

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra statistiky**



**Diplomová práce**

**Pracovní neschopnost v regionech ČR**

**Petra Pauknerová**

© 2011 ČZU v Praze

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Pracovní neschopnost v regionech ČR" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 2. 4. 2011

---

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala prof. Ing. Libuši Svatošové, CSc. za výborné vedení při zpracování diplomové práce.

# Pracovní neschopnost v regionech ČR

---

## Incapacity for work in CR regions

### Souhrn

V diplomové práci je zpracován vývoj pracovní neschopnosti v jednotlivých krajích České republiky v období od roku 2000 do roku 2009. V literární rešerši jsou definovány pojmy zdraví, nemoc a dočasná pracovní neschopnost, jsou zde uvedeny možné příčiny dočasné pracovní neschopnosti a také jsou zde podrobně popsány legislativní změny ve sledovaném období včetně nemocenského pojištění osob samostatně výdělečně činných. Následně je zmíněno financování sociálního zabezpečení v České republice. Vývoj pracovní neschopnosti je analyzován pomocí ukazatelů, kterými jsou průměrný počet nemocensky pojištěných osob, počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti ve dnech a průměrné procento pracovní neschopnosti. U ukazatelů počet ukončených případů na 100 000 pojištěnců a u průměrného procenta pracovní neschopnosti jsou odhadnuty vývojové trendy pro rok 2010. Dále je v diplomové práci analyzována struktura pracovní neschopnosti v krajích České republiky v letech 2000 a 2009 z hlediska jednotlivých diagnóz. V závěru práce je zhodnocen vývoj pracovní neschopnosti, možné příčiny tohoto vývoje a návrh řešení.

## Summary

Diploma thesis is focused on development of temporary work incapacity in single regions of the Czech Republic within period from 2000 to 2009. In background research are defined conceptions of health, sickness, temporary work incapacity, there are mentioned possible reasons of temporary work incapacity, also there are described in detail changes of legislation in this period including insurance of self-employed persons legislation. Consequently it is mentioned financing of social security in the Czech Republic. Development of inability to work is analyzed by following indicators: average number of sickness insured persons, ratio of finished cases of inability to work to 100 000 sickness insured persons, average period of one case of inability to work and average percentage of inability to work. As regards indicators “finished cases of temporary work incapacity to 100 000 sicknesses insured persons” and “average period of one case of work incapacity” there are estimated trends of development. Diploma thesis comprises as well analysis of work incapacity structures in regions from particular diagnoses view. Conclusion evaluates development of work incapacity, possible reasons of this development and proposal of solution.

**Klíčová slova:** zdraví, dočasná pracovní neschopnost, životní prostředí, životní styl, regiony ČR, nemocenské pojištění, ukončené případy pracovní neschopnosti, průměrné trvání případu pracovní neschopnosti, průměrné procento pracovní neschopnosti, diagnózy

**Keywords:** health, temporary work incapacity, environment, living style, regions of the Czech Republic, sickness insurance, finished cases work incapacity, average period of one case of work incapacity, average percentage of work incapacity, diagnosis.

## Obsah:

1	Úvod.....	9
2	Cíl práce a metodika .....	10
3	Literární rešerše.....	12
3.1	Definice pojmů .....	12
3.1.1	Zdraví.....	12
3.1.2	Nemoc .....	13
3.1.3	Dočasná pracovní neschopnost.....	14
3.2	Příčiny dočasné pracovní neschopnosti.....	17
3.2.1	Vliv životního stylu.....	17
3.2.2	Vliv životního prostředí .....	19
3.3	Nemocenské pojištění v ČR .....	20
3.3.1	Systém nemocenského pojištění v ČR.....	20
3.3.2	Zákonná úprava nemocenského pojištění od 1. 1. 2009 .....	22
3.3.3	Nemocenské pojištění od r. 2000 do r. 2008 .....	26
3.3.4	Nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných.....	28
3.4	Financování sociálního zabezpečení v ČR .....	30
3.5	Klasifikace regionů ČR .....	33
4	Vlastní analýza vybraných ukazatelů.....	36
4.1	Průměrný počet nemocensky pojištěných osob.....	36
4.2	Počet ukončených případů PN na 100 000 NP osob.....	39
4.3	Průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve dnech.....	44
4.4	Průměrné procento pracovní neschopnosti .....	47
4.5	Struktura pracovní neschopnosti dle jednotlivých diagnóz.....	51
4.5.1	Struktura pracovní neschopnosti ČR – r. 2000 a 2009 .....	52
4.5.2	Struktura pracovní neschopnosti v krajích - r. 2000 a 2009 .....	54
5	Závěr .....	69
6	Seznam použitých zdrojů.....	72
7	Přílohy .....	74

# 1 Úvod

Pracovní neschopnost je významným ukazatelem zdravotního stavu obyvatelstva. Její sledování úzce souvisí s legislativou v oblasti nemocenského pojištění. Z hlediska posouzení vývoje produktivity práce je pracovní neschopnost významným negativním indikátorem posouzení schopnosti ekonomiky vytvářet ve společnosti více statků a rozšiřovat její bohatství. Práce neschopný zaměstnanec není účastníkem pracovního procesu a určitý počet dnů jeho práce chybí v koloběhu statků. Tím je oslabena intenzita tvorby zdrojů v národním hospodářství a také je snížen příjem rodiny práce neschopného pojištěnce v důsledku omezení příjmů, které nahrazují podstatně nižší dávky nemocenského pojištění. Práce neschopný zaměstnanec též čerpá zdroje zdravotního pojištění na drahou léčebnou péči.

Základními ukazateli, které charakterizují úroveň pracovní neschopnosti, jsou: průměrný počet nemocensky pojištěných osob, počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců, průměrné trvání pracovní neschopnosti ve dnech a procento pracovní neschopnosti. Neméně důležitou oblastí při sledování pracovní neschopnosti je její struktura.

Zásadní vliv na vývoj uvedených ukazatelů a tím i na vývoj pracovní neschopnosti jako celku má legislativní úprava nemocenského pojištění. Vhodnou úpravou legislativy v uvedené oblasti by mohlo být zabráněno zneužívání dávek nemocenského pojištění, ke kterému docházelo v minulých letech, kdy pojištěnec nebyl motivován k výkonu práce, neboť výše nemocenského se výrazně nelišila od jeho průměrné mzdy. Avšak přílišným snižováním nemocenského, by mohlo být dosaženo z dlouhodobého hlediska nepříznivého vývoje pracovní neschopnosti, kdy lidé nebudou čerpat dávky nemocenského pojištění i v odůvodněných případech, především vzhledem k tak nízkému příjmu, kvůli kterému by nemohli v době pracovní neschopnosti zajistit své životní potřeby. Tak by mohlo docházet k neléčení důvodných krátkodobých pracovních neschopností, které by se vyvinuly v dlouhodobé pracovní neschopnosti, v horším případě v invaliditu.

## 2 Cíl práce a metodika

Cílem diplomové práce je dokázat, že legislativní změny, které ve své podstatě snižují výši dávek nemocenského pojištění, mají zásadní vliv na vývoj pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR a to ve smyslu snižování počtu případů pracovní neschopnosti a současně dokázat, že i přes snižování dávek nemocenského pojištění, se průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR zvyšuje.

V diplomové práci jsou použita data z publikací Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, které každoročně vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Při zpracování uvedené publikace vychází ÚZIS ČR z dat, které poskytuje Česká správa sociálního zabezpečení. Použitá data jsou z období let 2000 – 2009 a týkají se statistiky pracovní neschopnosti. V práci jsou hodnoceny ukazatele pracovní neschopnosti, kterými jsou: průměrný počet nemocensky pojištěných osob, počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti ve dnech, procento pracovní neschopnosti a struktura pracovní neschopnosti.

Diplomová práce se zabývá zkoumáním změn jevů v čase v souvislosti s pracovní neschopností. Základním prostředkem statistické analýzy dynamiky hromadných jevů je časová řada. Časovou řadou rozumíme posloupnost věcně a prostorově srovnatelných pozorování, která jsou jednoznačně uspořádána z hlediska času ve směru minulost – přítomnost. Analýza časových řad je soubor metod, které slouží k popisu těchto řad.

V této diplomové práci jsou použity elementární charakteristiky časových řad. Mezi základní metody patří vizuální analýza chování ukazatele, která využívá grafického znázornění spolu s určováním základních statistických charakteristik. Pomocí vizuálního rozboru grafického znázornění průběhu časové řady lze rozpoznat např. dlouhodobou tendenci v průběhu řady. Tato analýza však nestačí k poznání dalších, hlubších souvislostí studovaného procesu a neumožňuje detailně popsat jeho vlastnosti. V diplomové práci je využito následujících elementárních charakteristik: diference prvního řádu, průměrné tempo růstu a průměr hodnot časové řady. Diference prvního řádu charakterizují absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného ukazatele v určitém okamžiku oproti okamžiku bezprostředně předcházejícímu. První diference patří mezi absolutní charakteristiky,



které umožňují porovnání hodnot jednotlivých členů časové řady. Vedle absolutní charakteristiky bylo využito i charakteristiky relativní a to koeficientu růstu. Ten charakterizuje relativní postupnou rychlost změn hodnot v časové řadě. Pokud vyjádříme koeficient růstu v procentech, jedná se o tempo růstu. Průměrný koeficient růstu má smysl pouze tehdy, vykazuje-li časová řada monotónní vývoj. Průměrný koeficient růstu závisí na krajních hodnotách řady, proto je možné získat zcela stejný průměrný koeficient růstu pro řady, které se shodují pouze ve svých krajních úrovních, ale jinak se zcela rozdílným průběhem.

K modelování časových řad jsou využity trendové funkce. Trend popisuje dlouhodobou celkovou tendenci vývoje časové řady. Periodická složka je důsledkem působení periodicky se opakujících faktorů a projevuje se periodickými výkyvy ukazatelů časové řady okolo trendu. Hlavním úkolem při analýze neperiodických časových řad je vystižení základní tendence vývoje. Trend se určuje metodami zvanými vyrovnávání časových řad. Vyrovnání lze realizovat řadou způsobů, kdy v této diplomové práci je použito analytické vyrovnávání časových řad, které spočívá ve vystižení trendu pomocí určité funkce času o známém analytickém tvaru. Určení analytického tvaru trendu jako funkce časové proměnné umožňuje lépe analyzovat zákonitosti vývoje sledovaných veličin. Vzhledem k tomu, že absolutní přírůstky sledovaných proměnných jsou konstantní, byla použita lineární trendová funkce. K určení vhodného modelu trendu je využit index determinace. Čím je hodnota indexu determinace bližší jedné, tím lépe model popisuje zkoumaný jev. Jestliže hodnoty indexu determinace se blíží nule, signalizuje to menší soulad modelu s časovou řadou. Dále je využito indexu korelace. Pokud je hodnota indexu korelace bližší jedné, tím lépe tento model vystihuje zákonitosti vývoje příslušné řady. Pomocí rovnice trendové přímky je u některých ukazatelů určena bodová i intervalová předpověď dalšího vývoje.

Diplomová práce je zpracována pomocí statistického software Statistica 2011.

## 3 Literární rešerše

### 3.1 Definice pojmů

#### 3.1.1 Zdraví

Zdraví představuje pro společnost jako celek významnou hodnotu. Nemocnost, pracovní neschopnost jsou faktory, které významným způsobem ovlivňují výkonnost národní ekonomiky. Péče o zdraví není pouze sektorem, který odčerpává veřejné prostředky, ale představuje také významný přínos pro tvorbu bohatství každé země. Země, jejichž občané jsou zdravější, bývají zpravidla ekonomicky úspěšnější. Vyspělé státy vynakládají na zdraví ročně více než deset procent svého hrubého domácího produktu a v souvislosti s vývojem technologií, specifických zdravotních problémů některých generačních skupin a očekáváním občanů se dá předpokládat, že výdaje budou nadále stoupat. [1]

Zdraví je podle definice uvedené v zakládajícím dokumentu WHO vymezeno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady“. Zdraví je určitým ideálem, kterému se lze přiblížit a ve vzácném případě jej naplnit. Zdraví tedy není jen biologickou charakteristikou, ale významnou společenskou a individuální hodnotou. Dle Beagleholeho existují tři základní zdroje rozdílů ve zdraví lidí. Jedná se o vrozené předpoklady, socio-ekonomické podmínky života a životní styl, tedy faktory, které souvisejí s chováním. Těchto tří oblastí se dotýkají rozdíly mezi pohlavími a také kulturní a ekonomické faktory. Beaglehole determinanty zdraví sumarizuje takto: a) determinanty dědičné, které ovlivňují naše zdraví z 20 – 25 %, b) sociální a ekonomické determinanty, které zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky, bezpečnost práce, bydlení, vzdělání, rodinné podmínky, c) životní styl a další determinanty související s chováním, které zahrnují kouření, spotřebu alkoholu, fyzickou aktivitu, péči o sebe sama, sociální kontakty, styl práce, d) pohlaví, e) kulturní determinanty, např. ve vztahu ke starším lidem, f) politické determinanty, které zahrnují sociální a ekonomické prostředí a zdravotnický systém. [1]

Péče o zdraví je činnost společnosti, která spočívá v soustavě politických, ekonomických, kulturně výchovných a zdravotnických opatření, jejichž cílem je rozvíjet,

upevňovat, chránit a navracet lidem zdraví a pracovní schopnost, prodlužovat lidský život, činit jej aktivním, spokojeným a šťastným a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací. Základem péče o zdraví je prevence, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemocí, k prodlužování pracovní schopnosti a k prodlužování délky aktivního života. [6]

### 3.1.2 Nemoc

Nemoc je objektivně zjiřitelná porucha zdraví. Nemoc lze též definovat jako poruchu adaptace člověka, selhání nebo nedostatečnost adaptivních mechanismů při reakci na podněty z jeho prostředí. Se vznikem nemoci je spojována porucha homeostázy, rovnováhy organismu, která je způsobená určitou příčinou. Příčiny mohou být genetické, mohou pocházet z poškozeného a nevyhovujícího vnitřního nebo vnějšího prostředí, nejčastěji ze vztahu mezi nimi. Pro vznik nemoci je rozhodující působení tří skupin činitelů, což jsou a) původce nemoci, b) člověk a jeho demografická charakteristika (pohlaví, věk, etnická skupina), fyziologické stavy (námaha, stres, způsob výživy, těhotenství, puberta, stárnutí), imunologická zkušenost, genetické predispozice, postoj a chování, tj. míra zdravého způsobu života, c) zevní prostředí tj. práce a její podmínky, vztahy mezi lidmi, životní prostředí, sociálně – ekonomické, kulturní a psychologické podmínky, stres. Rizikovými faktory pro vznik nemoci jsou zejména prach, kouř, záření, hluk, toxické látky, konfliktní sociální vztahy, špatné ekonomické podmínky, tíživé společenské poměry, sociální útlak apod., což jsou faktory nacházející se v zevním prostředí. Ve vnitřním prostředí se pak jedná o nedostatečné imunologické vlastnosti, genetické poruchy, zvýšené hladiny látek v krvi, zvýšený krevní tlak, kritická období života, škodlivé životní návyky jako je nedostatečná či nadbytečná výživa, kouření, nedostatek pohybu aj. [8]

Nemoc lze odlišit jako objektivní poruchu zdraví, nemoc jako vnímanou poruchu zdraví a nemoc jako předmět zdravotnických služeb. Sociální důsledky nemocí jsou spojeny například s nemožností participace na společenských aktivitách, způsobují izolaci jedince a v neposledním případě jsou faktorem sociálního vyloučení. [1]

Nemoc je možno definovat též jako poruchu zdraví, představující odchylku od fyziologického fungování organismu. [6]

Vyspělé země se potýkají se zvýšeným počtem chronických onemocnění v důsledku působení civilizačních faktorů a rizik, mezi něž lze zařadit narušené životní

prostředí, deformující vliv povahy práce a pracovních podmínek, nezdravý životní způsob provázený nedostatkem pohybu ve zdravém prostředí, nadměrnou nebo nesprávnou výživou, škodlivými návyky jako je kouření, alkoholismus a toxikomanie. Chronickými onemocněními, která ve vyspělých zemích převažují, jsou chronické, oběhové a kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchacích cest, diabetes, nádorová onemocnění, alergie, poruchy imunitního systému aj. [8]

Základními ukazateli nemocnosti jsou a) incidence, která popisuje počet nových případů nemoci v časovém intervalu, vlastně počet nových případů v poměru k sledované populaci, b) prevalence, tj. rozsah nemoci v populaci k určitému datu, c) průměrná délka trvání onemocnění. [1]

Vznik nemoci znamená pro člověka změnu sociální situace v zaměstnání, v rodině, na veřejnosti. Nemocný člověk vstupuje do role pacienta a tato role je vymezena jednak legálním uznáním tohoto stavu a jeho požadavků i osvobozením od dosavadních povinností, jehož rozsah stanoví lékař a dále povinností obracet se na zdravotnické zařízení a lékaře, řídit se jejich pokyny a spolupracovat při léčení. [8]

### **3.1.3 Dočasná pracovní neschopnost**

V zájmu každého člověka je, aby se jeho schopnosti mohly všestranně a optimálně rozvíjet, a aby zůstaly co nejdéle zachovány. Pokud je však jeho pracovní schopnost narušena či snížena natolik, že není schopen obstarávat si prostředky k obživě vlastní práci nebo je toho schopen jen v omezené míře, je zpravidla zabezpečen z prostředků sociálního zabezpečení. Krátkodobé stavy poruchy zdraví nazýváme dočasná pracovní neschopnost, což jsou sociální události rozhodné pro systém nemocenského pojištění. [3]

Nemoc znamená velký sociální zásah do života člověka a způsobuje kratší či delší pracovní neschopnost, která je samostatnou významnou sociální událostí, spočívající v nemožnosti konat práci a znamenající tudíž dočasný výpadek výdělku. [6]

Ztráta nebo porucha pracovní schopnosti mají závažný osobní a sociální dopad pro postižené občany. Dočasná pracovní neschopnost znemožňuje nemocným lidem účast na práci či podnikání a způsobuje ekonomickou újmu, tzn. ztrátu příjmu. Sociální zabezpečení tuto újmu může vyrovnat pouze z části. Ekonomické zabezpečení

z nemocenského pojištění je určeno pouze pro ty občany, kteří mají příjem z výdělečné činnosti a jsou z ní dočasně vyřazeni. Poskytuje se ve formě peněžitých dávek, a proto dávky nemocenského pojištění jsou pojištěncům poskytovány pouze při takových sociálních situacích, kdy jejich vyřazení z výdělečné činnosti má krátkodobý charakter. Nemocenské tedy náleží pojištěným občanům, kteří nejsou schopni pro nemoc, úraz nebo karanténu dočasně konat svou obvyklou práci, ale je odůvodněný předpoklad, že se jim tato schopnost po odeznění chorobného procesu v dohledné době obnoví a že se budou moci k výdělečné činnosti vrátit. [3]

Znaky dočasné pracovní neschopnosti jsou a) existence nemoci nebo úrazu, b) dočasné omezení schopnosti pracovat, c) příčinná souvislost mezi nemocí a dočasným omezením pracovní schopnosti a d) ověření podmínek příslušným orgánem. Zdraví je proces, kterým se lidský organismus a jeho funkce neustále srovnávají se svým vnějším i vnitřním prostředím. Nemoc je opakem zdraví, tzn., porucha rovnováhy mezi funkcemi uvnitř organismu. Porucha zdraví způsobená jinými příčinami než nemocí (např. vrozené vady) není pracovní neschopností, která by zakládala nárok na nemocenské. [3]

Pracovní schopnost je vztah mezi životními a pracovními funkcemi jedince, mezi jeho pracovní kapacitou a mezi požadavky, které na něho klade pracovní činnost, kterou má konat. Pro zabezpečení z nemocenského pojištění se hodnotí životní funkce zaměstnance či podnikatele ovlivněné nemocí nebo úrazem ve vztahu k požadavkům, které na něho klade jeho práce, tzn. ta pracovní činnost, kterou skutečně vykonával bezprostředně před vznikem pracovní neschopnosti. Občan je zabezpečen nemocenským, je-li neschopen k výkonu práce ve svém dosavadním zaměstnání nebo výkonu jiné pracovní činnosti, kterou vykonával. Nemusí být neschopen k výkonu jakékoliv práce vůbec. [3]

Pro zabezpečení nemocenským nestačí pouze onemocnění nebo úraz. Vzhledem k tomu, že jde o vztah mezi životními funkcemi jedince a požadavky jeho pracovní činnosti, je třeba, aby byly správně zjištěny skutečnosti, kterými se tento vztah vytváří, a aby vztah byl správně posouzen a zhodnocen. Proto musí být kvalifikovaným způsobem zjištěno a rozhodnuto, že občan není pro nemoc nebo úraz schopen k výkonu dosavadní pracovní činnosti. Rozhodování a hodnocení nelze ponechat na nemocném ani

na zaměstnavateli, neboť k tomu nemají potřebné vědomosti a odborné předpoklady. Dočasnou pracovní neschopnost posuzuje ošetřující lékař nebo lékař správy sociálního zabezpečení, neboť je to záležitost ryze odborná, nikoliv právní. Rozhodnutí je výsledkem pozorovací, zjišťovací a hodnotící činnosti lékaře, který srovnává zdravotní situaci občana, tj. jeho životní a pracovní funkce omezené a ovlivněné nemocí a prací, kterou má občan konat. Pracovní neschopnost vzniká uznáním, tj. právní mocí rozhodnutí oprávněného lékaře. Lékař potvrzuje pracovní neschopnost na předepsaném tiskopise. Trvání dočasné pracovní neschopnosti se v určitých intervalech přezkoumává. Pracovní neschopnost končí, když ošetřující lékař uzná občana schopným práce. [3]

Ošetřující lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, nebo jde-li o vznik dočasné pracovní neschopnosti v ochranné lhůtě, plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Dále ošetřující lékař rozhodne o vzniku dočasné pracovní neschopnosti u pojištěnce, který byl přijat do ústavní péče v nemocnici nebo kterému byla poskytnuta lázeňská péče na základě veřejného zdravotního pojištění, u pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte přijatého do lůžkové péče, u pojištěnce, který nemůže pro poškození nebo ztrátu ortopedické nebo kompenzační pomůcky vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, u pojištěnce v době nároku na výplatu peněžité pomoci v mateřství, jestliže mu závažné dlouhodobé onemocnění znemožňuje pečovat o dítě, u pojištěnky, která doložila potvrzením orgánu nemocenského pojištění, že nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství z žádné jiné pojištěné činnosti, a to od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu. Dočasná pracovní neschopnost začíná dnem, v němž ji ošetřující lékař zjistil. [10]

Dočasnou pracovní neschopnost lze charakterizovat jako pracovní neschopnost pojištěného občana, která byla způsobena nemocí nebo úrazem, je pouze dočasná, brání občanovi ve výkonu jeho dosavadní práce a je uznána rozhodnutím příslušného lékaře. Pro občana, který byl uznán práce neschopným, znamená uznání nejen zproštění povinnosti vykonávat práci, ale zároveň i zákaz pracovat. [3]

V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda dočasná pracovní neschopnost stále trvá, tzn., že posuzuje, zda zdravotní stav pojištěnce je takový,

že se již obnovila jeho pracovní schopnost anebo, zda zdravotní stav pojištěnce je stabilizovaný, kdy se zohledňuje možnost vykonávat i jinou než dosavadní pojištěnou činnost. [10]

Ošetřující lékař rozhodne o ukončení dočasné pracovní neschopnosti pojištěnce, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost. Dále u pojištěnce, jestliže uplynulo alespoň 180 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti a ošetřující lékař vyšetřením zjistí, že jeho zdravotní stav je stabilizovaný, u pojištěnce při ukončení ústavní péče nebo komplexní lázeňské péče, u pojištěnce, který byl přijat do zdravotnického zařízení jako průvodce nezletilého dítěte, při ukončení ústavní péče tohoto dítěte, u pojištěnce, který po opravě nebo opatření nové ortopedické nebo kompenzační pomůcky může vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, u pojištěnky, která má nárok na peněžitou pomoc v mateřství, k počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, u pojištěnce, kterému závažné dlouhodobé onemocnění znemožňovalo pečovat o dítě, jestliže vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav opět umožňuje o dítě pečovat, u pojištěnky, která byla v dočasné pracovní neschopnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem, uplynutím šestého týdne po porodu, pokud není nadále dočasně práce neschopna z jiných důvodů, u pojištěnce, u kterého vyšetřením zjistí, že mu jeho zdravotní stav umožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, vznikla-li dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě, u pojištěnce, který se nedostaví k lékařskému ošetření nebo kontrole zdravotního stavu, u pojištěnce, který byl uznán plně nebo částečně invalidní, a to nejpozději třicátým dnem ode dne následujícího po dni, v němž byl uznán částečně nebo plně invalidní, u pojištěnce, který je poživitelem starobního důchodu a jehož pojištěná činnost skončila přede dnem, od něhož v době dočasné pracovní neschopnosti vznikl nárok na výplatu starobního důchodu, a to nejpozději dnem, kterým zanikl nárok na nemocenskú. [10]

## **3.2 Příčiny dočasné pracovní neschopnosti**

### **3.2.1 Vliv životního stylu**

Životní způsob je v sociologii kategorie, která charakterizuje život člověka v celku, v jeho úplnosti, zachycující jeho charakter, strukturu a obsah. K životnímu způsobu lze přiřadit přírodní a společenské podmínky, které život člověka bezprostředně ovlivňují.

