

J.Nofer, P.Krasucki, L.Szymborski

ABSENCJA CHOROBOWA - PRÓBA ANALIZY
W WARUNKACH POLSKIEGO PRZEMYSŁU
Z I.M.P. W ŁODZI

Czasowa niezdolność robotnika do pracy spowodowana chorobą - czyli tzw. absencja chorobowa - jest zjawiskiem, którego nasilenie zależy od bardzo wielu przyczyn natury biologicznej, socjologicznej i ekonomicznej. Cechą zasadniczą jaka różni absencję chorobową od absencji spowodowanej innymi przyczynami, względnie od absencji nieusprawiedliwionej jest to, że musi ją zalegalizować lekarz wydając zwolnienie od pracy z powodu choroby. Jest to więc ta część absencji ogólnej, która w pierwszym rzędzie musi interesować służbę zdrowia. Z drugiej jednak strony każda absencja w pracy, a więc i absencja chorobowa, pociąga za sobą określone straty ekonomiczne i niekiedy bardzo poważne zaburzenia w toku produkcji. Zjawisko to więc powinno stać się również przedmiotem zainteresowania ekonomistów i organizatorów produkcji przemysłowej, zwłaszcza od strony ilościowego ujęcia strat, jakie z powodu absencji chorobowej ponosi gospodarka narodowa oraz oceny ekonomicznej efektywności i opłacalności środków, za pomocą których usiłuje się absencję chorobową zmniejszyć.

W Polsce w 1958 r. absencja chorobowa wynosiła 11,8 dni roboczych na każdego zatrudnionego w gospodarce społecznej. W przemyśle wskaźnik ten był wyższy o ok. 20% i wynosił średnio ok. 14 dni na pracownika przemysłu.

Na zasiłki chorobowe wypłacono w tymże roku 2.472 milionów złotych. Przyjmuje się, że suma wypłaconych zasiłków chorobowych jest miernikiem strat ekonomicznych spowodowanych absencją chorobową. Wydaje się jednak, że takie stanowisko, jest dużym uproszczeniem zagadnienia i wymaga dyskusji.

Czasowo niezdolny do pracy robotnik otrzymuje zasiłek chorobowy zamiast normalnej płacy, którą był otrzymał, gdyby się

stawiał do pracy. A zatem, to co zostaje wypłacone z funduszu ubezpieczeń, zostaje zaoszczędzone na fundusz płac, tym bardziej, że zasiłek chorobowy stanowi zwykle tylko część normalnego zarobku robotnika. Wydaje się, że istotne straty spowodowane absencją leżą gdzie indziej - przede wszystkim w wartości produktu nie wytworzonego z powodu absencji.

Według danych G.U.S. wartość produkcji globalnej przemysłu uspołecznionego wynosiła w 1958 r. 378.102,2 milionów zł, co daje na jednego zatrudnionego w tym przemyśle i jeden dzień roboczy wartość ok. 430 zł. Ponieważ w tymże roku było w przemyśle straconych z powodu choroby ok. 41.600 tysięcy roboczodni, wartość niewykonanego z powodu absencji chorobowej produktu globalnego wyniosła szacunkowo ok. 18 miliardów zł. Uwzględniając tylko produkcję czystą przemysłu uspołecznionego, otrzymalibyśmy straty gospodarcze spowodowane absencją chorobową wynoszące ok. 6,5 miliarda zł. Cyfry te odnoszą się tylko do produkcji przemysłowej. Szacunek strat dla całości gospodarki narodowej, uwzględniający wszystkie jej działy, dałby cyfry ok. 2-krotnie wyższe. Jest rzeczą oczywistą, że podany wyżej szacunek strat spowodowanych absencją chorobową ma jedynie wartość orientacyjną. Nie uwzględnia on takich istotnych momentów jak starty wynikające z dezorganizacji przez absencję procesu produkcyjnego /np. zaburzenie na stanowiskach związanych produkcyjnie z czynnościami wykonywanymi przez robotnika aktualnie chorego, konieczność zastępstw często przez pracowników mniej wykwalifikowanych, spadek wydajności pracy w okresie pochorobowym itp./. Nie uwzględnia również kosztów leczenia, konieczności w niektórych wypadkach wypłacania rent i odszkodowań w skutek trwałego zmniejszenia się zdolności do pracy w następstwie choroby, kosztów utrzymania aparatu administracji ubezpieczeniowej itp.

