

# Vliv socioekonomických faktorů na dočasnou pracovní neschopnost v České republice v letech 2009 – 2019

Albína Malinová<sup>1</sup>

Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, Praha

**The Impact of Socioeconomic Factors on the Incidence of Temporary Incapacity for Work in the Czech Republic in 2009–2019.** The aim of this article is to answer the weaknesses of official health promotion programs in the Czech Republic and to find groups of people who are more likely to be temporarily incapacitated for work. The analysis of socio-economic and demographic factors affecting the unequal chances of being temporarily disabled for work in the Czech Republic is based on data from the labor force survey from 2009–2019. The results are further compared with a similar analysis from 2002–2008 and with the results of a sample survey of the level of health in the Czech Republic. The results show that the structure of people on temporary incapacity for work has not changed significantly over time.

Sociológia 2022, Vol. 54 (No. 5: 437-463)

<https://doi.org/10.31577/sociologia.2022.54.5.16>

**Key words:** *Temporary work incapacity; socioeconomic determinants of health; determinants of temporary work incapacity; binary logistic regression; Czech Republic*

## Úvod

Problematika dočasné pracovní neschopnosti je aktuální společenskou záležitostí – týká se jak přímo života jednotlivých osob, tak celé společnosti na úrovni sociální, zdravotní i zaměstnanecké politiky (úroveň dočasné pracovní neschopnosti je jedním ze sledovaných ukazatelů pro politická rozhodnutí v těchto oblastech). Zároveň se někdy považuje za obraz úrovně zdraví ve společnosti, ačkoliv vztah mezi zdravím a pracovní neschopností je složitější, viz např. Bergendorff (2003), jemuž se ve srovnávací studii nepodařilo prokázat, že by mezi úrovní pracovní neschopnosti a zdravím existoval statisticky významný vztah.

V současné době existuje jen málo zdrojů, které by se problematikou dočasné pracovní neschopnosti v České republice širěji zabývaly. Komplexní přehled problematiky nemocnosti a úrazovosti pracovníků ve vztahu k docházce do zaměstnání podává v dizertační práci Krutská (2014) – předkládá analýzu socio-ekonomických faktorů dočasné pracovní neschopnosti a prezenzismu v období 2002 – 2008. S ohledem na legislativní změny po 1. 1. 2009 jsou ale výsledky její analýzy již zastaralé<sup>2</sup>. Relevantnost upření pozornosti na změny po tomto období potvrzuje například studie Dopady zavedení karenční

<sup>1</sup> Korespondence: Mgr. Albína Malinová, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie, Univerzita Karlova, Albertov 6, 128 43 Praha 2, Česká republika. E-mail: [albina.malinova@natur.cuni.cz](mailto:albina.malinova@natur.cuni.cz)

<sup>2</sup> Výsledky její analýzy socioekonomických faktorů jsou platné pro dobu předcházející publikaci dizertační práce – analýza využívá data do roku 2008, přičemž od 1. 1. 2009 se změnil zákoník práce a legislativa upravující nemocenské pojištění a nastavení sociálního systému v České republice.

doby v roce 2008 na pracovní neschopnost (Pertold 2018). Pertold popisuje krátkodobé dopady, které přineslo zavedení karenční doby<sup>3</sup> v rámci reformy pracovní neschopnosti – došlo k okamžitému poklesu úrovně o 15 %, přičemž ale tento pokles není rovnoměrný napříč odvětvím, typem pracovního místa nebo výší mzdy, tzn. do výsledné úrovně pracovní neschopnosti zasahují i socioekonomické faktory (Pertold 2018). Dynamiku změn v systému nemocenského pojištění mezi rokem 2008 a 2009 také popisuje na datech vybraných krajů například Květenská (2010), věnuje se ale primárně nemocenskému pojištění a nemocenským dávkám – socio-ekonomické faktory pracovní neschopnosti podrobněji netematizuje<sup>4</sup>.

Oficiální statistiky pracovní neschopnosti Českého statistického úřadu (ČSÚ), který je jedním z hlavních zdrojů informací o pracovní neschopnosti v České republice (ČR), neposkytují ale dostatečně podrobná data z hlediska faktorů, které úroveň dočasné pracovní neschopnosti ovlivňují. Publikovaná data jsou tříděna dle pohlaví, věku či klasifikace zaměstnání, nicméně informace o rodinném stavu, vzdělání nebo dalších faktorech, které mohou úroveň dočasné pracovní neschopnosti významně ovlivnit<sup>5</sup>, v publikovaných výstupech nejsou.

Tento nedostatek lze překlenout analýzou dat sbíraných v rámci Výběrového šetření pracovních sil (VŠPS), jejichž zpracování ve výše uvedených analýzách je ale zastaralé nebo nekompletní. Při zkoumání fenoménu dočasné pracovní neschopnosti je tedy třeba vzít v úvahu více okolností:

- dočasná pracovní neschopnost a zdraví spolu úzce souvisejí, ale nebyl mezi nimi prokázán přímý kauzální vztah,
- po zavedení změn politiky vyplácení nemocenského pojištění se po roce 2008 výrazně proměnila úroveň pracovní neschopnosti. Práce vycházející z předchozích dat mohou být zastaralé,
- hodnocení úrovně pracovní neschopnosti z hlediska podílejících se faktorů je obtížné z důvodu komplexnosti problematiky,
- oficiální statistiky neposkytují dostatečně podrobná data z hlediska faktorů, které úroveň dočasné pracovní neschopnosti ovlivňují.

Hodnocení pracovní neschopnosti je zejména důležité z hlediska jejího vývoje v čase, a to jak ze zdravotního, tak i ekonomického pohledu (ČSÚ 2020a). Pracovní neschopnost ze zdravotních důvodů má vliv jak na život dané osoby, tak i na výkonnost ekonomiky a veřejné finance, jelikož práce je jedním z výrobních faktorů (Jeřábková – Vltavská 2010). Z ekonomického pohledu

<sup>3</sup> Za první tři dny čerpání nemocenské se finanční náhrada snížila na 0 Kč.

<sup>4</sup> Z výsledků: při porovnání období před 2008 a po 2009 lze sledovat pokles počtu ukončených případů pracovní neschopnosti o 31,38 %, pokles počtu pronesaných dnů o 15,87 %, zvýšení průměrné doby trvání jednoho případu pracovní neschopnosti o 20 % (Květenská 2010).

<sup>5</sup> Pro přehled determinantů pracovní neschopnosti srov. Beemsterboer et al. (2009), viz dále v textu.

dochází důsledkem nepřítomnosti dočasně práce neschopných v zaměstnání ke snížení tvorby zdrojů, k čerpání fondu nemocenského pojištění a ke zvyšování nákladů na zdravotní a sociální péči (ČSÚ 2020a). Zvyšování národního bohatství je spojováno se zlepšováním zdraví a zároveň lepší zdraví přináší hospodářský růst<sup>6</sup> (Suhrcke et al. 2005). Z národní strategie Zdraví 2020 plyne předpoklad, že investice do podpory zdraví budou také díky snížení příspěvků na pracovní neschopnost pro nemoc přínosem pro HDP (MZČR 2014).

Vzhledem k výše uvedeným dopadům dočasné pracovní neschopnosti na člověka i na celou společnost je důležité se touto problematikou zabývat, být si vědom výše uvedených limitujících okolností a podrobněji ji analyzovat.

Záměrem tohoto článku je vyjít z dat ČSÚ, jmenovitě z VŠPS provedeného v letech 2009–2019 v ČR, (a) *posoudit relevantnost šetřených socioekonomických faktorů* vzhledem k jejich vlivu na úroveň dočasné pracovní neschopnosti, (b) *specifikovat oblasti a faktory*, kterým by měla být z hlediska problematiky dočasné pracovní neschopnosti věnována větší pozornost, a (c) *porovnat tyto oblasti a faktory se situací před rokem 2009* a (d) *s faktory a oblastmi týkajícími se úrovně zdraví v ČR*.

Z analýzy tak bude možné na základě socio-ekonomických faktorů charakterizovat skupiny obyvatel, kterým by ve vědě, ale i v sociální a zdravotní politice měla být věnována zvýšená pozornost.

## Vzájemný vztah úrovně dočasné pracovní neschopnosti a úrovně zdraví

### *Dočasná pracovní neschopnost (dále jako DPN)<sup>7</sup>*

„Dočasná pracovní neschopnost je stav člověka, který je lékařem ze zdravotních důvodů dočasně uznán pracovní neschopným k výkonu svého dosavadního zaměstnání“ (ČSÚ 2020a: 7). V případě vzniku DPN jsou výdělečně činné osoby díky systému nemocenského pojištění zabezpečeny peněžitými dávkami nemocenského pojištění (ČSÚ 2020a).<sup>8</sup>

Byla provedena řada zahraničních studií mapujících vliv různých faktorů na úroveň pracovní neschopnosti, přehled faktorů, které mají vliv na četnost nebo délku pracovní neschopnosti, zpracovaný na základě dostupné literatury nabízí

<sup>6</sup> Onemocnění způsobují vysoké náklady, které dopadají na ekonomiku. Dobré zdraví naopak podporuje výdělky a nabídku práce. Lepší zdraví obyvatel je důležitým určujícím faktorem hospodářského růstu a konkurenceschopnosti (Suhrcke et al. 2005).

<sup>7</sup> Termín dočasná pracovní neschopnost odpovídá legislativnímu obsahu tohoto pojmu, jak je ho užito v zákoně 262/2006 Sb., zákoník práce, a zákoně 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Pokud je v této práci uveden výraz pracovní neschopnost, jde obsahově o výše uvedený termín. V případě širěji pojatého pojmu pracovní neschopnost (včetně neschopnosti dlouhodobé), je toto vymezení v textu výslovně uvedeno.

<sup>8</sup> Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, upravuje okruh osob, které se účastní nemocenského pojištění, stanovuje výši poskytovaných dávek nebo zahrnuje posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění. Nemocenské pojištění je povinné pro všechny zaměstnance, zatímco pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) je dobrovolné. Nemocensky pojištěné osoby jsou tak v případě dočasné pracovní neschopnosti, kdy dochází ke ztrátě příjmu, zabezpečeny peněžitými dávkami nemocenského pojištění (ČSÚ 2020a).

Beemsterboer et al. (2009). Úroveň pracovní neschopnosti podle nich ovlivňují pracovní podmínky, náplň práce, pracovní vztahy, pracovní prostředí, dále pak zdravotní charakteristiky, kam lze řadit pracovní zátěž nebo zdravotní potíže, vliv na četnost pracovní neschopnosti má motivace a v neposlední řadě i individuální charakteristiky, okolnosti a životní styl<sup>9</sup>.

