

ISSN 1731-8971

ZUS

PREWENCJA i REHABILITACJA

kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 3 (17)

2009

PREWENCJA i REHABILITACJA

Spis treści

- 1** Aspekty powrotu do aktywności zawodowej po chorobie związanej z pracą
— *Beata Świątkowska*
- 5** Dlaczego ryzykujemy? (cz. 2)
— *Ryszard Studenski*
- 13** Zasiłki chorobowe po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego
— *Hipolit Piętka*
- 20** Stanowisko Rady Ochrony Pracy w sprawie oceny skuteczności stosowania środków ochrony indywidualnej na tle najnowszych osiągnięć nauki i techniki w tym zakresie
— *Izabela Katarzyna Mrzygłocka*
- 21** Ustrońskie Centrum Rehabilitacji Onkologicznej i Limfologii „Rosomak”
— *Katarzyna Wencel, Alina Marzec, Izabela Żerebiec*
- 24** Wydarzenia, opinie – 2009
— *Anna Sójka*

Aspekty powrotu do aktywności zawodowej po chorobie związanej z pracą



Człowiek jako istota twórcza nie czuje się komfortowo będąc jedynie biernym obserwatorem otaczającego go świata. To przez aktywność ma możliwość wyrażania siebie, kształtowania swojej osobowości, wnoszenia osobistego wkładu w życie ogółu. Praca jest częścią ludzkiej egzystencji i dla wielu z nas stanowi niezaprzeczalną wartość nadającą sens naszemu istnieniu. Dlatego też, konieczność dłuższej rezygnacji z bycia w nurcie życia społecznego bywa zjawiskiem niełatwym i boleśnie odczuwanym, szczególnie dla tych, którzy nie traktują pracy zawodowej jedynie jako drogi do zaspokajania potrzeb materialnych. Powrót do pracy, odcięcie od negatywnych bodźców błędnego koła „myślenia o chorobie”, może być źródłem pozytywnych zdarzeń i emocji po szczególnie trudnych dla nas wydarzeniach.

Skoro praca jest w naszym życiu tak ważna, to dlaczego według Europejskiego Urzędu Statystycznego w naszym kraju pracuje tylko połowa osób w wieku produkcyjnym. Dla przykładu, w krajach Unii Europejskiej pracuje 64,4% osób w wieku 15-64 lat, w Polsce natomiast wskaźnik ten jest najniższy wśród wszystkich krajów członkowskich i wynosi zaledwie 54,5%. Jeszcze gorzej przedstawiają się statystyki zatrudnienia pracowników starszych, po 50. roku życia. W 2006 r. ta grupa zatrudnionych stanowiła jedynie 28,1% wszystkich pracowników. Analogiczny wskaźnik dla 27 krajów Unii Europejskiej wynosił w tym samym roku aż 43,5%¹. W Polsce odnotowujemy również ponad dwa razy więcej rencistów i jednocześnie najniższy w Europie wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Dolegliwości związane z wykonywaną pracą zawodową są jedną z częstych przyczyn absencji chorobowej i przechodzenia pracowników na rentę inwalidzką. Do głównych przyczyn chorób związanych z warunkami środowiska pracy można zaliczyć:

- niewłaściwy stan techniczny sprzętu i urządzeń,
- odbiegającą od standardów europejskich organizację i wyposażenie stanowisk pracy,
- nieprzestrzeganie przez pracodawców obowiązku zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy,
- niską świadomość pracowników z zakresu stosowania się do przepisów ochronnych,
- obniżanie kosztów pracy poprzez ograniczenie środków zapobiegawczych.

Choroby zawodowe

Część objawów i chorób łączonych z pracą uznawana jest za tzw. choroby zawodowe. Zagadnienia prawne związane z chorobami zawodowymi reguluje kilka aktów prawnych. Najważniejsze z nich to: Kodeks pracy, ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. nr 199, poz. 1673) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. nr 105, poz. 869). Termin choroba zawodowa jest pojęciem medyczno-prawnym określonym w art. 235 Kodeks-

¹ *Europe in figures*, Eurostat Yearbook 2008, <http://epp.eurostat.ecc.europa.eu>.

su pracy. Jeśli dany pracownik wykonywał pracę w warunkach narażenia na występowanie określonego schorzenia i choroba ta została ujęta w wykazie chorób zawodowych, to istnieje domniemanie związku przyczynowego między zachorowaniem a warunkami pracy narażającymi na jej powstanie. Uznanie choroby za zawodową następuje, gdy w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy oraz gdy została ona wymieniona w wykazie chorób zawodowych. Obie przesłanki muszą wystąpić łącznie.

Obecnie lista chorób zawodowych w polskim ujęciu obejmuje 26 grup różnych schorzeń i zaburzeń z określeniem wymaganego okresu, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do postawienia diagnozy, że jest to choroba zawodowa. Wśród nich znajdują się takie patologie zawodowe, jak choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby skóry, ostre i przewlekłe zatrucia, niektóre nowotwory, przewlekłe choroby układu ruchu oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego spowodowane sposobem wykonywania pracy.

Choroby parazawodowe

Niekiedy szkodliwe warunki pracy stanowią jeden z możliwych czynników ryzyka wpływających na pogorszenie stanu zdrowia i ujawnienie choroby. W takim przypadku możemy mieć do czynienia z tzw. chorobą parazawodową. Choroby parazawodowe nie znajdują się w wykazie chorób zawodowych, dlatego też nie ma obowiązku ich zgłoszenia i rejestrowania. Warunkiem odpowiedzialności pracodawcy z tytułu zaistnienia choroby parazawodowej jest udowodniony związek danego schorzenia z warunkami pracy. Poszkodowany pracownik, w przypadku niedopełnienia obowiązków ciążyących na pracodawcy, a w szczególności naruszenia przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, ma prawo dochodzić roszczeń odszkodowawczych jedynie na drodze cywilnoprawnej. Przykładem tych dolegliwości mogą być schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, które stanowią obecnie jedną z głównych przyczyn niezdolności do pracy. Szczególnie często występują one wśród pracowników biurowych, budownictwa, leśnictwa, rolników, pielęgniarek, stomatologów czy kierowców. Do najczęstszych zawodowych czynników ryzyka występowania tych dolegliwości można zakwalifikować: nadmierne obciążenie wysiłkiem statycznym lub dynamicznym, długotrwałe wykonywanie czynności powtarzalnych, czy też niewłaściwą (wymuszoną) pozycję ciała.

Wykaz chorób zawodowych

W polskim wykazie chorób zawodowych figurują następujące przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowane sposobem wykonywania pracy:

- przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki,
- przewlekłe zapalenie kaletki maziowej,
- przewlekłe uszkodzenie łątki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej,
- przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej,
- przewlekłe zapalenie okołostawowe barku,
- przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej,
- zmęczeniowe złamanie kości,
- zespół cieśni w obrębie nadgarstka,
- zespół rowka nerwu łokciowego,
- zespół kanału de Guyona,
- uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej².

Zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, włącznie ze stanami bolesności mięśni szkieletowych, stawów i ich okolic nie włączono do tej listy ze względu na ich znaczne rozpowszechnienie w populacji ogólnej oraz na to, iż warunki pracy są jednym, ale nie podstawowym czynnikiem etiologicznym ich występowania.

Działania wspierające powrót do aktywności zawodowej

Zarówno choroby zawodowe, jak i parazawodowe, znacznie obniżają możliwość zatrudnienia i ograniczają zdolność do pracy osób nimi dotkniętych. Im dłuższy okres absencji chorobowej, tym mniejsze prawdopodobieństwo wznowienia pracy spowodowane zarówno czynnikami związanymi z jednostką, jak i środowiskiem pracy. Rozwiązaniem tego problemu mogłaby być identyfikacja najczęstszych chorób będących przyczyną zaniechania aktywności zawodowej oraz organizacja działań zapobiegających w formie programów profilaktycznych. Niewątpliwie istotna jest również organizacja ergonomicznych warunków pracy oraz profilaktyczna opieka lekarska, która pozwala na wczesne wykrycie problemów zdrowotnych oraz ocenę konieczności rehabilitacji w początkowej fazie.

Samo rozpoznanie choroby nie pozwala przewidywać czasu potrzebnego pacjentowi na ponowne włączenie się w życie społeczne i zawodowe. W 2001 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia – w celu identyfikacji potrzeb opieki zdrowotnej i dostosowania programów profilaktycznych, rehabilitacyjnych oraz działań w zakresie zabezpieczenia społecznego – zaleciło państwom członkowskim stosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnospraw-

² Okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej, mimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym, wynosi jeden rok.

ności i Zdrowia (ang. ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health*). Jest to jedyna tego rodzaju klasyfikacja cech kondycji zdrowotnej człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz oddziaływania otaczającego go środowiska, przyjęta w skali międzynarodowej³.

W celu umożliwienia podjęcia zatrudnienia osobom już ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi lub po długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy, opracowanie programów wspierających, ukierunkowanych na powroty do pracy, wydaje się działaniem priorytetowym. Niestety, w literaturze fachowej odnajdujemy jedynie nieliczne opracowania poświęcone skuteczności programów interwencyjnych, wspomagających i ułatwiających pracownikom jak najwcześniejszy powrót do pracy. Większość badań dotyczących udanych działań interwencyjnych ujętych w ocenach naukowych dotyczy chorób i dolegliwości mięśniowo-szkieletowych (ang. MSDs – *Musculoskeletal disorders*), a w szczególności bólów pleców i kończyn górnych⁴. Do najważniejszych uwag i wniosków wynikających z opublikowanych danych należy zaliczyć następujące:

- istnieją przekonujące dowody, iż pacjenci powinni możliwie jak najwcześniej rozważyć wznowienie pracy zawodowej,
- najbardziej obiecujące rezultaty zapewnia multidyscyplinarne podejście do działań interwencyjnych, obejmujące czynności organizacyjne i administracyjne, o charakterze technicznym oraz zmiany zachowań, indywidualnie ukierunkowane na pracownika z udziałem specjalistów z różnych dziedzin,

- kluczowe, z punktu widzenia pomyślnego wdrażania przedsięwzięć interwencyjnych na stanowiskach pracy, jest zaangażowanie pracowników i ich przedstawicieli w proces wprowadzania zmian i usprawnień.

Działania interwencyjne o charakterze organizacyjnym i administracyjnym dotyczą w głównej mierze rotacji na stanowiskach, tymczasowe zmodyfikowanie zakresu obowiązków oraz zmiany sposobu wykonywania pracy. Dobrym rozwiązaniem może być także możliwość przerw w godzinach pracy, zmniejszenie dziennego wymiaru czasu pracy lub zmiana ustalonych ram godzin pracy, np. w celu uczestniczenia w zajęciach rehabilitacyjnych. Techniczne rozwiązania ograniczające występowanie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych to zwłaszcza przeprojektowanie stanowisk pracy oraz urządzeń pomocniczych i narzędzi zmniejszających obciążenie kręgosłupa i kończyn górnych. Działania wpływające na zmianę zachowań obejmują najczęściej szkolenia w zakresie bezpiecznych metod pracy oraz promowanie aktywności fizycznej wśród zatrudnionych.

Opublikowany niedawno systematyczny przegląd wszystkich badań dotyczących procedur interwencyjnych umożliwiających powrót do pracy wykazał, iż niewątpliwie działania takie wpływają na ograniczenie długości trwania niezdolności do pracy i obiektywną poprawę jakości życia pracowników. Możliwość powrotu do pracy zawodowej, po niezbędnym okresie rekonwalescencji i rehabilitacji, oddziałuje także korzystnie na stan psychofizyczny pacjentów. Inne korzyści płynące z aktywizacji zawodowej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Kluczowe korzyści z aktywizacji zawodowej po długotrwałej nieobecności w pracy

Korzyści zdrowotne	Korzyści psychologiczne	Korzyści społeczno-ekonomiczne
Wzmocnienie lub przyspieszenie efektów rehabilitacji medycznej	Wzrost statusu społecznego i jakości życia	Poprawienie sytuacji materialnej i możliwość osiągnięcia stabilizacji finansowej
Troska o utrzymanie zdrowia na poziomie umożliwiającym pracę	Polepszenie nastroju i „zastrzyk” optymizmu	Wykorzystanie potencjału osób powracających do pracy
Czynna współpraca z zespołem medycznym	Możliwość ucieczki od „myślenia o chorobie”	Wzrost konkurencyjności na rynku pracy
Zwiększenie funkcji i wydolności organizmu	Sposobność na poszerzenie kręgu wsparcia społecznego	Obniżenie kosztów społecznych
Większa samodzielność i motywacja do rehabilitacji w domu	Wzrost samooceny i poczucia własnej wartości	Zmniejszenie wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy
Możliwość uniknięcia nawrotu choroby	Perspektywa samorealizacji i rozwoju	Wzrost liczby ubezpieczonych optacujących składki

³ *International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva 2001, World Health Organizations.

⁴ Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, *Choroby mięśniowo-szkieletowe związane z pracą – powrót do pracy*, Luksemburg 2007, Office for Official Publications of the European Communities.

Rekomendacje autorów wskazywały na współistnienie trzech najważniejszych elementów wpływających na skuteczność tego rodzaju programów:

- wczesny kontakt z pracownikiem
- dostosowanie warunków pracy do aktualnych możliwości pracow-

nika oraz • współpraca między ośrodkiem służby zdrowia a zakładem pracy.

