

dr MAŁGORZATA PĘCIŁO-PACEK

Centralny Instytut Ochrony Pracy
– Państwowy Instytut Badawczy

Kontakt: mapec@ciop.pl

Zarządzanie absencją chorobową w polskich przedsiębiorstwach w świetle badań europejskich



Fot. Paha_L/Bigstockphoto

Absencją chorobową w przedsiębiorstwach można zarządzać na trzech poziomach. Na poziomie podstawowym zarządzanie to ogranicza się do zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym i jest ściśle związane z regulacjami prawnymi w tym zakresie. Szersze podejście do zarządzania absencją chorobową obejmuje zapobieganie wszelkim dolegliwościom związanym z pracą. Na podstawie wyników badań europejskich, tj. europejskiego badania przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń ESENER przeprowadzonego w 2009 r. przez Europejską Agencję ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy oraz badania pn. *Pan European Employer Health Benefits Issues*, przeprowadzonego przez firmę Mercer w 2010 r., podjęto próbę oceny zarządzania absencją chorobową związaną z warunkami pracy w polskich przedsiębiorstwach na tle państw europejskich.

Słowa kluczowe: absencja chorobowa, zarządzanie, zagrożenia

Work-related sick absence management in Polish enterprises in the light of European research

Work-related sick absence in enterprises can be managed on three levels. On the basic level the management process is limited to work accident prevention; it is also closely related to the relevant legal regulations. The broader approach towards that type of absence embraces all kinds of ailments connected to the work process. Research conducted in Europe, i.e., the European survey of enterprises on new and emerging risks (European Agency for Safety and Health at Work, 2009) and the Pan European Employer Health Benefits Issues survey (Mercer, 2010) were used to assess work-related sick absence management in Poland in the context of European companies.

Keywords: work-related sick absence, management, risks

Wstęp

Absencją chorobową w przedsiębiorstwach można zarządzać na trzech poziomach. Na poziomie podstawowym zarządzanie to ogranicza się do zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym i jest ściśle związane z regulacjami prawnymi w tym zakresie. Szersze podejście do zarządzania absencją chorobową obejmuje zapobieganie wszelkim dolegliwościom związanym z pracą. Obydwa te podejścia

znajdują odzwierciedlenie w zapisach dokumentów strategicznych Unii Europejskiej, w których wskazuje się, że przedsiębiorstwa zapewniające zdrowe miejsce pracy uzyskują odczuwalne wyniki w postaci obniżenia kosztów wynikających z nieobecności w pracy [1].

Trzecie, najszersze podejście do zarządzania absencją chorobową obejmuje zapobieganie również pozazawodowym problemom zdrowotnym, które w długim okresie skutkują absencją chorobową czy obniżoną jakością i wydajnością pracy. Ponadto na tym poziomie,

poza zapobieganiem dolegliwościom związanym z pracą, zwraca się uwagę na zapewnienie dobrego zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników poprzez różnego rodzaju formy promocji zdrowia.

Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii pokazują, że pierwszym krokiem do skutecznego zarządzania absencją chorobową jest zapewnienie kierownictwu organizacji wiarygodnych i pełnych danych na temat jej przyczyn oraz skutków [2]. W literaturze przedmiotu można znaleźć przykłady zarówno polskich, jak i zagranicznych przedsiębiorstw, które gromadzą i analizują dane w zakresie absencji chorobowej w celu skutecznego zarządzania nią [3, 4].

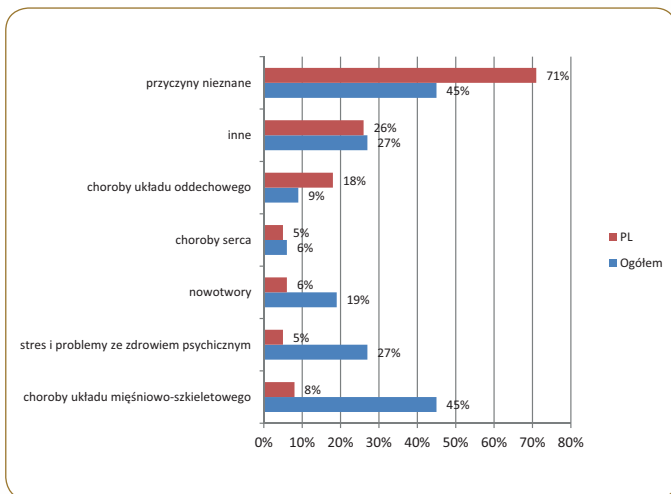
Celem artykułu jest pokazanie, w jaki sposób polskie przedsiębiorstwa zarządzają absencją chorobową, również na tle firm w innych państwach europejskich.