S ohledem k analýze v rámci českého prostředí a v rámci zaměření na DPN má tato práce blíže k faktorům, které v souvislosti s hodnocením vlivu na DPN v ČR uvádí ČSÚ (2020a). ČSÚ tyto faktory třídí na přirozené a vědomé. Mezi přirozené faktory patří demografické nebo ekonomické změny a technický a technologický rozvoj (změny počtu nemocensky pojištěných, stárnutí obyvatelstva, vývoj nezaměstnanosti nebo inflace a bezpečnost a náročnost práce). Za vědomé faktory ovlivňující DPN lze považovat prováděná opatření v oblasti legislativy nebo metodické změny (změny týkající se výše dávek a jiných nároků, úpravy pojištění, změny klasifikací nebo způsob sběru dat).

### **Zdraví**

*Světová zdravotnická organizace* (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady<sup>10</sup>. Užívání si nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomické nebo sociální situace (WHO 2021a).

Podle WHO (2021b) ovlivňuje zdraví mnoho faktorů, které závisí na okolnostech a prostředí, ve kterém lidé žijí. Determinanty zdraví zahrnují sociální a ekonomické prostředí, fyzické prostředí a individuální charakteristiky a chování člověka. Na zdraví má také vliv příjem a sociální status člověka, úroveň vzdělání, podpůrné sociální sítě, zdravotní péče a kultura (zvyky, návyky), genetika, zdravotní služby a pohlaví (WHO 2021b).

Lalondova zpráva z roku 1974 rovněž zdůrazňuje komplexitu determinant zdraví – vymezuje čtyři okruhy determinant neinfekčních chorob, kterými jsou genetická výbava, životní prostředí, životní styl a zdravotní péče. Zdravotní stav obyvatelstva není možné zlepšovat pouze rozvojem zdravotní péče, ale je nutné zaměřit se i na aktivity mimo zdravotnický sektor, které se týkají způsobu života lidí a sociálně-ekonomických, fyzikálních nebo biologických faktorů životního a pracovního prostředí (Lalonde 1974). I Čeledová a Čevela (2010) v publikaci *Výchova ke zdraví* uvádějí, že úroveň a dostupnost zdravotní péče se jako determinanta zdraví podílí jen z 10-15 %. Z dalších 10-15 %

---

<sup>9</sup> Tyto faktory se ale týkají pracovní neschopnosti obecně, přičemž tento článek se nezabývá dlouhodobou pracovní neschopností, tedy situacemi, kdy v důsledku zdravotních komplikací není schopen zaměstnanec práce více než 180 dní (Tomšej 2020). Rozdíly ve zdravotních příčinách a v ekonomických a sociálních dopadech mezi dlouhodobou (tj. invaliditou) a krátkodobou (tj. dočasnou) pracovní neschopností popisuje Bojičová a Adámková (2011).

<sup>10</sup> Definice je uvedena v preambuli ústavy WHO, která byla přijata v roce 1946 a vstoupila v platnost v roce 1948 (WHO 2021a).

se podílí genetické předpoklady, z 20-25 % socioekonomické faktory a životní prostředí a 50-60 % vlivu na zdraví má životní styl.

Hlavní determinanty zdraví jsou znázorněny v modelu Dahlgrena a Whiteheadové z roku 1991, který stal se celosvětově uznávaným a je platný dodnes (Dahlgren – Whitehead 2021). Model ilustruje vrstvy vlivu na zdraví populace, má velký dopad na výzkum nerovností a vlivů na zdraví a vede k přemýšlení nad širšími sociálními determinanty zdraví. Jednotlivými vrstvami modelu a hlavními determinanty zdraví jsou:

- Věk, pohlaví, vrozené předpoklady;
- Individuální životní styl;
- Sociální a společenské vlivy;
- Životní a pracovní podmínky;
- Socio-ekonomické a kulturní vlivy a životní prostředí.

Strategie pro předcházení různým onemocněním bývají často vytvářeny nezávisle na sobě, ačkoliv se všechny vypořádávají se stejným rizikovým faktorem. Zaměříme-li se na determinanty zdraví, a ne jen na příčiny různých onemocnění, je možné vyvinout komplexní strategii, která povede ke zvýšení pozitivních zdravotních účinků preventivních opatření (Dahlgren – Whitehead 2021).

Výše uvedené determinanty zdraví zpracovalo *Ministerstvo zdravotnictví ČR* (MZČR 2008) ve svém dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: *Zdraví pro všechny v 21. století* (Zdraví 21). Program vychází z politického rámce *Health 21* (WHO 1998) a byl schválen na shromáždění WHO v roce 1998. Dokument je podnětem a návodem k řešení péče o zdraví a dosažení lepšího zdravotního stavu.

Program *Zdraví 21* se explicitně vyjadřuje k potřebě přistupovat ke zdraví jako k jednomu ze základních lidských práv – dává si za cíl snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností (MZČR 2008). „Jedním z nejvýraznějších faktorů určujících zdraví je ve vyspělých státech s tržní ekonomikou socioekonomická úroveň lidí spojená s vysokou úrovní vzdělání“ (MZČR 2008: 8). Jedním z konkrétních cílů *Zdraví 21* je dosáhnout spravedlnosti ve zdraví, tedy do roku 2020 snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami zlepšením úrovně deprivovaných populačních skupin. Dílčím úkolem je pak omezovat socioekonomické vlivy, které negativně působí na zdraví, jako jsou výrazné rozdíly v příjmu, dosaženém vzdělání a uplatnění na trhu práce (MZČR 2008).

### ***Vzájemný vztah zdraví a dočasné pracovní neschopnosti***

Jak bylo naznačeno výše, zdraví a DPN spolu implicitně souvisí, vzájemný vztah je ale komplikovanější. Pracovní neschopnost není indikátorem úrovně zdraví (narážíme např. na problém prezentismu, srov. Krutská 2014), zdraví

není jednoznačným indikátorem úrovně pracovní neschopnosti (narážíme např. na to, že zdraví a nemoc nestojí proti sobě v jasné opozici a mezi plným zdravím a smrtí je nekonečná škála přechodných stavů, nebo na problematiku objektivního a subjektivního pojetí zdraví při operacionalizaci proměnné zdraví ve výzkumu, srov. Ivanová 2006 nebo Hübelová et al. 2021).

Nicméně jak ukazují cíle programu Zdraví 21 i odborná literatura, souvislosti mezi úrovní zdraví a pracovní neschopností je motivem pro ovlivňování faktorů, které prokazatelně působí na jednu z těchto úrovní, s motivem ovlivnit i úroveň druhou – např. rozšířením preventivních programů snížit nemocnost, a tedy i úroveň DPN (srov. Zdraví 21); snížením motivace k nástupu do pracovní neschopnosti se sníží objektivně zaznamenaná nemocnost apod. V tomto duchu vnímají někteří autoři DPN jako ukazatel zdravotního stavu obyvatelstva a národní ekonomiky (např. Jeřábková – Zelený 2011).

O prokázání vztahu mezi zdravím a pracovní neschopností se pokusil Bergendorff (2003), jak bylo řečeno výše, ale výsledky studie statisticky významný vztah nepodpořily. Jedním z důvodů může být zdroj dat, ze kterých vycházel. Krutská (2014: 151) totiž upozorňuje, že hodnocení úrovně pracovní neschopnosti a její podmíněnosti na základě publikovaných agregovaných údajů pocházejících z celostátních evidencí vedených příslušnými státními institucemi je problematické. Analýza těchto údajů může být zkreslená a významný statistický vztah na základě agregovaných údajů se v analýze dat individuálních nemusí prokázat jako významný. Vysvětlující proměnné jsou často silně vzájemně korelovány a bez bližší znalosti problému může být obtížné stanovit, co je příčinou a co následkem (Krutská 2014). Používaným řešením je využití dat z výběrových šetření. To se ale v případě Bergendorffa nestalo – vycházel právě z problematických dat agregovaných.

Dostupnost individuálních anonymizovaných dat z VŠPS a výsledků Evropského výběrového šetření o zdraví v ČR, které zpracoval ÚZIS (2011), je tak příležitostí, jak minimálně pro demografické a socioekonomické faktory pracovní neschopnosti porovnat, zda se problematické oblasti faktorů zdraví a faktorů DPN překrývají, nebo se odlišují.

### **Socioekonomické faktory zdraví a pracovní neschopnosti**

Z výše uvedených faktorů působících na úroveň DPN a na úroveň zdraví v ČR byly s ohledem na VŠPS vybrány k analýze faktory socioekonomické. Jejich nedostatečné sledování hodnotí Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003–2012 (Vrchotová et al. 2013) jako jednu ze slabých stránek plnění cílů tohoto projektu. „Sociálně ekonomické podmínky života, které jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmy apod., významně ovlivňují zdraví. Pokračující sociální

diferenciace společnosti může mít za následek nepříznivý dopad na zdraví znevýhodněných skupin populace.“ (Vrchotová et al. 2013: 18). Pro tvorbu cílených programů je nutné ověřit výskyt nerovností a identifikovat projev sociální diferenciace.

Následující analýza vychází z VŠPS, bude se tedy zabývat nerovnostmi věku, pohlaví a sociálně-ekonomického statusu, tedy takovými individuálními charakteristikami pracovníků, jejichž vliv na úroveň DPN lze z literatury předpokládat, a pro které lze data z VŠPS reálně extrahovat.

### ***Sociálně-ekonomické determinanty***

Podle studie Džambazoviče a Gerberého (2014) je sociálně-ekonomický status považován za jeden z nejvýznamnějších determinantů nerovností ve zdraví. Socioekonomický status zjednodušují na vzdělání, zaměstnání, příjem a sociální třídu<sup>11</sup>. Zmíněné proměnné společně silně korelují a ovlivňují zdraví (Džambazovič – Gerbery 2014).

#### *Vzdělání a příjem*

Vliv socioekonomických faktorů na zdraví lze považovat za objektivně prokázaný (viz např. Hübelová et al. 2021). Nižší socioekonomický status souvisí s vyšší mírou nemocnosti, negativní návyky životního stylu jsou častější ve skupinách s nižším socioekonomickým statusem, zatímco lepší zdraví mají osoby s vyšším vzděláním a finančním příjmem. Dosažené vzdělání ovlivňuje zdraví v rovině materiální, psychosociální a behaviorální – má vliv na výběr povolání, příjem a obecně na životní styl, který se následně projevuje v kvalitě života. Osoby s vyšším vzděláním a finančním příjmem mají obvykle lepší zdraví oproti osobám chudším a méně vzdělaným (Hübelová et al. 2021).

Podle Vychové a Mertla (2009) je možné vazbu vzdělání a zdraví vysvětlit několika způsoby. Lepší zdravotní stav vede k investici do vzdělání, jelikož lze předpokládat delší a kvalitní život, v jehož průběhu bude možné využít lepšího vzdělání. Vzdělaný člověk o své zdraví více pečuje, dodržuje častěji zdravé stravovací návyky nebo zastává negativní postoj vůči kouření. V neposlední řadě ovlivňuje vztah mezi zdravím a vzděláním i genetická výbava nebo sociální prostředí. Lepší zdraví zvyšuje výdělky a účast na vzdělávání. Špatné zdraví snižuje účast na vzdělávání, v zaměstnání a motivaci k práci (Vychová – Mertl 2009).

Lze předpokládat, že s růstem úrovně vzdělání a s růstem výše příjmu bude úroveň zdraví stoupat a úroveň DPN klesat.

---

<sup>11</sup> Při výběru uvedených proměnných vycházejí z Weberova multidimenzionálního pohledu na sociální status, více viz Džambazovič – Gerbery 2014.

### *Zaměstnání*

Vliv na úroveň DPN má také klasifikace zaměstnání, tedy to, zda osoba vykonává manuální či nemanuální profesi, dále pak pracovní podmínky (Bergendorff, 2003; Blomgren – Jäppinen 2021; Laaksonen et al. 2010; Osterkamp – Röhn 2007), úroveň vlastní autonomie či autority v zaměstnání (Blomgren – Jäppinen 2021) nebo pracovní kolektiv (Blomgren – Jäppinen 2021; Osterkamp – Röhn 2007).

Manuální a nekvalifikované profese mají vyšší úroveň nemocnosti, než jakou mají kvalifikované či manažerské profese (Toch et al. 2014). Klasifikace zaměstnání se dělí na jednotlivé hlavní třídy, které jsou seřazeny podle úrovně a specializace znalostí a dovedností, které jsou potřebné k výkonu určitého zaměstnání (Evropský sociální fond 2017). Požadovaná úroveň vzdělání se snižuje se zvyšující se třídou klasifikace zaměstnání. Dosažené vzdělání a volba povolání mají vliv na nerovnoměrné rozdělení zdraví ve společnosti, přičemž tyto nerovnosti v oblasti zdraví jsou způsobeny rozdílnými podmínkami na pracovišti v závislosti na vykonávaném povolání (Ravesteijn et al. 2013).

Lze předpokládat, že s růstem klasifikace zaměstnání bude úroveň zdraví klesat a úroveň DPN stoupat.

### *Postavení v zaměstnání*

Studie britských státních úředníků Whitehall Study II (1985) zjišťovala míru a příčiny sociálních rozdílů v nemocnosti státních úředníků. Byla zjištěna nepřímá souvislost mezi sociální třídou, resp. postavením v zaměstnání a nemocností. Zdravotní stav byl horší u osob pracujících na nižších pozicích a dále existovaly rozdíly v nezdravém chování vzhledem k dosažené pozici v zaměstnání. Pozornost byla věnována také psychosociálním faktorům, které mohou mít vliv na zdraví, se zaměřením na stresující pracovní prostředí a nedostatek sociální podpory (Marmot et al. 1991).

Lze předpokládat, že s růstem pozice v zaměstnání bude úroveň zdraví stoupat a úroveň DPN klesat.

## **Demografické determinanty**

### *Věk*

Vzhledem k věku mají vyšší míru pracovní neschopnosti starší osoby oproti osobám mladším (Bergendorff 2003; Osterkamp – Röhn 2007; Striker – Kusideľ 2018). S vyšším věkem se zhoršuje zdraví, což v důsledku způsobuje vyšší míru pracovní neschopnosti (Striker – Kusideľ 2018). Čím více starších osob je v populaci, tím je úroveň pracovní neschopnosti vyšší (Bergendorff, 2003; Striker – Kusideľ 2018). Míru pracovní neschopnosti dle věku ovlivňuje i



věková hranice odchodu do důchodu. Osoby, které pracují i po dosažení věku, kdy mohou odejít do důchodu, nejsou typickými zástupci populace svého věku. Tito zaměstnanci představují skupinu „zdravějších“ osob, což se projevuje nižší mírou jejich pracovní neschopnosti (Bergendorff 2003).

Lze předpokládat, že se zvyšujícím se věkem bude úroveň zdraví klesat a úroveň DPN stoupat.

#### *Pohlaví*

Pozornost je třeba zaměřit i na biologické a genderové rozdíly, které rovněž souvisí s již výše uvedenými determinanty zdraví. Z hlediska pohlaví mají vyšší intenzitu pracovní neschopnosti ženy, které jsou v práci častěji nepřítomny kvůli nemoci (Bergendorff 2003; Osterkamp – Röhn 2007; Østby et al. 2018). Na úroveň pracovní neschopnosti mohou mít vliv genderové rozdíly ve zdraví nebo vyšší zátěž žen ve spojitosti se zaměstnáním a rodinou (Østby et al. 2018), případně zdravotní problémy spojené s těhotenstvím (Striker – Kusideľ 2018; March et al. 2020). Velmi často plní žena roli pečovatele, což vede k vyššímu riziku její DPN, na druhou stranu od mužů se očekává, že budou do domácnosti přinášet výdělek, a proto mohou být častěji přítomni v práci i v případě, že jsou nemocní (Kröger 2017).

Potenciálním zdrojem genderových rozdílů v pracovní neschopnosti jsou pracovní podmínky, jelikož pracovní trh je stále rozdělen na mužská a ženská povolání a pracovní úkoly se mohou mezi muži a ženami značně lišit (Laaksonen et al. 2010). Často je na zdraví nahlíženo pouze z biologického hlediska, nicméně velmi důležité je i hledisko společenské (Úřad vlády ČR 2021). Zohledňovány musí být jak fyzické odlišnosti, tak i odlišné zkušenosti nebo potřeby mužů a žen. Ženy a muži přistupují ke svému zdraví a nemoci rozdílně. Jedním ze stereotypů je tlak na výkon a na psychickou a fyzickou výdrž muže, což jej může vést k přehlížení projevů nemoci. U mužů se v důsledku společenských očekávání projevuje ve vyšší míře rizikové chování a sklony k závislostem. Muži také méně dbají na prevenci a zdravou životosprávu (Úřad vlády ČR 2021).

Lze předpokládat, že ženy budou mít horší úroveň zdraví a vyšší úroveň DPN.

#### *Rodinný stav*

Na úroveň zdraví má vliv také rodinný stav. Podle závěrů řady empirických studií, které uvádí Hamplová (2012), jsou ženatí muži a vdané ženy zdravější, mají nižší úmrtnost, méně často trpí fyzickými symptomy, které by je omezovaly v každodenním životě a v případě těžké nemoci mají vyšší pravděpodobnost přežití. Souvislost zdraví a rodinného stavu bývá obvykle vysvětlována pomocí mechanismu selekce a kauzality. První mechanismus selekce je založen na předpokladu, že šťastnější a zdravější lidé, mají větší šanci vstoupit do man-

želství než osoby, které jsou nemocné, depresivní či závislé na alkoholu či drogách. Nemocné či závislé osoby mají také vyšší pravděpodobnost rozvodu. Život v manželství tedy nezvyšuje kvalitu života, ale třídí lidi s určitými zdravotními charakteristikami do rozdílných rodinných stavů. Druhý mechanismus kauzality předpokládá, že život v manželství má pozitivní vliv na kvalitu života a na psychické i fyzické zdraví. Manželství je spojováno se zdravějším životním stylem, častějším docházením na preventivní prohlídky, s podporou včasného vyhledání lékařské péče, menší pravděpodobností vážného onemocnění a lepším ekonomickým zajištěním. Problematika vztahu rodinného stavu a zdraví je však velmi komplexní (Hamplová 2012).

Lze předpokládat, že u osob v manželství bude úroveň zdraví vyšší a úroveň DPN nižší.

#### *Charakter výdělečné činnosti*

Data VŠPS umožňují dále analyzovat také vztah DPN k *obvyklému počtu odpracovaných hodin za týden, době zaměstnání* a ke stavu, kdy respondent uvažuje o *hledání dalšího nebo jiného zaměstnání*. Nejde tak primárně o proměnné spadající do výše uvedených charakteristik, ale v souvislosti s hledáním odpovědi na podobnosti problematických oblastí ve zdraví a DPN je lze explorativně zahrnout do analýzy<sup>12</sup>.

#### **Data a metody**

Analyzována byla individuální anonymizovaná data VŠPS, jehož hlavním cílem je získávání pravidelných informací o situaci na trhu práce (ČSÚ 2020b). Šetření jsou prováděna již od roku 1992 a od roku 2002 byly obsah i forma dotazníku VŠPS sladěny se standardem Evropské unie<sup>13</sup> a VŠPS se stalo národní obměnou celoevropského šetření *Labour Force Survey*. U osob ve věku 15 let a starších se zjišťuje například jejich ekonomické postavení, charakteristika zaměstnání, hledání zaměstnání, obvyklé postavení v zaměstnání nebo vzdělávání (ČSÚ 2020b). Šetření se vztahuje pouze na osoby obvykle bydlící v soukromých domácnostech a nezahrnuje osoby bydlící v hromadných ubytovacích zařízeních (ČSÚ 2021).

Z datových souborů VŠPS, které byly provedeny v letech 2009 – 2019 v České republice, byly analyzovány faktory (kategoriální proměnné), které mají vliv na pracovní neschopnost a budou specifikovány níže. Faktory jsou

---

<sup>12</sup> Podobně postupovala i Krutská (2014) - individuální charakteristiky pracovníků, jejichž vliv na úroveň DPN dále analyzuje, rozdělila do tří skupin – demografické a socioekonomické proměnné, časové a geografické proměnné a proměnné vyjadřující charakter výdělečné činnosti.

<sup>13</sup> VŠPS je prováděno v souladu s metodickým doporučením Eurostatu a použité ukazatele odpovídají definicím Mezinárodní organizace práce (ČSÚ 2021).

vysvětlujícími proměnnými binární logistické regrese, jejíž výstup pro jednotlivé faktory udává šanci respondenta být v DPN.

#### *Výběr dat pro analýzu*

Pro analýzu DPN byly z datových souborů VŠPS vybrány jen relevantní záznamy. Jelikož DPN může nastat pouze u osob zaměstnaných, byly z datových souborů nejprve vybrány všechny osoby označené jako zaměstnané, tzn. zaměstnanci a zaměstnaní ve vlastním podniku, sebezaměstnaní a podnikatelé, profesionální příslušníci armády a osoby na mateřské dovolené, které před nástupem na mateřskou dovolenou pracovaly (ČSÚ 2021). Mezi zaměstnané v analýze nejsou zahrnuty osoby na rodičovské dovolené, osoby nezaměstnané. Dále jsou vyloučeny osoby na mateřské dovolené (ačkoliv mohly být označeny jako zaměstnané) a zaměstnanci ozbrojených sil (z důvodu uvedeného níže).

