

Kazimierz Szwemberg

SPOŁECZNE I EKONOMICZNE PROBLEMY ABSENCJI CHOROBOWEJ

UWAGI WSTĘPNE

Liczba dni niezdolności do pracy z powodu chorób i wypadków na 100 zatrudnionych stale wzrasta, np. w latach 1960—1978 w Polsce wzrosła o 66%¹. Absencja w pracy na podstawie zwolnień lekarskich stanowiła w 1978 r. w polskim przemyśle 74,1% czasu nie przepracowanego poza urlopami wypoczynkowymi². Gdyby nie było absencji chorobowej, czas przepracowany w polskim przemyśle mógłby wzrosnąć o 4,3% w 1960 r. oraz o 6,9% w 1979 r.³ W Łodzi wskaźniki te były jeszcze wyższe. Absencja chorobowa odpowiadała ok. 8,5% czasu przepracowanego w 1978 r.⁴ Poziom absencji chorobowej pracowników w Polsce w 1977 r. był bliski poziomowi w Wielkiej Brytanii⁵ w latach 1967—1968 i ok. 3 razy wyższy niż w USA⁶ w 1977 r.

Uwarunkowanie i skutki absencji chorobowej stanowią przedmiot badań naukowych i działań praktycznych. Absencja chorobowa jest jednym z mienników stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza zachorowalności. W krajach wysoko uprzemysłowionych, o wysokiej wydajności pracy utrata dnia roboczego powoduje znaczne straty ekonomiczne. Rosną tam również wydatki na zasiłki chorobowe. Dlatego m. in. analizuje się możliwości kontroli czynników kształtujących absencję chorobową i jej skutki.

W dalszych częściach opracowania zwrócona zostanie uwaga na czynniki zmian absencji chorobowej oraz jej problemy ekonomiczne.

¹ Por. *Rocznik statystyczny 1979*, Warszawa 1979, tab. 188.

² Oszacowano na podstawie *Rocznika statystycznego 1979*, tab. 72, 145, 657.

³ Obliczono na podstawie *Rocznika statystycznego 1979*, tab. 188.

⁴ Por. *Rocznik statystyczny województwa łódzkiego 1979*, Warszawa 1979, tab. 70.

⁵ Por. „Off sick. Office of Health Economics” 1971, No 36, London.

⁶ Por. „Vital and Health Statistics”, Series 10, No 126.

MIERZENIE ABSENCJI CHOROBOWEJ

Absencja chorobowa może być mierzona wieloma wskaźnikami. Wskaźniki dni niezdolności do pracy spowodowanej chorobą można obliczyć jako: 1) stosunek dni (godzin) pracy straconych z powodu choroby do ogólnej liczby zaplanowanych dni (godzin) pracy, 2) stosunek liczby dni niezdolności do pracy do liczby osób pozostających pod obserwacją w danym okresie.

Za dni niezdolności do pracy spowodowane chorobą uważa się w Polsce dni poświadczone zaświadczeniem lekarskim. Można w nich wydzielić trzy zasadnicze grupy: 1) dni choroby pracownika, 2) dni opieki nad chorym członkiem rodziny i 3) dni urlopu macierzyńskiego.

Pierwsza z podanych dwóch grup wskaźników informuje o odsetku utraconego czasu, który był przeznaczony na pracę. W Polsce oblicza go Główny Urząd Statystyczny jedynie w odniesieniu do robotników grupy przemysłowej i rozwojowej. Wskaźnik ten pozwala na ocenę skutków ekonomicznych absencji. Precyzyjne obliczenie wskaźnika jest trudne. Należy bowiem wyodrębnić w zwolnieniach lekarskich tylko dni (godziny), które podlegają przepracowaniu i odnieść je do zaplanowanego czasu pracy. Przy pracy systemem 4-brygadowym i w zakładach o ruchu ciągłym jest to bardzo kłopotliwe i pracochłonne. Dlatego często upraszcza się obliczenie, definiując wskaźnik absencji chorobowej wzorem:

$$x = \frac{a}{b \cdot c} 100 \quad (1)$$

gdzie:

- x — wskaźnik dni niezdolności do pracy;
- a — liczba dni z orzeczeniem o niezdolności do pracy łącznie ze świętami i dniami wolnymi w danym okresie;
- b — przeciętna liczba zatrudnionych w danym okresie;
- c — liczba dni roboczych w danym okresie.

Tak liczony wskaźnik przedstawia absencję chorobową w Polsce w sposób wyolbrzymiony. Dlatego Komitet Ekspertów Statystyki Absencji Chorobowej Międzynarodowej Organizacji Pracy proponuje w elemencie c we wzorze ujmować nie dni robocze, ale kalendarzowe. Jeżeli uwzględnić, że poza świętami było w Polsce w 1979 r. 12 dni wolnych od pracy, to wskaźnik ten podaje absencję chorobową o ok. 19,2% wyższą. W miarę przybywania dni wolnych od pracy w Polsce różnica ta będzie wzrastać.

Drugi rodzaj wskaźników przedstawia dni niezdolności do pracy na 100 (lub 1000) zatrudnionych, tzn. jest to stosunek liczby dni zwolnie-

nia z powodu choroby do liczby średnio zatrudnionych. W rachunkach ekonomicznych należy jednak porównać liczbę dni nie przepracowanych do dni przepracowanych. Powstają przeto trudności omówione przy poprzednim wskaźniku.

