

Zuzanna Szubert

## ABSENCJA CHOROBOWA W POLSCE PO TRANSFORMACJI SPOŁECZNO-GOSPODARCZEJ

SICKNESS ABSENCE IN POLAND AFTER SOCIO-ECONOMIC TRANSFORMATION

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Zakład Epidemiologii Środowiskowej / Department of Environmental Epidemiology

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Celem analizy jest określenie wielkości i przyczyn chorobowych czasowej niezdolności do pracy w Polsce, wskazanie zmian poziomu absencji chorobowej oraz jej zróżnicowania ze względu na rodzaje działalności w gospodarce i regiony kraju. **Materiał i metody:** Podstawę opracowania stanowiły publikowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych dane o absencji chorobowej za okres 2006–2012, których źródłem jest zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy. Absencję scharakteryzowano za pomocą liczby dni niezdolności do pracy w stosunku do liczby osób pracujących lub ubezpieczonych. **Wyniki:** W 2012 r. liczba dni niezdolności do pracy przypadająca na 1 osobę pracującą wynosiła 14,5 dnia (12,1 dla mężczyzn, 17,4 dla kobiet), co oznacza 3,98% czasu straconego z powodu choroby. Głównymi przyczynami absencji były: powikłania ciąży i schorzenia matki w czasie ciąży (stanowiące 33% absencji kobiet), urazy i zatrucia (24% absencji mężczyzn, 8% absencji kobiet), choroby układu kostno-stawowego (17% absencji mężczyzn, 11% absencji kobiet). Najwyższy poziom absencji chorobowej wystąpił w województwach: łódzkim, śląskim i warmińsko-mazurskim (38–19% wyższy od krajowego) oraz w sekcjach gospodarki narodowej – w działalności w zakresie usług administrowania i działalności wspierającej (22,2 dnia na 1 osobę pracującą). **Wnioski:** Wysoki przyrost absencji w ciągu ostatnich 7 lat – dotyczący takich schorzeń, jak nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-mięśniowego – może stanowić istotny czynnik oceny wczesnego ryzyka trwałej niezdolności do pracy. Odrębny, niezwykle istotny problem stanowi absencja kobiet spowodowana powikłaniami ciąży oraz chorobami matki w okresie ciąży. Med. Pr. 2014;65(1):73–84

**Słowa kluczowe:** absencja chorobowa, czasowa niezdolność do pracy, chorobowe przyczyny absencji, system ubezpieczeń społecznych

### ABSTRACT

**Background:** The aim of the analysis was to determine the magnitude and causes of the sickness-related temporary incapacity for work in Poland, and to identify changes in sickness absence and its differences by the type of economic activity and region. **Material and Methods:** This analysis is based on the 2006–2012 data on sickness absence compiled from medical certificates of temporary incapacity for work and published by the Social Insurance Institution (Zakład Ubezpieczeń Społecznych). The sickness absence is described in terms of the number of sick leave days relative to the number of the employed or insured people. **Results:** In 2012, the number of days of disability per one employed was 14.5 (12.1 men, 17.4 women), representing 3.98% of the time lost due to illness. The main causes of absence were: complications of pregnancy and mother's diseases during pregnancy (33% of the sick leave days in women), injury and poisoning (men: 24%; women: 8%), diseases of the musculoskeletal system (men: 17%; woman: 11%). The highest level of sickness absence was noted in the Łódzkie, Śląskie and warmińsko-mazurskie provinces (38–19% higher than nationwide) and in the administrative and support sectors (22.2 days per 1 employee), when analyzed by sectors of the national economy. **Conclusions:** The high increase in sickness absence over the recent 7 years due to cancer, mental and musculoskeletal disorders may be an important risk factor for early assessment of permanent incapacity for work. Another major problem is female sickness absence due to pregnancy complications and mother's diseases during pregnancy. Med Pr 2014;65(1):73–84

**Key words:** sickness absenteeism, temporary incapacity for work, sickness-related causes of absence, social insurance

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Zuzanna Szubert, Zakład Epidemiologii Środowiskowej,  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: zuzanna@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 28 października 2013, zatwierdzono: 2 stycznia 2014

### WSTĘP

Absencja chorobowa, czyli czasowa niezdolność do pracy z powodów zdrowotnych, jest rozumiana jako zjawisko obiektywnie mierzalne, uwarunkowane stanem zdrowia pracownika, a także m.in. czynnikami psychospołecznymi warunkującymi postawy wobec

zdrowia i pracy oraz rzeczywistymi warunkami pracy. Obserwacja i analiza kształtowania się absencji chorobowej stanowi w większości krajów rozwiniętych gospodarczo źródło informacji o problemach zdrowotnych populacji aktywnej zawodowo (1–4). Śledzenie dynamiki jej zmian, wielkości oraz przyczyn chorobowych w okresach wieloletnich może stanowić ważny

element w prognozowaniu zarówno skutków w postaci trwałej niezdolności do pracy, jak i potrzeb zdrowotnych populacji w wieku poprodukcyjnym (5,6).

Absencja chorobowa podlega także wpływowi uwarunkowań pozazdrowotnych, takich jak cechy demograficzne badanej populacji, warunki pracy, czynniki psychospołeczne, ekonomiczne i kulturowe, a także funkcjonujący w danym kraju system zabezpieczenia społecznego (7,8). W okresie przeobrażeń systemowych w Polsce, zwłaszcza zmian w sferze zatrudnienia, absencja chorobowa w coraz większym stopniu odzwierciedla rzeczywisty stan zdrowia populacji, natomiast mniejsze znaczenie dla jej kształtowania mają tzw. czynniki pozazdrowotne. Mogą one jednak wpływać także na zmniejszanie się poziomu absencji, ponieważ coraz częściej zdarzają się sytuacje, w których pracownik odmawia przyjęcia zwolnienia lekarskiego, czyli rezygnuje z odsunięcia od pracy z powodu choroby (9,10).

Celem analizy jest określenie wielkości i przyczyn chorobowych czasowej niezdolności do pracy w Polsce, wskazanie jej zmian w okresie ostatnich 7 lat oraz zróżnicowania ze względu na rodzaje działalności w gospodarce narodowej i regiony kraju.

## MATERIAŁ I METODY

Analizę przeprowadzono na podstawie danych o absencji chorobowej za okres 2006–2012, których źródłem jest zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA). Jest ono równocześnie dokumentem uprawniającym do powstrzymania się od pracy, uzasadniającym nieobecność w miejscu pracy i stanowiącym podstawę do wypłaty wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego. Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej wystawia lekarz, lekarz stomatolog, felczer lub starszy felczer – upoważnieni do ich wystawiania na podstawie decyzji wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) (11,12).