Životní způsob je spojením objektivních a subjektivních aspektů života a společnosti a vystupuje jako jejich projev materiálního a duchovního života. Objektivními aspekty jsou např. utváření společné činnosti, společenské vztahy a vazby lidí, způsob jejich soužití, chování lidí, subjektivními aspekty jsou pak cíle společnosti, sociálních skupin a jednotlivců, zájmy a motivy činností, hodnoty a normy. Životní způsob je rozdělen dle sociálních skupin. Existují skupiny, které vytvářejí specifický životní způsob, projevující se specifickým chováním. Typickou skupinou, která vytváří vlastní charakteristickou subkulturu je např. mládež. Dále existují skupiny, které mají svůj životní způsob, ale nemají potřebu tuto odlišnost vyjadřovat navenek, např. staří lidé. [9]

Pro charakterizování individuálních zvláštností způsobu života jednotlivce nebo sociální skupiny se užívá termín životní styl. Životní styl je specifický typ chování jedince nebo sociální skupiny s trvalými zvláštnostmi jednání, způsoby, zvyky, sklony atd. Formování osobního životního stylu je záležitostí výchovy a respektuje kulturu a morálku společnosti. Životní styl je výrazem lidské individuality, jedinečnosti a zvláštnosti. Kvalita života charakterizuje tu stránku životního způsobu, která souvisí s kvalitativní stránkou, standardem uspokojování materiálních a kulturních potřeb lidí. Kvalita života souvisí s ohrožením životního prostředí a zhoršováním podmínek lidského života, v rámci diskusí o kvalitě života se zdůrazňuje potřeba ochrany životního prostředí, zdraví obyvatel. [9]

Životní způsob se utváří v určitém společenství lidí na základě individuálních a skupinových způsobů chování. Není výrazem individuální vůle člověka, ale je to proces společenský, na němž se každý spolupodílí. Životní způsob je výsledkem složitého vzájemného působení společenských faktorů materiálních a duchovních, jako je výroba a spotřeba, jejich struktura, úroveň a charakter, kultura, teritoriální a časové umístění. [9]

Pojem každodenní kultura se oproti životnímu stylu váže spíše ke způsobům a formám využívání volného času. Jak životní styl, tak i každodenní kultura určité skupiny obyvatelstva jsou ovlivňovány shodnými faktory, které vytvářejí vnější rámec jejich života. Např. probíhající transformací společnosti ve spojitosti s její individualizací či demokratizací, vzrůstem osobní svobody, vytvářením informační společnosti, autonomním vývojem kultury a umění a dalšími faktory jako např. mírou hmotného bohatství, módními trendy, existujícími příležitostmi v daném regionu apod.



Charakter volnočasových aktivit vždy úzce souvisí se sociálním statusem jedince či skupiny, příslušností k určité věkové skupině a generovou příslušností. Z výzkumu agentury CVVM, 2004, „Co děláme ve svém volném čase?“ vyplynulo, že pohybové aktivity stojí na žebříčku frekvence níže než četba časopisů, knih, poslech hudebních nahrávek, návštěva kina či divadla. Jednou týdně se pohybovým aktivitám věnovalo 34 % respondentů. O něco oblíbenější je turistika a výlety do přírody. Dále z výzkumu vyplynulo, že muži se více věnují sportu než ženy, ženy pak věnují více času výletům do přírody. V každodenní realitě existují významné rozdíly ve volnočasových aktivitách mezi lidmi s různým sociálním statusem. [4]

### **3.2.2 Vliv životního prostředí**

Kvalita sociálního prostředí může být modifikována i kvalitou přírodního prostředí, důsledky využívání a antropogenních zásahů do krajiny, tj. zvýšenou prašností, znečištěným ovzduším, zhoršenou kvalitou vody a půdy, hlučností, neestetičností, neharmoničností či stísněností prostředí atd. Tyto a další sociálně-ekologické a obecné charakteristiky hmotného prostředí mohou přímo i nepřímo pozitivně i negativně ovlivňovat změnu zdravotního stavu, úroveň nemocnosti či úmrtnosti, psychiatrická onemocnění, délku pracovní neschopnosti aj. [4]

Dnešní přetechnizovaný život má silící negativní vliv na celkový zdravotní stav lidstva. Jedná se zejména o prostředí současných velkých lidských sídlišť, měst, velkoměst, které se dostává do protikladu s materiálními i duchovními potřebami člověka, o čemž svědčí vzrůstající počet nervových a duševních i somatických chorob, tj. chorob civilizačních. Lidská společnost potřebuje pro svůj pozitivní rozvoj především harmonicky vyvážené prostředí, v němž se bude muset podřizovat neměnným a neměnitelným přírodním zákonům. [7]

Řešení zdravotnické problematiky se stává ve stále vyšší míře záležitostí interdisciplinární, na níž se nezbytně podílí odborníci nemedicínských, biologických i nebiologických oborů. Příkladem může být poškození některých živočišných nebo rostlinných organismů, které jako první signalizuje v prostředí přítomnost vlivů, jež mohou mít v dalších důsledcích vážné následky pro člověka a jeho zdraví. [7]

Tvorba zdravého prostředí a ochrana přírody spolu navzájem a neoddělitelně souvisejí a tvoří jediný komplexní problém. Přirozené či původnímu přírodnímu

co možno nejbližší prostředí představuje současně i nejzdravější životní prostředí pro člověka. Úkolem zdravotnictví je mimo jiné prosazovat odstranění nebo zneškodnění těch faktorů vyvolaných lidskou činností, které mají nejen přímý negativní vliv na lidské zdraví, ale i těch, které negativně ovlivňují vnější podmínky působící příznivě na celkový stav a vývoj člověka. Je třeba vytvořit takové životní prostředí pro člověka, které by alespoň neohrožovalo jeho zdraví a v další fázi by pak svým působením přímo přispívalo k jeho zachování a upevnění. V oblastech s vysokým stupněm zamoření ovzduší dochází ke zvýšené míře k alergizaci vůči nejrůznějším látkám s opakovanými atakami často těžkých stavů ohrožujících nejen zdraví, ale často dokonce i život postižených, zvláště jde-li navíc o mnohonásobné opakování. Dalším důsledkem je zvýšený výskyt infekcí postihujících zejména dýchací cesty a dále zvýšený výskyt řady běžných respiračních chorob. Ekologický přístup je mimořádně důležitou složkou boje proti uvedeným onemocněním. [7]

### **3.3 Nemocenské pojištění v ČR**

#### **3.3.1 Systém nemocenského pojištění v ČR**

V České republice je nemocenské pojištění součástí sociálního zabezpečení, kdy spolu s důchodovým pojištěním tvoří systém sociálního pojištění. Pojištění podobně jako peněžité plnění tohoto pojištění vznikají při splnění zákonem stanovených podmínek přímo ze zákona. Jedná se o komplex právních vztahů upravujících zabezpečení občanů pro případ dočasné pracovní neschopnosti nebo jiné objektivním právem definované sociální události. Nemocenské pojištění je určeno pro ekonomicky činné osoby a zahrnuje povinné nemocenské pojištění zaměstnanců a dobrovolné nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných a zahraničních zaměstnanců. Účelem nemocenského pojištění je zabezpečení pojištěnce dávkami, které nahrazují příjem při sociálních událostech, které jsou stanoveny zákonem. Sociálními událostmi jsou např. dočasná pracovní neschopnost, ošetřování člena domácnosti nebo péče o něj či těhotenství a mateřství. Z nemocenského pojištění se pak poskytují následující peněžité dávky: nemocenské, ošetrovné, peněžité pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. [6]

Do konce roku 2008 existovaly v ČR tři systémy, které upravovaly oblast nemocenského pojištění. Jednalo se o systém nemocenského pojištění zaměstnanců, systém nemocenské péče v ozbrojených silách a systém nemocenského pojištění osob samostatně výdělečně činných. Tyto systémy obsahovaly řadu významných problémů, kdy neplnily důsledně svůj cíl, tj. přiměřenou náhradu příjmů v době nemoci, v řadě případů byl systém zneužíván a dále nebyl reformován tak, aby fungoval v systému tržní ekonomiky. Dosavadní systém také neměl dostatečné ekonomické motivační mechanismy, které by vybalancovaly často protichůdné zájmy pojištěnců, zaměstnavatelů, zdravotnických zařízení a nositele pojištění. V uvedeném směru byl systém nemocenského pojištění zastaralý. Toto se projevovalo především v neodůvodněné míře sociální solidarity, neboť dávky byly relativně vysoké pro pojištěnce s nízkým příjmem a současně relativně nízké pro pojištěnce s vysokým příjmem. Dalším důvodem pro reformu systému nemocenského pojištění bylo, aby systémem procházelo méně finančních prostředků a nový systém méně zatěžoval náklady na pracovní sílu. Proto byla přijata nová právní úprava nemocenského pojištění, která odstranila roztržitost a nejednotnost systému, kdy řeší komplexně problematiku nemocenského pojištění, tj. úpravu hmotněprávní, ale i organizaci a provádění nemocenského pojištění, řízení v nemocenském pojištění a posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění. [6]

Nemocenské pojištění má na našem území dlouholetou tradici a patří historicky mezi nejstarší součásti povinného veřejnoprávního pojištění. V českých zemích bylo nemocenské pojištění dělníků zavedeno již v roce 1888. I za Československé republiky zaznamenalo nemocenské pojištění rozvoj a to ve formě zákona o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří z roku 1924, a zákona o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců z roku 1925. Po 2. světové válce bylo nemocenské pojištění upraveno v rámci nového zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, kdy se jednalo o moderní úpravu, která byla brzy nahrazena novými zákony, z nichž zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, a zákon č. 32/1957 Sb., o nemocenské péči v ozbrojených silách, byly platné až do roku 2008. Uvedené zákony byly mnohokrát novelizovány, aby stačily odrážet v jednotlivých obdobích nové politické, sociální a ekonomické skutečnosti. Pro nemocenské pojištění bylo charakteristické, že se nejednalo o jednotný systém a že podstatná část právní úpravy byla soustředěna do prováděcích předpisů. K přijetí nové úpravy nemocenského pojištění došlo až v roce

2006, kdy byl schválen zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, s účinností od 1. ledna 2007. Tento nový zákon o nemocenském pojištění byl schvalován zdlouhavě a obtížně a jeho původní účinnost byla dvakrát posunuta nejprve k 1. lednu 2008, a poté definitivně k 1. lednu 2009. [10]

### **3.3.2 Zákonná úprava nemocenského pojištění od 1. 1. 2009**

Nový zákon o nemocenském pojištění představuje významný mezník ve vývoji nemocenského pojištění. Respektuje tradiční zásady sociálního pojištění jako je veřejnoprávní charakter, obligatornost nároků, solidarita pojištěnců, všeobecnost pojištění a dále zpracovává nové zásady, jako jsou dynamika základních prvků systému, prohloubení pojišťovacích principů zejména pokud jde o výši dávek, poskytování nemocenského až od 15. dne dočasné pracovní neschopnosti a zainteresovanost zaměstnavatelů na hmotném zabezpečení jejich zaměstnanců v počátečním období dočasné pracovní neschopnosti. Mezi další systémové změny patří nové postavení zaměstnavatelů, kdy mají při provádění nemocenského pojištění jiné úkoly než v dřívějších obdobích, neboť nevyplácejí dávky nemocenského pojištění a plní zejména evidenční a oznamovací povinnosti a zejména mají povinnost přijímat žádosti o dávky a předávat je spolu s údaji potřebnými pro výpočet dávek příslušným orgánům nemocenského pojištění. [10]

V případě dočasné pracovní neschopnosti zabezpečuje nemocenské pojištění pracovníně činné občany. Je velmi úzce spjato s pracovní právními vztahy a vznik pojištěneckého vztahu nemocenského pojištění je ve většině případů závislý na existenci pracovní právního vztahu. [3]

Pro výpočet nemocenského je základním prvkem stanovení denního vyměřovacího základu. Pro výpočet denního vyměřovacího základu jsou pak základními pojmy vyměřovací základ, rozhodné období a vyloučené dny. Výše nemocenského se stanoví procentní sazbou z redukovaného denního vyměřovacího základu. [10]

Obecně se denní vyměřovací základ stanoví tak, že se vyměřovací základ zjištěný z rozhodného období vydělí počtem kalendářních dnů připadajících na rozhodné období. Pokud jsou v rozhodném období vyloučené dny, snižuje se o ně počet kalendářních dnů připadajících na rozhodné období. Vypočtený denní vyměřovací základ se zaokrouhluje na dvě platná desetinná místa. [10]

Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním, které zakládá účast na nemocenském pojištění. [14]

Rozhodným obdobím je období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost. V případě, že sociální událost u zaměstnance vznikla v období, kdy od vzniku pojištění zaměstnance do konce kalendářního měsíce, který předchází kalendářnímu měsíci, v němž sociální událost vznikla, neuplynulo 12 kalendářních měsíců, je rozhodným obdobím období od vzniku pojištění zaměstnance do konce kalendářního měsíce, který předchází kalendářnímu měsíci, v němž sociální událost vznikla. Pokud sociální událost vznikla v kalendářním měsíci, v němž vzniklo pojištění zaměstnance, je rozhodným obdobím období od vzniku pojištění zaměstnance do konce tohoto kalendářního měsíce. Jestliže zaměstnanec nemá v rozhodném období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost vyměřovací základ nebo jsou-li v tomto období jen vyloučené dny, je rozhodným obdobím první předchozí kalendářní rok, v němž byl dosažen započitatelný příjem a je v něm alespoň 30 kalendářních dnů, jimž se dělí vyměřovací základ. [10]

Vyloučenými dny jsou kalendářní dny omluvené nepřítomnosti zaměstnance v práci nebo ve službě, za které zaměstnanci nenáleží náhrada příjmu nebo za které mu nebyl poskytnut služební příjem nebo plat. Výjimku tvoří kalendářní dny pracovního volna bez náhrady příjmu, za které nebyl poskytnut plat, kdy zaměstnanec nemá na pracovní volno nárok podle zákoníku práce. Vyloučenými dny například nejsou též dny dočasné pracovní neschopnosti, kterou si zaměstnanec způsobil úmyslně. Mezi vyloučené dny patří kalendářní dny dočasné pracovní neschopnosti, v nichž náleží zaměstnanci náhrada mzdy, platu nebo odměny v období prvních 14 kalendářních dní dočasné pracovní neschopnosti, dále kalendářní dny, za které bylo zaměstnanci vypláceno nemocenské, peněžité pomoc v mateřství nebo ošetřovné. [10]

Denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského se upravuje tak, že do částky první redukční hranice se počítá 90 %, z částky nad první redukční hranici do druhé redukční hranice se počítá 60 %, z částky nad druhou redukční hranici do třetí redukční hranice se počítá 30 % a k částce nad třetí redukční hranici se nepřihlíží.

Uvedené částky se zaokrouhlují s přesností na 2 platná desetinná místa. Denní vyměřovací základ se zaokrouhluje na celé koruny nahoru. První redukční hranicí v kalendářním roce je jedna třicetina součinu všeobecného vyměřovacího základu stanoveného podle zákona o důchodovém pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se výše redukčních hranic stanoví, a přepočítacího koeficientu stanoveného podle zákona o důchodovém pojištění pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu. Druhou redukční hranicí je 1,5 násobek částky první redukční hranice a třetí redukční hranicí je trojnásobek částky první redukční hranice. Výši redukčních hranic platných od 1. ledna kalendářního roku vyhláší Ministerstvo práce a sociálních věcí ve Sbírce zákonů sdělením. V roce 2009 činila částka 1. redukční hranice 786 Kč, částka 2. redukční hranice 1178 Kč a částka 3. redukční hranice činila 2356 Kč. [10] V roce 2010 činí částka 1. redukční hranice 791 Kč, částka 2. redukční hranice 1186 Kč a částka 3. redukční hranice 2371 Kč. V roce 2011 pak činí částka 1. redukční hranice 825 Kč, 2. redukční hranice 1237 Kč a 3. redukční hranice 2474 Kč.

Výše nemocenského v roce 2009 činila za kalendářní den 60 % denního vyměřovacího základu do 30. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, 66 % denního vyměřovacího základu od 31. do 60. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a 72 % od 61. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti. [10] V období od 1. ledna 2010 činí výše nemocenského 60 % denního vyměřovacího základu. [13]

Nárok na nemocenské má pojištěnec, který byl uznán dočasně práce neschopným, trvá-li dočasná pracovní neschopnost déle než 14 kalendářních dní. Podpůrčí doba v letech 2000 – 2009, tj. doba, po kterou je nárok na nemocenské, začíná 15. kalendářním dnem trvání dočasné pracovní neschopnosti a končí dnem, jímž končí dočasná pracovní neschopnost. Podpůrčí doba trvá nejdéle 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Starobním a plně invalidním důchodcům se nemocenské vyplácí od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti po dobu nejvýše 70 kalendářních dnů, nejdéle do dne, jímž skončilo zaměstnání. Při více dočasných pracovních neschopnostech v jednom kalendářním roce se nemocenské vyplácí v tomto roce nejvýše po dobu 70 dnů. [10]

V období prvních 14 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti náleží náhrada mzdy, která se poskytuje dle zákoníku práce. Náhradu mzdy poskytuje zaměstnavatel ze svých prostředků, proto platí méně na pojistném na sociální zabezpečení. V roce 2009 a 2010 zaměstnavatel odečte z částky pojistného placeného za kalendářní měsíc polovinu částky, kterou v kalendářním měsíci, za který pojistné platí, zúčtoval zaměstnancům na náhradě mzdy, platu nebo odměny za dobu dočasné pracovní neschopnosti. Náhrada mzdy náleží jen zaměstnancům účastným nemocenského pojištění, náleží jen v době trvání pracovního vztahu, dále náleží jen za pracovní dny a za svátky připadající na pracovní dny. Poskytuje se až od 4. pracovního dne a vypočítává se z průměrného výdělku. Průměrný výdělek se redukuje podle stejného principu jako denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského. Výše náhrady mzdy činí 60 % redukovaného průměrného výdělku. Náhrada mzdy v základní výši nepodléhá zdanění u zaměstnance, neplatí se z ní pojistné na sociální a zdravotní pojištění, z částky nad základní výši se platí daň z příjmu a pojistné na sociální a zdravotní pojištění. [14]

V roce 2009 byla denní výše nemocenského odstupňována podle délky doby trvání dočasné pracovní neschopnosti. Maximální výše nemocenského činila od 15. do 30. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 778 Kč za den, od 31. dne do 60. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 856 Kč za den a od 61. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 934 Kč za den. Maximální výše nemocenského odpovídala průměrnému měsíčnímu příjmu 71 662 Kč. Při dočasné pracovní neschopnosti trvající více než 60 dní při průměrném měsíčním příjmu v rozhodném období 71 662 Kč pojištěnec obdržel za 30 kalendářních dní celkem částku 28 020 Kč, což je maximální výše nemocenského v roce 2009. Při průměrné hrubé měsíční mzdě 25 000 Kč činila maximální výše nemocenského od 15. do 30. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 438 Kč za den, od 31. dne do 60. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 482 Kč za den a od 61. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti 525 Kč za den. Tzn., že při dočasné pracovní neschopnosti trvající více než 60 dní při průměrném měsíčním příjmu v rozhodném období 25 000 Kč pojištěnec obdržel za 30 kalendářních dní celkem částku 15 750 Kč.

Pro rok 2010 byly schváleny změny pro výpočet nemocenského z důvodu snížení výdajů státního rozpočtu. Změny spočívají ve snížené sazbě pro výpočet nemocenského na jednotnou sazbu 60 %. Maximální výše nemocenského v roce 2010 tedy činí 783 Kč za den, což odpovídá průměrnému měsíčnímu příjmu v rozhodném období 72 118 Kč.

Rozdíl mezi maximální možnou výší nemocenského v roce 2009 a v roce 2010 činí 151 Kč za den. Při průměrné hrubé měsíční mzdě 25 000 Kč činí výše nemocenského v roce 2010 439 Kč za den, což je o 86 Kč na den méně než v roce 2009 při trvání dočasné pracovní neschopnosti nad 60 kalendářních dní.

Z důvodu zabránění prohloubení deficitu veřejných financí ČR dochází od 1. 1. 2011 v oblasti nemocenského pojištění ke změnám. Jedná se zejména o trvalé ponechání právní úpravy denní výše nemocenského, tj. 60 % denního vyměřovacího základu, která byla přijata v rámci úsporných opatření pouze pro rok 2010, dále v období let 2011 až 2013 budou zaměstnavatelé poskytovat náhradu mzdy v období prvních 21 kalendářních dní namísto dosavadních 14. V souvislosti s pojistným na sociální zabezpečení bude sazba pro jeho odvod od 1. 1. 2011 nadále činit pro zaměstnavatele 25 %, kdy měla být snížena na 24,1 %, a dále nebude obecně platit možnost odečtu poloviny náhrady mzdy poskytnuté za dobu dočasné pracovní neschopnosti.

### **3.3.3 Nemocenské pojištění od r. 2000 do r. 2008**

Od 1. října 1999 nabyl účinnosti zákon č. 61/1999 Sb., který změnil zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění. Tato změna přinesla novou právní úpravu stanovení základu, z něhož se dávky nemocenského pojištění vypočítávají. Do 30. září 1999 se vypočtený denní vyměřovací základ omezoval v případě, kdy přesáhl částku 270 Kč. Od 1. 10. 1999 byl zaveden pásmový způsob určování denního vyměřovacího základu prostřednictvím dvou redukčních hranic, tzn., že pokud denní vyměřovací základ převyšoval částku 360 Kč, částka 360 Kč se počítala v plné výši, z částky nad 360 Kč do 540 Kč se počítalo 60 % a k částce přesahující 540 Kč se nepřihlíželo. Tato zákonná úprava znamenala zvýšení maximálního denního vyměřovacího základu z 270 Kč na 468 Kč. Důsledkem zvýšení maximálního denního vyměřovacího základu bylo i zvýšení maximálního nemocenského za kalendářní den ze 186 Kč na 323 Kč.

