



Profilaktyczna ochrona zdrowia pracowników

Życie i zdrowie pracowników to wartości nadrzędne w procesie pracy. Te najcenniejsze dla pracowników dobra są przedmiotem ochrony zarówno międzynarodowego, europejskiego, jak również wewnętrznego systemu prawnego. System prawnej ochrony pracy jest wielopłaszczyznowy. Naczelne miejsce zajmuje w nim generalny obowiązek pracodawcy ochrony życia i zdrowia pracowników, który realizowany jest przez liczne obowiązki szczegółowe obciążające pracodawcę w tej dziedzinie.

Wprowadzenie

Wśród szczegółowych obowiązków pracodawcy szczególne znaczenie odgrywają obowiązki odnoszące się do profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników, które mają charakter wybitnie prewencyjny i stawiają sobie za cel umacnianie zdrowia pracowników, oraz zapewnienia im komfortu w miejscu pracy. W świetle obowiązujących standardów prawnych pracownicy powinni być wyposażeni w wiedzę o zagrożeniach występujących w ich środowisku pracy oraz powinni mieć świadomość ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą, a także znać zasady ochrony przed zagrożeniami ich dotyczącymi. Zasadniczym elementem profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników są profilaktyczne badania lekarskie, służące zapobieżeniu wykonywania przez pracowników pracy, do której nie posiadają oni odpowiednich kwalifikacji zdrowotnych. Prewencyjny charakter mają również przeniesienia ochronne, których celem jest odizolowanie pracownika od szkodliwych dla jego zdrowia czynników środowiska pracy. Sfera profilaktycznej ochrony zdrowia to także profilaktyczne posiłki i napoje dla pracowników wykonujących pracę w szczególnie uciążliwych warunkach, jak również zapewnienie im odpowiedniego zaplecza higieniczno-sanitarnego.

Należy podkreślić, że – niezależnie od realizowanych przez pracodawcę obowiązków z zakresu profilaktycznej ochrony zdrowia w miejscu pracy – również pracownicy powinni w sposób aktywny włączać się w działania na rzecz bhp. Tylko wtedy możliwe

jest zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, gdy obie strony stosunku pracy są żywotnie zainteresowane kształtowaniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Nowoczesne systemy ochrony pracy dają pracownikom możliwość aktywnego wspierania pracodawców w działaniach na rzecz ochrony życia i zdrowia w miejscu pracy. Aktywne uczestnictwo strony pracowniczej w kształtowaniu bezpiecznych warunków pracy możliwe jest tylko wtedy, gdy pracownicy są dobrze poinformowani w sprawach bhp. Obowiązki informacyjne wobec pracowników w tym zakresie ciąży głównie na pracodawcy, który w dobrze pojętym interesie własnym, pracowników oraz ochrony zdrowia w miejscu pracy powinien najpierw sam posiąść właściwą wiedzę w sprawach bhp, a następnie w sposób sumienny i staranny przekazywać ją pracownikom.

W powyższym kontekście przedstawienie w prezentowanym opracowaniu szerokiemu odbiorcy polskich regulacji prawnych z zakresu profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników w świetle obowiązujących w tym zakresie standardów międzynarodowych i europejskich wydaje się być przedsięwzięciem niezwykle ważnym i potrzebnym. Tym bardziej, że – jak powszechnie wiadomo – generalnie w naszych zakładach pracy ciągle zbyt małą wagę przykładają do działań prewencyjnych w zakresie bhp. W związku z tym warto podejmować wszelkie możliwe działania w celu podnoszenia i umacniania w naszym kraju kultury prewencji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ochrona zdrowia pracowników w międzynarodowym oraz europejskim prawie pracy

Rozważania na temat ochrony życia i zdrowia pracowników w prawie międzynarodowym należy rozpocząć od regulacji zawartych w **Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych¹, otwartym do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r.** Na gruncie art. 7 lit. b paktu uznaje się „prawo każdego do korzystania ze sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy, obejmujących w szczególności warunki pracy odpowiadające wymaganiom bezpieczeństwa i higieny pracy”. Natomiast mocą art. 12 ust. 1 paktu uznaje się „prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”. Zgodnie z art. 12 ust. 2 lit. b i lit. c paktu, uprawnienie to można w pełni zrealizować między innymi poprzez poprawę higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach oraz zapobieganie chorobom zawodowym. W świetle powołanych przepisów paktu prawo do bezpiecznych warunków pracy i ochrony zdrowia przysługuje każdemu wykonującemu pracę, niezależnie od podstawy zatrudnienia. Trzeba jednak pamiętać, że art. 2 ust. 1 paktu dopuszcza stopniową realizację wszystkich praw w nim zagwarantowanych, a zatem także prawa w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracujących w miarę wzrostu posiadanych przez dane państwo środków i możliwości. W tym celu państwo ma obowiązek podejmować odpowiednie działania nie tylko indywidualne, ale także w ramach pomocy oraz współpracy międzynarodowej, w szczególności w dziedzinie gospodarki i techniki. Tego rodzaju regulacja zawarta w pakcie z jednej strony jest niekorzystna, ponieważ legalizuje różnicowanie poziomu ochrony życia i zdrowia pracujących w zależności od kraju wykonywania pracy, z drugiej zaś strony zapewnia stały rozwój omawianej dziedziny, gdyż w miarę rozwoju danego państwa powinien także wzrastać poziom ochrony życia i zdrowia pracujących.

Organizacja Narodów Zjednoczonych, wprowadzając do Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych prawo człowieka do bezpiecznych warunków pracy i ochrony zdrowia, stworzyła podwaliny dla międzynarodowego systemu ochrony pracy, natomiast jego zasadnicze regulacje normatywne tworzone są głównie przez Międzynarodową Organizację Pracy (MOP). Aktem prawnym mającym fundamentalne znaczenie w tym zakresie jest **konwencja MOP nr 155 z dnia 22 czerwca 1981 r. dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowni-**

ków i środowiska pracy². Na gruncie powołanej konwencji określenie „zdrowie”, w powiązaniu z pracą, nie oznacza tylko braku choroby czy kalectwa, ale obejmuje ono także fizyczne i psychiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia, bezpośrednio związane z bezpieczeństwem i higieną pracy (art. 3 lit. e konwencji). Przyjęcie w powołanej konwencji takiego rozumienia zdrowia jest kontynuacją definicji zdrowia zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1946 r., w świetle której „zdrowie oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”. Pozytywne rozumienie zdrowia, które przestało być definiowane tylko jako brak choroby, przyjęte na gruncie powołanych aktów prawnych oznacza, że nie wystarczy chronić zdrowie pracowników przed skutkami zagrożeń zawodowych, ale należy je umacniać i rozwijać poprzez działania prewencyjne podejmowane w związku z pracą³. Wyrazem nowego podejścia do kwestii zachowania zdrowia w związku z pracą jest wymóg konwencji, aby polityka krajowa w zakresie bezpieczeństwa, ochrony zdrowia pracowników i środowiska pracy uwzględniała między innymi powiązania istniejące między materialnymi składnikami pracy a osobami, które wykonują lub nadzorują pracę, jak również przystosowanie maszyn, sprzętu, czasu pracy, organizacji pracy i procesów pracy do fizycznych i psychicznych możliwości pracowników (art. 5 lit. b konwencji). Na pracodawcę konwencja nakłada obowiązek podjęcia takich działań, aby – w takim stopniu, jak jest to rozsądne i wykonalne – znajdujące się pod jego kontrolą stanowiska pracy i maszyny nie stanowiły zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia wykonujących pracę (art. 16 ust. 1 konwencji). Konwencja wymaga też, aby środki bezpieczeństwa i higieny pracy w żadnej mierze nie obciążały kosztami pracowników (art. 21 konwencji).

Międzynarodowa Organizacja Pracy, dostrzegając ciągle jeszcze ogromną skalę zagrożeń zawodowych oraz podkreślając wagę nieustannego promowania krajowej kultury prewencji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, przyjęła **konwencję nr 187 z dnia 15 czerwca 2006 r. dotyczącą struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy⁴.** Pod określeniem „krajowa kultura prewencji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy” konwencja

² Adres: <http://www.mop.pl>. Konwencja nieratyfikowana przez Polskę. Konwencję MOP nr 155 uzupełnia zalecenie MOP nr 164 z dnia 22 czerwca 1981 r. dotyczące bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy.

³ T. Wyka, *Generalny obowiązek pracodawcy ochrony życia i zdrowia pracowników*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2002, nr 4, s. 23.

⁴ Adres: <http://www.mop.pl>. Konwencja nieratyfikowana przez Polskę. Konwencję MOP nr 187 uzupełnia zalecenie MOP nr 197 z dnia 15 czerwca 2006 r. dotyczące struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy.

¹ Pakt ratyfikowany przez Polskę w 1977 r. (Dz.U. z 1977 r. nr 38, poz. 169).

rozumie kulturę, w której „bezpieczne i higieniczne środowisko pracy jest respektowane we wszystkich obszarach, a rząd, pracodawcy i pracownicy aktywnie uczestniczą w tworzeniu bezpiecznego i higienicznego środowiska pracy poprzez system określonych praw i obowiązków, uznając prewencję za kwestię priorytetową”. Konwencja wymaga promowania i poszerzania, na wszystkich właściwych poziomach, prawa pracowników do bezpiecznego i higienicznego środowiska pracy, a także promowania podstawowych działań w tym zakresie, takich jak ocena ryzyka zawodowego i zagrożeń, zwalczanie ryzyka zawodowego i zagrożeń u źródła oraz rozwój kultury prewencji w sferze bhp (art. 3 ust. 2 i ust. 3 konwencji). Według konwencji krajowy program w zakresie bhp powinien wspierać rozwój krajowej kultury prewencji w dziedzinie bhp i przyczyniać się do ochrony pracowników poprzez eliminowanie lub minimalizowanie zagrożeń i ryzyka zawodowego w celu zapobiegania niepożądanym ich skutkom i promowanie bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy (art. 5 ust. 2 lit. a i lit. b konwencji).

Niewątpliwie, omawiając kwestię ochrony zdrowia pracowników w prawie międzynarodowym, należy wskazać na **konwencję MOP nr 161 z dnia 26 czerwca 1985 r. dotyczącą służb medycyny pracy**⁵. Powołana konwencja określa zasady działania służb medycyny pracy, których rola powinna być głównie zapobiegawcza. Według konwencji zadania służb medycyny pracy w danym zakładzie pracy powinny być dostosowane do rodzaju zagrożeń dla zdrowia w nim występujących.

Do zadań służb medycyny pracy należy między innymi rozpoznawanie i ocena zagrożeń dla zdrowia w miejscu pracy, nadzór nad czynnikami środowiska pracy oraz sposobami wykonywania pracy mogącymi mieć ujemny wpływ na zdrowie pracowników, kontrola zdrowia pracowników w związku z pracą, popieranie dostosowania pracy do możliwości pracownika, współpraca w zakresie dostarczania informacji, szkolenia i kształcenia w dziedzinie zdrowia i higieny oraz ergonomii, a także udział w analizie wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Zgodnie z konwencją służby medycyny pracy wspomagają pracodawcę w działaniach na rzecz ochrony zdrowia pracowników, ale ich działania nie zwalniają pracodawcy od odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo pracowników przez niego zatrudnionych. Konwencja podkreśla również konieczność udziału pracowników w zarządzaniu bezpieczeństwem i higieną pracy (art. 5 konwencji). Konwencja wymaga, aby wszyscy pracownicy byli informowani o zagrożeniach dla zdrowia, które wiążą się z ich pracą (art. 13 konwencji).

⁵ Konwencja ratyfikowana przez Polskę (Dz.U. z 2005 r. nr 34, poz. 300).

Powołaną konwencję uzupełnia **zalecenie MOP nr 171 z dnia 26 czerwca 1985 r. dotyczące służb medycyny pracy**⁶, które w zakresie kontroli środowiska pracy wprowadza istotne uszczegółowienia. Zgodnie z powołanym zaleceniem kontrola środowiska pracy powinna obejmować: rozpoznanie i ocenę czynników środowiska pracy, które mogą mieć wpływ na zdrowie pracowników, ocenę warunków higieny i czynników organizacji pracy, które mogą powodować zagrożenie dla zdrowia pracowników, ocenę urządzeń ochrony osobistej i zbiorowej, ocenę narażenia pracowników na czynniki szkodliwe dla zdrowia, za pomocą obowiązujących i ogólnie przyjętych metod kontroli, a także ocenę systemów kontroli mających na celu zlikwidowanie lub zmniejszenie narażenia. Zalecenie wymaga, aby kontrola środowiska pracy była dokonywana wspólnie z innymi służbami działającymi u danego pracodawcy w sferze bhp oraz we współpracy z zainteresowanymi pracownikami i ich przedstawicielami (ust. 5 zalecenia). Dane uzyskane w wyniku kontroli środowiska pracy powinny być zebrane we właściwy sposób i dostępne dla pracodawcy, pracowników i ich przedstawicieli. Powinny być one wykorzystywane w celu poprawy środowiska pracy, zdrowia i bezpieczeństwa pracowników (ust. 6 zalecenia). Służby medycyny pracy powinny się konsultować w sprawach dotyczących proponowanych zmian w procesach lub warunkach pracy, które mogą mieć wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo pracowników (ust. 10 zalecenia).

Na poziomie europejskim podstawy dla bezpieczeństwa i higieny pracy jako pierwsza sformułowała Rada Europy w **Europejskiej Karcie Społecznej**⁷, sporządzonej w Turynie dnia 18 października 1961 r. W powołanej karcie, w jej wersji pierwotnej, przyznano wszystkim pracownikom prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (art. 3 część I karty). Realizacja tego prawa według karty powinna następować poprzez wydanie przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, kontrole ich przestrzegania oraz konsultacje z organizacjami pracodawców i pracowników dotyczące środków zmierzających do polepszania bezpieczeństwa zawodowego i higieny pracy (art. 3 część II karty)⁸.

Przyjęty przez Radę Europy w 1988 r. **Protokół Dodatkowy do Europejskiej Karty Społecznej**⁹ dodał pracownicze prawo do „brania udziału w określaniu i polepszaniu warunków pracy i środowiska pracy w przedsiębiorstwie” (art. 3 część I

⁶ Adres: <http://www.mop.pl>.

⁷ Europejska Karta Społeczna ratyfikowana przez Polskę: Dz.U. z 1999 r. nr 8, poz. 67.

⁸ Polska związała się treścią art. 3 Europejskiej Karty Społecznej w wersji pierwotnej z 18.10.1961 r.

⁹ Tekst zawarty w: *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 1992, nr 5-6, s. 12-14.

protokołu). Realizacja tego prawa powinna następować poprzez zapewnienie pracownikom oraz ich przedstawicielom możliwości przyczyniania się do: „określania i polepszania warunków pracy, organizacji pracy i środowiska pracy, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie, organizowania służb i ułatwień socjalnych oraz socjalno-kulturalnych w przedsiębiorstwie, a także kontroli przestrzegania przepisów w tych sprawach” (art. 3 część II protokołu). Zrewidowana Europejska Karta Społeczna¹⁰ w 1996 r., do środków mających zapewnić prawo pracowników do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, dodała obowiązek wykonywania przez państwo spójnej polityki w dziedzinie bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy. Celem realizowania takiej polityki powinna być poprawa bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapobieganie wypadkom i zagrożeniom dla zdrowia wynikającym z pracy, związanym z pracą lub występującym w trakcie pracy, zwłaszcza poprzez ograniczanie do minimum przyczyn zagrożeń związanych ze środowiskiem pracy. W zrewidowanej karcie położono również nacisk na rozwój dostępnych dla wszystkich pracowników służb medycyny pracy, które powinny pełnić funkcje prewencyjne i doradcze w zakresie ochrony zdrowia i życia pracowników (art. 3 część II zrewidowanej karty). Z wyżej przedstawionej ewolucji przepisów tworzonych przez Radę Europy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy wynika, że dostrzega ona potrzebę różnorodnych działań w tej dziedzinie, w szczególności konieczność aktywnego udziału pracowników oraz stosowania form zbiorowej ochrony zdrowia i życia pracowników.

Decydujące znaczenie dla określenia europejskich standardów w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników mają normy prawne tworzone przez Unię Europejską. Początek tym standardom dała przyjęta w 1989 r. **Wspólnotowa Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracowników**¹¹, dokument przyjęty przez państwa członkowskie mający charakter deklaracji. Na gruncie tego dokumentu, wśród podstawowych praw socjalnych, określono prawo pracownika do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy. Zgodnie z art. 19 karty „każdy pracownik powinien mieć zapewnione w miejscu pracy zadowalające warunki ochrony zdrowia i bezpieczeństwa. Należy podjąć odpowiednie działania zmierzające do zbliżania poziomu warunków istniejących w tej dziedzinie, przy systematycznym podnoszeniu ich standardu”. Do działań tych karta między innymi zaliczyła: „konieczność szkolenia, informowania i konsultacji pracowni-

ków oraz wyważonej ich partycypacji, gdy działania te dotyczą ryzyka zawodowego, na które narażeni są pracownicy albo podejmowane są dla wyeliminowania lub zmniejszenia tego ryzyka”.

Prawo pracowników do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy znalazło potwierdzenie w **Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej**¹², która ma taką samą moc prawną jak traktaty. Zgodnie z art. 31 ust. 1 karty „każdy pracownik ma prawo do warunków pracy szanujących jego zdrowie, bezpieczeństwo i godność”. Unia Europejska na gruncie powołanej karty gwarantuje każdemu człowiekowi prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach określonych w prawie wewnętrznym państw członkowskich. Przy określaniu i realizacji wszystkich polityk i działań Unia Europejska zapewnia wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego (art. 35 karty).

Najważniejszym aktem prawnym Unii Europejskiej w systemie europejskiej ochrony pracy jest **dyrektywa Rady z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy** (89/391/EWG)¹³. Powołana dyrektywa ramowa określa ogólne zasady bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dla wszystkich pracowników oraz stanowi podstawę wydawania dyrektyw szczegółowych z tego zakresu. Dyrektywa ramowa miała przełomowe znaczenie dla rozwoju europejskiego systemu ochrony pracy, ponieważ odstępiała od zapewnienia jedynie technicznej ochrony przed zagrożeniami występującymi w środowisku pracy, wprowadzając także regulacje prawne, służące umacnianiu zdrowia pracownika oraz gwarantujące mu komfort w miejscu pracy. Przyjęty nowy model ochrony zdrowia i życia w środowisku pracy polega również na przyznaniu pracownikowi pozycji współpartnera pracodawcy w sprawach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Dobrze poinformowani w sprawach bhp pracownicy powinni aktywnie włączać się w działania na rzecz ochrony zdrowia i życia w środowisku pracy.

