

Dr Łukasz Jurek

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-0078-471X

e-mail: lukasz.jurek@ue.wroc.pl

Absentyzm chorobowy — aspekty prawne i ekonomiczne

Sickness absenteeism — legal and economic aspects

Streszczenie

O ile choroba i związana z nią niezdolność do pracy są zdarzeniami losowymi, niezależnymi od woli człowieka, o tyle absencja chorobowa jest efektem świadomych i rozmyślnych decyzji. Pracownicy różnią się pod względem jej wykorzystania. Przedmiotem artykułu jest absentyzm chorobowy, czyli zjawisko nadużywania absencji chorobowej. Bazując na literaturze przedmiotu i wynikach dotychczas przeprowadzonych badań, autor przedstawia istotę tego problemu, jego rodzaje oraz uwarunkowania. Absencja chorobowa, jak każdy inny przywilej socjalny, jest polem potencjalnych nadużyć. Nadmierne wykorzystywanie zwolnień lekarskich może przyjmować dwojaką postać: pokusy nadużyć oraz przestępstwa socjalnego. Nasileniu występowania tych problemów sprzyjają różne okoliczności, związane z osobistymi cechami pracownika, warunkami środowiska pracy, a także szerokim kontekstem społecznym i instytucjonalnym. Autor wskazuje, że w ramach przeprowadzonych prac badawczych udało się wyodrębnić kilkanaście takich okoliczności, dzięki czemu można skuteczniej zidentyfikować potencjalne nadużycia.

Słowa kluczowe

absencja chorobowa, pokusa nadużyć, przestępstwo socjalne

JEL: I38, J83, K31

Uwagi wstępne

Zabezpieczenie chorobowe to jeden z filarów zabezpieczenia społecznego, który zapewnia pracownikowi ochronę na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą własną (chorobą, wypadkiem czy koniecznością izolacji) lub koniecznością sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny. Koncepcja tego zabezpieczenia składa się z dwóch komponentów: 1) urlopu chorobowego, czyli zwolnienia z pracy na czas choroby, oraz 2) wynagrodzenia/zasiłku chorobowego, tj.

Abstract

While illness and work-inability random events, independent from the human will, the sickness absence it a result of conscious decisions. Employees vary in its use. The subject of interest in the article is sickness absenteeism, so the phenomenon of the overuse of sickness leaves, that is medically unjustified. Basing on the literature and results of previous research the essence of this problem have been presented, as well as its types and determinants. Sickness absence, like any other social privilege, is a field of potential abuse. Excessive use of sick leaves may take two forms: moral hazard or welfare fraud. Intensity of these problems depends on the number of factors within individual characteristics of worker, features of working environment, and a broad social and institutional context. We investigated those factors and identified dozen of them.

Keywords

sickness absence, moral hazard, welfare fraud

świadczenia pieniężnego rekompensującego utratę dochodów w czasie urlopu chorobowego.

Zabezpieczenie chorobowe jest głęboko zakorzenione w regulacjach i konwencjach międzynarodowych, w tym przede wszystkim w Deklaracji filadelfijskiej z 1944 r., stanowiącej tzw. Konstytucję Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP). Zostało tam stwierdzone, że pracownicy powinni mieć zapewniony dostęp do środków utrzymania w sytuacji różnych zagrożeń uniemożliwiających wykonywanie pracy zawodowej, w tym między innymi właśnie w sytuacji choroby. Uszczegółowienie zasad tego

zabezpieczenia nastąpiło w konwencjach MOP, określających minimalne standardy zabezpieczenia społecznego (konwencja 102 z 1952 r.) oraz dotyczących opieki lekarskiej i zasiłków chorobowych (konwencja nr 130 z 1969 r.). Fundamentalnym uzasadnieniem tych regulacji jest przeswiadczenie, że praca nie powinna zagrażać zdrowiu, a choroba nie powinna prowadzić do utraty źródła utrzymania. W założeniu zabezpieczenie chorobowe ma zapewniać pracownikowi możliwość podjęcia odpowiedniej terapii i względnie najszybszą rekonwalescencję, a także (przede wszystkim) ma ograniczać problem pogłębiania się choroby oraz (w przypadku chorób zakaźnych) rozprzestrzeniania się jej w środowisku pracy.

Pracownicy różnią się między sobą pod względem korzystania z urlopów chorobowych. Jedni korzystają z nich więcej (częściej, dłużej), a inni mniej (rzadziej, krócej). Te różnice, co oczywiste, wynikają ze zróżnicowanego stanu zdrowia. Niemniej jednak nawet osoby będące w podobnej sytuacji zdrowotnej mogą zasadniczo różnić się między sobą pod względem absencji: jedni, mimo choroby i obiektywnych przesłanek do absencji, nie decydują się na przerwę w pracy, podczas gdy inni korzystają z urlopów chorobowych nawet wtedy, gdy nie ma ku temu w pełni uzasadnionych medycznie przesłanek. Poza stanem zdrowia absencja chorobowa jest więc także uwarunkowana innymi, pozazdrowotnymi czynnikami.

Wynika z tego, że o ile choroba i związana z nią niezdolność do pracy są zdarzeniami losowym, w dużym stopniu niezależnymi od woli człowieka, o tyle już zachowania absencyjne są pochodną indywidualnych postaw i decyzji. Zestawiając ze sobą niezdolność do pracy z powodu choroby, która może być rzeczywista lub nie, wraz z nieobecnością w pracy z powodu choroby, która może mieć faktyczne uzasadnienie zdrowotne lub nie, tworzą się cztery różne ewentualności, tak jak to przedstawiono na rysunku. O absencji chorobowej można mówić wówczas, gdy pracownik jest nieobecny w pracy z powodu faktycznej (uzasadnionej medycznie) niezdolności do pracy. Jest to pewnego rodzaju stan optymalny, od którego mogą występować odchyły, i to w obu kierunkach. Odchyl poniżej oznacza, że absencja jest niższa od optymalnej, czyli że praca jest wykonywana mimo obiektywnych zaleceń do przerwy. Takie zjawisko niedostatecznej absencji jest określane mianem prezentyzmu (lub prezenteizmu) chorobowego. Odchyl w drugą stronę (powyżej) oznacza natomiast, że absencja jest wyższa od optymalnej, czyli że przerwa w pracy jest nieuzasadniona względami zdrowotnymi. Takie zjawisko nadmiernej absencji jest określane mianem absentyzmu chorobowego.