Dane o absencji chorobowej w Polsce, których podstawą jest zaświadczenie lekarskie ZUS ZLA, dostępne są na stronach internetowych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (13–19). Dotyczą one liczby dni absencji, liczby zwolnień lekarskich oraz przeciętnej długości zwolnienia osób ubezpieczonych w ZUS-ie. Dane te nie obejmują absencji tzw. służb mundurowych. Informacje o absencji chorobowej – wyrażonej zarówno liczbą dni niezdolności do pracy, jak i liczbą zaświadczeń –

dotyczą populacji osób chorych czasowo niezdolnych do pracy. Z kolei do wyliczenia parametrów obrazujących poziom zjawiska w populacji – wskaźników absencji – konieczne są dane o populacji potencjalnie narażonej, czyli liczbie osób pracujących, zatrudnionych czy też ubezpieczonych.

W niniejszej analizie podstawę obliczenia wskaźników stanowiły dane dotyczące liczby osób pracujących (12,9 mln osób według stanu na 31 grudnia 2005 r. oraz 14,2 mln osób na 31 grudnia 2011 r.) (20,21) oraz (ze względu na brak informacji o pracujących według wieku) liczby osób ubezpieczonych w ZUS-ie, która jest najbardziej adekwatna do populacji pracujących (14,5 mln osób w 2012 r.) (22). Przyczyny chorobowe absencji przeanalizowano zgodnie z przyjętą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (23).

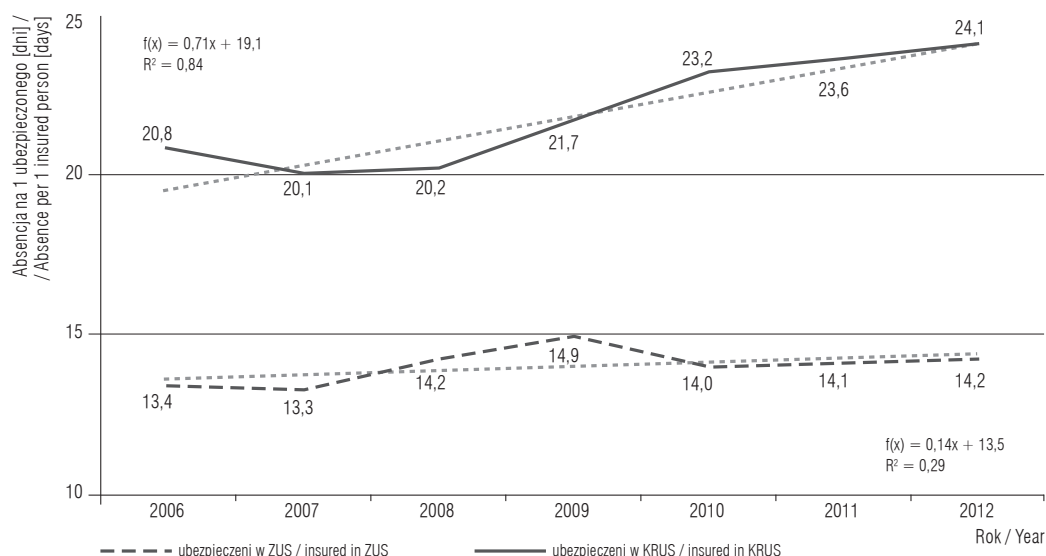
## WYNIKI

### Poziom i struktura absencji chorobowej

Absencja chorobowa – rozpatrywana jako niezdolność do pracy spowodowana chorobą lub wypadkiem – wykazywała w ostatnich 7 latach nieznaczną tendencję wzrostową. Niniejsza analiza dotyczy populacji osób ubezpieczonych w ZUS-ie, jednak dla porównania na rycinie 1. przedstawiono również wskaźniki absencji dla osób ubezpieczonych w KRUS-ie (Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego). Dane wskazują, że dla osób ubezpieczonych w KRUS-ie zarówno poziom absencji, jak i jej dynamika były znacznie wyższe niż w populacji osób ubezpieczonych w ZUS-ie.

Struktura absencji wskazująca główne jej przyczyny chorobowe, obliczona na podstawie liczby dni niezdolności do pracy osób ubezpieczonych w ZUS-ie, przedstawiona została w tabeli 1. Z danych w niej zawartych wynika, że główną przyczyną absencji chorobowej mężczyzn są urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych. W 2012 r. stanowiły one 24,1% absencji chorobowej mężczyzn, która wynosiła ogółem 92,4 mln dni. U kobiet główną przyczyną absencji chorobowej są powikłania ciąży i choroby matki w czasie ciąży (w tabeli 1. przyjęto nazwę zgodną z klasyfikacją ICD-10), które stanowiły 33,4% spośród 114,3 mln dni niezdolności do pracy kobiet w 2012 r. (19).

Wskazanych w tabeli 1. sześć głównych grup chorobowych w 2012 r. powodowało ogółem 81,5% absencji wśród mężczyzn i 77,8% absencji kobiet. Należy zwrócić uwagę, że w okresie analizowanych 7 lat wystąpił



ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych / Social Insurance Institution.

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego / Agricultural Social Insurance Fund.

**Ryc. 1.** Absencja chorobowa osób ubezpieczonych w ZUS-ie i KRUS-ie w Polsce w latach 2006–2012  
**Fig. 1.** Sickness absence among persons insured in ZUS and KRUS in Poland, 2006–2012

**Tabela 1.** Główne przyczyny absencji chorobowej mężczyzn i kobiet w Polsce w 2006 i 2012 r.

**Table 1.** The major medical causes of sickness absence for men and women, Poland, 2006 and 2012

Lp.	Mężczyźni Males		Kobiety Females			
	grupy chorobowe causes of absence (ICD-10)	% absencji chorobowej ogółem % of total sickness absence		grupy chorobowe causes of absence (ICD-10)	% absencji chorobowej ogółem % of total sickness absence	
		2006	2012		2006	2012
1	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych / Injuries, poisoning and some other effects of exposure to external factors	24,9	24,1	Ciąża, poród i połóg / Pregnancy, childbirth and puerperium	30,2	33,4
2	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej / Diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	14,3	17,1	Choroby układu oddechowego / Diseases of the respiratory system	14,5	11,1
3	Choroby układu oddechowego / Diseases of the respiratory system	18,1	13,6	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej / Diseases of the osteoarticular system, muscular system and connective tissue	9,5	10,8
4	Choroby układu nerwowego / Diseases of the nervous system	12,0	11,4	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych / Injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external factors	9,0	8,1
5	Choroby układu krążenia / Diseases of the circulatory system	7,2	9,2	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania / Mental and behavioral disorders	5,9	7,3
6	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania / Mental and behavioral disorders	4,5	6,1	Choroby układu nerwowego / Diseases of the nervous system	7,3	7,1
	Razem / Total	81,0	81,5		76,4	77,8

ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (23).

znaczny wzrost udziału chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, chorób układu krążenia i zaburzeń psychicznych w absencji mężczyzn oraz udziału schorzeń związanych z ciążą, porodem i położeniem, a także zaburzeń psychicznych w absencji kobiet.

