

Analiza trendów absencji chorobowej w Polsce w latach 2006-2013

Analysis of sick leave trends in Poland between 2006-2013

ANNA KOWALCZYK ^{1/}, EWELINA KOZŁOWSKA ^{2/}, KINGA KULCZYCKA ^{3/}

^{1/} Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{3/} Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Badając zmienność i uwarunkowania poziomu absencji chorobowej możliwe jest inicjowanie działań zapobiegających trwałej niezdolności do pracy.

Cel. Analiza zmian poziomu oraz przyczyn zdrowotnych absencji chorobowej w Polsce w latach 2006-2013.

Materiały i metody. Na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) odnoszących się do ilości dni absencji chorobowej w latach 2006-2013 w Polsce dokonano analizy statystycznej poziomu absencji chorobowej. Zastosowano test χ^2 dla trendu; poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki. W 2013 r. liczba dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego wynosiła 25,2 dni dla ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i 14,7 dnia dla ubezpieczonych w ZUS. W obydwu przypadkach odnotowano istotny trend wzrostowy. Ze zwolnień lekarskich częściej korzystały kobiety niż mężczyźni (17,7 vs. 12,6 dni na 1 osobę). W latach 2006-2013 stały wzrost absencji chorobowej wykazano dla 14 województw; największy w warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i łódzkim.

Wnioski. Systematycznie rośnie liczba dni absencji chorobowej spowodowana ciążą, porodem, położeniem, chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Maleje natomiast absencja chorobowa spowodowana chorobami układu oddechowego. Czasowa niezdolność do pracy w obrębie pozostałych grup nie wykazuje istotnych zmian ilościowych.

Słowa kluczowe: absencja chorobowa, analiza trendów, czasowa niezdolność do pracy

Introduction. The analysis of variability and conditions of the sick leave level enables to initiate actions preventing a permanent disability to work.

Aim. The analysis of changes in the sick leave level and health reasons of sick leave in Poland between 2006-2013.

Material & Method. Based on the data of Social Insurance Company (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS) regarding the number of days of sick leave between 2006-2013 in Poland, the statistical analysis on the level of sick leave was prepared. The χ^2 test was applied for the trend. The statistical significance was $p=0.05$.

Results. For the year 2013 a number of days of sick leave per 1 insured person was 24.1 for the persons insured in Agricultural Social Insurance Fund (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS) and 14.7 for the persons insured in Social Insurance Company. In both cases an upward trend was observed. Sick leave was more often taken by women than men (17.7 vs. 12.6 days per 1 person). Between 2006-2013 a permanent increase of the number of days of sick leave was noted for 14 voivodeships, the most considerable for Warmińsko-Mazurskie, Świętokrzyskie and Łódzkie.

Conclusion. The number of days of sick leave due to pregnancy, childbirth, puerperium, illnesses of the osteoarticular, muscular and lymphatic system, as well as mental and behavioral disorders, increases systematically. However, the number of days of sick leave caused by illnesses of respiratory system decreases. There are no significant quantity changes in temporary incapacity to work within the remaining groups.

Key words: sick leave, analysis of trends, temporary incapacity to work

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 604-611

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 26.11.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Kinga Kulczycka

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin

tel. 505 01 68 91, e-mail: kkulczycka@wp.pl

Wprowadzenie

Absencja chorobowa z powodu choroby własnej, jako zjawisko obiektywnie mierzalne, pozwala wnioskować o stanie zdrowia populacji pracującej. W polskim prawie ubezpieczeniowym z płatnego zwolnienia

lekarskiego można korzystać przez 182 dni. Wyjątek stanowi niezdolność do pracy przypadająca na okres ciąży lub spowodowana gruźlicą, wówczas okres ten wydłużony jest do 270 dni [1].

Stan zdrowia pracowników, to główna, choć nie jedyna determinanta stopnia nasilenia czasowej niezdolności do pracy. Absencja chorobowa w znacznym stopniu uwarunkowana jest rodzajem oraz warunkami pracy. Światowe trendy wskazują na rosnący udział czynników psychospołecznych w ogólnej strukturze przyczyn nieobecności w pracy. Nadmierne wymagania ilościowe i jakościowe, presja czasu, brak możliwości wpływania na swoją sytuację zawodową, brak wsparcia społecznego, zmiany organizacyjne w firmie oraz niemożność pogodzenia obowiązków rodzinnych z zawodowymi, wszystko to prowadzi do pogorszenia samopoczucia i wzrostu niechęci wobec pracy [2-4].

Z drugiej jednak strony, presja czasu i obowiązkowość, terminowość wykonywanych zadań, stres spowodowany niepewnością zatrudnienia, sprzyjać mogą przejawom nadgorliwości pracowniczej wyrażanej w postaci wzorowej frekwencji, pozostawania w dyspozycji pracodawcy nawet pomimo jednoznacznych oznak choroby. Duże znaczenie w podjęciu decyzji o skorzystaniu ze zwolnienia lekarskiego odgrywa polityka kadrowa danej firmy, sytuacja finansowa pracownika oraz jego postawa wobec zdrowia i zatrudnienia [5].