Należy podkreślić, że o ile zjawisko niedostatecznego korzystania z absencji chorobowej ma już swoją powszechnie uznaną nazwę („prezentyzm chorobowy”) i cieszy się coraz większym zainteresowaniem badaczy (Wężyk i Merecz, 2013; 2015), o tyle zjawisko przeciwne, polegające na nadmiernym wykorzystywaniu absencji chorobowej, jest nieporównywalnie słabiej rozpoznane. Jest to o tyle dziwne, że problem ten wydaje się być niezwykle aktualny i bardzo drażliwy zarówno z perspektywy

Rysunek. Niezdolność do pracy z powodu choroby
a nieobecność w pracy z powodu choroby



Źródło: opracowanie własne.

przedsiębiorstw (dezorganizacja pracy i wzrost kosztów funkcjonowania), jak i państwa (wzrost wydatków publicznych). Warto wspomnieć, że już samo określenie tego zjawiska, jakie zostało tutaj zastosowane („absentyzm chorobowy”), nie jest jeszcze należycie zakorzenione w nomenklaturze naukowej. Dotychczas pojawiało się ono stosunkowo rzadko i to głównie w opracowaniach publicystycznych. Niniejszy artykuł jest próbą zmiany tego stanu rzeczy. Jego głównym celem jest przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z absentyzmem chorobowym: jego istoty, rodzajów oraz uwarunkowań. Bazując na wynikach wcześniejszych badań, przeprowadzonych głównie w krajach Europy Zachodniej, zostanie dokonana analiza i ocena tego zjawiska z perspektywy prawnej (jako rodzaj przestępstwa socjalnego) oraz ekonomicznej (jako przejaw pokusy nadużyć).

Absentyzm chorobowy jako pokusa nadużyć lub przestępstwo socjalne

Powszechne zabezpieczenie chorobowe, jak każda inna interwencja socjalna, ma swoje wady i zalety. Podstawową zaletą, poza wzmocnieniem mentalnego i materialnego bezpieczeństwa, jest zapobieganie nawarstwianiu się problemów zdrowotnych. Chodzi o to, że pracownicy pozbawieni zabezpieczenia, aby nie tracić dochodów w czasie choroby, często kontynuują pracę i nie podejmują niezbędnej terapii. Brak interwencji na wczesnym etapie rozwoju choroby w długiej perspektywie generuje poważniejsze i bardziej złożone konsekwencje. W przypadku chorób zakaźnych efektem jest rozprzestrzenianie się infekcji w środowisku pracy. W przypadku pozostałych chorób efektem jest przeciąganie schorzenia aż do momentu, gdy stan jego zaawansowania stanie się krytyczny, a tym samym dużo trudniejszy w terapii. Przyjmuje się więc, że wczesna interwencja rodzi koszty, jednak są one niewspół-

miernie niższe w porównaniu z tymi, jakie mogą się pojawić w wyniku jej zaniechania (Błęadowski i Kubicki, 2014).

Jeśli chodzi o wady powszechnego zabezpieczenia chorobowego, to jest nim nadmierne i nieracjonalne korzystanie z absencji chorobowej. Odwołując się do tzw. prawa niezamierzonych konsekwencji, interwencje socjalne mogą wywoływać reakcje behawioralne, których rezultaty są sprzeczne z pierwotnymi intencjami i założeniami (Jurek, 2018). Przed takim zagrożeniem przestrzegali już w XVIII wieku klasyk nauk społecznych Jeremy Bentham. Bazując na swojej autorskiej koncepcji hedonizmu psychologicznego twierdził on, że ludzie przekładają swój indywidualny interes ponad dobro wspólne (Bentham, 1958). Jeśli zatem korzystanie z zasiłków nie przynosi im żadnej szkody (np. ujemnej moralnej), to w naturalny sposób zaczynają lawirować i/lub oszukiwać, aby otrzymać pomoc od państwa. Prowadzi to do wytworzenia wśród pewnych grup tzw. racjonalnej bezsilności, która polega na rozmyślnym ograniczaniu własnej przezorności, roztropności i zaangażowania, aby w ten sposób efektywniej eksploatować przysługujące im uprawnienia socjalne. Jest to więc forma specyficznego żerowania na dobrodziejstwach państwa opiekuńczego, określana w kulturze anglosaskiej mianem „uzależnienia od pomocy” (ang. welfare dependency), a w kulturze środkowo-europejskiej nazywana „pasożytnictwem społecznym” (niem. Sozialschmarotzer).

W odniesieniu do zabezpieczenia chorobowego problem ten może przyjmować jedną z dwóch postaci: 1) pokusy nadużyć oraz 2) przestępstwa socjalnego.

Ogólnie rzecz biorąc, pokusa nadużyć (ang. moral hazard) polega na zróżnicowaniu zachowania jednostki w zależności od tego, czy jest objęta ubezpieczeniem, czy też nie. Po raz pierwszy ten fenomen został dostrzeżony przez K.J. Arrowa (1963) na podstawie obserwacji rynku świadczeń medycznych. Z przeprowadzonych przez niego badań wynika, że partycypowanie ubezpieczyciela w kosztach tych świadczeń powoduje wzrost ich konsumpcji, tzn. podmiot ubezpieczony korzysta z nich w większym zakresie niż gdyby nie był ubezpieczony. Później zauważono, że ta prawidłowość zachodzi zasadniczo we wszystkich obszarach, gdzie działanie jednostki jest objęte jakąś formą zewnętrznej asekuracji. Dotyczy to oczywiście także zabezpieczenia chorobowego: osoby ubezpieczone korzystają z absencji chorobowej więcej niż gdyby nie były ubezpieczone. Potwierdzają to m.in. badania amerykańskie (Ahn i Yelowitz, 2016), z których wynika, że różnica w poziomie absencji między ubezpieczonymi i nieubezpieczonymi pracownikami wynosi około 40%. Trudno jednoznacznie określić, w jakim stopniu ta różnica jest spowodowana faktycznymi potrzebami zdrowotnymi, a na ile jest efektem pokusy nadużyć. Wyniki badań szwedzkich (Johansson i Palme, 2005) sugerują, że dominujący jest wpływ czynników pozazdrowotnych, o czym świadczy fakt dostosowywania zachowań absencyjnych do aktualnie obowiązujących warunków systemowych i możliwości uzyskania zwolnienia chorobowego.

Drugim rodzajem absentyzmu chorobowego jest przestępstwo socjalne. Chodzi tutaj ogólnie o działania polegające na umyślnym wprowadzaniu w błąd instytucji socjalnej (np. ZUS, PFRON) w celu wyłudzenia nienależnych świadczeń (Kukuła, 2018). Jeśli chodzi o zabezpieczenie chorobowe, to takim przestępstwem jest właśnie nieuzasadnione medycznie nadużywanie zwolnień lekarskich i wykorzystywanie ich niezgodnie z przeznaczeniem, w szczególności dla uchylania się od pracy lub dla wykonywania innej pracy zarobkowej. Już w 1956 roku władze PRL wprowadziły ustawę o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (DzU z 1958 r. nr 35, poz. 154), potwierdzając tym samym, że tego typu nadużycia były (i są nadal) jednym z głównych zagrożeń dla instytucji socjalnych państwa (Kukuła, 2018).