Zákonem č. 61/1999 Sb. byla současně zakotvena valorizace částek redukčních hranic, aby částky redukčních hranic nezaostávaly za mzdovým vývojem. Zaostávání pevné maximální hranice denního vyměřovacího základu, která mohla být zvyšována jen změnou zákona, bylo příčinou zhoršujícího se poměru výše nemocenských dávek k příjmu a způsobovalo prudký pokles příjmů v době pracovní neschopnosti a to již u zaměstnanců s příjmy nižšími než je průměrná mzda. Valorizace částek redukčních



hranic se provádí každoročně dle stanovených pravidel a ke zvýšení těchto částek je zmocněna vláda. Při stanovení částek redukčních hranic se vychází z nařízení vlády, kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu. Stávající částky redukčních hranic se vynásobí přepočítacím koeficientem a zaokrouhlí na celé desetikoruny nahoru.

Od 1. ledna 2000 se změnilo nařízením vlády částky redukčních hranic z 360 Kč na 400 Kč ( $360 \times 1,0850$ ) a z částky 540 Kč na částku 590 Kč ( $540 \times 1,0850$ ). Důsledkem zvýšení částek redukčních hranic denního vyměřovacího základu byla též nová maximální částka denního vyměřovacího základu, která činila 514 Kč. Výše nemocenského se stanovila procentní sazbou z denního vyměřovacího základu, která činila v 1. třech dnech dočasné pracovní neschopnosti 50 % a v dalších dnech 69 %. V roce 2000 tedy činilo maximální nemocenské v 1. třech dnech dočasné pracovní neschopnosti 257 Kč a od 4. dne 355 Kč. Maximální nemocenské za kalendářní měsíc, pokud měl 30 dnů, činilo 10 650 Kč, což je o téměř 1 000 Kč více než ve 4. čtvrtletí roku 1999. Maximálního nemocenského bylo možno dosáhnout při příjmu kolem 18 000 Kč za měsíc, což byl podstatný rozdíl oproti stavu před účinností zákona č. 61/1999 Sb., kdy maximálního nemocenského (5 766 Kč za kal. měsíc) bylo možno dosáhnout při příjmu ve výši dvou třetin průměrné měsíční mzdy, tj. 12 063 Kč. Od 1. ledna 2000 lze dosáhnout maximálního nemocenského u pojištěnce, u kterého mzda dosahuje 1,5 násobku průměrné měsíční mzdy.

V roce 2001 činila částka 1. redukční hranice 430 Kč a 2. redukční hranice 630 Kč. Od 1. 1. 2002 do 31. 12. 2005 činila částka 1. redukční hranice 480 Kč a 2. redukční hranice 690 Kč. V období od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2007 činily částky redukčních hranic 510 a 730 Kč. Úprava denního vyměřovacího základu se v letech 2000 až 2003 nezměnila, tzn., že do 1. redukční hranice se částka započítala plně, od 2. redukční hranice se započítávala 60 % a nad částku 2. redukční hranice se nepřihlíželo. Změna v úpravě denního vyměřovacího základu se promítla až v roce 2004, kdy za dobu prvních 14 kalendářních dnů pracovní neschopnosti se z částky do 1. redukční hranice počítalo 90 %, z částky nad 1. redukční hranici do 2. redukční hranice se počítalo 60 % a k částce nad 2. redukční hranici se nepřihlíželo, od 15. dne pracovní neschopnosti se částka 1. redukční hranice počítala v plné výši, z částky nad 1. redukční hranici do 2. redukční hranice

se počítalo 60 % a k částce na 2. redukční hranici se nepřihlíželo. Tato změna trvala do roku 2007.

V roce 2008 činily částky redukčních hranic 550 a 790 Kč. Denní vyměřovací základ se upravil tak, že z částky do 550 Kč se počítalo 90 %, z částky nad 550 do 790 Kč se počítalo 60 % a nad částku 790 Kč se nepřihlíželo.

Rozhodným obdobím pro stanovení denního vyměřovacího základu bylo v letech 2000 až 2002 zpravidla kalendářní čtvrtletí, které předcházelo kalendářnímu čtvrtletí, v němž vznikla pracovní neschopnost. Od roku 2003 pak rozhodným obdobím bylo 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla pracovní neschopnost.

Sazby pro výpočet výše nemocenského z denního vyměřovacího základu zůstaly nezměněné do roku 2003, tzn., v 1. třech dnech pracovní neschopnosti náleželo nemocenské ve výši 50 % z upraveného denního vyměřovacího základu, od 4. dne 69 %. Od roku 2004 do roku 2007 činila výše nemocenského za kalendářní den v 1. třech dnech pracovní neschopnosti 25 % a od 4. dne 69 %. V období od 1. 1. 2008 do 30. 6. 2008 se nemocenské poskytovalo od 4. kalendářního dne pracovní neschopnosti, kdy výše nemocenského činila za kalendářní den 60 % denního vyměřovacího základu do 30. kalendářního dne pracovní neschopnosti, 66 % denního vyměřovacího základu od 31. do 60. dne pracovní neschopnosti a 72 % denního vyměřovacího základu od 61. dne pracovní neschopnosti. Vzhledem k nálezu Ústavního soudu č. 166/2008 Sb., došlo ke zrušení institutu karenční doby a to s účinností od 30. 6. 2008, kdy od 30. 6. 2008 do 31. 8. 2008 činila procentní sazba za první tři dny dočasné pracovní neschopnosti 60 % z denního vyměřovacího základu. S účinností od 1. 9. 2008 došlo ke změně zákona o nemocenském pojištění. Od tohoto data náleželo nemocenské od 1. do 3. kalendářního dne pracovní neschopnosti ve výši 25 % denního vyměřovacího základu, od 4. do 30. kalendářního dne ve výši 60 % denního vyměřovacího základu, od 31. do 60. kalendářního dne ve výši 66 % denního vyměřovacího základu a od 61. dne pracovní neschopnosti ve výši 72 % denního vyměřovacího základu.

### **3.3.4 Nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných**

Účast na nemocenském pojištění osob samostatně výdělečně činných je dobrovolná. Od 1. 1. 2009 se pojistné na nemocenské pojištění u podnikatelů nově neplatí spolu se zálohou na důchodové pojištění, tudíž na výši pojistného nemá vliv příjem

dosazený v předchozím kalendářním roce. [12] OSVČ může být účastna nemocenského pojištění v roce 2009, i když není povinna platit zálohy na pojistné na důchodové pojištění. Nemocenské pojištění vzniká OSVČ dnem, který uvedla na přihlášce k účasti na pojištění, nejdříve však dnem, ve kterém byla přihláška podána. Pokud OSVČ podá přihlášku k účasti na pojištění do 8 kalendářních dnů ode dne zahájení samostatné výdělečné činnosti, vzniká pojištění dnem uvedeným v přihlášce, i když tento den předchází dni, ve kterém byla přihláška podána, nejdříve však dnem zahájení samostatné výdělečné činnosti.[6]

Pojistné na nemocenské pojištění se u OSVČ od 1. 1. 2009 stanoví z měsíčního vyměřovacího základu ve výši 1,4 %. Měsíční vyměřovací základ je částka, kterou si OSVČ sama určí. Měsíční základ nemůže být nižší než dvojnásobek částky rozhodné pro účast zaměstnance na nemocenském pojištění. Částka rozhodná pro účast zaměstnance na nemocenském pojištění je 2 000 Kč, proto minimální měsíční základ OSVČ činí 4 000 Kč. Minimální výše pojistného na nemocenské pojištění u OSVČ činí tedy 56 Kč. Optimálně zvoleným odvodem lze při výskytu onemocnění dosáhnout na přiměřenou výši dávek. Výši dávek lze ovlivnit i zasláním zvýšené jednorázové částky a dorovnat tak předchozí odvody, aby za uplynulých 12 měsíců, s ohledem na rozhodné období, činily v průměru výhodnou částku. Pokud si například OSVČ platí v rozhodném období měsíční pojistné na nemocenské pojištění v částce 1 000 Kč, pak měsíční vyměřovací základ činí 71 429 Kč, což odpovídá denní výši nemocenského 779 Kč. Za zaplacené pojistné v minimální měsíční výši 56 Kč náleží nemocenské ve výši 72 Kč za den. [12] Podle právní úpravy pro rok 2009 a 2010 si tedy OSVČ může každý měsíc stanovit libovolně vyměřovací základ, aniž by byla jakkoli omezena maximální výší. Tím může účelově upravit výši svého měsíčního základu před očekávanou sociální událostí, bez jakékoliv vazby na dosahované příjmy, tak aby dávka byla vypočtena v maximální výši. Z tohoto důvodu jsou OSVČ zvýhodněné v porovnání se zaměstnanci. [16]

Pro srovnání s rokem 2008 lze uvést, že OSVČ vykonávající hlavní výdělečnou činnost byla povinna si platit minimální zálohu na důchodové pojištění v částce 1 596 Kč. Pokud se dobrovolně přihlásila k nemocenskému pojištění, pak v případě placení uvedené částky činilo pojistné na nemocenské pojištění 238 Kč. Tzn., že OSVČ musela uhradit měsíčně minimální částku ve výši 1 834 Kč, neboť účast na důchodovém pojištění byla

provázána s účastí na nemocenském pojištění. Za takto odvedené pojistné na nemocenském pojištění náleželo nemocenské za prvních 61 dnů ve výši 5 973 Kč.

Právní úprava nemocenského pojištění v letech 2009 a 2010 umožňuje OSVČ účelové využívání, v některých případech i zneužívání, systému nemocenského pojištění. Proto v rámci úspory veřejných financí v roce 2011 dochází k omezení možnosti OSVČ manipulovat se systémem nemocenského pojištění tak, aby bylo zabráněno jeho zneužívání. Od 1. 1. 2011 je účast na nemocenském pojištění podmíněna účastí na důchodovém pojištění. OSVČ, která bude účastna nemocenského pojištění, bude považována za OSVČ vykonávající hlavní samostatnou výdělečnou činnost. To znamená, že OSVČ bude povinně účastna důchodového pojištění bez ohledu na výši dosaženého příjmu ze samostatné výdělečné činnosti, tudíž bude vždy povinna platit zálohy na pojistné na důchodové pojištění. OSVČ se bude moci k účasti na nemocenském pojištění kdykoli přihlásit, zpětné přihlášení však již nebude možné. Pojistné na nemocenské pojištění bude OSVČ platit z vyměřovacího základu, který si sama určí s ohledem na své ekonomické výsledky a bude vázána pouze minimálním vyměřovacím základem ve výši dvojnásobku rozhodného příjmu a maximálním vyměřovacím základem ve výši měsíčního vyměřovacího základu, který si sama stanovila pro zálohy na důchodové pojištění. Zneužívání nemocenského pojištění bude omezeno tím, že OSVČ si sama může určit vyšší měsíční vyměřovací základ pro odvod pojistného na nemocenské pojištění, než odpovídá jejím příjmům, jestliže si určí měsíční vyměřovací základ pro placení záloh na pojistné na důchodové pojištění minimálně ve stejné výši nebo vyšší.[16]

### **3.4 Financování sociálního zabezpečení v ČR**

V České republice je financování sociálního zabezpečení zajišťováno prostřednictvím dvoupilířového systému, který tvoří veřejný a dobrovolný soukromý pilíř. Veřejný pilíř je založen na průběžném financování, kdy pojištěnec platí povinné pojistné. Dobrovolný soukromý pilíř je zatím málo významný a využívá se ve formě penzijního připojištění a komerčního důchodového pojištění. Základem financování sociálního zabezpečení v České republice je průběžné financování, tzv. systém „pay as you go“ a jeho zdrojem je povinný příspěvek na sociální zabezpečení a státní politiku zaměstnanosti. Tento příspěvek je tvořen pojistným na důchodové zabezpečení, pojistným na nemocenské pojištění a příspěvkem na státní politiku zaměstnanosti. Pojistné je příjmem státního

rozpočtu, kdy pojistné na důchodové pojištění se vede na samostatném účtu státního rozpočtu a v zákonu o státním rozpočtu je uváděno jako samostatná položka příjmů státního rozpočtu. Poplatníky pojistného jsou zaměstnavatelé, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné. Výše pojistného se stanoví procentní sazbou z vyměřovacího základu zjištěného za rozhodné období, kdy rozhodným obdobím je kalendářní měsíc, za které se pojistné platí. U osob samostatně výdělečně činných je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se pojistné a příspěvek platí. Sazby pojistného na sociální zabezpečení z vyměřovacího základu platné od 1. 1. 2009 jsou u zaměstnance 6,5 % na důchodové pojištění, 0 % na nemocenské pojištění a 0 % na příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. U zaměstnavatelů je sazba na důchodové pojištění 21,5 %, na nemocenské pojištění 2,3 % a 1,2 % na příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. U osob samostatně výdělečně činných je sazba na důchodové pojištění 28 %, na nemocenské pojištění 1,4 % a 1,2 % na příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Osoby samostatně výdělečně činné nemusí platit nemocenské pojištění, avšak v takovém případě nedostávají v nemoci nemocenské dávky. Pojistné za zaměstnance je povinen odvést a vypočítat zaměstnavatel. Zaměstnanec od 1. 1. 2009 neplatí pojistné na nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Do 31. 12. 2008 platil celkem 8 %, z toho 6,5 % na důchodové pojištění, 1,1 % na nemocenské pojištění a 0,4 % činil příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. [6]

Vzhledem ke zvyšování schodku státního rozpočtu ČR, což představuje závažný problém pro fungování ekonomiky, bylo nezbytné přijmout úsporná opatření ke snížení tohoto deficitu i v oblasti nemocenského pojištění a pojistného na sociální zabezpečení. Cílem úsporných opatření je finanční úspora v oblasti nemocenského pojištění v souvislosti se zachováním denní výše nemocenského ve výši 60 % denního vyměřovacího základu po celou dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti, dále vyšší zainteresovanost zaměstnavatelů ve vývoji dočasné pracovní neschopnosti svých zaměstnanců, tzn. prodloužení doby, po kterou zaměstnavatel finančně zajišťuje své zaměstnance náhradou mzdy o jeden týden z prvních 14 na 21 kalendářních dnů, zvýšení sazby pojistného na nemocenské pojištění placeného zaměstnavateli a OSVČ z 1,4 na 2,3 % a v neposlední řadě i zvýšení příjmů státního rozpočtu ponecháním částky maximálního ročního vyměřovacího základu pro placení pojistného zaměstnanci a OSVČ na úrovni roku 2010, tj. 72násobku průměrné mzdy. [16]

Předpokládané finanční důsledky vychází z vývoje statistických ukazatelů nemocenského pojištění, především ze struktury nemocnosti podle její délky. Posunutím výplaty nemocenského od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti znamená roční snížení výdajů na nemocenské pojištění o 2,0 mld. Kč. V roce 2011 lze očekávat snížení výdajů na nemocenské pojištění pouze o 1,7 mld. Kč, neboť uvedené opatření bude dopadat pouze na dočasné pracovní neschopnosti vzniklé až po 31. prosinci 2010. O tutéž částku 1,7 mld. Kč se zvýší zaměstnavatelům náklady na vyplácení náhrady mzdy za třetí týden pracovní neschopnosti. Zaměstnavatelům však na úhradu nákladů na poskytování náhrady mzdy bylo sníženo pojistné a dodatečně bylo schváleno neposkytování náhrady mzdy za první 3 pracovní dny, aniž by byla sazba pojistného zvýšena. Zaměstnavatelé v letech 2009 a 2010 odváděli na pojistném o 10 mld. Kč méně než by odváděli, kdyby náhradu mzdy neplatili. Na náhradě mzdy byly zaměstnavateli v roce 2009 vyplaceny 3 mld. Kč, přitom z vlastních prostředků pouze 1,5 mld. Kč z důvodu refundace poloviny náhrady mzdy. V roce 2011 by zaměstnavatelé měli z vlastních prostředků vyplatit 5 mld. Kč s tím, že nemusí odvést na pojistném 10 mld. Kč. Sjednocením výše nemocenského na 60 % denního vyměřovacího základu přinese roční úsporu ve výdajích nemocenského pojištění ve výši 2,4 mld. Kč. V roce 2011 bude úspora pouze ve výši 2,3 mld. Kč z důvodu výplaty dávek s měsíčním zpožděním. Zvýšením sazby pojistného na nemocenském pojištění placeného zaměstnavateli a OSVČ z 1,4 na 2,3 % povede ke zvýšení příjmů z pojistného ve výši necelých 10 mld. Kč, kdy v roce 2011 bude tato částka nižší z důvodu placení pojistného z příjmů za předchozí měsíc, a to 9,2 mld. Kč. Zvýšením maximálního vyměřovacího základu pro pojistné pro rok 2011 na 72násobek průměrné mzdy zvýší příjmy státního rozpočtu o částku 4 mld. Kč, z toho pro rok 2011 o 3,1 mld. Kč. Soubor uvedených opatření v oblasti nemocenského pojištění a pojistného na sociální zabezpečení zlepší bilanci státního rozpočtu roku 2011 o 16,3 mld. Kč. [16]

Vzhledem k nové právní úpravě od 1. 1. 2011 v oblasti nemocenského pojištění OSVČ se předpokládá, že se sníží výdaje na nemocenské o cca 1,10 mld. Kč, současně se však sníží i příjmy z pojistného, a to o cca 0,25 mld. Kč, protože si OSVČ nebudou určovat tak vysoké měsíční základy jako dosud. [16]

### 3.5 Klasifikace regionů ČR

Pojem region pochází z latinského slova regio, jehož se užívalo jako označení spravovaného kraje, ale také hranice či světové strany. Ústava České republiky říká, že se Česká republika člení na obce, které jsou základními územními samosprávnými celky, a kraje, které jsou vyššími územními samosprávnými celky. Kraj je koncipován podobně jako obec, kdy zákon č. 129/2000 Sb. o krajích definuje kraj jako území společenství občanů a veřejnoprávní korporaci. Kraji náleží právo na samosprávu, vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost vyplývající z těchto vztahů. Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území, a o potřeby svých občanů. Při plnění svých úkolů, chrání veřejný zájem vyjádřený v zákonech a jiných právních předpisech. Má vlastní majetek a hospodaří s ním samostatně. Kraje respektují administrativní členění státu. [2]

Česká republika se dělí na 14 krajů včetně Prahy. Jedná se o Hlavní město Praha, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj, Karlovarský kraj, kraj Vysočina, Královéhradecký kraj, Liberecký kraj, Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Pardubický kraj, Plzeňský kraj, Středočeský kraj, Ústecký kraj a Zlínský kraj.

Přírodní podmínky v České republice vytvářejí rozdílné charakteristiky potenciálních zátěží životního prostředí. Průmysl se rozvinul obzvláště v pánevních oblastech ve vazbě na ložiska nerostných surovin, tzn. v Moravskoslezském a Ústeckém kraji. V klimaticky teplejších oblastech, jako je Jihomoravský kraj a část kraje Pardubického a Královéhradeckého, se rozvinulo zemědělství a dále v oblastech, kde bylo zemědělství tradičním odvětvím, tj. v kraji Vysočina. V Karlovarském kraji jsou základem hospodářství služby (lázeňství) a je tam též rozvinutý cestovní ruch. Ten je pak významně rozvinutý též v kraji Královéhradeckém, Libereckém, Jihočeském a v Praze. V moravských krajích je cestovní ruch rozvinutý méně, což je pozitivní z pohledu zátěže na životní prostředí. [15]

Jihočeský a Plzeňský kraj jsou kraje průmyslově-zemědělské s nízkou hustotou zalidnění a rozptýleným osídlením. Jihočeský kraj je charakteristický počtem a rozlohou chráněných území, z nichž největší je Národní park Šumava. Liberecký kraj je nejmenším a nejlesnatějším krajem České republiky. Střední Čechy jsou ovlivněny Prahou, jsou zde rozvinuty suburbanizační procesy a sektor služeb. Centrální poloha kraje a blízkost Prahy

způsobují i větší frekvenci v silniční dopravě, která znamená v kraji spolu s Prahou hlavní zátěž životního prostředí. Praha představuje významné centrum politiky, vzdělávání a kultury a ekonomiky. Z průmyslového hlediska není významná. Většina krajů je z ekonomického hlediska poměrně homogenní, kromě Olomouckého kraje a části kraje Moravskoslezského, jejichž severní část je ekonomicky výrazně slabší než část jižní. [15]

Na celkových emisích hlavních znečišťujících látek se nejvíce podílejí kraje Moravskoslezský, Ústecký a Středočeský, tedy oblasti, ve kterých je soustředěna průmyslová výroba a energie a ve kterých dochází k vzrůstající intenzitě silniční dopravy. Měřené emise přepočtené na plochu území dosahují nejvyšších hodnot v Moravskoslezském a Ústeckém kraji a na území hlavního města Prahy. Podíl emisí z průmyslu souvisí s charakterem kraje z hlediska koncentrace průmyslu a výroby energie. Největší množství emisí vykazují kraje charakteristické výrobou elektrické energie v tepelných elektrárnách a energeticky náročnou průmyslovou výrobou. Jedná se zejména o kraje Moravskoslezský, Ústecký, Středočeský, Karlovarský a Pardubický. Znečištění ovzduší z dopravy je nejvyšší v oblastech s nejintenzivnější dopravou. Především se jedná o kraj Středočeský, na jehož území je ročně vyprodukováno 20 % veškerých národních emisí z dopravy, dále Hlavní město Praha, kde je znečištění z dopravy kumulováno na malé ploše a také Jihomoravský kraj s intenzivní tranzitní dopravou. Nejnížší emise z dopravy jsou v kraji Karlovarském, Libereckém, Olomouckém a Zlínském. Zhoršená kvalita ovzduší je jedním z faktorů, který se dává do spojitosti s výskytem astmatu a alergie. Znečištěné ovzduší zhoršuje astma u lidí trpících touto nemocí. Rostoucí trend ve výskytu astmatu je zřejmý obzvláště v městském prostředí. [15]

Jednotlivé kraje České republiky se podílejí na těžbě nerostných surovin rozdílně. Největší těžbu vykazují kraje, které jsou charakteristické těžbou energetických surovin. Ústecký kraj se podílí na těžbě surovin největším dílem díky těžbě hnědého uhlí a představuje 30 % celkové těžby ČR. Druhé místo zaujímá Moravskoslezský kraj, který je spjat s těžbou černého uhlí. Ve Středočeském kraji má rozhodující význam těžba vápenců a stavebních surovin. V Karlovarském kraji převládá těžba hnědého uhlí a kvalitního kaolinu. V Jihomoravském a Olomouckém kraji je těžba zastoupená především těžbou stavebních surovin, cementářských surovin a vápenců. [15]



V současné době patří hluk k důležitým ukazatelům kvality životního prostředí a faktorům ovlivňujícím zdraví obyvatel. Za hlavní zdroj hluku je jednoznačně označena silniční doprava. V aglomeracích jako je Praha, Ostrava, Brno je nadmezní hodnotě hluku pro rušení spánku vystaveno více než 10 % obyvatel. [15]

## 4 Vlastní analýza vybraných ukazatelů

Pracovní neschopnost je významným ukazatelem stavu obyvatelstva. Současně je důležitým indikátorem sledování vývoje kvality a potenciálů lidských zdrojů jako důležitého faktoru hospodářského růstu země, regionu, kontinentu. Sledování pracovní neschopnosti úzce souvisí se zdravotním stavem obyvatelstva a místní legislativou v oblasti nemocenského pojištění. Problematika pracovní neschopnosti je závažná nejméně ze dvou důvodů:

- Zdravotní důvod – souvisí se zdravotním stavem zaměstnanců v návaznosti na určitou činnost, techniku, bezpečnost a hygienu práce.
- Ekonomický důvod – souvisí s důsledky nepřítomnosti dočasně práce neschopných v zaměstnání, se snížením tvorby zdrojů, s čerpáním dávek nemocenského pojištění a také s náklady zdravotní péče.