Dyrektywa ramowa przyjęła za cel wprowadzanie środków wzmacniających ochronę bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w pracy (art. 1 ust. 1 dyrektywy). Na gruncie powołanej dyrektywy w sposób jednoznaczny określono zasadę pełnej i niepodzielnej odpowiedzialności pracodawcy w sferze

¹⁰ Tekst zawarty w: *Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki socjalnej*, Warszawa 1997.

¹¹ Tekst zawarty w: *Dokumenty źródłowe Instytucji Wspólnot Europejskich w zakresie prawa socjalnego*, A.M. Świątkowski, H. Wierzińska (oprac.), Kraków 1999, s. 103-109.

¹² Dz. Urz. UE z dn. 30.03.2010 r., nr C 83/02. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej została ogłoszona dnia 7 grudnia 2000 r., następnie zmieniona i ogłoszona w zmienionym brzmieniu dnia 12 grudnia 2007 r., Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z dniem 1 grudnia 2009 r. nadał jej taką samą moc prawną jak traktaty (Dz. Urz. UE z dn. 17.12.2007 r., nr C 306/1), obecne brzmienie art. 6 ust. 1 Traktatu o Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE z dn. 30.03.2010 r., nr C 83/01).

¹³ Dz. Urz. UE z dn. 29.06.1989 r., nr L 183, s. 1.

bhp. Zgodnie z art. 5 ust. 1 dyrektywy „pracodawca ponosi odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy w każdym aspekcie odnoszącym się do ich pracy”. Przy czym na zakres odpowiedzialności pracodawcy nie ma wpływu powołanie służby bhp oraz zobowiązania pracowników w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy (art. 5 ust. 2 i ust. 3 dyrektywy). Dyrektywa ramowa wymaga, aby pracodawca w zakresie swoich obowiązków przedsięwziął środki niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników, włącznie z zapobieganiem zagrożeniom związanym z wykonywaniem czynności służbowych, informowaniem i szkoleniem, jak również zapewnieniem niezbędnych ram organizacyjnych i środków. Pracodawca powinien reagować na potrzeby i odpowiednio dostosowywać środki, biorąc pod uwagę zmieniające się okoliczności i środki zapobiegawcze, umożliwiające poprawę istniejącej sytuacji (art. 6 ust. 1 dyrektywy). W ramach działań na rzecz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy pracodawca powinien między innymi zapobiegać zagrożeniom, dokonywać oceny zagrożeń, które nie mogą być wykluczone, zwalczać źródła zagrożeń, zapewnić priorytet zbiorowych środków zapobiegawczych nad indywidualnymi środkami zapobiegawczymi oraz dostarczyć pracownikom odpowiednie instrukcje (art. 6 ust. 2 dyrektywy). Przedsięwzięcia podejmowane przez pracodawcę w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników nie powinny w żaden sposób obciążać pracowników kosztami finansowymi (art. 6 ust. 5 dyrektywy). Pracodawca powinien dokonywać oceny stopnia zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy, zwłaszcza w odniesieniu do pracowników narażonych na szczególne zagrożenia zawodowe. Na podstawie dokonanej oceny powinien zdecydować następnie o zastosowaniu odpowiednich środków ochrony czy urządzeń ochronnych (art. 9 ust. 1 dyrektywy). Dyrektywa ramowa kładzie ogromny nacisk na odpowiedni poziom wiedzy i świadomości pracowników w przedmiocie ochrony człowieka w środowisku pracy. Nakłada na pracodawcę obowiązek udzielania pracownikom wszelkich informacji o zagrożeniach dla bezpieczeństwa i zdrowia oraz podejmowanych środkach ochronnych i zapobiegawczych (art. 10 ust. 1 dyrektywy). Powyższe postanowienia są niezwykle istotne, chociażby w aspekcie nowej pozycji pracownika, będącego współpartnerem pracodawcy w sprawach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

Generalny obowiązek pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników

W naszym systemie prawnym podstawy dla ochrony życia i zdrowia człowieka w środowisku pracy określiła **Konstytucja Rzeczypospolitej Pol-**

skiej¹⁴ z dnia 2 kwietnia 1997 r. Zgodnie z Konstytucją RP każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (art. 66 ust. 1 konstytucji) oraz każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 konstytucji). Konstytucyjne prawa nie ograniczają się tylko do pracowników, lecz przysługują każdej osobie wykonującej pracę niezależnie od tytułu i podstawy zatrudnienia. Konstytucja RP gwarantuje przestrzeganie tych praw, gdyż zastrzega, że praca znajduje się pod ochroną Rzeczypospolitej Polskiej, oraz przewiduje państwowy nadzór nad warunkami wykonywania pracy (art. 24 konstytucji). Postanowienia konstytucyjne w przedmiocie ochrony życia i zdrowia człowieka w środowisku pracy rozwijane są następnie przez ustawodawstwo zwykłe oraz uszczegóławiane w aktach wykonawczych.

Podstawowe regulacje w zakresie zapewnienia ochrony zdrowia i życia pracowników zawiera **ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy**¹⁵. Objęcie ochroną tych najważniejszych dla pracownika dóbr gwarantują dwie podstawowe zasady prawa pracy: **zasada poszanowania przez pracodawcę godności i innych dóbr osobistych pracownika** (art. 11¹ k.p.) oraz **zasada zapewnienia przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy** (art. 15 k.p.). Obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy znalazł się również w katalogu podstawowych obowiązków pracodawcy wobec pracowników (art. 94 pkt 4 k.p.). Fundamentalne jednak znaczenie w polskim systemie ochrony pracy odgrywa generalny obowiązek pracodawcy ochrony życia i zdrowia pracowników. Zgodnie z art. 207 § 2 k.p. „pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki”. Obowiązek ten pracodawca realizuje między innymi przez organizowanie pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy, zapewnienie przestrzegania w zakładzie pracy przepisów i zasad bhp, reagowanie na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowanie środków podejmowanych w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, przy uwzględnieniu zmieniających się warunków wykonywania pracy, a także zapewnienie rozwoju spójnej polityki zapobiegającej wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym uwzględniającej zagadnienia techniczne, organizację pracy, warunki pracy, stosunki społeczne oraz wpływ czynników środowiska pracy.

Rolę generalnego obowiązku pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników w całym obszarze bhp jako zupełnie zasadniczą podkreśla doktryna

¹⁴ Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483.

¹⁵ Tekst jednolity: Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.

prawa ochrony pracy. Pogląd taki argumentuje się tym, że, po pierwsze, generalny obowiązek pracodawcy wyznacza granicę wszystkich powinności pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, którą jest zawsze aktualny poziom rozwoju naukowo-technicznego. Zauważa się, że generalny obowiązek pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników pełni rolę nadrzędną wobec pozostałych szczegółowych obowiązków pracodawcy w sferze bhp i jest dla nich uzasadnieniem. Po drugie, generalny obowiązek pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników wyznacza granice odpowiedzialności pracodawcy za stan bhp, to znaczy za rzeczywisty stan odpowiadający nie tylko przepisom bhp, ale także osiągnięciom naukowo-technicznym. Zauważa się również, że nieprzypadkowo ustawodawca połączył w jednym przepisie prawnym art. 207 k.p., otwierającym dział X k.p. poświęcony bezpieczeństwu i higienie pracy, zasadę pełnej i niepodzielnej odpowiedzialności pracodawcy za stan bhp (§ 1) z generalnym obowiązkiem pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników (§ 2). Zgodnie bowiem z treścią art. 207 § 1 k.p. „pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy”. Na zakres jego odpowiedzialności nie ma wpływu fakt powołania służby bhp oraz nałożenie na pracowników obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Zdaniem doktryny powyższe połączenie obowiązku i odpowiedzialności pracodawcy w otwierającym dział X k.p. przepisie podkreśla wagę generalnego obowiązku pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników oraz pokazuje, że jest on fundamentem dla dalszych szczegółowych rozwiązań prawnych w tej dziedzinie. Zauważa się, że generalny obowiązek pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników „poprzez swoją ogólnikowość stawia pracodawcy bardzo wysokie wymagania i nie pozostawia wątpliwości, że celem jego działań powinna być ochrona najważniejszych dóbr osobistych, jakimi są zdrowie i życie zatrudnionych i to nawet wówczas, gdy żaden przepis szczególnie nie będzie od niego takich działań wymagał”¹⁶. Niewątpliwie przyjęcie powyższego rozwiązania prawnego zapewnia najwyższy możliwy poziom ochrony dla zdrowia i życia pracowników oraz umożliwia systematyczne podnoszenie standardów ochronnych w miejscu pracy.

Obowiązek pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników oraz odpowiedzialność za jego naruszenie potwierdzają liczne w tym zakresie **orzecznictwa sądowe**.

Sąd Najwyższy w wyroku III CK 652/04 z dnia 11 maja 2005 r.¹⁷ stwierdził, że „zakład opieki zdrowotnej jako pracodawca ma obowiązek zastosowania wszystkich dostępnych środków organizacyjnych

i technicznych w celu ochrony zdrowia pracowników (personelu medycznego) przed zakażeniem wirusową chorobą zakaźną. Zaniedbania w zakresie zaopatrzenia pracowników placówek służby zdrowia w stosowny sprzęt umożliwiający wyeliminowanie lub istotne zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby winny być traktowane jako zaniechanie zawinione przez organy takich placówek, a indywidualne przypisanie winy poszczególnym osobom, za stan taki odpowiedzialnym, nie jest konieczne dla przyjęcia odpowiedzialności pracodawcy za skutki rozstroju zdrowia pracownika będącego wynikiem takiego zakażenia”.

Podobnie wypowiedział się Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 19 stycznia 2011 r.¹⁸, w którym stwierdził, że „to pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, nie może zatem uchylić się od wdrożenia środków zapobiegawczych, uzasadniając to brakiem wiedzy o zagrożeniach w danym środowisku pracy”.

Sąd Najwyższy w wyroku II UKN 522/98 z dnia 16 marca 1999 r.¹⁹ stwierdził, że „do obowiązków pracodawcy należy dostarczenie pracownikowi sprawnych i bezpiecznych narzędzi pracy, więc wydanie pracownikowi niesprawnej drabiny i tolerowanie przez przełożonych jej używania, gdy przyczyniło się do wypadku przy pracy, stanowi podstawę przyjęcia winy pracodawcy (art. 415 KC)”. W uzasadnieniu do powołanego wyroku Sąd Najwyższy wyjaśnił, że każdy pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne warunki pracy, do czego w szczególności należy zaliczyć dostarczenie sprawnych i bezpiecznych narzędzi pracy. Wydanie pracownikowi niesprawnej drabiny i tolerowanie przez przełożonych jej używania uprawnia do zajęcia stanowiska, że nie ma podstawy do wyłączenia winy po stronie pracodawcy nawet w sytuacji, gdyby pracownik nie protestował przeciwko wykonywaniu pracy na takiej drabinie. Zdaniem Sądu Najwyższego każda inna interpretacja przepisów bhp przerzucałaby ryzyko prowadzenia przedsiębiorstwa na pracownika, co jest sprzeczne z zasadami prawa pracy. Każdy pracownik ma prawo przypuszczać, że jego pracodawca przestrzega przepisów bhp, w związku z czym sprzęt, z którego korzysta w czasie pracy, jest sprzętem sprawnym.

W podobnym duchu wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku I PK 124/10 z dnia 3 grudnia 2010 r.²⁰, w którym stwierdził, że „zaniedbanie obowiązku zapewnienia pracownikom bezpiecznego stanowiska pracy uzasadnia odpowiedzialność pracodawcy na zasadzie winy. Tolerowanie przez dozór niewłaściwych, zagrażających bezpieczeństwu metod pracy uzasadnia uznanie winy zakładu pracy, je-

¹⁶ T. Wyka, *Ochrona zdrowia i życia pracownika jako element treści stosunku pracy*, Warszawa 2003, s. 254-255.

¹⁷ Lex nr 151668.

¹⁸ Lex nr 786596.

¹⁹ OSNP z 2000 r. nr 9, poz. 374.

²⁰ Lex nr 707848.

żeli skutek stosowania tych metod nastąpił wypadek”. W uzasadnieniu do powołanego wyroku Sąd Najwyższy wyjaśnił, że „przepisy art. 207 § 1 k.p. eksponują odpowiedzialność pracodawcy za stan bhp w zakładzie pracy. Wyznaczając zakres odpowiedzialności pracodawcy, posłużono się terminem o szerokim zakresie treściowym, bowiem na „stan bezpieczeństwa” składa się wiele czynników, które najogólniej ująć można jako czynniki: 1) o charakterze materialnym, 2) technologicznym, 3) osobowym. Kolejne przepisy działu dziesiątego Kodeksu pracy w sposób szczegółowy konkretyzują obowiązki, których wypełnienie, zgodnie z wolą ustawodawcy, zapewnić ma oczekiwany „stan bezpieczeństwa”. Odpowiedzialnym za zapewnienie tego stanu jest pracodawca. Obowiązek pracodawcy zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w zakładzie pracy jest przy tym niezależny od obowiązków w tej sferze ciążyących na innych podmiotach, tj. pracownikach, a także osobach spoza zakładu pracy wykonujących zadania służby bhp”. Zdaniem Sądu Najwyższego naruszenie przepisów bhp przez pracownika można ewentualnie rozpatrywać tylko w kontekście przyczynienia się przez niego do powstania szkody. W tym zakresie w uzasadnieniu do powołanego wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że „jeżeli poszkodowany był doświadczonym pracownikiem, zwłaszcza brygadziwą, i lekkomyślnie stosował niewłaściwe, zagrażające bezpieczeństwu metody pracy, jakkolwiek miał dostateczne doświadczenie, by móc przewidzieć niebezpieczeństwo, to należy uznać, że również on przyczynił się do spowodowania szkody, co uzasadnia zmniejszenie odszkodowania”.

W nawiązaniu do powyższych rozważań warto przywołać wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy II SA/Bd 527/10 z dnia 21 lipca 2010 r.²¹, w którym stwierdzono, że „podstawowym składnikiem instytucji ochrony pracy są przepisy dotyczące obowiązków pracodawców w zakresie ochrony życia i zdrowia pracowników, przybierające postać prawa, którego przestrzeganie może być egzekwowane środkami przymusu państwowego. Obowiązki pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy mają charakter bezwarunkowy (obciążają pracodawcę niezależnie od sposobu spełnienia świadczenia przez pracownika), niepodzielny (działania i zaniechania innych podmiotów nie zwalniają pracodawcy od odpowiedzialności za stan bhp w miejscu pracy), realny (muszą być wykonane w naturze, bez możliwości wykonania zastępczego w postaci wypłaty równowartości nieotrzymanego świadczenia) oraz podwójnie zakwalifikowany (są powinnościami ze stosunku pracy o charakterze zobowiązaniem wobec pracownika i publicznoprawnym wobec państwa, którego wykonanie jest zabezpieczone nadzorem państwowym”.

²¹ Lex nr 640281.

Kończąc, warto w tym miejscu dodać, że koszty finansowe podejmowanych działań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy obciążają pracodawcę (art. 207 § 2¹ k.p.), a obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy rozciąga się poza stosunek pracy (art. 304 k.p.).

Zagrożenie oraz ryzyko zawodowe

Zasadnicze regulacje prawne do polskiego systemu ochrony pracy, obok działu X Kodeksu pracy wnosi **rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 kwietnia 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy**²². Na gruncie powołanego rozporządzenia, przez zagrożenie rozumie się „stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę” (§ 2 pkt 13 rozp.). Pracodawca realizuje obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, między innymi poprzez zapobieganie zagrożeniom wynikającym z wykonywanej pracy, odpowiednią organizacją pracy, stosowanie właściwych środków profilaktycznych oraz informowanie i szkolenie pracowników. Powyższy obowiązek powinien być realizowany przy zachowaniu ogólnych zasad w zakresie zapobiegania wypadkom i chorobom związanym z pracą, do których zaliczamy między innymi zapobieganie zagrożeniom, przeprowadzanie oceny ryzyka związanego z niedającymi się wyeliminować zagrożeniami, likwidowanie zagrożeń u źródeł ich powstania, dostosowanie warunków i procesów pracy do możliwości pracownika, stosowanie nowych rozwiązań technicznych, nadawanie priorytetu środkom ochrony zbiorowej przed środkami ochrony indywidualnej oraz instruowanie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (§ 39 rozp.).

W profilaktycznej ochronie zdrowia ważnym obowiązkiem pracodawcy jest przekazywanie pracownikom aktualnych informacji o wszelkich zagrożeniach dla ich zdrowia i życia występujących na terenie całego zakładu pracy, na poszczególnych stanowiskach pracy i przy wykonywaniu poszczególnych prac, w tym o zasadach postępowania w przypadku awarii i innych sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu pracowników. Przekazywane informacje powinny dotyczyć także podejmowanych przez pracodawcę działań ochronnych i zapobiegawczych w celu wyeliminowania lub ograniczenia zagrożeń występujących w środowisku pracy (art. 207¹ § 1 pkt 1-2 k.p.). W szczególności wymaga się od pracodawcy, aby przekazywał pracownikom informacje o tych zagrożeniach, przed którymi chronić ich będą środki ochrony indywidualnej oraz informacje o tych środkach i zasadach ich stosowania (§ 39c rozp.). W celu uzyskania aktualnych informacji o zagrożeniach pracodawca zobowiązany jest zapewnić systematyczną kontrolę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy

²² Tekst jednolity: Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650 z późn. zm.

ze szczególnym uwzględnieniem organizacji pracy, stanu technicznego maszyn i innych urządzeń technicznych oraz ustalić sposoby rejestracji stwierdzonych nieprawidłowości i metody ich usuwania (§ 40 ust. 1 rozp.). Informacje o zagrożeniach zawodowych powinny docierać do wszystkich pracowników, dlatego ustawodawca wymaga, aby pracodawca, na którego terenie wykonują pracę pracownicy zatrudnieni przez różnych pracodawców, im dostarczał takie informacje w celu przekazywania ich własnym pracownikom (art. 208 § 3 k.p.). Szczególne obowiązki informacyjne spoczywają na pracodawcach zatrudniających pracowników przy wykonywaniu prac szczególnie niebezpiecznych. Powinni oni przekazywać pracownikom instruktaż, w szczególności w zakresie imiennego podziału pracy, kolejności wykonywanych zadań, wymagań bezpieczeństwa i higieny przy poszczególnych czynnościach, a także inne szczegółowe informacje niezbędne przy wykonywaniu poszczególnych rodzajów prac szczególnie niebezpiecznych (§ 81 ust. 1 pkt 3 rozp.).

