

**STANOWISKO RADY OCHRONY PRACY
w sprawie chorób zawodowych i związanych z pracą.**

Na posiedzeniu 7 lutego 2017 r. Rada Ochrony Pracy wysłuchiwała informacji na temat chorób zawodowych i związanych z pracą – skali ich występowania, oceny i przeglądu obowiązujących rozwiązań prawnych oraz propozycji zmian, przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Instytut Medycyny Pracy.

Kwestię chorób zawodowych w Polsce regulują 3 akty prawne: Kodeks pracy, rozporządzenie Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i ich skutków.

Z przedstawionej przez Instytut Medycyny Pracy (IMP) informacji na temat chorób zawodowych wynika, że dane te są gromadzone w Instytucie od 1971 r., a w 1999 r. zostały włączone do Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Od 2003 r. polskie dane o chorobach zawodowych zostały włączone do statystyki europejskiej (EUROSTAT). Zapadalność na choroby zawodowe została przedstawiona zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. Dyskusyjne jest, że w porównaniu do wykazu z 2002 r. wszystkie nowotwory złośliwe zostały zakwalifikowane do tej samej grupy, bez względu na czynnik, który spowodował ich wystąpienie. Pozytywnie należy ocenić, że w opracowaniu za 2015 r., w przeciwieństwie do lat ubiegłych, nacisk położono na współczynniki zapadalności w stosunku do liczby zatrudnionych. W latach od 2008 – 2015 liczba nowych przypadków chorób zawodowych zmniejszyła się o ponad 40%.

Analiza zapadalności na choroby zawodowe w Polsce za 2015 r. wskazuje, że:

- stwierdzono 2094 przypadki chorób zawodowych, tj. o 10,9% mniej niż w 2014r.; współczynnik zapadalności wynosił 14,4 przypadków na 100 000 osób pracujących i w stosunku do roku poprzedniego zmalał się o 12,7%,

- zachorowalność ogólna na choroby zawodowe w Polsce w 2015 r. była powodowana głównie chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi (90% z nich stanowiły zakażenia boreliozą, pylice płuc oraz przewlekłe choroby narządu głosu),
- analogicznie do lat poprzednich 61,9% ogółu zachorowań dotyczyło mężczyzn, a zdecydowana większość chorób zawodowych (91,1%) powstała po minimum 10-letnim okresie pracy w kontakcie z czynnikiem, który mógł być przyczyną zachorowania i w większości (88,1%) dotyczyła osób w wieku 45 lat lub starszych,
- najliczniejszą grupę zawodową wśród osób ze stwierdzoną chorobą zawodową stanowili robotnicy i rzemieślnicy (26,7% ogółu), a największa zapadalność (wg sekcji działalności) dotyczyła przetwórstwa przemysłowego (22,0/100 000 pracujących).

W dyskusji podjęto wątek trudności z porównywaniem statystyk międzynarodowych dotyczących chorób zawodowych w różnych krajach europejskich, wynikających z różnych uwarunkowań prawnych, społecznych, ekonomicznych, a także różnic w poszczególnych krajach odnośnie do obowiązujących w nich wykazów chorób zawodowych i orzecznictwa lekarskiego. Próby standaryzacji danych w krajach Unii Europejskiej powiodły się jedynie w zakresie kryteriów diagnostycznych wybranych patologii zawodowych. Zwrócono również uwagę na brak odniesienia częstości chorób zawodowych do liczby pracowników rzeczywiście narażonych na czynnik wywołujący daną chorobę, co utrudnia wnioskowanie m. in. o skuteczności działań profilaktycznych.

Drugą, obok chorób zawodowych sygnalizowaną przez członków Rady kwestią był problem chorób pośrednio związanych z pracą, a więc chorób, w powstawaniu których warunki pracy stanowią tylko jeden z możliwych czynników ryzyka rozwoju choroby. W polskim ustawodawstwie choroby pośrednio związane z pracą nie mają umocowania prawnego. Są to schorzenia często występujące w populacji generalnej i określane są jako „choroby cywilizacyjne”. Należą do nich, m. in. choroby układu krążenia czy dolegliwości mięśniowo-szkieletowe.

Opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce jest obecnie ukierunkowana głównie na ocenę zmian w układach i narządach człowieka, które są szczególnie podatne na zagrożenia występujące na stanowisku pracy. Według IMP zakres opieki

profilaktycznej nad pracownikami powinien być szerszy i obejmować kompleksową ocenę ich stanu zdrowia, w tym szczególnie wczesne wykrywanie stanów chorobowych, których pacjent nie jest jeszcze świadomy i kontrolę skuteczności leczenia już zdiagnozowanych chorób przewlekłych.

W trakcie dyskusji podkreślano, że aczkolwiek ten kierunek zmian jest słuszny, to jednak należy rozważyć wszystkie uwarunkowania prawne, społeczne i finansowe. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, że obciążanie pracodawcy dodatkowymi kosztami wynikającymi z wprowadzenia szerszego niż dotychczas zakresu badań laboratoryjnych niezbędnych dla kompleksowej oceny stanu zdrowia pracownika, wykracza poza regulowane Kodeksem pracy obowiązki pracodawcy. Podjęcie dyskusji na ten temat powinno być poprzedzone rzetelną oceną skutków finansowych i prawnych wynikających z wprowadzenia takich zmian.

Liczba i rodzaj świadczeń wykonywanych corocznie w Polsce przez służbę medycyny pracy wskazuje na wysoki, ale nie w pełni wykorzystany, potencjał prowadzonej profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą. W analizowanym okresie (lata 1997 – 2014) wykonywano w Polsce rocznie średnio 3,961 mln obowiązkowych badań profilaktycznych, które w 99,3% przypadków kończyły się wydaniem orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku. W dyskusji nad tym problemem zwrócono uwagę na fakt niedostatecznego wykorzystania potencjału badań wstępnych do celów profilaktyki zdrowotnej.

Ponadto podkreślić należy, że od 2004 r. obserwowany jest systematyczny spadek liczby zarejestrowanych lekarzy służby medycyny pracy, co grozi niewydolnością systemu prewencji chorób zawodowych.

Podsumowując, Rada Ochrony Pracy uznaje, że do podstawowych wyzwań w zakresie profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, które należy rozważyć zaliczyć można:

- 1) rozszerzenie standardów opieki profilaktycznej poza zadania z zakresu orzecznictwa o zdolności do pracy przez wykorzystywanie obowiązkowych badań profilaktycznych do wykrywania powszechnie występujących chorób, takich jak: nadciśnienie tętnicze, cholesterolemia, cukrzyca
- 2) wskazane jest, aby w ramach badań wstępnych, a w uzasadnionych przypadkach także okresowych, diagnozować zmiany wynikające z narażenia

- na czynniki zagrożeń specyficzne dla określonych środowisk pracy (np. czynniki biologiczne u pracowników leśnych – borelioza),
- 3) usprawnienie współpracy jednostek podstawowych służby medycyny pracy z pracodawcami, szczególnie w zakresie wizytowania zakładów i stanowisk pracy przez lekarzy medycyny pracy.

**Przewodniczący
Rady Ochrony Pracy**

/-/ Poseł Janusz Śniadek

Warszawa, 21 marca 2017 r.