Obie omawiane kategorie, czyli pokusa nadużyć i przestępstwo socjalne, mają jedną wspólną cechę, a mianowicie sprowadzają się do tego samego problemu, jakim jest nadmierne wykorzystywanie absencji chorobowej. Odróżnia je jednak intencja działania. W przypadku pokusy nadużyć dochodzi do nadkonsumpcji, która wynika z ograniczonej motywacji do roztropnego korzystania ze świadczeń. Ta absencja jest wątpliwa, bo dochodzi do niej na styku zdolności i niezdolności do pracy. Z perspektywy systemu jest ona pewnego rodzaju formą marnotrawstwa. Może, ale równie dobrze nie musi mieć miejsca. Pracownicy poświęcają tę przerwę w pracy na terapię i/lub rekonwalescencję, ale jedynie dlatego, że mają taką możliwość. Gdyby nie byli ubezpieczeni, z pewnością z takiej opcji by nie skorzystali. Rezygnacja z niej nie wiązałaby się z żadnymi negatywnymi reperkusjami ani dla ich własnego zdrowia, ani dla zdrowia ich współpracowników. Jeśli chodzi natomiast o przestępstwo socjalne, to w tym przypadku dochodzi do wyłudzenia i nielegalnego nadużycia. Pracownik świadomie wprowadza w błąd ubezpieczyciela, w celu pozyskania nienależnego świadczenia. Ucieka się do oszustwa, takiego jak symulowanie choroby czy posługiwanie się fikcyjnym zwolnieniem lekarskim, które zostało bądź to sfalszowane, bądź to pozyskane niezgodnie z prawem (np. w drodze korupcji). Czas absencji nie jest, tak jak to miało miejsce w poprzednim przypadku, wykorzystywany na terapię czy rekonwalescencję, lecz służy jako ucieczka „od” niepożądanych zadań zawodowych, albo jako ucieczka „do” innych zajęć pozazawodowych, które z pracą kolidują.

Granica między pokusą nadużyć a przestępstwem socjalnym jest dość płynna i nieostra, jednak wydaje się zasadne, aby obie te kategorie wyraźnie od siebie odróżnić. Omawiany problem można porównać do ubezpieczeń komunikacyjnych: zdecydowanie czym innym jest likwidacja drobnej szkody powstałej w wyniku zdarzenia drogowego, która nie byłaby likwidowana, gdyby samochód nie był ubezpieczony, a czym innym jest wyłudzenie odszkodowania przez celowe doprowadzenie do szkody lub domaganie się świadczenia na podstawie fałszywych informacji. O ile to pierwsze jest przejawem nieco nadgorliwego egzekwowania przysługujących praw, o tyle to drugie jest

oszustwem i nielegalnym nadużyciem. Analogicznie sytuacja kształtuje się w ubezpieczeniu chorobowym. Pokusa nadużyć powoduje nadkonsumpcję, która nie ma uzasadnienia zdrowotnego, ale ma uzasadnienie ekonomiczne. Z perspektywy ogólnospołecznej stanowi ona defekt systemu, a z perspektywy jednostki (beneficjenta świadczeń) jest wyrazem w pełni racjonalnego zachowania. Oceniając ją w kategoriach moralnych może być uznana za coś zdrożnego czy nieetycznego, ale mimo to jednak jest akceptowana jako koszt służący realizacji wyższej wartości, jaką jest bezpieczeństwo socjalne. Co się zaś tyczy przestępstwa socjalnego, to w żaden sposób nie znajduje ono usprawiedliwienia i jest jednoznacznie traktowane w kategoriach czynu zabronionego. Tego typu wyłudzenia są nielegalne; zgodnie z art. 286 kodeksu karnego: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd (...) podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Uwarunkowania absentyzmu chorobowego

Absencja chorobowa to złożone zjawisko, które stanowi wypadkową trzech zmiennych: choroby, niezdolności do pracy oraz zachowań absencyjnych. Osoby o podobnym stanie zdrowia mogą wykazywać różną zdolność do pracy w zależności od rodzaju wykonywanych zadań zawodowych. Choroba może stanowić istotne przeciwwskazanie do wykonywania jednej pracy, ale nie do innej. Mało tego, osoby o podobnym stopniu niezdolności do pracy mogą wykazywać diametralnie różne zachowania absencyjne: o ile jedne będą kontynuowały pracę lub ewentualnie będą starały się minimalizować okres absencji, to inne zdecydują się na przerwę w pracy i będą starały się ją maksymalnie wydłużyć.

Zgodnie z koncepcją ekonomii klasycznej, zachowania absencyjne są efektem świadomych i racjonalnych decyzji. Każdy pracownik w sytuacji choroby rozważa potencjalne korzyści oraz straty wynikające z absencji. Brane są przy tym pod uwagę różne konsekwencje, zarówno finansowe (np. wysokość zasiłku chorobowego), jak i niefinansowe (np. ryzyko zwolnienia z pracy). Dodatkowo decyzja podejmowana jest pod wpływem oddziaływania różnych sił, które z jednej strony mogą obniżać użyteczność wykonywanych zadań zawodowych i tym samym wypychać z pracy (ang. push factors), z drugiej zaś mogą zwiększać użyteczność zajęć pozazawodowych i tym samym wciągając w absencję (ang. pull factors). Siły wypychające z pracy to na przykład nieporozumienia ze współpracownikami czy wysoki poziom stresu zawodowego, zaś siły wciągające w absencję to na przykład atrakcyjne formy rekreacji czy ważne zobowiązania pozazawodowe.

Ten pozazdrowotny wymiar zachowań absencyjnych składa się na spójną całość, jaką jest motywacja do pracy. Ogólnie rzecz ujmując, im poziom tej motywacji jest wyższy, tym mniejsza jest skłonność do absencji, i odwrotnie — im mniejsza motywacja, tym większa skłonność do nadużywania absencji (Allebeck i Mastekaasa, 2004).

Każda absencja, niezależnie od czasu trwania, jest polem potencjalnych nadużyć. Najczęściej ten problem dotyczy jednak krótkotrwałych zwolnień, a zwłaszcza najkrótszych (Melchior i in., 2003; Ziebarth, 2013). Można podejrzewać, że liczba takich „wątpliwych” absencji wzrasta w okresach sprzyjających aktywności pozazawodowej, kiedy to motywacja do pracy jest najmniejsza. Przymuszczać taka sytuacja ma miejsce na przykład w okolicach weekendu, a zwłaszcza w poniedziałki (tzw. szwabski poniedziałek), a także w czasie szczególnie korzystnej aury pogodowej. Te przypuszczenia częściowo znajdują potwierdzenie w rzeczywistości. W ramach badań przeprowadzonych w Finlandii (Vahtera, Kivimäki i Pentti, 2001) sprawdzono rozkłady jednodniowych zwolnień lekarskich w trakcie tygodnia. Na podstawie uzyskanych wyników wykazano, że wbrew powszechnym opiniom, jednodniowe absencje nie są brane najczęściej w poniedziałki, lecz w środy. Niemniej jednak ten wzrost krótkotrwałych zwolnień akurat w środku tygodnia też jest mocno zastanawiający i rodzi podejrzenie nadużyć (środa jako tzw. mała sobota). Z kolei w ramach badań przeprowadzonych w Kanadzie (Shi i Skuterud, 2015) zweryfikowano związek między liczbą krótkotrwałych zwolnień lekarskich zgłaszanych przez pracowników biurowych a jakością pogody w okresie niezimowym. Uzyskane wyniki potwierdziły, że skłonność do zgłaszania absencji zdecydowanie wzrasta wraz ze wzrostem „rekreacyjnej atrakcyjności” aury pogodowej. Warto nadmienić, że wyniki tego badania zostały opisane w artykule o symptomatycznym tytule *Pojechał na ryby*.

