



# OCENA JAKOŚCI OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACUJĄCYMI W POLSCE

THE ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE QUALITY IN POLAND

Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska, Marta Szkiela, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego / Clinic of Occupational Diseases and Environmental Health

## INFORMACJE KLUCZOWE

- Kompleksowa ocena stanu zdrowia oczekiwana jest przez 60% przebadanych pracowników.
- Ponad 50% przebadanych pracowników oceniło profilaktyczną opiekę nad pracującymi pozytywnie.
- Istnieje konieczność włączenia promocji zdrowia do badań medycyny pracy.

## HIGHLIGHTS

- A comprehensive health assessment is expected by 60% of surveyed employees.
- More than 50% of the surveyed employees assessed the preventive care for workers positively.
- There is a need to include health promotion in occupational health examinations.

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** W obliczu narastających problemów związanych z tzw. chorobami cywilizacyjnymi coraz częściej zwraca się uwagę na niewykorzystany potencjał służby medycyny pracy (SMP) w podejmowaniu działań profilaktycznych wymagających sprawnie działającego systemu i dobrej współpracy z pracodawcą i pracownikami. Celem pracy była ocena zakresu działań i spostrzegania przez badanych pracowników jakości opieki profilaktycznej realizowanej w podstawowych jednostkach SMP w Polsce. **Materiał i metody:** Narzędzie badawcze stanowiła autorska, internetowa, anonimowa, wystandaryzowana ankieta udostępniona w popularnych serwisach internetowych i zawierająca pytania dotyczące przebiegu ostatniej wizyty u lekarza medycyny pracy (MP) w związku ze skierowaniem przez pracodawcę na badanie profilaktyczne. W analizie uwzględniono wyłącznie osoby, które kiedykolwiek poddały się takiemu badaniu lekarskiemu (267 respondentów). Do porównywania częstości występowania poszczególnych kategorii cech ilościowych w analizowanych grupach zastosowano test niezależności  $\chi^2$ , z poprawką Yatesa dla małych liczebności. **Wyniki:** Ponad 50% respondentów oceniło jakość profilaktycznej opieki nad pracującymi w Polsce dobrze lub bardzo dobrze. Tylko 1/3 badanych otrzymała od lekarza MP zalecenia dotyczące profilaktyki zagrożeń występujących na stanowisku pracy. Aż 60% respondentów liczy na to, że wraz z badaniem profilaktycznym wykonana będzie kompleksowa ocena stanu zdrowia, a 39% badanych oczekuje możliwości wyboru lekarza MP lub wpływu na wybór placówki realizującej opiekę profilaktyczną. Czas trwania ostatniej wizyty u lekarza MP wynosił najczęściej 6–15 min. **Wnioski:** Dobra lub bardzo dobra ocena jakości opieki profilaktycznej przez >50% ankietowanych pracowników wymaga stałego podnoszenia jakości samego badania profilaktycznego. Uwzględnienie opinii pracowników w wyborze podstawowej jednostki SMP pozwoliłoby na lepszą realizację ich potrzeb w zakresie profilaktyki zdrowotnej i bezpieczeństwa wykonywanej pracy. Potencjał systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce pozostaje niewykorzystany w zakresie działań z profilaktyki chorób cywilizacyjnych i promocji zdrowia. Lekarze MP posiadający istotny wpływ na zwiększenie świadomości zdrowotnej pracowników powinni swoje zadania realizować w sposób holistyczny, z uwzględnieniem zagrożeń środowiskowych i kompleksowej oceny stanu zdrowia. Med Pr Work Health Saf. 2025;76(2)

**Słowa kluczowe:** promocja zdrowia, opieka profilaktyczna, zdrowie pracujących, służba medycyny pracy, jakość opieki profilaktycznej, badania pracowników do celów Kodeksu pracy

## ABSTRACT

**Background:** In the face of increasing problems related to lifestyle related diseases, attention is increasingly drawn to the untapped potential of the occupational health service (OHS) in undertaking preventive actions. The aim of the study was to assess the scope of activities and the perception by the surveyed employees of the quality of preventive care provided in basic OHS units in Poland. **Material and Methods:** The research tool was the author's anonymous online questionnaire. It contained questions about the details of the last visit to an occupational medicine doctor. Only those who had ever undergone such a medical examination (267 respondents) were included in the analysis. To compare the frequency of occurrence of specific categories of quantitative traits in the analyzed groups, the  $\chi^2$  test of independence was utilized with Yates' correction for small sample sizes. **Results:** More than 50% of the respondents rated the quality of preventive care for employees in Poland as either good or very good, one-third of the respondents received recommendations from an occupational medicine physician on preventing workplace hazards, 60% of respondents believe that preventive examinations should include a comprehensive health status assessment, 39% expect to have the option to choose their occupational medicine physician or influence the selection of the facility providing preventive care. The last visit to an occupational medicine physician typically lasted 6–15 min. **Conclusions:** A good or very good evaluation of the quality of preventive care by >50% of the surveyed employees requires constant improvement of the quality of the preventive examination. The potential of

the healthcare system for working individuals in Poland remains underutilized in terms of activities related to the prevention of lifestyle diseases and health promotion. Occupational health physicians, who play a special role in the health prevention of workers and have a significant impact on increasing health awareness, should perform their duties in a holistic manner. *Med Pr Work Health Saf.* 2025;76(2)

**Key words:** health promotion, preventive care, occupational health, occupational health services, quality of preventive care, employee examinations for the purposes of the Labor Code

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Marta Szkiela, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348, Łódź, e-mail: marta.szkiela@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 7 stycznia 2025, zatwierdzono: 14 kwietnia 2025

## WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) oraz Międzynarodowa Organizacja Pracy (International Labour Organization) już w 1959 r. zdefiniowały zdrowie zawodowe jako promowanie i utrzymywanie najwyższego poziomu sprawności psychicznej i fizycznej oraz dobrego samopoczucia u pracowników wszystkich zawodów poprzez zapobieganie utracie zdrowia, kontrole ryzyka, dostosowanie stanowisk i organizacji pracy do potrzeb i możliwości pracowników [1]. Obowiązująca definicja zdrowia, przyjęta przez WHO, określa je jako „stan całkowitego dobrostanu, fizycznego, psychicznego i społecznego w relacji z otoczeniem, a nie tylko brak bólu czy choroby” [2]. W dniu 27.03.2023 roku podpisano porozumienie One Health [3], które jest wykorzystywane do projektowania i wdrażania programów, inicjatyw w zakresie bezpieczeństwa biologicznego, polityki umożliwiającej oraz – w stosownych przypadkach – ram regulacyjnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego od społeczności po poziom krajowy i międzynarodowy. Program One Health WHO obejmuje szeroki zakres obszarów działania, które dotyczą: zdrowia ludzi i zwierząt, środowiska naturalnego, systemów ochrony zdrowia, badań i innowacji [3]. Podstawą podejścia One Health jest współpraca na wielu poziomach i w wielu obszarach, a opieka zdrowotna wymaga kompleksowych działań, zwłaszcza w obliczu coraz bardziej złożonych problemów zdrowotnych populacji globalnej. Ponadto idea One Health ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki chorób i urazów oraz promocji zdrowia, dlatego powinna zostać uwzględniona również w strategiach opieki profilaktycznej nad pracownikami [4]. Tradycyjne programy bezpieczeństwa i higieny pracy, tj. te, które nie zostały zintegrowane z innymi działaniami, nie są wystarczająco skuteczne w obliczu szerokiego, złożonego spektrum problemów pracowniczych, dlatego warto rozważyć pewne zmiany. Całkowite zdrowie pracowników (*total worker health* – TWH) zakładające po-

wiązany wysiłek na rzecz poprawy zdrowia, bezpieczeństwa w pracy oraz dobrostanu pracownika wydaje się być najważniejszym kierunkiem [4,5]. Według zasady TWH eliminowanie lub ograniczanie rozpoznanych zagrożeń w miejscu pracy jest znacznie skuteczniejszym sposobem zapobiegania skutkom zdrowotnym z nimi związanymi niż dbanie o pracownika w celu zminimalizowania następstw istniejących zagrożeń. Niektóre z nich, takie jak praca zmianowa, są trudne lub niemożliwe do całkowitego wyeliminowania ze środowiska pracy. Według TWH zagrożeniami należy zarządzać za pomocą organizacji pracy, osiągnięć techniki, rozwiązań administracyjnych lub, w ostateczności, interwencji na poziomie indywidualnym. Podejście TWH oferuje holistyczny model poprawy bezpieczeństwa, zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników; rozpoznaje pojawiające się problemy w pracy, które stanowią ryzyko dla pracowników; wykracza poza tradycyjne obawy dotyczące bezpieczeństwa i zdrowia, uznając związek między warunkami pracy i poza nią [6].

Według Międzynarodowego Kodeksu Etyki dla Specjalistów Ochrony Zdrowia Pracujących (International Code of Ethics for Occupational Health Professionals) [7] celem profesjonalistów w zakresie medycyny pracy (MP) powinna być ochrona i utrzymanie zdrowia pracujących, aktywizacja zawodowa, doradztwo i wsparcie pracodawcy w zakresie zapewnienia bezpiecznych warunków i dostosowania stanowisk pracy, a także promowanie innych działań prozdrowotnych z uwzględnieniem stanu zdrowia pracowników i określeniem priorytetów.

W Polsce także zwrócono uwagę na potencjał opieki profilaktycznej nad pracownikami. Podkreśla się, iż ochrona zdrowia pracujących powinna uwzględniać zdrowie pracowników w ujęciu holistycznym, a nie tylko zawodowym, dbając o ich całkowity dobrostan [8]. Według obowiązujących przepisów prawa do zadań służby medycyny pracy (SMP) w Polsce należy ochrona zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontrola zdrowia pracujących,

a także aktywne oddziaływanie na poprawę warunków pracy przez pracodawcę i ograniczanie w ten sposób ryzyka zawodowego [9]. Obowiązkowy minimalny zakres badań wykonywanych w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami określono w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy [10]. Należy jednak podkreślić, że skupienie się wyłącznie na profilaktyce chorób zawodowych jest niewystarczające, tym bardziej że na przestrzeni lat bardzo zmienił się charakter czynników szkodliwych, a zwłaszcza uciążliwych, związanych z narażeniem zawodowym.

Pracodawca najczęściej realizuje obowiązek kierowania na badania profilaktyczne kandydatów na pracowników (badania wstępne) i pracowników (badania okresowe, kontrolne i in.) na mocy art. 229 Ustawy – Kodeks pracy [11], gdyż nie może dopuścić do pracy osób bez aktualnego orzeczenia lekarskiego wskazującego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na badania. Jednak aktualnie oczekiwania społeczeństwa związane z obligatoryjnością badań profilaktycznych pracowników są znacznie większe niż tylko określanie zdolności do pracy.

Podczas kontroli zdrowia pracownicy powinni uzyskać zalecenia lekarskie dotyczące sposobów zapobiegania niekorzystnym zmianom w stanie zdrowia, i to nie tylko w kontekście wykonywanej pracy. Lekarz MP często jest jedynym specjalistą, z którym mają kontakt osoby w wieku produkcyjnym, należy więc podkreślić potencjał tej grupy lekarzy w ramach profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej, skoncentrowanej na identyfikacji czynników ryzyka i wykrywaniu wczesnych objawów chorób cywilizacyjnych, zwłaszcza schorzeń układu krążenia, nowotworów, cukrzycy oraz zaburzeń zdrowia psychicznego. Aktywnością SMP powinno być także zachęcanie pracodawców do działań na rzecz ochrony zdrowia pracowników oraz pomoc w ich realizacji, m.in. poprzez wdrażanie programów promocji zdrowia [9].

Biorąc pod uwagę niekorzystne warunki demograficzne występujące w Polsce, w tym starzenie się społeczeństwa [12], wzmocnienie działań profilaktycznych i wspierających zdolność do pracy starszych pracowników staje się priorytetem szeroko pojętego zdrowia publicznego. Niezbędne jest przekształcenie sposobu działania SMP w interdyscyplinarną, kompleksową opiekę

i nadzór nad zdrowiem pracujących, będącą wsparciem dla pracodawców i zdolną udzielać fachowej i adekwatnej pomocy osobom pragnącym utrzymać swoją zdolność do pracy. Warunkiem zmian i korzystnego, efektywnego przekształcenia jest podjęcie dyskusji nie tylko z ustawodawcą i przedstawicielami pracodawców, ale również z osobami pracującymi. Poprawna identyfikacja problemów zdrowotnych zawodowo aktywnej części społeczeństwa może pozwolić na określenie kierunków zmian i wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, wymuszając większe zaangażowanie w nadzór nad zdrowiem pracujących [13].

