

Ryszard Szozda

ZINTEGROWANA OPIEKA PROFILAKTYCZNA NAD PRACUJĄCYMI - CZY JEST MODELEM PRZYSZŁOŚCIOWYM?

INTEGRATED PROPHYLACTIC CARE OF EMPLOYEES – IS IT A FUTURE MODEL?

Z Niepublicznego ZOZ-u przy GPBP SA w Gliwicach

STRESZCZENIE Przedstawiono doświadczenia własne w zakresie sprawowania opieki profilaktycznej i współpracy ze służbami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz "ekwiwalentem higienisty przemysłowego". Zwrócono uwagę na zasadniczą różnicą pomiędzy pracownikiem a pracującym, opisano w zarysach proponowany model zintegrowanej opieki profilaktycznej i podkreślono konieczność włączenia się do współpracy związków zawodowych, ZUS i KRUS. Zdaniem autora zintegrowanie w przyszłości służb medycyny pracy, BHP i higieny pracy powinno stać się modelem przyszłościowym w Polsce. Zintegrowane jednostki powinny objąć swoim działaniem wszystkich pracujących. Med. Pr. 2004; 55 (1): 101–104

SŁOWA KLUCZOWE: zintegrowana opieka profilaktyczna, profilaktyczna opieka zdrowotna

ABSTRACT The author presents his own experience in the area of prophylaxis and cooperation with safety and health services as well as with occupational hygienists. The attention is turned to an essential difference between two terms "employees" and "workers". The proposed model of integrated prophylactic care is described and the need for cooperation between Trade Unions, National Insurance Company (ZUS) and Agricultural Insurance Company (KRUS) is highlighted. In the author's opinion the integrated occupational health services, safety and health services and occupational hygiene should be a future model of workers' health protection in Poland. Integrated units should cover with their activities all employees throughout the country. Med Pr 2004; 55 (1): 101–104

KEY WORDS: integrated prophylactic protection, prophylactic health protection

Adres autora: 44-101 Gliwice, skr. poczt. 215, e-mail: szozda@silesia.pik-net.pl

Nadesłano: 5.01.2004

Zatwierdzono: 15.01.2004

© 2004, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Zadania jednostek podstawowych służby medycyny pracy (której oś stanowi lekarz uprawniony) wymienia ustawa o służbie medycyny pracy (1). Z różnych przyczyn służby te wykorzystywane są przede wszystkim do wykonywania badań profilaktycznych oraz sanitarno-epidemiologicznych (2). Pozostałe zadania wynikające z ustawy o służbie medycyny pracy są praktycznie realizowane sporadycznie. Tymczasem lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną jest oczywiście przygotowany nie tylko do wykonywania wymienionych powyżej zadań, to znaczy nie tylko do roli wykonującego badania profilaktyczne, ale także do innych czynności, co wynika ze wspomnianej ustawy. Lekarz taki nie tylko może, ale powinien być doradcą tak pracodawcy jak i związków zawodowych, a także i samych pracowników. (3) Nie potrzeba do tego zmiany jakichkolwiek przepisów, a jedynie zmiany w świadomości, w tym także pracowników oraz przedstawicieli związków zawodowych lub przedstawicieli załóg tam, gdzie nie istnieją organizacje związkowe (4). Niestety, ani pracodawcy ani pracownicy nie rozumieją, jak istotne i ważne są dla nich sprawy związane z profilaktyką. Wynika to może z braku dostatecznej wiedzy na ten temat, wynikającej z faktu, że nie zostały im one przekazane w trakcie nauki (5,6).

DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Z moich doświadczeń wynika, że wszystkie zadania służb medycyny pracy mogą być realizowane nawet przy obecnym stanie legislacji, aczkolwiek stykam się w toku swojej pracy z różnymi postawami w tym zakresie. Istnieją bowiem różne

typy nastawienia do problematyki profilaktycznej ochrony zdrowia. Przedstawiam je poniżej

1. Zakład pracy posiada struktury odpowiadające zintegrowanej opiece profilaktycznej. Istnieje pełna współpraca pomiędzy specjalistą medycyny pracy (wykonuje badania profilaktyczne, ocenia narażenie zawodowe, wizytuje stanowiska pracy, prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, organizuje szczepienia ochronne, udziela porad w przypadku nagłego zachorowania, gromadzi dane, jest doradcą pracodawcy, organizacji związkowych, a pracownicy w przypadku problemów zgłaszają się po poradę). Istnieje pełna współpraca ze specjalistą BHP w zakresie wymiany informacji, wzajemnych konsultacji i wspólnego działania. Do tego dochodzi współpraca z firmą wykonującą pomiary środowiskowe na stanowiskach pracy nie tylko zgodnie z harmonogramem, ale w przypadku konieczności wcześniejszej oceny ewentualnych problemów. Wszystko to finansowane jest przez pracodawcę, który wyliczył, iż profilaktyka prowadzona w sposób prawidłowy i kompleksowy daje mu zysk, wynikający z niskiej absencji oraz braku konieczności wypłacania rekompensat finansowych i zasiłków chorobowych.

2. Zakłady pracy, w których specjalista medycyny pracy współpracuje z inspektorem BHP, badania środowiskowe wykonywane są przed planowanymi kontrolami lub w wyniku kontroli niespodziewanych. Lekarz doradza nielicznym, przy czym pracodawcy nie są właściwie tym zainteresowani poza oczywiście przypadkami, gdy dojdzie do wykrycia nieprawidłowości, czy braków i kiedy oczekuje porady, jak się z tego wywinąć i nie zapłacić nałożonej na niego kary finansowej.

3. Zakłady pracy, których kierownictwo oraz pracownicy zainteresowani są tylko i wyłącznie posiadaniem niezbędnych badań, szkoleń, pomiarów, czy innych zabezpieczeń niezbędnych w razie nagłej i niespodziewanej kontroli, lekarz i pracownik służb BHP traktowani są jako "zło konieczne", a firma wykonująca badania środowiskowe, jak wyzyskiwacz, pozbawiający właściciela i załogę należnych im zysków z pracy.

Nie uzyskałem pozwolenia na podanie bliższych danych, dotyczących przykładów opisanych wyżej (z różnych powodów a w pierwszym przypadku ze względu na to, że ewentualna reklama mogłaby po prostu zaszkodzić dyrektorowi – nikt podobno nie lubi ludzi sukcesu, a szczególnie w swoim otoczeniu).

PRACOWNICY A PRACUJĄCY

Niestety, działalność służb medycyny pracy nie obejmuje wszystkich, a jedynie pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy. (7) Poza zasięgiem działania pozostają na przykład pracujący w oparciu o umowy o dzieło, samozatrudniający się oraz rolnicy indywidualni. (8) Oczywiście – samozatrudniający się mogą poddać się badaniom profilaktycznym "na swój własny wniosek" (9), ale robią to, jak wynika z moich doświadczeń, nieliczni, być może po prostu z braku odpowiedniej wiedzy. Edukacja zdrowotna powinna stymulować tak zwane zachowania zdrowotne, przez które rozumie się takie zachowania, które na gruncie aktualnego stanu wiedzy mogą pociągać za sobą odpowiednie skutki zdrowotne dla osoby, która je realizuje (10). Być może, gdyby w naszym kraju funkcjonowała ona w sposób prawidłowy, takich ludzi, pomimo kosztów, byłoby więcej.

UBEZPIECZENIA A PROFILAKTYCZNA OCHRONA ZDROWIA

Nie ma praktycznie zainteresowania profilaktyczną opieką zdrowotną ze strony głównych ubezpieczycieli, jakimi są Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Bowiem stosowana przez ZUS prewencja rentowa stanowi rehabilitację leczniczą osób chorych (11,12). Niestety w tak zwanym odczuciu społecznym jest to po prostu działanie skierowane na odbieranie rent. Podobnie jest w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, obejmującej swoją działalnością środowisko wiejskie. Szerze omówienie tematyki przekracza ramy niniejszej pracy.

