

ISSN 1731-8971



# PREWENCJA i REHABILITACJA

kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 1 (35)

2014

# PREWENCJA i REHABILITACJA

## Spis treści

- 1** **Milionowy pacjent – to zobowiązuje**  
— *Anna Sójka*
- 4** **Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w 2013 roku**  
— *Małgorzata Nietopiel*
- 18** **Praca przy monitorach ekranowych**
- 24** **Prawne aspekty oceny ryzyka zawodowego**  
— *Grażyna Ślawska*
- 37** **Program dofinansowania przedsiębiorstw**
- 38** **Wydarzenia, opinie – 2013**  
— *Irena Sajkowska*



18 lat temu Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpoczął prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Za dwa lata będzie obchodził okrągły jubileusz, ale w 2013 r. w kontekście prowadzonego przez ZUS programu padła inna okrągła liczba. Do jednego z ośrodków rehabilitacyjnych, z którym Zakład ma zawartą umowę na świadczenie usług rehabilitacyjnych, przyjechał milionowy pacjent.

Dokładniej była to pacjentka. 22 listopada 2013 r. do uzdrowiska „Solanki” w Inowrocławiu na turnus rehabilitacyjny dla osób po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego przyjechała m.in. pani Halina Mizera. Milionowa pacjentka. Z tej okazji Zakład Ubezpieczeń Społecznych przygotował niespodziankę. Na uroczystym spotkaniu, które było ogromnym zaskoczeniem dla uczestniczek turnusu, w obecności przedstawiciela ośrodka rehabilitacyjnego „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław prezesa Tadeusza Chęsy i zastępcy prezydenta Inowrocławia Wojciecha Piniewskiego, pani Elżbieta Łopacińska – członek zarządu ZUS, oraz Małgorzata Nietopiel – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji, wyróżniły w imieniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zestawami upominków dwie pacjentki: milionową – panią Halinę Mizerę i milion pierwszą – panią Annę Glejzer.



Dolny rząd (od lewej): Małgorzata Nietopiel, Halina Mizera, Elżbieta Łopacińska. Górny rząd (od lewej): Wojciech Piniewski, Tadeusz Chęsy.

Fot.: M. Dąbrowska

Pisząc o milionowym pacjencie, można sobie wyobrazić populację całkiem sporego miasta. W chwili obecnej ponad milion osób, które skorzystały na

przestrzeni lat z programu rehabilitacji leczniczej, miało szansę na poprawę stanu zdrowia oraz powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym.

Należy podkreślić, iż celem prowadzonego programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest położenie nacisku na kompleksowy charakter rehabilitacji oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na jej rozpoczęcie, tak aby jak najwcześniej skierować do ośrodka osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Im wcześniej zostanie rozpoczęty ten proces, tym lepsze efekty można uzyskać. Indywidualnie ustalany program rehabilitacji uwzględnia przede wszystkim powstałą w wyniku choroby dysfunkcję organizmu, aktualną wydolność oraz schorzenia współistniejące.

Wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu rehabilitacji leczniczej oraz współpraca ze specjalistami z zakresu schorzeń objętych programem gwarantuje jakość świadczonych usług. Wymagania stawiane ośrodkom rehabilitacyjnym podlegały na przestrzeni tych 18 lat ewolucji, uwzględniając najnowsze osiągnięcia w tych dziedzinach medycyny, które są podstawą prowadzonej rehabilitacji leczniczej.

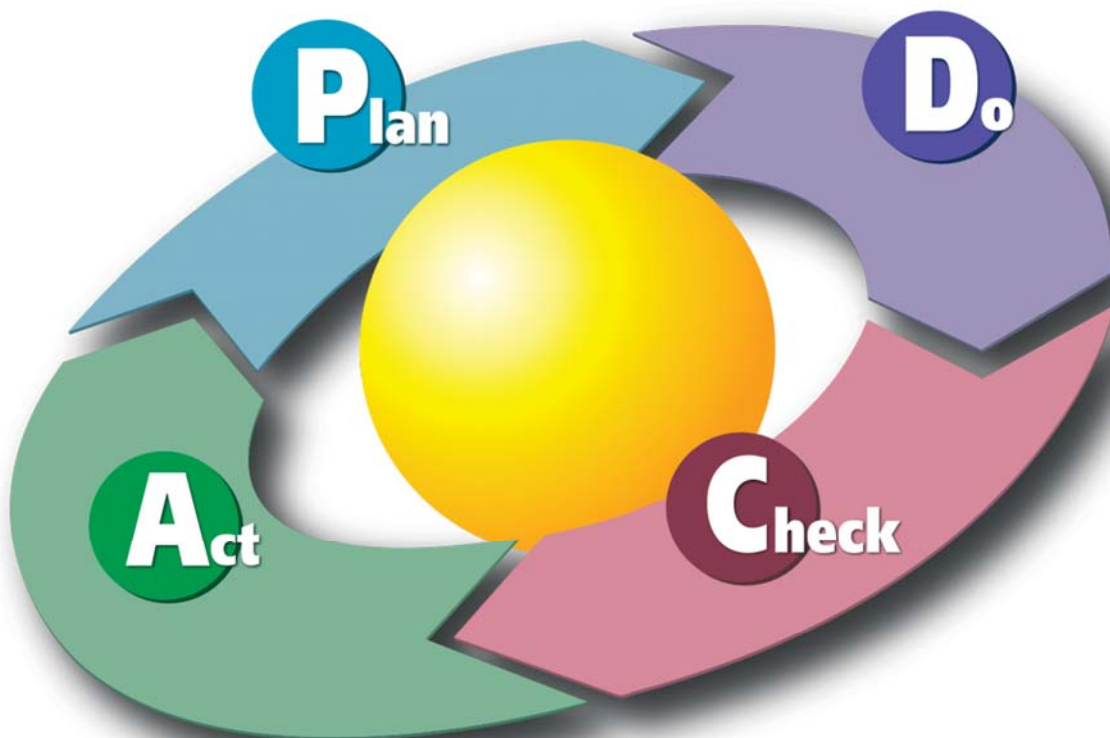
Wspominaliśmy o osiemnastolecu prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej. Możemy już zatem mówić o osiągnięciu „pełnoletności”. Jest to dobry moment na prezentację podejścia do organizacji procesów związanych z prowadzoną przez Zakład rehabilitacją leczniczą. Zwiększając przez te 18 lat liczbę osób, które skorzystały z rehabilitacji, oraz poszerzając sukcesywnie ofertę profili, w których jest prowadzona, Zakład Ubezpieczeń Społecznych doskonalił sposób organizacji programu.

W przyjętej na lata 2010–2012 strategii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych postawił sobie za nadrzędny cel zwiększenie satysfakcji klientów ze świadczonych usług, m.in. poprzez:

(ang. **Act**). Model ten spopularyzował dr William Edwards Deming, uważany za prekursora nowoczesnego zarządzania, stąd bywa on nazywany także kołem Deminga.

Rysunek

Koło Deminga. Etapy realizacji zadań lub procesów w modelu PDCA



- wprowadzenie zarządzania procesowego i organizacji zasobów,
- elektronizację kontaktów klientów z ZUS,
- zachowanie przejrzystości i efektywności gospodarowania środkami publicznymi.

Efektem takiego podejścia było wprowadzenie zarządzania przez jakość. Znalazło to odzwierciedlenie także w organizacji procesów z obszaru rehabilitacji leczniczej. Przy ich projektowaniu i wdrażaniu wykorzystano model **PDCA**.

Idea tego modelu polega na zastosowaniu odpowiedniego podejścia do realizacji zadań lub procesów. W pierwszym etapie ustalamy, co chcemy osiągnąć – **Zaplanuj** (ang. *Plan*), następnie realizujemy to, co zaplanowaliśmy – **Zrealizuj** (ang. *Do*), potem sprawdzamy, czy wyniki naszych działań są zgodne z tym, co chcieliśmy osiągnąć – **Sprawdzaj** (ang. *Check*) i na końcu wprowadzamy odpowiednie działania doskonalące, adekwatne do wyników sprawdzenia efektów działań – **Działaj/Usprawniaj**

Oparcie optymalizacji procesu kierowania na rehabilitację leczniczą na modelu PDCA pozwoliło na wdrażanie kompleksowo zaplanowanych działań, ich monitorowanie oraz sprawne wprowadzanie ewentualnych zmian.

Opracowując model procesu kierowania na rehabilitację, wzięto pod uwagę dwie perspektywy:

- satysfakcji klienta,
- optymalnego wykorzystania zasobów organizacji.

Przyjęta perspektywa klienta narzuciła rozwiązania, które wpływają na podniesienie jakości świadczonych usług oraz wzrost satysfakcji klienta, m.in. poprzez możliwość wyboru przez osobę kierowaną terminu i ośrodka rehabilitacji, skrócenie czasu obsługi wniosku, możliwość uzyskania skierowania bezpośrednio po badaniu u lekarza orzecznika. Ponadto dzięki identyfikacji osób po wypadkach przy pracy są one kierowane na rehabilitację leczniczą w pierwszej kolejności.

Z perspektywy organizacji przyjęto rozwiązania, które usprawniają gromadzenie informacji niezbędnych do realizacji procesu kierowania, ułatwiają analizę zebranych danych, ułatwiają wprowadzanie zmian w kolejności przebiegu procesu, umożliwiają szybki dostęp do zasobów wiedzy oraz bieżące monitorowanie zarówno całego procesu, jak i jego poszczególnych etapów. Każdy pracownik Zakładu, dzięki aplikacji systemu informatycznego, ma dostęp do wszystkich potrzebnych mu danych i informacji, zgodnie z funkcją, jaką pełni w organizacji. Ma możliwość generowania odpowiedzi poprzez korzystanie z gotowych szablonów. Wykorzystanie tego narzędzia wpłynęło na automatyzację procesu kierowania na rehabilitację oraz skróciło czas jego realizacji.

W celu uzyskania optymalnych efektów przyjęto kompleksowe podejście do procesu kierowania, oparte na integracji kilku elementów:

- monitorowania przyczyn niezdolności do pracy i poszerzania w miarę potrzeb prowadzonego programu rehabilitacji o kolejne profile schorzeń,
- realizowania spójnej polityki informacyjnej dotyczącej prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej,
- zaprojektowania i wdrożenia narzędzia informatycznego wspomagającego realizację zadań związanych z rehabilitacją leczniczą.

## Zastosowanie modelu PDCA w procesie kierowania na rehabilitację

### Plan

- Podniesienie poziomu satysfakcji klientów.
- Zwiększenie efektywności prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej.
- Efektywna alokacja posiadanych zasobów.
- Poprawa zdolności operacyjnych i administracyjnych.

### Do

- Decentralizacja procesu kierowania na rehabilitację.
- Wprowadzenie w oddziałach ZUS jednolitego trybu postępowania związanego z kierowaniem na rehabilitację.
- Realizowanie spójnej polityki informacyjnej dotyczącej prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej.

### Check

- Analiza wyników osiągniętych w poprzednim etapie.
- Monitorowanie przebiegu procesu kierowania na rehabilitację.

- Wprowadzenie do polityki obszarowej mierników badających średni czas załatwiania wniosku oraz efektywność kierowania na rehabilitację.

- Monitorowanie przyczyn niezdolności do pracy i poszerzania w miarę potrzeb prowadzonego programu rehabilitacji o kolejne profile schorzeń.

### Act

- Modyfikacja aplikacji WL – możliwość sprawdzenia podlegania ubezpieczeniu z poziomu użytkownika aplikacji.

- Modyfikacja sposobu postępowania pracowników wydziałów orzecznictwa lekarskiego i prewencji w zakresie procesu kierowania na rehabilitację – wprowadzenie nowej procedury.

- Zwiększenie udziału osób, które skorzystają z rehabilitacji leczniczej jeszcze przed pobieraniem świadczeń długoterminowych.