W 2020 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie >4,3 mln badań lekarskich [z powodu pandemii COVID-19 (*coronavirus disease*) wykonano ich o 22,2% mniej niż w 2019 r.] [14]. Zmniejszenie liczby wykonanych badań wynikało z zawieszenia obowiązku realizacji badań okresowych na mocy art. 12a ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych [15]. Natomiast w 2022 r. wykonano aż 5,45 mln badań lekarskich, w tym: >2,45 mln wstępnych, 2,53 mln okresowych oraz >465 tys. kontrolnych. Prawie wszystkie badania profilaktyczne (99,6%) zakończyły się orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku [16]. Warto podkreślić, że informacje od pracodawcy o czynnikach szkodliwych i uciążliwych na danym stanowisku pracy zawsze powinny być uzupełnione oceną dokonaną podczas wizytacji przez lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami. W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest jednak rzadko wykonywana. W 2020 r. lekarze SMP przeprowadzili ją tylko w 3,6 tys. zakładów i skontrolowali 26,3 tys. stanowisk pracy [15]; w 2022 r., odpowiednio, >6,1 tys. zakładów i 32,4 tys. stanowisk pracy [16].

Celem pracy była ocena zakresu działań i spostrzeżenia przez badanych pracowników jakości opieki profilaktycznej realizowanej w podstawowych jednostkach SMP w Polsce.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało zrealizowane przy współpracy z Agencją Badawczą PBS Sp. z o.o. na ogólnopolskiej próbie 316 Polaków. Narzędzie badawcze stanowiła autorska, internetowa, anonimowa, wystandaryzowana ankieta



składająca się z 10 zamkniętych pytań dotyczących przebiegu ostatniej wizyty u lekarza MP w związku ze skierowaniem przez pracodawcę na badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe lub kontrolne). Udział w badaniu był dobrowolny. Ankiety udostępniono w popularnych przeglądarkach internetowych. Kwestionariusz wypełniano anonimowo, respondenci podawali tylko wybrane dane demograficzne. Każdy otrzymał identyczne dla wszystkich narzędzie badawcze z tymi samymi pytaniami ułożonymi w tej samej kolejności. Do szczegółowej analizy zostały włączone odpowiedzi 267 respondentów, którzy kiedykolwiek zostali skierowani przez pracodawcę do lekarza MP i byli poddani badaniom wstępnym, okresowym lub kontrolnym. W analizie nie uwzględniono odpowiedzi pozostałych 49 respondentów, którzy nigdy nie byli poddani badaniu profilaktycznemu do celów Kodeksu pracy.

Do porównywania częstości występowania poszczególnych kategorii cech ilościowych w analizowanych grupach zastosowano test niezależności  $\chi^2$ , z poprawką Yatesa dla małych liczebności. Za istotne statystycznie uznano te różnice pomiędzy częstościami, dla których prawdopodobieństwo błędu charakteryzowane wartością  $p$  było  $<0,05$ . Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą oprogramowania STATISTICA Windows XP v. 10.0 (StatSoft, Inc., Tulsa, Stany Zjednoczone).

## WYNIKI

Dane demograficzne wszystkich respondentów, którzy wypełnili ankietę internetową, przedstawiono w tabeli 1. Spośród 267 osób, których odpowiedzi włączono do dalszej analizy,  $>50\%$  ankietowanych oceniło jakość opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce dobrze (47%,  $N = 125$ ) lub bardzo dobrze (7%,  $N = 20$ ), natomiast, odpowiednio, 28% ( $N = 75$ ) i 7% ( $N = 20$ ) respondentów oceniło jakość opieki profilaktycznej źle lub bardzo źle. Najlepsze opinie deklarowali respondenci  $\leq 29$  r.ż., z wykształceniem gimnazjalnym, zamieszkujący miasta o liczbie 200–500 tys. osób oraz mieszkańcy woj. wielkopolskiego. Negatywna ocena opieki profilaktycznej najczęściej była wskazywana przez osoby  $\geq 50$  r.ż., bez wykształcenia, zamieszkujące duże miasta, mieszkańców woj. zachodniopomorskiego i dolnośląskiego (tabela 2).

Czas trwania ostatniej przebytej wizyty do celów Kodeksu pracy najczęściej wynosił 6–15 min (45%). Z jednej strony większość ankietowanych, którzy na badaniu do celów Kodeksu pracy spędzili 6–15 min lub 16–30 min, uznało ten czas za wystarczający. Z drugiej strony jedynie 49% badanych, którzy zadeklarowa-

li czas wizyty  $>30$  min, było zadowolonych z czasu kontaktu z lekarzem SMP. Niestety, aż 1/5 respondentów (21% badanych) wskazała, iż wizyta trwała  $\leq 5$  min i zaledwie 18% pracowników uznało ten czas za wystarczający (rycina 1).

Ponad 50% badanych podało, że podczas wizyty profilaktycznej lekarz MP zazwyczaj: pytał o dotychczasowy przebieg zatrudnienia oraz narażenie zawodowe na czynniki szkodliwe i uciążliwe na zajmowanych stanowiskach pracy (54%,  $N = 143$ ), o dolegliwości zdrowotne oraz leczenie rozpoznanych w przeszłości schorzeń (58%,  $N = 156$ ); przeprowadzał badanie lekarskie, w tym dokonywał pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (58%,  $N = 154$ ). Zaledwie 31% badanych ( $N = 83$ ) stwierdziło, że lekarz MP: pytał o przebyte wypadki przy pracy, podejrzenie lub rozpoznanie choroby zawodowej w przeszłości, posiadane orzeczenie o niepełnosprawności i/lub pobieranie świadczenia rentowego (28%,  $N = 74$ ), schorzenia przewlekłe u najbliższych krewnych badanego (33%,  $N = 89$ ); omawiał wynik badania lekarskiego, wyniki badań i konsultacji dodatkowych (31%,  $N = 82$ ); informował o terminie kolejnego badania profilaktycznego (30%,  $N = 79$ ).

Z jednej strony większość badanych pracowników (84%,  $N = 225$ ) podało, że nie zataiło żadnych informacji o swoim stanie zdrowia podczas badania profilaktycznego. Z drugiej strony aż 67% respondentów ( $N = 28$ ) z wykształceniem gimnazjalnym świadomie nie podało informacji o swoim stanie zdrowia, które w ich ocenie mogły mieć wpływ na ocenę zdolności do pracy na konkretnym stanowisku.

