

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA ABSENTIZMA V SLOVENIJI V OBDOBJU OD LETA
2007 DO 2016**

Ljubljana, april 2019

JASNA SMLATIĆ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Jasna Smlatič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza abscentizma v Sloveniji v obdobju od leta 2007 do 2016, pripravljene v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Došenovič Bonča Petro

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 ABSENTIZEM Z VIDIKA FINANČNE VZDRŽNOSTI ZDRAVSTVA.....	4
2 DEJAVNIKI IN POSLEDICE ABSENTIZMA.....	9
2.1 Dejavniki absentizma.....	10
2.2 Obvladovanje posledic absentizma	13
3 UREDITEV PRAVIC ZAČASNIH ODSOTNOSTI ZAPOSLENIH Z DELA V SLOVENIJI.....	21
3.1 Pravica do nadomestila za obdobje začasne odsotnosti z dela	21
3.2 Ureditev pravic začasnih odsotnosti zaposlenih z dela v državah Evropske unije ..	22
4 PRIMERJAVA BOLNIŠKE ODSOTNOSTI IN PSIHOFIZIČNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI IN SKANDINAVSKIH DRŽAVAH	28
5 ANALIZA ABSENTIZMA V SLOVENIJI V OBDOBJU OD 2007 DO 2016	37
6 VPLIV GOSPODARSKE KRIZE NA BOLNIŠKO ODSOTNOST	52
SKLEP	60
LITERATURA IN VIRI	67

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pričakovano trajanje življenja v obdobju od leta 2007 do 2016.....	7
Tabela 2: Umrli dojenčki na 1000 živorojenih dojenčkov	7
Tabela 3: Število umrlih oseb po vzrokih.....	8
Tabela 4: Število izgubljenih koledarskih dni v breme delodajalca in ZZSZ v obdobju od leta 2007 do 2016	38
Tabela 5: Povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti z dela v breme delodajalca in ZZSZ v obdobju od leta 2007 do 2016.....	38
Tabela 6: Število primerov absentizma v breme delodajalca in ZZSZ v obdobju od leta 2007 do 2016	39
Tabela 7: Število izgubljenih koledarskih dni po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016	40
Tabela 8: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016	41
Tabela 9: Število primerov absentizma po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016	43
Tabela 10: Povprečni strošek dela na koledarski dan v obdobju od leta 2008 do leta 2016	44
Tabela 11: Ocena stroškov absentizma z družbenega vidika v obdobju od leta 2008 do leta 2016.....	44

Tabela 12: Kazalniki bolniškega staleža v obdobju od leta 2007 do 2016	46
Tabela 13: Kazalniki absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013	53
Tabela 14: Število zaposlenih v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2015	55
Tabela 15: Kazalniki bolniškega staleža v predelovalni dejavnosti v obdobju od leta 2008 do 2013	55
Tabela 16: Kazalniki bolniškega staleža v gradbeništvu v obdobju od leta 2008 do 2013	57

KAZALO SLIK

Slika 1: Izdatki ZZZS za nadomestila plače zaradi bolniške odsotnosti v obdobju od leta 2007 do 2016 v milijonih evrov	4
Slika 2: Gibanje vseh izdatkov za staranje kot delež BDP v % v Sloveniji in EU – 28 v obdobju od leta 2013 do 2060	5
Slika 3: Ocenjena skupna sprememba števila delovno sposobnega prebivalstva in prebivalstva v starosti nad 65 let v obdobju od leta 2014 do 2020	6
Slika 4: Struktura zaposlenih glede na število delovnih ur na teden v letu 2010.....	30
Slika 5: Struktura zaposlenih glede na število delovnih ur na teden v letu 2015.....	30
Slika 6: Povprečno število delovnih ur na teden v letih 2010 in 2015.....	31
Slika 7: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da je njihovo zdravje v nevarnosti zaradi dela, ki ga opravljajo	31
Slika 8: Delež anketiranih, ki ocenjujejo da delo, ki ga opravljajo, vpliva na njihovo zdravje	32
Slika 9: Delež prebivalstva glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2010	32
Slika 10: Delež prebivalstva glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2015	33
Slika 11: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da so delali v času bolezni	34
Slika 12: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da bodo trenutno delo opravljali tudi v starosti 60 let	34
Slika 13: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da so dovolj plačani za delo, ki ga opravljajo v letih 2010 in 2015	35
Slika 14: Delež anketiranih, ki ocenjujejo zadovoljstvo z delovnimi razmerami oziroma delovnimi pogoji	36
Slika 15: Delež anketiranih, ki ocenjujejo usklajenost delovnega časa z družinskimi ali družabnimi obveznostmi	36
Slika 16: Povprečno število izgubljenih koledarskih dni po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016	41
Slika 17: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) v dnevih glede na skupine bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016	42
Slika 18: Povprečno število primerov po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016.....	43
Slika 19: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti v breme delodajalca v obdobju od leta 2007 do 2016	45
Slika 20: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti v breme ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016	45

Slika 21: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v obdobju od leta 2007 do 2016	46
Slika 22: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na poškodbe in zastrupitve izven dela v obdobju od leta 2007 do 2016	47
Slika 23: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na poškodbe in zastrupitve na delu v obdobju od leta 2007 do 2016	48
Slika 24: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na bolezni dihal v obdobju od leta 2007 do 2016	49
Slika 25: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na duševne in vedenjske motnje v obdobju od leta 2007 do 2016	50
Slika 26: Realna rast BDP v % v obdobju od leta 2007 do 2016	52
Slika 27: Povprečna letna stopnja rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013	53
Slika 28: Odstotek izgubljenih delovnih dni na enega zaposlenega (% BS) v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji	54
Slika 29: Indeks onesposabljanja (IO) v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji	54
Slika 30: Število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v letu (IF) v obdobju od leta 2008 do 2013	55
Slika 31: Kazalniki povprečne letne stopnje rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013 v predelovalni industriji	56
Slika 32: Kazalniki povprečne letne stopnje rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013 v gradbeništvu	57
Slika 33: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v predelovalni dejavnosti v obdobju od leta 2008 do 2013	58
Slika 34: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v gradbeni panogi v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji	59

SEZNAM KRATIC

ANG. – angleško

BDP – bruto domači proizvod

EU – (ang. European Union); Evropska Unija

EUROFOUND – (ang. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions); Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer

IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravje Republike Slovenije

MISSOC – (ang. Mutual Information System on Social Protection); Vzajemni informacijski sistem o socialni varnosti

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OECD – (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

PRAVILA – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in Pravilnik o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega

zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil

SHARE – Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

ZDR-1 – Zakon o delovnih razmerjih

ZPIZ – Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju

ZRSZ – Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje

ZUJF – Zakon za uravnoteženje javnih financ

ZUTD – Zakon o urejanju trga dela

ZUTPG – Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZPB – Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb in drugih zdravstvenih razlogov oziroma absentizem je poleg prezentizma (prisotnost na delovnem mestu kljub bolezni, slabem počutju, z obolenji ali drugimi motečimi dejavniki, zaradi katerih imajo zaposleni manjšo produktivnost) pomemben razlog za izgube produktivnosti posameznika in posledično v gospodarstvu. Te izgube v produktivnosti predstavljajo posredne stroške bolezni (Planinc, 2013).

Raziskave o stroških bolezni (angl. cost of illness – COI), ki se pogosto pojavljajo v zdravstvu z namenom opredelitve bremena, zlasti kroničnih bolezni, prikazujejo neposredne in posredne stroške in so izhodišče za oceno, kaj pridobimo s tem, če se uspe zmanjšati oz. odpraviti bolezen ali poškodbo. S pomočjo takšnih raziskav lahko dobimo vpogled v ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem ali celotno družbo. Tudi v drugih državah se raziskovalci, bolj kot za celovite raziskave, odločajo za oceno stroškov posameznih bolezni in poškodb (Sedlak, Zaletel, Kasesnik & Zorko, 2015). Neposredni stroški vključujejo vrednost blaga in storitev za katere je bilo izvedeno plačilo, in viri, uporabljeni za diagnostiko. Med neposredne stroške štejemo tudi izdatke za bolnišnično zdravljenje, nego doma, patronažne storitve, delo zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev (Sedlak, Zaletel, Kasesnik & Zorko, 2015). Posredni stroški pa, kot smo omenili, predstavljajo izgubo proizvodnje blaga in storitev zaradi zmanjšane zmožnosti za delo zaradi bolezni ali prezgodnje smrti. Vrednost na delovnem mestu, ali doma izgubljenega časa kot posledice bolezni, ali prezgodnje smrti, lahko merimo z izgubljenim zaslužkom in tržno vrednostjo neizvedenih domačih opravil ali dela. Del posrednih stroškov so tudi bolečina, trpljenje, ekonomska odvisnost, socialna izolacija posameznika, ki jih ni mogoče ovrednotiti (Sedlak, Zaletel, Kasesnik & Zorko, 2015). Ostali stroški vključujejo nezdravstvene stroške (npr. stroške prevoza do zdravnika, stroške, ki so povezani s časom porabljenim za obisk pri zdravniku, časom, ko je družinski član odsoten z dela, ker neguje ali spremlja bolnika k zdravniku) ter neotipljive stroške, povzročene zaradi zmanjšane kakovosti življenja (Sedlak, Zaletel, Kasesnik & Zorko, 2015).

Med posrednimi stroški je najpogostejše pozornost usmerjena predvsem na stroške absentizma. Osebe, ki so pogosto odsotne z dela se soočajo z nižjim finančnim prihodkom, pri daljših odsotnostih se pojavijo težave pri vrnitvi na delovno mesto, posledično pa imajo tudi manj možnosti za napredovanje. Vsaka odsotnost posameznika vpliva na zaposlene in celotno organizacijo. Tisti, ki so prisotni na delu, so primorani nadomeščati manjkajoče, kar nemalokrat povzroča dodaten stres in slabo voljo, posledice pa se kažejo tudi z zmanjšanjem učinkovitosti celotne organizacije (Harrison & Martocchio, 1998). Za delodajalce predstavlja absentizem negativne posledice, saj se soočajo s težavami pri reorganizaciji delovnega procesa, stroški za nadomestila plač, stroški nadur, zmanjšano produktivnostjo in posledično nižjo konkurenčnostjo. Države, ki financirajo zdravstveno dejavnost iz sredstev proračuna ali socialnih zavarovanj, se srečujejo z naraščanjem

stroškov za nadomestila med začasno zadržanostjo z dela. Ob čedalje večjih težavah uskladitve prihodkov in izdatkov za zdravstvo se problem zagotavljanja fiskalne vzdržnosti zdravstva dodatno zaostruje in zato ga skušajo spraviti v okvire, ki bi bili sprejemljivi z vidika narodnogospodarskih možnosti in interesov (Bagari & Butala, 2004).

V kolikor želimo vplivati na stroške absentizma in jih posledično zmanjšati, moramo poznati vzroke, ki vplivajo na pojav absentizma. Bilban (2005) vzroke absentizma deli na medicinske in nemedicinske. Med medicinske vzroke štejemo bolezen, poškodbo na delu ali izven dela, nega družinskega člana, nosečnost, presaditve organov in pa krvodajalske akcije. Nemedicinski vzroki niso povezani z zdravstvenim stanjem posameznika in le ta simulira bolezensko stanje. Navadno se posameznik zavestno odloči za odsotnost z dela zaradi pomanjkanja motivacije ali pa nezadovoljstva v delovnem oziroma zasebnem okolju. Med nemedicinske vzroke bi tako lahko uvrstili tudi dejavnike, vezane na podjetje (slabi pogoji dela, ekonomski položaj podjetja, slabi medosebni odnosi v kolektivu, slaba organizacija dela), zaposlene (starostna struktura zaposlenih, spolna struktura, izobrazbena struktura), družbo (stanovanjski problem posameznikov, neurejeno varstvo otrok), družino (konflikti, težje bolezni v družini) organizacijo in delo zdravstvene službe (subjektivnost mnenja zdravnika, razpetost med željami podjetja, mnenjem zdravniške komisije in mnenjem bolnika, dolgotrajna diagnostika), posameznega delavca, ki pa niso medicinske narave (nezadovoljstvo pri delu, zasebne aktivnosti, neresnost, nedisciplina, nizka motivacija za delo, pomanjkanje delovnih navad) (Bilban, 2005).

Obvladovanje stroškov iz naslova absentizma zahteva dobro poznavanje navedenih dejavnikov absentizma in uveljavitev ukrepov ali spodbud, ki so usmerjene v te dejavnike. Stroške absentizma je tako, glede na to, da so dejavniki na različnih ravneh, možno obvladovati na različnih ravneh – pri posameznikih, pri delodajalcih in na sistemski ravni. Največja odgovornost za zdravje je na zaposlenem samem, saj se mora zavedati, da je skrb za lastno zdravje njegova obveznost. Organizacija lahko vpliva v pozitivni smeri z vlaganjem v zdravje zaposlenih. Smiselno je skrbeti za zdrav življenjski slog zaposlenih in ergonomsko prilagoditi delovna mesta. Pomembni so dobri medsebojni odnosi ter pravočasno in sprotno reševanje konfliktov v podjetju, spodbujanje k nadgradnji znanja na področju varnosti in zdravja pri delu. Posebno pozornost je treba nameniti izboljšanju stanja delovnega okolja, varnosti pri delu, skrbi za zaposlene, njihovem dobremu počutju in zadovoljstvu na delovnem mestu, ter njihovem spodbujanju k delu (Vučković, 2010). Na sistemski ravni, je eden od ukrepov zmanjšanje nadomestil za čas odsotnosti in postopno približevanje višine nadomestil povprečju Evropske Unije (v nadaljevanju EU) (Švab, 2009).

Če na sistemski ravni opazujemo ureditev pravic delovno aktivnih, lahko ugotovimo, da se med evropskimi državami razlikuje. V državah (Češka, Estonija, Grčija, Irska, Ciper in Portugalska) delodajalci ne plačujejo nadomestila zaposlenim v primeru začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni. Trajanje pravice do bolniškega staleža je praviloma omejeno,

omejitve ni le Sloveniji in Bolgariji. 100 % nadomestila najdemo le v 5 državah, a le v določenih primerih, 11 držav pa ima 70 % nadomestilo za čas odsotnosti z dela. Sistem čakalnih dni, to je obdobje, ko posameznik nima pravice do nadomestila, ima več kot polovica držav, pri čemer je število čakalnih dni od 1 do 6, najpogosteje 3 čakalni dnevi (Podgornik, 2010). Ureditev bolniškega staleža v Sloveniji je za zavarovance zelo ugodna. Višina nadomestil za čas odsotnosti z dela je med najvišjimi v Evropi, poleg Bolgarije pa smo edina država v EU, kjer ni zakonske omejitve trajanja bolniškega staleža. Prav tako v Sloveniji nimamo sistema čakalnih dni, kot ga ima večina držav EU (MISSOC, 2018).

Leta 2015 je bila v Sloveniji stopnja bolniškega staleža nižja kot v Belgiji, na Češkem, Slovaškem (nad 5 % ter višja kot v državah kjer znaša med 3 in 3,5 % (Avstrija, Nemčija, Velika Britanija, Francija). Glede na število delovno aktivnega prebivalstva v letu 2015 je v Sloveniji bilo v povprečju na dan 4,56 % vseh zaposlenih na bolniški (Kapitanovič, 2016).

Namen magistrskega dela je analiza absentizma v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016 in primerjava ureditve pravic v primeru odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov med različnimi državami. Cilji magistrske naloge so opredeliti ekonomsko breme bolezni, opredeliti absentizem in njegove dejavnike na različnih ravneh, nato pa podrobneje prikazati ureditve pravic v različnih evropskih državah ter proučiti dinamiko absentizma v Sloveniji v obdobju od leta 2007 do 2016.

Magistrsko delo bo v prvem delu temeljilo na deskriptivni metodi dela. Uporabili bomo strokovno literaturo tujih in domačih avtorjev, članke in prispevke. Uporabili bomo tudi komparativno metodo, saj bomo primerjali podatke za Slovenijo, s podatki ostalih držav EU. Analizirali bomo podatke 5. in 6. Evropske raziskave o delovnih razmerah. Povzeli bomo vprašanja, ki se nanašajo na absentizem, delovne pogoje in posledično na psihofizično zdravje ljudi. Vprašanja oziroma odgovore bomo primerjali med skandinavskimi državami in Slovenijo. Vsi podatki obeh omenjenih raziskav so dostopni na spletni strani Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (v nadaljevanju EUROFOND). Analizirali bomo podatke o začasni odsotnosti z dela v obdobju od leta 2007 do 2016, ki smo jih povzeli iz podatkovne baze Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ), s poudarkom na analizi vpliva gospodarske krize na začasno odsotnost z dela.

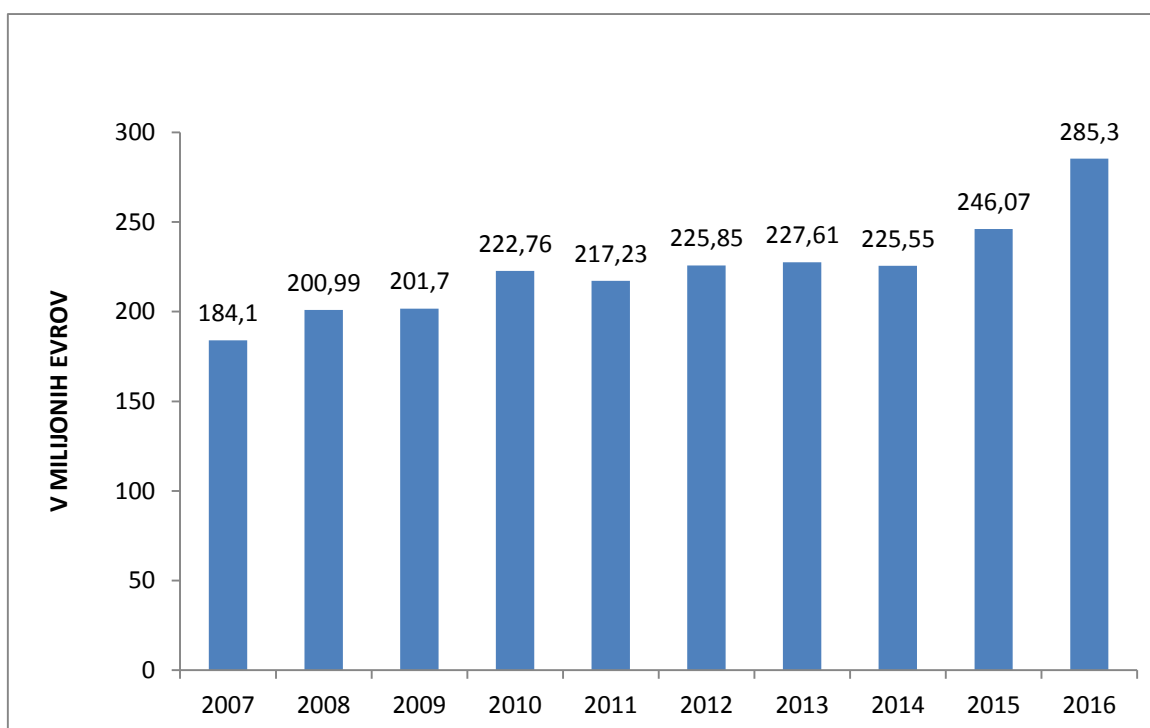
Naloga bo razdeljena na dva dela, teoretičnega in empiričnega. V prvem poglavju oziroma uvodu bomo opredelili problem, predmet, namen in cilje magistrske naloge. V drugem poglavju bomo teoretično opredelili ekonomsko breme bolezni. V tretjem poglavju bomo prikazali dejavnike absentizma na različnih ravneh ter predlagali smiselno tipologijo dejavnikov. V četrtem poglavju bomo preučili ureditev pravic med državami kot dejavnika absentizma, v petem poglavju pa bomo primerjali bolniško odsotnost in psihofizično zdravje v Sloveniji in skandinavskih državah. V šestem poglavju bomo analizirali

absentizem v Sloveniji v obdobju od leta 2007 do 2016. V sedmem poglavju bomo preučili vpliv gospodarske krize na bolniško odsotnost, temu sledi sklepno poglavje in pa literatura in viri. Uporabljali bomo podatke NIJZ, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) in Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS).

1 ABSENTIZEM Z VIDIKA FINANČNE VZDRŽNOSTI ZDRAVSTVA

Po podatkih NIJZ je bilo zaradi začasne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov v Sloveniji, v letu 2016, izgubljenih 12.279.198 delovnih dni, kar je 369.271 delovnih dni več kot leta 2015 (NIJZ, 2017). Z naraščanjem števila izgubljenih delovnih dni, naraščajo tudi izdatki za nadomestila plače, in sicer tako delodajalcev kot ZZZS, ki krije nadomestila za daljše odsotnosti. Kot je razvidno iz slike 1, so izdatki ZZZS za nadomestila plače zaradi bolniške odsotnosti za skoraj 40 milijonov evrov višji v letu 2016, kot pa v letu 2015 in za dobrih 100 milijonov višji, kot pa leta 2007.

Slika 1: Izdatki ZZZS za nadomestila plače zaradi bolniške odsotnosti v obdobju od leta 2007 do 2016 v milijonih evrov

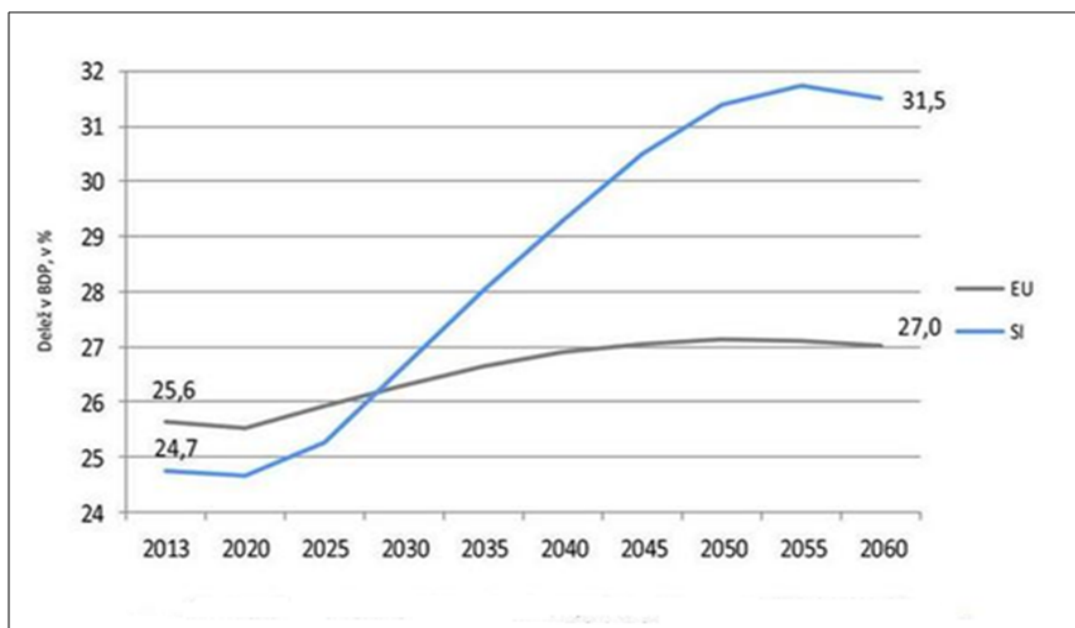


Vir: Poslovno poročilo ZZZS (2008-2017).

Slovenija letno namenja za zdravstvo okrog 9 % svojega bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP) (SURS, 2018c). Pri ugotavljanju deleža BDP za zdravstveno varstvo se upoštevajo vsa finančna sredstva, ki jih za zdravstveno varstvo namenjajo države iz proračunov, ali jih vplačujejo zavezanci v obliki prispevkov in sredstva, ki jih prebivalci namenjajo iz zasebnih virov (Markuš, 2011).

Slovenija je med državami v EU z najbolj neugodno demografijo oziroma projekcijami izdatkov, povezanih s hitrim staranjem prebivalstva, torej zlasti za pokojnine, zdravstvo in dolgotrajno oskrbo. Kot kaže slika 2, se bodo po ocenah Evropske komisije ti izdatki od 2013 do 2060 na ravni EU povečali s 25,6 % na 27 % BDP, v Sloveniji pa s 24,7 % na kar 31,5 % BDP (The 2015 Ageing report, 2014).

Slika 2: Gibanje vseh izdatkov za staranje kot delež BDP v % v Sloveniji in EU – 28 v obdobju od leta 2013 do 2060

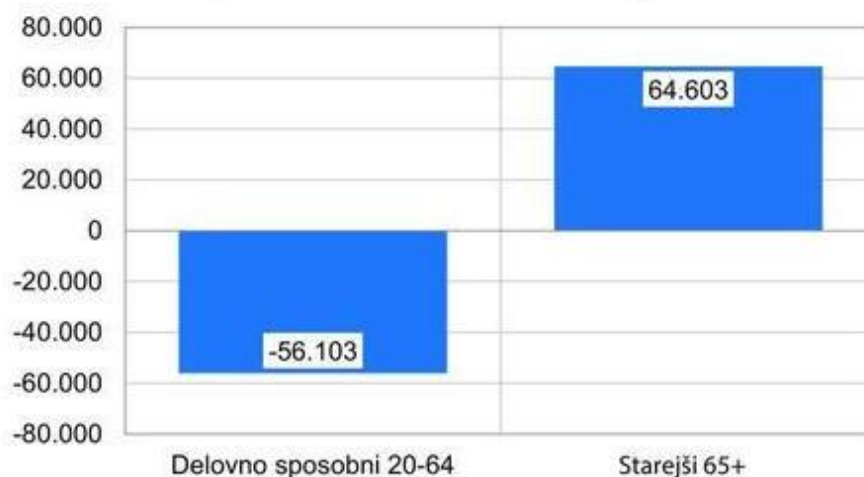


Vir: The 2015 Ageing report (2014).

Da bi v luči naraščajočih potreb in hitre rasti izdatkov lažje zagotovili fiskalno vzdržnost zdravstva, je pomembno, da čim več ljudi dela, treba je zmanjševati stroške absentizma, pa tudi prezentizma (ko bolni ljudje delajo) in spodbuditi k aktivnosti tisti del delovno zmožnega prebivalstva, ki sploh ne išče zaposlitve. Značilnost Slovenije je, da ljudje prepozno vstopajo in prehitro izstopajo iz trga dela, kar skupaj s staranjem prebivalstva pomeni večji pritisk na rast izdatkov in tudi manjšo rast prilivov v blagajno ZZZS. Kot kaže slika 3 v obdobju od 2014 do 2020, lahko pričakujemo 56 tisoč manj delovno sposobnih v skupini od 20 do 64 let, medtem ko bo starejših od 65 let za skoraj 65 tisoč več (Rednak, 2016). V Sloveniji je bilo leta 2008 delovno aktivnih 996.000 prebivalcev, med njimi 55 % moških in 45 % žensk. Stopnja delovne aktivnosti, ki pomeni odstotni delež delovno aktivnih prebivalcev med vsemi prebivalci, starejšimi od 14 let, je znašala skoraj 57 %. To pomeni, da smo še precej daleč od predvidevanj Lizbonske strategije, po kateri naj bi bila ta stopnja 70 %. Res pa je, da se stopnja delovne aktivnosti dviguje, saj je pred petnajstimi leti znašala dobrih 52 %. Skoraj sedem od desetih delovno aktivnih prebivalcev je bilo leta 2008 v srednjih letih, kar pomeni, da so bili stari med 25 in 49 let. Med delovno aktivnimi osebami je bilo leta 2008 slabih 86 % zaposlenih in skoraj 20 % samozaposlenih oseb, ostale 4 % pa so predstavljali pomagajoči družinski člani. Najmanj

brezposelnih je bilo na zavodu za zaposlovanje prijavljenih septembra 2008, ko je bila stopnja registrirane brezposelnosti rekordno nizka, saj je znašala 6,3 % (IVZ RS, 2010).

Slika 3: Ocenjena skupna sprememba števila delovno sposobnega prebivalstva in prebivalstva v starosti nad 65 let v obdobju od leta 2014 do 2020



Vir: The 2015 Ageing report (2014).

Zaradi zgoraj omenjenih dejstev, so nujna večja prizadevanja za preprečevanje kroničnih bolezni med delovno aktivnim prebivalstvom, saj se bo s tem zmanjšala bolniška odsotnost in tudi zgodnejša upokojeitev. Rezultati raziskave SHARE (raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi) kažejo nizke stopnje aktivnosti v Sloveniji v populaciji od 50 do 59 let, še bistveno nižje stopnje aktivnosti pa beležimo pri izpostavljenih skupinah prebivalstva (kadilci, tvegani pivci, prekomerno hranjene osebe) ter zelo visoko stopnjo bolniških odsotnosti pri zaposlenih z dvema ali več kroničnih bolezni (OECD, 2016).

Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je povprečno število let življenja, ki ga posamezna oseba lahko pričakuje ob rojstvu, če predpostavljamo, da se umrljivost po starosti od leta opazovanja dalje ne bo spremenila. Zdravje prebivalcev Slovenije se je v zadnjih desetletjih izboljšalo in pričakovana doba trajanja življenja se je podaljšala. K podaljševanju življenjske dobe je največ prispevalo zmanjšanje umrljivosti prebivalcev v višjih starostnih razredih. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu je v Sloveniji preseglo 80 let, ter je 0,3 leta nad povprečjem EU-28 (IVZ, 2010). Kot kaže tabela 1, v letu 2016 v Sloveniji rojeni deček lahko pričakuje, da bo ob nespremenjeni umrljivosti dočkal starost 77,96 leta ali skoraj 6 let manj, kot v istem letu rojena deklica; ta namreč lahko pričakuje 83,86 leta (SURS, 2017). Vrednost kazalnika pričakovano trajanje življenja se je v zadnjih treh desetletjih zvišala za moške za 10 let, za ženske pa za 8 let. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se bo daljšalo in dečki, rojeni v Sloveniji leta 2080, bodo lahko pričakovali, da bodo živeli 87 let, deklice pa več kot 91 let (SURS, 2018a).

Tabela 1: Pričakovano trajanje življenja v obdobju od leta 2007 do 2016

LETO	ŽENSKE	MOŠKI
2007	81,8	74,61
2008	82,26	75,42
2009	82,31	75,76
2010	82,65	76,3
2011	82,9	76,61
2012	82,89	76,96
2013	83,17	76,98
2014	83,68	77,97
2015	83,51	77,59
2016	83,86	77,96

Vir: SURS (2017).

Umrljivost novorojenčkov v Sloveniji je najnižja med vsemi državami EU. Razloge za zmanjšanje umrljivosti pripisujemo preventivnim programom, izboljšanjem zdravstvenem varstvu nosečnic in splošnem napredku v medicinski tehnologiji. Pred petdesetimi leti je v Sloveniji v prvem letu starosti na 1.000 živorojenih umrlo 42,4 živorojenih otrok, kot kaže tabela 2, pa v letu 2016 le še 2, kar uvršča Slovenijo med države z najnižjo umrljivostjo dojenčkov v Evropi in svetu nasploh (IVZ, 2010).

Tabela 2: Umrli dojenčki na 1000 živorojenih dojenčkov

LETO	NA 1000 ŽIVOROJENIH DOJENČKOV
2007	2,8
2008	2,4
2009	2,4
2010	2,5
2011	2,9
2012	1,6
2013	2,9
2014	1,8
2015	1,6
2016	2,0

Vir: SURS (2017).