W skali światowej, różnice w poziomie absencji chorobowej wynikają z uwarunkowań kulturowych, funkcjonującego systemu ochrony zdrowia pracujących oraz systemu ubezpieczeń społecznych. Różnice wynikać mogą również z odmienności określonych populacji pod względem cech demograficznych. Klasycznym przykładem państwa o zakorzenionej tradycji kultury pracy są Chiny, w których to nieobecność w pracy z przyczyn zdrowotnych obciążona jest ryzykiem zwolnienia lub koniecznością odpracowania opuszczonych godzin [6]. Skrajnie odmienną postawę względem omawianego problemu reprezentują władze Norwegii. Prawo ustanowione w tym państwie dopuszcza możliwość odstąpienia od obowiązku świadczenia pracy w przypadku złego samopoczucia pracownika bez konieczności przedstawienia pracodawcy zaświadczenia lekarskiego. Jest to tzw. zwolnienie własne (płatne 100%), które przysługuje na okres nie dłuższy niż 3 dni jednorazowo i nie więcej niż 16 dni w ciągu roku. Po tym okresie wymagane jest zaświadczenie lekarskie [7].

Monitorowanie zjawiska absencji chorobowej pozwala określić potrzeby zdrowotne populacji pracującej, a tym samym opracowywać i wdrażać działania zapobiegające długotrwałej niezdolności do pracy [8].

Cel

Analiza zmian poziomu oraz przyczyn zdrowotnych absencji chorobowej w Polsce w latach 2006-2013.

Materiały i metody

Materiał badawczy stanowiły informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) przedstawione w postaci ilości dni absencji chorobowej w Polsce. Pochodzą one z zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (druk ZUS ZLA) wystawianych przez upoważnionych do tego celu lekarzy, lekarzy stomatologów, felczerów lub starszych felczerów. Dane do analizy, w postaci zestawienia zbiorczego, pozyskano z opracowań dostępnych na stronie internetowej ZUS [9-15].

Dla potrzeb niniejszej pracy dokonano porównań poziomu absencji chorobowej w latach 2006-2013. Dane przedstawiono za pomocą wskaźników wyrażających stosunek ilości dni absencji do liczby ubezpieczonych lub ze względu na brak danych, w odniesieniu do liczby pracujących (wg stanu na 31 grudnia danego roku). Obliczeń własnych dokonano na podstawie informacji o ubezpieczonych w ZUS pochodzących z Centralnego Rejestru Ubezpieczonych, publikowanych w Rocznikach Statystycznych Ubezpieczeń Społecznych (2006-2008 oraz 2009-2011), a także na stronie internetowej ZUS (za lata 2012, 2013) [16]. Dane na temat liczby pracujących w poszczególnych latach według faktycznego miejsca pracy uzyskano z opracowań wydawanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Nie obejmują one pracujących w gospodarce budżetowej w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego [17].

Analizę statystyczną zaobserwowanych zmian poziomu absencji chorobowej na przestrzeni badanego okresu przeprowadzono przy użyciu testu χ^2 dla trendu (regresji). Test ten opiera się na danych zebranych w postaci tablicy kontyngencji dwóch cech. Stosuje się go wówczas, gdy wiersze tablicy kontyngencji można przedstawić na skali porządkowej. Przy użyciu testu, starano się określić, czy obserwowane zmiany poziomu absencji chorobowej można uznać za istotne w sensie statystycznym, tj. czy mają charakter stałej tendencji czy też są na tyle nieistotne, iż nie ma podstawy do przypisywania im określonego trendu. Wnioskowanie prowadzono przy przyjętym poziomie istotności $p=0,05$. Do analizy statystycznej wykorzystano wskaźniki absencji chorobowej w przeliczeniu na 100 osób (ubezpieczonych lub pracujących). Obliczeń dokonano w programie komputerowym Microsoft Excel 2007.

Wyniki

Analiza zmian poziomu absencji chorobowej z powodu choroby własnej w Polsce w latach 2006-2013 wskazuje na tendencję wzrostową badanego zjawiska. Dokonując podziału populacji osób pracujących, na osoby ubezpieczone w ZUS oraz ubezpieczonych

w KRUS uwidacznia się zróżnicowanie zarówno poziomu absencji chorobowej, jak i tempa obserwowanych zmian w przyjętym okresie czasowym (ryc. 1). W 2013 r. liczba dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego była blisko 2-krotnie wyższa wśród osób ubezpieczonych w KRUS. Załączone na wykresie równania linii trendów wskazują, iż w kolejnych latach różnica ta będzie się pogłębiać.

Wartość współczynnika determinacji R^2 , jest ponad 2-krotnie wyższa dla linii trendu ubezpieczonych w KRUS (0,90 vs. 0,42). Parametr ten określa, jaka część ogólnej zmienności zmiennej zależnej została wyjaśniona przez regresję liniową. Mieści się on w przedziale liczbowym $<0,1>$; im wartość bliższa 1, tym linia trendu lepiej odzwierciedla tendencje towarzyszące rozkładowi danych rzeczywistych w analizowanym okresie czasowym.