Ponad 1/5 badanych (21%,  $N = 57$ ) zadeklarowała, że lekarz nie poinformował, dlaczego skrócił czas do kolejnego badania profilaktycznego, przy czym większość respondentów (67%,  $N = 167$ ) nie widziała potrzeby uzyskania takiej informacji.

Tylko 33% respondentów ( $N = 87$ ) wskazało, że podczas badań profilaktycznych lekarz MP wydał zalecenia zdrowotne i dotyczące bezpieczeństwa wykonywanej pracy (np. podczas pracy w narażeniu na hałas badany powinien pracować w ochronnikach słuchu, a z powodu wady wzroku powinien stosować gogle korekcyjne podczas pracy na wysokości), 25% badanych ( $N = 67$ ) podało, że nie otrzymało żadnych zaleceń, ale 42% badanych ( $N = 113$ ) stwierdziło, że w ich opinii nie było takiej potrzeby. Zaledwie u 25% badanych ( $N = 63$ ), u których występowała potrzeba dalszej diagnostyki podczas badań profilaktycznych, lekarz MP wydawał zalecenia co do dalszej diagnostyki nieprawidłowości stwierdzonych w stanie zdrowia lub modyfikacji dotychczasowego

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanych – ankieta internetowa przeprowadzona przez Agencję Badawczą PBS 15–17 stycznia 2019 r. na ogólnopolskiej próbie polskich respondentów

**Table 1.** Characteristics of the study group – the online survey conducted by the PBS Research Agency, January 15–17, 2019, on a nationwide sample of Polish respondents

Zmienna Variable	Respondenci Respondents (N = 316) [n (%)]
<b>Płeć / Gender</b>	
żeńską / female	162 (51)
męską / male	154 (49)
<b>Wiek / Age</b>	
≤29 lat / years	93 (29)
30–39 lat / years	85 (27)
40–49 lat / years	58 (18)
≥50 lat / years	80 (25)
<b>Wykształcenie / Education</b>	
bez wykształcenia / without education	3 (1)
podstawowe / primary	4 (1)
gimnazjalne / lower secondary	6 (2)
zasadnicze zawodowe / essential vocational	38 (12)
średnie ogólnokształcące lub zawodowe / secondary or vocational	123 (39)
policealne / post-secondary	20 (6)
wyższe / higher	
ze stopniem inżyniera lub licencjata / / engineer, bachelor's degree	34 (11)
ze stopniem magistra lub równorzędnym / / master's degree or equivalent	88 (28)
<b>Miejsce zamieszkania / Place of residence</b>	
<b>wielkość</b>	
wieś / village	107 (34)
<b>miasto / city</b>	
<20 000 mieszkańców / residents	33 (10)
20–50 000 mieszkańców / residents	39 (12)
>50–100 000 mieszkańców / residents	28 (9)
>100–200 000 mieszkańców / residents	31 (10)
>200–500 000 mieszkańców / residents	32 (10)
>500 000 mieszkańców / residents	46 (15)
<b>województwo / voivodeship</b>	
dolnośląskie	27 (9)
kujawsko-pomorskie	27 (9)
lubelskie	17 (5)
lubuskie	9 (3)
łódzkie	19 (6)

Zmienna Variable	Respondenci Respondents (N = 316) [n (%)]
<b>województwo – cd. / voivodeship – cont.</b>	
małopolskie	17 (5)
mazowieckie	52 (16)
opolskie	6 (2)
podkarpackie	14 (4)
podlaskie	13 (4)
pomorskie	25 (8)
śląskie	26 (8)
świętokrzyskie	5 (2)
warmińsko-mazurskie	18 (6)
wielkopolskie	30 (9)
zachodniopomorskie	11 (3)

leczenia schorzeń przewlekłych. Z kolei 27% badanych (N = 73) nie otrzymało żadnych zaleceń, jakkolwiek prawie połowa badanych (49%, N = 131) stwierdziła, że nie było takiej potrzeby.

Większość respondentów (60%, N = 160) uważała, że badania profilaktyczne z zakresu MP powinny być połączone z kompleksową oceną stanu zdrowia (np. zawierać dodatkowo badania przesiewowe w kierunku cukrzycy, chorób układu krążenia, nowotworów), 39% badanych (N = 105) chciałoby mieć możliwość wyboru lekarza MP, a przynajmniej wpływ na wybór placówki, z którą pracodawca podpisze umowę na realizację opieki profilaktycznej. Według 36% ankietowanych (N = 79) badania profilaktyczne powinny być dobrowolne, z wyjątkiem pracy stwarzającej ryzyko bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia (np. kierowanie autobusem, pilotowanie samolotu). Prawie 1/3 badanych (30%, N = 79) uważała, że lekarz MP obowiązkowo powinien wizytować stanowiska pracy i być doradcą pracodawcy w kwestiach dostosowania ich do stanu zdrowia pracownika. Mniej więcej 1/4 respondentów (27%, N = 73) deklarowała, że pacjent sam powinien zdecydować, czy chce pracować w narażeniu na czynniki szkodliwe dla zdrowia po uzyskaniu od lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami informacji o możliwym negatywnym wpływie warunków pracy na stan jego zdrowia, a według 17% respondentów (N = 46) badania profilaktyczne powinny być całkowicie dobrowolne, także dla prac na stanowiskach stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia pracownika oraz współpracowników.

**Tabela 2.** Ocena jakości opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce – odpowiedzi ankietowanych z badania internetowego przeprowadzonego przez Agencję Badawczą PBS 15–17 stycznia 2019 r. na ogólnopolskiej próbie 316 polskich respondentów  
**Table 2.** Assessment of the quality of preventive care for workers in Poland – answers of respondents from the online survey conducted by the PBS Research Agency, January 15–17, 2019, on a nationwide sample of 316 Polish respondents