Moški, umrli v letu 2007, so bili ob smrti v povprečju za 9,1 let mlajši od umrlih žensk (moški so bili leta 2007 povprečno stari 69,1 let, umrle ženske pa 78,2 let). Samo v zadnjih petih desetletjih, se je povprečna starost umrlega moškega dvignila za skoraj 12 let (11,8), povprečna starost umrle ženske pa za 15 let. V zadnjih petdesetih letih, se je povečala tudi razlika med spoloma v starosti ob smrti za malo več kot tri leta, in sicer v korist žensk. Povprečna starost ob smrti se zvišuje tudi zaradi preprečevanja prezgodnjih, potencialno preprečljivih vzrokov smrti. Da se zdravstveno stanje prebivalstva Slovenije izboljšuje, je razvidno iz zniževanja tako imenovane prezgodnje umrljivosti, ki jo zdravstvene statistike definirajo kot umrljivost pred 65. letom starosti (IVZ, 2010). V 2016 je umrlo 19.689

prebivalcev ali 0,7 % manj kot v letu 2015. Povprečna starost umrlih prebivalcev se iz leta v leto počasi zvišuje. V letu 2016 je bila 77,3 leta. Umrli moški so bili stari povprečno 73,0 let, umrle ženske pa povprečno 81,4 leta (ali povprečno 8,4 leta starejše od umrlih moških) (SURS, 2018b).

V Sloveniji letno beležimo 253 smrti na 100.000 prebivalcev, ki bi jih lahko preprečili z ustreznimi javnozdravstvenimi intervencijami v najširšem smislu, medtem ko je v povprečju EU-28 takih smrti 204 na 100.000 prebivalcev. Hkrati je v Sloveniji 118 smrti na 100.000 prebivalcev, ki bi jih lahko preprečili s pomočjo ustrezne medicinske tehnologije, če bi bila na voljo na kraju smrti (OECD, 2016). Kot kaže tabela 3, med najpogostejše vzroke umrljivosti v Sloveniji štejemo neoplazme oziroma maligne novotvorbe, bolezni srca in ožilja, bolezni dihal, bolezni prebavil in poškodb (SURS, 2017). Poglavitna vzroka za smrt sta bolezni srca in ožilja in pa maligne novotvorbe. Umrljivost za rakom v Sloveniji, je večja od povprečne stopnje umrljivosti zaradi raka v državah EU-28 (OECD, 2016).

Tabela 3: Število umrlih oseb po vzrokih

LETO	MALIGNE NOVOTVORBE	BOLEZNI SRCA IN OŽILJA
2007	5624	7613
2008	5762	7237
2009	5805	7475
2010	5902	7385
2011	5896	7313
2012	5847	7570
2013	6084	7504
2014	5910	7755
2015	6231	7982
2016	6248	7810

Vir: SURS (2017).

Za Slovenijo so značilni zviševanje starosti ob smrti, nizka stopnja umrljivosti dojenčkov in podaljševanje pričakovanega trajanja življenja. Prebivalstvo Slovenije po podatkih naj ne bi le upadlo, temveč naj bi se tudi izrazito postaralo. Če je bilo konec leta 2007 16,0 % prebivalcev starih 65 let ali več, naj bi jih bilo po podatkih, konec leta 2060, že 33,4 %, kar je dobra tretjina vsega prebivalstva Slovenije. Pri tem Slovenija v okviru EU ni izjema, saj naj bi staranje prebivalstva zajelo vse države članice EU (po izračunih, naj bi bilo leta 2060 v državah članicah EU kar 30 % prebivalstva starega 65 let ali več). Vzroke gre iskati v izrazito nizki rodnosti v večini držav članic, ter večjem številu preživelih v višjih starostih. Tako naj bi bilo po teh podatkih, konec leta 2060, v EU trikrat več prebivalcev starih 80 let ali več, kakor v letu 2008. Staranje prebivalstva med drugim prinaša večjo obremenjenost delovno sposobnega prebivalstva. Za vzdrževanje ene starostno odvisne osebe je bilo v Sloveniji na voljo 2,4 delovno sposobne osebe, leta 2061 pa bo le še 1,2 (IVZ RS, 2010).

Zgoraj omenjeni trendi po eni strani pomenijo rast izdatkov za zdravstvo, saj izdatki s starostjo naraščajo, po drugi strani pa bo treba zagotoviti, da bo mlajše prebivalstvo lahko prispevalo v zdravstveno blagajno. Potrebno bo torej boljše obvladovanje kroničnih bolezni, zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni, uvajanje novih tehnologij, preprečevanje prezgodnje umrljivosti in zmanjševanje izgub produktivnosti delovno aktivnih oseb.

Zlasti s slednjega vidika, je pomembno tudi obvladovanje bolniških odsotnosti, ki postajajo vse bolj opazna težava slovenskega zdravstvenega sistema. ZZZS so nadomestila plače leta 2016 stala 285.308.173 milijonov evrov, kar je skoraj 16 % več kot leta 2015. Bolniška odsotnost v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je povprečno trajala 16,3 dneva, v breme delodajalca pa 7,5 dneva. Rast izkazujejo tudi podatki o t. i. dolgotrajnih staležih (nad 45 dni), ki jih ZZZS vodi v posebni podatkovni zbirki. Na dan 31. 12. 2016 je bilo takih skupaj 21.932 primerov (2.894 več kot na dan 31. 12. 2015), nad 1 leto trajanja pa 5.916 (1.327 več kot na dan 31. 12. 2015) (ZZZS, 2016). ZZZS bo v letu 2017 po lastni oceni za plačevanje teh nadomestil namenil 321,5 milijona evrov. To je za 43 % ali skoraj sto milijonov evrov več kot leta 2012 (225,8 milijona evrov). Če je bilo konec leta 2012 več kot leto dni na bolniški 3.139 Slovencev, se je do konca maja 2016 število povzpelo že na 6.535.

Breme slabšega zdravja močno vpliva na višino izdatkov socialnih pomoči. Ocenjeno je, da v povprečju države v EU namenijo 1,7 % BDP (v nadaljevanju bruto domačega proizvoda) za izplačila bolniškega staleža in invalidnosti, kar je več od izplačil za nadomestila za brezposelnost. Trend kaže rast izdatkov ZZZS, vzroki pa so predvsem večje število prejemnikov plač, posledično tudi več začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb, večje osnove za nadomestila, ki so posledica rasti plač, in večji odhodki zaradi nege otroka, zaradi več otrok v vrtcih, staranje delovne sile in posledično večja obolevnost aktivnega prebivalstva ter dolgotrajnejši postopki diagnosticiranja in zdravljenja ter s tem povezanih več obolelih zaposlenih in njihovih družinskih članov (Kapitanovič, 2016).

2 DEJAVNIKI IN POSLEDICE ABSENTIZMA

Absentizem je namerna ali običajna odsotnost z dela (Folger, 2017). Med absentizem štejemo različne izostanke, zamude, izhode in druge odsotnosti, ko naj bi posameznik delal, pa ga ni na delovnem mestu. Pri spremljanju absentizma navadno opazujemo le celodnevne izostanke, ker praviloma v organizacijah nimamo uvedenega načina spremljanja izkoristka časa v povezavi s prisotnostjo na delu (Florjančič, 1994). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1997) opredeljuje absentizem kot začasno, dolgotrajno ali stalno nezmožnost za delo zaradi bolezni oziroma slabosti. Zaposleni so lahko odsotni z delovnega mesta zaradi dopusta, lastnih zdravstvenih težav, zdravstvenih težav članov družine, dodatnega izobraževanja itd. Odsotnost z dela je kompleksen in večdimenzionalni pojav, ki terja natančno in korektno obravnavanje. Kljub

temu, da so odsotnosti z dela različne, pa praksa kaže, da organizacije največ pozornosti namenjajo odsotnosti zaposlenih z dela zaradi zdravstvenih težav zaposlenih oziroma njihovih družinskih članov (Buzeti, 2015). Pod pojmom zdravstveni absentizem razumemo izgubljene delovne dneve oziroma čas, ko zaposleni ne more začasno delati zaradi bolezni ali poškodbe (Toth, 1999).

Van der Merwe in Miller (1988) absentizem razdelita na tri kategorije, ki pomagajo razumeti večdimenzionalnost absentizma, in sicer na upravičeno odsotnost – odsotnost z dovoljenjem (dopust, izobraževanje), neupravičeno odsotnost (zamujanje v službo, prezgodnji odhodi iz službe) ter bolniška odsotnost (odsotnost zaposlenih zaradi zdravstvenih razlogov). Florjančič, Ferjan in Bernik (1999) opredeljujejo absentizem glede na trajanje in frekvenco. Problemi, ki jih povzroča absentizem, se kažejo predvsem takrat, ko se poveča frekvenca, in ne toliko, ko se poveča njegovo trajanje v podjetju. Merkač-Skok (2005) vrste absentizma opredeli glede na obliko (bolniški izostanki, študijski izostanki, službeni izostanki), glede na frekvenco (po posameznikih in dejavnostih), trajanje (krajše zamude, nekajurni izostanki) in glede na distribuiranost (npr. ob sezonskih delih). Steel (2003) deli absentizem na prostovoljno (npr. nezadovoljstvo z delom) in neprostovoljno odsotnost (ko zaposleni nima vpliva, npr. poškodba) ter na izgubljeni čas in frekvenco odsotnosti.

2.1 Dejavniki absentizma

Absentizem je subjekt aktivnega proučevanja raziskovalcev različnih znanstvenih panog, saj s svojimi dejavniki in posledicami vpliva na številna področja. Pojav absentizma ni povezan le s psihofizičnim stanjem prebivalstva, ampak tudi z različnimi drugimi dejavniki, zlasti ekonomskimi, delovnimi in socialnimi. S problemi absentizma se vse bolj sistematično ukvarjajo tudi delodajalci, zlasti bolj osveščeni. Zmanjševanje absentizma pa ne bo imelo ustreznih učinkov, če ne bomo poznali vzrokov za nastanek pojava (Vučkovič, 2010). Florjančič, Ferjan in Bernik (1999) ter Merkač-Skok (2005) delijo vzroke absentizma na objektivne in subjektivne. Objektivni vzroki so lahko pravni, ekonomski in geografski oziroma tisti, na katere praviloma ne moremo vplivati, da bi jih zreducirali. Vplivamo lahko na subjektivne vzroke, ki so pretežno psihične ali socialne narave. Sanders in Hoekstra (1998) razložita, da je začasna odsotnost zaposlenih z dela rezultat številnih vzrokov, ki učinkujejo en na drugega in s tem vplivajo na zaposlenega na način, da je odsoten z dela. Vzroke za začasno odsotnost zaposlenih z dela lahko razdelimo v tri skupine. V prvo skupino uvrščamo posameznika in njegove osebnostne značilnosti, drugo skupino predstavljajo dejavniki organizacije oziroma delovnega okolja, v tretjo skupino pa številne zunanje dejavnike, ki vplivajo na začasno odsotnost z dela (Bilban, 2005).

Dejavnike, ki so povezani s posameznikom in neposredno vplivajo na nastanek absentizma, razdelimo v dve skupini, in sicer na dejavnike absentizma zaradi medicinskih vzrokov in nemedicinske dejavnike absentizma. Med medicinske vzroke uvrščamo

bolezni, ki vezane na spremembe v življenjskem slogu posameznika in spremembe v delovnem okolju, med nemedicinske vzroke pa štejemo različna domača opravila (npr. gradnja hiše, delo na polju). Med zgoraj navedenimi dejavniki, ki vplivajo na nastajanje absentizma, ima glavno vlogo motivacija zaposlenega za delo. Poleg bolezni, so pogosti razlogi za absentizem nezadovoljstvo in preobremenjenost, ki jo posameznik čuti na delovnem mestu (Bilban, 2005).

V kolikor upoštevamo značilnosti, ki so povezane s posameznikom, ugotavljamo, da je v korelaciji z začasno odsotnostjo z dela možno opredeliti nekatera dejstva, in sicer:

- spol: rezultati kažejo, da je odstotek odsotnosti z dela višji pri ženskah v primerjavi z moškimi. Pri tem velja upoštevati, da imajo vpliv na razliko predvsem obveznosti, ki jih imajo ženske z družino oziroma bolnimi otroci (Harrison in Martocchio, 1998; Allebeck & Mastakaasa, 2004a);
- starost: Evans in Palmer (2000) ter Harrison in Martocchio (1998) pojasnjujejo, da je za mlade značilno, da so odsotni večkrat toda za krajši čas kot starejši. Starejši so gledano na frekvenco manj odsotni, toda znotraj posameznih odsotnosti so odsotni večje število dni kot mlajši, še posebej po se to kaže po 50. letu starosti;
- zakonski stan: rezultati kažejo, da je bila višja začasna odsotnost z dela zabeležena pri tistih zaposlenih, ki so ločeni, odovali in neporočeni v primerjavi s poročenimi (Allebeck & Mastakaasa, 2004b);
- osebnost: Allebeck in Mastekaasa (2004a) menita, da sta anksioznost in depresivnost glavna razloga pri zaposlenih, da se odločijo za odsotnost, med tem ko Harrison in Martocchio (1998) trdita, da je največ absentizma zaradi slabih življenjskih razvad (kajenje, alkohol, uživanje nedovoljenih drog). Po podatkih NIJZ kronične nenalezljive bolezni zaradi dolgotrajnega poteka in pogosto hude prizadetosti povzročajo veliko družbeno breme. Najpogostejše kronične nenalezljive bolezni so srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, bolezni kostno-mišičnega sistema, kronične bolezni dihal ter nekatere duševne bolezni (NIJZ, 2018).

Med dejavnike, ki vplivajo na absentizem, bi lahko uvrstili tudi poklic oziroma izobrazbo, kar pa je povezano tudi z dejavniki absentizma, ki izhajajo iz delovnega okolja. Med tovrstne dejavnike štejemo delovne razmere, ukrepe za varnost in zdravje pri delu, odnose med zaposlenimi, njihovo motiviranost in sistem stimulacij in ne nazadnje način vodenja v organizacijah. Eden najpomembnejših dejavnikov, ki vpliva na zdravje zaposlenih, je delovno okolje in posledično delovne razmere. Le te so povezane z medosebnimi odnosi, z zahtevnostjo oziroma kompleksnostjo dela, z razporeditvijo delovnega časa, s proizvodno tehnologijo, mikroklimo in drugimi dejavniki, ki izvirajo iz dela (Toth, 2003). Študije dokazujejo, da je človeški dejavnik v proizvodnji pomembnejši od tehnologije. Delodajalec potrebuje zaposlene za doseganje ciljev, le ti pa morajo kakovostno opraviti delo oziroma naloge, sicer se postavlja vprašanje učinkovitosti oziroma uspešnosti in konkurenčnosti podjetja (Kožar, 1995). Delodajalci stremijo k pridnim in vestnim delavcem, ki bodo

vedno na razpolago, vendar pa morajo na poti k doseganju zastavljenih ciljev tudi delodajalci upoštevati določena načela. Skrbeti morajo za optimalne delovne pogoje, ustrezno klimo v podjetju, motiviranost zaposlenih za dodatna izobraževanja in izpopolnjevanja in nenazadnje skrb za dobro psihofizično zdravje zaposlenih. Pomembno je, da se vsi zaposleni čutijo pripadne podjetju in njegovim ciljem (Bilban, 2005).

Najpogostejši dejavniki, ki so vezani na podjetja in vplivajo na nastanek absentizma so (Bilban, 2005):

- organizacija dela (slaba organizacija dela pripelje do nezadovoljstva, neučinkovitosti, padca motivacije, slabih medosebnih odnosov, konfliktnih situacij);
- neustrezni in nehigienski pogoji (izpostavljenost škodljivim dejavnikom, delo v prisiljeni drži, fizično naporno delo);
- ekonomski problemi (zamujevanje pri izplačilu plač je lahko vzrok za padec motivacije za delo, kar lahko vpliva na absentizem);
- medosebni odnosi (pogoste konfliktno situacije med zaposlenimi vodijo v nezdrave medosebne odnose);
- struktura zaposlenih po kvalifikaciji (nižje izobraženi navadno pogosteje izostajajo z dela kot visoko izobraženi.);
- nerazumevanje vodstva za osebne težave delavcev;
- spolna struktura zaposlenih;
- oddaljenost od družine (zaposleni podaljšajo vikend ali dopust z begom v absentizem).

Delodajalci so tisti, ki lahko s pomočjo ustrezne organizacijske politike v organizaciji, prispevajo k zmanjšanju začasnih odsotnosti zaposlenih z dela, saj so odgovorni za organiziranje delovnega procesa in s tem vzpostavljajo delovnih pogojev. Delodajalci so tudi tisti, ki lahko najlažje odkrivajo vzroke za začasno odsotnost zaposlenih z dela, saj lahko s pravilnim pristopom pridobijo pomembne informacije, ki lahko vplivajo na uvedbo novih ukrepov za uspešno obvladovanje odsotnosti zaposlenih z dela (Buzeti, 2015).

Vzroke, ki vplivajo na to, da so zaposleni začasno odsotni z dela, lahko zaznamo tudi v okolju, ki je zunaj organizacije. Dejavnike, ki so zunaj delovnega okolja in vplivajo na začasno odsotnost zaposlenih z dela, imenujemo zunanji dejavniki. Slednji predstavljajo tretjo skupino dejavnikov, s katerimi lahko kategoriziramo vzroke za začasno odsotnost zaposlenih z dela (Buzeti, 2015). V preteklosti je veljalo, da je zdravje odsotnost bolezni, danes pa opredeljujemo zdravje kot širšo vrednoto. S pojmom zdravje označujemo ne le odsotnost bolezni ali nezmožnosti za delo, ampak stanje popolnega psihofizičnega in socialnega blagostanja. Skrb za zdravje ni več le interes posameznika, ampak tudi skrb družbe, in ni več le zasebna, ampak tudi vse bolj družbena dobrina (Bilban, 2005).

V literaturi se kot zunanji dejavniki, ki vplivajo na začasno odsotnost zaposlenih z dela, pojavljajo predvsem dejavniki, ki jih opredeljujeta Evans in Palmer (2000):

- bolezni in nesreče; bolezen kot vzrok za začasno odsotnost zaposlenih z dela je potrebno obravnavati korektno, saj veliko ljudi, ki ima različne bolezni, zaradi slednjih ni odsotna z dela, ampak svoje delo opravljajo normalno. Vzrok za začasno odsotnost zaposlenih z dela lahko predstavljajo poškodbe na delovnem mestu oziroma izven delovnega mesta;
- družinske odgovornosti in obveznosti; npr. nega družinskih članov zaradi bolezni ali poškodb;
- ekonomski pogoji in razmere na trgu; raziskave kažejo, da je stopnja začasne odsotnosti zaposlenih z dela večja takrat, kadar so ekonomske razmere na trgu dela ugodne (nizka brezposelnost, nova delovna mesta). Takrat se zaposleni počutijo bolj varne na delovnih mestih in so bolj samozavestni, da lahko najdejo drugo delo oziroma službo, zaradi česar so tudi bolj naklonjeni k odsotnosti z dela. V času recesije in visoke brezposelnosti je stopnja začnih odsotnosti zaposlenih z dela nizka, saj se zaposleni zavedajo, da lahko izgubijo službo tudi zaradi neprisotnosti na delovnem mestu;
- težave s prevozom; med faktorje, ki so povezani s prevozom, lahko štejemo oddaljenost prebivališča in delovnega mesta, prometne zastoje, vremenske razmere in kakovost javnih prevoznih sredstev. Avtorja pojasnjujeta, da dlje kot traja vožnja na delovno mesto (npr. zaradi slabih vremenskih razmer in prometnih zastojev), lažje se zaposleni odločijo, da bodo odsotni z dela.

Med zunanje dejavnike, ki vplivajo na začasno odsotnost zaposlenih, zagotovo vpliva tudi ureditev pravic začnih odsotnosti z dela, pravica do nadomestila v primeru začne odsotnosti iz dela in pa strogost nadziranja začnih odsotnosti z dela. Zunanji vzroki za začasno odsotnost zaposlenih z dela so pogosto prepleteni med seboj. Na nekatere vzroke je možno vplivati in se jih lahko obvladuje, vpliv na nekatere vzroke pa je izven kontrole delodajalcev, zaposlenih in države (Buzeti, 2015).

2.2 Obvladovanje posledic absentizma

Začasna odsotnost z dela je pogosto rešitev tako za zdravstvene, kot tudi druge težave posameznika. Toth (2003) poudarja, da je za visoko stopnjo absentizma pri nas kriv način razmišljanja, ki dopušča zgoraj omenjeno ravnanje. Ker se takšnega načina reševanja težav poslužuje vse več prebivalstva, dobimo resen družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima tudi občutne ekonomske, socialne in organizacijske posledice za delavce, delodajalce, gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za vsako družbo je zdravstveni absentizem zelo pomemben zaradi številnih, zgoraj omenjenih, negativnih posledic (Vučkovič, 2010). Avtorja Treble in Barmby (2011) razvrstita omenjene negativne posledice med poglavitne neposredne in posredne stroške absentizma

v organizacijah. Med neposredne stroške uvrščata nadomestilo plače odsotnega zaposlenega, plačilo nadur obstoječega zaposlenega ali (pre)plačilo nadomestnega delavca. Posredni stroški se po njunem mnenju odražajo v znižani produktivnosti in učinkovitosti, v izgubi časa zaradi uvajanja in iskanja nadomestnih delavcev, v nedoseganju želja kupcev v okviru slabše kakovosti izdelkov ali storitev, v večji fluktuaciji zaposlenih in v slabših medsebojnih odnosih ter pomanjkanju motivacije.

Zaposleni se v času, ko so začasno odsotni z dela, soočajo z nižjo plačo in manjšimi možnostmi za napredovanje (Harrison & Martocchio, 1998). Hkrati se jim na drugi strani povečajo tudi določeni stroški, ki so povezani predvsem s procesom zdravljenja (npr. zdravila, nakup pripomočkov, ki pomagajo pri ozdravitvah). V kolikor so odsotni z dela za daljši čas, pa se jim lahko zgodi, da izgubijo delovno mesto in kot posledica tega, se lahko pojavijo negativni elementi v odnosu do sodelavcev in do samega sebe (npr. slabša samopodoba, depresivnost) (Buzeti, 2015). Hrymak in Perezgonzalez (2007) sta v raziskavi opredelila stroške zaposlenega, ki so nastali zaradi nezgode pri delu. Po njunem mnenju, se ti stroški kažejo kot izguba pri plači, potni stroški (prevoz do osebnega zdravnika oziroma bolnišnice), doplačila za zdravila in plačila za koriščenje samoplačniških storitev (terapevti, psihiatri).

Absentizem za podjetja predstavlja strošek zaradi zmanjševanja produktivnost, potrebni pa so tudi izdatki za usposabljanje delavcev, ki nadomeščajo odsotnega delavca, ter stroški dodatnih nadur. Stroški absentizma na strani delodajalca so (Draksler, 2011):

- nadomestilo plače za čas odsotnosti (delavcu, ki je v bolniškem staležu pripada nadomestilo plače za čas odsotnosti v višini njegove povprečne mesečne plače zadnjih treh mesecev oziroma iz obdobja dela v zadnjih treh mesecih);
- stroški izplačila nadur (prisotni delavci z nadurnim delom nadomeščajo odsotnega);
- stroški prerazporejanja in usposabljanja zaposlenih (pri daljši odsotnosti zaposlenega je potrebna včasih reorganizacija dela. Vodstvo se poslužuje prerazporejanja delavcev in dodatnim usposabljanjem zaposlenih);
- nadomeščanje z novo zaposlitvijo (delodajalec se na podlagi trajanja bolniške odsotnosti posameznika, vrste dela, ki ga posameznik opravlja in nujnosti opravljenega dela odloči o načinu nadomeščanja);
 - nova zaposlitev (v primeru nove zaposlitve nastanejo stroški z objavo prostega delovnega mesta, zdravniškim pregledom, delovno opremo...)
 - študentsko delo (stroški z delovno opremo),
 - najemanje delovne sile (plačilo provizije agenciji, stroški z delovno opremo,...);
- nezadovoljstvo delavcev zaradi preobremenjenosti in s tem manjša produktivnost.

Za državo in narodno gospodarstvo je pojav začasnih odsotnosti zaposlenih z dela nezaželen, saj prispeva k izpadu ustvarjenega dohodka in povzroča povečevanje stroškov za zdravstvo in socialo ter zmanjšuje produktivnost (Buzeti, 2015). ZZZS zagotavlja iz

javnih sredstev nadomestila plač od 31. dne dalje za čas začasne zadržanosti zaradi bolezni, zato je obvladovanje absentizma nacionalni interes (Bagari & Butala, 2004).

Odgovornost za obvladovanje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela nosijo država, delodajalci in ljudje (predvsem tisti, ki so zaposleni). Za začasno odsotnost zaposlenih z dela, torej niso dogovorni samo delodajalci, saj so za obvladovanje in zmanjševanje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela, nujno potrebni usklajeni ukrepi vseh nosilcev, ki so za to odgovorni (Buzeti, 2015).

Vloga posameznika oziroma zaposlenega, kot enega izmed nosilcev, med tistimi, ki so odgovorni za obvladovanje in zmanjševanje začasnih odsotnosti z dela, se kaže predvsem v odgovornosti do lastnega zdravja. Smiselno je, da se zaposleni zaveda, da je zdravje ena izmed glavnih vrednot in zato ne sme pričakovati, da so za njegovo zdravstveno stanje dolžni skrbeti vsi ostali. Skrb za ohranjanje in krepitev zdravja posameznika se kaže predvsem s tem, da skrbi za zdrav življenjski slog ter da se izogiba škodljivim dejavnikom, ki lahko ogrozijo njegovo zdravje. Skrb za fizično in duševno počutje v kombinaciji z zdravo prehrano so glavni faktorji, na podlagi katerih se pri zaposlenih oblikujejo znaki dobrega počutja in zdravja. Odločitev zaposlenih v smeri zdravega načina življenja, je v prvi vrsti njihova, toda pri tem jim lahko na ustrezen način pomagajo in jih pri tem spodbujajo tudi delodajalci in država, saj podatki raziskav kažejo, da v kolikor so zaposleni zdravi in se dobro počutijo, je tudi odsotnost zaposlenih z dela nižja. S tem pa se vsi akterji, ki so odgovorni za obvladovanje začasnih odsotnosti z dela, izognejo posledicam, ki se pojavijo zaradi začasnih odsotnosti zaposlenih z dela. Kljub temu, da so za lastno zdravje zaposlenih odgovorni predvsem slednji, jih lahko pri tem podpira in pomaga predvsem delodajalec (Buzeti, 2015).

Brez sodelovanja vodstva, predstavnikov zaposlenih in zaposlenih ni možno pričakovati pozitivnih rezultatov pri zmanjševanju in obvladovanju absentizma. Promocije zdravja na delovnem mestu ni preprosto izvajati, zato je pomembno, da delodajalec razume pomen promocije zdravja na delovnem mestu in spodbudi, da se v delovni organizaciji ustanovi skupina za zdravje. Promocija zdravja je proces stalnega učenja, prizadevanja in izboljševanja (Podjed, Bajt & Jeriček Klanšček, 2016).

Vučković (2010) meni, da lahko delodajalci vplivajo na zmanjšanje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela zlasti z:

- vlaganjem v zdravje zaposlenih (skrb za psihofizično zdravje zaposlenih, prilagojena delovna mesta);
- ustvarjanjem pozitivne klime v organizaciji (dobri medčloveški odnosi, preprečevanje oziroma pravočasno reševanje konfliktnih situacij);
- dodatnim izobraževanjem in usposabljanjem na področju varnosti in zdravja pri delu;

- spoštovanjem predpisov, ki urejajo to področje.

Z ustreznimi delovnimi pogoji in programi za spodbujanje oziroma omogočanje dobrega počutja in zdravja, lahko delodajalci prispevajo k temu, da se pri zaposlenih začne ter ohranja volja in aktivnost skrbi za lastno zdravje in dobro počutje. S strani delodajalcev imajo pri tem pomembno nalogo tudi vodje s svojo vlogo v delovnem procesu, saj so pogosto tudi zgled zaposlenim kako se obnašati in ravnati v določenih situacijah. Delodajalci lahko z ustreznim odnosom in pogovorom z zaposlenimi, ki so bili odsotni z dela, pridobijo pomembne povratne informacije, ki odražajo pritisk za nova razmišljanja o ukrepih za obvladovanje odsotnosti z dela (Buzeti, 2015).

Država ima na področju minimiziranja in obvladovanja začasnih odsotnosti zaposlenih z dela administrativno in s tem tudi vsebinsko vlogo. Naloge države se kažejo predvsem na področju promocije zdravja celotne populacije, v obliki strateško izdelanega in sprejetega nacionalnega programa za krepitev zdravja ljudi in tudi v obliki nacionalnega programa za zmanjšanje odsotnosti zaposlenih z dela. Država je odgovorna, da pripravlja učinkovito in sodobno zakonodajo, ki bi zagotavljala rešitve za čimprejšnjo vrnitev zdravih delavcev na delovno mesto (Buzeti, 2012; Vučkovič, 2010). Država je s svojimi ukrepi prvi odgovorni nosilec za zmanjševanje odsotnosti zaposlenih z dela, drugi odgovorni nosilec pa je delodajalec (Buzeti, 2012).

V priročniku (Šab, 2012), ki ga je izdala Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine je zapisano, da so raziskave v svetu pokazale, da se vlaganje v delavce bistveno bolj in hitreje obrestuje kot vlaganje v tehnologijo. Dobri delovni pogoji v organiziranem in dobro vodenem podjetju so predpogoj za kakovostno delo zaposlenega. Vložek v delavca in njegovo počutje na delovnem mestu, je najboljša naložba, ki se podjetju povrne z mnogokratnikom, in to zelo hitro.

Bilban (1999) opredeli za zmanjševanje zdravstvenega absentizma naslednje ukrepe:

- preventivni ukrepi: skrb za psihofizično zdravje zaposlenih, ergonomsko prilagojena delovna mesta, izobraževanje na področju varnosti pri delu, pozitivna klima v organizaciji;
- administrativni ukrepi: sem štejemo obveznost prinašanja zdravniških potrdil za čas bolniške odsotnosti, poostren nadzor koriščenja bolniškega staleža, višina denarnega nadomestila za čas odsotnosti, finančne stimulacije za nekoriščenje bolniškega staleža;
- ukrep reintegracije posameznika: sem štejemo poklicno rehabilitacijo posameznika po vrnitvi iz bolniškega staleža in prilagajanje delovnih mest posamezniku;
- motivacija za delo: pomembno je, da se vsi zaposleni v organizaciji čutijo pomembne in odgovorne za razvoj celotne organizacije.

Da bi uspešno obvladovali in zmanjšali absentizem, so potrebni določeni ukrepi, in sicer na ravni zaposlenega, podjetja in pa države. Zaposleni so tisti, ki se lahko odločijo za prostovoljno odsotnost z dela. Takšna odsotnost je oblika želenega vedenja, zato kljub ukrepom ne moremo pričakovati bistvenega zmanjšanja odsotnosti. Pri neprostovoljni odsotnosti (bolezen ali poškodba), pa pričakujemo aktivno vključevanje in sodelovanje zaposlenih pri iskanju in uvajanju ukrepov, saj bodo tako povečali svojo produktivnost in koristnost. Zaposleni lahko vplivajo na delovne razmere tako, da sproti obveščajo nadrejene o težavah s katerimi se srečujejo na delovnem mestu in predlogih za izboljšave. Zelo pomembna je tudi komunikacija med zaposlenimi in vodstvom, saj so tako možnosti za pravočasno ukrepanje večje. Raziskave kažejo, da imamo Slovenci precej težav z zdravjem. Pomembna je skrb za zdravo prehrano, redna telesna dejavnost ter izogibanje slabim navadam (alkohol, kajenje). Zdravo življenje izboljšuje fizično in psihično počutje, zmanjša tveganje za številne bolezni, vse to pa posledično vpliva tudi na večjo storilnost oziroma produktivnost pri delu. Na zmanjšanje odsotnosti vplivajo tudi odnosi med zaposlenimi, dober delovni tim in prijateljsko vzdušje v delovnem okolju. Če so odnosi med zaposlenimi korektni, bo boljše tudi počutje na delovnem mestu, večja pa bo tudi produktivnost (Švab, 2009).

