobý vliv na vývoj průměrného procenta, jakožto komplexního ukazatele problematiky pracovní neschopnosti, které od roku 2004 klesalo. Na ekonomickou stránku věci, tedy na výši výdajů vyplacených na nemocenské dávky, měla jen krátkodobý vliv. Nesoulad mezi vývojem průměrného procenta pracovní neschopnosti a objemem vyplacených dávek nasvědčuje výše uvedené hypotéze, tedy že i přes

pokles celkového počtu případů vedl nárůst dlouhodobé pracovní neschopnosti k opětovnému zvýšení výdajů.

Je nutno upozornit také na fakt, že snížení výdajů na nemocenské dávky je dáno dvojitým působením legislativních změn. Jednak byla snížena výše vyplácených dávek, což by samo o sobě vedlo k snížení celkového objemu výdajů i při zachování stejné úrovně pracovní neschopnosti. Jednak snížení finanční kompenzace vedlo k tomu, že pracovníci čerpali nemocenské dávky méně, ať již z důvodu přecházení méně závažných onemocnění, čerpání dovolené namísto nástupu do pracovní neschopnosti či z důvodu nevyužívání pracovní neschopnosti z jiných než zdravotních důvodů. Při detailnější analýze by bylo zajímavé zjistit, do jaké míry se každá z těchto složek podílela na celkovém poklesu výdajů na nemocenské dávky.

Metodou regresní analýzy byl prokázán vliv socioekonomických proměnných na hodnotu ukazatelů pracovní neschopnosti. Toto zjištění potvrdilo předpoklad, že za úrovní pracovní neschopnosti nestojí čistě nemocnost či úrazovost pojištěných osob, ale že tyto osoby pružně reagují na vnější podněty a přizpůsobují jim své chování v oblasti využívání pracovní neschopnosti. Byl potvrzen vliv výše finanční kompenzace zejména krátkodobé pracovní neschopnosti. Naopak nebyla prokázána souvislost mezi mírou nezaměstnanosti a pracovní neschopnosti, ačkoliv nezaměstnanost je obecně řazena mezi jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících pracovní neschopnost.

Na vývoji ukazatelů pracovní neschopnosti měla hlavní podíl rostoucí či klesající intenzita sledovaného jevu. Vliv věkové struktury byl takřka zanedbatelný. Nejsilněji se věková struktura projevovala ve věkových skupinách 20–24 let a 55–59 let. Zatímco v té prvně jmenované došlo k poklesu počtu pojištěných osob, u druhé v pořadí došlo naopak k nárůstu, což mělo za následek vzájemné vyrušení vlivu věkové struktury na vývoj ukazatelů pracovní neschopnosti.

Z těchto důvodů je velmi těžké predikovat budoucí vývoj pracovní neschopnosti, neboť ta bude dozajista formována mnohem více vnějšími podněty než působením demografické struktury obyvatelstva.

Stárnutí ekonomicky aktivní populace, tedy vyšší zastoupení starších osob na trhu práce, se však nevyhnutelně projeví také v problematice pracovní neschopnosti. V provedené analýze bylo dokázáno, že počet případů na 100 pojištěných starších pracovníků je v porovnání s ostatními věkovými skupinami nižší, ale jeden případ pracovní neschopnosti těchto osob trvá naopak delší dobu. Výsledkem toho je, že starší pracovníci dosahují nejvyššího a stále rostoucího průměrného procenta pracovní neschopnosti. Roste nejen intenzita výskytu pracovní neschopnosti u těchto osob, ale roste i počet těchto osob samotných. Zvyšující se podíl starších osob na trhu práce povede k nárůstu celkového procenta pracovní neschopnosti a zároveň k vyššímu zatížení sociálního systému. Vyšší procento pracovní neschopnosti znamená menší využití pracovní doby a tedy nižší produktivitu. Vyskytne se zde tedy patrně stejný problém, jaký je obecně spojován se stárnutím populace. Menší množství pracovní síly bude pracovat pro větší množství pracovně neschopných.

Snižování pracovní neschopnosti je bezpochyby žádoucí. Jednak z toho důvodu, aby se zvýšila produktivita práce, resp. využití pracovní doby a jednak proto, aby se snížily výdaje

státního rozpočtu na vyplácení nemocenských dávek. Jestliže se před rokem 1990 hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti dlouhodobě pohybovala kolem hodnoty 4,3 %, je možné tuto úroveň považovat za „přirozenou“. Po tomto roce docházelo k jeho narůstání až do roku 2003. Poté začalo průměrné procento klesat a v roce 2007 dosahovalo hodnoty 5,6 %. Bylo tedy stále o 1,3 procentní body (30 %) vyšší než jeho „přirozená úroveň“, z čehož plyne značný prostor pro další snižování.

