

# DOČASNÁ PRACOVNÍ NESCHOPNOST<sup>1</sup> VERSUS PŘÍTOMNOST NEMOCNÝCH PRACOVNÍKŮ V ZAMĚSTNÁNÍ

Jana Gobyová

---

## Abstrakt

Dočasná pracovní neschopnost je převážně považována za negativní jev, neboť v jejím důsledku dochází k poklesu produktivity práce i HDP a současně ke zvyšování výdajů na zdravotní péči a finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti. Dočasná pracovní neschopnost je navíc často vnímána jako stav spjatý se simulováním a zneužíváním dávek určitou skupinou pojištěnců.

Z výše uvedených důvodů byla zavedena řada opatření majících za cíl snížit její výskyt. Tato opatření začala být některými odborníky kritizována, neboť k přítomnosti v zaměstnání motivovala i skutečně nemocné jedince. Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání (angl. presenteeism) však rovněž vede k poklesu produktivity práce, zvyšuje náklady zaměstnavatele a negativně ovlivňuje zdravotní stav pracovníků. Řadou zahraničních studií byla zároveň prokázána pozitivní korelace mezi výskytem obou výše uvedených alternativ chování nemocného pracovníka.

**Klíčová slova:** dočasná pracovní neschopnost, presenteeism, produktivita práce, zdravotní stav

## Úvod

Zdravotní stav, který může být zjednodušeně chápán jako určitý poměr zdraví a nemoci, ovlivňuje produktivitu práce jedince, jeho schopnost vytvářet produkt a přidanou hodnotu (Klesla, 2010). Tato schopnost je v době zhoršeného zdravotního stavu pracovníka snížena a jeho produktivita práce více či méně klesá.

Dočasná pracovní neschopnost a přítomnost nemocného pracovníka v zaměstnání jsou dvěma základními<sup>2</sup> alternativami chování nemocného jedince ve vztahu k docházce do zaměstnání, mezi nimiž se na základě řady okolností rozhoduje.

---

<sup>1</sup> Termín „dočasná pracovní neschopnost“ byl zaveden zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, účinným od 1. 1. 2009. Předcházejícím zákonem č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, byl používán termín „pracovní neschopnost“.

Cílem tohoto příspěvku je upozornit na souvislosti a dopady výskytu obou výše uvedených alternativ chování, polemizovat s dosavadním vnímáním dočasné pracovní neschopnosti a s některými opatřeními, která jsou přijímána pro minimalizování jejího výskytu.

## **1. Metodika a zdroje dat**

Úroveň dočasné pracovní neschopnosti je ve většině evropských zemí sledována oficiálními statistikami dané země, pro výzkumné účely bývají dále využívána úžeji zaměřená výběrová šetření. Mezinárodní srovnání je v omezené míře možné provádět na základě oficiálních statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) nebo Světové zdravotnické organizace (WHO), je však nutné mít na paměti nejednoznačné definice používaných ukazatelů. Problematika dočasné pracovní neschopnosti je rovněž součástí řady mezinárodních výběrových šetření - Evropského výzkumu pracovních podmínek (EWCS), Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS), Výběrového šetření pracovních sil (LFS); srovnatelnost dat je zajištěna používáním standardizovaných dotazníků.

Nejpoužívanějšími oficiálními ukazateli v rámci české statistiky jsou: počet případů dočasné pracovní neschopnosti na 100 pojištěných osob, průměrné trvání jednoho případu (průměrný počet dní dočasné pracovní neschopnosti připadající na jeden případ) a průměrné procento pracovní neschopnosti, které vyjadřuje, jaký podíl pracovníků není denně přítomen na pracovišti ze zdravotních důvodů. Nejvíce používaným ukazatelem v mezinárodních statistikách je průměrný počet dní dočasné pracovní neschopnosti připadající na jednu osobu. Na firemní úrovni je dočasná pracovní neschopnost zaměstnanců měřena podílem hodin strávených v pracovní neschopnosti na smluvně stanoveném časovém rozsahu práce za určité období.

Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání, tj. presenteeism, není součástí národních statistik a není sledována ani na firemní úrovni. Na rozdíl od dočasné pracovní neschopnosti, jejíž výskyt je objektivně dán (pracovník není přítomen v zaměstnání ze zdravotních důvodů a tyto zdravotní důvody prokáže lékařským osvědčením<sup>3</sup>), je výskyt tohoto jevu stanoven na základě subjektivního hodnocení jedince přítomného v zaměstnání, že se cítí nemocen a vyžaduje léčení. V rámci výběrových šetření je zjišťován dotazem, zda byl respondent v předchozím období přítomen na pracovišti, ačkoliv se cítil nemocný, kolikrát

---

<sup>2</sup> Pro léčbu akutních onemocnění pracovníci v některých případech čerpají dovolenou, popř. využívají tzv. sick days, pokud jim je zaměstnavatel poskytuje.

<sup>3</sup> V některých státech (např. Finsko, Švédsko) je finanční kompenzace ušlé mzdy poskytována při krátké dočasné pracovní neschopnosti i bez lékařského osvědčení.

takto jednal, popř. jak dlouho tento stav trval. Celkový počet realizovaných národních studií je velmi nízký, do mezinárodního výběrového šetření - Evropského výzkumu pracovních podmínek (ECWS) byla tato problematika zařazena poprvé v roce 2010.

Největší pozornost byla studiu obou výše uvedených jevů věnována v severských státech (Finsko, Švédsko), Kanadě a USA, kde byla zároveň provedena většina specifikovaných výběrových šetření.

## **2. Dočasná pracovní neschopnost**

Dočasnou pracovní neschopností se v rámci českého právního systému rozumí stav, který pro poruchu zdraví nebo jiné zákonem stanovené důvody neumožňuje pojištěnci vykonávat jeho dosavadní zaměstnání, a trvá-li porucha zdraví déle než 180 kalendářních dní, i jinou než dosavadní pojištěnou činnost (§ 55 odst. 1 písm. a) zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění). Ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti může dojít pouze na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře, a to jen u nemocensky pojištěných osob<sup>4</sup>.

Dočasná pracovní neschopnost je obecně považována za negativní jev, neboť v jejím důsledku dochází k poklesu produktivity práce, k omezení spotřeby domácností díky nižším příjmům a tím i k poklesu HDP (Klesla, 2010). Dochází naopak ke zvyšování výdajů na zdravotní péči a finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti (tj. náhradu mzdy poskytovanou zaměstnavatelem a nemocenské poskytované z nemocenského pojištění<sup>5</sup>).

Snaha redukovat výskyt dočasné pracovní neschopnosti plyne rovněž z jejího vnímání jako jevu spjatého se simulováním a zneužíváním dávek určitou skupinou pojištěnců. Dočasně práce neschopným osobám je při splnění zákonných podmínek poskytována finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti vypočtená na základě hrubé mzdy (resp. vyměřovacího základu stanoveného pro odvod pojistného na sociální zabezpečení), kterou pojištěnec pobíral v uplynulých 12 měsících. Při výpočtu denní dávky finanční kompenzace ušlé mzdy dochází k dvojí redukci (nejprve je provedena redukce vyměřovacího základu pomocí redukčních hranic a poté je vypočtena dávka ve výši 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu) a je stanovena maximální možná výše denní dávky. Díky těmto skutečnostem se rozdíl mezi dávkou a příjmem z výdělečné činnosti zvyšuje přímo úměrně výši mzdy, což činí dočasnou pracovní neschopnost výhodnější, resp. méně nevýhodnou, pro

---

<sup>4</sup> Nemocenské pojištění je u zaměstnanců povinné, u osob samostatně výdělečně činných dobrovolné.

<sup>5</sup> Náhrada mzdy byla zavedena v souvislosti s nabytím účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. V letech 2009 a 2010 byla vyplácena v prvních 14 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti, od roku 2011 je vyplácena v prvních 21 dnech. Nemocenské začalo být poskytováno od 15., resp. 22. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti.