Odsotnost z dela je največji problem prav podjetjem, ki imajo z njim velike stroške. Organizacije se srečujejo s stroški nadomestila plače za čas odsotnosti, zmanjša se učinkovitost in produktivnost, pojavijo se težave z nadomeščanjem manjkajočih delavcev in s tem tudi stroški morebitnih novih zaposlitev. Na podjetja pade tudi največje breme ukrepov za zmanjševanje absentizma, a le ti so lahko učinkoviti, če so prilagojeni posameznim organizacijam. Preden podjetje začne ukrepati, potrebuje zelo natančno evidenco odsotnosti in vzroke zanjo, na podlagi tega, pa lahko določi ustrezne ukrepe (Briner, 1996).

Podjetje se odloči za trde in mehke ukrepe zmanjševanja absentizma. Med mehke ukrepe uvrščamo (Ranc, 2003):

- Preventivna skrb za zdravje – izobraževanja zaposlenih o zdravem življenjskem slogu, redni preventivni pregledi na stroške podjetja, preventivno cepljenje proti nalezljivim boleznim tako zaposlenih kot njihovih otrok.
- Ozaveščanje o pomenu zdravih zaposlenih – pomembna je komunikacija o pomenu zniževanja bolniške odsotnosti in škodi oziroma stroških, ki jo odsotnost povzroči podjetju in zaposlenim.
- Ergonomija oziroma prilagoditev delovnega mesta zaposlenim.
- Zagotavljanje varnosti na delovnem mestu – redno izobraževanje zaposlenih o delovni opremi in pravilnem ravnanju z delovnimi sredstvi, ustrezna delovna zaščita za delavce.
- Večja prožnost dela – zaposleni naj ima možnost, da sam organizira delovni čas in če je možnost, da dela tudi od doma.

- Več možnosti za zaposlitve za polovični delovni čas - še posebej ženskam, saj imajo te več družinskih obveznosti.
- Usposabljanje vodij za vodenje – če vodja izbira primerne metode vodenja je velika verjetnost, da bodo zaposleni bolj motivirani za delo, s tem pa bo zmanjšana odsotnost z dela. Vodstvo mora zaposlenim pokazati kako pomembni so in kako pomembno je njihovo delo za uspešnost podjetja.
- Izobraževanje in dodatno usposabljanje zaposlenih je motiv vodstva, saj se s tem izboljša kakovost znanja zaposlenih
- Obveščenost zaposlenih – zaposleni morajo biti obveščeni o pomembnih dogajanjih v podjetju, saj se tako lažje poistovetijo s podjetjem in se čutijo pripadne.
- Ustrezna izbira kadra – pri izbiri kadra je treba biti pozoren na odnos posameznika do dela. Če zaposleni z veseljem opravljajo svoje delo, se bodo bolj trudili, posledično pa bo manjša tudi odsotnost z dela.
- Nagrajevanje – podjetja lahko uvedejo finančne stimulacije v primeru, da zaposleni ne koristijo bolniške odsotnosti.
- Program rekreacije za delavce – vpliva na izboljšanje psihofizičnega počutja posameznika.

Trdi ukrepi pa so (Ranc, 2003):

- Spremljanje bolniške odsotnosti in nadzorovanje na domu – nadzor nad zaposlenim, ki je v bolniškem staležu. V kolikor bi prišlo do zlorabe bolniške odsotnosti lahko sledi prenehanje delovnega razmerja.
- Prerazporeditve ob pojavu zdravstvenih težav – če ima zaposleni zdravstvene težave, lahko delodajalec poskrbi za prilagoditev delovnega mesta.

Za učinkovito zmanjšanje odsotnosti so veliko bolj primerni mehki ukrepi, saj doprinesejo veliko pozitivnih učinkov na ravni celotnega podjetja. Trde ukrepe naj bi uporabljali le v skrajnih primerih in ko bi bili mehki ukrepi preblaga oblika zmanjševanja odsotnosti z dela, saj ustvarjajo slabo delovno klimo v podjetju.

Država se spopada z visokimi stroški zaradi začasne odsotnosti z dela, le ti pa se kažejo v obliki nižjega BDP, nižje rasti gospodarstva, nižje produktivnosti dela in večjimi odhodki na račun stroškov zdravljenja, zdravstvenih pripomočkov in stroškov nadomestil zaposlenih. Država mora ustreči tako podjetjem kot delavcem in različnim interesnim skupinam, a je večina ukrepov takšnih, da izboljšajo položaj ene skupine na račun zmanjšane koristnosti druge skupine (Švab, 2009). Glavna naloga in stalna aktivnost države, mora biti nenehna skrb za izboljšanje in krepitev zdravja prebivalcev (Kos, 2010).

ZZZS (2011) je podal naslednje predloge, kako bi morala država ukrepati na stanje zdravstvenega absentizma:

- Nacionalni zdravstveni program zmanjševanja absentizma kot dokument, ki zdravje prebivalstva postavlja na prvo mesto in ga obravnava kot temeljno vrednoto. Ena od pomembnejših nalog v okviru tega programa, je osveščanje in promocija zdravja celotne populacije.
- Učinkovita zakonodaja, ki bi omogočala čimprejšnjo vrnitev zdravega delavca na delovno mesto, tako kot v številnih državah EU in stimuliranje preventivnih ukrepov za izboljšanje zdravja.
- Javne zdravstvene službe lahko z racionalnim in učinkovitim delovanjem pomembno omejijo absentizem z ukrepi, kot so zmanjšanje čakalnih dob, hitrejša obravnava aktivnih zavarovancev in pravočasna ter učinkovita rehabilitacija.

Predlogi delodajalskih organizacij in zbornic gospodarstva za znižanje absentizma (Podgornik, 2010):

1. Časovna omejitev prejemanja nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.
2. Skrajša naj se skupni obseg izplačil nadomestil plač v enem koledarskem letu v breme delodajalca s 120 delovnih dni na 90 delovnih dni.
3. Skrajšanje števila dni odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela, za katere izplačuje delodajalec nadomestilo plače v svoje breme na do 20 delovnih dni (sedaj je do 30 delovnih dni).
4. Znižanje nadomestila plače za čas poškodbe izven dela z 80 % na 70 %.
5. Poškodbe na poti na delo in z dela naj ne sodijo med poškodbe pri delu, če pa že, pa naj se zniža višina nadomestila plače.
6. Uvedejo naj se čakalni dnevi kot v večini držav EU (npr. prvi dan bolniške odsotnosti brez nadomestila plače ali pa prve 3 dni bolniške odsotnosti 50 % nadomestilo plače).
7. Delodajalec ima pravico, da lahko od izbranega osebnega zdravnika zahteva pojasnilo o navodilu o ravnanju delavca v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe.
8. Poostren nadzor nad koriščenjem bolniškega staleža in ustrezne sankcije v primeru kršitev.
9. Zagotovi naj se boljša povezanost zdravstvene in invalidske komisije v povezavi s spremembami določb Zakona o delovnih razmerjih.

Država bi morala poskrbeti za to, da bodo organizacije dosledno upoštevale varnostne standarde. Učinkovita zakonodaja in nadzor državnih inšpekcij imata odločilno vlogo za zagotavljanje varnosti in zdravja na delovnem mestu. Država mora poskrbeti tudi za dobro obveščenost delavcev o njihovih pravicah v zvezi z varnostjo na delovnem mestu. Podjetja je treba spodbujati k uvedbi polovičnega delovnega časa, saj ga je v Sloveniji premalo.

Zaposlovanje za polovičen delovni čas bi priporočili za ženske, ki so zaradi otrok, ko ti zbolijo, odsotne več kot drugi delavci. Država naj podjetjem pomaga s subvencijami in olajšavami pri dodatnem izobraževanju zaposlenih. Med številnimi posledicami uspešnega izobraževanja prebivalstva je tudi zmanjšanje odsotnosti, kajti raziskave kažejo, da odsotnost upada z ravno izobrazbo. Država naj s sodelovanjem s podjetji in sindikati vzpostavi nacionalni program, ki bo usmerjen v ukrepe za zmanjševanje bolniške odsotnosti, podaljšanje delovne dobe starejših in reintegracijo zaposlenih, ki so bili dolgo odsotni. Naloga države je, da najde način in združi prizadevanja vseh organizacij za skupno dobro in zmanjšanje bolniške odsotnosti. Pomembna je predvsem izmenjava informacij in ustrezna podpora vladnemu programu (Švab, 2009).

Številni ukrepi so povezani z zadovoljstvom zaposlenega na delovnem mestu, saj ravno zaposleni vplivajo na uspešnost podjetja. Zaposleni je najpomembnejša konkurenčna prednost vsakega podjetja in če se podjetje zaveda kako pomemben je kader za uspešnost svojega podjetja, bo svojo strategijo usmerilo tako, da se bodo zaposleni počutili pomembne in cenjene, njihovo delo bo ustrezno vrednoteno, zaposleni pa bodo dobili občutek, da so del podjetja. Zaposlenim je treba ponuditi večjo prožnost, upoštevati je potrebno njihove ideje, ter jim nuditi možnosti za napredovanje (Švab, 2009).

Za promocijo zdravja na delovnem mestu je ključen skupen trud delavcev, delodajalcev, in zdravstvenih služb za izboljšanje in krepitev zdravja, dobrega psihičnega in fizičnega počutja ter kakovosti življenja v delovnih pogojih. Promocija zdravja na delovnem mestu ni usmerjena le v zmanjševanje bolezni, temveč v krepitev zdravja in s tem v večanje potencialov, ki promovirajo zdravje delavcev. Delovno okolje nedvomno vpliva na zdravje zaposlenih, saj lahko povzroča in ohranja bolezen, lahko pa ohranja in krepi zdravje (Petruša & Remec, 2010).

Pri vseh možnih ukrepih za zmanjšanje absentizma, moramo biti pozorni, da ne spodbudimo posameznika v drugo skrajnost, in sicer prisotnost prezentizma. Zaposleni lahko čutijo pritisk v smeri izogibanja bolniškim odsotnostim, posledica pa je lahko lažno pozitivno zmanjšanje absentizma na eni strani in visoka stopnja prezentizma na drugi strani. Strah pred izgubo zaposlitve, psihična in fizična preobremenjenost ter finančne težave, so glavni razlogi za pojav prezentizma. Delavec meni, da s svojo prisotnostjo na delovnem mestu, kljub bolezni, dokaže lojalnost in pripadnost organizaciji v kateri dela, kar pa ne pomeni, da je na delovnem mestu tudi učinkovit. Prezentizem ima lahko resne negativne posledice na zdravstveno stanje posameznika in pa tudi za produktivnost delavca in podjetja.

3 UREDITEV PRAVIC ZAČASNIH ODSOTNOSTI ZAPOSLENIH Z DELA V SLOVENIJI

Pravica zaposlenih, da so odsotni z dela, ko iz različnih razlogov niso zmožni opravljati dela in da so zaradi tega tudi upravičeni do denarnega nadomestila, je ena temeljnih zakonskih pravic v Sloveniji. S tem se zaposlenim zagotavlja socialna varnost in možnost, da odpravijo dejavnike, ki vplivajo na njihovo nezmožnost opravljanja dela. Temeljna predpisa, ki v Sloveniji urejata področje odsotnosti zaposlenih z dela, sta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 91/13 in Zakon o delovnih razmerjih (ZDR – 1A), Ur. l. RS, št. 52/16. Področje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela v Sloveniji, zraven obeh temeljnih zakonov, opredeljujejo še nekateri drugi normativni predpisi, in sicer: Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ), Ur. l. RS, št. 65/17, Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (ZUTPG), Ur. l. RS, št. 85/10, Zakon o urejanju trga dela (ZUTD), Ur. l. RS, št. 55/17, Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF), Ur. l. RS, št. 102/15, Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (ZZZPB), Ur. l. RS, št. 107/2006, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja Ur. l. RS, št. 64/18 in Pravilnik o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil (Pravila), Ur. l. RS, št. 8/07. Zakonski predpisi, ki urejajo področje odsotnosti zaposlenih z dela, predstavljajo s svojimi določbami kombinacijo procesa, ki natančno definira pravice in dolžnosti vseh akterjev, ki so vključeni v proces, ki se sproži v primeru začasnih odsotnosti zaposlenih z dela.

3.1 Pravica do nadomestila za obdobje začasne odsotnosti z dela

Pravico do nadomestila v obdobju začasne odsotnosti ureja ZDR-1. V skladu z določbo 137. čl. ZDR-1 je delavec upravičen do nadomestila plače za obdobje odsotnosti, v primerih in v trajanju, določenem z zakonom. Zakoni, ki določajo primere in trajanje, v katerih je delavec upravičen do nadomestila, so: ZDR-1 za primere, ko se nadomestilo izplačuje v breme delodajalca, ZZZPB za primere, ko se nadomestilo izplačuje v breme ZRSZ in ZZZS ter ZZVZZ za primere, ko se nadomestilo izplačuje v breme ZZZS (Švab, 2009).

137. člen ZDR-1 določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz svojih sredstev v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in sicer 30 delovnih dni za posamično odsotnost z dela, vendar največ 120 delovnih dni v koledarskem letu. V primerih nezmožnosti za delo delavca zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu izplačuje delodajalec nadomestilo plače delavcu iz lastnih sredstev do 30 delovnih dni za vsako posamezno odsotnost z dela. V primeru daljše odsotnosti z dela izplača delodajalec nadomestilo v breme zdravstvenega zavarovanja. Če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo

manj kot deset delovnih dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitev dalje, nadomestilo plače v breme zdravstvenega zavarovanja. (ZDR-1, 137. člen). Višine denarnih nadomestil za zaposlene, ki so odsotni z dela, so odvisne od osnove za nadomestilo, razloga in trajanja začasne zadržanosti od dela ter načina valorizacije. Opredeljene so v ZDR-1, ZZVZZ in ZUJF. Denarna nadomestila je potrebno ustrezno izračunati in pri določanju osnove za nadomestilo plače je potrebno upoštevati tudi Pravila in ZUTPG, ki določa, da se osnova valorizira dvakrat letno (julij in januar) z rastjo cen življenjskih potrebščin (Buzeti, 2015).

3.2 Ureditev pravic začnih odsotnosti zaposlenih z dela v državah Evropske unije

Normativne urejenosti začnih odsotnosti zaposlenih z dela so v državah EU različne, razloge pa je smiselno iskati v kulturnem, političnem, ekonomskem, socialnem, pravnem in drugih okoljih, ki so značilna za posamezne države. Kljub temu, pa temeljna izhodišča za normativno urejenost začnih odsotnosti zaposlenih z dela v posamezni državi izhajajo iz zdravstvenega sistema oziroma modela zdravstvenega varstva, ki se izvaja v državi. Modeli zdravstvenega varstva so v državah različni, toda ne glede na to, imajo podobno izhodišče, in sicer zagotavljanje socialne solidarnosti, kakovostne storitve in zdravstvene zaščite (Buzeti, 2015).

Kazalniki s pomočjo katerih je predstavljena primerjava normativne urejenosti področja pravic začnih odsotnosti zaposlenih z dela, so povzeti na podlagi podatkov iz informacijskega sistema Evropske komisije MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) (MISSOC, 2018):

- ali v državah poznajo čakalne dneve, ko so zaposleni začasno odsotni z dela (od katerega dneva naprej prejema nadomestilo za čas odsotnosti z dela);
- ali je potrebno zdravniško potrdilo za uveljavljanje pravic, ki izhajajo iz začnih odsotnosti z dela, in kdaj ter komu je potrdilo potrebno dostaviti;
- glede na urejenost izplačevanja denarnih nadomestil plače zaposlenim, ki so začasno odsotni z dela (višina denarnih nadomestil, kdo izplačuje denarna nadomestila, časovno obdobje izplačevanja denarnih nadomestil);
- glede na časovni vidiki trajanja začnih odsotnosti zaposlenih z dela (omejitev trajanja).

V nadaljevanju so normativne urejenosti področja začnih odsotnosti zaposlenih z dela po posameznih državah Evropske unije, predstavljene po kazalnikih, ki so predstavljeni v zgornjem odstavku (MISSOC, 2018):

- Avstrija: sistem pozna čakalne dneve, in sicer 3 dni. V primeru, da zaposleni sporoči odsotnost pozneje, se šteje odsotnost od tistega dne naprej. Od četrtega dne odsotnosti z dela je potrebno obvezno predložiti zdravniško potrdilo. Zaposleni, ki je začasno

odsoten z dela, prejema denarno nadomestilo v času odsotnosti. Prvih nekaj tednov izplačuje nadomestilo delodajalec, in sicer do 12 tednov in je nadomestilo v višini 100 % plače, nato se v naslednjih 4 tednih nadomestilo zmanjša na 50 % plače. V kolikor nadomestilo izplačuje država, je nadomestilo v višini 50 % oziroma 60 % plače od 43. tedna dalje. Trajanje začasne odsotnosti z dela je določeno na 52 tednov, ob posebnih primerih pa se lahko podaljša do 78 tednov.

- Belgija: sistem nima čakalnih dni. Zdravniško potrdilo o začasni odsotnosti z dela je potrebno predložiti v dveh dneh. Delodajalci izplačujejo denarna nadomestila plače prvih 7 dni 100 % plače, od 8. do 14. dneva 85,88 % plače, od 15. do 30. dneva je predpisan določen dopolnilni finančni dodatek. Iz javnih sredstev se denarno nadomestilo izplačuje, ko ga delodajalci nehalo izplačevati (14 ali 30 dni) in je v višini 60 % plače. Trajanje začasne odsotnosti z dela je omejeno, in sicer največ 12 mesecev.
- Bolgarija: sistem ne določa čakalnih dni. Zaposleni začasno odsotnost z dela potrdijo z zdravniškim potrdilom, ki ga morajo predložiti, in sicer za največ 14 zaporednih dni in ne več kot 40 dni v koledarskem letu. Za obdobje, ki presega 40 dni, potrebujejo potrdilo zdravniške komisije. Denarno nadomestilo za prve tri dni zagotavlja delodajalec v višini 70 % bruto plače, za ostale dni izplačuje nadomestilo država v višini 80 % povprečne bruto plače. Trajanje začasne odsotnosti z dela ni časovno omejeno.
- Ciper: sistem določa tri čakalne dni za zaposlene in 9 čakalnih dni za samozaposlene (3 dni v primeru hospitalizacije ali poškodbe). Zaposleni, ki so začasno odsotni z dela zaradi zdravstvenih razlogov, morajo imeti zdravniško potrdilo o začasni odsotnosti z dela od prvega dneva odsotnosti naprej. Med odsotnostjo z dela se jim izplačevanje denarnega nadomestila plače krije iz javnih sredstev, in sicer 60 % glede na tedensko vrednost njihovega osnovnega zavarovanja. Trajanje začasne odsotnosti z dela je omejeno, in sicer 156 dni, lahko pa se podaljša do 312 dni.
- Češka: sistem določa 3 (delovne) čakalne dni. Zaposleni, ki je začasno odsoten, mora že od prvega dneva dalje predložiti zdravniško potrdilo. Od 4. do 14. dneva, ko je zaposleni odsoten z dela prejema 60 % nadomestila plače, od 15. dneva dalje prejema zaposleni nadomestilo v višini glede na dnevni zaslužek, in sicer do 35 eur dnevnega zaslužka – 90 %, od 35 eur do 52 eur dnevnega zaslužka – 60 %, od 52 eur do 105 eur dnevnega zaslužka – 30 % . Vsa nadomestila krije država. Trajanje začasne odsotnosti je omejeno in sicer je to 380 dni (maksimalno 70 dni na leto).
- Danska: sistem nima čakalnih dni, izjema so samozaposleni (2 tedna). Za prvih 30 dni odsotnosti zaposlenih z dela, so za izplačilo denarnega nadomestila zadolženi delodajalci. Če je zaposleni odsoten z dela, lahko delodajalec, ki je pristojen za izplačilo denarnega nadomestila, od zdravnika zahteva potrdilo za odsotnega zaposlenega. Če denarno nadomestilo izplača država lahko enako, kot delodajalci, potrdilo zahteva tudi država. Za prvih 30 dni prejema zaposleni nadomestilo v višini 571 evrov na teden. Trajanje začasne odsotnosti je omejeno in sicer 22 tednov v 9 mesecih

- Estonija: sistem določa tri čakalne dni (samozaposleni 9 dni) in obvezno zdravniško potrdilo o začasni odsotnosti z dela od 4 dneva odsotnosti naprej. Delodajalci izplačujejo denarna nadomestila plače v višini 70 % plače od 4. do 8. dneva. Od devetega dne naprej izplačuje denarno nadomestilo država v višini 80 % ali 100 % plače (odvisno od razloga odsotnosti). Trajanje začasne odsotnosti je omejeno in sicer 182 dni za posamezno bolezen (v primeru tuberkuloze do 240 dni).
- Finska: sistem nima čakalnih dni za zaposlene (samozaposleni 4 dni), od 9. dneva dalje pa mora zaposleni obvezno predložiti delodajalcu zdravniško potrdilo. Delodajalec plača polno plačo prvih 9 dni, če je delovno razmerje trajalo vsaj en mesec, če je delovno razmerje krajše od enega meseca pa znaša nadomestilo 50 % plače. Če se denarna nadomestila zagotavlja iz javnih sredstev, so višine nadomestil različne glede na letno plačo, ki jo prejema zaposleni. Trajanje začasne odsotnosti z dela je omejeno, in sicer 300 dni v obdobju dveh let.
- Francija: sistem določa 3 čakalne dni. Oseba, ki želi prejemati denarno nadomestilo, mora biti obvezno zavarovana pri francoskih nosilcih zdravstvenega zavarovanja, in sicer najmanj 12 mesecev pred nastankom začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni. Prav tako mora opraviti v zadnjih 3–12 mesecih zadostno število delovnih ur oziroma mora v sistem vplačati določen znesek prispevkov. Takrat, ko je zaposleni odsoten z dela, mora nujno obvestiti delodajalca in predložiti zdravniško potrdilo. Zaposleni prejema od 50 % do maksimalno 66,66 % nadomestila plače, in sicer največ 12 mesecev v zaporednih 3 letih oziroma 36 mesecev v primeru dolgotrajne odsotnosti z dela.
- Grčija: sistem določa tri čakalne dneve. Zaposleni, ki je začasno odsoten z dela zaradi zdravstvenih razlogov, mora predložiti potrdilo že prvi dan odsotnosti. Višina nadomestila znaša 50 % dnevne plače, plus 10 % za vsakega vzdrževanca, a ne več kot 70 % dnevne plače. Trajanje začasne odsotnosti z dela je omejeno, in sicer na 182, 360 ali 720 dni (odvisno od plačila prispevkov).
- Hrvaška: v sistemu ni čakalnih dni, razen za samozaposlene 42 dni oziroma 7 dni za samozaposlene osebe, ki imajo status ljudi s posebnimi potrebami. Zaposleni odsotni z dela morajo najkasneje v treh dneh pridobiti potrdilo o začasni odsotnosti z dela. Delodajalci izplačujejo denarna nadomestila plače v višini ne manj kot 70 % plače do 42 dni odsotnosti. Nadomestilo plače za začasno odsotne zaposlene je lahko v posebnih primerih tudi 100 %. Trajanje začasne odsotnosti je omejeno, in sicer največ 12 mesecev zaporedoma, oziroma 18 mesecev z določenimi prekinitvami v zadnjih dveh letih.
- Irska: sistem določa 6 čakalnih dni in obvezno zdravniško potrdilo o začasni odsotnosti z dela od prvega dneva odsotnosti naprej. Med odsotnostjo z dela se jim izplačevanje denarnega nadomestila plače krije iz javnih sredstev, in sicer 188 eur na teden, poleg tega so upravičeni še do dodatkov (npr. za vsakega otroka 29,80 eur). Trajanje odsotnosti z dela je omejeno, in sicer na 52 tednov oziroma 2 leti (odvisno od plačila prispevkov).

- Italija: določeni so trije čakalni dnevi (v primeru tuberkuloze ni čakalnih dni). Zdravnik izda zdravniško potrdilo v elektronski obliki in kontrolo nad tem ima tudi delodajalec. Denarna nadomestila plače izplačujejo delodajalci in država. Delodajalci lahko na leto izplačajo za največ 180 dni denarnega nadomestila. V primeru hospitalizacije se denarno nadomestilo krije iz javnih sredstev, in sicer 50 % plače in od 21. dneva naprej 66,66 % plače. Trajanje odsotnosti z dela je omejeno, in sicer največ 6 mesecev oziroma 180 dni na leto. V primerih tuberkuloze ni omejitve trajanja odsotnosti z dela.
- Latvija: sistem določa en čakalni dan in zaposleni mora imeti zdravniško potrdilo od prvega dneva odsotnosti naprej. Delodajalci izplačajo denarno nadomestilo plače za 2. in 3. dan v višini 75 % plače in 80 % plače od 4. do 10. dneva. Delodajalci izplačujejo nadomestilo plače za največ 10 zaporednih dni, ko so zaposleni odsotni z dela. Denarna nadomestila iz javnih sredstev se izplačajo v višini 80 % povprečne plače, če so bili v obdobju 12 mesecev plačani predpisani prispevki. Trajanje odsotnosti z dela je omejeno na 26 tednov ali 52 tednov v obdobju treh let.
- Litva: nima določenih čakalnih dni. Zaposleni, ki je začasno odsoten z dela zaradi zdravstvenih razlogov, mora imeti od prvega dneva odsotnosti naprej potrdilo, ki mu ga izda zdravnik. Denarno nadomestilo za prva dva dni krije delodajalec in sicer v višini 80 % plače. Trajanje odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov je omejeno na največ 4 mesece oziroma 122 dni, v primeru tuberkuloze pa se lahko podaljša na 244 dni.
- Luksemburg: sistem nima čakalnih dni. Zaposleni, ki so odsotni z dela zaradi zdravstvenih razlogov morajo predložiti zdravniško potrdilo o odsotnosti z dela od tretjega dneva odsotnosti naprej. Med začasno odsotnostjo z dela jim denarno nadomestilo krije delodajalec, in sicer v višini mesečne plače za obdobje 13 tednov. Trajanje odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov je omejeno na največ 52 tednov.
- Madžarska: v sistemu ni čakalnih dni, prav tako ni določeno do kdaj mora zaposleni predložiti ustrezno potrdilo o začasni odsotnosti z dela. Delodajalci izplačujejo denarno nadomestilo za prvih 15 dni odsotnosti z dela v višini 70 % dnevne plače zaposlenega. V primeru, da se izplačevanje denarnega nadomestila krije iz javnih sredstev, je nadomestilo v višini 50 % (v primeru, da je obdobje zaposlitve krajše od 2 let) ali 60 % dnevne plače. Trajanje odsotnosti z dela je omejeno na 12 mesecev.
- Malta: sistem ima 3 čakalne dni. Od prvega dneva dalje mora zaposleni obvezno predložiti zdravniško potrdilo. Denarno nadomestilo izplača delodajalec v višini 50 % ali 100 % dnevne plače zaposlenega, ki je odsoten z dela, in sicer za vse dneve odsotnosti z dela. V primeru, če se denarno nadomestilo izplača iz javnih sredstev, so določeni dnevni zneski nadomestil, in sicer 13,64 eur za samske osebe in 20,68 eur za enostarševske družine. Takšna denarna nadomestila se izplačujejo tedensko za največ 6 delovnih dni v tednu. Trajanje odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov je omejeno na 156 delovnih, lahko pa se podaljša do 312 dni.
- Nemčija: sistem nima čakalnih dni, od 4. dne dalje pa mora zaposleni obvezno predložiti zdravniško potrdilo. Prvih 6 tednov, ko je zaposleni odsoten, prejema 100 %

nadomestila plače, ki ga izplačuje delodajalec. Po tem času prejema zaposleni nadomestilo iz javnih sredstev v višini od 70 % do 90 % zadnje plače delavca. Trajanje začasne odsotnosti z dela je omejeno na največ 78 tednov v treh letih.

- Nizozemska: sistem ima dva čakalna dneva. V primeru, da zaposleni sporoči, da bo začasno odsoten z dela zaradi zdravstvenih razlogov, mora upoštevati naslednja pravila: zaposleni mora ostati doma do trenutka, ko pristojna oseba (inšpektor) z njim ne vzpostavi stika, zaposleni mora inšpektorju dovoliti, da ga obišče na domu, v roku 24 ur mora obvestiti o svoji odsotnosti ustrezno institucijo in upoštevati navodila glede okrevanja. Delodajalec izplača denarno nadomestilo v višini 70 % dnevne plače zaposlenega, in sicer za 104 tedne. Maksimalna dnevna višina denarnega nadomestila je 209,26 eur. V primeru, da se denarno nadomestilo izplača iz javnih sredstev, je ravno tako v višini 70 % dnevne plače. Trajanje odsotnosti zaposlenih z dela, zaradi zdravstvenih razlogov je omejeno na 104 tedne.
- Norveška: nimajo čakalnih dni za zaposlene, za samozaposlene in samostojne podjetnike pa velja pravilo 16 čakalnih dni. Zaposleni je dolžan v roku treh dni obvestiti delodajalca o bolniški odsotnosti. Denarno nadomestilo izplača delodajalec v višini 100 %. Trajanje odsotnosti zaposlenih z dela je omejena na 260 dni oziroma 52 tednov, za samozaposlene pa 248 dni.
- Poljska: nimajo čakalnih dni, zaposleni pa mora od prvega dneva dalje priložiti zdravniško potrdilo. Denarno nadomestilo izplača delodajalec v višini 80 % plače, in sicer za 33 koledarskih dni. Če je zaposleni odsoten z dela zaradi nesreče na delu ali poklicne bolezni, je denarno nadomestilo v višini 100 % dnevne plače zaposlenega in se krije iz zdravstvenega zavarovanja. Trajanje odsotnosti zaposlenih z dela je omejeno na 182 dni, oziroma v primeru tuberkuloze in nosečnosti na 270 dni.
- Portugalska: sistem ima določene 3 čakalne dneve ali nič čakalnih dni v primeru hospitalizacije, tuberkuloze ali bolezni, ki se je začela v času, ko zaposleni prejemajo starševsko nadomestilo. V primeru, da je zaposleni začasno odsoten z dela zaradi zdravstvenih razlogov, mora pridobiti ustrezno potrdilo od zdravnika in ga elektronsko posredovati ustrezni socialni ustanovi. Denarno nadomestilo se izplačuje iz javnih sredstev, in sicer v višini 55 %, če je obdobje nezmožnosti do 30 dni, 60 %, če je obdobje nezmožnosti med 30 in 90 dni, 70 %, če je obdobje nezmožnosti med 90 in 365 dni, 75 %, če obdobje nezmožnosti presega 365 dni, v primeru tuberkuloze pa 80 % ali 100 % dnevne plače. Trajanje odsotnosti zaposlenih z dela zaradi zdravstvenih razlogov je omejeno na 1095 dni (v primeru tuberkuloze je trajanje neomejeno).
- Romunija: nimajo čakalnih dni. Zaposleni, ki je odsoten z dela zaradi zdravstvenih razlogov, mora od prvega dneva odsotnosti dalje imeti zdravniško potrdilo, le tega pa je dolžan predložiti delodajalcu v roku treh dni. Med odsotnostjo z dela jim izplačevanje denarnega nadomestila plače od prvega do petega dne krije delodajalec. Ko denarno nadomestilo krije država, znaša višina le tega 75 %. V primeru tuberkuloze, aidsa, raka se denarno nadomestilo poviša na 100 %. Trajanje odsotnosti z dela je omejeno na največ 183 dni na leto.