Jelikož není možné z datových souborů VŠPS přesně vybrat pouze osoby, které se účastní nemocenského pojištění (pro OSVČ placení nemocenského pojištění není povinné), byla analýza DPN provedena pro všechny osoby, u kterých k DPN došlo, bez ohledu na to, zda jim byla nepřítomnost v práci finančně kompenzována či nikoliv. Pro období 2009 – 2019 obsahoval výsledný datový soubor 1 062 849 záznamů.

#### *Proměnné v analýze*

Analýzována byla DPN, která nastala u výše specifikovaných zaměstnaných osob v referenčním týdnu provádění VŠPS. Výskyt DPN byl definován jako binární proměnná nabývající dvou hodnot „ano“ a „ne“<sup>14</sup>. Výskyt DPN je vysvětlovanou proměnnou binární logistické regrese. Cílem analýzy bylo nalézt co nejlepší, nejúspornější a věcně smysluplný model, který popíše vztah mezi vysvětlovanou proměnnou a skupinou vysvětlujících proměnných (Řeháková 2000).

Jako vysvětlující byly zvoleny takové proměnné, které jsou dostupné v datových souborech VŠPS a zároveň podle odborné literatury mají vliv na DPN a na zdraví (viz výše): *pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, klasifikace zaměstnání a postavení v zaměstnání, obvyklý počet odpracovaných hodin za týden, doba zaměstnání a hledání dalšího nebo jiného zaměstnání*. *Pohlaví* respondenta nabývá pouze dvou hodnot: muž a žena. *Věk* byl kategorizován do čtyř věkových skupin 15-34 let, 35-44 let, 45-54 let a 55 a více let. Nestejné věkové intervaly byly zvoleny z důvodu zajištění dostatečného a rovnoměrného zastoupení jednotlivých věkových kategorií. *Rodinný stav* byl rozdělen do tří kategorií, které představují (1) svobodní, (2) ženatí či

---

<sup>14</sup> Ve VŠPS mohli respondenti u proměnné „Důvod nepřítomnosti“ uvést odpověď „Pracovní neschopnost“ a u proměnné „Důvod menšího počtu odpracovaných hodin“ byla možná odpověď „Pracovní neschopnost pro nemoc/úraz“. Pokud respondent uvedl alespoň u jedné z těchto proměnných jako odpověď pracovní neschopnost, pak u něj byl definován výskyt pracovní neschopnosti jako „ano“.

vdané a (3) společně ovdovělí a rozvedení. *Nejvyšší dosažené vzdělání*<sup>15</sup> bylo rozčleněno do tří kategorií na (1) osoby bez vzdělání, se vzděláním základním nebo středním vzděláním bez maturity, dále na (2) osoby se středním vzděláním s maturitou a na (3) vysokoškolsky vzdělané osoby. První kategorie osob s nejnižším vzděláním je širší z důvodu zajištění dostatečné četnosti záznamů. Kód zaměstnání udává *hlavní třídu klasifikace zaměstnání* dle CZ-ISCO (ČSÚ 2020c). Respondenti byli dle hlavní třídy klasifikace zaměstnání rozděleni do tří profesních skupin, aby bylo zajištěno jejich dostatečné zastoupení<sup>16</sup>: (1) odborné profese – hlavní třída klasifikace zaměstnání 1-3<sup>17</sup>, (2) pracující v administrativě a službách – hlavní třída klasifikace zaměstnání 4-5<sup>18</sup>, (3) manuální profese – hlavní třída klasifikace zaměstnání 6-9<sup>19</sup>.

Specifickou hlavní třídu klasifikace zaměstnání představují zaměstnanci ozbrojených sil a ve které se prolínají různé úrovně znalostí a dovedností zaměstnanců. Z důvodu nízkého početního zastoupení této třídy a zároveň nemožnosti jejího zařazení do výše definovaných profesních skupin vzhledem k její různorodosti, byli zaměstnanci ozbrojených sil vyřazeni z analýzy a DPN byla analyzována pouze u respondentů, kteří se zařadili do hlavní třídy klasifikace zaměstnání 1-9. *Postavení respondenta v zaměstnání* nabývá dvou kategorií: (1) zaměstnanec (včetně členů produkčního družstva) nebo (2) podnikatel (se zaměstnanci nebo bez zaměstnanců a včetně pomáhajících rodinných příslušníků). *Počet obvykle odpracovaných hodin* v hlavním zaměstnání za týden byl seskupen do tří kategorií<sup>20</sup>: (1) osoby, které týdně obvykle odpracují 1 až 37,4 hodin, dále (2) osoby, které obvykle pracují standardní dobu, tedy mezi 37,5 a 40 hodinami týdně, a (3) osoby, které obvykle odpracují týdně více než 40 hodin. *Doba zaměstnání* udává aktuální dobu trvání hlavního pracovního poměru a byla seskupena do dvou kategorií – (1) do 3 let včetně a (2) 3 a více let. *Hledání jiného či dalšího zaměstnání* udává, zda zaměstnaný respondent v době dotazování hledal či nehledal jiné nebo další zaměstnání, a nabývá dvou hodnot: *ano* a *ne*.

Analyzována byla data z VŠPS provedená v letech 2009 – 2019 za jednotlivá čtvrtletí daného roku. Pro účely analýzy byla zkonstruována nová proměnná *Čas*, která byla definována jako spojitá numerická proměnná, která

<sup>15</sup> Nejvyšší dosažené vzdělání bylo klasifikováno dle CZ-ISCED 2011 (ČSÚ 2016): Bez vzdělání a základní vzdělání ISCED 0,1,2, střední bez maturity ISCED 3, střední s maturitou ISCED 3, vysokoškolské ISCED 5,6,7,8.

<sup>16</sup> Nízké zastoupení některých hlavních tříd klasifikace zaměstnání při příliš podrobném členění by vedlo k neporovnatelnosti těchto skupin.

<sup>17</sup> Osoby zaměstnané jako Zákonodárci a řídicí pracovníci, Specialisté a Techničtí a odborní pracovníci.

<sup>18</sup> Úředníci a Pracovníci ve službách a prodeji.

<sup>19</sup> Osoby pracující jako Kvalifikovaní pracovníci v zemědělství, lesnictví a rybářství, Řemeslníci a opraváři, Obsluha strojů a zařízení, montéři a Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci.

<sup>20</sup> Délka stanovené týdenní pracovní doby činí dle zákoníku práce č. 262/2006 Sb. standardně 40 hodin, u některých povolání pak 37,5 nebo 38,5 hodiny.

nabývá hodnot 1-44. Hodnota 1 zastupuje rok 2009 a 1. čtvrtletí, hodnota 2 rok 2009 a 2. čtvrtletí, ..., hodnota 43 rok 2019 a 3. čtvrtletí a hodnota 44 rok 2019 a 4. čtvrtletí.

Při analýze datových souborů VŠPS byly aplikovány váhy, které zajistily reprezentativnost dat. Z výsledného analyzovaného souboru zaměstnaných osob (bez osob na mateřské dovolené, rodičovské dovolené, bez nezaměstnaných a bez osob zaměstnaných v armádě) byly odfiltrovány všechny záznamy, které měly pro některou vysvětlující proměnnou nevyplněnou hodnotu, případně respondent odmítl odpovědět nebo odpověděl nevim.

## Výsledky

### *Deskripce datového souboru*

Strukturu datového souboru zaměstnaných respondentů dotazovaných VŠPS v letech 2009 – 2019 bez ohledu na to, zda byli tito respondenti v referenčním týdnu v DPN či nikoliv, popisuje tabulka 1a v příloze. V tabulce č. 2a je pak uvedena struktura datového souboru zaměstnaných respondentů, kteří byli v referenčním týdnu při dotazování v DPN. Při porovnání tabulek č. 1a a č. 2a lze identifikovat rozdíly ve výši podílového zastoupení jednotlivých kategorií studovaných proměnných v celém souboru zaměstnaných osob oproti podílovému zastoupení těchto kategorií v souboru zaměstnaných osob v DPN.

V letech 2009 – 2019 byl podíl zaměstnaných, kteří byli v referenčním týdnu v DPN, oproti podílu zaměstnaných v celém souboru všech zaměstnaných, vyšší u žen, dále byl vyšší u respondentů ve věku 45 a více let, u ovdovělých a rozvedených a u osob bez vzdělání, se základním vzděláním nebo středním vzděláním bez maturity. Vyšší byl tento podíl také u manuálních profesí a jen mírně vyšší byl u zaměstnaných v administrativě a službách. Vyšší podíl měly osoby obvykle pracující 37,5-40 hodin týdně, mírně vyšší podíl byl ve většině let studovaného období u osob zaměstnaných do 3 let včetně a také u zaměstnanců a u zaměstnaných osob, které si v referenčním týdnu hledaly jiné nebo další zaměstnání.

### *Analýza výskytu dočasné pracovní neschopnosti ve vztahu k vybraným proměnným*

Vztah vysvětlujících proměnných uvedených v tabulce 1a a vysvětlované proměnné označené jako výskyt DPN<sup>21</sup> byl nejprve testován *Pearsonovým chí-kvadrát testem*. Nulovou hypotézou je tvrzení, že vysvětlovaná a vysvětlu-

<sup>21</sup> Výskyt DPN nabývá dvou hodnot ano (1) a ne (0). Pokud byl dotazovaný respondent v referenčním týdnu v dočasné pracovní neschopnosti, nabývá tato proměnná hodnoty 1, jinak nabývá hodnoty 0.

ující proměnná jsou nezávislé, tedy hodnota vysvětlující proměnné neovlivňuje podmíněné rozdělení vysvětlované proměnné a naopak (Hendl 2006: 310). Na základě výsledku chí-kvadrát testu byla na hladině významnosti 0,05 zamítnuta nulová hypotéza pro všechny vysvětlující proměnné uvedené v tabulce 1a.

Metodou binární logistické regrese byla provedena analýza výskytu DPN jako vysvětlované proměnné a vysvětlujících proměnných. Modelován byl výskyt DPN (závisle proměnná), který nabýval hodnoty 1 (ano), tedy respondent byl v referenčním týdnu dotazování v DPN. Vysvětlujícími kategorizovanými proměnnými, které vstupovaly do sestavení modelu, byly pohlaví, věková skupina, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profesní skupina, obvyklý počet odpracovaných hodin za týden, doba zaměstnání, postavení v zaměstnání a zkonstruovaná proměnná *Čas*<sup>22</sup>. Časová proměnná nevyjadřuje osobní charakteristiku respondenta, ale slouží pouze pro zohlednění časového hlediska při analýze pracovní neschopnosti. Kategorizovaná proměnná hledání dalšího nebo jiného zaměstnání nebyla při sestavování modelu použita, jelikož měla velmi nízký podíl kladných odpovědí a většina odpovědí byla záporných, což uvádí tabulky 1a a 2a. Pro další analýzu byla tato proměnná vyloučena.

