

Andrzej Marcinkiewicz¹Mariola Wojda¹Jolanta Walusiak-Skorupa¹Wojciech Hanke²Konrad Rydzyński³

ANALIZA ZADAŃ SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY REALIZOWANYCH W POLSCE W LATACH 1997–2014. CZY W PEŁNI WYKORZYSTUJEMY POTENCJAŁ BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH?

ANALYSIS OF TASKS OF OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES ACCOMPLISHED IN POLAND, 1997–2014.
DO WE EXPLOIT THE FULL POTENTIAL OF PROPHYLACTIC EXAMINATIONS OF WORKERS?

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland

¹ Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Pracownia Polityki Zdrowotnej / Department of Occupational Diseases and Environmental Health, Occupational Diseases Outpatient Clinic

² Zakład Epidemiologii Środowiskowej / Department of Environmental Epidemiology

³ Dyrektor Instytutu / Head of the Institute

STRESZCZENIE

Wstęp: Na podstawie danych pochodzących z obowiązkowej sprawozdawczości oceniono zakres opieki profilaktycznej sprawowanej przez lekarzy służby medycyny pracy (SMP) w Polsce, w tym liczbę i rodzaje realizowanych świadczeń. **Materiał i metody:** Analizą objęto dane z lat 1997–2014, zawarte w wypełnianym corocznie przez lekarzy SMP formularzu statystycznym MZ-35A – „Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących”. **Wyniki:** W analizowanym okresie liczba lekarzy SMP zmniejszyła się z 8507 do 6741, natomiast z 4967 do 6261 wzrosła liczba podstawowych jednostek SMP, które są podmiotami właściwymi do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. W latach 1997–2014 w Polsce rocznie wykonywano średnio 3,961 mln obowiązkowych dla pracowników badań profilaktycznych. W 99,3% przypadków kończyły się one wydaniem orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku. Badania wstępne przed podjęciem pracy stanowiły średnio 38,8% wszystkich badań profilaktycznych, okresowe – 52,8%, a wykonywane po przekraczającej 30 dni absencji chorobowej badania kontrolne – 6,7%. Dla potrzeb oceny predyspozycji zdrowotnych w związku z praktyczną nauką zawodu lekarze SMP rocznie przeprowadzali średnio 336,7 tys. badań profilaktycznych uczniów, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych i uczestników studiów doktoranckich. W 2014 r. na 1 lekarza SMP przypadało średnio 1871 pracowników podlegających opiece profilaktycznej. Szacuje się, że mimo obowiązku ustawowego podstawowe jednostki SMP mają umowy zawarte jedynie z 22,2% wszystkich pracodawców. **Wnioski:** Liczba i rodzaj świadczeń wykonywanych corocznie w Polsce przez SMP wskazuje na wysoki, ale nie w pełni wykorzystany potencjał prowadzonej skutecznie profilaktyki chorób zarówno bezpośrednio związanych z pracą zawodową, jak i pośrednio wpływających na możliwość wykonywania pracy. Med. Pr. 2017;68(1):105–119

Słowa kluczowe: orzecznictwo, profilaktyka, opieka profilaktyczna, służba medycyny pracy, lekarz medycyny pracy, badania okresowe

ABSTRACT

Background: Mandatory medical reports can be used to evaluate the scope of activity of occupational health services (OHS), including the number and kind of services. **Material and Methods:** The analysis comprised data for the period 1997–2014, derived from mandatory reports MZ-35A submitted by OHS units. **Results:** During the analyzed period the number of occupational medicine physicians decreased from 8507 to 6741, while the number of OHS units – responsible for prophylactic care – increased from 4967 to 6261. In the years under report 3,961 million mandatory health check-ups were performed, of which 99.3% resulted in issuing fitness for work certificates. Pre-employment examinations made 38.8%, while periodical ones – 52.8% and control ones – 6.7% of all check-ups. Moreover, 336 700 examinations of apprentices, students, vocational courses attendants and Ph.D. students were performed to evaluate any contradictions for vocational training. In 2014, there were 1871 workers provided with preventive care per 1 occupational physician. It was estimated that despite legal obligation, only 22.2% of employers had signed agreements with OHS units. **Conclusions:** The analysis of the number and kind of services provided by OHS units revealed high but not fully exploited potential for efficient prophylaxis of both directly occupational work-related and indirectly work-exacerbated diseases. Med Pr 2017;68(1):105–119

Key words: prevention, preventive care, medical certification, occupational health service, occupational medicine physician, occupational health check

Autor do korespondencji / Corresponding author: Andrzej Marcinkiewicz, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Pracownia Polityki Zdrowotnej, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: andrzej.marcinkiewicz@imp.lodz.pl

Nadesłano: 18 maja 2016, zatwierdzono: 7 lipca 2016

WSTĘP

Misją służby medycyny pracy (SMP) w Polsce jest ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej, czyli zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy [1].

Badania profilaktyczne, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy [2] i pozostałe zadania przypisane służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane zarówno na zawodowe czynniki ryzyka, jak i pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy.

Potrzebę realizacji skutecznej profilaktyki wśród pracowników podkreśla się także w aspekcie makroekonomicznym, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa i potrzeby utrzymywania dłuższej aktywności zawodowej. Osoby starsze są bowiem rosnącym zasobem siły roboczej i kapitału ludzkiego, który powinien mieć udział w tworzeniu produktu krajowego brutto (PKB) i wzroście gospodarczym Polski [3].

Realizowanie przez służbę medycyny pracy szerszego wymiaru profilaktyki niż wynikający z zagrożeń w miejscu pracy jest uzasadnione nie tylko tym, że jest to jedno z jej ustawowych zadań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą [1]. Przede wszystkim uzasadnia to niepowtarzalna możliwość oceny stanu zdrowia pracownika i wydania zaleceń osobie, która w poczuciu zdrowia poddaje się badaniom lekarskim z powodów administracyjnych, a nie ze względu na chorobę lub dolegliwość.

Zasięg opieki profilaktycznej sprawowanej przez służbę medycyny pracy – w tym liczbę i rodzaj realizowanych świadczeń z zakresu orzecznictwa do celów Kodeksu pracy – można ocenić dzięki corocznej sprawozdawczości. Zobowiązani są do niej (w związku z przepisami Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej [4]) lekarze uprawnieni do badań profilaktycznych pracowników oraz jednostki SMP.

Celem niniejszej publikacji jest ocena potencjału służby medycyny pracy w prowadzeniu skutecznej profilaktyki chorób zarówno bezpośrednio związanych z pracą zawodową, jak i pośrednio wpływających na możliwość wykonywania pracy oraz długotrwałego i satysfakcjonującego utrzymywania aktywności zawodowej.

MATERIAŁ I METODY

Analizą objęto dane o działalności orzeczniczej służby medycyny pracy w Polsce z lat 1997–2014. Pochodzą one z obligatoryjnych dla wszystkich podstawowych jednostek SMP sprawozdań, które są corocznie sporządzane na formularzu statystycznym MZ-35A – „Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących” [5,6]. Wypełnione formularze przesyłane są do Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi po weryfikacji przez właściwe terytorialnie wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

Do obliczeń przyjęto dane o liczbie pracujących publikowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) na podstawie uogólnionych wyników przeprowadzanego kwartalnie reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) [7]. Zgodnie z definicją przyjętą w badaniu BAEL – odpowiadającą definicji z art. 4 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [1] – do pracujących zaliczono osoby wykonujące pracę w charakterze pracownika najemnego lub w gospodarstwie rolnym, prowadzące działalność gospodarczą, pomagające (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub działalności gospodarczej, a także otrzymujących wynagrodzenie uczniów, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy. Pracownikami najemnymi są osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy w przedsiębiorstwie publicznym lub u pracodawcy prywatnego, osoby wykonujące pracę nakładczą oraz otrzymujący wynagrodzenie uczniowie, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o praktyczną naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy [7].