W przypadku gdy pracodawca uzyska wiedzę, że możliwe jest nagłe wystąpienie zagrożenia dla zdrowia lub życia, obowiązany jest niezwłocznie poinformować pracowników o tych zagrożeniach oraz podjąć działania w celu zapewnienia im odpowiedniej ochrony, a także niezwłocznie dostarczyć pracownikom instrukcje umożliwiające, w sytuacji wystąpienia bezpośredniego zagrożenia, przerwanie pracy i oddalenie się z miejsca zagrożenia w miejsce bezpieczne. W przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracodawca jest obowiązany wstrzymać pracę i wydać pracownikom polecenie oddalenia się w miejsce bezpieczne do czasu usunięcia zagrożenia z ich stanowisk pracy (art. 209² k.p.). Pracodawca obowiązany jest również umożliwić pracownikom, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia, podjęcie przez nich działań w celu uniknięcia groźnego niebezpieczeństwa, nawet bez porozumienia z przełożonym, na miarę ich wiedzy i dostępnych środków technicznych, z gwarancją nieponiesienia z tego tytułu jakichkolwiek niekorzystnych konsekwencji, jeżeli nie naruszają obowiązków w zakresie bhp (art. 209³ k.p.). Wprowadzenie takich rozwiązań prawnych świadczy o tym, że ustawodawca w sytuacjach zagrożenia stawia na prewencję oraz w sposób niebudzący wątpliwości przedkłada zdrowie i życie pracowników przed innymi dobrami związanymi z wykonywaną pracą, w tym w szczególności przed ochroną mienia pracodawcy.

Ochronie zdrowia i życia pracowników niewątpliwie służą także regulacje prawne nakładające na pracodawcę obowiązek zapewnienia właściwych środków niezbędnych do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników, jak również wyznaczenia pracowników do wykonywania takich zadań oraz zapewnienie łączności z wyspecjalizowanymi służ-

bami zewnętrznymi (art. 209¹ k.p.). Informacja o pracownikach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, zwalczania pożarów i ewakuacji powinna być przekazana ogółowi pracowników przez pracodawcę (art. 207¹ § 2 k.p.). Pracodawca w ramach zapewnienia sprawnie funkcjonującego systemu pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środków do udzielania pierwszej pomocy, w szczególności powinien zapewnić punkty pierwszej pomocy w wydziałach, w których wykonywane są prace dużego ryzyka wypadkowego lub związane z wydzielaniem się par, gazów lub pyłów toksycznych substancji niebezpiecznych. W pozostałych natomiast wydziałach pracodawca powinien zapewnić odpowiednio wyposażone apteczki. Przepisy prawa wymagają, aby ilość, usytuowanie i wyposażenie punktów pierwszej pomocy lub apteczek były ustalone przez pracodawcę w porozumieniu z lekarzem profilaktykiem, z uwzględnieniem rodzajów i nasilenia występujących zagrożeń zawodowych. W punktach pierwszej pomocy i przy apteczkach, w widocznym miejscu, powinny być wywieszane instrukcje o udzielaniu pierwszej pomocy w razie wypadku oraz informacje o pracownikach wyznaczonych do udzielania pierwszej pomocy. Punkty pierwszej pomocy i apteczki powinny być oznakowane zgodnie z Polską Normą oraz łatwo dostępne dla ogółu pracowników (§ 44 rozp.).

Zupełnie fundamentalne znaczenie dla podejmowania działań prewencyjnych w zakresie ochrony zdrowia i życia pracowników ma prawidłowa realizacja przez pracodawcę obowiązków związanych z ryzykiem zawodowym. Na gruncie prawa przez „ryzyko zawodowe” rozumie się „prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą, powodujących straty, w szczególności wystąpienia u pracowników niekorzystnych skutków zdrowotnych w wyniku zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub sposobu wykonywania pracy” (§ 2 pkt 7 rozp.). Pracodawca ma obowiązek przeprowadzania oceny i dokumentowania ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą oraz stosowania niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających ryzyko, a także informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi (art. 226 k.p.). Pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywanych pracach, w szczególności przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowanych substancji i preparatów chemicznych, biologicznych, rakotwórczych lub mutagennych oraz przy zmianie organizacji pracy. W trakcie przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego obowiązany jest uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania pracy. Celem przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego jest stosowanie w jego następstwie

właściwych środków profilaktycznych, metod oraz organizacji pracy, zapewniających zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników oraz zintegrowanych z podejmowanymi przez pracodawcę działaniami na wszystkich poziomach struktury organizacyjnej zakładu pracy. Do obowiązków pracodawcy należy prowadzenie dokumentacji oceny ryzyka zawodowego oraz zastosowanych niezbędnych środków profilaktycznych. Dokument potwierdzający przeprowadzenie oceny ryzyka zawodowego powinien uwzględniać między innymi: opis ocenianego stanowiska pracy, w tym wyszczególnienie stosowanych maszyn, narzędzi i materiałów, wykonywanych zadań, występujących niebezpiecznych, szkodliwych i uciążliwych czynników środowiska pracy, stosowanych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej, pracowników wykonujących pracę na tych stanowiskach, powinien uwzględniać również wyniki przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego dla każdego czynnika środowiska pracy oraz niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko, datę przeprowadzonej oceny oraz wskazywać osoby dokonujące oceny (§ 39a rozp.). Szczegółowe wymagania w zakresie oceny ryzyka zawodowego oraz sposobu jego dokumentowania zawierają regulacje prawne dotyczące szczególnego rodzaju czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy, w szczególności szkodliwych czynników chemicznych, biologicznych, hałasu, wibracji, a także zagrożeń związanych z obsługą komputerów.

Sposób informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą pracodawca powinien określić w regulaminie pracy (art. 104¹ § 1 pkt 8 k.p.). Informację o ryzyku zawodowym oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami pracodawca powinien przekazać pracownikowi przed dopuszczeniem do pracy, a także zawsze wtedy, gdy nastąpią zmiany w warunkach wykonywania pracy, a w konsekwencji w ryzyku zawodowym. W przypadku pracownika młodocianego informacja o ryzyku zawodowym, które wiąże się z pracą wykonywaną przez młodocianego oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami powinna być przekazana również przedstawicielowi ustawowemu młodocianego pracownika (art. 201 § 3 k.p.). Obowiązek informacyjny w zakresie ryzyka zawodowego oraz zasad ochrony przed zagrożeniami ma charakter zindywidualizowany. Ma na celu uświadomienie pracownikowi zagrożeń zawodowych i ich wpływu na jego zdrowie oraz podjęcie przez niego świadomej decyzji w zakresie zatrudnienia. Świadomość zagrożenia, znajomość zasad i przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, a także motywacja do pracy, integracja w środowisku pracy są równie ważne przy ocenie stanu bezpieczeństwa, jak szkodliwe dla zdrowia czynniki wynikające z materialnego środowiska pracy. Kwestie dotyczące oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu określonych prac oraz informowanie pracowników

o tym ryzyku powinny być przedmiotem konsultacji pracodawcy z pracownikami lub ich przedstawicielami do spraw bhp (art. 237^{11a} § 1 pkt 2 k.p.). Mogą oni przedstawiać pracodawcy wnioski w sprawie eliminacji lub ograniczenia zagrożeń zawodowych (art. 237^{11a} § 2 k.p.). Warto w tym miejscu podkreślić, że odpowiedni stan świadomości i wiedzy pracowników oraz reprezentacji pracowniczej w przedmiocie zagrożeń zawodowych, ryzyka zawodowego oraz zasad ochrony przed zagrożeniami jest koniecznym elementem nowoczesnego modelu ochrony zdrowia pracowników.

Na powszechność oraz wagę obowiązku informacyjnego pracodawcy o ryzyku zawodowym oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami zwraca uwagę Naczelny Sąd Administracyjny we Wrocławiu w wyroku II SA/Wr 319/00 z dnia 2 października 2002 r.²³, w którym stwierdził, że „przewidziany w art. 226 Kodeksu pracy obowiązek informowania pracowników o ryzyku zawodowym dotyczy każdego pracownika, niezależnie od rodzaju zajmowanego stanowiska”. W uzasadnieniu do wyroku sąd wyjaśnił, że realizacja obowiązku pracodawcy informowania pracownika o ryzyku zawodowym powinna polegać na „przekazaniu pracownikowi wiedzy (np. w ramach szkolenia wstępnego w zakresie bhp, tj. głównie podczas instruktarskiego ogólnego i stanowiskowego) o rodzaju i zakresie występujących zagrożeń w środowisku pracy oraz o skutkach dla zdrowia i życia, jakie może wywołać praca w kontakcie z tymi zagrożeniami”. Zdaniem sądu „pracownik powinien zostać poinformowany o rodzaju czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwych oraz niebezpiecznych, o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych, jakie miały miejsce na danym lub podobnym stanowisku pracy, o przyczynach i skutkach tych wypadków i chorób. Pracownik powinien być także poinstruowany o środkach zapobiegających zagrożeniom, w tym w szczególności o sposobach stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej”. Realizacja obowiązku oceniania i dokumentowania ryzyka zawodowego obejmuje, według sądu, powinność szacowania skali, rozmiaru ryzyka zawodowego oraz jego dokumentowania. „Rozważane obowiązki mają kategorię i bezwarunkowy charakter, co oznacza, że dotyczą one wszystkich stanowisk pracy, zaś ich wykonanie nie jest uwarunkowane oceną danej pracy jako związanej z ryzykiem mieszczącym się lub odbiegającym od normalnego doświadczenia zawodowego. Takiej przesłanki przepisy nie formułują ani też nie pozwalają jej wyinterpretować, natomiast jej przyjęcie byłoby równoznaczne z pozostawieniem realizacji istotnego obszaru bezpieczeństwa i higieny pracy w sferze uznania pracodawcy. Rozumienie takie byłoby sprzeczne z bezwzględnym charakterem przepi-

²³ Lex nr 74576.

sów bhp, które ze względu na przedmiot ochrony, jakim jest życie i zdrowie pracownika, nie mogą być uchylone lub zmienione wolą stron”.

W działaniach na rzecz ochrony zdrowia i życia w miejscu pracy pracodawcę oraz pracowników wspiera służba medycyny pracy, której podstawą działania jest **ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy**²⁴. Zgodnie z ustawą celem działania służby medycyny pracy jest ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem wykonywania pracy oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (art. 1 ust. 1 ustawy). Wśród zadań służby medycyny pracy w rozważanym kontekście należy wskazać między innymi na ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności poprzez współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie, a także współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowania pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych będących jego następstwem.

Podstawowym zadaniem służby medycyny pracy jest sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, która głównie realizowana jest poprzez profilaktyczne badania lekarskie pracowników oraz monitorowanie stanu zdrowia pracujących zaliczonych do grup szczególnego ryzyka zawodowego, jak również poprzez inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia w miejscu pracy oraz inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji, a w szczególności w zakresie informowania pracowników o zasadach zmniejszających ryzyko zawodowe oraz gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia pracowników (art. 6 ustawy). Zasygnalizowane powyżej świadczenia zdrowotne na rzecz ochrony zdrowia i życia pracowników podstawowa jednostka służby medycyny pracy realizuje na podstawie pisemnej umowy zawartej z pracodawcą (art. 12 ust. 1-2 ustawy). Wybór podstawowej jednostki służby medycyny pracy należy do pracodawcy, który decyzję w tym zakresie podejmuje w porozumieniu z przedstawicielami pracowników do spraw bhp (art. 13 ustawy).

Badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia

Do obowiązków pracodawcy należy stosowanie środków zapobiegających chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z warunkami

pracy. Obowiązek ten w szczególności pracodawca powinien realizować, utrzymując w stanie stałej sprawności urządzenia ograniczające lub eliminujące szkodliwe dla zdrowia czynniki środowiska pracy oraz urządzenia służące do pomiarów tych czynników.

W ramach podejmowanych działań prewencyjnych pracodawca obowiązany jest do przeprowadzania, na swój koszt, badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, rejestrowania i przechowywania wyników tych pomiarów oraz udostępniania ich pracownikom (art. 227 § 1 k.p.). Szczegółowe uregulowania prawne w tym zakresie zawiera **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy**²⁵. Na gruncie powołanego rozporządzenia na pracodawcę nałożono obowiązek rozpoznania i typowania czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, dla których wykonywał będzie badania i pomiary. Pracodawca decyzję w tym zakresie podejmuje po przeprowadzeniu rozpoznania źródeł emisji czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy oraz warunków wykonywania pracy, które mają wpływ na poziom stężeń i natężeń tych czynników lub na poziom narażenia na oddziaływanie tych czynników. Pracodawca podczas czynności rozpoznawczych w sposób szczególny powinien uwzględnić rodzaj czynników szkodliwych dla zdrowia oraz ich właściwości, procesy technologiczne i ich pomiary, wyposażenie techniczne, w tym maszyny, urządzenia, instalacje i narzędzia, które mogą być źródłem emisji tych czynników, środki ochrony zbiorowej i danych dotyczących ich użytkowania, organizacji pracy i sposobu wykonywania pracy, a także rzeczywistego czasu narażenia pracownika na oddziaływanie czynników szkodliwych dla zdrowia, z uwzględnieniem obowiązującego u pracodawcy systemu i rozkładu czasu pracy. Kwestie dotyczące rozpoznawania i typowania czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy oraz wykonywania badań, pomiarów i pobierania próbek tych czynników na stanowisku pracy pracodawca konsultuje z pracownikami lub przedstawicielami pracowników do spraw bhp (§ 2 rozp.).

Wykonanie pierwszych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy pracodawca zapewnia w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia działalności (§ 3 rozp.). Obowiązek wykonania badań i pomiarów dotyczy szkodliwych dla zdrowia czynników chemicznych lub pyłów (§ 4-5 rozp.), czynników o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, w tym azbestu (§ 6 rozp.), promieniowania optycznego nieulaserowego (§ 8 rozp.), promieniowania laserowego (§ 9 rozp.), pól lub promieniowania elektromagne-

²⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2004 r. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.

²⁵ Dz.U. z 2011 r. nr 33, poz. 166.

tycznego (§ 11 rozp.), występowania mikroklimatu zimnego albo gorącego (§ 12 rozp.), a także szkodliwych dla zdrowia czynników fizycznych, takich jak hałas, hałas ultradźwiękowy, drgania mechaniczne miejscowe oraz drgania mechaniczne o ogólnym działaniu na organizm człowieka (§ 13 rozp.). Częstotliwość przeprowadzania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy uzależniona jest od rodzaju czynnika oraz wartości stwierdzonego podczas badania lub pomiaru jego stężenia lub natężenia w stosunku do wartości najwyższego dopuszczalnego stężenia (NDS) lub natężenia (NDN) dla danego czynnika. Istnieje również możliwość odstąpienia od przeprowadzania badań i pomiarów szkodliwych dla zdrowia czynników środowiska pracy w przypadku spełnienia przez pracodawcę ściśle określonych w rozporządzeniu warunków odstąpienia od ich wykonywania. Najwyższe dopuszczalne stężenia (NDS) i natężenia (NDN) dla poszczególnych szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy czynników, zawarte są w wykazie zamieszczonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy²⁶.

Powołane powyżej rozporządzenie w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy wymaga, aby badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy generalnie wykonywały laboratoria akredytowane, a tylko w przypadku ich braku do badania lub pomiaru określonego czynnika inne określone w rozporządzeniu laboratoria (§ 15 rozp.). Pracodawca po otrzymaniu wyników niezwłocznie informuje pracowników narażonych na oddziaływanie czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku o aktualnych wynikach badań i pomiarów oraz udostępnia im te wyniki i wyjaśnia ich znaczenia. Wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy pracodawca przechowuje przez okres 3 lat, licząc od daty ich wykonania (§ 17 rozp.).

Na podstawie wyników badań i pomiarów pracodawca prowadzi na bieżąco rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy oraz karty badań i pomiarów tych czynników. W przypadku likwidacji zakładu pracy pracodawca niezwłocznie przekazuje rejestr oraz karty badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy właściwemu inspektorowi sanitarnemu. Rejestry oraz karty badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy przechowywane są przez okres 40 lat, licząc od daty ostatniego wpisu (§ 18 rozp.). Wyniki badań i pomiarów czynników

szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy zawarte w rejestrze lub karcie niezwłocznie udostępniane są zainteresowanemu pracownikom, byłym pracownikom, ich przedstawicielom ustawowym lub pełnomocnikom, na pisemne żądanie zainteresowanego podmiotu (§ 19 rozp.).

Przyjęte powyższe rozwiązania prawne mają istotne praktyczne znaczenie nie tylko dla podejmowania działań prewencyjnych w sferze bhp, ale również dla celów dowodowych w postępowaniu w sprawie stwierdzania chorób zawodowych, które najczęściej prowadzone są w odległej perspektywie czasowej od ustania narażenia zawodowego.

Profilaktyczne badania lekarskie pracowników

Dla profilaktycznej ochrony zdrowia obowiązujące w naszym kraju powszechne badania lekarskie pracowników są podstawowym narzędziem prewencyjnym.

Na gruncie Kodeksu pracy przewiduje się **wstępne badania profilaktyczne**, które są obligatoryjne dla wszystkich kandydatów do pracy u konkretnego pracodawcy, wszystkich pracowników młodocianych przenoszonych na inne stanowiska pracy oraz pracowników dorosłych przenoszonych na takie stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe. Z wstępnych badań profilaktycznych zwolnieni są kandydaci do pracy przyjmowani ponownie do wykonywania pracy u danego pracodawcy na to samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy, na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z tym pracodawcą (art. 229 § 1 k.p.). Wstępne badania lekarskie mają na celu ustalenie, czy wykonywanie proponowanej pracy nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia kandydata do pracy, a tym samym zdrowia i życia jego współpracowników, a poprzez to dla zachowania bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy.

Drugim przewidzianym w Kodeksie pracy rodzajem badań lekarskich są **okresowe badania profilaktyczne**, które są obligatoryjne dla wszystkich pracowników w trakcie trwania zatrudnienia, niezależnie od rodzaju i charakteru wykonywanej przez nich pracy oraz istnienia narażenia zawodowego na danym stanowisku pracy, wykonywane z częstotliwością ustaloną indywidualnie dla każdego pracownika przez lekarza profilaktyka (art. 229 § 2 k.p.). W przypadku narażenia na działanie substancji i czynników rakotwórczych lub pyłów zwłókniających okresowe badania profilaktyczne obligatoryjne są również dla pracowników, którzy zaprzestali wykonywania pracy w tym narażeniu

²⁶ Dz.U. z 2002 r. nr 217, poz. 1833 z późn. zm.

w związku z przejściem na inne stanowisko pracy, natomiast fakultatywne dla byłych pracowników (na wniosek zainteresowanej osoby) po rozwiązaniu umowy o pracę z tym pracodawcą (art. 229 § 5 k.p.). Głównym celem przeprowadzania okresowych badań profilaktycznych jest potwierdzenie w regularnych odstępach czasu zdolności zdrowotnej pracownika do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, a tym samym potwierdzenie rzeczywistej możliwości dalszego jego zatrudnienia na dotychczasowych warunkach bez zagrożenia dla życia i zdrowia w miejscu pracy. Natomiast celem okresowych badań profilaktycznych dla byłych pracowników pracujących w narażeniu na działanie substancji i czynników rakotwórczych lub pyłów zwłókniających jest wczesna diagnostyka i jak najszybsze podjęcie leczenia ewentualnych zmian w funkcjonowaniu organizmu, spowodowanych działaniem tych czynników.

Kodeks pracy przewiduje również **kontrolne badania profilaktyczne**, które są obligatoryjne dla pracowników powracających do pracy po zwolnieniu lekarskim trwającym dłużej niż 30 dni (art. 229 § 2 k.p.). Kontrolne badania profilaktyczne mają na celu sprawdzenie, czy przebyta długotrwała choroba nie wpłynęła negatywnie na zdolność zdrowotną pracownika do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku i czy w związku z tym można w sposób bezpieczny kontynuować zatrudnienie pracownika na dotychczasowych warunkach.

PZ powyższego wynika, że profilaktyczne badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) służą ustrzeżeniu pracownika przed wykonywaniem przez niego pracy, do której nie posiada on odpowiednich kwalifikacji zdrowotnych i wywarłaby ona szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej niekorzystny wpływ na jego stan zdrowia.

Regulacje prawne w zakresie profilaktycznych badań lekarskich pracowników uszczegóławia rozporządzenie **Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy**²⁷. Zgodnie z powołanym rozporządzeniem badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, w którym określa on rodzaj badania profilaktycznego, stanowisko lub stanowiska pracy, na których ma być wykonywana praca, a także podaje informacje o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych wykonywanych dla tych stanowisk (§ 4 rozp.).

²⁷ Dz.U. z 1996 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.

Lekarz profilaktyk w sprawie zdolności pracownika do wykonywania pracy orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz przeprowadzonej oceny zagrożeń dla zdrowia i życia na zajmowanym przez pracownika stanowisku pracy (§ 3 ust. 1 rozp.). Badanie profilaktyczne pracownika kończy się orzeczeniem lekarskim stwierdzającym brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy albo stwierdzającym przeciwwskazania zdrowotne do pracy na określonym stanowisku pracy (§ 2 ust. 5 rozp.). Zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie lekarskie w sprawie zdolności pracownika do wykonywania pracy na danym stanowisku lekarz przekazuje pracownikowi i pracodawcy (§ 3 ust. 4-5 rozp.).

Pracownik lub pracodawca, który nie godzi się z treścią wydanego zaświadczenia lekarskiego, może wystąpić w ciągu 7 dni od dnia wydania zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza profilaktyka, który wydał to zaświadczenie, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Orzeczenie lekarskie ustalone na podstawie ponownego badania profilaktycznego w trybie odwoławczym w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy jest ostateczne (§ 5 rozp.).

Pracodawca ma obowiązek zastosowania się do wydanego przez lekarza profilaktyka w wyniku przeprowadzonego badania profilaktycznego zaświadczenia lekarskiego zawierającego orzeczenie lekarskie w sprawie zdolności pracownika do wykonywania pracy na określonym stanowisku pracy. Pracodawca nie może dopuścić pracownika do wykonywania pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku (art. 229 § 4 k.p.). Naruszenie przez pracodawcę obowiązków w zakresie badań profilaktycznych może powodować odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika (art. 283 § 1 k.p.) oraz rodzic odpowiedzialność odszkodowawczą wynikającą z pogorszenia stanu zdrowia pracownika. Okoliczność naruszenia przez pracodawcę obowiązków w zakresie badań profilaktycznych może również mieć wpływ na stwierdzenie choroby zawodowej lub uznanie wypadku przy pracy²⁸.

Profilaktyczne badania lekarskie odgrywają ważną rolę w umacnianiu zdrowia w miejscu pracy i zapewnieniu komfortu pracy, dlatego należy przykładać dużą wagę do ich rzetelnego wykonywania oraz

²⁸ Szerzej nt. badań profilaktycznych w międzynarodowym, europejskim oraz polskim prawie pracy, a także braku właściwych badań lekarskich jako zewnętrznej przyczyny wypadku przy pracy: G. Ślawska, *Związek badań profilaktycznych z uznaniem wypadku przy pracy*, *Prewencja i Rehabilitacja* 2011, nr 2, s. 13-23.

stosowania się do wydawanych w ich następstwie zaleceń lekarzy profilaktyków.

Przeniesienia ochronne

Przeniesienia ochronne to instrument prawny będący w rękach lekarza profilaktyka, którego zastosowanie może ustrzec pracownika przed zachorowaniem na chorobę zawodową lub w przypadku zachorowania wpłynąć na ograniczenie rozwoju choroby zawodowej poprzez niezwłoczne odsunięcie pracownika od źródła zagrożenia zdrowotnego występującego w środowisku pracy. Przeniesienia ochronne to także zapewnienie poszkodowanemu wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej pracownikowi odpowiednich warunków pracy do kontynuowania zatrudnienia w środowisku pracy wolnym od zagrożeń dla jego stanu zdrowia.

W zależności od okoliczności lekarz profilaktyk ma do dyspozycji możliwość zastosowania **czasowego przeniesienia ochronnego**, z powodu stwierdzenia u pracownika objawów wskazujących na powstawanie choroby zawodowej albo możliwość **stałego przeniesienia ochronnego**, jeżeli pracownik stał się niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Ustawodawca w art. 230 § 1 k.p. stanowi, że „w razie stwierdzenia u pracownika objawów wskazujących na powstawanie choroby zawodowej, pracodawca jest obowiązany, na podstawie orzeczenia lekarskiego, w terminie i na czas określony w tym orzeczeniu, przenieść pracownika do innej pracy nienarażającej go na działanie czynnika, który wywołał te objawy”. Powołany przepis ma charakter wybitnie prewencyjny, gdyż daje podstawy lekarzowi profilaktykowi do przeniesienia pracownika do innej pracy już w fazie podejrzenia, że u danego pracownika, wykonującego pracę w szkodliwych dla jego zdrowia warunkach pracy, może dojść do powstania choroby zawodowej. Wystarczającą bowiem przesłanką przeniesienia ochronnego w powołanym przepisie jest stwierdzenie u pracownika przez lekarza „objawów wskazujących na powstawanie choroby zawodowej”.

O konieczności przeniesienia ochronnego, terminie przeniesienia i okresie jego trwania orzeka lekarz profilaktyk na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika, występujących na stanowisku pracy. Wydane przez lekarza profilaktyka orzeczenie lekarskie jest wiążące dla pracodawcy i powinno być przez niego wykonane w terminie wskazanym w tym orzeczeniu. Pracownik jest obowiązany podporządkować się decyzji pracodawcy wykonującego orzeczenie lekarskie o przeniesieniu

go do innej pracy, bezpiecznej dla jego aktualnego stanu zdrowia.

Zdaniem Sądu Najwyższego wyrażonym w uchwale I PR 256/67 z dnia 28 sierpnia 1967 r.²⁹, „przepisy bhp mają chronić zdrowie i zdolność produkcyjną pracowników w interesie społecznym, wobec czego nawet rezygnacja pracownika z ochrony swego zdrowia, wynikająca z chęci utrzymania wyższych zarobków, nie może usprawiedliwiać dalszego zatrudnienia go w warunkach szkodliwych dla jego zdrowia”. Z powyższego wynika, że strony stosunku pracy, zarówno pracodawca, jak i pracownik, w żaden sposób nie mogą uwolnić się od orzeczenia lekarskiego wydanego w sprawie przeniesienia ochronnego. Przy czym warto dodać, że przepisy prawa nie ograniczają lekarza profilaktyka w przedmiocie orzekania o długości okresu przeniesienia ochronnego ani też powtarzalności wydawania takich orzeczeń. Jedynym kryterium, którym kieruje się lekarz profilaktyk, wydając orzeczenia lekarskie w sprawie czasowego przeniesienia ochronnego, jest aktualny stan zdrowia pracownika oraz jego narażenie zawodowe. W przyjętym rozwiązaniu prawnym wyraźnie widać przyjętą przez ustawodawcę preferencję ochrony zdrowia pracownika i jego zdolności produkcyjnej nad doraźnym interesem pracodawcy.

Zgodnie z art. 231 k.p. „pracodawca, na podstawie orzeczenia lekarskiego, przenosi do odpowiedniej pracy pracownika, który stał się niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej i nie został uznany za niezdolnego do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych”. Powołany przepis zobowiązuje pracodawcę do stałego przeniesienia ochronnego pracownika, u którego stwierdzona została niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy spowodowana chorobą zawodową lub wypadkiem przy pracy.

Konieczność dokonania przeniesienia pracownika do odpowiedniej dla niego pracy, w przeciwieństwie do przeniesienia czasowego, wynika z faktu powstania negatywnych dla zdrowia skutków choroby zawodowej lub wypadku przy pracy. O niezdolności pracownika do wykonywania dotychczasowej pracy wskutek choroby zawodowej lub wypadku przy pracy oraz o konieczności w związku z tym przeniesienia go na czas nieokreślony do odpowiedniej pracy orzeka lekarz profilaktyk.

Pracodawca ma obowiązek wykonać orzeczenie lekarskie w sprawie stałego przeniesienia ochronnego, a pracownik poddać się takiemu przeniesieniu. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że stałe przeniesienie ochronne jest bardzo ważnym środkiem

²⁹ OSNCP 1968, nr 3, poz. 52.

prawnym, zabezpieczającym interesy pracownika w sytuacji, gdy szkodliwe warunki pracy spowodowały u niego utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy. Odpowiedzialnym za dalsze zatrudnienie takiego pracownika ustawodawca uczynił pracodawcę, w którego zakładzie pracy zdrowie pracownika uległo pogorszeniu, ale nie na tyle, aby nabył prawo do renty wypadkowej.

W statym przeniesieniu ochronnym na pierwszy plan wyłania się aspekt społeczny, gdyż pracownika z pogorszoną zdolnością fizyczną do zatrudnienia nie pozostawia się samemu sobie, ale trzeba jednak dostrzec również aspekt ochrony, który polega na niedopuszczeniu do pogarszania się aktualnego stanu zdrowia pracownika. Przepisy prawa zawierają również gwarancje w zakresie wynagrodzenia za pracę, gdyż stanowią, że jeżeli przeniesienie do innej pracy powoduje obniżenie wynagrodzenia, pracownikowi przysługuje dodatek wyrównawczy, ale niestety tylko przez okres nieprzekraczający 6 miesięcy (art. 230 § 2 k.p.). Przy czym warto zauważyć, że powyższe gwarancje płacowe w jednakowym zakresie mają zastosowanie do przeniesienia czasowego, jak i przeniesienia stałego³⁰.

Kończąc, trzeba dodać, że przeniesienia ochronne ustawodawca przewidział także dla pracownic w ciąży lub karmiących dziecko piersią w związku z ustawowym zakazem zatrudniania kobiet przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia czy w związku z ustawowym zakazem zatrudniania kobiet ciężarnych w porze nocnej, jak również na podstawie orzeczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez taką pracownicę. Ramy niniejszego opracowania nie pozwalają jednak na szersze rozwinięcie zasygnalizowanego zagadnienia³¹.

Profilaktyczne posiłki i napoje

Pracodawca zatrudniający pracowników w warunkach szczególnie uciążliwych jest obowiązany zapewnić im nieodpłatnie odpowiednie posiłki i napoje, jeżeli jest to niezbędne ze względów profilaktycznych (art. 232 k.p.).

Szczegółowe wymagania w tym zakresie określa **rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów**³². Na gruncie powołane-

go rozporządzenia zatrudnieniem w warunkach szczególnie uciążliwych, uprawniającym do posiłków profilaktycznych, jest zatrudnienie związane z dużym wysiłkiem fizycznym, powodującym w ciągu zmiany roboczej znaczny prawnie określony wydatek energetyczny organizmu, a także praca pod ziemią oraz praca przy usuwaniu skutków klęsk żywiołowych i innych zdarzeń losowych (§ 3 rozp.). Posiłki profilaktyczne muszą cechować się odpowiednim składem, tzn. powinny zawierać ok. 50-55% węglowodanów, 30-35% tłuszczów, 15% białek oraz posiadać wartość kaloryczną ok. 1000 kcal (§ 2 ust. 1 rozp.).

Pracodawca ma obowiązek zapewnić wydawanie posiłków w formie jednego dania gorącego na terenie zakładu pracy (§ 1 pkt 1 rozp.). W wyjątkowych sytuacjach, gdy takich możliwości nie ma, ze względu na rodzaj pracy lub ze względów organizacyjnych, może zapewnić pracownikom korzystanie z posiłków profilaktycznych w czasie pracy w punktach gastronomicznych lub zapewnić przyrządzanie posiłków przez pracowników we własnym zakresie z otrzymanych produktów (§ 2 ust. 2 rozp.). Posiłki profilaktyczne powinny być wydawane pracownikom w czasie regulaminowych przerw w pracy, w zasadzie po 3-4 godzinach pracy (§ 6 ust. 2 rozp.).

Na gruncie rozporządzenia zatrudnieniem w warunkach szczególnie uciążliwych, uprawniającym do napojów profilaktycznych, jest zatrudnienie w warunkach mikroklimatu gorącego lub mikroklimatu zimnego o prawnie określonych parametrach, przy pracach na otwartej przestrzeni przy temperaturze otoczenia poniżej 10°C lub powyżej 25°C, jak również na stanowiskach pracy, na których temperatura spowodowana warunkami atmosferycznymi przekracza 28°C, a także przy pracach związanych z dużym wysiłkiem fizycznym, powodującym w ciągu zmiany roboczej znaczny prawnie określony wydatek energetyczny organizmu (§ 4 ust. 1 rozp.). Rodzaj i temperaturę napojów profilaktycznych trzeba dostosować do warunków wykonywania pracy (§ 1 pkt 2 rozp.). Napoje profilaktyczne dla pracowników zatrudnionych w warunkach mikroklimatu gorącego powinny być wzbogacone o sole mineralne i witaminy. Napoje profilaktyczne powinny być dostępne dla pracowników, bez żadnych ograniczeń w ilości zaspokajającej potrzeby fizjologiczne pracowników (§ 4 ust. 2 rozp.), w ciągu całej zmiany roboczej (§ 6 ust. 3 rozp.).

Powyżej powołane rozporządzenie określa generalne wymagania w zakresie posiłków i napojów profilaktycznych. Konkretnie stanowiska pracy, na których zatrudnieni pracownicy u danego pracodawcy powinni otrzymywać posiłki i napoje profilaktyczne, oraz szczegółowe zasady i warunki ich wydawania ustala pracodawca w porozumieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi.

³⁰ Szerzej: G. Ślawska, *Przeniesienie pracownika do innej pracy w związku z chorobą zawodową lub wypadkiem przy pracy*, Prewencja i Rehabilitacja 2004, nr 2, s. 17-22.

³¹ Szerzej: G. Ślawska, *Przeniesienie pracownicy do innej pracy w związku z macierzyństwem*, Prewencja i Rehabilitacja 2004, nr 3, s. 8-13.

³² Dz.U. z 1996 r. nr 60, poz. 279.

W przypadku gdy u danego pracodawcy nie działa zakładowa organizacja związkowa, powyższe kwestie ustala pracodawca po uzyskaniu opinii przedstawicieli pracowników (§ 5 rozp.). Rozporządzenie wymaga, aby posiłki i napoje profilaktyczne wydawane były pracownikom w dniach wykonywania przez nich prac uzasadniających ich wydawanie (§ 6 ust. 1 rozp.). Pracodawca powinien zapewnić zachowanie odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych przygotowywania oraz spożywania posiłków i napojów profilaktycznych (§ 7 rozp.). Rozporządzenie zastrzega, że pracownikom nie przysługuje ekwiwalent pieniężny za posiłki i napoje profilaktyczne (§ 8 rozp.). Należy jeszcze dodać, że niezależnie od wyżej wymienionych posiłków i napojów profilaktycznych, przysługujących tylko pracownikom zatrudnionym w warunkach szczególnie uciążliwych, pracodawca jest obowiązany zapewnić wszystkim pracownikom – zgodnie z postanowieniami rozporządzenia w sprawie ogólnych przepisów bhp – wodę zdatną do picia lub inne napoje (§ 112 rozp.).

Zaplecze higieniczno-sanitarne

Na zachowanie zdrowia pracowników ogromny wpływ ma odpowiedni poziom higieny w miejscu pracy, który ma na celu zmniejszanie intensywności oddziaływania zanieczyszczeń środowiska pracy na organizm człowieka. Na gruncie Kodeksu pracy ustawodawca wymaga, aby pracodawca zapewnił pracownikom odpowiednie urządzenia higieniczno-sanitarne oraz dostarczył niezbędne środki higieny osobistej (art. 233 k.p.). Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia w sprawie ogólnych przepisów bhp pracodawca zobowiązany jest zapewnić pracownikom pomieszczenia i urządzenia higieniczno-sanitarne, których rodzaj, ilość i wielkość powinien dostosować do liczby zatrudnionych pracowników, stosowanych technologii i rodzajów pracy oraz warunków, w jakich ta praca jest wykonywana. Szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń higieniczno-sanitarnych, którymi pracodawca powinien się kierować, organizując dla pracowników zaplecze higieniczno-sanitarne, zawiera załącznik do powołanego rozporządzenia (§ 111 rozp.). Do obowiązków pracodawcy należy również dostarczanie pracownikom odpowiednich środków higieny osobistej, których ilość i rodzaje powinien dostosować do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała przy określonych pracach (§ 115 rozp.). Szczegółowe uregulowania dotyczące środków higieny osobistej obowiązujące w danym zakładzie pracy powinny być zawarte w regulaminie pracy (art. 104¹ § 1 pkt 1 k.p.). Rozporządzenie wymaga, aby pracodawca zapewnił także dostateczną ilość wody do celów higieniczno-sa-

nitarnych oraz utrzymania czystości pomieszczeń i terenu zakładu pracy (§ 13 rozp.).