- Slovaška: sistem ne določa čakalnih dni, zaposleni, ki je začasno odsoten z dela, pa mora od prvega dneva dalje predložiti zdravniško opravičilo. Delodajalec je odgovoren za plačevanje nadomestila do 10. dneva odsotnosti zaposlenega, in sicer 25 % plače prve 3 dni, in 55 % plače od 4. do 10. dneva odsotnosti. Od 11. dneva prejema oseba, ki je odsotna z dela 55 % plače ali pa 50 % v primeru, da je poledica bolezni alkohol ali droga. Trajanje odsotnosti z dela je omejeno na največ 52 tednov.
- Slovenija: sistem v primeru začasne odsotnosti zaposlenega z dela ne določa čakalnih dni. Višine denarnih nadomestil so različne, in sicer do 90 koledarskih dni je višina nadomestila 100 % osnove za poklicno bolezen in nesrečo pri delu, 80 % osnove za primer bolezni in nege družinskega člana, ter 70 % osnove za poškodbe izven dela. Nadomestila plač pa se v primerih daljših od 90 koledarskih dni izračunavajo tako, da so začasno odsotni zaposleni upravičeni do 100 % nadomestila za poklicne bolezni, 90 % nadomestila za primere bolezni in 80 % nadomestila za primer poškodb izven dela ter nege družinskega člana. Za plačevanje denarnega nadomestila zaradi začasne odsotnosti je prvih 30 dni odgovoren delodajalec, od 31. dneva dalje je za plačevanje nadomestila odgovorna država oziroma ZZZZS. Trajanje odsotnosti z dela je neomejeno.
- Španija: sistem predvideva 3 čakalne dneve. Od 4. dneva dalje mora zaposleni, ki je odsoten z dela, predložiti zdravniško potrdilo delodajalcu in sicer v roku 3 dni. Od 4. do 15. dneva odsotnosti plačuje nadomestilo delodajalec, od 15. dneva dalje se plačuje nadomestilo iz javnih sredstev. Od 4. do 20. dneva, ko je delavec odsoten, prejema 60 % nadomestila plače, od 21. dneva dalje pa 75 % nadomestila plače. Trajanje odsotnosti z dela je 365 dni, lahko pa se podaljša za 180 dni, če je predvidljivo, da bo upravičenec postal sposoben za delo.
- Švedska: sistem določa en čakalni dan za zaposlene in brezposelne. V primeru samozaposlitve, lahko izbirajo število čakalni dni (1, 14, 30, 60 ali 90 dni). Zaposleni morajo svojo odsotnost sporočiti delodajalcu in ustrezni socialni ustanovi že prvi dan odsotnosti z dela, zdravniško potrdilo pa morajo priložiti od 8. dneva odsotnosti naprej. Od 2. do 14. dneva izplačuje denarno nadomestilo delodajalec v višini 80 % plače. Od 15. dneva naprej se denarno nadomestilo plače izplačuje iz javnih sredstev v višini 80 % plače. Trajanje odsotnosti zaposlenih z dela ni omejeno. Če se bolezen po 364 dneh nadaljuje, lahko zavarovanec zaprosi za podaljšano denarno nadomestilo za bolezen, le ta pa znaša 75 % plače.

Pregled in primerjalna analiza ureditve pravic začasne odsotnosti z dela v državah EU na podlagi podatkov, objavljenih v MISSOC (2018), kažeta, da je skupna značilnost vseh držav ta, da je za uveljavljanje pravic v času začasne odsotnosti z dela, potrebno imeti potrdilo, ki ga izda zdravnik oziroma ustreza institucija. V nekaterih državah je potrebno imeti potrdilo od prvega dne naprej (npr. Slovaška, Romunija, Malta), v nekaterih državah pa je drugače časovno določeno (npr. Belgija 2 dni, Hrvaška 3 dni).

Sistem čakalnih dni, to je obdobje, ko posameznik nima pravice do nadomestila, se med posameznimi državami zelo razlikuje. Večina držav nima čakalnih dni (Belgija, Slovenija,

Nemčija, Norveška, Danska, Finska), največ čakalnih dni pa ima Irska, in sicer 6. Skoraj polovica držav ima določene 3 čakalne dneve (npr. Avstrija, Francija, Grčija). Nekatere države (Ciper, Irska, Portugalska) zagotavljajo nadomestila izključno iz javnih sredstev. V večini ostalih držav EU zagotavljajo denarno nadomestilo plače v času odsotnosti zaposlenih z dela tako delodajalci, kot tudi država. Najpogostejša praksa je, da prvi izplačujejo denarna nadomestila delodajalci, po določenem obdobju, pa se denarna nadomestila izplačujejo iz javnih sredstev (npr. na Švedskem delodajalci izplačujejo denarno nadomestilo do 14. dneva začasne odsotnosti z dela, od 15. dneva naprej se izplačujejo denarna nadomestila iz javnih sredstev).

Višine denarnih nadomestil plač so različne. Nadomestilo v višini celotne plače je izjema in ga najdemo le v nekaterih državah (Slovenija, Nemčija, Norveška, Poljska, Romunija, Luksemburg, Estonija), a tudi to velja le v določenih primerih (npr. poškodbe pri delu, poklicne bolezni, rak, tuberkuloza, aids, nosečnost,...). Največ držav ima določeno nadomestilo v višini 70 % ali manj. V večini držav EU je določena zgornja meja glede trajanja odsotnosti zaposlenih z dela zaradi zdravstvenih razlogov, izjeme so Slovenija, Bolgarija in Švedska, ki nimajo omejitev.

V kolikor primerjamo ureditev pravic odsotnosti z dela med Slovenijo in državami EU, ugotovimo, da je ureditev pravic odsotnosti z dela v Sloveniji zelo ugodna, saj je višina nadomestil med najvišjimi v Evropi, poleg Bolgarije in Švedske pa smo edina država v EU, kjer ni zakonske omejitve trajanja odsotnosti z dela, prav tako pa nimamo sistema čakalnih dni, kot ga ima večina držav EU.

4 PRIMERJAVA BOLNIŠKE ODSOTNOSTI IN PSIHOFIZIČNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI IN SKANDINAVSKIH DRŽAVAH

V prejšnjem poglavju smo predstavili ureditev pravic začasne odsotnosti z dela v posameznih državah. Izpostavili bi skandinavske države, in sicer Dansko, Finsko, Norveško in Švedsko, saj imajo podobno ureditev pravic začasne odsotnosti z dela kot v Sloveniji. Omenjene države nimajo čakalnih dni, razen Švedske, ta ima en čakalni dan. Zagotovljeno jim je visoko denarno nadomestilo v primeru bolniške odsotnosti, npr. Norveška in Finska 100 %, najnižje ima Švedska in sicer 80 %. Tako kot v Sloveniji, tudi Švedska nima omejitve trajanja začasne odsotnosti z dela, denarno nadomestilo se v primeru začasne odsotnosti z dela zniža na 75 %. Skandinavske države že od nekdaj veljajo kot zgled socialne države. V ospredju so trije razlogi zaradi katerih skandinavske države izstopajo in sicer: na prvem mestu je aktivna socialna država, v središču katere je aktivno ustvarjanje delovnih mest, ki je podprto s strani socialne varnosti, kot drugo je potrebno omeniti, da je v skandinavskih državah razmeroma nizka stopnja socialne neenakosti ter revščine, na tretjem mestu pa se nahaja korporativizem, ki omogoča usklajevanje ekonomskih in socialnih ciljev (Becker, 2007). Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (v nadaljevanju Eurofound) izvaja tri vseevropske raziskave, s katerimi želi

prispevati k načrtovanju in vzpostavljanju boljših življenjskih in delovnih razmer. Raziskave so edinstven vir primerljivih podatkov o kakovosti življenjskih in delovnih razmer v EU. Redne raziskave so: evropske raziskave o delovnih razmerah, evropske raziskave o podjetjih in evropske raziskave o kakovosti življenja.

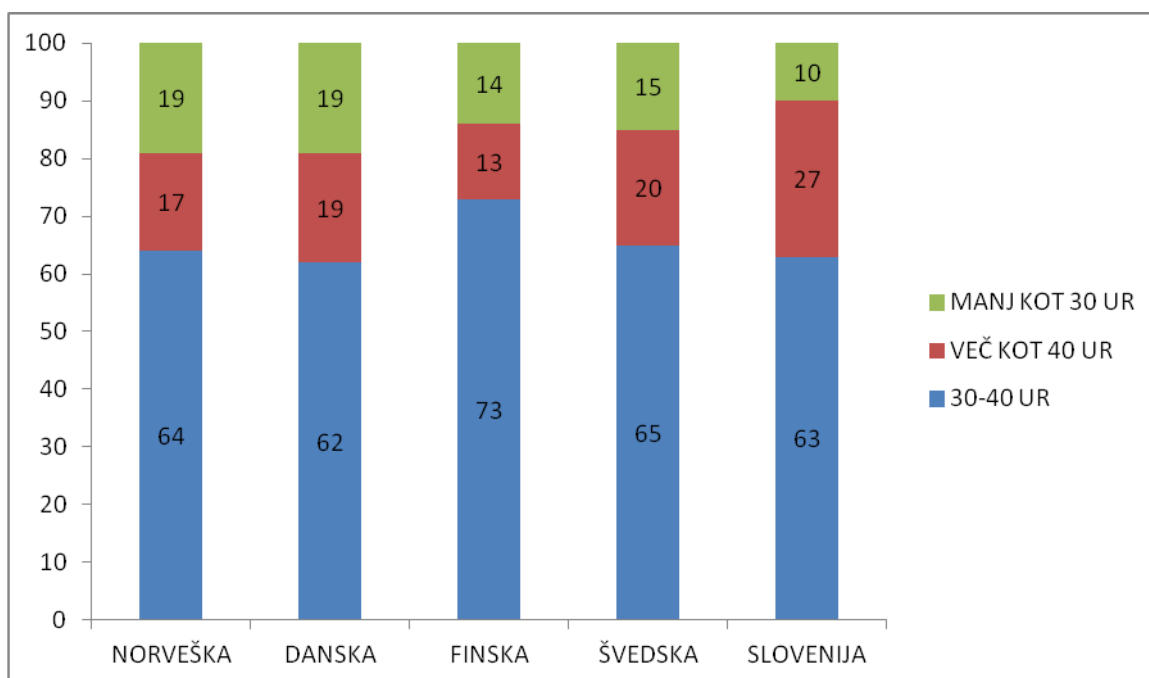
V tem delu naloge analiziramo 5. in 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. Povzeli smo vprašanja, ki se nanašajo na absentizem, delovne pogoje in posledično na psihofizično zdravje ljudi. Vprašanja oziroma odgovore smo primerjali med skandinavskimi državami in Slovenijo. Terensko delo za peto Evropsko raziskavo o delovnih razmerah je bilo opravljeno med januarjem in junijem 2010. Vprašalnik je obravnaval vprašanja v zvezi z zaposlitvijo, delovnim mestom, delovnim časom, organizacijo dela, plačo, o nevarnostih za zdravje, kognitivne in psihosocialne dejavnike, ravnovesje med družinskim in poklicnim življenjem ter dostop do usposabljanja. Anketiranih je bilo skoraj 44.000 delavcev, zajetih pa je bilo 34 držav: države EU27, Norveška, Hrvaška, Nekdanja jugoslovanska republika Makedonija, Turčija, Albanija, Črna gora in Kosovo. Zaradi tega, je bila ta raziskava s stališča geografske pokritosti, najbolj izčrpna do sedaj. Peto raziskavo o delovnih razmerah je izvedla organizacija Gallup Europe, zagotovljeno pa je bilo izpolnjevanje najvišjih standardov pri vseh postopkih zbiranja in urejanja podatkov. Leta 2015 je Eurofound izvedel svojo šesto raziskavo, v kateri je bilo anketiranih skoraj 44.000 delavcev iz 35 držav. Ugotovitve vsebujejo podrobne informacije o najrazličnejših vprašanjih, med drugim o izpostavljenosti fizičnim in psihosocialnim tveganjem, organizaciji dela, usklajevanju poklicnega in zasebnega življenja ter zdravju in dobrem počutju.

Slika 4 prikazuje število delovnih ur na teden v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. Možni so bili trije odgovori, in sicer manj kot 30 ur, več kot 40 ur in pa od 30 do 40 ur na teden. Na vprašanje koliko ur na teden delajo bi lahko izpostavili Fince. Za slednje bi lahko rekli, da imajo najbolj urejen urnik dela, saj jih kar 73 % dela od 30 do 40 ur na teden. Več kot 40 ur na teden dela 27 % Slovencev, manj kot 30 ur na teden pa dela 19 % Norvežanov in Dancov (EUROFOUND, 2017).

Slika 5 prikazuje število delovnih ur na teden v letu 2015 glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. Možni so bili trije odgovori, in sicer manj kot 35 ur, več kot 40 ur in pa od 35 do 40 ur na teden. Tudi v letu 2015 so v ospredju Finci, saj jih kar 63% dela od 35 do 40 ur na teden. Tudi v tej raziskavi je bil najvišji delež Slovencev (28%), ki delajo več kot 40 ur, hkrati pa tudi najmanj Slovencev (14%) dela manj kot 35 ur. Skoraj 30% Norvežanov in Dancov dela manj kot 35 ur na teden (EUROFOUND, 2017).

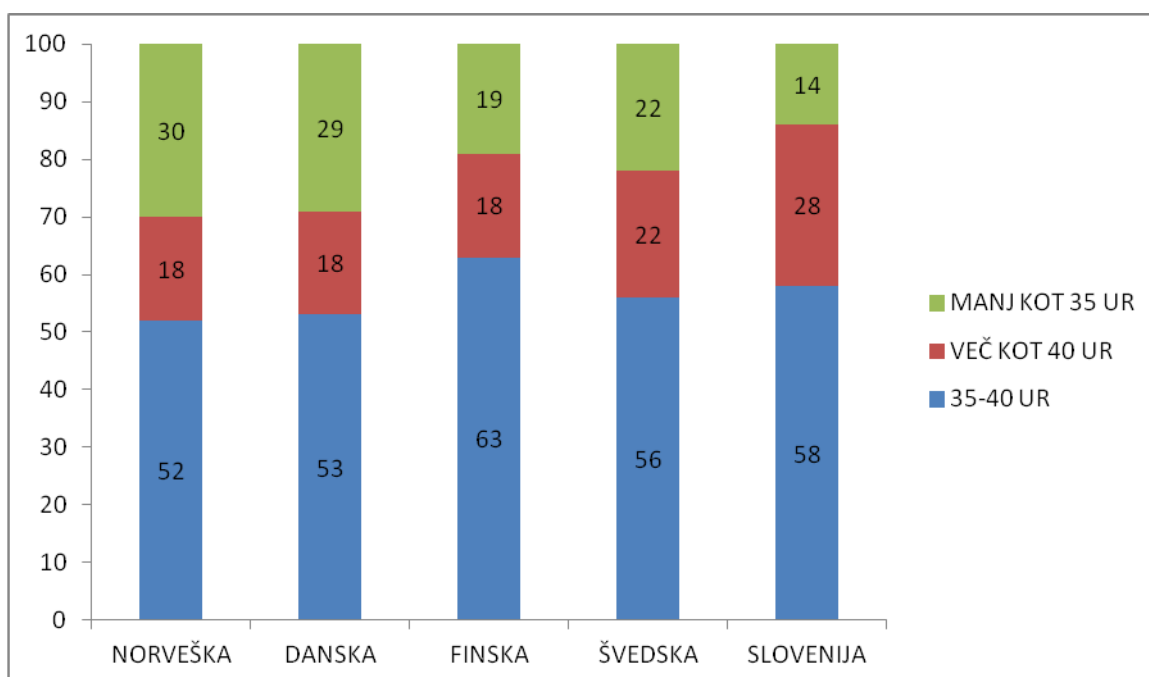
Kot kaže slika 6, je Danska po podatkih OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) država, ki ima najmanj delovnih ur na teden. V letih 2010 in 2015 so Danci v povprečju delali 32,7 oziroma 32,5 ur na teden. Največ delovnih ur na teden imajo Slovenci, in sicer 39,2 tako v letu 2010, kot v letu 2015 (OECD).

Slika 4: Struktura zaposlenih glede na število delovnih ur na teden v letu 2010



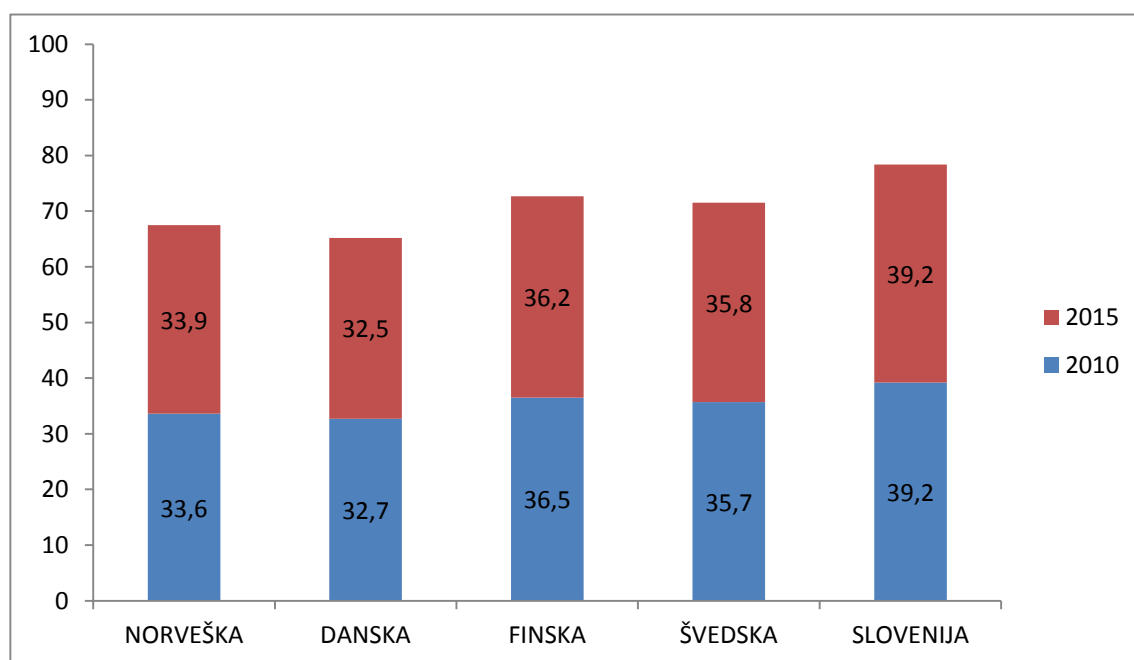
Vir: EUROFOUND (2017).

Slika 5: Struktura zaposlenih glede na število delovnih ur na teden v letu 2015



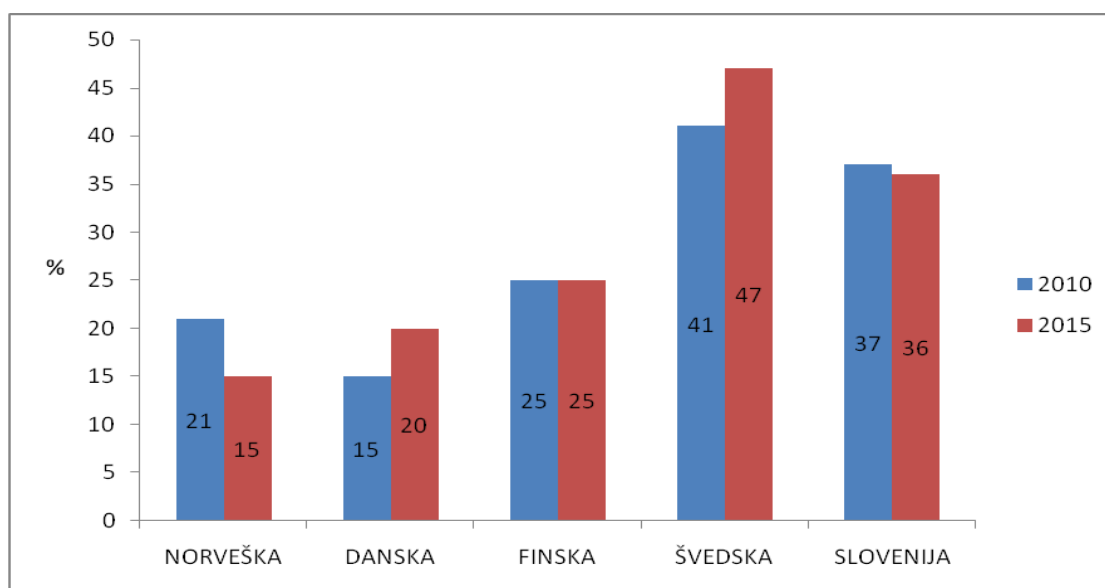
Vir: EUROFOUND (2017).

Slika 6: Povprečno število delovnih ur na teden v letih 2010 in 2015



Vir: OECD (2017).

Slika 7: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da je njihovo zdravje v nevarnosti zaradi dela, ki ga opravljajo

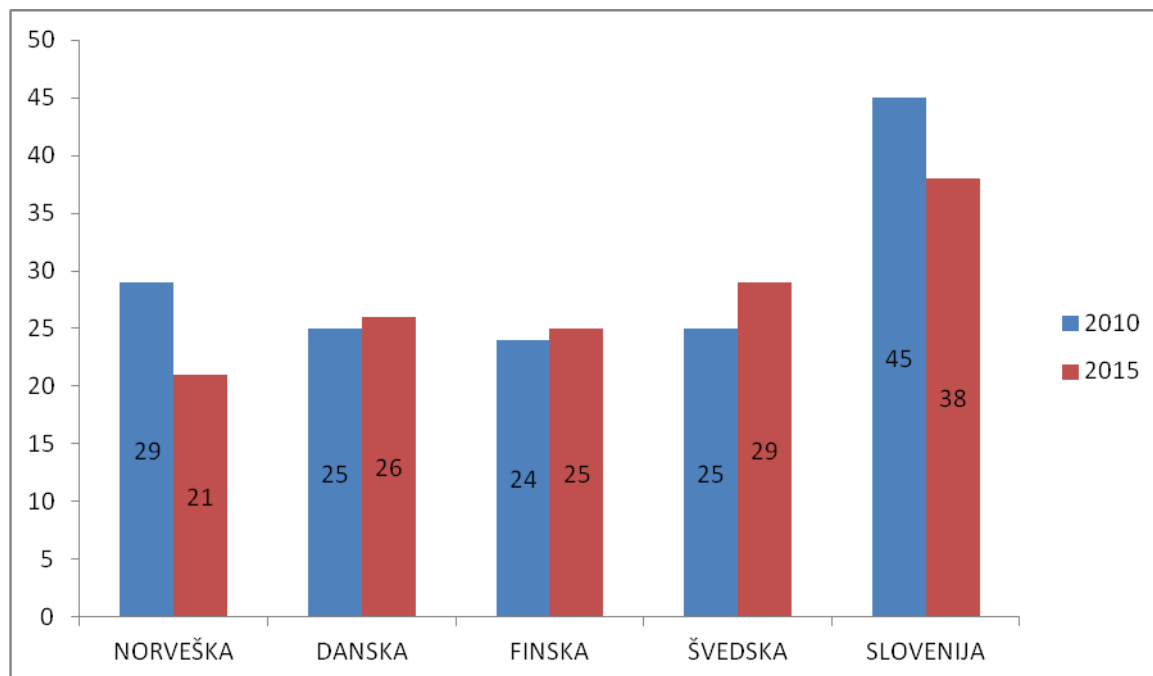


Vir: EUROFOUND (2017).

Na vprašanje, ali mislijo, da je njihovo zdravje v nevarnosti zaradi dela, ki ga opravljajo, izstopajo predvsem državljani Švedske. Kot kaže slika 7, je tako v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, kot v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, najvišji odstotek Švedov menilo, da je njihovo zdravje v nevarnosti zaradi dela, ki ga opravljajo. Na drugem mestu s podobnim mišljenjem, da je njihovo

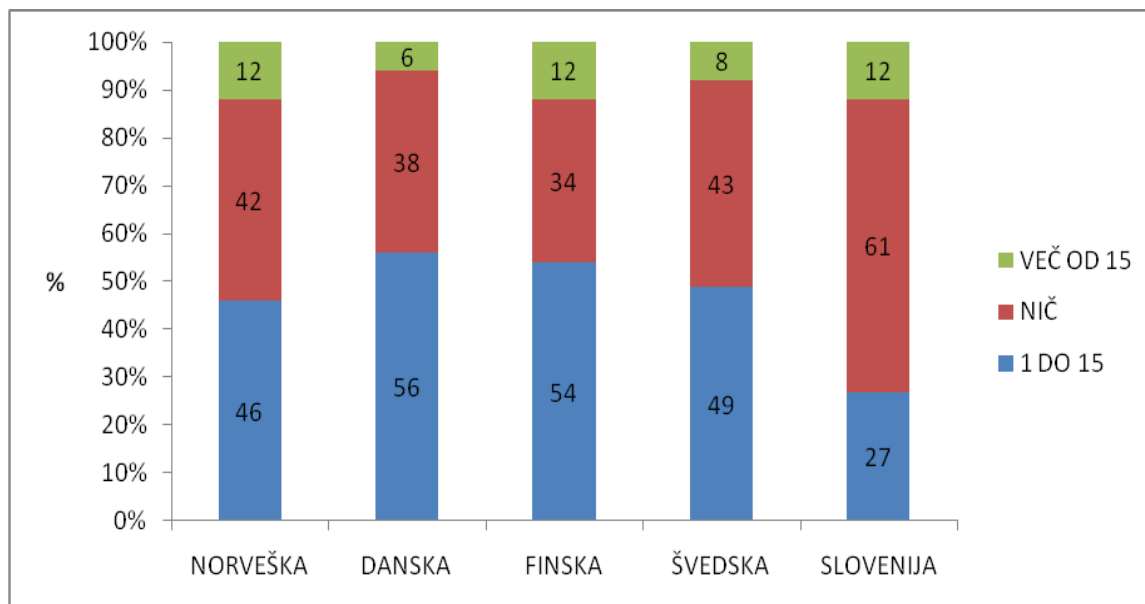
zdravje v nevarnosti zaradi dela, ki ga opravljajo, so Slovenci, in sicer 36 – 37 % jih je odgovorilo pritrdilno (EUROFOND, 2017).

Slika 8: Delež anketiranih, ki ocenjujejo da delo, ki ga opravljajo, vpliva na njihovo zdravje



Vir: EUROFOUND (2017).

Slika 9: Delež prebivalstva glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2010



Vir: EUROFOUND (2017).

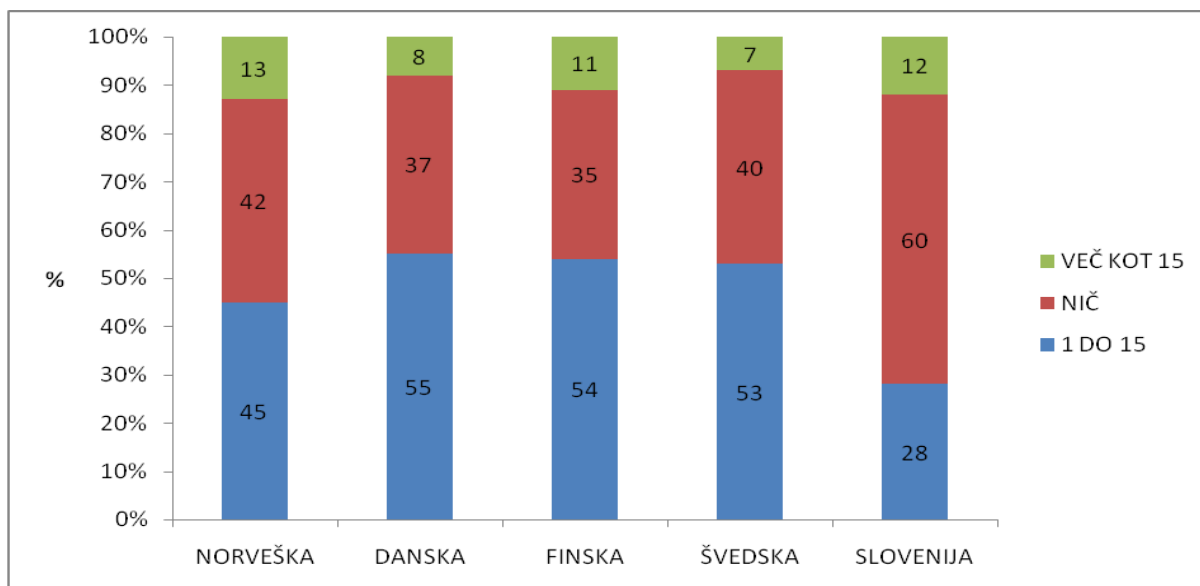
Na vprašanje, ali menijo, da delo, ki ga opravljajo vpliva na njihovo zdravje so bili podani trije možni odgovori, in sicer da, predvsem pozitivno, da, predvsem negativno in ne. V sliki 8 so prikazani odgovori da, predvsem negativno. V letu 2010 je glede na 5. Evropsko

raziskavo o delovnih razmerah, kar 45 % Slovencev odgovorilo, da delo negativno vpliva na njihovo zdravje, v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, pa se je ta odstotek znižal na 38 %. (EUROFOUND, 2017).

Slika 9 prikazuje delež prebivalstva glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. Na vprašanje, koliko dni ste bili odsotni v zadnjih 12. mesecih zaradi bolezni, so bili možni trije odgovori: 1 do 15 dni, več kot 15 dni in nič. Slovenija izstopa po tem, da je imela najnižji odstotek zaposlenih, ki so bili odsotni od 1 do 15 dni (27 %), na drugi strani pa je imela najvišji odstotek takih, ki v celem letu niso bili niti enega dne v bolniškem staležu (61 %). 12 % je tistih, ki so bili odsotni več kot 15 dni v Sloveniji, Norveški in na Finskem (EUROFOUND, 2017).

Slika 10 prikazuje delež prebivalstva, glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. Rezultati so zelo podobni kot v letu 2010 glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah. 60 % Slovencev je takih, ki niso bili niti enega dne v bolniškem staležu in 28 % takih, ki so bili odsotni z dela 1 – 15 dni. Tukaj bi lahko sklepali, da je tako visok odstotek tistih, ki niso bili niti enega dne v bolniškem staležu zato, ker hodijo na delo kljub bolezni, saj se bojijo, da bi zaradi bolniške odsotnosti dobili odpoved. Nezdravljene bolezni lahko pozneje privedejo do komplikaciji, posledice pa so dolgotrajnejše bolniške odsotnosti, kar kažejo tudi podatki, saj je 12 % takih, ki so odsotni več kot 15 dni (EUROFOUND, 2017).