V provedené analýze byl prokázán vliv socioekonomických podmínek na úroveň pracovní neschopnosti. Pomocí legislativních zásahů je tedy možná úprava vnějších podmínek a následné dosažení nižší úrovně pracovní neschopnosti. Mezi legislativně ovlivnitelné faktory patří např. změna výše finanční kompenzace pracovní neschopnosti či podílení se zaměstnavatele na této kompenzaci.

Snížením finanční kompenzace jednak klesají výdaje na nemocenské dávky a jednak jsou pracovníci odrazováni od jejich nadbytečného čerpání. Snižování nemocenských dávek by však nemělo překročit určitou hranici a vzhledem k placení nemocenského pojištění by měl být zachován jejich sociální charakter.

Zapojení zaměstnavatele do proplácení nemocenských dávek podněcuje jeho zájem o co nejnižší pracovní neschopnost jeho zaměstnanců. Může vést jednak k tomu, že zaměstnavatel bude více kontrolovat oprávněnost pracovní neschopnosti svých zaměstnanců, nebo bude moci vyplácet prémie za nízkou/žádnou absenci v zaměstnání. Zároveň jej toto opatření odrazuje od případného posílání svých zaměstnanců do pracovní neschopnosti v případě nedostatku práce ve firmě. V zájmu nižší pracovní neschopnosti by také mohl zavést flexibilní pracovní dobu, jejíž pozitivní vliv byl prokázán zahraniční literaturou. Stát i zaměstnavatelé by shodně měli usilovat o efektivní kontrolu osob čerpajících nemocenské dávky.

Kromě těchto legislativních změn se v zájmu snížení výdajů na proplácení nemocenských dávek nabízí otázka placení rozdílné výše nemocenského pojištění v jednotlivých socioekonomických skupinách pracovníků. Tímto by ale nemocenské pojištění ztratilo svůj solidární charakter.

Při aplikování ryze ekonomických zásad by pracovníci, kteří dosahují vyšší úrovně pracovní neschopnosti a tím více čerpají nemocenské dávky, měli odvádět vyšší nemocenské pojištění. Z tohoto pohledu by nejvyšší nemocenské pojištění platili pracovníci, s nejnižším dokončeným vzděláním a nejnižší hrubou měsíční mzdou. Ze sociálního hlediska je toto obtížně proveditelné a je otázkou, zda žádoucí. Zároveň by to nezaručilo snížení nákladů, neboť by tito pracovníci pod vlivem zvýšených nákladů na nemocenské pojištění mohli pracovní neschopnosti využívat ještě více. Případné zohlednění věkového hlediska při stanovování výše nemocenského pojištění by mohlo být považováno, dle mého názoru oprávněně, za diskriminující a neetické; s rostoucím věkem je zhoršující se zdravotní stav považován za přirozený.

Snížení fiktivní pracovní neschopnosti a výdajů na nemocenské dávky by bylo možné řešit důslednými kontrolami dočasně pracovní neschopných osob. Kontrolní pracovníci by se měli zaměřit na specifické skupiny zaměstnanců, které se vyznačují zvýšenou pracovní neschopností, popř. její periodicitou. Tito pracovníci by zároveň měli být neuplatní a měli by ke všem kontrolovaným osobám přistupovat stejně, což není, dle mého názoru, v českém prostředí vždy pravidlem.

V rámci snižování pracovní neschopnosti by byla žádoucí podpora preventivních programů. Při členění pracovní neschopnosti dle diagnóz bylo zjištěno, že nemoci pohybového aparátu u osob starších 40 let výrazně převyšují počet průměrně denně absentujících osob z důvodů ostatních diagnóz. Z toho důvodu by stát a zaměstnavatelé měli preventivně předcházet zejména těmto příčinám pracovní neschopnosti např. formou přispívání na cvičební či rehabilitační kurzy, plavání atd.