Pozostałe determinanty absentyzmu chorobowego zależą od cech indywidualnych pracownika oraz od kontekstu, czyli sytuacji w jakiej się on znajduje. Zgodnie z koncepcją tzw. procesowego modelu absencji (Steers i Rhodes, 1978) determinanty te można podzielić, w zależności od poziomu ich oddziaływania, na trzy kategorie:

- a) mikro — cechy osobiste pracownika,
- b) mezo — cechy środowiska pracy,
- c) makro — cechy szerokiego otoczenia społecznego i instytucjonalnego.

Cechy osobiste pracownika a absentyzm chorobowy

Niektóre cechy pracownika, takie jak na przykład płeć czy status społeczno-ekonomiczny, mimo że są bezpośrednio powiązane z poziomem absencji, nie są przejawem nadużywania świadczeń chorobowych. Jeśli chodzi o płeć, to kobiety generalnie w większym stopniu korzystają z absencji chorobowej niż mężczyźni (Mastekaasa, 2000; Melsom i Mastekaasa, 2018), jednak różnica w tym przypadku nie jest efektem nadużyć, ale jest uwarunkowana czynnikami zdrowotnymi (Bekker, Rutte i Van Rijswijk, 2009). Jeśli chodzi o status społeczno-ekonomiczny, to im jest on niższy, tym wyższa jest absencja (Marmot i in., 1995; Kristensen i in., 2010). W tym przypadku również różnica wydaje się mieć charakter głównie zdrowotny, bowiem status (poziom wykształcenia, sytuacja materialna) wpływa na kondycję psychosomatyczną (profilaktyka

zdrowotna, nawyki żywieniowe, styl życia, warunki pracy itd.). Co prawda nie należy tutaj wykluczyć również wpływu czynnika pozazdrowotnego (system wartości, etos pracy itd.), jednak dotychczasowe wyniki badań w tym zakresie nie są jednoznaczne.

Cechami osobistymi pracownika, które mają wpływ na skłonność do nadużywania absencji, są wiek i uwarunkowania psychologiczne.

Jeśli chodzi o uwarunkowania psychologiczne, to z badań, które zostały przeprowadzone już przeszło pół wieku temu przez P. Taylora (1968) wynika, iż najbardziej skłonne do nadużywania zwolnień lekarskich są osoby będące z natury pesymistyczne i nieszczęśliwe. Zauważono ponadto, że najczęściej na urloпах chorobowych przebywają osoby o osobowości ekstrawertycznej, a najdłużej przebywają na nich osoby o osobowości neurotycznej. Najrzadziej i najkrócej z absencji korzystają osoby o osobowości introwertycznej.

Jeśli chodzi o wiek metrykalny, to powszechnie uważa się, że najczęściej na zwolnieniach chorobowych przebywają starsi pracownicy. Ten stereotyp nie ma jednak odzwierciedlenia w rzeczywistości. Pracownicy, w zależności od tego, w jakim są wieku, wykazują odmienny tzw. wzór absencji chorobowej (ang. pattern of absence): młodszy przebywają na zwolnieniach często, ale pojedyncze przerwy są stosunkowo krótkie, podczas gdy starsi odwrotnie — przebywają na zwolnieniach rzadko, ale pojedyncze przerwy są dość długie (Slowey i Zubrzycki, 2018). Skoro, co zostało już wcześniej zaznaczone, polem potencjalnych nadużyć są w głównej mierze krótkotrwałe absencje, można wnioskować, że dopuszczają się ich najczęściej osoby młode. Nie jest to problem nowy. Zwrócono na niego uwagę już przeszło pół wieku temu (Hill i Trist, 1955) podkreślając, że młodzi pracownicy wykorzystują drobne „choroby”, aby uchylać się od niewygodnych dla nich zadań zawodowych. Te zarzuty wywołują automatyczne skojarzenie z uczniem, który zaczyna odczuwać różnego rodzaju dolegliwości akurat przed kłopotliwym wyzwaniem, jakie czeka go w szkole (np. klasówka). Okazuje się, że przyzwyczajenia z lat szkolnych są przenoszone na początkowy okres kariery zawodowej i rzutują na zachowania absencyjne młodych pracowników (Henderson, Hotopf i Leon, 2009).

Środowisko pracy a absentyzm chorobowy

Cechy miejsca pracy mają wpływ na poziom absencji chorobowej pracowników. Inspirujące w tym zakresie jest badanie Z. Szubert i W. Sobala (2003) przeprowadzone w trakcie prywatyzacji dużego polskiego przedsiębiorstwa. Okazało się, że wraz z przekształceniem własnościowym i restrukturyzacją dokonała się także zasadnicza zmiana absencji chorobowej i to zarówno pod kątem jej wielkości, jak i struktury. Te wyniki jednoznacznie potwierdzają, że różne aspekty środowiska pracy (materialne, psychospołeczne, organizacyjne) odgrywają dużą rolę w kształtowaniu zachowań absencyjnych.

Podobnie jak to miało miejsce w przypadku cech osobistych pracownika, również niektóre cechy pracodawcy, chociaż bezpośrednio powiązane z poziomem absencji, nie są przejawem nadużywania świadczeń chorobowych. Oczywiście jest na przykład, że poziom absencji zależy w dużej mierze od charakteru wykonywanej pracy. Najwięcej korzystają z niej osoby przeciążone pracą fizyczną, a zwłaszcza działające w warunkach monotopowości ruchów czy permanentnie wystawione na oddziaływanie jakiegoś szkodliwego czynnika (Voss, Floderus i Diderichsen, 2001). Ponadto na poziom absencji wpływają także materialne i organizacyjne warunki pracy, w tym przede wszystkim ergonomia stanowiska pracy (Pålsson i in., 1998; Eriksen, Bruusgaard i Knardahl, 2004; Melchiori in., 2005; Bockerman i Laukkanen, 2010).

Powyższe czynniki są ściśle związane ze zdrowotnym aspektem absencji chorobowej. Wymiar pozazdrowotny, który kształtuje zachowania absencyjne, sprowadza się do trzech podstawowych cech miejsca pracy: wielkości przedsiębiorstwa, jakości pracy oraz kultury organizacyjnej.

