

Krajowa polityka w zakresie zdrowia pracujących*/

Stan zdrowia osób pracujących jest niewątpliwie jednym z istotnych wskaźników zdrowia publicznego, sprawności systemu zdrowia oraz jakości rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju. Zdrowie pracujących, a właściwie zdrowie populacji w wieku produkcyjnym (np. w wieku 16 – 70 lat) jest determinowane przez wiele czynników, które ogólnie można podzielić na następujące grupy:

1. czynniki środowiska i organizacji pracy
2. czynniki zależne od stylu i kultury życia pracujących i ich rodzin
3. czynniki środowiska poza pracą, warunki mieszkaniowe
4. jakość i dostępność podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy

Znaczne różnice w występowaniu i nasileniu tych czynników decydują o występowaniu dużych nierówności w zdrowiu pomiędzy różnymi grupami pracujących (wliczając również bezrobotnych). Niski poziom zdrowia zbyt często jest powodem utraty zdolności do pracy prowadząc do obniżenia jakości życia dotkniętych tym osób i olbrzymich kosztów ponoszonych przez społeczeństwo. Koszty rent przyznanych z powodu niezdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych stanowią olbrzymie obciążenie finansowe społeczeństwa. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że około jednej czwartej globalnego obciążenia chorobami przypada na populację pracującą.

W następstwie znacznych zmian w świecie pracy w ciągu ostatnich 25 lat w całej Europie, w tym także w Polsce, pojawiają się przesłanki do nowego podejścia w polityce ochrony zdrowia pracujących, a także modyfikacji infrastruktury wspierającej przedsiębiorstwa w zakresie zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem pracujących. Oto niektóre z nich:

- Bardzo duży wzrost liczby pracowników w małych przedsiębiorstwach, niezdolnych do tworzenia własnych służb medycyny pracy i służb BHP i działających w warunkach dużej konkurencji i niepewności
- Zmiany demograficzne populacji pracujących, ze wzrostem odsetka osób starszych i dużym uczestnictwem kobiet
- Wzrost zatrudnienia w usługach, często wiążący się z niską kontrolą własnej sytuacji w pracy, z izolacją od współpracowników i pracą w samotności, powtarzalne czynności w pracy, monotonia, niskie wsparcie społeczne

- Wzrost wpływu na zdrowie pracujących przemocy (violence) ze strony klientów i współpracowników, szykanowania pracowników przez przełożonych (bullying) lub współpracowników (mobbing)
- Zmiany w praktyce zatrudniania (np. zatrudnienie na krótki okres czasu lub w niepełnym wymiarze czasu pracy)
- Wzrost zróżnicowania lub zanikanie tradycyjnych struktur pracy
- Narastający problem rosnących kosztów świadczeń medycznych, składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz dużych kosztów produkcji przez pracowników o niskim poziomie zdrowia, niskiej motywacji do pracy i dużej absencji.

Żadnemu z tych wyzwań nie można sprostać stosując tradycyjne podejścia ukierunkowane jedynie na obniżenie ryzyka zawodowego związanego z występowaniem fizycznych, chemicznych lub biologicznych zagrożeń w miejscu pracy. Aby dostatecznie wesprzeć pracodawców i pracowników w prewencji lub złagodzeniu zdrowotnych skutków wyżej przedstawionych procesów i zjawisk potrzebne jest całościowe i aktywne podejście w przedsiębiorstwie lub instytucji do zarządzania determinantami zdrowia i kapitałem ludzkim, z jednoczesnym wykorzystaniem metod i wiedzy o kontroli tradycyjnych zawodowych zagrożeń zdrowia i bezpieczeństwa. Istnieją przedsiębiorstwa w Europie, zwłaszcza o zasięgu międzynarodowym, które podejmują skutecznie szeroko zakrojone działania dla poprawy lub podtrzymywania zdrowia i zdolności do pracy zatrudnionych, w przekonaniu że, mogą w ten sposób umocnić swą pozycję rynkową i osiągnąć konkurencyjną przewagę. Zakres tych działań może być bardzo szeroki i obejmować następujące inwestycje prozdrowotne:

- Ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracujących przed zawodowymi zagrożeniami występującymi w środowisku pracy – odpowiedzialność pracodawców w tym zakresie jest zwykle określona przepisami prawnymi
- Promowanie zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, zdrowego stylu życia oraz zapobieganie przewlekłym, niezakaźnym chorobom cywilizacyjnym (np. choroby układu krążenia, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, zaburzenia psychiczne) poprzez właściwą kulturę pracy, organizację pracy i zapewnienie pracownikom wsparcia społecznego i udziału w tworzeniu zakładowej polityki ochrony zdrowia
- Inwestowanie w podnoszenie wiedzy i umiejętności zawodowych pracowników
- Oszczędne wykorzystywanie zasobów naturalnych oraz ochrona środowiska naturalnego przed zanieczyszczeniami

W skład zdrowia i bezpieczeństwa pracujących wchodzi wszelkie działania mające na celu:

- Zmniejszenie szkodliwego oddziaływania pracy na zdrowie i zapewnienie bezpieczeństwa pracującym
- Zapewnienie, że osoby z problemami zdrowotnymi nie są, bez bezwzględnej konieczności, wykluczani ze swojego miejsca pracy lub rynku pracy w następstwie wymagań stawianych przez warunki pracy lub wymagań co do oczekiwanej zdolności do pracy
- Promowanie warunków i organizacji pracy, które wpływają korzystnie na ogólne zdrowie pracujących

Mając na uwadze zakres powyższych działań można wyróżnić 3 poziomy działań na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.



Poziom Pierwszy: Zapobieganie chorobom i wypadkom zawodowym

Obejmuje działania zapewniające minimum zdrowia i bezpieczeństwa pracującym zgodnie z tradycyjną koncepcją ochrony pracy. Celem jest wyeliminowanie lub ograniczenie negatywnego działania szkodliwych lub uciążliwych czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobu wykonywania pracy na zdrowie pracujących. Oczekiwany rezultat jest zapobieganie chorobom zawodowym lub wypadkom przy pracy. Odpowiedzialność za

podejmowanie działań prewencyjnych, w tym profilaktycznych badań lekarskich jest regulowana właściwymi aktami prawnymi w szczególności przepisami Kodeksu pracy. W Polsce odpowiedzialność za ocenę i zarządzanie zdrowotnym ryzykiem zawodowym pracujących ponoszą pracodawcy wspomagani przez służbę BHP i służbę medycyny pracy. O skuteczności systemu świadczy systematyczne obniżanie liczby chorób zawodowych i wypadków przy pracy.

Poziom Drugi: Zapobieganie chorobom związanym z pracą

Poziom ten obejmuje zapobieganie wszystkim chorobom związanym z pracą, a więc chorobom zawodowym i parazawodowym oraz wypadkom zawodowym. Może obejmować także zapobieganie nasilaniu się u pracujących objawów chorób przewlekłych (np. cukrzyca, nadciśnienie) w celu podtrzymania zdrowia i zapobieżeniu niezdolności do pracy z powodów zdrowotnych. W porównaniu z poziomem pierwszym prewencją objęte są także choroby parazawodowe. Są to choroby i niedomagania zdrowotne o wieloczynnikowej etiologii, gdzie czynnik zawodowy współdziała z innymi pozazawodowymi czynnikami patologicznymi w wywoływaniu i postępie choroby (np. choroba niedokrwienna serca u kierowców pojazdów transportu publicznego, bóle kręgosłupa, nadciśnienie). Społeczno-ekonomicznym celem jest zmniejszenie związanej z warunkami pracy absencji chorobowej, zapobieganie odchodzeniu na rentę inwalidzką lub przedwczesnemu odchodzeniu na emeryturę.