Poziom absencji chorobowej, wyrażony liczbą dni absencji na 100 osób pracujących (tab. 2) wskazuje, że na przestrzeni omawianych 7 lat nastąpił wzrost absencji chorobowej przeciętnie o 4,7%. Dotyczył on kobiet, u których wynosił 14,8%, natomiast wśród mężczyzn wystąpił nieznaczny spadek absencji chorobowej –

o około 1%. U mężczyzn stosunkowo największy przyrost wystąpił w absencji spowodowanej nowotworami (o 37,4%), zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (o 33,7%), chorobami układu krążenia (o 27,5%) i chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (o 18,5%). Wśród kobiet odnotowuje się wysoki wzrost absencji również z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (o 41,8%), z powodu chorób układu kostno-stawowego (o 30,7%) oraz z powodu powikłań ciąży i chorób matki w czasie ciąży (o 27,2%).

**Tabela 2.** Absencja chorobowa w Polsce w latach 2006 i 2012 według głównych grup chorobowych (ICD-10)\*  
**Table 2.** Sickness absence in Poland in 2006 and 2012 by medical causes of absence (ICD-10)\*

Grupy chorobowe Causes of absence (ICD-10)	Absencja na 100 osób pracujących [dni]** Absence per 100 employed people [days]**					
	ogółem total		mężczyźni males		kobiety females	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze / Certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)	14,4	14,2	14,8	14,4	13,2	14,0
Nowotwory / Neoplasms (C00-D48)	41,5	50,8	26,2	36,0	57,4	68,0
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych / Diseases of the blood and blood-forming organs (D50-D89)	4,2	3,6	2,0	2,2	6,6	5,2
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej / Endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E90)	14,8	13,3	11,7	11,7	17,6	15,2
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania / Mental and behavioral disorders (F00-F99)	72,9	98,4	55,2	73,7	89,6	127,0
Choroby układu nerwowego / Diseases of the nervous system (G00-G99)	133,2	130,6	145,9	137,1	111,1	123,0
Choroby oka i przydatków oka / Diseases of the eye and ocular appendages (H100-H59)	9,1	10,4	9,8	11,4	7,8	9,2
Choroby ucha i wyrostka sutkowego / Diseases of the ear and mastoid process (H60-H95)	6,4	5,8	6,4	5,6	6,1	6,0
Choroby układu krążenia / Diseases of the circulatory system (I00-I99)	73,1	88,6	87,5	111,5	52,3	61,9
Choroby układu oddechowego / Diseases of the respiratory system (J00-J99)	225,7	178,0	219,9	164,7	218,9	193,3
Choroby układu trawiennego / Diseases of the digestive system (K00-K93)	72,6	62,6	81,3	70,8	58,1	53,0
Choroby skóry i tkanki podskórnej / Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99)	14,5	12,9	15,7	14,5	12,2	10,9
Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00-M99)	164,2	197,7	174,3	206,5	143,3	187,3
Choroby układu moczowo-płciowego / Diseases of the genitourinary system (N00-N99)	49,7	44,2	20,9	17,9	81,1	74,8
Ciąża, poród i połóg / Pregnancy, childbirth and puerperium (O00-O99)	209,3	268,5	–	–	456,3	580,5
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych / Injuries, poisoning and certain other effects of exposure to external causes (S00-T98)	232,2	221,6	301,9	290,8	135,8	140,9
Inne przyczyny / Other diseases (P00-P96), (Q00-Q99), (R00-R99), (V01-Y98), (Z00-Z29)	50,2	51,6	41,5	38,7	45,0	66,4
Ogółem / Total	1 388,0	1 452,8	1 214,9	1 207,5	1 512,2	1 736,7

ICD-10 – jak w tabeli 1 / as in Table 1.

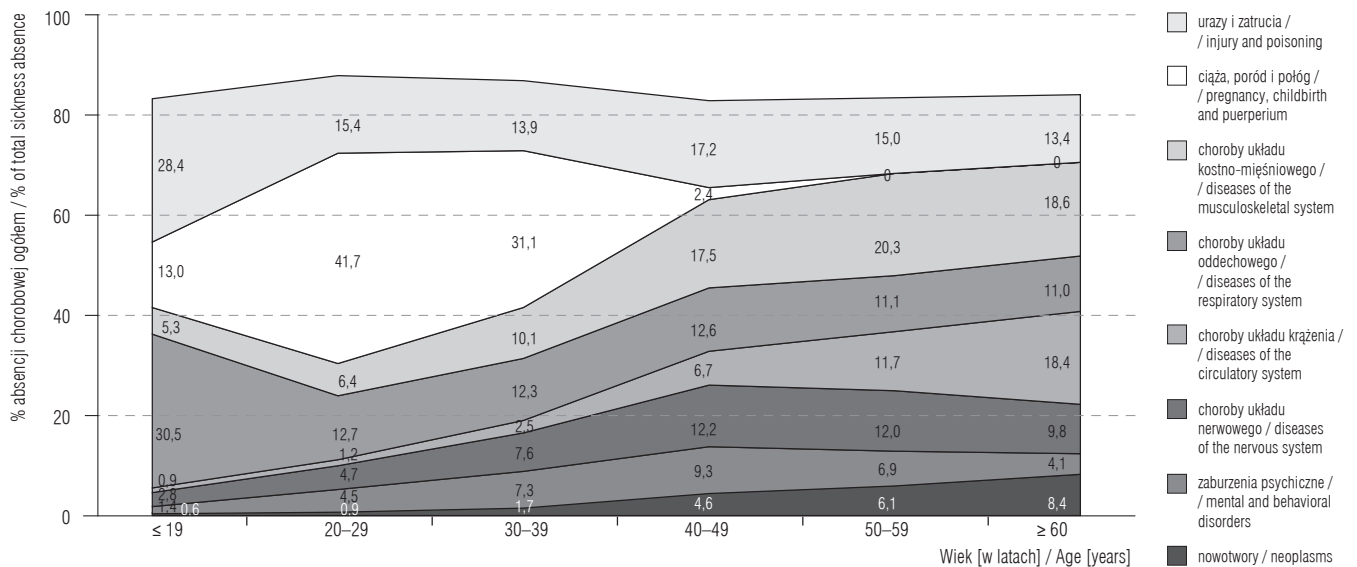
\* Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (13,19) i Głównego Urzędu Statystycznego / Our own calculations based on the data provided by the Social Insurance Institution (13,19) and the Central Statistical Office (20,21).