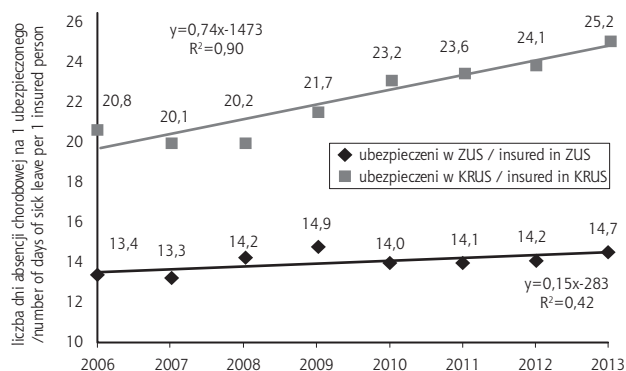
Przeprowadzona analiza statystyczna liczby dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 100 ubezpieczonych wskazuje na istnienie wyraźnej tendencji wzrostowej, oba trendy liniowe są istotne w sensie statystycznym (dla ubezpieczonych w KRUS: $\chi^2=113,71$; $p<0,000001$; dla ubezpieczonych w ZUS: $\chi^2=6,53$; $p=0,01$).

Dalsza analiza trendów absencji chorobowej, ze względu na ograniczenia w dostępności danych, zawęzić się będzie jedynie do osób ubezpieczonych w ZUS.

Ze zwolnień lekarskich częściej korzystają kobiety niż mężczyźni (ryc. 2). W 2013 r. na jedną pracującą kobietę przypadało 17,7 dni zwolnienia, zaś na 1 mężczyznę 12,6 dni. Dla obydwu płci statystyki okazały się rosnące, jednak w przypadku współczynników dla mężczyzn, tendencja ta jest na tyle nieistotna, że nie można przypisać jej określonego trendu (dla mężczyzn: $\chi^2=1,27$; $p=0,26$; dla kobiet $\chi^2=28,79$; $p<0,000001$). Testowane rozkłady poziomu absencji chorobowej wśród mężczyzn na przestrzeni ośmiu lat wykazują raczej cechy błędzenia losowego.

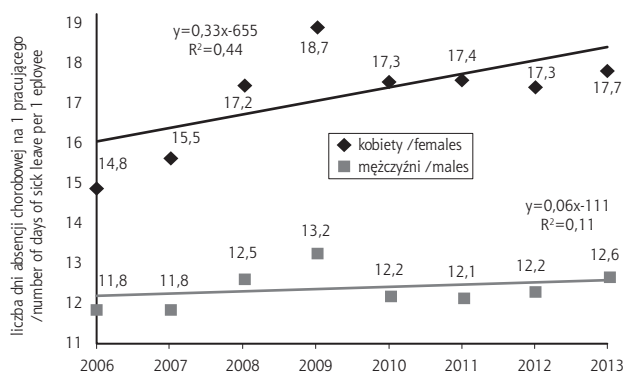
Wyniki przeprowadzonych badań wykazały międzywojewódzkie różnice w poziomie oraz tempie zmian badanego zjawiska. Na rycinie 3 przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 100 osób pracujących w poszczególnych województwach (województwa uszeregowano malejąco względem 2013 r.). Najwyższy poziom absencji w roku 2013 na 100 osób pracujących odnotowano w województwach: łódzkim (1963 dni), śląskim (1680 dni), warmińsko-mazurskim (1659), najniższy zaś w woj. podlaskim (1067 dni), lubelskim (1114 dni), mazowieckim (1178). W latach 2006-2013 stały wzrost absencji chorobowej wykazano dla 14 województw. Największym wzrostem charakteryzowały się woj. warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie oraz łódzkie. Jedynie w woj. podkarpackim oraz małopolskim nie obserwowano zmian o charakterze zwykłym. W pierwszym przypadku wzrost jest na tyle mały,

iz nie można uznać go za stałą tendencję, w drugim zaś odnotowano spadek badanego zjawiska, który również nie został potwierdzony statystycznie (tab. I).



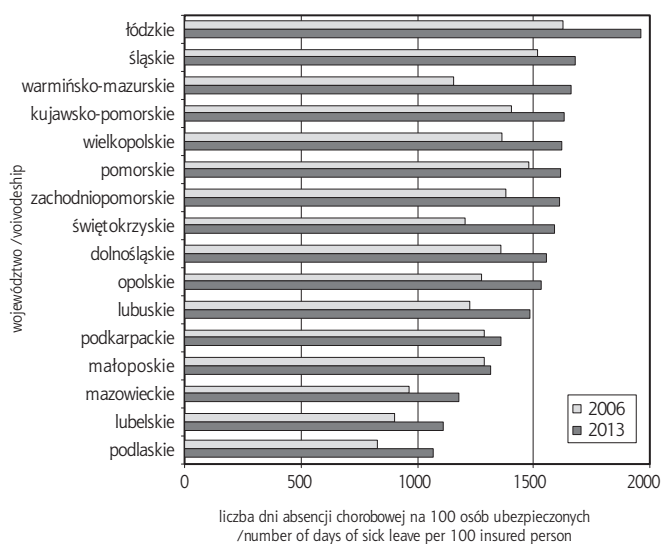
Ryc. 1. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej w Polsce w latach 2006-2013 z podziałem na ubezpieczonych w ZUS i KRUS