Poziom Trzeci: Zintegrowane zarządzanie determinantami zdrowia w miejscu pracy

Najbardziej obszerny poziom zapewnienia zdrowia i bezpieczeństwa pracującym obejmuje nie tylko działania podejmowane na poziomie pierwszym i drugim, ale również działania podtrzymujące zdrowie i zapobiegające upośledzeniu zdrowia fizycznego lub psychicznego niezależnie od źródła pochodzenia czynnika szkodliwego. Nowy model zintegrowanego zarządzania prewencją chorób i podtrzymywania zdrowia i zdolności do pracy uwzględnia nie tylko zawodowe, ale zależne od stylu i kultury życia oraz inne środowiskowe determinanty zdrowia pracujących. Zgodnie z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia uwzględnia się następujące działania:

- opracowanie polityki prozdrowotnej zakładu pracy
- tworzenie fizycznego środowiska pracy wspierającego zdrowie
- wzmacnianie działań społecznych pracodawcy i pracujących na rzecz zdrowia

- zwiększanie kwalifikacji i umiejętności zawodowych oraz wiedzy pracowników o prewencji wczesnej promocji zdrowia
- poszerzenie zadań służb medycyny pracy i BHP, aby mogły wspierać osiągnięcie celów polityki prozdrowotnej zakładu pracy

Zintegrowane zarządzanie determinantami zdrowia w miejscu pracy jest więc modelem promocji zdrowia w miejscu pracy uwzględniającym zarówno działania przewidziane wymogami prawnymi w zakresie BHP i medycyny pracy, jak i dobrowolne inicjatywy na rzecz zdrowia pracujących realizowane w miejscu pracy.

Obciążenie populacji pracujących w Polsce chorobami i urazami prowadzącymi do ograniczenia zdolności do pracy

Zdolność do pracy może być upośledzona lub całkowicie uniemożliwiona przez:

- 1) choroby lub wypadki zawodowe,
- 2) choroby parazawodowe (choroby związane z pracą, gdzie czynnik środowiska pracy jest samodzielnie niewystarczający do wywołania choroby, lecz zwiększa działanie przyczyn spoza tego środowiska)
- 3) choroby i wypadki niezawodowe, którym jednakże można zapobiegać w miejscu pracy lub dzięki wczesnemu rozpoznaniu skutecznie wyleczyć lub ograniczyć ich szkodliwy wpływ na zdolność do pracy (np. rak płuc u palacza tytoniu, rak piersi, rak szyjki macicy, choroba wieńcowa)
- 4) choroby i wypadki niezawodowe, którym ze względu na ich etiologię nie można zapobiegać w miejscu pracy.

Zapadalność na te choroby i umieralność z ich powodu w populacji pracujących zależy od jakości zarządzania w miejscu pracy zawodowymi, środowiskowymi, społecznym i zależnymi od stylu życia determinantami zdrowia. Stąd zakładowa polityka zdrowotna powinna prowadzić do tworzenia zintegrowanego zarządzania determinantami zdrowia w miejscu pracy.

Choroby zawodowe i wypadki przy pracy

W ostatnich 10 latach obserwowano systematyczne zmniejszanie się w Polsce liczby i współczynnika zachorowalności na choroby zawodowe, co w pewnej mierze jest związane z likwidacją zakładów przemysłowych ze szkodliwymi dla zdrowia warunkami pracy. Jednakże w ostatnich dwóch latach liczba chorób zawodowych zwiększyła się o około 15%. W 1998

roku liczba tych chorób wynosiła 12 017, w roku 2000 – 7 339, w roku 2004 - 3790, a latach 2006, 2007 i 2008 było, odpowiednio, 3129, 3285 i 3546 przypadków chorób zawodowych. Zapadalność na choroby zawodowe również wzrosła w latach 2006-2008 wynosząc odpowiednio 32,8; 33,5 i 34,7 na 100 000 zatrudnionych. Praktyki rozpoznawania, stwierdzania i ubezpieczenia od chorób zawodowych różnią się znacznie w państwach Unii Europejskiej, co zostało wykazane przez Eurostat (Biuro Statystyczne Unii Europejskiej), który w 1998 roku zainicjował program zbierania danych statystycznych - European Occupational Diseases Statistics (EODS).