Charakterystyka dotychczasowych badań europejskich

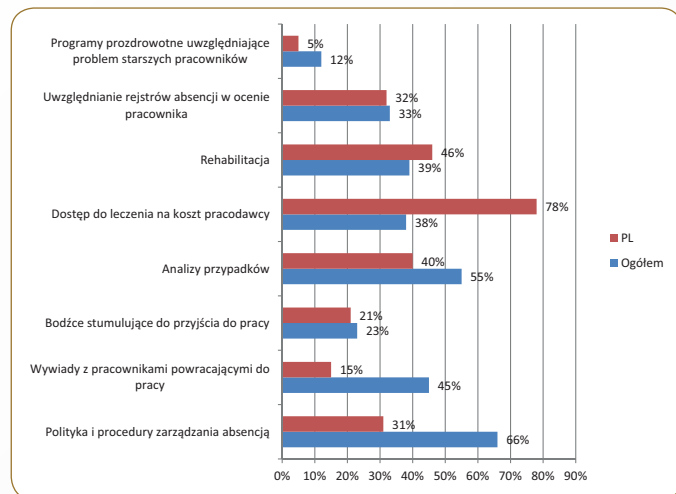
W artykule wykorzystano wyniki pierwszego badania ESENER (Europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń) przeprowadzonego w 2009 r. przez Europejską Agencję ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z siedzibą w Bilbao [5]. Drugie badanie ESENER zaplanowano na 2014 rok. Przypomnienie wyników z pierwszego badania ESENER, z uwagi na zaplanowane w tym roku kolejne badanie będzie stanowiło płaszczyznę do porównań sytuacji w zakresie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy na przestrzeni pięciu ostatnich lat.

W ramach badania ESENER przeprowadzono blisko 36 tys. wywiadów z przedstawicielami przedsiębiorstw sektora prywatnego i publicznego zatrudniających co najmniej 10 pracowników, głównie z kadrą zarządzającą oraz specjalistami ds. bhp. W badaniu wzięły udział przedsiębiorstwa ze wszystkich 27 ówczesnych państw członkowskich UE oraz Chorwacji, Turcji, Norwegii i Szwajcarii.

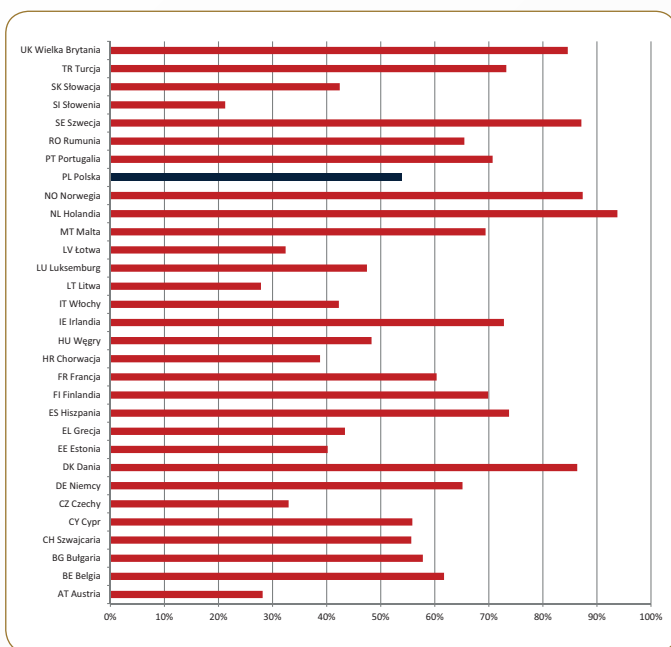
Drugim badaniem wykorzystanym w artykule jest badanie firmy Mercer *Pan – European Employer Health Benefits Issues*, przeprowa-