Fig. 1. Sick leave resulting from illness of an employee in Poland between 2006-2013, grouped according to insurance in Social Insurance Company [ZUS] or Agricultural Social Insurance Fund [KRUS]



Ryc. 2. Absencja chorobowa wśród osób ubezpieczonych w ZUS w Polsce w latach 2006-2013 z podziałem na płeć

Fig. 2. Sick leave of persons insured in ZUS in Poland between 2006-2013, grouped according to gender



Ryc. 3. Absencja chorobowa wśród osób ubezpieczonych w ZUS w Polsce w 2006 i 2013 r. według województw

Fig. 3. Sick leave of persons insured in ZUS in Poland between 2006 and 2013, grouped according to voivodeships

Analizy poziomu absencji chorobowej z uwzględnieniem sekcji Polskiej Klasyfikacji Działalności dokonano na lata 2009-2013. Wraz z wejściem w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie PKD (Polska Klasyfikacja Działalności), zmianie uległ sposób klasyfikowania zawodów w obrębie poszczególnych sekcji. Zmiana ta uniemożliwia dokonywania porównań statystycznych danych z okresu obowiązywania poprzedniego rozporządzenia. Trendy poziomu absencji chorobowej dla 5 sekcji PKD, w których odnotowano najwyższy poziom absencji w 2013 r. przedstawiono w tabeli II. Najczęściej ze zwolnienia lekarskiego korzystają osoby pracujące w obrębie: sekcji N – Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca (2273 dni na 100 pracujących); sekcji I – Działalność

związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi (2000); sekcji F – Budownictwo (1978), sekcji O – Administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenia społeczne (1917) oraz sekcji K – Działalność finansowa i ubezpieczeniowa (1878). Przeprowadzona analiza trendów wskazuje, iż w przyszłych latach sekcja O nie będzie znajdowała się w obrębie działalności charakteryzujących się najwyższym poziomem absencji chorobowej (współczynnik zmiennej x równy -83,8).

Przyczyny zdrowotne absencji chorobowej w latach 2006-2013 przedstawiono w tabeli III. Uszeregowano je malejąco względem występowania w 2013 r. Dominujące grupy chorobowe będące przyczyną czasowej niezdolności do pracy; będą to kolejno: ciąża, poród, połów (266 dni na 100 ubezpieczonych), urazy,

Tabela I. Absencja chorobowa wśród osób ubezpieczonych w ZUS w Polsce w 2006 i 2013 r. według województw
Table I. Sick leave of persons insured in ZUS in Poland between 2006 and 2013, grouped according to voivodeships

Województwo /Voivodeship	Absencja na 100 osób pracujących [dni] /Sick leave per 100 workers [days]		Równanie linii trendu /Trendline equation	Współczynnik determinacji liniowej R ² /Linear deter- mination coefficient R ²	χ^2 dla trendu / χ^2 for the trend	p
	2013	2006				
łódzkie	1963	1626	$y=48,87x+1623$	0,63	57,06	<0,000001
śląskie	1680	1519	$y=14,02x+1576$	0,18	5,19	0,02
warmińsko-mazurskie	1659	1155	$y=68,22x+1157$	0,74	138,97	<0,000001
kujawsko-pomorskie	1634	1405	$y=23,95x+1435$	0,55	16,19	0,00006
wielkopolskie	1623	1365	$y=34,65x+1349$	0,69	34,78	<0,000001
pomorskie	1616	1481	$y=16,73x+1523$	0,32	7,60	0,006
zachodniopomorskie	1613	1383	$y=24,10x+1420$	0,41	16,50	0,00005
świętokrzyskie	1591	1203	$y=52,71x+1151$	0,84	87,17	<0,000001
dolnośląskie	1555	1361	$y=23,87x+1372$	0,60	16,79	0,00004
opolskie	1532	1278	$y=32,28x+1271$	0,68	31,80	<0,000001
lubuskie	1485	1229	$y=19,45x+1310$	0,22	11,66	0,00064
podkarpackie	1361	1288	$y=1,062x+1319$	0,0008	0,03	0,85
małopolskie	1316	1289	$y=-7,657x+1352$	0,07	1,99	0,16
mazowieckie	1178	967	$y=30,37x+962$	0,73	36,33	<0,000001
lubelskie	1114	903	$y=23,43x+948$	0,49	22,40	0,000002
podlaskie	1067	827	$y=31,19x+828$	0,87	43,16	<0,000001

Tabela II. Absencja chorobowa wśród osób ubezpieczonych w ZUS w Polsce w latach 2009-2013 według sekcji PKD
Table II. Sick leave of persons insured in ZUS in Poland between 2009-2013, grouped according to Polish Classification of Activities (PKD)