W dalszych rozważaniach, jeżeli nie będzie zaznaczone inaczej, będzie stosowany wskaźnik przedstawiony we wzorze (1).

CHARAKTERYSTYKA ZMIAN ABSENCJI CHOROBOWEJ W POLSCE

Absencja chorobowa charakteryzuje się w Polsce wysokim poziomem i szybkim wzrostem w ostatniej dekadzie:

	1960	1970	1979
choroby pracowników	3,64	4,39	6,00
opieka nad chorym	0,20	0,35	0,59
macierzyństwo	0,64	0,59	1,43

Najważniejszym czynnikiem absencji są choroby pracowników. Były one przyczyną 81% absencji w 1960 r. i prawie 74% w 1979 r.

Na absencję spowodowaną opieką nad chorym i macierzyństwem znaczny wpływ wywiera ustawodawstwo socjalne. W Polsce okres pobierania zasiłku z tytułu opieki nad dzieckiem zwiększono w ubiegłej dekadzie z 30 do 60 dni oraz przedłużono okresy urlopów macierzyńskich, uzależniając je od liczby urodzonych dzieci. Dlatego m. in. absencja z tytułu opieki nad chorym charakteryzuje się najwyższą dynamiką. Jeżeli w 1960 r. stanowiła ona 4,5% ogólnej absencji chorobowej, to w 1972 r. 8,5%, zaś w 1979 r. już 8,8%. Udział absencji z tytułu macierzyństwa wzrastał również szybciej niż ogólna absencja chorobowa — od 14,3% w 1960 r. do 17,5% w 1979 r.

Istotnym czynnikiem różnicującym absencję chorobową jest płeć. Ogólna absencja chorobowa jest u kobiet wyższa o ok. 83% niż u mężczyzn (por. tab. 1). Jest to głównie spowodowane korzystaniem przez kobiety ze zwolnień na opiekę nad dzieckiem i urlopów macierzyńskich.

Poziom absencji z powodu choroby pracowników jest tylko nieznacznie wyższy wśród kobiet, bo o 3,4%. Różni się jednak znacznie struktura absencji u mężczyzn i u kobiet. W tej grupie absencji dają się wyróżnić zwolnienia z powodu: 1) choroby, 2) wypadków zawodowych, 3) wypadków pozazawodowych. Absencja z powodu chorób jest u kobiet wyższa w porównaniu z mężczyznami o ok. 26%. Natomiast u mężczyzn częściej i dłużej trwa absencja z powodu wypadków zawodowych i pozazawodowych. Wskaźnik absencji z powodu wypadków w pracy jest u mężczyzn prawie 3-krotnie wyższy niż u kobiet i ponad

Tabela 1

Wskaźniki absencji według płci i przyczyn w 1979 r.

Lp.	Przyczyny absencji	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1	Razem	8,19	6,06	11,00
	z tego z powodu:			
2	chorób	4,81	4,32	5,45
3	wypadków zawodowych	0,28	0,40	0,14
4	wypadków pozazawodowych	0,91	1,20	0,53
5	Razem 2 do 4	6,00	5,92	6,12
6	opieki nad chorym	0,72	0,07	1,56
7	urlopow macierzyńskich	1,43	—	3,30
8	innych przyczyn	0,04	0,05	0,02
9	Razem 6 do 8	2,19	0,12	4,88

Źródło: Obliczono na podstawie danych Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

2 razy wyższy z powodu wypadków pozazawodowych. Analogiczna była sytuacja we wcześniejszym okresie. W latach 1977—1979 daje się stwierdzić bardzo szybki wzrost absencji z powodu wypadków zawodowych, zwłaszcza wśród kobiet. Absencja z tego powodu wzrosła o 27,3% zaś wśród kobiet nawet o 40%.

Na ogół absencja chorobowa wzrasta wraz z wiekiem. Interesujące byłoby wyjaśnienie, jaki wpływ na bardzo wysoki wskaźnik absencji w najstarszej grupie wieku mają długotrwałe zwolnienia lekarskie, poprzedzające przesunięcie pracownika na rentę inwalidzką. Z badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi można sądzić, że zwolnienia chorobowe na okres 3 i więcej miesięcy stanowiły w 1977 r. prawie 13% dni niezdolności do pracy, zaś powyżej 50 dni ok. 25%. O tego typu zwolnieniach decydują względy socjalne. Zasiłek chorobowy jest bowiem zwykle równy uzyskiwanym zarobkom, podczas gdy renta II grupy a zwłaszcza III grupy stanowi tylko część zarobku.

Podobnie jak w rozwiniętych krajach europejskich, również w Polsce absencja chorobowa zwiększa się w związku z większą dostępnością do instytucji ochrony zdrowia i polepszeniem opieki zdrowotnej. Następuje znaczny postęp w rozpoznawaniu stanów chorobowych. Osiągnięcia w dziedzinie terapii, a zwłaszcza farmakoterapii i rehabilitacji zwiększają nadzieje chorych i przyczyniają się do rozbudowania potrzeb zdrowotnych pracowników oraz uświadomienia celowości leczenia. Powiększa się stale troska o zachowanie i przywrócenie zdrowia. Jednocześnie występuje wzrost zagrożeń, jakie niesie z sobą współczesna cywilizacja i naruszenie naturalnego środowiska człowieka.