Zgodnie z art. 4 ustawy o służbie medycyny pracy przez pracodawcę należy rozumieć jednostkę organizacyjną (nawet jeśli nie ma osobowości prawnej), a także osobę fizyczną – jeżeli podmioty te zatrudniają pracowników – lub będący odpowiednikiem pracodawcy podmiot stosunku służbowego [1]. Nie ma jednoznacznych danych określających liczbę przedsiębiorców w Polsce zatrudniających pracowników na podstawie przepisów Kodeksu pracy [8]. Do obliczenia współczynników obejmujących liczbę pracodawców przyjęto więc dane i definicje płatnika składek podane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych [9], zgodnie z którymi płatnikiem składek:

- osobą fizyczną – są osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, twórcy, artyści, osoby prowadzące działalność w zakresie wolnego zawodu

łącznie z osobami współpracującymi, a także osoby fizyczne nieprowadzące pozarolniczej działalności będące płatnikami składek za inne osoby;

- osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej – są osoby prawne oraz spółki kapitałowe, spółdzielnie, przedsiębiorstwa państwowe, agencje rządowe i spółki cywilne.

WYNIKI

Badania profilaktyczne i profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opie-

ki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [10]. Liczba lekarzy mających ww. uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 cytowanego rozporządzenia dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, w 1997 r. wynosiła 8507, w 2004 r. – 9628, a w 2014 r. – 6741.

Podmiotami właściwymi do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi są podstawowe jednostki służby medycyny pracy [1]. Ich liczba wzrosła z 4967 w 1999 r. do 7633 w 2003 r., a na-

Tabela 1. Podstawowe jednostki służby medycyny pracy (SMP) i lekarze uprawnieni do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników w latach 1997–2014

Table 1. Occupational health services (OHS) units and physicians authorized to provide workers with prophylactic health care, 1997–2014

Rok Year	Lekarze uprawnieni do badań profilaktycznych Physicians authorized to provide prophylactic health care [n]	Lekarze, którzy wypełnili druk MZ-35A Physicians who have completed the report MZ-35A		Zarejestrowane podstawowe jednostki SMP Registered units of OHS		
		ogółem total [n]	lekarze uprawnieni do badań profilaktycznych physicians authorized to provide prophylactic health care [%]	ogółem total [n]	prywatne praktyki lekarskie private medical practice	
					n	%
1997	8 507	5 503	64,7	–	–	–
1998	–	–	–	–	–	–
1999	7 303	6 777	92,8	4 967	2 377	47,9
2000	8 791	6 194	70,5	6 312	3 040	48,2
2001	8 956	6 393	71,4	6 947	3 455	49,7
2002	9 342	6 573	70,4	7 413	3 605	48,6
2003	9 507	6 634	69,8	7 633	3 615	47,4
2004	9 628	6 463	67,1	7 559	3 593	47,5
2005	9 597	6 066	63,2	7 624	3 639	47,7
2006	9 314	5 729	61,5	7 613	3 605	47,4
2007	9 190	6 579	71,6	7 435	3 520	47,3
2008	9 093	5 826	64,1	7 294	3 455	47,4
2009	8 659	7 644	88,3	7 029	3 954	56,3
2010	8 548	5 019	58,7	6 869	3 256	47,4
2011	8 458	4 806	56,8	6 645	3 038	45,7
2012	6 834	4 389	64,2	6 644	3 038	45,7
2013	7 085	5 093	71,9	6 362	2 842	44,7
2014	6 741	5 004	74,3	6 261	2 767	44,2

stępnie zaczęła systematycznie spadać do 6261 jednostek zarejestrowanych w 2014 r. Odsetek prywatnych praktyk lekarskich w ogólnej liczbie podstawowych jednostek SMP do 2010 r. prawie się nie zmieniał i wynosił 47–48%, natomiast w ostatnich 4 latach zmalał do 44,2% (tab. 1).

Mimo że w przepisach o statystyce publicznej wskazano coroczny obowiązek sporządzania sprawozdań przez lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących [4–6], w latach 1999–2014 średnio mniej niż 70% lekarzy przesłało wypełniony formularz MZ-35A. Relatywnie najwięcej lekarzy dopełniło tego obowiązku w 1999 r. (6777 osób z 7303 zobowiązanych), a najmniej w 2011 r. (4806 z 8458).

Liczba pracowników najemnych wzrosła z 12,001 mln w roku 2010 do 12,612 mln w roku 2014 [7]. W związku z odnotowanym w analogicznym okresie spadkiem liczby lekarzy SMP zwiększyła się – z 1404 w 2010 r. do 1871 w 2014 r. – liczba pracowników podlegających obowiązkowej opiece profilaktycznej wynikającej z Kodeksu pracy, przypadających na 1 lekarza uprawnionego do sprawowania takiej opieki. Do tego średnia liczba wykonywanych rocznie badań profilaktycznych pracowników przypadająca na 1 lekarza wzrosła z 502 do 670.

W latach 1997–2014 rocznie wykonywano średnio 3,961 mln badań profilaktycznych, które w 99,3% przypadków kończyły się wydaniem orzeczenia w trybie art. 229 § 4 Kodeksu pracy [2] o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku (orzeczenie o symbolu 21 – zgodne z załącznikiem nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [10]) (tab. 2). W analizowanym 18-letnim okresie 259 178 badań zakończyło się orzeczeniem o przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania czynności zawodowych na wskazanym w skierowaniu stanowisku, co stanowi 0,38% wszystkich wydanych w tym okresie decyzji orzeczniczych (orzeczenie o symbolu 22 [10]) (tab. 2).

Trzeci rodzaj orzeczeń (o symbolu 23 [10]) wydawanych na takim samym druku jak 2 wyżej wymienione (określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. [6]) określa utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy przez pra-

Tabela 2. Rodzaje orzeczeń wystawionych przez lekarzy służby medycyny pracy w Polsce w latach 1997–2014
Table 2. Kinds of certificates issued by occupational medicine physicians in Poland, 1997–2014

Rok Year	Badania profilaktyczne (ogółem) Prophylactic examinations (total) [n (%)]	z symbolem 21 certificate type 21	z symbolem 22 certificate type 22	z symbolem 23 certificate type 23	z symbolem 31 certificate type 31	z symbolem 33 certificate type 33	z symbolem 34 certificate type 34	z symbolem 35 certificate type 35	Orzeczenia o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie kobiety w ciąży Certificate stating that particular work is harmful to a pregnant woman's health [n (%)]
1997	3 804 805 (100)	3 696 741 (97,16)	–	10 994 (0,289)	14 505 (0,381)	18 178 (0,478)	10 732 (0,282)	2 803 (0,074)	2 022 (0,053)
1998	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1999	3 754 658 (100)	3 713 581 (98,91)	21 245 (0,57)	3 826 (0,102)	8 790 (0,234)	2 975 (0,079)	2 074 (0,055)	1 100 (0,029)	1 067 (0,028)
2000	3 858 092 (100)	3 824 654 (99,13)	17 882 (0,46)	3 457 (0,090)	7 470 (0,194)	1 373 (0,036)	1 703 (0,044)	580 (0,015)	973 (0,025)

2001	3 460 370 (100)	3 436 046 (99,30)	13 176 (0,38)	3 022 (0,087)	4 775 (0,138)	484 (0,014)	1 592 (0,046)	433 (0,013)	842 (0,024)
2002	3 522 216 (100)	3 500 563 (99,39)	11 409 (0,32)	3 122 (0,089)	3 860 (0,110)	1 261 (0,036)	1 029 (0,029)	315 (0,009)	657 (0,019)
2003	3 689 357 (100)	3 669 557 (99,46)	11 450 (0,31)	2 347 (0,064)	3 730 (0,101)	578 (0,016)	785 (0,021)	264 (0,007)	646 (0,018)
2004	3 646 680 (100)	3 627 431 (99,47)	11 743 (0,32)	1 867 (0,051)	2 467 (0,068)	1 676 (0,046)	635 (0,017)	336 (0,009)	525 (0,014)
2005	3 695 938 (100)	3 676 344 (99,47)	12 218 (0,33)	1 935 (0,052)	2 496 (0,068)	1 627 (0,044)	641 (0,017)	158 (0,004)	519 (0,014)
2006	4 077 294 (100)	4 055 324 (99,46)	16 138 (0,40)	1 806 (0,044)	2 641 (0,065)	64 (0,002)	666 (0,016)	158 (0,004)	498 (0,012)
2007	4 498 486 (100)	4 471 118 (99,39)	21 614 (0,48)	1 976 (0,044)	2 222 (0,049)	169 (0,004)	636 (0,014)	179 (0,004)	670 (0,015)
2008	4 363 556 (100)	4 335 644 (99,36)	22 763 (0,52)	2 079 (0,048)	1 989 (0,046)	39 (0,001)	468 (0,011)	118 (0,003)	466 (0,011)
2009	4 152 004 (100)	4 128 203 (99,43)	18 972 (0,46)	2 062 (0,050)	1 702 (0,041)	110 (0,003)	380 (0,009)	186 (0,004)	389 (0,009)
2010	4 292 297 (100)	4 269 920 (99,48)	17 451 (0,41)	1 848 (0,043)	1 764 (0,041)	436 (0,010)	467 (0,011)	102 (0,002)	309 (0,007)
2011	4 186 171 (100)	4 165 487 (99,51)	16 972 (0,41)	1 460 (0,035)	1 462 (0,035)	22 (0,001)	372 (0,009)	66 (0,002)	330 (0,008)
2012	3 777 425 (100)	3 760 938 (99,56)	13 380 (0,35)	1 155 (0,031)	1 202 (0,032)	7 (0,000)	453 (0,012)	79 (0,002)	211 (0,006)
2013	4 042 220 (100)	4 022 733 (99,52)	16 204 (0,40)	1 221 (0,030)	1 182 (0,029)	147 (0,004)	447 (0,011)	71 (0,002)	215 (0,005)
2014	4 514 187 (100)	4 494 193 (99,56)	16 561 (0,37)	1 300 (0,029)	1 310 (0,029)	224 (0,005)	421 (0,009)	174 (0,004)	293 (0,006)
Ogółem / / Total	67 335 756 (100)	66 848 477 (99,28)	259 178 (0,38)	45 477 (0,068)	63 567 (0,094)	29 370 (0,044)	23 501 (0,035)	7 122 (0,011)	10 632 (0,016)

* Symbole orzeczeń wydawanych przez lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy / Explanation of the symbols of certificates given by occupational physicians authorized to provide prophylactic care in accordance with the Decree of the Minister of Health dated 30 May 1996 on medical examinations of employees, the scope of prophylactic health care of employees and medical decisions issued for purposes provided for by the Labor Code [10]:

- 21 – wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy / worker is able to perform work on the given (current) position due to the lack of medical contra-indications,
- 22 – wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy / worker is unable to perform work on the given (current) position due to medical contraindications,
- 23 – wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy / worker is no longer able to perform work on the given (current) position due to medical contraindications,
- 31 – niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie / worker is unable to perform work on the given (current) position due to the harmful effect of the work on his/her health,
- 33 – niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na zagrożenie zdrowia młodocianego / worker is unable to perform work on the given (current) position due to a threat to an underage worker's health,
- 34 – niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na podejrzenie powstania choroby zawodowej / worker is unable to perform work on the given (current) position due to suspected occupational disease,
- 35 – niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy / worker is unable to perform work on the given (current) position due to detected occupational disease or effects of a work-related accident.

cownika, któremu brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego [2,10]. Liczba tego rodzaju orzeczeń wydawanych pracownikom w wieku przedemerytalnym systematycznie spadała z 3826 (1‰ ogólnej liczby orzeczeń) w 1999 r. do 1300 (poniżej 0,3‰) w 2014 r.

Jeszcze większy spadek – bo z 1,2% ogólnej liczby wszystkich orzeczeń wydanych w 1997 r. (poprzez 4‰ w 1999 r.) do 0,5‰ w 2014 r. – obserwuje się w przypadku decyzji sporządzanych na drukach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. [10], obejmujących:

- orzeczenie o symbolu 31 – o konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy ze względu na stwierdzenie szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie pracownika (średni udział: 0,94‰ w latach 1997–2014 i tylko 0,29‰ w 2014 r.),

- orzeczenie o symbolu 33 – stwierdzające, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego (średni udział: 0,44‰ w latach 1997–2014 i tylko 0,05‰ w 2014 r.),

- orzeczenie o symbolu 34 – stwierdzające u pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej (średni udział: 0,35‰ w latach 1997–2014 i tylko 0,09‰ w 2014 r.),

- orzeczenie o symbolu 35 – stwierdzające niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidztwa (średni udział: 0,11‰ w latach 1997–2014 i tylko 0,04‰ w 2014 r.).

Kolejny rodzaj orzeczeń stanowią wydawane na podstawie art. 179 Kodeksu pracy [2] zaświadczenia, w których stwierdza się przeciwwskazania zdrowotne

Tabela 3. Wystawione w Polsce w latach 1999–2014 orzeczenia dla potrzeb praktycznej nauki zawodu – ocena możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniająca stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki
Table 3. Certifications for professional courses issued in Poland in 1999–2014 – assessment of the potential to perform work-related tasks or participate in courses with the focus on the health condition and hazards of the workplace or school

Rok Year	Badania profilaktyczne u wszystkich pracujących (ogółem) Prophylactic examinations of all working citizens (total) [n (%)]	Orzeczenia dla potrzeb praktycznej nauki zawodu Certificates for professional courses [n (%)]
1999	3 975 475 (100)	220 817 (5,55)
2000	4 143 903 (100)	285 811 (6,90)
2001	3 700 015 (100)	239 645 (6,48)
2002	3 798 709 (100)	276 493 (7,28)
2003	4 026 245 (100)	336 888 (8,37)
2004	3 991 565 (100)	344 885 (8,64)
2005	4 073 362 (100)	377 424 (9,27)
2006	4 445 765 (100)	368 471 (8,29)
2007	4 847 619 (100)	349 133 (7,20)
2008	4 731 211 (100)	367 655 (7,77)
2009	4 541 512 (100)	389 508 (8,58)
2010	4 679 186 (100)	386 889 (8,27)
2011	4 545 053 (100)	358 882 (7,90)
2012	4 158 619 (100)	381 194 (9,17)
2013	4 408 973 (100)	366 753 (8,32)
2014	4 850 733 (100)	336 546 (6,94)
Ogółem / Total	68 917 945 (100)	5 386 994 (7,82)