Zmienna Variable	Ocena jakości opieki profilaktycznej Assessment of the preventive care quality [%]					Respondenci Respondents (N = 267) <sup>a</sup> [n]
	bardzo zła very bad (7%)	zła bad (28%)	dobra good (47%)	bardzo dobra very good (7%)	trudno powiedzieć hard to say (11%)	
<b>Płeć / Gender</b>						
żeńską / female	7	30	46	4	14	138
męską / male	7	26	47	12	8	129
<b>Wiek / Age</b>						
≤29 lat / years	4	21	54	7	14	76
30–39 lat / years	8	28	45	13	5	75
40–49 lat / years	6	29	45	6	14	49
≥50 lat / years	9	36	42	3	10	67
<b>Wykształcenie / Education</b>						
bez wykształcenia / without education	50			50		2
podstawowe / primary		33	67			3
gimnazjalne / lower secondary			100			3
zasadnicze zawodowe / essential vocational	7	27	43	7	17	30
średnie ogólnokształcące lub zawodowe / / secondary or vocational	4	25	52	8	11	103
policealne / post-secondary	12	35	35	12	6	17
wyższe / higher						
ze stopniem inżyniera lub licencjata / / engineer, bachelor's degree	14	29	43	11	4	28
ze stopniem magistra lub równorzędnym / / master's degree or equivalent	6	32	43	5	14	81
<b>Miejsce zamieszkania / Place of residence</b>						
<b>wielkość</b>						
wieś / village	7	27	47	4	15	92
<b>miasto / city</b>						
<20 000 mieszkańców / residents	14	18	39	7	21	28
20–50 000 mieszkańców / residents	9	38	32	12	9	34
>50 000–100 000 mieszkańców / residents	4	33	50	13		24
>100 000–200 000 mieszkańców / residents	8	13	67	4	8	24
>200 000–500 000 mieszkańców / residents		21	66	10	3	29
>500 000 mieszkańców / residents	6	42	36	8	8	36
<b>województwo / voivodeship</b>						
dolnośląskie	10	40	45	5		20
kujawsko-pomorskie		24	60		16	25
lubelskie		23	54	8	15	13
lubuskie	22	22	33	11	11	9

**Tabela 2.** Ocena jakości opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce – odpowiedzi ankietowanych z badania internetowego przeprowadzonego przez Agencję Badawczą PBS 15–17 stycznia 2019 r. na ogólnopolskiej próbie 316 polskich respondentów – cd.  
**Table 2.** Assessment of the quality of preventive care for workers in Poland – answers of respondents from the online survey conducted by the PBS Research Agency, January 15–17, 2019, on a nationwide sample of 316 Polish respondents – cont.

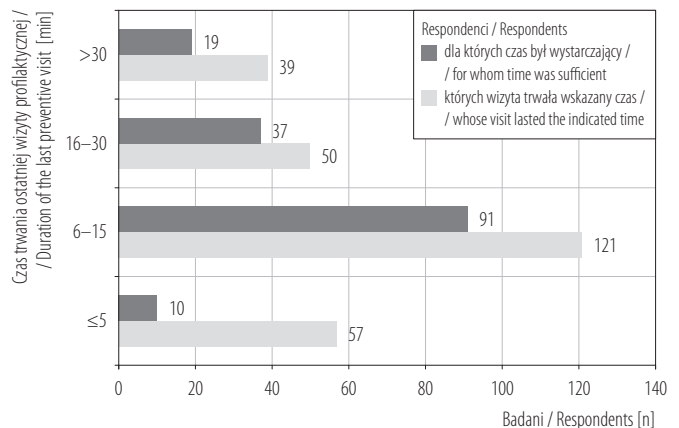
Zmienna Variable	Ocena jakości opieki profilaktycznej Assessment of the preventive care quality [%]					Respondenci Respondents (N = 267) <sup>a</sup> [n]
	bardzo zła very bad (7%)	zła bad (28%)	dobra good (47%)	bardzo dobra very good (7%)	trudno powiedzieć hard to say (11%)	
województwo – cd. / voivodeship – cont.						
łódzkie		47	40	7	7	15
małopolskie	14	29	21	7	29	14
mazowieckie	9	35	35	7	15	46
opolskie	17	17	67			6
podkarpackie		27	45	9	18	11
podlaskie		9	36	18	36	11
pomorskie		23	64	5	9	22
śląskie	14	24	57		5	21
świętokrzyskie		25	75			4
warmińsko-mazurskie	21	29	36	7	7	14
wielkopolskie		19	54	27		26
zachodniopomorskie	10	40	50			10

<sup>a</sup> liczebność nieważona / unweighted numbers of respondents.

## OMÓWIENIE

Obligatoryjność badań w celu orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia pracy stwarza unikalną okazję do prowadzenia kompleksowych działań wspierających zdrowie pracowników, pozwalających na wydłużenie okresu aktywności zawodowej w dobrym zdrowiu, podnoszenie świadomości zdrowotnej oraz na profilaktykę chorób związanych z pracą i tych cywilizacyjnych. Dotychczas opublikowane w Polsce dane zawierające opinię pracowników nt. jakości opieki profilaktycznej dotyczyły potrzeby działań prewencyjnych w aspekcie chorób cywilizacyjnych [17–21]; niniejsza analiza jest pierwszą o ocenie jakości opieki profilaktycznej, w tym o przebiegu samego badania do celów Kodeksu pracy, przez pracowników.

Wyniki przeprowadzonego wśród polskich pracowników w 2019 r. badania kwestionariuszowego wskazują, że pacjenci poddawani badaniom profilaktycznym do celów Kodeksu pracy są również zainteresowani zwiększeniem zakresu opieki w kierunku działań dotyczących profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Na przykład 88% badanych wskazało, że lekarz specjalista MP



**Rycina 1.** Czas trwania ostatniej wizyty profilaktycznej oraz liczba respondentów, która uznała go za wystarczający – badanie internetowe przeprowadzone przez Agencję Badawczą PBS 15–17 stycznia 2019 r. na ogólnopolskiej próbie 316 Polaków  
**Figure 1.** Duration of the last preventive visit and the number of respondents who considered it sufficient – the online survey conducted by the PBS Research Agency, January 15–17, 2019, on a nationwide sample of 316 Poles

powinien udzielić informacji o zasadach zdrowego stylu życia [17]. Również w niniejszej analizie większość ankietowanych (60%) uznała, że badania profilaktyczne



z zakresu MP powinny być połączone z kompleksową oceną stanu zdrowia.

Narzędzie badawcze stanowiła autorska, internetowa, anonimowa ankieta składająca się z pytań dotyczących przebiegu ostatniej wizyty u lekarza MP w związku ze skierowaniem przez pracodawcę na badanie wstępne, okresowe lub kontrolne. Podobne narzędzie badawcze zostało wykorzystane we wcześniejszych badaniach dotyczących oceny podejmowanych podczas badań profilaktycznych działań z zakresu promocji zdrowia [17].