Sekcje PKD /PKD Sections	Absencja na 100 osób pracujących [dni] /Sick leave per 100 workers [days]		Równanie linii trendu /Trendline equation	Współczynnik deter- minacji liniowej R ² /Linear determina- tion coefficient R ²	χ^2 dla trendu / χ^2 for the trend	p
	2013	2009				
N – Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca /Activity in field of administration and support activities	2273	2129	$y=45,35x+2004$	0,51	9,97	0,002
I – Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi /Activities in field of accommodation and food service	2000	1844	$y=27,34x+1832$	0,55	3,95	0,047
F – Budownictwo /Construction	1978	1799	$y=44,57x+1705$	0,46	11,09	0,0009
O – Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne /Public administration and national defense; compulsory social security	1917	2212	$y=-83,80x+2295$	0,92	36,82	<0,000001
K – Działalność finansowa i ubezpieczeniowa /Financial and insurance activities	1878	1673	$y=53,79x+1597$	0,96	16,87	0,00004

zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (215), choroby układu oddechowego (203) oraz choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (201).

W analizowanym okresie czasu stałą tendencją wzrostową charakteryzowała się absencja chorobowa spowodowana: ciążą, porodem, połogiem ($x=9,25$; $p=0,0001$), chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej ($x=6,04$; $p=0,003$) oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania ($x=5,77$; $p=0,00003$). Znaczny spadek odnotowano w odniesieniu do chorób układu oddechowego ($x=-6,72$; $p=0,002$). W obrębie pozostałych grup chorobowych nie zaobserwowano zmian na tyle istotnych, by przypisać im określony trend, tj. na chwilę obecną nie można mówić o stałym wzroście lub spadku badanego zjawiska.

Dyskusja

Analizując zmiany poziomu oraz przyczyn zdrowotnych absencji chorobowej niezbędnym jest uwzględnienie warunków w jakich świadczona jest praca. Badania naukowe potwierdzają związek między dopasowaniem materialnych czynników środowiska pracy do potrzeb pracowników a zmniejszeniem czasowej niezdolności do pracy [18-20]. Fińscy naukowcy oszacowali wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia absencji chorobowej o 7% wśród pracowników narażonych na co najmniej jeden czynnik szkodliwy lub uciążliwy [19].

W 2013 r. na terenie Polski w warunkach zagrożenia (tzn. narażonych na czynniki szkodliwe bądź uciążliwe związane ze środowiskiem pracy lub na czynniki mechaniczne związane z obsługą maszyn

Tabela III. Absencja chorobowa wśród osób ubezpieczonych w ZUS w Polsce w latach 2006-2013 według głównych grup chorobowych
Table III. Sick leave of persons insured in ZUS in Poland between 2006-2013, grouped according to main groups of illnesses

Grupy chorobowe / Groups of illnesses	Absencja na 100 osób ubezpieczonych [dni] /Sick leave per 100 workers [days]		Równanie linii trendu /Trendline equation	Współczynnik determinacji liniowej R ² /Coefficient of determination R ²	χ^2 dla trendu / χ^2 for trend	P
	2013	2006				
ciąża, poród, połóg /pregnancy, childbirth, puerperium	266	202	$y=9,25x+205$	0,73	14,79	0,0001
urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych /injuries, poisonings and certain other consequences of external factors	215	224	$y=-0,49x+221$	0,08	0,05	0,83
choroby układu oddechowego /respiratory diseases	203	218	$y=-6,72x+239$	0,47	9,37	0,002
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej /diseases of bone and joint, muscle and connective tissue	201	159	$y=6,04x-150$	0,87	8,56	0,003
choroby układu nerwowego /diseases of the nervous system	127	129	$y=-0,43x+130$	0,10	0,07	0,78
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania /mental disorders and behavioral disorders	108	70	$y=5,77x+55$	0,86	17,66	0,00003
choroby układu krążenia /cardiovascular diseases	86	71	$y=2,37x+73$	0,33	2,64	0,10
choroby układu trawiennego /digestive system diseases	60	70	$y=-1,62x+73$	0,80	1,60	0,21
nowotwory /cancer	51	40	$y=1,70x+38$	0,95	2,62	0,11
choroby układu moczowo-płciowego /genitourinary diseases	43	48	$y=-0,66x+48$	0,70	0,48	0,48
niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze /some infectious and parasitic diseases	14	14	$y=-0,07x+15$	0,08	0,0005	0,98
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej /endocrine, nutritional and metabolic disorders	13	14	$y=-0,20x+15$	0,31	0,09	0,77
choroby skóry i tkanki podskórnej /diseases of skin and subcutaneous tissue	12	14	$y=-0,27x+14$	0,76	0,18	0,67
choroby oka i przydatków oka /ocular and adnexa oculi diseases	10	6	$y=0,18x+9$	0,71	0,09	0,76
choroby ucha i wyrostka sutkowego /ear and mastoid diseases	6	6	$y=-0,05x+6$	0,45	0,000001	1,00
choroby krwi i narządów krwiotwórczych /diseases of blood and blood-forming organs	4	4	$y=-0,10x+4$	0,69	0,04	0,84