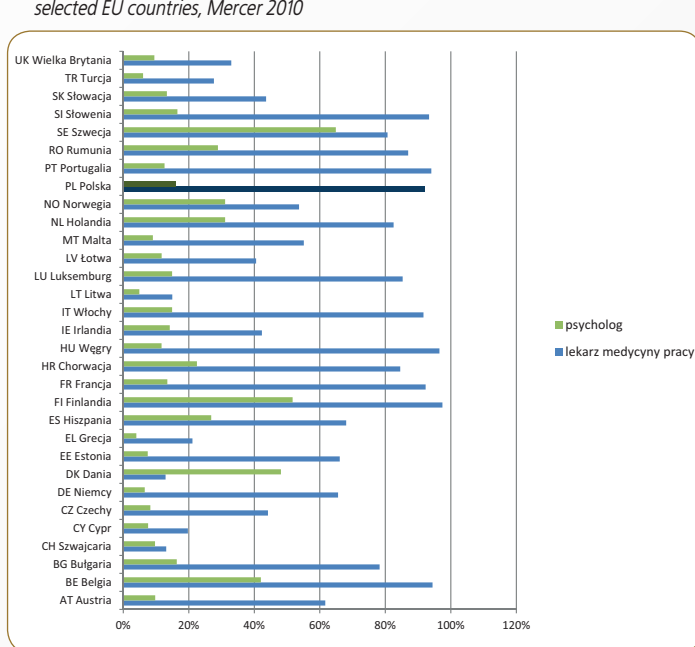
Rys. 1. Przyczyny absencji długoterminowej w Polsce i wybranych krajach UE, Mercer 2010
 Źródło/Source: <http://www.mercer.com/survey/pan-european-health-benefits-survey-results-2010/>
 Fig.1. Causes of long-term absence in Poland and selected EU countries, Mercer 2010



Rys. 2. Narzędzia i działania stosowane w zakresie zarządzania absencją chorobową w Polsce i wybranych krajach UE, Mercer 2010
 Źródło/Source: <http://www.mercer.com/survey/pan-european-health-benefits-survey-results-2010/>
 Fig. 2. Tools and actions used in work-related sick absence management in Poland and selected EU countries, Mercer 2010



Rys. 3. Odsetek przedsiębiorstw wspierających powrót pracowników do pracy po długiej chorobie, ESENER 2009
 Źródło/Source: <https://osha.europa.eu/sub/esener/pl/>
 Fig. 3. The percentage of companies supporting the return of employees after a long sick leave, ESENER 2009.



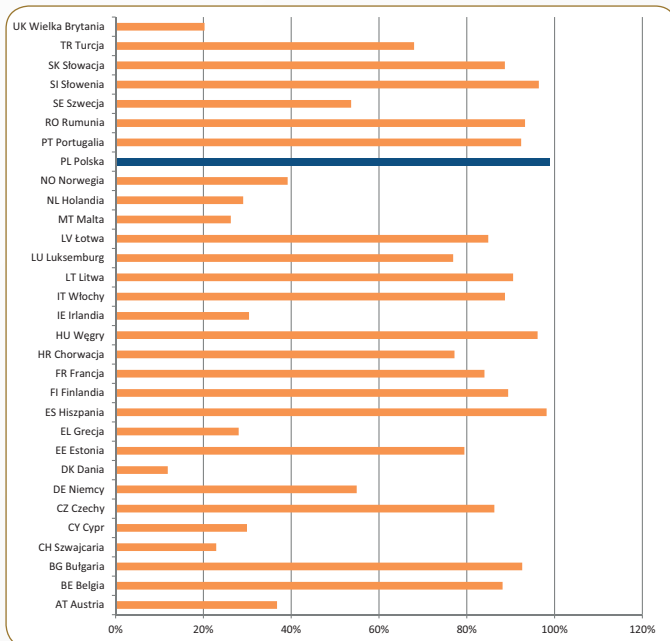
Rys. 4. Odsetek przedsiębiorstw, gdzie w działaniach ukierunkowanych na bezpieczeństwo i higienę pracy uczestniczy lekarz medycyny pracy i psycholog, ESENER 2009
 Źródło/Source: <https://osha.europa.eu/sub/esener/pl/>
 Fig. 4. The percentage of companies in which an occupational medicine physician and a psychologist take part in health and safety centred actions, ESENER 2009

dzony w 2010 r. [6]. W badaniu wzięto udział 556 pracodawców z 10 państw UE (Czechy, Francja, Niemcy, Irlandia, Włochy, Holandia, Polska, Portugalia, Hiszpania i Wielka Brytania) reprezentujących przede wszystkim duże przedsiębiorstwa (92%) z przewagą przedsiębiorstw zatrudniających powyżej 5000 pracowników (57% badanej populacji) zajmujących się przede wszystkim działalnością produkcyjną (29%), usługami (13%) i handlem (13%). Większość badanych przedsiębiorstw (86%) stanowiły międzynarodowe korporacje.

Czy w polskich przedsiębiorstwach analizowana jest absencja chorobowa?

Wyniki ESENER pokazują, że w blisko 38% polskich przedsiębiorstw analizuje się rutynowo przyczyny absencji chorobowej, co plasuje Polskę na 21. miejscu wśród 31 badanych państw. Ale już wyniki badań przeprowadzonych przez firmę Mercer głównie w dużych i bardzo dużych korporacjach międzynarodowych działających na terenie Polski pokazują, że nieznaną są przyczyny ponad 70% przypadków absencji długoterminowej, podczas gdy

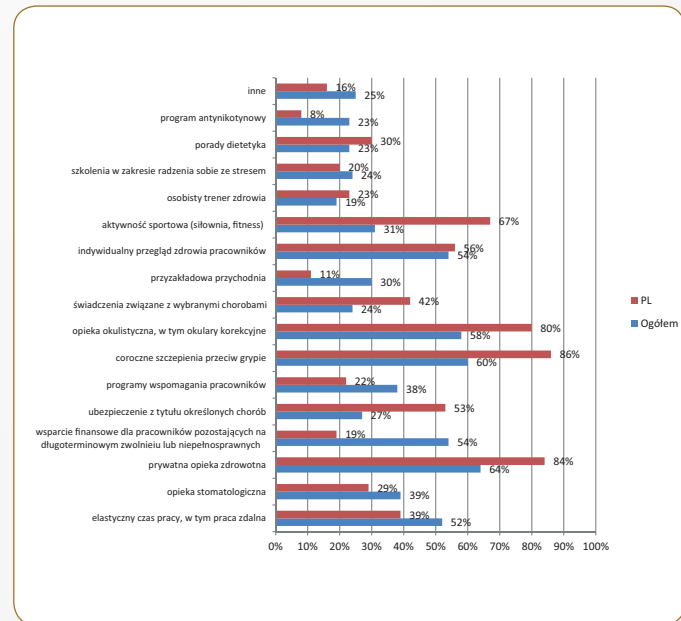
w całej badanej populacji odsetek przypadków, w których przyczyny absencji długoterminowej nie są znane, jest o 25% niższy (rys. 1.). Mercer zidentyfikował dwie podstawowe przyczyny absencji długoterminowej: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (45% przypadków) oraz stres i problemy ze zdrowiem psychicznym (27%). Wyniki te znajdują potwierdzenie w innych badaniach prowadzonych w tym zakresie [7-10]. Tymczasem dla Polski odsetki te wynoszą odpowiednio 8 i 5%, co może świadczyć o niedostatecznym zidentyfikowaniu problemu przez pracodawcę (rys. 1.).



