

LIEČIŤ SA ČI NELIEČIŤ? ŠETRIŤ ČI NEŠETRIŤ?



Cennými radami, pripomienkami, užitočnými informáciami prispeli:

Ing. Anton Marcinčin, PhD., ekonóm, Konfederácia odborových zväzov SR;
Michal Němec, poradca prezidentky Konfederácie odborových zväzov SR pre sociálne systémy.

Text neprešiel odbornou jazykovou korektúrou.

Autor a odborná garancia:

PhDr. Ján Košč

Január 2025

Ilustračná fotografia je licencovaná globálnou sieťou tvorcov Pexels.

ÚVOD

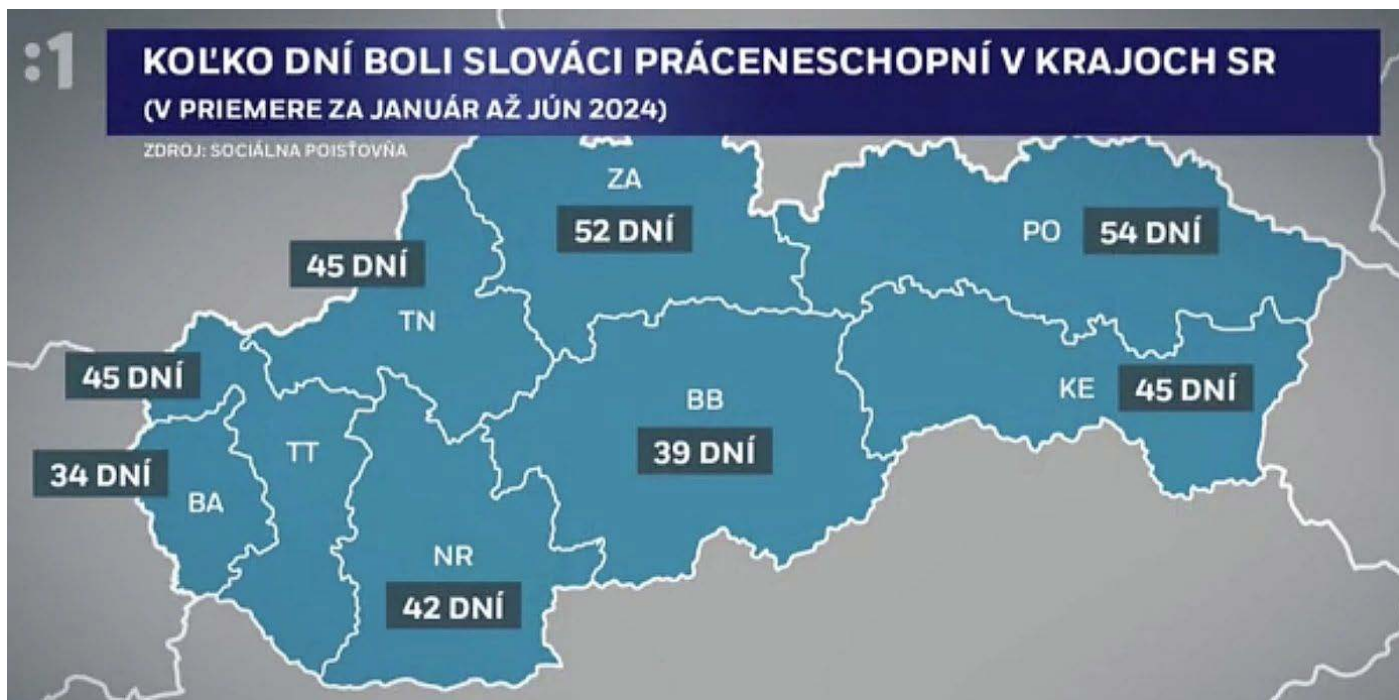
Minister práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky nedávno navrhol zvýšiť kontrolu oprávnenosti platenej náhrady príjmu počas práceneschopnosti (ďalej len PN) zamestnancov. Ako dôvod uviedol, že priemerná dĺžka PN na Slovensku je výrazne dlhšia v porovnaní s Českou republikou (tab. 1 a obr. 1). Minister Erik Tomáš poukazuje na štatistiky, ktoré naznačujú, že Slováci sú na PN dlhšie ako Česi (tab. 1), čo podľa neho môže naznačovať zneužívanie systému. Taktiež hovorí o „absurdných“ rozdieloch v dĺžke priemernej PN (tab. 2) v jednotlivých regiónoch na Slovensku. Kontrola a možnosť PN ukončiť posudkovým lekárom by mala zabezpečiť, aby práceneschopní boli skutočne len tí, ktorí to potrebujú.

V tejto súvislosti je legitímnou otázkou, či jednou z hlavných motivácií, prečo chce ministerstvo pristúpiť k tomuto kroku, nie je aj deficit vo Fonde nemocenského poistenia, ktorý vznikol za pandémie. V roku 2018 bol Fond nemocenského poistenia v prebytku vo výške 80 miliónov eur a v roku 2022 bol už v deficite vo výške 100 miliónov eur.

Úlohou tohto dokumentu nie je negovať snahu o elimináciu zneužívania PN, takýto zámer je, samozrejme, legitímny a potrebný. Našou snahou je pristúpiť k problematike komplexne, z viacerých uhlov pohľadu, tak, aby sme upozornili na potrebu nepozerať sa iba na efektivitu, prípadne úspory, ale najmä na dôležitosť prevencie ochorení a úrazov, BOZP, dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ale aj konvergencie pracovných podmienok so štátmi EÚ a konvergencie výšky náhrad za PN.

Priemerná dĺžka PN	
Slovensko	46 dní
Česko	31 dní

Tab. 1 – Porovnanie priemernej dĺžky PN, Zdroj: RTVS 2024a / Sociálna poisťovňa



Obr. 1 – Priemerná dĺžka PN po krajoch, január - jún 2024, Zdroj: RTVS 2024a / Sociálna poisťovňa

„Chceme zabrániť zneužívaniu PN-iek. Zamestnanci na Slovensku sú dočasne práceneschopní viac, ako by mohli byť. V priemere maródujú 46 dní v roku. Na porovnanie, v Česku je to 31 dní. Ak by sa podarilo znížiť počet dní na PN-ke, štát by ušetril stovky miliónov eur.“

Erik Tomáš, minister MPSVaR (RTVS 2024a)

„Po novom posudkoví lekári Sociálnej poisťovne budú mať právomoc ukončovať fiktívne neoprávnené PN-ky.“

Erik Tomáš, minister MPSVaR (RTVS 2024a)

Preto sa pozrieme nielen na regionálne dáta priemernej dĺžky PN na Slovensku, ale aj na priemerný počet vymeškaných dní na zamestnanca a na podiel absentujúcich na celkovej zamestnanosti. Zároveň analyzujeme údaje o dostupnosti zdravotnej starostlivosti, výdavkoch na zdravotníctvo a sociálne veci, výške náhrady príjmov za PN, kvalite pracovného prostredia a odmeňovaní. Všetky tieto faktory totiž vplyvajú nielen na dĺžku PN, ale aj na motiváciu zamestnancov liečiť sa, či dať sa vypísať na PN. Zároveň sa pokúsime poukázať na fakt, že tieto vplyvy sú rôzne v jednotlivých regiónoch. V neposlednom rade je potrebné pozrieť sa na zdravotné problémy populácie na Slovensku, ktoré taktiež majú nezanedbateľný vplyv na mieru a dĺžku práceneschopnosti.

ŠTATISTIKY A KVALITÁTVNE DÁTA

Podľa dát zverejnených Sociálnou poisťovňou je priemerná dĺžka PN na Slovensku rozdielna v jednotlivých regiónoch (tab. 2). Zdá sa, že vysoké regionálne rozdiely na Slovensku a mnohé faktory, ktoré z tohoto plynú, môžu mať vplyv na chorobnosť a zdravotný stav populácie. Rozdielne štruktúry ekonomík jednotlivých regiónov, rozdielne pracovné príležitosti s rozdielnymi pracovnými podmienkami, rozdielny stav životného prostredia v regiónoch, ako aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti určite majú vplyv na obyvateľstvo. Jedným z najdôležitejších faktorov je aj mzdová úroveň, keď najmä v regiónoch s nižšími mzdami sa zamestnancom „oplatí“ viac maródovať, nakoľko strata na zárobku nie je taká vysoká a dokážu ju kompenzovať napríklad aj znížením výdavkov na cestovanie do práce. Vyššia ochota nízkoпрijmových dať sa vypísať však automaticky neznamená zneužívanie, rovnako ako nižšia ochota dať sa vypísať vyšších príjmových vrstiev obyvateľstva neznamená, že títo „bohatší“ obyvatelia nemajú zdravotné problémy, ktoré by mali riešiť.

Kraj	Rok 2024							
	01 - 03 mesiac		Kraj	01 - 06 mesiac		Kraj	01 - 09 mesiac	
Bratislavský	31,07	dní	Bratislavský	33,86	dní	Bratislavský	34,25	dní
Trnavský	41,45	dní	Trnavský	45,08	dní	Trnavský	45,53	dní
Trenčiansky	41,62	dní	Trenčiansky	45,25	dní	Trenčiansky	45,74	dní
Nitriansky	38,89	dní	Nitriansky	41,99	dní	Nitriansky	42,24	dní
Žilinský	48,98	dní	Žilinský	52,16	dní	Žilinský	51,77	dní
Banskobystrický	36,41	dní	Banskobystrický	39,47	dní	Banskobystrický	39,38	dní
Prešovský	51,19	dní	Prešovský	53,89	dní	Prešovský	52,92	dní
Košický	42,96	dní	Košický	45,44	dní	Košický	44,59	dní
Slovenská republika	41,80	dní	SR	44,83	dní	SR	44,72	dní

Okresy s najkratšou dobou trvania 1 DPN	01 - 03 mesiac		Okresy s najkratšou dobou trvania 1 DPN	01 - 06 mesiac		Okresy s najkratšou dobou trvania 1 DPN	01 - 09 mesiac	
Rožňava	26,28	dní	Rožňava	27,37	dní	Rožňava	27,16	dní
Revúca	26,46	dní	Banská Bystrica	29,33	dní	Banská Bystrica	28,94	dní
Banská Bystrica	26,80	dní	Revúca	29,35	dní	Revúca	30,05	dní

Okresy s najdlhšou dobou trvania 1 DPN	01 - 03 mesiac		Okresy s najdlhšou dobou trvania 1 DPN	01 - 06 mesiac		Okresy s najdlhšou dobou trvania 1 DPN	01 - 09 mesiac	
Kežmarok	62,96	dní	Kysucké Nové Mesto	66,07	dní	Kysucké Nové Mesto	62,91	dní
Sobrance	65,33	dní	Sobrance	67,79	dní	Sobrance	65,99	dní
Poprad	65,66	dní	Poprad	70,27	dní	Poprad	69,44	dní

Tab. 2 – Dočasná pracovná neschopnosť v Slovenskej republike (Priemerná doba trvania 1 dočasnej PN v dňoch v roku 2024), Zdroj: Sociálna poisťovňa

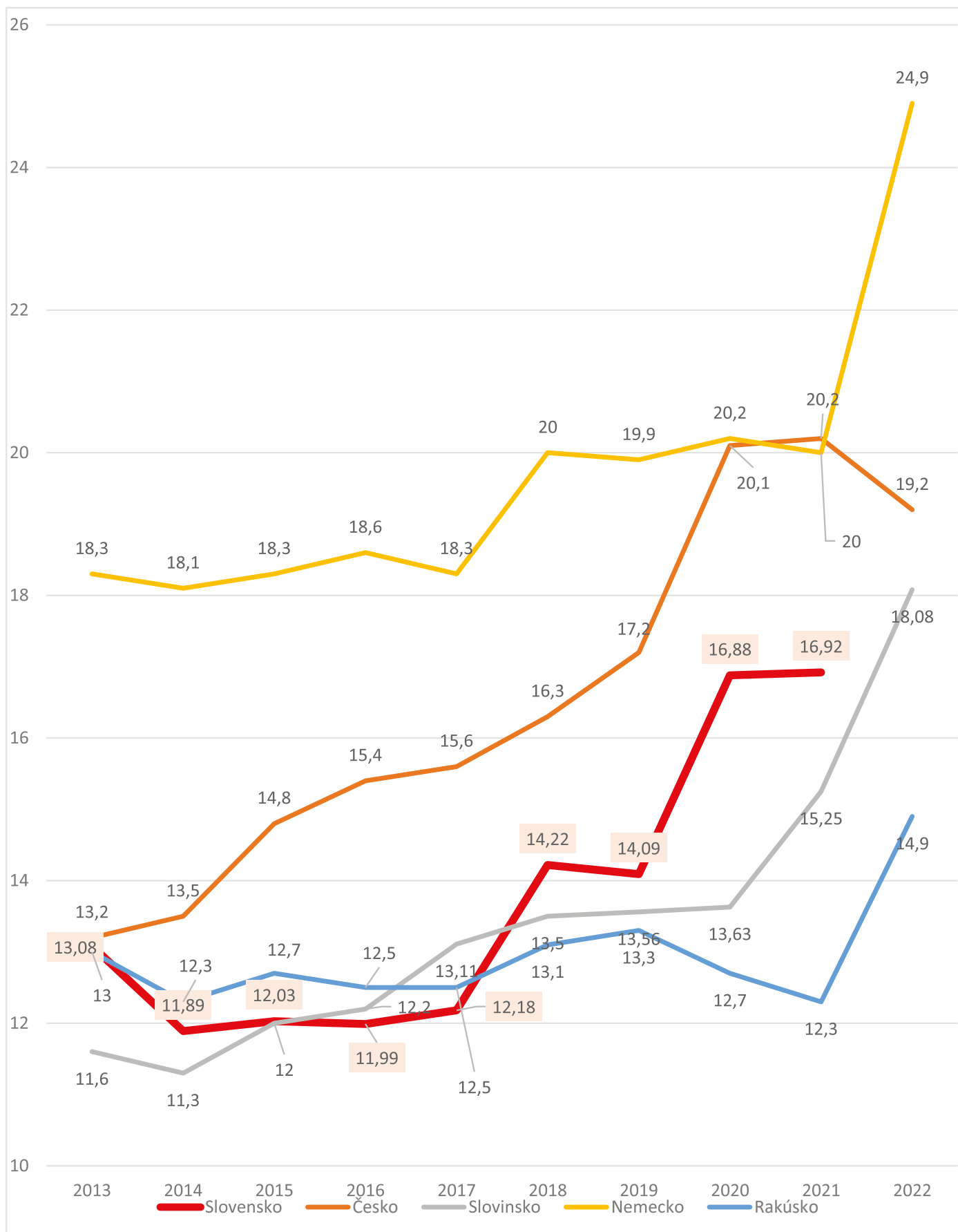
Zo zverejnených dát sa však, okrem priemernej dĺžky PN, nedá vyčítať nič iné. Ani diagnózy, ani dôvody PN, ani podiely a dôvody prípadného zneužívania týchto dávok. Rovnako nie je vôbec jasné, prečo a ani na základe čoho je dôležité robiť závery z porovnania s Českom a nie inými krajinami, napr. s porovnateľným podielom priemyslu na HDP, alebo zamestnanosťou v priemysle. Ak už ministerstvo porovnáva dáta za Slovensko s dátami z Českej republiky, tak treba povedať, že obe krajiny čelia rozdielnym regionálnym faktorom a štruktúre zdravotnej starostlivosti, čo samozrejme ovplyvňuje tieto štatistiky. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti, alebo verejné výdavky na zdravotníctvo a sociálne veci sú vyššie v Českej republike a preto sa oprávnene môžeme pýtať, či vyššia priemerná PN nesúvisí práve aj s týmito rozdielmi?