Jeśli chodzi o wielkość przedsiębiorstwa, to szacuje się, że poziom absencji wśród pracowników dużych korporacji jest prawie dwukrotnie wyższy niż wśród pracowników małych firm (Ahn i Yelowitz, 2016). Jednym z pierwszych, który zwrócił uwagę na te różnice, był P. Taylor (1974). Z przeprowadzonego przez niego badania wynika, że im pracownik funkcjonuje w większym i mniej zintegrowanym zespole, tym większa jest jego skłonność do korzystania z absencji chorobowej. Są dwa potencjalne wytłumaczenia takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, w dużym zespole stosunkowo łatwo jest zorganizować zastępstwo na czas choroby. Po drugie, w dużych firmach ludzie zwykle są wobec siebie anonimowi i nie łączy ich silna osobista zażyłość, a zatem dość łatwo przychodzi im obciążanie innych dodatkowymi obowiązkami wynikającymi z własnej nieobecności. Dla odmiany w kameralnych i dobrze zintegrowanych zespołach troska o dobrostan współpracowników znacznie ogranicza skłonność do nadmiernego korzystania z absencji (Wilkinson i in., 2020).

Drugim czynnikiem pozazdrowotnym kształtującym zachowania absencyjne jest jakość pracy. Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań wskazują, że skłonność do nadużyć wzrasta wraz z deficytem poczucia wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych (North i in., 1996; Melchior i in., 2003; Väänänen i in., 2003), nasileniem się poziomemu stresu i napięcia zawodowego (Kristensen, 1991; Szubert, Merecz-Kot i Sobala, 2009), ograniczeniem możliwości rozwoju zawodowego i obniżeniem poziomu partycypacji (Melchior i in., 2003), a także spadkiem ogólnego poziomu satysfakcji z pracy (Marmot i in., 1995). Oznacza to, że absentyzm chorobowy nierzadko jest efektem frustracji i bezsilności pracownika. Stanowi formę ucieczki od toksycznego miejsca pracy, od ludzi i/lub od zadań.

Zachowania absencyjne są zaliczane do szeroko rozumianych zachowań organizacyjnych (Striker, 2016), co

oznacza, że są kształtowane pod wpływem kultury organizacyjnej. Chodzi o to, że każde przedsiębiorstwo wytwarza swoje własne, unikatowe środowisko społeczne, obejmujące normy zachowania i systemy wartości. Pracownicy internalizują (uwewnętrzniają) te elementy w procesie socjalizacji, czego efektem jest wykazywanie przez nich zachowań zbliżonych z tymi, które dominują i są powszechnie akceptowane w danej firmie. Oznacza to, że decyzja o absencji nie jest w pełni autonomiczna, lecz do pewnego stopnia kształtuje się pod wpływem szerszego otoczenia społecznego. Jest pochodną tego, jak zachowują się inne osoby: współpracownicy i (przede wszystkim) przełożeni (Bekker, Rutte i Van Rijswijk, 2009). Podporządkowują się nieformalnym ustaleniom, jakie zachowanie jest dopuszczalne czy akceptowalne. Z tego właśnie względu poziom absencji z reguły jest bardziej zróżnicowany między przedsiębiorstwami aniżeli wewnątrz nich (Chadwick-Jones, 1981). W niektórych środowiskach wytwarza się swoista „kultura absencji”, zakładająca szeroką akceptację dla nadużywania zwolnień lekarskich. Pracownik funkcjonujący w takich warunkach w sposób naturalny przejawia wyższą skłonność do nadużyć, traktując absencję jako formę dodatkowego wypoczynku czy metodę unikania kłopotliwych zadań zawodowych (Kangasi in., 2017).

Otoczenie społeczne i instytucjonalne a absentyzm chorobowy

Warunki życia społeczeństwa, w jakim funkcjonuje dana jednostka, ma zasadniczy wpływ na poziom jej absencji chorobowej. Podobnie jak to miało miejsce w wyżej opisywanych przypadkach, tak i tutaj niektóre z tych cech mają charakter wyłącznie zdrowotny. Warunki klimatyczne i przyrodnicze, poziom bezpieczeństwa, jakość służby zdrowia, poziom dochodów i wiele innych zmiennych kształtują kondycję psychosomatyczną, a tym samym wpływają także na poziom absencji. Natomiast czynnikami pozazdrowotnymi, które kształtują zachowania absencyjne, są: habitus kulturowy, standard zabezpieczenia chorobowego i sytuacja na rynku pracy.

I tak, jeśli chodzi o uwarunkowania kulturowe, to z badań przeprowadzonych przez P. Virtanena i in. (2000) wynika, że skłonność do nadużywania zwolnień lekarskich jest pochodną tzw. habitusu absencji chorobowej. Nawyki i wzorce zachowań w tym zakresie są nabywane w rodzinnym otoczeniu i są głęboko zakorzenione w tradycji lokalnej społeczności. Tę perspektywę zdecydowanie można rozszerzyć do skali ogólnokrajowej. Kultura narodowa narzuca bowiem pewne wzorce działania, które są akceptowane i praktykowane przez szerokie rzesze społeczeństwa. Ma to oczywiście odniesienie także do zachowań związanych z nadużyciami socjalnymi. Mimo tego, że nieuzasadnione medycznie nadużywanie zwolnień lekarskich w świetle prawa jest przestępstwem i powinno być piętnowane — tak jak ma to miejsce w Polsce — to jednak obowiązujące normy społeczne dopuszczają daleko idące odstępstwa w tym zakresie. Przejawem tego był strajk policjantów w 2018 r. oraz nauczycieli w 2019 r.

Przedstawiciele tych zawodów „zachorowali” wówczas na znak protestu przeciwko niskim uposażeniom i w jednym czasie, masowo przeszli na zwolnienia lekarskie (w przypadku choroby policjantów ukuło się żartobliwe określenie „epidemia psiej grypy”). Pomijając w tym miejscu zasadność tych protestów, ich forma niewątpliwie stanowi pewnego rodzaju wyznacznik ogólnego stosunku do absencji chorobowej. Co więcej, dość szerokie poparcie, jakim cieszyły się te przedsięwzięcia, świadczy niewątpliwie o wysokim poziomie przyzwolenia społecznego dla tego typu zachowań.

W naszym kręgu kulturowym pokutuje bardzo ograniczone poczucie naganności czy niestosowności nadużyć socjalnych ogółem (Heinemann, 2008), w szczególności zaś nadużyć związanych z wykorzystywaniem świadczeń chorobowych. Trudno jednoznacznie stwierdzić z czego może to wynikać. Być może jest to pokłosie przyzwyczajenia, które mają swoje korzenie jeszcze w poprzednim systemie, takich jak np. kreatywne omijanie przepisów prawa czy brak poszanowania dla dobra wspólnego. Równie dobrze może to być jednak efekt współczesnych zaniedbań, które prowadzą do erozji norm społecznych oraz wypaczenia poczucia moralności.