Powyżej zasygnalizowane obowiązki pracodawcy w zakresie zapewnienia pracownikom odpowiedniego zaplecza higieniczno-sanitarnego mają charakter bezwzględnie obowiązujący. Potwierdził to Naczelny Sąd Administracyjny we Wrocławiu w wyroku II SA/Wr 1133/96 z dnia 4 marca 1997 r.³³, w którym stwierdził, że „pracodawca jest zobowiązany zapewnić pracownikom odpowiednie urządzenia higieniczno-sanitarne. Wykonanie tego obowiązku nie jest uzależnione od jego możliwości ekonomiczno-finansowych”. Powołany wyrok wpisuje się w obowiązującą w judykaturze linię orzecznictwą w dziedzinie bhp, w której wyraźnie widać preferencję ochrony zdrowia pracownika i jego zdolności produkcyjnej nad doraźnym interesem pracodawcy.

Uwagi końcowe

Z przeprowadzonych rozważań wynika, że w naszym kraju mamy wysokie standardy prawne w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników. Nasz polski system ochrony pracy opiera się na generalnym obowiązku pracodawcy ochrony zdrowia i życia pracowników, z którego wypływają jego szczegółowe obowiązki w pełni zapewniające profilaktyczną ochronę zdrowia pracowników. Uzupełnieniem działań pracodawcy na rzecz ochrony zdrowia pracowników są działania służby medycyny pracy oraz pracowników i ich reprezentacji do spraw bhp.

Polskie standardy prawne w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników w pełni odpowiadają obowiązującym w tym zakresie, zarówno międzynarodowym, jak i europejskim standardom prawnym. W niektórych obszarach nawet znacznie je przewyższając, zwłaszcza w obszarze obowiązkowych profilaktycznych badań lekarskich dla wszystkich pracowników czy powszechnej służby medycyny pracy. W związku z powyższym należy jedynie żywić nadzieję, aby podmioty odpowiedzialne za profilaktyczną ochronę zdrowia pracowników potrafiły wykorzystać nasze solidne podstawy prawne w praktyce działania na rzecz ochrony życia i zdrowia pracowników. Niewątpliwie jednak należy nieustannie podejmować działania w sferze praktycznego prawidłowego stosowania rozwiązań prawnych w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników, których celem jest zabezpieczenie i umacnianie zdrowia w środowisku pracy.

³³ Lex nr 32503.

Grażyna Ślowska



Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS – wyniki ankiety z 2011 r.

W artykule przedstawiono opracowanie wyników anonimowego badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób, które w 2011 r. odbyły rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

Wprowadzenie

Od 2005 r. Zakład corocznie przeprowadza anonimowe badanie ankietowe wśród osób, które zakończyły rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Badanie ma na celu pozyskanie opinii pacjentów, dotyczącej organizacji i sposobu realizacji programu rehabilitacji w poszczególnych ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem.

Wyniki badania stanowią źródło informacji na temat oczekiwań osób ubezpieczonych i są wykorzystywane podczas prowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kontroli realizacji przez ośrodki zawartych umów o prowadzenie rehabilitacji leczniczej.

Wyniki badania są udostępniane wszystkim ocenianym placówkom. W ten sposób ośrodki rehabilitacyjne uzyskują dodatkową możliwość weryfikacji jakości prowadzonego przez siebie programu z perspektywy jego bezpośredniego odbiorcy – osoby skierowanej przez ZUS.

Konstrukcja ankiety

W 2011 r. ankieta składała się z trzech bloków tematycznych, odnoszących się do oceny konkretnego ośrodka rehabilitacyjnego, w którym przeprowadzano rehabilitację.

Pierwsza grupa zawierała 5 pytań dotyczących osoby skierowanej na rehabilitację, tj.:

- wieku,
- płci,
- wykształcenia,
- profilu i formy rehabilitacji,
- rodzaju pobieranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Druga grupa obejmowała 12 pytań i odnosiła się bezpośrednio do oceny pracy ośrodka rehabilitacyjnego w zakresie:

- realizacji programu rehabilitacji przez zespół specjalistów: lekarzy, fizjoterapeutów, personel pielęgniarski i psychologów,
- warunków zakwaterowania i żywienia.

Trzecia grupa to 2 pytania o subiektywną ocenę osoby rehabilitowanej, dotyczącą:

- poprawy lub braku poprawy stanu zdrowia po rehabilitacji,
- możliwości powrotu do pracy po rehabilitacji.

Formularz ankiety przewidywał możliwość wyrażenia dodatkowej opinii, zgłoszenia własnych sugestii i przedstawienia poczynionych spostrzeżeń.

Metodyka przeprowadzenia badania

Podczas trzech kolejnych miesięcy – kwiecień, maj, czerwiec w 2011 r. wraz ze skierowaniem na rehabilitację osobie ubezpieczonej przekazywano formularz ankiety z kopertą zwrotną i listem intencyjnym, zawierającym prośbę o wypełnienie ankiety i odesłanie jej do Zakładu po zakończeniu rehabilitacji.

Zwrócone ankiety zostały poddane analizie. Przyjęto, że dany ośrodek rehabilitacyjny będzie poddany ocenie, jeżeli do Zakładu wpłynęło co najmniej 5 wypełnionych ankiet.

W 2011 r. wydano łącznie 27 060 ankiet, a zwróconych zostało 4318, tj. 16% ankiet (tabela 1 i wykres 1).

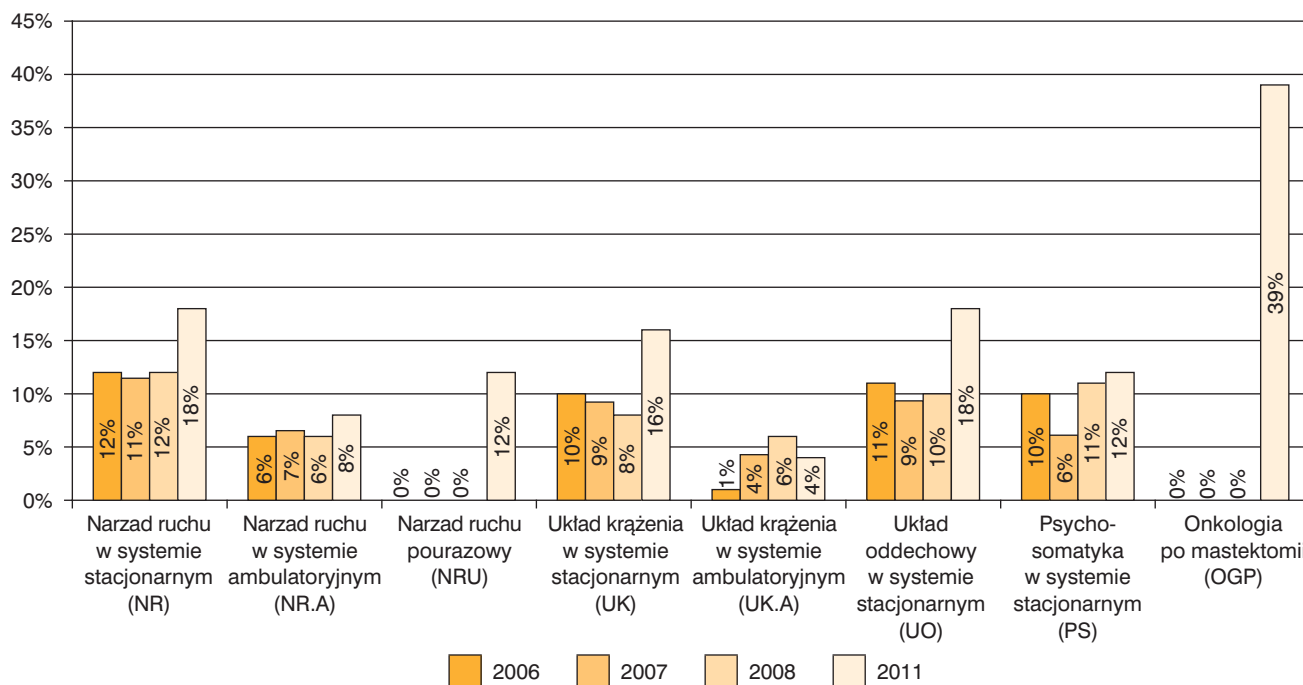
W celu uzyskania całościowej opinii o ośrodku rehabilitacyjnym odpowiedziom na poszczególne pytania, zależnie od wagi w procesie rehabilitacji, przypisano określoną liczbę punktów. Najwyższa

Liczba ankiet wysłanych i zwróconych w poszczególnych profilach schorzeń w 2011 r.

Profil schorzenia	Rok 2011		
	liczba wysłanych ankiet	liczba zwróconych ankiet	% zwróconych ankiet
Narząd ruchu w systemie stacjonarnym (NR)	18 480	3 260	18
Narząd ruchu w systemie ambulatoryjnym (NR.A)	3 069	259	8
Narząd ruchu pourazowy (NRU)	225	26	12
Układ krążenia w systemie stacjonarnym (UK)	2 283	363	16
Układ krążenia w systemie ambulatoryjnym (UK.A)	597	26	4
Układ oddechowy w systemie stacjonarnym (UO)	728	130	18
Psycho-somatyka w systemie stacjonarnym (PS)	1 479	177	12
Onkologia po mastektomii (OGP)	199	77	39
Razem	27 060	4 318	16

Wykres 1

Odsetek ankiet zwróconych dotyczących rehabilitacji leczniczej prowadzonej w latach 2006-2011 w poszczególnych profilach schorzeń



możliwa do uzyskania przez ośrodek rehabilitacyjny liczba punktów wynosiła 100.

Sumując punkty uzyskane z oceny jednego ośrodka rehabilitacyjnego w poszczególnych ankietach i obliczając średnią arytmetyczną, otrzymano wynik całościowo oceniający dany ośrodek rehabilitacyjny. Przyjęto, że uzyskanie przez ośrodek rehabilitacyjny uśrednionej oceny o wartości co najmniej 75 punktów świadczyło o dobrym poziomie prowadzonej działalności. Uzyskane wyniki całościowej oceny posłużyły do stworzenia rankingu ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem.

Ze względu na największą liczbę wypełnionych ankiet dotyczących rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu oraz biorąc pod uwagę, że w tej grupie schorzeń rehabilitowana jest największa liczba ubezpieczonych, na potrzeby niniejszego ar-

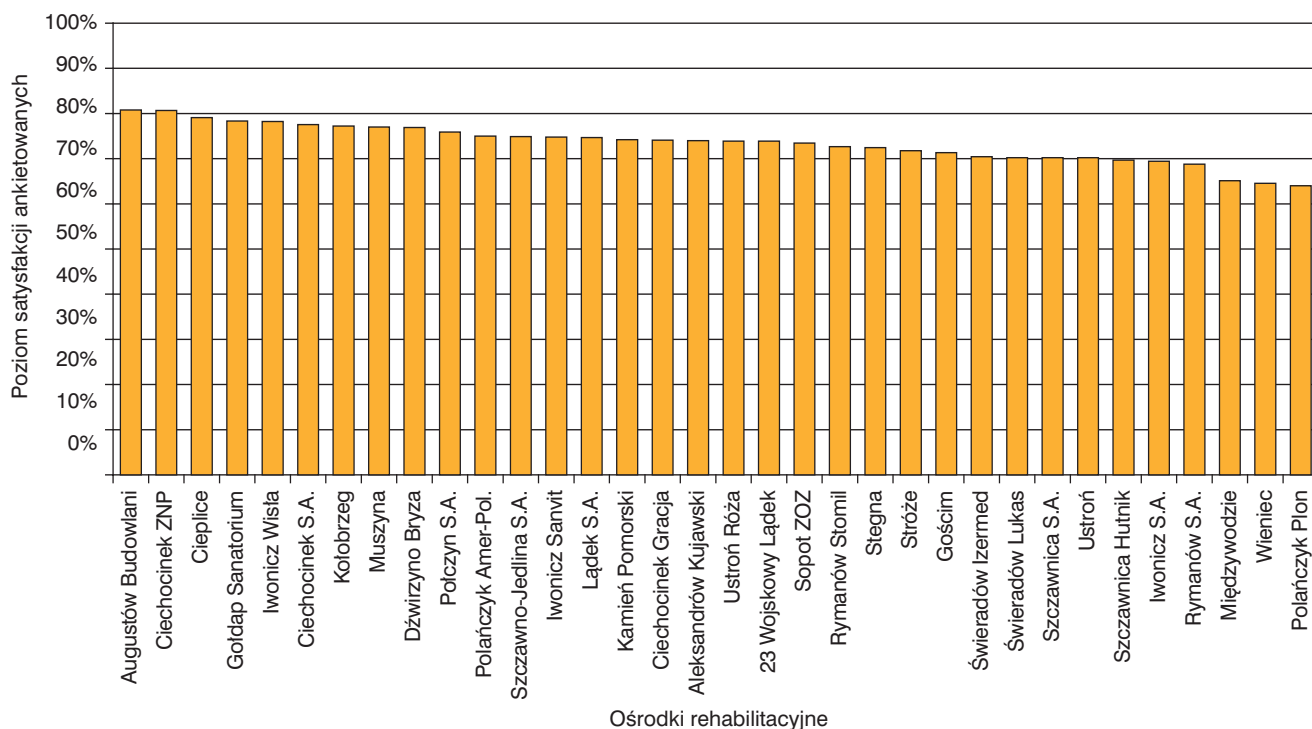
tykułu zostaną omówione dane dotyczące tego profilu rehabilitacji.

Wykres 2 pokazuje sumę punktów uzyskaną w 2011 r. przez poszczególne ośrodki za prowadzenie programu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym.

W celu uzyskania szczegółowej informacji dotyczącej jakości prowadzonego programu wyodrębniono następujące **obszary działalności** ośrodka rehabilitacyjnego oceniane na podstawie ankiety:

- organizacja pracy kadry medycznej,
- dostępność lekarza,
- stosunek lekarza do zgłaszanych problemów zdrowotnych,
- relacja pomiędzy pacjentem a fizjoterapeutą,
- relacja pomiędzy pacjentem a personelem pielęgniarskim,

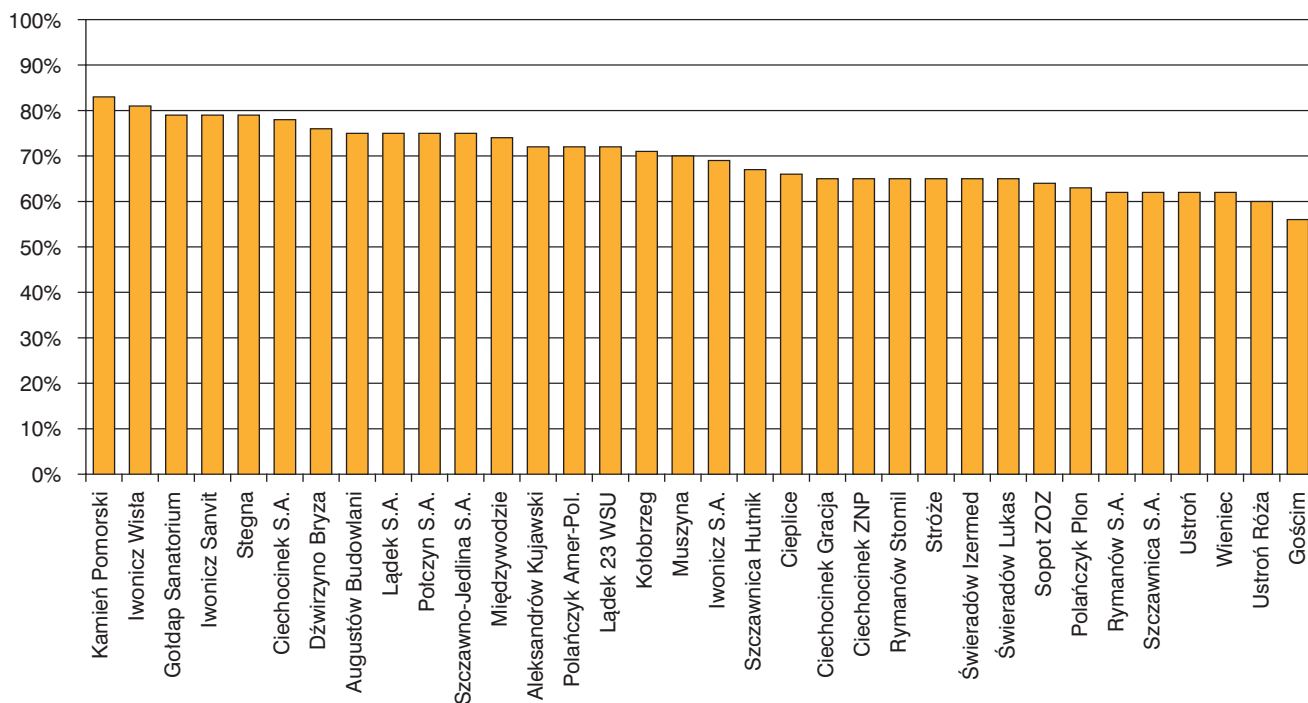
Liczba punktów ogółem uzyskana przez ośrodki rehabilitacyjne realizujące program rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r.