2.1 „Maródujeme“ viac ako v zahraničí?

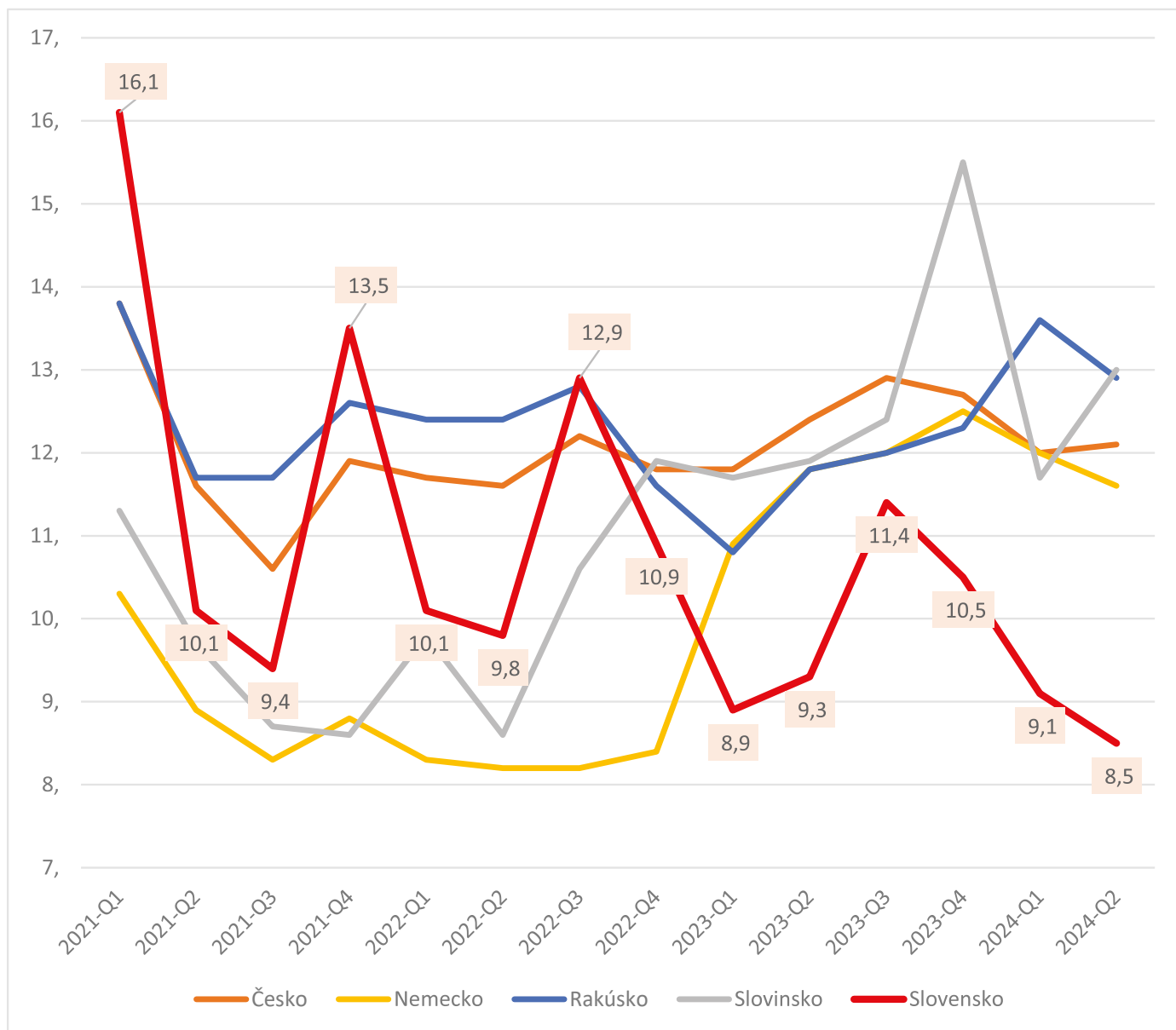
Podľa dát WHO priemerne za celý rok vymeškajú slovenskí zamestnanci menej dní ročne, ako českí a nemeckí zamestnanci. Na druhej strane podľa tohto ukazovateľa maródujeme viac ako zamestnanci v Rakúsku a približne porovnateľne ako zamestnanci v Slovinsku (obr. 2)¹. Tieto dáta, hoci sa môže zdať, že sú v rozpore s dátami Sociálnej poisťovne, vôbec nemusia znamenať, že sa vzájomne vylučujú. Keďže ide o priemerný ukazovateľ rozpočítaný na všetkých zamestnancov, tak to môže znamenať, že v Čechách zamestnanci „maródujú“ častejšie a na kratšiu dobu, alebo, že na Slovensku sa necháva vypísať nižší podiel zamestnancov ako v Čechách.

Preto sa je potrebné pozrieť aj na podiel absentujúcich zamestnancov (%) na celkovej zamestnanosti. Aj tomto prípade sme na porovnanie vybrali rovnaké krajiny a z rovnakých dôvodov, ako pri predchádzajúcom prípade (obr. 2). Ako vidno aj pri takomto pohľade, neregistrujeme žiaden zásadný rozdiel s porovnávanými krajinami, dokonca, ak sa pozrieme na dáta od 4. kvartálu 2022 do 2. kvartálu 2024, tak Slovensko vykazuje najnižšie hodnoty spomedzi porovnávaných krajín (obr. 3). V prvom kvartáli 2021 sme spomedzi porovnávaných krajín vykazovali najvyšší podiel absentujúcich, tento stav sa však dá vysvetliť dopadmi pandémie, ktorá Slovensko zasiahla zdravotne relatívne veľmi silno v porovnaní s Českom, Nemeckom, Rakúskom a Slovinskom. V grafe (obr. 3) sú uvedené dáta za celú populáciu, ak sa však pozrieme zvlášť na kategórie podľa pohlavia, tak zistíme, že muži vymeškávajú v menšej miere ako ženy. Táto disproporcía sa dá zjednodušene vysvetľovať tým, že ženy na Slovensku dlhodobo zarábajú menej ako muži a PN sa im môže „viac vyplatiť“, druhým možným vysvetlením je starostlivosť o deti a s tým spojené čerpanie OČR, prípadne môžeme špekulovať o lepšom prístupe žien k vlastnému zdraviu. Všetky tieto vysvetlenia, alebo aj ďalšie iné, sú však len hypotézy, ktoré nemáme nijakým spôsobom potvrdené a zároveň sa nedá ani hovoriť o nejakých dôkazoch o zneužívaní PN. Aj tu narážame na fakt, že o tejto problematike vlastne vieme veľmi málo.

¹ Komparáciu s vybranými krajinami sme si zvolili z viacerých dôvodov. Slovinsko, Česko a Nemecko majú porovnateľný podiel priemyslu na HDP, ako aj porovnateľný podiel zamestnanosti v priemysle na celkovej zamestnanosti. Česko a Slovinsko patria rovnako ako Slovensko medzi tranzitívne (dobiehajúce ekonomiky). Rakúsko, Nemecko a Slovinsko sme si vybrali na porovnanie aj z dôvodu vyšších náhrad za PN, ako máme my na Slovensku.



Obr. 2 - Vymeškané dni z dôvodu PN na zamestnanca ročne (2013-2022),
 Zdroj: WHO 2024 (Absenteeism from work due to illness, days per employee per year)

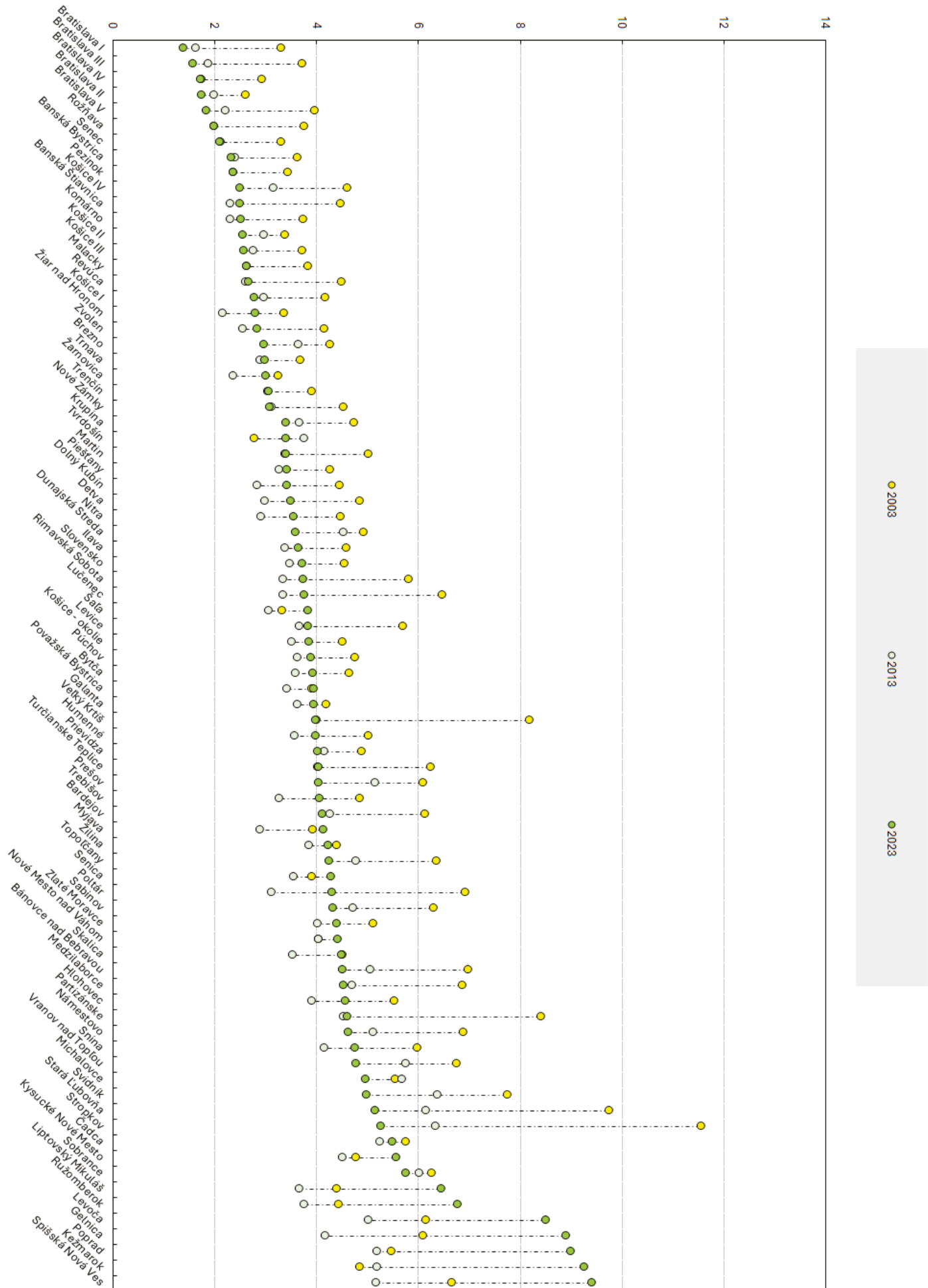


Obr. 3 – Podiel absentujúcich v práci na celkovej zamestnanosti (% , kvartálne, sezónne očistené),
Zdroj: Eurostat, lfsi_abt_q

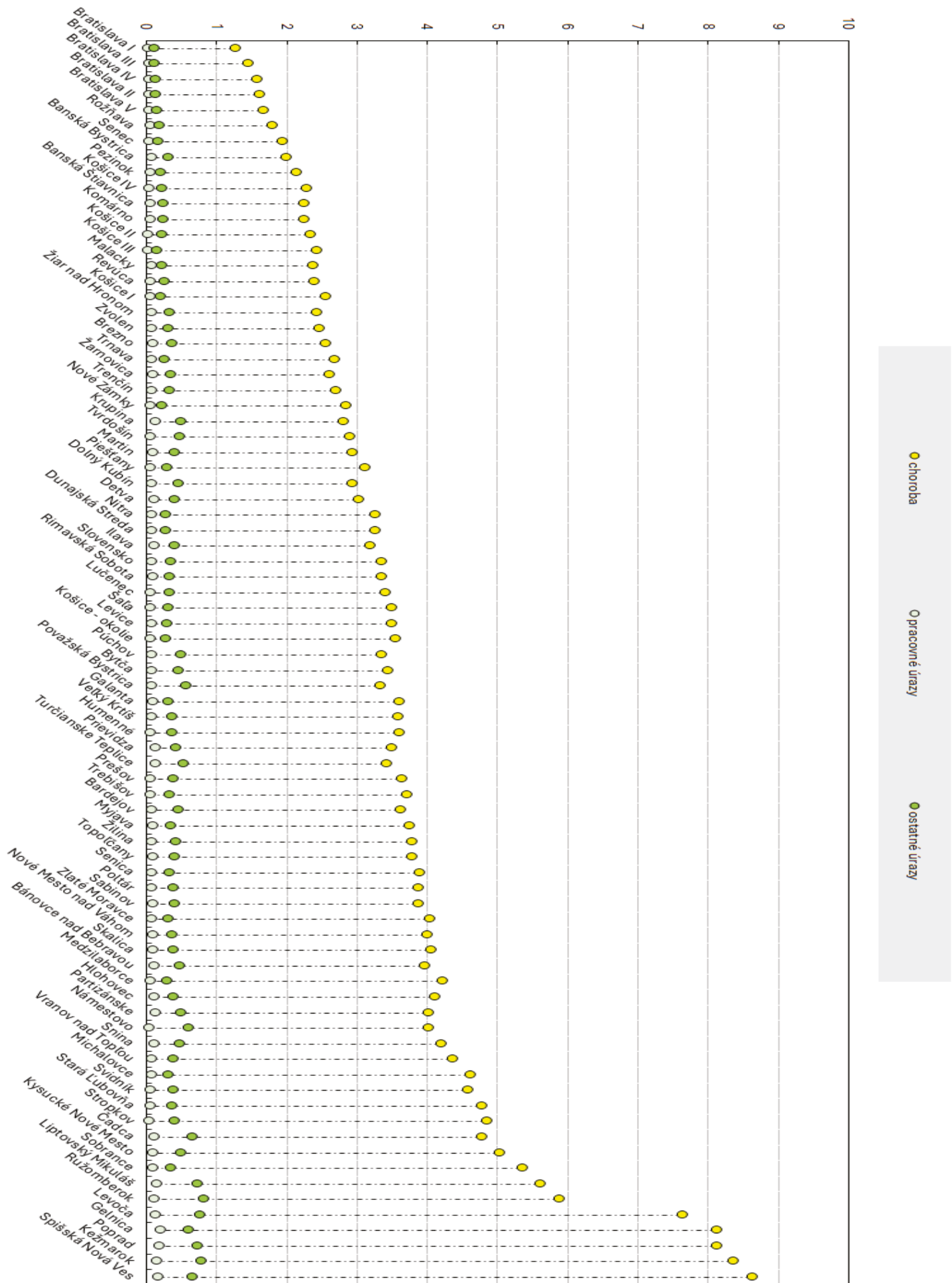
2.2 Koľko „maródujeme“ v regiónoch?