szczególnie niebezpiecznych) pracowało ponad 497 tys. zatrudnionych, liczonych tylko raz według czynnika przeważającego. Stanowiło to 9% ogółu zatrudnionych objętych badaniem [21]. Spośród osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia kobiety stanowiły 17%. Najwięcej narażonych odnotowano w woj. śląskim (18 na 100 osób objętych badaniem), opolskim (14) oraz zachodniopomorskim (12). W latach 2006-2013 istotny trend spadkowy liczby osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia (liczonych na 100 osób objętych badaniem) zaobserwowano jedynie w woj. warmińsko-mazurskim ($x=-1,05$; $p=0,02$). Dla pozostałych województw oraz ogółu kraju, mimo ogólnego obniżenia się badanej tendencji w czasie, nie można przyjąć określonego trendu za właściwy.

Wyniki własne analizy trendów absencji chorobowej oraz warunków pracy nie potwierdziły udokumentowanych przez innych badaczy bezpośrednich związków między owymi zmiennymi. Województwo śląskie, jako jedyne charakteryzuje się zarówno wysokim poziomem absencji chorobowej, jak i wysokim odsetkiem osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia. W woj. warmińsko-mazurskim odnotowano odwrotną tendencję: jest to region o największym wzroście absencji chorobowej ($x=68,22$; $p<000001$), przy jednoczesnym zmniejszaniu się ilości osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia ($x=-1,05$; $p=0,02$). Stały wzrost absencji chorobowej w obrębie kraju, jak i brak wyraźnych tendencji spadkowych ilości zatrudnionych w warunkach zagrożenia wskazuje na potrzebę wdrożenia systemowych zmian z zakresu ochrony zdrowia pracujących.

Obserwowanie zjawiska absencji chorobowej dostarcza cennych informacji na temat stanu zdrowia populacji pracującej. Przedstawione do tej pory informacje pochodzą z oficjalnych statystyk ZUS. Ważnym uzupełnieniem przedstawionych danych są informacje o subiektywnych dolegliwościach zdrowotnych spowodowanych pracą zawodową. Tych informacji dostarczają reprezentatywne ankietowe badania modułowe Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą skierowane do osób w wieku 15 lat i więcej, które zostały uznane za pracujące lub kiedykolwiek pracowały. Do tej pory w Polsce przeprowadzono dwie edycje badania, w 2007 oraz 2013 r. [22-23].

Problem zdrowotny związany z pracą zdefiniowano, jako każdą dolegliwość fizyczną lub psychiczną odczuwaną w ciągu ostatnich 12 miesięcy, bez względu na ciężkość lub czas trwania dyskomfortu, która powstała lub pogłębiła się na skutek niekorzystnych warunków lub specyfiki pracy. Wyniki najnowszych badań wskazują, iż u 15,65% ankietowanych występują problemy zdrowotne związane z pracą (u 15,87% mężczyzn i 15,45% kobiet). Najczęściej wśród mieszkańców województw: lubelskiego (26,31%), lubuskiego

(22,39%) oraz podkarpackiego (21,33%). Względem badań z 2007 r. odnotowano ogólny spadek liczby zgłaszanych problemów zdrowotnych związanych z pracą (15,65% vs. 25,37% wśród ogółu badanych).

Najpoważniejsze dolegliwości – te, które według badanych miały największy wpływ na ich codzienną aktywność zawodową bądź pozazawodową w ciągu ostatnich 12 miesięcy, sygnalizowano w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (67,78% wszystkich dolegliwości), w tym ponad połowa dotyczyła bólów pleców. W dalszej kolejności wskazywano na choroby układu krążenia (10,40%), bóle głowy lub przemęczenie oczu (5,27%) oraz stres, depresję, niepokój (4,37%). W odniesieniu do badań z 2007 r. wzrost obserwowano jedynie wśród problemów zdrowotnych z kośćmi, stawami i mięśniami (67,78% vs. 62,05%). Ta grupa chorób dominuje także wśród głównych przyczyn absencji chorobowej w 2013 r. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są drugą, zaraz po chorobach związanych z ciążą, porodem, położeniem, najszybciej rosnącą przyczyną absencji chorobowej w Polsce.

Niniejsza analiza absencji chorobowej w Polsce w latach 2006-2013 odnosi się do ogółu nieobecności w pracy. Pomimo poszukiwania związków z warunkami pracy nie jest możliwe oszacowanie, ile dni absencji chorobowej wynikało z wpływu pracy na zdrowie i samopoczucia pracowników. Na podstawie literatury przedmiotu domniemywa się, iż w UE ok. 43% ogólnej absencji chorobowej stanowi absencja chorobowa związana z pracą [24].