Slika 10: Delež prebivalstva glede na trajanje odsotnosti z dela v letu 2015

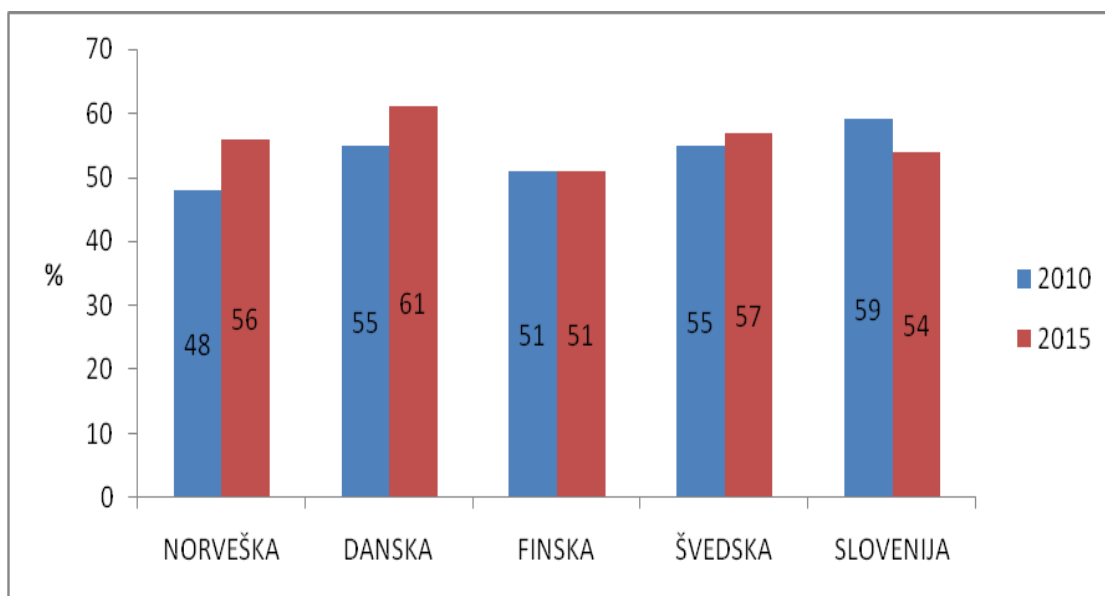


Vir: EUROFOUND (2017).

Na vprašanje ali so v zadnjih 12 mesecih delali, ko so bili bolni, je v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, najvišji odstotek bil v Sloveniji (59 %). Tukaj bi se lahko navezali na prejšnje vprašanje oziroma podatek, da 60 % Slovencev ni bilo niti enega dneva v bolniškem staležu, v sliki 11 pa je prikazano, da velika večina dela kljub

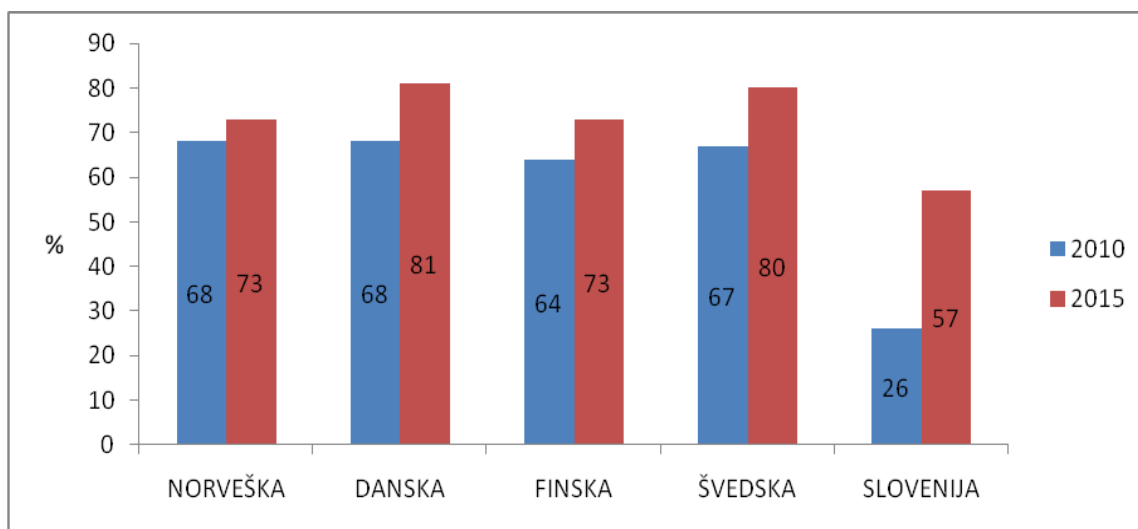
bolezni. Podatki sovpadajo in tako kot smo pri prejšnji sliki omenili, je lahko razlog ta, da se zaposleni bojijo za svoje službe in, da bi z odhodom v bolniški stalež dali delodajalcu razlog za odpoved delovnega razmerja. Na drugi strani je potrebno tudi opomniti, da je v letu 2010 vladala gospodarska kriza in bi lahko sklepali, da je bilo v tem letu tudi zaradi tega več prisotnega prezentizma, a se ta trend v drugih državah ne kaže, saj je po podatkih Slovenija edina država, ki ima v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, manjši odstotek prezentizma v primerjavi s skandinavskimi državami z izjemo Finske. Analiza podatkov je tudi pokazala, da je najvišji odstotek ženskih Slovenk (63 %), ki so delale med tem, ko so bile bolne (EUROFOUND, 2017).

Slika 11: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da so delali v času bolezni



Vir: EUROFOUND (2017).

Slika 12: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da bodo trenutno delo opravljali tudi v starosti 60 let

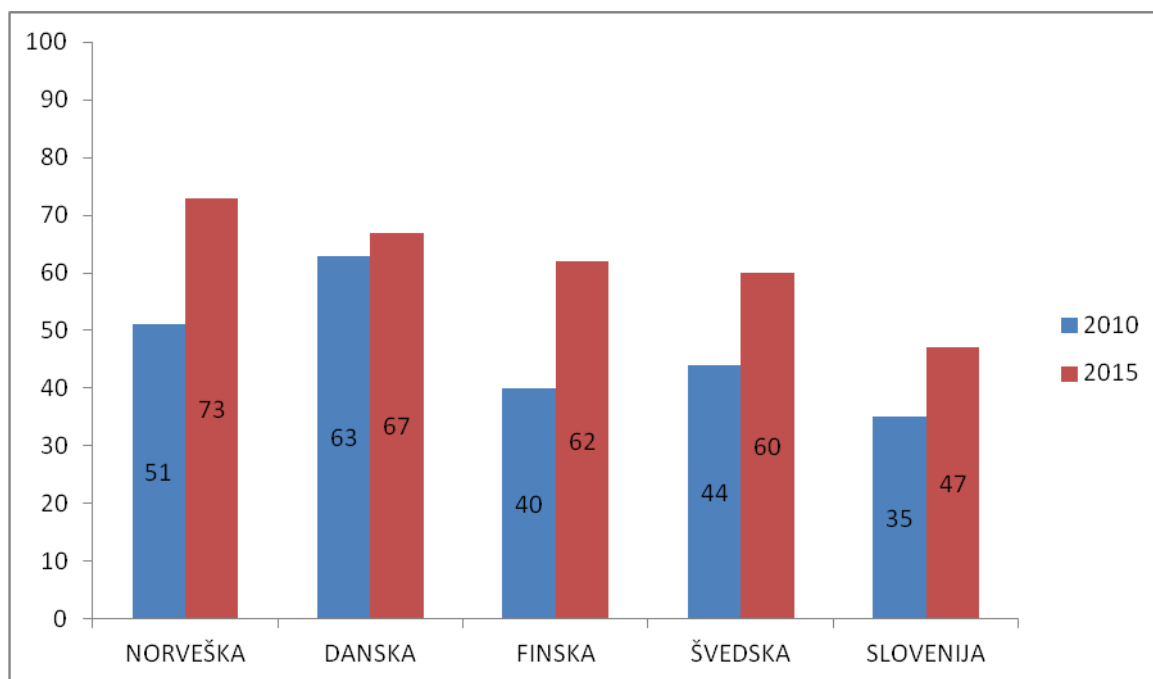


Vir: EUROFOUND (2017).

Na vprašanje, kaj menijo, ali bodo lahko opravljali trenutno delo, ko bodo stari 60 let je v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, Slovenija izrazito izstopala, saj je kar 74 % menilo, da dela, kot ga opravljajo v času anketiranja, ne bodo mogli opravljati, ko bodo stari 60 let. Razlog takšnih rezultatov je možno iskati v osveščenosti o posledicah in izzivih staranja prebivalstva, lahko pa bi tudi sklepali, da je imela vpliv gospodarska kriza in posledično slabši delovni pogoji, saj se je v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, odstotek znižal in je 57 % zaposlenih menilo, da bodo delo, ki ga opravljajo v času anketiranja, lahko opravljali tudi pri starosti 60 let. Slika 12 kaže, da v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, na Danskem in Švedskem 80 % oziroma 81 % meni, da bodo delo, ki ga opravljajo v času anketiranja, lahko opravljali tudi, ko bodo stari 60 let (EUROFOUND, 2017).

Na vprašanje ali menijo, da so dovolj plačani za delo, ki ga opravljajo je v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, kar 63 % Dancev odgovorilo pozitivno, med tem ko se je z odgovorom strinjalo skoraj pol manj (35 %) Slovencev. V letu 2015 je glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, najvišji delež (73 %) Norvežanov menilo, da so dovolj plačani za delo, ki ga opravljajo, delež pa se je zvišal tudi v Sloveniji, in sicer na 47 %. Iz slike 13 je razvidno, da se pri vseh državah odstotek bistveno zviša glede na leto 2010, kar je možno pripisati koncu gospodarske krize in posledičnem zvišanju plač (EUROFOUND, 2017).

Slika 13: Delež anketiranih, ki ocenjujejo, da so dovolj plačani za delo, ki ga opravljajo v letih 2010 in 2015

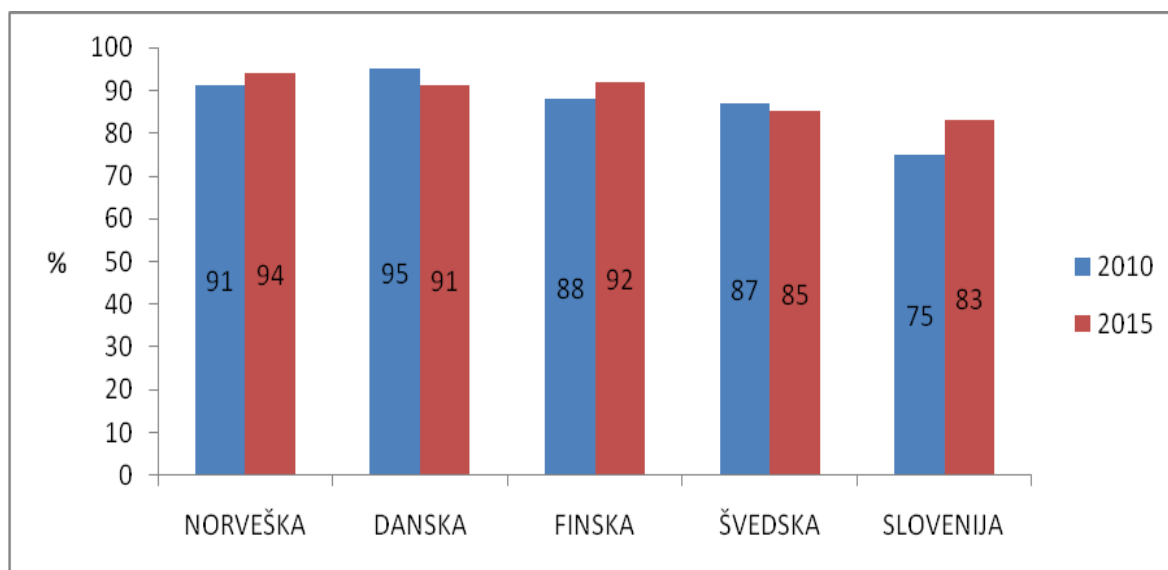


Vir: EUROFOUND (2017).

Na vprašanje kako so zadovoljni z delovnimi razmerami oziroma pogoji, so bili možni štirje odgovori in sicer: zelo zadovoljni, zadovoljni, nezadovoljni, zelo nezadovoljni. Slika

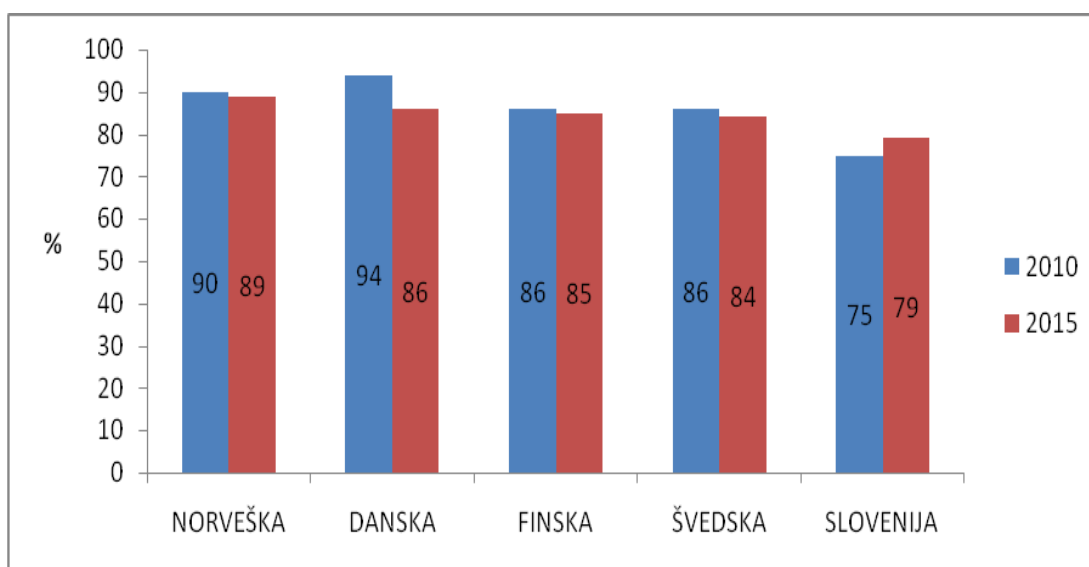
14 prikazuje odstotek tistih, ki so zadovoljni oziroma zelo zadovoljni. V letu 2010, je glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, kar 51 % Dancov odgovorilo, da je zelo zadovoljnih z delovnimi pogoji oziroma razmerami, 44 % pa je zadovoljnih. V Sloveniji jih je 14 % zelo zadovoljnih, 61 % pa zadovoljnih z delovnimi razmerami oziroma pogoji. Zanimivo je, da je na Finskem le 21 % zelo zadovoljnih in 67 % zadovoljnih, ter na Švedskem 26 % zelo zadovoljnih in 61 % zadovoljnih z delovnimi razmerami oziroma pogoji (EUROFOUND, 2017).

Slika 14: Delež anketiranih, ki ocenjujejo zadovoljstvo z delovnimi razmerami oziroma delovnimi pogoji



Vir: EUROFOUND (2017).

Slika 15: Delež anketiranih, ki ocenjujejo usklajenost delovnega časa z družinskimi ali družabnimi obveznostmi



Vir: EUROFOUND (2017).

Na vprašanje kako dobro se njihov delovni čas sklada z družinskimi ali družbenimi obveznostmi, so bili možni štirje odgovori in sicer: zelo dobro, dobro, slabo in zelo slabo. Slika 15 prikazuje odstotek tistih, ki so odgovorili zelo dobro in dobro. V letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah, ponovno izstopa Danska, saj je 58 % Dancev odgovorilo, da se njihov delovni čas sklada z družinskimi obveznostmi zelo dobro, 36 % pa jih je odgovorilo, da dobro. V Sloveniji jih je le 18 % menilo, da se njihov delovni čas sklada z družinskimi ali družbenimi obveznostmi zelo dobro, 57 % pa jih je odgovorilo, da dobro. Zanimivo je, da je na Finskem relativno nizek odstotek takih, ki so odgovorili, da se njihov delovni čas sklada z družinskimi ali družbenimi obveznostmi zelo dobro, in sicer 34 % v letu 2010, glede na 5. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah in 32 % v letu 2015, glede na 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah (EUROFOUND, 2017).

Analiza podatkov 5. in 6. Evropske raziskave o delovnih razmerah, med Slovenijo in skandinavskimi državami, je pokazala, da imajo Slovenci v povprečju največ opravljenih delovnih ur, v letu 2010 pa jih je kar 45 % menilo, da delo, ki ga opravljajo, slabo vpliva na njihovo zdravje. Približno 60 % Slovencev je takih, ki v zadnjem letu niso bili niti enega dne v bolniškem staležu, medtem ko je v skandinavskih državah ta odstotek precej nižji (34 – 42 %). Pri analiziranju deleža anketiranih, ki so delali v času bolezni, so vse države primerljive in ni bistvenih odstopanj. Tukaj bi lahko sklepali, da se zaposleni bojijo za svoje službe in kljub bolezni hodijo na delo. Seveda to lahko vodi v kasnejše dolgotrajnejše bolniške odsotnosti, kar deloma potrdi tudi podatek, da ima Slovenija najvišji (12 %) odstotek takih, ki so zaradi bolezni odsotni z dela več kot 15 dni. Nadalje je najvišji delež Slovencev, ki meni, da so slabo plačani za delo, ki ga opravljajo in da delo, ki ga opravljajo v času anketiranja, ne bodo mogli opravljati, ko bodo stari 60. let. Razlog za tako mišljenje, bi lahko bil vpliv gospodarske krize, ki je bila leta 2010 še močno prisotna. Namreč v letu 2015 se odstotek pri obeh vprašanjih zviša in jih 30 % več meni, da bodo lahko opravljali delo, kot so ga opravljali v času anketiranja ko bodo stari 60 let, in skoraj 20 % več jih meni, da so dobro plačani za delo, ki ga opravljajo. V kolikor primerjamo odstotke zadovoljstva z delovnimi pogoji oziroma razmerami in kako dobro usklajujejo svoj delovni čas z družinskimi ali socialnimi obveznostmi vidimo, da so države primerljive.

5 ANALIZA ABSENTIZMA V SLOVENIJI V OBDOBJU OD LETA 2007 DO 2016

Pri analiziranju absentizma smo uporabili standardne kazalnike NIJZ. Število primerov predstavlja vse primere, ki imajo zaključen bolniški stalež v opazovanem letu za eno diagnozo, ne glede, kdaj se je bolniški stalež začel. Število izgubljenih koledarskih dni predstavlja vse dneve odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju. Resnost (R) predstavlja povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni,

poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka. Odstotek bolniškega staleža (% BS) predstavlja odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. Indeks onesposabljanja (IO) predstavlja število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. Indeks frekvenca (IF) predstavlja število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v letu. V podatkovno bazo NIJZ glede na začasno odsotnost z dela so vključene osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji, osebe, ki na območju RS samostojno opravljajo poklicno dejavnost, osebe zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah, ustanovah in tujih diplomatskih predstavništvih s sedežem v RS, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno in osebe s stalnim prebivališčem v RS, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja (NIJZ, 2017).

Tabela 4 prikazuje število izgubljenih koledarskih dni v breme delodajalca in v breme ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno, se je število izgubljenih koledarskih dni v breme delodajalca zniževalo od leta 2007 do leta 2016, in sicer iz 5.839.322 dni na 4.911.248. Število izgubljenih koledarskih dni v breme ZZZS, je bilo najvišje v letu 2010 (4.518.524) in v letu 2016 (4.648.742). Spreminjanje števila izgubljenih koledarskih dni je lahko posledica spremembe števila primerov in/ali povprečnega trajanja ene odsotnosti z dela (ZZZS, 2008-2017).

Tabela 4: Število izgubljenih koledarskih dni v breme delodajalca in ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016

V breme delodajalca	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	532.720	495.383	418.670	410.810	358.579	330.261	261.478	248.868	251.328	244.238
Poklicne bolezni	479	878	481	334	246	270	329	297	220	315
Bolezni in poškodbe izven dela	5.306.123	4.471.136	5.207.273	4.776.443	4.990.685	4.622.418	4.517.949	4.367.032	4.663.429	4.666.695
Skupaj	5.839.322	5.237.397	5.626.424	5.187.587	5.349.510	4.952.949	4.779.756	4.616.197	4.914.977	4.911.248
V breme ZZZS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	370.576	370.222	355.264	375.790	350.891	335.483	303.419	289.743	332.103	360.609
Poklicne bolezni	2.029	1.405	576	364	186	517	159	665	594	578
Bolezni in poškodbe izven dela	3.665.138	3.272.037	3.507.581	4.142.370	3.830.642	3.731.958	3.412.680	3.462.511	3.803.250	4.287.555
Skupaj	4.037.743	3.643.664	3.863.421	4.518.524	4.181.719	4.067.680	3.716.258	3.752.919	4.135.947	4.648.742
Skupaj v breme delodajalca in ZZZS	9.877.065	8.881.061	9.489.845	9.706.111	9.531.229	9.020.629	8.496.014	8.369.116	9.050.924	9.559.990

Vir: Poslovno poročilo ZZZS (2008-2017).

V tabeli 5 je prikazano povprečno trajanje ene odsotnosti z dela v breme delodajalca in v breme ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016. V breme delodajalca se je povprečna dolžina

trajanja odsotnosti v opazovanem obdobju znižala iz 9,4 dni v letu 2007 na 7,5 dni v letu 2016. Povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti z dela v breme ZZZS je bila najnižja v letu 2008 in sicer 62,8 dni. Od leta 2011 se povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti z dela v breme ZZZS podaljšuje in je bila v letu 2016 že 83,7 dni (ZZZS, 2017). Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela se je tako v 9 letih podaljšalo za 20,9 dni.

Tabela 5: Povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti z dela v breme delodajalca in ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016

V breme delodajalca	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	18,4	18,1	18,5	18,6	18,4	18,3	18,2	17,8	17,9	17,8
Poklicne bolezni	10,0	12,2	11,5	8,0	9,8	10,4	10,0	9,9	9,2	13,7
Bolezni in poškodbe izven dela	8,9	8,9	8,7	8,3	8,4	8,2	8,0	7,8	7,5	7,3
Skupaj	9,4	9,3	9,0	8,7	8,8	8,5	8,2	8,1	7,8	7,5
V breme ZZZS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	47,7	51,5	54,2	57,9	60,5	62,7	70,8	71,7	78,4	89,3
Poklicne bolezni	253,6	175,6	115,2	364,0	62,0	258,5	53,0	133,0	198,0	289,0
Bolezni in poškodbe izven dela	63,6	62,8	62,9	72,0	67,7	70,8	70,7	72,9	78,1	83,7
Skupaj	61,7	61,4	62	70,6	67	70	70,7	72,7	78,1	84,1

Vir: Poslovno poročilo ZZZS (2008-2017).

Tabela 6: Število primerov absentizma v breme delodajalca in ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016

V breme delodajalca	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	28.924	27.299	22.610	22.110	19.490	18.074	14.379	13.990	14.054	13.758
Poklicne bolezni	48	72	42	42	25	26	33	30	24	23
Bolezni in poškodbe izven dela	594.385	534.353	601.481	573.288	591.145	562.327	567.588	558.924	618.613	638.745
Skupaj	623.357	561.724	624.493	595.440	610.660	580.427	582.000	572.944	638.745	652.526
V breme ZZZS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poškodba na delu	7.776	7.191	6.560	6.486	5.799	5.353	4.286	4.043	4.236	4.039
Poklicne bolezni	8	8	5	1	3	2	3	5	3	2
Bolezni in poškodbe izven dela	57.628	52.106	55.736	57.501	56.595	52.730	48.263	47.524	48.694	51.214
Skupaj	65.409	59.305	62.301	63.988	62.397	58.085	52.552	51.572	52.933	55.255

Vir: Poslovno poročilo ZZZS (2008-2017).

Tabela 6 prikazuje število primerov absentizma v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno, je bilo po podatkih ZZZS število primerov absentizma v breme delodajalca največje v letu 2016, in sicer 652.526. Največja rast števila primerov absentizma v breme delodajalca je bila iz leta 2008 v leto 2009 in sicer za 11,1 %. Število primerov absentizma v breme ZZZS je bilo največje leta 2007 in sicer 65.409, leta 2010 je bilo število primerov 63.988, do leta 2016 pa le še 55.255 (ZZZS, 2017).

Tabela 7 prikazuje število izgubljenih koledarskih dni po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do leta 2016. Kot je razvidno, je število izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in zaradi bolezni dihal v obdobju desetih let blago nihalo. Pri poškodbah in zastrupitvah izven dela, poškodbah in zastrupitvah na delu ter duševnih in vedenjskih motnjah, pa je število izgubljenih koledarskih dni z vsakim letom postopoma upadalo. Največ izgubljenih koledarskih dni je bilo v letu 2007 zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema, najmanj izgubljenih delovnih dni pa je bilo v letu 2014 zaradi poškodb in zastrupitev na delu.

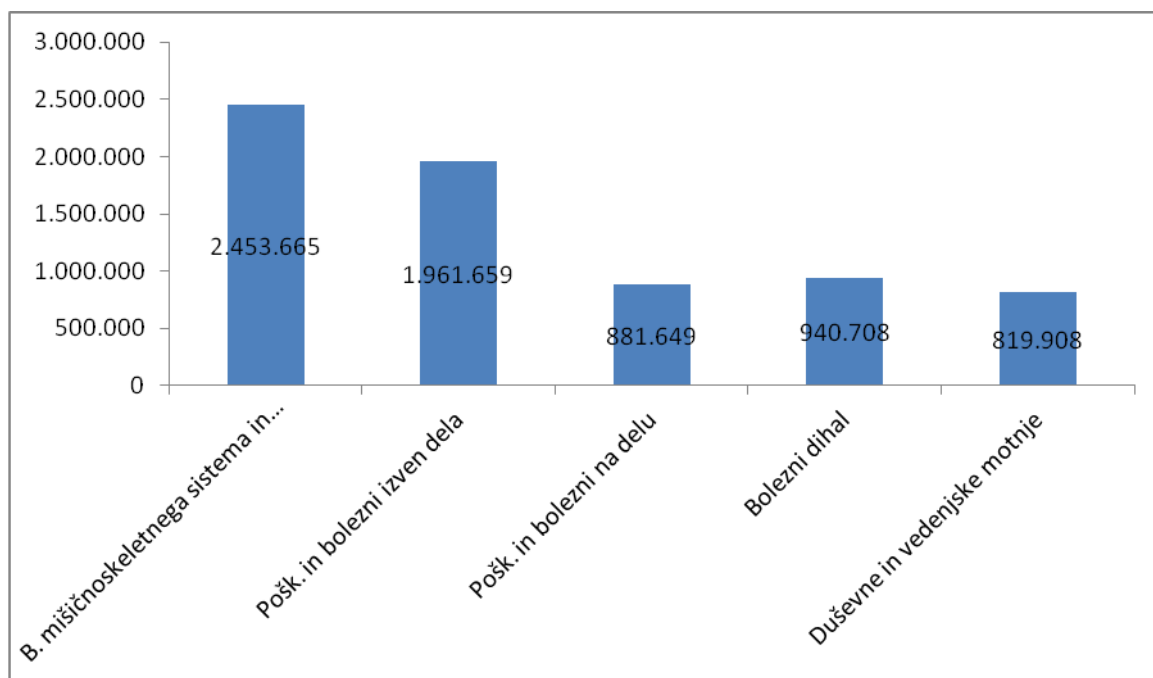
Tabela 7: Število izgubljenih koledarskih dni po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016

	Bolezni mišičnoskeletnega sistema	Poškodbe in zastrupitve izven dela	Poškodbe in zastrupitve na delu	Bolezni dihal	Duševne in vedenjske motnje
2007	2.632.522	2.198.631	1.157.091	1.083.241	943.105
2008	2.700.260	2.130.695	1.101.067	989.573	931.855
2009	2.466.410	2.037.030	964.596	1.124.756	858.503
2010	2.510.208	2.032.392	977.222	935.945	842.157
2011	2.424.229	1.936.861	888.749	977.655	820.255
2012	2.496.767	1.899.185	842.549	833.816	798.369
2013	2.335.531	1.891.448	734.255	877.676	750.042
2014	2.146.800	1.791.087	635.469	794.376	724.623
2015	2.320.498	1.810.500	684.080	958.630	747.401
2016	2.503.422	1.888.728	831.417	831.417	782.779

Vir: NIJZ (2017).

Po skupinah bolezni smo izračunali povprečno število izgubljenih koledarskih dni v obdobju od leta 2007 do leta 2016. Kot je razvidno iz slike 16, je največ izgubljenih koledarskih dni bilo zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.453.665), sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela (1.961.659), na tretjem mestu pa so bolezni dihal (940.708). Najmanj izgubljenih koledarskih dni je zaradi poškodb in zastrupitev na delu (881.649) ter zaradi duševnih in vedenjskih motenj (819.908), kar je zanimivo, saj je zaradi teh dveh skupin bolezni povprečno trajanje ene odsotnosti z dela najdaljše.

Slika 16: Povprečno število izgubljenih koledarskih dni po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: NIJZ (2017).

Tabela 8: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016

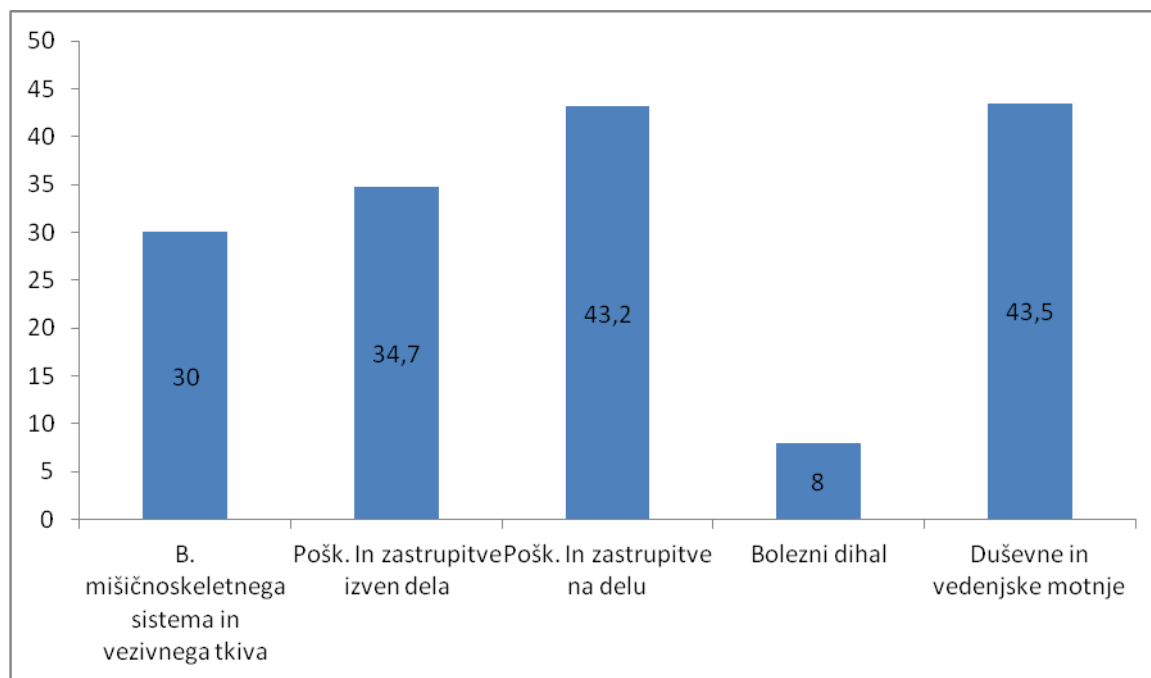
	Bolezni mišičnoskeletnega sistema	Poškodbe in zastrupitve izven dela	Poškodbe in zastrupitve na delu	Bolezni dihal	Duševne in vedenjske motnje
2007	27,96	32,21	37,17	7,94	43,71
2008	30,68	33,04	38,44	8,21	46,57
2009	31,40	33,80	40,47	8,59	46,49
2010	29,88	34,71	41,45	8,18	43,86
2011	30,95	35,39	43,68	8,42	44,54
2012	31,54	35,51	43,55	7,81	43,41
2013	30,62	35,62	47,27	7,74	41,96
2014	28,36	35,71	44,66	7,77	40,90
2015	29,01	34,93	46,26	7,78	41,03
2016	30,21	36,94	49,37	7,69	42,64

Vir: NIJZ (2017).

Tabela 8 prikazuje povprečno trajanje ene odsotnosti z dela po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno iz tabele, je povprečno trajanje ene odsotnosti z dela najkrajše zaradi bolezni dihal, in sicer 7,69 dni v letu 2016. Zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti najnižje v letu 2007, in sicer 27,96 dni, najdaljše pa v letu 2012, in sicer 31,54 dni. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi poškodb in zastrupitev izven dela se je iz 33,21 dni v letu 2007 do leta 2016 zvišalo na 36,94 dni. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi poškodb in

zastrupitev na delu se je iz 37,17 dni v letu 2007 postopoma zviševalo in v letu 2016 doseglo 49,37 dni. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi duševnih motenj je skozi desetletje blago nihalo, in sicer od 40,9 dni v letu 2014 do 46,57 dni v letu 2008.

Slika 17: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) v dnevih glede na skupine bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: NIJZ (2017).

V sliki 17 so prikazani podatki o povprečnem trajanju ene odsotnosti z dela glede na skupine bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016. Tukaj so na prvem mestu duševne bolezni in vedenjske motnje, saj je povprečno trajanje odsotnosti 43,5 dni ter poškodbe in zastrupitve pri delu, s povprečnim trajanjem ene odsotnosti z dela 43,2 dni. 34,7 dni je povprečno trajanje ene odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela, 30 dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, ter 8 dni zaradi bolezni dihal.

Tabela 9 prikazuje število primerov absentizma po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno, število primerov bolniške odsotnosti zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva od leta 2007 (94.158 primerov) do leta 2015 (79.984 primerov) upada, leta 2016 pa se poviša na 82.879. Število primerov absentizma zaradi poškodb in zastrupitev izven dela se skozi celo desetletje znižuje, število primerov poškodb in zastrupitev na delu pa se zniža za dobro polovico. Število primerov absentizma zaradi bolezni dihal skozi desetletje blago niha, pri duševnih in vedenjskih motnjah pa število primerov do leta 2014 upada, z letom 2015 pa se postopno dviguje.

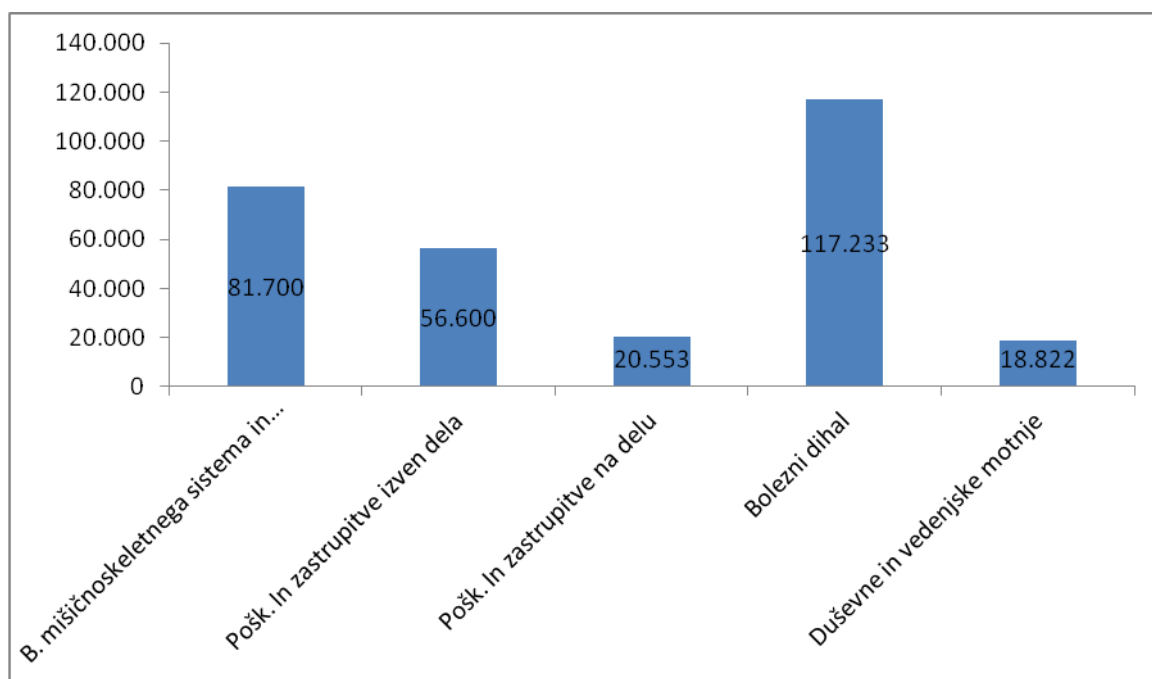
Tabela 9: Število primerov absentizma po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016

	Bolezni mišičnoskeletnega sistema	Poškodbe in zastrupitve izven dela	Poškodbe in zastrupitve na delu	Bolezni dihal	Duševne in vedenjske motnje
2007	94.158	68.266	31.127	136.399	21.576
2008	88.001	64.485	28.645	120.510	20.009
2009	78.549	60.263	23.833	130.971	18.468
2010	83.996	58.558	23.576	114.427	19.203
2011	78.333	54.729	20.348	116.177	18.417
2012	79.150	53.484	19.346	106.790	18.392
2013	76.265	53.103	15.534	113.451	17.874
2014	75.694	50.153	14.230	102.207	17.715
2015	79.984	51.837	14.787	123.222	18.215
2016	82.879	51.129	14.106	108.178	18.357

Vir: NIJZ (2017).

Po skupinah bolezni smo izračunali povprečno število primerov v obdobju od leta 2007 do leta 2016. Kot je razvidno iz slike 18, je največ primerov bilo zaradi bolezni dihal in sicer 117.233. Bolezni dihal so zelo pogoste, mednje pa uvrščamo katerokoli bolezen ali stanje, ki okvari dihalne poti. Med najbolj pogoste lahko uvrstimo virusno ali bakterijsko okužbo dihal, pljučnico, astmo, pljučni rak,... Po številu primerov sledijo bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (81.700), poškodbe in zastrupitve izven dela (56.600) in pa poškodbe in zastrupitve na delu (20.553). Najmanj primerov pa je bilo zaradi vedenjskih in duševnih motenj, in sicer 18.822.

Slika 18: Povprečno število primerov po skupinah bolezni v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: NIJZ (2017).

Tabela 10 predstavlja oceno družbenega stroška absentizma v obdobju od leta 2008 do leta 2016. Podatki so povzeti iz podatkovnega portala SURS in so dostopni le od leta 2008 naprej.

Tabela 10: Povprečni strošek dela na koledarski dan v obdobju od leta 2008 do leta 2016

Leto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Povprečna bruto plača	1.427	1.447	1.538	1.582	1.601	1.598	1.637	1.652	1.686
Celotni strošek delodajalca*	1.656,75	1.714,80	1.785,62	1.836,70	1.858,76	1.855,28	1.900,56	1.917,97	1.957,45
Povprečni strošek dela na koledarski dan	54,47	56,38	58,71	60,38	61,11	61,00	62,48	63,06	64,35

Legenda-. * skupaj s prispevki delodajalca in delojemalca

Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov SURS-a (2018).

Tabela 11: Ocena stroškov absentizma z družbenega vidika v obdobju od leta 2008 do leta 2016

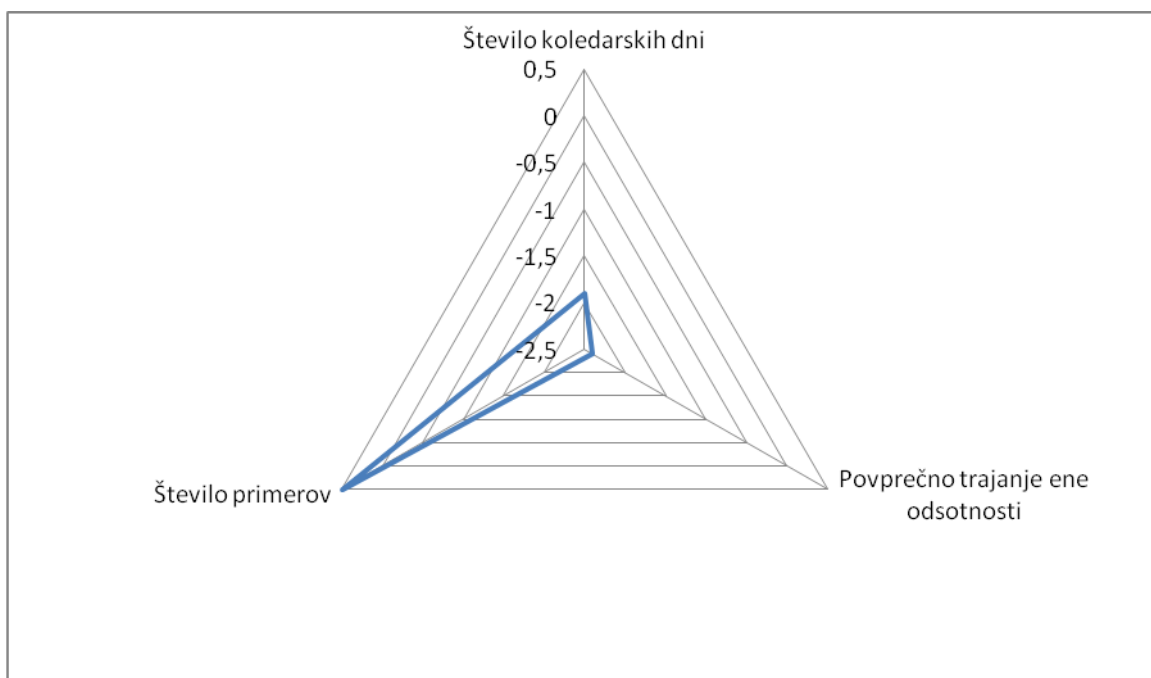
Leto	Povprečni strošek dela na koledarski dan	Število izgubljenih koledarskih dni	Ocena stroška absentizma
2008	54,47	8.881.061	403.821.843,67
2009	56,38	9.489.845	535.037.461,1
2010	58,71	9.706.111	569.845.776,81
2011	60,38	9.531.229	575.499.410,96
2012	61,11	9.020.629	551.250.638,19
2013	61	8.496.014	518.256.854
2014	62,48	8.369.116	522.905.179,28
2015	63,06	9.050.924	570.751.267,44
2016	64,35	9.559.990	615.185.356,5

Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov SURS-a (2018).

Tabela 11 prikazuje oceno stroškov absentizma z družbenega vidika v obdobju od leta 2008 do leta 2016. Kot je razvidno iz tabele, je ocena stroška absentizma v letu 2008 znašala 403.821.843,67 eur, leta 2016 pa 615.185.356,5 eur, kar pomeni, da so se stroški v obdobju 8 let zvišali za 211.363.512,83 eur oziroma za 5,4 % v povprečju na leto.

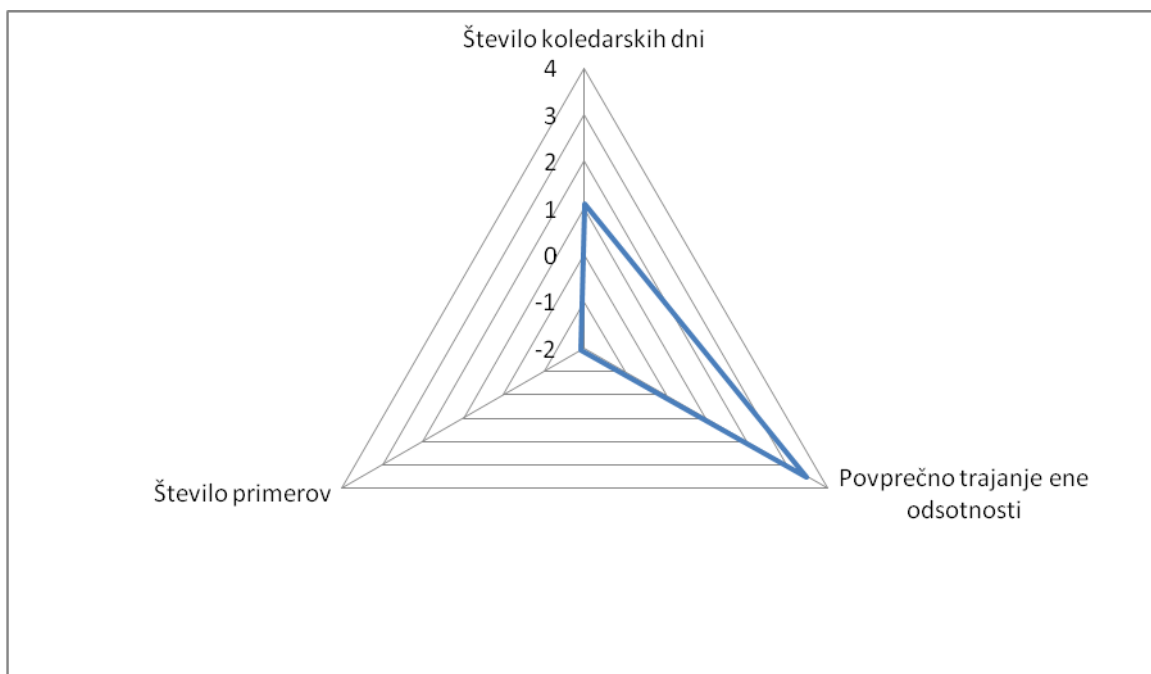
Slika 19 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) v breme delodajalca v obdobju od 2007 do 2016. Število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo za 1,9 % letno v povprečju, povprečno trajanje ene odsotnosti z dela se je skrajšalo za 2,4 % letno v povprečju, število primerov pa se je na letni ravni v obdobju od leta 2007 do leta 2016 zvišalo za 0,5 %. Število koledarskih dni se je znižalo predvsem zato, ker se je skrajšalo povprečno trajanje ene odsotnosti, število primerov pa se je celo nekoliko zvišalo.

Slika 19: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti v breme delodajalca v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov ZZZS (2017).

Slika 20: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti v breme ZZZS v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov ZZZS (2017).

Slika 20 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) v breme ZZZS v obdobju od 2007 do 2016. Število izgubljenih koledarskih dni se je

povečalo za 1,1 % letno v povprečju, povprečno trajanje ene odsotnosti z dela se je podaljšalo za 3,5 % na leto v povprečju, število primerov pa se je na letni ravni v obdobju od leta 2007 do leta 2016 znižalo za 1,9 % letno v povprečju.

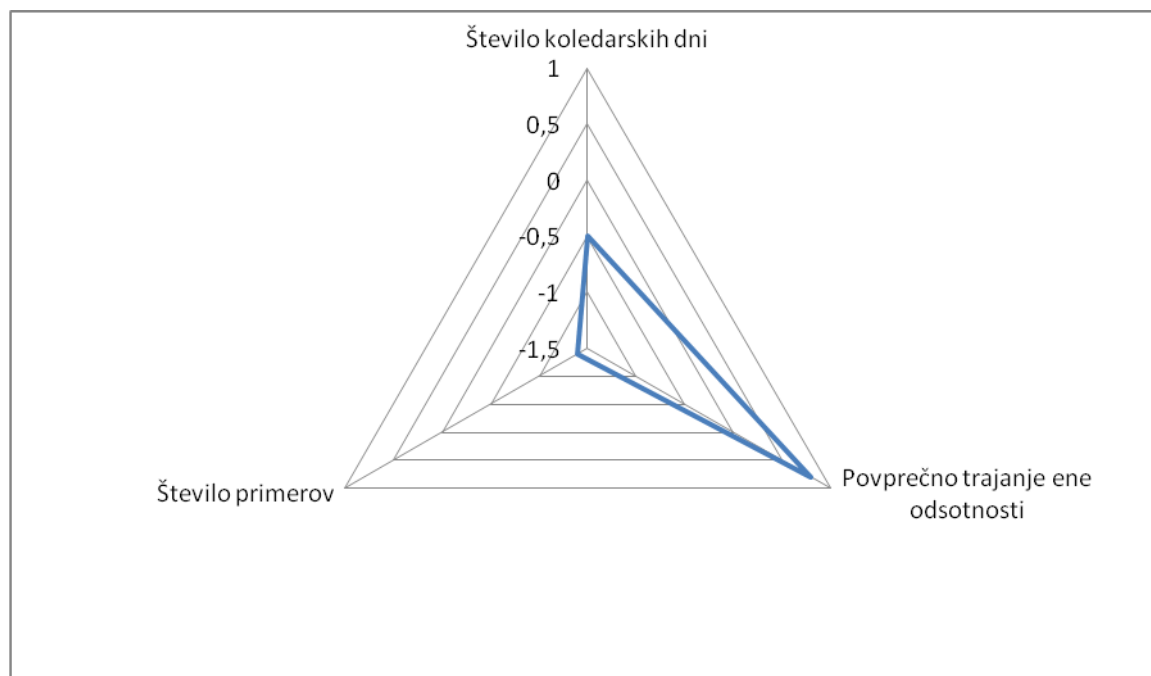
Tabela 12 prikazuje odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca (% BS), število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca (IO) in število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v letu (IF) v obdobju od leta 2007 do 2016. % BS je bil najvišji v letu 2007 (4,40 %), najnižji pa v letu 2014 (3,75 %). Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca je bilo najvišje v letu 2007 (16,06) dni, najnižje pa v letu 2014 (13,67) dni. Število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih je bilo najnižje v letu 2008 (82,66), najvišje pa v letu 2015 (104,48) (NIJZ, 2017).

Tabela 12: Kazalniki bolniškega staleža v obdobju od leta 2007 do 2016

Leto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% BS	4,40	4,25	4,18	4,09	4,05	4,23	4,08	3,75	3,97	3,96
IO	16,06	15,52	15,26	14,94	14,77	15,44	14,90	13,67	14,48	14,45
IF	89,88	82,66	84,99	85,03	86,54	90,41	94,75	91,37	104,48	98,79

Vir: NIJZ (2017).

Slika 21: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na boleznimišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v obdobju od leta 2007 do 2016



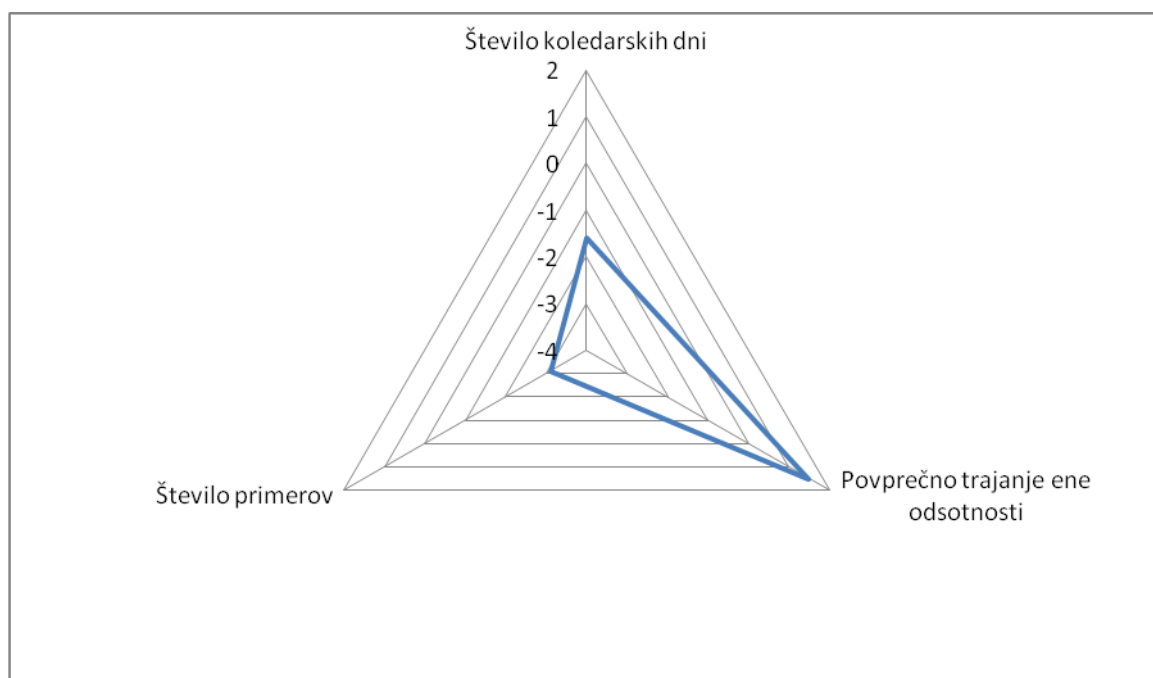
Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Slika 21 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) glede na boleznimišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v obdobju od leta 2007 do 2016.

Kot je razvidno, je število koledarskih dni upadlo za 0,5 % letno v povprečju, podaljšalo se je povprečno trajanje ene odsotnosti za 0,8 % na leto v povprečju, število primerov pa se je znižalo za 1,4 % v povprečju na leto.

V letu 2007 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.632.522), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (2.198.631), poškodbe in zastrupitve na delu (1.157.091). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi bolezni dihal (1.083.241), na petem pa duševne in vedenjske motnje z 943.105 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 43,71 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj (NIJZ, 2017).

Slika 22: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na poškodbe in zastrupitve izven dela v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Slika 22 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) glede na poškodbe in zastrupitve izven dela v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno iz slike, je število koledarskih dni upadlo za 1,6 % povprečno letno, povprečno trajanje ene odsotnosti se je zvišalo za 1,5 % na leto v povprečju, število primerov pa se je znižalo za 3,1 % v povprečju letno.

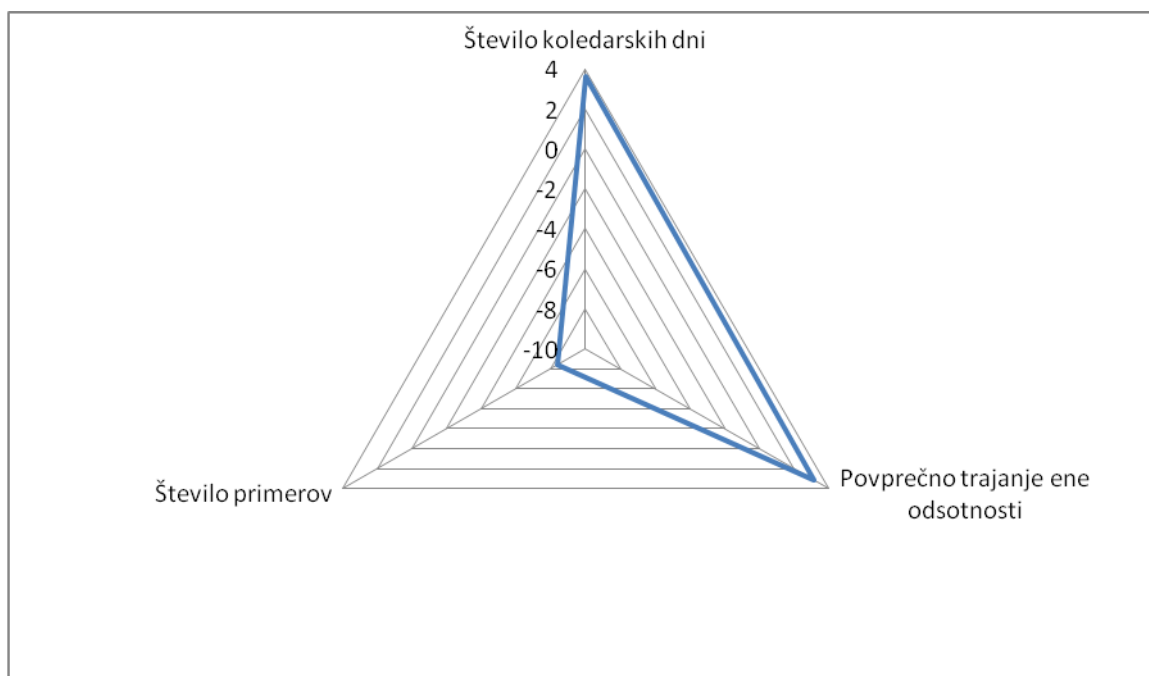
V letu 2008 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.700.260). Sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (2.130.695), poškodbe in zastrupitve na delu (1.101.067). Na

četrtem mestu so odsotnosti zaradi bolezni dihal (989.573), na petem pa duševne in vedenjske motnje z 931.855 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 46,57 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj (NIJZ, 2017).

V letu 2009 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.466.410), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (2.037.030), bolezni dihal (1.124.756). Na četrtem mestu so odsotnosti poškodbe in zastrupitve na delu (964.596), na petem pa duševne in vedenjske motnje z 858.503 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 46,49 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj (NIJZ, 2017).

V letu 2010 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.510.208), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (2.032.392), poškodbe in zastrupitve na delu (977.222). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi bolezni dihal (935.945), na petem pa duševne in vedenjske motnje z 842.157 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 43,86 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 41.45 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

Slika 23: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na poškodbe in zastrupitve na delu v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

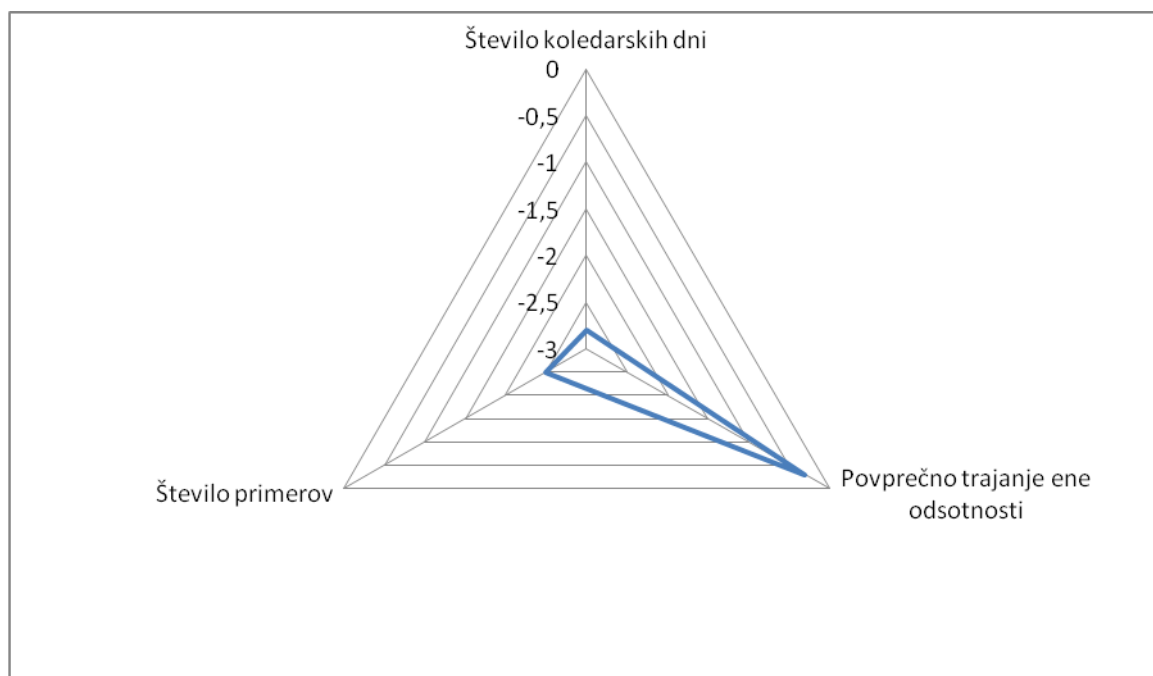
Slika 23 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) glede

na poškodbe in zastrupitve na delu v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno iz slike, je število koledarskih dni upadlo za 3,6 % v povprečju letno, povprečno trajanje ene odsotnosti se je zvišalo za 3,2 % na leto v povprečju, število primerov pa se je znižalo za kar 8,4 % v povprečju letno.

V letu 2011 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.424.229), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.936.861), bolezni dihal (977.655). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi, na poškodbe in zastrupitve na delu (888.749) petem pa duševne in vedenjske motnje z 820.255 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 44,54 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 43,68 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

Slika 24 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) glede na bolezni dihal v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno iz slike, je število koledarskih dni upadlo za 2,8 % povprečno letno, povprečno trajanje ene odsotnosti se je skrajšalo za 0,3 % na leto v povprečju, število primerov pa se je znižalo za 2,5 % v povprečju letno.

Slika 24: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na bolezni dihal v obdobju od leta 2007 do 2016

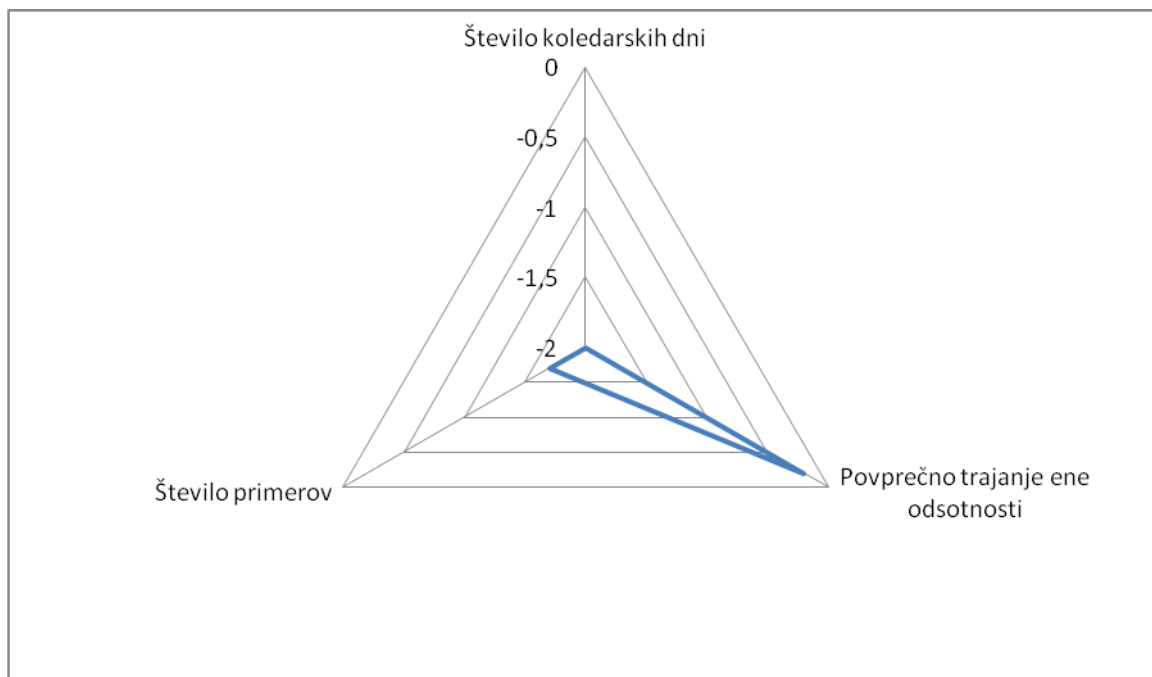


Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Slika 25 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) glede

na duševne in vedenjske motnje v obdobju od leta 2007 do 2016. Kot je razvidno iz slike, je število koledarskih dni upadlo za 2 % povprečno letno, povprečno trajanje ene odsotnosti se je skrajšalo le za 0,2 % na leto v povprečju, število primerov pa se je znižalo za kar 1,7 % v povprečju letno.

Slika 25: Kazalniki absentizma povprečne letne stopnje rasti glede na duševne in vedenjske motnje v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

V letu 2012 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.496.767), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.899.185), poškodbe in zastrupitve na delu (842.549). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi bolezni dihal (833.816), na petem pa duševne in vedenjske motnje z 798.369 izgubljenih koledarskih dni. Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 43,41 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 43,55 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

V letu 2013 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.335.531), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.891.448), bolezni dihal (877.676). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi duševne in vedenjske motnje z 750.042 izgubljenih koledarskih dni, na petem pa poškodbe in zastrupitve na delu (734.255). Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 41,69 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 47,25 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

V letu 2014 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.146.800), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.791.087), bolezni dihal (794.376). Na četrtem mestu so duševne in vedenjske motnje z 724.623 izgubljenih koledarskih dni, na petem pa poškodbe in zastrupitve na delu (635.469). Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 40,90 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 44,66 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

V letu 2015 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.320.498), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.810.500), bolezni dihal (958.630). Na četrtem mestu so duševne in vedenjske motnje z 747.401 izgubljenih koledarskih dni odsotnosti zaradi, na petem pa poškodbe in zastrupitve na delu (684.080). Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 41,03 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 46,26 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

V letu 2016 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (2.503.422), sledijo jim odsotnosti zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela (1.888.728), bolezni dihal (831.417). Na četrtem mestu so odsotnosti zaradi duševne in vedenjske motnje z 782.779 izgubljenih koledarskih dni, na petem pa poškodbe in zastrupitve na delu (696.390). Najdaljše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo 42,64 dni, in sicer zaradi duševnih in vedenjskih motenj in pa 49,37 dni zaradi poškodbe in zastrupitve pri delu (NIJZ, 2017).

Skozi celo desetletje so bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnih tkiv v samem vrhu po številu izgubljenih koledarskih dni. Sledijo jim odsotnosti z dela zaradi poškodbe in zastrupitve z dela. V letu 2013 pride do spremembe, in sicer se zniža odsotnost zaradi poškodb in zastrupitev na delu, zviša pa se odsotnost zaradi bolezni dihal. V letu 2007 je bilo število izgubljenih koledarskih dni zaradi poškodb in zastrupitev na delu 1.157.091, v letu 2013 je številka padla na 734.255, v letu 2016 pa na 696.390. Glede na podatek bi lahko sklepali tudi, da je razlog v ozaveščenosti delodajalcev o skrbi za zdravje na delovnem mestu in prilagoditvi delovnega mesta.

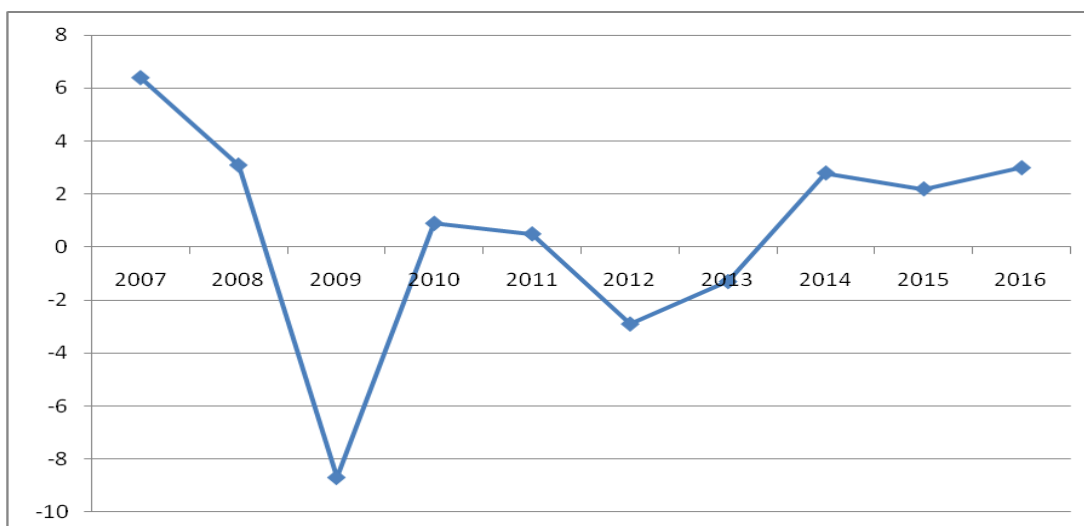
Če povzamemo vse zgornje podatke je jasno, da se je pri vseh skupinah bolezni (bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodbe in zastrupitve izven dela, poškodbe in zastrupitve na delu, bolezni dihal ter duševne in vedenjske motnje) zmanjšalo tako število primerov, kot število izgubljenih koledarskih dni. Pri treh skupinah bolezni (bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodbe in zastrupitve izven dela ter poškodbe in zastrupitve na delu) se je povprečno trajanje ene odsotnosti podaljšalo, pri boleznih dihal ter duševnih in vedenjskih motnjah pa minimalno znižalo, in sicer za 0,3 % oziroma 0,2 % v povprečju na leto. Glede na to, da se je podaljšalo le povprečno trajanje

ene odsotnosti z dela, bi kot razlog lahko navedli dolge čakalne dobe in pa splošno staranje aktivnega prebivalstva, ki ob bolezni dlje časa okreva, kot pa mlajša populacija.

6 VPLIV GOSPODARSKE KRIZE NA BOLNIŠKO ODSOTNOST

Gospodarska kriza je po definiciji točka v gibanju gospodarstva, v kateri pride do vrhunca motnje produkcije, ki se najprej opazi v ekonomiji, kasneje pa zajame vse sfere družbenega življenja (Štor, 2002). Razsežnosti krize se odražajo na več področjih, zato je kriza nekakšen multidimenzionalen pojav, ki zajema ekonomski, socialni, tradicionalni, psihološki in pravni vidik (Dubrovski, 2011). Kot kaže slika 26, je po podatkih SURS – a gospodarska kriza, ki se je začela v letu 2008, bistveno vplivala na razmere v slovenskem gospodarstvu in posledično tudi na trgu dela. Slovenija je v letu 2009 beležila visok padec bruto domačega proizvoda, glede na leto 2008 se je realno zmanjšal za 8,7 % (SURS, 2017).

Slika 26: Realna rast BDP v % v obdobju od leta 2007 do 2016



Vir: SURS (2017).

V času gospodarske krize so zaposleni nedvomno podvrženi večjemu stresu, ki je predvsem posledica bojazni pred izgubo zaposlitve ter na drugi strani večjih obremenitev na delovnem mestu. Delodajalci zaradi krčenja razpoložljivih finančnih sredstev posvečajo manj pozornosti zdravemu delovnemu okolju, kar pa lahko vodi v povečanje števila nesreč in poškodb na delovnem mestu. Vse to vodi v manjšo učinkovitost zaposlenih, dolgoročno gledano pa naraste tudi odsotnost z dela zaradi bolezni. Gospodarska kriza pomeni po mnenju mnogih strokovnjakov večje tveganje za zdravje zaposlenih. Predvsem v današnjih kriznih časih bi morala biti še toliko večja skrb delodajalcev, da poskušajo zagotoviti prožnost delovne sile ter da zadržijo stroške za zdravje na zaposlenega v razumnih mejah. Delodajalci, ki pri svojem načrtovanju zanemarjajo zdravje zaposlenih, bodo najverjetneje dosegli manjšo produktivnost in na koncu večje stroške za zdravstveno varstvo zaposlenih (Snežič, Pungartnik & Ažman, 2011).

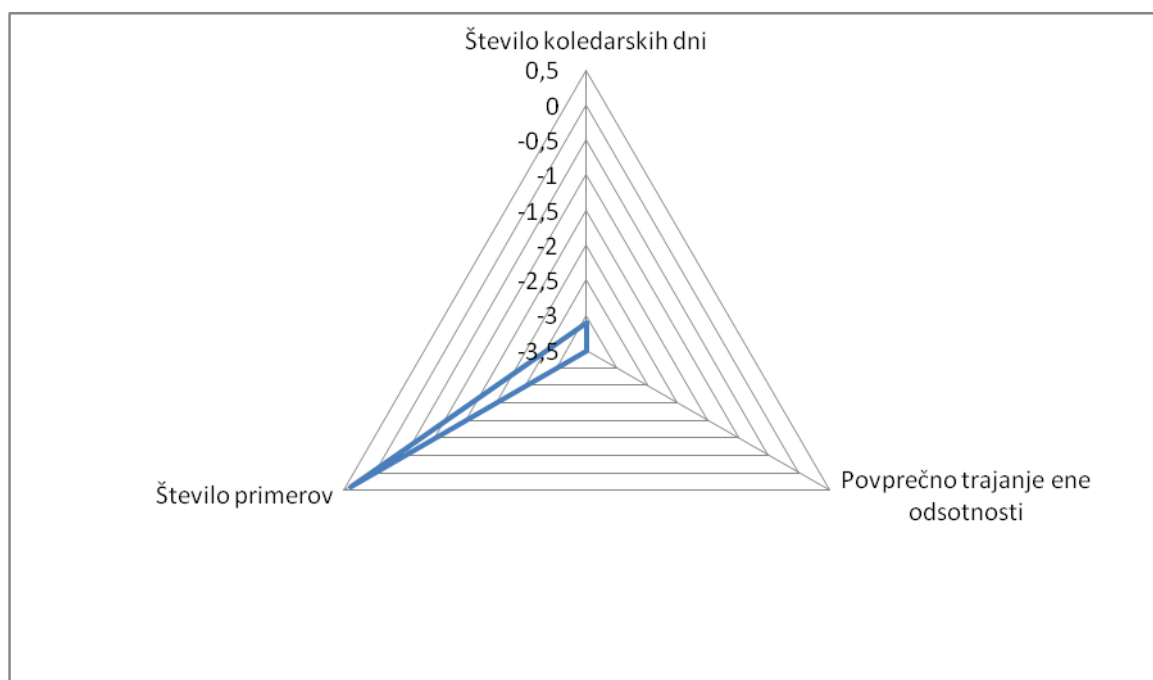
Tabela 13: Kazalniki absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Število primerov	739.834	742.342	729.004	734.523	723.413	755.475
Število koledarskih dni	13.894.657	13.325.384	12.808.242	12.539.064	12.354.286	11.880.378
Povprečno trajanje odsotnosti	18,78	17,95	17,57	17,07	17,08	15,73

Vir: NIJZ (2017).

Glede na to, da začetki krize segajo v leto 2008, so v tabeli 13 prikazani podatki oziroma kazalniki absentizma za obdobje od leta 2008 do leta 2013. Največje število izgubljenih koledarskih dni je bilo v letu 2008, in sicer 13.894.657, najmanj pa v letu 2013, in sicer 11.880.378. Število primerov je bilo najnižje v letu 2012, in sicer 723.413, najvišje pa v letu 2013, in sicer 755.475. Povprečno trajanje odsotnosti iz dela je bilo 15,73 v letu 2013 in 18,78 dni v letu 2008 (NIJZ, 2017).

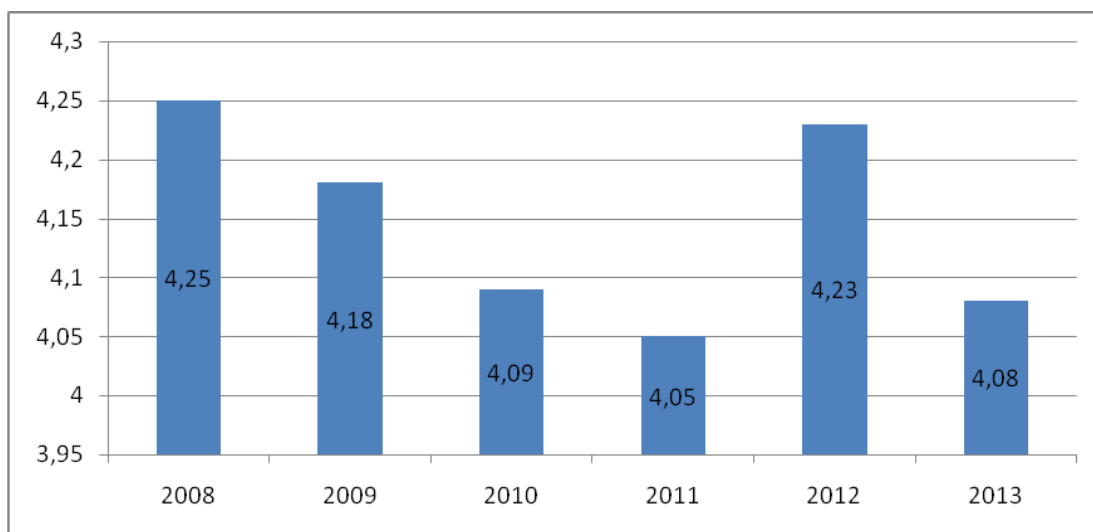
Slika 27: Povprečna letna stopnja rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Slika 27 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) v času od leta 2008 do 2013. Število izgubljenih koledarskih dni odsotnosti z dela se je znižalo za 3,1 % v povprečju letno, povprečno trajanje odsotnosti je upadlo za 3,5 % povprečno letno, število primerov pa se je zvišalo za 0,4 % v povprečju letno. Kot lahko povzamemo, se je število primerov blago višalo, se je pa skrajšalo povprečno trajanje ene odsotnosti.

Slika 28: Odstotek izgubljenih delovnih dni na enega zaposlenega (% BS) v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji

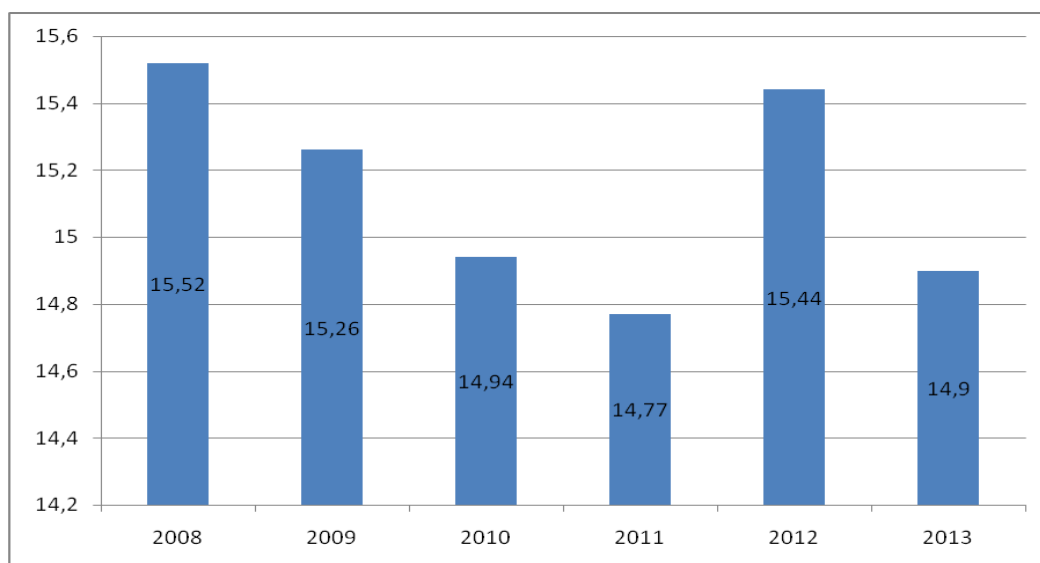


Vir: NIJZ (2017).

Kot je razvidno iz slike 28, je bil odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega (% BS) najnižji v letu 2011, in sicer 4,05 %. Najvišji % BS je bil v letu 2008, in sicer 4,25 % in pa 4,23 % v letu 2012.

Slika 29 prikazuje indeks onesposabljanja, ki nam pove kolikšno je število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca. V letu 2008 je bilo število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega najvišje, in sicer 15,52 dni, do leta 2011 je število upadalo (14,77 dni), leto 2012 je bilo primerljivo z letom 2008, saj je bilo število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca 15,44 dni. V letu 2013 se je število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega ponovno znižalo na 14,9 dni.

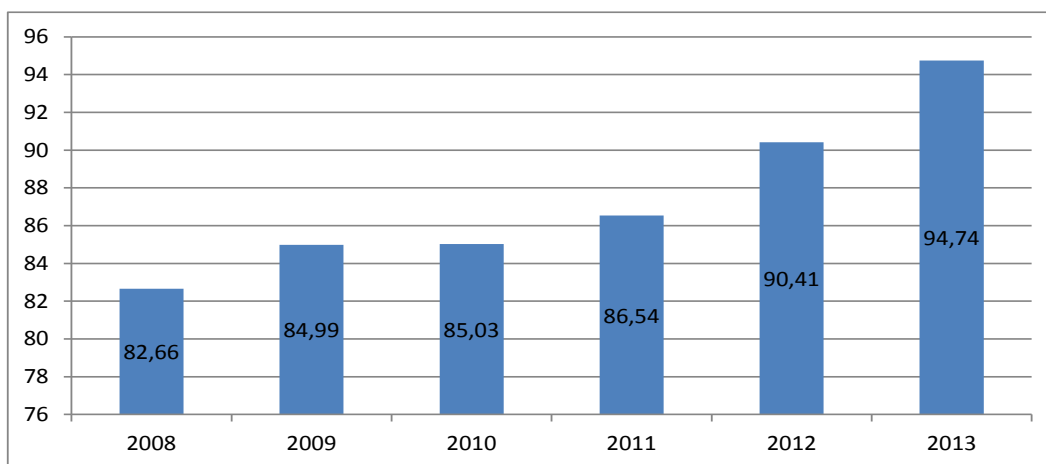
Slika 29: Indeks onesposabljanja (IO) v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji



Vir: NIJZ (2017).

Kot je razvidno iz slike 30 je bilo število primerov odsotnosti z dela na 100 zaposlenih najnižje v letu 2008, in sicer 82,66. Število primerov je z vsakim letom naraščalo in tako bilo v letu 2013 najvišje, in sicer 94,74.

Slika 30: Število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v letu (IF) v obdobju od leta 2008 do 2013



Vir: NIJZ (2017).

Gospodarska kriza, s katero se je soočala Slovenija, je povzročila številne stečaje podjetij in množična odpuščanja, kar je pomenilo zmanjšanje delovno aktivnega prebivalstva (ZRSZ, 2015). Kot kaže tabela 14, je število zaposlenih do leta 2013 upadalo in se je znižalo za 2,4 % v povprečju na leto. V letih 2013 in 2014 je število zaposlenih postopoma pričelo naraščati, in sicer za 1,4 % v povprečju na leto (SURS, 2017).

Tabela 14: Število zaposlenih v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2015

Leto	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Zaposleni	789.863	767.373	747.194	729.050	717.043	698.724

Vir: SURS (2017).

Tabela 15: Kazalniki bolniškega staleža v predelovalni dejavnosti v obdobju od leta 2008 do 2013

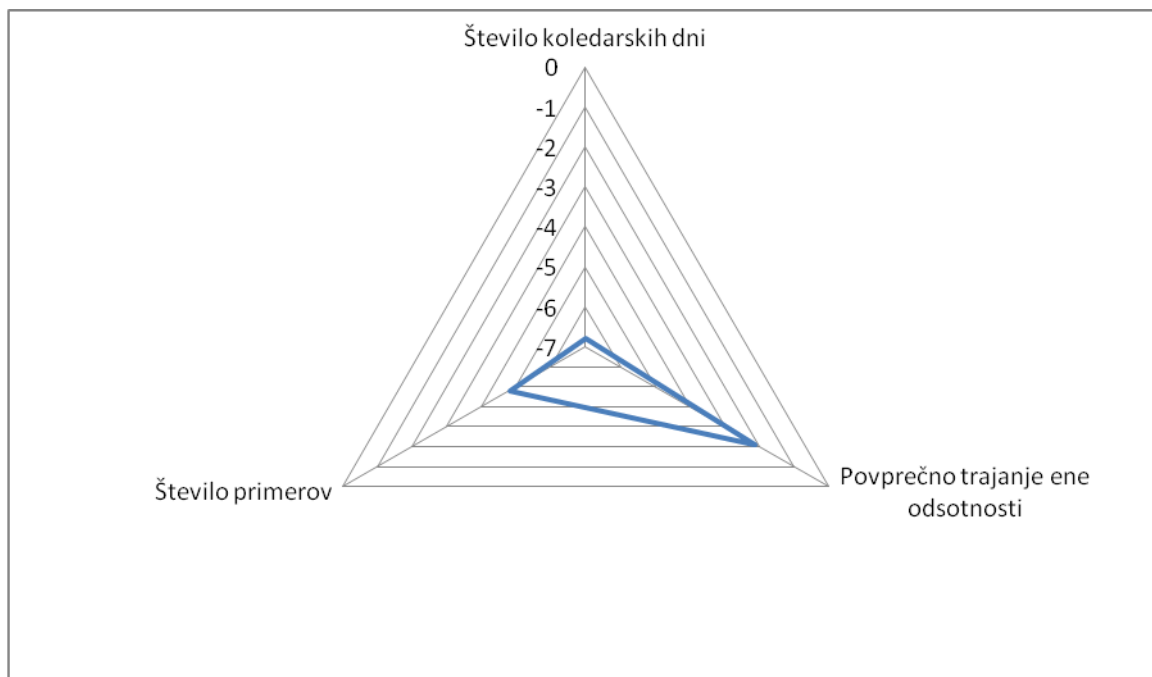
Leto	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Število primerov	225.000	183.628	180.334	174.950	172.123	175.588
Izgubljeni koledarski dnevi	4.301.692	3.613.124	3.421.822	3.232.284	3.149.324	3.027.988
Povprečno trajanje odsotnosti	19,1	19,7	19,0	18,5	18,3	17,2

Vir: NIJZ (2017).

Gospodarska kriza je prizadela praktično vse gospodarske panoge. Podrobneje smo pregledali podatke bolniške odsotnosti v predelovalni industriji in gradbeništvu, saj sta bili izbrani panogi vodilni po številu zaposlenih glede na podatke NIJZ. Kot kaže tabela 15, je po podatkih NIJZ bilo največ izgubljenih koledarskih dni in največje število primerov v predelovalni industriji v letu 2008. Povprečno trajanje odsotnosti se je znižalo iz 19,1 dni v letu 2008 na 17,2 dni v letu 2013.

Slika 31 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) v predelovalni industriji v času od leta 2008 do 2013. Kot je razvidno iz slike 31, se je število izgubljenih koledarskih dni znižalo za 6,8 % v povprečju na leto, povprečno trajanje ene odsotnosti se je znižalo za 2,1 % na leto v povprečju, število primerov pa je upadlo za 4,8 % povprečno letno. Število koledarskih dni je padlo bolj kot število primerov, zato se je posledično znižalo tudi povprečno trajanje ene odsotnosti z dela. Manj izgubljenih koledarskih dni, manj primerov, krajše povprečno trajanje ene odsotnosti z dela pa je z vidika bolniškega staleža ugodno.

Slika 31: Kazalniki povprečne letne stopnje rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013 v predelovalni industriji



Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Kot kaže tabela 16, je bilo tudi v gradbeništvu največ izgubljenih koledarskih dni in število primerov v letu 2008. Se je pa zvišalo povprečno trajanje odsotnosti in sicer iz 22,9 dni v letu 2008 na 27,1 dni v letu 2013.

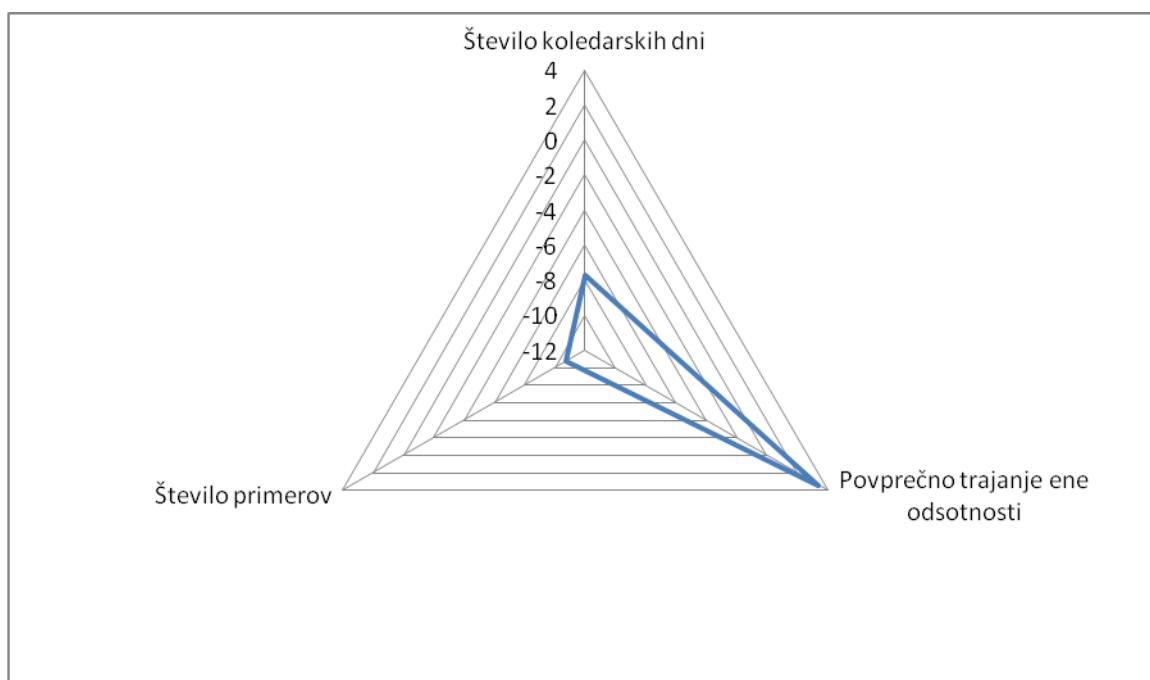
Tabela 16: Kazalniki bolniškega staleža v gradbeništvu v obdobju od leta 2008 do 2013

Leto	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Izgubljeni koledarski dnevi	1.045.411	957.052	973.272	856.758	811.254	701.898
Število primerov	45.621	39.558	39.834	34.012	28.546	25.932
Povprečno trajanje odsotnosti	22,9	24,2	24,4	25,2	28,4	27,1

Vir: NIJZ (2017).

Slika 32 prikazuje povprečno letno stopnjo rasti 3 kazalnikov absentizma (število izgubljenih koledarskih dni, povprečno trajanje ene odsotnosti in število primerov) v gradbeništvu v obdobju od leta 2008 do leta 2013. Od leta 2008 do leta 2013 se je število izgubljenih koledarskih dni znižalo za 7,7 % v povprečju na leto, povprečno trajanje ene odsotnosti se je povečalo za 3,4 % na leto v povprečju, število primerov pa je upadlo za 10,7 % povprečno letno. Kot lahko razberemo se je povprečno trajanje ene odsotnosti podaljšalo, kljub temu, da je število izgubljenih koledarskih dni in število primerov upadlo.

Slika 32: Kazalniki povprečne letne stopnje rasti absentizma v obdobju od leta 2008 do 2013 v gradbeništvu



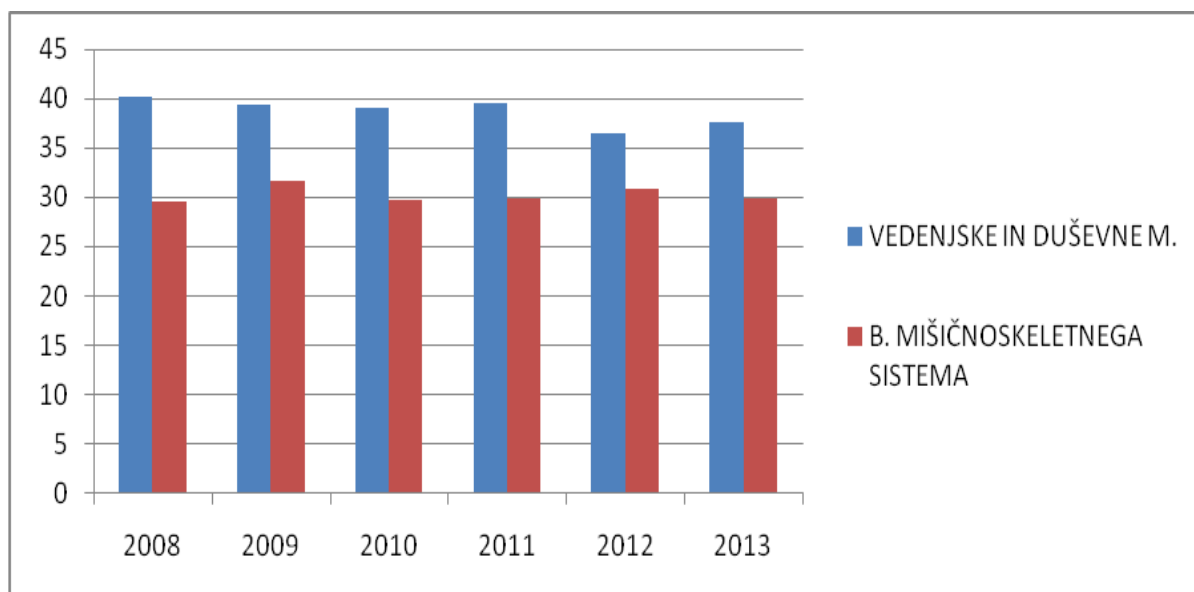
Vir: Lasten izračun na podlagi podatkov NIJZ (2017).

Glede na podatke NIJZ je bilo v času gospodarske krize največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, povprečno trajanje ene odsotnosti pa je bilo najdaljše zaradi duševnih in vedenjskih motenj. Slika 33 prikazuje povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni

mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v predelovalni industriji v obdobju od 2008 do 2013. Kot je razvidno iz slike je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi vedenjskih in duševnih motenj najnižje v letu 2012, in sicer 36,42 dni, najvišje pa v letu 2008, in sicer 40,19 dni. Zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva je bilo povprečno trajanje ene odsotnosti z dela najnižje v letu 2008, in sicer 29,6 dni, najvišje pa v letu 2009, in sicer 31,61 dni.

Slika 34 prikazuje povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v gradbeni panogi v obdobju od 2008 do 2013. Kot je razvidno iz slike, je bila precej daljša odsotnost z dela zaradi vedenjskih in duševnih motenj, in sicer od 40,25 do 54,41 dni je v povprečju trajala ena odsotnost. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela je bilo najvišje v letih 2011 in 2012, leta 2013 pa je upadlo za skoraj 10 dni. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva je bilo od 29,1 do 39,94 dni. Tukaj je povprečno trajanje ene odsotnosti z dela naraščalo od leta 2010, ko je bilo 32,1 dni do leta 2013 pa se je zvišalo skoraj za 10 dni.

Slika 33: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v predelovalni dejavnosti v obdobju od leta 2008 do 2013



Vir: NIJZ (2017).

Analiza kazalnikov absentizma v predelovalni industriji v obdobju od leta 2008 do leta 2013 je pokazala, da se je znižalo število primerov za skoraj 4,8 % na leto v povprečju, število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo za 6,8 % na leto v povprečju, skrajšalo pa se je tudi povprečno trajanje ene odsotnosti z dela, in sicer za 2,1 % v povprečju na leto.

Analiza kazalnikov absentizma v gradbeništvu v obdobju od leta 2008 do leta 2013 je pokazala, da se je znižalo število primerov za kar 10,7 % na leto v povprečju, število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo za 7,7 % na leto v povprečju, podaljšalo pa se je t povprečno trajanje ene odsotnosti z dela, in sicer za 3,4 % v povprečju na leto.

Slika 34: Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela (R) zaradi duševnih in vedenjskih motenj ter bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva v gradbeni panogi v obdobju od leta 2008 do 2013 v Sloveniji



Vir: NIJZ (2017).

Analiza kazalnikov absentizma je pokazala, da se je v času gospodarske krize, v obdobju od leta 2008 do leta 2013, število primerov absentizma zvišalo in sicer za 0,4 % v povprečju na leto. Število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo, povprečno trajanje ene odsotnosti pa se je skrajšalo za dobre 3 % na leto v povprečju.

Po pridobljenih podatkih bi lahko rekli, da je gospodarska kriza močno vplivala na bolniško odsotnost v gradbeništvu in predelovalni dejavnosti. Vodilni razlog bolniških odsotnosti so duševne in vedenjske motnje. Zanimiv je podatek, da je leta 2012 bilo povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi vedenjskih in duševnih motenj hkrati najkrajše, in sicer 36,42 dni v predelovalni industriji in hkrati najdaljše v gradbeni panogi 54,41 dni. Razlog v takem odstopanju bi lahko bil pojav prezentizma v predelovalni industriji, in sicer zaradi strahu pred izgubo službe. Na drugi strani pa bi lahko rekli, da se je v gradbeni panogi podaljšalo povprečno trajanje ene odsotnosti z dela, ker so zaposleni izkoristili bolniško odsotnost kot beg pred odpuščanjem. V gradbeni panogi je bilo namreč v letu 2008, ki hkrati predstavlja vrhunec zaposlovanja, zaposlenih kar 87.947 oseb (kar predstavlja 11,1 % vseh zaposlenih v Sloveniji), do leta 2011 se je število zaposlenih v gradbeništvu znižalo na 67.839, leta 2012 pa je bilo le še 59.792 zaposlenih, kar pomeni, da je dobrih 28.000 oseb ostalo brez zaposlitve (SURS, 2017).

Negotove krizne razmere gotovo povzročajo stres, ki slabša tako duševno kot telesno zdravje. Posledično pričakujemo povečanje bolniške odsotnosti, vendar pojav ni enoznačen. Poleg raziskav, ki kažejo porast bolniške odsotnosti v krizi podjetij, je tudi precej dokazov za to, da delavci kljub slabemu počutju vztrajajo na delu zaradi strahu, da bi izgubili delo (Delfar, Nadrag, Kofol Bric & Omerzu, 2010).

SKLEP

Absentizem je resen družbeni in ekonomski problem. Bolniška odsotnost z dela za večino organizacij predstavlja velik problem. Pogosto izostajanje z dela zmanjšuje delovno učinkovitost, povečuje obremenitev za zaposlene, ki so prisotni na delovnem mestu, povečuje stroške delodajalcem in tudi zdravstveni blagajni. Po podatkih NIJZ je bilo zaradičasne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov v Sloveniji v letu 2016 izgubljenih 12.279.198 delovnih dni. Z naraščanjem števila izgubljenih delovnih dni naraščajo tudi izdatki za nadomestila plače, in sicer tako delodajalcev kot ZZZS, ki krije nadomestila za daljše odsotnosti. Tako so izdatki ZZZS za nadomestila plače zaradi bolniške odsotnosti v letih od 2007 do 2016 poskočili za več kot 100 milijonov evrov. Ocenjeno je, da v povprečju države v EU namenijo 1,7 % bruto domačega proizvoda za izplačila bolniškega staleža in invalidnosti, kar je več od izplačil za nadomestila za brezposelnost.

V Sloveniji pod besedo absentizem večinoma razumemo začasno odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugih zdravstvenih razlogov. Med absentizem štejemo različne izostanke, zamude, izhode in druge odsotnosti, ko naj bi posameznik delal, pa ga ni na delovnem mestu. Pojav absentizma ni povezan le z zdravstvenim stanjem prebivalstva, ampak tudi z različnimi drugimi dejavniki, zlasti ekonomskimi, delovnimi in socialnimi.

Vzroke za začasno odsotnost zaposlenih z dela lahko razdelimo v tri skupine. V prvo skupino uvrščamo posameznika in njegove osebnostne značilnosti, drugo skupino predstavljajo dejavniki delovnega okolja, v tretjo skupino pa številne zunanje dejavnike, ki vplivajo na začasno odsotnost z dela (Bilban, 2005). Ne glede na vzrok, je zdravstveni absentizem za vsako družbo zelo pomemben, saj je resen družbeni, organizacijski in pravni problem, ki ima tudi občutne ekonomske, socialne in organizacijske posledice za delavce, delodajalce, gospodarstvo in področje obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato odgovornost za obvladovanje začasnih odsotnosti zaposlenih z dela nosijo država, delodajalci in posameznik.

Vloga posameznika za zmanjševanje začasnih odsotnosti z dela, se kaže predvsem v odgovornosti do lastnega zdravja. Vsak posameznik se mora zavedati, da je zdravje ena izmed glavnih vrednot in da je dobra psihofizična kondicija ključna za manj začasnih odsotnosti z dela. Potrebno je, da posamezniki spremenijo način mišljenja in za svoje reševanje raznih težav in nezadovoljstva na delovnem mestu ne rešujejo z begom v bolniško odsotnost. Vsak posameznik je tudi dolžan sam poskrbeti za svojo varnost na

delovnem mestu in sicer tako, da dosledno uporablja predpisano zaščitno opremo in pravočasno opozori delodajalca oziroma službo za varstvo pri delu na morebitne nepravilnosti na delovnem mestu.

Ker je v današnjem času služba del življenja in vse več časa preživimo na delovnem mestu, je vse bolj pomembna tudi vloga delodajalca pri zmanjševanju absentizma. Med ključne predloge bi uvrstili urejene odnose med zaposlenimi in nadrejenimi, ki bi jih dosegli z rednimi sestanki, srečanji, mesečnimi pogovori, ustrezno prilagojena delovna mesta in izboljšanje delovnih pogojev, skrb za varnost na delovnem mestu in organizacija rekreacijskih možnosti za zaposlene (npr letne karte za plavanje, fitnes, aerobiko,...). V delovnih okoljih, kjer so odnosi urejeni, kjer so delovne razmere dobre, kjer se zaposleni dobro počuti, je motiviran in stimuliran, je odsotnost zaradi zdravstvenih razlogov bistveno manjša kot drugod. Raziskave v svetu so pokazale, da se vlaganje v delavce bistveno bolj in hitreje obrestuje, kot pa vlaganje v tehnologijo. Dobri delovni pogoji v primerno organiziranem podjetju so predpogoj za kakovostno delo zaposlenega. Vložek v delavca in njegovo počutje na delovnem mestu, se podjetju povrne z mnogokratnikom, in to zelo hitro (Šab, 2012).

Kot glavno nalogo, ki jo ima država pri zmanjševanju absentizma, bi uvrstili promocijo zdravja, preventivne programe in zmanjšanje čakalnih dob, ki zagotovo pripomorejo k daljšim povprečnim trajanjem odsotnosti z dela. Potrebna bi bila nova ureditev višine nadomestila plač v času bolniške odsotnosti, in sicer za krajše odsotnosti z dela bi bila višina nadomestila nižja, za daljše odsotnosti z dela pa višja. Obvladovanje absentizma je pomembno na vseh treh nivojih in treba je poudariti, da je pomembno sodelovanje vseh omenjenih.

Pravica zaposlenih, da so odsotni z dela, ko iz različnih razlogov niso zmožni opravljati dela in da so zaradi tega tudi upravičeni do denarnega nadomestila, je ena temeljnih zakonskih pravic. Temeljna predpisa, ki v Sloveniji urejata področje odsotnosti zaposlenih z dela, sta ZZVZZ (Ur. l. RS, št. 91/13) in ZDR – 1A (Ur. l. RS, št. 52/16). 137. člen ZDR-1 določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz svojih sredstev v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in sicer 30 delovnih dni za posamično odsotnost z dela, vendar največ 120 delovnih dni v koledarskem letu. V primerih nezmožnosti za delo delavca zaradi poklicne bolezni ali poškodbe pri delu, izplačuje delodajalec nadomestilo plače delavcu iz lastnih sredstev do 30 delovnih dni za vsako posamezno odsotnost z dela. V primeru daljše odsotnosti z dela izplača delodajalec nadomestilo v breme zdravstvenega zavarovanja. Višine denarnih nadomestil za zaposlene, ki so odsotni z dela, so različne in so opredeljene v ZDR, ZZVZZ in ZUJF.

Normativne urejenosti začasnih odsotnosti zaposlenih z dela so v državah Evropske unije različne, a kljub temu imajo podobne cilje in sicer zagotavljanje kakovostnih storitev,

zdravstvene zaščite in socialne solidarnosti. Sistem čakalnih dni, to je obdobje, ko posameznik nima pravice do nadomestila plače zaradi odsotnosti z dela, se med posameznimi državami zelo razlikuje. Večina držav, tako kot Slovenija nima čakalnih dni (Belgija, Danska, Finska, Hrvaška, Litva, Luksemburg, Madžarska, Nemčija, Norveška, Poljska, Romunija, Slovaška), največ čakalnih dni ima Irska, in sicer 6, skoraj polovica držav pa ima določene 3 čakalne dneve (npr. Avstrija, Ciper, Češka, Estonija, Francija, Grčija, Italija, Malta, Portugalska). En čakalni dan imata Latvija in Švedska, Nizozemska pa ima 2 čakalna dneva. V večini držav Evropske unije zagotavljajo denarno nadomestilo plače v času odsotnosti zaposlenih dela tako delodajalci kot tudi država. Najpogostejša praksa je, da prvi izplačujejo denarna nadomestila delodajalci, po določenem obdobju pa se denarna nadomestila izplačujejo iz javnih sredstev. Višine denarnih nadomestil plač so različne. Nadomestilo v višini celotne plače je izjema in ga najdemo le v Luksemburgu, Estoniji Norveški, Nemčiji, Poljski, Romuniji in Sloveniji), a tudi to velja le v določenih primerih (npr. poškodbe pri delu, poklicne bolezni, rak, tuberkuloza, aids, nosečnost,...). Največ držav ima določeno nadomestilo v višini 70 %, najmanj ima Slovaška, in sicer 25% plače prve tri dni. V večini držav Evropske unije je določena zgornja meja glede trajanja odsotnosti zaposlenih z dela zaradi zdravstvenih razlogov, izjeme so Slovenija, Bolgarija in Švedska, ki nimajo omejitev.

Skandinavske države, in sicer Danska, Finska, Norveška in Švedska imajo do določene mere podobno ureditev pravic začasne odsotnosti z dela kot v Sloveniji. Omenjene države nimajo čakalnih dni, razen Švedske, ta ima en čakalni dan. Zagotovljeno jim je visoko denarno nadomestilo v primeru bolniške odsotnosti in tako kot v Sloveniji, tudi Švedska nima omejitve trajanja začasne odsotnosti z dela. Ker skandinavske države že od nekdaj veljajo kot zgled socialne države smo se odločili, da bomo analizirali 5. in 6. Evropsko raziskavo o delovnih razmerah in vprašanja oziroma odgovore primerjali med skandinavskimi državami in Slovenijo. Analizirali smo predvsem vprašanja, ki so vezana na absentizem, delovne pogoje in psihofizično zdravje zaposlenih. Glede na rezultate bi lahko reki, da Slovenija močno zaostaja za skandinavskimi državami in so zaposleni mnogo bolj nezadovoljni kot v skandinavskih državah.

Pri analiziranju absentizma smo uporabili standardne kazalnike. Število primerov, število izgubljenih koledarskih, povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, % bolniškega staleža (% BS), indeks onesposabljanja, ki predstavlja število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca in indeks frekvenca, ki predstavlja število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v letu.

Število izgubljenih koledarskih dni je v naraščanju v breme delodajalca od leta 2014, v breme ZZZS pa od leta 2013. Povprečna letna stopnja rasti izgubljenih koledarskih dni je v breme delodajalca od leta 2014 do leta 2016 2,8 %, v breme ZZZS od leta 2013 do leta 2016 pa kar 7,5 %. Povprečna letna stopnja rasti v breme delodajalca in ZZZS v obdobju od leta 2013 do leta 2016 je 4 %. Povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti v breme

delodajalca se je od leta 2007, ko je bilo povprečje 9,4 dni znižala na 7,5 dni v letu 2016. Povprečna dolžina trajanje ene odsotnosti v breme ZZZS se je skozi analizirano obdobje podaljševala, in sicer iz 61,7 dni v letu 2007 na 84,1 dni v letu 2016. Povprečna dolžina trajanja ene odsotnosti se je na letni ravni v breme delodajalca v obdobju od leta 2007 do leta 2016 znižala za 2,4 %, v breme ZZZS pa zvišala za kar 3,5 %. Število primerov je v breme delodajalca od leta 2012, v breme ZZZS pa od leta 2013 v naraščanju. Tako je povprečna letna stopnja rasti števila primerov od 2012 do leta 2016 v breme delodajalca skoraj 3 %, v breme ZZZS pa od leta 2013 do leta 2016 1,7 %.

Redno spremljanje absentizma je nujen pogoj za obvladovanje le tega. Odstotek izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS in delodajalcev (% BS) v Sloveniji dolgoročno ne kaže poviševanja. V letu 2016 je bil v Sloveniji skupni % BS na ravni 4,16 % (1,97 % v breme delodajalcev in 2,19 % v breme ZZZS). Ne glede na dolgoročni trend upadanja deleža izgubljenih dni skupaj, pa se od druge polovice leta 2015 povečuje delež izgubljenih dni v breme ZZZS. V letu 2008 je delež BS v breme ZZZS znašal še 45,9 %, v letu 2016 pa že 52,6 %. Prav tako se od druge polovice leta 2015 beleži izrazit porast bolniškega staleža nad 1 letom bolniške odsotnosti.

Naraščanje števila izgubljenih koledarskih dni v breme ZZZS v letih 2015 in 2016, v starostnih skupinah zaposlenih nad 50. letom starosti, je najverjetneje posledica zadnje pokojninske reforme. Glavni razlogi so porast števila zaposlenih v starostni skupini nad 50 let starosti, podaljševanja delovne dobe ob odsotnosti ustreznih ukrepov za prilagoditev delovnih mest starajoči se populaciji, pomanjkanja individualne medicinske rehabilitacije delavcev, pa tudi specifičnih pogojev dela in razmer po posameznih dejavnostih.

Na večjo zadržanost od dela, poleg že omenjenega staranja delovne sile, vplivajo tudi drugi dejavniki, ki posredno vplivajo na število izgubljenih delovnih dni, in sicer povečevanje števila zaposlenih v letih 2015 in 2016, prisotnost prezentizma v preteklih letih, večletno omejevanje zaposlovanja v javnem sektorju in posledično velika obremenjenost zaposlenih, podaljševanje zdravljenja in spremembe na področju pokojninskega zavarovanja. Prisotno je višanje starostnega pogoja in podaljševanje pokojninske dobe, kar posledično vodi do kasnejše upokojitve kljub izpolnjevanju pogojev za upokojitve. Finančno razmerje med pokojnino in plačo je vedno slabše, zaradi česar zavarovanci raje ostajajo v bolniškem staležu in prejemajo višje nadomestilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri ocenjevanju vzrokov za bolniški stalež, moramo presojati tudi zahteve na delovnih mestih, oziroma izvajanje varnosti in zdravja pri delu. Zahteve na delovnih mestih se izjemno spreminjajo. Od zaposlenih in bodočih iskalcev zaposlitve se pričakujejo nove kompetence, široko poznavanje področij in hitro prilagajanje novim vsebinam. Delo postaja vse bolj celodnevno in manj vezano na delovno mesto in delovni čas. Zaradi novih načinov dela prihaja do stalnega prepletanja delovnega in zasebnega življenja, zato izginja meja med poslovnim in privatnim življenjem.

Analiza absentizma v Sloveniji po skupinah bolezni je pokazala, da se je pri vseh skupinah bolezni (bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodbe in zastrupitve izven dela, poškodbe in zastrupitve na delu, bolezni dihal ter duševne in vedenjske motnje) zmanjšalo tako število primerov, kot število izgubljenih koledarskih dni. Pri treh skupinah bolezni (bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodbe in zastrupitve izven dela ter poškodbe in zastrupitve na delu) se je povprečno trajanje ene odsotnosti podaljšalo, pri boleznih dihal ter duševnih in vedenjskih motnjah pa minimalno znižalo, in sicer za 0,3 % oziroma 0,2 % v povprečju na leto. Glede na to, da se je podaljšalo le povprečno trajanje ene odsotnosti z dela, bi kot razlog lahko navedla dolge čakalne dobe in pa splošno staranje aktivnega prebivalstva, ki ob bolezni dlje časa okreva, kot pa mlajša populacija.

V letih od 2007 do 2016 je bilo največ izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnih tkiv, sledijo pa jim odsotnosti z dela zaradi poškodbe in zastrupitve izven dela. V letu 2007 je bilo število izgubljenih koledarskih dni zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnih tkiv 2.632.522, zaradi poškodb in zastrupitev na delu pa 1.157.091. V letu 2013 je številka izgubljenih koledarskih dni zaradi poškodb in zastrupitev izven dela padla na 734.255, v letu 2016 pa na 696.390. Glede na podatek bi lahko sklepali tudi, da je razlog v ozaveščenosti delodajalcev o skrbi za zdravje na delovnem mestu in prilagoditvi delovnega mesta. Delodajalci se vse bolj in bolj zavedajo pomena svoje vloge pri skrbi za zdravje svojih zaposlenih in ustrezno ukrepajo. Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi duševnih motenj je kar 43,4 dni. Depresija spada med duševne bolezni in je najpogostejša bolezen, ki tare delovno aktivno populacijo. Zanja lahko zbolí vsak, ne glede na spol, starost in socialno ekonomski status. Dogaja se, da posamezniki, ki trpijo za depresijo, kljub temu prihajajo na delo. Pri delu so nezbrani, pozabljivi, nemotivirani. To se kaže v slabši produktivnosti ter večjem tveganju za nesreče pri delu in s tem v višjih stroških delovne organizacije (Štandeker, 2012).

Ker je bila v obdobju, ki smo ga analizirali, od leta 2008 do leta 2013 gospodarska kriza, smo podrobneje pregledali, kako je le ta vplivala na absentizem. Zanimivo je, da je izračun povprečne letne stopnje rasti pokazal, da se je število izgubljenih koledarskih dni odsotnosti z dela znižalo za 3,1% v povprečju na leto, število primerov se je zvišalo za 0,4% v povprečju na leto, povprečno trajanje odsotnosti pa je upadlo za 3,5% v povprečju na leto. Lahko bi rekli, da je rezultat pričakovan, saj se je možno, da se je število primerov povečalo na račun dodatnega stresa oziroma obremenjenosti, ki jih je prinesla kriza s seboj. Ker pa so se zaposleni bali za svoje delovno mesto, so bili posledično manj odsotni in od tu manj izgubljenih delovnih dni in posledično skrajšanje povprečnega trajanja ene odsotnosti.

Ker je gospodarska kriza prizadela praktično vse gospodarske panoge, smo podrobneje pregledali podatke bolniške odsotnosti v predelovalni industriji in gradbeništvu, saj sta bili izbrani panogi po podatkih NIJZ vodilni po številu zaposlenih. Izračun povprečne letne

stopnje rasti v času od leta 2008 do leta 2013 v predelovalni industriji je pokazal, da je število primerov upadlo za 4,8 % v povprečju na leto, število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo za 6,8% v povprečju na leto, povprečno trajanje ene odsotnosti pa se je znižalo za 2,1 % v povprečju na leto. Izračun povprečne letne stopnje rasti v gradbeništvu v času od leta 2008 do leta 2013 pa je pokazal, da je število primerov je upadlo za 10,7 % v povprečju na leto, število izgubljenih koledarskih dni se je znižalo za 7,7 % v povprečju na leto, povprečno trajanje ene odsotnosti pa se je povečalo za 3,4 % v povprečju na leto.

Povečanje absentizma, ki je skupek različnih delovnih, socialnih, ekonomskih in drugih dejavnikov, je mogoče povezati z različnimi dejavniki, predvsem pa z naraščanjem števila zaposlenih, staranjem in posledično večjo obolenostjo aktivnega prebivalstva, dolgotrajnejšimi postopki diagnostike in zdravljenja ter kasnejšim upokojevanjem (ZZZS, 2018).

Sistemska ureditev glede obvladovanja bolniškega staleža odstopa od evropskih držav in trenutno še ne podpira čimprejšnje vrnitve zdravega delavca na delovno mesto, po zgledu številnih držav Evropske unije. V Sloveniji imamo po eni strani časovno neomejeno trajanje bolniškega staleža in neomejeno absolutno višino nadomestila, hkrati pa se srečujemo s pomanjkanjem poglobljene individualne medicinske rehabilitacije ter pomanjkanjem možnosti hitrega prehoda v prezaposlitev in poklicno rehabilitacijo. Postopki na invalidski komisiji ZPIZ se pogosto začnejo prepozno in so dolgotrajni (ZZZS, 2018).

Naraščanju nadomestil se ni mogoče izogniti brez širših sistemskih ukrepov, ki bodo izšli iz socialnega dialoga. Le ti segajo tako na področje zakonodaje (npr. sprememba pogojev pokojninskega in invalidskega zavarovanja, varnosti in zdravja pri delu, spremembo ureditve zdravstvenega zavarovanja, ureditev spodbud delodajalcev za vlaganje v zdravje zaposlenih), kot izvajanje številnih ukrepov s strani delodajalcev in delavcev.

Po mnenju ZZZS (2018) je učinkovito obvladovanje bolniškega staleža moč zagotoviti le v okviru sistema z določenimi ukrepi, in sicer:

- preventivni ukrepi za ohranjanje in krepitev zdravja delavcev;
- zmanjševanje oziroma obvladovanje psihosocialnih tveganj na delovnem mestu;
- prilagoditev delovnih mest starajoči se populaciji;
- preprečevanje oziroma zmanjšanje obsega poškodb pri delu in bolezni povezanih z delom;
- v primeru poškodbe ali bolezni zagotavljati čimprejšnjo vrnitev zdravih delavcev na delovna mesta.

Vsak posameznik je dolžan skrbeti za lastno zdravje in dobro psihofizično kondicijo. Ključna pa je vloga delodajalcev, ki morajo z različnimi ukrepi prispevati k zdravju

delavcev, in pa vloga širše družbe in politike, ki mora spodbuditi delodajalce za vlaganje v zdravje zaposlenih in izvajanje projektov za promocijo zdravja na delovnem mestu. Pomembno je dosledno in sistematično izvajanje ukrepov s področja ergonomije ter varnosti in zdravja pri delu, in pa izobraževanje in usposabljanje na področju varnosti in zdravja pri delu.

Pri vseh možnih ukrepih za zmanjšanje absentizma moramo biti pozorni, da ne spodbudimo posameznika v drugo skrajnost, in sicer prisotnost prezentizma. Zaposleni lahko čutijo pritisk v smeri izogibanja bolniškim odsotnostim, posledica pa je lahko lažno pozitivno zmanjšanje absentizma na eni strani in visoka stopnja prezentizma na drugi strani. Dandanes se pojavlja predvsem zaradi strahu pred izgubo zaposlitve, fizične in psihične preobremenjenosti ter finančnih težav. Delavec meni, da s svojo prisotnostjo na delovnem mestu, kljub bolezni, dokaže lojalnost in pripadnost organizaciji v kateri dela, kar pa ne pomeni, da je na delovnem mestu tudi učinkovit. Prezentizem ima lahko resne negativne posledice na zdravstveno stanje posameznika in pa tudi za produktivnost delavca in podjetja.

LITERATURA IN VIRI

1. Allebeck, P. & Mastekaasa, A. (2004a). Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scandinavian Journal Public Health*, 32(63), 36-43.
2. Allebeck, P. & Mastekaasa, A. (2004b). Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal Public Health*, 32(63), 49-108.
3. Bagari, N. & Butala, B. (2004). *Zdravstveni absentizem – njegovo gibanje in razlogi za sprejem ukrepov za njegovo obvladovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
4. Becker, U. (2007). The scandinavian model. Still an example for europe. *Internationale politik und gesellschaft* 4(2007), 41-57.
5. Bilban, M. (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
6. Bilban, M. (2005). *Medicinski vidiki varnosti in zdravja pri delu*. Strateška konferenca: Problematikačasne zadržanosti od dela – zdravstveni absentizem (zbornik prispevkov). Ljubljana: ZZZS.
7. Briner, B. R. (1996). Absence from work. *ABC of Work Related Disorders*, 1996(313), 874–878.
8. Buzeti, J. (2012). SZS Alternativa. *Začasna odsotnost zaposlenih z dela: Ali poznamo vzroke?* Pridobljeno 20. novembra 2017 iz <http://www.szs-alternativa.si/files/Jernej%20Buzeti%20clanek%20absentizem.pdf>
9. Buzeti, J. (2015). *Povezanost vodij z začasno odsotnostjo zaposlenih z dela v javni upravi* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
10. Delfar N., Nadrag P., Kofol Bric, T. & Omerzu, M. (2010). *Spremljanje zdravja v gospodarski krizi na primeru bolniške odsotnosti*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
11. Draksler, T. (2011). *Stroškovni model absentizma za proizvodna podjetja* (magistrsko delo) Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
12. Dubrovski, D. (2011). *Razsežnosti kriznega managementa*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
13. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1997). *Preventing absenteeism at the workplace (research summary)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
14. Eurofound. (2017). *Evropska raziskava o delovnih razmerah*. Pridobljeno 25. novembra 2017 iz <https://www.eurofound.europa.eu/sl/data>
15. Evans, A. & Palmer, S. (2000). *From absence to attendance*. London: Chartered Institute of Personnel and Development – CIPD House.
16. Folger, J. (2017). *The causes and costs of absenteeism*. Pridobljeno 30. novembra 2017 iz <https://www.investopedia.com/articles/personal-finance/070513/causes-and-costs-absenteeism.asp>
17. Florjančič, J. (1994). *Kadrovska funkcija – management*. Kranj: Moderna organizacija..
18. Florjančič, J., Ferjan, M. & Bernik, M. (1999). *Planiranje in razvoj kadrov*. Kranj: Moderna organizacija.
19. Harrison, D. A. & Martocchio, J. J. (1998). *Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes*. *Journal of Management*, 24(3), 305-350.
20. Hrymak, V. & Perezgonzales, J. (2007). *The Costs and Effects of Workplace Accidents: 20 Case Studies from Ireland*. Dublin: Dublin Institute of Technology.

21. IVZ RS - Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (2010). *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
22. Kapitanovič, P. (2016). Zaradi bolniških odsotnosti izgubljenih 9.836.115 dni. *Delo*. Pridobljeno 2. decembra 2017 iz <https://svetkapitala.delo.si/ikonomija/zaradi-bolniskih-odsotnosti-izgubljenih-9-836-115-dni-435#>
23. Kos, D. (2010). *Zdravstveni absentizem v Sloveniji – zbornik primerov iz prakse 14 Slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
24. Kožar, A. (1995). *Obvladajmo bolniško: kako jo zmanjšamo in s tem prihranimo*. Domžale: Lunik.
25. Markuš, E. (2011). *Analiza sistema financiranja zdravstva v Sloveniji s poudarkom na primarni dejavnosti* (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko – poslovna fakulteta.
26. Merkač-Skok, M. (2005). *Osnove managementa zaposlenih*. Koper: Fakulteta za Management.
27. MISSOC - Mutual Information System on Social Protection. (2018). *Comparative tables*. Pridobljeno 10. januarja 2018 iz <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>
28. NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *Podatkovni portal*. Pridobljeno 29. november 2017 iz https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ+podatkovni+portal&rxid=50a1fc50-ca8a-4fe5-8159-033a2bb123ea
29. NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2018). *Nalezljive bolezni in stanja*. Pridobljeno dne 4. januarja 2018 iz <http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/nenalezljive-bolezni-in-stanja/bolezni>
30. OECD - Organisation for Economic Co – Operation and Development. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016*. Paris: OECD Publishing.
31. OECD - Organisation for Economic Co – Operation and Development. OECD Data. (2017). Pridobljeno 2. decembra 2017 iz <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=ANHRS>
32. Petruša, L. & Remec, M. (2010). *V zdravju je moc: Veselo na delo!* Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper.
33. Planinc, A. (2013). Absentizem in prezentizem – ena težava z dvema obrazoma. *Delo in varnost*, 58(2),33.
34. Podgornik, A. (2010). *Zdravstveni absentizem – težava vsakega delodajalca*. Gospodarski izzivi. Maribor: Štajerska gospodarska zbornica.
35. Podjed, K., Bajt, M. & Jeriček Klanšček, H. (2016). *Promocija zdravja v žepu*. Priročnik za sindikalne zaupnike, člane svetov delavcev in vse, ki jih to zanima. Koper: Obalna sindikalna organizacija – KS 90.
36. Ranc, I. (2003). *Vpliv pogojev dela na bolezensko odsotnost v malih podjetjih* (magistrsko delo) Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
37. Rednak, A. (2016). Demografija grozi Sloveniji in stroškom za zdravstvo. *Revija Finance*, str. 16-18.
38. Sanders, K. & Hoekstra, S.K. (1998). Informal Networks and Absenteeism Within an Organization. *Computational & Mathematical Organization Theory*. Kluwer Academic Publishers 4(2) 149-163.
39. Sedlak, S., Zaletel, M., Kasesnik, K. & Zorko, M. (2015). *Ekonomske posledice tvegane in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
40. Snežič, K., Pungartnik, M. & Ažman, P. (2011). Soočanje s stresom v delovnem okolju slovenskih podjetij. *Anthropos* 43(1-2), 277-294.

41. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2017). *Podatkovna baza*. Pridobljeno 3. decembra 2017 iz <https://pxweb.stat.si/pxweb/dialog/statfile2.asp>
42. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2018a, 28. marec). *Projekcije 2015: v 2080 naj bil bilo prebivalcev Slovenije manj kot danes, delež starejših višji*. Pridobljeno 3. januarja 2018 iz <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>
43. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2018b, 26. junij). *Umrli, Slovenija, 2016*. Pridobljeno 3. januarja 2018 iz <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6751>
44. SURS - Statistični urad Republike Slovenije. (2018c, 4. april). *»Zdravje za vse«, letošnji svetovni dan zdravja*. Pridobljeno 12. aprila 2018 iz <https://www.stat.si/statweb/News/Index/7325>
45. Steel, P. R. (2003). Methodological and operational issues in the construction of absence variables. *Human Resource Management Review*, 13 (2), 243-251.
46. Šab, N. (2012). *Absentizem - preprečevanje, obvladovanje in zmanjšanje*. Priročnik s primeri dobrih praks. Novo mesto: Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine.
47. Štandeker, K. (2012). *Program podpore zaposlenim – pomoč zaposlenim, ki trpijo za depresijo*. Ljubljana: HRM strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu. 10 (50).
48. Štor, M. (2002). *Največje ekonomske krize in njihov vplivna svetovne kapitalske trge* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
49. Švab, M. (2009). *Problematika absentizma v Sloveniji in EU* (diplomsko delo). Kranj: B&B višja strokovna šola.
50. The 2015 Ageing Report. (2014). *Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Pridobljeno 20. januarja 2018 iz http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf.
51. Toth, M. (1999). Kako se Evropa spopada z zdravstvenim absentizmom. Ljubljana: Evrobilten (6).
52. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
53. Treble, J. & Barmby, T. (2011). *Worker Absenteeism and Sick Pay*. Cambridge: Cambridge University Press.
54. Van Der Merwe, R. & Miller, S. (1988). *Measuring absence and labour turnover: A practical guide to recording and control*. JHB: Lexicon Publishers.
55. Vučković, R. (2010). *Obvladovanje zdravstvenega absentizma – izziv za družbo*. Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij.
56. ZRSZ - Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. (2015). *Dolgotrajno brezposelne osebe*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.
57. ZZSZ - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2008). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
58. ZZSZ - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2009). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2008*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
59. ZZSZ - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2009*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
60. ZZSZ - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2010*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

61. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2012). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2011*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
62. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2012*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
63. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
64. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2014*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
65. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
66. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2017). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2016*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
67. ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2018). *Analiza bolniške odsotnosti z dela po posameznih vzrokih s predlogom ukrepov za njihovo obvladovanje – realizacija sklepa*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