- Przygotowanie do wprowadzenia nowego profilu rehabilitacji dla osób ze schorzeniami narządu głosu – pilotaż.

Przyjęte rozwiązania dają możliwość optymalizacji procesu kierowania na rehabilitację, skutecznego i efektywnego planowania działań, monitorowania ich realizacji oraz bieżącego wprowadzania zmian i szybkiej reakcji na ewentualną zmianę zapotrzebowania, np. na liczbę miejsc w danym profilu schorzeń. Pozwalają na celowe i oszczędne gospodarowanie środkami publicznymi z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

Milionowy pacjent – to zobowiązuje, dlatego też Zakład Ubezpieczeń Społecznych, prowadząc program rehabilitacji leczniczej, dba o jakość świadczonych usług, poddając ich realizację w ośrodkach rehabilitacyjnych systematycznej kontroli.

Nastawienie na satysfakcję klienta oraz nowoczesne metody zarządzania w obszarze rehabilitacji leczniczej wpisują się w misję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, której celem jest sprawna, przyjazna i rzetelna obsługa klientów realizowana z poszanowaniem zasad racjonalnego i przejrzystego gospodarowania środkami publicznymi, wykorzystująca nowoczesne technologie i potencjał pracowników.

Wyrazem uznania dla wysiłków podejmowanych przez Zakład jest przyznanie w ubiegłorocznym konkursie „Dobre Praktyki dla Europy 2013”, organizowanym przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego ISSA, certyfikatu umiejętności z wyróżnieniem specjalnym dla projektu „Optymalizacja procesu kierowania na rehabilitację leczniczą”.

**Anna Sójka**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji



# Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w 2013 roku

Podstawą prawną do prowadzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacji leczniczej jest delegacja ustawowa zawarta w art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>1</sup> oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>2</sup>.

Celem programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez Zakład jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Program skierowany jest do osób ubezpieczonych:

- zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Mając na względzie cel rehabilitacji, przy wydawaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej lekarz orzecznik bierze pod uwagę w szczególności:

- charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu,
- stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby,
- wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy.

Rehabilitacja lecznicza jest prowadzona w schorzeniach, które stanowią najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy, a tym samym generują największe koszty dla systemu ubezpieczeń społecznych.

Zakład kieruje obecnie na rehabilitację leczniczą:

- na pobyt stacjonarny w schorzeniach:

- narządu ruchu,
- układu krążenia,
- układu oddechowego,
- psychosomatycznych,
- onkologicznych – po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
- narządu głosu – program pilotażowy,
- na pobyt ambulatoryjny w schorzeniach:
  - narządu ruchu,
  - układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie.

W okresie od stycznia do grudnia 2013 roku koszty Zakładu na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wyniosły 176 929 604,21 zł. W kwocie tej zawarte są m.in. koszty leczenia, zakwaterowania i wyżywienia oraz dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

Rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w 2013 roku ukończyło 73 425 osób. W populacji tej dominowały osoby ze schorzeniami narządu ruchu. Z powodu tych chorób leczeniu rehabilitacyjnemu poddano 58,9 tys. osób, z czego 52,6 tys. w systemie stacjonarnym i 6,3 tys. w systemie ambulatoryjnym. Drugą pod względem liczebności grupę rehabilitowanych stanowiły osoby z chorobami układu krążenia. Z powodu tych schorzeń rehabilitację odbyło 7,1 tys. osób. Z rehabilitacji skorzystało także 4,2 tys. osób z chorobami psychosomatycznymi i 2,0 tys. osób z chorobami układu oddechowego. W schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego rehabilitacji poddano ponad 1,2 tys. osób, natomiast w ramach programu pilotażowego w schorzeniach narządu głosu rehabilitację ukończyło 10 ubezpieczonych.

<sup>1</sup> t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585.