Standardowo badanie profilaktyczne obejmuje: ocenę zagrożeń dla zdrowia na stanowisku pracy, ustalenie zakresu badań lekarskich i pomocniczych, badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta, wreszcie ustalenie, czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania pracy, sformułowanie zaleceń dla pracownika i dla pracodawcy w przypadku konieczności i zakresu dostosowania stanowiska pracy [18]. W przypadku osób z chorobami przewlekłymi konieczna może być analiza dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta, w uzasadnionych przypadkach wymagająca uzupełnienia o informacje od lekarza prowadzącego na temat rozpoznania, przebiegu choroby i ryzyka zaostrzeń pod wpływem wykonywania określonych czynności zawodowych w konkretnym środowisku pracy. Warto podkreślić, że istnienie chorób przewlekłych, które są prawidłowo kontrolowane, wyjątkowo rzadko stanowi przeciwwskazanie do pracy. Mimo to w grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym ponad połowa pracowników (67%) przyznała, że świadomie zataiła informacje o swoim stanie zdrowia. Zjawisko to wynika najpewniej z obawy przed utratą zdolności do pracy oraz ograniczonej świadomości niekorzystnych następstw zdrowotnych i ryzyka wypadków w pracy. Grupa pracowników/pacjentów z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym powinna zatem zostać objęta szczególnie wnikliwą oceną w badaniu lekarskim, z wyjaśnieniem celu badania i korzyści skutecznego leczenia. Świadomość pacjenta w zakresie stanu własnego zdrowia i ryzyka jego pogorszenia się pod wpływem określonych czynników buduje wzajemne dobre relacje współpracy między lekarzem profilaktykiem a pracownikiem i daje szansę na dłuższe utrzymanie aktywności zawodowej. Aktualnie pracownik w karcie badania profilaktycznego własnym podpisem potwierdza prawdziwość przekazanych informacji dotyczących stanu zdrowia. Przykładem konsekwencji zatajania informacji przed lekarzem MP może być wyrok sądu z 17 maja 2017 r. [22]: pracownica straciła przytomność i upadając na podłogę, uderzyła głową w paletę. Okazało się, że choruje na padaczkę, lecz zataiła tę

informację podczas badań profilaktycznych. Sąd uznał, że za zewnętrzną przyczynę wypadku może być uznane dopuszczenie pracownika do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego zawierającego błędną ocenę jego zdrowia, pod warunkiem że błąd ten jest oczywisty i dostrzegalny bez specjalistycznej wiedzy medycznej. Ponadto obowiązek poddania się badaniom lekarskim obejmuje nie tylko stawienie się na badania i uzyskanie zaświadczenia, ale także współdziałanie z lekarzem i udzielanie informacji o swoim stanie zdrowia [22]. W badaniu ankietowym przeprowadzonym dla portalu eGabinet [23] stwierdzono, że aż 60–80% respondentów zataja przed lekarzem informacje – najczęściej te dotyczące stylu życia, w tym sposobu odżywiania się oraz poziomu aktywności fizycznej. Najczęstszym powodem takiego działania była chęć uniknięcia osądzenia i pouczenia ze strony lekarza. Ponad 50% ankietowanych było zbyt zawstydzonych, by powiedzieć prawdę [23].

Ponad 50% respondentów w niniejszym badaniu oceniło jakość profilaktycznej opieki nad pracującymi dobrze lub bardzo dobrze (odpowiednio 47% i 7%), choć tylko 58% osób potwierdziło, że w trakcie wizyty profilaktycznej zostało przeprowadzone badanie przedmiotowe, w tym dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego. W analizie Wittczak i wsp. [21] u większości ankietowanych podczas badania profilaktycznego został przeprowadzony pomiar ciśnienia tętniczego krwi, częstości tętna, a także masy ciała i wzrostu, u żadnego z badanych nie dokonano pomiaru obwodu brzucha. Jedynie 1/3 pracowników została zapytana o palenie papierosów, a 55% o występowanie chorób przewlekłych wśród krewnych. Zalecenia dotyczące dalszej diagnostyki otrzymał niewielki odsetek badanych (13,6%). Natomiast u Rodríguez-Jareño i wsp. [24] 70% ankietowanych stwierdziło, że system nadzoru zdrowotnego nad pracownikami nie jest opłacalny, nie spełnia celu wczesnego wykrywania szkód zdrowotnych związanych z pracą i nie przyczynia się do poprawy systemu zapobiegania ryzyku zawodowemu. Poprawy wymaga kwestia rzetelności badania podmiotowego i przedmiotowego przeprowadzanego przez lekarzy MP – rozwiązaniem w tym zakresie jest rozpowszechnienie dobrych praktyk i edukacja nt. niezbędnych elementów badania profilaktycznego. Ułatwieniem dla pracodawców i pacjentów mogłoby być wprowadzenie systemu kontroli jakości i certyfikacji podstawowych jednostek MP.

Na podstawie badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród holenderskich pracowników przez Sponselee i wsp. [25] stwierdzono, że 36,8% pracowników było zainteresowanych realizowanymi przez pracodawcę



programami promocji zdrowia w miejscu pracy, natomiast 45,1% nie wyraziło takiej potrzeby. Respondenci z niskim poziomem wykształcenia rzadziej wyrażali zainteresowanie programami promocji zdrowia w miejscu pracy wobec tych ze średnim wykształceniem (OR = 0,54, 95%, CI: 0,35–0,85). Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie płci, wieku i masy ciała pracowników.

Według amerykańskiego badania ankietowego przeprowadzonego przez Tsai i wsp. [26] 57,8% pracowników, którzy mieli dostępne programy promocji zdrowia w miejscu pracy, zgłosiło udział w tych projektach. Badanie to wykazało, że dorośli, którzy pracowali  $\leq 20$  godz./tydz., regularnie mieli nocne zmiany, otrzymywali wynagrodzenie za godzinę lub pracowali dla agencji pracy tymczasowej, rzadziej uczestniczyli w programach promocji zdrowia w miejscu pracy. Natomiast pracownicy, którzy nadzorowali pracę innych, byli o 13% bardziej skłonni do udziału w badaniu niż osoby niebędące przełożonymi. Badanie ankietowe kadry menadżerskiej przeprowadzone przez Christensen i wsp. [27] wykazało, że 89,8% respondentów uważa, iż programy profilaktyczne w miejscu pracy wpłyną na poprawę zdrowia, 89,6% ankietowanych – że poprawią dobrostan, a 87,6% stwierdziło, że zwiększą wydajność pracowników. Większość ankietowanych (87,7%) wyraziła chęć wdrożenia programów profilaktycznych i uznała, że „jest to dobry pomysł”. Respondenci będący sceptyczni co do wykonalności wdrożenia programów profilaktycznych częściej mieli negatywne nastawienie do potencjalnych korzyści zdrowotnych wynikających z ich realizacji ( $p < 0,001$ ). Najczęściej wskazywaną barierą wdrożeniową były kwestie organizacyjne [27].