Pri analýze PN je dôležité pozrieť sa aj na regionálne rozdiely v dĺžke a frekvencii PN (podiel práceneschopných na zamestnanosti) najmä v kontexte tvrdenia, že v niektorých regiónoch „maródujú“ naši občania „absurdne veľa“.

Priemerné percento PN sa celkovo znížilo, špeciálne medzi 2003 a 2013 (obr. 4). V roku 2023 mala väčšina okresov priemerné percento PN v rozmedzí 2 až 6%. Problematické sa zdajú byť okresy Liptovský Mikuláš, Ružomberok, Levoča, Gelnica, Poprad, Kežmarok a Spišská Nová Ves, medzi 6,43 až 9,39, ktoré sa oproti predchádzajúcim desaťročiam výrazne zhoršili. Ide o skupinu rôznorodých okresov, bohatších aj chudobnejších, s lepšou aj horšou dopravnou infraštruktúrou, s nízkym aj vysokým podielom marginalizovaných rómskych komunit (MRK) (obr. 4). Zároveň viaceré najchudobnejšie okresy (napr. Revúca, Rimavská Sobota, Rožňava atď.) medzi nimi nie sú. Vysvetlením teda nie je tvrdenie, že dôvodom vyššej PN je horší zdravotný stav obyvateľov MRK (Belák 2023), alebo postupné zvyšovanie zamestnanosti členov MRK (Haberman, Habodászová a Šrámková 2022; Hidas, Lafférová a Machlica 2018).



Obr. 4 - Priemerné percento pracovnej neschopnosti,
 Zdroj: graf spracoval Anton Marcinčin na základe Datacube, zd3002rr



5 - Priemerné percento pracovnej neschopnosti (choroba a úrazy),
Zdroj: graf spracoval Anton Marcinčin na základe Datacube, zd3002rr

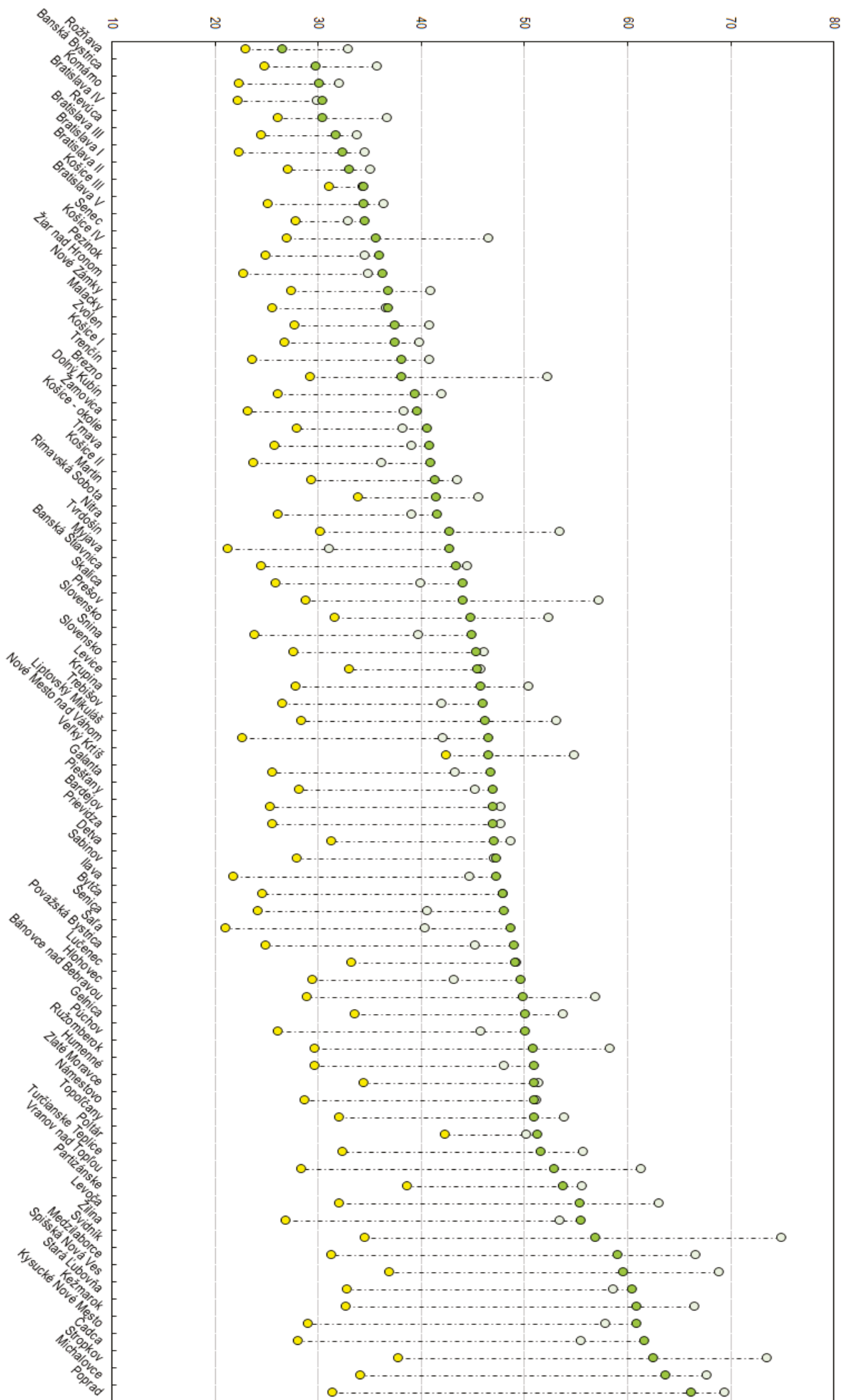
V štruktúre PN sú najväčším problémom choroby, aj keď úplne na pravej strane rozdelenia sú častejšie aj úrazy (priemer SR 0,38, Ružomberok 0,89, Kežmarok 0,89) (obr. 5).

Z uvedených dát (obr. 4 a 5) vyplýva, že nepoznáme dôvody odlišnej výšky PN v jednotlivých okresoch. Preto je potrebné najprv skúmať príčiny stavu vo vzorke okresov a až potom uvažovať o riešeníach, ktoré zďaleka nemusia mať podobu plošnej legislatívy.

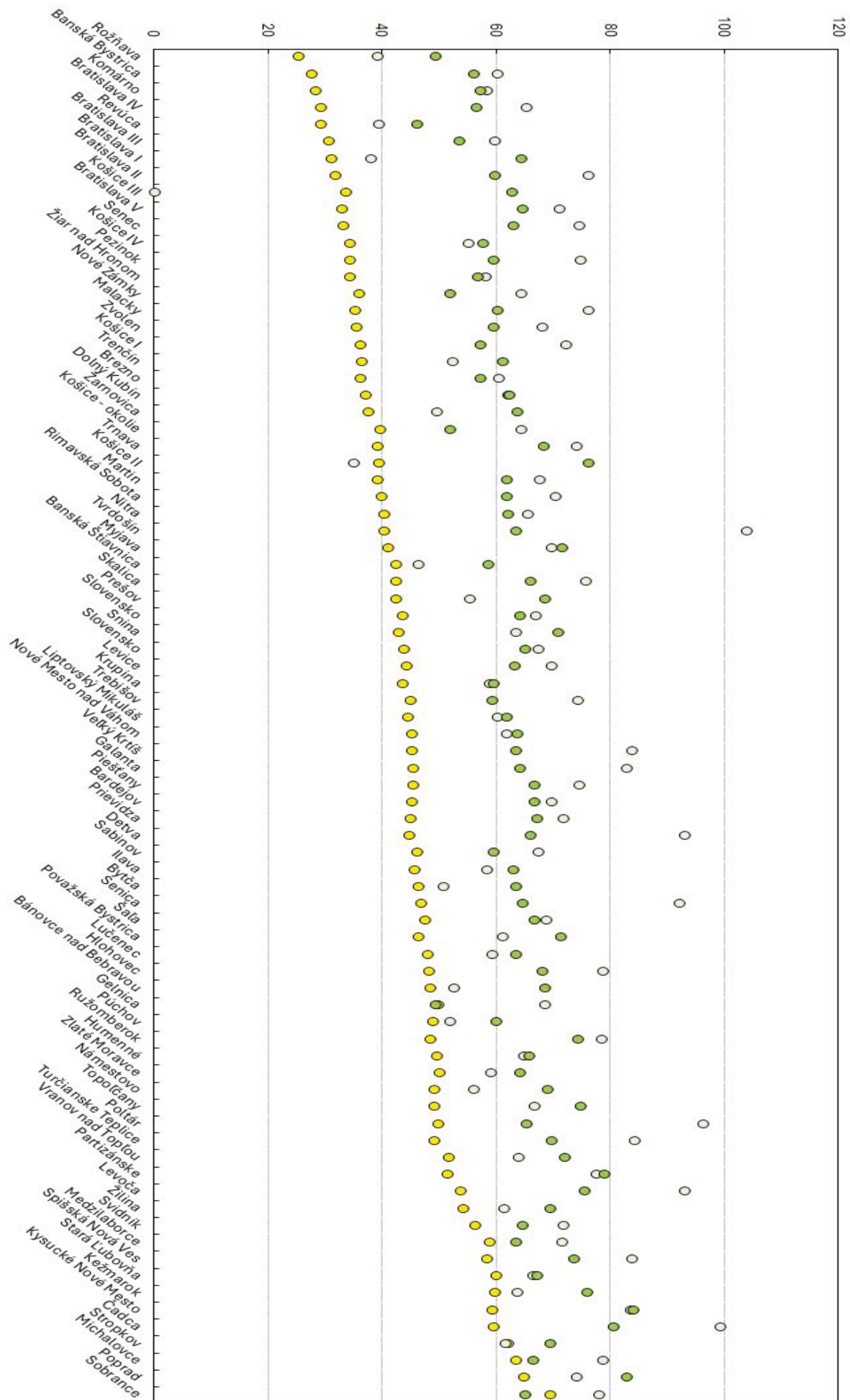
Ak sa po regiónoch pozrieme aj z hľadiska priemernej dĺžky PN, tak obrázok situácie je ešte komplikovanejší ako pri frekvencii PN. Zdá sa, že rozdiely medzi okresmi sa za minulé desaťročie výraznejšie nezmenili, no oproti roku 2003 sa výrazne zvýšili. Tento nárast dĺžky priemernej PN (obr. 6 a 7) je súlade s poklesom percenta pracovnej neschopnosti (obr. 4 a 5) – na PN ostávajú pravdepodobne vážnejšie diagnózy. Slovenský priemer bol v roku 2023 45 dní, najdlhšie boli PN v okresoch Stará Ľubovňa, Kežmarok, Kysucké Nové Mesto, Čadca, Stropkov, Michalovce, Poprad a Sobrance (60 až 69 dní). Dá sa povedať, že ide o chudobnejšie regióny, zväčša s vyššou nezamestnanosťou a niektoré s relatívne vysokým podielom MRK – na základe tohto faktu sa však nedá povedať, že ide kauzalitu či o koreláciu. Pretože medzi okresmi s kratšou PN, ako priemerná, boli aj okresy Rožňava, Revúca a Rimavská Sobota, ktoré majú veľmi vysokú nezamestnanosť, aj vysoký podiel MRK. A napríklad dva kysucké okresy (Kysucké Nové Mesto, Čadca) s dlhšou PN majú veľmi nízky podiel MRK a aj nezamestnanosť je v týchto okresoch relatívne nízka. (obr. 6)

Keď sa na PN pozrieme podrobnejšie, z hľadiska rozdelenia na PN z dôvodu ochorenia a úrazov (obr. 7), zdá sa, že problémom sú úrazy, aj keď ich počet zvyčajne nie je taký vysoký, aby ovplyvnil priemer okresov, kde dominujú choroby. Kombináciu vysokých úrazov a choroby však vidno v okresoch Levoča, Kysucké Nové Mesto, Čadca a Poprad. (obr. 7) Ani z týchto dát nie je možné vydedukovať jednoznačný záver a aj tu je potrebné zdôrazniť, že v tejto chvíli máme viac otázok, ako odpovedí.

Ak porovnáme desať okresov s najvyšším priemerným percentom PN a najdlhším trvaním PN, v oboch vystupujú okresy Čadca, Kysucké Nové Mesto, Sobrance, Poprad, Kežmarok a Spišská Nová Ves. Tieto okresy sú však navzájom dosť odlišné. Preto je naozaj dôležité analyzovať príčiny stavu ešte predtým, než sa prijímú akékoľvek opatrenia, nieto ešte plošne platné pre celú SR.