Kolejnym składnikiem decydującym o minimalizacji czasu trwania absencji chorobowej i związanej z tym redukcji kosztów było stosowanie kategorii ergonomicznych przy kształtowaniu stanowisk pracy oraz edukacja pracodawcy w tym zakresie⁵. Znaczące jest także przekazywanie rzetelnej informacji i przełamywanie stereotypów dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych. Kluczowe czynniki wpływające na decyzję o powrocie do pracy po chorobie związanej z warunkami środowiska pracy zostały zamieszczone w tabeli 2.

przejściu jednostki przez pięć etapów gotowości do zmiany zachowania:

— etap przedrefleksyjny (*precontemplation*) – przed rozważaniem zmiany zachowania. Chory nie jest zainteresowany zmianą zachowania w nieodległej przyszłości, najczęściej definiowanej jako najbliższe 6 miesięcy,

— etap rozmyślenia (*contemplation*) – rozważanie zmiany zachowania. Jednostka uświadamia sobie potrzebę zmian i zastanawia się nad zakresem modyfikacji, jednak nie jest jeszcze gotowa do ich wprowadzenia,

Tabela 2

Główne czynniki wpływające na decyzję o powrocie do pracy po chorobie

Czynniki zdrowotne	Czynniki jednostkowe i psychologiczne	Czynniki zawodowe i ekonomiczne
Stan zdrowia, rodzaj i postępowanie choroby	Wiek	Dostosowanie warunków pracy do aktualnych możliwości i preferencji pracownika
Dostęp do usług medycznych, czas oczekiwania na rehabilitację	Płeć	Status zawodowy, charakter i rodzaj pracy, poczucie bezpieczeństwa i stabilności obowiązków
Dostosowanie leczenia do wymogów związanych z pracą	Poziom wykształcenia, status społeczny i sytuacja materialna	Dobra wola pracodawców
Wsparcie instrumentalne i satysfakcja ze strony przedstawicieli służby zdrowia	Etap gotowości do zmiany zachowania	Edukacja pracodawców i współpracowników
Nieodwracalność ubytku na zdrowiu i lęk przed kolejnym incydentem	Cierpliwość, determinacja, poczucie humoru	Poziom rekompensat finansowych

Chociaż wdrażanie działań interwencyjnych w nawiązaniu do schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wykazuje wyraźny efekt zredukowania okresu trwania nieobecności w pracy, to w odniesieniu do poprawy stanu zdrowia nie odnotowano tak korzystnych wyników⁶.

Rola czynników psychospołecznych w przebiegu powrotu do aktywności zawodowej po chorobie związanej z pracą nie jest doceniana przez badaczy, a postęp wiedzy w tym zakresie jest stosunkowo niewielki. Ostatnio wydany przegląd literatury przywołuje modele modyfikacji zachowań oraz koncepcje psychologii zdrowia, które mogłyby być przydatne w tym procesie⁷. Jednym z nich jest *Transteoretyczny model zmiany zachowań związanych z chorobą*⁸. W tym ujęciu zmiana zachowania jest możliwa po

— etap przygotowania (*preparation*) – podejmowania decyzji o zmianie zachowania. Osoba próbowała modyfikować zachowanie w ciągu ostatniego roku oraz poważnie zastanawia się nad zmianą zachowania w ciągu najbliższego miesiąca,

— etap działania (*action*) – zaangażowania się w realizację zmian. Jednostka zmieniła swoje zachowanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy,

— etap utrwalania (*maintenance*) – kontynuowania wprowadzonych zmian i zapobiegania pojawianiu się dawnego stylu bycia. Osoba utrzymała konwersję zachowania z powodzeniem przez okres dłuższy niż pół roku.

Oczywiście, występowanie tych faz może różnić się w aspekcie jednostkowym, co ma związek z odrębnościami wieku, edukacji, dochodu itp.

Biorąc pod uwagę naukowe dowody na efektywność działań, które dostosowane są do aktualnego nastawienia pacjenta na potrzeby modyfikacji jego zachowań, w oddziaływaniach takich należy uwzględnić rzeczywistą sytuację chorego i jego życiowe priorytety. Korzystne zatem wydaje się dostosowanie programów wspierających, ukierunkowanych na powrót do pracy, do etapu zmiany zachowania, na jakim aktualnie znajdują się odbiorcy z grupy docelowej. Wprowadzana stopniowo modyfikacja dostarcza bowiem pacjentowi rosnącego poczucia zdolności wpływania na proces zmiany zachowań

⁵ R. Franche, K. Cullen, J. Clarke i in., *Work-place-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature*, Journal of Occupational Rehabilitation 2005 tom 15, nr 4, s. 607-631.

⁶ S.H. van Oostrom, M.T. Driessen, H.C. de Vet i in., *Work-place interventions for preventing work disability*, Injuries Group Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, wyd. 2.

⁷ R.L. Franche, N. Krause, *Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors*. Journal of Occupational Rehabilitation 2002 tom 12, nr 4, s. 233-256.

⁸ J.O. Prohaska, C.C. DiClemente, *Stages and processes of self-change in smoking toward and integrative model of change*, Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983 tom 51, nr 3, s. 390-395.

oraz zwiększenie postrzeganych korzyści z wprowadzonych zmian i decyzji kontynuacji lub powrotu do pracy zawodowej. Rozważania te wymagają jednak dalszych dowodów empirycznych.

Badania poświęcone tematyce ponownego zawodowego zintegrowania osób po długotrwałej nieobecności w pracy spowodowanej chorobami związanymi z warunkami pracy od niedawna zaczęły przyciągać uwagę praktyków i badaczy środowiska pracy. Zagadnienia te w dużej mierze dotyczą leczenia i rehabilitacji osób z dolegliwościami bólowymi w obrębie stawów obwodowych i kończyn, nie zawierają jednak wielu informacji o skuteczności innych działań, chociażby nakierowanych na współpracę z pracodawcami. W nawiązaniu do innych jednostek chorobowych, problematyka ta jest stosunkowo rzadko poruszana przez autorów jako specyficzny problem. Wyzwaniem jest więc projektowanie

takich przedsięwzięć interwencyjnych, które angażują zarówno system ochrony zdrowia, środowisko pracy, procedury wynagrodzenia finansowego, jak i biorą pod uwagę czynniki indywidualne rzutujące na motywację powrotu do pracy. Oprócz bowiem wiedzy w zakresie istoty choroby, niezbędne jest również zrozumienie wpływu uwarunkowań psychospołecznych jako znaczących czynników decydujących o spodziewanych efektach interwencji. Należy także pamiętać o tym, iż choroby będące skutkiem lub związane ze sposobem wykonywanej pracy nie stanowią jednorodnej grupy, dlatego też trudne jest rozpatrywanie problematyki aktywizacji zawodowej w sposób globalny.

Beata Świątkowska

*Zakład Epidemiologii Środowiskowej
Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi*

Dlaczego ryzykujemy? (cz. 2)

Postrzeżenie ryzyka przez kobiety i mężczyzn

Percepcja ryzyka jest jednym z warunków umożliwiających przystosowanie się do środowiska i bezpiecznego w nim funkcjonowania. To dzięki rozpoznawaniu zagrożeń oraz szacowaniu i ocenianiu powodowanego przez nie ryzyka ludzie podejmują decyzję o uczestnictwie w ryzyku – jeśli jest ono małe lub akceptowalne, względnie unikają ryzyka – jeśli jest zbyt duże i nieakceptowalne. W ocenie wielkości ryzyka ludzie zazwyczaj uwzględniają dwa jego elementy składowe, tj. wielkość możliwej straty oraz prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia, w którym ta strata może powstać. W przypadku ryzyka spekulacyjnego pod uwagę brana jest również wielkość nagrody, możliwa do uzyskania w wyniku udanego poradzenia sobie z ryzykiem.

Wydaje się, że postrzegana wielkość ryzyka pozostaje w związku z rolą, jaką kobiety i mężczyźni pełnili i pełnią w swoich środowiskach. Role te są narzucone przez czynniki biologiczne, wpływy kulturowe i wymagania społeczne. Można sądzić, że mężczyzna spełniał efektywniej wymagania roli łowcy, wojownika lub obrońcy, jeśli postrzegał ryzyko subiektywnie pomniejszone i niewywołujące

lęku. Do ról kobiecych przypisane jest natomiast chronienie dzieci i zapobieganie niepożądanym zdarzeniom zagrażającym ich życiu i zdrowiu. Kobiety prawdopodobnie lepiej pełnią swoją rolę, jeśli postrzegają ryzyko powiększone i motywujące do chronienia siebie i innych przed jego niepożądanymi skutkami. Dzieci mające matki nastawione na identyfikowanie zagrożeń przed ich wystąpieniem miały dawniej większą szansę dożycia do wieku dojrzałości, a i obecnie żyją prawdopodobnie bezpieczniej w porównaniu z dziećmi, których matki rozpoznają zagrożenia zbyt późno, by im przeciwdziałać. Jeśli nadwrażliwa i hipochondryczna matka przesadzi w ocenie niewielkiego zagrożenia, to potem najwyżej stwierdzi, że popełniła niegroźną pomyłkę. Jeśli jednak popełni pomyłkę i nie doceni zagrożenia oraz jego konsekwencji, postępując tak jakby go nie było, to koszt takiej pomyłki może być ogromny.

■ **Czy hipochondryczne widzenie świata jest korzystne?**

Biorąc pod uwagę przedstawione wyznaczniki efektywności ról pełnionych przez kobiety i mężczyzn sformułowano i poddano weryfikacji trzy następujące hipotezy:

• H_1 – Kobiety oceniają prawdopodobieństwo wystąpienia skutków zagrożeń jako większe od ocen wydawanych przez mężczyzn, a wyrażających prawdopodobieństwo wystąpienia skutków tych samych zagrożeń.

• H_2 – Kobiety oceniają skutki zagrożeń jako większe od ocen wydawanych przez mężczyzn skutkom tych samych zagrożeń.

• H_3 – Globalna ocena wielkości ryzyka, ujmowana w postaci iloczynu z ocen wielkości skutków ryzyka i ocen prawdopodobieństwa wystąpienia skutków ryzyka, wydawana przez kobiety jest większa w porównaniu z globalną oceną ryzyka wydawaną przez mężczyzn.

W badaniach zastosowano przedstawioną w tabeli 1 listę 19 zagrożeń cywilizacyjnych. Osoby badane oceniały je za pomocą pięciostopniowej skali, zakreślając kółkiem liczby oznaczające wielkość prawdopodobieństwa wystąpienia ich w Polsce oraz przewidywalne ich skutki. Dla każdego zagrożenia obliczano następnie wielkość ryzyka, mnożąc liczby oznaczające wielkości jego prawdopodobieństwa i skutku. Na przykład jeśli jakaś osoba badana oceniła prawdopodobieństwo wystąpienia w najbliższym półroczu w Polsce awarii systemu dostaw energii elektrycznej jako średnie (3) oraz skutki takiej awarii jako duże (4), to postrzeganą przez tę osobę wielkość ryzyka szacowano jako iloczyn obu jej ocen (3×4), tj. 12.

Badaniami objęto 121 osób w wieku od 19 do 34 lat, w tym 64 kobiety i 57 mężczyzn, studentów pedagogiki i psychologii, studiujących w systemie dziennym i wieczorowym. Uczestnictwo w badaniach było dobrowolne i anonimowe. Badania prowadzono w marcu 2004 r.

■ Wyniki badań

Z ocen dawanych przez kobiety i mężczyzn poszczególnym zagrożeniom obliczono średnie arytmetyczne, które następnie porównano ze sobą. Oceny i wyniki porównań przedstawiono w tabeli 1. Istotność różnic między średnimi arytmetycznymi z tych ocen weryfikowano za pomocą testu z Fischera (1991). W tabeli 1, w celu zaoszczędzenia miejsca, nie umieszczono wartości odchyłeń standardowych oraz wartości testu z Fischera. O istotności różnic informują podkreślenia lub ich brak.

Według badanych kobiet i mężczyzn najbardziej prawdopodobnym spośród 19 wyróżnionych zagrożeń jest wzrost bezrobocia. Kobiety oceniły prawdopodobieństwo wystąpienia w Polsce w ciągu pół roku wzrostu bezrobocia wartością 4,22 (w pięciostopniowej skali), a mężczyźni wartością 3,60. Jako zagrożenie o potencjalnie największych negatywnych skutkach kobiety oceniły atak terrorystyczny (4,58), a mężczyźni utratę płynności finansowej państwa (3,95). Za zagrożenie stwarzające największe ryzyko

Tablica 1

Lista zagrożeń cywilizacyjnych

OCENA ZAGROŻEŃ CYWILIZACYJNYCH											
Data	Wiek	Płeć	K	M	Wykształcenie	podstawowe, średnie, wyższe					

Przeczytaj przedstawioną listę zagrożeń i ocen, z jakim prawdopodobieństwem mogą one wystąpić w ciągu sześciu miesięcy w naszym kraju. Stosuj oceny od 0 do 5. Zero zakreśl, gdy wystąpienie zagrożenia oceniasz jako całkowicie nieprawdopodobne. Pozostałe oceny oznaczają prawdopodobieństwo: **1** – bardzo małe, **2** – małe, **3** – średnie, **4** – duże, **5** – bardzo duże. Oceń również możliwy skutek zagrożenia: **0** – brak, **1** – bardzo mały, **2** – mały, **3** – średni, **4** – duży, **5** – bardzo duży.

Lp.	Zagrożenie	Ocena											
		prawdopodobieństwa						skutku					
1	Awaria systemu dostaw energii elektrycznej	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2	Blokady dróg – paraliż komunikacji drogowej	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3	Epidemia – duży wzrost zachorowalności na choroby zakaźne	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4	Gwałtowny wzrost cen	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5	Masowe strajki	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6	Nowe nieznanne choroby	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7	Powódź o dużym zasięgu	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8	Susza – długotrwała	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9	Terroryzm – atak z dużą liczbą ofiar	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Lp.	Zagrożenie	Ocena											
		prawdopodobieństwa						skutku					
10	Trzęsienie ziemi	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
11	Utrata płynności finansowej państwa	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
12	Wojna domowa	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
13	Wzrost bezrobocia	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
14	Wzrost kosztów uczenia się	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
15	Wzrost przestępczości	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
16	Wzrost przypadków upadłości przedsiębiorstw	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
17	Zablokowanie dostaw gazu	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
18	Zbrojna napaść obcych państw	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
19	Żywność toksyczna lub wywołująca nowotwory	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

(o największej wartości iloczynu prawdopodobieństwa wystąpienia i spowodowanych skutkach) uznano wzrost bezrobocia. Ryzyko powodowane przez potencjalny wzrost bezrobocia uzyskało wartość 18,53 w ocenie kobiet oraz 13,68 w ocenie mężczyzn.