Z drugiej strony przeprowadzając szacunek strat spowodowanych absencją chorobową tylko na podstawie średniego udziału straconego z powodu choroby dnia roboczego w produkcji globalnej lub w produkcji czystej, popełnia się bardzo daleko idące uproszczenie. Jednak wydaje się również oczywiste, że zagadnienie to ma o wiele większe znaczenie dla gospodarki narodowej niż by to wynikało tylko z sum wypłaconych na zasiłki cho-

robowe i powoduje straty rzędu ok. 20 miliardów zł rocznie. Zagadnienie to jest na tyle poważne, że zasługuje na podjęcie specjalnych badań już nie tylko przez lekarzy, ale przez specjalistów - ekonomistów i organizatorów produkcji.

Dla gruntowej analizy zjawiska absencji chorobowej nie wystarczy tylko dokonanie dokładnej oceny strat gospodarczych, jakie ono wywołuje. Konieczne jest również określenie czynników, jakie wpływają na jej wielkość a w szczególności tych, które łatwo będą poddawać się celowemu działaniu zmierzającemu do obniżenia liczby dni straconych z powodu choroby.

Jak wspomniano na wstępie, nasilenie absencji chorobowej w przemyśle zależy od wielu czynników, na które trudno jest bezpośrednio oddziaływać. Np. od ogólnej sytuacji zdrowotnej w kraju, od składu załogi robotniczej pod względem płci i wieku /np. robotnicy starsi dają większą absencję chorobową niż młodsi, kobiety, zwłaszcza obciążone rodzinami - większą niż mężczyźni/ itp. Duży wpływ na wielkość wskaźników absencji chorobowej mają bodźce ekonomiczne - wiadomo, że w krajach kapitalistycznych absencja chorobowa w fabrykach spada kiedy pogarsza się koniunktura i narasta bezrobocie. Nie bez znaczenia jest również stan kultury ogólnej i sanitarnej środowiska. Zakłady pracy zlokalizowane w okolicach wiejskich lub małych miasteczkach, zwłaszcza na terenie bez tradycji przemysłowej, wykazują uderzająco niskie wskaźniki absencji chorobowej. Istnieje jeszcze wiele innych czynników wpływających na kształtowanie się chorobowości załóg robotniczych, a zatem i absencji chorobowej. Pragnęlibyśmy nieco szerzej uwzględnić i ocenić udział w kształtowaniu się absencji chorobowej środowiska pracy oraz opieki lekarskiej nad załogami robotniczymi.

Porównywanie wskaźników specyficznych absencji chorobowej /tzn. absencji z powodu poszczególnych chorób lub grup chorób/ wykazuje dość duży różnicę w strukturze absencji w oddzielnych branżach przemysłowych. Np. porównanie wskaźników absencji chorobowej mężczyzn w dużym zakładzie chemicznym i w dużym zakładzie włókienniczym /tab. 1/ wykazuje, że w zakładzie chemicznym przeważają wypadki i zatrucia zawodowe, choroby skóry, układu pokarmowego i narządów oddechowych.

W przemyśle włókienniczym większą absencję dają choroby serca i grypa. Pozwala to przypuszczać, że przyczyn wspomnianej różnicy w wielkości absencji z powodu poszczególnych chorób należy szukać w różnicach środowisk pracy. Pozytcje „gruźlica płuc” oraz „urazy poza zawodem” występują w obu zakładach w jednakowym nasileniu, co przemawiałoby za tym, że warunki pracy w danym przypadku nie mają bezpośredniego wpływu na częstość i ciężkość tych uszkodzeń zdrowia.

Tabela 1.

Specyficzne wskaźniki absencji wśród mężczyzn w dużym zakładzie chemicznym i w dużym zakładzie włókienniczym.

Jednostka chorobowa	Wskaźnik absencji	
	Zakład chemicz.	Zakład włókien.
Urazy i zatrucia zawodowe	0,9	0,3
Choroby układu pokarmowego	0,7	0,4
Choroby skóry	0,6	0,3
Gruźlica płuc	0,5	0,5
Choroby narządów oddechowych	0,5	0,2
Grypa	0,2	0,3
Urazy poza zawodem	0,2	0,2
Choroby układu nerwowego	0,1	0,1
Choroby układu krążenia	0,1	0,4
Choroby wzroku	0,1	0,1
Inne	0,2	0,1
O g ó ł e m	4,5	3,1

+ w % dni zaplanowanych

Różnice w kształtowaniu się absencji chorobowej ujawniają się nie tylko przy porównywaniu różnych gałęzi przemysłu, a występują również między poszczególnymi oddziałami tej samej fabryki.