Pro celkové lepší sledování a analyzování změn ve vývoji pracovní neschopnosti v České republice by bylo užitečné sjednotit jejich evidenci. Údaje zveřejňované ČSÚ a ÚZIS ČR se liší a zároveň jsou tříděny dle různých kategorií. Jako velké pozitivum statistiky ÚZIS ČR bych uvedla třídění základních ukazatelů dle věku, které ale bohužel není vždy kombinováno s členěním dle pohlaví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARRIAGA, E. E. 1984. Measuring and Explaining the Change in Life Expectancies. *Demography* 1984, Vol. 21, No. 1, s. 83-96.
- BALLEBYE, M.; NIELSEN, H. O. 2007. Factors influencing sickness absence. *Eurofound* [online]. September 2007 [cit. 2009-03-20]. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007/08/DK0708019I.htm>
- 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. *Eurofound* [online]. July 2008 [cit. 2009-03-17]. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2008/02/NL0802069I.htm#contentpage>
- BONATO, L.; LUSINYAN, L. 2007. Work absence in Europe. *International Monetary Fund Staff Papers*, 2007, Vol. 54, No. 3. Dostupný z WWW: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2004/wp04193.pdf>
- BURKOVÁ, J. 2004. Přejít do důchodu a stáří. *Senio* [online]. Říjen 2004 [cit. 2009-04-13]. Dostupný z WWW: <http://www.senio.cz/index.php?w=art&id=982&rub=8&s=>
- Businessinfo. 2008a. *Hrubý domácí produkt* [online]. Aktualizováno dne: 7.3.2008. [cit. 2008-7-12]. Dostupný z WWW <http://www.businessinfo.cz/cz/rubrika/as-hruby-domaci-produkt/1001560/>
- Businessinfo. 2008b. *Podnikatelské prostředí v ČR* [online]. Aktualizováno dne: 6.11.2008. [cit. 2008-11-14]. Dostupný z WWW: <http://www.businessinfo.cz/cz/rubrika/podnikatelske-prostredi-v-cr/1000604/>
- Důchody-důchodci. 2008. *Důchodový věk, odchod do důchodu* [online]. Aktualizováno dne: 13.8.2008 [cit. 2008-08-21]. Dostupné z WWW: www.duchody-duchodci.cz/duchodovy-vek.php

- Fondy Evropské unie. 2008. *Míry zaměstnanosti a ekonomické aktivity* [online]. Zveřejněno dne: 21.6.2008 [cit. 2008-07-10]. Dostupný z WWW: www.strukturalni-fondy.cz/oprlz/miry-zamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity
- ČSSZ. 2009a. *Nemocenské pojištění* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/>
- ČSSZ. 2009b. *Nemocenská statistika* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/>
- ČSÚ. 1990 až 2000. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR, 1990 až 2000*. Český statistický úřad.
- ČSÚ. 2005. *Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1990–2003*. [online]. Kód: 1127-05. Zveřejněno dne: 1.1.2005. [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/1127-05>
- ČSÚ. 2006. *Analýza trhu práce 1993-2005* [online]. Aktualizováno dne: 28.10.2006. [cit. 2008-11-13]. Dostupný z WWW: http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/publ/3111-06-1993_az_2005
- ČSÚ. 2007. *Analýza trhu práce 2000-2007* [online]. Aktualizováno dne: 2.10.2008. [cit. 2008-11-13]. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3111-08>
- ČSÚ. 2008a. *Demografická ročenka České republiky 2002 až 2007* [online]. [cit. 2008-11-18]. Aktualizováno dne: 13.11.2008. Dostupný z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/4019-08>
- ČSÚ. 2008b. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v ČR 2001 až 2007* [online]. Aktualizováno dne: 22.4.2008. Dostupné také z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/p/3305-07>
- ČSÚ. 2008c. *Registr ekonomických subjektů* [online]. Aktualizováno dne: 22.5.2008. [cit. 2008-07-06]. Dostupný z WWW: www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/registr_ekonomickyh_subjektu
- ČSÚ. 2008d. *Stav a pohyb obyvatelstva v České republice* [online]. Aktualizováno dne: 2.4.2008. [cit. 2008-07-09]. Dostupný z WWW: www.czso.cz
- ČSÚ. 2008e. *Zaměstnanost a nezaměstnanost v ČR podle výsledků VŠPS* [online]. Aktualizováno dne: 18.4.2008. [cit. 2008-07-02]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zam_cr