Wpływ na ubieganie się o zwolnienie lekarskie mają również sto-

Tabela 2

Dni niezdolności do pracy na 100 ubezpieczonych
lub zatrudnionych w latach 1960—1979

Lata	Choroby			
	ogółem	wypadki związane z zawodem	wypadki poza- zawodowe	pozostałe
1960	1 059,4	57,8	130,1	871,5
1970	1 301,4	61,6	181,7	1 058,1
1979	1 735,1	82,8	262,7	1 389,6
w procentach				
1970				
1960	123	107	140	121
1979				
1970	133	134	145	131

Źródło: Rocznik statystyczny 1979, Warszawa 1979, tab. 657 oraz dane Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

śunki społeczne w zakładzie pracy i miejscu zatrudnienia, organizacja pracy i ogólna sytuacja społeczno-ekonomiczna.

Ważnym czynnikiem, lecz — wydaje się — działającym w krótkim okresie są zmiany w systemie zasiłków chorobowych w Polsce. W 1974 r. zunifikowano system zasiłków chorobowych. Robotnicy, podobnie jak poprzednio pracownicy umysłowi, otrzymywali za okres choroby zasiłki chorobowe równe utraconej płacy. W 1974 i 1975 r. zaobserwowano dalszy wzrost absencji chorobowej; przypuszczano, że przyczyną tego jest nowy system zasiłków. Dlatego w końcu 1975 r. zachowując tę równość zróżnicowano jednak wysokość zasiłków chorobowych w zależności od stażu pracy i przestrzegania dyscypliny pracy. Zasiłek chorobowy równy utraconej pracy otrzymuje tylko pracownik o stażu dłuższym niż 8 lat, chorujący ponad 30 dni i jeżeli zwolnienie przypada na okres ciąży. Pozostali pracownicy otrzymują zasiłek w wysokości 75—80%. Wszyscy, którzy opuszczają bez usprawiedliwienia chorobą jeden dzień pracy, porzucają pracę lub z ich winy rozwiązano umowę o pracę, otrzymują należny im zasiłek o 25% niższy przez okres roku.

Wprowadzone zmiany spowodowały prawdopodobnie obniżenie ilości dni absencji chorobowej w 1976 r. o ok. 4%. W 1977 r. i następnych latach absencja jednak dość szybko wzrastała. Można więc sądzić, że pracownicy przyzwyczaili się do nowych zasad naliczania i wypłacania zasiłków chorobowych.

Poziom absencji chorobowej jest zróżnicowany terytorialnie. Najwyższy poziom w 1979 r. zanotowano w Łodzi (powyżej 6,0%), zaś najniższy w woj. łomżyńskim. Wydaje się, że powodem tego są różnice w dostępności opieki zdrowotnej, mierzonej np. liczbą lekarzy na 10 tys. ludności. Dalszymi przyczynami są różnice w częstotliwości zatrudniania kobiet oraz zróżnicowanie struktury gałęziowej przedsiębiorstw. Poszczególne gałęzie przemysłu różnią się bowiem pod względem poziomu zwolnień z powodu choroby, np. przemysł wydobywczy wskazywał niższe wskaźniki zwolnień z powodu choroby (149,2 roboczogodzin na 1 robotnika w 1978 r.) i wolniejszy ich wzrost w latach 1975—1978 (6,4%) w porównaniu z przemysłem przetwórczym (160,6 roboczogodzin na 1 robotnika w 1978 r. i prawie 13% wzrostu w latach 1975—1978).

EKONOMICZNE ASPEKTY ABSENCJI CHOROBOWEJ

Dotychczas brak jest ogólnie akceptowanej metodologii ekonomicznej oceny absencji chorobowej, a szczególnie rachunku jej skutków. To samo odnosi się do oceny ekonomicznych czynników kształtujących absencję oraz efektywność przedsięwzięć sprzyjających jej kontroli.

W wysoko rozwiniętych krajach kapitalistycznych w literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia absencję chorobową, a ściślej jej skutki, ujmuje się zwykle, jako część całkowitych kosztów spowodowanych chorobą⁷. Koszty spowodowane chorobą dzieli się na bezpośrednie i pośrednie. Do kosztów bezpośrednich odnosi się koszty rozpoznawania, leczenia, hospitalizacji i profilaktyki, zaś do kosztów pośrednich, a raczej strat — oszacowaną wartość nie wytworzonego dochodu narodowego. Rozważa się również efektywność przedsięwzięć skierowanych na kontrolę wzrostu absencji chorobowej. Efektywność tę mierzy się wartością stosunku pomiędzy zmianami kosztów pośrednich a kosztami bezpośrednimi.

We wspomnianych rachunkach przyjmuje się założenia charakterystyczne dla burżuazyjnej metodologii badań ekonomicznych, że płaca odzwierciedla krańcową produktywność robotnika. Jest to równoznaczne z postawieniem znaku równości pomiędzy wartością utraconych z powodu absencji chorobowej zarobków a nowo wytworzoną wartością produkcji dóbr lub usług, tzn. wartością dochodu narodowego wytwa-

⁷ R. Fein, *Economics of mental illness*, Basic Books Inc. 1968; N. Klarman, *The economics of health*, Columbia 1965; E. Wojewódzki, *Absencja chorobowa i jej skutki ekonomiczne dla gospodarki narodowej*, Warszawa 1964.

rzanego w przedsiębiorstwie. Założenie takie ukrywa wyzysk kapitalistyczny i musi być odrzucone.

Rachunek efektywności przedsięwzięć skierowanych na kontrolę i ograniczenie absencji chorobowej w sensie porównania zmian kosztów pośrednich wywołanych kosztami bezpośrednimi może być użytecznym podejściem metodologicznym, stosowanym również w gospodarce socjalistycznej.

W literaturze krajów socjalistycznych charakterystyczne jest rozszerzenie ekonomicznych skutków absencji chorobowej poza ramy wytworzonego dochodu narodowego. Takie podejście reprezentują głównie autorzy radzieccy⁸. Podobnie jak w próbach podejmowanych w Polsce⁹, do skutków absencji zalicza się płace i akumulację w przedsiębiorstwie oraz dodaje się do nich takie składniki, jak wypłacone zasiłki chorobowe i często koszty ochrony zdrowia czy też koszty wykształcenia pracownika, który stał się inwalidą lub zmarł. Wydaje się, że tego rodzaju ujęcia są nieuzasadnione, miesza się w nich bowiem procesy wytwarzania dochodu narodowego z procesami jego podziału.

W literaturze socjalistycznej brak jest również zgodności w sprawie metod liczenia efektywności przedsięwzięć kontroli i ograniczenia wzrostu absencji chorobowej w sferze produkcji materialnej i poza tą sferą.

CZAS CHOROBY I UTRACONA PRODUKCJA

Problemem dyskutowanym w literaturze krajów socjalistycznych jest zależność pomiędzy utraconym z powodu choroby czasem pracy a wartością produkcji, którą można przyporządkować do tego czasu. Spotkać można pogląd, że absencja chorobowa i związana z nią wielkość utraconego czasu jest wkalkulowana w zadania produkcyjne zakładu. Gdyby więc absencja chorobowa została zasadniczo zmniejszona, to nie spowodowałoby to odpowiedniego zwiększenia produkcji.

⁸ N. J. Jefrimowa, W. A. Jarygina, *Ułuczszienije usłowij truda i sniżenije zabołewajemosti kak faktor powyszenija ekonomiczeskoj effiektiwnosti obščestwennogo proizwodstwa*, Moskwa 1965; P. I. Kalju, *Ekonomiczeskije aspekty sniżenija smiertnosti, inwalidnosti i zabołewajemosti*, [w:] *Osnowy ekonomiki sowietskogo zdrowoochranienija*, Moskwa 1974; E. I. Kułagina, *Ekonomiczeskij effiekt ot sniżenija zabołewajemosti i wriemiennoj utraty trudosposobnosti*, „Sowietskoje zdrowoochranienije” 1979, N° 3; Klarman, op. cit.

⁹ K. Laowski, *Ekonomiczne skutki absencji chorobowej*, „Zdrowie Publiczne” 1978, nr 1—2; J. Nofer, *Zagadnienia absencji chorobowej w przemyśle*, „Medycyna Pracy” 1957, nr 5; Wojewódzki, op. cit.

K. Laowski¹⁰ rozpatruje elastyczność produkcji względem czasu pracy. Przyjmuje on, że elastyczność ta w poszczególnych zakładach kształtuje się poniżej 1 i przeprowadza alternatywne rachunki różnych poziomów elastyczności (1,0, 0,5, 0,3, 0,25) względem czasu pracy, który można by wykorzystać na cele produkcyjne, gdyby nie był utracony z powodu choroby.

M. Matulewicz¹¹ wskazuje na problem czynnika czasu i możliwości sterowania absencją chorobową zależną od środowiska pracy. Trzeba zgodzić się z autorem, że zmniejszenie tego rodzaju absencji w krótkim (np. rocznym) okresie jest trudne i przynosi (np. w porównaniu z oszczędnością materiałową) niskie efekty w przyroście dochodu narodowego. Warto jednak zwrócić uwagę, że autor bierze pod uwagę tylko część absencji chorobowej i to wcale nie największą. Absencja chorobowa spowodowana wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi stanowi 4–5% całości absencji chorobowej. Inny pogląd¹² głosi, że nieprzewidziana absencja chorobowa powoduje znacznie większą utratę produkcji, niżby to wynikało ze straconego z powodu choroby czasu pracy. Wiąże się to ze stratami produkcji wywołanymi przez dezorganizację procesów produkcyjnych np. nieobecność w pracy osób, których nie można zastąpić, uniemożliwia wykonywanie zadań przez inne osoby. W jednym z zakładów leningradzkich próbowano¹³ ustalić metodami rachunku korelacji zależność między absencją chorobową i produkcją. Otrzymano za okres 1960–1971 bardzo wysoki współczynnik korelacji: $0,975 \pm 0,016$. Na tej podstawie przyjęto tezę, że straty produkcji są proporcjonalne do rozmiarów absencji i poziomu wydajności pracy.

W rozważaniach ekonomicznych związanych z absencją chorobową występują m. in. dwa pytania. Jedno z nich dotyczy związku utraconej produkcji czy też nie wytworzonego dochodu narodowego i nie przepracowanego na skutek choroby czasu pracy. Drugie odnosi się do przedsięwzięć zapobiegających absencji chorobowej, a przeto i stratom ekonomicznym wywołanym przez tę absencję.

Na pierwsze pytanie, jeżeli będzie ono dotyczyć wielkich układów ekonomicznych, należy odpowiedzieć, że utracona produkcja czy dochód narodowy będzie się zmieniać proporcjonalnie do utraconego czasu pracy. Nie ma bowiem podstaw do twierdzenia, że wydajność

¹⁰ Laowski, *op. cit.*

¹¹ M. Matulewicz, *O gospodarczych następstwach absencji chorobowej*, „Zdrowie Publiczne” 1979, nr 9.

¹² Z. Durasiewicz, J. Indulski, *Absencja chorobowa*, Warszawa 1975.

¹³ N. A. Kuczerin, *Zabolewajemost' i ekonomika*, Leningrad 1973.

pracy w utraconym okresie ma się różnić od wydajności osiągananej przed lub po okresie absencji chorobowej.

WZROSTOWA TENDENCJA ABSENCJI CHOROBOWEJ

Na drugie pytanie, dotyczące przeciwdziałania absencji chorobowej, odpowiedź jest złożona. To, co nazywamy absencją chorobową, nie zawsze jest spowodowane chorobą. Lekarz nie w każdym przypadku jest w stanie określić rodzaj schorzenia i związaną z nim niezdolność do pracy oraz jej długotrwałość. Nie może on jednak ignorować skarg pacjenta, a jednocześnie stwierdzić, w jakiej pozostają one zależności od obiektywnego stanu zdrowia. Często trudno jest lekarzowi ustalić składniki psychospołeczne czy ekonomiczne w skargach pacjenta.

Obserwujemy stały wzrost poziomu absencji chorobowej w krajach uprzemysłowionych. Czy świadczy to o pogorszeniu stanu zdrowia, czy też o większej trosce pracownika o własne zdrowie lub o rosnącej wraz z dobrobytem ocenie ze strony pracownika czasu, który może być nieprzepracowany, a mimo to akceptowany przez społeczeństwo i zwykle opłacony? Na tego typu pytania brak jest jednoznacznych odpowiedzi. Jest mało prawdopodobne, aby głoszone w tej sprawie poglądy poddawały się w bliskiej przyszłości obiektywnej weryfikacji w badaniach empirycznych. Dlatego też m. in. rachunki ekonomiczne absencji chorobowej są nieodłączną od licznych założeń, a ich wyniki mają często charakter hipotez. Tendencja wzrostowa poziomu absencji chorobowej jest więc faktem społecznym, który trzeba akceptować we wszystkich rozważaniach dotyczących kształtowania się tej absencji.

WPLYW OCHRONY ZDROWIA NA POZIOM ABSENCJI

Czy powyższa teza jest równoznaczna z tym, że ochrona zdrowia nie wpływa na poziom absencji chorobowej lub że wpływ ten może być minimalny? Odpowiedź musi być negatywna. Opieka medyczna wnosi swój wkład do zachowania i umocnienia zdrowia. Eliminuje ona częściowo, a nawet całkowicie niektóre schorzenia. Dzięki niej wydłuża się okres zachowania przez pracownika zdolności do pracy, co znajduje wyraz w wydłużeniu okresu aktywności zawodowej. Gdyby nie było odpowiedniej opieki medycznej, pracownicy chorowaliby częściej i dłużej i we wcześniejszym wieku traciłby zdolność do pracy. Obiecujące są, wydaje się, badania wpływu przedsięwzięć opieki zdrowotnej na ograniczenie i kontrolę przebiegu poszczególnych rodzajów scho-

rzeń. W miarę rozwoju metod diagnozowania będzie można pewniej i szybciej rozpoznawać stan zdrowia oraz podejmować działania profilaktyczne i terapeutyczne eliminujące lub ograniczające choroby.

Trudności powstają wówczas, gdy próbuje się zależności pomiędzy działalnością opieki zdrowotnej a zmianami w stanie zdrowia ująć w sposób skwantyfikowany. Trudno jest rozwikłać silnie splecione wielorakie czynniki, od których zależy pogorszenie zdrowia, zapobieganie pogorszeniu bądź czynniki terapeutyczne. Konieczne jest przyjęcie wówczas licznych założeń upraszczających złożoną rzeczywistość.

RACHUNEK UTRACONYCH KORZYŚCI Z POWODU CHOROBY W SKALI GOSPODARKI NARODOWEJ

Wyniki działalności ekonomicznej w skali gospodarki narodowej znajdują swoje syntetyczne odzwierciedlenie w dochodzie narodowym — wytworzonej, podzielonej i zużytej wartości.