\*\* Według stanu na 31 grudnia 2005 i 2011 r. / As of 31 December 2005 and 2011 (22,23).

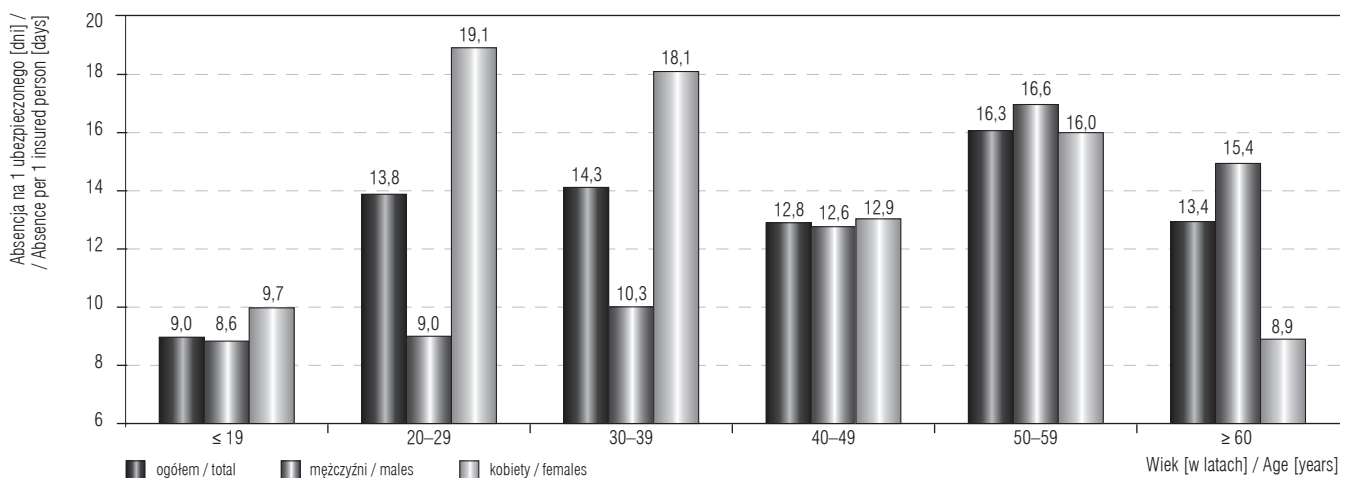
Schorzenia powodujące absencję wykazują znaczne różnicowanie ze względu na wiek pracowników. Niestety nie ma danych umożliwiających wskazanie tych różnic między mężczyznami a kobietami. Strukturę absencji chorobowej dla poszczególnych grup wiekowych przedstawiono na rycinie 2. Warto zauważyć, że w absencji chorobowej młodych pracowników, do 19 roku życia dominują choroby układu oddechowego oraz urazy i zatrucia. Wśród osób w wieku 20–39 lat głównymi przyczynami absencji są: powikłania ciąży oraz schorzenia matki w okresie ciąży, urazy i zatrucia oraz choroby układu oddechowego. Natomiast po 40 roku życia najwyższy odsetek stanowią choroby układu kostno-

-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, jak również wzrasta stopniowo udział chorób układu krążenia oraz nowotworów. Jak wskazuje rycina 2., w każdej grupie wiekowej absencja spowodowana wymienionymi grupami chorobowymi stanowi ogółem ponad 80% absencji. Wraz z wiekiem zmienia się jednak w sposób znaczący jej struktura ze względu na ww. przyczyny.

Analizowane dane pokazały, że absencja chorobowa kobiet była wyższa niż absencja chorobowa mężczyzn. Różnica ta w 2006 r. wynosiła 24%, a w 2012 r. – 44% (tab. 2). Poziom absencji chorobowej ogółem oraz dla mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach wieku przedstawiono na rycinie 3. Największe,



Ryc. 2. Główne przyczyny absencji chorobowej w Polsce w 2012 r. osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych według wieku  
 Fig. 2. The major causes of sickness absence in Poland, 2012, among persons insured in the Social Insurance Institution by age



Ryc. 3. Absencja chorobowa według płci i wieku w Polsce w 2012 r.  
 Fig. 3. Sickness absence by gender and age in Poland, 2012

około 2-krotne różnice między absencją kobiet a mężczyzn dotyczą osób w wieku 20–39 lat i wynikają z nieobecności kobiet spowodowanej głównie schorzeniami związanymi z ciążą. W starszych grupach wiekowych, tj. 40–59 lat, oraz wśród najmłodszych pracowników absencja kobiet i mężczyzn jest niemal na tym samym poziomie.

### Absencja chorobowa według rodzajów działalności społeczno-gospodarczej

Dane przedstawione w tabeli 3. dotyczą wielkości absencji chorobowej i wypadkowej osób ubezpieczonych w ZUS-ie, które pracują w poszczególnych sekcjach gospodarki narodowej. Wskazują one, że najwyższy poziom absencji występuje w działalności w zakresie usług administrowania

**Tabela 3.** Absencja chorobowa w Polsce w 2012 r. osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych według sekcji Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) i płci

**Table 3.** Sickness absence in Poland, 2012 among people insured in the Social Insurance Institution by Statistical Classification of Economic Activities in the European Community (NACE) sections and gender