- ČSÚ. 2009. *Statistická ročenka České republiky* [online]. Aktualizováno dne:6.3.2009. [cit. 2009-04-09]. Dostupný z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/statisticke_rocenky_ceske_republiky
- GIMENO, D. et al. 2004. *Distribution of sickness absence in the European Union countries*. Southwest Center for Occupational and Environmental Health, The University of Texas School of Public Health, USA. Dostupný z WWW: <http://oem.bmj.com/cgi/content/full/61/10/867#T1>
- HENDERSON, M. et al. 2005. Long term sickness absence. *British Medical Journal*. 2005, Vol. 330, s. 802-803. Dostupný z WWW: <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/330/7495/802>
- 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
- HOLMLUND, B. 2004. Sickness absence: An Introduction. *Swedish economic policy review*. 2004, Vol. 11, No. 1. Dostupný z WWW: <http://www.regeringen.se/sb/d/574/a/95426>
- HRKAL, J. 2008. Prezentace indikátoru „Zdravá délka života“ v zemích EU. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky* [online]. Březen 2008. [cit. 2009-02-21] Dostupný z WWW: www.uzis.cz.
- KALIBOVÁ, K. 2001. Úvod do demografie. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum 2001.
- KASALOVÁ – DAŇKOVÁ, Š.; HRKAL, J. 2005. Zdravá délka života u obyvatel EU. *Demografie* [online] Červenec 2005. [cit. 2009-04-12] Dostupný z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=107
- KLESLA, A. 2007. Pracovní neschopnost – faktor omezující produktivitu práce. *Demografie* [online]. Listopad 2007 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=512
- KITAGAWA, E. 1955. Components of a Difference Between Two Rates. *Journal of the American Statistical Association*. 1955, Vol. 50, s. 1168 – 94.
- KOLACIA, L. aj. 2004. Stárnutí pracovní populace. *České pracovní lékařství*. 2004, č. 4, s. 209 – 213. Dostupný z WWW: http://www.tigis.cz/prac/CPL_04_06/web/pdf/07_Kolaci_web.pdf

- MLČOCH, Z. Pracovní neschopnost, nemocenská, neschopenky - pravidla, nárok [online]. [cit. 2009-04-14]. Dostupný z WWW: http://www.zbynekmlcoch.cz/info/pravo/pracovni_neschopnost_nemocenska_neschopenky_pravidla_narok.html
- MPSV. 2006. *Vývoj pracovní neschopnosti a struktury práce neschopných*. Dostupný z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/616/Vyvoj_PN_06.pdf
- MPSV. 2007. *Pojistné systémy* [online]. Aktualizováno dne: 8.11.2007. [cit. 2008-04-16]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/4753>
- NORTH, F. et al. 1993. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 1993, Vol. 306, s. 361-366. Dostupný z WWW: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1676477>
- NOVÁK, J. 2005. Mění se dlouhodobý trend pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz? *Statistika*, 2005, č. 5, s. 506-519. Dostupný z WWW: <http://panda.hyperlink.cz/cestapdf/pdf05c6/novak.pdf>
- 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, s. 97–114. Dostupný z WWW: <http://cesifo.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/53/1/97>
- PARENT–THIRION et al. 2005. *Fourth European Working Conditions Surveys*. The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2005, s. 61–66. Dostupný z WWW: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/ewcs2005individualchapters.htm>
- PAVLÍK, Z. aj. 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia, 1986. s.217 – 235.
- POPIN Czech Republic. 2003. *Population Statistics* [online]. Aktualizováno dne: 6. srpna 2003. [cit. 2009-05-31]. Dostupný z WWW: <http://popin.natur.cuni.cz/html2/index.php>. ISSN 1213-8290
- RUML, M. 2008. Kolik bere průměrný Čech? *Sfinance.cz* [online]. Zveřejněno dne 16.1.2008 [cit. 2009-07-22]. Dostupné z WWW: <http://www.sfinance.cz/zpravy/finance/145504-kolik-bere-prumerny-cech/>
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2006. Zdravá délka života v současné české populaci. *Demografie*, 2006, roč. 48, č. 3, s. 166- 183.

- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2008. Zdravotní stav. *Zpravodaj české demografické společnosti*. 2008, č. 45, s. 4. Dostupný z <http://www.natur.cuni.cz/~demodept/cds/zp45b.pdf>;
- Sagit. *Redukční hranice v nemocenském pojištění* [online]. [cit. 2008-05-04]. Dostupný z WWW: http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=sz_425.htm
- SANDERSON, W.; SCHERBOV, S. 2008. Rethinking Age and Aging, *Populatin Bulletin*. 2008, Vol. 63, No. 4. Dostupný z WWW: <http://www.prb.org/pdf08/63.4aging.pdf>.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky. 2009. Databáze Slovstat. *Pracovná neschopnosť 1997–2007* [online]. Dostupné z WWW: <http://portal.statistics.sk/>
- ÚZIS ČR. 2000. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz ČR, 1991 až 1999*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky 1992 až 2000.
- ÚZIS ČR. 2009. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2000 až 2007* [online]. Dostupný z WWW: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovní%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300