Dochód narodowy jest liczony w różny sposób. W krajach socjalistycznych zalicza się do niego jedynie nowo wytworzoną wartość w sferze produkcji materialnej. Usługi niematerialne, np. ochrona zdrowia, nie zwiększają dochodu narodowego. Natomiast zużyte przy tych usługach dobra materialne uznaje się za spożycie tego dochodu. W krajach kapitalistycznych usługi niematerialne zwiększają wytworzony dochód narodowy.

Choroby wymagają zapobiegania, leczenia i rehabilitacji, a więc wytworzenia usług zdrowotnych i ich spożycia. W przypadku osób zatrudnionych choroba powoduje z jednej strony dodatkowo wypłatę zasiłków chorobowych, a z drugiej — utratę dóbr, lub usług, które byłyby wytworzone w czasie odpowiadającym nieobecności w pracy z powodu choroby.

Wypłacone choremu zasiłki znamionują podział dochodu narodowego. Niezależnie od tego, kto wypłaci zasiłki — przedsiębiorstwo czy zakład ubezpieczeń, jest to w istocie wtórny podział dochodu narodowego. Zasiłki takie oznaczają zawsze przesunięcie dochodów wytwarzanych przez pracujących do chorych.

Sposoby gromadzenia funduszy na zasiłki chorobowe mogą być różne — od indywidualnych oszczędności i prywatnych ubezpieczeń na wypadek choroby przez składki na ubezpieczenie społeczne do wypłacania ich jako swego rodzaju płacy. Fundusze na zasiłki chorobowe są jednak zawsze wypracowane przez osoby pracujące i zdrowe. Obojętne jest przy tym, czy fundusze takie przyjmują w pierwszej kolejności formę dochodów pierwotnych przedsiębiorstw, czy też pracow-

ników oraz czy zasiłki będą wypłacane bezpośrednio z funduszu płac, jak obecnie w Polsce, czy też z funduszy ubezpieczeń społecznych.

Sposoby pokrywania zasiłków mają znaczenie z punktu widzenia efektywnego zarządzania przedsiębiorstwami. W istocie powstają we wtórnych fazach podziału dochodu narodowego.

Wypłacane zasiłki chorobowe pozostają w odpowiedniej relacji do płac. O wartości tej relacji decydują względy polityki społecznej oraz bodźcowa dla pracownika funkcja dochodu.

Straty ponoszone przez pracownika z powodu niższych zasiłków podobnie jak całość wypłat zasiłkowych, oznaczają w istocie wtórne podziały dochodu narodowego i dlatego mieszczą się w granicach utraczonego dochodu narodowego. Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie straty ponoszą poszczególne grupy pracowników, należy zbadać wysokość ich płac, zasiłków oraz zmniejszenia zasiłków. Jest to przedmiotem badań obecnie prowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja powodują bezpośrednie koszty choroby równe wartości usług zdrowotnych. Jeżeli ochrona zdrowia została uznana za dział, który uczestniczy w wytwarzaniu dochodu narodowego, to jej usługi zwiększają ten dochód. Rozdział usług zdrowotnych pomiędzy ludność i zasady odpłatności za te usługi będą znamionować podziały dochodu narodowego, zaś spożycie usług zdrowotnych będzie spożyciem dochodu narodowego.

W dotychczasowej praktyce krajów socjalistycznych jest inaczej. Tylko dobra materialne zużyte w usługach niematerialnych, a więc i zdrowotnych, są liczone jako element spożycia dochodu narodowego, a nie jego wytwarzania.

Ocena wartości wytworzonych i zużytych usług, w tym i zdrowotnych, jest problemem dyskutowanym w literaturze. Podobnie dyskutuje się w krajach socjalistycznych próby doliczenia usług do wartości dochodu narodowego¹⁴. Nie wdając się tutaj w złożoną dyskusję, wyrażamy pogląd, że oprócz dochodu narodowego należy rozpatrywać bardziej syntetyczny wskaźnik efektywności gospodarki socjalistycznej, jakim jest suma dochodu narodowego i usług niematerialnych¹⁵.

Dyskusyjna jest wartość usług niematerialnych, którą należy dodać do dochodu narodowego. Można przyjąć, że wartość usług dla społeczeństwa kształtuje się w takiej samej relacji do wartości płac w usługach, jak wartość produktu dla społeczeństwa w stosunku do płac w sferze produkcji materialnej. Jeżeli więc w sferze produkcji materialnej relacja ta wynosi np. 2:1 (produkt dla społeczeństwa = 2, zaś

¹⁴ K. Szwemberg, *Społeczny fundusz spożycia w Polsce*, Warszawa 1965.

¹⁵ Tamże.

placę = 1), to również w usługach niematerialnych na 1 złotówkę plac będzie przypadać 2 złote wartości usług dla społeczeństwa.

W rzeczywistości wartość usług dla społeczeństwa socjalistycznego może być tylko szacowana, ponieważ tylko część usług ma cenę. Większość jest dostarczana ludności bezpłatnie, zaś zakłady wytwarzające usługi np. zdrowotne rozpatrują zwykle tylko koszty wytworzenia tych usług.