Wykazano, że  $>50\%$  pracowników podczas badań profilaktycznych nie podejmuje dyskusji o zasadach zdrowego stylu życia z lekarzem SMP, choć 88% osób chciałoby uzyskać informacje na ten temat. Największe zainteresowanie pracowników dotyczy zakresu i rodzaju badań przesiewowych dotyczących chorób nowotworowych (69,5% osób), czynników ryzyka schorzeń cywilizacyjnych innych niż nowotwory (61,5% osób), edukacji nt. zasad zdrowego odżywiania (59,8% osób) oraz metod redukcji nadmiernej masy ciała (58,7% osób) [17].

W badaniu przeprowadzonym przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w 2002 r. [28] wśród 325 lekarzy specjalizujących się w MP lub przemysle ok. 50% respondentów stwierdziło, że nie rozumie koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy ani podstawowych zasad regulujących jej organizację; blisko 90% respondentów podało, że lekarz MP powinien być zaangażowany w promocję zdrowia, jednak gdy zo-

stali bezpośrednio zapytani o osobiste zaangażowanie, tylko co dziesiąty ankietowany był gotowy odegrać wiodącą rolę w programie promocji zdrowia w miejscu pracy, podczas gdy 63% lekarzy chciało ograniczyć program do edukacji pracowników nt. zdrowego stylu życia, a 54% chciało jedynie rozszerzyć zakres badań kontrolnych [28]. Nie ulega wątpliwości, że przeprowadzenie wyczerpującego badania podmiotowego i wdrożenie takiego postępowania jako standardu w badaniu profilaktycznym wymaga zaplanowania odpowiedniego czasu wizyty.

Najwyższa Izba Kontroli we współpracy z Państwową Inspekcją Pracy [29] w latach 2014–2015 także dokonała kontroli przeprowadzania badań profilaktycznych w celu oceny, czy system kontroli wywiązywania się lekarzy MP i pracodawców z obowiązku zapewnienia pracownikom badań profilaktycznych pozwala na wykrywanie nieprawidłowości. Szczególną uwagę zwrócono na nieprzeprowadzanie przez lekarzy wizytacji stanowisk pracy, gdyż aż 77% z nich nie zostało skontrolowanych przez lekarzy MP w celu uzupełnienia informacji o zagrożeniach dla zdrowia i życia zawartych w skierowaniach na badania profilaktyczne. Zwrócono również uwagę na nieprecyzyjne uregulowania dotyczące możliwości kontrolowania przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP) prawidłowości umów, na podstawie których lekarze wykonują badania do celów Kodeksu pracy (35% skontrolowanych pracodawców nie zawarło pisemnych umów z jednostkami SMP w celu przeprowadzenia badań profilaktycznych pracowników), brak jednolitych dla całego kraju szczegółowych zasad wykonywania kontroli podstawowych jednostek SMP, brak uregulowań prawnych obligujących kierownika podstawowej jednostki MP do powiadomienia kierownika WOMP o wykonaniu zaleceń pokontrolnych lub o przyczynach ich niewykonania [29].

Obszar kryteriów stosowanych w systemach zarządzania jakością (m.in. orientacja na pacjenta, tj. poznanie jego potrzeb oraz systematyczna ocena satysfakcji z usług, podnoszenie kwalifikacji personelu, zarządzanie informacją, ciągłe doskonalenie oferty) często nie dotyczy podstawowych jednostek SMP funkcjonujących jako indywidualne praktyki lekarskie [30]. Jedną z głównych przyczyn niewystarczającego zaangażowania w dodatkowe działania profilaktyczne podstawowych jednostek MP jest ukierunkowanie ich wyłącznie na zysk (zgodnie z zasadą „ilość przekłada się na gorszą jakość”), a także realizacja obowiązku badań profilaktycznych przez pracodawców po jak najniższych kosztach bez uwzględnienia potrzeb pracowników, wresz-

cie brak odpowiednich narzędzi oraz standardów dla WOMP w celu egzekwowania i likwidowania nieprawidłowości [31].

Mocną stroną badania stanowi autorska ankieta o prostej konstrukcji, składająca się z niewielkiej liczby pytań zrozumiałych dla ankietowanych; jego ograniczeniem jest niska liczebność grupy (badanie może prowadzić do niewystarczająco uzasadnionych wniosków), a także uzyskanie wyników w ramach dobrowolnie internetowo wypełnianego kwestionariusza i brak wyników innych badań z tego obszaru w celu dokonania porównań.

## WNIOSKI

Fakt, iż nieco >50% pracowników w Polsce ocenia jakość opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce dobrze lub bardzo dobrze, wskazuje na to, że opieka ta wymaga stałego podnoszenia jakości samego badania profilaktycznego poprzez implementację określonych standardów i nadzoru nad ich przestrzeganiem.

Uwzględnienie opinii pracowników w wyborze podstawowej jednostki MP sprawującej opiekę profilaktyczną pozwoliłoby na lepszą realizację ich potrzeb w zakresie profilaktyki chorób, urazów i bezpieczeństwa wykonywanej pracy.

Potencjał systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce pozostaje niewykorzystany w zakresie działań w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych i promocji zdrowia.

Lekarze MP pełniący szczególną rolę w profilaktyce chorób i urazów pracowników oraz posiadający istotny wpływ na zwiększenie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia pracowników powinni realizować swoje zadania w sposób holistyczny, z uwzględnieniem nie tylko zagrożeń zawodowych, środowiskowych, ale również kompleksowej oceny stanu zdrowia, w tym czynników ryzyka oraz wczesnych objawów chorób cywilizacyjnych.