Tabela 4. Rodzaje obowiązkowych badań profilaktycznych w Polsce w latach 2006–2014
Table 4. Types of obligatory health check-ups in Poland, 2006–2014

Rok Year	Badania wstępne Pre-employment examinations [n (%)]	Badania okresowe Periodical examinations [n (%)]	Badania kontrolne Control examinations [n (%)]
2006	1 427 819 (35,0)	2 088 208 (51,2)	220 587 (5,4)
2007	1 973 155 (43,9)	2 231 147 (49,6)	263 353 (5,9)
2008	1 841 636 (42,2)	2 196 816 (50,3)	277 126 (6,4)
2009	1 538 642 (37,1)	2 284 495 (55,0)	296 889 (7,2)
2010	1 619 485 (37,7)	2 325 992 (54,2)	293 847 (6,8)
2011	1 591 581 (38,0)	2 263 199 (54,1)	305 619 (7,3)
2012	1 384 379 (36,6)	2 098 459 (55,6)	276 083 (7,3)
2013	1 515 049 (37,5)	2 173 699 (53,8)	285 422 (7,1)
2014	1 831 019 (40,6)	2 362 632 (52,3)	320 536 (7,1)

do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią. Liczba takich orzeczeń o szkodliwym wpływie wykonywanej pracy na zdrowie kobiety w ciąży, podobnie jak wszystkich innych niż stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku, systematycznie spada – mimo że w 2014 r. odnotowano wzrost ich liczby o 36% w porównaniu z rokiem poprzednim.

W zakres sprawowania opieki profilaktycznej nad pracującymi – zgodnie z art. 6.1.2.c ustawy o służbie medycyny pracy [1] – wchodzi ocena możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniająca stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki. Liczba przeprowadzanych (w związku z cytowanym przepisem) badań profilaktycznych uczniów, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, wynosiła rocznie średnio 336,7 tys. Stanowi to 7,82% wydanych w latach 1999–2014 decyzji orzeczniczych wobec wszystkich pracujących. Najwyższy wzrost liczby orzeczeń w związku z praktyczną nauką zawodu (o ponad 60 tys.) odnotowano w 2003 r., natomiast najwięcej orzeczeń (niecałkowicie 390 tys.) wydano w 2009 r., od kiedy obserwuje się spadek ich liczby (do 336,5 tys. w 2014 r.) (tab. 3).

Omawiana wcześniej (tab. 3) działalność orzecznicza jest efektem sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi – głównie wykonywania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewi-

dzianych w Kodeksie pracy [2]. Szczegółowe statystyki na temat tych badań dotyczą okresu od dopiero 2006 r., ponieważ w latach 1999–2005 formularz statystyczny MZ-35A nie zawierał tej kategorii sprawozdawczej.

Analiza dostępnych danych wskazuje zachowanie w kolejnych latach proporcji w strukturze badań profilaktycznych. Rocznie średni udział w nich badań wstępnych wyniósł 38,8%, okresowych – 52,8%, a kontrolnych – 6,7% (tab. 4).

Zgodnie z art. 12 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [1] badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy, która od 27 grudnia 2008 r. (w wyniku nowelizacji przepisu) musi mieć formę pisemną [11]. Dane o liczbie umów zgłaszane są od 2006 r. (wcześniej nie było takiej kategorii sprawozdawczej).

Mimo wskazanego wyżej obowiązku ustawowego i systematycznego wzrostu liczby zawieranych umów podstawowe jednostki SMP w 2014 r. zgłosiły jedynie 262 tys. umów z pracodawcami. Dostępne dane wskazują, że w 2011 r. liczba podmiotów zobowiązanych do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wynosiła 908 048 [9]. Oznacza to, że jedynie 22,2% z nich miało wówczas zawartą umowę (tab. 5).

Z danych otrzymanych w ramach sprawozdawczości statystycznej (formularz MZ-35A) wynika wyraźna tendencja spadkowa dotycząca liczby wizytowanych zakładów i w jeszcze większym stopniu – stanowisk pracy.

Tabela 5. Wizytowanie pracodawców i stanowisk pracy przez podstawowe jednostki służby medycyny pracy (SMP) na podstawie umów o sprawowanie opieki profilaktycznej nad pracownikami w Polsce w latach 1997–2014

Table 5. Contracts signed between employers and occupational health services (OHS) units for provision of preventive care of workers and inspections of employers and workplaces in Poland, 1997–2014

Rok Year	Umowy podstawowych jednostek SMP z pracodawcami Contracts between employers and OHS units										
	z praktykami indywidualnymi with private medical practices					z podmiotami leczniczymi with clinics					
	ogółem total [n]	M [n]	ogółem total [n]	M [n]	ogółem total [n]	ogółem total [n]	% w liczbie zawartych umów % in the number of signed contracts	ogółem total [n]	ogółem total [n]	wizytowane stanowiska na pracodawcę inspected workplaces per employer (M) [%]	
1997	-	-	-	-	-	-	-	38 276	-	78 000	2,0
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	-	-	-	-	-	-	-	19 504	-	209 251	10,7
2000	-	-	-	-	-	-	-	19 852	-	201 809	10,2
2001	-	-	-	-	-	-	-	28 525	-	169 474	5,9
2002	-	-	-	-	-	-	-	17 216	-	150 007	8,7
2003	-	-	-	-	-	-	-	15 855	-	132 498	8,4
2004	-	-	-	-	-	-	-	14 234	-	121 100	8,5
2005	-	-	-	-	-	-	-	13 027	-	112 825	8,7
2006	166 992	-	-	-	-	-	-	15 624	9,4	108 533	6,9
2007	183 515	-	-	-	-	-	-	15 526	8,5	93 481	6,0
2008	237 289	-	-	-	-	-	-	13 187	5,6	83 255	6,3
2009	204 083	35 634	9,0	168 449	54,8	12 888	6,3	12 888	7,0	86 262	6,7
2010	169 641	36 810	11,3	132 831	36,8	11 791	5,6	11 791	7,0	73 194	6,2
2011	201 530	40 663	13,4	160 867	44,6	11 364	6,4	11 364	5,6	70 109	6,2
2012	198 861	46 292	15,2	152 569	42,3	12 800	4,3	12 800	6,4	60 907	4,8
2013	217 739	49 334	17,4	168 405	47,8	9 376	4,0	9 376	4,3	56 318	6,0
2014	262 188	60 997	22,0	201 191	57,6	10 371	4,0	10 371	4,0	57 697	5,6

M – średnia / mean.