Głównym celem badań było zebranie informacji o postrzeganiu wielkości zagrożeń i ryzyka przez kobiety i mężczyzn oraz określenie różnic w tym zakresie między kobietami i mężczyznami. Przyjęto, że oceny dawane przez osoby badane poszczególnym zagrożeniom były odzwierciedleniem postrzegania wartości ryzyka. Kobiety postrzegały wyróżnione zagrożenia jako bardziej realne niż mężczyźni. Bez-

względne wartości ocen prawdopodobieństwa wystąpienia 18 spośród 19 wyróżnionych zagrożeń, wydanych przez kobiety, były wyższe od wartości ocen wydanych przez mężczyzn. Osiem z nich było istotnie wyższych, w tym 3 na poziomie 0,01 oraz 5 na poziomie 0,05.

Skutki przypisywane poszczególnym zagrożeniom przez kobiety również były większe od oczekiwanych przez mężczyzn. Trzydzieści średnich arytmetycznych obliczonych z ocen kobiet uzyskało istotnie wyższe wartości od średnich z ocen wydanych przez mężczyzn. Dziesięć było istotnych na poziomie 0,01, a 3 na poziomie 0,05.

Tabela 1

Porównanie średnich arytmetycznych z ocen zagrożeń i wielkości ryzyka wydawanych przez kobiety i mężczyzn

Lp.	Zagrożenie	Prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia w ocenie			Skutek zagrożenia w ocenie			Wielkość ryzyka postrzegana przez		
		kobiet	mężczyzn	różnica	kobiet	mężczyzn	różnica	kobiety	mężczyzn	różnica
1	Awaria systemu dostaw energii elektrycznej	2,42	2,18	0,24	4,00	3,51	0,49	9,83	7,81	2,02
2	Blokady dróg – paraliż komunikacji drogowej	3,51	3,21	0,30	3,28	2,88	0,40	11,72	9,61	2,11
3	Epidemia – duży wzrost zachorowalności na choroby zakaźne	2,22	2,00	0,22	4,20	3,46	0,74	9,67	7,47	2,20
4	Gwałtowny wzrost cen	3,80	3,05	0,75	4,17	3,54	0,63	16,27	11,56	4,71
5	Masowe strajki	3,61	3,14	0,47	3,75	3,05	0,70	13,98	10,33	3,65
6	Nowe nieznanne choroby	2,06	1,86	0,20	3,88	3,47	0,41	8,56	7,51	1,05
7	Powódź o dużym zasięgu	2,56	2,40	1,19	4,16	3,68	0,48	10,98	9,56	1,42
8	Susza – długotrwała	2,06	1,58	0,48	3,92	3,10	0,82	8,61	5,54	3,07
9	Terroryzm – atak z dużą liczbą ofiar	3,62	2,75	0,87	4,58	3,75	0,83	16,77	11,16	5,61
10	Trzęsienie ziemi	0,48	0,28	0,20	3,61	2,72	0,89	1,98	0,89	1,09

Lp.	Zagrożenie	Prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia w ocenie			Skutek zagrożenia w ocenie			Wielkość ryzyka postrzegana przez		
		kobiet	mężczyzn	różnica	kobiet	mężczyzn	różnica	kobiety	mężczyzn	różnica
11	Utrata płynności finansowej państwa	3,48	2,96	0,52	4,17	3,95	0,22	14,94	12,33	2,61
12	Wojna domowa	1,13	0,72	0,41	4,00	3,39	0,61	4,56	2,60	1,96
13	Wzrost bezrobocia	4,22	3,60	0,62	4,33	3,72	0,61	18,53	13,68	4,85
14	Wzrost kosztów uczenia się	3,39	3,21	0,18	3,44	3,14	0,30	12,25	10,23	2,02
15	Wzrost przestępczości	3,50	3,16	0,34	3,78	3,44	0,34	13,81	11,21	2,60
16	Wzrost przypadków upadłości przedsiębiorstw	3,45	3,16	0,28	3,33	3,39	-0,06	12,33	11,02	1,31
17	Zablokowanie dostaw gazu	2,38	2,46	-0,08	3,56	3,33	0,23	8,78	8,72	0,06
18	Zbrojna napaść obcych państw	1,66	0,81	0,85	4,34	3,65	0,69	7,33	3,19	4,14
19	Żywność toksyczna lub wywołująca nowotwory	2,44	2,18	0,26	4,22	3,68	0,54	10,80	8,40	2,40
Suma ocen		52,00	44,70	7,30	74,72	64,86	9,86	211,70	162,84	48,86

Przy porównaniu ocen postrzeganej wielkości ryzyka powodowanego przez poszczególne zagrożenia stwierdzono, że bezwzględne wartości wszystkich średnich arytmetycznych z ocen kobiet są wyższe od wartości średnich arytmetycznych z ocen mężczyzn. Różnice między 13 średnimi arytmetycznymi okazały się istotne, w tym 6 na poziomie 0,01 oraz 7 na poziomie 0,05.

W kolumnach „różnica” przedstawiono wartość różnicy średnich arytmetycznych między ocenami zagrożeń wydanymi przez kobiety oraz ocenami mężczyzn. Wytłuszczono różnice istotne. Niewytłuszczone wartości różnicy są nieistotne.

Zastosowana procedura badawcza umożliwiła oszacowanie globalnego wskaźnika postrzeganej wielkości ryzyka na podstawie sumy ocen wydanych dla poszczególnych zagrożeń. Na przykład jeśli ktoś w ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia wszystkich 19 zagrożeń dał dwa razy ocenę 5, trzy razy ocenę 4, pięć razy ocenę 3, cztery razy ocenę 2 i pięć razy ocenę 1, to w sumie uzyskał 50 punktów. Analogicznie obliczano indywidualne globalne oceny wielkości możliwych skutków zagrożeń oraz wielkości ryzyka. Z tych globalnych indywidualnych ocen wydawanych przez kobiety i mężczyzn obliczono średnie arytmetyczne, które następnie porównano ze sobą. Wyniki tego porównania przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Porównanie globalnych ocen zagrożenia i wielkości ryzyka wydawanych przez kobiety (k) i mężczyzn (m)

Wyszczególnienie	Prawdopodobieństwo		Skutek		Ryzyko	
	k	m	k	m	k	m
Liczebność grup	64	57	64	57	64	57
Średnia arytmetyczna	52,00	44,70	74,72	64,86	211,70	162,84
Odchylenie standardowe	11,35	11,33	9,36	13,79	60,84	56,40
Różnica średnich arytmetycznych	7,30		9,86		48,86	
Test z Fischera	3,50		4,51		4,55	
Poziom różnicę	0,01		0,01		0,01	

Badane kobiety uzyskały średnią arytmetyczną z ocen prawdopodobieństwa wystąpienia wszystkich zagrożeń $M = 52,00$, natomiast mężczyźni ($M = 44,70$) o 7,30 niższą. Różnica między średnimi arytmetycznymi z ocen kobiet i mężczyzn, wyrażona za pomocą współczynnika z Fischera, uzyskała wartość 3,50, tj. istotną na poziomie 0,01. Dane te są zgodne z treścią hipotezy H_1 , zakładającą, że kobiety w porównaniu z mężczyznami prawdopodobieństwa wystąpienia tych samych zagrożeń postrzegają jako większe.

Porównanie globalnych ocen wielkości skutków zagrożeń dostarczyło danych potwierdzających prawdziwość hipotezy H_2 , w której założono, że skutek zagrożeń jest w oczach kobiet większy od postrzeganego przez mężczyzn. Średnia arytmetyczna z globalnych ocen skutków zagrożeń wynosiła dla kobiet $M = 74,72$, a dla mężczyzn $M = 64,86$. Różnica między tymi średnimi arytmetycznymi (9,86, a wyrażona za pomocą współczynnika z Fischera – 4,51) okazała się istotna na poziomie 0,01.

Globalne oceny wielkości ryzyka wskazują na tendencję powiększania postrzeganej wielkości ryzyka przez kobiety oraz zmniejszania jego wielkości postrzeganej przez mężczyzn. Średnia arytmetyczna obliczona z ocen wielkości ryzyka wynosiła w grupie kobiet $M = 211,70$, a w grupie mężczyzn $M = 162,84$. Oceny kobiet były o 48,86 punktu wyższe od ocen mężczyzn. Różnica między tymi średnimi arytmetycznymi była wyższa od wymaganego kryterium istotności statystycznej dla poziomu ufności 0,01. W związku z tym hipotezę H_3 , zakładającą, że ryzyko powodowane przez to samo zagrożenie kobiety postrzegają jako większe niż mężczyźni.

Cechy pożądanego partnera

Możliwe jest, że męskie ryzykowanie to ewolucyjnie ukształtowana forma komunikowania o biologicznej jakości posiadanej puli genowej. Komunikaty takie są prawdopodobnie wykorzystywane przez kobiety w ocenie przydatności kandydatów do pełnienia roli partnera. W konsekwencji mogą one zwiększać szansę ryzykantów na odnoszenie sukcesów reprodukcyjnych oraz przyczyniać się do dystrybucji materiału genetycznego podtrzymującego zdolność populacji do zachowań ryzykownych, niezbędnych w obronie ludzi i zasobów, ekspansji terytorialnej oraz w działaniach innowacyjnych. Aby męskie ryzykowanie mogło stać się elementem doboru płciowego natura musiała zadbać o to, by ryzykanci postrzegani byli przez kobiety jako bardziej atrakcyjni i pożądanymi partnerzy od mężczyzn ostrożnych, natomiast mężczyźni musieli zostać wyposażeni w świadomość upewniającą ich, że kobiety w wyborze partnerów preferują ryzykantów i w związku z tym warto ryzykować, zwłaszcza gdy widzą to potencjalne partnerki.

W poszukiwaniu dowodów potwierdzających przedstawione przypuszczenia zaprojektowano dwie sytuacje eksperymentalne, w których młode kobiety dokonywały wyboru mężczyzn, zróżnicowanych pod względem skłonności do ryzyka, do pełnienia różnych ról. W pierwszej pokazywano niezamężnym przyszłym nauczycielkom opisy cech i zachowań pięciu nieżonatych mężczyzn nieróżniących się pod względem zewnętrznych atrybutów atrakcyjności, wykształcenia, osiągnięć i planów życiowych. Opisy te przedstawia tablica 2.

Tablica 2

SYLWETKI OSOBOWE

Przeczytaj uważnie opisy cech i zachowań pięciu młodych mężczyzn. Mają oni wiele wspólnych cech. Wszyscy mają podobne wykształcenie, lubią przyjaciół i dobrą zabawę. W bezpośrednich kontaktach są przyjaźni i serdeczni. Większość dziewcząt ocenia ich jako przystojnych, wysportowanych i inteligentnych. Różnią się jednak pod względem stosowanej recepty na sukces i sposobu jego oceny, a także ze względu na postawy wobec ryzyka i zachowań podejmowanych w ryzykownych sytuacjach.

Adam twierdzi, że swoje sukcesy zawdzięcza ostrożnym decyzjom podejmowanym bez wystawiania się na ryzyko. Unika ryzyka. W sytuacji gdy musi je podjąć, odczuwa niepokój. Obawia się wówczas, czy poddała czekającym go trudom. Myśli głównie o unikaniu niepowodzenia, a nie o tym, co mógłby uzyskać podejmując ryzyko.

Bogdan utrzymuje, że swoje sukcesy zawdzięcza głównie powodzeniu w ryzykownych decyzjach. Sytuacje dużego ryzyka traktuje jako osobiste wyzwanie. Wie, że przystępując do ryzyka można wiele stracić, ale bez jego podjęcia, osiągnięcia, zwłaszcza duże, są niemożliwe. Lubi dreszcz emocji odczuwanych w sytuacji zagrożenia. Są one dla niego testem odwagi, umiejętności i koncentracji. Może wtedy pokazać swoją brawurę oraz umiejętność radzenia sobie w trudnych i niebezpiecznych sytuacjach.

Czarek sądzi, że swoje sukcesy zawdzięcza zarówno ostrożnym decyzjom, jak i podejmowaniu umiarkowanego ryzyka. Uczestnictwo w ryzykownych sytuacjach pojmuje jako okazję do nabycia nowych doświadczeń i uczenia się. Wie, że nie można przystępować do ryzyka, gdy jest ono duże, a zwłaszcza wówczas, gdy przed jego podjęciem brakuje pewności, że przedsięwzięcie na pewno zakończy się powodzeniem.

Damian jest przekonany, że swoje sukcesy zawdzięcza ryzykownym decyzjom. Stojąc w obliczu ryzyka odczuwa satysfakcję z możliwości poszukiwania sposobu poradzenia sobie z niebezpieczeństwem i odniesienia sukcesu. Udział w ryzykownej sytuacji traktuje jako warunek rozwoju i wzbogacenia własnej osobowości. Podjęcie ryzyka jest dla niego sprawdzianem, na który chętnie się wystawia – sam przed sobą.

Eryk mówi, że swoje sukcesy zawdzięcza bardzo ostrożnym decyzjom i zdecydowanemu unikaniu ryzyka. Podejmowanie ryzyka utożsamia z niebezpieczeństwem, niepowodzeniem i stratą. Możliwość znalezienia się w takiej sytuacji wywołuje u niego lęk. Wie, że sytuacje takie są dla niego zbyt obciążające i dekoncentrujące, a mogą również okazać się niebezpieczne. Dlatego tak kieruje swoim życiem, aby nie uczestniczyć w sytuacjach ryzykownych.

Mężczyźni ci różnili się jedynie ze względu na postawę wobec ryzyka. Ich opisy tak sporządzono, że jeden mężczyzna był postrzegany jako postępujący bardzo ostrożnie, drugi – ostrożnie, trzeci był średnim ryzykantem, czwarty – podejmującym duże ryzyko w celu sprawdzenia swojej odwagi i sprawności, a piąty ryzykował najbardziej, głównie w celu zaimponowania innym. W innych, wcześniejszych badaniach, oceniano z zastosowaniem 5-punktowej skali wymiar skłonności do ryzykowania każdego z mężczyzn przedstawionych w tabelicy 2. Najwyższą średnią arytmetyczną z ocen uzyskał Bogdan (4,93) postrzegany na podstawie opisu jako najbardziej skłonny do ryzyka. Jako najmniej skłonny do ryzyka postrzegany był Eryk (0,15), a skłonność do ryzykowania pozostałych trzech mężczyzn oszacowano jako wysoką – u Damiana (4,27), średnią – u Czarka (2,85) i niską – u Adama (0,98).