	Sekcja PKD NACE section	Absencja na 1 osobę pracującą [dni]* Absence per 1 employed person [days]*		
		ogółem total	mężczyźni males	kobiety females
Ogółem / Total		14,5	12,1	17,4
A	Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo / Agriculture, forestry, hunting and fishing	0,9	1,2	0,6
B	Górnictwo i wydobywanie / Mining and quarrying	16,1	16,0	17,2
C	Przetwórstwo przemysłowe / Manufacturing	16,7	13,9	22,3
D	Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych / Electricity, gas, steam and air conditioning supply	7,1	6,7	8,4
E	Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami oraz działalność związana z rekultywacją / Water supply; sewerage and waste management, and remediation activities	14,7	13,8	17,4
F	Budownictwo / Construction	18,1	17,6	22,2
G	Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych / Trade; repair of motor vehicles	16,9	12,0	21,3
H	Transport i gospodarka magazynowa / Transportation and storage	13,0	11,4	18,1
I	Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi / Accommodation and catering	19,5	13,6	22,8
J	Informacja i komunikacja / Information and communication	12,0	7,1	21,1
K	Działalność finansowa i ubezpieczeniowa / Financial and insurance activities	18,3	9,6	22,6
L	Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości / Real estate activities	12,4	10,2	14,6
M	Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna / Professional, scientific and technical activities	13,8	8,2	19,3
N	Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca / Administrative and support service activities	22,2	18,0	27,4
O	Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne / Public administration and defence; compulsory social security	19,1	15,8	22,5
P	Edukacja / Education	11,2	7,3	12,3
Q	Opieka zdrowotna i pomoc społeczna / Human health and social work activities	14,6	9,3	15,8
R	Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją / Arts, entertainment and recreation	13,8	10,7	15,9
S	Pozostała działalność usługowa / Other service activities	19,0	8,6	25,9

NACE – Statystyczna Klasyfikacja Działalności Gospodarczych w Unii Europejskiej / Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne.

\* Pracujący w gospodarce narodowej według stanu na 31 grudnia 2011 r. / People employed in the national economy as of 31 December 2011 (21).

i działalności wspierającej (22,2), w działalności związanej z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi (19,5), w administracji publicznej i obronie narodowej (19,1), działalności finansowej i ubezpieczeniowej (18,3) oraz w budownictwie (18,1). Należy zwrócić uwagę, że bardzo niskie wskaźniki w sekcji A – tj. rolnictwie, leśnictwie, łowiectwie i rybactwie – wynikają z tego, że rolnicy w większości są ubezpieczeni w KRUS, natomiast przedstawione dane dotyczą osób ubezpieczonych w ZUS-ie. Oszacowany wskaźnik ogółem dla tej sekcji, w którym uwzględniono liczbę dni absencji osób ubezpieczonych w KRUS, wynosi 16,1. Jest więc na poziomie wskaźnika dla sekcji B, tj. górnictwa i wydobywania. Najniższy poziom absencji chorobowej obserwuje się w sekcji D – wytwarzaniu i zaopatrywaniu w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych (7,1), w edukacji (11,2) oraz w działalności związanej z obsługą rynku nieruchomości (12,4).

**Zróźnicowanie terytorialne absencji chorobowej**

Terytorialne zróźnicowanie absencji chorobowej przedstawiono na rycinie 4. Najwyższe wskaźniki wyrażające liczbę dni niezdolności do pracy na 1 osobę pracującą odnotowuje się w województwie łódzkim (20 dni), śląskim (17,2 dnia), warmińsko-mazurskim (17,2 dnia), pomorskim (17,1 dnia), kujawsko-pomorskim (16,4 dnia) i zachodniopomorskim (16,4 dnia). W województwie łódzkim wskaźnik absencji w 2012 r. był wyższy o 38% od wskaźnika przeciętnego w kraju. Najniższą absencję

chorobową odnotowano w województwach: mazowieckim (9,4 dnia na pracującego), podlaskim (10,8 dnia), lubelskim (11 dni) i małopolskim (12,9 dnia). Województwa o najwyższym i najniższym poziomie absencji z powodu głównych grup chorobowych przedstawiono w tabeli 4.



**Ryc. 4.** Zróźnicowanie terytorialne absencji chorobowej w Polsce osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w 2012 r. – liczba dni absencji na 1 osobę pracującą  
**Fig. 4.** Spatial distribution of the sickness absence in Poland among people insured in the Social Insurance Institution in 2012: the number of days per 1 employed person

**Tabela 4.** Województwa o najwyższej i najniższej absencji w 2012 r. osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych według głównych grup chorobowych

**Table 4.** Provinces with the highest and the lowest sickness absence among people insured in the Social Insurance Institution by main groups of diseases

Grupy chorobowe Groups of diseases (ICD-10)	Polska (ogółem) Poland (total)	Największa absencja na 100 osób pracujących [dni] The highest absence per 100 employed people [days]		Najmniejsza absencja na 100 osób pracujących [dni] The lowest absence per 100 employed people [days]	
		województwo province	wskaźnik rate	województwo province	wskaźnik rate
Ciąża, poród i połóg / Pregnancy, childbirth and puerperium	268,5	lubuskie	352,2	mazowieckie	200,1
		pomorskie	331,3	świętokrzyskie	221,6
		warmińsko-mazurskie	321,1	lubelskie	222,8
		łódzkie	320,5	podlaskie	227,5
		kujawsko-pomorskie	312,0	podkarpackie	235,1
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych / Injuries, poisoning and certain other consequences of exposure to external causes	221,5	warmińsko-mazurskie	308,1	mazowieckie	122,0
		dolnośląskie	289,8	małopolskie	190,2
		opolskie	281,8	lubelskie	190,5
		śląskie	281,5	podkarpackie	203,7
		łódzkie	266,2	podlaskie	208,2

**Tabela 4.** Województwa o najwyższej i najniższej absencji w 2012 r. osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych według głównych grup chorobowych – cd.

**Table 4.** Provinces with the highest and the lowest sickness absence among people insured in the Social Insurance Institution by main groups of diseases – cont.

Grupy chorobowe Groups of diseases (ICD-10)	Polska (ogółem) Poland (total)	Najwyższa absencja na 100 osób pracujących [dni] The highest absence per 100 employed people [days]		Najniższa absencja na 100 osób pracujących [dni] The lowest absence per 100 employed people [days]	
		województwo province	wskaźnik rate	województwo province	wskaźnik rate
Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej / / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	197,7	łódzkie	279,8	mazowieckie	125,2
		warmińsko-mazurskie	255,6	lubelskie	130,7
		świętokrzyskie	249,6	podlaskie	136,3
		śląskie	237,2	lubuskie	184,8
		opolskie	235,5	małopolskie	187,6
Choroby układu oddechowego / Diseases of the respiratory system	178,0	śląskie	234,1	podlaskie	128,8
		łódzkie	226,3	lubelskie	131,2
		pomorskie	208,0	mazowieckie	132,7
		opolskie	204,3	podkarpackie	147,8
		dolnośląskie	199,5	kujawsko-pomorskie	164,0
Choroby układu nerwowego / Diseases of the nervous system	130,6	łódzkie	219,9	mazowieckie	71,1
		pomorskie	183,5	podlaskie	81,8
		świętokrzyskie	178,5	małopolskie	107,3
		podkarpackie	153,0	lubelskie	107,6
		warmińsko-mazurskie	148,8	opolskie	110,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania / Mental and behavioral disorders	98,4	łódzkie	166,3	lubelskie	53,3
		kujawsko-pomorskie	163,3	podlaskie	55,7
		wielkopolskie	151,9	mazowieckie	63,6
		zachodniopomorskie	126,1	małopolskie	69,7
		świętokrzyskie	119,1	dolnośląskie	77,9
Choroby układu krążenia / Diseases of the circulatory system	88,6	łódzkie	156,8	mazowieckie	51,7
		świętokrzyskie	109,5	podlaskie	51,7
		śląskie	108,6	lubelskie	63,1
		kujawsko-pomorskie	100,1	małopolskie	75,8
		wielkopolskie	98,9	podkarpackie	85,9
Choroby ogółem / Diseases – total	1 452,8	łódzkie	2 003,5	mazowieckie	936,5
		śląskie	1 724,4	podlaskie	1 079,8
		warmińsko-mazurskie	1 723,7	lubelskie	1 100,6
		pomorskie	1 707,0	małopolskie	1 287,8
		kujawsko-pomorskie	1 641,9	podkarpackie	1 363,0