Można oczywiście próbować w inny sposób ocenić wartość usług niematerialnych. Przyjęty sposób wymaga jednak argumentacji. Sposoby ustalania w polskiej literaturze łącznych skutków ekonomicznych absencji chorobowej budzą sprzeczności. K. Laowski¹⁶ do łącznych strat zalicza następujące składniki: 1) utracony produkt w sferze produkcji materialnej, 2) utracone korzyści w usługach niematerialnych, 3) wartości wypłaconych zasiłków chorobowych, 4) różnice pomiędzy utraconymi zarobkami a sumą zasiłków chorobowych.

Dwie pierwsze pozycje zawierają sumę nie wytworzonego dochodu narodowego i usług niematerialnych. Dwie pozostałe dają w sumie wielkość zarobków, które byłyby osiągnięte, gdyby nie absencja chorobowa.

Zasiłki chorobowe i różnice między nimi a placami znamionują wtórny podział dochodu narodowego lub usług niematerialnych. Są więc częściami utraconego produktu lub usług, a więc dwóch pierwszych pozycji. Nie można zatem liczyć ich powtórnie, jak czyni to K. Laowski, przez co zawyża skutki absencji chorobowej o ok. 58% w 1970 r. i o ok. 48% w 1975 r.

Gdyby ograniczyć się tylko do sumowania dwóch pierwszych pozycji, tzn. utraconego produktu i utraconych korzyści w usługach niematerialnych, to należałoby tak obliczoną łączną wielkość porównać z sumą dochodu narodowego i usług niematerialnych. W tym celu należałoby uprzednio ustalić metodę liczenia wartości usług niematerialnych.

Powyższe wskazuje, że korzyści utracone z tytułu absencji chorobowej w skali gospodarki narodowej są równe wartości nie wytworzonego dochodu narodowego i usług niematerialnych. Gdyby nie było ogólnej absencji chorobowej, wówczas suma dochodu narodowego i usług niematerialnych byłaby w Polsce w 1979 r. wyższa o ok. 6,9%, uwzględniając, że wskaźnik 8,19 przedstawia ogólną absencję chorobową zawyżoną o ok. 19,2%. Jednakże wypłacone zasiłki chorobowe spowodowały zmiany w podziale i spożyciu dochodu narodowego i usług niematerialnych na korzyść grup społecznych korzystających ze zwolnień lekarskich.

¹⁶ Laowski, *op. cit.*

ABSENCJA CHOROBOWA I OPIEKA ZDROWOTNA
NA SZCZEBŁU PRZEDSIĘBIORSTWA

Poważne problemy powstają przy próbach liczenia ekonomicznych skutków absencji i efektywności przedsięwzięć zdrowotnych w skali przedsiębiorstwa. W jednostce czasu utraconego z powodu absencji chorobowej można by wytworzyć w poszczególnych latach i przedsiębiorstwach różną wartość produktu i usług. Powodem są różnice w poziomie i tempie zmian wydajności pracy w poszczególnych przedsiębiorstwach i gałęziach gospodarki. Do tego dochodzą różnice miary tej wydajności. Wydajność pracy mierzona np. produkcją czystą wykazuje w Polsce bardzo szybki wzrost w latach 1971—1977.

Ustalenie wydajności pracy liczonej w produkcji czystej w skali poszczególnych przedsiębiorstw może budzić zastrzeżenia. Ta kategoria produkcji obejmuje bowiem podatek obrotowy, który jest bardzo wysoki w stosunku do cen konsumpcyjnych artykułów rynkowych i niski w stosunku do cen środków produkcji. Stawki podatku obrotowego ulegają zmianom. Wpływ na wielkość podatku obrotowego wywiera struktura asortymentowa produkcji.

W latach siedemdziesiątych powstały w Polsce wielkie organizacje gospodarcze (WOG). Z przejściem przedsiębiorstw na system WOG wiąże się ciągle jeszcze nie zakończony proces obliczania wielkości produkcji czystej, od której poziomu jest zależna wielkość dyspozycyjnego funduszu płac. Tego rodzaju zmiany były wprowadzone w celu bardziej skutecznego zarządzania WOG-ami i przedsiębiorstwami, jednak utrudniają one, a często uniemożliwiają porównanie efektów ekonomicznych w poszczególnych przedsiębiorstwach w dłuższym okresie.

Absencja chorobowa jest skutkiem choroby, a na zapobieganie chorobom oraz ich leczenie skierowane są usługi ochrony zdrowia. Koszty tych usług nie są, ściśle biorąc, kosztami absencji chorobowej, lecz jedynie kosztami choroby. Przez odpowiednią ilość i rodzaje usług oraz związane z nimi wydatki można w pewnym stopniu kontrolować chorobę — jej powstanie i trwanie w czasie. W tym też sensie można przez koszty usług zdrowotnych wpływać na okres trwania absencji chorobowej i związane z nią straty. Odniesienie więc zmian wydatków na ochronę zdrowia pracowników do zmian w stratach wywołanych absencją chorobową można by przyjąć za miarę ekonomicznej efektywności nakładów na kontrolę strat spowodowanych absencją chorobową. Zaznaczono jednak wcześniej, że działania zdrowotne mogą przynieść rezultaty w dłuższych okresach, pozwalając na wydłużenie czasu aktywności zawodowej pracownika i nie powodując zmniejszenia absencji chorobowej w krótkim okresie. Weryfikacja takiej hipotezy napotyka

znaczne trudności. Brak jest bowiem informacji o wielkości nakładów na opiekę zdrowotną pracowników w długich okresach.