Do opisów dołączono zestaw następujących pytań: „Gdyby to zależało wyłącznie od Ciebie, którego z pięciu mężczyzn wybrałabyś jako:

- gościa szkoły zaproszonego w celu wygłoszenia pogadanki pt. „Jak tworzę własną biografię”,
- wychowawcę i wzorzec osobowy dla Twojego syna,
- małżonka – partnera na całe życie,
- partnera w wylosowanej tygodniowej wycieczce »do Paryża we dwoje«,
- partnera przelotnego kontaktu seksualnego”.

Badaniom poddano 82 kobiety w wieku od 18 do 23 lat. Poproszono je o wybór, według własnych preferencji, do każdej z pięciu określonych w pytaniu ról najbardziej pożądanego kandydata. Poszczególni mężczyźni mogli być wybierani do kilku ról. Uczestniczki badań otrzymały tylko opisy zachowań i zasad stosowanych przy doborze celów wraz z pytaniami z miejscem na wpisanie imienia najlepszego kandydata. O ocenach skłonności do ryzyka nie informowano. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Do pełnienia roli wykładowcy promującego własną receptę na życie wybierano najczęściej średnio ryzykującego Czarka (43,9% wyborów) i bardzo ryzykującego Bogdana (26,8% wyborów). Bardziej niż średnio ryzykującego Damiana wybrało 16 kobiet (19,5%), ostrożnego Adama – 8 (9,8%) kobiet, a unikający ryzyka Eryk nie uzyskał ani jednego wyboru.

Do drugiej roli najbardziej odpowiednim kandydatem był średnio ryzykujący Czarek. Wybrany został przez 70 (85,3%) spośród 82 uczestniczek badań. Unikający ryzyka Eryk nie otrzymał ani jednego wyboru, a pozostali dwaj ryzykanci, Bogdan i Damian oraz mało ryzykujący Adam otrzymali po 4 wybory. Rolę wychowawcy w sformułowanym pytaniu powiązano z pożądanym poziomem skłonności do ryzyka. Dlatego przedstawione w tabeli 3 wybory wychowawcy można traktować jako wskazanie na pożądaną skłonność do ryzyka u swego syna. W społecznym systemie wartościowania cech podmiotowych wysoko cenimy średnio ryzykujących, a osoby podejmujące bardzo duże lub bardzo małe ryzyko nie są darzone zbyt dużą sympatią. Pożądanym wychowawcą może być zatem ten, kto ukształtuje atrakcyjny, w znaczeniu społecznym, wizerunek dziecka – kierującego się rozsądną odwagą w podejmowaniu ryzyka.

Trzy następne wybory dotyczyły pełnienia roli partnera w związku długoterminowym i w dwóch związkach krótkoterminowych, różniących się pod względem celu i czasu trwania. Pożądanym partnerem długoterminowym był średnio ryzykujący Czarek, który otrzymał 70 (88,5%) wyborów i często ryzykujący Damian (10 wyborów – 12,2%). Na tygodniową wycieczkę do Paryża uczestniczki badań chciałyby pojechać wyłącznie z ryzykantami: 46,4% ze średnio ryzykującym Czarkiem, 26,8% z bardzo ryzykującym Bogdanem i 26,8% z często ryzykującym Damianem.

Tabela 3

Preferencje kobiet w doborze partnerów do pełnienia określonych ról

Mężczyzna i jego skłonność do ryzyka	Preferencje kobiet (liczba wyborów)									
	wykładowca		wychowawca		partner długoterminowy		partner w wycieczce		partner krótkoterminowy	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Bogdan – b. duża	22	26,8	4	4,9	4	4,9	22	26,8	54	65,9
Damian – duża	16	19,5	4	4,9	10	12,2	22	26,8	24	29,3
Czarek – średnia	36	43,9	70	85,3	66	88,5	28	46,4	2	2,4
Adam – mała	8	9,8	4	4,9	2	2,4	0	0	1	1,2
Eryk – b. mała	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2
Razem	82	100,0	82	82	100,0	82	100,0	82	100,0	82
Średnia arytmetyczna	2,63		2,10		2,19		2,80		3,57	
Odchylenie standardowe	0,98		0,53		0,55		0,83		0,72	

Zupełnie odmienny obraz preferencji ujawnił się w wyborze partnera w krótkotrwałym intymnym związku. Satysfakcjonującą atrakcyjność w takim związku mógł zdaniem badanych kobiet zapewnić bardzo skłonny do ryzyka Bogdan (65,9% wyborów) i często ryzykujący Damian (29,3% wyborów). Średnio ryzykujący Czesław otrzymał dwa wybory, a unikający ryzyka – Adam i Eryk – po jednym wyborze.

W celu porównania poszczególnych ról pod względem preferowania ryzykantów oceniono dokonane wybory przyznając: 4 punkty za wybór bardzo skłonnego do ryzyka Bogdana, 3 za wybór Damiana – drugiego pod względem skłonności do ryzyka, 2 w przypadku wyboru Czarka, 1 za wybór Adama i 0, jeśli wybrano Eryka. Z wyborów dla każdej z ról obliczono średnie arytmetyczne. Dla roli wykładowcy średnią uzyskano jako wynik następujących działań: $22 \times 4 + 16 \times 3 + 36 \times 2 + 8 \times 1 = 216 : 82 = 2,63$.

Wartości średnich, umieszczone w tabeli 3, informują o preferowanym poziomie skłonności do ryzyka u potencjalnych partnerów. Skłonność do ryzyka była cechą najmocniej pożądaną u partnera w intymnym związku krótkoterminowym (wartości średniej $x = 3,57$). Była ona istotnie wyższa od średniej z wyborów partnera w wycieczce do Paryża (z Fischera = 5,92; $p < 0,01$) i od pozostałych średnich. Wysoki poziom skłonności do ryzyka był również preferowany u osób promujących własny styl życia, natomiast mąż oraz wychowawca własnych dzieci powinien być, zdaniem badanych kobiet, średnim ryzykantem.

Przedstawione wyniki pokazują, że umiarkowana skłonność do ryzykowania jest pożądaną cechą u własnego dziecka i osób bliskich, a jej wartość jest szczególnie preferowana przez kobiety w wyborze partnerów w związkach krótkoterminowych.

W poszukiwaniu profilaktyki nowej generacji

Prawidłowo zaprojektowana profilaktyka stanowi zbiór działań redukujących lub eliminujących zagrożenie ze środowiska człowieka oraz wpływających na zdolność do bezpiecznego postępowania. Wybiórcze stosowanie jednego rodzaju działań, na przykład tylko technicznych lub tylko organizacyjnych względnie tylko usprawniających funkcjonowanie ludzi, nie prowadzi do satysfakcjonujących wyników. W celu eliminowania niebezpiecznych zachowań stosowane są różne działania ułatwiające bezpieczne postępowanie oraz utrudniające podejmowanie ryzyka. Biologiczne uwarunkowania zachowań ryzykownych stanowią poważne utrudnienie w projektowaniu profilaktyki. Wydaje się, że odczuwana potrzeba ryzykowania, zwłaszcza przez młodych mężczyzn, jest nieredukowalna. Można jednak stwarzać, zwłaszcza młodym mężczyznom, okazję do podejmowania akceptowanego ryzyka.

Zachowania ryzykowne dorastających, a także dorosłych, są niejednoznacznie oceniane. Społeczną akceptację mają wymagające sprawności sporty ekstremalne oraz zachowania sprzyjające zdrowiu, natomiast zachowania niebezpieczne dla zdrowia, powodujące krzywdę lub realizowane z przejawami okrucieństwa względnie wykonywane bez zabezpieczeń, pomimo łatwości ich stosowania i dostępności (Arnett, 1992), oceniane są negatywnie. Oceny zachowań ryzykownych nie są uniwersalne. Ich treść jest wyznaczana przez cechy kultury bezpieczeństwa, charakterystycznej dla danego społeczeństwa lub grupy etnicznej (Pidgeon, 1991), a prawdopodobnie także przez stosunek do agresji, przemocy oraz życia i zdrowia.

Jeśli jednostka nie ma możliwości uczestniczenia w organizowanych przez rodziców lub nauczycieli pożądanym ryzykownym przedsięwzięciach, postrzeganych przez młodzież jako wyzwanie, to z dużym prawdopodobieństwem zaangażuje się w działania problemowe. Próby wzmocnienia kontroli rodzicielskiej, podejmowane w sytuacji ujawniających się już problemów wychowawczych, zazwyczaj zwiększają natężenie obserwowanych symptomów problemowego zachowania (Studenski, 2004).

Z badań E. Hansen i G. Breivik (2001) wynika, że młodzież podejmuje więcej pozytywnie ocenianych form ryzyka w porównaniu z zachowaniami zaliczanymi do problemowych. Jednak częstość zachowań negatywnych, w jakich uczestniczą dorastający, jest nadspodziewanie wysoka. Autorzy ci poddali badaniom 360 norweskich uczennic i uczniów w wieku od 12 do 16 lat (176 dziewcząt i 184 chłopców) i stwierdzili, że prawie co druga osoba badana jeździ samochodem z szybkością przekraczającą 150 km/h, co trzecia spożywa alkohol „do upicia się” oraz co czwarta „podbiera” rodzicom pieniądze lub dokonuje kradzieży w sklepach. W przeprowadzonej analizie zależności między pochodzeniem społecznym i statusem majątkowym stwierdzono brak korelacji między częstością podejmowania pozytywnych form ryzyka a sytuacją majątkową rodzin osób badanych, natomiast badani z biednych rodzin, częściej od badanych z rodzin bogatych podejmowali ryzykowne zachowania społecznie nieakceptowane, w tym również kryminalne (Hansen i Breivik, 2001).

Podsumowanie

W tytule artykułu zapytano, dlaczego ryzykujemy i pokazano, że zachowania ryzykowne są różnymi wariantami „drogi na skróty”, a także realizacją celów biologicznych. Ludzie podejmują ryzyko lub unikają ryzyka z wielu różnych powodów. Najczęściej motywacja do ryzykowania pojawia się w sytuacjach stwarzających możliwość zwiększenia korzyści. W sytuacji gdy ryzyko zapewnia dostęp do dużej nagrody, a negatywne skutki ewentualnego niepowodzenia są niewielkie, większość ludzi przystępuje

do ryzyka. W sytuacji odmiennej, kiedy oczekiwana korzyść jest niewielka, a niepowodzenie postrzegane jest jako bardzo prawdopodobne, motywacyjna pokusa do ryzykowania nie pojawia się. To sugeruje, że źródło motywacji do ryzykowania jest zlokalizowane w sytuacji, a nie w człowieku. Jednocześnie można obserwować, że ten sam element sytuacji może wywołać różną motywację. Na przykład średnio trudna ekspozycja na umiarkowane zagrożenie wywoła u jednej osoby lęk, zniechęcający do podjęcia ryzyka, a u innej, będącej w tej samej sytuacji i w tym samym zagrożeniu, wzbudzi chęć zmierzenia się z zadaniem i przetestowania swoich kompetencji. Przytoczony drugi przykład wskazuje, że źródło motywacji tkwi również w człowieku.

Ryzykujemy w jednych przypadkach wskutek motywacji zewnętrznej, a w innych pod wpływem motywacji wewnętrznej. Każdy z tych dwóch rodzajów motywacji może posiadać różną treść. Zewnętrznymi czynnikami motywującymi do podejmowania ryzyka są między innymi cechy zadań, zagrożeń i środowiska społecznego. Motywację wewnętrzną generują czynniki biologiczne i psychologiczne. Motywacja biologiczna jest realizacją działającego instynktu samozachowawczego, cech układu nerwowego i hormonalnego oraz ukształtowanych w procesie ewolucji adaptacji powiązanych z płcią. Motywacja psychologiczna powstaje pod wpływem nastawienia na sukces lub unikanie porażki, cech osobowości, stanu organizmu oraz realizowanego stylu zachowań i zinternalizowanych wzorców postępowania.

Ryzykowanie jest elementem strategii auto-prezentacyjnych, podejmowanych częściej przez mężczyzn niż przez kobiety. Kobiety różnią się od mężczyzn zarówno pod względem spostrzegania ryzyka, jak i gotowości do podejmowania ryzykownych zachowań. Skutki tych samych zagrożeń były w ocenie kobiet większe i bardziej prawdopodobne od postrzeganych przez mężczyzn.

Potoczna obserwacja wskazuje, że podejmowanie ryzyka można włączyć do repertuaru męskich taktyk uwodzenia. Mężczyźni skłonni do ryzyka są w oczach kobiet bardziej atrakcyjni od mężczyzn ostrożnych. Skłonność mężczyzny do ryzykowania stanowi wskaźnik jego jakości biologicznej. Ryzykanci są dla kobiet pożądanymi partnerami bliskich kontaktów – zawodowych oraz intymnych, a postrzegana u nich skłonność do ryzyka pełni prawdopodobnie rolę predyktora satysfakcji seksualnej. Dobierając partnerów do związków krótkoterminowych kobiety preferują ryzykantów. Pożądanymi partnerami związków długoterminowych, dla większości spośród badanej grupy kobiet, byli umiarkowani ryzykanci.

Ze względu na sytuacyjne uwarunkowanie zachowań ryzykownych oraz podejmowanie ryzyka z pobudek wewnętrznych profilaktyka skutków ryzykowania powinna ograniczać możliwość podej-

mowania ryzyka nieakceptowanego, zachęcać do postępowania z nastawieniem na chronienie życia i zdrowia oraz zniechęcać do przyjmowania postaw i reagowania w stylu macho.