Při sestavování modelu bylo využito metody STEPWISE, která do modelu postupně přidává statisticky významné vysvětlující proměnné a odebírá statisticky nevýznamné vysvětlující proměnné na specifikované hladině významnosti, která zde byla zvolena 0,05. Metoda STEPWISE v žádném kroku nevyloučila žádnou z výše uvedených vysvětlujících proměnných – všechny proměnné i všechny jejich kategorie byly ve všech krocích sestavení modelu vždy statisticky významné. Nulová hypotéza  $\beta = 0$  byla ve všech krocích vždy zamítnuta, což znamená, že model s vysvětlujícími proměnnými je lepší než nulový model<sup>23</sup>. Numerická proměnná čas a kategorizovaná proměnná doba zaměstnání výrazně nezlepšují predikční schopnost modelu, a proto jsou z další analýzy vyřazeny<sup>24</sup>.

Při sestavování modelu byly také přidány interakce pohlaví a rodinného stavu, pohlaví a profesní skupiny, pohlaví a nejvyššího dosaženého vzdělání a pohlaví a postavení v zaměstnání. Zařazení interakce do modelu však rovněž nezvýšilo hodnotu indexu shody a také hodnota AIC se již příliš nesnižovala.

<sup>22</sup> Konstrukce proměnné *Čas* je definována v kapitole *Data a metody*.

<sup>23</sup> Akaikeho informační kritérium (AIC) pro model bez vysvětlujících proměnných mělo hodnotu 47 173 551, při každém přidání další vysvětlující proměnné do modelu se jeho hodnota snižovala a pro model se všemi výše uvedenými vysvětlujícími proměnnými byla jeho hodnota 45 688 764. Nižší hodnota znamená lepší model, tudíž lze říct, že přidáním všech výše uvedených vysvětlujících proměnných se model zlepšil. Index shody (označovaný také jako index konkordance c nebo plocha pod ROC křivkou) mezi pozorovanými a predikovanými hodnotami shrnuje jedním číslem, jak dobrý je model při predikci. Čím blíže je tato hodnota k 1, tím lepší je model. Ve výsledném modelu, který zahrnuje všechny výše uvedené vysvětlující proměnné, nabývá index shody hodnoty 0,652, což naznačuje, že model předpovídá výsledky lépe, než pokud by se jednalo o výsledek náhody.

<sup>24</sup> Hodnota indexu shody se s přidáním proměnné *čas* a proměnné *doba zaměstnání* již nezvyšovala, nabývala stejné hodnoty 0,652 a zároveň hodnota AIC se již příliš nesnižovala.

Jelikož přidání interakce nezlepšilo predikční schopnost modelu, nebyly interakce dále podrobněji analyzovány.

Tabulka č. 1: Faktory ovlivňující výskyt dočasné pracovní neschopnosti v České republice v letech 2009 – 2019 a koeficienty výsledného modelu binární logistické regrese

Vysvětlující proměnné	Odhad parametrů (B)	Hladina významnosti (Sig.)	Poměr šancí (Exp(B))
konstanta	-3,189	<0,0001	0,041
<b>Pohlaví</b>			
Muž	-0,621	<0,0001	0,538
Žena	referenční kategorie		
<b>Věkové skupiny</b>			
15–34	-0,111	<0,0001	0,895
35–44	-0,202	<0,0001	0,817
45–54	referenční kategorie		
55+	0,298	<0,0001	1,347
<b>Rodinný stav</b>			
Svobodný/á	0,022	<0,0001	1,022
Ženatý/vdaná	referenční kategorie		
Ovdovělý/á a rozvedený/á	0,214	<0,0001	1,239
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>			
Bez vzdělání, základní vzdělání, střední bez maturity	0,259	<0,0001	1,296
Střední s maturitou	referenční kategorie		
Vysokoškolské	-0,277	<0,0001	0,758
<b>Profesní skupiny</b>			
Odborné profese	-0,469	<0,0001	0,625
Administrativa a služby	-0,355	<0,0001	0,701
Manuální profese	referenční kategorie		
<b>Obvyklý počet odpracovaných hodin za týden</b>			
1–37,4 hodin	-0,232	<0,0001	0,793
37,5–40 hodin	referenční kategorie		
40,1–98 hodin	-0,137	<0,0001	0,872
<b>Postavení v zaměstnání</b>			
Podnikatel	-0,681	<0,0001	0,506
Zaměstnanec	referenční kategorie		
<b>Parametry modelu</b>			
Akaikeho informační kritérium – model pouze s konstantou: 47 173 551			
Akaikeho informační kritérium – výsledný model: 45 696 135			
Index shody: 0,652			

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Poznámka: Modelovanou vysvětlovanou proměnnou je výskyt pracovní neschopnosti 1 (ano), tj. respondent byl v referenčním týdnu dotazování v dočasné pracovní neschopnosti.

Všechny hodnoty jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05.

Do výsledného modelu pro další analýzu byly zvoleny jako vysvětlující kategorizované proměnné pohlaví, věková skupina, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profesní skupina, obvyklý počet odpracovaných hodin za týden a postavení v zaměstnání. Všechny kategorie vysvětlujících proměnných byly statisticky významné na hladině významnosti 0,05 a hlavní výsledky sestaveného výsledného modelu binární logistické regrese jsou uvedeny v tabulce č. 1.

### Specifikace problematických faktorů DPN a jejich porovnání se zdravím

Jednotlivé hodnoty proměnných byly zhodnoceny z hlediska výše šance na výskyt DPN u dané hodnoty, pokud všechny ostatní proměnné budou konstantní (standardizované). Hodnoty s nejnižší a nejvyšší šancí poukazují na nejméně a na nejvíce problematické oblasti přispívající k výši úrovně DPN v ČR. K těmto hodnotám je pak vztažen příslušný výsledek Krutské (2014), výsledky šetření EHIS 2008 (ÚZIS 2011) a relevantní předpoklady plynoucí z výše uvedených teoretických zdrojů.

Na základě modelu logistické regrese specifikovaného v tabulce 1 byla vypočtena nejnižší a nejvyšší pravděpodobnost být v DPN (tabulka č.2). Nejnižší pravděpodobnost (0,3 %) mají ženatí vysokoškolsky vzdělaní muži ve věku 35–44 let, kteří pracují jako podnikatelé v odborné profesi obvykle 1–37,4 hodin týdně. Nejvyšší pravděpodobnost (8,2 %) mají naopak ovdovělé nebo rozvedené ženy ve věku 55 a více let, které jsou bez vzdělání, se základním vzděláním nebo středním vzděláním bez maturity a pracují jako zaměstnankyně v manuální profesi obvykle 37,5–40 hodin týdně.

Tabulka č. 2: **Pravděpodobnost být v dočasné pracovní neschopnosti, Česká republika, 2009 – 2019**

Pravděpodobnost být v dočasné pracovní neschopnosti	Nejnižší	Nejvyšší
<b>Pohlaví</b>	Muž	Žena
<b>Věkové skupiny</b>	35–44	55+
<b>Rodinný stav</b>	Ženatý	Ovdovělá nebo rozvedená
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	Vysokoškolské	Bez vzdělání, se základním vzděláním nebo se středním vzděláním bez maturity
<b>Profesní skupiny</b>	Odborná profese	Manuální profese
<b>Obvyklý počet odpracovaných hodin za týden</b>	1–37,4 hodin	37,5–40 hodin
<b>Postavení v zaměstnání</b>	Podnikatel	Zaměstnanec
<b>Pravděpodobnost</b>	0,00343	0,08182

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty vycházející z modelu binární logistické regrese uvedeného v tabulce č. 1



V porovnání se ženami měli muži poloviční šanci (0,54; tabulka č. 1) být v pracovní neschopnosti za předpokladu, že ostatní proměnné jsou konstantní (standardizované), což odpovídá zjištěním uváděným v literatuře i oficiálním statistikám zveřejňovaným ČSÚ (2020a) nebo Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS 2018). Analýza VŠPS 2002 – 2008 (Krutská 2014; dále jen analýza VŠPS 2002 – 2008) došla k podobnému výsledku. I podle výsledků šetření EHIS 2008 (ÚZIS 2011; dále jen EHIS 2008) subjektivně hodnotí své zdraví jako velmi dobré nebo dobré 73 % mužů, ale jen 64,2 % žen.

Z hlediska věku měly oproti referenční kategorii 45–54 let 1,35krát vyšší šanci být v pracovní neschopnosti osoby ve věku 55 a více let, zatímco osoby ve věku 15–44 let měly nižší šanci být v pracovní neschopnosti v porovnání s referenční kategorií 45–54 let. Analýza VŠPS 2002 – 2008 měla sice jinak postavené věkové kategorie, z výsledků vyplývá, že nejvyšší šanci být v DPN mají osoby ve věku 45–59 let a 60+ let. Při porovnání s EHIS 2008 vidíme podobný trend – subjektivní pocit zdraví se s rostoucím věkem zhoršuje. Zlepšení přichází až v době odchodu do důchodu, takové osoby jsou ale ve VŠPS zahrnuty jen tehdy, pokud nadále pracují. Samostatný interval věkové skupiny 65+ nebylo možné při analýze VŠPS použít kvůli nízkému početnímu zastoupení v datovém souboru. Pracující důchodci tak spadají do nejvyšší věkové kategorie v obou VŠPS šetřeních a je možné, že jejich výsledek se obecnému zhodnocení vymyká. Rozdíl však v důsledku stanovení širokých věkových kategoriích není postihnutý.

Vzhledem k referenční kategorii *rodinného stavu* ženatý nebo vdaná měly osoby v ostatních rodinných stavech vyšší šanci být v DPN. Tato šance v porovnání s referenční kategorií byla 1,24krát vyšší u ovdovělých a rozvedených a jen 1,02krát vyšší u svobodných. Úroveň DPN svobodných osob v zaměstnání se tak dle výstupu modelu téměř nelišila od osob ženatých či vdaných. Z analýzy VŠPS 2002 – 2008 vyplynulo, že nejméně ohroženou skupinou byli svobodní, uprostřed byly na podobné úrovni osoby ovdovělé a osoby v manželství a nejvíce ohroženou skupinou byly osoby rozvedené. Zde je zřejmý časový posun – zdá se, že šance svobodných být na DPN se zvýšila, šance ženatých/vdaných se snížila. Porovnání s EHIS 2008 je komplikovanější – proměnná rodinný stav je pojímána jako partnerství a nabývá hodnot *s partnerem* a *bez partnera*. Z výsledků plyne, že u mužů je vyšší zastoupení pocitu dobrého zdraví u mužů bez partnera/partnerky, u žen naopak je vyšší zastoupení s partnerem/partnerkou.