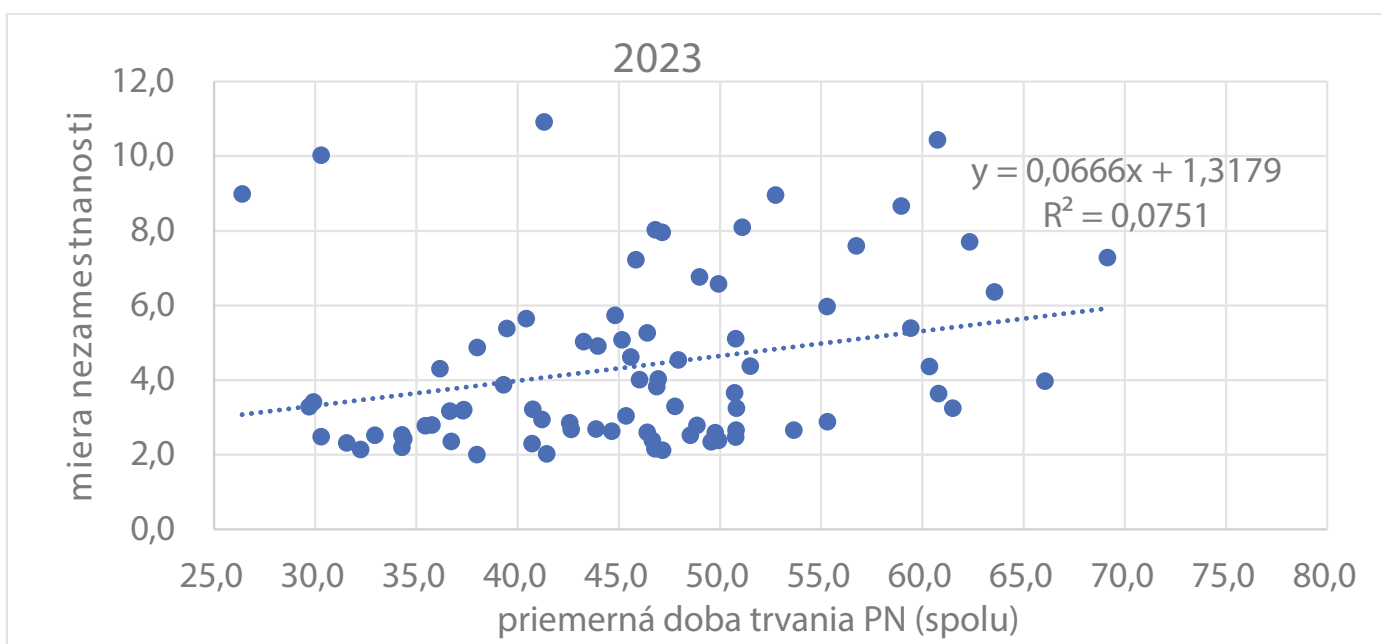
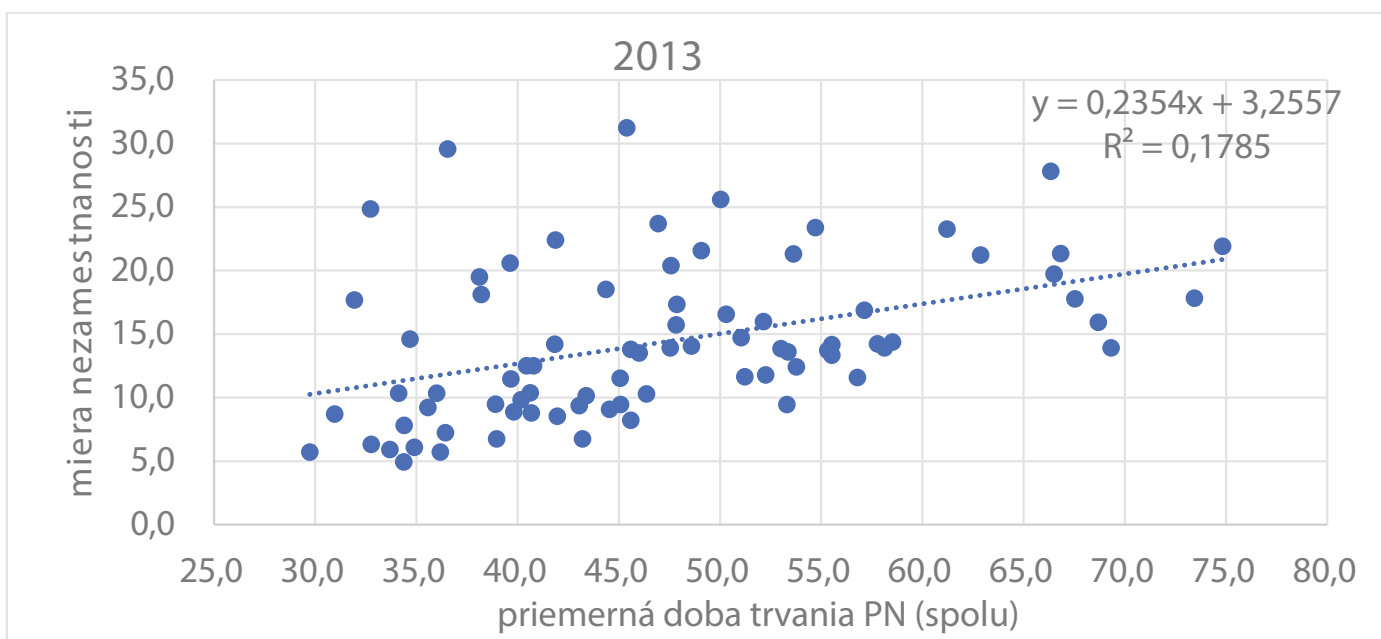
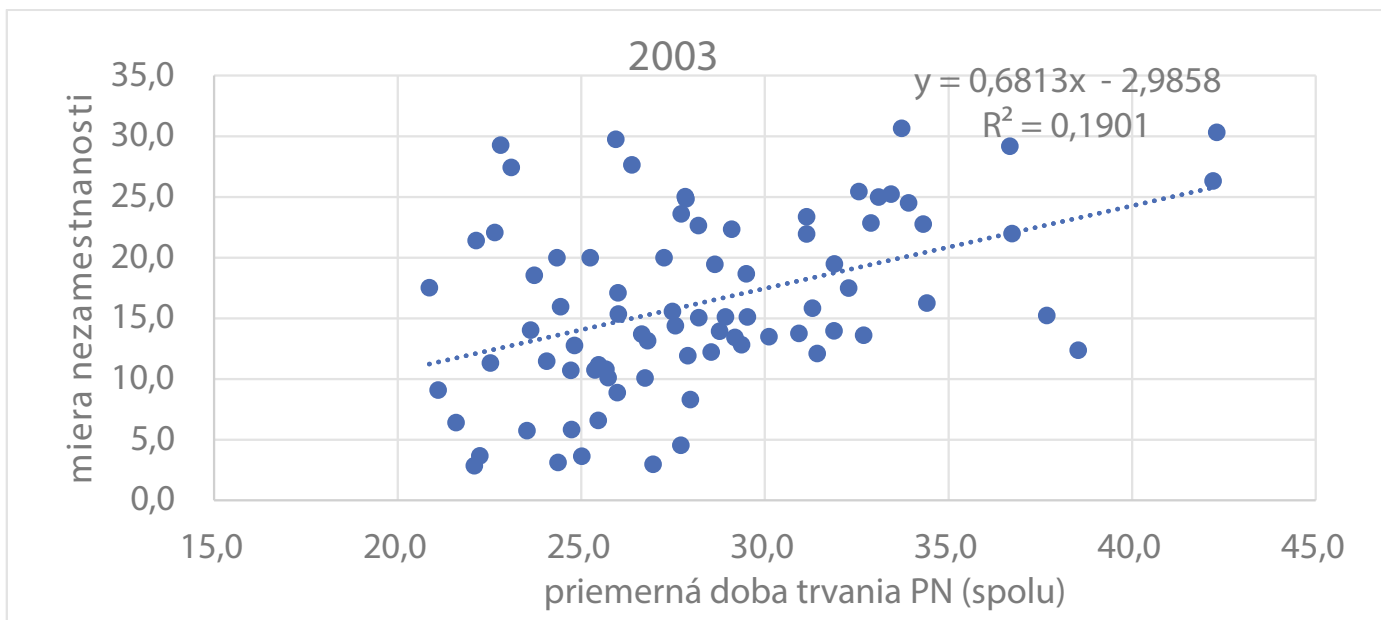


6 - Priemerná doba trvania 1 prípadu PN spolu v dňoch,
 Zdroj: graf spracoval Anton Marcinčin na základe Datacube, zd3002rr

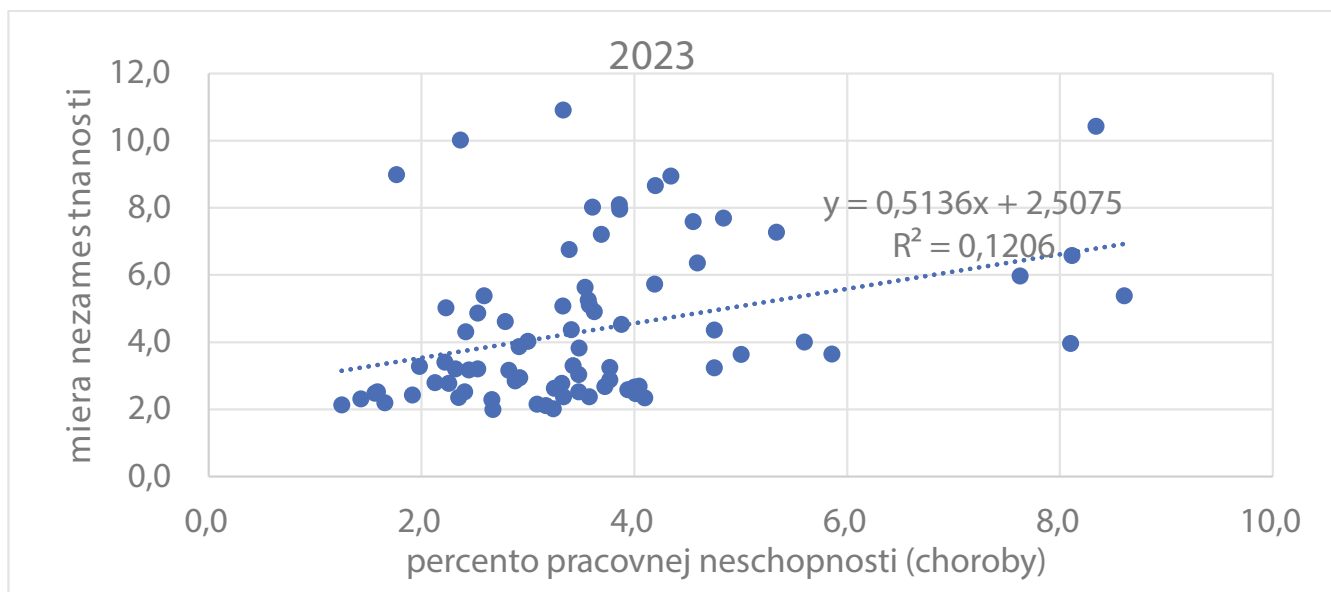
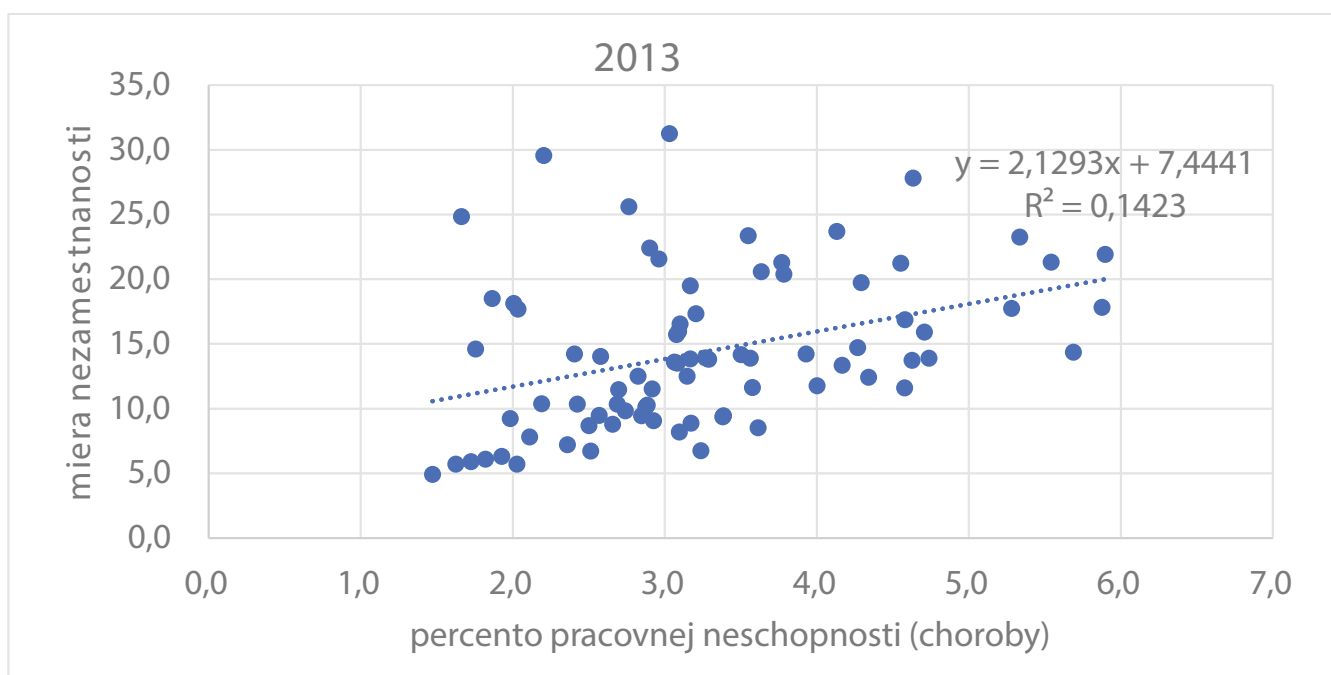
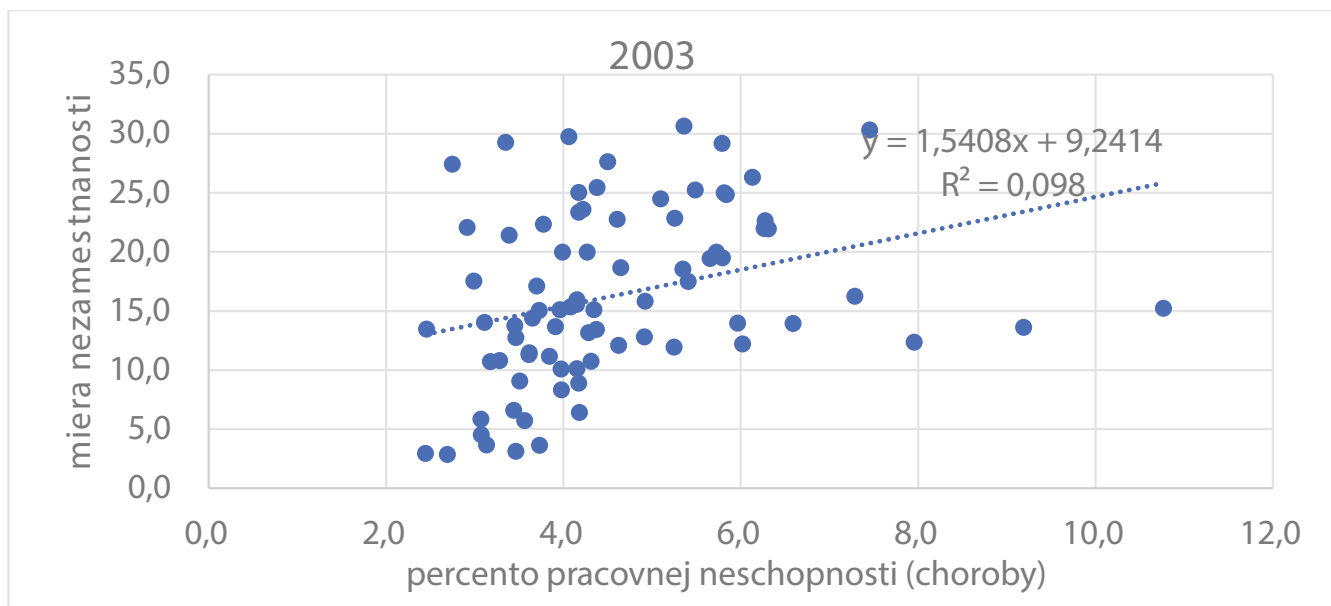


7 - Priemerná doba trvania 1 prípadu PN spolu v dňoch (choroba a úrazy),
 Zdroj: graf spracoval Anton Marcinič na základe Datacube, zd3002rr

Pri pohľade na lineárne regresie miery nezamestnanosti na priemernej dobe trvania PN, resp. percente pracovnej neschopnosti vidno dynamické zmeny medzi porovnávanými rokmi (obr. 8 a 9), ktoré potvrdzujú náš čiastkový záver, že pokles percenta pracovnej neschopnosti pravdepodobne spôsobuje zvýšenie priemernej doby trvania PN – čo si zjednodušene vysvetľujeme tým, že na PN ostávajú len vážnejšie prípady. Prípadne tým, že časť pracujúcich s menej vážnymi ochoreniami buď počas liečenia čerpá dovolenku, prípadne ochorenie „prechodia“ v práci. V regresii vychádza významná korelácia medzi PN a mierou nezamestnanosti, takže je to jeden z faktorov, ktorý však vysvetľuje len malú časť PN (obr. 8 a 9). Nezamestnanosť je teda jednou z vysvetľujúcich premenných, ale stále nám uniká 80 až 90% informácie o príčinách rozdielnej PN v okresoch, ako napr. veľkostná štruktúra firiem, dominujúce priemyselné odvetvie, dočasné štrukturálne problémy – výpadky objednávok a pod. Odpoveď by mali priniesť ďalšie výskumy a analýzy dát.