ICD-10 – jak w tabeli 1 / as in Table 1.

Najwyższą absencję związaną z ciążą i schorzeniami matki w okresie ciąży odnotowuje się w województwie lubuskim (o 31% wyższą od przeciętnej w kraju). Jest to główna przyczyna absencji chorobowej prawie we wszystkich województwach, która stanowi od 23,4% absencji w województwie lubuskim do 16% absencji w województwie łódzkim. Urazy i zatrucia są główną przyczyną absencji w województwie dolnośląskim (18,7%) i opolskim (17,8%). Choroby

układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, które są trzecią przyczyną absencji w kraju (13,6%), w województwie świętokrzyskim stanowią jej główną przyczynę (16,1%).

Najwyższy poziom absencji z tego powodu występuje także w województwie łódzkim i jest o 41,5% wyższy od krajowego. Absencja w województwie łódzkim znacznie przewyższa poziom w kraju w chorobach układu krążenia (o 77%), w zaburzeniach psychicznych



i zaburzeniach zachowania (o 69%) i w chorobach układu nerwowego (o 68%).

Należy również zwrócić uwagę na najwyższy poziom absencji z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim (odpowiednio o 66% i 53% wyższy od poziomu w kraju), która stanowi około 10% absencji chorobowej ogółem.

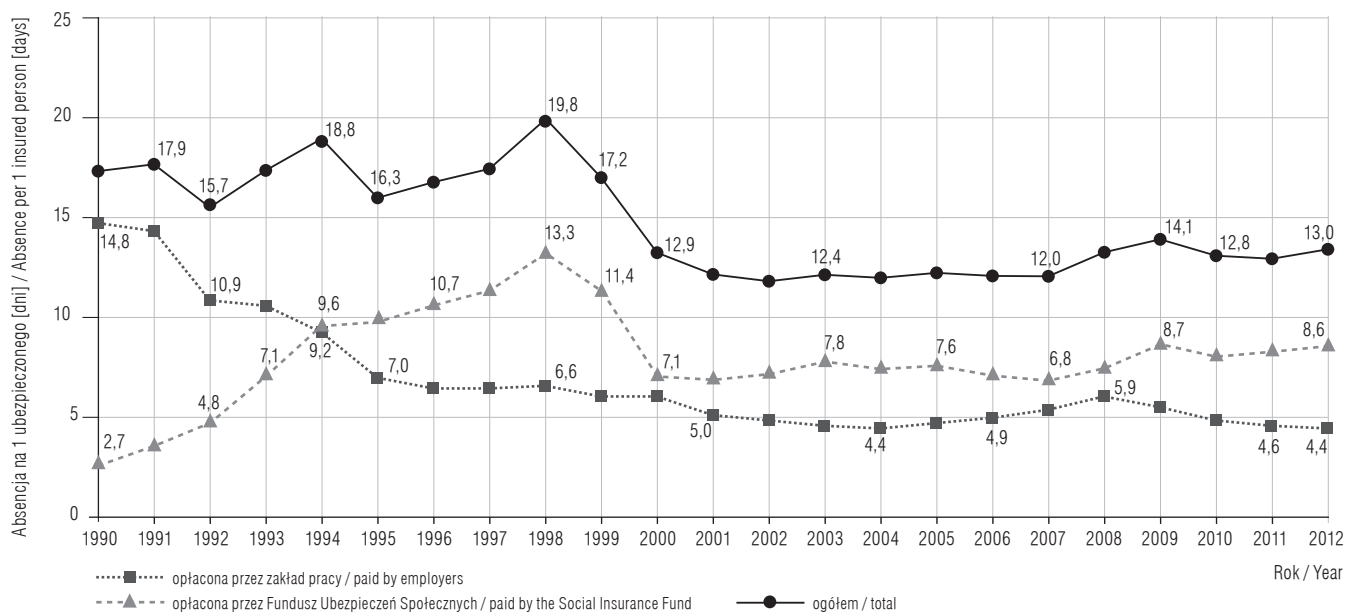
## OMÓWIENIE

Przedstawiona analiza absencji chorobowej obejmująca ostatnie 7 lat nie w pełni odzwierciedla zjawisko ze względu na powstałą w drugiej połowie lat 90. ubiegłego wieku lukę w systematycznym gromadzeniu danych statystycznych (24). Z tego powodu publikowane od 2006 r. na stronach internetowych ZUS-u opracowania dotyczące absencji chorobowej są cenną, chociaż niekompletną bazą danych niezbędną do prowadzenia wyliczeń i analiz absencji chorobowej.

Jedynie informacje, które pozwalają prześledzić kształtowanie się absencji chorobowej na przestrzeni ponad 20-letniego okresu transformacji społeczno-gospodarczej w Polsce, to dane dotyczące wielkości absencji chorobowej według źródeł finansowania (ryc. 5) (25,26). Należy zwrócić uwagę, że poziom absencji chorobowej ogółem – sfinansowanej zarówno przez zakłady pracy, jak i przez Fundusz Ubezpieczeń

Społecznych – był w latach 2006–2012 niższy średnio o około 10% od absencji chorobowej ogółem usprawiedliwionej zaświadczeniem lekarskim ZUS ZLA (przedstawionej na ryc. 1).