Piśmiennictwo

1. Arch E.C., *Risk taking – A motivational basis for sex differences*, Psychological Reports 1993 nr 73, s. 3-11.
2. Arnett J., *Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective*, Developmental Review 1992 nr 12, s. 339-373.
3. Arcur T.A., Scollay S.J., Johnson T.P., *Sex differences in environmental concern and knowledge: the case of acid rain*, Sex Roles 1987 nr 16, s. 463-472.
4. Bajtelsmit V.L., Bernasek A., *Why do women invest differently than men?* Financial Counseling and Planning 1996 nr 7, s. 1-10.
5. Bandura A., *Social learning theory of identificatory processes* [w:] D.A. Goslin (red.), *Handbook of socialization theory and research*, Rand McNally, Chicago 1969.
6. Bastide S., Moatti J.P., Fagnani F., *Risk perception and social acceptability of technologies: the French case*, Risk Analysis 1989 nr 9, s. 215-223.
7. Benjamin J., Li L., Patterson C., Greenberg B.D., Murphy D.L., Hamer D.H., *Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of Novelty Seeking*, Nature Genetics 1996 nr 12, s. 81-84.
8. Buss D.M., *Psychologia ewolucyjna* (przeł. M. Orski), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
9. Byrnes J.P., Miller D.C., Schafer W.D., *Gender differences in risk taking*, Psychological Bulletin 1999 nr 123(3), s. 367-383.
10. Caspi A., Begg D., Dickson N., Harrington H., Langley J., Moffitt T.E., Silva P.A., *Personality differences predict health – risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study*, Journal of Personality and Social Psychology 1997 nr 73, s. 1052-1063.
11. Conniff R., *Historia naturalna bogaczy* (przeł. P. Amsterdamski), CIS/A.A.B., Warszawa 2003.
12. Ebstein R.P., Novick O., Umansky R., Priel B., Osher Y., Blaine D., Bennett D., Nemanov L., Katz M., Belmaker R.H., *Dopamine D4 receptor (D4 DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking*, Nature Genetics 1996 nr 12, s. 78-80.
13. Eysenck S.B.G., Easting G., Peason P.R., *Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children*, Personality and Individual Differences 1984 nr 5, s. 315-321.
14. Fischer G.W., Morgan M.G., Fischhoff B., Nair I., Lave L.B., *What risk are people concerned about?* Risk Analysis 1991 nr 2, s. 303-324.
15. Godin J-G.J., Dugatkin L.A., *Variability and repeatability of female mating preference in the Guppy*, Animal Behavior 1995 nr 49, s. 1427-1433.
16. Hansen E.B., Breivik G., *Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents*, Personality and Individual Differences 2001 nr 30, s. 627-640.
17. Harris J.R., *Geny czy wychowanie?* J. Santorski, Warszawa 1998.
18. Jessor R., *Risky driving and adolescent problem behavior: An extension of problem behavior theory*, Alcohol Drugs Driving 1987 nr 3(3-4), s.1-13.
19. Kelley K., *Chronic Self – Destructiveness Conceptualisation, Measurement and Initial Validation of the Construct*, Motivation and Emotion 1985 nr 9(2), s. 135-151.
20. Kohlberg L., *Stages in development of moral thought and action*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1969.
21. Leary M., *Wywieranie wrażenia na innych* (przeł. A. Kacmajor i M. Kacmajor), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
22. Leigh B.C., Temple M.T., Trocki K.F., *The sexual behavior of US adults: Results from a national survey*, American Journal of Public Health 1993 nr 83(10), s. 1400-1408.

23. Levin I.P., Snyder M.A., Chapman D.P., *The interaction of experimental and situational factors and gender in a simulated risky decision – making task*, The Journal of Psychology 1988 nr 122, s. 173-181.
24. Lightfoot C., *The Culture of Adolescent Risk Taking*, The Guilford Press, New York 1997.
25. Maccoby E.E., Jacklin C.N., *The psychology of sex differences*, Stanford University Press, Stanford 1974.
26. Mandal E., *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
27. Milbrath L., *Environmental vanguard for a new society*, State University of New York Press, Albany 1984.
28. Ossowska M., *Ethos rycerski i jego odmiany*, PWN, Warszawa 1986.
29. Patrick M.S., Covin J.R., Fulop M., Calfas K., Lovato C., *Health risk behaviors among California college students*, Public Health 1997 nr 43(6), s. 265-272.
30. Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S., *Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale*, Journal of Clinical Psychology 1995 nr 51, s. 768-774.
31. Pidgeon N.F., *Safety Culture and Risk Management in Organizations*, Journal of Cross-Cultural Psychology 1991 nr 22, s. 129-140.
32. Pleck J.H., Sonenstein F.L., Ku L.C., *Problem behaviors and masculinity ideology in adolescent males* [w:] R.D. Ketterlinus i M.E. Lamb (red.), *Adolescent Problem Behaviours: Issues and Research*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale 1994.
33. Rubin J.Z., Provenzano F.J., Luria Z., *The eye of the beholder: Parents' views on sex of newborns*, American Journal of Orthopsychiatry 1974 nr 44, s. 512-519.
34. Schahn J., Holzer E., *Studies of individual environmental concern: the role of knowledge, gender, and background variables*, Environment and Behavior 1990 nr 6, s. 767-786.
35. Stallen P.J.M., Thomas A., *Public concern about industrial hazards*, Risk Analysis 1988 nr 8, s. 237-245.
36. Steger M.E., Witt S.L., *Gender differences in environmental orientations: a comparison of publics and activists in Canada and the US*, Western Political Quarterly 1990 nr 2, s. 627-649.
37. Studenski R., *Ocena skłonności do podejmowania ryzyka jako czynnik warunkujący dobór partnera* [w:] J.M. Stanik (red.), *Psychologia. Badania i Aplikacje*, t. 3, Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego nr 1837, Katowice 2000.
38. Studenski R., *Ryzyko i ryzykowanie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
39. Wiley D.C., James G., Jordan-Belver G., *Assessing the health behaviors of Texas college students*, Journal of American College Health 1996 nr 44(4), s. 167-172.
40. Wechsler H., Davenport A., Dowdall G., Moeykens B., Castillo S., *Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses*, JAMA 1994 nr 272(21), s. 1672-1677.
41. Wellford Ch.F., *Pathological Gambling: A Critical Review*, National Academy Press, Washington 1999.
42. Zahavi A., Zahavi A., *The handicap principle*, Oxford University Press, New York 1997.
43. Zuckerman M., *Sensation seeking and risk taking* [w:] C.E. Izard (red.), *Emotions in personality and psychopathology*, Plenum, New York 1979.
44. Zuckerman M., *Sensation seeking and sports*, Personality and Individual Differences 1983 nr 4(3), s. 285-293.
45. Zuckerman M., *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*, Cambridge University Press, New York 1994.

Ryszard Studenski
Krakowska Akademia
im. A. Frycza Modrzewskiego

Zasiłki chorobowe po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego



Zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia jest świadczeniem pozwalającym na podjęcie odpowiedniego leczenia, a w razie potrzeby rehabilitacji leczniczej, w stopniu umożliwiającym, po zakończeniu tego leczenia, podjęcie zatrudnienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Pozwala ponadto uniknąć ewentualnego przyznania prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a tym samym wyeliminowania takiej osoby z czynnego życia zawodowego. Okres leczenia może wynieść łącznie 18 miesięcy, tj. 6-miesięczny okres zasiłkowy (182 dni) oraz świadczenie rehabilitacyjne przyznawane na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłuższy jednak niż 12 miesięcy (360 dni).

Prawidłowe funkcjonowanie tego świadczenia wymaga podjęcia stosownych zmian w obowiązujących przepisach, aby korzystały z niego osoby, które wymagają leczenia i rehabilitacji, by nie było to świadczenie umożliwiające jedynie pobieranie znacznie wyższych środków pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego niż przysługujące z tytułu bycia osobą bezrobotną.

Zmiany społeczno-ekonomiczne, które nastąpiły w roku 1989 spowodowały także konieczność przeprowadzenia odpowiednich zmian w istniejącym systemie ubezpieczeń społecznych. Wprowadzenie reformy ubezpieczeń społecznych miało na celu ujednoczenie zasad podlegania tym ubezpieczeniom poszczególnych grup zawodowych oraz zasad wypłaty należnych świadczeń z ubezpiecze-

nia społecznego, w tym świadczeń w razie choroby i macierzyństwa.

Zasiłki chorobowe przed reformą 1999 r.

■ Ustawa zasiłkowa z 17 grudnia 1974 r.

Obowiązujący przed reformą system wypłaty należnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w przypadku choroby i macierzyństwa oparty był na postanowieniach ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. z 1983 r. Dz.U. nr 30, poz. 143 ze zm.).

Według zapisów tej ustawy pracownik nabywał prawo do zasiłku chorobowego:

— bez względu na okres pozostawania w zatrudnieniu – jeżeli był zatrudniony na czas nieokreślony lub na okres wstępny,

— po przepracowaniu co najmniej jednego miesiąca – jeżeli był zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na okres próbny, na czas określony lub na czas wykonywania określonej pracy.

Nie wymagano spełnienia tych warunków, gdy niezdolność do pracy była następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Zasiłek chorobowy przysługiwał również po ustaniu zatrudnienia, jeżeli osoba ta stała się niezdolna do pracy, nie później jednak niż w ciągu: • trzech miesięcy – w razie zachorowania na brucelozę, gruźlicę, wściekliznę, zakaźne zapalenie wątroby lub zimnicę • jednego miesiąca – w razie zachorowania na inne choroby, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej trzydzieści dni.

Zasiłek chorobowy nie przysługiwał po ustaniu zatrudnienia, jeżeli:

— po rozwiązaniu stosunku pracy pracownik podjął inną działalność zarobkową lub uprawniony był do zasiłku dla bezrobotnych,

— rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło po wyczerpaniu zasiłku albo wskutek przejścia na emeryturę lub rentę.

Okres zasiłkowy wynosił 6 miesięcy (180 dni), a jeżeli niezdolność do pracy spowodowana była gruźlicą – 9 miesięcy (270 dni). Jeżeli po tym okresie ubezpieczony był nadal niezdolny do pracy, okres zasiłkowy na wniosek lekarza leczącego ulegał przedłużeniu na okres nie dłuższy niż 3 miesiące (90 dni).

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosił:

— 100% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku – dla pracowników zatrudnionych dłużej niż 8 lat,

— 80% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku – dla pracowników zatrudnionych od 3 do 8 lat,

— 75% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku – dla pracowników zatrudnionych krócej niż 3 lata.

W niektórych przypadkach miesięczny zasiłek chorobowy wynosił 100% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku, bez względu na okres zatrudnienia pracownika:

• od pierwszego dnia niezdolności do pracy z powodu choroby, jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku przy pracy, wypadku w drodze do pracy lub z pracy albo wskutek choroby zawodowej,

• od pierwszego dnia niezdolności do pracy z powodu choroby, jeżeli niezdolność do pracy przypadała na okres ciąży,

• za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy trwającej ponad 30 dni – począwszy od trzydziestego pierwszego dnia tej niezdolności.

Wydatki na zasiłki chorobowe pokrywane były z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Wypłaty należnych zasiłków chorobowych dokonywał zakład pracy, który rozliczał się z oddziałem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych deklaracją bezimienną, w pozostałych przypadkach płatnikiem zasiłków był oddział ZUS. Natomiast w przypadku niezdolności do pracy przypadającej po ustaniu zatrudnienia zasiłki chorobowe wypłacał zakład pracy, jeżeli niezdolność do pracy powstała w okresie trwania stosunku pracy, nawet jeśli był to tylko jeden dzień, a w przypadku gdy niezdolność do pracy powstała po ustaniu zatrudnienia, wypłaty należnego zasiłku dokonywał oddział ZUS.

Występowały wówczas częste przypadki pobierania przez pracowników emerytury lub renty inwalidzkiej oraz zasiłku chorobowego przez okres 180 dni, a w przypadku zachorowania na gruźlicę przez 270 dni.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia nie była obniżana jak dziś do wysokości przeciętnego wynagrodzenia za kwartał poprzedni ogłaszanego przez GUS. Ubezpieczony mógł więc pobierać w tym okresie dwa świadczenia z ubezpieczenia społecznego, bowiem zakład pracy nie badał, czy były pracownik pobiera świadczenie emerytalno-rentowe, w przypadku zaś wypłaty zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia przez oddział ZUS uprawnienia te były zawsze badane i jeśli były pracownik miał uprawnienia do emerytury lub renty – wydawano decyzję odmawiającą prawa do zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia. Wysokość wydatków z tego tytułu nie jest znana, bowiem w dokumentach rozliczeniowych nie było miejsca na tego typu informację.

■ Ustawa zasiłkowa z 3 lutego 1995 r.

Mówiąc o reformie systemu ubezpieczeń społecznych wprowadzonej od 1 stycznia 1999 r. należy stwierdzić, że reforma zasiłków chorobowych została zapoczątkowana ustawą z dnia 3 lutego 1995 r., zmieniającą ustawę o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz Kodeks pracy. Zmiany w głównej mierze dotyczyły zasad finansowania zasiłków cho-

robowych od 1 marca 1995 r. W ustawie tej przyjęto zasadę, że za okres pierwszych 35. dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym zasiłki chorobowe finansowane będą z funduszu płac zakładów pracy, niezależnie od sektora gospodarki narodowej – z wyjątkiem zakładów pracy zatrudniających do 5 pracowników, w których do dnia 31 grudnia 1995 r. absencja chorobowa finansowana była z funduszu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Z funduszu ZUS nadal była i jest finansowana od pierwszego dnia niezdolności do pracy absencja chorobowa osób prowadzących działalność gospodarczą oraz osób z nimi współpracujących.

Osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz osoby z nimi współpracujące uzyskiwały prawo do zasiłku chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni kalendarzowych, zasiłek chorobowy wypłacany był od pierwszego dnia tej niezdolności.

Obserwowany poziom absencji chorobowej i związane z tym wydatki wymagały wielokierunkowych działań, mających na celu doprowadzenie jej do poziomu uzasadnionego faktycznym stanem zdrowotnym społeczeństwa. Ważną rolę w tym zakresie mają do spełnienia zakłady pracy. To do ich obowiązków należy, między innymi, dążenie do poprawy środowiska pracy, wprowadzanie nowych bezpiecznych technologii zmniejszających także ryzyko zawodowe. Znaczny odsetek absencji chorobowej znajduje swoje źródło w oddziaływaniu środowiska pracy, było to między innymi jedną z przyczyn wprowadzenia zmian w zakresie finansowania absencji chorobowej od 1 marca 1995 r.

Zasiłki chorobowe po reformie 1999 r.