Co se *vzdělání* týče, v porovnání s referenční kategorií osob se středním vzděláním s maturitou měly 1,30krát vyšší šanci být v DPN osoby bez vzdělání, se základním vzděláním nebo středním vzděláním bez maturity, zatímco vysokoškolsky vzdělané osoby měly tuto šanci nižší (0,76 oproti osobám se středním vzděláním s maturitou). Vysokoškolsky vzdělání měli o 24 % nižší

šanci být v pracovní neschopnosti oproti osobám se středním vzděláním s maturitou. Z výsledků tak lze usoudit, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání se snižuje šance být v DPN. Ke stejným výsledkům i závěru došla i analýza VŠPS 2002 – 2008. Z hlediska subjektivního pocitu zdraví dle EHIS 2008 je sledován rozdíl v pocitu u osob, které mají nebo nemají maturitu. Z výsledků vyplývá, že osoby bez maturity hodnotí své zdraví hůře. Subjektivně reflektované zdraví tak odpovídá šanci být v DPN.

Hodnoty poměru šancí výskytu DPN definovaných *profesních skupin*, které sdružují hlavní třídy klasifikace zaměstnání, odpovídají předpokladu, že manuální profese mají nejvyšší šanci být v DPN. Referenční kategorií byly zvoleny manuální profese, které zahrnují hlavní třídy klasifikace zaměstnání 6-9. Šance být v pracovní neschopnosti byla vzhledem k této referenční kategorii nižší (0,70) u osob pracujících v administrativě a službách, tj. zaměstnání v hlavní třídě klasifikace zaměstnání 4 a 5 měli o 30 % nižší šanci být v pracovní neschopnosti než osoby zaměstnané v manuálních profesích. Osoby zaměstnané v odborných profesích, tj. zaměstnání v hlavní třídě klasifikace zaměstnání 1–3, měly vzhledem k osobám s manuální profesí o 38 % nižší šanci (0,63) být v DPN. Z analýzy VŠPS 2002 – 2008 vyplývá možné rozdělení profesí na dvě skupiny – na jedné stojí duševní a rutinní manuální pracovníci s nízkou šancí DPN, na druhé straně stojí manuální profese s vysokou ohrožeností DPN. EHIS 2008 data o profesi sbírá, ale tento ukazatel s ohledem na zdraví v tomto kontextu neřeší.

Podnikatelé měli téměř o polovinu nižší (0,51) šanci být v pracovní neschopnosti než zaměstnanci. Ke stejnému výsledku i ke stejnému poměru šancí došla i analýza VŠPS 2002 – 2008. V této kategorii zůstává situace nezměněná. EHIS 2008 data o profesi sbírá, ale tento ukazatel s ohledem na zdraví v tomto kontextu neřeší.

Osoby pracující na plný úvazek, tedy obvykle mezi 37,5 až 40 hodinami týdně, které byly zvoleny za referenční kategorii, měly vyšší šanci být v DPN oproti osobám pracujícím větší nebo menší počet hodin. Osoby obvykle pracující méně než 37,5 hodin týdně, měly nižší (0,79) šanci být v pracovní neschopnosti oproti referenční kategorii (tj. o 21 % nižší šanci být v DPN) a osoby obvykle pracující více než 40 hodin týdně měly tuto šanci nižší (0,87) než osoby obvykle pracující mezi 37,5 až 40 hodinami týdně (tj. o 13 % nižší šanci být v DPN). Podobné výsledky byly i v analýze VŠPS 2002 – 2008. EHIS 2008 sbírá data o velikosti úvazku, ale tento ukazatel s ohledem na zdraví v tomto kontextu neřeší.

## Závěr

Záměrem tohoto článku bylo poskytnout informace o socioekonomických faktorech, které mají vliv na dočasnou pracovní neschopnost (DPN) v Česku, a naznačit, jak souvisejí s úrovní zdraví v ČR.

Z odborné literatury vyplynuly čtyři okolnosti zkoumání DPN, které bylo třeba touto analýzou zreflektovat.

*Dočasná pracovní neschopnost a zdraví spolu úzce souvisejí, ale nebyl mezi nimi prokázán přímý kauzální vztah.* V textu bylo popsáno, jak spolu zdraví a DPN souvisejí, a navržen způsob, jak porovnat výsledky výběrových šetření těchto jevů s ohledem na formulaci nejvíce problematických oblastí, na které se může stát politicky zaměřit. Cílem tohoto článku ale nebylo prokázání statisticky významné korelace mezi úrovní zdraví a úrovní DPN. Vzhledem ke komplexnosti obou jevů by šlo o složitý úkol, nicméně tento článek může sloužit jako počáteční bod k dalšímu rozpracování.

*Po zavedení změn politiky vyplácení nemocenského pojištění se po roce 2008 výrazně proměnila úroveň pracovní neschopnosti. Práce vycházející z předchozích dat mohou být zastaralé.* Výsledné zhodnocení problematických oblastí socioekonomických a demografických faktorů vycházejících z dat VŠPS sbíraných v letech 2009 – 2019 bylo porovnáno s výsledky obdobné práce provedené na datech VŠPS sbíraných v letech 2002 – 2008. Předěl mezi oběma datovými soubory odpovídá době před zavedením a po zavedení těchto změn.

*Problematika pracovní neschopnosti je velmi komplexní a na výsledné úrovni se podílí řada faktorů.* Komplexnost problematiky DPN i zdraví byla v článku popsána. Redukce této komplexity na vybrané demografické a socioekonomické faktory bylo podloženo na jedné straně hodnocením plnění cílů stanovených v programu Zdraví 21 (Vrchotová et al. 2013), kde nedostatečné sledování právě tohoto typu faktorů je hodnoceno jako jedna ze slabín tohoto projektu, a na straně druhé dostupností příslušných dat ve výběrovém šetření VŠPS.

*Oficiální statistiky neposkytují dostatečně podrobná data z hlediska faktorů, které úroveň dočasné pracovní neschopnosti ovlivňují.* Cílem článku nebylo nalézt všechny relevantní faktory, ale ověřit relevantnost těch, které byly dostupné. Díky zpracování dat z VŠPS bylo k dispozici více faktorů ke zhodnocení, než by poskytly oficiální statistiky ČSÚ.

Dalším cílem tohoto článku bylo (a) posoudit relevantnost šetřených socioekonomických faktorů vzhledem k jejich vlivu na úroveň dočasné pracovní neschopnosti, (b) specifikovat oblasti a faktory, kterým by měla být z hlediska problematiky dočasné pracovní neschopnosti věnována větší pozornost, a (c)

porovnat tyto oblasti a faktory se situací před rokem 2009 a (d) s faktory a oblastmi týkajícími se úrovně zdraví v ČR.

- a) Posouzení relevantnosti šetřených socioekonomických faktorů vzhledem k jejich vlivu na úroveň DPN bylo provedeno na datech VŠPS z let 2009 – 2019 pomocí binární logistické regrese, kdy byl modelován výskyt DPN jako vysvětlované proměnné a vysvětlujících kategorizovaných proměnných *pohlaví, věková skupina, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profesní skupina, obvyklý počet odpracovaných hodin za týden, doba zaměstnání, postavení v zaměstnání a čas*<sup>25</sup>. Metodou STEPWISE bylo ověřeno, že z hlediska relevantnosti jsou statisticky významné proměnné *pohlaví, věková skupina, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profesní skupina, obvyklý počet odpracovaných hodin za týden a postavení v zaměstnání*. Proměnné *čas* a *doba zaměstnání* nebyly vyhodnoceny jako statisticky relevantní a z další analýzy byly vypuštěny.
- b) Oblasti a faktory, kterým by měla být věnována pozornost z hlediska problematiky DPN, vyplývají z analýzy, která pro skupiny osob odpovídající jednotlivým hodnotám kategorií vyhodnotila jejich šanci být v DPN. Hodnoty s nejvyšší šancí zastoupení lze označit jako nejzávažněji přispívající k úrovni DPN. Z výsledků plyne, že nejvyšší šanci být v DPN má ovdovělá nebo rozvedená žena starší 55 let, bez vzdělání, se základním vzděláním nebo se vzděláním bez maturity, pracující v manuálních profesích na plný úvazek jako zaměstnankyně. Na druhé straně nejmenší šanci být v DPN má ženatý muž ve věku 35–44 let s vysokoškolským vzděláním, který pracuje jako podnikatel v odborných profesích na zkrácený úvazek.
- c) Šanci, že konkrétní skupina lidí má vyšší pravděpodobnost, že bude v DPN, lze nyní porovnat s výsledky analýzy DPN z let 2002 – 2008 od Krutské (2014) a zachytit tak, zda se v čase problematické oblasti změnily. Při porovnání šancí jednotlivých skupin být v DPN se ukazuje, že většina faktorů zůstává v obou obdobích stejná. Největší šanci být v DPN má v obou případech žena. Shodně zůstává také nárůst šancí být v DPN s klesající úrovní vzdělání, nejohroženější skupinou tedy zůstávají osoby bez vzdělání nebo se vzděláním bez maturity. Situace se nezměnila ani ve skupině podle postavení v zaměstnání a podle počtu odpracovaných hodin za týden – větší šanci měli zaměstnanci a pracující na plný úvazek (37,5–40 hodin). Beze změny zůstávají také nejohroženější osoby podle profesní skupiny – největší šanci být v DPN jsou manuálně pracující. Při porovnání věkové kategorie se ukazuje, že odlišně zvolené věkové intervaly znemožňují podrobněji specifikovat nejohroženější skupinu. Obecně ale jde v obou případech o osoby v předdůchodovém nebo důchodovém věku. Jediný významný posun

---

<sup>25</sup> Konstrukce proměnné Čas je definována v kapitole Data a metody.

v ohroženosti se při porovnání obou období odehrál v kategorii rodinného stavu – šance svobodných být v DPN se zvýšila, šance ženatých/vdaných se snížila. Tento rozdíl by měl být předmětem dalšího zkoumání, zejména v souvislosti s legislativními změnami na přelomu let 2008 a 2009, které ovlivnily pojetí pracovní neschopnosti, např. zavedením tzv. karenční doby. Pro další testování lze stanovit předpoklad, že tyto změny měly na posun skupin v pravděpodobnosti být v DPN vliv.