Obserwacja kształtowania się absencji chorobowej od 1990 r. pozwala zauważyć wpływ na jej dynamikę wprowadzonych zmian legislacyjnych dotyczących ubezpieczeń społecznych oraz wypłacanych świadczeń z tytułu choroby. Na mocy Ustawy z dnia 3 lutego 1995 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa oraz o zmianie Ustawy Kodeks pracy (27) zlikwidowany został zasiłek chorobowy wynoszący 100% podstawy wymiaru dla pracowników z ponad 8-letnim stażem pracy. Jednocześnie wprowadzono zasadę wypłaty wynagrodzenia chorobowego za czas niezdolności do pracy trwającej do 35 dni w roku (ze zmianą w 2002 r. dotyczącą skrócenia tego okresu do 33 dni). Zasadnicze zmiany dotyczące ubezpieczenia chorobowego wprowadziła od 1 stycznia 1999 r. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, czyli tzw. reforma ubezpieczeń społecznych (28,29), oraz wspomniana Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (11). Na mocy tej ostatniej przyznano uprawnienia kontrolne lekarzom orzecznikom ZUS-u dotyczące m.in. badań lekarskich ubezpieczonych.



Ryc. 5. Absencja chorobowa w Polsce w latach 1990–2012 osób ubezpieczonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych według źródeł finansowania

Fig. 5. Sickness absence in Poland among people insured in the Social Insurance Institution by the financing source, 1990–2012

Zmiany w systemie ubezpieczeń społecznych związane z transformacją społeczno-gospodarczą wyraźnie wpłynęły na obniżenie i pewną stabilizację wielkości absencji po 2000 r. (ryc. 5). Jej bardzo wysoki poziom w ostatnim 10-leciu ubiegłego wieku był bowiem wynikiem restrukturyzacji przedsiębiorstw państwowych (30). Silny wpływ na wielkość absencji w tamtych latach miała też sytuacja na rynku pracy, a przede wszystkim znaczące bezrobocie (25,31). Znaczenie miały również wspomniane przepisy dotyczące rekompensat finansowych za okres niezdolności do pracy, np. spadek absencji związany ze zmniejszeniem tych rekompensat do 80% wystąpił w 1995 r., a nadal aktualnym przykładem jest wyższy poziom absencji osób ubezpieczonych w KRUS-ie wynikający z prawa do zasiłku chorobowego w przypadku niezdolności do pracy powyżej 30 dni (32).

W czasie analizowanego 20-lecia zmieniły się chorobowe przyczyny niezdolności do pracy. Znaczące miejsce w ostatnich latach zajęły zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, natomiast choroby układu trawiennego – zajmujące piąte i szóste miejsce w absencji odpowiednio mężczyzn i kobiet w latach 1990–1995 (24,31) – obecnie znajdują się na dalszej pozycji. Nieco mniejsze znaczenie w absencji mają również choroby układu oddechowego. Niezwykle istotnym problemem jest absencja z powodu powikłań ciąży oraz chorób matki w czasie ciąży, która od połowy lat 90. ubiegłego wieku stanowi główną przyczynę niezdolności do pracy kobiet (33).

Z transformacją społeczno-gospodarczą związane są zmiany w poziomie absencji w poszczególnych rodzajach działalności gospodarczej oraz w jej przestrzennym zróżnicowaniu. Najwyższy poziom absencji w działalności w zakresie usług administrowania i działalności wspierającej – do której zalicza się m.in. takie działy, jak wynajem i dzierżawa, działalność związana z zatrudnieniem, działalność w zakresie organizacji turystyki, działalność detektywistyczną i ochroniarską – wynika z restrukturyzacji i przebranżowienia gospodarki (upadłości wielkich zakładów przemysłowych, powstawaniu zupełnie nowych rodzajów działalności społeczno-gospodarczej, np. rozwoju różnego rodzaju usług oraz tzw. samozatrudnienia). Najwyższy bowiem poziom absencji chorobowej przed zmianami restrukturyzacyjnymi w polskiej gospodarce miał miejsce w branżach o największym zagrożeniu ze względu na warunki pracy (np. w przemyśle węglowym, rybołówstwie). Jedynie w administracji publicznej i obronie narodowej, podobnie jak w latach poprzednich,

absencja chorobowa utrzymuje się na dość wysokim poziomie (24).

Zmiany strukturalne w całej gospodarce wpłynęły również na zróżnicowanie absencji w województwach. Wcześniej bowiem wysoki poziom absencji chorobowej powodowały niekorzystne warunki pracy i środowiska w regionach uprzemysłowionych, o wysokim stopniu urbanizacji. Obecnie w wyniku zmian restrukturyzacyjnych – głównie powstania małych firm oraz objęcia ubezpieczeniem chorobowym rolników – nastąpiły zmiany w terytorialnym zróżnicowaniu absencji chorobowej. Przykładem może być województwo łódzkie, w którym upadek dużych zakładów przemysłu włókienniczego, rozwój małej przedsiębiorczości (w dużym stopniu sfeminizowanej) oraz ogólnie niekorzystna sytuacja ekonomiczna wpływają na wysoki poziom absencji chorobowej (związanej głównie z wydłużaniem się okresu niezdolności do pracy osób chorujących). Dla przykładu liczba dni absencji chorobowej przypadająca na osobę chorującą w 2012 r. wynosiła przeciętnie 36,8 dnia wśród osób ubezpieczonych w ZUS-ie, podczas gdy w województwie łódzkim – 47,3 dnia. Oznacza to, że kosztami rekompensat finansowych obciążony jest Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (absencja powyżej 33 dni w roku). Trzeba także zauważyć, że w województwach o charakterze rolniczym poziom absencji może być zaniżony, ponieważ nie obejmuje nieobecności osób ubezpieczonych w KRUS-ie.

Obecnie absencja chorobowa w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi kształtuje się na średnim poziomie. W naszym kraju wskaźnik absencji w 2012 r. – obliczony jako odsetek czasu straconego z powodu choroby lub wypadku – wyniósł 3,98%, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – 3,3%, w Holandii – 4,1%, w Finlandii – 4,5%, w Czechach – 5,2%, w Norwegii – 7,7% (według danych z lat 2006–2009 dla krajów UE i Norwegii – średnio 3–6% czasu pracy) (34). Zmiany w przyczynach chorobowych absencji w Polsce wskazują na występowanie problemów zdrowotnych obserwowanych w populacjach zachodnioeuropejskich – chorób układu kostno-mięśniowego czy zaburzeń psychicznych (35,36). Podnoszony przez wielu badaczy szeroki zakres negatywnych skutków absencji chorobowej, jej powtarzalność oraz wydłużanie czasu jej trwania (5,37) wskazują na potrzebę wprowadzenia programów interwencyjnych. Ich celem miałyby być podtrzymanie zdolności do pracy pracowników o wysokim ryzyku absencji i stworzenie warunków do ich szybszego powrotu do pracy (37,38).