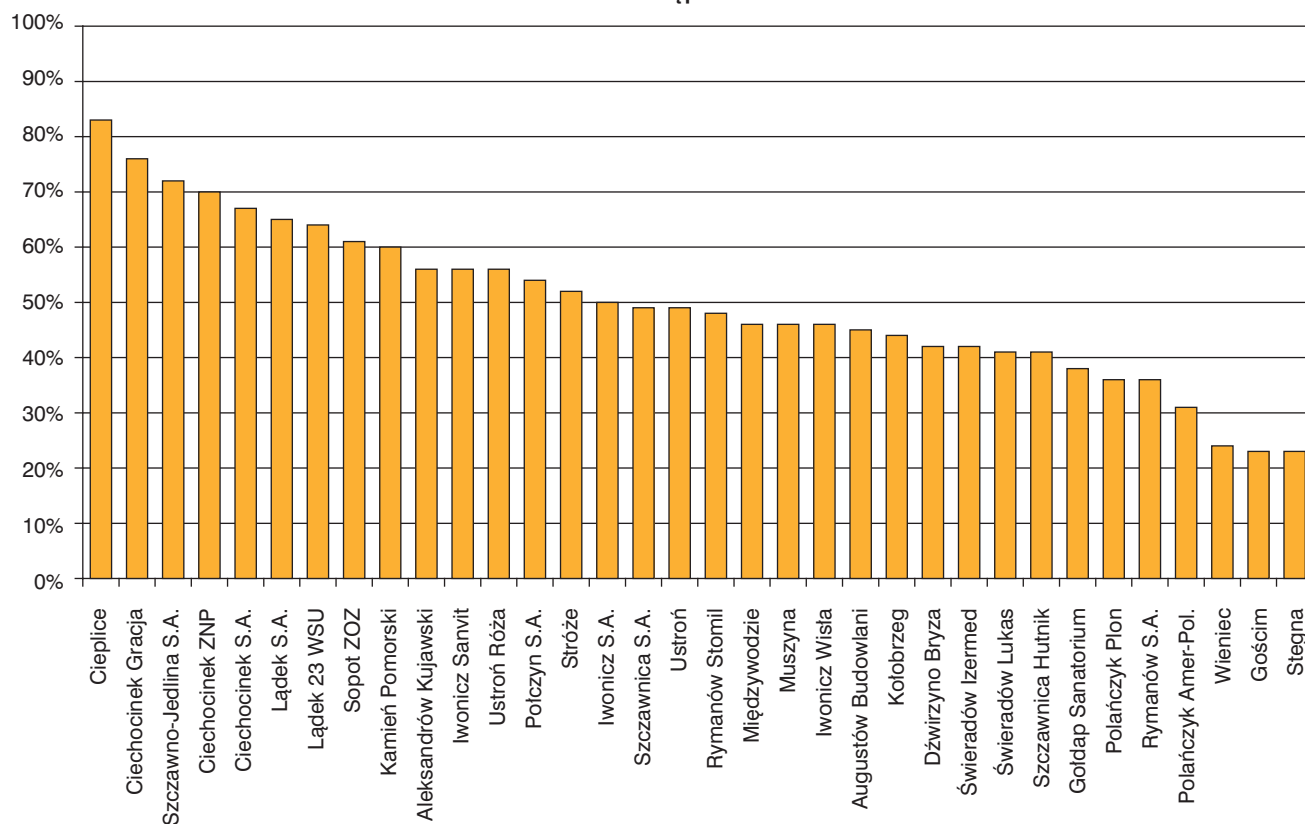
- prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
- prowadzenie zajęć z psychologiem,
- wyżywienie,
- warunki zakwaterowania.

Uwzględnienie powyższego zakresu działalności ośrodków rehabilitacyjnych umożliwiło dokonanie ich indywidualnej oceny oraz uszeregowanie placówek, biorąc pod uwagę odsetek uzyskanych pozytywnych opinii (wykresy 3-11).

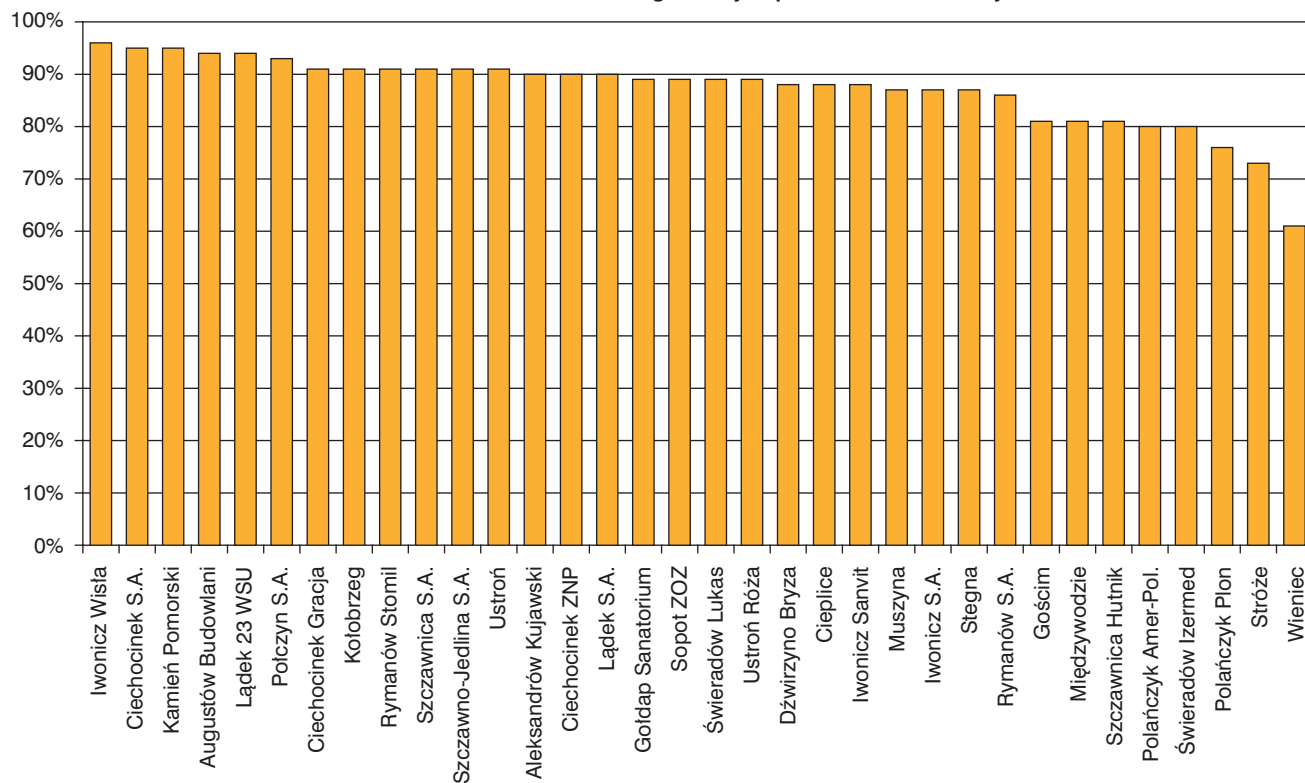
Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: organizacja pracy kadry medycznej



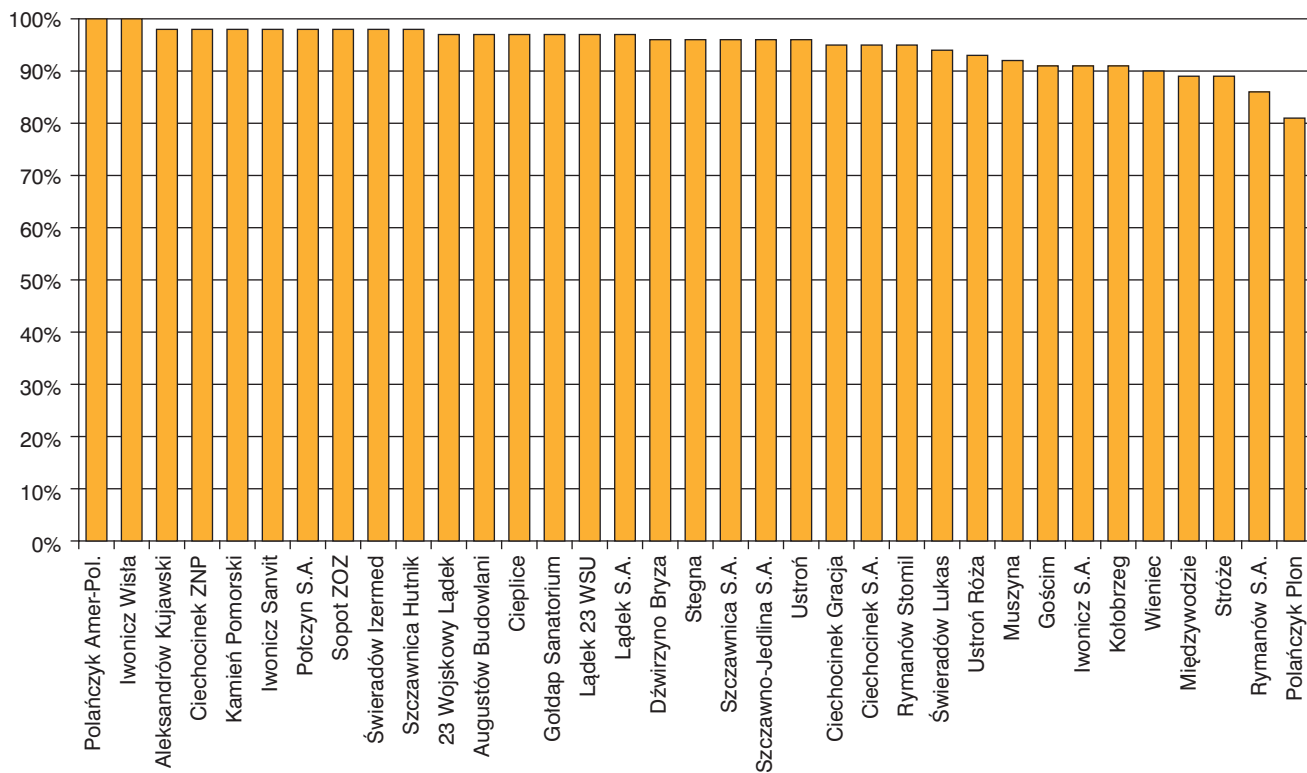
Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: dostępność lekarza



Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: stosunek lekarza do zgłaszanych problemów zdrowotnych

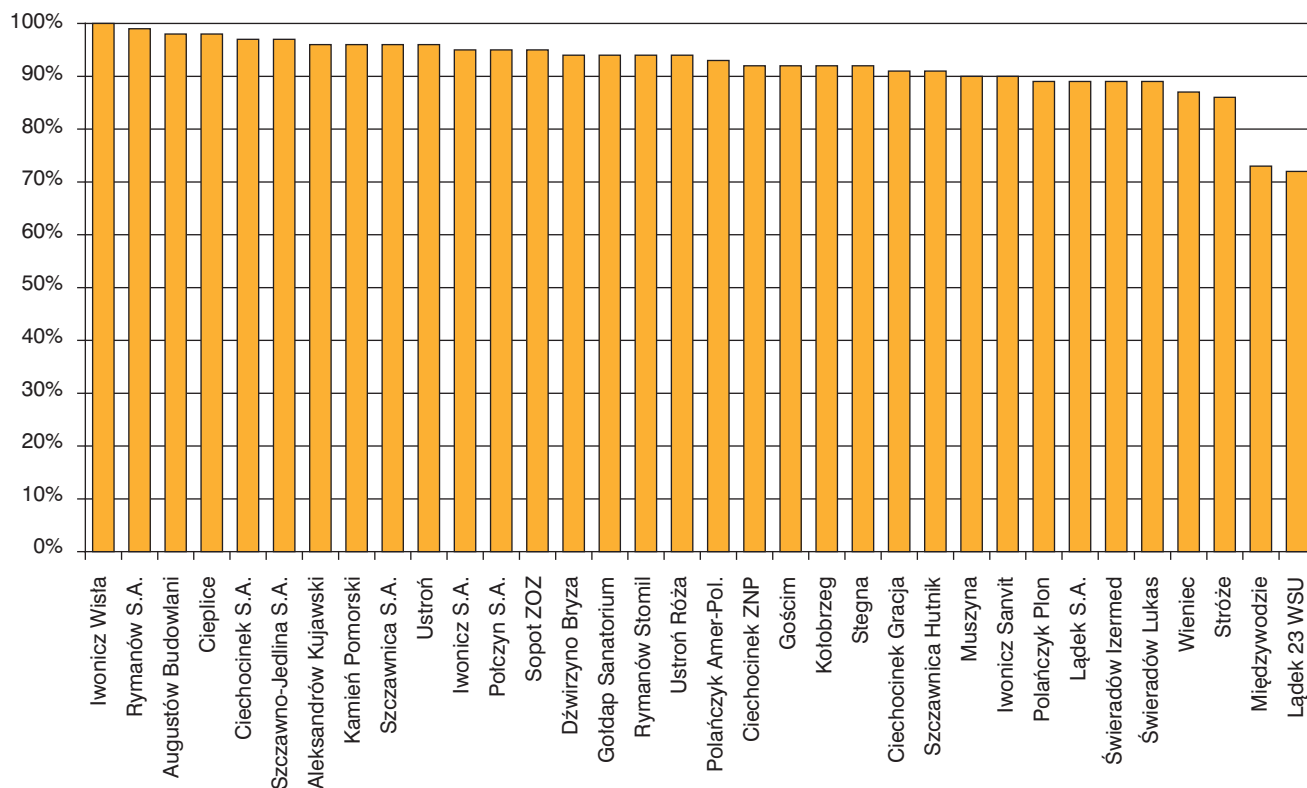


Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: relacja pomiędzy pacjentem a fizjoterapeutą

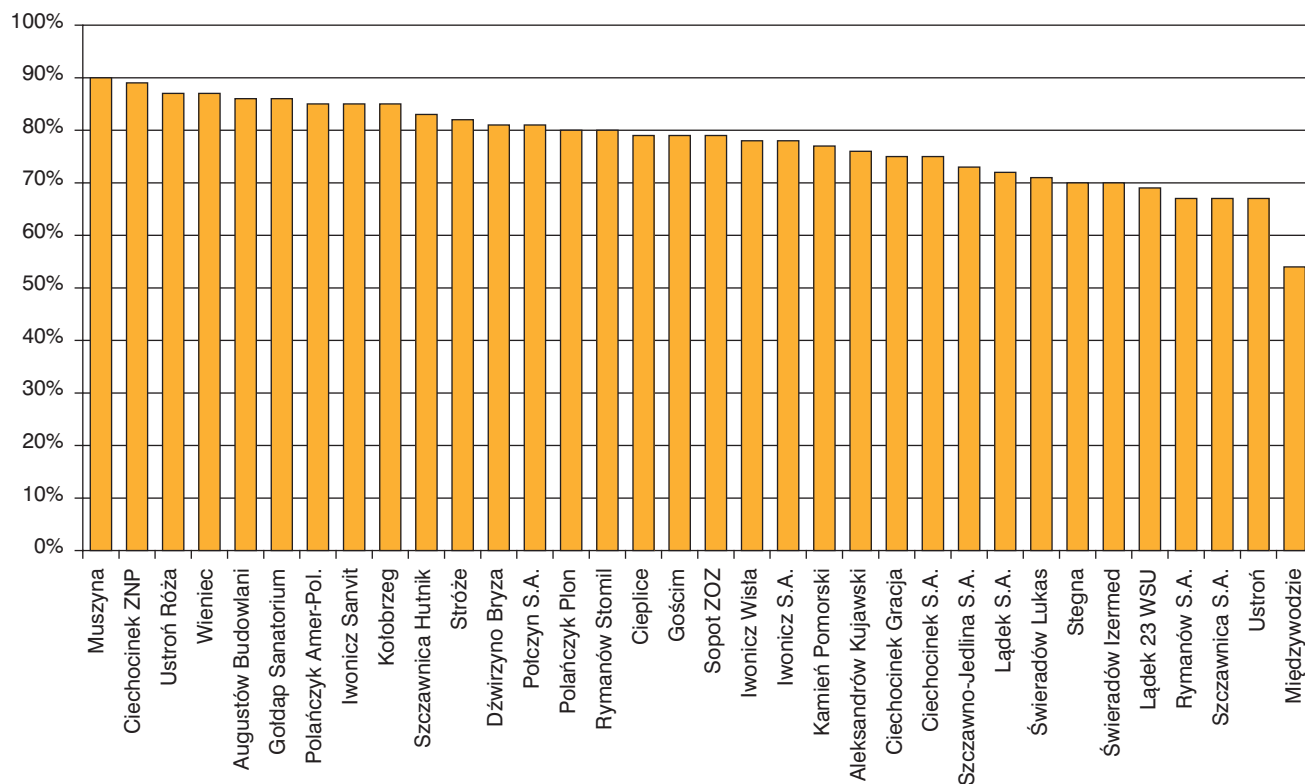


Wykres 7

Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: relacja pomiędzy pacjentem a personelem pielęgniarskim