Z tab. 2 widać jak różnie przedstawia się absencja chorobowa w tkalniach, przedziałniach i pozostałych działach fabryki włókienniczej.

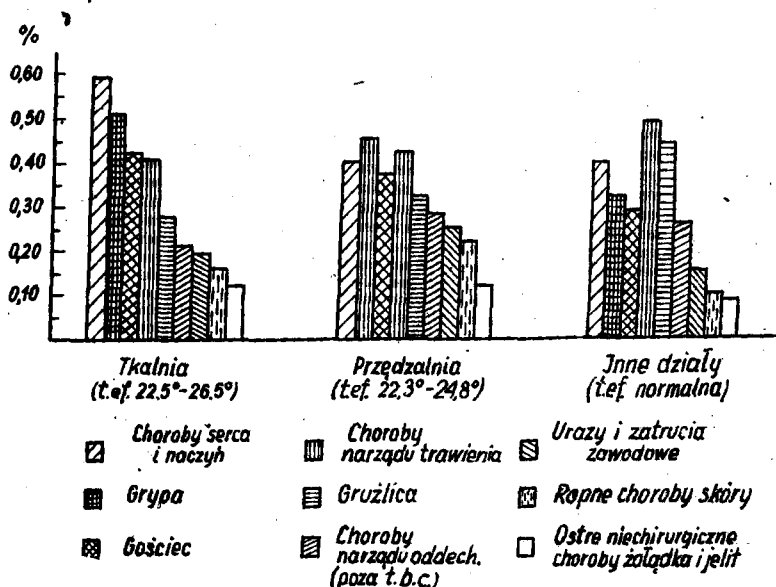
Tabela 2.

Standaryzowane wskaźniki absencji chorobowej i zachorowań w różnych działach zakładu włókienniczego w r.1951.

Skład załogi w poszczególnych działach pod względem płci i wieku obliczone wg wzorcowej struktury załogi w całych zakładach.

	Ogółem	Tkalnia	Przędzalnia	Inne działy
Absencja /w % dni zaplanowanych	3,8	4,0	3,8	3,6
Zapadalność /przypadków na 100 robotników/	131,6	144,9	134,5	123,5

W tkalniach absencja ta jest najwyższa, w przędzalniach pośrednia, w pozostałych działach najniższa. W tkalniach przeważają choroby narządu krążenia, grypa i gościec /rys. 1/, przy czym górna absencja chorobowa oraz absencja z powodu tych chorób maleje w działach o lepszych warunkach mikroklimatu. Absencja z powodu niespecyficznych chorób narządu oddechowego jest największa w przędzalni, co najprawdopodobniej wiąże się z dużym zapyleniem powietrza w tym dziale.



Ryc. 1. Absencja chorobowa z powodu najczęściej spotykanych chorób wzgl. grup chorób, w różnych działach zakładu włókienniczego/w % dni roboczych zaplanowanych/ T.ef.-przeciętna temperatura efektywna zimą i latem.

Jak duży może być wpływ środowiska i warunków pracy na kształtowanie się absencji chorobowej dowodzą różnice we wskaźnikach absencji z powodu chorób narządu krążenia w poszczególnych gałęziach przemysłu /tab.3 i 4/, a więc absencji z powodu chorób, które na ogół nie są uznawane za choroby zawodowe i w których pozornie nie istnieje bezpośredni przyczynowy związek między stanem zdrowia, a wykonywaną przez robotnika pracą.

Tabela 3.

Specyficzne wskaźniki absencji chorobowej z powodu chorób narządu krążenia /obliczono na podstawie danych Wanatowskiego/.

Dział zatrudnienia	Wskaźnik specyficzny absencji chorobowej z powodu chorób krążenia
Przem. włókienniczy	0,53
Przem. hutniczy	0,43
Przem. chemiczny	0,32
Górnictwo	0,25
Przem. metalowy	0,23

Tabela 4.

Wskaźniki absencji chorobowej w przemyśle włókienniczym i chemicznym na 3 kwartały 1959 r. w Polsce /wg OG 25/.

Tabela 4 - ta umieszczona na stronie następnej.



Dział zatrudnienia	Wskaźniki ogólne absen. chorob.	Absencja z powodu chorób krążenia					
		Wskaźniki spec.ab-sen.z powodu chorób krążenia %		Absencja z powodu niektórych grup chorób w stosunku do wskaźnika specyficznego /w %%/			
				ostra choroba reumatyczna %	choroby serca %	choroby nadciśnienia %	inne choroby krążenia %
Przem.włókien.	3,63	0,29	100	6,9	55,2	17,2	20,7
w tym: przem. bawełniany	3,72	0,32	100	6,2	53,1	18,8	21,9
Przem.chemiczny	3,38	0,24	100	4,2	58,3	16,7	20,8
w tym: przemysł włókna wiskozowego	3,60	0,27	100	3,7	48,1	25,9	22,3

Najwyższą absencję z powodu chorób krążenia stwierdza się we włókiennictwie i hutnictwie - najprawdopodobniej dlatego, że w przemysłach tych duża część załóg stale pracuje w gorącym mikroklimacie.

W tabeli zwraca uwagę większy udział ostrej choroby reumatycznej w absencji z powodu chorób narządu krążenia w przemyśle włókienniczym w porównaniu z przemysłem chemicznym, co można wiązać ze specyficznymi warunkami pracy w tym przemyśle /duża wilgotność w niektórych działach produkcji przemysłu włókienniczego/ oraz wybitnie większy niż w innych przemysłach, udział choroby nadciśnieniowej w absencji z powodu chorób narządu krążenia w przemyśle włókien sztucznych. Wiąże się to być może ze specyficznym działaniem dwusiarczku węgla na układ naczyniowy, co zauważyli również niektórzy autorzy zagraniczni.

Dane powyżej przytoczone, wyraźnie wskazują na istnienie ścisłego związku między nasileniem absencji chorobowej a warunkami pracy. Powstaje pytanie, w jakim stopniu można absencję chorobową obniżyć usuwając ze środowiska pracy bodźce szkodliwe dla zdrowia? I w tym zakresie konieczne są specjalne badania podejmowane łącznie przez lekarzy i ekonomistów. Obec-

nie można tylko w bardzo niedokładny sposób oszacować ilościowo wpływ środowiska pracy na kształtowanie się absencji chorobowej, porównywując specyficzne wskaźniki absencji w różnych działach przemysłu i oceniając w ten sposób wpływ poszczególnych szkodliwości zawodowych na wielkość absencji. Z porównania takiego wynika, że ok. 25% - 30% absencji chorobowej u nas ma swe źródło w niewłaściwych warunkach pracy, co jest zgodne z cyframi podawanymi przez niektórych autorów amerykańskich. W szczególności takie pozycje jak wypadki przy pracy, zatrudnia, choroby powstałe wskutek zanieczyszczeń powietrza pomieszczeń do pracy szkodliwymi gazami i pyłem przemysłowym /np. nieswoiste nieżyty dróg oddechowych/, choroby wynikające ze złego stanu sanitarnego zakładu i załogi /np. zakażenia jelitowe, ropne choroby skóry itp./ można w znacznym stopniu obniżyć poprzez poprawę warunków pracy z higienicznego punktu widzenia. Wydaje się, że jest to droga, na której można oczekiwać największych rezultatów w usiłowaniach obniżenia absencji chorobowej.

Wpływ służby zdrowia na kształtowanie się absencji chorobowej jest nieco bardziej złożony. Z jednej strony wprowadzenie lekarza na teren zakładu przemysłowego umożliwia mu, poznanie specyficznych dla danej produkcji szkodliwości zawodowych oraz stałą i systematyczną kontrolę nad stanem zdrowotnym powierzanej jego opiece załogi. Pozwala to na lepsze orzekanie o czasowej niezdolności do pracy przez lekarza przemysłowego w porównaniu z innymi lekarzami.

Istotnie praktyka wykazuje, że średni czas trwania zwolnień chorobowych wydawanych przez placówki przemysłowej służby zdrowia jest krótszy niż w lecznictwie terenowym -/tab. 6/. Lecznictwo terenowe obsługuje większą część pracowników obłożnie chorych, a więc wymagających dłuższych zwolnień. Zwraca jednak uwagę fakt, że nawet w przypadkach lekkich schorzeń, załatwianych ambulatoryjnie, rozpiętość między czasem trwania zwolnień chorobowych jest wyraźnie na niekorzyść lecznictwa terenowego.

Tabela 5.

Średni czas trwania zwolnienia wydawanego przez przemysłową i terenową służbę zdrowia w jednym z zakładów włókienniczych



w roku 1953. 60% zwolnień pochodzi z zakładowego ośrodka służby zdrowia.