Poza czynnikami kulturowymi na zachowania absencyjne wpływa również standard zabezpieczenia chorobowego. Im „hojniejsze” świadczenia, tym większa pokusa nadużyć (Prins i De Graaf, 1986). Poziom tej hojności jest wyrażony stopą zastąpienia, czyli relacją wysokości świadczenia otrzymywanego w trakcie urlopu chorobowego do wysokości podstawowego wynagrodzenia netto. Na podstawie badań niemieckich skalkulowano elastyczność absencji na poziomie 0,6 (Ziebarth i Karlsson, 2014), co oznacza, że zmiana (podniesienie lub obniżenie) stopy zastąpienia o jeden punkt procentowy pociąga za sobą zmianę w tym samym kierunku poziomu absencji o 0,6%. Ta zmiana nie jest równomierna wśród wszystkich pracowników. Najslabiej na zmianę (wzrost lub spadek) wysokości świadczenia reagują ci, którzy są wynagradzani w sposób prowizyjny. W ich przypadku utrata potencjalnego zarobku jest wyższa niż wynikałoby to ze stopy zastąpienia, a skalę tej straty określa tzw. efektywna stopa zastąpienia, która nie jest liczona od podstawy, lecz od całości wynagrodzenia (podstawa plus część prowizyjna). Wyższa potencjalna strata finansowa w ich przypadku przekłada się na wyraźnie mniejszą skłonność do nadużyć (Ahn i Yelowitz, 2016).

Co ciekawe, nawet przy 100-procentowej stopie zastąpienia pracownicy nie wykorzystują w całości dostępnego okresu zasiłkowego, mimo że wysokość świadczenia wypłacanego podczas urlopu chorobowego w pełni rekompensuje im utratę dochodów. Oznacza to, że przy kalkulacji potencjalnych kosztów absencji, poza kosztami stricte finansowymi, brane są pod uwagę jeszcze inne, pozafinansowe koszty, w tym psychospołeczne (np. wyrzuty sumienia czy piętno społeczne) oraz zawodowe (np. ograniczone szanse awansu czy ryzyko zwolnienia z pracy).

Ważnym czynnikiem, który determinuje zachowania absencyjne, jest także sytuacja na rynku pracy. Badania

dotyczące wzajemnych powiązań między tymi dwiema kategoriami rozpoczęły się w połowie lat 80. ubiegłego wieku za sprawą P. Leigha (1985), który jako pierwszy zwrócił uwagę na to, że w miarę pogarszania się sytuacji na rynku pracy maleje poziom absencji chorobowej, natomiast wraz z poprawą sytuacji absencja wzrasta. Jednym z potencjalnych mechanizmów tłumaczących tę zależność jest tzw. procykliczność pokusy nadużyć. Chodzi o to, że wysoki poziom bezrobocia w czasie dekonjunkury gospodarczej działa dyscyplinująco na pracowników, którzy w obawie przed utratą pracy wykazują mniejszą skłonność do nadużywania absencji, aby nie dawać pracodawcom ewentualnego pretekstu do zwolnienia. Ograniczają urlopy chorobowe tylko do tych najbardziej koniecznych, wykorzystywanych w sytuacji ostrych stanów chorobowych. Poprawa sytuacji na rynku pracy prowadzi z kolei do ogólnego rozluźnienia, czego efektem jest wzrost absencji chorobowej, również tej podyktowanej względami pozazdrowotnymi.

Późniejsze badania wykazały, że cykliczność absencji chorobowej w dużym stopniu jest powiązana z omówioną wcześniej „hojnością” świadczeń chorobowych (Ichino i Riphahn, 2005; Johansson i Palme, 2005). Im wyższy jest poziom świadczeń, tym większa jest skłonność do korzystania z nich jako ochrony przed ewentualnym zwolnieniem w czasie dekonjunkury. W rezultacie długotrwała absencja chorobowa bywa traktowana jako alternatywa dla bezrobocia w warunkach niepewności i zawirowań na rynku pracy (Sobotka, Skirbekk i Philipov, 2011). Wynika z tego, że wraz ze zmianą warunków gospodarczych zmienia się nie tylko poziom absencji, ale również jej wewnętrzna struktura: w czasie dekonjunkury maleje udział krótkotrwałych absencji przy jednoczesnym wzroście absencji długotrwałych.

Powyższe ustalenia są zgodne z założeniami tzw. modelu bumelowania, którego autorami są C. Shapiro i J. Stiglitz (1984). „Bumelantwo” to brak zaangażowania, lawirowanie i unikanie wysiłku, na przykład właśnie przez wykorzystywanie krótkotrwałych (wątpliwych) urlopów chorobowych. W świetle omawianego modelu skłonność do bumelowania zależy od poczucia bezpieczeństwa: im jest ono większe, tym większa jest skala nadużyć. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia przede wszystkim dobra sytuacja na rynku pracy, kiedy to ryzyko zwolnienia jest stosunkowo niewielkie. Dodatkowo jest ono wzmacniane stabilnymi warunkami zatrudnienia (Arai i Thoursie, 2005), czyli kontraktem o pracę zawartym na czas nieokreślony, ograniczającym możliwość zwolnienia i zapewniającym wysokie rekompensaty finansowe w razie takiej ewentualności (odprawa). Poczucie bezpieczeństwa wzmacnia także standard zabezpieczenia społecznego, czyli dostępność oraz wysokość świadczeń socjalnych, w tym przede wszystkim na wypadek bezrobocia. Wysoki standard zabezpieczenia niweluje negatywne konsekwencje wynikające z ewentualnego zwolnienia z pracy, co mentalnie przekłada się na wzrost poczucia „bezkarności” i wyższą skłonność do bumelowania.

Uwagi końcowe

Świadczenia chorobowe, jak wszystkie inne przywileje socjalne, są polem potencjalnych nadużyć. Zarówno zakres, jak i przyczyny tego nadużycia od dłuższego już czasu są przedmiotem rozlicznych badań prowadzonych zwłaszcza w Europie Zachodniej, ale od niedawna także w Ameryce Północnej i Azji. Zainteresowanie tym tematem wrasta wraz z rozwojem powszechnych ubezpieczeń chorobowych. Problemy związane z nadmiernym wykorzystywaniem zwolnień lekarskich stają się coraz bardziej drażliwe zarówno z perspektywy funkcjonowania przedsiębiorstw, jak i stabilności finansów publicznych. Zaczynają one więc przyciągać uwagę specjalistów (teoretyków i praktyków) z różnych dziedzin, a przede wszystkim biznesu i polityki społecznej.

Mimo dużego zainteresowania omawianym tematem, perspektywy jego gruntownego rozpoznania są dość mocno ograniczone. Wynika to z faktu, że kwestia nadużyć socjalnych jest mocno kontrowersyjna i niejasna. Naukowcy skupiający swoją aktywność badawczą na absencji chorobowej zwykle zachowują daleko idącą powściągliwość w ferowaniu wniosków. Nigdy nie wiadomo bowiem do końca, na ile jest ona faktycznie wymuszona chorobą, a na ile jest efektem innych, pozazdrowotnych czynników. Dostępne ogólnie dane statystyczne dotyczące absencji odzwierciedlają zachowania, a nie intencje, podczas gdy to właśnie intencje są kluczowe dla oceny zasadności absencji. To, czy pracownik „powinien” skorzystać ze zwolnienia, czy też nie jest często sprawą nieostrą i niejednoznaczną. Oczywiście przedłużenie słonecznego weekendu pod pretekstem leczenia choroby jest bezspornym nadużyciem i nie budzi żadnych wątpliwości. Podobnie jak nie budzi wątpliwości przerwa w pracy, która została wymuszona silną infekcją czy koniecznością podjęcia niezbędnej kuracji. Niemniej jednak absencja ma najczęściej charakter pośredni i mieści się gdzieś pomiędzy tymi dwiema skrajnościami. Należałoby obiektywnie i jednoznacznie określić, do jakiego poziomu nasilenia choroby dana osoba jest jeszcze zdolna do pracy, a od jakiego zdolna już być przestaje. Niestety nie jest to możliwe. Te kwestie są po pierwsze względne, tj. uzależnione od charakteru wykonywanej pracy, i po drugie subiektywne, tj. mogą być inaczej interpretowane przez różne zainteresowane strony: pracownika, lekarza, pracodawcę czy ubezpieczyciela (płatnika świadczeń).

Mimo tych kontrowersji i niejasności panuje powszechny konsensus, że pewne okoliczności sprzyjają nadużywaniu absencji chorobowej. Bazując na przeprowadzonych dotychczas badaniach udało się wyszczególnić kilka takich okoliczności, które zostały określone mianem „efektów”. Ich zestawienie przedstawia tabela.

Znając powyższe okoliczności można się pokusić o stworzenie „portretu psychologicznego” osoby, która potencjalnie wykazuje najwyższą skłonność do nadużywania absencji chorobowej. Jest to młody pracownik dużej firmy (korporacji). Zatrudniony w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony. Słabo zintegrowany z zespołem.

Tabela. Okoliczności sprzyjające nadużywaniu absencji

| OKOLICZNOŚĆ | OPIS |
|----------------------------------|--|
| efekt pogody | w czasie atrakcyjnej aury pogodowej sprzyjającej rekreacji na wolnym powietrzu |
| efekt dnia tygodnia | w środku tygodnia |
| efekt osobowości | osoby o egocentrycznej i pesymistycznej naturze |
| efekt wieku | osoby młode, rozpoczynające karierę zawodową |
| efekt wielkości przedsiębiorstwa | duże przedsiębiorstwa |
| efekt jakości pracy | frustracja i niski poziom satysfakcji z pracy |
| efekt kultury organizacyjnej | nieformalna akceptacja absentyzmu w ramach firmy |
| efekt habitusu | normy i wartości społeczne zakładające przyzwolenie dla nadużyć socjalnych |
| efekt hojności | wysoka stopa zastąpienia wynagrodzenia świadczeniami chorobowymi |
| efekt bezpieczeństwa | stabilne warunki zatrudnienia i niewielkie ryzyko zwolnienia z pracy |

Źródło: opracowanie własne.

Z mocno ograniczonymi perspektywami awansu i rozwoju zawodowego. Wykonujący mało angażującą pracę, zwykle poniżej swoich kwalifikacji. Niemający większego wpływu na bieg wydarzeń w firmie. Sfrustrowany i niezadowolony.

Którego przełożeni stosunkowo często i otwarcie nadużywają absencji, dając ciche przyzwolenie na takie zachowanie. Mający liczne i angażujące zainteresowania pozazawodowe.

Bibliografia/References

- Ahn, T. i Yelowitz, A. (2016). Paid Sick Leave and Absenteeism: The First Evidence from the U.S. *SSRN Electronic Journal*. doi: 10.2139/ssrn.2740366.
- Allebeck, P. i Mastekaasa, A. (2004). Chapter 3. Causes of sickness absence: Research approaches and explanatory models. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement*, 32(63). doi: 10.1080/14034950410021835.
- Arai, M. i Thoursie, P. S. (2005). Incentives and selection in cyclical absenteeism. *Labour Economics*, 12(2). doi: 10.1016/j.labeco.2003.11.009.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 5(LIII), 141–148.
- Bekker, M. H. J., Rutte, C. G. i Van Rijswijk, K. (2009). Sickness absence: A gender-focused review. *Psychology, Health and Medicine*. doi: 10.1080/13548500903012830.
- Bentham, J. (1958). Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa. tłum. B. Nawrocyński. Warszawa.
- Błędowski, P. i Kubicki, P. (2014) Kalkulator Społeczny jako element projektu „Kalkulator Kosztów Zaniechania” w lokalnej polityce społecznej. *Polityka Społeczna*, (3), 2–5.
- Bockerman, P. i Laukkanen, E. (2010). Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(3), 332–335. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181d2422f.
- Chadwick-Jones, J. K. (1981). Renegotiating absence levels. *Journal of Organizational Behavior*, 2(4). doi: 10.1002/job.4030020403.
- Eriksen, W., Bruusgaard, D. i Knardahl, S. (2004). Work factors as predictors of sickness absence attributed to airway infections; a three month prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(1), 45–51.
- Heinemann, F. (2008). Is the welfare state self-destructive? A study of government benefit morale. *Kyklos*, 61(2). doi: 10.1111/j.1467-6435.2008.00400.x.
- Henderson, M., Hotopf, M. i Leon, D. A. (2009). Childhood temperament and long-term sickness absence in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 194(3). doi: 10.1192/bjp.bp.107.044271.
- Hill, J. M. M. i Trist, E. L. (1955). Changes in Accidents and other Absences with Length of Service. *Human Relations*, 8(2). doi: 10.1177/001872675500800202.
- Ichino, A. i Riphahn, R. T. (2005). The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation. *Journal of the European Economic Association*, 3(1). doi: 10.1162/1542476053295296.
- Johansson, P. i Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*, 89(9–10). doi: 10.1016/j.jpubeco.2004.11.007.
- Jurek, Ł. (2018). Controversies and paradoxes of social policy: Theoretical approach. In: J. Szczepaniak-Sienniak, S. Kamiński i Ł. Jurek (eds), *Social Policy: Controversies and Paradoxes* (90–101). Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu. doi: 10.15611/pn.2018.510.07.
- Kangas, M. i in. (2017). Is the Ethical Culture of the Organization Associated with Sickness Absence? *A Multilevel Analysis in a Public Sector Organization, Journal of Business Ethics*, 140(1). doi: 10.1007/s10551-015-2644-y.