Tabela 6. Podejrzenia chorób zawodowych zgłoszone przez lekarzy służby medycyny pracy (SMP) w Polsce w latach 1999–2014
Table 6. Suspicions of occupational diseases reported by occupational medicine physicians in Poland, 1999–2014

Rok Year	Stwierdzone choroby zawodowe Certified occupational diseases [n]	Podejrzenia chorób zawodowych zgłoszone przez lekarzy SMP Suspicions of occupational diseases reported by occupational medicine physicians	
		ogółem total [n]	w liczbie stwierdzonych chorób zawodowych in the number of certified occupational diseases [%]
1999	9 982	6 199	62,1
2000	7 339	4 602	62,7
2001	6 007	5 248	87,4
2002	4 915	3 017	61,4
2003	4 365	2 492	57,1
2004	3 790	1 931	50,9
2005	3 249	2 028	62,4
2006	3 129	1 992	63,7
2007	3 285	2 524	76,8
2008	3 546	2 158	60,9
2009	3 146	2 539	80,7
2010	2 933	1 393	47,5
2011	2 562	1 555	60,7
2012	2 402	1 381	57,5
2013	2 214	1 288	58,2
2014	2 351	1 045	44,4

W 2014 r. wizytację przeprowadzono tylko w 10 371 zakładach pracy i na 57 697 stanowiskach pracy. Dla zobrazowania problemu zbyt małej aktywności w tym zakresie lekarzy służby medycyny pracy należy przytoczyć dane dotyczące 2011 r. Zwizytowano w nim 11 364 zakłady pracy, co stanowi niecałe 1,3% z 908 048 wszystkich podmiotów zobowiązanych do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi [9]. Warto przy tym zauważyć, że liczba wizytacji pracodawców zmniejsza się mimo wzrostu liczby umów zawieranych przez podstawowe jednostki SMP. W roku 2006 liczba zwizytowanych pracodawców stanowiła ponad 9% wszystkich podmiotów, które zawarły umowę, natomiast w roku 2014 – już tylko 4% (tab. 5).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi powinnością lekarza służby medycyny pracy jest kierowanie pracownika na badania lekarskie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. W analizowanym okresie nastąpił spadek o 83% liczby tych podejrzeń (z 6199 w 1999 r. do 1045 w 2014 r.), co koresponduje z odnotowanym

jednocześnie – choć nieznacznie niższym (o 76%) – spadkiem liczby stwierdzanych chorób zawodowych (odpowiednio: z 9982 do 2351 przypadków) [12].

Zgodnie z art. 235 Kodeksu pracy [2] podejrzenie choroby zawodowej mają prawo zgłosić pracodawcy lub sami pracownicy, a także lekarze każdej specjalności, którzy podczas wykonywania zawodu stwierdzą taką potrzebę. Warto więc zwrócić uwagę, że odsetek podejrzeń zgłaszanych przez lekarzy służby medycyny pracy w ogólnej liczbie stwierdzanych chorób zawodowych wyniósł średnio rocznie niespełna 64% (tab. 6).

OMÓWIENIE

Podstawę niniejszego opracowania stanowią „Sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących” (formularz MZ-35A) wprowadzone Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 października 1997 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych w zakresie ochrony zdrowia oraz działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej [6].

Dane obejmują rok 1997, w którym jeszcze przed wejściem w życie ustawy o służbie medycyny pracy [1] i rozporządzeń wykonawczych [5] (w tym dotyczących dokumentacji medycznej) zaczęły obowiązywać nowe zasady sprawozdawczości. Zgodnie z nimi jednostką sprawozdawczą został lekarz wykonujący badania profilaktyczne, a nie (jak to miało miejsce przed 1997 r.) – zakład opieki zdrowotnej. Kolejne dane dotyczą lat 1999–2014, ponieważ Ministerstwo Zdrowia nie zleciło opracowania danych statystycznych z roku 1998 na temat zasobów i działalności służby medycyny pracy w Polsce. W analizowanym okresie zmianom podlegały także formularze sprawozdań – m.in. od 2006 r. wprowadzono obowiązek wykazywania rodzajów przeprowadzonych badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych, kontrolnych), a także liczby umów zawieranych między podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy a pracodawcami.

Utrudnieniem dla lekarzy w wypełnianiu formularzy MZ-35A mogła być ich niezgodność z dokumentacją zbiorczą – np. dopiero w 2015 r. do wzoru rejestru wydanych orzeczeń wprowadzono możliwość wskazywania rodzaju przeprowadzonego badania (wstępne, okresowe, kontrolne) [13]. Nieuwzględnienie tych informacji w sprawozdaniach z wcześniejszych lat wymuszało konieczność przeglądania dokumentacji indywidualnej w celu określenia liczby poszczególnych rodzajów badań wykonanych przez lekarza w ciągu roku. Doprowadziło to w latach 2006–2013 do rozbieżności między wynikającą ze sprawozdawczości sumą ww. rodzajów badań profilaktycznych a ogólną liczbą badań wpływającą z jednoznacznie określonej w formularzu MZ-35A sumy wydanych orzeczeń (która zamiast 100% stanowiła średnio rocznie 98,4%).

Uwagę zwraca też niski udział lekarzy SMP w sprawozdawczości mimo zobligowania ich do tego przepisami o statystyce publicznej (w latach 1999–2014 wynosił on średnio 70%) [4–6]. Jedną z przyczyn takiego wyniku mogły być nieprawidłowości w rejestrach prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (przypadki niewyrejestrowywania lekarzy SMP w przypadku ich śmierci lub zakończenia działalności zawodowej, niejednorodny sposób wprowadzania przekazywanych dalej zbiorczych danych dotyczących lekarzy prowadzących działalność w kilku podmiotach leczniczych). Nieprawidłowości te zostały zauważone podczas kontroli wykonanej przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi w ramach nadzoru sprawowanego na zlecenie Ministra Zdrowia, a następnie skorygowane poprzez ujednoczenie standardów spr-

wozdawczych na kolejne lata [14]. Potwierdzeniem tej tezy może być obserwowany od 2011 r. wzrost odsetka lekarzy w sprawozdawczości i odsetka zwrotności wypełnianych przez nich druków MZ-35A (w ciągu 3 lat z 57% do 74,3% w 2014 r.).

Warto także odnotować wprowadzenie od roku 2013 sprawozdawczości w formie elektronicznej. Obecnie dane są przekazywane poprzez internetowy System Statystyki w Ochronie Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl>) [15], co powinno dodatkowo zwiększyć udział lekarzy w sprawozdawczości, a tym samym wywiązywanie się przez nich z ustawowego obowiązku sprawozdawczego. Szczególnie że jako alternatywę formy elektronicznej pozostawiono możliwość przekazywania do WOMP danych na standardowym formularzu w wersji drukowanej (pod warunkiem pracy w podmiocie zatrudniającym nie więcej niż 5 lekarzy SMP) [5].

Od 2004 r. obserwuje się systematyczny spadek liczby zarejestrowanych lekarzy służby medycyny pracy. Należy jednak zaznaczyć, że najwyższa redukcja w skali roku odnotowana w 2012 (spadek o 23%) wynikała z uwiarygodnienia danych poprzez usunięcie nieprawidłowości w rejestrach prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy [14].

W odniesieniu do spadku liczby lekarzy pojawia się kwestia dostępności do świadczonych przez nich usług. Według najnowszych danych z 2014 r. na 1 lekarza uprawnionego do wykonywania badań profilaktycznych przypadało 1871 pracowników podlegających obowiązkowej opiece profilaktycznej [7]. Nawet jeśli przyjmie się niższą liczbę uwzględniającą tylko 5005 lekarzy, którzy potwierdzili swoją aktywność zawodową poprzez złożenie sprawozdania MZ-35A, to uzyskany wskaźnik 2518 pracowników przypadających na 1 lekarza jest niższy niż np. w normie określającej zalecaną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką przez 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zgodnie z którą taki wskaźnik nie powinien przekraczać 2750 osób na 1 lekarza) [16].

Orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [2], w wyniku obligatoryjności badań profilaktycznych pracowników, jest najczęściej realizowanym zadaniem z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi przez służbę medycyny pracy w Polsce. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy bowiem zarówno pracodawców (zobowiązanych na mocy art. 229 Kodeksu pracy kierować pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne), jak i samych pracowników

(którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać) [2]. W efekcie pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, w którym stwierdzono brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na badania lekarskie [2].

Jak wskazuje Kopias, tylko niecałe 0,5% badań profilaktycznych kończy się orzeczeniem o przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na wskazanym w skierowaniu stanowisku [17]. Należy jednak mieć świadomość, że odsunięcie od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub z powodu braku wystarczających predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac, które wymagają określonej sprawności, ma mieć charakter profilaktyczny – chroniący zdrowie pracownika i gwarantujący bezpieczeństwo w miejscu pracy. Lekarze więc, mając świadomość opisanej wyżej restrykcyjności przepisów, zamiast negatywnej decyzji orzeczniczej, która uniemożliwia pracę na stanowisku (orzeczenie o symbolu 22 [10]), wskazują na brak przeciwwskazań zdrowotnych z zaznaczeniem pewnych ograniczeń (skrócenie terminu ważności badania, zakaz wykonywania tylko pewnych rodzajów czynności, np. pracy na wysokości czy obsługi maszyn w ruchu).

W sprawozdawczości statystycznej na formularzu MZ-35A nie uwzględniono jednak możliwości wskazania takiego postępowania, które dodatkowo budzi pewne wątpliwości prawne ze względu na brak we wzorze orzeczenia miejsca na wskazywanie uwag lekarskich. W konsekwencji odnotowuje się (interpretowane jako bezkrytyczne) wydawanie przez lekarzy służby medycyny pracy jedynie orzeczeń o symbolu 21 (ponad 95,5% wszystkich). Mimo bowiem dopisania ograniczeń kwalifikują się one – ze względu na ostatecznie pozytywną decyzją orzeczniczą – jako orzeczenie o symbolu 21, a nie 22.

Z dniem 27 grudnia 2008 r. Ustawą z dnia 17 października 2008 r. o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy [11] wprowadzono obowiązek zawierania w formie pisemnej umów dotyczących przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz innych świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami. Rozwiązanie takie miało przyczynić się do wyeliminowania fikcyjnych umów zawieranych także w formie ustnej między pracodawcami (zleceniodawcami), a podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy (zleceniobiorcami). Jeśli nawet liczba umów wykazanych bezpośrednio po wprowadzeniu zmiany przepisów, czyli w 2009 r. mogła nie zmie-

nić się znacząco (ponieważ część z nich została jedynie sformalizowana poprzez podpisanie zawartego wcześniej ustnego porozumienia), to dane z kolejnych lat nie wskazują na oczekiwany wzrost liczby nowo zawieranych umów.

Należy podkreślić, że liczba wykazywanych corocznie umów (średnio 205 tys.) jest znacznie niższa od liczby podmiotów gospodarczych, których w Polsce dotyczą przepisy Kodeksu pracy [2]. Mimo że systematycznie zwiększa się liczba umów zawieranych przez indywidualne praktyki lekarskie, to w przypadku podstawowych jednostek służby medycyny pracy działających jako podmioty lecznicze liczba pracodawców objętych opieką na podstawie umowy wykazuje sięgającą 20% zmienność (np. niezrozumiała regresja w latach 2010 i 2012). Należy ją jednak tłumaczyć niedośkonałością sposobu sprawozdawania danych, a nie rozwiązaniem w roku ponad 30 tys. umów.

Problem z oszacowaniem wskaźnika objęcia umowami, zdefiniowanego przez Parszuto [18] jako odsetek pracodawców wypełniających obowiązki posiadania umowy z podstawową jednostką medycyny pracy – w badaniu cytowanego autora niemal 2-krotnie wyższy wskaźnik niż w niniejszym badaniu (44% vs 22%) – może wynikać z kilku czynników. Mogą nimi być brak jednoznacznie określonej liczby pracodawców w Polsce [8,17], brak skuteczności nadzoru prowadzonego przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy nad jednostkami podstawowymi SMP [19], niepodejmowanie przez Państwową Inspekcję Pracy kontroli pracodawców w zakresie posiadania przez nich pisemnych umów [17] czy w końcu z nierzetelnego zgłaszania zawartych umów w sprawozdaniach MZ-35A, o czym świadczy różna wysokość ww. wskaźnika w województwach (od 13,4% w mazowieckim do 88,6% w pomorskim) [18].

Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996 r. [10] uprawniony do badań profilaktycznych lekarz zobowiązany jest orzekać na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny występujących na stanowisku pracy zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika. Oceny tej powinien dokonać na podstawie przekazywanej przez pracodawcę informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, w tym również o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy. Wskazano przy tym, że lekarz powinien uzupełniać informacje pracodawcy o spostrzeżenia z przeprowadzonych wizytacji stanowisk pracy.

Przejawem niewypełniania ustawowych obowiązków przez jednostki podstawowe służby medycyny pracy (oprócz wykonywania badań profilaktycznych u pracowników, z których pracodawcą nie zawarto wymaganej umowy) jest coraz mniej wizytacji stanowisk pracy, nie tylko w liczbach bezwzględnych, ale także procentowo w stosunku do pracodawców objętych opieką na podstawie wyżej wspomnianych umów. Mimo że w obecnym stanie prawnym wizytowanie stanowisk pracy nie jest obligatoryjne (jest jedynie zalecane [10]) dla lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi, to bardzo niski odsetek takich działań (szacowany na 1% wszystkich pracodawców [17]) musi być oceniony szczególnie krytycznie.

Wizytowanie stanowisk pracy powinno wpływać na poprawę warunków pracy, pozwala też na – niezbędną do prawidłowego orzekania o predyspozycjach zdrowotnych do pracy – ocenę zagrożeń i uciążliwości występujących w miejscu wykonywania czynności zawodowych. Zwłaszcza że informacje otrzymane od pracodawcy kierującego pracownikiem na badania profilaktyczne (wstępne, okresowe lub kontrolne) mogą okazać się niewystarczające [19]. Oprócz tego wizytowanie stanowisk pracy jest niezbędnym elementem budowania więzi między pracownikiem (podopiecznym) a lekarzem oraz zdobywania zaufania w kontaktach lekarz–pacjent. Dobra znajomość warunków higienicznych środowiska pracy, a szczególnie umiejętność oceny ryzyka zawodowego, które wynika z narażenia pracownika na czynniki szkodliwe i uciążliwe środowiska pracy, są jednymi z podstawowych powinności (choć trudnymi i czasochłonnymi) lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami.

W opinii krytyków obecnie funkcjonującego systemu służby medycyny pracy [17] ograniczenie się przez lekarzy uprawnionych do realizacji jej zadań tylko do wykonywania badań profilaktycznych – bez niezbędnego kontaktu z pracodawcą i pracownikiem w jego miejscu pracy – przekłada się także na relatywnie niski udział lekarzy SMP w ogólnej liczbie zgłaszanych podejrzeń chorób zawodowych. Badania okresowe wykonywane są zwykle u pracowników z poczuciem zdrowia, natomiast podejrzenie choroby zawodowej dotyczy pracowników, którzy udają się do lekarza z powodu określonych objawów. Pracownik trafia wtedy jednak do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego specjalisty, który w powszechnej opinii (w przeciwieństwie do lekarza medycyny pracy) kojarzony jest z możliwością przeprowadzenia diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Należy pamiętać, że ustawowym elementem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi są badania umożliwiające wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą [1]. Jeśli lekarz medycyny pracy, spełniając ten obowiązek, systematycznie przeprowadzałby wizytacje stanowisk pracy lub inicjował i realizował prozdrowotne programy w miejscu pracy, nie kojarzyłyby się tylko z wydawaniem orzeczeń. Dawałby bowiem możliwość rozwiązywania problemów zdrowotnych zarówno bezpośrednio związanych z narażeniami i szkodliwościami zawodowymi, jak i pośrednio związanych z pracą lub wpływających na możliwość jej wykonywania. Dzięki większej zgłaszalności pracowników do lekarza służby medycyny pracy (spontanicznej lub wynikającej z inicjatyw prozdrowotnych) jego udział w wykrywaniu chorób zawodowych byłby znacznie większy niż obecnie.