Mając na uwadze problem wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. z 2007 r. Dz.U. nr 11, poz. 74 ze zm.) wyodrębniono ryzyko wypadku przy pracy i choroby zawodowej oraz utworzono fundusz wypadkowy. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w ustawie została określona od 0,40% do 8,12% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe dla każdego płatnika składek określa w formie decyzji oddział ZUS na okres nie dłuższy niż trzy lata. Zasady różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe określają przepisy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Stopa procentowa skorelowana jest z warunkami pracy w danym zakładzie pracy oraz liczbą wypadków i chorób zawodowych. W latach 1999-2001 składka na ubezpieczenie wypadkowe była równa dla wszystkich pracodawców i wynosiła 1,62% podstawy wymiaru składek na ubezpiecze-

nie społeczne. Składki na ubezpieczenie wypadkowe w całości opłaca płatnik składek z własnych środków.

Ponadto, w ramach prewencji rentowej, ustawa przewiduje prowadzenie rehabilitacji leczniczej osób zagrożonych częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy, jak również osób pobierających rentę okresową. Koszty tej rehabilitacji w całości pokrywane są ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

■ Ustawa zasiłkowa z 25 czerwca 1999 r.

Ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. z 2005 r. Dz.U. nr 31, poz. 267 ze zm.), zwaną ustawą z 25 czerwca 1999 r., wprowadzony został szeroki zakres regulacji prawnych zmierzających do optymalizacji poziomu absencji chorobowej, a tym samym zmniejszenia wydatków na zasiłki związane z chorobą, między innymi: możliwość badania ubezpieczonego przez lekarza orzecznika oddziału ZUS i w przypadku stwierdzenia, że odzyskał on zdolność do pracy – skrócenia uprzednio orzeczonego okresu niezdolności do pracy. W przypadku zaś systematycznego popełniania przez lekarza leczącego błędów przy orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy, lekarzowi leczącemu może zostać odebrane prawo do wydawania zwolnień lekarskich od pracy na okres do jednego roku. Zobowiązano także ubezpieczonego do przekazywania zwolnienia lekarskiego płatnikowi zasiłku w okresie nieprzekraczającym 7 dni od daty jego otrzymania, jak i lekarza leczącego do przekazania w terminie 7 dni oryginału tego zaświadczenia do właściwego oddziału ZUS. System ten pozwala na prowadzenie kontroli zasadności wydawanych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników ZUS. Termin ten powinien jednak ulec skróceniu do 3 lub 4 dni, co pozwoliłoby na bardziej efektywne prowadzenie kontroli zasadności wydawanych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Ustawa z 25 czerwca 1999 r. określa zasady ustalania prawa do zasiłków, ich wysokości oraz zasady wypłaty zasiłków wszystkim osobom podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu określone w ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają:

- a) pracownicy,
- b) członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
- c) osoby odbywające służbę zastępczą.

Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają:

- osoby wykonujące pracę nakładczą,
- osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz osoby z nimi współpracujące,

— osoby prowadzące pozarolniczą działalność zarobkową oraz osoby z nimi współpracujące,
— osoby wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,

— duchowni.

Ustawa przewiduje następujące rodzaje świadczeń:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek wyrównawczy,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Wynagrodzenie za czas choroby

Zgodnie z art. 92 Kodeksu pracy, pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy łącznie za 33 dni w roku kalendarzowym, a w przypadku pracownika, który ukończył 50. rok życia – niezdolności trwającej łącznie do 14. dni w ciągu roku kalendarzowego. Pracownikowi, który ukończył 50. rok życia, prawo do 14-dniowego okresu wypłaty wynagrodzenia przysługuje począwszy od następnego roku kalendarzowego po roku, w którym ukończył 50 lat. Od 34. lub 15. dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym pracownikowi przysługuje prawo do zasiłku chorobowego. Te 33 lub 14 dni wlicza się do okresu zasiłkowego, tj. 182 lub 270 dni (o których mowa w art. 8 i 9 ustawy z 25 czerwca 1999 r.), na równi z dniami, za które wypłacono świadczenia.

W przypadku gdy nieprzerwana niezdolność do pracy z powodu choroby przypada na przełomie roku kalendarzowego, a 31 grudnia pracownik ma prawo do wynagrodzenia na podstawie art. 92 Kodeksu pracy, to od 1 stycznia pracownikowi temu przysługuje jak dotychczas wynagrodzenie. Okres 33. lub 14. dni, za które w nowym roku kalendarzowym przysługuje wynagrodzenie, liczy się ponownie od 1 stycznia.

Okres 33. lub 14. dni niezdolności do pracy, o którym mowa wyżej, ustala się sumując poszczególne okresy niezdolności do pracy w roku kalendarzowym, nawet jeśli między nimi występują przerwy i jeśli pracownik w danym roku kalendarzowym był zatrudniony u więcej niż jednego pracodawcy.

Jeżeli w ciągu roku kalendarzowego pracownik podejmie dodatkowe zatrudnienie, do okresu 33. lub 14. dni niezdolności do pracy, w którym zachowuje prawo do wynagrodzenia, wliczone zostają również okresy wypłaty tego wynagrodzenia przed podjęciem dodatkowego zatrudnienia.

Okres wyczekiwania

Zgodnie z art. 4 ustawy z 25 czerwca 1999 r. ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego:

● po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – w razie podlegania obowiązkowo temu ubezpieczeniu,

● po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – gdy jest ubezpieczony dobrowolnie.

Do wymienionych wyżej okresów ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem bezpłatnym, urlopem wychowawczym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Ustawa przewiduje również przypadki, w których prawo do zasiłku chorobowego przysługuje od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego, a mianowicie:

— absolwentom szkół lub szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły albo uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych, tj. od daty podanej w świadectwie ukończenia szkoły lub dyplomie ukończenia studiów wyższych,

— jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,

— ubezpieczonym obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy, co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego. Do 10-letniego okresu ubezpieczenia zalicza się także okres obowiązkowego ubezpieczenia społecznego przed 1 stycznia 1999 r., które uprawniało do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, niezależnie od tego, jak długo trwały przerwy między okresami ubezpieczenia (do 10-letniego obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego nie zalicza się okresu urlopu wychowawczego i bezpłatnego),

— posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.

Wysokość zasiłku chorobowego

Wysokość zasiłku chorobowego wynosi:

— 80% podstawy wymiaru,

— 70% podstawy wymiaru za okres pobytu w szpitalu,

— 100% podstawy wymiaru (także za pobyt w szpitalu), jeżeli niezdolność do pracy: ● przypada na okres ciąży ● powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów lub poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów ● powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Zasiłek chorobowy za okres niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego

Ustawa przewiduje również prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, w przypadku gdy niezdolność do

pracy trwa bez przerwy co najmniej 30 dni i jeżeli powstała:

— nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego,

— nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby. Wówczas w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA) w polu 13 zamieszczony jest przez lekarza leczącego kod literowy „E”.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy:

a) ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,

b) kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową,

c) nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia (30 lub 90 dni wymaganego okresu podlegania ubezpieczeniu),

d) jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

W myśl ustawy z 25 czerwca 1999 r. zasiłek chorobowy nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy, w których ubezpieczony na podstawie przepisów o wynagradzaniu zachowuje prawo do wynagrodzenia. Okresy te wliczane są do okresu zasiłkowego.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy przypadające w czasie: ● urlopu bezpłatnego ● urlopu wychowawczego ● tymczo-

wego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania.

Okresów niezdolności do pracy, o których mowa wyżej, w których zasiłek nie przysługuje, nie wlicza się do okresu zasiłkowego.

Zgodnie z art. 46 ustawy z 25 czerwca 1999 r. podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie poczynając od trzeciego miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres trzech miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłoszonego dla celów emerytalnych przez GUS. Jest to więc zasadnicza różnica w stosunku do zasad obowiązujących do września 1999 r.

Zasiłek chorobowy przysługujący za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia (ustaniu zatrudnienia) poczynając od 1 września 1999 r. wypłacany jest zawsze przez oddział ZUS, zgodnie z miejscem zamieszkania zasiłkobiorky. Nie występują już przypadki jednoczesnego pobierania zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia oraz emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego.

■ **Przeciwdziałanie wzmożonej absencji chorobowej**

Z danych statystycznych ZUS wynika, że w ostatnim okresie absencja chorobowa wykazuje tendencję wzrostową, zarówno ta finansowana przez płatników składek na ubezpieczenia społeczne jak i ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Tabela 1

Absencja chorobowa, za którą wypłacono wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy oraz zasiłki chorobowe w latach 1998-2008

Rok	Liczba dni absencji ogółem* w tys.	Kwota wypłat ogółem w tys. zł	W tym sfinansowane z:			
			funduszu zakładów pracy		FUS	
			liczba dni w tys.	kwota w tys. zł	liczba dni w tys.	kwota w tys. zł
1998	252 594,0	6 593 334,6	83 467,0	2 365 222,8	169 027,0	4 228 111,8
1999	228 793,6	6 916 748,6	77 729,2	2 544 360,5	150 915,2	4 368 144,3
2000	168 619,9	5 692 417,1	75 574,8	2 664 604,2	93 045,1	3 027 812,9
2001	155 185,7	5 752 117,5	64 734,5	2 559 451,1	90 384,9	3 190 266,4
2002	150 796,6	5 789 736,1	59 399,1	2 352 384,1	91 397,5	3 437 352,0
2003	158 384,9	6 169 718,6	58 955,1	2 350 622,8	99 378,1	3 817 367,8
2004	152 795,8	6 094 758,7	56 072,6	2 335 400,6	96 691,6	3 758 283,7
2005	161 131,7	6 444 704,7	61 898,8	2 647 519,7	99 207,5	3 796 339,6
2006	161 317,1	6 571 230,0	65 540,8	2 889 650,7	95 756,0	3 680 835,8
2007	169 343,4	7 381 263,5	73 321,9	3 427 546,9	96 002,9	3 953 002,2
2008	194 406,7	9 222 758,3	85 739,7	4 316 380,6	108 632,9	4 905 672,5

* W liczbie dni absencji chorobowej mieści się absencja sfinansowana z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Źródło: Dane statystyczne ZUS.

Jak wynika z tabeli 1, liczba dni absencji chorobowej ogółem, za które wypłacono zasiłki w latach 1998-2002 r., uległa znacznemu zmniejszeniu, lecz w ostatnich latach (od 2005 r.) wskazuje tendencję wzrostową. Szczególnie wysoki wzrost liczby dni absencji chorobowej ogółem zanotowano w 2008 r., wyniósł on 14,8%, natomiast liczba dni absencji chorobowej finansowanej z funduszu zakładów pracy wzrosła o 16,9%, a finansowanej z FUS o 13,2%.

Zjawisko to związane jest w znacznej mierze z rynkiem pracy, bowiem zwalniani pracownicy nadmiernie wykorzystują zasiłki chorobowe, które są znacznie wyższe niż zasiłek dla bezrobotnych.

Z tabeli 3 wynika, że liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe po ustaniu zatrudnienia w roku 2007 stanowiła 24,3%, natomiast kwota wypłaconych zasiłków wyniosła 27,7% ogółu wypłaconych przez ZUS zasiłków. Natomiast w roku 2008 wskaźniki te uległy minimalnym spadkom i wyniosły odpowiednio 23,8% oraz 27,5%. Oznacza to, że około 1/4 wypłat zasiłków chorobowych realizowanych bezpośrednio przez oddziały ZUS stanowią wypłaty zasiłków po ustaniu zatrudnienia. W niektórych oddziałach ZUS wskaźniki te są niższe, ale występują takie, w których wskaźniki te są znacznie wyższe i sięgają nawet ponad 40%. Zagadnienie to wyma-

Tabela 2

**Wydatki na zasiłki chorobowe wypłacane przez oddziały ZUS
po ustaniu zatrudnienia (ubezpieczenia)
w latach 1988-2008**

Rok	Liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe	Kwota wypłaconych zasiłków w zł	W stosunku do ogółu zasiłków wypłaconych z FUS (%)	
			dni	kwota
1988	7 612 582	192 355 818	4,5	4,5
1999	16 588 680	503 606 192	11,0	11,5
2000	10 520 637	353 897 720	11,3	11,7
2001	11 428 554	416 551 258	12,6	13,1
2002	12 709 435	520 940 640	13,9	15,2
2003	14 546 581	599 911 680	14,6	15,7
2004	14 920 589	572 013 713	15,4	15,2
2005	14 219 244	489 300 780	14,3	12,9
2006	11 761 803	402 093 388	12,3	10,9
2007	9 840 367	350 672 028	10,3	8,9
2008	10 058 300	412 420 585	9,3	8,4

Źródło: Dane statystyczne ZUS.

Jak wynika z tabeli 2, udział wypłat zasiłków chorobowych po ustaniu zatrudnienia wykazuje niewielką tendencję spadkową.

ga podjęcia niezbędnych działań zmierzających do zmniejszenia w wypłatach dokonywanych przez oddziały ZUS udziału wypłat zasiłków chorobowych po

Tabela 3

**Zasiłki chorobowe po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypłacone przez oddziały ZUS
w latach 2007-2008**

Oddział ZUS	2007				2008			
	Liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe	Kwota wypłaconych zasiłków w zł	W stosunku do ogółu wypłaconych zasiłków chorobowych (%)		Liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe	Kwota wypłaconych zasiłków w zł	W stosunku do ogółu wypłaconych zasiłków chorobowych (%)	
			dni	kwota			dni	kwota
Ogółem	9 840 367	350 672 028	24,3	27,7	10 058 300	412 420 585	23,8	27,5
Białystok	76 571	2 548 723	16,0	17,8	79 866	3 117 853	14,8	17,1
Bielsko-Biała	103 266	3 661 706	14,9	17,6	123 077	5 018 479	16,4	20,1
Biłgoraj	81 995	2 873 839	24,4	29,4	84 829	3 392 117	23,4	28,8
Bydgoszcz	379 022	13 219 302	29,5	33,6	357 343	14 325 276	27,7	31,6
Chorzów	129 283	4 725 732	20,9	23,1	130 768	5 365 214	19,0	27,7
Chrzanów	105 151	3 781 387	18,9	29,8	106 491	4 391 513	17,8	21,7

Oddział ZUS	2007				2008			
	Liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe	Kwota wypłaconych zasiłków w zł	W stosunku do ogółu wypłaconych zasiłków chorobowych (%)		Liczba dni, za które wypłacono zasiłki chorobowe	Kwota wypłaconych zasiłków w zł	W stosunku do ogółu wypłaconych zasiłków chorobowych (%)	
			dni	kwota			dni	kwota
Częstochowa	136 227	5 213 668	19,8	25,1	153 649	6 621 226	20,8	26,4
Elbląg	154 535	4 889 662	23,5	25,8	110 721	4 155 034	22,6	25,5
Gdańsk	263 479	9 879 794	15,3	18,4	316 846	13 473 602	16,2	19,4
Gorzów Wlkp.	90 403	3 260 497	21,4	24,9	102 640	4 336 564	23,1	27,3
Jasło	188 743	6 317 945	31,3	34,0	217 263	8 337 588	32,4	36,1
Kielce	760 781	24 935 556	39,7	43,6	702 393	27 411 955	36,9	42,3
Koszalin	139 753	4 151 374	24,3	25,2	127 852	4 568 012	21,6	23,8
Kraków	331 954	12 901 157	19,7	23,7	330 518	15 211 317	19,2	24,1
Legnica	127 761	4 604 737	23,7	28,5	133 377	5 434 665	22,6	27,0
Lublin	196 547	6 535 436	23,9	27,1	193 080	7 458 843	22,1	25,5
Łódź I	612 625	20 622 275	25,2	27,7	651 270	25 917 234	26,6	29,8
Łódź II	411 572	13 391 913	26,7	27,8	446 003	17 425 142	26,7	29,9
Nowy Sącz	370 616	16 160 199	25,3	34,6	312 285	14 572 170	21,1	28,4
Olsztyn	171 274	5 445 037	22,6	25,3	163 399	5 861 923	21,0	23,5
Opole	125 633	4 660 583	24,1	22,0	134 027	5 700 942	17,9	22,4
Ostrów Wlkp.	321 054	11 283 268	24,1	28,4	347 434	13 598 025	24,5	28,9
Piła	184 316	5 901 893	29,3	32,5	205 929	7 561 386	30,4	33,6
Płock	210 490	7 028 672	26,4	29,6	239 008	9 137 326	26,7	30,1
Poznań I	230 344	8 821 983	16,7	19,0	267 216	11 753 546	19,7	22,5
Poznań II	459 207	16 771 767	25,6	30,1	492 317	20 657 775	26,0	31,2
Radom	118 010	3 980 399	24,9	29,2	116 517	4 468 060	23,5	27,9
Rybnik	187 069	6 378 521	18,7	21,7	186.148	7 475 482	17,9	21,4
Rzeszów	568 916	20 328 904	35,8	40,9	555 646	21 943 451	35,1	39,0
Siedlce	76 738	2 605 707	20,1	22,8	83 773	3 439 122	20,4	25,7
Stupsk	107 795	3 334 155	15,3	23,5	104 210	3 765 990	19,2	21,6
Sosnowiec	191 444	8 058 496	29,0	36,5	184 565	9 025 522	26,5	33,7
Szczecin	195 052	7 275 066	18,9	22,2	205 994	8 478 610	18,9	21,9
Tomaszów Maz.	581 169	16 774 153	40,8	40,8	561 414	19 396 640	38,1	40,5
Toruń	347 149	12 794 820	32,9	39,0	378 984	15 577 948	33,7	38,6
Wałbrzych	187 317	6 406 597	20,3	23,5	228 110	8825 243	22,9	26,5
Warszawa I	141 342	7 044 240	16,5	17,4	139 302	7 949 334	16,4	16,6
Warszawa II	180 670	8 290 050	17,4	22,3	176 810	9 071 632	16,3	20,9
Warszawa III	232 408	10 344 982	23,5	26,7	233 762	11 940 401	22,5	26,5
Wrocław	177 741	6 678 968	17,5	20,1	187 965	8 354 305	17,2	19,9
Zabrze	101 377	3 740 279	16,2	19,5	105 420	4 546 833	15,9	19,8
Zielona Góra	83 568	3 048 588	17,9	22,2	80 079	3 357 282	15,9	20,1

Źródło: Dane statystyczne ZUS.

ustaniu zatrudnienia w stosunku do ogólnych wypłat zasiłków chorobowych.

Uwzględniając system świadczeń wypłacanych w przypadku utraty pracy, takich jak zasiłki dla bezrobotnych czy świadczenie przedemerytalne, udział zasiłków chorobowych wypłacanych po ustaniu zatrudnienia w ogólnej liczbie wypłat zasiłków chorobowych okazuje się znaczący.

Wynika to chyba z faktu, że wysokość zasiłku chorobowego, nawet przy ograniczonej podstawie wymiaru zasiłku do 100% przeciętnego wynagrodzenia za kwartał poprzedni, jest znacznie wyższa niż zasiłki dla bezrobotnych oraz z faktu, że znaczna część osób po ustaniu zatrudnienia nie spełnia warunków do przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Dotyczy to osób, które w okresie 18 mie-

sięcy poprzedzających dzień zarejestrowanie się jako bezrobotne nie były zatrudnione przez co najmniej 365 dni.

W stosunku do osób o krótkim stażu pracy lub zatrudnionych na czas określony prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia powinno przysługiwać proporcjonalnie do długości trwania zatrudnienia, a w przypadku zatrudnienia trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy lub zatrudnienia na czas określony, prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia nie powinno przysługiwać. Wyjątek mogłyby stanowić przypadki absencji chorobowej spowodowanej wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy.

Należałoby, moim zdaniem, zmienić przepisy dotyczące prawa do zasiłku dla bezrobotnych w przypadku zwalniania pracowników z winy zakładów pracy, tzn. prawo do zasiłku dla bezrobotnych w takich przypadkach nie powinno być uzależnione od zatrudnienia wynoszącego 365 dni w okresie ostatnich 18 miesięcy. Osoby te powinny otrzymywać zasiłek

dla bezrobotnych, bez prawa do zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia.

Uwzględniając fakt, że ustawa z 25 czerwca 1999 r. daje prawo do kontroli przez lekarza orzecznika ZUS zasadności wydawanych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, wydziały zasiłków w oddziałach ZUS każdy przypadek orzeczonej niezdolności do pracy po ustaniu zatrudnienia powinny kierować do lekarza orzecznika ZUS. Lekarze orzecznicy na większą skalę powinni prowadzić badanie w domu chorego lub bezpośrednio badanie dokumentacji medycznej w gabinecie lekarskim, z udziałem pracowników komórek kontroli zwolnień lekarskich, kontrolując prawidłowość ich wykorzystywania. Tak połączone kontrole przyczyniłyby się w znacznej mierze do ograniczenia poziomu absencji chorobowej i związanych z tym wydatków z FUS na zasiłki chorobowe.

Hipolit Piętko

Departament Zasiłków



dokumenty

Stanowisko Rady Ochrony Pracy

w sprawie oceny skuteczności
stosowania środków ochrony indywidualnej
na tle najnowszych osiągnięć nauki i techniki w tym zakresie

Rada Ochrony Pracy na posiedzeniu w dniu 17 marca 2009 r. zapoznała się z informacjami dotyczącymi stanu stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej, ze szczególnym uwzględnieniem problemów związanych z systemem oceny zgodności tych środków z zasadniczymi wymaganiami bezpieczeństwa oraz najnowszych osiągnięć nauki i techniki w zakresie rozwoju ich innowacyjnych rozwiązań. Materiały zostały przygotowane i przedstawione przez Państwową Inspekcję Pracy oraz Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Rada pozytywnie oceniła działania podejmowane w zakresie rozwoju innowacyjnych rozwiązań technologicznie zaawansowanych środków ochrony indywidualnej. Podkreślono konieczność szczególnej dbałości o ochronę praw autorskich w odniesieniu do rezultatów prac badawczych i rozwojowych prowadzonych w tym zakresie, a także upowszechnianie wśród użytkowników wiedzy o krajowych wyrobach i producentach.

Rada zwraca uwagę, że stosowanie środków ochrony indywidualnej nadal jest w Polsce traktowane jako podstawowe rozwiązanie ochrony pracownika przed czynnikami niebezpiecznymi lub szkodliwymi. Nie jest to prawidłowe podejście, gdyż najważniejsza w prewencji jest likwidacja zagrożeń u źródła ich powstawania. Tymczasem w latach 2005-2007 stosowanie środków ochrony indywidualnej kształtowało się na poziomie 50% w odniesieniu do wszystkich środków używanych w celu wyeliminowania albo ograniczenia ryzyka. Jednocześnie głównymi przyczynami wypadków przy pracy w latach 2005 i 2006 było nieegzekwowanie przez pracodawcę stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej lub brak tych środków na stanowisku pracy albo ich nieprawidłowy dobór.

Jednym z powodów niestosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej może być ich niedopasowanie do warunków panujących na stanowiskach pracy oraz wybór z oferty rynkowej wyrobów

o niskich cenach, ale złej jakości. Przyczyn tego stanu można poszukiwać z jednej strony w nierzetelności producentów środków ochrony indywidualnej i ich dystrybutorów, z drugiej zaś strony może to wynikać z nierzetelności przeprowadzanych badań i oceny tych wyrobów przez niektóre jednostki notyfikowane. Jednym z istotnych problemów nieprawidłowości w krajowym systemie oceny zgodności jest występująca w Polsce praktyka tzw. podwójnej certyfikacji wyrobów polegająca na wprowadzeniu w niektórych sektorach obowiązku uzyskiwania dodatkowych świadectw dopuszczenia do stosowania na wyroby objęte obowiązkiem certyfikacji zgodności z wymaganiami dyrektyw UE. Prowadzi to do nieuzasadnionych dodatkowych kosztów ponoszonych przez producentów tych wyrobów, jest także sprzeczne z zasadami europejskiego systemu oceny zgodności, których głównym celem jest znoszenie barier technicznych w handlu.

Za niepokojące uznaje Rada wyniki kontroli środków ochrony indywidualnej realizowanej w ramach krajowego systemu nadzoru rynku. W latach 2006-2008 Państwowa Inspekcja Pracy objęła kontrolą 1651 środków ochrony indywidualnej. Zastrzeżenia wzbudziło 406 wyrobów, co stanowi ok. 25% ogółu wyrobów skontrolowanych. Wyniki kontroli wskazują, że najwięcej nieprawidłowości dotyczyło środków ochrony rąk i nóg oraz odzieży ochronnej (najczęściej sprowadzanych z Azji). Ujawnione w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły głównie niespełnienia zasadniczych wymagań bezpieczeństwa.

W związku z powyższym Rada Ochrony Pracy uważa za niezbędne podjęcie intensywnych działań w celu poprawy istniejącej sytuacji, w szczególności dotyczących:

- ◆ wzmocnienia systemu nadzoru środków ochrony indywidualnej poprzez zwiększenie, ade-

kwatnie do liczby wprowadzonych na rynek środków danego typu, losowego ich pobierania przez Państwową Inspekcję Pracy, Wyższy Urząd Górniczy i Inspekcję Handlową działającą w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w celu oceny w akredytowanych laboratoriach jednostek notyfikowanych ich zgodności z zasadniczymi wymaganiami bezpieczeństwa i ergonomii,

- ◆ wprowadzenia mechanizmu weryfikacji poziomu kompetencji krajowych jednostek notyfikowanych,

- ◆ wyeliminowania nieuzasadnionego powtarzania procedur oceny zgodności środków ochrony indywidualnej wprowadzanych na rynek krajowy. Z zakresu wyrobów podlegających obowiązkowi uzyskania „dopuszczenia do użytkowania” powinny być wyłączone wszystkie rodzaje środków ochrony indywidualnej kategorii II i III, podlegające ocenie zgodności w obszarze dyrektywy 89/686/EWG (w szczególności wymagana jest zmiana w odpowiednich przepisach prawnych, przede wszystkim ustawy o ochronie przeciwpożarowej – Dz.U. z 1991 r. nr 81, poz. 351 ze zm.),

- ◆ prowadzenia intensywnych prac badawczych we współpracy z krajowymi i międzynarodowymi producentami nad innowacyjnymi rozwiązaniami środków ochrony indywidualnej, wielofunkcyjnymi i zapewniającymi bezpieczeństwo oraz ergonomię użytkownika,

- ◆ organizowania szkoleń i kampanii informacyjnych w celu uświadomienia pracodawcom i pracownikom potrzeby stosowania właściwie dobranych i skutecznych środków ochrony indywidualnej, a także przekazywania informacji o najnowszych zaawansowanych technologicznie rozwiązaniach tych środków.

Posel Izabela Katarzyna Mrzygłocka
Przewodnicząca Rady Ochrony Pracy

Ustrońskie Centrum Rehabilitacji Onkologicznej i Limfologii „Rosomak”

Nowotwory złośliwe są pod względem częstotliwości drugą po chorobach serca i naczyń przyczyną zgonów w Polsce. Umiera na nie około 20% Polaków.

Do przyczyn tak wysokiej umieralności na choroby nowotworowe, w tym raka sutka, należą:

- niska świadomość w społeczeństwie czynników ryzyka choroby nowotworowej – mimo wysiłków wielu organizacji, lekarzy i instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia,
- lekceważenie pierwszych objawów i zbyt późne zgłaszanie się do lekarza,

- niewydolność systemu opieki zdrowotnej,
- brak w pełni skutecznych leków i terapii, mimo ogromnych nakładów na ich opracowanie.

Jednak coraz większą liczbę pacjentów udaje się wyleczyć i rokują oni powrót do swojego codziennego życia, w tym do zajęć zawodowych.