Vliv na pracovní neschopnost mají demografické a ekonomické změny, mezi které patří počet nemocensky pojištěných osob, stárnutí obyvatelstva, nezaměstnanost, inflace a také technický a technologický rozvoj. Vývojové trendy v oblasti pracovní neschopnosti v nemalé míře ovlivňují legislativní opatření, mezi které patří zejména změny ve výši dávek nemocenského pojištění a jiných nároků, úpravy nemocenského pojištění aj.

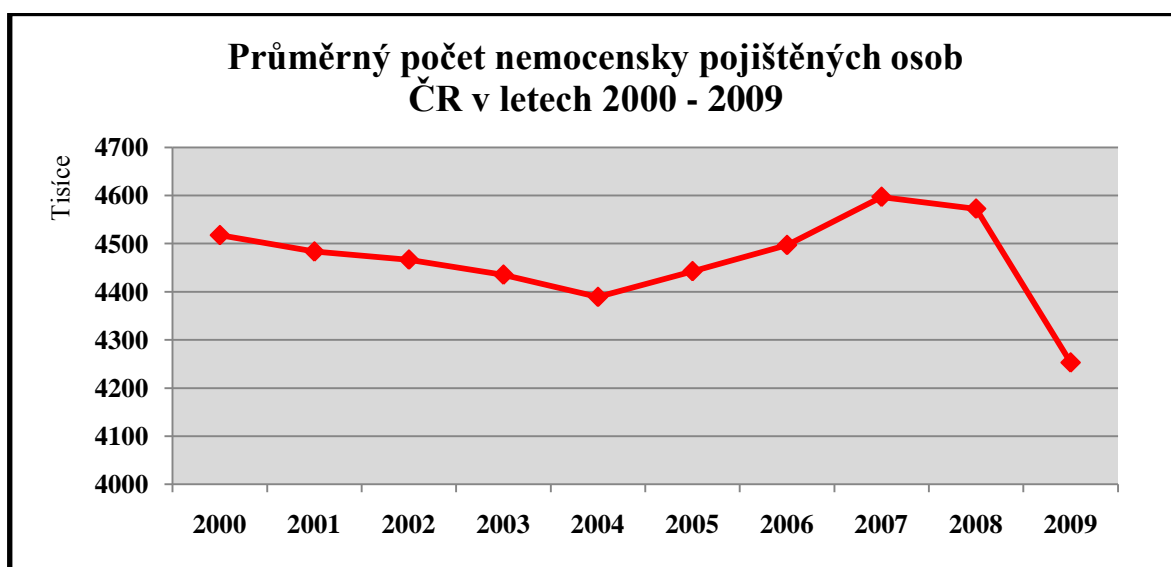
Statistika pracovní neschopnosti vychází ze tří základních zdrojů, kterými jsou: Český statistický úřad, Česká správa sociálního zabezpečení a Ústav zdravotnických informací a statistiky.

### 4.1 Průměrný počet nemocensky pojištěných osob

Průměrný počet nemocensky pojištěných osob se vypočítává jako aritmetický průměr průměrného počtu nemocensky pojištěných osob za jednotlivé měsíce. Průměrný počet nemocensky pojištěných osob za měsíc se rovná součtu nemocensky pojištěných osob v jednotlivých dnech měsíce ve sledovaném období (včetně dnů pracovního klidu), který se dělí plným počtem kalendářních dnů příslušného měsíce. Za dny pracovního klidu se při výpočtu vezme počet nemocensky pojištěných osob z předcházejícího dne. U zaměstnavatelů s malým počtem zaměstnanců se zjednodušenou evidencí v případech, kdy v průběhu jednoho měsíce nedochází k většímu pohybu počtu zaměstnanců,

se průměrný počet nemocensky pojištěných osob počítá za měsíc jako průměr počtu na počátku a na konci sledovaného období. U zpravodajských jednotek nově vzniklých nebo zaniklých v průběhu sledovaného období se do průměru počítají i měsíce, ve kterých zaměstnavatel nepodnikal. V těchto měsících se průměrný počet nemocensky pojištěných osob rovná 0.

V České republice se od roku 2000 do roku 2009 průměrný počet nemocensky pojištěných osob snížil celkem o 264 407. Do roku 2004 průměrný počet nemocensky pojištěných osob klesal, od roku 2004 do roku 2007 lze zaznamenat nárůst v počtu nemocensky pojištěných osob a od roku 2008 následný pokles (viz Graf č. 1 a Tabulka 11 v příloze). Dle průměrného koeficientu růstu se průměrný počet nemocensky pojištěných osob v ČR v letech 2000 – 2009 v průměru každým rokem snižoval o 0,67 %, zatímco v letech 2004 – 2008 byl jeho roční nárůst o 1,02 %.



Graf č. 1: Zdroj Tabulka 11

Nejvyšší snížení v období od r. 2000 do r. 2009 zaznamenal Moravskoslezský kraj, kdy rozdíl mezi uvedenými roky činil 60 634 osob. Druhým krajem s nejvyšším snížením průměrného počtu nemocensky pojištěných osob v daném období je Ústecký kraj, o 39 295. Nejnižší snížení pak můžeme pozorovat ve Středočeském kraji, o 9 636 a v kraji Jihomoravském, o 16 914. Praha jako jediný kraj dosáhla ve sledovaném období zvýšení počtu nemocensky pojištěných osob a to o 129 762 (viz Graf č. 2).

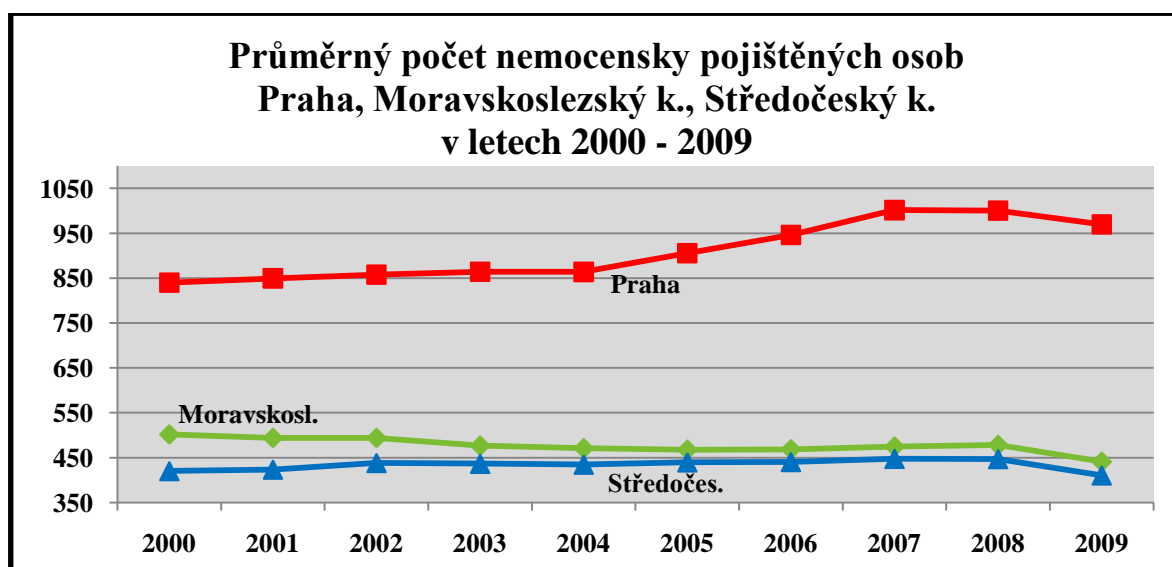
Mezi kraje s nejvyšším průměrným počtem nemocensky pojištěných osob v roce 2009 patří: Praha, Jihomoravský, Moravskoslezský, Středočeský kraj a Ústecký kraj. V Praze byl evidován průměrný počet nemocensky pojištěných osob přes 900 000, v Jihomoravském, Moravskoslezském a Středočeském kraji se počet pohybuje okolo 400 000 a u Ústeckého kraje činí průměrný počet pojištěných osob přes 270 000.

Kraje s nejnižším průměrným počtem nemocensky pojištěných osob v roce 2009 jsou: Karlovarský, Liberecký, Vysočina. V Karlovarském kraji se průměrný počet pojištěných osob pohyboval kolem 100 000, v Libereckém kraji okolo 140 000 a na Vysočině okolo 170 000.

Srovnatelnými kraji co do průměrného počtu nemocensky pojištěných osob jsou kraje: Pardubický, Královéhradecký, Olomoucký, Plzeňský, Zlínský a Jihočeský, kde se průměrný počet nemocensky pojištěných osob pohybuje okolo 200 000.

Průměrný počet nemocensky pojištěných osob odpovídá velikosti krajů a vývoj tohoto ukazatele úzce souvisí s mírou nezaměstnanosti v jednotlivých krajích. Ústecký, Moravskoslezský i Karlovarský kraj patří mezi kraje s vysokou mírou nezaměstnanosti, naopak Praha a Středočeský kraj patří mezi kraje s nízkou mírou nezaměstnanosti ve srovnání s ostatními kraji ČR.

Důvodem postupného snižování průměrného počtu nemocensky pojištěných osob je především zvyšování nezaměstnanosti a též skutečnost, že v roce 2009 byli z nemocenského pojištění vyjmuti studenti a žáci.

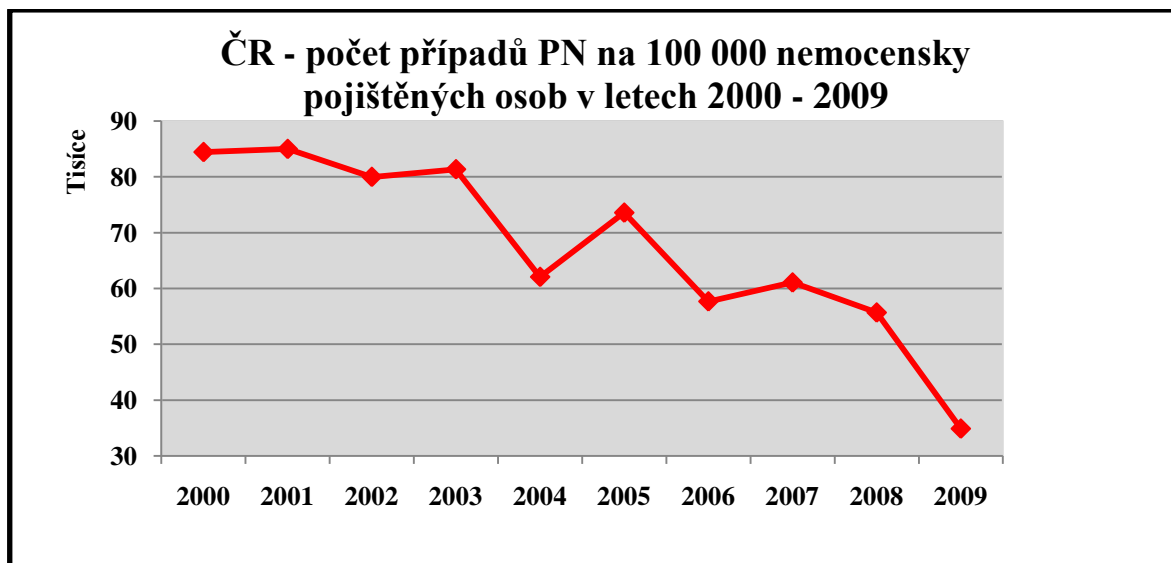


Graf č. 2: Zdroj Tabulka 11

## 4.2 Počet ukončených případů PN na 100 000 NP osob

Počet ukončených případů pracovní neschopnosti v relativním vyjádření na 100 000 nemocensky pojištěných osob vykazuje od roku 2000 do roku 2003 v jednotlivých krajích ČR ustálenou hodnotu. Rok 2004 byl přelomový a to s ohledem na dva faktory dalšího vývoje v pozitivní tendenci k dalšímu poklesu. Hlavní příčinou poklesu počtu ukončených případů byl důsledek legislativní změny zákona o nemocenském pojištění, kdy se významně změnil podmínky poskytování dávek nemocenského pojištění. Byla snížena sazba nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti. Dalším důvodem skokového snížení pracovní neschopnosti v roce 2004 byla skutečnost, že ČR se vyhnula chřipková epidemie, která v následujícím roce 2005 opět způsobila přírůstek pracovní neschopnosti.

Od roku 2006 můžeme zaznamenat pokračující trend vývoje pracovní neschopnosti, který vyjadřuje pokles většiny ukazatelů, i přes mírný nárůst průměrného počtu nemocensky pojištěných osob. V roce 2007 v porovnání s rokem 2006 došlo k nárůstu počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob o 3 387, což činí 5,9 %. Nárůst byl částečně podpořen zvyšujícím se počtem nemocensky pojištěných osob. V roce 2008 došlo třikrát ke změnám v legislativě, týkající se nemocenského pojištění. V období od 1. 1. 2008 do 31. 8. 2008 se za první tři dny pracovní neschopnosti neposkytovalo nemocenské. Tuto právní úpravu zrušil Ústavní soud ČR s účinností od 30. 6. 2008. Za období od 30. 6. 2008 do 31. 8. 2008 činila procentní sazba za první tři dny pracovní neschopnosti 60 % a od 1. 9. 2008 činila tato sazba 25 % denního vyměřovacího základu. Uvedené právní úpravy značně ovlivnily vývoj celkového počtu ukončených případů pracovní neschopnosti. Výrazná skoková změna ve smyslu významného snížení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti nastala v roce 2009, kdy se zásadně změnil podmínky poskytování nemocenského (viz Graf č. 3). Od 1. 1. 2009 nahradil původní předpisy nový zákon o nemocenském pojištění. Na základě tohoto zákona po dobu prvních 14 kalendářních dnů je zaměstnanec zabezpečen náhradou mzdy, kterou mu poskytuje zaměstnavatel. Náhrada mzdy náleží pouze za pracovní dny a za svátky, a to od 4. pracovního dne. Nemocenské za kalendářní dny se poskytuje až od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti



Graf č. 3: Zdroj Tabulka 12

Z porovnání krajů ČR v souvislosti s ukazatelem počtu ukončených pracovních neschopností na 100 000 nemocensky pojištěných osob je zřejmé, že v období let 2000 až 2009 vykazuje určitou stálost ve vysokém počtu ukončených pracovních neschopností Karlovarský a Liberecký kraj. Karlovarský kraj se v celém uvedeném období pohybuje vždy mezi třemi kraji s nejvyšším počtem ukončených pracovních neschopností na 100 000 nemocensky pojištěných osob. Liberecký kraj pak v letech 2000 – 2006 vykazuje nejvyšší počet ukončených pracovních neschopností, v roce 2007 a 2009 vykazuje 2. nejvyšší počet ukončených pracovních neschopností. Pouze v roce 2008 nefiguruje mezi třemi kraji s nejvyšším počtem ukončených pracovních neschopností na 100 000 pojištěnců (*viz Tabulka 12 v příloze*). Karlovarský i Liberecký kraj patří mezi nejmenší kraje ČR. Karlovarský kraj v roce 2009 zaujímal poslední místo v rámci ČR ve výši průměrné měsíční mzdy na fyzické osoby podle podnikové metody bez podnikatelských subjektů do 20 zaměstnanců (18 850 Kč), u Libereckého kraje stejný ukazatel činí 21 618 Kč. Pro srovnání, v Praze činila v roce 2009 průměrná měsíční mzda zaměstnance na fyzické osoby 30 170 Kč a celorepublikový průměr činí 24 246 Kč. Nízká výše průměrné měsíční mzdy má ve svém důsledku negativní vliv na vývoj počtu ukončených případů pracovní neschopnosti.

Krajem s nejnižším počtem ukončených pracovních neschopností na 100 000 nemocensky pojištěných osob v období let 2000 – 2009 je Praha. Dalším krajem, který patří mezi kraje s nejnižším počtem ukončených pracovních neschopností,

je Jihomoravský kraj (*viz Graf č. 4*). Oba kraje patří mezi největší kraje ČR. Jihomoravský kraj má relativně kvalitní ovzduší. Znečištění ovzduší, hluk a podobné nepříznivé vlivy jsou pouze lokálního charakteru. Jihomoravský kraj patří k regionům s významným ekonomickým potenciálem, kdy vytvořený hrubý domácí produkt kraje představuje 10,5 % hrubého domácího produktu ČR. Praha pak patří z hlediska kvality životního prostředí k nejvíce postiženým regionům státu. Kvalita ovzduší zejména v centru Prahy je velmi špatná. Z hlediska ekonomiky má Praha zcela výsadní postavení v rámci ČR, je hospodářským centrem státu. Hrubý domácí produkt v Praze v přepočtu na 1 obyvatele trvale vysoko překračuje hodnotu v ČR. S výkonností ekonomiky souvisí i situace na trhu práce, kdy v Praze je podprůměrná míra nezaměstnanosti, současně je v Praze nejvyšší průměrná měsíční mzda zaměstnance. Z uvedeného je patrné, že výrazný vliv na nízký počet ukončených případů pracovní neschopnosti v Praze a Jihomoravském kraji má jak životní prostředí, tak i ekonomická stránka, zejména průměrná měsíční mzda zaměstnance.

Jak je výše uvedeno, z hlediska sledování vývoje počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob jsou zajímavá období mezi roky 2003 a 2004, 2004 a 2005 a následně v letech 2008 a 2009.

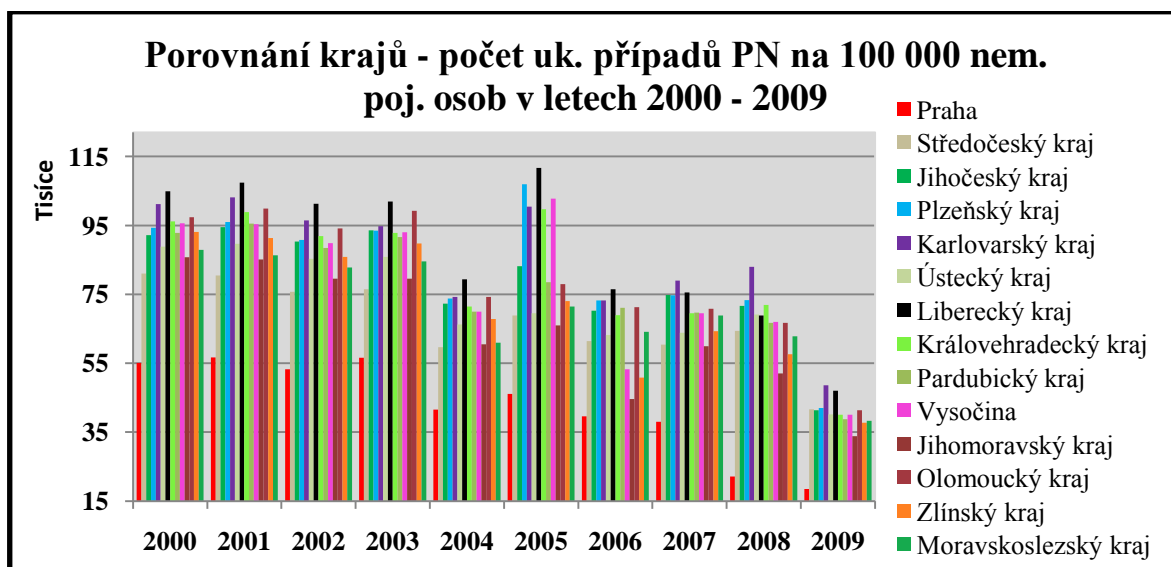
Mezi roky 2003 a 2004 došlo ve všech krajích ČR k výraznému snížení počtu ukončených případů PN. K nejnižšímu snížení počtu ukončených případů došlo v krajích: Praha (15 087), Středočeský (16 785), Jihomoravský (19 085), Ústecký (19 635) a Plzeňský (19 652). Ke snížení v počtu od 20 000 do 24 000 ukončených případů došlo v krajích: Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, Jihočeský, Liberecký, Zlínský a Moravskoslezský. K nejvyššímu snížení došlo v Olomouckém kraji (25 013).

V roce 2005 u všech krajů bez výjimky došlo k opětovnému nárůstu počtu ukončených případů pracovní neschopnosti ve srovnání s předchozím rokem, tj. rokem 2004. V Ústeckém a Olomouckém kraji dochází k nejnižšímu navýšení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti. V Ústeckém kraji činí navýšení počtu případů 3 288 a v Olomouckém kraji 3 752. Následuje Praha s navýšením o 4 569 případů, Jihomoravský kraj, Zlínský kraj, Pardubický kraj a Středočeský kraj. V uvedených krajích nečinilo navýšení více jak 10 000 případů ukončených pracovních neschopností. Navýšení pohybující se okolo 10 000 ukončených případů bylo evidováno v Moravskoslezském kraji a Jihočeském kraji. Mezi kraje, u kterých došlo k nejvyššímu navýšení ve srovnání

s předchozím rokem, patří Královéhradecký kraj (28 209), Karlovarský kraj (26 239), Vysočina (32 884), Liberecký kraj (32 348) a Plzeňský kraj (33 131).

Kraje Plzeňský, Karlovarský, Liberecký, Královéhradecký a Vysočina v roce 2005 tak dosáhly vyšší úrovně počtu ukončených případů PN na 100 000 pojištěnců než v roce 2003, tzn., před legislativní změnou, která byla prvotní příčinou snížení uvedeného ukazatele v roce 2004.

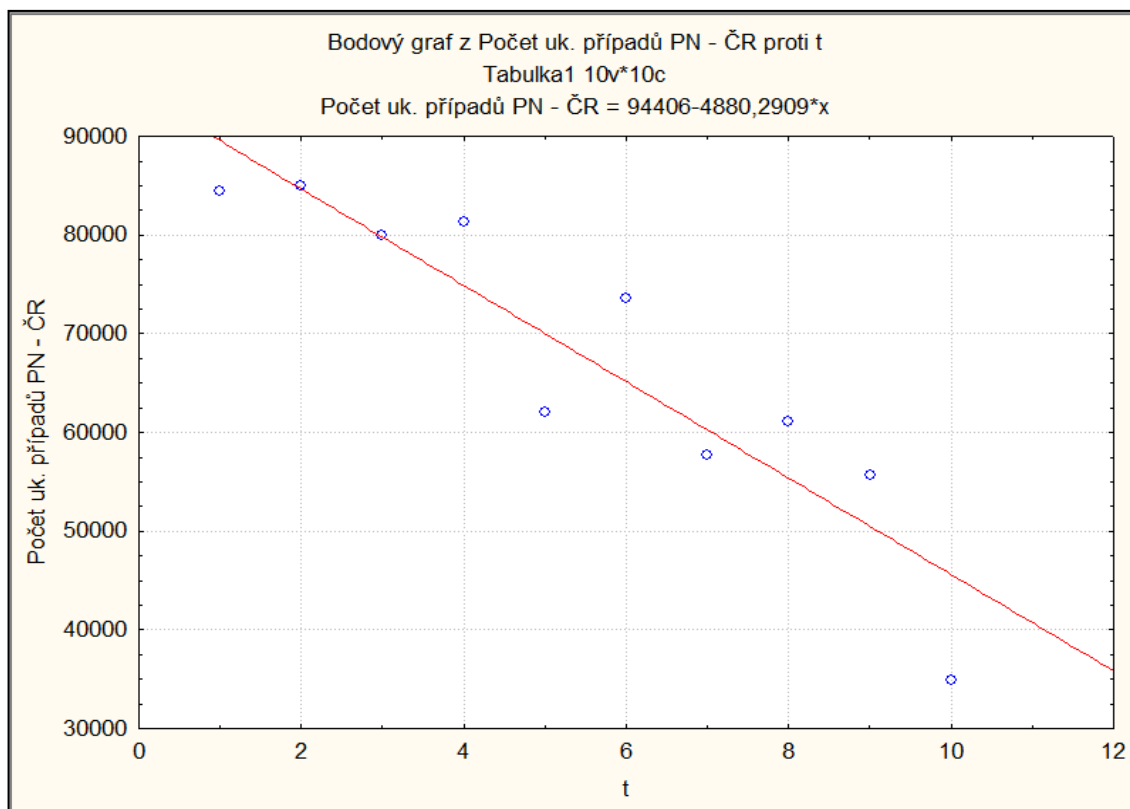
V roce 2009 došlo ve všech krajích ČR k zásadnímu snížení vybraného ukazatele, v Praze činil rozdíl mezi roky 2008 a 2009 3 638 ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců, v Jihomoravském a Zlínském kraji rozdíl činil do 20 000 ukončených případů, v ostatních krajích činil rozdíl více jak 20 000 ukončených případů pracovní neschopnosti, kdy v kraji Královéhradeckém, Karlovarském, Plzeňském a Jihočeském dosáhl počtu více jak 30 000 ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců.