Jednostka chorobowa	Placówki Służby Zdrowia wydające zwolnienie	Średni czas zwolnienia /dni/
Grypa	przemysłowa	4,3
	terenowe	6,1
Angina	przemysłowa	3,8
	terenowe	3,9
Ostry nieżyt żołądka i jelit	przemysłowa	3,6
	terenowe	5,6
Ropne choroby skóry	przemysłowa	6,9
	terenowe	12,7
Ogółem /wszystkie choroby/	przemysłowa	5,8
	terenowe	16,1

Wydaje się, że jedynym racjonalnym wytłumaczeniem tego zjawiska jest fakt, że lekarz zakładowy znający lepiej niż lekarz terenowy, rodzaj i środowisko pracy, oraz samego chorego, może bardziej obiektywnie ocenić okres jego niezdolności do pracy.

Na znaczenie w walce z absencją chorobową faktu różnych kwalifikacji i obiektywnych możliwości lekarzy w zakresie orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, zwraca także uwagę Fortuin. Tabela 6 przedstawia różnice w orzekaniu o czasie trwania niezdolności do pracy z powodu choroby między 9 lekarzami Zakładów Philipsa w Holandii, z których każdy miał pod swoją opieką prawie identyczną grupę pracowników i jednakowe możliwości diagnostyczne.

Okazało się, że lekarze, którzy dawali zwolnienia dłuższe, mieli krótszy staż pracy i mniejsze doświadczenie w przemysłowej służbie zdrowia oraz gorszą znajomość problematyki medycyny pracy. Autor ten podkreśla również, że lekarze posiadający możliwość szybkiego korzystania z nowoczesnych metod

diagnostycznych /laboratorium, rentgen, elektrokardiograf itp./ prędzej ustalają definitywne rozpoznanie choroby i nie tracą czasu na dłuższą obserwację pacjenta, Lekarzy pozbawionych tych udogodnień, do obserwacji takiej zmusza zwykle elementarna ostrożność diagnostyczna.

Tabela 6.

Przeciętny czas zwolnienia chorobowego wystawionego przez 9 lekarzy zakładowych koncernu Philipsa /wg Fortuina/

Lekarz	Przeciętny czas trwania zwolnienia /dni/
I	20,2
II	19,1
III	18,8
IV	18,1
V	16,8
VI	16,4
VII	15,5
VIII	15,4
IX	15,3

Z drugiej strony wkroczenie służby zdrowia do środowiska przemysłowego - zwłaszcza jeśli środowisko to było uprzednio bardzo zaniedbane pod względem opieki zdrowotnej - może być również czynnikiem zwiększającym - przynajmniej na początku - absencję chorobową.

Badania wstępne, a zwłaszcza badania okresowe, wychwytyją i kierują do leczenia przypadki, które nieraz jeszcze przez dłuższy czas wymykałyby się spod opieki lekarskiej, aby potem być przyczyną długotrwałej absencji, a nieraz skończyć się przedwczesnym inwalidztwem i eliminacją z produkcji. Jednocześnie wśród załogi w rezultacie stałego współżycia i stale rosnących kontaktów ze służbą zdrowia budzi się świadomość wag zagadnień zdrowotnych, wzrasta zapotrzebowanie na usługi lekarza, felczera i pielęgniarki, rodzi się przekonanie o celowości i skuteczności, troski o zdrowie oraz zaufanie do

wskazań leczniczych i zapobiegowych. Jest rzeczą charakterystyczną, że niemal wszystkie statystyki zagraniczne notują w zakładach, w których istnieje przemysłowa służba zdrowia wzrost absencji krótkotrwałej, wywołanej wczesnym zgłaszaniem się do lekarza, co jest tłumaczone jako skutek podnoszenia się poziomu kulturalnego i uświadomienia ludności oraz rozszerzenia i udostępnienia usług świadczonych przez służbę zdrowia.