Rehabilitacja onkologiczna jest istotnym elementem całego procesu leczenia przeciwnowo-

tworowego i musi być działaniem bardzo złożonym, ze względu na ogromną rolę czynnika psychicznego tkwiącego w społecznej świadomości – lęku przed rakiem oraz braku wiary w możliwości wyleczenia. Dodatkowo, w przypadku raka sutka lub żeńskich narządów płciowych, dochodzi do zaburzeń tożsamości seksualnej kobiet na płaszczyźnie kobiecości, macierzyństwa, erotyzmu i funkcji socjalnej. Wszystkie te dziedziny w całym procesie leczenia przeciwnowotworowego wymagają wsparcia odpowiednio ukierunkowanej rehabilitacji. Profesor Wiktor Dega – twórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji, rehabilitację definiuje jako:

- leczenie usprawniające,
- proces medyczno-społeczny, którego celem jest zapewnienie osobom niepełnosprawnym godziwego życia,
- proces przywracania dużej części z utraczonych sprawności,
- stosowanie ćwiczeń ruchowych w połączeniu z zabiegami fizykoterapeutycznymi i terapią zawodową,
- łagodzenie skutków związanych z chorobą lub uszkodzeniem ciała – rehabilitacja psychologiczna, społeczna, zawodowa,
- zapobieganie lub łagodzenie przebiegu choroby – rehabilitacja profilaktyczna.

Początkowo rehabilitacja onkologiczna ograniczała się do usprawniania ruchowego i protezowania po zabiegach, które naruszały sprawność fizyczną. Współczesna rehabilitacja onkologiczna musi jednak uwzględniać całą gamę problemów natury psychicznej i społecznej jako elementów holistycznego traktowania człowieka chorego na raka. Dwa podstawowe cele rehabilitacji to zapobieganie i leczenie powikłań oraz zaburzeń czynności będących nieuniknionym kosztem leczenia, wynikającym z jego specyfiki. Rehabilitacja jest metodą wspomagającą bezpośrednio leczenie nowotworów poprzez aktywność ruchową, która pobudzając odporność organizmu oraz modyfikując gospodarkę hormonalną i metaboliczną jest istotnym czynnikiem pierwotnej i wtórnej prewencji choroby nowotworowej.

Dokonujące się w Polsce zmiany demograficzne i epidemiologiczne – w tym znaczący wzrost liczby zachorowań na choroby nowotworowe – spowodował zainteresowanie zarządu i pracowników merytorycznych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Ustroń” rehabilitacją w leczeniu tych chorób. W efekcie wielu rozmów i konsultacji powstało w Ustroniu w 2008 r. Ustrońskie Centrum Rehabilitacji Onkologicznej „Rosomak”. Pragniemy, aby Ustroń stał się miejscem wymiany doświadczeń w rehabilitacji onkologicznej, a jednocześnie miejscem spotkania wszystkich zainteresowanych tą dziedziną medycyny – lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek i pacjentów.

Ustroński klimat, dostępna baza zabiegowa (kinezyterapia, hydroterapia i masaż), urokliwe położenie na stokach góry Równicy sprzyjają rekonwalescencji chorych.

W obrębie Ustrońskiego Centrum funkcjonują dwa oddziały: Oddział Rehabilitacyjny dla chorych po leczeniu onkologicznym, w tym dla kobiet po przebytej chorobie nowotworowej w obrębie żeńskich narządów płciowych oraz Oddział Sanatoryjny. W Ośrodku prowadzone są także turnusy dofinansowane ze środków PFRON dla osób po leczeniu nowotworu piersi oraz po usunięciu krtani.

Głównym celem rehabilitacji w Oddziale Rehabilitacyjnym jest:

- zapewnienie ciągłości terapeutycznej pacjentom chorującym na choroby nowotworowe, znajdującym się w okresie po zabiegach operacyjnych, chemioterapii lub radioterapii,
- przywrócenie sprawności psychofizycznej,
- pomoc w adaptacji do nowych warunków życia,
- przybliżenie zasad profilaktyki przeciwnowotworowej.

W celu zapewnienia ciągłości terapeutycznej pacjentom opracowano: ● program rehabilitacyjny ● program psychoterapeutyczny oraz ● program edukacyjny.

Program rehabilitacyjny koncentruje się na usunięciu następstw choroby i zapobieganiu jej nawrotom, profilaktyce i terapii przeciwobrzękowej oraz przywróceniu sprawności i wydolności organizmu.

Osiągnięcie celów leczniczych wymaga wykonania następujących zadań:

- przywrócenia prawidłowej wentylacji płuc,
- przywrócenia równowagi odpływu chłonki,
- przywrócenia prawidłowej ruchomości w stawach i siły mięśni,
- korekcji nieprawidłowej postawy ciała,



Manualny drenaż limfatyczny.

Fot.: Edward Josefowski

- poprawy sprawności i wydolności fizycznej,
- poprawy koordynacji i sprawności chodu.

Program przygotowano na podstawie doświadczeń i zaleceń Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii – Instytut Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie.

Kinezyterapia prowadzona jest w formie zajęć grupowych, gimnastyki oddechowej i indywidualnej. Specjalne postępowanie stosowane jest u pacjentek po rekonstrukcji piersi. Jednym z podstawowych zabiegów rehabilitacyjnych jest drenaż limfatyczny z bandażowaniem.

Pacjentki, u których występuje masywny obrzęk limfatyczny kwalifikowane są do kompleksowej fizjoterapii, która obejmuje: drenaż limfatyczny (zupełnie odmienny od masażu klasycznego), kompresoterapię z wykorzystaniem pomp pneumatycznych lub/i wielowarstwowego bandażowania mało elastycznym, gęsto tkanym bandażem, odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne i oddechowe, a także edukację chorych w zakresie profilaktyki urazów i higieny skóry oraz automasażu. Ponadto stosuje się masaż klasyczny, masaż pneumatyczny BOA, *aquawibron* oraz hydroterapię: kąpiel perełkową, masaż podwodny, kąpiel wirową.

Rozpoznanie choroby nowotworowej, czyli choroby, która w świadomości pacjenta wiąże się z zagrożeniem utraty życia sprawia, iż chory może mieć zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, adaptacyjne i znaleźć się w sytuacji stresu niekontrolowanego. Stosowany w Oddziale Rehabilitacyjnym **program psychoterapeutyczny** oparty jest na doświadczeniach programu psychoonkologicznego dra Carla Simontona, poszerzonego o elementy programu terapii Ericsonowskiej w zakresie pracy z pacjentem z chorobą nowotworową. Uzupełnieniem terapii są metody Gestalt i program rodziny A. Faber i E. Mazlish.

Istotą programu psychoterapeutycznego jest:

- redukcja stresu i stanów depresyjnych
- nauka komunikacji z innymi ludźmi
- zmniejszenie uczucia izolacji i
- wsparcie psychiczne.

Program prowadzony jest w ramach zajęć grupowych i indywidualnych.

Program edukacyjny jest istotnym elementem wdrażającym prawidłowe zasady postępowania w profilaktyce przeciwobrzękowej i nauce automasażu.

W ośrodku prowadzony jest cykl wykładów żywieniowych i pokazów dotyczących diety przeciwnowotworowej. Według badaczy amerykańskich dieta ma duży wpływ na powstanie nowotworów. Prawidłowa dieta przeciwnowotworowa opiera się na czterech podstawowych zasadach:

- doprowadzenie do równowagi kwasowo-zasadowej poprzez stosowanie dużej ilości warzyw dziennie i zastosowanie proporcji 1:3 między spożywanym białkiem a warzywami,



Masaż uciskowy (BOA).

Fot.: Edward Josefowski

- regeneracji uszkodzonej po chemioterapii i radioterapii śluzówki przewodu pokarmowego poprzez stosowanie produktów bezglutenowych,

- wprowadzenie bakterii kwasu mlekowego w diecie w postaci kiszonek – kapusta kiszona, ogórki, buraki,

- wprowadzenie antyutleniaczy w postaci warzyw, soków, ziół poprawiających trawienie.

Obecnie największą grupę chorych stanowią pacjentki po leczeniu nowotworu piersi i po operacjach ginekologicznych. Przyjmowani są także pacjenci po usunięciu krtani oraz leczeniu innych nowotworów. Powodem skierowania może być także obrzęk limfatyczny w przebiegu leczenia przeciwnowotworowego lub o innej etiologii.

Stała współpraca z Centrum Onkologii w Gliwicach zapewnia wysoką jakość świadczonych usług oraz bezpieczeństwo pacjentom.

Usytuowanie Sanatorium „Rosomak” w pewnym oddaleniu od pozostałych „piramid”, tuż przy Leśnym Parku Niespodzianek, w ciszy beskidzkiej przyrody sprzyja nabraniu sił do przeciwstawienia się chorobie, co jest ważnym warunkiem powrotu do zdrowia.

Adres Ośrodka: Ustrońskie Centrum Rehabilitacji Onkologicznej i Limfologii „Rosomak”, 43-450 Ustroń, ul. Zdrojowa 12, tel. (033) 856 50 99, www.uzdrowisko-ustron.pl, e-mail: amarzec@uzdrowisko-ustron.pl.

Katarzyna Wencel
Przedsiębiorstwo Uzdrawiskowe „Ustroń” SA
Alina Marzec i Izabela Żerebiec
Ustrońskie Centrum
Rehabilitacji Onkologicznej i Limfologii
– Sanatorium „Rosomak”



Wydarzenia, opinie – 2009

■ **11-13 września** w Warszawie odbył się I Międzynarodowy Kongres „Rehabilitacja Polska”, nad którym honorowy patronat objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Lech Kaczyński. Kongres organizowany był wspólnie przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii i Polskie Towarzystwo Rehabilitacji pod auspicjami Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk. Lepsze zrozumienie patofizjologii licznych chorób umożliwiła doskonalenie ich diagnostyki i skuteczności leczenia. Coraz większe znaczenie we współczesnej medycynie odgrywa kompleksowe i holistyczne podejście do pacjenta, dlatego też spotkanie stało się okazją do wymiany poglądów, doświadczeń, a także umożliwiło nowe spojrzenie na diagnostykę i możliwości leczenia w dysfunkcjach narządu ruchu. Kongresowi towarzyszyły liczne sesje tematyczne i plakatowe oraz sesja studencka. Podczas spotkania omówiono m.in. następujące zagadnienia: ● postępowanie po rekonstrukcji połączenia czaszkowo-potylicznego w reumatoidalnym zapaleniu stawów ● zaburzenia równowagi u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ● częstość występowania i czynniki ryzyka upadków u pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie po udarze mózgu ● neurofizjologiczne aspekty rehabilitacji chorych po udarach niedokrwiennych ● wpływ kompleksowej rehabilitacji na psychiczną i emocjonalną sferę życia osób z chorobą zwyrodnieniową stawów ● możliwości wykorzystania treningu *Nordic Walking* w rekreacji i rehabilitacji nauczyniowej osób starszych.

■ **16-19 września** we Wrocławiu odbył się 64. Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich, którego organizatorem była Fundacja dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. Wiodącym tematem spotkania były ostre stany w chirurgii i zagadnienia związane z leczeniem najcięższej chorych pacjentów. Kongres poprzedziły warsztaty szkoleniowe laparoskopowe i endoskopowe oraz opieki metabolicznej i żywienia ciężko chorych w chirurgii. Uczestnicy spotkania otrzymali rekomendacje Polskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich dotyczące zasad postępowania w nagłych stanach chirurgicznych, mieli także możliwość wymiany doświadczeń oraz dyskusji z zaproszonymi z zagranicy specjalistami.

■ **24-26 września** w Poznaniu odbył się XIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Program kongresu objął liczne

sesje naukowe, dydaktyczne i satelitarne, które pozwoliły uczestnikom zapoznać się z najnowszymi badaniami naukowymi i osiągnięciami w diagnostyce chorób serca, a także wysłuchać opinii ekspertów na temat aktualnych zaleceń terapeutycznych z zakresu kardiologii, kardiochirurgii i nauk pokrewnych.

■ **27-30 września** w Krakowie odbyła się Międzynarodowa Konferencja „Środowisko Pracy i Choroby Układu Krążenia”, której organizatorem był Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Celem spotkania było m.in. omówienie środowiskowych i zawodowych czynników chorób układu krążenia. Tematyka konferencji obejmowała m.in. prezentację zagadnień związanych z wpływem na układ krążenia różnych czynników środowiska pracy, w tym: ● czynników chemicznych (rozpuszczalniki organiczne, tlenek węgla i inne) ● biologicznych (endotoksyny) ● fizycznych (pola elektromagnetyczne, hałas zawodowy i środowiskowy) ● psychospołecznych (warunki życia, stres związany z pracą) ● oraz pyłów drobnocząsteczkowych (narażenie zawodowe i środowiskowe). Ideą przewodnią spotkania było stworzenie forum dyskusyjnego dla specjalistów różnych dziedzin, przede wszystkim lekarzy profilaktyków i lekarzy kardiologów, rehabilitantów, psychologów, socjologów, epidemiologów, a także przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za zdrowie pracujących.

■ **28-29 września** w Krakowie odbyło się dwudniowe szkolenie dotyczące m.in. wypadków przy pracy i chorób zawodowych, sfinansowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Podczas szkolenia uczestnicy mieli możliwość zapoznać się m.in. z następującymi zagadnieniami: choroby zawodowe w Polsce – uregulowania prawne, propozycje zmian, choroby zawodowe w krajach Unii Europejskiej oraz główne strategie ochrony zdrowia pracujących w krajach UE, zmiany w strukturze chorób zawodowych na przestrzeni lat, choroby związane z pracą – aspekty medyczne i prawne, choroby związane z pracą w orzecznictwie Sądu Najwyższego, doktryny, zawodowe czynniki ryzyka chorób zawodowych ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia i narządu ruchu, wypadki przy pracy w Polsce.

Anna Sójka
Departament Prewencji i Rehabilitacji



Ustrońskie Centrum Rehabilitacji Onkologicznej i Limfologii „Rosomak”.

Fot.: Edward Josefowski

PREWENCJA i REHABILITACJA

Wydawca:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5

Przygotowanie tekstów:

Anna Sójka, Marta Bil-Witkowska

z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5, tel. 0-22 667-10-23 (lub sekretariat: 0-22 667-10-15)

Opracowanie redakcyjne tekstów:

Redakcja Wydawnictw Gabinetu Prezesa

Projekt graficzny: Hanna Klimkowska

Redakcja techniczna, skład i druk: Poligrafia ZUS, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25a

Nakład 750 egz. Zamówienie nr 2335/09

ZUS