ZINTEGROWANA OPIEKA PROFILAKTYCZNA

Mogłaby ona być organizowana albo dla jednego zakładu albo w formie międzyzakładowej. Zdaję sobie także sprawę, że wymagałoby to zmiany szeregu aktów prawnych. I tak, w skład konglomeratu wchodzić powinny :

1. Jednostka podstawowa służby medycyny pracy, zdolna do zapewnienia opieki profilaktycznej podopiecznym, tzn.

zarówno badań lekarza uprawnionego jak i konsultacji oraz niezbędnych badań dodatkowych. Osobną, specjalną rolę, niewątpliwie większą niż obecnie, powinien odgrywać psycholog. Oczywiście – forma zatrudnienia konsultantów i jednostek wykonujących badania dodatkowe może być różna w zależności od przyjętych form organizacyjnych.

2. Służba BHP – liczba specjalistów (inspektorów) zależy od potrzeb i możliwości zakładu/zakładów pracy.

3. Higienista przemysłowy – dysponujący laboratorium środowiskowym, które mogłoby wykonywać stosowne badania w terminach obligatoryjnych oraz w razie jakiegokolwiek konieczności, związanej czy ze zmianą technologii czy ze skutkami awarii itp.

Tak zorganizowany zespół powinien być zarządzany przez kierownika, którym mógłby być zarówno lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną, jak psycholog czy specjalista BHP, czy wreszcie higienista przemysłowy. Najważniejsze jest bowiem, aby problemy zarządzania spoczywały w ręku jednej osoby.

Przy takim "konglomeracie" powinna działać Rada (Komisja) Bezpieczeństwa, w skład której wchodziłoby oczywiście: lekarz, specjalista BHP i higienista przemysłowy, a także przedstawiciele pracodawcy/pracodawców, związków zawodowych (lub przedstawiciele załogi) oraz przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (lub jego tak zwana osoba zaufania). Ta Komisja powinna być z jednej strony organem doradczym pracodawcy/pracodawców, a z drugiej strony powinna być wyposażona w pewne kompetencje, między innymi na przykład dotyczące opiniowania konieczności podwyższania (lub możliwości obniżania) składki w związku z warunkami pracy.

Działalność konglomeratu powinna być finansowana przez zakład/zakłady pracy oraz współfinansowana przez związki zawodowe oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych (i/lub KRUS).

Opisane zasady powinny obowiązywać nie tylko pracowników, ale wszystkich pracujących, niezależnie od formy zatrudnienia. Uzasadnieniem tego jest fakt, że w trakcie swojej pracy są oni (mogą być) narażeni na czynniki szkodliwe i uciążliwe, mogące powodować takie same choroby zawodowe, osoby takie ulegają takim samym wypadkom przy pracy i odprowadzają składki – a one w zależności od warunków pracy mogłyby być podwyższane lub pomniejszane, a ZUS czy KRUS jest, a przynajmniej powinien być, tak samo zainteresowany zdrowiem tych pracujących z prostej zasady – zdrowy nie musi pobierać renty.

OMÓWIENIE

Zdrowie pracujących jest niewątpliwie częścią zdrowia publicznego. Ono z kolei leży w interesie każdego człowieka. Dlatego w ciągu wieków w społeczeństwach stopniowo powstawały specjalne zawody, instytucje i służby, których celem było tworzenie i wdrażanie strategii poprawy stanu zdrowia obywateli oraz podejmowanie w tym zakresie działań prak-

tycznych. Działania te mają na celu zapobieganie chorobom, przywracanie zdrowia i jego promowanie, a także utrzymanie czystości środowiska. Nadal jest dużo do zrobienia w tej materii, ale na ogół działania podejmowane przynoszą dobre wyniki. Efektem takich działań jest między innymi poprawa warunków pracy (13). Robotnik (pracownik), podejmując się pełnienia określonej roli pracowniczej w zakładzie pracy lub wykonując ją na własny rachunek ma względnie dokładne wyobrażenie o zadaniach zawodowych, to znaczy na czym będą polegały i jak należy je wykonywać. W odniesieniu do zagadnień ochrony swojego zdrowia przed zagrożeniami oraz bezpieczeństwa pracy powinien mieć minimalny zasób wiedzy, jak należy zachowywać się prawidłowo a przynajmniej gotowość do takiego zachowania (14). Rozwój i przekształcenia w dziedzinie medycyny pracy i higieny pracy zawsze były związane ze zmianami gospodarczymi. Rynek pracy ulega znacznej zmianie – zwiększa się ilość osób samozatrudniających, społeczeństwa starzeją się, zmieniają się (aczkolwiek nie zawsze i nie wszędzie) technologie – są to niektóre czynniki, na które medycyna i higiena pracy musi reagować i do których obie dyscypliny powinny się elastycznie dostosować (15). Oznacza to, że pewne wiadomości na temat zagrożeń w miejscu pracy i ich skutków dla zdrowia powinien posiadać każdy pracujący w tym oczywiście zarządzający zakładem (5), szczególnie małej i średniej wielkości (16). W latach dziewięćdziesiątych w Polsce doszło do wielu zmian zarówno ustrojowych jak i w świadomości społeczeństwa. Zmieniły się także modele zachowań oraz modele organizacyjne, w tym również w zakresie ochrony zdrowia pracujących (17). Firmy zaczęły ograniczać swoją działalność do części zasadniczej, jaką jest produkcja wyrobu, czy określony rodzaj świadczeń. Pozostałe zadania kupują w innych firmach. Przykładem takiego postępowania jest przekształcenie przychodni międzyzakładowych w jednostki podstawowe służby medycyny pracy, które zawierają stosowne kontrakty z zakładami na sprawowanie opieki profilaktycznej, a zakres świadczeń zależy jedynie od kontraktu. (15). Możliwość takiej organizacji wynika z zasad prawnych, obowiązujących w naszym kraju (1,2,7). Niestety zasady te pomijają osoby pracujące na własny rachunek, w tym rolników indywidualnych. Co prawda mogą oni poddawać się badaniom profilaktycznym na własny koszt (9), ale w praktyce niewielu tak robi. Wynika to nie tylko z przyczyn ekonomicznych (koszty), ale braku uświadomienia sobie, że profilaktyka i promocja zdrowia mogą stanowić zysk, choć nie bezpośredni (18). Wyrazem nowego podejścia do kwestii zarządzania i organizacji jest kwestia integracji działań, to znaczy w zarządzaniu zdrowiem, bezpieczeństwem i środowiskiem w przedsiębiorstwie (Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Enterprise). Jest to z jednej strony problem rozpatrywania wszystkich wymienionych aspektów w sposób menadżerski, a z drugiej strony jakby zintegrowana opieka zdrowotna nad pracownikami. Poprawa stanu zdrowia pracowników skutkuje poprawą stanu bezpieczeństwa i odwrotnie. Poprawa jakości środowiska pracy

skutkuje poprawą stanu zdrowia tejże populacji (19). Dobra praktyka jest procesem ciągłej poprawy stanu zdrowia, środowiska i bezpieczeństwa w przedsiębiorstwie/zakładzie pracy. Proces ten ma na celu zachowanie dobrego zdrowia pracowników lub poprawę jego stanu poprzez zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym. Realizacja takich zasad powinna przynieść korzyści wszystkim: pracującym, pracodawcom, władzom lokalnym i centralnym (20).