W celu umocnienia potencjału zdrowotnego populacji pracującej oraz minimalizowania kosztów spowodowanych absencją chorobową należy podjąć działania profilaktyczne ukierunkowane zarówno na determinanty środowiska pracy jak i życia codziennego. Szczególnej uwagi wymagają nieobecności w pracy spowodowane ciążą, porodem, położeniem, chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania.

Orzeczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z tytułu ciąży, porodu i położenia, mimo że dotyczą wyłącznie kobiet, od 2008 r. stanowią główną przyczynę absencji chorobowej w Polsce.

Prawodawstwo polskie od momentu zgłoszenia ciąży przez pracownicę zobowiązuje pracodawcę do podjęcia szeregu działań mających chronić zdrowie matki i jej dziecka. Niezbędnym jest dokonanie ponownej oceny ryzyka zawodowego, na podstawie której w przypadku stwierdzenia zagrożenia zdrowia dla matki lub dziecka, pracodawca ma obowiązek zmienić warunki pracy na dotychczas zajmowanym przez kobietę stanowisku, skrócić czas pracy, przenieść pracownicę do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe,

zwolnić ją na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy z zachowaniem prawa do dotychczasowego wynagrodzenia [25]. Obowiązek zmiany stanowiska lub warunków pracy ciężarnej pojawia się także w przypadku, gdy dotychczas wykonywała pracę wzbudzoną kobietom ciężarnym ujętą w zakładowym regulaminie pracy lub lekarz medycyny pracy sprawujący opiekę profilaktyczną w miejscu pracy wyda zaświadczenie stwierdzające przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy [26-27].

Alarmujące dane przedstawiają wyniki badań Polska Kohorta Matka-Dziecko. Wynika z nich, że żadna z 954 kobiet objętych badaniem nie została na czas ciąży przeniesiona na inne stanowisko pracy [28]. Natomiast badania Marcinkiewicza i Hanke [29] ujawniły, że ponad 65% ginekologów-położników ma wątpliwości co do właściwej realizacji obowiązków opieki profilaktycznej w miejscu pracy wobec pracujących ciężarnych.

Problemy związane z zapewnieniem pracownikom w ciąży odpowiednich warunków pracy, a często także brak wyraźnych działań pracowników bhp i lekarzy medycyny pracy z zakresu ochrony zdrowia pracujących kobiet w ciąży, może skłaniać ginekologów-położników do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Aż 44% ankietowanych ginekologów przyznało, że kobiety często oczekują wystawienia zwolnień lekarskich tylko ze względu na obawy wynikające z warunków pracy, a jedynie 3% lekarzy zaprzeczyło takim oczekiwaniom. Jednocześnie ponad 65% ginekologów przed wydaniem zwolnienia nie konsultuje się z lekarzem medycyny pracy odnośnie narażenia zawodowego [29].

Obserwowany trend wzrostowy absencji chorobowej w rzeczywistości wynikać może nie z powikłań i chorób w okresie ciąży, porodu, porożenia, a z chęci ograniczenia potencjalnego ryzyka związanego z niekorzystnym oddziaływaniem pracy na stan zdrowia ciężarnej. Dopasowanie stanowiska pracy do potrzeb kobiet w ciąży oraz zapewnienie kompleksowej opieki profilaktycznej powinno zwiększyć poczucie bezpieczeństwa kobiet w pracy, a tym samym ograniczyć czasową niezdolność do pracy.

Sama w sobie aktywność zawodowa w czasie ciąży nie powoduje zagrożenia dla zdrowia matki i dziecka. Słuszności powyższej tezy dowodzą wyniki metaanalizy 13 kohort matka-dziecko z obszaru całej

Europy. W tych badaniach wykazano związek między aktywnością zawodową w okresie ciąży, a obniżeniem ryzyka wystąpienia przedwczesnego porodu. Główną grupą aktywnych zawodowo kobiet, u których zaobserwowano mniejsze ryzyko porodów przedwczesnych, w porównaniu do kobiet niepracujących, były ciężarne zatrudnione na stanowiskach o małym ryzyku zawodowym, jak np. nauczyciele, pracownicy biurowi. Podobną zależność wykazano wśród ciężarnych pielęgniarek. W pierwszym przypadku tendencja ta może wynikać z większego statusu materialnego pracujących kobiet, w drugim zaś, z większej świadomości na temat rekomendowanych zaleceń zdrowotnych dla kobiet w ciąży. Niekorzystny wpływ pracy na wyniki ciąży obserwowano jednak wśród kobiet pracujących w przemyśle spożywczym oraz budownictwie [30].

Badania nad poziomem i przyczynami absencji chorobowej w Polsce należy kontynuować w poszukiwaniu związków przyczynowo-skutkowych zjawiska czasowej niezdolności do pracy ze sposobem i warunkami w jakich jest wykonywana.