Obr. 8 – Korelačné diagramy: Miera nezamestnanosti a priemerná doba trvania PN 2003, 2013 a 2023,
Zdroj: diagramy spracoval Anton Marcinčin na základe Datacube, pr3108rr a zd3002rr

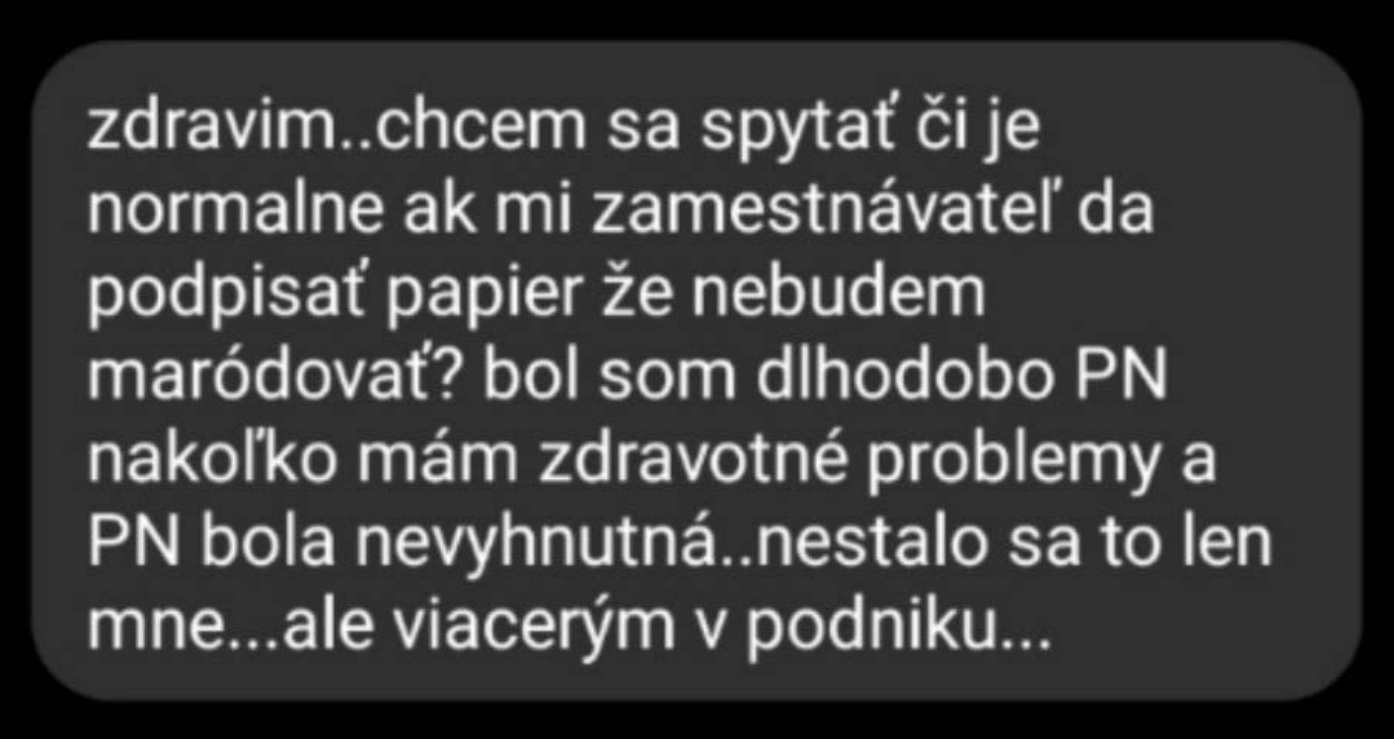


Obr. 9 – Korelačné diagramy: miera nezamestnanosti a percento pracovnej neschopnosti 2003, 2013 a 2023, Zdroj: diagramy spracoval Anton Marcinčin na základe Datacube, pr3108rr a zd3002rr

2.3 Maróduj vs. nemaróduj!

V rámci poradenských služieb, ktoré poskytuje KOZ SR prostredníctvom portálu Klientske centrum odborov (KCO 2024), sa odborníci KOZ SR stretávajú s rôznymi príbehmi zamestnancov na Slovensku v súvislosti s PN.

Časť zamestnancov sa stretáva s prístupom zamestnávateľov a manažérov, ktorí prípadnú PN zamestnanca vnímajú ako lenivosť a ohrozenie zamestnávateľa z hľadiska zabezpečenia prevádzky, pracovných procesov a potreby zabezpečiť náhradu za „maródujúceho“ zamestnanca. Nájdu sa aj zamestnávatelia, ktorí kvôli čerpaniu PN zamestnancom, s takýmto zamestnancom ukončujú pracovný pomer, prípadne im dávajú podpisovať dohody o tom, že nebudú čerpať PN (obr. 10).



zdravim..chcem sa spytať či je normalne ak mi zamestnávateľ da podpisať papier že nebudem maródovať? bol som dlhodobo PN nakoľko mám zdravotné problémy a PN bola nevyhnutná..nestalo sa to len mne...ale viacerým v podniku...

Obr. 10 – Prišlo nám, Zdroj: PCH 2024

Tento tlak na zamestnancov spôsobuje, že mnohokrát, aj keď sú chorí (bežné respiračné ochorenia, alebo iné zdanlivo „nedôležité“ zdravotné problémy), sa nedajú vypísať a zdravotné problémy, ľudovo povedané, „prechodia“, prípadne ignorujú. Tento prístup môže a mnohokrát má za následok zhoršenie zdravotného stavu zamestnancov, rozvoj chronických ochorení a nezachytenie vážnych ochorení v počiatočných štádiách. Tento prístup následne môže a zjavne aj spôsobuje potrebu dlhších PN pri takto postihnutých zamestnancoch. O podieloch takýchto PN a ich regionálnom rozšírení sa dá len polemizovať a odhadovať, keďže k tomu nemáme žiadne relevantné dáta.

S opačným prístupom sa v realite stretávame, keď zamestnávatelia sami inštruujú zamestnancov, aby sa dali vypísať, z rôznych dôvodov. V niektorých prípadoch možno hovoriť o nátlaku (buď PN, alebo výpoveď). Niektorí zamestnávatelia tak robia z organizačných, prevádzkových, finančných, a iných operatívnych dôvodov. Pred existenciou tzv. kurzarbeitu (zákon o podpore v čase skrátenej práce v stúpil v SR do platnosti v roku 2022) používali zamestnávatelia tento spôsob, ako si udržať zamestnancov a neprepustiť ich, ak došlo k väčším, no dočasným výpadkom objednávok, alebo k poruchám na výrobných zariadeniach. Niektorí tieto praktiky stále používajú, keď majú nejaké problémy, nevedia pridelovať prácu, ale zároveň nespĺňajú zákonne podmienky na „kurzarbeit“. Takéto PN sa dajú označiť za neoprávnené a za zneužívanie systému, ale aj tu možno polemizovať, či časť takýchto zamestnancov len nevyužije takúto situáciu (zamestnávateľom „nariadenú“ PN) ako príležitosť preliečiť si svoje odkladané zdravotné problémy. Takisto, ako v predchádzajúcom prípade, nepoznáme podiely takýchto prípadov na celkovej PN, ani regionálne rozšírenie a mieru používania takýchto praktík v rámci SR.

Samostatnou kapitolou sú zamestnanci vo veku nad 50 rokov, ktorí si paradoxne na slovenskom trhu práce, kde podľa zamestnávateľov chýba 100 000 zamestnancov, len ťažko hľadajú prácu (RTVS 2024b). Ak takíto zamestnanci prídu o prácu, tak bývajú aj svojimi bývalými zamestnávateľmi inštruovaní, aby sa do 7 dní dali vypísať, čím sa dostanú k nemocenským dávkam vypočítaným z predchádzajúceho príjmu a zároveň si oddialia polročné poberanie dávok v nezamestnanosti, prípadne vyplnia na PN čas, ktorý im chýba k dosiahnutiu nároku na dôchodok. Tieto postupy sa, samozrejme, dajú označiť ako zneužívanie PN, aj tu však narážame na niekoľko otázok. Nevieť, v akej miere sa tieto postupy reálne dejú a zároveň nevieme, koľkí z takto postupujúcich PN skutočne zneužívajú a koľkí si počas takejto PN liečia svoje zdravotné problémy, ktoré v predchádzajúcom období neriešili, odkladali alebo ignorovali.

2.4 Dám sa vypísať?

Často sa stretávame s mýtmi a anekdotickými príbehmi o tom, ako zamestnanci používajú PN za rôznym účelom, od oddychu, cez možnosť si načierno privyrobiť inde, až po realizáciu rôznych domácich prác. Tieto príbehy majú určite nejakú mieru pravdivosti, otázkou však je, v akom rozsahu. Ani na tieto otázky zatiaľ nemáme relevantné dáta ani kvalifikované odhady.

Tu treba pripomenúť aj fakt, že aj ten vyššie spomínaný oddych môže mať svoje rúcio, nakoľko zlé pracovné podmienky na Slovensku (obr. 11) majú negatívny vplyv na fyzickú a psychickú únavu zamestnancov, ktorí počas PN potrebujú načerpať sily a dostať sa do normálnej pracovnej pohody. V tomto prípade môžeme naraziť na paradoxný problém, že takéto PN budú zrušené ako neoprávnené a zamestnanci sa vo fyzickej alebo psychickej nepohode vrátia do práce, kde nebudú vedieť pracovať naplno, čím utrpí buď kvalita, alebo produktivita práce.

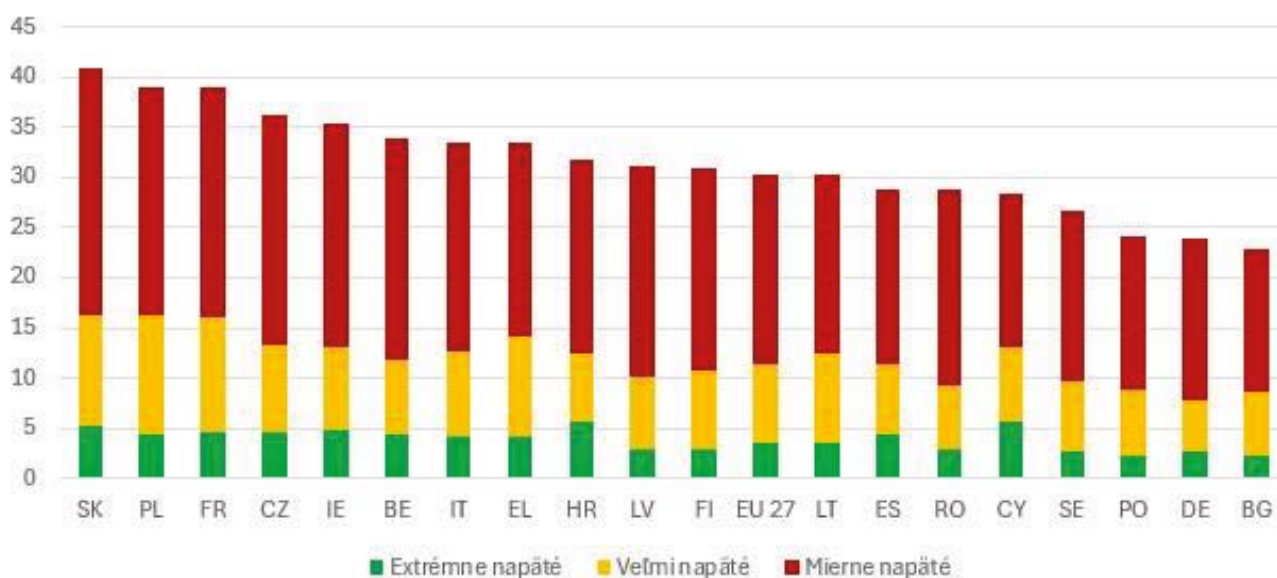
V oblasti motivácie občanov dať sa „vypísať“ na PN odporúčame spracovať nasledovné výskumy, ktoré nám prinesú relevantné dáta, nakoľko aktuálna diskusia o miere neoprávnených PN je založená len na úplne zjednodušenom prístupe, bez poznania kontextu.

3 Pracovné prostredie a vplyv na zdravie

Keďže sa v tomto dokumente zaoberáme mierou, dôvodmi a dĺžkou čerpania PN, nemôžeme vynechať pracovnú a životnú realitu pracujúcich na Slovensku.

Slovensko má vyšší podiel manuálnych pracovníkov, zamestnancov pracujúcich na zmeny, zamestnancov pracujúcich v rizikových kategóriách 3. a 4. (Datacube, zd3001rr) a zamestnancov pracujúcich v strese a nedostatku poskytnutých zdrojov zamestnávateľom, čo môže prispieť nielen k vyššiemu riziku pracovných úrazov a chorôb z povolania, ale tento stav sa môže prejavovať aj horším zdravotným stavom populácie. Tento faktor môže prirodzene viesť k vyššej potrebe PN a dlhšiemu zotavovaniu sa. (Košč a kol. 2023)

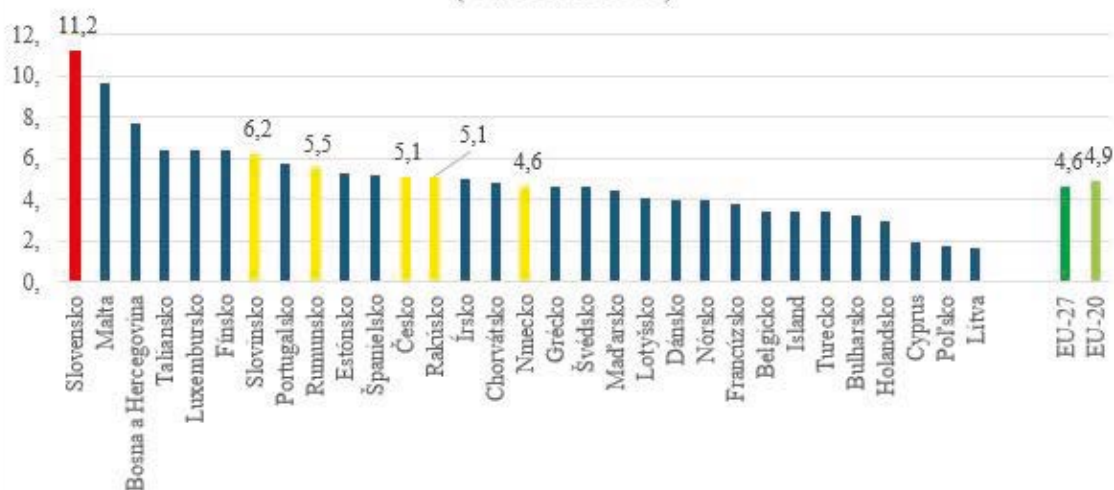
Podľa výskumu zrealizovanému Eurofoundom (in: Košč a kol. 2023, s. 55-56) je slovenské pracovné prostredie najhoršie v EÚ (obr. 11). Z toho faktu samozrejme môžeme odvodiť záver, že najhoršie pracovné prostredie v EÚ bude mať najnegatívnejší dopad práve na zdravotný stav slovenských zamestnancov. Tento záver však vieme urobiť len intuitívne, ako hypotézu, pretože žiaden výskum, ktorý by ho potvrdzoval (alebo vyvrátil), neexistuje.