- Kristensen, T. S. (1991). Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science and Medicine*, 32(1). doi: 10.1016/0277-9536(91)90122-S.
- Kristensen, T. R. i in. (2010). Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health*, (10). doi: 10.1186/1471-2458-10-643.
- Kukuła, Z. (2018). Przepęczność socjalna i gospodarcza — podobieństwa i różnice (zagadnienia teoretyczne). *Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka*, (2), 3–17.
- Leigh, J. P. (1985). The effects of unemployment and the business cycle on absenteeism. *Journal of Economics and Business*, 37(2). doi: 10.1016/0148-6195(85)90014-1.
- Marmot, M. i in. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(2). doi: 10.1136/jech.49.2.124.
- Mastekaasa, A. (2000). Parenthood, gender and sickness absence. *Social Science and Medicine*, 50(12). doi: 10.1016/S0277-9536(99)00420-7.
- Melchior, M. i in. (2003). Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4). doi: 10.1136/jech.57.4.285.
- Melchior, M. i in. (2005). Work factors and occupational class disparities in sickness absence: Findings from the GAZEL cohort study. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1206–1212. doi: 10.2105/AJPH.2004.048835.
- Melsom, A. M. i Mastekaasa, A. (2018). Gender, occupational gender segregation and sickness absence: Longitudinal evidence. *Acta Sociologica (United Kingdom)*, 61(3), 227–245. doi: 10.1177/0001699317691583.
- North, F. M. i in. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 86(3). doi: 10.2105/AJPH.86.3.332.
- Pålsson, B. i in. (1998). Absence attributed to incapacity and occupational disease/accidents among female and male workers in the fish-processing industry. *Occupational Medicine*, 48(5), 289–295. doi: 10.1093/ocmed/48.5.289.
- Prins, R. i de Graaf, A. (1986). Comparison of sickness absence in Belgian, German, and Dutch firms. *British Journal of Industrial Medicine*, 43(8). doi: 10.1136/oem.43.8.529.
- Shapiro, C. i Stiglitz, J. E. (1984). American Economic Association Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device. *The American Economic Review*, 74(3).
- Shi, J. i Skuterud, M. (2015). Gone fishing! Reported sickness absenteeism and the weather'. *Economic Inquiry*, 53(1). doi: 10.1111/ecin.12109.
- Slowey, M. i Zubrzycki, T. (2018). *Living longer, learning longer — working longer? Implications for new workforce dynamics*. Dublin: Higher Education Research Centre, DCU. Available at: <http://heer.qaa.ac.uk/pages/default.aspx>.
- Sobotka, T., Skirbekk, V. i Philipov, D. (2011). Economic recession and fertility in the developed world. *Population and Development Review*. doi: 10.1111/j.1728-4457.2011.00411.x.
- Steers, R. M. i Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63(4). doi: 10.1037/0021-9010.63.4.391.
- Striker, M. (2016). *Absencja chorobowa pracowników*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Subert, Z., Merez-Kot, D. i Sobala, W. (2009). Stres zawodowy a ryzyko absencji chorobowej na stanowiskach obsługi interesantów. *Medycyna Pracy*, 60(4).
- Subert, Z. i Sobala, W. (2003). Absencja chorobowa w przedsiębiorstwie po restrukturyzacji. *Medycyna Pracy*, 54(1).
- Taylor, P. (1968). Personal factors associated with sickness absence. A study 194 men with contrasting sickness absence experience in a refinery population. *British Journal of Industrial Medicine*, 25(2). doi: 10.1136/oem.25.2.106.
- Taylor, P. (1974). Sickness absence: Facts and misconceptions. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 8(4).
- Väänänen, A. i in. (2003). Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science and Medicine*, 57(5). doi: 10.1016/S0277-9536(02)00450-1.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. i Pentti, J. (2001). The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(12). doi: 10.1136/oem.58.12.818.
- Virtanen, P. i in. (2000). Locality and habitus: The origins of sickness absence practices. *Social Science and Medicine*, 50(1). doi: 10.1016/S0277-9536(99)00250-6.
- Voss, M., Floderus, B. i Diderichsen, F. (2001). Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: A study based on Sweden Post. *Occupational and Environmental Medicine*. doi: 10.1136/oem.58.3.178.
- Wężyk, A. i Merez, D. (2013). Prezentyzm — (nie)nowe zjawisko w środowisku pracy. *Medycyna Pracy*. 64(6). doi: 10.13075/mp.5893.2013.0073.
- Wężyk, A. i Merez, D. (2015). Z szacunku dla języka, z dbałości o precyzję naukową — jak tłumaczyć na język polski termin „presenteeism”? *Medycyna Pracy*, 66(3). doi: 10.13075/mp.5893.00239.
- Wilkinson, A. i in. (2020). HRM in Small Firms: Balancing Informality and Formality. *The SAGE Handbook of Human Resource Management*. doi: 10.4135/9781529714852.n31.
- Ziebarth, N. R. (2013). Long-term absenteeism and moral hazard—Evidence from a natural experiment. *Labour Economics*, 24. doi: 10.1016/j.labeco.2013.09.004.
- Ziebarth, N. R. i Karlsson, M. (2014). The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *Journal of Applied Econometrics*, 29(2). doi: 10.1002/jae.2317.

Dr Łukasz Jurek, doktor nauk ekonomicznych. Ekonomista, gerontolog i polityk społeczny. Pracuje jako adiunkt na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu (Katedra Socjologii i Polityki Społecznej). Jego działalność naukowo-badawcza oscyluje wokół zagadnień związanych z finansowaniem i organizacją systemu zabezpieczenia społecznego, a także ze społeczno-ekonomicznymi konsekwencjami procesu starzenia się ludności. Jego główne obszary zainteresowań to: finansowanie opieki długoterminowej, uwarunkowania decyzji emerytalnych, poziom i jakość życia osób starszych, periodyzacja cyklu życia, różnice pokoleniowe, zarządzanie wiekiem oraz demografia rynku pracy.

Dr Łukasz Jurek, PhD in economics. He is an economist, gerontologist and social politician. Works as an assistant professor at Wrocław University of Economics and Business (Department of Sociology and Social Policy). His scientific and research activity are related to the financing and organization of the social security system, and also to socio-economic aspects of the population aging. The main fields of interest are: financing of long-term care, determinants of retirement decisions, level and quality of life of older people, periodization of the life-cycle, generational differences, age-management, and demographics of the labour market.



Nowość

Sylvia Nieszporska

RYNEK ZDROWIA SENIORÓW



Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne

PWE poleca

Autorka ocenia w książce przygotowanie polskiego systemu zdrowia do stawienia czoła problemowi starzenia się społeczeństwa oraz prezentuje narzędzia ekonometryczne ukierunkowane na szacowanie popytu na świadczenia opieki długoterminowej wraz z wynikami badań własnych. W sposób kompleksowy diagnozuje główne problemy zdrowotne seniorów, ocenia stopień zaspokojenia ich potrzeb, ze szczególnym naciskiem na potrzeby opieki długoterminowej, ocenia systemowe zabezpieczenie zdrowia seniorów na świecie i w Polsce oraz skupia się na konstrukcji modeli popytu na opiekę długoterminową w Polsce — wybranych spośród współcześnie wykorzystywanych w tym celu na świecie narzędzi i metod.

Książka skierowana jest do wszystkich tych, którzy interesują się ekonomią społeczną i ekonomią zdrowia. W głównej mierze stanowić jednak może pomoc dla decydentów i kreatorów polityki zdrowotnej kra-

ju, osób podejmujących decyzje związane z alokacją środków finansowych, zasobów ludzkich i materiałowych, planujących ich rozkład terytorialny.

Więcej informacji na stronie www.pwe.com.pl