Graf č. 4: Zdroj Tabulka 12

Pokud bychom analyzovali dynamiku vývoje počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob v ČR, je vhodné nejprve vizuálně posoudit vývoj sledované proměnné. Z vizuálního posouzení (*viz Graf č. 5*) lze uvažovat na lineární vývoj.





Graf č. 5: zdroj Tabulka 12

Rozbor trendové funkce vychází z principu regresní analýzy. Z tabulky korelačních charakteristik vyplývá (viz Tabulka 1), že daná trendová funkce těsně prochází grafem vývoje sledované proměnné, kdy index korelace činí 0,91. Dále z uvedené tabulky vyplývá, že vývoj počtu ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob v ČR je danou trendovou funkcí popsán z 83,67 % (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Tabulka korelačních charakteristik

Statist.	Statistické shrnutí; ZP: Počet uk. případů PN - ČR (Tabulka1)		
	Hodnota		
Vícenás. R	0,914724606		
Vícenás. R2	0,836721104		
Upravené R2	0,816311242		
F(1,8)	40,9959217		
p	0,000208508442		
Sm. chyba odhadu	6923,12794		

Zjištěná trendová funkce má tvar  $y_t' = 94\,406 - 4\,880,2909 \cdot t$  a oba její parametry (odhady parametrů se nachází ve sloupci b, viz Tabulka 2) byly shledány jako statisticky

významné, neboť úroveň  $p = 0,000209$  (viz Tabulka 2). Model jako celek je statisticky významný, neboť vypočtená hladina významnosti  $p$  je výrazně nižší než stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Tabulka 2: Statistický výstup z programu Statistica 2011- Výsledky regrese

Výsledky regrese se závislou proměnnou : Počet uk. případů PN - ČR (Tabulka1) R= ,91472461 R2= ,83672110 Upravené R2= ,81631124 F(1,8)=40,996 p<,00021 Směrod. chyba odhadu : 6923,1							
N=10	b*	Sm.chyba z b*	b	Sm.chyba z b	t(8)	p-hodn.	
Abs. člen			94406,00	4729,397	19,96153	0,000000	
t	-0,914725	0,142863	-4880,29	762,211	-6,40281	0,000209	

Očekávaný počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob v ČR v roce 2010, při pokračování nastoleného trendu z let 2000 - 2009 popsaného vypočtenou lineární trendovou funkcí, je **40 722,8**. Předpokládaný počet ukončených případů v roce 2010 se bude pohybovat (se spolehlivostí 95 %) v intervalu **29 816,8 – 51 628,8** (viz Tabulka 3).

Tabulka 3: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Předpověď hodnot

Proměnná	Předpovězené hodnoty (Tabulka1) proměnné: Počet uk. případů PN - ČR		
	b-váha	Hodnota	b-váha * Hodnot
t	-4880,29	11,00000	-53683,2
Abs. člen			94406,0
Předpověď			40722,8
-95,0%LS			29816,8
+95,0%LS			51628,8

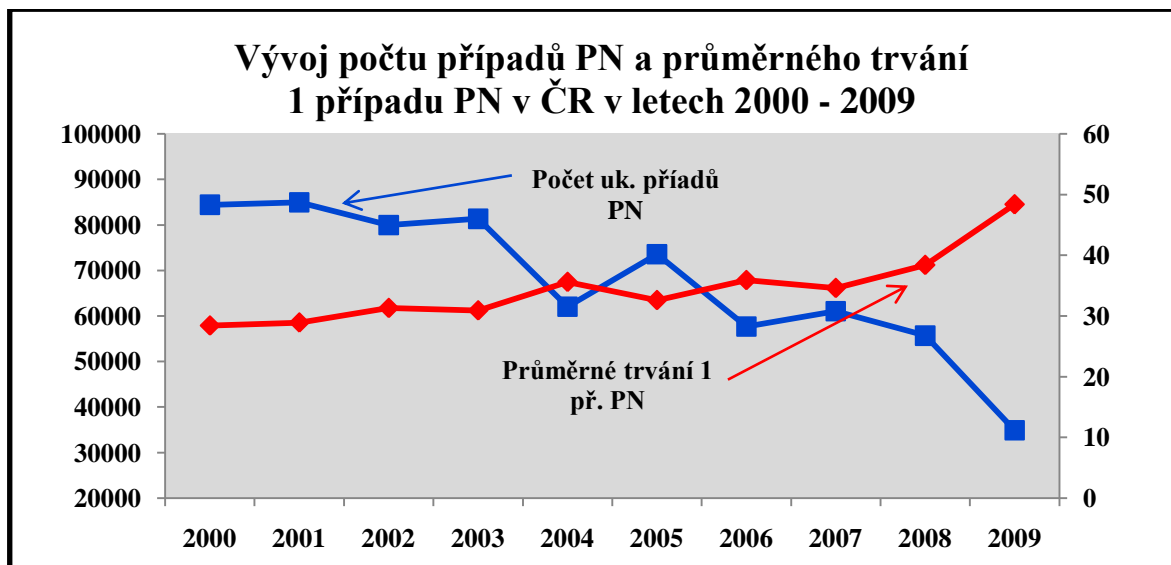
### 4.3 Průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve dnech

Klesající počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců není důkazem příznivého vývoje pracovní neschopnosti v ČR. Pro objektivní posouzení problému je nutné zhodnotit další významný ukazatel pracovní neschopnosti, kterým je průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve dnech.

Ve sledovaném období let 2000 – 2009 ukazatel průměrné délky trvání pracovní neschopnosti ve dnech trvale roste. Nárůst za 9 let, tj. mezi roky 2000 – 2009, překročil 20 dní. Průměrná délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti v letech 2000 – 2009 se v průměru každým rokem zvyšovala o 6,1 %. Zatímco v letech 2000 – 2004 činil nárůst

délky trvání 1 případu 5,8 %, v letech 2005 – 2009 byl roční nárůst již 10,3 %. Očekávaná délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti z let 2005 – 2009 v roce 2010 by za předpokladu stejného vývoje činila 53,38 dne.

Vývoj pracovní neschopnosti tak vykazuje protichůdný vývoj ve dvou základních ukazatelích, tj. průměrná délka trvání pracovní neschopnosti a počet ukončených případů pracovní neschopnosti (viz Graf č. 6).

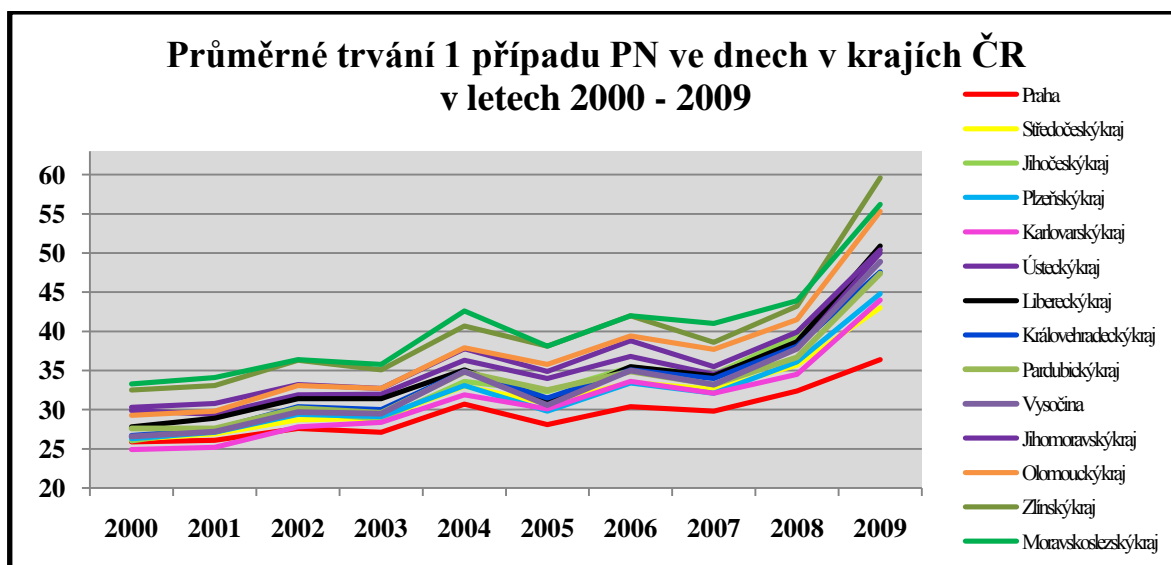


Graf č. 6: Zdroj Tabulka 12, Tabulka 13

Nejdelší průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti ve dnech vykazuje za celé období let 2000 – 2009 kraj Moravskoslezský a kraj Zlínský. Od roku 2003 se k uvedeným dvěma krajům přidává kraj Olomoucký, který je třetí v pořadí mezi kraji s nejdelším trváním pracovní neschopnosti.

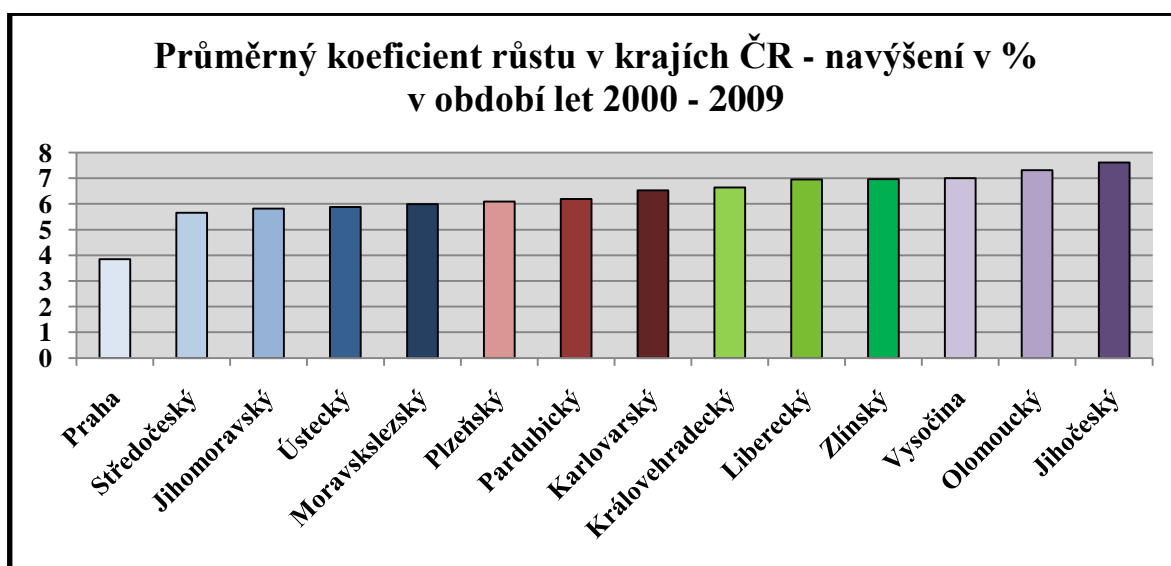
Nejkratší trvání pracovní neschopnosti je pak evidováno dlouhodobě v Praze a v Karlovarském kraji. V roce 2009 je v Praze evidována průměrná délka trvání pracovní neschopnosti 36,4 dnů, což je nejkratší délka trvání mezi kraji. Totožná délka trvání pracovní neschopnosti byla evidována v roce 2002 v Moravskoslezském kraji, ovšem v uvedeném roce se jednalo o nejdelší průměrnou délku ve srovnání s ostatními kraji (viz Tabulka 13 v příloze).

Délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti v Moravskoslezském kraji se v letech 2000 – 2009 v průměru zvýšila o 2,54 dne, v Praze se pak délka trvání v uvedeném období v průměru zvýšila pouze o 1,16 dne.



Graf č. 7: Zdroj Tabulka 13

Procentuální navýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti v období let 2000 - 2009, vycházející z průměrného koeficientu růstu, je zobrazeno viz Graf č. 8. V Jihočeském kraji se v uvedeném období každým rokem zvyšovalo průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti o 7,6 %, v Olomouckém kraji to bylo o 7,31 %, dále v následujících krajích: Vysočina, Zlínský a Liberecký, přibližně o 6,9 %, Královéhradecký, Karlovarský, Pardubický, Plzeňský, přibližně o 6,6 % - 6 %, Moravskoslezský, Ústecký, Jihomoravský, Středočeský, přibližně o 5,9 % – 5,6 %, nejnižší navýšení můžeme pozorovat v Praze, o 3,85 % (viz Tabulka 15 v příloze).



Graf č. 8: Zdroj Tabulka 15

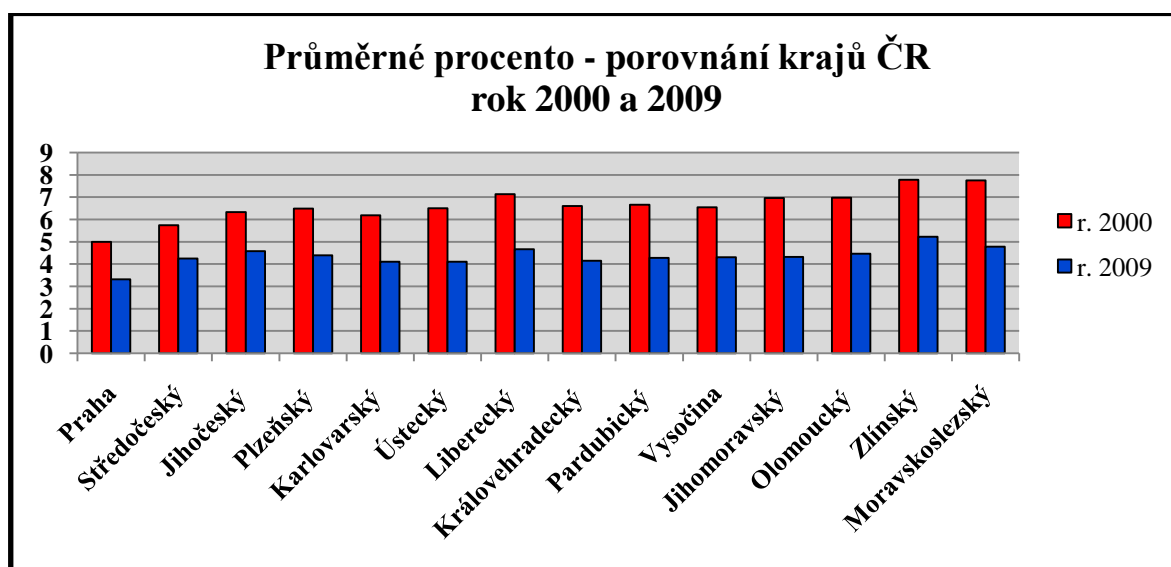
Protichůdný vývoj pracovní neschopnosti lze vysvětlit tak, že lehce a krátkodobě zdravotně postižení nebo nemocní zaměstnanci stále méně v takových případech vyžadují krátkodobou pracovní neschopnost a jednoduché zdravotní problémy stále více řeší jiným způsobem jako je např. čerpání dovolené, ambulantní ošetření u lékaře, v nejhorším případě ignorování zdravotních obtíží.

#### 4.4 Průměrné procento pracovní neschopnosti

Významným ukazatelem charakterizujícím úroveň pracovní neschopnosti je průměrné procento pracovní neschopnosti. Vyjadřuje, jak velký podíl tvoří dny pracovní neschopnosti na celkovém počtu dnů, které byly odpracovány, pokud by byli všichni pojištěnci práce schopni, tzn., počet dnů vydělený počtem pracovní doby všech pojištěnců.

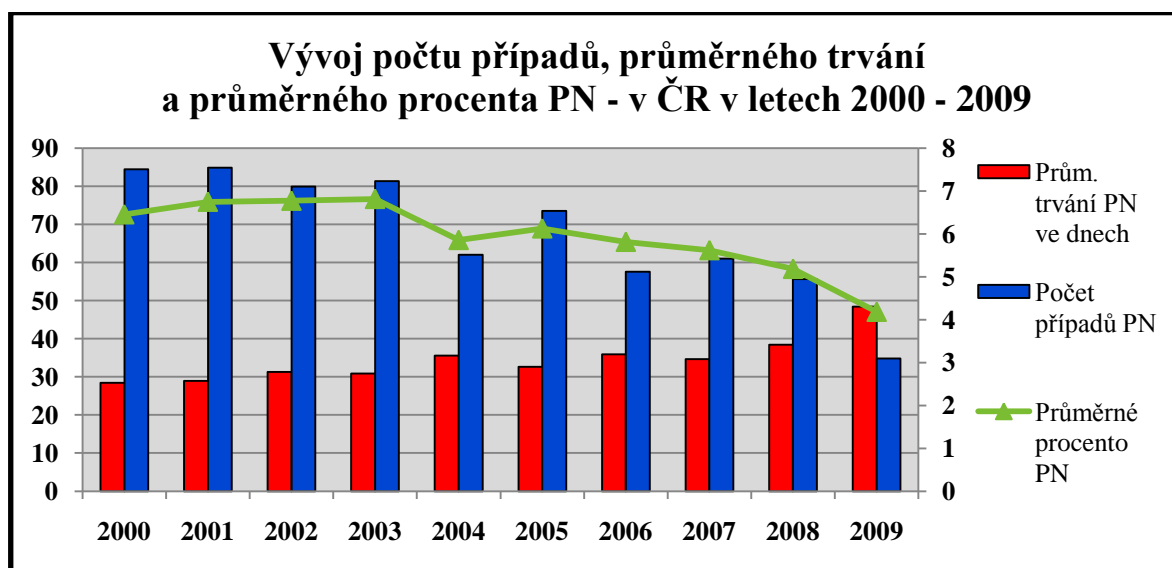
Od roku 2000 do roku 2003 dosahuje průměrné procento pracovní neschopnosti v ČR necelých 7 %, tzn., že se z každých 100 pracovních dnů kvůli pracovní neschopnosti neodpracovalo téměř 7 dnů. V letech 2004 – 2006 došlo k poklesu na úroveň zhruba 6 %, a to především v důsledku výše zmíněné legislativní změny. V dalších letech tento ukazatel vykazuje klesající tendenci, kdy v roce 2009 dosahuje zhruba 4 %. Od roku 2000 do roku 2009 se tedy jedná o snížení průměrného procenta pracovní neschopnosti o více než 2 %.

Ve sledovaném období let 2000 – 2009 nejnižší průměrné procento pracovní neschopnosti vykazuje Praha, Středočeský kraj a Karlovarský kraj. Naopak nejvyšší procento vykazuje kraj Moravskoslezský, Zlínský a Liberecký (viz Graf č. 9).



Graf č. 9: zdroj Tabulka 14

Procento pracovní neschopnosti se v průměru každoročně v letech 2000 – 2009 nejvíce snížilo v Moravskoslezském kraji (o 0,33 %), v Jihomoravském kraji (o 0,29 %), Zlínském kraji (o 0,28 %), Olomouckém kraji (o 0,27 %), Libereckém kraji (o 0,27 %), Královéhradeckém kraji (o 0,27 %), Pardubickém kraji (o 0,26%), na Vysočině (o 0,24 %), v Karlovarském kraji (o 0,23 %) a v Plzeňském kraji (o 0,23 %). Nejnižší každoroční snížení v uvedeném období můžeme zaznamenat ve Středočeském kraji (o 0,16 %), v Praze (o 0,18 %) a v Jihočeském kraji (o 0,19 %). V ČR činilo každoroční průměrné snížení uvedeného ukazatele v daném období o 0,25 %.



Graf č. 10: zdroj Tabulka 12, Tabulka 13, Tabulka 14

Pomocí modelu lineárního trendu byly odhadnuty hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v Moravskoslezském a Středočeském kraji.

- Moravskoslezský kraj

Z tabulky korelačních charakteristik pro Moravskoslezský kraj vyplývá, že index korelace činí 0,87, tzn., že trendová funkce poměrně těsně prochází grafem vývoje sledované proměnné. Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti je danou trendovou funkcí popsán ze 76,76 % (viz Tabulka 4).

Tabulka 4: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Tabulka korelačních charakteristik

Statistické shrnutí; ZP: Moravskoslezský kraj - průměrné procento PN	
Statist.	Hodnota
Vícenás. R	0,876165119
Vícenás. R2	0,767665316
Upravené R2	0,738623481
F(1,8)	26,4330854
p	0,000883706089
Sm. chyba odhadu	0,48170937

Zjištěná trendová funkce má tvar  $y_t = 8,4107 - 0,2727 \cdot t$  a oba její parametry byly shledány jako statisticky významné, neboť úroveň  $p = 0,000884$ . Vzhledem k hodnotě vypočtené hladiny významnosti  $p$ , která je výrazně nižší než stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , shledáváme model jako celek za statisticky významný (viz Tabulka 5).

Tabulka 5: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Výsledky regrese

Výsledky regrese se závislou proměnnou : Moravskoslezský kraj - průměrné proc R= ,87616512 R2= ,76766532 Upravené R2= ,73862348 F(1,8)=26,433 p<,00088 Směrod. chyba odhadu : ,48171						
N=10	b*	Sm.chyba z b*	b	Sm.chyba z b	t(8)	p-hodn.
Abs.člen			8,410667	0,329070	25,55889	0,000000
t	-0,876165	0,170417	-0,272667	0,053034	-5,14131	0,000884

Očekávané průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2010, při pokračování nastoleného trendu z let 2000 – 2009 popsaného vypočtenou lineární trendovou funkcí, je **5,41**. Předpokládané procento pracovní neschopnosti v roce 2010 se bude pohybovat, s 95% spolehlivostí, v intervalu **4,65 – 6,17** (viz Tabulka 6).

Tabulka 6 – Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Předpověď hodnot

Předpovězené hodnoty (Tabulka1) proměnné: Moravskoslezský kraj - průměrné procento PN			
Proměnná	b-váha	Hodnota	b-váha * Hodnot
t	-0,272667	11,00000	-2,99933
Abs. člen			8,41067
Předpověď			5,41133
-95,0%LS			4,65250
+95,0%LS			6,17017

- Středočeský kraj

Z tabulky korelačních charakteristik plyne, že daná trendová funkce těsně prochází grafem vývoje sledované proměnné, kdy index korelace činí 0,82. Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti ve Středočeském kraji je danou trendovou funkcí popsán z 67,28 % (viz Tabulka 7).

Tabulka 7: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Tabulka korelačních charakteristik

Statist.	Statistické shnutí; ZP: Středočeský kraj - průměrné procento PN				
	Hodnota				
Vícenás. R	0,820276844				
Vícenás. R2	0,672854101				
Upravené R2	0,631960864				
F(1,8)	16,4539211				
p	0,00365191814				
Sm. chyba odhadu	0,321575805				

Zjištěná trendová funkce má tvar  $\hat{y}_t = 6,3565 - 0,1436 \cdot t$  a oba její vypočtené parametry byly shledány jako statisticky významné, neboť  $p = 0,003652$ . Vzhledem k hodnotě vypočtené hladiny významnosti  $p$ , která je výrazně nižší než stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , je model jako celek statisticky významný viz Tabulka 8.