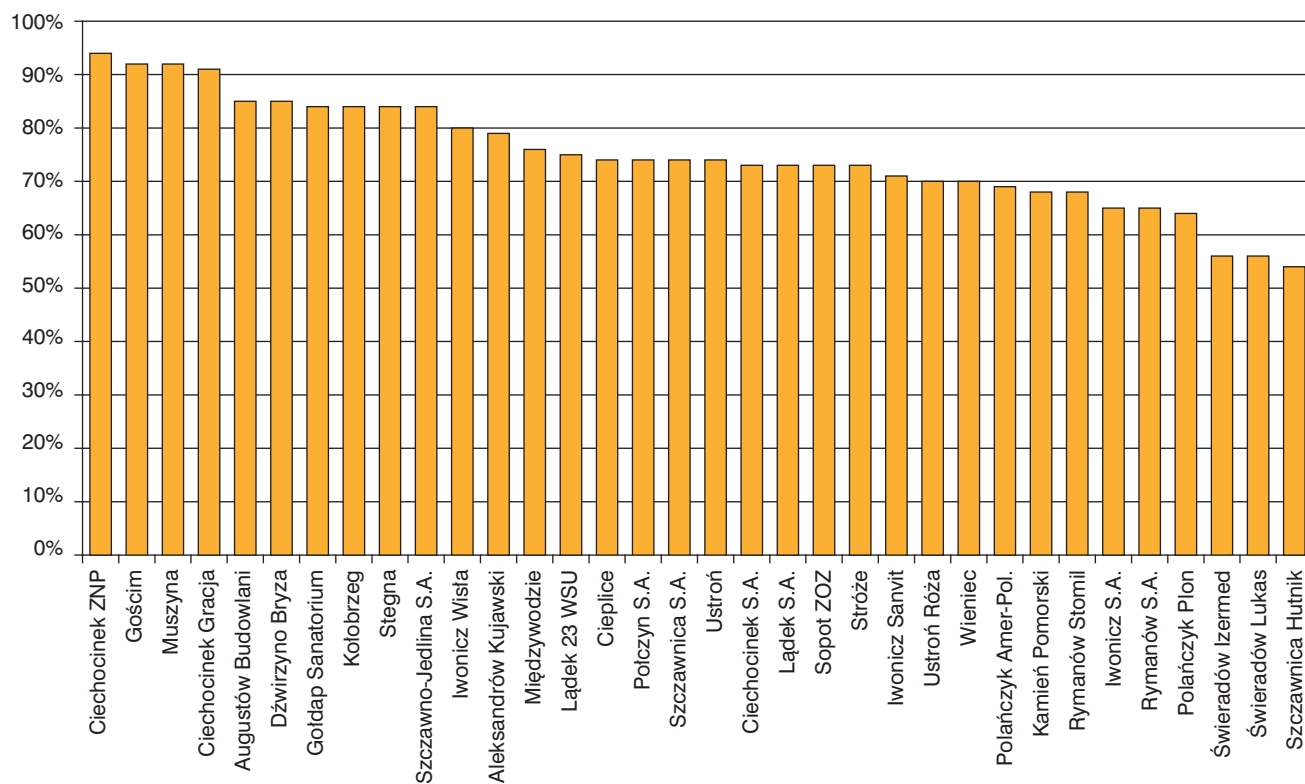


Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

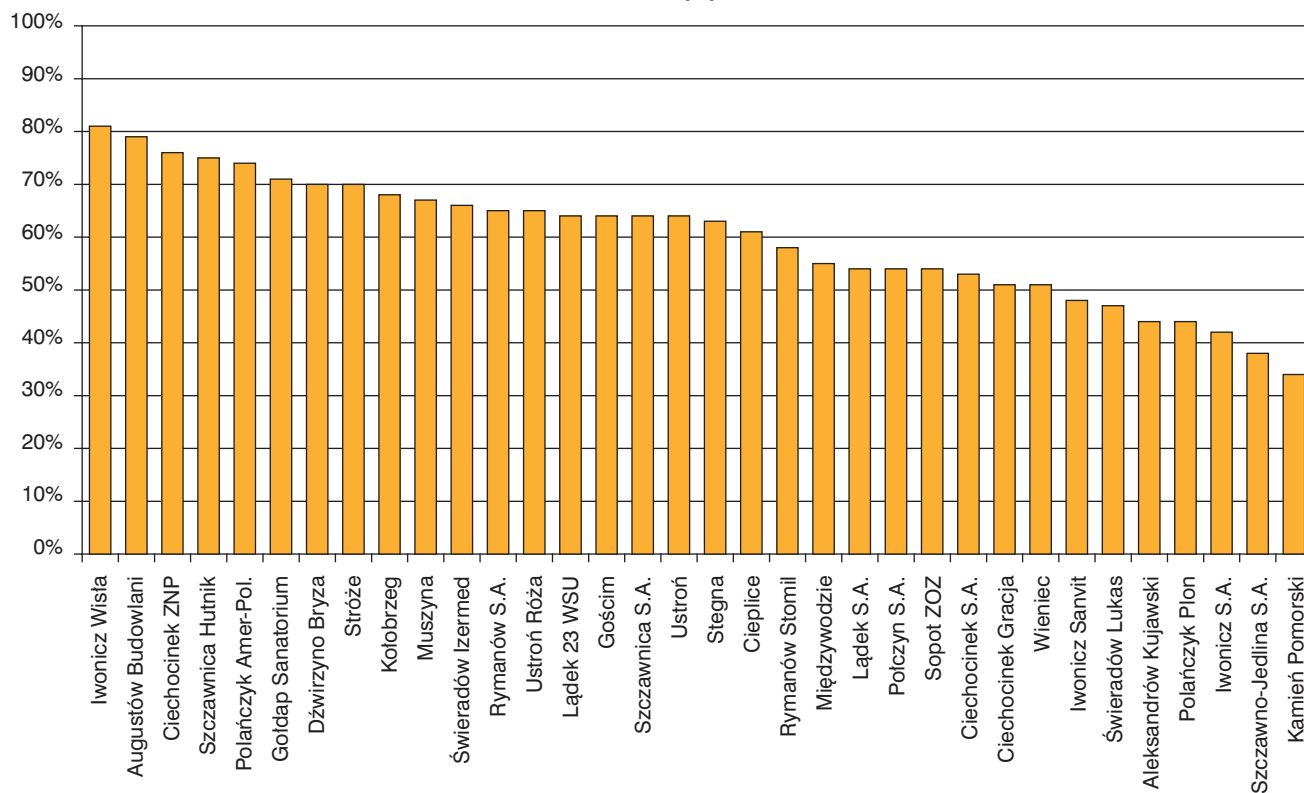


Wykres 9

Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r. w obszarze: prowadzenie zajęć z psychologiem

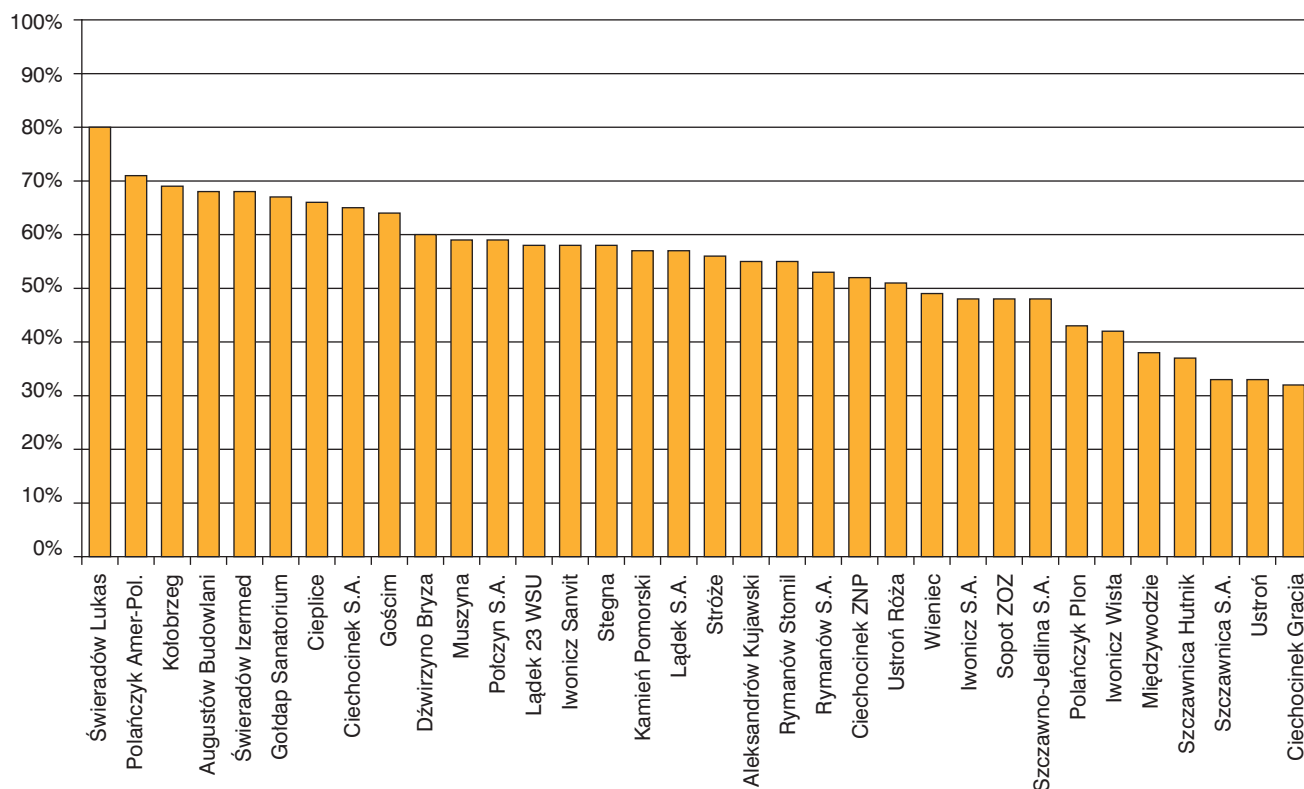


**Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą
w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r.
w obszarze: wyżywienie**



Wykres 11

**Ranking ośrodków rehabilitacyjnych na przykładzie prowadzących rehabilitację leczniczą
w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym w 2011 r.
w obszarze: warunki zakwaterowania**



Cechy społeczno-zawodowe osób biorących udział w badaniu ankietowym

W badaniu wzięły udział osoby, których średnia wieku wynosiła 51 lat, legitymujące się w większości wykształceniem średnim i wyższym, z czego 79% stanowiły osoby, które podczas rehabilitacji pobierały zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub nie pobierały żadnego świadczenia (tabela 2).

systematycznej kontroli, a w przypadku wystąpienia uchybień Zakład Ubezpieczeń Społecznych może nałożyć na ośrodek karę finansową lub rozwiązać umowę.

Mając na uwadze to, że celem prowadzonego programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po jej przeprowadzeniu, priorytetem jest

Tabela 2

Średnia wieku, wykształcenia i rodzaju pobieranego świadczenia osób biorących udział w badaniu

Średni wiek	Wykształcenie i rodzaj pobieranego świadczenia (dane na podstawie wszystkich nadesłanych ankiet, bez uwzględnienia profilu schorzenia)							
	wykształcenie				rodzaj pobieranego świadczenia			
	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	zasiłek chorobowy	świadczenie rehabilitacyjne	renta okresowa	bez świadczeń
51 lat	8%	24%	44%	24%	19%	40%	21%	20%

Wnioski i wykorzystanie wyników badania ankietowego

Analiza nadesłanych ankiet pokazuje, że ubezpieczeni najwyżej oceniają organizację pracy kadry medycznej, stosunek lekarzy do zgłaszanych problemów zdrowotnych, relacje pacjenta z fizjoterapeutami i pielęgniarkami oraz edukację zdrowotną i psychologiczną. Są to bardzo istotne elementy, które rzutują m.in. na efektywność prowadzonej rehabilitacji leczniczej. Najniższa ocena dotyczy zakwaterowania i wyżywienia oraz dostępności lekarza. Niski wynik tej ostatniej kategorii pokazuje, że ocena wyrażona w ankietach często jest zabarwiona elementem subiektywnym, zwłaszcza w zestawieniu z kategoriami, którym przyznano wysokie noty, np. stosunku lekarzy do zgłaszanych problemów oraz relacji pacjentów z fizjoterapeutami i pielęgniarkami. Oczekiwania dotyczące zakwaterowania i wyżywienia mogą wynikać po części z traktowania pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym jako pobytu w uzdrowisku bardziej o charakterze rekreacyjnym niż leczniczym, z akcentem na wysoki standard hotelowy.

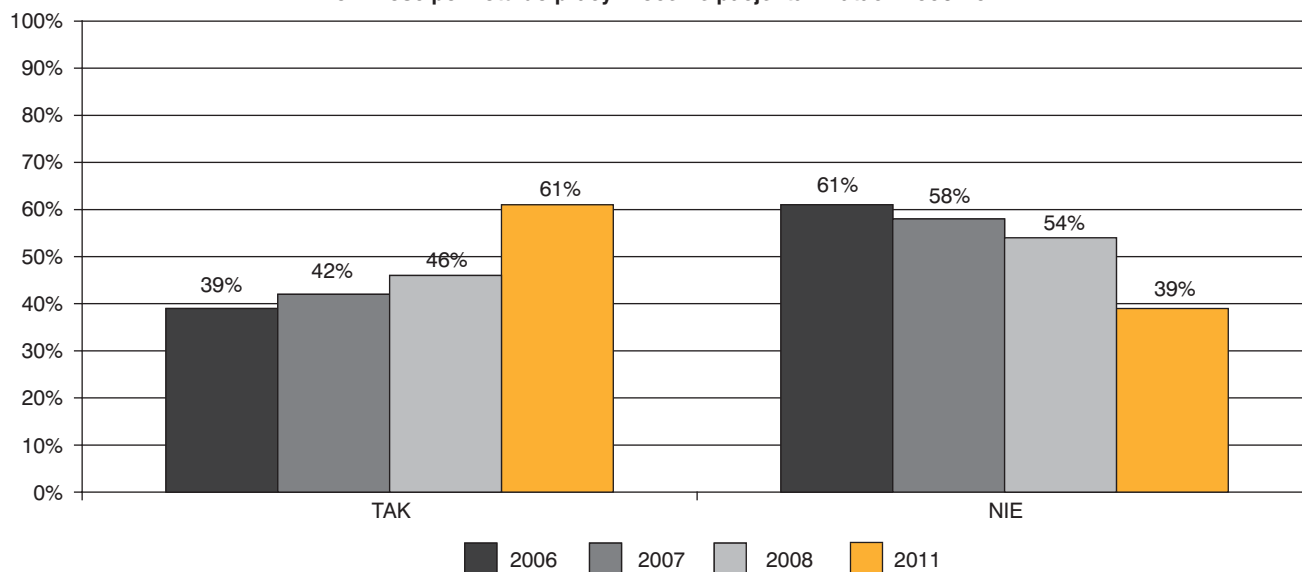
Rehabilitacja lecznicza prowadzona jest na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych z ośrodkami rehabilitacyjnymi spełniającymi określone przez Zakład wymagania prawne, kadrowe, lokalowe i medyczne. Należy podkreślić, że realizacja programu w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zawartymi umowami poddawana jest

kompleksowy charakter rehabilitacji oraz jakość realizowanego programu.

Poznanie opinii osób odbywających rehabilitację ma znaczącą wartość, zarówno dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak i dla ośrodka rehabilitacyjnego. Powyższe opinie są istotne dla ZUS, ponieważ dają możliwość dokonania krytycznej oceny i ewentualnej weryfikacji wymagań dla ośrodków rehabilitacyjnych określonych przez Zakład. Są także przydatnym narzędziem ułatwiającym prowadzenie czynności kontrolnych w zakresie objętym umową z ośrodkiem rehabilitacyjnym. Z tego względu każdy oceniony w ankietach ośrodek rehabilitacyjny otrzymał wyniki tej oceny, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i całościowym dla porównania swoich ocen z ocenami uzyskanymi przez inne placówki współpracujące z Zakładem. Biorąc pod uwagę, że badanie ankietowe, jak wspomniano na wstępie, jest prowadzone w dłuższym przedziale czasowym i cyklicznie od 2005 r., należy podkreślić jego wagę. Daje ono możliwość porównania badanych zakresów działalności ośrodków rehabilitacyjnych w kolejnych latach. Z drugiej strony umożliwia zespołowi realizującemu program rehabilitacji dostrzeżenie obszarów działalności leczniczej wymagających zmian naprawczych.

Podsumowując wyniki prowadzonego od kilku lat badania ankietowego należy zwrócić uwagę na opinię ubezpieczonych dotyczącą możliwości powrotu do pracy (wykres 12).

Możliwość powrotu do pracy w ocenie pacjenta w latach 2006-2011



Coraz więcej osób poddanych rehabilitacji dostrzega korzyści, jakie daje prowadzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacja lecznicza. Pomaga ona w znoszeniu barier środowiskowych, ekonomicznych i zawodowych, jakie dotyczą osób o różnym stopniu dysfunkcji organizmu spowodowanych choro-

bą, dając im szansę na poprawę stanu zdrowia i pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym.

Magdalena Bryła



Wydarzenia, opinie – 2012

■ **18 stycznia** w Warszawie w siedzibie Fundacji im. Stefana Batorego odbyła się konferencja pt. „Dostępne strony internetowe dziś i jutro” zorganizowana wspólnie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji. Było to przedsięwzięcie podsumowujące projekt „Wsparcie osób niepełnosprawnych w dostępie do informacji i usług zamieszczanych w Internecie” dofinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt miał charakter badawczy i był pierwszym tego rodzaju realizowanym w Polsce. Patronat objęli Minister Administracji i Cyfryzacji – Michał Boni i Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych – Jarosław Duda.

Celem konferencji było pokazanie wyzwań, przed którymi stoją twórcy, administratorzy i redaktorzy polskich stron internetowych, aby jak najszybciej zapewnić osobom z niepełnosprawnościami swobodny dostęp do wszystkich zasobów sieci

w zakresie m.in. wiedzy, pracy, rozrywki, produktów, usług, komunikacji.

Podczas realizacji powyższego programu dokonano oceny dostępności użytkowej 200 polskich serwisów internetowych pod kątem możliwości korzystania z nich przez internautów niepełnosprawnych. Ponad dwadzieścia osób testowanych z różnego rodzaju dysfunkcjami (ruchową, narządów słuchu i wzroku oraz dysleksją) wraz z czterema audytorami technicznymi przeprowadziło kompleksowy audyt polskich stron internetowych pod względem ich funkcjonalności. Zadaniem osób testujących było poszukiwanie odpowiedzi na pytania: • czy np. strony te można obsługiwać tylko przy pomocy klawiatury • czy zdjęcia i grafiki na nich umieszczone zostały wyposażone w tekst alternatywny, który je opisuje • czy zamieszczone w sieci materiały dźwiękowe mają swoje wersje tekstowe • czy informacje na stronie napisane są w sposób prosty i zrozumiały.

Audytowi poddano 150 serwisów instytucji publicznych, w tym 17 ministerstw, 55 urzędów państwowych (m.in. kancelarie Senatu, Prezydenta RP i Prezesa Rady Ministrów), 55 urzędów miejskich i powiatowych, 23 przedsiębiorstwa komunikacji miejskiej, a także 50 organizacji pozarządowych ze środowiska osób niepełnosprawnych. Na liście audytowanych witryn znalazły się strony należące m.in. do Narodowego Funduszu Zdrowia i jego oddziałów, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Państwowej Inspekcji Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Głównymi kryteriami oceny były: • dostępność treści • układ i czytelność • semantyka kodu źródłowego HTML oraz • konstrukcja strony i jej zgodność ze standardami sieciowymi.

Podczas podsumowania spotkania Prezes Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji Piotr Pawłowski zwrócił uwagę, że żaden z badanych serwisów nie spełnił nawet połowy podstawowych, stawianych przed nim wymagań dostępności. Oznacza to, że kilka milionów polskich obywateli z różnego rodzaju niepełnosprawnościami nie może lub ma istotne kłopoty z korzystaniem z informacji publicznej. Jednocześnie wyraził przekonanie, że wyniki zrealizowanego projektu w przyszłości ułatwią tym osobom dostęp do serwisów instytucji publicznych. Do udziału w konferencji zaproszeni zostali również przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

■ **10 lutego** w Warszawie odbyło się Seminarium Edukacyjno-Systemowe pt. „Innowacje w leczeniu chorób zakaźnych – ocena dostępności w Polsce” zorganizowane przez Fundację Watch Heath Care. Spotkanie zgromadziło m.in. lekarzy chorób zakaźnych, wakcynologów, epidemiologów oraz specjalistów dziedzin pokrewnych związanych z dostępnością do innowacyjnych metod leczenia chorób zakaźnych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych, towarzystw ubezpieczeniowych, organizacji pacjentów, pracowników naukowych wyższych uczelni medycznych.

Do udziału w seminarium zaproszenia przyjęli m.in. prof. Waldemar Halota – kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM w Bydgoszczy, prof. Robert Flisiak – wiceprezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, prof. Jacek Juszczak – przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów, prof. Zbigniew Szawarski – przewodniczący Komitetu Bioetyki PAN, dr hab. Andrzej Horban – krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. W obradach uczestniczyli również przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Celem seminarium było przedstawienie zebranych ograniczeń w dostępie do nowoczesnych metod wykorzystywanych w leczeniu chorób zakaź-

nych, zarówno znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych, jak i pozostających poza nim oraz poszukiwanie możliwości poprawy tego stanu.