Analizy wskazują, że chociaż badania okresowe nie zmniejszają chorobowości ani śmiertelności wśród pracowników, to zwiększają liczbę nowych rozpoznań chorób [20]. Co więcej, autorzy z różnych krajów europejskich – m.in. Hiszpanii, Belgii czy Francji – zwracają uwagę, że realizowanie zakresu badań narzuconego przez ramy prawne niepotrzebnie zwiększa koszty badań i odwraca uwagę od innych, bardziej potrzebnych form profilaktyki i promocji zdrowia [21].

Ponadto w związku z niewystarczającą świadomością zdrowotną, podkreślaną przez innych autorów [22], należy zwrócić uwagę na możliwość wczesnego wykrywania chorób, które w zaawansowanej fazie znacznie ograniczają i skracają aktywność zawodową. Szacuje się, że na nadciśnienie tętnicze choruje 9 mln dorosłych Polaków, przy czym 30% z nich nie jest świadomych choroby, a skutecznie leczonych jest zaledwie 26% chorych [23]. Ponadto jedynie 69% kobiet i 59% mężczyzn wie, jak wysokie ma ciśnienie [24]. Z kolei w przypadku cukrzycy szacuje się, że w Polsce nieświadomych choroby jest ok. 34% z ponad 2,7 mln osób w wieku 20–79 lat [25]. Podkreśla się więc potrzebę prowadzenia działań prewencyjnych w zakresie ww. chorób cywilizacyjnych – szczególnie wśród mężczyzn w wieku produkcyjnym, mieszkańców środowisk małomiastek i wiejskich oraz osób gorzej wykształconych [23]. Takie możliwości prewencji w populacji osób pracujących, które w związku z brakiem dolegliwości nie korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, mają właśnie lekarze medycyny pracy. Szansę prowadzenia skutecznej profilaktyki drugo- i trzeciorzędowej dają zarówno cyklicznie realizowane badania

do celów Kodeksu pracy, jak i inicjowanie programów prozdrowotnych.

Podobne możliwości dają obowiązkowe badania młodych osób, nie tylko pracujących, ale także dopiero rozpoczynających praktyczną naukę zawodu. Dowody przydatności badania uczniów w celu wytypowania osób z grup ryzyka dotyczą alergii zawodowej układu oddechowego. Badania w wielu krajach, w tym Polsce [26], wykazały istotne znaczenie atopii jako czynnika ryzyka alergicznego nieżyty nosa i astmy oskrzelowej, mimo że wartość predykcyjna wyniku dodatniego jest niewystarczająca do odsunięcia badanych osób od praktycznej nauki zawodu lub pracy w narażeniu na alergeny.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. [27] w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich reguluje zakres, tryb i sposób dokumentowania profilaktycznych badań lekarskich u ww. osób, które w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażone na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia. Od 2009 r. obserwuje się spadek liczby tych badań, a ponieważ ich odsetek w podlegającej im populacji utrzymuje się na poziomie ok. 12–14%, przyczyny należy upatrywać w obniżeniu się liczby uczniów szkół zasadniczych zawodowych, techników, policealnych i wyższych, która z 2,972 mln w roku szkolnym 2010/2011 zmniejszyła się do 2,558 mln w roku 2013/2014 (w roku 2004/2005 wynosiła 3,144 mln) [28].

Liczby badań nie zwiększyło włączenie do grupy podlegającej obowiązkowym profilaktycznym badaniom słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w 2014 r. zaczęli podlegać tym badaniom w związku z narażeniami zawodowymi w miejscu nauki na mocy Ustawy z dnia 6 grudnia 2013 r. o zmianie o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw [29]. W 2014 r. liczba badań w porównaniu z 2013 r. spadła bowiem o 8%.

Warto zwrócić uwagę, że ww. obowiązkowe badania dają niepowtarzalną okazję do oceny stanu zdrowia młodych osób – nie tylko pod kątem predyspozycji zdrowotnych do wykonywania zawodu, ale także profilaktyki chorób cywilizacyjnych coraz częściej występujących w tej grupie wiekowej. Dla przykładu podwyższone wartości ciśnienia tętniczego w wieku młodzieńczym zwiększają ryzyko wystąpienia nadciśnienia w późniejszym okresie życia, a w przypadku ich dłu-

gotrwałego utrzymywania się – także ryzyko zaawansowania powikłań klinicznych. Możliwość dostrzeżenia tego problemu w ramach obowiązkowych badań profilaktycznych potwierdza potrzebę wczesnej identyfikacji chorób cywilizacyjnych i interwencji klinicznej zwłaszcza wśród osób młodych, u których częstość nadciśnienia tętniczego szacowana jest nawet na poziomie 15% [30,31].

Potrzeba wzmocnienia działań profilaktycznych – wynikająca z opisanej wyżej częstości chorób cywilizacyjnych niemanifestujących się objawami w pierwszej fazie rozwoju – sprawia, że należy podnieść kwestię doradztwa i czynnego poradnictwa jako ustawowych zadań służby medycyny pracy, ukierunkowanych także na choroby związane z wykonywaną pracą [1]. Do 1997 r. prowadzenie czynnego poradnictwa stanowiło jeden z podstawowych elementów działalności systemu przemysłowej służby zdrowia w Polsce. Zadanie to było kontynuowane przez wielu lekarzy SMP także po wejściu w życie Ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [1], redefiniującej organizację i zadania systemu ochrony zdrowia pracujących.

Znalazło to potwierdzenie w danych za 1997 r., kiedy czynnym poradnictwem było objętych 355 tys. osób, którym udzielono 870 tys. porad [32]. Wśród przyczyn czynnego poradnictwa prowadzonego przez podstawowe jednostki SMP dominowały nadciśnienie tętnicze (30%), choroby układu krążenia (13,4%), choroba wrzodowa (13%), choroby układu mięśniowo-kostnego (8,6%), cukrzyca (6,4%), przewlekła obturacyjna choroba płuc i astma oskrzelowa (5%) [32]. Brak danych dotyczących kolejnych lat wynika z nieuwzględnienia tej kategorii sprawozdawczej w formularzach statystycznych MZ-35A – mimo że czynne poradnictwo obejmujące wczesne wykrywanie chorób, tworzenie grup dyspanseryjnych, doradztwo w zakresie ograniczania wpływu choroby, jej powikłań obecnych i możliwych w przyszłości na wykonywanie czynności zawodowych powinno być cały czas realizowane.