Tabulka 8: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Výsledky regrese

Výsledky regrese se závislou proměnnou : Středočeský kraj - průměrné procento						
R= ,82027684 R2= ,67285410 Upravené R2= ,63196086						
F(1,8)=16,454 p<,00365 Směrod. chyba odhadu : ,32158						
N=10	b*	Sm.chyba z b*	b	Sm.chyba z b	t(8)	p-hodn.
Abs. člen			6,356467	0,219678	28,93537	0,000000
t	-0,820277	0,202221	-0,143612	0,035404	-4,05634	0,003652

Očekávané průměrné procento pracovní neschopnosti ve Středočeském kraji v roce 2010, při pokračování nastoleného trendu z let 2000 – 2009 popsaného vypočtenou lineární funkcí, je **4,77**. Předpokládané průměrné procento pracovní neschopnosti ve Středočeském kraji v roce 2010 se bude pohybovat s 95% spolehlivostí v intervalu **4,27 – 5,28** (viz Tabulka 9).



Tabulka 9: Statistický výstup z programu Statistica 2011 – Předpověď hodnot

Proměnná	Předpovězené hodnoty (Tabulka 1) proměnné: Středočeský kraj - průměrné procento PN		
	b-váha	Hodnota	b-váha * Hodnot
t	-0,143612	11,00000	-1,57973
Abs. člen			6,35647
Předpověď			4,77673
-95,0%LS			4,27015
+95,0%LS			5,28331

## 4.5 Struktura pracovní neschopnosti dle jednotlivých diagnóz

Pracovní neschopnost lze analyzovat z hlediska jejích důvodů, na základě její struktury. Obecně lze předpokládat, že při zvýšení počtu krátkodobých neschopností, např. při chřipkové epidemii, se zkracuje průměrná délka trvání jedné pracovní neschopnosti a naopak při výskytu dlouhodobějších pracovních neschopností, např. u nemocí svalové a kosterní soustavy nebo u novotvarů, se průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti prodlužuje. Nemusí to být vždy absolutním pravidlem. 80 % všech případů pracovní neschopnosti představují čtyři základní příčiny. Jsou to nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy a nemoci trávicí soustavy.

Případy pracovní neschopnosti jsou členěny dle příčin Mezinárodní klasifikace nemocí (viz Tabulka 10).

Tabulka 10: Mezinárodní klasifikace nemocí

Kapitola MKN - 10	Kód
Některé infekční a parazitární nemoci	010
Novotvary	020
Nemoci krve, krevetvorných orgánů ...	030
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	040
Poruchy duševní a poruchy chování	050
Nemoci nervové soustavy	060
Nemoci oka a očních adnex	070
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	080
Nemoci oběhové soustavy	090
Nemoci dýchací soustavy	100
Nemoci trávicí soustavy	110
Nemoci kůže a podkožního vaziva	120
Nem. svalové a kosterní soustavy	130
Nemoci močové a pohlavní soustavy	140
Těhotenství, porod a šestinedělí	150
Vrozené vady, deformace a chromosomální abn.	170
Příznaky, znaky a abnorm. klinické a lab. nálezy	180
Poranění, otravy	190
Faktory ovlivňující zdr. stav a kontakt se zdr. sl.	210

Zdroj: ÚZIS ČR

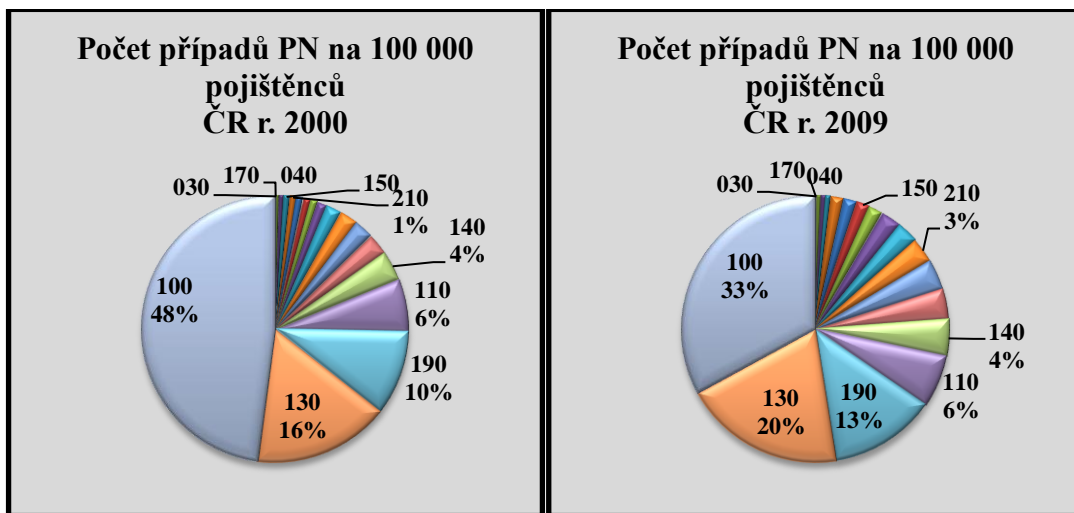
#### 4.5.1 Struktura pracovní neschopnosti ČR – r. 2000 a 2009

Pokud porovnáme strukturu pracovní neschopnosti v letech 2000 a 2009 zjistíme, že v ČR mají nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy. V porovnání s ostatními diagnózami činil tento podíl v roce 2000 48 %, v roce 2009 pak činil 33 %. Dalšími nemocemi s nejvyšším podílem na počtu případů pracovní neschopnosti jsou v roce 2000 nemoci svalové a kosterní soustavy (16 %), poranění a otravy (10 %), nemoci trávicí soustavy (6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (6 %). V roce 2009 se oproti roku 2000 zvýšil podíl na počtu případů pracovní neschopnosti u nemocí svalové a kosterní soustavy na 20 %, též se zvýšil podíl u poranění a otrav na 13 %, podíl nemocí trávicí soustavy se nezměnil a činil 6 % a podíl nemocí močové a pohlavní soustavy se snížil z 6 % na 4 % (viz Graf č. 11 a Graf č. 12).

Počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 obyvatel se v roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 nejvíce snížil u nemocí dýchací soustavy a to z počtu 40 451 na počet 11 498, tj. o 28 953, dále u nemocí svalové a kosterní soustavy z počtu 13 912 na 6 816, tj. o 7096, u poranění a otrav z 8 690 na 4 505, tj. o 4 185, u nemocí trávicí soustavy z 5 398 na 2 218, tj. o 3 180 a u nemocí močové soustavy z 3 064 na 1 514, tj. o 1 550.

Nejnižší snížení nastalo v uvedeném období u vrozených vad, deformací a chromozomálních abnormalit, kdy v roce 2000 činil počet případů 37 a v roce 2009 12, tj. o 25 méně, dále u nemocí krve, krevetvorných orgánů a některých poruch mechanické imunity, kdy se počet případů snížil z 59 na 40, tj. o 19 méně, u endokrinologických nemocí se počet případů snížil z 240 na 209, tj. o 39 méně a u těhotenství, porodu a šestinedělí se snížil počet případů z 644 na 565, tj. o 79.

Pouze u diagnóz s kódem 210, tj. u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, se počet případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců v roce 2009 zvýšil o 381 případů, kdy v roce 2000 činil tento počet 667 případů a v roce 2009 1 048 případů.



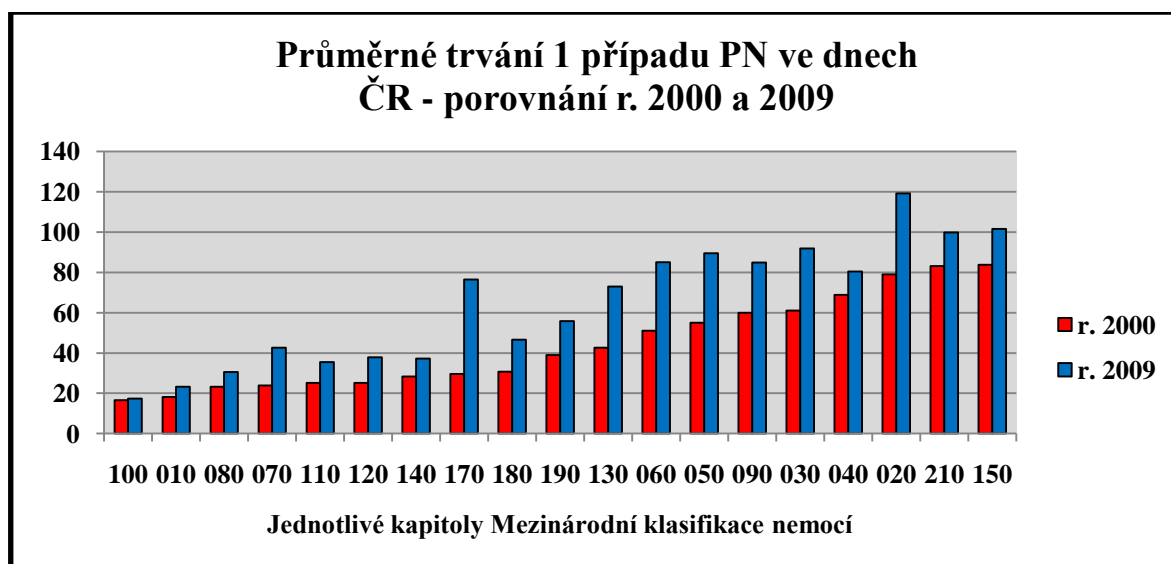
Graf č. 11: Zdroj Tabulka 16

Graf č. 12 Zdroj Tabulka 16

Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti v ČR v roce 2000 bylo nejdelší u kapitoly těhotenství, porod a šestinedělí, kdy průměrné trvání 1 případu činilo 83,8 dnů, dále nejdelší trvání bylo evidováno u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, 83,1 dne, u novotvarů, 79 dne a u endokrinologických nemocí, 68,9 dne. V roce 2009 bylo evidováno nejdelší průměrné trvání 1 případu pracovní

neschopnosti u novotvarů, 119,2 dne, u těhotenství, porodu a šestinedělí, 101,5 dne, u endokrinologických nemocí 99,8 dne a u nemocí krve, krevetvorných orgánů a některých poruch mechanické imunity, 91,9 dne.

Nejvyšší zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti lze evidovat u vrozených vad a deformací, kdy se průměrné trvání 1 případu zvýšilo v roce 2009 oproti roku 2000 z 29,6 dne na 76,4 dne, tj. o 46,8 dne, dále u novotvarů, kdy se trvání zvýšilo ze 79 dnů na 119,2 dne, tj. o 40,2 dne, u duševních poruch, kdy se trvání zvýšilo z 55 dnů na 89,5 dne, tj. o 34,5 dne, u nemocí nervové soustavy, kdy se trvání zvýšilo z 51,1 dne na 85 dnů, tj. o 33,9 dne a u nemocí svalové a kosterní soustavy, kdy se trvání zvýšilo ze 42,6 dnů na 72,9 dnů, tj. o 30,3 dne (viz Graf č. 13).



Graf č. 13: Zdroj Tabulka 17

#### 4.5.2 Struktura pracovní neschopnosti v krajích - r. 2000 a 2009

- Praha

Nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob v roce 2000 i v roce 2009 činí nemoci dýchací soustavy. V roce 2000 činil jejich podíl 51 %, v roce 2009 pak 41 %. Dalšími kapitolami z mezinárodní klasifikace nemocí, které tvořily nejvyšší podíl na celkovém počtu případů pracovních neschopností v roce 2000, jsou nemoci svalové a kosterní soustavy (11 %), poranění a otravy (8 %), nemoci trávicí soustavy (7 %), nemoci močové a pohlavní soustavy (4 %), příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (4 %).

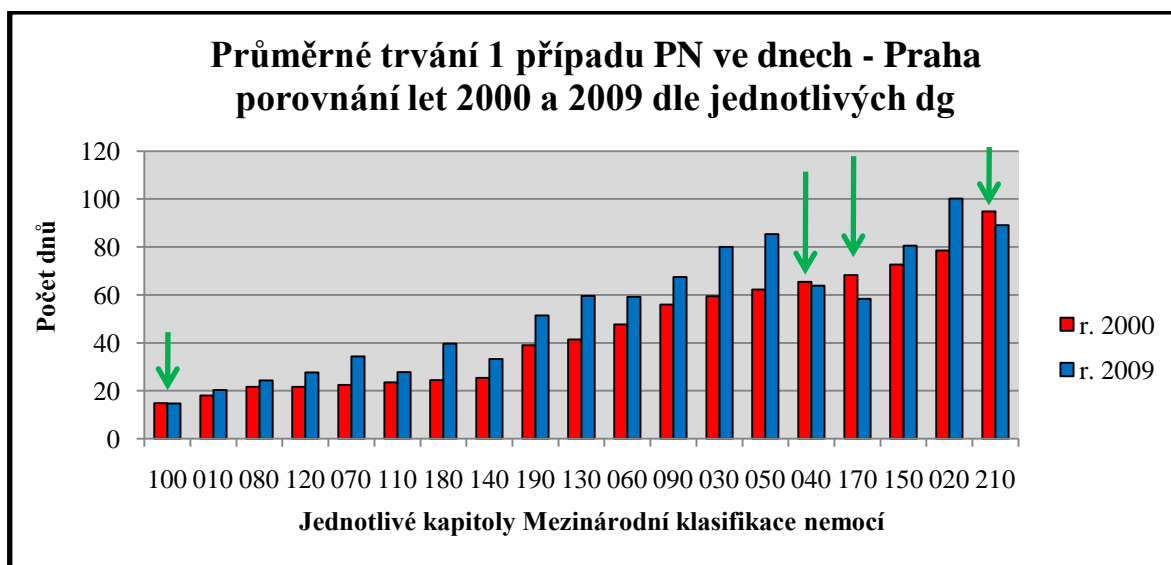
V roce 2009 nejvyšší podíl tvořily tak jako v roce 2000 nemoci svalové a kosterní soustavy (10 %), poranění a otravy (9 %), nemoci trávicí soustavy (7 %), nemoci močové a pohlavní soustavy (5 %) a dále příznaky, znaky a abnormální klinické nálezy (9 %). U poslední diagnózy se jedná o rapidní zvýšení podílu na celkovém počtu případů pracovní neschopnosti oproti roku 2000, kdy se podílela pouze 4 %. Diagnóza příznaky, znaky a abnormální klinické nálezy představuje zejména případy, kdy nelze stanovit přesnější diagnózu nebo se jedná o prozatímní diagnózu. Důvodem zvýšení podílu na celkové pracovní neschopnosti je snížení podílu ostatních diagnóz, neboť uvedená příčina nemoci si dlouhodobě udržuje stabilní počet případů pracovní neschopnosti, který se pohybuje v počtu cca 1 500 případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců za rok.

Nejnižší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců mají vrozené vady a nemoci krve v obou sledovaných rocích.

U všech diagnóz, kromě vrozených vad a faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, se celkový počet případů ve sledovaném období snížil. Nejvyšší snížení se týkalo nemocí dýchací soustavy a to o 20 523 případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob méně v roce 2009 v porovnání s rokem 2000. Dalšími diagnózami s nejvyšším snížením počtu případů jsou: nemoci svalové a kosterní soustavy (o 4 379), poranění a otravy (o 3 092), nemoci trávicí soustavy (o 2 799) a nemoci močové a pohlavní soustavy (o 1 443). U vrozených vad došlo ke zvýšení počtu případů o 3 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav o 49.

Nejnižší snížení počtu případů je evidováno u nemocí krve a to o 21.

Nejvyšší zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti v daném období je evidováno u duševních poruch, o 23,1 dne, u novotvarů, o 21,6 dne a u nemocí krve, o 20,5 dne. Nejnižší zvýšení je evidováno v Praze u infekčních a parazitárních nemocí, o 2,2 dne a u nemocí ucha, o 2,6 dne. Naopak u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami došlo ke snížení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti o 5,8 dne, dále u vrozených vad, o 9,8 dne, u endokrinologických nemocí o 1,7 dne a u nemocí dýchací soustavy o 0,1 dne.



Graf č. 12: Zdroj Tabulka 18

#### ▪ Středočeský kraj

Na celkovém počtu případů pracovních neschopností na 100 000 nemocensky pojištěných osob v letech 2000 a 2009 se ve Středočeském kraji nejvíce podílí nemoci dýchací soustavy. V roce 2000 48 % a v roce 2009 37 %. Dalšími nemocemi s největším podílem na počtu případů pracovní neschopnosti jsou nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 16 %, r. 2009 18 %), poranění a otravy (r. 2000 11 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 7 %, r. 2009 7 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 4 %).

Nejnižší podíl na celkovém počtu případů pracovních neschopností mají vrozené vady a nemoci krve.

Ve Středočeském kraji při porovnání r. 2000 a r. 2009 došlo u všech diagnóz, kromě nemocí kůže a vrozených vad, ke snížení počtu případů pracovních neschopností. Nejvyšší snížení bylo zaznamenáno u nemocí dýchací soustavy, o 23 566 případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob méně, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 5 560 případů, u poranění a otrav, o 3 228 případů, u nemocí trávicí soustavy, o 2 738 případů a u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 1 299 případů. U nemocí kůže došlo ke zvýšení počtu případů o 3 a u vrozených vad o 8.

Nejnižší snížení počtu případů je evidováno u endokrinologických nemocí, o 3 případy.

V roce 2009 v porovnání s rokem 2000 došlo u všech diagnóz ke zvýšení doby průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti. Nejvíce tomu bylo u nemocí nervové soustavy, o 37,5 dne, u novotvarů, o 36,2 dne a u duševních poruch, o 34,8 dne. Nejnížší zvýšení doby průměrného trvání je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 1,3 dny.

#### ▪ Jihočeský kraj

V Jihočeském kraji v roce 2000 a 2009 tvořily nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob nemoci dýchací soustavy (r. 2000 48 %, r. 2009 30 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 16 %, r. 2009 22 %), poranění a otravy (r. 2000 12 %, r. 2009 15 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 4 %).

Nejnižší podíl tvořily vrozené vady a nemoci krve.

Nejvyšší snížení počtu případů pracovní neschopnosti bylo zaznamenáno u nemocí dýchací soustavy, o 32 032 případů, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 5 717, u poranění a otrav, o 4 560 a u nemocí trávicí soustavy, o 3 046.

Nejnižší snížení počtu případů pracovní neschopnosti bylo evidováno u nemocí krve, o 8. Naopak ke zvýšení počtu případů došlo u vrozených vad, o 7, u endokrinologických nemocí, o 45, u nemocí nervové soustavy, o 13, u duševních poruch, o 90 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 602.

U všech diagnóz, kromě vrozených vad, došlo při porovnání r. 2000 a r. 2009 ke zvýšení průměrné doby trvání 1 případu pracovní neschopnosti. Nejvyšší zvýšení je evidováno u novotvarů, o 57 dnů, u duševních poruch, o 47 dnů, u nemocí krve, o 40,5 dne, u nemocí nervové soustavy, o 33 dny a u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 31,9 dnů. Nejnížší snížení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 1,6 dny, u infekčních a parazitárních nemocí, o 7,2 dne a u nemocí ucha, o 9,3 dne. U vrozených vad došlo ke snížení průměrného trvání 1 případu o 27,88 dne.

#### ▪ Plzeňský kraj

V Plzeňském kraji tvoří nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy (r. 2000 49 %, r. 2009 35 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 15 %, r. 2009 17 %), poranění a otravy (r. 2000 11 %, r. 2009 17 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 11 %, r. 2009 17 %), nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 4 %).

r. 2009 15 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 4 %).

Nejnižší podíl tvoří vrozené vady a nemoci krve.

K nejvyššímu snížení počtu případů při porovnání let 2000 a 2009 došlo u nemocí dýchací soustavy, o 31 932, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 6 955, u poranění a otrav, o 4 113, u nemocí trávicí soustavy, o 3 448 a u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 1 837.

K nejnižšímu snížení počtu případů došlo u nemocí krve, o 24 a u endokrinologických nemocí, o 28 případů. Ke zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti došlo u vrozených vad, o 12, u faktorů ovlivňujících zdravotní stav, o 620, u těhotenství, o 27 a u duševních poruch, o 7.

Mimo vrozených vad došlo u všech diagnóz ke zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti. K nejvyššímu zvýšení došlo u nemocí krve, o 45,1 dne, u nemocí nervové soustavy, o 40,8 dne, u novotvarů, o 38,4 dne, u duševních poruch, o 32,6 dne. K nejnižšímu zvýšení došlo u nemocí dýchací soustavy, o 1,1 dne, u infekčních a parazitárních nemocí, o 4,1 dne, u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 7,7 dne a u nemocí trávicí soustavy, o 9,8 dne.

#### ▪ Karlovarský kraj

V Karlovarském kraji tvoří nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy (r. 2000 45 %, r. 2009 29 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 17 %, r. 2009 21 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 12 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 7 %, r. 2009 7 %), nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 6 %).

Nejnižší podíl na výše uvedeném ukazateli tvoří vrozené vady a nemoci krve.

V roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 došlo k výraznému snížení počtu pracovních neschopností na 100 000 pojištěnců. Nejvyšší snížení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 31 760, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 7 448, u poranění a otrav, o 4 367, u nemocí trávicí soustavy, o 3 433.

Nejnižší snížení je evidováno u těhotenství a porodu, o 31, u nemocí nervové soustavy, o 36 a u nemocí krve, o 10. U vrozených vad došlo ke zvýšení počtu případů



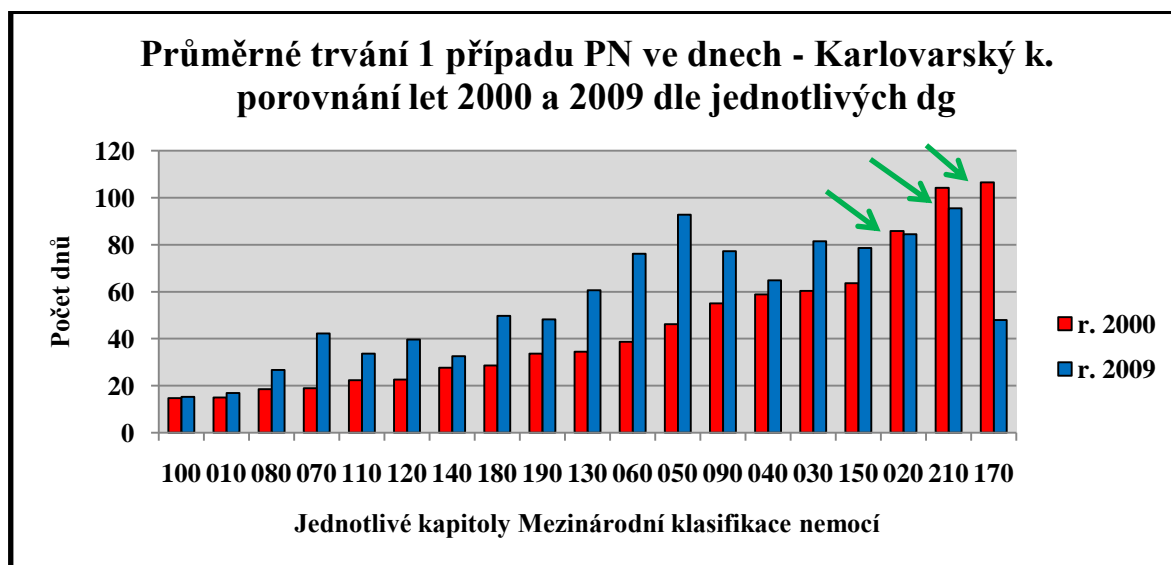
pracovní neschopnosti, o 18, dále u endokrinologických nemocí, o 97, u novotvarů, o 506, u faktorů ovlivňujících zdravotní stav, o 988 a u duševních poruch, o 74.

V roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 došlo u většiny diagnóz ke zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti. Nejvyšší zvýšení uvedeného ukazatele je evidováno u duševních poruch, o 46,6 dne, u nemocí nervové soustavy, o 37,5 dne. Nejnižší zvýšení daného ukazatele je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 0,6 dne, u infekčních a parazitárních nemocí, o 1,9 dne, u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 4,9 dne a u endokrinologických nemocí, o 5,9 dne.

Ke snížení průměrného počtu trvání 1 případu pracovní neschopnosti došlo u vrozených vad, o 58,5 dne, u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 8,7 dne a u novotvarů, o 1,4 dne.

Určitou zajímavostí při srovnání let 2000 a 2009 v Karlovarském kraji je, že u jako jediného kraje u diagnózy novotvary došlo ke zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců a současně se zásadně nezměnila délka průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti u té samé diagnózy. U všech ostatních krajů u uvedené diagnózy došlo ke snížení počtu případů, za současného prodloužení průměrného trvání 1 případu. Celkové zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti u novotvarů ve všech krajích kromě Karlovarského, může být způsobeno pokrokem v medicíně, kdy se daří u této závažné nemoci prodlužovat délku života a tím se zvyšuje i délka pracovní neschopnosti. Snížení počtu případů na 100 000 pojištěnců u uvedené diagnózy v rámci ČR by mohlo být způsobeno zlepšením životního prostředí, obzvláště v kraji Ústeckém, dále prevencí, kdy ke snížení počtu případů přispívají zejména pravidelné lékařské prohlídky nebo očkování proti rakovině děložního čípku apod. Jiný vývoj v Karlovarském kraji u uvedeného ukazatele ve srovnání s ostatními kraji může být způsoben např. vysokým podílem silniční dopravy, která má negativní dopad na životní prostředí, dále je v kraji zastoupen chemický průmysl, což by mohlo také mít vliv na nepříznivý vývoj v počtu případů pracovní neschopnosti u diagnózy novotvary. Nepříznivý dopad na pracovní neschopnost by mohla mít i skutečnost, že v letech 1945 – 1962 probíhala v Karlovarském kraji těžba v uranových dolech. V okolí uranových dolů může docházet ke kontaminaci okolí a v případě špatně provedeného chemického uložení uranu mohou

být ohroženy zásoby podzemní vody. Těžba uranu může ohrožovat zdraví pracovníků, kdy v důsledku špatně větraných hlubinných dolů hrozí zvýšené riziko rakoviny plic.



Graf č. 15: Zdroj Tabulka 19

- Ústecký kraj

V Ústeckém kraji tvoří nejvyšší podíl na počtu případů pracovních neschopností na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy (r. 2000 45 %, r. 2009 30 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 17 %, r. 2009 20 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 5 %).

Nejnižší podíl tvoří vrozené vady a nemoci krve.

V roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 došlo k nejvyššímu snížení počtu případů pracovních neschopností u nemocí dýchací soustavy, o 28 104 případů, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 7 339, u poranění a otrav, o 4 010, u nemocí trávicí soustavy, o 3 126 a u nemocí močové a pohlavní soustav, o 1 515.

K nejnižšímu snížení došlo u nemocí krve, o 19 a u příznaků, znaků a abnormálních klinických a laboratorních nálezů jinde nezařazených, o 36. Ke zvýšení počtu případů došlo u vrozených vad, o 3 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav, o 206.

U průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti došlo v roce 2009 oproti roku 2000 v Ústeckém kraji u všech diagnóz ke zvýšení. Nejvyšší zvýšení je evidováno

u novotvarů, o 45,1 dnů, u nemocí krve, o 30,1 dnů, u duševních poruch, o 34,3 dnů, u nemocí nervové soustavy, o 34 dnů a u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 30 dnů. Nejnižší snížení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 0,9 dne a u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 6 dnů.

#### ▪ Liberecký kraj

V Libereckém kraji tvoří nejvyšší podíl na případech pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy (r. 2000 46 %, r. 2009 32 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 18 %, r. 2009 20 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 7 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 5 %).

V počtu případů pracovní neschopnosti došlo v roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 v Libereckém kraji ke snížení, k nejvyššímu snížení došlo u nemocí dýchací soustavy, o 33 144 případů, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 9 198, u poranění a otrav, o 4 623 a u nemocí trávicí soustavy, o 4 128 případů.

K nejnižšímu snížení došlo endokrinologických nemocí, o 38 a u nemocí krve, o 45. Ke zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti došlo u vrozených vad, o 7 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 1 008 případů.

V Libereckém kraji došlo v roce 2009 v porovnání s rokem 2000 u všech diagnóz ke zvýšení průměrného trvání 1 pracovní neschopnosti. Nejvyšší zvýšení je evidováno u novotvarů, o 60,6 dnů, u nemocí nervové soustavy, o 54,1 dnů, u vrozených vad, o 45,8 dnů, u duševních poruch, o 37,4 dne, u endokrinologických nemocí, o 38 dnů a u nemocí krve, o 37 dnů. Nejnižší zvýšení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 2,6 dne, u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 4,8 dne a u těhotenství, o 6,3 dne.

#### ▪ Královéhradecký kraj

V Královéhradeckém kraji tvoří nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nemoci dýchací soustavy (r. 2000 47 %, r. 2009 32 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 16 %, r. 2009 19 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 14 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %), nemoci

močové a pohlavní soustavy (r. 2000 4 %, r. 2009 5 %). V roce 2000 pak tvořily 6% podíl příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde.

Nejvyšší snížení při porovnání r. 2000 a r. 2009 u počtu případů pracovní neschopnosti můžeme pozorovat u nemocí dýchací soustavy, o 32 770 případů, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 7 239, u poranění a otrav, o 4 018, u nemocí trávicí soustavy, o 3 344 a u příznaků, znaků a abnormálních klinických nálezů nezařazených jinde, o 4 254 případů.

Nejnižší snížení počtu případů je evidováno u endokrinologických nemocí a u nemocí krve. Naopak zvýšení počtu případů je evidováno u vrozených vad, o 13 případů, u těhotenství, porodu a šestinedělí, o 61 a u nemocí nervové soustavy, o 46 případů.

U průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti je evidováno v Královéhradeckém kraji u všech diagnóz při porovnání r. 2000 a r. 2009 zvýšení. Nejvyšší zvýšení je pozorováno u novotvarů, o 46,4 dny a u duševních poruch, o 35 dní. Nejnižší zvýšení je pak evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 0,2 dny a nemocí ucha, o 3,6 dnů.

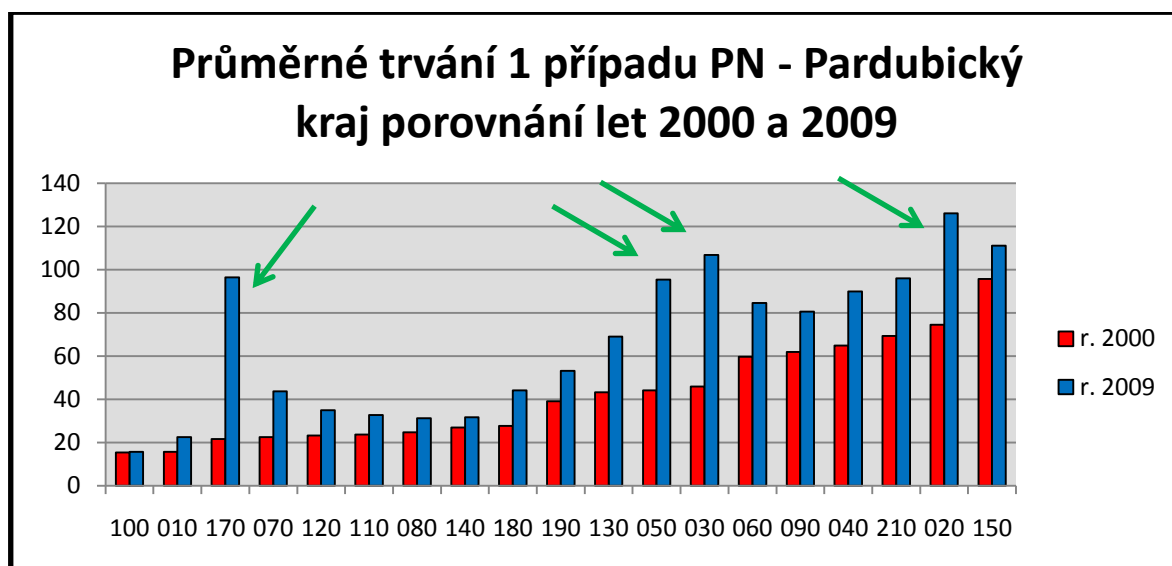
#### ▪ Pardubický kraj

V Pardubickém kraji se největší měrou na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob podílí nemoci dýchací soustavy (r. 2000 48 %, r. 2009 32 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 17 %, r. 2009 21 %), poranění a otravy (r. 2000 11 %, r. 2009 14 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %).

Nejvyšší snížení počtu případů pracovní neschopnosti při porovnání r. 2000 a 2009 je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 32 684, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 7 284, u poranění a otrav, o 4 584 a u nemocí trávicí soustavy, o 3 177 případů.

Nejnižší snížení je evidováno u nemocí krve, o 8 případů. Ke zvýšení počtu případů došlo u příznaků, znaků a abnormálních klinických nálezů nezařazených jinde, o 200 případů, u těhotenství, porodu a šestinedělí, o 160, u nemocí nervové soustavy, o 54 případů a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 113 případů.

V Pardubickém kraji u ukazatele průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti je evidováno při porovnání let 2000 a 2009 u všech diagnóz zvýšení. Nejvyšší zvýšení je u vrozených vad, o 74,9 dne, u nemocí krve, o 60,9 dne, u novotvarů, o 51,5 dne a u duševních poruch, o 51,3 dne. Nejnižší zvýšení je pak evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 0,3 dne, u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 4,8 dne, u nemocí ucha, o 6,5 dne a u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 6,8 dne.



Graf č. 16: Zdroj Tabulka 21

#### ▪ Vysočina

Na Vysočině se největší měrou na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců podílí, tak jako u ostatních krajů, nemoci dýchací soustavy (r. 2000 50 %, r. 2009 33 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 15 %, r. 2009 20 %), poranění a otravy (r. 2000 11 %, r. 2009 15 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %).

Oproti roku 2000 došlo v roce 2009 u většiny diagnóz ke snížení počtu případů pracovní neschopnosti. Nejvyšší snížení tohoto počtu je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 34 256 případů, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 6 760 případů, u poranění a otrav, o 4 631 případů a u nemocí trávicí soustavy, o 3 122 případů.

Nejnižší snížení počtu případů je evidováno u vrozených vad, o 2 a u nemocí krve, o 14. Naopak zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti je zaznamenáno u duševních

poruch, o 124 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 308 případů.

Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti se na Vysočině zvýšilo u všech diagnóz, kromě vrozených vad. U vrozených vad došlo ke snížení trvání pracovní neschopnosti o 17,8 dne. Nejvyšší zvýšení je pak evidováno u novotvarů, o 42,7 dne, u nemocí nervové soustavy, o 41,7 dne, u duševních poruch, o 34,5 dne a u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 33,9 dne. Nejnižší zvýšení trvání pracovní neschopnosti je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 2,1 dne, u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 6,3 dny a u nemocí ucha, o 8 dní.

▪ Jihomoravský kraj

V Jihomoravském kraji se nejvíce na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců v letech 2000 a 2009 podílejí následující kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí: nemoci dýchací soustavy (r. 2000 51 %, r. 2009 34 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 16 %, r. 2009 19 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 7 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %).

V roce 2009 v porovnání s rokem 2000 došlo u většiny diagnóz ke snížení počtu případů pracovní neschopnosti. Nejvyšší snížení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 32 146, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 7 397, u poranění a otrav, o 4 174, u nemocí trávicí soustavy, o 2 881 a u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 1 544 případů.

Nejnižší snížení počtu případů pracovní neschopnosti je evidováno u nemocí krve, o 10 a u duševních poruch, o 13 případů. Ke zvýšení počtu případů došlo pouze u vrozených vad a to o 9 případů.

Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti se při porovnání let 2000 a 2009 u většiny nemocí zvyšovalo. Nejvyšší zvýšení je evidováno u novotvarů, o 52,6 dne, u nemocí nervové soustavy, o 40,1 dne, u duševních poruch, o 36,4 dne a u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 30,4 dne. K nejnižšímu zvýšení pak došlo u nemocí ucha, o 6,7 dne, u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 6,2 dne a u nemocí močové s pohlavní soustavy, o 9 dní. Ke snížení trvání pracovní neschopnosti došlo u nemocí dýchací soustavy, o 0,9 dne a u vrozených vad, o 11,9 dní.

- Olomoucký kraj

V Olomouckém kraji se nejvíce na počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěných osob v letech 2000 a 2009 podílely nemoci dýchací soustavy (r. 2000 49 %, r. 2009 30 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 18 %, r. 2009 23 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %).

K nejvyššímu snížení v letech 2000 a 2009 v počtu případů pracovní neschopnosti došlo u nemocí dýchací soustavy, o 34 908, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 8 144, u poranění a otrav, o 4 508, u nemocí trávicí soustavy, o 3 176 a u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 1 540 případů.

K nejnižšímu snížení u uvedeného ukazatele došlo u nemocí krve, o 17 a u endokrinologických nemocí, o 37. Ke zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti došlo u vrozených vad, o 5, u duševních poruch, o 72, u těhotenství, o 111 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 727.

V letech 2000 a 2009 došlo u všech diagnóz ke zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti. Nejvyšší zvýšení se týkalo vrozených vad, o 68,8 dnů, novotvarů, o 45,4 dnů, nemocí nervové soustavy, o 37,4 dnů, nemocí svalové a kosterní soustavy, o 36,1 dnů a duševních poruch, o 33,3 dnů. Nejnižší zvýšení je evidováno u nemocí dýchacích cest, o 1,7, dále u endokrinologických nemocí, o 2,5, u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 6,7 a u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 6,7 dne.

- Zlínský kraj

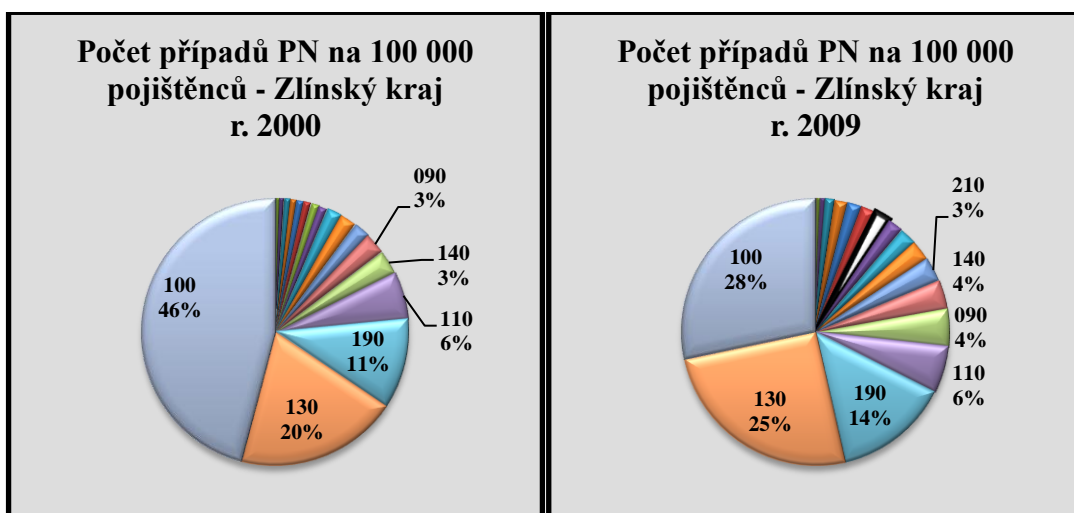
Ve Zlínském kraji v letech 2000 a 2009 se nejvíce na počtu pracovních neschopností na 100 000 pojištěných osob podílí nemoci dýchací soustavy (r. 2000 46 %, r. 2009 28 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 20 %, r. 2009 25 %), poranění a otravy (r. 2000 11 %, r. 2009 14 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 6 %, r. 2009 6 %), nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %) a v roce 2009 nemoci oběhové soustavy (4 %).

K nejvyššímu snížení počtu případů v roce 2009 ve srovnání s rokem 2000 došlo u nemocí dýchací soustavy, o 32 046, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 8 788,

u poranění a otrav, o 4 873, u nemocí trávicí soustavy, o 5 415 a u nemocí močové a pohlavní soustavy, o 1 362.

K nejnižšímu snížení pak došlo u novotvarů, o 10 a u nemocí krve, o 13. Zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti je evidováno u vrozených vad, o 7, u endokrinologických nemocí, o 49 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 435.

V letech 2000 a 2009 se průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti zvýšilo u všech diagnóz, kromě endokrinologických nemocí. Nejvyšší zvýšení je evidováno u novotvarů, o 42,5 dne, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 37,8, u vrozených vad, o 36,7 a u duševních poruch, o 32,9 dnů. Nejnižší zvýšení je evidováno u nemocí dýchací soustavy, o 2,8 dne a u některých infekčních a parazitárních nemocí, o 4.



Graf č. 17: Zdroj Tabulka 20

Graf č. 18: Zdroj Tabulka 20

▪ Moravskoslezský kraj

V Moravskoslezském kraji se ne počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců nejvíce podílejí nemoci dýchacích cest (r. 2000 44 %, r. 2009 28 %), nemoci svalové a kosterní soustavy (r. 2000 20 %, r. 2009 25 %), poranění a otravy (r. 2000 10 %, r. 2009 13 %), nemoci trávicí soustavy (r. 2000 7 %, r. 2009 7 %) a nemoci močové a pohlavní soustavy (r. 2000 3 %, r. 2009 4 %).



K nejvyššímu snížení počtu případů pracovní neschopnosti došlo u nemocí dýchací soustavy, o 27 866, u nemocí svalové a kosterní soustavy, o 8 361, u poranění a otrav, o 4 200 a u nemocí trávicí soustavy, o 3 477.

K nejnižšímu snížení počtu případů pracovní neschopnosti došlo u nemocí krve, o 28 případů. Ke zvýšení počtu případů došlo u vrozených vad, o 5 a u faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, o 334 případů.

V letech 2000 – 2009 se v Moravskoslezském kraji průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti zvýšilo u všech diagnóz mimo diagnózy vrozené vady a deformace. U uvedené diagnózy došlo ke snížení průměrného trvání o 17,8 dne. K nejnižšímu zvýšení průměrného trvání došlo u diagnóz: nemoci dýchací soustavy (o 2,8 dne), některé infekční a parazitární nemoci (o 3,8 dne) a nemoci ucha (o 9,77 dne). Naopak k nejvyššímu zvýšení průměrného trvání došlo u novotvarů (o 38,6 dnů), u nemocí krve (o 34 dnů), u nemocí nervové soustavy (o 30,5 dne) a u nemocí svalové a kosterní soustavy (o 30,4 dne).

### Shrnutí

Ve všech krajích ČR při porovnání let 2000 a 2009 u většiny diagnóz můžeme pozorovat tendenci ke snížení počtu případů na 100 000 nemocensky pojištěných osob a současně tendenci ke zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti.

U nemocí s největším podílem na počtu případů pracovní neschopnosti, mezi které patří nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy, nemoci trávicí soustavy a nemoci močové a pohlavní soustavy, je jednoznačné, že ve všech krajích ČR dochází k nejvyššímu snížení počtu případů pracovní neschopnosti, obzvláště u nemocí dýchací soustavy. Pokud v uvedeném období dochází ke zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti, pak se jedná nejčastěji o diagnózu vrozené vady a deformace. Tento fakt je společný pro 12 krajů ČR. Vždy se však jedná o zanedbatelný počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, tj. cca od 3 do 18 případů. U diagnózy faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami se však při porovnání let 2000 a 2009 nejedná o zanedbatelné zvýšení počtu případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob, neboť toto zvýšení činí cca od 308 do 1 008 ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců. U uvedené diagnózy došlo ke zvýšení počtu případů v 8 krajích ČR. Důvodem pro stanovení diagnózy „faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt

se zdravotnickými službami“ je okolnost jiná než nemoc, poranění nebo zevní příčina. Jedná se o případy, kdy osoba, která může nebo nemusí být nemocná, se setká se zdravotnickými službami za nějakým zvláštním účelem, např., aby darovala orgán nebo tkáň, nebo za účelem prohlídky či vyšetření, nebo za okolností souvisejících s reprodukcí. Pokud vycházíme z faktu, že počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 pojištěnců, bez rozlišení struktury pracovní neschopnosti, se při srovnání let 2000 a 2009 snížil, což je evidentně způsobeno legislativními změnami, u diagnózy „faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami“ tomu tak není. Tzn., že legislativní změny na danou diagnózu u uvedeného ukazatele nepůsobí. Zvýšení uvedeného ukazatele může být částečně způsobeno např. zvyšujícím se počtem žen, které nemůžou přirozenou cestou otěhotnět.

Co se týče ukazatele průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti ve dnech, došlo ke snížení v 6 krajích ČR. Nejčastěji se jedná o diagnózu vrozené vady a deformace. Na vývoj průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti u uvedené diagnózy evidentně nemají vliv legislativní změny, což vyplývá ze samé podstaty této příčiny pracovní neschopnosti. Snížení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti při porovnání let 2000 a 2009 se pohybuje cca od 3,1 dne do 17,8 dnů. K výraznému snížení uvedeného ukazatele došlo v Karlovarském kraji, kdy se jedná 58,5 dnů.

U většiny diagnóz došlo, při porovnání let 2000 a 2009, ke zvýšení průměrného trvání 1 případu pracovní neschopnosti. Mezi nemoci, u kterých došlo k nejvyššímu zvýšení průměrného trvání pracovní neschopnosti, a to ve 13 krajích ČR, patří novotvary. Zvýšení průměrného trvání se pohybuje v rozmezí cca od 21 dnů do 60 dnů. K nejvyššímu zvýšení průměrného trvání pracovní neschopnosti došlo v Libereckém kraji (o 60,6 dne). Důvodem může být vyšší výskyt závažnějších onemocnění u diagnózy novotvary, která jsou příčinou delší doby léčení. Další diagnózou, která patří mezi nemoci s nejvyšším zvýšením průměrné doby trvání pracovní neschopnosti, jsou poruchy duševní a poruchy chování. Průměrné zvýšení trvání pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR u uvedené diagnózy činí cca 36 dnů. K nejvyššímu zvýšení u dané diagnózy došlo v Pardubickém kraji, o 51,3 dny. U tohoto onemocnění by příčinou zvýšení průměrného trvání pracovní neschopnosti mohl být stres. Důvodem pro vznik stresu je mimo jiné nezdravý životní styl, nedostatek pohybu, neuspokojivá práce, nadměrná pracovní zátěž apod., což jsou faktory, které jsou každodenní součástí dnešního civilizovaného světa.

## 5 Závěr

Z analýzy vybraných ukazatelů jednoznačně vyplývá, že legislativní změny v oblasti nemocenského pojištění mají zásadní vliv na vývoj počtu případů dočasné pracovní neschopnosti. Výrazně se to projevilo v roce 2004, kdy se změnil způsob stanovení denního vyměřovacího základu v prvních 14 dnech pracovní neschopnosti a dále způsob stanovení výše nemocenského v prvních 3 dnech pracovní neschopnosti a to ve smyslu snížení nemocenského. Ve všech krajích ČR se tak v roce 2004 ve srovnání s rokem 2003 podstatně snížil počet ukončených případů pracovní neschopnosti. Další výrazné snížení počtu případů pracovní neschopnosti nastalo v roce 2009, kdy se změnil zákon o nemocenském pojištění. V důsledku této změny se též podstatně snížil příjem nemocného v době pracovní neschopnosti, neboť za prvních 14 dní náležela náhrada mzdy vyplácená zaměstnavatelem, která však náleží od 4. pracovního dne a je proplácená pouze za pracovní dny. Nemocenské vyplácené za kalendářní dny náleží až od 15. dne trvání pracovní neschopnosti.

