

Krzysztof Puchalski^{1,2}

Elżbieta Korzeniowska^{1,3}

PROMOCJA ZDROWIA W MIEJSCU PRACY W POLITYKACH ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

WORKPLACE HEALTH PROMOTION IN PUBLIC HEALTH POLICIES IN POLAND

¹ Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

² Instytut Nauk o Zdrowiu

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

³ Katedra Pedagogiki Specjalnej

Uniwersytet Łódzki, Łódź

STRESZCZENIE

Artykuł jest analizą obecności pojęcia i problematyki promocji zdrowia w miejscu pracy w szeroko pojętym obszarze zdrowia publicznego w Polsce. Analiza obejmuje: (a) politykę legislacyjną państwa, (b) strategie, programy i projekty zdrowotne ogłaszane bądź koordynowane przez centralne instytucje państwa, (c) inicjatywy lokalne na rzecz zdrowia podejmowane lub wspierane przez władze terytorialne, (d) projekty obywatelskie oraz strategie biznesowe skierowane na zdrowie. Stwierdzono marginalizację problematyki promocji zdrowia populacji pracujących i brak spójnej polityki państwa w tym obszarze. Ponadto odnotowano fakt niedostrzegania w politykach zdrowia publicznego tych problemów zdrowia pracujących, które wynikają ze współczesnych przemian demograficznych, technologicznych, ekonomicznych i społecznych, a które mogą być rozwiązywane poprzez projekty promocji zdrowia. Med. Pr. 2008;59(1):55–64

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, miejsce pracy, polityka zdrowotna, zdrowie publiczne

ABSTRACT

In this paper the author analyses how far in Poland the idea of workplace health promotion (WHP) does exist in the area of public health understood in its broadest sense. The analysis encapsulates the following issues: (a) the national legislative policy, (b) strategies, programs and projects concerning health issues launched or coordinated by the state or local administration, (c) grassroots initiatives for health promotion supported by local and regional administration, (d) civic projects or business strategies for health. In addition, the author emphasizes the marginalization of workplace health promotion and lack of cohesive policy in this field as well as, the fact that health problems of the working population arising from current demographic, technological, economic and social changes that could be dealt with through developing and implementing WHP projects are not yet fully perceived by public health policy makers. Med Pr 2008;59(1):55–64

Key words: health promotion, workplace, health policy, public health policies

Adres autora: św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: promocja@imp.lodz.pl

Nadesłano: 11 stycznia 2008

Zatwierdzono: 12 lutego 2008

WSTĘP

W artykule podjęto zagadnienie, czy (i w jakim wymiarze) w różnorodnych politykach z zakresu zdrowia publicznego w Polsce pojawiają się działania określane jako promocja zdrowia — jednakże w jej zakresie tylko te, które ukierunkowane są specyficznie na populację pracujących, albo postulowane do realizacji w miejscu (środowisku, organizacji, zakładzie) pracy. Przedmiot naszej uwagi odróżniamy zatem, z jednej strony, od ogólnie pojętej promocji zdrowia (występującej w kontekstach

innych niż powiązania z pracą), z drugiej natomiast od dzielamy od tradycyjnie rozumianej ochrony zdrowia pracujących (oraz ochrony pracy). Innymi słowy interesuje nas, czy i gdzie oraz w jakim stopniu promocja zdrowia pracujących (w miejscu pracy) staje się aktualnie (to znaczy według stanu na rok 2007/2008) wyodrębnionym przedmiotem uwagi w politykach składających się na obszar zdrowia publicznego w naszym kraju.

Pojęcia promocji zdrowia (ogólnej i odniesionej do kontekstu pracy), jak polityki zdrowia publicznego, są niezwykle pojemne oraz wieloznaczne. Tutaj, unikając rozważań pojęciowych, przyjmujemy takie rozumienie promocji zdrowia w kontekście pracy — tzn. promocji zdrowia pracujących (strategia populacyjna) oraz

* Artykuł powstał w oparciu o fragmenty ekspertyzy „Ocena potencjału promocji zdrowia w Polsce. Krajowy Plan Rozwoju: krajowe i regionalne polityki i plany zdrowotne”, przygotowane przez autorów w październiku 2007 r. dla Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny oraz Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.

promocji zdrowia w środowisku pracy (strategia siedliskowa) (1) — zgodnie z którym są to projekty skierowane na umocnienie całościowo ujętego potencjału zdrowotnego tej szerokiej grupy społecznej (lub personelu w poszczególnych organizacjach pracy), a nie tylko działania ukierunkowane na prewencję chorób, wypadków, dolegliwości, problemów zdrowotnych bądź czynników ryzyka zlokalizowanych w owym środowisku lub dotyczących owej grupy. Jednocześnie są to tego typu działania, do udziału w których ani pracujący, ani pracodawcy nie są zobligowani obowiązującymi rozwiązaniami prawnymi (choć prawo może sprzyjać podejmowaniu takich działań lub nawet je stymulować i wspierać). Promocja zdrowia — w przyjętym jej znaczeniu — wykracza zatem poza działalność leczniczą i profilaktyczną oraz poza prawne obligacje związane z bezpieczeństwem zdrowotnym (2,3).

Równie szeroko, jak promocję zdrowia, rozumiemy tutaj politykę zdrowia publicznego. Obejmuje ona takie projekty rozwiązań (i same rozwiązania), które w sposób racjonalny podporządkowane zostały misji bądź celom ochrony oraz umocnienia potencjału zdrowotnego społeczeństwa lub jego wyróżnionych grup. Nie muszą one przy tym lokować się w sektorze publicznym, a mogą jedynie odnosić się do zdrowia ujętego w skali społeczeństwa.

Zakres polityki zdrowia publicznego można porządkować, stosując wiele kryteriów i punktów widzenia (4). Tutaj, nie siląc się na szczególną precyzję, wyróżnimy: (a) politykę legislacyjną państwa (w tym miejscu tylko dokumenty o szerszym zakresie regulacji niż przyjęte do ustanowienia wyodrębnionych programów prozdrowotnych), (b) strategię, programy i projekty zdrowotne o zasięgu krajowym, przyjmowane, nadzorowane bądź koordynowane przez centralne instytucje państwa lub organizacje działające w ich imieniu, (c) trwałe inicjatywy lokalne na rzecz zdrowia, podejmowane lub wspierane przez instytucje i władze terytorialne, (d) projekty obywatelskie oraz strategie biznesowe skierowane na zdrowie.

W celu analizy przywołanych polityk wykorzystano zróżnicowany materiał. Znalazły się w nim: obowiązujące w Polsce ustawy dotyczące zdrowia i problemów zdrowotnych oraz odnoszące się do wykonywania pracy, dostępne w zasobach Internetu dane na temat aktualnych strategii, programów i projektów związanych ze zdrowiem publicznym o zasięgu krajowym (przyjmując za punkt wyjścia strony Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, a także innych centralnych organów i instytucji państwa związanych

ze sprawami zdrowia oraz pracy), a także wszelkie inne materiały zamieszczone w Internecie (przeszukiwane według słów kluczowych: 'zdrowie pracujących', 'zdrowie w pracy', 'ochrona zdrowia pracujących', 'ochrona zdrowia w pracy', 'promocja zdrowia', 'promocja zdrowia pracujących', 'promocja zdrowia w pracy'), dane pochodzące z corocznych sprawozdań Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy na temat ich działań w obszarze promocji zdrowia pracujących (gromadzone w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, dotyczące lat 2006 i 2007), inne materiały zbierane w ramach działalności statutowej Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz różnorodne informacje medialne pozyskiwane w mniej usystematyzowany sposób.

Uzasadnieniem dla podjęcia wskazanej problematyki jest wzrastające znaczenie racjonalnego wzmocnienia (promocji) zdrowia w sferze pracy, ujawniające się w wielu aspektach. To m.in. ekonomiczne, społeczne i psychologiczne skutki wzrostu długości życia obywateli, a w tym rosnące oczekiwania społeczeństwa co do jego jakości. Ważnym aspektem jakości życia poszczególnych osób, obok coraz lepszego stanu zdrowia (coraz częściej ujmowanego w takich wymiarach, jak wellness czy fitness), jest zarówno samo posiadanie dobrej pracy (cokolwiek to oznacza), jak i dobre w niej funkcjonowanie. Ze społecznego punktu widzenia efektywne wykonywanie pracy staje się także ekonomiczną koniecznością wobec procesów starzenia się populacji i złożonych skutków tego zjawiska (w tym obciążeń dla systemów zabezpieczenia społecznego). Z tego wynika potrzeba przedłużania indywidualnej zdolności do aktywności zawodowej oraz wydłużania okresu jej realizacji.

Wiąże się to z procesami dostosowywania pracy do potrzeb i możliwości starzejącej się siły roboczej, a z drugiej strony z mechanizmami udzielania pomocy pracującym w dostosowaniu się do dynamicznie zmieniających się technologii, form i warunków pracy, sposobów jej wykonywania. Wymuszają to przemiany zachodzące w procesach dotyczących pracy i zatrudnienia, takie m.in. jak zanikanie tradycyjnych profesji i pojawianie się w ich miejsce nowych, zmniejszanie się zakresu występowania klasycznych narażeń zawodowych związanych z pracą fizyczną, a w to miejsce rozwój zagrożeń zdrowia wymagających odmiennych metod diagnozy oraz profilaktyki (np. stres i inne problemy psychospołeczne, obciążenia układu ruchu), globalizacja rynku pracy oraz związane z nią migracje siły roboczej i problemy adaptacji kulturowej, zmiany w formach zatrudnienia (m.in. telepraca, zatrudnienie w ramach krótkoterminowych kontraktów, płynność czasu pracy), niepewność

zatrudnienia oraz problemy bezrobocia, wzrost udziału kobiet w rynku pracy, przemiany procesów technologicznych (trudności adaptacyjne, wymagania dotyczące kompetencji), przemiany w koncepcjach zarządzania oraz inne liczne wyzwania wynikające z procesów konkurencji w gospodarce i dążeń do wzrostu efektywności. Realizacja promocji zdrowia w organizacjach pracy nabiera dodatkowego znaczenia m.in. w kontekście dążeń do zwiększenia obecności osób niepełnosprawnych na rynku pracy (5) oraz rozwoju idei społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw (6,7).

Z kolei z punktu widzenia systemu zdrowia publicznego promocja zdrowia pracujących jest nie tylko odpowiedzią na wspomniane potrzeby indywidualne i społeczne, ale także reakcją na coraz częściej podkreślane dążenie do podnoszenia skuteczności i efektywności działań na rzecz zdrowia i do angażowania w tego typu działalność podmiotów spoza profesji medycznych (m.in. pracodawców). Wynika także z dynamicznego rozwoju niepublicznego sektora usług, oferowanych przedsiębiorcom jako wsparcie dla zdrowia ich personelu, świadczonych także coraz częściej przez instytucje spoza sektora medycznego. Wszystkie te procesy i zjawiska pokazują, że współczesne problemy zdrowotne pracujących wyraźnie odróżniają się od tych, do rozwiązywania których przystosowane są tradycyjne instytucje i systemy ochrony zdrowia tej populacji (8).

PROMOCJA ZDROWIA PRACUJĄCYCH W POLITYCE LEGISLACYJNEJ PAŃSTWA

Ustawowe umocowanie całościowo pojętej promocji zdrowia pracujących ogranicza się do Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (SMP) (9). Jest to struktura utworzona w celu ochrony zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad tą populacją. Zgodnie z ustawą, do zadań SMP należy inicjowanie i realizacja promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych oraz wdrażanie programów promocji zdrowia (art. 6). Współdziałanie SMP z pracodawcami i ich organizacjami oraz pracownikami i ich przedstawicielami polega na uczestniczeniu w inicjatywach prozdrowotnych, zwłaszcza dotyczących programów promocji zdrowia (art. 7). Z kolei do zadań wyodrębnionych struktur SMP, zwanych wojewódzkimi ośrodkami medycyny pracy (WOMP), należy programowanie i realizacja działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia

(art. 17), a źródłem finansowania tych działań ustawa czyni budżety samorządów wojewódzkich (art. 21). Omawiana ustawa wprowadza zatem promocję zdrowia w obszar kompetencji określonej grupy zawodowej oraz wskazuje partnerów do jej realizacji — pracodawców i pracowników (a więc nie całą populację pracujących, tylko osoby posiadające status zatrudnionych) oraz władze samorządowe (odpowiedzialne za realizację ogólnie pojętej promocji zdrowia na mocy odrębnych przepisów — ustaw o samorządzie terytorialnym).

Inne ustawy, które zawierają jakiegokolwiek odniesienia do ogólnie pojętej promocji zdrowia lub, z drugiej strony, do szeroko rozumianej ochrony zdrowia pracujących, nie podejmują zagadnień promocji zdrowia tej grupy (lub w tym środowisku). Zagadnienia ochrony zdrowia w miejscu pracy w najszerszym wymiarze pojawiają się przede wszystkim w Ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (10), ale nie ma tam mowy o promocji zdrowia. Koncepcja zdrowia, jaka *implicitie* zawarta została w Kodeksie pracy, czyni to zjawisko wyłącznie przedmiotem zabezpieczania (minimalizowania narażeń) i nie ma tam miejsca na wzmacnianie potencjałów zdrowotnych. Podobnie rzecz ujmują akty wykonawcze do omawianej ustawy, dotyczące zdrowia pracujących — *de facto* zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Kwestie dotyczące ochrony zdrowia analizowanej grupy pojawiają się także w innych ustawach, dotyczących rozwiązywania wyodrębnionych problemów zdrowotnych, takich jak palenie tytoniu (Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych) (11)* oraz konsumpcja alkoholu (Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) (12).

STRATEGIE, PROGRAMY I PROJEKTY ZDROWOTNE O ZASIĘGU KRAJOWYM

Promocja zdrowia w miejscu pracy stała się przedmiotem stanowiska Rady Ochrony Pracy (organ doradczy przy Sejmie RP), przyjętego na posiedzeniu plenarnym 14 listopada 2006 r. Rada, pozytywnie oceniając

* Tutaj zwrócić należy uwagę na niespójność polityki legislacyjnej dotyczącej palenia tytoniu na terenie zakładów pracy. Przywołana ustawa wprowadza zapis zabraniający palenia tytoniu w pomieszczeniach zakładów pracy poza pomieszczeniami wyodrębnionymi i odpowiednio wyposażonymi, co teoretycznie rzecz biorąc daje pracodawcy (który nie chce wyodrębnić i wyposażyć tego typu pomieszczeń bądź w ogóle przeciwny jest paleniu w opłaconym czasie pracy) możliwość wyeliminowania tego zjawiska z pomieszczeń firmy. Z kolei rozporządzenie ministra pracy w sprawie ogólnych zasad bezpieczeństwa i higieny pracy nakazuje utworzenie na terenie średnich i dużych firm takich właśnie palarni, traktując je jako rodzaj obowiązkowych pomieszczeń socjalnych.

działalność Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, uznała za konieczne wspieranie dalszego rozwoju promocji zdrowia pracujących, jako jednej z metod stymulowania rozwoju społeczno-gospodarczego kraju oraz jako jednego z priorytetów zdrowia publicznego i społecznej polityki zdrowotnej w Polsce i innych krajach europejskich. Zdaniem ROP wsparcie to koncentrować się winno na wprowadzaniu systemowych rozwiązań motywujących pracodawców do inwestowania w zdrowie pracowników, promowaniu współpracy partnerów społecznych z różnych szczebli na rzecz programów prozdrowotnych dla zatrudnionych, oraz na tworzeniu regionalnych koalicji integrujących przedsiębiorstwa i instytucje działające w sferze zdrowia, w celu zwiększenia liczby firm wdrażających programy jego promocji. Rada zwróciła się też do Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia i Ministra Pracy i Polityki Społecznej o opracowanie wspólnej strategii integrującej i zwiększającej skuteczność działań na rzecz promowania zdrowia pracowników. Uznała też za konieczne szersze włączenie się mediów, zwłaszcza publicznych, do inicjowania kampanii informacyjnych na rzecz promocji zdrowia (13).

Stanowisko ROP należy uznać za rodzaj deklaracji ideowej, za którą nie idą, przynajmniej dotychczas, żadne nowe programy działań i rozwiązania praktyczne. Jest to jednak zasadniczo jedyny dokument programowy, w którym wprost używane jest pojęcie 'promocja zdrowia w miejscu pracy', skrótowo przedstawiona istota tego typu działań i ich znaczenie w polityce państwa, oraz wskazane strategiczne kierunki wspierania tych działań.

Podobnie ideowy charakter ma również Narodowy Program Zdrowia, który w niektórych środowiskach uchodzi za „konstytucję” polityki zdrowotnej państwa. Program ten — w jego poprzedniej wersji (do 2006 r.) — oparty był jako całość na podbudowie ogólnej strategii promocji zdrowia. Nie znalazło to jednak przełożenia na mariaż ze zdrowiem pracujących. Wśród celów operacyjnych NPZ pojawiła się jedynie kwestia zmniejszania narażeń na czynniki szkodliwe w środowisku pracy oraz ograniczenia częstości wypadków (z akcentem na drogowe). I chociaż zakłady pracy przywołane zostały wśród siedlisk, na których terenie zaplanowano zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, to już w celach bezpośrednio związanych z zachowaniami zdrowotnymi podmioty te wymieniane były tylko sporadycznie (głównie w kontekście aktywności fizycznej i palenia tytoniu). Podobna sytuacja dotyczyła celów

nakierowanych na ograniczenie poszczególnych schorzeń. Pracujący i zakłady pracy nie były osobno brane pod uwagę ani w związku z przeciwdziałaniem chorobom serca, ani nowotworom, ani chorobom zakaźnym. Także w celu, który dotyczył zapobiegania wcześniactwu i niskiej masie noworodków nie podjęto problemu pracujących kobiet. O pracownikach wspomniano tylko w kontekście promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

W aktualnej wersji NPZ (na lata 2007–2015) (14) środowisko pracy (obok środowiska życia i nauki) wskazywane jest jako to, które powinno być kształtowane tak, by sprzyjało zdrowiu. Już jednak w celach operacyjnych, dotyczących wybranych populacji, zabrakło miejsca dla grupy pracujących. Powstała swoista luka — uwzględniono dzieci, młodzież, matki, osoby starsze i niepełnosprawnych, natomiast pominięto pracujących i zdolnych do pracy dorosłych obywateli, jakby nie byli oni grupą ważną z punktu widzenia głównego celu NPZ (pracownicy pojawili się tylko w załączniku do celu operacyjnego — w kontekście ograniczania liczby urazów wynikających z wypadków przy pracy). Co więcej, w zapisach dotyczących kobiet w ciąży, matek, niepełnosprawnych czy osób starszych również nie pojawiają się kwestie związane z ich aktywnością zawodową.

Podobnie w tej części NPZ, która dotyczy strategicznych celów zdrowotnych — działania ułożone w sferze pracy pojawiają się tylko w związku z dążeniem do ograniczenia liczby urazów powstałych w wyniku wypadków. Nawet w kontekście zmniejszenia zachorowalności na schorzenia narządu ruchu nie przywołano sfery aktywności zawodowej, podczas gdy wiele problemów dotyczących narządu ruchu ma właśnie pochodzenie związane z wykonywaną pracą.

Z kolei w odniesieniu do części programu poświęconej czynnikom ryzyka i promocji zdrowia pojawia się szczególny niedosyt. Tradycyjnie planuje się tam zmniejszenie narażenia na fizykochemiczne czynniki szkodliwe (zwłaszcza rakotwórcze i alergiczne) w środowisku pracy, natomiast marginalizuje się potencjały psychospołeczne (mowa jest tylko o ograniczaniu czynników stresogennych w pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, lobbiniem i agresją w miejscu pracy). Pomija się także prawie zupełnie promowanie zachowań prozdrowotnych w środowisku pracy (jedynie w kontekście palenia tytoniu wymieniane jest tworzenie miejsc pracy wolnych od dymu tytoniowego, w kwestiach związanych z odżywianiem pisze się o umożliwianiu spożywania posiłku w czasie pracy, natomiast w celu dotyczącym uzależnień

od substancji psychoaktywnych wspomina się wyłącznie o programach readaptacji zawodowej).

W pozostałych „niższych rangą” krajowych czy narodowych programach prozdrowotnych zasadniczo nie pojawia się już pojęcie ‘promocja zdrowia pracujących’ (w miejscu pracy). Jeżeli już mówi się o promocji zdrowia, to ujętej ogólnie (bez jakichkolwiek odniesień do pracy). Natomiast gdy mowa o zdrowiu pracujących, to w kontekście tym nie ma promocji zdrowia, a jedynie pojawiają się różne aspekty jego ochrony.

Za jedyny wyjątek uznać można Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (15), w którym mówi się o promocji zdrowia w miejscu pracy, choć ograniczonej do psychicznego wymiaru zdrowia. We wstępie do opisu tego programu wspomina się o miejscu pracy jako jednym z obszarów, gdzie powinna być realizowana promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom. W pierwszym spośród celów programu wskazuje się, że działalność taka powinna być prowadzona poprzez upowszechnienie wiedzy, kształtowanie zachowań oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Oczekiwane efekty tej działalności to zwiększenie zadowolenia z wykonywanej pracy i wzrost wydajności pracy (wskaźnikiem efektów jest liczba osób odczuwających brak satysfakcji zawodowej). Z kolei w dalszych zapisach programu, jeżeli pojawia się miejsce pracy, to już w kontekście niezwiązanym z promocją zdrowia (a tylko dotyczącym zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki medycznej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym).

O zakładach pracy wspomina się przy okazji programów poświęconych wyodrębnionym problemom zdrowia publicznego. Przykładem jest tu Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010 (16). Wśród jego głównych strategii działania wymienia się „tworzenie programów pracowniczych mających na celu zapobieganie nietrzeźwości w miejscu pracy, a także podejmowanie interwencji wobec osób nadużywających alkoholu”. Z kolei wśród metod działań dla realizacji celu, jakim jest zmniejszenie szkód ekonomicznych w środowisku pracy spowodowanych przez nietrzeźwych pracowników, mowa jest m.in. o programach profilaktyczno-edukacyjnych w miejscu pracy oraz wprowadzeniu programów tzw. opiekuńczej służby pracowniczej, przy czym liczba zakładów pracy realizujących takie programy traktowana jest jako wskaźnik osiągnięcia celów.

Na szczególną uwagę zasługuje natomiast całkowite pominięcie nie tylko promocji zdrowia pracujących, ale również miejsca pracy jako terenu działań w takich programach dotyczących kluczowych problemów zdrowotnych społeczeństwa, jak Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006–2008 (17), Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006–2015 (18) czy wreszcie Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007–2016.

Za namiastkę programu poświęconego w całości promocji zdrowia pracujących uznać można działalność Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (komórka organizacyjna resortowego Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi). Jest to instytucja, która od roku 1996 próbuje animować politykę implementacyjną, prowadzić wdrożenia i działalność naukową dotyczące upowszechniania promocji zdrowia w kontekście pracy. Aktywność Centrum nie jest jednakże formalnie umocowana w żadnym z krajowych czy narodowych programów prozdrowotnych, a finansowana jest z grantów samodzielnie pozyskiwanych z różnych źródeł (m.in. z dotacji Ministerstwa Nauki, projektów Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy, Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej i in.), co nie zawsze zapewnia ciągłość i spójność prowadzonych prac. Centrum jest inicjatorem i koordynatorem Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, a od 2001 r. — Narodowym Biurem Kontaktowym European Network for Workplace Health Promotion (19).

Kierunki polityki działania Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy wytyczają jej kolejne strategie. Pierwsza opracowana została na lata 1997–2001 w ramach grantu pozyskanego ze środków Banku Światowego. Głównymi obszarami aktywności wskazanymi w tej strategii były: popularyzacja koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy w środowiskach kluczowych dla jej wdrażania, przygotowanie możliwie licznych kadr organizatorów programów tego rodzaju, konsultowanie (na zapotrzebowanie zgłaszane ze strony owych kadr lub bezpośrednio ze strony przedsiębiorstw) zakładowych projektów prozdrowotnych,

* Mowa tu o obszarach aktywności, a nie o celach, gdyż są to tylko ogólne wskazania potrzeb, realizowanych w miarę posiadanych zasobów ludzkich i zdobywanych na bieżąco środków materialnych. Posługiwanie się kategorią celu wymagałoby precyzyjnego, wymiernego określenia spodziewanych efektów, czego nie można uczynić bez dysponowania rachunkiem posiadanych zasobów.

oraz rozwój wiedzy typu know-how w obszarze implementacji takich projektów.

W 2001 r. na podsumowanie realizacji strategii przeprowadzono Pierwszą Krajową Konferencję Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, która opracowała i przyjęła stanowisko skierowane do polityków i mediów apelujące o wsparcie procesu upowszechniania tej koncepcji. Apel ten nie uzyskał szerszego odzewu wśród jego adresatów. Kolejna strategia obejmowała lata 2002–2005. W jej ramach kluczową rolę we wdrażaniu projektów promocji zdrowia przyznano wojewódzkim jednostkom służby medycyny pracy (WOMP). Do ich głównych zadań — traktowanych nieobligatoryjnie, bo realizowanych w ramach niesformalizowanej Sieci* — zaliczono wówczas: tworzenie lokalnych koalicji partnerów społecznych dla wspierania pracodawców w podejmowaniu przedsięwzięć prozdrowotnych oraz identyfikowanie i popularyzowanie wzorów dobrej praktyki w dziedzinie wdrażania promocji zdrowia w pracy.

Aktualna strategia Sieci, na lata 2006–2008, utworzona na konferencji zorganizowanej z okazji dziesięciolecia powstania tej struktury, obejmuje następujące kierunki działań:

1. Utworzenie Narodowego Forum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy jako struktury wspierającej działalność Sieci.
2. Intensyfikacja marketingu koncepcji promocji zdrowia pracujących w środowiskach strategicznych dla jej rozwoju.
3. Rozwój i doskonalenie kadr na potrzeby promowania zdrowia w miejscu pracy.
4. Doskonalenie istniejących i powoływanie nowych wojewódzkich koalicji na rzecz promowania zdrowia zatrudnionych.
5. Rozwijanie współpracy i wymiany informacji wewnątrz Sieci.
6. Doskonalenie jakości wdrożeń w kierunku zgodnym z siedliskową koncepcją miejsca pracy promującego zdrowie.
7. Uaktywnienie Sieci w sferze działań związanych z kreowaniem prozdrowotnego stylu życia zatrudnionych.
8. Upowszechnienie stosowania procedur ewaluacji w ramach projektów promocji zdrowia w miejscu pracy.

* Struktura sieciowa, aczkolwiek jest oficjalnie występującą formą współpracy społecznej, nie ma sformalizowanego charakteru. Jest dobrowolnym, niemającym osobowości prawnej stowarzyszeniem, skupiającym różnorodnych partnerów wokół idei promowania zdrowia pracujących i wokół instytucji formalnej, jaką jest Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w IMP w Łodzi.

9. Rozwój współpracy z innymi strukturami sieciowymi działającymi na polu promocji zdrowia w Polsce.
10. Aktywny udział Ogólnopolskiej Sieci w działalności Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

Taka konstrukcja strategii wynika z trzech powodów: (a) potrzeby kontynuowania tych rozwiązań, które najlepiej sprawdziły się w praktyce funkcjonowania Sieci, (b) wprowadzenia tych, które wymagają stałego podtrzymywania oraz (c) konieczności budowania rozwiązań i struktur o charakterze systemowym, wspierających procesy upowszechniania promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce**.

LOKALNE POLITYKI ZDROWOTNE

Jak wspomniano, w strategii realizowanej w latach 2002–2005 głównymi ogniwami Sieci uczyniono WOMP-y, a do ich dobrowolnych, ideowo wyznaczonych zadań zaliczono m.in. tworzenie lokalnych koalicji, stymulujących nieobligatoryjne działania prozdrowotne i pomagających pracodawcom w ich podejmowaniu. U podstaw takiego rozwiązania było dążenie, by promocja zdrowia pracujących stała się przedmiotem lokalnych polityk zdrowotnych, animowanych przez WOMP, a realizowanych w ramach polityki samorządów lokalnych, współpracujących m.in. z oddziałami Państwowej Inspekcji Pracy i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, organizacjami pracodawców, przedstawicielstwami związków zawodowych, lokalnymi mediami itd.

W ramach projektów finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia (w roku 2002, 2004 i 2006) Krajowe Centrum najpierw opracowało koncepcję, cele i procedurę tworzenia takich koalicji, a następnie wspierało i monitorowało ich utworzenie, zgodnie z hasłem „myśl globalnie, działaj lokalnie”. Za podstawowe kierunki działania takich koalicji uznano: zwiększenie siły i zasięgu oddziaływania na pracodawców, zaoferowanie pracodawcom oraz pozostałym partnerom współpracującym w ramach koalicji możliwości wdrożenia programu promocji zdrowia opracowanego i skoordynowanego w skali województwa, nadanie promocji zdrowia wysokiej rangi w polityce zdrowotnej i społecznej województw oraz poszczególnych firm, wprowadzenie tej problematyki w obszar zainteresowań regionalnych

** Ta ostatnia idea zawarta jest głównie w punkcie 1. strategii (w koncepcji utworzenia narodowego forum, rozumianego jako platforma współpracy Sieci i m.in. polityków, instytucji centralnych zajmujących się zdrowiem pracujących: Państwowej Inspekcji Pracy, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Narodowego Funduszu Zdrowia) a także, już na poziomie regionalnym, w punkcie 4.

instytucji i organizacji funkcjonujących na styku sfer pracy i zdrowia oraz nadanie takim przedsięwzięciom wymiaru medialnego, a zatem podniesienie ich znaczenia w odbiorze społecznym*.

Przykładem innego typu koalicji lokalnych, bo powstałych niezależnie od inicjatywy Ogólnopolskiej Sieci, może być założone kilka lat temu Zamojskie Partnerstwo na Rzecz Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy i Zdrowego Stylu Życia. I chociaż w praktyce, może nie w pełni zgodnie ze swą nazwą, promuje ono głównie zasady bezpiecznej pracy wśród kadry zarządzającej regionu, to zasługuje na uwagę jako przejaw inicjatyw obywatelskich próbujących wypełniać funkcje marginalizowane w polityce zdrowotnej państwa.

ORGANIZACJE OBYWATELSKIE I PROJEKTY BIZNESOWE

Luki w politykach zdrowia publicznego realizowanych przez instytucje państwa stopniowo zaczynają wypełniać coraz liczniejsze organizacje obywatelskie, wspierane często przez redakcje medialne, firmy ubezpieczeniowe, projekty z funduszy UE itp. Niekiedy są one ukierunkowane na szeroko rozumianą promocję zdrowia w pracy, a ich główną rolą jest wspieranie działań (lub nadawanie im większej elastyczności) prowadzonych przez instytucje realizujące politykę zdrowotną państwa, zwłaszcza na szczeblu lokalnym. Znacznie częściej są to jednak organizacje, których działalność ukierunkowana jest na konkretne problemy z omawianego obszaru, a zakres ich działalności obejmuje cały kraj.

Dobrym przykładem tej drugiej sytuacji może być realizowany od kilku już lat projekt społeczny „Firma przyjazna Mamie” (20), prowadzony pod hasłem „macierzyństwo, praca, harmonia”. Poświęcony jest on promowaniu tych przedsiębiorstw, które stwarzają najbardziej dogodne warunki pracy dla kobiet ciężarnych i wychowujących małe dzieci. Wokół tego projektu tworzy się szersza „Koalicja na rzecz Matek”, skupiająca m.in. krajowe i regionalne inicjatywy, takie jak „Elastyczny Pracownik — Partnerska Rodzina” czy „Rodzic — Pracownik”, mające na celu wspieranie form zatrudnienia dostosowanych do potrzeb rodziców i jednocześnie sprzyjających polityce prokreacyjnej.

Aktywność na polu promocji zdrowia skierowanej do pracujących podejmują też coraz częściej typowe podmioty gospodarcze, traktujące zakłady pracy jako

dogodny teren do sprzedaży swoich usług lub produktów związanych ze zdrowiem. Wśród nich najczęściej oferowane są różnego typu programy z zakresu opieki medycznej lub profilaktyki (m.in. dotyczące palenia tytoniu, diagnozujące stan zdrowia, uczące radzenia sobie ze stresem) bądź promujące sprzedaż środków farmakologicznych, dla których owe programy profilaktyczne stanowią swojego rodzaju „opakowanie”. O ile wiele działań tego typu ma jedynie doraźny i biznesowy charakter, o tyle zdarzają się również (zwłaszcza w wykonaniu dużych firm farmaceutycznych) szeroko zakrojone i dobrze zorganizowane długotrwałe kampanie, czy wręcz polityki marketingowe, które niewątpliwie nie pozostają bez wpływu na stosunek do zdrowia — zarówno pracodawców, jak i pracowników oraz innych odbiorców.

Dobrym przykładem działalności tego rodzaju może być prowadzona kilka lat temu (niezakończona chyba sukcesem, bo krótkotrwała) kampania jednej z ówczesnych firm „Zyskaj bez nikotyny”, popularyzująca ekonomiczne konsekwencje palenia tytoniu w czasie pracy i korzyści dla przedsiębiorstw wynikające ze sponsorowania pracownikom zakupu preparatu przeznaczonego dla osób chcących zerwać z nałogiem palenia**. Lepszym przykładem, bo dotyczącym działalności prowadzonej już od kilku lat i obecnie ekspansywnie rozwijanej, może być szeroko rozbudowana polityka marketingowa firmy promującej swoje usługi z zakresu opieki medycznej, adresowane do zakładów pracy. Zwraca ona uwagę pracodawców i menadżerów (m.in. odwołując się do własnych dużych badań populacyjnych (22)) na korzyści wynikające z uczynienia problemów szeroko ujętego zdrowia przedmiotem wewnętrznej polityki zarządzania zdrowiem w przedsiębiorstwie.

Na zakończenie należy też wspomnieć właśnie o tego typu wewnętrznych politykach promocji zdrowia personelu, wdrażanych w niektórych zakładach pracy. Nie idzie przy tym o polityki zarządzania bezpieczeństwem (jeżeli dotyczą one tylko obligatoryjnego zakresu bhp bądź obligatoryjnych badań w obszarze profilaktyki medycznej), ale o szersze działania na rzecz zdrowia pracowników, wykraczające poza obowiązujące regulacje prawne. Badania sondażowe przeprowadzone

* Aktualnie takie koalicje funkcjonują w województwach: świętokrzyskim, kujawsko-pomorskim, podkarpackim i lubuskim. Dobrą współpracą partnerów społecznych charakteryzują się też w województwa dolnośląskie i małopolskie.

** Problem palenia tytoniu w zakładach pracy należy do częściowej podejmowanych w tych politykach marketingowych, które można przypisać do zakresu szeroko pojętego zdrowia publicznego. Zdecydowana większość tego typu inicjatyw jest jednak szybko kończona. Przykładem aktualnie rozwijanej kampanii może być próba wypromowania oferty skierowanej do zakładów pracy dotyczącej urządzeń izolujących dym tytoniowy na terenie firm (21).

pod koniec 2006 roku* w próbie reprezentatywnej dla ogółu przedsiębiorstw (pow. 50 pracowników) w Polsce (N = 611, wywiad kwestionariuszowy z przedstawicielami kadry zarządzającej) pokazały, że ok. 40% firm zadeklarowało realizację nie tylko obligacji prawnych dotyczących zdrowia personelu, ale także różnych dodatkowych działań**. Wśród nich najczęściej podejmowane dotyczyły dbałości o estetykę i wygodę pomieszczeń socjalnych, znacząco wykraczającej ponad obowiązujące normy, szczepień profilaktycznych oraz organizowania zajęć sportowych dla pracowników. Ponadto, wśród wszystkich badanych firm ok. 20% deklaruje posiadanie wewnętrznej polityki dotyczącej spraw zdrowia, chociaż inne wskaźniki uwzględnione w badaniu sugerują, że polityki te w zdecydowanej większości nie są jeszcze zgodne z założeniami modelowej koncepcji promocji zdrowia w zakładzie pracy (26).

Uwagi końcowe

Zaprezentowane wyżej analizy polityk związanych z promocją zdrowia pracujących — postulowanych bądź realizowanych w obszarze szeroko pojętego zdrowia publicznego — skłaniają do przyjęcia wniosku, że zasadniczo nie ma jakiegokolwiek spójnej polityki w skali makro, która by mogła znacząco przyczynić się do wzmocnienia potencjału zdrowotnego tej populacji.

Po pierwsze, wyraźnie widać, że zdrowie pracujących w większości analizowanych polityk cały czas pojmowane jest w kategoriach wywodzących się w najlepszym przypadku z połowy ubiegłego wieku. Prawie całkowicie brakuje dostrzegania tych problemów, wyzwań i potrzeb, które niosą współczesne procesy rozwoju społeczeństw (zasygnalizowane na wstępie opracowania)**.

Po drugie, problematyka zdrowia pracujących, nie mówiąc już o jego promocji, wydaje się marginalizowana na tle priorytetowego traktowania innych populacji oraz innych problemów zdrowotnych niż te, które wiążą się z pracą i jej przemianami.

Po trzecie, generalnie brakuje jakichkolwiek systemowych ram (skonkretyzowanych i jasnych deklaracji politycznych wysokiego szczebla, programów działania,

rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych, zwłaszcza finansowych), na których można byłoby budować politykę promocji zdrowia pracujących w Polsce. Wszystkie te mankamenty szczególnie wyraźnie widać na przykładzie NPZ, który mógłby stać się jedną z tego typu istotnych ram, a wciąż pozostaje *de facto* jedynie deklaracją ideową.

Można przyjąć, że zostały stworzone wyjściowe warunki prawne dla szeroko pojętej promocji zdrowia (m.in. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o samorządach terytorialnych, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz pielęgniarce i położnej) oraz promocji zdrowia w zakładach pracy (ustawa o służbie medycyny pracy). Przedsięwzięcia z tego zakresu zostały tam jednak określone w sposób hasłowy (nie zostały sprecyzowane działania, które kryją się pod tą nazwą) i można mieć wątpliwości, czy podmioty, którym przypisane zostały zadania dotyczące promocji zdrowia są do nich zobligowane, czy jedynie uzyskały taką możliwość.

Zauważyć też trzeba, że promocja zdrowia, która w swej istocie jest działalnością w obszarze zmiany społecznej (zmian mentalności, zachowań, warunków ich realizacji), przypisana została w przepisach prawnych głównie podmiotom ze sfery medycyny, z pominięciem tych, które mogłyby stanowić bardzo istotne uzupełnienie dla aktywności sektora ochrony zdrowia, który niekoniecznie musi być zainteresowany zmianą własnych tradycyjnych form działalności. Jest to więc bardzo jednostronne ujęcie****. Nie ma m.in. takich mechanizmów prawnych, które byłyby odczytywane przez pracodawców jako zachęta do zwiększonej troski o zdrowie pracowników (np. ułatwienia w podatkach i ubezpieczeniach w związku z prowadzeniem działalności prozdrowotnej na rzecz personelu). I nie idzie przy tym o jakiegokolwiek obligowanie pracodawców do tego typu działań, tylko o różnego typu ułatwienia (gdyż promocja zdrowia w miejscu pracy powinna pozostać w obszarze dobrowolnych decyzji podmiotów gospodarczych)****. Nie ma też sprawnych mechanizmów egzekwowania przestrzegania przez pracodawców tradycyjnych obligacji dotyczących ochrony zdrowia w miejscu pracy,

* Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy prowadzi regularnie (m.in. w oparciu o badania populacyjne) analizy stanu i jakości zaangażowania przedsiębiorstw w Polsce obszarze promocji zdrowia (w tym ze szczególnym uwzględnieniem polityk dotyczących palenia tytoniu) (23–25).

** Owe 40% odczytać należy jako swojego rodzaju wskaźnik szerokiego, stałego i świadomego zainteresowania kadry zarządzającej zdrowiem personelu, bo różnego typu okazjonalne, pojedyncze działania wskazuje znacznie więcej firm (blisko 90%) (26).

*** Jest to oczywiście problem dotyczący nie tylko promocji, ale generalnie koncepcji ochrony zdrowia pracujących w Polsce, która nie odpowiada wyzwaniom współczesności.

**** O ile np. służba medycyny pracy jest zobligowana do promocji zdrowia w zakładach pracy (lub tylko ma ją w zakresie swoich kompetencji), to zakłady pracy (jako niezależne podmioty gospodarcze) nie mają żadnych stymulacji w tym zakresie.

***** Jednym z takich ułatwień mogłaby być stabilność rozwiązań podatkowych, umożliwiających pracodawcom m.in. doliczanie kosztów działań prozdrowotnych na rzecz personelu do kosztów uzyskania przychodu, czego niestety nie dało się zaobserwować w minionych kilku latach (najpierw wprowadzono takie udogodnienia, po czym się z nich wycofano, by wprowadzić je ponownie).

co uznać należy niewątpliwie za czynnik marginalizujący ogólną kulturę zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, osłabiający także zainteresowanie działaniami z zakresu promocji zdrowia.

Powyższe niedociągnięcia istniejących programów i rozwiązań prawnych, oraz przede wszystkim przemiany zachodzące w procesach pracy, skłaniają do rozważenia propozycji skonstruowania odrębnego narodowego programu promocji zdrowia pracujących. Próba przygotowania jego zrębów, tak by zapewnić jednocześnie wyodrębnione środki na jego realizację (przynajmniej w początkowej fazie jego wdrożenia), podjęta została przy okazji prac dotyczących Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL) (27).