Podczas spotkania zaprezentowane zostały m.in. tematy: • programy terapeutyczne/lekowe w chorobach zakaźnych – dostęp do innowacyjnych leków • zakażenia HCV – współczesne zagrożenia • miejsce terapii trójlekowej w leczeniu zakażeń HCV • osiągnięcia polskiej grupy ekspertów HBV • innowacyjne metody w profilaktyce i leczeniu AIDS na bazie Narodowego Programu Leczenia Antyretrowirusowego • centralne zakupy leków na przykładzie leków przeciw AIDS • leczenie ciężkich zakażeń – zmiany w finansowaniu, miejsce i rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zapobieganiu i zwalczaniu HCV • program szczepień jako element koszyka świadczeń zdrowotnych.

Seminarium umożliwiło przeprowadzenie debaty systemowej ukierunkowanej na zniesienie ograniczeń w dostępie do innowacyjnych technologii medycznych wykorzystywanych w leczeniu chorób zakaźnych w Polsce oraz przedstawienie zmian dotyczących metod ich leczenia.

■ **17 lutego** w Warszawie w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim odbyła się konferencja pt. „Personalizacja medycyny: Nowe wyzwania dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia” dotycząca zwiększenia skuteczności i efektywności leczenia poprzez włączenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do podstawowych działań lekarza i pielęgniarki. Organizatorem spotkania było Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, a honorowy patronat sprawował Wojewoda Mazowiecki – Jacek Kozłowski. W obradach uczestniczyli m.in. przedstawiciele Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – profesorowie Jan Tatoń i Zbigniew Gaciong, firmy GENOMED SA, prof. Leo Barić z Manchester UK, lekarze specjaliści, lekarze rodzinni, pielęgniarki i położne z warszawskich placówek medycznych. W konferencji wzięli również udział przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Spotkanie stało się okazją i miejscem do zaprezentowania m.in. tematów: • personalizacja medycyny a edukacja zdrowotna i promocja zdrowia • cele, metody i standardy personalizowanej pedagogiki terapeutycznej i psychosocjalnej w chorobach przewlekłych – na przykładzie cukrzycy • poznanie sekwencji ludzkiego genomu i jego wpływ na profilaktykę i leczenie, zagrożenia dla zdrowia publicznego – świadomość a skuteczność interwencji • koszty świadczeń społecznych powstałe w wyniku choroby.

Zamierzeniem organizatorów było poinformowanie zebranych o możliwości zwiększenia skuteczności i efektywności leczenia poprzez włączenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do podstawowych działań lekarza i pielęgniarki. Przedstawienie powyższej koncepcji, jaką jest poszerzenie kompeten-

cji personelu medycznego poprzez holistyczne podejście do pacjenta, było tematem debaty z udziałem jej twórcy i inicjatora – profesora Leo Barića z Manchester UK, który był gościem i wykładowcą podczas konferencji.

■ **22-25 lutego** w Ustroniu odbyło się XVI Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego pt. „Rehabilitacja kardiologiczna – nauka, praktyka, innowacje”. Sympozjum było kontynuacją cyklu spotkań o charakterze naukowo-szkoleniowym dla wszystkich, którzy zajmują się kardiologią i rehabilitacją kardiologiczną w Polsce. W tym roku zaproszenia przyjęli m.in. Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – prof. Janina Stępińska, Prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji – prof. Jolanta Kujawa, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Kardiologii – prof. Grzegorz Opolski oraz wybitni profesorowie Grażyna Broda, Zbigniew Gąsior, Kalina Kawecka-Jaszcz, Romuald Jaworski, Krystyna Książkowska-Orłowska, Lucjan Pawlicki, Ryszard Piotrowicz, Stanisław Rudnicki, Lew Starowicz, Jan Tylka.

Podczas trzydniowych obrad XVI Sympozjum odbyło się 15 sesji naukowych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, sesja posterowa (plakatu) dotycząca omówienia wyników programów naukowych realizowanych przez poszczególne zespoły naukowców oraz obrady okrągłego stołu na temat miejsca i roli rehabilitacji kardiologicznej w 2012 roku w Polsce z udziałem konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, prezesów towarzystw naukowych, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.

Tematyka sesji naukowych była bardzo różnorodna i obejmowała m.in. prezentację zagadnień:

- nowe sposoby i zasady postępowania w diagnostyce i terapii: niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, zaburzenia metaboliczne
- od epidemiologii do praktyki klinicznej – nowe wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne
- praktyczne problemy fizjoterapeuty – kamizelki czy szelki?
- jak chronić mostek po zabiegach kardiochirurgicznych
- rehabilitacja kardiologiczna – aktualne problemy, niewykorzystane możliwości
- znaczenie religijności w etiologii i terapii chorób związanych z rozwojem cywilizacji
- rehabilitacja za miedzą – w Czechach i na Słowacji
- chorzy ze wszczepialnym urządzeniem do elektroterapii – co powinien wiedzieć lekarz i pacjent
- seks w rehabilitacji kardiologicznej – aktywność seksualna po incydentach sercowo-naczyniowych i jako element rehabilitacji kardiologicznej
- innowacja w rehabilitacji, czyli masz pomysł
- damy ci pieniądze – innowacyjne technologie dla e-medycyny
- telemedycyna – koniec eksperymentów
- czas na wdrożenia
- rola pielęgniarki w rehabilitacji kardiologicznej
- kardiologia impedancyjna – od nauki do praktyki – nowe możliwości zastoso-

wania kardioimpedancji w badaniach wysiłkowych i w rejestracjach typu holterowskiego

- polska rehabilitacja w Europie i na świecie – przegląd prac naukowych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej i fizjologii wysiłku prezentowanych przez pracowników różnych placówek medycznych w 2011 roku na zjazdach zagranicznych.

■ **9-10 marca** w Poznaniu odbyło się IX Ogólnopolskie Repetytorium Pulmonologiczne organizowane przez Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej. Było to coroczne spotkanie z cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych obejmujących zagadnienia diagnostyki i leczenia zakażeń układu oddechowego z uwzględnieniem:

- gruźlicy
- zakażeń układu oddechowego u osób z zaburzeniami odporności
- przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
- wybranych (rzadko spotykanych) chorób płuc oraz
- choroby opłucnej.

Przewidywania Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że do 2020 r. choroby układu oddechowego znajdują się w pierwszej dziesiątce wśród przyczyn zgonów na świecie. W ostatnich latach również w Polsce nastąpił znaczny wzrost liczby zachorowań na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, zakażenia układu oddechowego, astmę, raka płuca czy gruźlicę. Tendencje epidemiologiczne potwierdzają potrzebę gruntownej znajomości zagadnień dotyczących chorób płuc oraz ustawicznej edukacji lekarzy praktyków tej specjalności oraz lekarzy rodzinnych. Pulmonologia jest specjalnością o charakterze interdyscyplinarnym i wymusza konieczność współpracy lekarzy rodzinnych i specjalistów z różnych dziedzin medycyny z pulmonologiem w celu prowadzenia optymalnej diagnostyki i terapii chorób układu oddechowego.

■ **16 marca** w Warszawie odbyło się IV Forum Ergonomiczne pt. „Bezpieczeństwo, praca i zdrowie” organizowane przez Wydawnictwo UNIMEDIA. Tematyka spotkania obejmowała zagadnienia z zakresu ergonomii, tj. nauki zajmującej się dostosowaniem pracy do możliwości psychofizycznych człowieka.

Zamierzeniem organizatorów konferencji było uświadomienie przedstawicielom służb bhp, pracodawcom i pracownikom zagrożeń występujących w pracy biurowej. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego, stres, zmęczenie, bóle głowy i frustracje, problemy ze wzrokiem, dłońmi i ramionami to różnego rodzaju dolegliwości zdrowotne, których można się ustrzec, projektując stanowisko pracy zgodnie z zasadami ergonomii. Postępowanie zgodnie z zasadami ergonomii zdecydowanie poprawia komfort pracy, zwiększa jej efektywność oraz zadowolenie pracodawcy.

W części warsztatowej konferencji uczestnicy zapoznali się z praktycznymi aspektami profilaktyki wypadkowej. Przedstawiona została wizualizacja za-

grożeń dla zdrowia w pracy biurowej w zakresie m.in.

- prezentacji mebli biurowych
- oświetlenia
- mikro-klimatu, tj. wentylacji i klimatyzacji oraz
- promieniowania w kontekście nowej dyrektywy unijnej.

■ **29-30 marca** w Poznaniu odbył się VI Międzynarodowy Poznański Kurs Chirurgii Barku, Łokcia i Nadgarstka – Artroskopia, Endoprotezoplastyka, Złamania, Rehabilitacja, którego organizatorem była Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu we współpracy z Fundacją Uniwersytetu Medycznego.

Konferencja była kontynuacją ogólnopolskich przedsięwzięć edukacyjnych realizowanych przez ośrodki naukowe w Poznaniu w wyjątkowej formule, tj. wykładów wygłaszanych przez wiodących światowych i polskich ekspertów, kompleksowego kursu z zakresu uszkodzeń pierścienia rotatorów, sympozjum naukowego dotyczącego barku i łokcia oraz warsztatów praktycznych obejmujących całą kończynę górną.

Spotkanie było ważnym wydarzeniem naukowym, w którym szeroko omówiony został problem osób poszkodowanych w wypadkach i które zapewniło również wymianę doświadczeń pomiędzy poszczególnymi ośrodkami medycznymi pod kontrolą specjalistów z dziedziny ortopedii, chirurgii urazowej, rehabilitacji, fizykoterapii i radiologii. Zaproponowany przez organizatorów program konferencji obejmował również m.in. warsztaty fizjoterapeutyczne z zakresu udzielania pierwszej pomocy po wypadku oraz wykład specjalistyczny na temat obrażeń powypadkowych.

■ W dniach **17-18 kwietnia** w Wiśle odbyła się XIV Konferencja pt. „Problemy Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Polskim Górnictwie” organizowana przez Wyższy Urząd Górniczy przy współpracy z Głównym Instytutem Górnictwa i Zarządem Głównym Stowarzyszenia Inżynierów i Techników Górnictwa. Jest to największa coroczna konferencja poświęcona bezpieczeństwu pracy w górnictwie. W tym roku patronat nad wydarzeniem objął wicepremier Waldemar Pawlak. W obradach uczestniczyło około 130 osób ze wszystkich rodzajów zakładów górniczych z całej Polski, przedstawiciele ośrodków naukowo-badawczych, firmy okologiczne oraz producenci maszyn i urządzeń.

Podczas konferencji przeprowadzono dyskusję panelową na temat poprawy bezpieczeństwa załogi na drogach dojazdu do miejsc pracy oraz trzy sesje referatowe.

Do dyskusji, dotyczącej poprawy bezpieczeństwa na drogach dojazdu do miejsc pracy, zaproszono wiceprezesów spółek węglowych oraz przedstawicieli producentów urządzeń transportowych.

„Dla zmniejszenia liczby wypadków w górnictwie ten temat jest tak samo ważny i aktualny, jak zwalczanie zagrożenia metanowego. Wypadkowość

związana z utrzymaniem szeroko rozumianych dróg transportowych jest duża i niepokojąca” – ocenił prezes Wyższego Urzędu Górniczego (WUG) w Katowicach – Piotr Litwa.

Trzy sesje referatowe koncentrowały się wokół kilku tematów. Wśród nich były zagadnienia dotyczące m.in.:

- bezpieczeństwa pracy w górnictwie, ze szczególnym uwzględnieniem wypadków związanych z transportem ludzi lub maszyn i materiałów,

- górniczych zagrożeń naturalnych i technicznych oraz stosowanej profilaktyki,

- nieefektywnej profilaktyki metanowej w kopalniach węgla kamiennego, w których poziom zagrożenia metanowego w ostatnich 10 latach wzrósł z 7,3 m³ CH₄/t do 11 m³ CH₄/t, tj. o ok. 50 proc., a efektywność odmetanowania zwiększyła się tylko o 4,5 proc. (efektywność odmetanowania w 2011 r. wynosiła średnio 31 proc.),

- pylicy oraz zapobiegania chorobom zawodowym górników – w 2010 r. w polskim górnictwie stwierdzono 671 przypadków chorób zawodowych, w tym 548 pylicy (81,7 proc.),

- metodom zapobiegania szkodliwym oddziaływaniom eksploatacji górniczej na środowisko.

Konferencja obfitowała w szereg wystąpień dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w polskim górnictwie.

W jednym z nich pt. „Stan bezpieczeństwa pracy w polskim górnictwie”, przygotowanym przez mgr inż. Katarzynę Suszek oraz mgr. inż. Janusza Malingę z Departamentu Warunków Pracy w Wyższym Urzędzie Górniczym, przedstawiono kształtowanie się podstawowych zagrożeń w polskim górnictwie oraz stan wypadkowości w górnictwie podziemnym, odkrywkowym i otworowym w 2011 r. Zaprezentowano główne przyczyny wypadków śmiertelnych i ciężkich, informacje o niebezpiecznych zdarzeniach, a także stan higieny pracy w górnictwie oraz działania organów nadzoru górniczego dla poprawy stanu bezpieczeństwa w zakładach górniczych.

Z kolei w referacie mgr. inż. Bogdana Perenca z Departamentu Energomechanicznego w Wyższym Urzędzie Górniczym pt. „Bezpieczeństwo transportu w wyrobiskach kopalń węgla kamiennego” przedstawiony został aktualny stan prawny w zakresie oddawania do ruchu układów transportu. Uwagę zwrócono na zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa oraz dane statystyczne i analizę wypadków zaistniałych w związku z eksploatacją urządzeń i układów transportu. Przedstawione zostały dane dotyczące stosowanych w zakładach górniczych rodzajów urządzeń transportowych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na układy przewozu ludzi. Ponadto zasygnalizowano kierunki podjęcia działań przez przedsiębiorców górniczych i zakłady górnicze, mające na celu podnoszenie poziomu bezpieczeństwa związanego z ich użytkowaniem.

Referaty wygłosili też:

- prof. dr hab. inż. Zdzisław Kłeczek – „Zagrożenie tąpnięciami w podziemnych zakładach górniczych węgla kamiennego i rud miedzi w Polsce”,
- prof. Wacław Dziurzyński, prof. Stanisław Wasilewski (Instytut Mechaniki Górotworu PAN) – „Ocena zagrożenia metanowego w rejonie ściany na podstawie czujników gazometrii oraz symulacji komputerowej przepływu mieszaniny powietrza i metanu”,
- dr hab. inż. Eugeniusz Krause (Główny Urząd Górniczy) – „Czynniki kształtujące wzrost zagrożenia metanowego w ścianach usytuowanych podziemowo”,
- dr inż. Wojciech Glapa (Politechnika Wrocławska, Instytut Górnictwa), dr inż. Maciej Hawrysz (Politechnika Wrocławska, Instytut Geotechniki) – „Geotechniczne uwarunkowania bezpiecznej eksploatacji kopalni spod lustra wody”,
- dr hab. inż. Andrzej Kowalski (Główny Instytut Górnictwa), mgr inż. Piotr Wojtacha (Wyższy Urząd Górniczy) – „Ochrona powierzchni w podziemnych zakładach górniczych w świetle awarii budowlanych w Bytomiu-Karbiu”,
- prof. zw. dr hab. n. med. Jan Grzesik (Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego) – „Usprawnienie ochrony zdrowia górników węgla kamiennego”,
- mgr inż. Leszek Sondaj (Naczelny Inżynier Górniczy), mgr inż. Jan Wiśniewski (Główny Inżynier ds. Geologii, Kierownik Działu Geologicznego), mgr inż. Anna Górecka-Żwirska (starszy inspektor ds. Geotechniki – Polska Grupa Energetyczna Górnictwo i Energetyka Konwencjonalna S.A. Oddział KWB Turów) – „Zagrożenia osuwiskowe i zagrożenia wodne w KWB Turów w aspekcie zdarzeń powodziowych zaistniałych w sierpniu 2010 r.”,
- Zbigniew Ząbkiewicz (PGNiG – Dyrektor Departamentu Eksploatacji i Robót Górniczych), Ireneusz Walczak (PGNiG, Oddział RSGO – Dyrektor

Oddziału), Jan Lubaś (PGNiG, Oddział RSGO – zastępca Dyrektora ds. Technicznych) – „Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia pracowników w górnictwie naftowym”,

- dr inż. Kajetan d’Obyrn (Politechnika Krakowska, Kopalnia Soli „Wieliczka” S.A.), mgr inż. Krzysztof Brudnik (Kopalnia Soli „Wieliczka” S.A.) – „Zabezpieczenie poprzeczni Mina w Kopalni Soli »Wieliczka« przed dopływem wód pozazłożowych”,
- mgr inż. Andrzej Lisowski, mgr inż. Michał Mrowiec (SMT SCHARF Polska Sp. z o.o.) – „Układ hamowania ciągnika spalinowego kolejki podwieszanej oraz spągowej jako urządzenie hamowania awaryjne w świetle obowiązujących przepisów i norm”,
- dr inż. Józef Rusinek, dr inż. Wojciech Zasadni, inż. Leszek Żyrek (Becker-Warkop Sp. z o.o.) – „Zintegrowany model podniesienia poziomu bezpieczeństwa w systemach transportu firmy Becker-Warkop Sp. z o.o.”,
- mgr inż. Jan Mróz (Vacat Sp. z o.o.), mgr inż. Krystian Skupień (Nafra Polska Sp. z o.o.), dr Andrzej Drwięga, mgr inż. Zdzisław Budzyński, mgr inż. Bartosz Polnik, mgr inż. Dariusz Czerniak (Instytut Techniki Górniczej) – „Komag – akumulatorowy ciągnik podwieszany GAD-1 jako alternatywa rozwiązań z napędem spalinowym”,
- Ing. Ferdinand Mičulka (TRANSL v.o.s., TDS ZAMPRA s.r.o., REMASZ s.c.) – „Rozwiązania oraz systemy transportowe produkcji firm z Republiki Czeskiej stosowane w polskim górnictwie, przy współpracy z kompatybilnymi urządzeniami innych producentów”,
- Lech Brojewski, Radosław Michalak – „Rozwiązania poprawiające bezpieczeństwo prac transportowych w kolejkach produkcji FMG PIOMA”.

Irena Sajkowska

Departament Prewencji i Rehabilitacji