Rys. 5. Odsetek zakładów pracy, które regularnie monitorują stan zdrowia pracowników, ESENER 2009

Źródło/Source: <https://osha.europa.eu/sub/esener/pl/>

Fig. 5. The percentage of companies which regularly monitor employees' health, ESENER 2009



Rys. 6. Działania prozdrowotne podejmowane w badanych przedsiębiorstwach w Polsce i wybranych krajach UE, Mercer 2010

Źródło/Source: <http://www.mercer.com/survey/pan-european-health-benefits-survey-results-2010/>

Fig. 6. Pro-health actions in surveyed companies in Poland and selected EU countries, Mercer 2010

Jak zarządza się absencją chorobową w polskich przedsiębiorstwach?

Z badania przeprowadzonego przez Mercer wynika, że najpowszechniejszym instrumentem zarządzania absencją chorobową w Polsce jest zapewnienie pracownikom dodatkowych świadczeń medycznych (78% przypadków), podczas gdy we wszystkich 10 badanych państwach odsetek ten kształtuje się na poziomie 38% (rys. 2.). Za najistotniejsze z punktu widzenia skutecznego zarządzania absencją chorobową uznaje się w całej badanej populacji ustanowienie polityki zarządzania absencją chorobową oraz odpowiednich procedur (66% w całej badanej populacji, w Polsce 31%). Za istotne uznaje się również analizowanie indywidualnych przypadków absencji (55% w całej badanej populacji, 40% w Polsce) oraz prowadzenie wywiadów z pracownikami powracającymi do pracy (45% w całej populacji i tylko 15% w polskich przedsiębiorstwach).

Na uwagę zasługuje również fakt, że 1/3 badanych przedsiębiorstw zarówno polskich, jak i zagranicznych uwzględnia rejestry absencji chorobowej w ocenie pracowniczej, a w 1/5 przedsiębiorstw stosuje się różnorakie bodźce stymulujące pracowników do przychodzenia do pracy niezależnie od stanu zdrowia (rys. 2.).

Z badania ESENER wynika, że w 2009 r. ponad połowa polskich pracodawców udzielała wsparcia swoim pracownikom powracającym po długiej chorobie do pracy, co plasuje Polskę na 19. pozycji wśród 31 badanych państw (rys. 3.).

W ponad 90% polskich przedsiębiorstw w działaniach skierowanych na zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy uczestniczy lekarz medycyny pracy, co stawia Polskę na 6. miejscu wśród badanych państw. Udział psychologa zaś zadeklarowało jedynie 16% badanych, podczas gdy w państwach skandynawskich należących do UE odsetek ten wynosi 40 – 60% (rys. 4.).

Jakie działania prozdrowotne podejmują polscy pracodawcy?

Większość zarówno polskich, jak i zagranicznych pracodawców przyznaje w badaniach Mercer, że głównym celem podejmowania działań prozdrowotnych w przedsiębiorstwie jest poprawa produktywności i wyników ekonomicznych (ponad połowa badanych), przyciągnięcie i utrzymanie kluczowych pracowników oraz skuteczne zarządzanie czynnikami ryzyka (60 – 70%).

Jak wynika z badań ESENER, blisko 99% polskich pracodawców przyznaje, że regularnie monitoruje zdrowie swoich pracowników (rys. 5.), co stawia Polskę na pierwszym miejscu wśród państw europejskich.

Z działań prozdrowotnych podejmowanych przez pracodawców Polska zdecydowanie przoduje w oferowaniu prywatnej opieki medycznej, w tym szczepień ochronnych przeciwko grypie i opieki okulistycznej (ponad 80% badanych) oraz dofinansowaniu do aktywności fizycznej (67%). Niewielkim zainteresowaniem cieszą się natomiast pro-

gramy pomagające rzucić palenie, wsparcia finansowego dla pracowników pozostających długo na zwolnieniu lekarskim bądź też pracowników niepełnosprawnych czy szkolenia w zakresie radzenia sobie ze stresem (rys. 6.).