Obr. 11 - Podiely troch skupín napätých (namáhavých) pracovných miest, 2021, %
Zdroj: Eurofound, in: Košč a kol. 2023: s. 55-56

Zlý stav zamestnaneckého prostredia na Slovensku sa dá ilustrovať aj mierou nočnej (obr.12) a zmenovej práce. V nočnej práci patríme medzi úplných rekordérov v EÚ, keďže na Slovensku pracuje v noci najvyšší podiel zamestnancov v EÚ. Z hľadiska vysokého podielu priemyslu na HDP a aj zamestnanosti v priemysle je pravdepodobné, že nočná práca v priemysle má ešte horšie dôsledky na zdravie zamestnancov, ako napríklad práca v noci na Malte (2. krajina v poradí), kde väčšina takto pracujúcich pracuje v službách. V každom prípade však vieme, že práca v noci poškodzuje ľudské zdravie, čo potvrdzujú okrem iných aj nobelisti z roku 2017, ktorí sa zaoberali cirkadiánnym rytmom (Nobelförsamlingen 2017). Na Slovensku zároveň pracuje na zmeny 23,3 % podiel z pracujúcich, čo nás radí na 8. miesto v EÚ (Eurostat, lfsa_ewshi). Kombinácia vysokej miery zmenovej práce, nočnej práce a zlých pracovných podmienok na Slovensku má pravdepodobne negatívne dopady na zdravie populácie.

Podiel zamestnaných pracujúcich pravidelne v noci (Eurostat 2023)



Obr. 12 – Podiel zamestnaných pracujúcich pravidelne v noci v roku 2023,

Zdroj: Eurostat, lfsa_ewpnig

Ak sa chceme pozrieť na zdravotný stav obyvateľstva na Slovensku, môžeme sa oprieť o tvrdé dáta. Predpokladaný vek dožitia pri narodení na Slovensku bol v roku 2023 vo výške 78,1 roka, pričom bol 6. najnižší v EÚ (Eurostat, demo_mlexpec). Vek dožitia v zdraví bol v roku 2022 na Slovensku vo výške 57,3 roka, pričom sme sa nachádzali na 3. najhoršom mieste v EÚ (Eurostat, hlth_hlye). Zároveň máme vysokú mieru kardio-vaskulárnych chorôb, v mnohých ukazovateľoch vysoko nadpriemernú (Eurostat 2024). V roku 2020 sme mali druhú najvyššiu úmrtnosť na onkologické ochorenia vo výške 256 úmrtí na 100 000 obyvateľov po Maďarsku (OECD 2024). Prašnosť a úmrtia zo znečisteného vzduchu patria na Slovensku tiež medzi najhoršie v EÚ (MINZP 2021). Všetky tieto tvrdé dáta nám naznačujú, že zdravotný stav slovenského obyvateľstva nie je najlepší, zároveň naši obyvatelia zjavne podceňujú prevenciu. Z dát zároveň vyplýva, že tieto naše problémy so zdravotným stavom nie sú homogénne, ale, práve naopak, sú odlišné v jednotlivých regiónoch (Eurostat 2024; MINZP 2021; Eurostat, hlth_cd_asdr2).

Podľa Inštitútu pre stratégie a analýzy (ISA) bolo na Slovensku v roku 2023 „hospitalizovaných vyše 30-tisíc pacientov, ktorí na lôžku skončiť nemuseli.“ (ISA 2024) Podľa ISA, ktorý sa odvoláva na WHO, „medzi hlavné príčiny odvrátiteľných hospitalizácií patrí zlá životospráva, zanedbaná prevencia a diagnostika, dlhé čakacie lehoty na vyšetrenia, malá dostupnosť liečby v odborných ambulanciách a nevhodná domáca liečba pre slabú informovanosť pacientov.“ (ISA 2024)

Riešenia, ktoré odporúča ISA:

- „prijímať opatrenia na podporu zdravého životného štýlu, čo má na starosti Úrad verejného zdravotníctva a Regionálne úrady verejného zdravia;
- systematicky investovať do podpory prevencie (národné preventívne programy) a budovania súvisiacej infraštruktúry vrátane osvetly;
- budovať integrované centrá liečby, kde by mal pacient prístup k viacerým službám na jednom mieste. Koordinovať tým spoluprácu ambulancií, nemocníc a vedecko-výskumných inštitúcií.“ (ISA 2024)

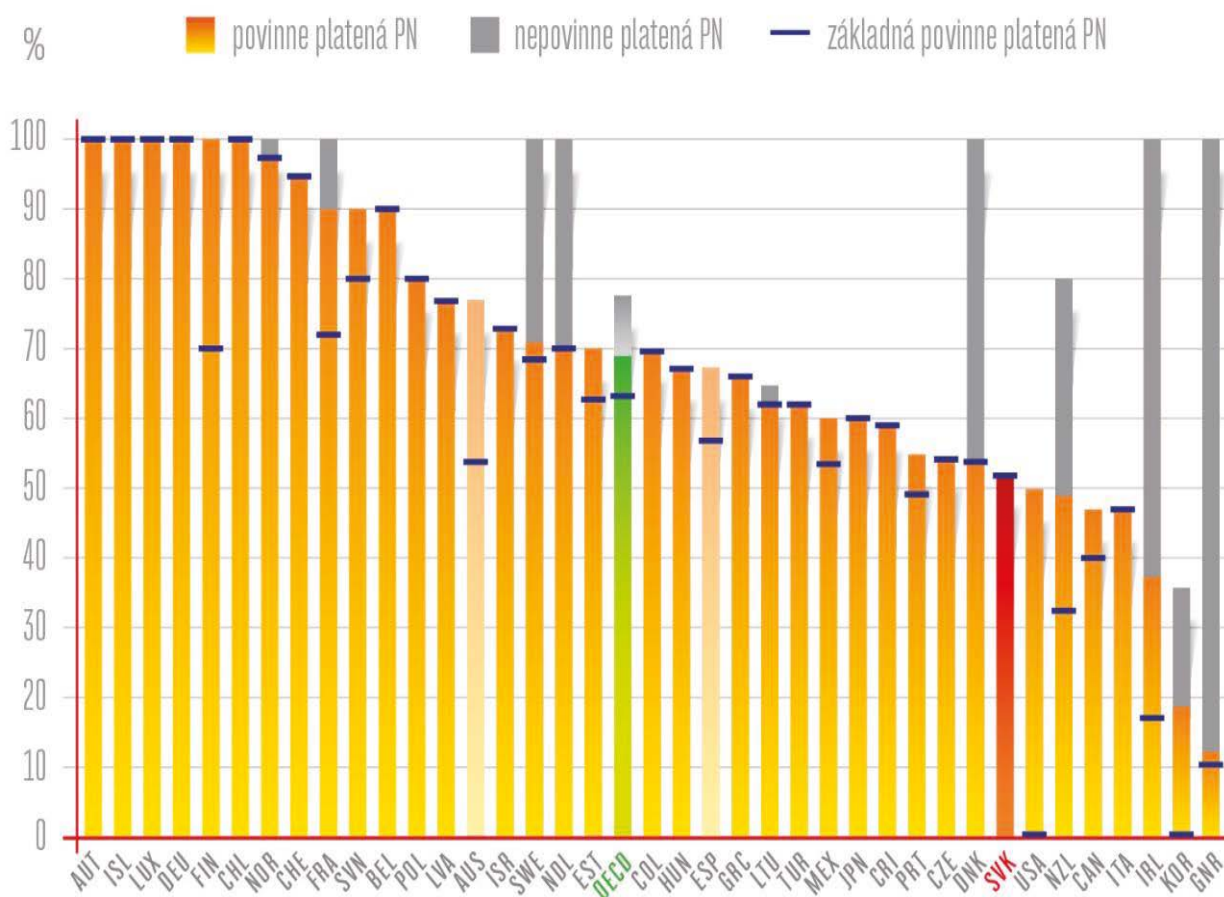
Preto je povážlivé tvrdiť na základe rozdielu medzi priemernou dĺžkou PN v Čechách a na Slovensku, prípadne na základe rozdielov v dĺžke PN v jednotlivých slovenských regiónoch, že na Slovensku sa zneužívajú PN. Pravdepodobne, pri pohľade na vyššie uvedený kontext, sa to nedá takto zjednodušovať. Dokonca ani pri pohľade na regionálne rozdiely na Slovensku sa nedá takto zjednodušene skonštatovať, že pracujúci v Kysuckom Novom Meste zneužívajú PN a pracujúci v Rožňave PN nezneužívajú (tab. 2). Na takéto tvrdenie nám chýbajú dáta, analýzy a výskumy. Ak budeme naše budúce aktivity stavať na zjednodušujúcom pohľade na jeden z ukazovateľov, bez toho, aby sme sa pozreli na kontext, môžeme spôsobiť viac škôd ako úžitku.

4 Náhrady za PN

Na dĺžku PN môžu a majú vplyv aj podmienky finančnej náhrady za PN. Výška finančnej náhrady má podľa viacerých výskumov vplyv nielen na náklady, ale hlavne na dĺžku PN. Paradoxne sa pri laickom pohľade môže zdať, že nízka náhrada môže motivovať pracujúcich rýchlo sa vrátiť do pracovného procesu. Problémom ale je, že nízka náhrada odrádza pracujúcich ísť na PN a liečiť sa, čo následne môže viesť k zvýšenému výskytu chronických chorôb a zvyšovaniu dĺžky priemernej PN, prípadne k znižovaniu produktivity firmy, nakoľko chorí pracujúci v pracovnom procese nepodávajú plnohodnotný výkon. (Timp, van Foreest a van Rhenen 2024; Asongwe 2023; Siegrist a kol. 2004; Siegrist 2002)

V Čechách a na Slovensku sa náhrada mzdy vypočítava z denného vymeriavacieho základu. V západnej Európe je finančná náhrada príjmu zväčša naviazaná na čistý príjem pracujúceho. Pričom je potrebné poukázať aj na fakt, že náhrada mzdy na Slovensku a v Česku patrí medzi tie nižšie v porovnaní s inými krajinami (obr. 13).

FINANČNÁ NÁHRADA PRI PN A OČR - JÚN 2020



Obr. 13 – Finančná náhrada pri PN a OČR – jún 2020,
Zdroj: OECD Policy Responses to Coronavirus /COVID-19/

4.1 Česko

„V prvých dvoch týždňoch trvania dočasnej pracovnej neschopnosti vypláca zamestnávateľ náhradu mzdy, a to iba za pracovné dni. Od 15. dňa trvania pracovnej neschopnosti poskytuje nemocenské dávky Okresná správa sociálneho zabezpečenia (OSSZ), ktoré sa vyplácajú za každý kalendárny deň, vrátane víkendov a sviatkov.“ (ČSSZ 2024)

Výška nemocenského od štátu (OSSZ) v Českej republike za každý kalendárny deň PN je nasledovná:

- „do 30. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti alebo karantény: 60 % z redukovaného denného vymeriavacieho základu. Zamestnávateľ platí prvých 14 dní.
- od 31. dňa do 60. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti alebo karantény: 66 % z redukovaného denného vymeriavacieho základu.
- od 61. dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti alebo karantény: 72 % z redukovaného denného vymeriavacieho základu.“ (ČSSZ 2024)

4.2 Slovensko

Na Slovensku je vyplácaná náhrada príjmu zamestnávateľom za prvých 10 dní PN nasledovne:

- „v období od prvého do tretieho dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti 25% denného vymeriavacieho základu zamestnanca,
- v období od štvrtého do desiateho dňa trvania dočasnej pracovnej neschopnosti 55 % denného vymeriavacieho základu ,
- v kolektívnej zmluve možno dohodnúť dennú výšku náhrady príjmu vo vyššej percentuálnej sadzbe, najviac vo výške 80 % denného vymeriavacieho základu.“ (MPSVaR 2024b)

Od 11. dňa vypláca nemocenskú dávku Sociálna poisťovňa, kedy je nemocenská dávka vo výške 55 % denného vymeriavacieho základu. Rovnaká suma sa vypláca až do oficiálneho ukončenia PN lekárom.

V roku 2004 došlo na Slovensku k zníženiu sociálnych odvodov o 2 p. b. výmenou za to, že zamestnávateľia budú preplácať prvých desať kalendárnych dní PN. (SITA 2003) Keď sa robili porovnania, ukázalo sa, že zamestnávateľia na tomto kroku zarobili, keďže ušetrené odvody prevyšovali sumy, ktoré zamestnancovi museli vyplácať prvých 10 dní pri jeho PN. Na tejto zmene v konečnom dôsledku zarobil aj štát. Hoci došlo k zníženiu príjmov z odvodov, už nemusel vyplácať zo zdrojov Sociálnej poisťovne PN v trvaní do 10 dní.

Náhrada za PN v ČR A SR		
Dĺžka PN	Krajina	Podiel zo mzdy (%)
14 dní	SR	22,356%
	ČR	27,925%
30 dní	SR	51,288%
	ČR	53,069%
60 dní	SR	52,767%
	ČR	55,732%

Tab. 3 – Porovnanie výšky náhrad za PN (SR a ČR),
Zdroj: PENÍZE.CZ, PENIAZE.SK a vlastné prepočty

Z vyššie uvedeného a našich prepočtov (tab. 3) je jasné, že náhrady mzdy za PN sú v Českej republike vyššie ako na Slovensku. Pri kratších PN je rozdiel o niečo vyšší, pri dlhších o niečo nižší (v prospech ČR). Tento fakt tiež môže prispievať k vyššej motivácii obyvateľov ČR dať sa vypísať. Na druhej strane, pri dlhších PN do 60 dní sa výška náhrady v Českej republike zvyšuje, čo by zase mohlo prispievať k ešte vyššej motivácii byť vypísaný. Takto jednoducho však tieto procesy zjavne nefungujú a odpoveď na otázku, prečo je v ČR nižšia priemerná dĺžka PN, tiež nevieme povedať na základe informácií, ktorými disponujeme.

4.3 Príklady zo zahraničia

Napríklad v Rakúsku a Nemecku, kde je daňovo-odvodové zaťaženie príjmov vyššie ako na Slovensku, zamestnávateľa preplácajú PN zamestnancov vo väčšom rozsahu ako u nás. V oboch krajinách je to vo výške 100 % čistého zárobku zamestnanca, pričom zamestnávateľa v týchto krajinách preplácajú viac ako prvých desať dní. Napríklad v Rakúsku od 6 do 12 týždňov - podľa dĺžky zamestnania u konkrétneho zamestnávateľa, a ďalšie 4 týždne - 50 % zamestnávateľ a 50% sociálna poisťovňa. V prípade dlhšej PN preberá na seba náklady štát. (Arbeitskammer 2024, Košč 2020, s. 9-11)

V Slovinsku je finančná náhrada počas PN taktiež poskytovaná vo vyššej miere ako na Slovensku:

„Poistená osoba má nárok na náhradu mzdy aj v prípade choroby alebo úrazu, ku ktorým došlo mimo práce. Prvých 30 pracovných dní vypláca dávku zamestnávateľ; v prípade ďalšej neprítomnosti v práci sa dávka hradí zo systému povinného zdravotného poistenia.“ (Európska komisia 2024, s. 17)

„Vymeriavací základ je priemerná mesačná mzda alebo priemerný vymeriavací základ na platenie príspevkov v kalendárnom roku, ktorý predchádza roku, v ktorom nastala dočasná pracovná neschopnosť.“

Celkové sumy dávok:

- 100 % základu pri neprítomnosti v práci v dôsledku choroby z povolania, pracovného úrazu, transplantácie živého tkaniva a orgánov v prospech inej osoby a následkov darovania krvi alebo izolácie nariadenej lekárom;
- 90 % základu za neprítomnosť v práci v dôsledku choroby;
- 80 % základu za neprítomnosť v práci v dôsledku úrazu mimo pracoviska alebo ošetrovania a sprevádzanie rodinného príslušníka, ak to nariadil lekár;
- 80 % základu od prvého dňa neprítomnosti v práci z dôvodu starostlivosti o hospitalizované dieťa v zdravotníckom zariadení alebo kúpeľnom zariadení. Vztahuje sa na rodiča, pestúna, poručníka, manžela/manželku alebo partnerov žijúcich v spoločnej domácnosti na opatrovanie: hospitalizované dieťa do 14 rokov veku; hospitalizované dieťa do 18 rokov veku alebo počas trvania rodičovských práv v prípade dieťaťa s vážnym poškodením mozgu, poškodením miechy alebo chronickým ochorením alebo postihnutím, ktoré si vyžaduje prípravu na zdravotnú rehabilitáciu v domácom prostredí alebo v prípade liečby závažného zdravotného stavu; osoba so špeciálnymi potrebami, ktorá si vyžaduje 24-hodinovú starostlivosť bez ohľadu na vek, alebo s osobou so zdravotným postihnutím.