## WKŁAD AUTORÓW

**Koncepcja badań:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

**Metodyka badań:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

**Zbieranie materiału:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska

**Analiza statystyczna:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska

**Interpretacja wyników:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska, Marta Szkiela, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

**Piśmiennictwo:** Agnieszka Lipińska-Ojrzanowska, Marta Szkiela, Marta Wiszniewska, Jolanta Walusiak-Skorupa

## PIŚMIENNICTWO

1. International Labour Organization [Internet]. Geneva: The Organization; 2014 [cited 2022 Aug 09]. Improving health in the workplace: ILO's framework for action. Available from: <https://www.ilo.org/publications/improving-health-workplace-ilos-framework-action>.
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; 1946 [cited 2024 Oct 21]. Constitution. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; 2023 [cited 2024 Oct 21]. Quadripartite call to action for One Health for a safer world. Available from: <https://www.who.int/news/item/27-03-2023-quadripartite-call-to-action-for-one-health-for-a-safer-world>.
4. Kaczmarek P, Wiszniewska M, Słomka S, Walusiak-Skorupa J. The One Health concept: A holistic approach to protect human and environmental health – How does it work in total worker health strategy. *Med Pr Work Health Saf.* 2024;75(5):433–444. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01561>.
5. Tamers SL, Chosewood LC, Childress A, Hudson H, Nigam J, Chang C, et al. Total Worker Health® 2014–2018: The Novel Approach to Worker Safety, Health, and Well-Being Evolves. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(3):321. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030321>.
6. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2014 [cited 2024 Oct 21]. Total Worker Health. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/index.html>.
7. International Commission on Occupational Health [Internet]. Milan: ICOH; 2014 [cited 2022 Aug 09]. International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. Available from: [https://www.icohweb.org/site/multimedia/code\\_of\\_ethics/code-of-ethics-en.pdf](https://www.icohweb.org/site/multimedia/code_of_ethics/code-of-ethics-en.pdf).
8. Barański B. Podstawy polityki ochrony zdrowia pracujących. *Medycyna i higiena pracy.* Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2014.
9. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy. *DzU z 1997 r., nr 96, poz. 593, tj. DzU z 2022 r., poz. 437.*
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. *DzU z 2020 r., poz. 2131.*
11. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. *DzU z 1974 r., nr 24, poz. 141 z późn. zm.*

12. Główny Urząd Statystyczny [Internet]. Warszawa: GUS; 2024 [cited 2024 Dec 17]. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2024. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/maly-rocznik-statystyczny-polski-2024,1,26.html>.
13. Marcinkiewicz A. Zasoby i działalność jednostek służby medycyny pracy w Polsce: analiza obligatoryjnej sprawozdawczości za lata 2014–2018. *Med Pr.* 2020;71(4):429–440. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00982>.
14. Główny Urząd Statystyczny [Internet]. Warszawa: GUS; 2021 [cited 2022 Aug 03]. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>.
15. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. *DzU z 2020 r., poz. 374*.
16. Główny Urząd Statystyczny [Internet]. Warszawa: GUS; 2023 [cited 2024 Apr 23]. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2022-roku,1,13.html>.
17. Lipińska-Ojrzanowska A, Magnuska J, Świerczyńska-Machura D, Walusiak-Skorupa J, Marcinkiewicz A, Wiszniewska M. Potrzeba działań prewencyjnych dotyczących chorób cywilizacyjnych w opiece profilaktycznej sprawowanej przez służbę medycyny pracy – opinia pracujących. *Med Pr.* 2019;70(4):425–433. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00821>.
18. Walusiak-Skorupa J, Rybacki M, Lipińska-Ojrzanowska A, Marcinkiewicz A, Wiszniewska M. Zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej – uwagi ogólne. *Opieka profilaktyczna nad pracownikiem*. Warszawa: PZWL; 2020.
19. Wiszniewska M, Magnuska J, Lipińska-Ojrzanowska A, Peplowska B, Hanke W, Kalinka J, et al. Model działań profilaktycznych zintegrowany z opieką profilaktyczną nad pracownikami – profilaktyka niektórych typów nowotworów wśród kobiet. *Med Pr.* 2018;69(4):439–455. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00665>.
20. Salska A, Chiżyński K, Salski W, Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J. Rzadkie choroby układu krążenia w kontekście opieki profilaktycznej nad pracownikiem. *Med Pr.* 2014;65(6):847–856. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00003>.
21. Wittczak T, Wittczak A, Jakubowski J. Promocja zdrowia w praktyce lekarzy medycyny pracy w Polsce – doświadczenia pacjentów. *Med Og Nauk Zdr.* 2020;26(3):286–290. <https://doi.org/10.26444/monz/126010>.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 17 maja 2017 r., sygn. akt II PK 94/16 [Internet] [cited 2023 Oct 20]. Available from: <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/OrzeczeniaHTML/ii%20pk%2094-16-1.docx.html>.
23. eGabinet [Internet]. Warszawa: eGabinet [cited 2023 Oct 20]. Pacjent nie mówi prawdy w gabinecie lekarskim – przyczyny. Available from: <https://egabinet.pl/pacjent-nie-mowi-prawdy-w-gabinecie-lekarskim/>.
24. Rodríguez-Jareño MC, Molinero E, de Montserrat J, Vallès 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>.
25. Sponselee HCS, Kroeze W, Robroek SJW, Renders CM, Steenhuis IHM. Perceptions of employees with a low and medium level of education towards workplace health promotion programmes: a mixed-methods study. *BMC Public Health.* 2022;25(1):1617. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13976-2>.
26. Tsai R, Alterman T, Grosch JW, Luckhaupt SE. Availability of and Participation in Workplace Health Promotion Programs by Sociodemographic, Occupation, and Work Organization Characteristics in US Workers. *Am J Health Promot.* 2019;33(7):1028–1038. <https://doi.org/10.1177/0890117119844478>.
27. Christensen JR, Larsen CM, Kolind MI. Managers attitude towards implementing workplace health promotion programmes to employees in eldercare: a cross-sectional study. *Public Health Pract (Oxf).* 2020;17(1):100049. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100049>.
28. Korzeniowska E. Rozumienie przez lekarzy medycyny pracy koncepcji promocji zdrowia zatrudnionych i własnej roli w programach tego typu. *Med Pr.* 2003;54(6):495–501.
29. Najwyższa Izba Kontroli [Internet]. Warszawa: NIK; 2017 [cited 2023 Nov 10]. Informacja o wynikach kontroli: realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych. Available from: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20464,vp,23091.pdf>.
30. Wdówik P. Kryteria certyfikacji jednostek podstawowych służby medycyny pracy w opiniach ekspertów. *Med Pr.* 2005; 56(2):155–160.
31. Kopias JA, Wdówik P. Zarys koncepcji systemu akredytacji jednostek podstawowych służby medycyny pracy. *Med Pr.* 2000;51(6):68.

Ten utwór jest dostępny w modelu open access na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 międzynarodowa / This work is available in Open Access model and licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) – <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Wydawca / Publisher: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź