

Konrad Rydzyński<sup>1</sup>  
Jacek Michalak<sup>2</sup>

## PRZEMIANY GOSPODARCZE I ICH ZNACZENIE DLA MEDYCYNY PRACY I HIGIENY PRACY

THE SIGNIFICANCE OF ECONOMIC TRANSFORMATIONS FOR OCCUPATIONAL MEDICINE AND OCCUPATIONAL HYGIENE

<sup>1</sup> Dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

<sup>2</sup> Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IMP

Kierownik zakładu: dr med. L. Dawydzik

**STRESZCZENIE** Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wymaga określenia strategicznych celów, również w zakresie opieki zdrowotnej nad pracującymi. W pracy przedstawiono najważniejsze trendy i przemiany w gospodarce światowej w odniesieniu do ich wpływu na zdrowie pracujących. Omówiono zmieniające się zadania medycyny pracy i higieny pracy w przekształcającej się gospodarce Polski. Przedstawiono priorytety badawcze w medycynie pracy i higienie pracy, priorytety UE i możliwość wykorzystania dobrej praktyki w zarządzaniu zdrowiem, bezpieczeństwem i środowiskiem w przedsiębiorstwie (GP HESME) w systemie ochrony zdrowia pracujących w Polsce. Autorzy proponują przeprowadzenie dyskusji na łamach Medycyny Pracy na temat przyszłości służby medycyny pracy i higieny pracy w Polsce. Med. Pr. 2002, 53, 1, 5–13

**SŁOWA KLUCZOWE:** medycyna pracy, higiena pracy, przemiany gospodarcze, priorytety w badaniach naukowych, GP HESME – dobra praktyka w zarządzaniu zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem w przedsiębiorstwie

**ABSTRACT** Poland's accession to the European Union entails the need to formulate our strategic goals also in occupational medicine. The most important trends, as well as the changes in world economy are presented with special reference to their impact on occupational medicine. The changing goals of occupational medicine and occupational hygiene in the Polish economy during the period of transition are discussed. The research priorities and the EU policy in these areas are highlighted.

The intention of this paper is to initiate a general discussion in „Medycyna Pracy” on the future of occupational health service and occupational hygiene in Poland. Med Pr 2002, 53, 1, 5–13

**KEY WORDS:** occupational medicine, occupational hygiene, economic transformation, research priorities, Good Practice in Health Environment and Safety Management in Enterprise

Rozwój i przekształcanie w dziedzinie medycyny pracy i higieny pracy zawsze były związane ze zmianami gospodarczymi. Również w nowym tysiącleciu uwarunkowania ekonomiczne zadecydują o kształcie obu tych dyscyplin medycznych. Zwiastuny owych przemian można zaobserwować już dzisiaj, chociaż nawet specjaliści nie są zgodni, co do kierunku zmian w ekonomice światowej. Mamy bowiem do czynienia z szybkimi procesami zachodzącymi jednocześnie, mającymi różne kierunki i niejednokrotnie pozostającymi ze sobą w sprzeczności. Należą do nich koncentracja kapitału w wielkich, ponadnarodowych przedsiębiorstwach i tworzenie licznych małych i średnich firm; pozbywanie się przez przedsiębiorstwa wszystkich funkcji, które nie są zasadniczą domeną (core activities) firmy i zlecanie realizacji tych samych zadań innym firmom (outsourcing); wzrost liczby osób pracujących na własny rachunek (samozatrudniających się – self-employed) i zmuszanie pracowników do przyjęcia statusu osób samozatrudniających się (nominally self-employed) (1). Rynek pracy ulega tak znacznym przekształceniom, że nawet pojawiła się koncepcja Rifkina o końcu tradycyjnej pracy (2), wynikającym z wyeliminowania z gospodarki na stałe całych grup zawodowych – milionów pracowników. Jeżeli dodać do tego starzenie się społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych, rozwój (i upadek) firm wykorzystujących internet (tzw. dotcoms) oraz powszechnie występujące szybkie zmiany technologiczne, społeczne i kulturowe otrzymujemy złożony obraz czynników, na które medycyna i higiena pracy muszą reagować i do których obie dyscypliny powinny się elastycznie dostosowywać (3,4).

W niniejszym opracowaniu przedstawiono, zdaniem autorów, najważniejsze zjawiska, pojawiające się w gospodarce, które mają istotny wpływ na przekształcanie medycyny pracy i higieny pracy. Zdaniem autorów tekst ten może zapoczątkować dyskusję na łamach Medycyny Pracy na temat zakresu i sposobów działania jednostek służby medycyny pracy i jednostek zajmujących się higieną pracy, tak aby sprostać nowym wyzwaniom.

Podstawowym problemem dla medycyny XXI wieku, w tym dla medycyny pracy, będą trendy demograficzne, w zasadniczy sposób wpływające m.in. na opiekę zdrowotną nad pracującymi (5). W krajach europejskich ustalają się dwa zasadnicze trendy demograficzne: przyrost naturalny stabilizuje się na poziomie 1,5% rocznie oraz zwiększa się oczekiwany przeciętny czas życia. W efekcie oba trendy wpływają na starzenie się społeczeństw. Bardziej szczegółowo problem ten został opisany wcześniej (6). W związku z postępującym starzeniem się społeczeństw należy, przy planowaniu opieki zdrowotnej nad pracującymi, poważnie brać pod uwagę, że na rynku pracy coraz częściej będziemy mieli bowiem do czynienia z pracownikami w starszym wieku, z całym bagażem zdrowotnym związanym ze starzeniem się.

Choć wszyscy się w zasadzie zgadzają, że przemiany gospodarcze w oczywisty sposób wpływają na systemy opieki zdrowotnej nad pracującymi, to w zdecydowanej większości krajów świata ciągle jeszcze najczęściej stosowane są metody działania i struktury organizacyjne oparte na modelu funkcjonowania tradycyjnego zakładu przemysłowego, najczęściej



produkcyjnego, o dobrze rozpoznanych warunkach higienicznych (7,8). Nadal odrębnie rozwiązywane są problemy bezpieczeństwa pracy, higieny pracy i zdrowia pracujących.

W rozważaniach nad rolą medycyny pracy i systemów ochrony zdrowia pracujących w świecie i w Polsce należy brać pod uwagę istniejące różnice pojęciowe. Termin „medycyna pracy” (occupational medicine – OM) jest rozumiany jako nazwa specjalności medycznej. Natomiast określenie „zdrowie pracujących” (occupational health – OH) zawiera elementy działań technicznych, medycznych i organizacyjnych, zmierzających do ograniczenia szkodliwych skutków zdrowotnych. Co prawda polski system służby medycyny pracy realizuje większość zadań ochrony zdrowia pracujących, jednak w dziedzinie badań naukowych różnica między OM i OH jest w Polsce wyraźna.

Różnice w terminologii są jeszcze trudniejsze do zrozumienia dla Polaka, gdy posługujemy się pojęciami niemal tożsamymi: OSH (Occupational Safety and Health – bezpieczeństwo i zdrowie pracujących) i OHS (Occupational Health and Safety – zdrowie i bezpieczeństwo pracujących). W pierwszym przypadku OSH jest raczej domeną inżynierów i dotyczy głównie rozwiązań technicznych (na kształt naszego BHP), natomiast OHS – należy do spraw zarządzania zasobami ludzkimi. Innymi słowy OHS jest domeną działu personalnego. Aby sprawę jeszcze bardziej skomplikować funkcjonuje skrót OHSs (Occupational Health Services – jednostki służby zdrowia pracujących). W konsekwencji sprawy OHS (zasobów ludzkich) obejmują także OHSs (świadczenia służby medycyny pracy – zdrowia pracujących). Nie wyczerpuje to jednak kwestii terminologicznych, gdyż OHS to Occupational Health Service – w liczbie pojedynczej – jest naszą służbą medycyny pracy obejmującą wiele specjalności nie tylko medycznych. Problemy terminologii są o tyle istotne, że komplikują dostosowanie naszych systemów opieki zdrowotnej nad pracującymi i bezpieczeństwa pracy do zwyczajów i tendencji w krajach Unii Europejskiej.

## PRZEMIANY W GOSPODARCE A ZDROWIE PRACUJĄCYCH

Przemiany gospodarcze, zachodzące w krajach rozwiniętych, wiążą się z kilkoma, przebiegającymi jednocześnie i wzajemnie przenikającymi się, procesami: globalizacją, tworzeniem sieci ściśle współdziałających ze sobą przedsiębiorstw, mobilnością kadr działających w warunkach wysokiego ryzyka i coraz większym znaczeniem wartości pozamaterialnych (intelektualnych) w przedsiębiorstwach. Duże firmy międzynarodowe łączą się tworząc przedsiębiorstwa o ogromnym potencjale ekonomicznym – większym niż ekonomika średniej wielkości państw. Pięć największych korporacji międzynarodowych przekracza 10-krotnie swoim potencjałem ekonomicznym potencjał 30 najmniej rozwiniętych krajów (1,5).

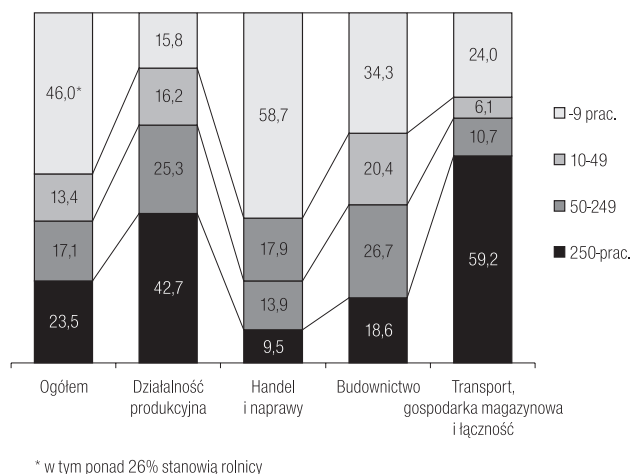
Z drugiej strony firmy starają się ograniczać swoją działalność tylko do części zasadniczej – core activities – (wyłącznie produkcja wyrobu, czy wyłącznie określony ro-

dziej świadczeń). Pozostałe świadczenia zakupują w innych firmach. Jest to tzw. outsourcing – zlecanie zadań innym firmom, co wynika głównie z dążenia do obniżki kosztów. Outsourcing dotyczy zazwyczaj podwykonawców produkujących niewielkie elementy, może także obejmować świadczenie usług tak prostych, jak np. sprzątanie biur czy ochrona. Outsourcing dotyczy także opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przykładem jest przekształcenie się przychodni zakładowej w jednostkę podstawową służby medycyny pracy, która zawiera kontrakt z firmą na określone świadczenia medyczne. Outsourcing to także zastąpienie laboratorium zakładowego przez firmę wyspecjalizowaną w tej działalności. Łatwo spostrzec, że outsourcing to nasi dawni „podwykonawcy”. Różnica między dawnym a obecnym modelem polega na decydującym znaczeniu mechanizmów ekonomicznych, nie zawsze zresztą korzystnych. Wraz z zaletami wprowadzenia mechanizmów rynkowych pojawiają się takie wady jak dumping, nieuczciwa konkurencja czy niska cena świadczeń kosztem ich jakości.

Konsekwencją dostosowywania się jednostki służby medycyny pracy do wymogów klienta może być oferowanie poza świadczeniami profilaktycznymi (kodeksowymi) także różnych form leczenia, promocji zdrowia czy rehabilitacji. W zależności od wymagań klienta (przedsiębiorstwa) struktura jednostki służby medycyny pracy zaczyna przypominać strukturę dawnej przychodni zakładowej. Jednak funkcja i mechanizmy rządzące przychodnią zakładową zasadniczo różnią ją od jednostki służby medycyny pracy. Ocena jakości świadczeń i mechanizmy ekonomiczne odgrywają w tym zasadniczą rolę (9,10).

Innym czynnikiem jest tzw. kapitał społeczny (social capital) czyli wartość pracowników jako element majątku firmy. Zwłaszcza w przedsiębiorstwach wykorzystujących najnowsze technologie (np. firmy komputerowe) wartość sprzętu bardzo szybko maleje, starzeją się komputery, moralnie starzeje się oprogramowanie. W tej sytuacji coraz większą składową majątku firmy są pracownicy, odpowiednio wykształceni. Stąd też ich zdrowie nabiera wymiernej wartości – również w kategoriach finansowych. Kierownictwo Pepsi Coli obliczyło, że każdy dolar zainwestowany w rekreację przynosi korzyści warte 3 dolary. Zakłady browarnicze Coors Brewery przeznaczyły na program poprawy zdrowia pracowników 600 000 \$ i wyliczyły, że dzięki temu uzyskano korzyści na sumę 1,9 mln \$, głównie dzięki podniesieniu produktywności (11). Nowym zjawiskiem w gospodarce europejskiej jest prezenteizm – odwrotność absencji chorobowej. Prezenteizm oznacza przychodzenie do pracy i wykonywanie zajęć przez osoby chore. Obawa przed utratą pracy jest silniejsza od troski o własne zdrowie (12). Jednak pracownik niezdrowy (niekoniecznie chory) jest pracownikiem mniej wydajnym, stąd zagadnienie złego zdrowia (ill-health) pracujących nabiera znaczenia ekonomicznego i społecznego. Trzeba jednak zaznaczyć, że, niestety, takie podejście nie dotyczy pracowników „tanich”. Warunki większej konkurencyjności firm w krajach rozwijających się związane są nie tylko





Ryc. 1. Wielkość zakładów pracy wg branż gospodarki narodowej.

z mniejszymi kosztami robocizny, ale także z łagodniejszymi przepisami dotyczącymi zdrowia pracujących, czy ochrony środowiska. W efekcie naruszony zostaje cel nr 2 programu Zdrowie 21 WHO, traktujący o zasadach równości w opiece zdrowotnej nad pracującymi (13,14).

W Polsce po 1989 r. dokonała się radykalna zmiana w strukturze przedsiębiorstw (ryc. 1) co nie zawsze do końca sobie uświadamiamy. Spośród ponad 15 mln zatrudnionych w Polsce poza rolnictwem, tylko 18% osób pracuje w tradycyjnym przemyśle. Znaczący odsetek pracujących zatrudnionych jest w handlu (13,3%), ochronie zdrowia (6,2%) czy transporcie (5,3%). Osobny problem stanowią zatrudnienia w rolnictwie. Zmieniła się także struktura przedsiębiorstw pod względem liczby zatrudnionych (ryc. 2). W niektórych sektorach (handel) dominują już dziś firmy małe, zatrudniające do 9 pracowników. Według ostatnich danych GUS w Polsce poza rolnictwem pracuje na własny rachunek 2 128 000 pracowników i pracodawców (15).

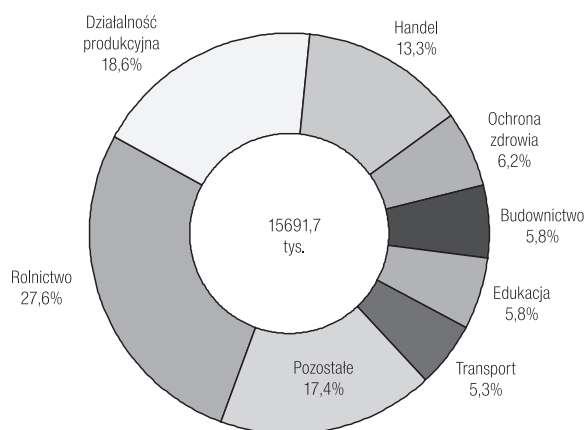
Przemiany na rynku pracy w Polsce komplikuje fakt, że większość społeczeństwa ma tylko wykształcenie podstawowe, a większość nowo tworzonych miejsc pracy wymaga co

najmniej średniego wykształcenia. Skutkiem tego jest narastające rozwarstwianie się społeczeństwa, ze wszystkimi konsekwencjami gospodarczymi, społecznymi i politycznymi. Nowe formy pracy – telepraca, wykorzystanie internetu do celów zarobkowych etc. dostępne są części społeczeństwa. Jednocześnie rośnie grupa osób nieprzystosowanych do nowych warunków. Obie grupy zaczynają się różnić m.in. stanem zdrowia.

## ZMIENIAJĄCE SIĘ WARUNKI PRACY

Zmianom trendów w gospodarce odpowiadają zmiany warunków pracy. Elastyczność działania dużych korporacji, wprowadzanie nowych technologii i nowe sposoby organizacji pracy wymagają od pracownika dostosowania się do szybkich zmian. W gospodarce krajów rozwiniętych, jako miejsca pracy dominują małe i średnie przedsiębiorstwa. Warto jednak pamiętać, że małe przedsiębiorstwa amerykańskie liczą do 200 pracowników, a jako małe przedsiębiorstwa w Europie klasyfikowane są te zatrudniające tylko do 50, a nawet do 10 pracowników. Spośród 155 mln pracujących w krajach Unii Europejskiej około 80 mln. jest zatrudnionych w małych i średnich przedsiębiorstwach; dalsze 18 mln pracuje jako samozatrudniający się. Natomiast w zakładach *stricte* przemysłowych pracuje tylko około 15% pracujących w krajach UE (16). Na stan zdrowia pracujących wpływają formy organizacyjne zakładu pracy związane z elastycznym czasem pracy rozumianym głównie jako jego wydłużenie. Przemęczeniu pracowników nie zapobiega np. wprowadzenie urzędów kontrolujących czas pracy (w przypadku kierowców są to tachografy). Jak wynika z badań Eurostatu (16) w państwach Unii Europejskiej aż 18,2 mln z 155 mln ogółu zatrudnionych deklaruje, że pracuje „czasami” w niedzielę, a 11,8 mln deklaruje, że „ma już taki zwyczaj”. Aż 21 mln pracujących podaje, że zostaje w pracy „od czasu do czasu” po godzinach, a ponad 18 mln prawie nigdy nie wychodzi z pracy o ustalonej porze. Ruchomy czas pracy wiąże się z możliwością bardziej efektywnego wykorzystania czasu pracy jak i ze zmianami organizacji pracy, wprowadzaniem nowych technologii na dużą skalę. Pracownik może wykonywać swoją pracę w domu (SOHO – small office home office); pracodawca ma z nim kontakt zapewniony przez całą dobę, co z kolei zwiększa możliwości kontroli i wymaga większej dyspozycyjności pracownika. Wzrasta obciążenie psychiczne pracownika, nowego znaczenia nabiera zapobieganie i radzenie sobie ze stresem w miejscu pracy, czy problem agresji w pracy (14).

W miarę poprawy warunków higienicznych i wprowadzania nowych technologii tradycyjne narażenia odgrywają coraz mniejszą rolę. Nowe zagrożenia nie są, niestety, dobrze rozpoznane. Dotychczas stosowane metody oceny wielkości narażeń nie wystarczają do oceny ryzyka w małych przedsiębiorstwach, gdyż pracownik w małej firmie może wykonywać różne prace i nie przebywać przez 8 godzin na tym samym stanowisku pracy. Lekarze medycyny pracy i higieny



Ryc. 2. Struktura pracujących w gospodarce narodowej w Polsce w 1999 r.



pracy muszą zatem ściślej współpracować z innymi specjalistami (psychologami, ergonomistami, specjalistami z zakresu ekonomiki, zarządzania). Przewidziana w ustawie multidyscyplinarna służba medycyny pracy staje się rzeczywistością i koniecznością.

## MEDYCYNA PRACY, HIGIENA PRACY CZY ZDROWIE PRACUJĄCYCH?

Przewaga liczbowa pracowników zatrudnionych w małych i średnich przedsiębiorstwach stwarza szereg trudności dla systemu opieki zdrowotnej nad pracownikami. Przede wszystkim bardzo trudne staje się gromadzenie i analiza informacji dotyczących warunków pracy. Zazwyczaj trudności te wynikają z niewiedzy raczej niż ze złej woli. Pracodawca w małym zakładzie pracy to bardzo często dawny pracownik, który zdecydował się na podjęcie samodzielnej działalności gospodarczej i zatrudnia swoich dawnych kolegów. Znajomość regulacji prawnych, zwłaszcza często zmienianych, jest nikła, a nadmiar kontroli i niewielkie oddziaływanie motywacyjne pracodawców i pracowników w celu poprawy warunków pracy mogą paradoksalnie prowadzić do ich pogorszenia. Pewne nadzieje na zmianę sytuacji można wiązać z pakietem trzdziestu paru ustaw opracowywanych przez obecny rząd pod wspólną nazwą „przede wszystkim przedsiębiorczość”.

Zasadnicze wyzwania dla opieki zdrowotnej nad pracującymi dotyczą strategii zdrowia pracujących, rozumianej jako określenie kluczowych celów dla zdrowia populacji i metod ich osiągania. Wiąże się to z szeregiem innych problemów, przede wszystkim z brakiem informacji o warunkach pracy i zdrowiu pracujących w małych i średnich przedsiębiorstwach, grupach specjalnego ryzyka, jak i możliwościach oceny narażeń w oparciu o dotychczas stosowane metody. Obecna polska służba medycyny pracy nie jest przygotowana na rozwiązywanie problemów wynikających ze stosunków międzyludzkich (stres, zespół wypalenia, agresja w miejscu pracy).

Jednocześnie rośnie znaczenie badań naukowych w szeroko rozumianym zdrowiu pracujących. Rantanen dzieli zagadnienia badane przez instytucje, zajmujące się zdrowiem pracujących na nowe pytania, dotyczące starych problemów i na nowe problemy, dotychczas niebadane (14). Nowe pytania dotyczące starych problemów są przedmiotem tradycyjnej medycyny pracy, a ich efektem powinny być konkretne efekty zdrowotne, np. zmniejszenie liczby wypadków przy pracy. Proponowana jest strategia, polegająca na takiej organizacji i warunkach pracy, aby do wypadków nie mogło dojść (zero-accident strategy). Całkowita liczba dni nieobecności w pracy spowodowana czynnikami związanymi z pracą wynosi w EU ponad 600 mln (9), co odpowiada stratom w wysokości 3–4% produktu krajowego brutto. W wypadkach przy pracy ginie rocznie w UE około 6000 osób (17). Według dostępnych danych (18) w pierwszym półroczu 2001 r. zgłoszono w Polsce 36 588 wypadków przy pracy, w których poniosło śmierć 230 osób. W wyniku tych wypadków absencja chorobowa wyniosła 1 090 331 dni niezdolności do pracy!

Szacuje się, że wypadki przy pracy i choroby zawodowe pochłaniają od 5 do nawet 15% produktu krajowego brutto.

Nowe problemy to przede wszystkim ocena działania nowych czynników szkodliwych, związanych z nowymi technologiami, nowe substancje chemiczne, czynniki związane z technikami informatycznymi, stres i agresja w miejscu pracy. Coraz większe znaczenie ma wpływ organizacji pracy na zdrowie – obciążenie psychiczne wynikające z pracy stanowi problem dla 30–50% pracowników w krajach Unii Europejskiej. Nadrabianie zaległości odbywa się kosztem snu – deficyt snu może być problemem medycyny pracy, ze wszystkimi tego konsekwencjami (14). Problemy te, jak dotychczas, są słabo rozpoznane.

Nowe techniki badawcze służące rozpoznaniu nowych i starych problemów, to kwestionariusze internetowe, wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne, metody biologii molekularnej, jak i nowe biomarkery. Celem jest opracowanie lepszych mierników narażenia, efektów zdrowotnych oraz wrażliwości osobniczej. Opracowywane są kolejne, nowe wskaźniki psychologiczne. Do oceny zdrowia pracowników i warunków pracy wykorzystywane są nowe techniki rejestrowania i monitorowania, w tym także metody telemetryczne.

Podstawowym problemem legislacyjnym dla polskiej służby medycyny pracy i polskich firm jest kwestia obowiązkowych badań profilaktycznych dla wszystkich pracowników. Rozwiązanie to w chwili obecnej jest naszą specyfiką, której kraje europejskie nam zazdroszczą. Objęcie badaniami profilaktycznymi wszystkich pracujących jest celem działania systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi w krajach europejskich, jednak w żadnym z nich nie osiągnięto pełnej opieki zdrowotnej nad wszystkimi pracującymi. Finlandia, która ma w tej mierze największe osiągnięcia, szacuje że około 70% pracowników przechodzi badania profilaktyczne. W Polsce problemem jest zróżnicowana jakość badań profilaktycznych. Jeżeli kosztowny system badań ma w efekcie skutkować tylko formalnymi zaświadczeniami o braku przeciwwskazań do pracy na konkretnym stanowisku pracy, to pojawia się pytanie o efektywność i sens takiego postępowania. Jeżeli w trakcie badań profilaktycznych nadal nie są w wystarczający sposób wykrywane np. choroby układu krążenia, to przydatność opieki profilaktycznej z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa zaczyna budzić wątpliwości. Należy jasno podkreślić, że jedynie wysoka jakość opieki profilaktycznej stanowi szansę dla dalszego rozwoju medycyny pracy (19). Pojawia się zatem problem ponownego zdefiniowania odpowiedzialności państwa za zdrowie pracujących, systemu nadzoru i zapewnienia jakości świadczeń, akredytacji i certyfikacji jednostek służby medycyny pracy. Zapewne ulegnie zmianie także rola lekarza medycyny pracy, który z osoby decydującej o zatrudnieniu pracownika stanie się doradcą przedsiębiorstwa i pracowników. Zmianie ulegnie społeczna rola lekarza medycyny pracy jak i higienisty przemysłowego.

Podstawową kwestię i wyzwaniem na przyszłość jest dokonanie wyboru między utrzymaniem dotychczasowych odrębności higieny pracy, inspekcji pracy, promocji zdrowia



i medycyny pracy, a wypracowanie systemu ochrony zdrowia pracujących. Nowy system byłby ukierunkowany nie tylko na zmniejszanie niekorzystnego wpływu warunków pracy na zdrowie pracownika, ale na wzmacnianie zdrowia pracujących, wzrost kapitału społecznego i szeregu innych czynników wynikających z dobrego zdrowia pracowników - zdrowie pracujących staje się składową zdrowia publicznego.

Tak rozumiany model zdrowia pracujących jest nadal przedmiotem dyskusji i nie został dotychczas w pełni wprowadzony w życie. Najbliższym mu jest system całościowej opieki zdrowotnej nad pracującymi (comprehensive occupational health) istniejący w Finlandii. Wydaje się jednak uzasadnione przypuszczenie, że obecne procesy integracyjne widoczne np. w systemach opieki zdrowotnej w dużych korporacjach międzynarodowych, różne programy łączące zdrowie i bezpieczeństwo pracowników z ochroną środowiska, stanowią pierwsze przejawy nowego podejścia do zdrowia pracujących.

Przyszłość opieki zdrowotnej nad pracującymi, higieny i medycyny pracy w dużym stopniu zależy od rozwoju badań naukowych w tych dyscyplinach.

## WYKORZYSTANIE BADAŃ NAUKOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH

Priorytety badań naukowych w ochronie zdrowia pracujących w USA, Wlk. Brytanii, Finlandii i w Polsce omówiono szczegółowo we wcześniejszej publikacji (6). W tym opracowaniu należy jedynie wspomnieć o najważniejszych obszarach badań naukowych w 4 krajach.

Amerykański Narodowy Instytut ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracujących (National Institute for Occupational Safety and Health) wraz z około 500 współpracującymi instytucjami naukowo-badawczymi opracował w 1996 r. strategię badań naukowych (National Occupational Research Agenda - NORA) (20,21). Strategię zmodyfikowano w 1998 r. i w 2001. Obowiązuje ona przy projektowaniu kolejnych konkretnych programów badawczych. NORA w 3 grupach tematycznych (Choroby i urazy; Środowisko pracy i siła robocza; Narzędzia i metody badawcze) obejmuje 21 priorytetowych obszarów tematycznych:

choroby i urazy

- alergiczne i kontaktowe zapalenie skóry,
- astma i COPD,
- zaburzenia płodności i ciąży,
- utrata słuchu,
- choroby zakaźne,
- bóle krzyża,
- choroby układu mięśniowo-szkieletowego dotyczące kończyn górnych,
- urazy,

do problematyki środowiska pracy i siły roboczej zaliczono:

- nowe technologie,
- środowisko wewnętrzne (indoor environment),
- mieszane narażenia,
- organizacja pracy,

- populacje specjalnego ryzyka,
- metody i narzędzia badawcze obejmują tematykę
  - metody badań nad rakiem,
  - technologia kontroli i ochrony osobiste,
  - metody oceny ekspozycji,
  - badania nad opieką zdrowotną nad pracującymi,
  - badanie efektywności działań interwencyjnych w miejscu pracy,
  - metody szacowania ryzyka,
  - społeczne i ekonomiczne konsekwencje chorób i wypadków w miejscu pracy,
  - badania metod nadzoru, ocen i pomiarów (surveillance).

Oczywiste jest, że priorytety NORA ściśle wiążą się ze specyfiką amerykańskiego systemu gospodarczego i istniejącego w USA systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi. Z drugiej strony jednak większość obszarów tematycznych ma charakter uniwersalny. Na przykład zagrożenie chorobami zakaźnymi dotyczy pracowników ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, czy pracowników socjalnych w każdym kraju. W USA do zagrożeń tych zalicza się nie tylko WZW B, czy narażenie na HIV, ale także, co Polakowi może wydać się dziwne, zagrożenie gruźlicą. Trzeba pamiętać, że wprowadzenie danego zagadnienia na listę priorytetów może wynikać także, a czasem głównie, z ekonomicznych aspektów wystąpienia danej jednostki chorobowej.

NIOSH, który jest agendą rządową, podlega Departamentowi Zdrowia i Służb na Rzecz Ludności (Department of Health and Human Services) i nie ogranicza się do badań naukowych. „Program ewaluacji ryzyka zdrowotnego” jest ofertą skierowaną do pracodawców i służy praktycznemu wykorzystaniu wyników prac badawczych.

Podejście pracodawców i pracowników do kwestii zdrowia może się od siebie znacznie różnić. Priorytetem dla amerykańskiego pracodawcy jest przede wszystkim osiąganie celów marketingowych (poprawa obrazu firmy, zdobywanie najlepszych pracowników), a dopiero w dalszej kolejności – ich stan zdrowia. Pracownicy mają inne priorytety, wśród których zdrowie nie musi być najważniejsze. Zdrowie „przegrywa” np. z nałogiem palenia czy z lękiem przed bezrobociem (zjawisko „sprzedawania zdrowia” przy pracy w warunkach szkodliwych – azbest!).

Inne podejście do organizowania prac badawczych stosuje Fiński Instytut Zdrowia Pracujących (FIOH), formułując priorytety w sposób bardziej problemowy (22). W zestawieniu projektów badawczych (na rok 2000) wyodrębniono 10 programów działania: miejsce pracy w małym zakładzie, warunki pracy i zdrowie (wellbeing) pracowników socjalnych i pracowników ochrony zdrowia, aspekty humanitarne pracy w społeczeństwie informatycznym, zasoby ludzkie w miejscu pracy, „uczące się organizacje” – innowacyjność a technologie informatyczne, praca w zimnym klimacie, dobre powietrze w zakładzie pracy, zapobieganie skutkom promieniowania niejonizującego, BHP i zdolność do pracy w zawodach ratowniczych, miejsce pracy 2000. Realizacja programów działania dotyczy następujących 3 obszarów (priorytetów),



w których urzeczywistniane są poszczególne grupy tematów i indywidualne projekty: promocja zdrowia pracujących, środowisko pracy, rozwój organizacji pracy.

Trzeba stwierdzić, iż szeroki program badawczy FIOH wynika głównie z dużego potencjału instytutu i szeroko podejmowanej współpracy międzynarodowej. Eksperci FIOH są doradcami w Europie, Azji i krajach Pacyfiku. Ponadto zwraca uwagę szeroka tematyka związana z wpływem telefonów komórkowych na różne parametry biologiczne i zdrowotne, co również świadczy o zapotrzebowaniu przemysłu (Nokia!) na ekspertyzy FIOH i o możliwości praktycznego wdrażania wyników prac badawczych.

Jeszcze inne jest podejście do zdrowia pracujących w Wielkiej Brytanii. Podstawowym problemem efektywnego wykorzystania wyników prac naukowych, jak i doradztwa lekarzy medycyny pracy, jest kwestia współpracy jednostki medycyny pracy z różnymi jej klientami – pracownikami, pracodawcami (23). Harrington sprowadza ten problem do stwierdzeń, że zdrowie pracujących jest do sprzedania, i że relacja klient – dostawca ma zastosowanie w badaniach naukowych w medycynie pracy. Konieczne jest przekonanie uczestników tego systemu (stakeholders): pracodawców, pracowników i polityków, że dobra opieka zdrowotna nad pracującymi jest warunkiem *sine qua non* powodzenia w biznesie. Różnica w podejściu lekarzy i menedżerów sprowadza się do większej roli przypisywanej aspektom ekonomicznym, jakie interesują menedżerów. Priorytety badawcze wg Harringtona powinny grupować się wokół czterech C (control, clarification, counselling, cost). **Control** – kontroli – czemu zapobiega prewencja? Dlaczego systemy ograniczania narażeń zawodzą? **Clarification** – jasnego sprecyzowania, jak badania naukowe służą opracowaniu metod zapobiegawczych (np. stresowi w miejscu pracy, czy chorobom układu mięśniowo-szkieletowego)? **Counselling** – doradztwa – nie tylko w zakresie zapobiegania chorobom zawodowym, ale i promocji zdrowia w miejscu pracy. **Cost** – kosztów – ekonomicznych korzyści wynikających z dobrej opieki zdrowotnej nad pracującymi czyli „sprzedania” społeczeństwu zdrowia pracujących.

Program badań naukowych, prowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, jest bardzo szeroki i obejmuje wiele problemów wymagających rozwiązania już dziś, jak i takie, które dopiero zaczynają być problemem, ale o których wiadomo, że z powodu wyżej opisanych zjawisk cywilizacyjnych wkrótce mogą się stać ważne i w Polsce. Odpowiedzialność naukowca wymaga, aby być do tych wyzwań przygotowanym. Tematy badawcze IMP można zgrupować w 4 główne priorytetowe grupy tematyczne, które nie wyczerpują całej prowadzonej tematyki badawczej:

- Ocena efektów zdrowotnych.
- Ocena ekspozycji zawodowej.
- Nowe rozwiązania organizacyjne w medycynie pracy.
- Ochrona zdrowia wybranych populacji.

Zakres badań w tej grupie tematów jest podobny do priorytetów zachodnich, chociaż można zauważyć polską specy-

fiką, dotyczącą dużej liczby chorób zawodowych nauczycieli związanych z zaburzeniami emisji głosu.

W zakresie ochrony zdrowia wybranych populacji badania dotyczą:

- pracowników ochrony zdrowia,
- rolników,
- nauczycieli,
- pracowników małych zakładów pracy, pracujących w narażeniu na czynniki kancerogenne i wpływające na rozrodczość.

Priorytety badawcze wynikają z potrzeb tych grup ludności, których stan zdrowia nie jest dostatecznie rozpoznany (rolnicy), stanowią istotną część przypadków chorób zawodowych (nauczyciele), czy są narażeni na kolejne, nowe czynniki szkodliwe w miejscu pracy (pracownicy ochrony zdrowia narażeni na różne czynniki zakaźne, alergiczne, czy toksyczne – zwłaszcza cytostatyki). Ze specyfiki zatrudnienia w Polsce wynika, że większość w tych populacjach stanowią kobiety, przede wszystkim w grupach a i c.

## DOBRA PRAKTYKA W ZARZĄDZANIU ZDROWIEM, BEZPIECZEŃSTWEM I ŚRODOWISKIEM W PRZEDSIĘBIORSTWIE – GP HESME)

Wyrazem nowego podejścia do kwestii organizacji i zarządzania w opiece zdrowotnej są kwestie integracji działań, zapewnienia jakości i ocena ekonomiczna działań w zdrowiu pracujących. Koncepcja dobrej praktyki w zarządzaniu zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem w przedsiębiorstwie (Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise – GP HESME) – wynika z założenia, iż zdrowie pracowników, jak ich bezpieczeństwo i jakość środowiska można rozpatrywać jako problem menedżerski. Poprawa stanu zdrowia pracowników skutkuje poprawą stanu bezpieczeństwa pracy i odwrotnie: poprawa stanu bezpieczeństwa łączy się z poprawą stanu zdrowia pracowników (mierzoną np. liczbą wypadków, chorób zawodowych itp.). Poprawa jakości środowiska pracy i środowiska zewnętrznego skutkuje poprawą stanu zdrowia populacji. Koncepcja opracowana w WHO/EURO odnosi się nie tylko do poziomu przedsiębiorstwa, ale także do lokalnej i narodowej polityki zdrowotnej (24).

Koncepcja GP HESME opiera się na kilku dokumentach WHO i ILO. Zatwierdzona przez konferencję ministrów zdrowia i ochrony środowiska w Londynie w roku 1999 jest wdrażana jako programy lokalne w kilku krajach europejskich m.in. w Polsce. GP HESME zwłaszcza w małych i średnich przedsiębiorstwach jest też wszechstronnym podejściem umożliwiającym zarówno przestrzeganie konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy (zwłaszcza konwencji nr 155 i 161), zasad zawartych w Deklaracji o Czystszej Produkcji Programu Środowiskowego Narodów Zjednoczonych, jak i osiągnięcie celów strategii pod nazwą „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” Światowej Organizacji Zdrowia.



Dobra praktyka jest procesem ciągłej poprawy stanu zdrowia, środowiska i bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie, angażującym pracowników, pracodawców, osoby zarządzające przedsiębiorstwami, a także ich instytucjonalnych partnerów spoza przedsiębiorstwa. Proces ten ma na celu zachowanie dobrego zdrowia pracowników lub poprawę jego stanu poprzez zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym, schorzeniom, które mogą nasilać się pod wpływem złych warunków pracy lub niewłaściwego sposobu wykonywania pracy.

Dobra praktyka ma także na celu przeciwdziałanie chorobom niezwiązanym z warunkami pracy (np. nadciśnienie, choroby serca i naczyń, nowotwory, AIDS, alkoholizm), którym można zapobiegać poprzez promocję zdrowia w miejscu pracy. Proces ten obejmuje również ochronę środowiska naturalnego na zewnątrz przedsiębiorstwa poprzez m.in. zapobieganie emisji zanieczyszczeń, stosowanie technologii przyjaznych środowisku, oszczędne zużywanie surowców naturalnych i energii, wprowadzenie odpowiedzialności producentów za wtórny obrót i ponowne wykorzystanie materiałów po zakończeniu użytkowania produktu.

Kompleksowy program zarządzania zdrowiem obejmuje również działania prowadzące do zwiększenia zdolności każdego człowieka pracy, a tym samym do ułatwienia mu ponownego zatrudnienia w przypadku utraty dotychczasowego miejsca pracy. Można to osiągnąć poprzez szkolenie zawodowe i długoterminowy program utrzymywania sprawności psychofizycznej pracowników, warunkującej zdolność do pracy.

Podobnie jak w przypadku procesów produkcyjnych dobra praktyka w zarządzaniu zdrowiem, bezpieczeństwem i środowiskiem w miejscu pracy wykorzystuje efektywne procesy zarządzania jakością, oparte na standardach międzynarodowych; lub zarządzanie jakością w oparciu o własny system opracowany w przedsiębiorstwie.

Dobra praktyka obejmuje 4 główne kierunki działania:

- Zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy z uwzględnieniem doradczej roli medycyny pracy.
- Promocję zdrowia w miejscu pracy.
- Zarządzanie środowiskiem i wykorzystaniem zasobów naturalnych.
- Udział przedsiębiorstwa w rozwoju lokalnej społeczności i jej „kapitału socjalnego” czyli zdolności oraz możliwości ludzkich.

Realizacja zasad GP HESME powinna przynieść korzyści wszystkim uczestnikom procesu: pracownikom, pracodawcom, władzom lokalnym i centralnym. (9,10). Efekty GP HESME wpływają bowiem na zdrowie publiczne jak i na politykę zdrowotną kraju i regionu. Szerzej program GP HESME opisano oddzielnie (24,25).

Jakość świadczeń polskich jednostek służby medycyny pracy jest, co najmniej, zróżnicowana. Jej poprawa wymaga opracowania odpowiednich narzędzi i wdrożenia odpowiednich systemów zarządzania, jak i m.in. akredytacji jednostek. Wiąże się to z odpowiednimi metodami oceny relacji koszt-korzyść (oceny ekonomicznej), wdrożenia metod oce-

ny sprawności systemu ochrony zdrowia pracujących. Badania na świecie w tym zakresie również zmierzają w podobnym kierunku (3).

Wyzwania, jakie stwarzają dla medycyny pracy zmieniające się warunki pracy, czy nowe systemy organizacyjne wymagają zarówno nowego podejścia do starych problemów, jak i rozpoznania nowych zagrożeń. Tradycyjne metody ograniczania szkodliwych skutków zdrowotnych przez podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych nie są jedynym obszarem działań jednostek medycyny pracy. Koncepcja ILO i WHO, że dobre zdrowie jest dobrym interesem, oczekiwanie Unii Europejskiej, że zdrowie pracujących może przyczynić się do rozwiązania problemów bezrobocia, jak i włączanie działań zdrowia pracujących do systemu zdrowia publicznego stwarza także możliwości rozwoju jednostek medycyny pracy. Zasadnicze znaczenie ma prowadzenie badań naukowych i możliwie szybkie i efektywne wdrażanie ich wyników do codziennej praktyki.

Problem szybkiego wdrożenia do praktyki wyników prac badawczych wiąże się zarówno z działalnością szkoleniową i wydawniczą jak i z rozwijaniem nowych form edukacyjnych, jak np. wykorzystanie internetu.

## PRIORYTETY UNII EUROPEJSKIEJ W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH

Kwestia integracji europejskiej – zwłaszcza po przeprowadzeniu największej w historii reformy walutowej – budzi coraz więcej nadziei, a postawy eurosceptyków (przynajmniej w Polsce) nie są zachowaniami dominującymi.

Warto przypomnieć, że zasadniczym dokumentem UE dotyczącym ochrony zdrowia pracujących jest dyrektywa ramowa z 1989 r. (4). Jej zasady obowiązują we wszystkich państwach UE. Warto wymienić zasadnicze elementy tej podstawowej regulacji, gdyż odbiega ona znacznie od polskiego podejścia do ochrony zdrowia pracujących. Przede wszystkim badania profilaktyczne nie są obowiązkowe dla wszystkich pracowników. Stąd przystąpienie Polski do UE wpłynie zasadniczo na funkcjonowanie obligatoryjnych badań i pomiarów. Najważniejsze elementy dyrektywy ramowej (89/301) przedstawiono poniżej.

Dyrektywa odnosi się do działalności wszystkich sektorów, publicznych i prywatnych z niektórymi wyjątkami (służby ratownicze i obrona cywilna).

Dyrektywa określa znaczenie terminów: „pracownik”, „pracodawca”, „przedstawiciel pracowników”, „prewencja”.

Pracodawcy są zobowiązani do:

- zapewnienia zdrowych i bezpiecznych warunków pracy, przede wszystkim dzięki przestrzeganiu zasad prewencji, bez obciążania pracowników ich kosztami,
- oceniania ryzyka zawodowego, m.in. przy wyborze wyposażenia, dostosowywania stanowiska pracy, zapewnienia właściwych środków zapobiegawczych i ochronnych,
- prowadzenia ewidencji i raportów dotyczących wypadków przy pracy,



- podjęcia niezbędnych działań dla zapewnienia pracownikom pierwszej pomocy, ochrony przeciwpożarowej, ewakuacji w przypadku nagłych zagrożeń,
- informowania pracowników i umożliwienia im udziału w dyskusjach na temat wszystkich kwestii związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy,
- zapewnienia każdemu pracownikowi odpowiedniego szkolenia w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa pracy przez cały okres zatrudnienia.

Pracownicy są zobowiązani do:

- prawidłowego posługiwania się maszynami, innymi środkami produkcji i urządzeniami ochrony osobistej,
- ostrzegania o każdej sytuacji w pracy, która grozi bezpośrednim niebezpieczeństwem oraz o wszelkich niedociągnięciach dotyczących zabezpieczeń i środków ochrony,
- współpracy w spełnianiu wymagań dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracy oraz w zapewnianiu przez pracodawcę bezpiecznego i nie niosącego ryzyka środowiska pracy i warunków pracy.

Zdrowie pracowników jest monitorowane zgodnie z krajowymi przepisami prawa i praktyką stosowaną w kraju.

Grupy podwyższonego ryzyka powinny być szczególnie chronione przed specyficznymi dla nich zagrożeniami.

Jednakże sama dyrektywa ramowa nie ustala priorytetów Unii w zakresie zdrowia pracujących. Powołana w 1996 r. Europejska Agencja do spraw Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracujących (European Agency for Safety and Health at Work), dokonała przeglądu stanu bezpieczeństwa i zdrowia pracujących w 16 krajach Unii Europejskiej (3). Szczegółowy raport jest dostępny w internecie (26). Ze względu na przyszłe członkostwo Polski w Unii warto przytoczyć najważniejsze ustalenia raportu EASHW, dotyczące priorytetów i strategii podejmowanych przez kraje Unii w celu poprawy zdrowia i bezpieczeństwa pracujących.

Przede wszystkim trzeba sobie zdać sprawę, że Unia nie wypracowała dotychczas jednolitego systemu ochrony zdrowia pracujących. Dyrektywy Unii nie są bezwzględnym nakazem (jak nasz Kodeks pracy). A dyskusja nad problemami zdrowia pracujących jest daleka od zakończenia.

W krajach UE istotną rolę odgrywają regulacje prawne jako narzędzie wprowadzania zmian organizacyjnych. Klasyfikacyjne wskaźniki oceny zdrowia i bezpieczeństwa pracujących (takie jak wypadki i choroby) w znaczący sposób zmniejszyły się w ciągu ostatnich lat. Niemniej trudno to wiązać jednoznacznie z efektywnością procesów legislacyjnych, gdyż na klasyczne wskaźniki wpływ ma także wiele innych czynników. Przyszłość legislacji kraje Unii wiąże z rozwojem badań naukowych, wzrostem poziomu bezpieczeństwa pracowników, przemianami społecznymi i technologicznymi. Warto zwrócić uwagę na tendencję do „odchudzania” przepisów prawnych przez usuwanie z nich nadmiaru szczegółów technicznych i pozostawianie coraz większej swobody interpretacyjnej przedsiębiorstwom. Innymi słowy prawo ma ustalać cele, a nie hamować nowe technologie. Na

poziomie przedsiębiorstwa, czy miejsca pracy, wzrasta znaczenie praktycznych wskazówek (wytycznych) ułatwiających skuteczne wdrażanie regulacji prawnych. Chociaż zastrzeżeniem zgłaszanym przez przedsiębiorców jest znaczna liczba wytycznych, oznacza to konieczność poniesienia znacznych wydatków na ich opracowywanie i uaktualnianie.

Jeśli chodzi o działania kontrolne, to panuje tendencja, aby inspekcje koncentrowały się głównie na sektorach wysokiego ryzyka. Przy wzroście liczby specjalistów w przedsiębiorstwie (inżynierowie BHP, ergonomiści, lekarze medycyny pracy itd.) i lepszemu rozumieniu kwestii zdrowia przez pracowników – restrykcje i kary nie są konieczne. Natomiast działalność inspekcji dla małych i średnich przedsiębiorstw wiąże się raczej z konsultacjami i wdrażaniem efektywnych metod ochrony zdrowia pracujących. Ważne jest koordynowanie przez inspekcje wspólnych przedsięwzięć w ramach systemu zdrowia i bezpieczeństwa w małych przedsiębiorstwach.

Specjalną formą działań interwencyjnych w krajach UE są kampanie na rzecz zmniejszenia określonych szkodliwości, wypadków, czy chorób zawodowych. Kampanie są ukierunkowane np. na określony sektor, służą wzrostowi świadomości pracowników i pracodawców, przyczyniają się do zmniejszania się liczby np. urazów w miejscu pracy. W kampanii uczestniczy inspekcja, pracodawcy i pracownicy wspomagani przez rozmaite organizacje i innych partnerów. Kampanie cechuje wysoka efektywność, stąd należy spodziewać się ich rozwoju w przyszłości.

Rola zachęt (bodźców) finansowych na rzecz poprawy warunków pracy nie jest jednoznaczna. Z jednej strony zachęty finansowe (premie, niższe składki ubezpieczeniowe, ulgi podatkowe, subsydia ze środków publicznych i inne) wpływają na poprawę zdrowia pracujących, z drugiej jednak – wymagają znacznego zróżnicowania, aby zadziałać.

Certyfikacja produktów i usług jest stosunkowo nowym narzędziem w krajach UE, a wdrożenie Dyrektywy Ramowej przyczyniło się do wzrostu zainteresowania certyfikacją jako metodą zapewnienia jakości świadczeń w ochronie zdrowia pracujących. Jednak w niektórych krajach UE pojawiają się opinie o tym, że sama certyfikacja nie gwarantuje wystarczająco odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa, bądź że certyfikacja powinna dotyczyć sektorów wysokiego ryzyka.

UE kładzie nacisk na szkolenie pracowników jako na jedną z najskuteczniejszych metod poprawy ich zdrowia i bezpieczeństwa. Stosuje się różnicowane formy szkoleń w zależności od zagrożeń. W szkoleniach uczestniczą różni specjaliści, w tym, higieniści i lekarze medycyny pracy. O skuteczności szkoleń można wnioskować pośrednio, na podstawie większej liczby wypadków, którym ulegają pracownicy nieszkoleni np. sezonowi.

## PODSUMOWANIE

Jakość świadczeń polskich jednostek służby medycyny pracy jest, co najmniej, zróżnicowana. Jej poprawa wymaga opraco-



wania odpowiednich narzędzi i wdrożenia odpowiednich systemów zarządczych, jak i m.in. akredytacji jednostek. Wiąże się to z odpowiednimi metodami oceny relacji koszt – korzyść (oceny ekonomicznej), wdrożenia metod oceny sprawności systemu ochrony zdrowia pracujących. Wyzwania, jakie stwarzają dla medycyny pracy zmieniające się warunki pracy, czy nowe systemy organizacyjne wymagają zarówno nowego podejścia do starych problemów, jak i zdolności do stałego rozpoznania nowych zagrożeń. Tradycyjne metody ograniczania szkodliwych skutków zdrowotnych przez podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych nie powinny być jedynym obszarem działań jednostek medycyny pracy. Koncepcja ILO i WHO, że dobre zdrowie jest dobrym interesem, oczekiwanie Unii Europejskiej, że zdrowie pracujących może przyczynić się do rozwiązywania problemów bezrobocia, jak i włączanie działań zdrowia pracujących do systemu zdrowia publicznego stwarza także możliwości rozwoju jednostek medycyny pracy. Kierunki tego rozwoju wyznaczać powinny badania naukowe i możliwie szybkie i efektywne wdrażanie ich wyników do codziennej praktyki.

Proces dostosowywania polskich regulacji do wymogów Unii Europejskiej obejmuje 29 pakietów negocjacyjnych. Zadania dla medycyny pracy i higieny pracy można znaleźć w pakiecie 13 (polityka społeczna i zatrudnienie) oraz w 23 (ochrona konsumentów i zdrowia). Warto jednak przypomnieć, że liczne zadania zdrowia publicznego są realizowane przez medycynę pracy i higienę pracy, a niektórych z nich w ogóle nie można zrealizować bez ich udziału. Stwarza to nowe możliwości dla obu dyscyplin medycznych, chociaż jednocześnie wpłynie na zmianę naszych zadań i form działania. Będzie to jednym z najważniejszych wyzwań dla polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących w nadchodzących latach.

## PIŚMIENNICTWO

1. Na czym polega tzw. „Nowa Gospodarka”. Zarządzanie na Świecie 2000, 10, 22–26.
2. Rifkin J.: Koniec pracy. Schyłek siły roboczej na świecie i początek ery postrykowej. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2001.
3. Priorities and Strategies in Occupational Safety and Health Policy in the Member States of the European Union. Cytowany 29 stycznia 2001. Adres: [www.europe.osha.eu.int/publications/reports/priorities/en](http://www.europe.osha.eu.int/publications/reports/priorities/en).
4. Council Directive 89/391 of 12 June 1989 (Framework directive). Official Journal 1989, nr 183, poz. 1. Cytowany 29 stycznia 2001. Adres: [www.europe.osha.eu.int/legislation/directives/a1php3](http://www.europe.osha.eu.int/legislation/directives/a1php3).
5. Skiöld L. [red.]: A look into modern working life. National Institute for Working Life, Stockholm 2000.
6. Rydzyński K.: Medycyna pracy – nowe wyzwania. Med. Pr. 2001, 3, 161–169.
7. Hulshof C.T.J., Verbeek J.H.A.M., van Dijk F.J.H., van der Weide W.E., Braam I.T.: Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. Occup. Environ. Med. 1999, 56, 361–377.
8. Larsson A.: Perspectives for comprehensive occupational health policies in Europe. W: Occupational health in Europe. Proceedings International Symposium, 3–5 listopada 1999, Helsinki, Finlandia. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 2000, ss. 87–94.
9. Good occupational health practice and evaluation of occupational health services. W: Research Reports 24. People and Work. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 1999.
10. Westerholm P., Barański B. [red.]: Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health services. WHO/EURO, Bilthoven 1999.
11. Więcej troski o formę fizyczną. Zarządzanie na Świecie 2000, 3, 44–45.
12. Rantanen J.: Research challenges arising from changes in worklife. Scand. J. Work Environ. Health (wyd. specjalne) 1999, 6, 473–483.
13. Health 21 – The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. WHO/EURO, Kopenhaga 1999.
14. Rantanen J.: Impact of globalization on occupational health. Proceedings of the 26th International Congress on Occupational Health, 27 sierpnia – 1 września 2000, Singapore, ss. 3–16.
15. Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999–2030., Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2000.
16. A statistical eye on Europe. EUROSTAT Yearbook 2000.
17. Newkirk W.L. [red.]: Occupational Health Services. Practical Strategies for Improving Quality and Controlling Costs. American Hospital Publishing Inc. 1993.
18. Monitoring rynku pracy – wypadki przy pracy w I półroczu 2001 r. Departament Pracy GUS, Warszawa 2001 (sierpień).
19. Franco G, Cella M.T., Tuccillo E., Ferrari F., Minisci E., Fusetti L.: From risk-based health surveillance to health promotion: an evidence-based experience in a health care setting. Proceedings of the ICOH Conference on „Measures of Effectiveness of Occupational Health Services”, 22–23 września 2001, Łódź.
20. Health Hazard Evaluation Program. US Department of Health and Human Services, NIOSH, CDC, Washington 2000.
21. NORA: National Occupational Research Agenda. NIOSH, Washington. Cytowany 29 stycznia 2001. Adres: [www.cdc.gov/niosh](http://www.cdc.gov/niosh).
22. Current Research Projects. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki. Cytowany 20 sierpnia 2000. Adres: [www.occuphealth.fi/research](http://www.occuphealth.fi/research).
23. Harrington M.: Occupational health: Is it a saleable commodity? Proceedings of the 26th International Congress on Occupational Health, 27 sierpnia – 1 września 2000, Singapore, ss. 63–66.
24. Barański B. European criteria and performance indicators of health, environment and safety management the enterprises – public health perspective. Proceedings of the ICOH Conference on „Measures of Effectiveness of Occupational Health Services”, 22–23 września 2001, Łódź.
25. Michalak J.: Good practice in health, environment and safety management in enterprise. Int. J. Occup. Med. Environm. Health 2001, 14 (1), 35–41.
26. Priorities and Strategies in Occupational Safety and Health Policy in the Member States of the European Union. Cytowany 29 stycznia 2001. Adres: [www.europe.osha.eu.int/publications/reports](http://www.europe.osha.eu.int/publications/reports).

Adres autorów: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: [konrad@imp.lodz.pl](mailto:konrad@imp.lodz.pl)

Nadesłano: 30.01.2001

Zatwierdzono: 15.02.2001