Podľa všeobecných pravidiel prvých 90 dní dávky predstavuje sumu:

- 90 % základu v prípadoch uvedených v prvom bode predchádzajúceho odseku s výnimkou prípadov, keď v prípade neprítomnosti v práci táto vyplýva z choroby z povolania alebo pracovného úrazu;
- 80 % základu v prípadoch uvedených v druhom bode predchádzajúceho odseku;
- 70 % základu v prípadoch uvedených v treťom bode predchádzajúceho odseku, okrem prípadov v prípade, že neprítomnosť v práci je spôsobená starostlivosťou o člena rodiny.

Výnimočne majú vojnoví invalidi a civilné osoby postihnuté vojnou nárok na dávku vo výške 100% základu aj po prvých 90 dňoch. Počas prvých 90 dní je výška dávky vo výške 90 % základu vo všetkých prípadoch, okrem prípadu neprítomnosti v práci v dôsledku pracovnej choroby, pracovného úrazu a starostlivosti o člena rodiny, kde dávka predstavuje 100 % základu od začiatku.“ (Európska komisia 2024, s. 18)

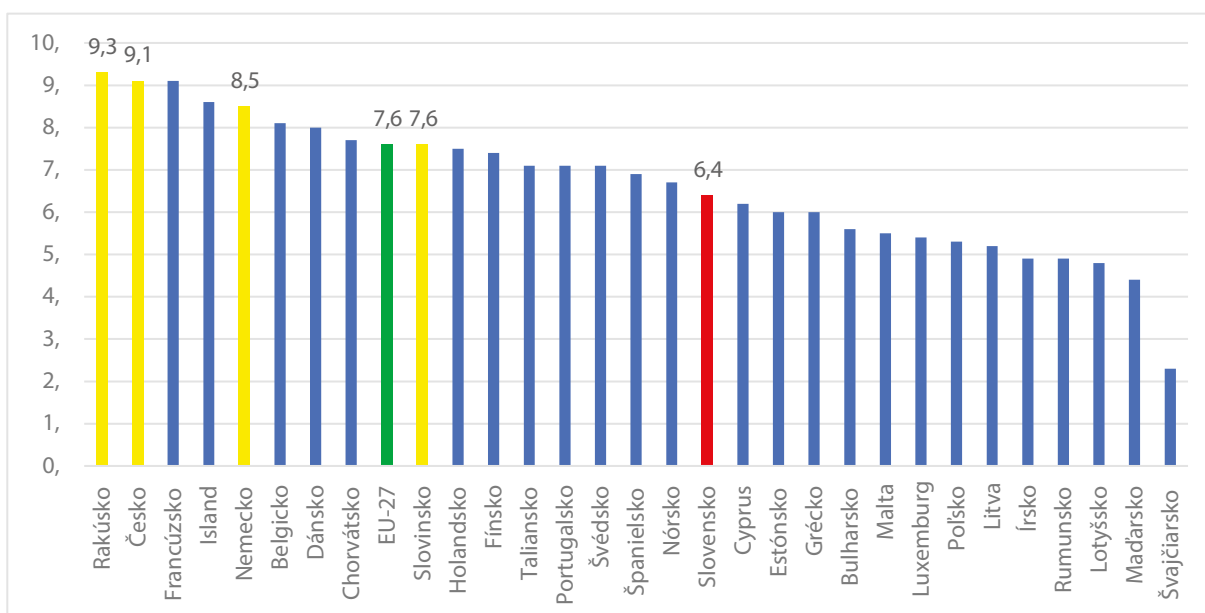
Vo väčšine krajín západnej Európy sú náhrady za PN vo výške 100% čistého príjmu, alebo tesne pod touto hranicou. V Nórsku napríklad: „Zamestnávateľ pokrýva náklady počas prvých 16 dní práceneschopnosti. Počas PN majú zamestnanci nárok na 100 % svojho príjmu počas prvého roka práceneschopnosti. Tento univerzálny systém nemocenských dávok je aplikovaný pre všetkých zamestnancov a významne vplýva na ich rozhodnutie vrátiť sa do práce po dlhšej absencii. Po prvom roku absencie má zamestnanec nárok na nemocenský príspevok vo výške 66 % príjmu, ktorý môže čerpať maximálne po dobu 3 rokov.“ (Holubová a kol., 2021, s. 75)

Tieto vyššie náhrady v Slovinsku, Nemecku a Rakúsku a pri dlhších PN aj v Česku môžu navodzovať dojem, že v týchto krajinách by mali byť PN využívané vo vyššej miere. Keď sa však pozrieme na oficiálne dáta (obr. 3 a 4), tak takáto kauzalita, ale ani len korelácia sa nedá vypozerovať. Odborníci na Slovensku už v roku 2021 navrhli zvýšenie miery náhrady za PN a OČR, čo by malo pomôcť nielen sociálnej situácii obyvateľstva, ale aj zdravotnému stavu populácie (ASEA 2021). Za úvahu stojí aj predĺženie doby, počas ktorej zamestnávateľa platia svojim zamestnancom náhradu mzdy z 10 dní na viac dní (ako napr. v Rakúsku, Nemecku, Nórsku alebo Slovinsku), čo by zase znížilo náklady Sociálnej poisťovne.

4.4 Výdavky na zdravotníctvo, chorobnosť a zdravotnú starostlivosť

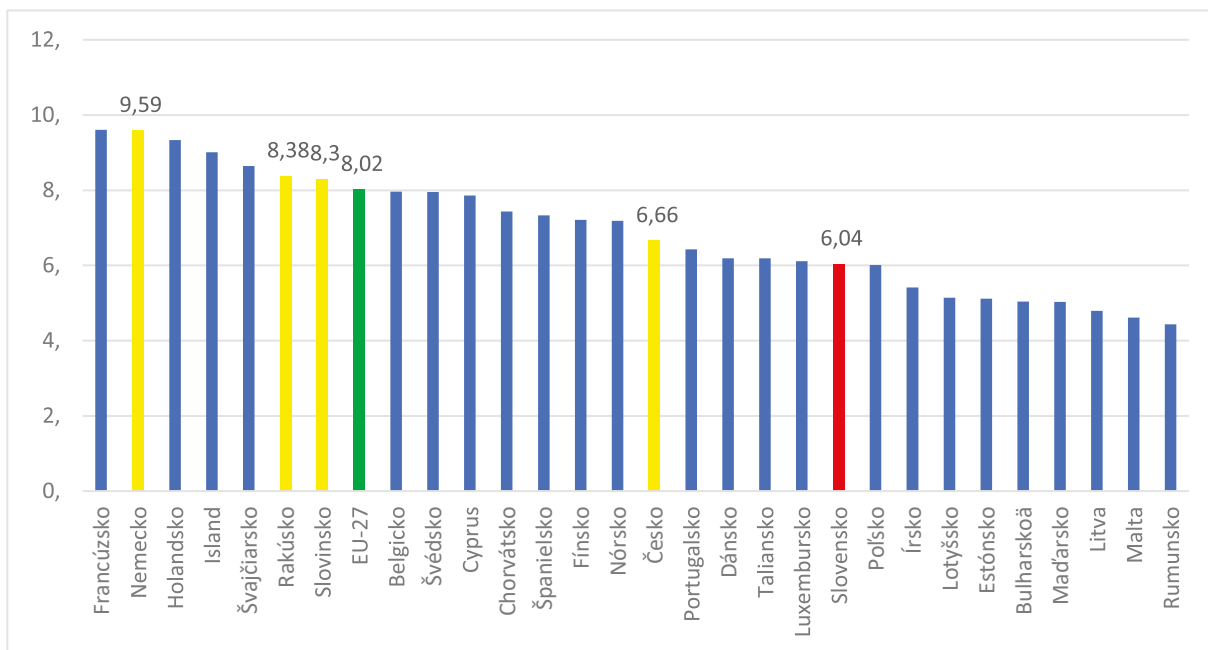
Slovenské štatistiky naznačujú, že dlhodobá PN môže byť ovplyvnená aj dostupnosťou zdravotnej starostlivosti a dĺžkou čakania na odborné vyšetrenia, v oboch prípadoch Slovensko vykazuje horšie ukazovatele ako Česká republika, Nemecko, Rakúsko a Slovinsko. (Eurostat 2023) Nedostatky však nevykazuje len komparácia na národnej úrovni, na Slovensku máme aj veľké regionálne rozdiely v dostupnosti, resp. stupni ohrozenia všeobecnej ambulantnej starostlivosti. (SITA 2023; MZ 2023, s.9)

Nedostatky, ktoré dlhodobo vykazujeme a ktoré môžu a pravdepodobne aj negatívne ovplyvňujú zdravotný stav obyvateľstva, máme aj na agregovanej úrovni pri výdavkoch verejnej správy na zdravotníctvo vyjadrených ako podiel na HDP. Slovenské výdavky sú nielen dlhodobo pod úrovňou priemeru EÚ, ale aj pod úrovňou Slovinska, Nemecka, Česka a Rakúska. (obr. 14)



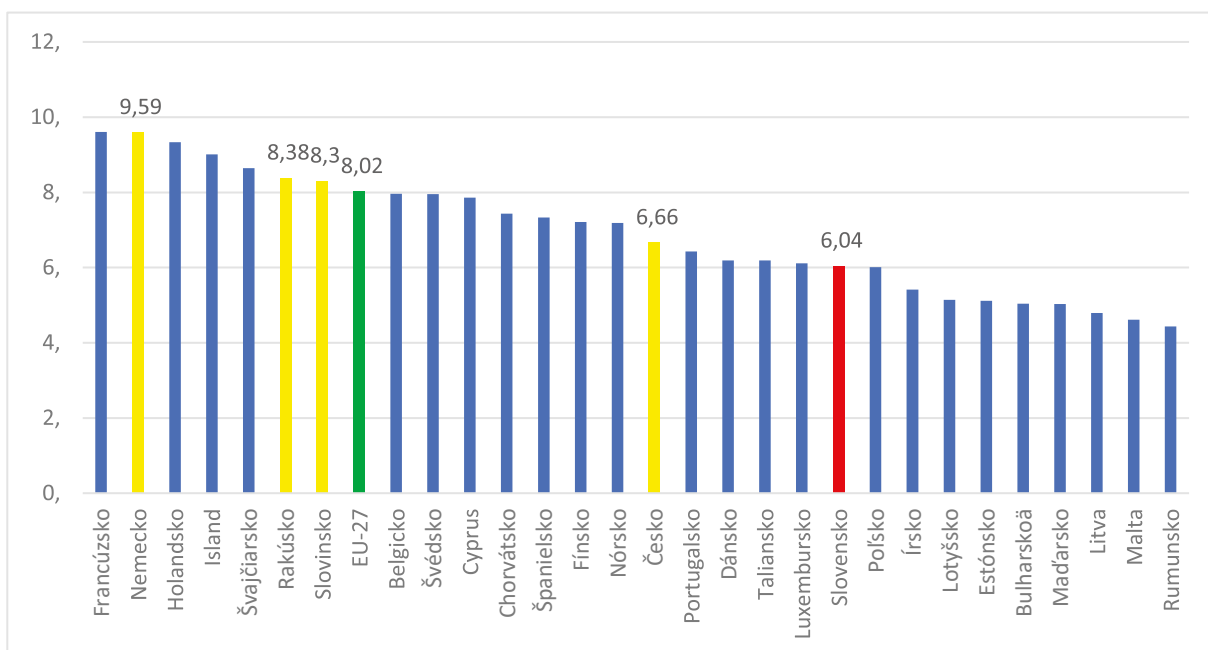
Obr. 14 – Výdavky verejnej správy na zdravotníctvo 2022 (podiel na HDP, %),
Zdroj: gov_10a_exp

Keď sa pozrieme na výdavky na chorobnosť/zdravotnú starostlivosť, sme na tom porovnateľne. Aj pri takomto pohľade sme hlboko pod priemerom EÚ a rovnako hlboko pod úrovňou Slovenska, Nemecka, Česka a Rakúska. (obr. 15)



Obr. 15 - Výdavky na chorobnosť/zdravotnú starostlivosť 2023 (podiel na HDP, %),
Zdroj: Eurostat, spr_exp_func

Aj pri ďalšom pohľade, keď sa podielovo pozeráme na výdavky na nemocenské dávky v porovnaní s HDP, patríme ku krajinám, ktoré dávajú na tieto dávky nižší podiel HDP (obr. 16). Problém nebude len vo fakte, že na Slovensku dávame nižší podiel ako v porovnávaných krajinách, ale hlavne, ak si to dáme do kontextu s dátami o zdravotnom stave populácie, veku dožitia a veku dožitia v zdraví (pozri kap. 3).



Obr. 16 - Výdavky na nemocenské dávky v roku 2020 (ako % HDP),
Zdroj: Eurostat, spr_exp_fsi

Tieto dáta naznačujú, že naše zdravotníctvo je dlhodobo podfinancované a v horšom stave ako sú zdravotníctva v Českej republike alebo v ostatných nami porovnávaných krajinách. Rovnako je zdravotný stav našej populácie v horšom stave ako v porovnávaných krajinách. Z tohto dôvodu je zjavne metodologicky nesprávne rozbiť závery zo zjednodušujúceho porovnania priemernej dĺžky PN na Slovensku a v Čechách.