Wskazane jest więc przywrócenie obowiązku sprawozdawczości dotyczącej zarówno czynnego poradnictwa, jak i pozostałej działalności profilaktycznej (czyli np. podawania liczby pracowników objętych badaniami celowymi czy przeszkolonych w zakresie minimalizacji ryzyka zawodowego). Uwzględnienie tych danych w rocznych sprawozdaniach nie tylko da obraz obecnej sytuacji w tym zakresie, ale także może być dodatkowym bodźcem dla lekarzy służby medycyny pracy do wykonywania bardzo ważnych, a niedocenianych zadań z zakresu ochrony zdrowia pracujących.

WNIOSKI

1. Ponad 4,5 mln wykonywanych corocznie w Polsce obowiązkowych badań profilaktycznych, a także to, że podlega im prawie 15 mln pracowników, uczniów i studentów, wskazuje na wysoki potencjał skutecznie prowadzonej profilaktyki chorób zarówno bezpośrednio związanych z pracą zawodową, jak i pośrednio wpływających na możliwość wykonywania pracy oraz długotrwałego i satysfakcjonującego utrzymywania aktywności zawodowej.
2. Należy dążyć do rozszerzenia działań lekarzy służby medycyny pracy poza najczęściej przez nich realizowane zadania z zakresu orzecznictwa. Szczególnie warto wykorzystać możliwości, jakie dają obowiązkowe badania profilaktyczne u osób pracujących (obowiązkowo poddających się im ze względów administracyjnych) do wykrywania nieuświadomionych, a powszechnie występujących chorób (np. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy), które w pierwszej fazie rozwoju nie dają objawów.
3. Formą prewencji chorób zawodowych i związanych z pracą powinny być w większym stopniu niż obecnie działania doradcze, realizowane przez lekarzy służby medycyny pracy zarówno na poziomie indywidualnym podczas badań profilaktycznych, jak i zbiorowym podczas programów prozdrowotnych inicjowanych w miejscu pracy.
4. Warunkiem uzyskania wymiernej skuteczności działań profilaktycznych jest zintensyfikowanie niedostatecznej obecnie współpracy jednostek podstawowych służby medycyny pracy z pracodawcami. Konieczne jest, zgodnie z art. 12 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy [1], podpisywanie umów i wdrażanie zawartych w nich zadań, w tym wizytowanie zakładów i stanowisk pracy.
5. Należy dążyć do maksymalizowania realizacji obowiązkowej sprawozdawczości przez lekarzy służby medycyny pracy poprzez aktualizowanie zakresu sprawozdawanych danych statystycznych oraz doskonalenie sposobu ich przekazywania i gromadzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 2014 r., poz. 1184
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. DzU z 2014 r., poz. 1502 z późn. zm.
3. Nojszewska E.: Wpływ starzejącego się społeczeństwa na gospodarkę. W: Samoliński B., Raciborski F. [red.]. Zdrowe starzenie się. Biała Księga. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013, ss. 25–29
4. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej. DzU z 2012 r., poz. 591 z późn. zm.
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014. DzU z 2013 r., poz. 1159
6. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 października 1997 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych w zakresie ochrony zdrowia oraz działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. MP z 1997 r. nr 78, poz. 748
7. Główny Urząd Statystyczny [Internet]: Urząd, Warszawa 1995–2016 [cytowany 21 lutego 2016]. Pracujący. Bezrobotni. Bierni zawodowo wg BAEL. Adres: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodowo-wg-bael>
8. Centralny Ośrodek Informacji Gospodarczej [Internet]: Ośrodek, Nadarzyn 1996–2016 [cytowany 27 lutego 2016]. Spis polskich firm. Adres: http://www.coig.com.pl/spis-polskich-firm_katalog_polskich_firm.php
9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych: Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 2009–2011. Zakład, Warszawa 2012
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. DzU z 1996 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 17 października 2008 r. o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy. DzU z 2008 r. nr 220, poz. 1416
12. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W.: Choroby zawodowe w Polsce w 2014 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2015
13. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 marca 2015 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. DzU z 2015 r., poz. 561
14. Wojda M.: Służba medycyny pracy w 2012 r. W: Nałęcz S. [red.]. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, ss. 114–119
15. System Statystyki w Ochronie Zdrowia. [Internet]: System 2016 [cytowany 1 marca 2015]. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Adres: <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl/info.html>

16. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 77/2015/DSOZ z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. ZPNFZ z 2015 r. nr 77 wraz z zarządzeniem z 2016 r. nr 2/2016/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. ZPNFZ z 2016 r. nr 2
17. Kopias J.A.: Realia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Polsce. *Med. Pr.* 2015;66(6):815–825, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00229>
18. Parszuto J.: Ocena realizacji zadań służby medycyny pracy w poszczególnych województwach w kontekście art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy na podstawie wybranych wskaźników statystycznych. W: Pamiętnik konferencji naukowej. Łódzkie Dni Medycyny Pracy. 9–10 października 2015 r., Ossa, Rawa Mazowiecka. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy 2015, s. 18
19. Wojda M.: Służba medycyny pracy w 2014 r. W: Żyra M. [red.]. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015, ss. 133–139
20. Krogsbøll L.T., Jørgensen K.J., Larsen C.G., Gøtzsche P.C.: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e7191, <https://doi.org/10.1136/bmj.e7191>
21. Rodrigez-Jareno M.C., Molinero E., de Montserrat J., Valles A., Aymerich M.: How much do workers' health examinations add to health and safety at the workplace? Occupational preventive usefulness of routine health examinations. *Gac. Sanit.* 2015;29(4):266–273, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.001>
22. Suligowska K., Gajewska M., Stokwizewski J., Gaciong Z., Bandosz P., Wojtyniak B. i wsp.: Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań – wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśn. Tętn.* 2014;18(1):9–18
23. Zdrojewski T.: Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Postep. Nauk Med.* 2011;Supl. 3:4–10
24. Tykarski A., Posadzy-Małańczyńska A., Wyrzykowski B., Kwaśniewska M., Pająk A., Kozakiewicz K. i wsp.: Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol. Pol.* 2005;63(6, Supl. 4):614–619
25. International Diabetes Federation: *IDF Diabetes Atlas. 6th ed.* [Internet]: Federation, Brussels 2014 [cytowany 1 marca 2015]. Adres: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf
26. Moscato G., Pala G., Boillat M.A., Folletti I., Gerth van Wijk R., Olgiati-Des Gouttes D. i wsp.: EAACI position paper: Prevention of work-related respiratory allergies among pre-apprentices or apprentices and young workers. *Allergy* 2011;66(9):1164–1173, <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2011.02615.x>
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich. *DzU* z 2014 r., poz. 1144
28. Główny Urząd Statystyczny: *Mały rocznik statystyczny Polski.* Urząd, Warszawa 2015
29. Ustawa z dnia 6 grudnia 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw. *DzU* z 2014 r., poz. 7
30. Krzych Ł., Kowalska M., Zejda J.: Czynniki ryzyka i częstość nadciśnienia tętniczego u młodych osób dorosłych. *Nadciśn. Tętn.* 2006;10(2):136–141
31. Vos L.E., Oren A., Bots M.L., Gorissen W.H., Grobbee D.E., Uiterwaal C.S.: Does a routinely measured blood pressure in young adolescence accurately predict hypertension and total cardiovascular risk in young adulthood? *J. Hypertens.* 2003;21:2027–2034, <https://doi.org/10.1097/00004872-200311000-00011>
32. Durasiewicz Z., Dawydzik L., Kopias J., Rosin J.: Analiza działalności i zasobów służby medycyny pracy w Polsce w 1997 r. Sprawozdanie z realizacji zlecenia MZiOS – 9/98. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1998. Praca niepublikowana