## RELIK 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011

osoby s nižšími příjmy. Tento fakt, spolu s dalšími skutečnostmi, vede nejen odbornou veřejnost k závěrům, že tyto osoby dočasnou pracovní neschopnost, resp. finanční kompenzaci ušlé mzdy z výdělečné činnosti, zneužívají.

Výše uvedené skutečnosti vedly k přijetí řady opatření, která výskyt dočasné pracovní neschopnosti snižovala. Tato opatření byla přijímána na státní i firemní úrovni; lišila se jak svým charakterem, tak v mnoha případech i cílem. Zatímco primárním cílem legislativních opatření bylo snížit výdaje státního rozpočtu na finanční kompenzaci ušlé mzdy (tj. nemocenské) a zamezit využívání dávek, cílem některých firemních opatření bylo snížit výskyt dočasné pracovní neschopnosti prostřednictvím pozitivního působení na zdraví pracovníků.

Zásadní legislativní opatření zaváděná v České republice od roku 2004 spočívala zejména ve snižování dávek nemocenského, zavedení karenční doby v prvních 3 dnech trvání dočasné pracovní neschopnosti, v níž není ušlá mzda z výdělečné činnosti kompenzována či neaktualizování redukčních hranic podle mzdového vývoje, čímž došlo k prohloubení rozdílu mezi nemocenským a ziskem z výdělečné činnosti (Gobyová, 2010). Jednalo se o represivní opatření, která motivovala jedince k nevyužívání institutu dočasné pracovní neschopnosti, aniž by se snažila pozitivně ovlivnit jejich zdravotní stav. Postihovala tedy jen důsledek, nikoliv příčinu nastalé skutečnosti.

V opatření firem, která byla dosud praktikována zejména v zahraničí, popř. v zahraničních firmách působících v České republice, je dočasná pracovní neschopnost chápána komplexně, tj. jako jev, který je převážně důsledkem špatného zdravotního stavu, na jehož výskyt však mají vliv i další skutečnosti. V tomto směru byly podnikány příslušné kroky. Součástí realizovaných preventivních programů byla pozitivní i negativní motivace pracovníků k jejich docházce do zaměstnání (poskytování benefitů v případě, že absence za určité období nepřesáhla stanovený limit; povinné pohovory se zaměstnavatelem či vyšetření závodním lékařem v případě časté či dlouhotrvající pracovní absence), podpora zdraví a zdravého životního stylu (poukázky do fitness center, programy na odvykání kouření, zdravé stravování v závodních jídelnách). K zajištění větší spokojenosti pracovníků byla zaváděna flexibilní pracovní doba, začal být využíván tzv. home office a byla aktivně řešena otázka sladování rodinného a pracovního života (např. zřizováním firemních školek). Nejednalo se tedy pouze o snahu snížit dočasnou pracovní neschopnost prostřednictvím nepřímých administrativních tlaků, ale byla podniknuta rovněž opatření směřující k zlepšení zdravotního stavu a sociální pohody pracovníků.

### 3. Přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání

Na konci 90. let 20. století se v zahraniční odborné literatuře začalo objevovat nové nazírání na tuto problematiku. Výše uvedená restriktivní opatření aplikovaná v řadě evropských zemí začala být kritizována, neboť k přítomnosti v zaměstnání motivovala i skutečně nemocné jedince a agenda zdravotního stavu pracovníků byla rozšířena o nový pojem – „presenteeism“. Jedná se koncept, který je používán k pojmenování stavu, resp. jednání člověka, který je přítomen v zaměstnání, ačkoliv se cítí nemocen a měl by se léčit (Aronsson et al., 2000). Důsledkem tohoto chování je pokles produktivity práce, zvýšení nákladů a z dlouhodobého hlediska negativní ovlivnění zdravotního stavu pracovníků.

Zájem o presenteeism byl vyvolán především změnami pracovního klimatu (reorganizace firem, nárůst nezaměstnanosti, stres, důraz na výkon a časovou flexibilitu pracovníka) a změnami v systému sociálního zabezpečení (Aronsson et al., 2000). Pod vlivem těchto okolností lidé změnili své chování v době nemoci a začali jej více přizpůsobovat aktuálním podmínkám. Výskyt tohoto jevu v posledních letech výrazně narostl a je možné jej vyzorovat ve všech pracovních odvětvích, ačkoliv motivace může být různá.

### 4. Důsledky obou alternativ chování

#### 4.1 Produktivita práce a finanční dopady

Dočasná pracovní neschopnost i přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání se projevuje poklesem produktivity práce a zvýšením finančních nákladů. Produktivita práce dočasně práce neschopného jedince je nulová, neboť není přítomen na pracovišti a nevykonává žádnou činnost. V rámci sociálního zabezpečení je mu však vyplácena finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti a jeho absence se tedy v hospodaření firmy a státu promítne dvakrát.

Snížení produktivity práce nemocného jedince, který i přesto dochází do zaměstnání, není tak zřejmé a navíc je obtížně kvantifikovatelné. V závislosti na druhu nemoci, její intenzitě, charakteru pracovní činnosti atd. bylo odhadnuto, že schopnost pracovat se u nemocných jedinců přítomných v zaměstnání snižuje o 5 až 40 % (Hemp, 2004; Pauly et al., 2008). Nemocný pracovník přítomný v zaměstnání odvádí méně práce či práci méně kvalitní, přesto je mu zpravidla vyplácena mzda dohodnutá v pracovní smlouvě. Za stejné finanční ohodnocení je tedy vyprodukováno méně, čímž zaměstnavateli vznikají tzv. nepřímé náklady (Hemp, 2004). Vzhledem k rozšířenosti tohoto chování a jeho dlouhodobým dopadům bylo

některými autory odhadnuto, že náklady na presenteesim dokonce převyšují prostředky vynaložené na finanční kompenzaci ušlé mzdy a léčbu nemocných pracovníků (Pauly et al., 2008).

#### **4.2 Zdravotní stav**

Dopad obou výše uvedených alternativ chování na zdraví člověka nebyl blíže prozkoumán, a proto je možné jen v obecné rovině konstatovat, že přítomnost nemocného pracovníka v zaměstnání zpomaluje proces uzdravování a zvyšuje pocit vyčerpanosti jedince (Demerouti et al., 2009). Bylo zjištěno, že tyto osoby trpí častěji nechutenstvím, nespavostí, depresemi, bolestmi hlavy a zad (Aronsson et al., 2000). Z tohoto úhlu pohledu by dočasná pracovní neschopnost měla být vnímána jako stav podporující zdraví, a to zejména jedná-li se o akutní onemocnění. V případě chronické, dlouhotrvající nemoci může být tento pozitivní efekt vykompenzován sociálním vyloučením a ztrátou kontaktů a podnětů, které poskytuje pracoviště (Aronsson a Gustafsson, 2005).

Dlouhodobým negativním vlivem přítomnosti nemocných pracovníků v zaměstnání na jejich zdravotní stav se zabýval Kivimäki (Kivimäki et al., 2005), který ve své studii prokázal, že z osob, které svůj zdravotní stav hodnotily jako špatný, se srdeční příhody vyskytly dvakrát častěji u těch, které v osmiletém studovaném období nebyly ani jednou v dočasné pracovní neschopnosti v porovnání s těmi, jejichž pracovní absence ze zdravotních důvodů dosahovala průměrné úrovně.

Vyjdeme-li z předpokladu, že přechozené či nedobře vyléčené onemocnění se negativně promítne do zdraví člověka, zvyšuje opakovaná přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání následné výdaje státního rozpočtu na poskytování zdravotní péče a v případě využívání dočasné pracovní neschopnosti rovněž na dávky nemocenského pojištění.

#### **4.3 Hodnocení úrovně nemocnosti**

Úroveň nemocnosti byla tradičně měřena pomocí ukazatelů dočasné pracovní neschopnosti, neboť neexistovaly, a v České republice stále neexistují, vhodnější statistické indikátory tohoto jevu. V situaci, kdy se jedinci pod vlivem řady okolností stále častěji rozhodují pokračovat v docházce do zaměstnání i v době nemoci, je úroveň zdravotního stavu populace nejlépe odrážena celkovým počtem nemocných osob absentujících i přítomných v zaměstnání. Nízká úroveň dočasné pracovní neschopnosti může v některých případech znamenat dobrý zdravotní stav, v jiných vysoký počet nemocných pracovníků přítomných v zaměstnání (Caverley et al., 2007).

## 5. Faktory ovlivňující výskyt obou alternativ chování

Dočasná pracovní neschopnost i přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání jsou, už ze své podstaty, velmi úzce spjaty se zdravotním stavem jedince. Jejich výskyt je však ovlivňován rovněž dalšími faktory, tj. faktory souvisejícími s výkonem výdělečné činnosti (organizace práce, pracovní podmínky a prostředí), demografickými a socioekonomickými charakteristikami pracovníka.

Jestliže bychom chápali oba sledované jevy jako čistě alternativní způsoby chování, mohli bychom předpokládat, že nastane-li určitá skutečnost, která snižuje výskyt dočasné pracovní neschopnosti, bude tatáž skutečnost automaticky zvyšovat přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání. V takovémto případě by se nemocnost osob v populaci výrazně nelišila a dotčení jedinci by se přibližně stejně často, pouze na základě určitých okolností, rozhodovali, zda budou v docházce do zaměstnání pokračovat či nikoliv. Tento vztah však potvrzen nebyl a naopak bylo zjištěno, že oba jevy mezi sebou silně pozitivně korelují; značná část pracovníků, kteří využili institut dočasné pracovní neschopnosti, byla zároveň opakovaně přítomna v zaměstnání v době nemoci (Böckerman a Laukkanen, 2008). Tato skutečnost tedy nasvědčuje tomu, že ve společnosti se nacházejí osoby či skupiny osob, které se vyznačují vyšší nemocností, a které následně častěji než jiní volí mezi dočasnou pracovní neschopností a přítomností v zaměstnání.

Na základě řady provedených analýz je možné konstatovat, že faktory související s makroekonomickou situací v zemi, jako je nezaměstnanost či stabilita ekonomických subjektů, působí na oba jevy opačným způsobem. Nižší jistota zaměstnání, která souvisí právě s vyšší mírou nezaměstnanosti a nestabilitou ekonomických subjektů, snižuje počet případů dočasné pracovní neschopnosti a naopak zvyšuje přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání. Toto chování je možné jednoduše vysvětlit strachem pracovníků ze ztráty pracovního místa v případě časté či dlouhotrvající pracovní absence. Odlišným způsobem se do volby jedné z možných alternativ chování promítá rovněž nastavení sociálního systému, konkrétně výše finanční kompenzace ušlé mzdy z výdělečné činnosti v době dočasné pracovní neschopnosti. Nižší dávky poskytované v nemoci vedou pracovníky k častější přítomnosti v zaměstnání, popř. čerpání dovolené za účelem léčby onemocnění, namísto využívání dočasné pracovní neschopnosti.

Faktory odrážející na individuální úrovni zdravotní stav jedince, jeho postoje, demografické a socioekonomické charakteristiky a okolnosti výkonu zaměstnání, mají na

výskyt obou sledovaných jevů převážně stejný vliv. Vyšší výskyt dočasné pracovní neschopnosti a zároveň častější přítomnost v zaměstnání v době nemoci byly prokázány u osob s horším zdravotním stavem, žen, osob s nižším vzděláním a nižším příjmem, osob méně spokojených v zaměstnání, u kterých si neodpovídá počet hodin, které by chtěly odpracovat a které skutečně odpracovaly, osob pracujících na plný úvazek, pracujících na směny a majících pevnou pracovní dobu.

Interpretace příčin daného chování se v jednotlivých výzkumech liší. Např. ve studiích zabývajících se dočasnou pracovní neschopností bývá její vyšší výskyt u nižších příjmových skupin vysvětlován menším rozdílem mezi příjmem z výdělečné činnosti a finanční kompenzací ušlé mzdy, a tedy určitou výhodností tohoto chování. Ve výzkumech zaměřených naopak na přítomnost nemocných pracovníků v zaměstnání bývá toto častější chování osob s nižšími příjmy vysvětlováno menším finančním obnosem, kterým tyto osoby disponují a obtížnějším uspokojováním potřeb v případě výpadku příjmu z výdělečné činnosti. Tento příklad upozorňuje na potřebu studovat danou skutečnost komplexně, ve všech jejích projevech, neboť při výběru pouze jednoho z projevů dané reality může snadno dojít k dezinterpretaci, resp. účelové interpretaci dané skutečnosti. Dosavadní počet studií věnujících se oběma jevům je však velmi nízký.

## **6. Diskuse**

Výskyt onemocnění, popř. úrazu, je počáteční skutečností, která musí nastat, aby došlo k volbě jedince mezi absencí a přítomností v zaměstnání. Předpokládáme, že nemocnost v populaci není stejná a zdravotní stav jedinců se liší na základě věku, pohlaví, vzdělání, socioekonomického postavení, pracovního prostředí a dalších charakteristik souvisejících s výkonem zaměstnání atd.

Na pracovním trhu dochází k tomu, že osoby s podobnými charakteristikami vykonávají podobný druh výdělečné činnosti a vytvářejí tak určité socioprofesionální skupiny. Každá z těchto skupin se, vzhledem k charakteristikám osob, které ji tvoří, vyznačuje určitou úrovní zdravotního stavu a následně nemocnosti.

Příslušnost k určité socioekonomické skupině nemá vliv jen na zdravotní stav, ale rovněž na rozhodování mezi absencí a presencí v době nemoci. Tato volba je ovlivněna charakterem výdělečné činnosti, náplní práce a možností tuto činnost vykonávat ve zhoršeném zdravotním stavu. Předpokládá se, že v tomto ohledu existují mezi jednotlivými zaměstnáními značné rozdíly.



Příslušnost k určité socioprofesionální skupině je tedy jednak významným prediktorem nemocnosti a zároveň do jisté míry předurčuje výsledek rozhodování nemocného pracovníka.

Horší zdravotní stav se vyskytuje u osob s nižšími příjmy, které se zpravidla vyznačují také nižším stupněm vzdělání a malou kontrolou nad vykonávanou prací (nemohou si sami určovat tempo své práce a vybrat úkoly, kterým se budou aktuálně věnovat; vykonávají jen dílčí část výsledného produktu a nemají přehled o zbývajících úkonech). Tito pracovníci častěji než ostatní pracují v horším prostředí, obtížněji hledají uplatnění na trhu práce a mají větší riziko být propuštěni v době ekonomické recese. Součástí jejich životního stylu bývají návyky, které negativně působí na jejich zdravotní stav; častěji kouří, nadměrně konzumují alkohol a méně pečují o své zdraví.

S ohledem na výše uvedené skutečnosti je možné dovodit, že vyšší výskyt dočasné pracovní neschopnosti u osob s nižšími příjmy, který byl prokázán řadou analýz, je způsoben převážně nemocností těchto osob, nikoliv vypočítavostí jejich chování. Tuto hypotézu potvrzuje také zjištění, že socioprofesionální skupiny charakteristické vyšším výskytem dočasné pracovní neschopnosti se vyznačují také častější přítomností v zaměstnání v době nemoci (Böckerman a Laukkanen, 2008).

Selekce, ke které dochází na pracovním trhu, stojí z velké části také za rozdílným výskytem obou sledovaných jevů mezi ženami a muži. Pracovní trh je rozdělen na mužská a ženská zaměstnání, v nichž se pracovní úkoly a pracovní podmínky výrazně odlišují. Ženy mají nižší průměrný plat, je jim umožněna menší účast na rozhodovacím procesu a ve větší míře pracují v zaměstnáních, která jsou považována za méně prestižní a nabízejí méně příležitostí ke kariérnímu postupu. Vykonávaná práce je mnohdy stereotypní a psychosociálně náročná (Laaksonen et al., 2010). Vyšší nemocnost žen, která se projevuje vyšším výskytem dočasné pracovní neschopnosti i jejich častější přítomností v zaměstnání v době nemoci, tedy není dána pouze vlivem pohlaví, ale rovněž jejich zařazením do určité socioprofesionální skupiny, resp. tím, že odlišná náplň práce a pracovní podmínky vystavují ženy a muže rozdílným zdravotním rizikům.