W Polsce nie dysponujemy pełnymi danymi o kosztach usług zdrowotnych dla pracowników w poszczególnych przedsiębiorstwach. Zna-ne są jedynie liczby charakteryzujące koszty zakładowej opieki zdro-wotnej sfinansowane przez zakład. W tych kosztach nie ma w szczegól-ności kosztów osobowych związanych z zatrudnieniem lekarzy, które są pokrywane przez rady narodowe, czy też kosztów zużytych leków oraz części przedmiotów nietrwałych i środków trwałych dostarczo-nych przez te rady. Brak jest również danych nt. kosztów zakładowej opieki zdrowotnej, informacji o kosztach, które poniesiono w związku z leczeniem szpitalnym i sanatoryjnym oraz w przychodniach specjalis-tycznych, w których finansowaniu zakład nie uczestniczy.

Usługi zdrowotne przemysłowej służby zdrowia są przeznaczone dla pracowników przedsiębiorstwa. Uważa się je za niezbędne dla funkcjo-nowania produkcji. Dlatego też w Polsce w latach siedemdziesiątych koszty zakładowej służby zdrowia traktuje się podobnie, jak koszty produkcji.

Koszty wytwarzania usług zdrowotnych są pokrywane przez zakład przemysłowy, ale tylko w niewielkiej części. Dlatego też stanowią one nikłą część kosztów produkcji. Gdyby nawet zwiększyć te koszty o część wydatków ponoszonych przez zespoły opieki zdrowotnej, to również wtedy nie przekroczyłyby one 1—2‰ kosztów produkcji lub 3—6‰ produkcji dodanej.

Ściśle biorąc, usługi zdrowotne stanowią nie tylko koszt produkcji; należałoby je również uwzględnić w wartości produkcji dodanej oraz w wartości zrealizowanej produkcji i usług. Jakie to może mieć zna-czenie praktyczne, będzie można odpowiedzieć na podstawie badań prowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy, zmierzających do pełnej oceny wartości usług zdrowotnych wytworzonych w przedsiębiorstwach przemysłowych oraz wartości usług zdrowotnych, z których skorzysta-li pracownicy.

WNIOSKI

Przeprowadzone rozważania skłaniają do następujących wniosków:

1. Ogólna niezdolność do pracy na podstawie zwolnień lekarskich charakteryzuje się w Polsce wysokim poziomem i szybkim jego wzros-tem w ostatniej dekadzie. Ze względów socjalnych najszybciej wzrasta-ła absencja z tytułu opieki nad dzieckiem oraz macierzyństwa.
2. Ważnym czynnikiem dynamizującym absencję chorobową pracow-

ników jest rosnący odsetek zatrudnionych kobiet i osób w starszym wieku. Czynnikiem takimi są również wypadki zawodowe i pozazawodowe oraz wzrost i poprawa jakości opieki zdrowotnej.

3. We wzroście absencji wymaga wyjaśnienia rola zwolnień dla osób oczekujących na renty inwalidzkie.

4. Zmiany w systemie zasiłków chorobowych dla pracujących nie mają raczej długotrwałego wpływu na dynamikę absencji chorobowej.

5. Celowe jest rozpatrywanie bardziej syntetycznego wskaźnika gospodarki narodowej niż dochód narodowy. Wskaźnikiem takim jest suma dochodu narodowego i usług niematerialnych. Trudności w wartościowej ocenie ostatnich są do pokonania. Do takiego wskaźnika można odnosić straty z powodu absencji chorobowej, tzn. obliczoną wartość utraconego produktu i usług niematerialnych z powodu absencji.

6. Z punktu widzenia oceny strat ekonomicznych obliczane w Polsce wskaźniki absencji chorobowej są zawyżone; obejmują również święta i dni wolne od pracy, które porównuje się jedynie z dniami roboczymi. Na przykład przy 12 dniach wolnych od pracy w 1979 r. wskaźniki te należy obniżyć o ok. 19%. Wówczas straty spowodowane absencją w gospodarce narodowej Polski można ocenić na ok. 6% dochodu narodowego i usług niematerialnych.

7. Zasiłki chorobowe oraz różnice między nimi a płacami znamionują podziały dochodu narodowego i usług niematerialnych. Nie można ich zatem dodawać do strat w wytworzonym dochodzie narodowym z powodu absencji chorobowej.

8. Wydatki na ochronę zdrowia pracowników odniesione do wartości strat spowodowanych absencją chorobową mogą być miarą ekonomicznej efektywności nakładów na kontrolę strat spowodowanych tą absencją. Wydaje się, że wartość tych wydatków można oszacować.

9. Ocena skutków ekonomicznych absencji chorobowej w Polsce na szczeblu przedsiębiorstw, zwłaszcza skutków długotrwałych, jest utrudniona ze względu na nie ustabilizowane metody obliczania produkcji dodanej oraz różnice w stopie podatku obrotowego uwzględnionego w cenach.

Akademia Medyczna w Łodzi
Instytut Medycyny Społecznej