## WNIOSKI

1. Poziom absencji chorobowej w Polsce znacznie zmniejszył się i ustabilizował od 2000 r., co uwarunkowane było głównie wprowadzeniem reformy systemu ubezpieczeń społecznych oraz zmianami społeczno-gospodarczymi, restrukturyzacją przemysłu i skróceniem okresu aktywności zawodowej w burzliwym okresie transformacji lat 90. ubiegłego wieku.
2. Wysoki przyrost czasowej niezdolności do pracy w ciągu ostatnich 7 lat, spowodowanej takimi schorzeniami, jak nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-mięśniowego, może być istotnym czynnikiem oceny wczesnego ryzyka trwałej niezdolności do pracy. Może więc stanowić podstawę do wprowadzenia zarówno programów profilaktycznych, jak i rehabilitacyjnych dotyczących tych schorzeń.
3. Niezwykle istotny problem, jakim jest absencja chorobowa kobiet spowodowana patologią ciąży lub chorobami matki w czasie ciąży, powinien być przedmiotem szczególnego zainteresowania i podjęcia rozwiązań systemowych w zakresie opieki nad pracującą kobietą ciężarną w Polsce.

## PIŚMIENNICTWO

1. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Preventing absenteeism at the workplace. Research summary. Dublin 1997
2. Ihlebaek C., Brage S., Eriksen H.R.: Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occup. Med.* 2007;57(1):43–49, <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kql107>
3. Johansen K., Bihmann K., Mikkelsen S., Lyng E.: Trends in sickness absence in Denmark. *Scand. J. Work Environ. Health* 2009;35(5):334–341, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1346>
4. Lidwall U., Marklund S.: Trends in long-term sickness absence in Sweden 1992–2008: The role of economic conditions, legislation, demography, work environment and alcohol consumption. *Int. J. Soc. Welfare* 2011;20(2):167–179, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00744.x>
5. Pedersen J., Bjorner J.B., Burr H., Christensen K.B.: Transitions between sickness absence, work, unemployment and disability in Denmark 2004–2008. *Scand. J. Work Environ. Health* 2012;38(6):516–526, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3293>
6. Alexanderson K., Kivimaki M., Ferrie J.E., Westerglund H., Vathera J., Singh-Manoux A. i wsp.: Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension: A 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* 2012;66:155–159, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2010.126789>
7. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Vol. 1. International Labour Office, Geneva 1983, ss. 5–10
8. Whitaker S.C.: The management of sickness absence. *Occup. Environ. Med.* 2001;58(6):420–424, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.58.6.420>
9. Johns G.: Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J. Organiz. Behav.* 2010;31(4):519–542, <http://dx.doi.org/10.1002/job.630>
10. Gustafsson K., Marklund S.: Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *Int. J. Occup. Environ. Health* 2011;24(2):153–165, <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-011-0013-3>
11. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. DzU z 1999 r. nr 60, poz. 636
12. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-stomatologicznych akademii medycznych. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007
13. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2006 roku. ZUS, Warszawa 2007 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202006%20roku.pdf>
14. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2007 roku. ZUS, Warszawa 2008 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja2007.pdf>
15. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2008 roku. ZUS, Warszawa 2009 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja2008.pdf>
16. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki: Absencja chorobowa w 2009 roku. ZUS, Warszawa 2010 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja2009.pdf>
17. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych: Absencja chorobowa w 2010 roku. ZUS, Warszawa 2011 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja2010.pdf>
18. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych: Absencja chorobowa w 2011 roku. ZUS, Warszawa 2012 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf>

19. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych: Absencja Chorobowa w 2012 roku. ZUS, Warszawa 2013 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202012%20roku%20.pdf>
20. Główny Urząd Statystyczny: Pracujący w gospodarce narodowej w 2005 r. GUS, Warszawa 2006
21. Główny Urząd Statystyczny: Pracujący w gospodarce narodowej w 2011 r. GUS, Warszawa 2012
22. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Portal Statystyczny ZUS. Ubezpieczeni [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: <http://psz.zus.pl/Default.aspx>
23. World Health Organization: International classification of diseases and related health problems: ICD-10. WHO, Geneva 1994
24. Indulski J.A., Szubert Z.: System for analysing sickness absenteeism in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1997;10(2):159–165
25. Bartkowski J.: Analiza absencji chorobowej w pracy na podstawie danych GUS i ZUS. W: Giermanowska E., Raclaw-Markowska M. [red.]. Absencja chorobowa w Polsce. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2004
26. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2006–2008 [cytowany 20 sierpnia 2013]. Adres: [http://www.zus.pl/files/Rocznik\\_statystyczny\\_2006–2008.pdf](http://www.zus.pl/files/Rocznik_statystyczny_2006-2008.pdf)
27. Ustawa z dnia 3 lutego 1995 roku o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz o zmianie ustawy Kodeks pracy. DzU z 1995 r. nr 16, poz. 77
28. Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. DzU z 1998 r. nr 137, poz. 887 z późn. zm.
29. Arczewska M.: System orzekania o czasowej niezdolności do pracy – analiza wybranych regulacji prawnych. W: Giermanowska E., Raclaw-Markowska M. [red.]. Absencja chorobowa w Polsce. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2004
30. Szubert Z., Sobala W.: Absencja chorobowa osób odchodzących z zatrudnienia z różnych przyczyn. *Med. Pr.* 2003;54(6):555–562
31. Indulski J.A., Szubert Z.: Female sickness absenteeism in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1996;9(3): 219–225
32. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. DzU z 2008 r. nr 50, poz. 291 z późn. zm.
33. Indulski J.A., Szubert Z.: Medical causes of female sickness absence during economic transition in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1999;12(4):295–303
34. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Absence from work. Dublin 2010 [cytowany 20 września 2013]. Adres: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf>
35. Hussey L., Turner S., Thorley K., McNamee R., Agius R.: Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners. *Occup. Med.* 2012;62:105–111, <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqr205>
36. Roelen C.A.M., Koopmans C., Anema J.R., van der Beek A.J.: Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: A sickness absence register study. *J. Occup. Rehabil.* 2010;20:113–121, <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9226-8>
37. Laaksonen M., Liang H., Pitkaniemi J.: The durations of past sickness absences predict future absence episodes. *JOEM* 2013;55(1):87–92, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e318270d724>
38. Taimela S., Malmivaara A., Justén S., Läärä E., Sintonen H., Tiekso J. i wsp.: The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials. *Occup. Environ. Med.* 2008;65:236–241, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.032706>