W rezultacie ustala się pewien poziom absencji chorobowej w zakładzie, będący niemal wiernym odbiciem rzeczywistej sytuacji zdrowotnej załogi w określonej fabryce, a który Forssman nazywa „absencją optymalną” dla danego czasu i warunków. Zjawisko to, mimo, że jego ubocznym skutkiem jest chwilowy wzrost wskaźników absencji chorobowej, należy niewątpliwie ocenić jak najbardziej pozytywnie z medycznego i humanitarnego punktu widzenia, ponieważ sprzyja ono wcześniejszej i lepszej opiece nad chorym. Jednocześnie dzięki temu przedłuża się granica wieku produktywnego, co w dalszej perspektywie powinno być również opłacalne ekonomicznie. Zresztą doświadczenie zakładów pracy, gdzie od wielu lat istnieje dobra przemysłowa służba zdrowia, dowodzi, że wspomniany wyżej wzrost absencji chorobowej spowodowany dobrą pracą fabrycznej służby zdrowia, jest zjawiskiem przejściowym utrzymującym się przez pewien czas, po którym, jeśli nie będą działały inne czynniki, rozpoczyna się zmniejszenie absencji chorobowej, głównie przez spadek absencji długotrwałej, jako skutek systematycznej wczesnej działalności leczniczej, a zwłaszcza profilaktycznej w zakładzie. Nie bez przyczyn jako jeden z dowodów przemawiających za istnieniem przemysłowej służby zdrowia wysuwa się w Ameryce komercyjalny argument, że w ostatecznym wyniku zmniejsza ona koszty absencji chorobowej.

Na krótkie omówienie zasługuje wreszcie zagadnienie udziału w absencji chorobowej tzw. nieuzasadnionych z punktu widzenia lekarskiego, zwolnień chorobowych /symulacja, pomyłki lekarskie, tzw. zwolnienia grzecznościowe itp./. Badania przeprowadzone w 1958 r. przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, polegające na kontroli przez lekarzy ponad 1000 zwolnień chorobowych, wykazały, istnienie nieuzasadnionych z lekarskiego

obiektywnego punktu widzenia zwolnień chorobowych w ilości ok. 5% przypadków. Ponieważ te nieuzasadnione zwolnienia dotyczyły głównie przypadków krótkiej, kilkudniowej absencji, udział zwolnień nieuzasadnionych w całej absencji choronowej nie przekraczał 3%.

Kontrola ok. 200.000 osób korzystających ze zwolnień chorobowych, przeprowadzona w latach 1958 - 59 na terenie całego kraju przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zakwestionowała 5,9% ogółu skontrolowanych zwolnień, głównie z powodu nieprzestrzegania przez te osoby wskazań lekarskich i niewłaściwego wykorzystania zwolnień chorobowych. Zgodność wyników ZUS z wynikami Instytutu Medycyny Pracy jest uderzająca i nie wydaje się w chwili obecnej możliwe osiągnięcie na tej drodze wydatniejszego spoadku wskaźników absencji chorobowej.

W n i o s k i

1. Absencja chorobowa w przemyśle jest zjawiskiem przynoszącym ogromne straty materialne, znacznie większe niż by na to wskazywały sumy wypłacanych zasiłków chorobowych.
2. Na wielkość i strukturę absencji chorobowej wpływa duża liczba czynników o charakterze biologicznym, socjologicznym i ekonomicznym. W szczególności dla kształtowania się tej absencji ma znaczenie wpływ warunków pracy na zdrowie oraz stan organizacyjny i poziom fachowy przemysłowej służby zdrowia.
3. Poprawa środowiska pracy i usprawnienie opieki lekarskiej nad robotnikiem w przemyśle są obecnie najskuteczniejszymi drogami dla osiągnięcia zmniejszenia absencji chorobowej. Jednak na skutek braku odpowiednich danych, trudno jest w tej chwili ściśle określić opłacalność ekonomiczną tych środków.
4. Wydaje się, że waga ekonomiczna zagadnienia - abstrahując od jego humanitarnego aspektu - uzasadnia postulat podjęcia zespołowych badań nad zjawiskiem absencji chorobowej w przemyśle. W badaniach takich powinni wziąć udział lekarze przemysłowi, ekonomiści, socjolodzy i organizatorzy



produkcji. W szczególności należałoby podjąć próbę możliwie ścisłej oceny strat ekonomicznych powodowanych przez absencję chorobową oraz dokonać szczegółowej analizy czynników, które na nią wpływają.

P i ś m i e n n i c t w o

1. Nurger G.C.E.; Industrial Health Service in Large Plants.
Bull. Wld.Hlth. Org. 13, 1955
2. Forssman S.; L'absentéisme dans l'industrie; tamże
3. Fortuin G.; Sickness Absenteism; tamże
4. Nofer J.; Zagadnienie absencji chorobowej w przemyśle, Medycyna Pracy N.5, 1957
5. Sokołowska M,
Królikowska N.,
Nofer J.; Niektóre zagadnienia opieki nad zdrowiem kobiet w przemyśle; Med.Pracy 5, 1958.
6. Wanatowski A.; Badanie chorobowości robotników niektórych gałęzi przemysłu w 1957 r.; na prawach rękopisu.