Z dlouhodobého hlediska je nejnižší počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 práce neschopných pojištěnců evidován v Praze. Tato skutečnost je způsobena zejména vyšší průměrnou mzdou zaměstnance oproti ostatním krajům, kdy lidé jsou více motivováni pracovat i v době nezávažného onemocnění, neboť ušlý příjem v době pracovní neschopnosti je vysoký. V Praze je také oproti ostatním krajům příznivější situace na trhu práce a lidé tudíž nejsou nuceni řešit své finanční zabezpečení po skončení pracovního poměru pracovní neschopností, tak jako např. v krajích s vysokou nezaměstnaností. Uvedené řešení nepříznivé životní situace se správně jeví jako zneužívání dávek nemocenského pojištění, kdy ovšem v těchto případech je na vině ošetřující lékař, který rozhoduje o tom, zdali je člověk práce neschopný či nikoli. Zde je možné položit otázku, jakým způsobem zabránit zneužívání dávek nemocenského pojištění. Odpověď by mohla znít ve smyslu alespoň částečné zainteresovanosti ošetřujícího lékaře na financování nemocenského pojištění.

Pokles počtu případů pracovní neschopnosti není jednoznačným důkazem příznivého vývoje pracovní neschopnosti v ČR, neboť průměrná délka trvání pracovní neschopnosti ve dnech neustále roste. Rozdíl mezi roky 2000 a 2009 činí v průměru 20 dní. K největšímu nárůstu průměrné délky trvání pracovní neschopnosti ve srovnání

s předchozím rokem došlo v roce 2009 a to v průměru o 10 dní. Také mezi roky 2003 a 2004 došlo k nárůstu průměrné délky trvání pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR. V průměru tomu bylo o necelých 5 dní, což je v pořadí druhý nejvyšší nárůst délky trvání pracovní neschopnosti pokud porovnáme období od r. 2000 do r. 2009. Z uvedeného vyplývá, že legislativní úpravy nemocenského pojištění, které snižují nemocenské poskytované v době pracovní neschopnosti, mají opačný vliv na ukazatel průměrná délka trvání pracovní neschopnosti, než je tomu u ukazatele počet případů pracovní neschopnosti. Tuto skutečnost můžeme vysvětlit legislativní změnou, kdy v roce 2009 byla sazba nemocenského odstupňována v souvislosti s délkou trvání pracovní neschopnosti. U pracovní neschopnosti, která trvala do 30 kalendářních dnů, činila sazba nemocenského 60 % z denního vyměřovacího základu, od 31. do 60. dne pracovní neschopnosti činila tato sazba 66 % a od 61 dne 72 %. Tzn., že práce neschopní, měli tendenci marodit déle. I když by stanovení délky pracovní neschopnosti mělo být plně v kompetenci ošetřujícího lékaře, v praxi je posouzení pracovní neschopnosti ovlivňováno i snahou a motivací práce neschopného se uzdravit a opět se zapojit do pracovního procesu. Na délku pracovní neschopnosti měla také vliv ekonomická krize v roce 2009, kdy např. v Libereckém kraji zaměstnavatelé s dlouholetou tradicí a s vysokým počtem zaměstnanců ukončili svoji činnost a vzhledem k nepříznivé situaci na trhu práce, lidé řešili uvedený problém pracovní neschopností.

Mezi čtyři základní příčiny pracovní neschopnosti v ČR, které mají nejvyšší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti, patří nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy a nemoci trávicí soustavy. Tato skutečnost se shoduje u všech krajů ČR a současně se shoduje ve všech sledovaných letech, tj. v období od r. 2000 do r. 2009. Nejnižší podíl na počtu případů pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR v roce 2009 mají vrozené vady a nemoci krve a krvetvorných orgánů. Současně ve všech krajích ČR došlo u diagnózy nemoci dýchací soustavy v průběhu let 2000 až 2009 ve srovnání s ostatními diagnózami k nejvyššímu snížení počtu případů pracovní neschopnosti.

Mezi nemoci s nejkratší průměrnou délkou trvání 1 případu pracovní neschopnosti ve všech krajích ČR v letech 2000 a 2009 patří nemoci dýchací soustavy a některé infekční a parazitární nemoci. Naopak mezi nemoci s nejdelší průměrnou délkou trvání 1 případu

pracovní neschopnosti patří vrozené vady a deformace, novotvary, těhotenství, duševní poruchy a faktory ovlivňující zdravotní stav.

Nemoci dýchacích cest významně ovlivňují pohled na celkové výsledky pracovní neschopnosti v každém roce, neboť se nejvíce podílejí na počtu případů pracovní neschopnosti. Tato diagnóza je silně závislá na intenzitě průběhu sezónních chřipkových nákaz, a tudíž je slabě preventivně ovlivnitelná. Nemoci svalové a kosterní soustavy jsou v pořadí druhou diagnózou, která se nejvíce podílí na počtu případů pracovní neschopnosti v každém roce, kdy se současně jedná o dlouhodobou nemoc ve srovnání s nemocemi dýchací soustavy. Nemoci svalové a kosterní soustavy jsou nemocemi pohybového aparátu. Zdravotní problémy vedoucí až k pracovní neschopnosti nejčastěji souvisí se správnou funkcí páteře a kloubů a rostou lineárně s přibývajícím věkem nemocensky pojištěných osob. Tyto zdravotní obtíže se ve značné míře projevují v celé populaci, což je jedním ze znaků rozvinuté civilizační choroby, vyvolané především oslabením pohybového aparátu v důsledku nezdravého způsobu života, nedostatku pohybu, nezdravého životního stylu a návyků. Prevencí by mohla být efektivní rehabilitační péče, která by byla realizována s podporou zdravotních pojišťoven a v souvislosti s tímto preventivním opatřením by se mohlo dosáhnout snížení počtu případů pracovní neschopnosti a též ke snížení průměrného trvání pracovní neschopnosti z uvedené příčiny.

Pracovní neschopnost v ČR od roku 2000 do roku 2009 se vyvíjí tak, že počet ukončených případů pracovní neschopnosti na 100 000 nemocensky pojištěných osob klesá a délka této neschopnosti se prodlužuje. Z toho vyplývá, že stále menší počet pracovní neschopných byl v pracovní neschopnosti stále déle. Podíl čtyř hlavních skupin diagnóz, kterými jsou nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy a nemoci trávicí soustavy, jako důvodu pracovní neschopnosti se ve sledovaném období zásadně nemění a tvoří cca 70 – 80 % všech případů pracovní neschopnosti.

## 6 Seznam použitých zdrojů

1. BARTÁK, Miroslav, *Ekonomika zdraví*, 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. ČMEJREK, Jaroslav. *Obce a regiony jako politický prostor*. 1. vyd. Praha: Alfa Nakladatelství, s. r. o. 2008. ISBN 978-80-87197-00-4.
3. GREGOROVÁ, Zdeňka, GALVAS, Milan. *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno. 2000. ISBN 80-210-3686-9.
4. HEŘMANOVÁ, Eva, CHROMÝ, Pavel. *Kulturní regiony a geografie*. 1. vyd. Praha: ASPI, a. s. 2009. ISBN 978-80-7357-339-3.
5. HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGER, J. *Statistika pro ekonomy*. 4. vyd. Praha: Professional Publishing, 2003. ISBN 80-86419-52-5.
6. KAHOUN, Vilém a kolektiv. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: TRITON. 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
7. MANYCH, Jiří. *Ekologie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. 1988. ISBN 08-017-88.
8. MAŘÍKOVÁ, Hana, PETRUSEK, Miloslav. *Demografie (nejen) pro demografy*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 1998. ISBN 80-85850-3.
9. NOVÝ, Ivan. *Sociologie pro ekonomy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o. 1997. ISBN 80-7169-433-9.
10. PŘIB, Jan. *Zákon o nemocenském pojištění*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. 2009. ISBN 978-80-7357-448-2.
11. SVATOŠOVÁ, L., KÁBA, B.: *Statistické metody II*. 1. vyd. Praha: ČZU, 2009. ISBN 978-80-213-1736-9
12. ÚZ Sociální pojištění 2010. *Úplné znění zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti*. 1. vyd. Ostrava – Hrabůvka: Sagit, a.s. 2010. ISBN 978-80-7208-791-4.
13. ŽENÍŠKOVÁ, Marta. *Pojistné na sociální zabezpečení*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, spol. s r.o. 2010. ISBN 978-80-7263-579-5.

14. ŽENÍŠKOVÁ, Marta. *Zákon o nemocenském pojištění*. 3. vyd. Olomouc: ANAG, spol. s r.o. 2009. ISBN 978-80-7263-566-5.

**Internetové zdroje:**

15. CENIA, česká informační agentura. *Stav životního prostředí v jednotlivých krajích ČR v roce 2007*. [on line] c2008, [citováno 11-6-2010]. Dostupné z: <<http://www.google.cz/search?q=charakteristika+kraj%C5%AF+%C4%8CR&hl=cs&client=opera&hs=F5j&rls=cs&start=20&sa=N>>.
16. PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, POSLANECKÁ SNĚMOVNA. Sněmovní tisk 120, vládní návrh zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. [on line], c2010, [citováno 8-12-2010]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=120&CT1=0>>.

## 7 Přílohy

Tabulka 11: Průměrný počet nemocensky pojištěných osob v letech 2000 – 2009

Průměrný počet nemocensky pojištěných osob v letech 2000 - 2009 za jednotlivé kraje ČR										
Kraje	Roky									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Praha	839788	849496	857827	864369	863895	905454	946367	1001574	1000512	969550
Středočes.	420276	423580	438369	436649	434613	439720	440606	447753	447162	410640
Jihočeský	273215	262218	259647	256577	254733	254129	251835	252554	248313	235224
Plzeňský	237944	233118	231747	230075	230214	233788	234054	237422	232822	217017
Karlovar.	119004	116828	115207	114249	111108	109485	107330	106834	103707	92907
Ústecký	309700	306346	295831	291603	288969	293464	291749	295329	292244	270405
Liberecký	178239	177366	172335	166907	164459	164490	167712	169047	163376	143275
Královéhr.	236496	233514	230531	226860	222950	220907	221395	219933	216033	202870
Pardubic.	216863	210783	210404	207679	203411	202638	203825	207954	210317	191230
Vysočina	202578	204311	204567	202525	198512	195870	197401	197420	193708	174696
Jihomor.	498511	496036	492865	495598	488910	496411	509953	524286	525754	481597
Olomouc.	236495	230844	230288	227149	222843	224518	221453	224150	224091	205075
Zlínský	246902	245092	243273	238517	233801	234204	234796	238253	236169	217752
Moravsk.	501535	493823	493823	476677	470833	467625	468557	474512	478235	440901
ČR	4517546	4483455	4466699	4435434	4389251	4442703	4497033	4597021	4572443	4253139

Zdroj: ÚZIS ČR



Tabulka 12: Počet ukončených případů PN na 100 000 pojištěnců

Počet ukončených případů PN na 100 000 pojištěnců										
Kraje	Roky									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Praha	55110	56675	53249	56613	41526	46095	39561	37989	22144	18506
Středočeský	80996	80447	75773	76447	59662	68851	61467	60409	64418	41606
Jihočeský	92183	94542	90345	93599	72261	83126	70219	74795	71646	41325
Plzeňský	94284	95976	90782	93465	73813	106944	73219	74679	73287	41984
Karlovarský	101186	103109	96407	94811	74220	100459	73203	78963	82946	48625
Ústecký	88874	89680	85255	85897	66262	69550	63183	63811	69101	40103
Liberecký	104919	107421	101290	101969	79328	111676	76487	75582	68844	47065
Královéhr.	96194	98908	91911	92852	71456	99665	68976	69493	71884	40032
Pardubický	92849	95503	88447	91600	70011	78484	71096	69649	66691	38736
Vysočina	95624	95321	89893	93027	69924	102808	53220	69497	67025	40042
Jihomor.	85803	85122	79528	79545	60460	66006	44649	59966	51993	33788
Olomoucký	97394	99854	94152	99226	74213	77965	71302	70830	66694	41312
Zlínský	93093	91334	85824	89784	67802	73042	50826	64332	57588	37764
Moravskosl.	87945	86347	82823	84520	60928	71494	64110	68855	62852	38274
ČR	84428	84982	79980	81345	62060	73571	57670	61057	55676	34875

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 13: Průměrné trvání 1 případu pracovní neschopnosti ve dnech

Průměrné trvání 1 případu PN ve dnech										
Kraje	Roky									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Praha	25,9	26,1	27,6	27,1	30,7	28,1	30,4	29,8	32,4	36,4
Středočeský	26,2	26,9	28,7	28,9	33	30,8	33,5	32,6	35,7	43
Jihočeský	26	27,5	29,7	28,8	33,6	32,3	35,4	34,5	39,4	50,3
Plzeňský	26,3	27,1	29,4	29,1	33,1	29,8	33,4	32,1	36,1	44,8
Karlovarský	24,9	25,2	27,8	28,4	31,9	30,1	33,6	32,1	34,5	44
Ústecký	29,9	29,4	31,9	32	36,3	34	36,8	34,5	38,1	50
Liberecký	27,8	28,9	31,4	31,4	35,1	31,1	35,5	34,3	38,7	50,9
Královéhradecký	26,7	27,5	30,4	30	34,9	31,5	35,1	34	38,1	47,6
Pardubický	27,6	27,6	30,2	29,6	34,8	32,5	34,9	33,2	36,7	47,4
Vysočina	26,6	27,2	29,7	29,5	34,9	30,6	35	33,2	37,8	48,9
Jihomoravský	30,3	30,8	33,2	32,7	37,8	34,9	38,8	35,5	39,9	50,4
Olomoucký	29,3	29,8	33,1	32,7	37,9	35,8	39,4	37,7	41,5	55,3
Zlínský	32,5	33,1	36,3	35,1	40,7	38,1	42	38,6	43,2	59,6
Moravskoslezský	33,3	34,1	36,4	35,8	42,6	38,1	42	41	43,9	56,2
ČR	28,4	28,9	31,3	30,9	35,6	32,6	35,9	34,6	38,4	48,4

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 14: Průměrné procento pracovní neschopnosti

Průměrné procento PN										
Kraje	Roky									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Praha	4,999	5,315	5,311	5,363	4,605	4,706	4,478	4,32	3,964	3,32
Středočeský kraj	5,748	6,027	6,174	6,18	5,405	5,673	5,476	5,399	5,156	4,248
Jihočeský kraj	6,331	6,872	6,845	6,841	6,027	6,528	6,189	6,015	5,599	4,572
Plzeňský kraj	6,481	7,05	6,827	6,927	6,021	6,48	6,04	5,862	5,503	4,391
Karlovarský kraj	6,18	6,541	6,717	6,569	5,685	5,996	5,655	5,544	5,221	4,107
Ústecký kraj	6,496	6,768	6,796	6,855	5,884	6,042	5,744	5,548	5,26	4,101
Liberecký kraj	7,131	7,673	7,723	7,657	6,489	6,722	6,462	6,271	5,906	4,667
Královéhradecký kraj	6,606	7,01	7,032	6,982	6,033	6,427	5,963	5,849	5,279	4,145
Pardubický kraj	6,654	6,897	6,893	6,999	6,099	6,491	6,144	5,825	5,311	4,281
Vysočina	6,548	6,782	6,926	7,082	6,103	6,356	5,973	5,861	5,451	4,309
Jihomoravský kraj	6,958	7,155	7,222	7,162	6,161	6,492	6,192	5,882	5,371	4,313
Olomoucký kraj	6,969	7,273	7,429	7,58	6,399	6,65	6,395	6,248	5,616	4,461
Zlínský kraj	7,782	7,98	8,015	8,06	6,883	7,168	6,755	6,415	6,059	5,222
Moravskoslezský kraj	7,752	7,861	7,863	7,067	6,824	7,225	6,924	6,777	6,045	4,772
Česká republika	6,455	6,748	6,772	6,814	5,857	6,126	5,814	5,619	5,184	4,184

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 15: Koeficient růstu

Kraje	Koef. růstu r. 2000 - 2009 navýšení v %
Praha	3,853802444
Středočeský	5,659235179
Jihomoravský	5,816699633
Ústecký	5,87928005
Moravskoslezský	5,987506714
Plzeňský	6,096846089
Pardubický	6,193169797
Karlovarský	6,530163154
Královéhradecký	6,634938119
Liberecký	6,951255565
Zlínský	6,9701351
Vysočina	6,999266986
Olomoucký	7,312628995
Jihočeský	7,607823802

Zdroj: ÚZIS ČR, vlastní výpočty

Tabulka 16: Počet případů PN dle dg na 100 000 pojištěnců, ČR, r. 2000 a 2009

Dg	Počet případů PN ČR r. 2000	Počet případů PN ČR r. 2009
170	37	12
030	59	40
040	248	209
080	444	168
150	644	565
210	667	1048
070	715	226
060	716	528
020	736	598
050	999	847
120	1609	553
010	1877	930
180	1984	1306
090	2179	1293
140	3064	1514
110	5398	2218
190	8690	4505
130	13912	6816
100	40451	11498

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 17: Průměrné trvání případu PN dle dg – ČR r. 2000, 2009

Dg	Průměrné trvání 1 případu PN ČR - r. 2000	Průměrné trvání 1 případu PN ČR - r. 2009
100	16,6	17,4
010	18,1	23,2
080	23,3	30,6
070	23,8	42,6
110	25,2	35,5
120	25,2	37,8
140	28,3	37,3
170	29,6	76,4
180	30,7	46,6
190	38,9	55,8
130	42,6	72,9
060	51,1	85
050	55	89,5
090	60	84,9
030	61	91,9
040	68,9	80,4
020	79	119,2
210	83,1	99,8
150	83,8	101,5

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 18: Průměrné trvání 1 případu PN dle dg – Praha, r. 2000, 2009

Prům. trvání 1 případu PN (ve dnech) dle dg			
Praha	Kód	Roky	
		2000	2009
Některé infekční a parazitární nemoci	010	18,1	20,3
Novotvary	020	78,6	100,2
Nemoci krve, krvetvorných orgánů ...	030	59,5	80
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	040	65,5	63,8
Poruchy duševní a poruchy chování	050	62,3	85,4
Nemoci nervové soustavy	060	47,7	59,2
Nemoci oka a očních adnex	070	22,4	34,4
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	080	21,7	24,3
Nemoci oběhové soustavy	090	56	67,4
Nemoci dýchací soustavy	100	14,8	14,7
Nemoci trávicí soustavy	110	23,5	27,8
Nemoci kůže a podkožního vaziva	120	21,7	27,7
Nem. svalové a kosterní soustavy	130	41,4	59,6
Nemoci močové a pohlavní soustavy	140	25,4	33,3
Těhotenství, porod ...	150	72,7	80,5
Vrozené vady, deformace ...	170	68,2	58,4
Příznaky, znaky a abnorm. klinické a lab. nálezy	180	24,4	39,7
Poranění, otravy	190	39	51,4
Faktory ovlivňující zdr. stav a kontakt se zdr. službami	210	94,9	89,1

Zdroj: ÚZIS ČR

Tabulka 19: Průměrné trvání 1 případu PN dle dg- Karlovarský kraj, r. 2000, 2009

<b>Prům. trvání 1 případu PN (ve dnech) dle dg</b>			
<b>Karlovarský kraj</b>	<b>Kód</b>	<b>Roky</b>	
		<b>2000</b>	<b>2009</b>
Některé infekční a parazitární nemoci	<b>010</b>	15	16,9
Novotvary	<b>020</b>	85,8	84,4
Nemoci krve, krvetvorných orgánů ...	<b>030</b>	60,3	81,5
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	<b>040</b>	58,9	64,8
Poruchy duševní a poruchy chování	<b>050</b>	46,2	92,8
Nemoci nervové soustavy	<b>060</b>	38,7	76,2
Nemoci oka a očních adnex	<b>070</b>	18,9	42,2
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	<b>080</b>	18,6	26,7
Nemoci oběhové soustavy	<b>090</b>	55	77,2
Nemoci dýchací soustavy	<b>100</b>	14,7	15,3
Nemoci trávicí soustavy	<b>110</b>	22,4	33,6
Nemoci kůže a podkožního vaziva	<b>120</b>	22,6	39,7
Nem. svalové a kosterní soustavy	<b>130</b>	34,5	60,6
Nemoci močové a pohlavní soustavy	<b>140</b>	27,6	32,5
Těhotenství, porod ...	<b>150</b>	63,6	78,6
Vrozené vady, deformace ...	<b>170</b>	106,5	48
Příznaky, znaky a abnorm. klinické a lab. nálezy	<b>180</b>	28,6	49,7
Poranění, otravy	<b>190</b>	33,6	48,2
Faktory ovlivňující zdr. stav a kontakt se zdr. službami	<b>210</b>	104,2	95,5

Zdroj ÚZIS ČR



Tabulka 20: Počet případů PN na 100 000 pojištěnců podle dg, Zlínský kraj

<b>Počet případů PN na 100000 pojištěnců podle dg</b>			
<b>Zlínský</b>	<b>Kód</b>	<b>Roky</b>	
		<b>2000</b>	<b>2009</b>
Některé infekční a parazitární nemoci	<b>010</b>	1717	811
Novotvary	<b>020</b>	712	702
Nemoci krve, krvetvorných orgánů ...	<b>030</b>	70	57
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	<b>040</b>	378	427
Poruchy duševní a poruchy chování	<b>050</b>	990	942
Nemoci nervové soustavy	<b>060</b>	825	584
Nemoci oka a očních adnex	<b>070</b>	929	228
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	<b>080</b>	486	152
Nemoci oběhové soustavy	<b>090</b>	2397	1669
Nemoci dýchací soustavy	<b>100</b>	42739	10693
Nemoci trávicí soustavy	<b>110</b>	5415	2150
Nemoci kůže a podkožního vaziva	<b>120</b>	1867	652
Nem. svalové a kosterní soustavy	<b>130</b>	18321	9533
Nemoci močové a pohlavní soustavy	<b>140</b>	2703	1341
Těhotenství, porod ...	<b>150</b>	832	691
Vrozené vady, deformace ...	<b>170</b>	10	17
Příznaky, znaky a abnorm. klinické a lab. nálezy	<b>180</b>	1840	692
Poranění, otravy	<b>190</b>	10179	5306
Faktory ovlivňující zdr. stav a kontakt se zdr. službami	<b>210</b>	684	1119

Zdroj ÚZIS ČR

Tabulka 21: Průměrné trvání 1 případu PN (ve dnech) dle dg – Pardubický kraj

Prům. trvání 1 případu PN (ve dnech) dle dg			
Pardubický	Kód	Roky	
		2000	2009
Některé infekční a parazitární nemoci	010	15,7	22,5
Novotvary	020	74,5	126
Nemoci krve, krvetvorných orgánů ...	030	45,8	106,7
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	040	64,8	89,9
Poruchy duševní a poruchy chování	050	44,1	95,4
Nemoci nervové soustavy	060	59,7	84,5
Nemoci oka a očních adnex	070	22,5	43,6
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	080	24,7	31,2
Nemoci oběhové soustavy	090	61,9	80,6
Nemoci dýchací soustavy	100	15,4	15,7
Nemoci trávicí soustavy	110	23,6	32,7
Nemoci kůže a podkožního vaziva	120	23,2	34,9
Nem. svalové a kosterní soustavy	130	43,2	69
Nemoci močové a pohlavní soustavy	140	26,9	31,7
Těhotenství, porod ...	150	95,6	111
Vrozené vady, deformace ...	170	21,5	96,4
Příznaky, znaky a abnorm. klinické a lab. nálezy	180	27,6	44,1
Poranění, otravy	190	39,1	53,1
Faktory ovlivňující zdr. stav a kontakt se zdr. službami	210	69,3	95,9

Zdroj ÚZIS ČR