W 2005 r. odnotowano w Polsce 84 402 osoby poszkodowane w wypadkach przy pracy (bez rolnictwa indywidualnego), jednakże w 2006 roku liczba poszkodowanych w wypadkach wzrosła do 95,5 tys. osób, a w 2007 do 99,2 tys. osób. Zahamowany został więc spadek liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy w pierwszych latach XXI wieku. W 2007 roku nastąpił też wzrost liczby ciężkich wypadków przy pracy do 1002 osób, tj. o 1,5% więcej niż w roku poprzednim. Wypadki przy pracy spowodowały w roku 2007 śmierć 479 osób, tj. o 2,8% mniej niż w 2006 r.

Choroby parazawodowe

Choroby parazawodowe to choroby o wieloczynnikowej etiologii, w przypadku których zagrożenia zawodowe i warunki pracy ułatwiają patogenne działanie innych czynników, co prowadzi do wzrostu zapadalności na te choroby i nasilenia ich rozwoju.

Pomimo tego, że choroby parazawodowe stanowią poważne obciążenie dla zdrowia i zdolności do pracy populacji w wieku produkcyjnym rzadko są one przedmiotem działań prewencyjnych podejmowanych w polskich przedsiębiorstwach.

Choroby i wypadki niezawodowe, którym można zapobiegać w miejscu pracy

Należy wśród tego typu chorób wymienić te powodowane przez niezdrowy tryb życia związany z paleniem tytoniu, nadmiernym piciem alkoholu, niską aktywnością fizyczną lub niezdrowym odżywianiem. Skutki zdrowotne związane z tymi nałogami lub niezdrowym stylem życia są na tyle znane, że wiele przedsiębiorstw podejmuje ukierunkowane działania profilaktyczne w celu ograniczenia ich wpływu na zdrowie i zdolność do pracy własnych pracowników.

Czynniki chorobowe zależne od stylu życia powodują nie tylko zgony, ale także czasowe lub trwale upośledzenie funkcjonowania organizmu prowadzące do ograniczonej zdolności do pracy.

Liczba osób tracących trwale zdolność do pracy z powodów zdrowotnych jest około 20-krotnie wyższa niż liczba stwierdzanych w ciągu roku chorób zawodowych. Najczęściej przyczyną orzeczonej niezdolności do pracy są: choroby krążenia – 23,4% osób – 22,6% orzeczeń, nowotwory – 20,5%, zaburzenia psychiczne – 13,9% orzeczeń, choroby układu kostno- stawowego i mięśniowego – 12,1%, choroby układu nerwowego – 8,2% i choroby układu oddechowego - 3,3%. Wszystkie te choroby mają wieloczynnikową etiologię, i czynniki środowiska pracy obok innych czynników mogą przyczyniać się do wywołania i nasilenia tych chorób.

Koszty świadczeń społecznych z powodu niezdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych

Jednym z argumentów przemawiających za poprawą jakości i zakresu prowadzonej w przedsiębiorstwach prewencji wypadkowej i rentowej jest koszt ekonomiczny aktualnego obciążenia w Polsce chorobami i urazami prowadzącymi do niezdolności do pracy. Koszt rent z tytułu niezdolności do pracy w stosunku do PKB jest jednym z najwyższych na świecie. Niezdolność do pracy jest jednak także poważnym problemem UE powodując wysoki odsetek rent inwalidzkich w grupach wiekowych powyżej 55 roku życia, zwłaszcza w grupie wiekowej 60-64, w której np. w Finlandii tylko 20 % osób jest aktywnych zawodowo.

Koszty absencji chorobowej pracujących w Polsce systematycznie rosną. Według ZUS w 2007 roku wyniosły około 7,3 mld zł, z czego ZUS wypłacił w formie zasiłków 3,9 mld zł (53,5% całości kosztów), natomiast pracodawcy w formie wynagrodzenia chorobowego wypłacili 3,4 mld zł (46,5% całości kosztów). W 2007 roku łączna wysokość rent z tytułu niezdolności do pracy wyniosła ok. 13,5 mld zł, a renty pobierało 1 408,6 tys. osób. Renty z tytułu wypadków przy pracy i stwierdzonych chorób zawodowych stanowiły 16,5% wszystkich rent z tytułu niezdolności do pracy.

Niekorzystne cechy obecnej koncepcji ochrony zdrowia pracujących

Siłą, i jednocześnie słabością, obecnego systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce jest to, że jest on napędzany przede wszystkim wymaganiami odpowiednich przepisów prawa, natomiast w znacznie mniejszym stopniu jest on wprawiany w ruch oczekiwanymi

rezultatami zdrowotnymi uzgodnionymi w ramach trójstronnej umowy społecznej pomiędzy rządem a przedstawicielami pracodawców i pracowników. Przepisy prawa stanowią o sile systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących, gdyż dokładnie wyznaczają obowiązki pracodawców, pracowników, specjalistów medycyny pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Przepisy prawa są też jednocześnie słabością tworzonego przez nie systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących, gdyż zawężają cel systemu do zapobiegania tylko stwierdzonym, w uregulowanej prawnie procedurze, chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy. Ponadto, tworzą konieczność tworzenia bogatej dokumentacji niezbędnej do wykazania spełnienia wymogów prawa, ale mało przydatnej w ocenie skuteczności i wydajności społecznej systemu. Tworzą więc pokusę formalistycznego spełniania wymogów prawa, gdyż nie ma alternatywnego systemu oceny stanu zdrowia i bezpieczeństwa pracujących np. w ramach systemu zdrowia publicznego.

Niedomagania zdrowia powodowane przez choroby o wieloczynnikowej etiologii (np. choroby układu krążenia, choroby układu ruchu), w których wywołaniu czynniki występujące w środowisku pracy odegrały znaczącą, ale nie dominującą rolę, pozostają w Polsce w zasadzie poza oddziaływaniem aktualnego systemu służby medycyny pracy i służby BHP. Dotyczy to także zaburzeń zdrowia psychicznego pracujących, na które bardzo silnie działają czynniki zależne od relacji społecznych, organizacji pracy i polityki kadrowej w miejscu pracy. Obecny system ochrony zdrowia pracujących nie obejmuje również działań mających na celu zapobieganie niezawodowym chorobom upośledzającym zdolność zatrudnionych do pracy, a powodowanych, między innymi przez czynniki zależne od stylu życia. W sumie system ochrony zdrowia pracujących, zatrudniający kilkanaście tysięcy osób, w ramach którego na podstawie badań profilaktycznych przygotowuje się rocznie około 4.6 miliona orzeczeń lekarskich dla celów Kodeksu Pracy pozostawia poza swoim działaniem prewencję większości chorób zmniejszających zdolność do pracy. Jest również zastanawiające, że 99,5% wydanych orzeczeń stwierdza brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na wybranym przez nich stanowisku pracy.

Działania w miejscu pracy w ramach systemu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących finansowane są całkowicie przez pracodawcę. Praktycznie nie można wykorzystać na programy prewencji chorób upośledzających zdolność do pracy lub promocję zdrowia pracujących w miejscach pracy (instytucjach, przedsiębiorstwach, gospodarstwach) środków gromadzonych ze składek zdrowotnych pracujących w Narodowym Funduszu Zdrowia. W świetle prawa działania podejmowane przez jednostki służby medycyny pracy, nawet takie

jak promocja zdrowia pracujących i wczesne wykrywanie niezawodowych chorób prowadzących do upośledzenia zdolności do pracy, czasowej lub trwałej niezdolności do pracy nie mogą być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz ten ma prawny obowiązek finansowania promocji zdrowia, ale nie może tego czynić na terenie zakładów pracy lub zlecać programy promocji zdrowia dorosłych służbie medycyny pracy lub BHP.

Polityka ochrony zdrowia pracujących jest domeną działania państwa i wchodzi w skład jego polityki zdrowotnej i społecznej. W Polsce polityka zdrowotna znajduje się w kompetencji Ministra Zdrowia, a polityka społeczna w kompetencji Ministra Pracy i Polityki Społecznej. W obu przypadkach ministrowie kształtują swoje polityki z pomocą podległych im ministerstw wykorzystując działania legislacyjne i pozalegisłacyjne. Istnienie w ramach rządu dwóch ośrodków kształtujących dwie uzupełniające się nawzajem ramy prawne ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących doprowadziło do dychotomii polityki ochrony zdrowia pracujących, w tym także powstania dwóch różnych służb: medycyny pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy.

Współtworzenie jednej, narodowej polityki ochrony zdrowia pracujących przez Ministra Zdrowia i Ministra Pracy i Polityki Społecznej, wspieranych przez odrębne infrastruktury, działających w ramach różnych kompetencji i posiadających niejednakowe możliwości konsultacji z partnerami społecznymi, sprawia, że wspólne kształtowanie tej polityki nie jest zadaniem ani łatwym, ani prostym. Jeszcze trudniejszym zadaniem jest ocena skuteczności takiej polityki, gdyż wymagałoby to uzgodnienia wskaźników i kryteriów oceny oraz korzystania z zasobów informacji znajdujących się w gestii obu ministrów. W praktyce zgodnie z rządowym podziałem kompetencji obaj ministrowie, współpracując z sobą w ramach rządu, kształtują, realizują i oceniają skuteczność swoich odcinków polityki ochrony zdrowia pracujących. Przykładem istnienia dwóch odrębnych polityk w tej dziedzinie jest Krajowa Strategia na Rzecz Bezpieczeństwa i Higieny Pracy na lata 2009 – 2012 przyjęta uchwałą Rady Ministrów na wniosek Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 przyjęty uchwałą Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia, w którym zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy jest jednym z celów operacyjnych. Uzupełniająca Narodowy Program Zdrowia Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013 przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku zakłada osiągnięcie w wyniku jej realizacji następujących rezultatów istotnych dla zdrowia pracujących:

- wzrost liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy,

- zmniejszenie umieralności osób w wieku produkcyjnym,
- zmniejszenie liczby osób wyeliminowanych z rynku pracy na skutek niesprawności,
- wydłużenie okresu aktywności zawodowej,
- zmniejszenie absencji chorobowej oraz
- zmniejszenie środków finansowych wydawanych na renty.

Koncepcja ochrony pracy określa system środków prawnych, ekonomicznych, organizacyjnych, medycznych i technicznych służących ochronie interesów pracowników najemnych, w tym zapewnieniu pracownikom bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w procesie pracy. Pierwotną przyczyną ochrony pracy była konieczność obrony pracowników najemnych przed społecznym wyzyskiem pracodawców. Dominacja koncepcji ochrony pracy w kształtowaniu polityki zdrowia pracujących w Polsce oznacza, że w budowie tej polityki nie jest wykorzystywana koncepcja zdrowia publicznego, znacznie szerzej postrzegająca determinanty zdrowia pracujących niż praktykuje się to w ramach koncepcji ochrony pracy.

Ochrona zdrowia pracujących w perspektywie zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne można zdefiniować jako stan zdrowia społeczeństwa, stan środowiskowych, społecznych i kulturowych czynników determinujących zdrowie oraz całokształt działań podejmowanych przez organizacje rządowe, samorządowe, społeczne i gospodarze oraz indywidualne osoby na rzecz poprawy lub zachowania stanu zdrowia społeczeństwa. Należy podkreślić także, że pracodawcy, a także pracownicy przedsiębiorstw i instytucji, w trakcie wykonywania pracy zawodowej podejmują decyzje mające bezpośredni lub pośredni wpływ na jakość środowiska życia i pracy ludzi, na organizację i kulturę pracy, na wykorzystanie zasobów naturalnych i środowiska naturalnego. Decyzje te mają wpływ na ich własne zdrowie, a także na zdrowie ich klientów, rodzin oraz osób pozostających w sferze środowiskowego oddziaływania przedsiębiorstwa lub instytucji. Jakość zarządzania zasobami ludzkim w przedsiębiorstwach i instytucjach, w powiązaniu z polityką społeczną i polityką zwalczania bezrobocia, współdecydują o poziomie posiadanego w kraju kapitału ludzkiego, ale także zdrowia pracujących i ich rodzin. Zarządzanie determinantami zdrowia w przedsiębiorstwach i instytucjach ma także wpływ na zdolność narodowego systemu opieki zdrowotnej i narodowego systemu opieki społecznej do sprostania ciągle rosnącym oczekiwaniom i wymaganiom.

Zakłady pracy, w zdecydowanej większości, w swoich działaniach poprzestają na wywiązywaniu się z obowiązków prawnych mających na celu zapewnienie warunków pracy zgodnych z przepisami BHP oraz zapobieganie uznanym oficjalnie chorobom zawodowym i

wypadkom przy pracy. Taka profilaktyka w zakładzie pracy, mimo zaangażowania z mocy prawa znacznych sił i środków, oddziałuje łącznie na wybrane czynniki determinujące zdrowia pracujących. Poza obszarem działania służby medycyny pracy i służby BHP pozostaje natomiast oddziaływanie na populację pracujących czynników społeczno-demograficznych, ekonomicznych, środowiskowych oraz zależnych od stylu życia, mimo dominującego wpływu tych determinant na stan zdrowia i zachowanie zdolności do pracy osób pracujących lub poszukujących pracy. Czynniki te uwzględnione są w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015 oraz w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, ale w odniesieniu do ogółu populacji.

Zdrowie pracujących w aktach prawnych i strategiach Unii Europejskiej

Wspólnotowy dorobek prawny w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa pracujących ustanowiony w oparciu o artykuł 118a Traktatu o Ustanowieniu Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej umożliwił z jednej strony ujednoczenie minimalnych wymagań w tym zakresie we wszystkich państwach członkowskich, a z drugiej poprawę warunków pracy w państwach członkowskich i dokonanie znacznych postępów w zmniejszeniu liczby wypadków i chorób związanych z pracą. Wiodącą rolę we wspólnotowym dorobku prawnym spełnia Dyrektywa Ramowa 89/391 oraz ponad 20 dyrektyw określających ogólne i specyficzne wymagania stawiane miejscom pracy lub kontroli czynników szkodliwych dla zdrowia lub niebezpiecznych dla życia pracowników, a także ochrony praw pracowników kontraktowych i tymczasowych. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że polskie przepisy odpowiadają wymaganiom określonym w Dyrektywie Ramowej. W dokumencie Komisji Europejskiej „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia w pracy na lata 2007-2012” za nadrzędny cel strategii uznano stałe zmniejszanie liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Rada Unii Europejskiej akceptując propozycje Komisji wskazała, że zainteresowane strony powinny dążyć do osiągnięcia celu stosując następujące procesy lub instrumenty:

1. wzmoczenie wysiłków na rzecz wdrażania prawodawstwa wspólnotowego
2. wspieranie osiągania zgodności z prawodawstwem wspólnotowym w sektorach i przedsiębiorstwach, w których występują ryzyka, oraz w przypadku najbardziej zagrożonych kategorii pracowników
3. upraszczanie ram prawnych i dostosowanie ich do zmian zachodzących w miejscu pracy

4. tworzenie ogólnej kultury poszanowania zdrowia i zapobiegania zagrożeniom przez wspieranie zmian w zachowaniu pracowników, przy jednoczesnym zachęcaniu pracodawców do podejmowania działań koncentrujących się wokół zdrowia
5. zakończenia prac nad metodami określania i oceny nowych potencjalnych zagrożeń
6. oceny realizacji strategii wspólnotowej w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy
7. propagowanie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na poziomie międzynarodowym.

Potencjalne trudności w wykorzystaniu strategii unijnej

W opinii Rady i Komisji strategię krajowe powinny zwiększyć spójność uzupełniających się polityk, zwłaszcza polityki w zakresie zdrowia publicznego i zatrudnienia z polityką zdrowia i bezpieczeństwa w pracy (bezpieczeństwa i higieny pracy). Doceniając w pełni dominujące znaczenie tego postulatu dla skuteczności proponowanej strategii, trzeba odnotować wyraźną rozbieżność między tym postulatem a celami i zakresem narzędzi proponowanych w dokumentach przygotowanych przez Radę i Komisję. Rada i Komisja ograniczają cel strategii do zmniejszenia wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Poza tym celem pozostaje więc zmniejszenie częstości chorób związanych z pracą (choroby parazawodowe), które nie są uznawane w Polsce za zawodowe oraz chorób nie związanych z pracą, lecz którym można zapobiegać w miejscu pracy w ramach programów promocji zdrowia. Wprawdzie, w propozycji Komisji obiecuje się uwzględnienie w strategii zdrowia pracujących wyniki konsultacji zapoczątkowanych w 2007 roku w sprawie ograniczenia szkodliwych skutków palenia tytoniu oraz w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności, to jednak nie podano propozycji jak i kto ma to zrobić. Większość zdrowotnych przyczyn utraty lub zmniejszenia zdolności do pracy pracujących pozostaje więc poza głównym celem unijnej strategii zdrowia pracujących. Ponadto w polskojęzycznej wersji obu dokumentów jest mowa o strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy co dodatkowo zawęży zakres tematyczny obu propozycji, a także prowadzi do pominięcia w jej wdrażaniu, między innymi, służb medycyny pracy lub instytucji odpowiedzialnych za realizację Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Dalsze prace nad budową strategii wspólnotowej, powołanie w Polsce wielosektorowej i wielodyscyplinarnej grupy do budowy i wdrożenia krajowej strategii zdrowia i bezpieczeństwa pracujących mogą jednak znacznie zwiększyć prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w postaci poprawy jakości życia i zdrowia pracujących.

Proponowane zasady tworzenia polityki ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących

1. Tworzenie, realizacja i ocena strategii ochrony zdrowia pracujących jest demokratycznym procesem społecznym, w którym biorą udział przedstawiciele ministrów zdrowia, pracy i polityki społecznej, ubezpieczycieli społecznych i zdrowotnych, pracodawców i pracowników oraz samorządów. Proces jest koordynowany przez Ministra Zdrowia.
2. Ochrona zdrowia pracujących jest rozpatrywana jako istotny element ochrony zdrowia całego społeczeństwa i tworzona w oparciu o koncepcje zdrowia publicznego obejmującej także ochronę pracy.
3. Ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracujących obejmuje zapobieganie chorobom i wypadkom zawodowym, chorobom parazawodowym i chorobom, którym można zapobiegać w miejscu pracy dzięki programom promocji zdrowia pracujących.
4. Polityka ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących umożliwia efektywną współpracę Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Państwowej Inspekcji Pracy, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, służby medycyny pracy, służby bezpieczeństwa i higieny pracy, jednostek organizacyjnych podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej i innych zainteresowanych organizacji i instytucji.
5. Środowisko pracy w przedsiębiorstwach, instytucjach i organizacjach jest uznawane jako społeczne ogniwo systemu zdrowia publicznego, co w konsekwencji prowadzi do potrzeby tworzenia zakładowej polityki zdrowotnej integrującej obligatoryjne i ponadobligatoryjne działania prozdrowotne.
6. Wskaźniki stanu zdrowia i bezpieczeństwa pracujących obejmują zdrowie fizyczne, psychiczne i dobrostan społeczny oraz ich determinanty.
7. Ocena skuteczności polityki zdrowia i bezpieczeństwa pracujących oceniana jest przez rząd i partnerów społecznych w ramach oceny polityki ochrony zdrowia i polityki społecznej.

*/ W opracowaniu wykorzystano przygotowywaną do publikacji pracę Profesora Bogusława Barańskiego pt. "Podstawy polityki ochrony zdrowia pracujących"

Prof. dr hab. med. Bogusław Barański

Wydział Nauk o Zdrowiu i Środowisku Wyższej Szkoły Umiejętności w Kielcach

Emerytowany Profesor Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

Wieloletni Radca ds. Zdrowia Pracujących w Biurze Europejskim WHO