Podsumowanie

Z przytoczonych w artykule badań europejskich wynika, że w obszarach regulowanych prawem, takich jak udział lekarzy medycyny pracy w ocenie ryzyka zawodowego, okresowe badania lekarskie czy refundacja okularów do pracy z komputerem Polska plasuje się wysoko. Natomiast w kwestii podejścia do zarządzania absencją chorobową polscy pracodawcy, w odróżnieniu od praktyki innych krajów europejskich, skupiają się przede wszystkim na oferowaniu dodatkowych świadczeń medycznych swoim pracownikom, które to działania często nie mają charakteru zarządzania absencją.

Pomimo deklaracji, że w blisko 40% polskich przedsiębiorstw absencja chorobowa jest rutynowo analizowana, brak znajomości jej przyczyn czy też niedoszacowanie niektórych z nich (jak dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego czy stres i problemy psychiczne) świadczy o niedostatecznych działaniach podejmowanych przez polskie przedsiębiorstwa w tym zakresie. Brak polityki i procedur zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w większości polskich przedsiębiorstw, niedoceniając psychospołecznych aspektów środowiska pracy, brak indywidualnego podejścia do absencji (choćby

w postaci rozmów z pracownikami powracającymi do pracy po chorobie) czyni działania podejmowane przez polskich pracodawców w zakresie zarządzania absencją chorobową nieskutecznymi.

Popularną formą zarządzania absencją chorobową stosowaną głównie w dużych międzynarodowych korporacjach zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich jest uwzględnianie rejestrów absencji chorobowej w systemie oceny pracowników. Do tych działań należy jednak podchodzić ostrożnie, gdyż koszty nieefektywnej obecności chorych pracowników w pracy mogą przewyższać koszty absencji chorobowej [11].

Wybór metod i technik zarządzania absencją chorobową powinien wynikać z charakteru absencji chorobowej i jej przyczyn. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii [2], w ponad 500 przedsiębiorstwach zatrudniających ok. 2 mln pracowników, zaangażowanie służby medycyny pracy, prowadzenie oceny ryzyka zawodowego w celu ułatwienia powrotu do pracy i programy rehabilitacji mają, jak należało się spodziewać, większe znaczenie dla ograniczania długoterminowej absencji chorobowej niż krótkoterminowej. Techniki dyscyplinowania pracowników są częstsze i bardziej skuteczne dla absencji krótkoterminowej.

Wszelako, dla ograniczania obydwu typów absencji istotne okazały się rozmowy przełożonych z pracownikami po powrocie do pracy, które umożliwiają zidentyfikowanie przyczyny absencji – która w przypadku absencji krótkoterminowej nie musi mieć podłoża medycznego – a także podjęcie działań mających na celu jej ograniczenie. Może to być np. dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb pracownika, wprowadzenie elastycznych form czasu pracy czy poprawa psychospołecznego środowiska pracy.

PIŚMIENNICTWO

[1] Komunikat Komisji z dnia 21 lutego 2007 r. dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007 – 2012”

[2] *Absence management 2011. Annual survey*. CIPD, http://ksl.uk.net/wp-content/list_yo_files_user_folders/nickcoulter/mhfa/CIPD%20Annual%20Absence%20Management%20Report%202011.pdf

[3] Bäckström I., Larsson J., Wiklund H. *Management methodologies for sustainable health - A case study at three Swedish organisations*. Proceedings of the 8th International Conference on Quality Management for Organisational and Regional Development: QMOD 2005: QMOD 2005 Palermo, Italy 29.06.2005 - 01.07.2005, ss. 703-712

[4] Reczulski Cz., Bednarz K. *Korzyści wynikające z wdrożenia systemów zarządzania bezpieczeństwem pracy w Zakładach Tekstylno-Konfekcyjnych Teofilów S.A.* Materiały III krajowej konferencji „Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy w przedsiębiorstwie”, Kielce 1-2.10.2001, ss. 101-108

[5] Europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń 2009 (ESENER). Europejska Agencja ds. bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. <https://osha.europa.eu/sub/esener/pl/>

[6] Pan – European Employer Health Benefits Issues. Mercer 2010, <http://www.mercer.com/survey/pan-european-health-benefits-survey-results-2010>

[7] Paoli P., Merli D. *Third European Working Conditions Survey*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 2000