## **Závěr**

Dočasná pracovní neschopnost a přítomnost v zaměstnání jsou dvěma alternativami chování nemocného pracovníka. Vzhledem k tomu, že byla prokázána silná pozitivní korelace mezi výskytem obou jevů, bylo dovozeno, že na individuální úrovni oba jevy odrážejí nemocnost pracovníků a pouze ve vztahu k vnějším makroekonomickým ukazatelům reagují jedinci změnou chování a preferencí jedné z možných variant.

Nízké dávky nemocenského a karenční doba motivují řadu nemocných pracovníků k docházce do zaměstnání, která má z krátkodobého i dlouhodobého pohledu řadu negativních dopadů. Jedním z nich je zvýšení výdajů na zdravotní péči a finanční kompenzaci ušlé mzdy v případě následných závažnějších zdravotních problémů, což popírá původní cíl těchto opatření.

## Literatura

- ARONSSON, G. et al. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2000, vol. 54, no. 7, s. 502-509. Dostupný z: <http://jech.bmj.com/content/54/7/502.abstract>. ISSN 1470-2738.
- ARONSSON, G., GUSTAFSSON, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2005, vol 47, no. 9, s. 958–966. Dostupný z: <http://www.choixdecarriere.com/pdf/6573/2010/AronssonGustafsson2005.pdf> . ISSN 1076-2752.
- BÖCKERMAN, P., LAUKKANEN, E. (2008). *What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of union members*. [online]. Munich Personal RePEc Archive. Aktualizováno dne: 3. srpna 2011. [cit. 2011-08-16]. Dostupné z: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/10556/>
- CAVERLEY, N. et al. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*. 2007, vol. 44, no. 2, s. 304 – 319. Dostupný z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6486.2007.00690.x/abstract>. ISSN 0022-2380.
- DEMEROUTI, E. et al. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*. 2009, vol. 14, no. 1, s. 50-68. Dostupný z: [www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm](http://www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm). ISSN 1362-0436.
- GOBYOVÁ, J. (2010). Trendy dočasné pracovní neschopnosti v České republice od počátku 90. let. *Demografie*. 2010, roč. 52, č. 4, s. 249-257. ISSN 0011-8265.
- HEMP, P. (2004). Presenteeism: at work – but out of it. *Harvard Business Review* [online]. Zveřejněno 2004. [cit. 2011-06-22]. Dostupný z: <http://www.ihpm.org/pdf/HBR%20Presenteeism.pdf>.
- KIVIMÄKI, M. et al., (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*. 2005, vol. 95, no. 1, s. 98–102. Dostupný z WWW: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/95/1/98.pdf>. ISSN 1541-0048.
- KLESLA, A. (2010). Důsledky zdravotní reformy pro pracovní neschopnost v roce 2009. In Valenčík, R. *Lidský kapitál a investice do vzdělání*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o.p.s. 2010. ISBN 978-80-7408-043-2.

## RELIK 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011

LAAKSONEN, M. et al., (2010). Gender differences in sickness absence - the contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2010, vol. 36, no. 5, s. 394-403. Dostupný z: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_7726/is\\_201009/ai\\_n55071907/?tag=content:coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_7726/is_201009/ai_n55071907/?tag=content:coll).

PAULY, M. V. et al., (2008). Valuing reductions in on-the-job illness: 'presenteeism' from managerial and economic perspectives. *Health economics*. 2008, vol. 17, no. 4, s. 469-485. Dostupný z: <http://ideas.repec.org/s/wly/hlthec.html>. Online ISSN: 1099-1050.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

### **Adresa autorky:**

Jana Gobyová, Mgr.

Katedra demografie a geodemografie PřF UK v Praze

Albertov 6, 128 43 Praha 2

[jana.gobyova@seznam.cz](mailto:jana.gobyova@seznam.cz)

Česká správa sociálního zabezpečení

Odbor nemocenského pojištění zaměstnanců

Křížová 25, 225 08 Praha 5

[jana.gobyova@cssz.cz](mailto:jana.gobyova@cssz.cz)