W procedurach służących przygotowaniu treści wyodrębnionego działania pod nazwą „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących” zaproponowano szereg projektów składających się na spójny program promocji zdrowia pracujących. W dalszych pracach związanych z przygotowaniem priorytetów dla POKL (w ramach uzgodnień pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rozwoju Regionalnego — koordynującym całość Programu) projektowane działania dotyczące zdrowia pracujących *de facto* ograniczone zostały jednak do klasycznej profilaktyki chorób zawodowych. Po raz kolejny wygrała zatem koncepcja takiego pojmowania zdrowia pracujących, które staje się coraz mniej adekwatne do rzeczywistych problemów tej grupy społecznej (zanikanie klasycznych narażeń zawodowych i w ich miejsce pojawianie się nowych, przywołanych wyżej zjawisk) oraz nowych możliwości i potrzeb wzmocnienia potencjału zdrowotnego tej grupy poprzez działania prozdrowotne w środowisku pracy.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że promocja zdrowia pracujących zasadniczo została zepchnięta i nadal spychana jest na margines polityk zdrowia publicznego w Polsce. Wynika to z tego, że nie ma wpływowych grup społecznych (m.in. profesjonalnych, politycznych, biznesowych), które myślą o zdrowiu pracujących w sposób adekwatny do przemian zachodzących współcześnie w tej sferze. Jednocześnie te grupy, które byłyby zainteresowane innym spojrzeniem na kierunki polityk zdrowotnych raczej nie mają aktualnie szans przebic się ze swoimi poglądami poprzez istniejące instytucje ochrony zdrowia i ochrony pracy, petryfikujące tradycyjne poglądy i związane z nimi interesy. Zgłaszać zatem można potrzebę zainicjowania szerokiej debaty publicznej dotyczącej zmieniającej się sytuacji zdrowotnej pracujących i związanych z tym wyzwań dla polityki państwa.

Ważną szansę dla podjęcia tego typu debaty wydaje się stwarzać nowy, „Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013”, przyjęty przez Parlament Europejski i Radę*. Jednym z trzech zadań przewidzianych do realizacji w tym programie jest promocja zdrowia (obok poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz generowania i rozpowszechniania informacji i wiedzy na temat zdrowia). Z kolei w ramach tego zadania wskazuje się na priorytetowy charakter działań dotyczących m.in. promowania i badania wpływu zdrowia na produktywność i aktywność zawodową oraz postuluje „skupienie się na kluczowych zagadnieniach, czyli edukacji i miejscu pracy”. Na ile szansa ta zostanie wykorzystana, pozostaje sprawą otwartą.

PIŚMIENNICTWO

1. Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]: Workplace Health Promotion in Enlarging Europe. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006
2. Gniazdowski A.: Rola lekarza medycyny pracy w promowaniu zdrowia pracowników. W: Krasucki P., Kuczkowska-Dominas H. [red.]. Medycyna dla lekarzy rodzinnych. Skrypt. T. 2. Akademia Medyczna, Warszawa 1998
3. Puchalski K.: Promocja zdrowia w dużych zakładach pracy w Polsce. Aktualny stan i niektóre uwarunkowania. Promocja Zdrow. Nauki Społ. Med. 2000;19(7):66–87
4. Włodarczyk C.: Polityka zdrowotna. W: Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk W.C. [red.]. Zdrowie publiczne — wybrane zagadnienia. T. 1. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2000, ss. 145–165
5. Brzezińska A., Woźniak Z., Maj K. [red.]: Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy. Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa 2007
6. Rok B.: Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie. Forum Odpowiedzialnego Biznesu. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2004
7. Wojtaszczyk P.: Promocja zdrowia w miejscu pracy w koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu. Med. Pr. praca zapowiadana 2008
8. De Greef M., de Broeck V., de Beeck R.O., van den Broek K., Włodarski K. [red.]: The Quality of Working Life: Challenges for the Future. Prevent, Bruksela 2007
9. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Tekst jednolity 2004 r., DzU nr 125, poz. 1317 z późn. zm.
10. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Tekst jednolity DzU z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Tekst jednolity DzU z 1996 r. nr 10, poz. 55 z późn. zm.

* Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r.

12. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Tekst jednolity DzU z 2007 r. nr 70, poz. 473 z późn. zm.
13. Rada Ochrony Pracy przy Sejmie RP: Praca matką wszystkiego dobrego [serial online] [1 s. ekranowa]. Adres: <http://www.rop.sejm.gov.pl>
14. Adamowicz-Klepalska B., Borusiewicz R., Burzyńska E., Chazan B., Cianciara D., Czabała J.C. i wsp.: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. [serial online] [75 ss. ekranowych]. Adres: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
15. Wciórka J., Jarema M., Boguszevska L., Brodniak W., Czabała C., Langiewicz W. i wsp.: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt). Instytut Psychiatrii i Neurologii, [serial online] grudzień 2006 [30 ss. ekranowych]. Adres: http://www.medforum.pl/upload/fil/pol_mo/projekt_narodowy_program_ochrony_zdrowia_psychicznego.pdf
16. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010 (projekt). Oprac. na podst. art. 3 ust. 3 punkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [serial online] [50 ss. ekranowych]. Adres: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npzchn_2006_2010_08032006.pdf
17. Polkard: Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006–2008. Polkard [serial online]. Adres: <http://www.polkard.org/polkard.html>
18. Centrum Onkologii Instytut: Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych 2006-2015. Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów [serial online]. Adres: <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/content/view/56/113/>
19. European Network for Workplace Health Promotion: Healthy Employees in Healthy Organisations. ENWHP [serial online]. Adres: <http://www.enwhp.org>
20. Firma Przyjazna Mamie: macierzyństwo, praca, harmonia. [serial online]. Adres: <http://www.firmaprzyjaznamamie.pl>
21. Palarnie.pl: Systemy chorniące niepalących. [serial online]. Adres: <http://www.palarnie.pl>
22. Medicover. Adres: <http://www.medicover.com/pl>
23. Puchalski K., Korzeniowska E.: Zaangażowanie zakładów pracy z Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001. Med. Pr. 2002;53(5):355–360
24. Puchalski K., Korzeniowska E.: Próba oceny jakości wdrożeń promocji zdrowia w zakładach pracy na tle jej uwarunkowań. Med. Pr. 2003;54(1):1–7
25. Puchalski K., Korzeniowska E.: Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce. Med. Pr. 2001;52(6):459–464
26. Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J., Iwanowicz E., Wojtaszczyk P.: Postawy pracodawców wobec promocji zdrowia w miejscu pracy. Raport z realizacji pracy badawczo-rozwojowej IMP 8.4/2007. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2007
27. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego: Program Operacyjny Kapitał Ludzki. [serial online]. Adres: <http://www.mrr.gov.pl/ProgramyOperacyjne+2007-2013/KapitalLudzki>