- d) Dále byly výsledky porovnány se skupinami lidí, které jsou ohroženy nižší úrovní zdraví. Vzhledem ke komplexnosti fenoménu zdraví a k obtížné operacionalizaci samotného pojmu byly v tomto textu pro porovnání zvoleny výsledky ÚZIS publikované v Evropském výběrovém šetření o zdraví v ČR EHIS 2008 (ÚZIS 2011). Oficiální statistika bohužel trpí přesně tím problémem, který pojmenovali autoři zprávy o plnění programu Zdraví 21 (Vrchotová et al. 2013) – socio-ekonomické faktory nejsou dostatečně sledovány. V tomto případě chybí výsledky pro porovnání kategorií profesní skupina, postavení v zaměstnání, doba zaměstnání. Přesněji řečeno – šetření EHIS 2008 příslušná data sbírá, ale některé z faktorů interpretuje nikoliv s ohledem na zdraví v celé šíři, ale v kontextu nějaké dílčí složky zdraví (například v souvislosti s pracovními úrazy). Pozitivem u těch kategorií, které pro srovnání zde použít lze, je přístup ke zkoumání zdraví jako subjektivního stavu. U vzdělání je ohroženost DPN a vnímání zdraví v souladu – nejhůře jsou na tom osoby bez maturity.

U kategorie věku může subjektivně vnímané zdraví doplnit pohled na skupinu osob předdůchodového a důchodového věku, která je nejvíce ohrožena DPN. Z EHIS 2008 vyplývá podobný trend – subjektivní pocit zdraví se s rostoucím věkem zhoršuje. V době odchodu do důchodu ale přichází zlepšení vnímání svého zdravotního stavu. Bylo by vhodné detailnější analýzou dále porovnat tento trend s úrovní DPN u konkrétní skupiny pracujících důchodců.

Porovnání výsledků z analýzy DPN se subjektivně vnímaným zdravím vzhledem k rodinnému stavu je nemožné z důvodu odlišně pojímané proměnné. Zatímco výstupy VŠPS pracují s rodinným stavem podle úředního zařazení (ženatý/vdaná, svobodný/á, rozvedený/á, ovdovělý/á), EHIS pracuje s hodnotami s partnerem / bez partnera. Tyto skupiny se mohou navzájem překrývat – svobodná osoba může být s partnerem i bez partnera; osoba bez partnera může být svobodná, rozvedená i ovdovělá. Nabízí se příležitost ke standardizaci sběru dat v proměnných, které vstupují do oficiálních datových souborů v národních institucích pro jejich mezioborové srovnávání.

Výsledky této analýzy a porovnání s výstupy již provedených analýz Krutské (2014) a EHIS 2008 (ÚZIS 2011) ukazují, že nerovnosti skupin osob v šancích být v DPN se v čase příliš nezměnila. Vliv změn v zaměstnanecké a nemocenské politice od roku 2008 není v tomto ohledu nijak výrazný. Nabízí

se otázka, zda by nebylo vhodné strategie zdravotních programů více zaměřit na cílenou podporu výše uvedených konkrétních skupin obyvatel a tím přispět k oploštění nerovností ve zdraví, ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel a ke snížení ekonomických dopadů dočasné pracovní neschopnosti, což jak ze strategických dokumentů vyplývá, jsou jedněmi z hlavních politických cílů v této oblasti do budoucna.

### **Poděkování**

Tento článek vznikl v rámci projektu „Podpora kvality vědecko-výzkumných výstupů studentů sociogeografických a demografických programů“, SVV č. 260566.

*Albína Malinová je od roku 2017 absolventkou magisterského studijního oboru demografie na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy, kde v současné době pokračuje v doktorském studiu demografie. Ve své výzkumné činnosti se zaměřuje především na aplikovanou demografii a na témata související s pojišťovnictvím, zejména na pracovní neschopnost.*

### **LITERATURA**

- BEEMSTERBOER, W. – STEWART, R. – GROOTHOFF, J. – NIJHUIS, F., 2009: A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 22(2): 169-179. <https://doi.org/10.2478/v10001-009-0013-8>
- BERGENDORFF, S., 2003: Sick leave absence in Europe - a comparative study. 4th International Research Conference on Social Security. Antwerp: International Social Security Association: 1-14. Dostupné z: <https://ww1.issa.int/html/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>
- BLOMGREN, J. – JÄPPINEN S., 2021: Incidence and Length of Sick Leave Absence among Hierarchical Occupational Classes and Non-Wage-Earners: A Register Study of 1.6 Million Finns. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(2): 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020501>
- BOJIČOVÁ, L. – ADÁMKOVÁ, V., 2011. Nejčastější příčiny neschopnosti k práci v České republice. *Kontakt*, 13, 298-307.
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8
- ČSÚ, 2016: *Klasifikace vzdělání (CZ-ISCED 2011)*. Český statistický úřad. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace\\_vzdelani\\_cz\\_isced\\_2011](https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace_vzdelani_cz_isced_2011)
- ČSÚ, 2020a: *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz v České republice – za rok 2019*. Český statistický úřad. Praha. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-za-rok-2019>

- ČSÚ, 2020b: Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS). Český statistický úřad. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/vykazy/vyberove\\_setreni\\_pracovnich\\_sil](https://www.czso.cz/csu/vykazy/vyberove_setreni_pracovnich_sil)
- ČSÚ, 2020c: Klasifikace zaměstnání (CZ-ISCO): Metodická příručka. Český statistický úřad. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace\\_zamestnani\\_cz\\_isco](https://www.czso.cz/csu/czso/klasifikace_zamestnani_cz_isco)
- ČSÚ, 2021: Metodické poznámky – Výběrové šetření pracovních sil. Český statistický úřad. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/zam\\_vsps](https://www.czso.cz/csu/czso/zam_vsps)
- DAHLGREN, G. – WHITEHEAD, M., 2021: The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 199: 20-24. ISSN 00333506. Dostupné z: doi:10.1016/j.puhe.2021.08.009
- DŽAMBAZOVIČ, R. – GERBERY, D., 2014: Sociálně-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálně-ekonomický status ako determinant zdravia. *Sociológia – Slovak Sociological Review*. 46(2): 194-219. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/04300827Dzambazovic%20-%20OK.pdf>
- EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, 2017: Metodika zařazování zaměstnání do CZ-ISCO pro účely statistiky trhu práce. Evropský sociální fond. Dostupné z: [https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset\\_publisher/BBFAoaudKGfE/document/id/5992526?inheritRedirect=false](https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/document/id/5992526?inheritRedirect=false)
- HAMPLOVÁ, D., 2012: Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince?. *Sociologický časopis* 48(4): 737–755. <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2012/04/09.pdf>
- HENDL, J., 2006: Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Vyd. 2., opr. Praha: Portál. 583 s. ISBN 80-736-7123-9.
- HÜBELOVÁ, D. – CHROMKOVÁ MANEA, B. – KOZUMPLÍKOVÁ, A., 2021: Zdraví a jeho sociální, ekonomické a environmentální determinanty: teoretické a empirické vymezení. *Sociológia – Slovak Sociological Review* 53(2): 119-146. <https://doi.org/10.31577/sociologia.2021.53.2.5>
- IVANOVÁ, K., 2006: Životní styl jako sociální determinanta zdraví (pokus o operacionalizaci jednoho sociálního vztahu). Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Kategra sociologie.
- JEŘÁBKOVÁ, V. – VLTAVSKÁ, K., 2010: Dopady pracovní neschopnosti na ekonomiku v České republice. Reprodukce lidského kapitálu: Vzájemné vazby a souvislosti. Praha: VŠE, Nakladatelství Oeconomica: 1–6. ISBN 978-80-245-1697-4. Dostupné z: <https://adoc.pub/queue/dopady-pracovni-neschopnosti-na-ekonomiku-v-ceske-republice-1.html>
- JEŘÁBKOVÁ, V. – ZELENÝ M., 2011: Pracovní neschopnost – významný ukazatel nejen v období ekonomické krize?. Reprodukce lidského kapitálu: vzájemné vazby a souvislosti. Slaný: Melandrium. ISBN 978-80-86175-75-1. Dostupné z: <https://relik.vse.cz/2011/sbornik/download/pdf/164-Jerabkova-Vera-paper.pdf>
- KRÖGER, H., 2017: The stratifying role of job level for sickness absence and the moderating role of gender and occupational gender composition. *Social Science & Medicine* 186: 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.045>
- KRUTSKÁ, J., 2014: Analýza pracovní neschopnosti a prezentismu v České republice. Praha. Disertační práce. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie.

- KVĚTENSKÁ, B., 2010: Efektivnost změn v systému nemocenského pojištění v letech 2008 a 2009. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní.
- LAAKSONEN, M. – MASTEKAASA, A. – MARTIKAINEN, P. – RAHKONEN, O. – PIHA, K. – LAHELMA, E., 2010: Gender differences in sickness absence – the contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 36(5): 394-403. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2909>
- LALONDE, M., 1974: A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada. ISBN 0-662-50019-9. Dostupné z: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- MARCH, A. N. – VILLAR, R. – UBALDE-LOPEZ, M. – BENAVIDES, F. G. – SERRA, L. – DESSEAUVE, D., 2020: Do birthrates contribute to sickness absence differences in women? A cohort study in Catalonia, Spain, 2012-2014. *PLOS ONE* 15(8): 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237794>
- MARMOT, M. G. – SMITH, G. D. – STANSFELD, S. – PATEL, C. – NORTH, F. – HEAD, J. – WHITE, I. – BRUNNER, E. – FEENEY, A., 1991: Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337(8754): 1387-1393. doi: 10.1016/0140-6736(91)93068-k
- MZČR, 2008: Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>
- MZČR, 2014: Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020\\_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD...pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8690/20840/Zdrav%C3%AD%202020_N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20ochrany%20a%20podpory%20zdrav%C3%AD%20a%20prevence%20nemoc%C3%AD...pdf)
- ØSTBY, K. A. – MYKLETUN, A. – NILSEN, W., 2018: Explaining the gender gap in sickness absence. *Occupational Medicine* 68(5): 320-326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- OSTERKAMP, R. – RÖHN, O., 2007: Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries. *CESifo Economic Studies* 53(1): 97–114. <https://doi.org/10.1093/cesifo/ifm005>
- PERTOLD, F., 2018: Dopady zavedení karenční doby v roce 2008 na pracovní neschopnost. Národohospodářský ústav AV ČR. ISBN 978-80-7344-477-8. Dostupné z: [https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA\\_Studie\\_13\\_2018\\_Dopady\\_zavedeni\\_karencni\\_doby\\_na\\_pracovni\\_neschopnost/files/downloads/IDEA\\_Studie\\_13\\_2018\\_Dopady\\_zavedeni\\_karencni\\_doby\\_na\\_pracovni\\_neschopnost.pdf](https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Studie_13_2018_Dopady_zavedeni_karencni_doby_na_pracovni_neschopnost/files/downloads/IDEA_Studie_13_2018_Dopady_zavedeni_karencni_doby_na_pracovni_neschopnost.pdf)
- RAVESTIJN, B. – VAN KIPPERSLUIJ, H. – VAN DOORSLAER, E., 2013: The Contribution of Occupation to Health Inequality. *Health and Inequality (Research on Economic Inequality)* 21: 311-332. [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)000021014](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)000021014)
- ŘEHÁKOVÁ, B., 2000: Nebojte se logistické regrese. *Sociologický časopis* 36(4): 475-492. <https://doi.org/10.13060/00380288.2000.36.4.06>
- STRIKER, M. – KUSIDEŁ, E., 2018: Determinants of Employee Absence Differentiation. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica* (333): 39-56. <https://doi.org/10.18778/0208-6018.333.03>