PODSUMOWANIE

Przyszłością służby medycyny pracy oraz służb BHP powinna stać się zintegrowana opieka profilaktyczna nad pracującymi (a nie pracownikami) w rozumieniu obecnego Kodeksu pracy, w której należne miejsce powinien zająć oprócz lekarza (i innych fachowych pracowników) i specjalisty BHP także higienista przemysłowy, zawód niedoceniany, aczkolwiek z przyszłością, szczególnie w aspekcie akcesji Polski do Unii Europejskiej.

Koniecznością powinna stać się szersza współpraca Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie działań profilaktycznych (prewencyjnych) jeszcze na "szczeblu" zdrowia, to znaczy we wcześniejszym etapie, niż to jest obecnie. Moim zdaniem Polskie Towarzystwo Higienistów Przemysłowych oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy, a także powstające stowarzyszenia pracowników służb BHP i inne tego typu oraz oczywiście ZUS i KRUS powinny połączyć swoje wysiłki dla odpowiednich zmian w legislacji, zmierzających do powstania zintegrowanej opieki profilaktycznej nad wszystkimi pracującymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU 1997, nr 96, poz. 593.
2. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach. DzU 2001, nr 126, poz. 1384.
3. Spijkerboer-Mons A.C.M., Plomp H.N., Kroon P.J.: The occupational physician as organisation – consultant : a new model. J. UOEH 1992; 14 Supl.: 255–257.
4. Hasegawa M.: Zero accident campaign and hazard prediction training. J. UOEH 1992; 14 Supl.: 49–64.
5. Szozda R., Kropiwnicki J.: Wiadomości ogólne dotyczące środowiska pracy jako konieczny element wykształcenia współczesnego inżyniera w aspekcie przyszłego członkostwa w Unii Europejskiej. Wydawnictwo Stałego Komitetu Kongresów Technologii Chemicznej, Gliwice 2000, ss. 805–808.
6. Szozda R.: Przed i podyplomowe kształcenie w zakresie higieny (i medycyny) pracy na niemedycznych kierunkach studiów. Med. Pr. 2002, 1, 95–99.
7. Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy. DzU 1996, nr 24, poz. 110.
8. Kopias J.: Zasady organizowania i sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. W: Byczkowska Z., Dawydzik L. (red).

- Medycyna pracy w praktyce lekarskiej. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999, ss. 48–60.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie wykonywania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej w stosunku do osób objętych tą opieką na swój wniosek. DzU 1997, nr 120, poz. 766.
 10. Gniazdowski A.: Edukacja zdrowotna. W: Indulski J., Jethon Z., Dawydzik L. (red). Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000, ss. 321–330.
 11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą, finansowania bazy leczniczo-technicznej ośrodków rehabilitacyjnych oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne. DzU 1999, nr 101, poz. 1179.
 12. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i oddziałów stomatologii akademii medycznych. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2001.
 13. White K.L.: Wstęp. W: Indulski J. Jethon Z., Dawydzik L. (red): Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000, 9–21.
 14. O'Sullivan J.J. : Understanding the principles of prevention. J. UOEH 1992; 14 Supl.: 165–167.
 15. Rydzyński K., Michalak J.: Przemiany gospodarcze i ich znaczenie dla medycyny pracy. Med. Pr. 2002; 1: 5–13.
 16. Frimat P., Mereau M., Vaxevanoglou X., Furon D.: New approaches about training i hygiene and safety for future heads of small and medium enterprises. J. UOEH 1992; 14 Supl.: 175–178.
 17. Dawydzik L.: System ochrony pracujących w Polsce. W: Byczkowska Z., Dawydzik L. (red). Medycyna pracy w praktyce lekarskiej. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999, 29–47.
 18. Szozda R.: Profilaktyka i promocja zdrowia – czy i dla kogo stanowią zysk? Wiad. Lek. 2002; 55 Supl. 1: 496–500.
 19. 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”; 23–24 września 2001, Łódź.
 20. Westerholm P., Barański B. (red): Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. WHO/EURO, Bilthoven 1999.