Wnioski

1. Analiza poziomu absencji chorobowej w Polsce w latach 2006-2013 wskazuje na istnienie stałej tendencji wzrostowej czasowej niezdolności do pracy, zarówno wśród osób ubezpieczonych w ZUS, jak i KRUS.
2. Największy wzrost absencji chorobowej występuje w województwach: warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim oraz łódzkim; jedynie w woj. podkarpackim oraz małopolskim nie obserwuje się tendencji wzrostowej badanego zjawiska.
3. Systematycznie rośnie liczba dni absencji chorobowej spowodowana ciążą, porodem porożeniem, chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. W ogólnej strukturze przyczyn zdrowotnych czasowej niezdolności do pracy maleje udział chorób układu oddechowego. W obrębie pozostałych grup chorobowych nie można wnioskować o stałym wzroście lub spadku badanego zjawiska.
4. Stały wzrost absencji chorobowej oraz utrzymujące się zatrudnienie pracowników w warunkach zagrożenia, wskazuje na konieczność wprowadzenia systemowych zmian z zakresu ochrony zdrowia pracujących.

Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 1999 r. Nr 60, poz. 636).
2. Niedhammer I, Chastang JF, Sultan-Taïeb H, et al. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *Eur J Publ Health* 2012, 23(4): 622-628.
3. Sabbath EL, Melchior M, Goldberg M, et al. Work and family demands: predictors of all-cause sickness absence in the GAZEL cohort. *Eur J Publ Health* 2011, 22(1): 101-106.
4. Batt-Rawden K, Tellnes G. Social Causes to Sickness Absence among Men and Women with Mental Illnesses. *Psychol* 2012, 3(4): 315-321.
5. Malińska M. Prezenteizm – zjawisko nieefektywnej obecności w pracy. *Med Pr* 2013, 64(3): 439-447.
6. Gallagher ME. Contagious Capitalism: Globalization and the Politics of Labor in China. Princeton University, Oxfordshire 2007.
7. Lov om folketrygd (folketrygdloven) 01 mai 1997 Nr. 5. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (15.03.2015).
8. Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scand J Work Environ Health* 2014, 40(1): 47-56.
9. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w latach 2007. ZUS, Warszawa 2008. <http://www.zus.pl/files/Absencja2006-2007.pdf> (07.03.2015).
10. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2008 roku. ZUS, Warszawa 2009. <http://www.zus.pl/files/Absencja2008.pdf> (07.03.2015).
11. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2009 roku. ZUS, Warszawa 2010. <http://www.zus.pl/files/Absencja2009.pdf> (07.03.2015).
12. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2010 roku. ZUS, Warszawa 2011. <http://www.zus.pl/files/absencja2010.pdf> (07.03.2015).
13. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2011 roku. ZUS, Warszawa 2012. <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf> (07.03.2015).
14. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2012 roku. ZUS, Warszawa 2013. <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202012%20roku%20.pdf> (07.03.2015).
15. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2013 roku. ZUS, Warszawa 2014. http://www.zus.pl/files/Absencja_chorobowa_w_2013_roku.pdf (07.03.2015).
16. Portal Statystyczny ZUS. Ubezpieczeni. <http://psz.zus.pl/Default.aspx> (08.03.2015).
17. Pracujący w gospodarce narodowej w 2013 r. GUS, Warszawa 2014. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/pracujacy-w-gospodarce-narodowej-w-2013-r-,7,10.html> (07.03.2015).
18. Saastamoinen P, Laaksonen M, Lahelma E, et al. Changes in working conditions and subsequent sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2014, 40(1): 82-88.
19. Böckerman P, Ilmakunnas P. Interaction of working conditions, job satisfaction, and sickness absences: Evidence from a representative sample of employees. *Soc Sci Med* 2008, 67(4): 520-528.
20. Kaikkonen R, Härkänen T, Rahkonen O, et al. Explaining educational differences in sickness absence: a population-based follow-up study. *Scand J Work Environ Health* 2015 Apr 30; pii 3499.
21. Warunki pracy w 2013 r. GUS, Warszawa 2014. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/warunki-pracy-w-2013-r-,1,8.html> (26.04.2015).
22. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą. GUS, Warszawa 2008. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/Wypadki_przy_pracy_i_problemy_zdrow_zwiazane_z_praca.pdf (30.04.2015).
23. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą. GUS, Warszawa 2014. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (30.04.2015).
24. Pęciłło M. Koszty absencji chorobowej i działania ją ograniczające. *Bezp Pr Nauk Prakt* 2012, 9: 12-15.
25. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.).
26. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz.U. z 1996 r. Nr 114, poz. 545 z późn. zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2006 r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią (Dz.U. z 2006 r. Nr 42, poz. 292).
28. Polańska K, Jurewicz J, Marcinkiewicz A i wsp. Aktywność zawodowa w czasie ciąży na podstawie badania „Polska Kohorta Matka-Dziecko”. *Med Pr* 2014, 65(1): 65-72.
29. Marcinkiewicz A, Hanke W. Opieka profilaktyczna nad pracującą ciężarną – Czy istnieje potrzeba określenia zasad współpracy między lekarzem medycyny pracy a ginekologiem-położnikiem? *Med Pr* 2012, 63(5): 591-598.
30. Casas M, Cordier S, Martínez D, et al. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. *Scand J Work Environ Health* 2015 May 4; pii 3500.