- SUHRCKE, M. – MCKEE, M. – SAUTO ARCE, R. – TSOLOVA, S. – MORTENSEN, J., 2005: The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-894-9829-3. Dostupné z: [https:// ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/health\\_economy\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/health_economy_en.pdf)
- TOCH, M. – BAMBRA, C. – LUNAU, T. – VAN DER WEL, K. A. – WITVLIET, M. I. – DRAGANO, N. – EIKEMO, T. A., 2014: All Part of the Job? The Contribution of the Psychosocial and Physical Work Environment to Health Inequalities in Europe and the European Health Divide. *International Journal of Health Services* 44(2): 285-305. <https://doi.org/10.2190/HS.44.2.g>
- TOMŠEJ, J., 2020: Zdraví a nemoc zaměstnance. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1015-5
- ÚŘAD VLÁDY ČR, 2021: Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021 – 2030. Vláda České republiky. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie\\_rovnosti\\_zen\\_a\\_muzu.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf)
- ÚZIS, 2011: Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7280-916-5. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ehis2008cz.pdf>
- ÚZIS, 2018: Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-180-9. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/uppn2017.pdf>
- VRCHOTOVÁ, V. – TRUELLOVÁ, I. – KOLÁŘOVÁ, B. – KÖHLEROVÁ, I. – KVÁŠOVÁ, S. – KŘEMENOVÁ, E. – KUBÍNOVÁ, R. – GOTTWALDOVÁ, E. – KOSTELECKÁ, L. – HAMPLOVÁ, L. – KALVACHOVÁ, M. – TOMÁŠEK, Z. – HÁJKOVÁ, M., 2013: Zdraví pro všechny v 21. století: Zpráva o hodnocení plnění jednotlivých cílů dokumentu Zdraví 21 od roku 2003-2012. Praha: SZÚ. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/aktuality/Zdravi\\_21/Zdravi\\_21\\_final.17.6.doc](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/aktuality/Zdravi_21/Zdravi_21_final.17.6.doc)
- VYCHOVÁ, H. – MERTL, J., 2009: Vazby vzdělání a zdraví v kontextu ekonomického rozvoje. *Politická ekonomie* 57(1): 58-78. <https://doi.org/10.18267/j.polek.670>
- WHO, 1998: Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. ISBN 92 890 1348 6. Dostupné z: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf)
- WHO, 2021a: Constitution. World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO, 2021b: Determinants of health. World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>

PŘÍLOHA

Tabulka č. 1a: **Struktura datového souboru zaměstnaných osob, Česká republika, 2009 – 2019, (v %)**

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Pohlaví</b>											
Muž	57,50	57,50	57,21	57,01	56,78	56,85	56,45	56,18	56,11	55,84	55,82
Žena	42,50	42,50	42,79	42,99	43,22	43,15	43,55	43,82	43,89	44,16	44,18
<b>Věkové skupiny</b>											
15–34	32,73	31,83	30,86	29,30	28,65	28,03	27,44	27,02	26,67	25,96	25,24
35–44	26,92	27,79	28,65	29,47	29,83	30,22	30,37	30,26	29,79	29,30	28,80
45–54	24,63	24,51	24,31	24,53	24,34	24,32	24,62	24,70	25,10	25,70	26,51
55+	15,72	15,88	16,18	16,70	17,18	17,42	17,56	18,02	18,44	19,05	19,45
<b>Rodinný stav</b>											
Svobodný/á	26,95	27,20	27,36	27,20	27,36	28,55	29,34	29,85	29,76	30,34	30,47
Ženatý/vdaná	59,81	59,05	58,66	59,18	58,72	57,03	56,81	55,98	56,18	55,35	54,81
Ovdovělý/á a rozvedený/á	13,23	13,75	13,98	13,62	13,92	14,42	13,85	14,17	14,05	14,31	14,72
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>											
Bez vzdělání, základní vzdělání, střední bez maturity	45,07	43,70	42,87	41,52	40,64	39,73	39,39	39,41	38,37	38,01	38,55
Střední s maturitou	37,94	38,00	37,48	37,67	37,13	37,62	37,43	36,85	37,20	37,21	37,06
Vysokoškolské	16,98	18,30	19,66	20,81	22,23	22,65	23,18	23,74	24,43	24,78	24,39
<b>Profesní skupiny</b>											
Odborné profese	41,59	40,74	36,75	37,36	37,88	37,90	37,64	37,78	38,03	38,04	37,76
Administrativa a služby	19,27	20,25	24,71	24,51	24,76	24,51	24,57	24,53	24,81	24,97	24,89
Manuální profese	39,13	39,01	38,55	38,13	37,36	37,59	37,79	37,70	37,15	36,98	37,35
<b>Obvyklý počet odpracovaných hodin za týden</b>											
1–37,4 hodin	7,88	8,16	7,64	8,17	8,76	8,59	8,53	8,88	9,40	9,51	9,91
37,5–40 hodin	69,66	70,12	71,31	70,57	71,05	72,73	72,94	73,04	73,07	73,24	73,18
40,1–98 hodin	22,47	21,71	21,05	21,25	20,19	18,67	18,53	18,08	17,53	17,25	16,91
<b>Doba zaměstnání</b>											
Do 3 let včetně	26,82	25,81	25,41	24,95	23,72	23,35	23,86	25,55	26,60	26,40	25,45
Více než 3 roky	73,18	74,19	74,59	75,05	76,28	76,65	76,14	74,45	73,40	73,60	74,55
<b>Postavení v zaměstnání</b>											
Podnikatel	16,85	17,81	18,17	18,56	17,97	18,13	17,46	17,28	17,24	17,05	16,91
Zaměstnanec	83,15	82,19	81,83	81,44	82,03	81,87	82,54	82,72	82,76	82,95	83,09
<b>Hledání dalšího nebo jiného zaměstnání</b>											
Ano	1,30	1,26	1,33	1,37	1,38	1,29	1,18	1,09	1,07	0,85	0,75
Ne	98,70	98,74	98,67	98,63	98,62	98,71	98,82	98,91	98,93	99,15	99,25

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty

Tabulka č. 2a: **Struktura datového souboru zaměstnaných osob, které byly v dočasné pracovní neschopnosti v referenčním týdnu dotazování, Česká republika, 2009 – 2019, (v %)**

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Pohlaví</b>											
Muž	45,93	44,77	44,14	44,41	42,46	43,28	42,72	44,04	43,08	45,48	43,17
Žena	54,07	55,23	55,86	55,59	57,54	56,72	57,28	55,96	56,92	54,52	56,83
<b>Věkové skupiny</b>											
15–34	30,73	28,42	29,31	25,68	25,52	24,57	23,23	21,75	22,72	22,02	21,46
35–44	23,56	22,62	23,84	24,00	23,94	26,30	26,28	25,71	24,40	25,32	24,18
45–54	26,28	26,25	26,13	25,86	27,35	26,87	26,96	29,03	27,14	26,67	27,31
55+	19,42	22,70	20,72	24,46	23,19	22,26	23,53	23,51	25,73	26,00	27,05
<b>Rodinný stav</b>											
Svobodný/á	24,82	21,71	23,37	23,60	23,78	26,02	25,49	26,49	27,13	25,64	26,79
Ženatý/vdaná	58,99	60,07	57,86	57,53	57,22	53,13	54,45	54,42	52,36	52,14	51,06
Ovdovělý/á a rozvedený/á	16,20	18,22	18,77	18,86	19,00	20,85	20,05	19,10	20,51	22,23	22,15
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>											
Bez vzdělání, základní vzdělání, střední bez maturity	58,84	55,37	54,77	53,68	53,36	53,53	53,47	55,28	52,32	53,38	52,28
Střední s maturitou	31,84	33,90	32,07	34,84	34,47	33,52	33,35	31,75	33,28	33,66	33,28
Vysokoškolské	9,32	10,73	13,16	11,47	12,16	12,96	13,18	12,98	14,40	12,95	14,45
<b>Profesní skupiny</b>											
Odborné profese	29,64	29,68	25,43	25,56	24,68	24,12	25,99	25,33	24,95	23,64	25,12
Administrativa a služby	19,34	22,15	26,95	27,41	26,49	27,64	24,90	25,40	25,98	24,59	26,59
Manuální profese	51,01	48,17	47,61	47,03	48,84	48,24	49,11	49,28	49,06	51,77	48,29
<b>Obvyklý počet odpracovaných hodin za týden</b>											
1–37,4 hodin	6,90	8,48	7,02	7,85	8,56	7,49	8,92	7,06	8,19	9,32	10,46
37,5–40 hodin	77,69	76,34	80,65	79,73	78,29	80,70	79,62	79,84	80,71	78,38	79,20
40,1–98 hodin	15,41	15,18	12,32	12,42	13,15	11,82	11,46	13,11	11,11	12,30	10,34
<b>Doba zaměstnání</b>											
Do 3 let včetně	28,28	27,28	25,91	26,40	23,45	22,71	24,95	25,43	27,59	29,54	28,47
Více než 3 roky	71,72	72,72	74,09	73,60	76,55	77,29	75,05	74,57	72,41	70,46	71,53
<b>Postavení v zaměstnání</b>											
Podnikatel	8,38	9,70	9,35	9,43	9,62	8,64	8,56	7,97	7,49	7,85	7,28
Zaměstnanec	91,62	90,30	90,65	90,57	90,38	91,36	91,44	92,03	92,51	92,15	92,72
<b>Hledání dalšího nebo jiného zaměstnání</b>											
Ano	3,16	2,37	1,83	2,28	3,19	1,73	2,47	2,23	2,56	2,52	1,86
Ne	96,84	97,63	98,17	97,72	96,81	98,27	97,53	97,77	97,44	97,48	98,14

Zdroj: VŠPS, vlastní výpočty