[8] *Fourth European Working Conditions Survey*. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, Dublin, Ireland 2007

[9] European Agency for Safety and Health at Work *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*. Agency report and factsheet “WRULD: summary of Agency report”. European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao, Spain 2000

[10] *Absencja chorobowa w 2012 roku*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki, Warszawa 2013

[11] Goetzel R., Long S., Ozminkowski R., Hawkins K., Wang S., Lynch W. *Health, Absence, Disability and Presenteeism Costs Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers*. “Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2004, 46, 4:398-412

Publikacja opracowana na podstawie wyników II etapu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, sfinansowanego w latach 2011-2013 w zakresie zadań służb państwowych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Wstęp

Wychowanie przedszkolne to pierwszy etap kształcenia w systemie oświaty, obejmujący dzieci w wieku 3-6 lat. Jest on realizowany w przedszkolach, oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych, a od roku szkolnego 2008/2009 również w zespołach wychowania przedszkolnego i punktach przedszkolnych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku szkolnym 2011/2012 w Polsce funkcjonowało 19,9 tys. formalnie zarejestrowanych placówek wychowania przedszkolnego, a w stosunku do roku szkolnego 2010/2011 ich liczba zwiększyła się o 4,3%. W latach 2011/2012 do placówek wychowania przedszkolnego uczęszczało 69,2% dzieci w wieku 3-6 lat (wśród pięcioletników aż 93,6%). Zatrudnionych w nich było prawie 79 tys. nauczycieli [1].

Głównym zadaniem wychowawcy nauczania przedszkolnego jest organizacja i prowadzenie zajęć dla dzieci (opowiadanie, czytanie bajek, nauka piosenek, organizowanie zajęć plastycznych, ćwiczeń gimnastycznych, ruchowych i organizacja wycieczek oraz opieka nad dziećmi), jak również wspomaganie dzieci w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak dbanie o higienę, ubieranie się czy jedzenie (za: Polski Portal Pracy. *Przedszkolanka – charakterystyka zawodu*. http://www.praca.pl/poradniki/lista-stanowisk/edukacja-nauka-szkolenia/przedszkolanka_pr-162.html; 14-05-2013).

Dziecko rozpoczynające naukę w przedszkolu powinno wykazywać tzw. gotowość przedszkolną, tzn. samodzielnie wykonywać proste czynności: komunikować potrzeby fizjologiczne, myć ręce, korzystać z toalety, jeść, ubierać i rozbierać się). Niemniej jednak może się zdarzyć, że będzie ono wymagało przy wykonywaniu tych czynności pomocy wychowawcy nauczania przedszkolnego, a każda z nich może stanowić ryzyko kontaktu zarówno dziecka, jak i nauczyciela ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi. Zestawienie czynników biologicznych stwarzających zagrożenie w środowisku pracy wychowawcy nauczania przedszkolnego zamieszczono w tabeli 1. [2], a przykładowe działania prewencyjne w odniesieniu do tego typu stanowiska pracy przedstawiono w tabeli 2.

Możliwości kontaktu ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi w przedszkolach

Źródło szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy wychowawcy przedszkolnego stanowią przede wszystkim wydzieliny i wydaliny ciała dzieci (ślina, mocz, kał, krew), nieumyte ręce, jak również zanieczyszczone zabawki. W rozprzestrzenianiu się czynników szkodliwych w tym środowisku pracy największe znaczenie ma kontakt bezpośredni (np. w trakcie wspomaganiania dzieci w czynnościach higienicznych lub zabawy), jak również droga powietrzno-kropelkowa, która odgrywa szczególną rolę w rozprzestrzenianiu się infekcji układu oddechowego. Aerosol emitowany podczas kaszlu, kichania, silnego wydechu, śmiechu i głośnej rozmowy zawiera zarówno kropelki płynów ustrojowych i wydzielin z jamy nosowo-gardłowej, jak również mikroorganizmy, takie jak bakterie czy wirusy. Według badań, podczas kaszlu do powietrza może zostać wyemitowane do 2,1 tys., a podczas