5 Odporúčania

Zatiaľ čo ministerský návrh môže mať za cieľ zabezpečiť efektívnejšie využívanie zdrojov a eliminovať potenciálne zneužívanie systému, čo je legitímna snaha, avšak jednoduché riešenia bez hlbšieho pochopenia stavu a procesom môžu priniesť ešte horšie výsledky. Je preto dôležité, aby sa pri implementácii zmien zohľadnili špecifické podmienky Slovenska a jeho regiónov a nerobili opatrenia na základe zjednodušeného pohľadu na jeden ukazovateľ a porovnaní len s jednou krajinou EÚ. Preto odporúčame:

Vypracovať robustnú analýzu kvantitatívnych a kvalitatívnych dát: Pred zavedením prísnejších kontrol by bolo vhodné vykonať podrobnú analýzu faktorov, ktoré ovplyvňujú dĺžku a dôvody PN na Slovensku, vrátane pracovných podmienok, typu zamestnania, regionálnych rozdielov (pracovných, mzdových, environmentálnych a zdravotných), zdravotného stavu obyvateľstva, dostupnosti zdravotnej starostlivosti atď. Tieto výskumy zrealizovať na dôkladnej analýze dostupných tvrdých dát. Zároveň tieto dáta spracovať nielen na základe medzinárodnej komparácie, ale pozrieť sa až na úroveň regiónov (okresov). A pri tvorbe záverov takýchto analýz reflektovať aj tzv. mäkké dáta, ktoré už boli zrealizované (napr. Holubová a kol., 2021), alebo ktoré by sa práve za týmto účelom zrealizovali.

Zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti: Zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti je kľúčovým predpokladom nielen pre skrátenie dĺžky PN, ale aj pre celkové zlepšenie zdravotného stavu populácie. Efektívny a dostupný systém by mal byť základom každej stratégie zameranej na riešenie PN a s ňou spojených ekonomických dopadov. Navrhujeme zvýšiť podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo, aby bolo možné odstrániť dlhodobu podfinancované oblasti. Zároveň je potrebné zaviesť transparentné mechanizmy financovania, ktoré zabezpečia, že zdroje budú efektívne využité na skvalitnenie služieb. Rozšíriť využívanie telemedicíny na diagnostiku, monitorovanie a konzultácie, čo zjednoduší prístup k zdravotnej starostlivosti pre zamestnancov v odľahlých lokalitách alebo s obmedzenou mobilitou. Zvýšiť počet všeobecných lekárov, špecialistov a rehabilitačných zariadení, najmä v regiónoch s obmedzenou dostupnosťou. Zvýšiť investície do digitalizácie zdravotníctva a efektívnejšieho manažmentu čakacích listín, aby pacienti mali rýchlejší prístup k diagnostike a liečbe. Zaviesť systém prioritizácie na základe zdravotného stavu a rizikových faktorov. Zabezpečiť rovnomernejšie rozdelenie zdravotníckych zariadení a personálu, aby pacienti vo všetkých regiónoch mali prístup k rovnakej kvalite starostlivosti. Vytvoriť motivačné programy pre lekárov a zdravotnícky personál na pôsobenie v menej atraktívnych oblastiach. Vypracovať legislatívny rámec a pravidlá na preplácanie telemedicínskeho poradenstva. Posilniť programy na podporu prevencie, ako sú preventívne prehliadky, očkovanie a osvetové kampane. Zvýšiť informovanosť zamestnancov o možnostiach využívania preventívnych programov, ktoré môžu predchádzať dlhodobým PN, pripraviť kampane na podporu zdravia na pracoviskách.

Zlepšenie pracovných podmienok: Skôr než sprísnenie kontrol, by mohlo byť efektívnejšie zamerať sa na zlepšenie pracovného prostredia, prevenciu chorôb, chorôb zapríčinených nepriaznivým pracovným prostredím a chorôb z povolania a podporu duševného zdravia zamestnancov. To by mohlo prispieť k zníženiu potreby PN prirodzenou cestou.

Ochrana práv pracujúcich: Sprísnenie kontrol môže viesť k zvýšenému stresu medzi zamestnancami, ktorí sa môžu cítiť pod tlakom, aby sa vrátili do práce skôr, než sú úplne zotavení. To môže mať negatívny dopad na ich dlhodobé zdravie a problémy s chronickými ochoreniami. Okrem toho môže narastať nedôvera medzi zamestnancami a zamestnávateľmi a tento stav sa môže preliať aj do znižovania produktivity práce, alebo kvality produkcie či procesov.

Taktiež existuje riziko, že zamestnávatelia budú zneužívať sprísnené kontroly na vyvíjanie tlaku na zamestnancov, najmä v prípade dlhodobu chorých alebo starších zamestnancov. To by mohlo viesť k diskriminácii, zhoršeniu pracovných podmienok, ale aj k zhoršeniu zdravotného stavu zraniteľnejších skupín pracovníkov.

Je potrebné zabezpečiť, aby sprísnenie kontrol neohrozovalo práva zamestnancov. Obyvatelia by mali mať istotu, že ich zdravotné potreby a zdravotný stav budú rešpektované a že ich PN bude posudzovaná objektívne, pričom je potrebné zabezpečiť možnosť odvolania sa voči zrušeniu PN s rýchlym a objektívnym posúdením takéhoto odvolania. Podľa návrhu ministerstva majú PN posudzovať a neoprávnené PN rušiť posudkoví lekári. Problémom ale je, že posudkových lekárov je málo. Nevieme, či túto agendu budú stíhať a naozaj poctivo a objektívne posudzovať zdravotný stav zamestnancov, nakoľko posudkoví lekári sú preťažení už svojou doterajšou agendou. (Danilov a Čerňanský 2024) Tento zámer je zvlášť otázný, keďže prichádza v dobe, kedy sa menil zákon o posudkovej činnosti a zatiaľ nevieme povedať, či zmena zákona dokáže v dostatočnej miere odbremeniť posudkových lekárov tak, aby mohli prevziať ďalšiu náročnú agendu (MPSVaR 2024a). Rovnako je dôležitou otázkou, či voči zrušeniu PN sa bude možné odvolať, na aký orgán sa bude možné odvolať a v akej lehote tento orgán rozhodne. Aktuálne aj verejný ochranca práv (ombudsman) Róbert Dobrovodský upozornil, že občania sa nemajú kam odvolať pri ukončení PN. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou odmieta konať v prípadoch týkajúcich sa ukončenia PN a Sociálna poisťovňa taktiež tvrdí, že nemá právomoc meniť rozhodnutia ošetrovujúcich lekárov (VOP 2024). V prípade PN nie je reálne spoliehať sa na rozhodnutia súdov, a to z dôvodu, že súdne konanie je neúmerne dlhé, ako aj z dôvodu, že zdravotný stav, ale aj odkázanosť poberateľa na nemocenskú dávku je potrebné posudzovať v reálnom čase a nie ex-post.

6 Záver

Dáta uvedené v tomto dokumente, ako aj širší kontext naznačujú, že snahou návrhu MPSVaR je najmä znížiť deficit Fondu nemocenského poistenia, ktorý sa začal tvoriť po roku 2019 v súvislosti s pandemiou „a navrhovanou zmenou – rušením „fiktívnych“ PN, ho dostať do prebytku. Prebytky Fondu nemocenského poistenia boli pred rokom 2020 používané na sanovanie deficitov Fondu dôchodkového poistenia, čo by dnes pomohlo jeho napätému deficitu, ktorý je tvorený dvoma faktormi. Prvým faktorom, ktorý má vplyv na jeho deficit, je existencia 2. dôchodkového piliera a v realite neuskutočnená plánovaná dotácia dôchodkového poistenia zo ziskov z privatizácie štátneho majetku. Druhým faktorom sú zvýšené výdavky na dôchodky, ktoré súvisia s odmrazením minimálnych dôchodkov, reformou predčasného dôchodku (40 odpracovaných rokov), realizáciou plného 13. dôchodku a inými ad hoc zásahmi zrealizovanými v minulosti.

Zvýšenie kontroly oprávnenosti PN je citlivou témou, ktorá si vyžaduje dôkladné zváženie a zodpovedný prístup. Na jednej strane môže tento krok priniesť úspory pre sociálny systém a podporiť vyššiu produktivitu práce. Na druhej strane je však potrebné zohľadniť špecifické podmienky na Slovensku, kde zamestnanci čelia náročným pracovným podmienkam, regionálnym rozdielom a nerovnomernej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Aby reforma dosiahla svoj cieľ, je nevyhnutné pristupovať k nej komplexne, so zreteľom na širší kontext.

Kľúčovým krokom bude vypracovanie detailných analýz a výskumov, ktoré by mali identifikovať hlavné faktory ovplyvňujúce dĺžku a dôvody PN. Potrebná je metodologická presnosť pri zbere a interpretácii údajov, aby sa predišlo nesprávnym záverom na základe nesprávnej interpretácie dát. Súčasne je dôležité zrealizovať kvantitatívne aj kvalitatívne výskumy, ktoré poskytnú hlbší pohľad na príčiny regionálnych rozdielov v dĺžke, podieloch absencií z práce a na vplyv pracovných podmienok na zdravie zamestnancov.

Slovensko by malo usilovať o konvergenciu s vyspelými krajinami Európskej únie nielen v oblasti pracovných podmienok, ale aj vo financovaní i dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ako aj vo výške náhrad za PN. To zahŕňa zlepšenie mzdovej úrovne, skrátenie pracovného času, obmedzenie nadčasovej práce a investície do prevencie chorôb spôsobených nepriaznivým pracovným prostredím.

Na záver je potrebné zdôrazniť, že úspešná reforma by nemala byť postavená výlučne na zvýšenej kontrole, ale aj na systematickom zlepšení zdravotníctva a pracovného prostredia na Slovensku. Vyvážený prístup, ktorý zohľadní potrebu efektivity a zároveň ochráni práva zamestnancov, bude kľúčom k dosiahnutiu pozitívnych výsledkov pre celú spoločnosť. Takáto reforma môže byť impulzom nielen pre zlepšenie zdravotného stavu populácie, ale aj pre vyššiu kvalitu života na Slovensku.

ZOZNAM LITERATÚRY

- ARBEITKAMMER, 2024. *Geld bei Krankheit*. Viedeň: *Arbeitskammer*. [online](#)
- ASEA, 2021. *Pomáha štát zamestnancom a ekonomike pred pandémiou?* Košice: ASEA. [online](#)
- ASONGWE, J. K., 2023. *Staff Sick Leave and its Implications in the Workplace*. [online](#)
- BELÁK, A., 2023. *The determinants of health and the health needs across excluded Roma enclaves in Slovakia. Final report: Andrej Belák and P. J. Šafárik University in Košice*. [online](#)
- ČSSZ, 2024. *O jaké dávky nemocenského pojištění se zajímáte?* Praha: ČSSZ [online](#)
- DANILOV, A. a I. ČERŇANSKÝ, 2024. *Je ich málo, často sú preťaženi a aj nedostatočne zaplatení. Posudkoví lekári nestíhajú, žiadatelia sú zúfalí*. Bratislava: Markiza. [online](#)
- Datacube. *Databáza Datacube*. Bratislava: Datacube ŠÚ SR. [online](#)
- EURÓPSKA KOMISIA, 2024. *Your social security rights in Slovenia*. Brusel: Európska komisia. [online](#)
- EUROSTAT, 2023. *Unmet needs for medical examination or treatment*. Luxemburg: Eurostat [online](#)
- EUROSTAT, 2024. *Cardiovascular diseases statistics*. Luxemburg: Eurostat. [online](#)
- EUROSTAT. *Database*. Luxemburg: Eurostat. [online](#)
- HABRMAN, M., HABODÁSZOVÁ, L. a L. ŠRÁMKOVÁ. 2022. *Reformný kompas slovenskej ekonomiky*. Bratislava: IFP. Economic analysis - Policy paper 59. [online](#)
- HIDAS, S., LAFFÉRSOVÁ, Z a G. MACHLICA 2018. *Inklúzia Rómov je celospoločenskou výzvou*. Bratislava: IFP. Komentár 2018/18. [online](#)
- HOLUBOVÁ, B., KAHANCOVÁ, M., KOVÁČOVÁ, L., KUREKOVÁ-MÝTNA, L., SEDLÁKOVÁ, M., ŠUMICHRAS, A. a S. TORP, 2021. *Chcem pracovať, kto mi pomôže? Posilnenie spolupráce medzi tvorcami politik a neziskovým sektorom pri integrácii zdravotne znevýhodnených ľudí na trh práce*. CELSI Research Report No. 43. [online](#)
- KCO, 2024. *Klientske centrum odborov*. Bratislava: KOZ SR. [online](#)
- KOŠČ, J. a kol., 2023. *Možnosti nastavenia metodiky skúmania kvality zamestnaneckého prostredia na Slovensku*. Bratislava: KOZ SR. [online](#)
- KOŠČ, J., 2020. *Mýty a fakty o daňovo-odvodovom zaťaženi na Slovensku*. Bratislava: OZ Pracujúca chudoba. [online](#)
- MPSVAR, 2024a. *Reforma posudkovej činnosti je schválená ústavou väčšinou*. Bratislava: MPSVaR. [online](#)
- MPSVAR, 2024b. *Výška náhrady príjmu*. Bratislava: MPSVaR. [online](#)
- MZ, 2023. *Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030*. Bratislava: MZ SR. [online](#)
- OECD, 2024. *Deaths from Cancer*. Paríž: OECDstat. [online](#)
- PENIAZE.SK, 2024. *Kalkulačka: Výpočet PN a nemocenskej dávky 2024*. Bratislava: peniaze.sk. [online](#)
- PENIZE.CZ, 2024. *Kalkulačka nemocenské*. Praha: penize.cz. [online](#)
- PCH, 2024. *Prišlo nám*: Bratislava: OZ Pracujúca chudoba (FB). [online](#)
- RTVS, 2024a. *Minister práce chce zakročiť proti zneužívaniu práceneschopnosti, Sociálnej poisťovni dá viac právomocí*. Bratislava: správy RTVS. [online](#)
- RTVS, 2024b. *Zamestnávateľia hľadajú ľudí do výroby*. Bratislava: RTVS, Správy 27. 11. 2024. [online](#)
- SIEGRIST, J. 2002. *Effort-reward Imbalance at Work and Health*. In: *Research in occupational stress and well-being: Vol. 2. Historical and current perspectives on stress and health*, edited by Perrewe, P. L. and D. C. Ganster. New York: JAI Elsevier, pp. 261–291. [online](#)
- SIEGRIST, J., STARKE, D., CHANDOLA, T., GODIN, I., MARMOT, M., NIEDHAMMER, I., a P. RICHARD. 2004. *The Measurement of Effort–reward imbalance at work: European Comparisons*. In: *Social Science & Medicine*, 58(8): 1483-1499. [online](#)
- SITA, 2003. *Prvých 10 dní nemocenskej bude od zamestnávateľa*. Bratislava: OUR MEDIA SR a. s. [online](#)
- SITA, 2023. *Dostupnosť lekární je v mestách úplne iná ako na vidieku. Nedostatky v systéme vykrýva tretí sektor*. Bratislava: SITA. [online](#)
- TIMP, S., VAN FOREEST, N. D. a W. VAN RHENEN, 2024. *Effect of financial incentives on the cost and duration of sickness absence*. In: *PLoS One*. 2024 Jun 13;19(6). [online](#)
- ÚPSVaR 2024. *Nezamestnanosť - mesačné štatistiky*. Bratislava: ÚPSVaR. [online](#)
- VOP, 2024. *Systém pri ukončovaní dočasnej pracovnej neschopnosti zlyháva. Ľudia sa nemôžu brániť proti svojôli lekárovi*. Bratislava: VOP. [online](#)

Táto strana je prázdna.

KONFEDERÁCIA ODBOROVÝCH ZVÄZOV SLOVENSKEJ REPUBLIKY
BAJKALSKÁ 29/A,
821 01 BRATISLAVA, SLOVAKIA

EMAIL: KOZSR@KOZSR.SK
WEB: WWW.KOZSR.SK

FACEBOOK: WWW.FACEBOOK.COM/KOZSR/