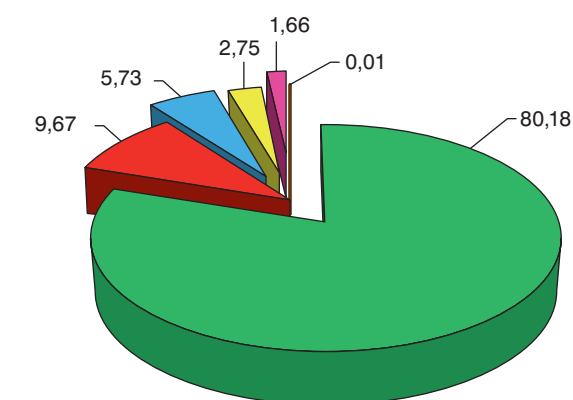
<sup>2</sup> Dz.U. z 2001 r. nr 131, poz. 1457.

Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 r., w podziale na schorzenia i system rehabilitacji

Lp.	Schorzenia	System		Ogółem	
		stacjonarny	ambulatoryjny	liczba	w odsetkach (w %)
1	narządu ruchu	52 606	6 263	58 869	80,18
2	układu krążenia	6 601	500*	7 101	9,67
3	psychosomatyczne	4 206		4 206	5,73
4	układu oddechowego	2 019		2 019	2,75
5	onkologiczne	1 220		1 220	1,66
6	narządu głosu	10		10	0,01
<b>Ogółem</b>		<b>66 662</b>	<b>6 763</b>	<b>73 425</b>	<b>100,00</b>

\* w tym 190 osób rehabilitowanych w układzie krążenia monitorowanym telemedycznie.

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

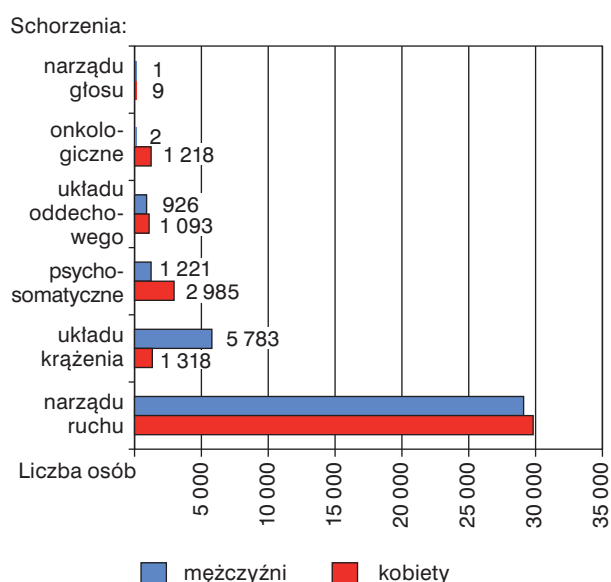
Wykres 1  
Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według rodzajów schorzeń (w %)

Schorzenia:

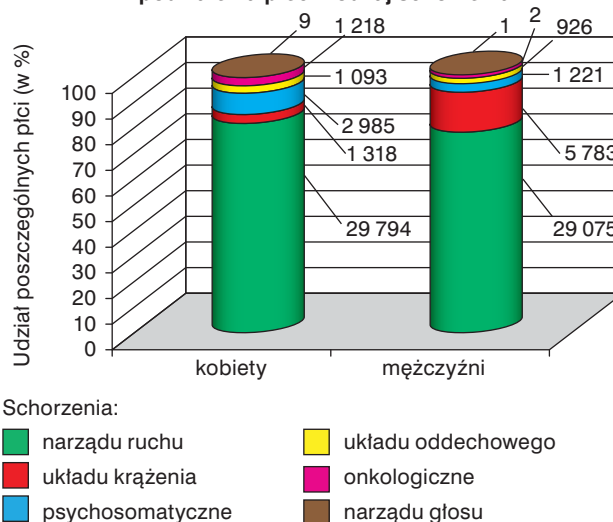
- narządu ruchu
- układu krążenia
- psychosomatyczne
- układu oddechowego
- onkologiczne
- narządu głosu

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W grupie ubezpieczonych poddanych rehabilitacji leczniczej nieznacznie przeważali mężczyźni – 50,4% osób rehabilitowanych. Kobiety poddanych rehabilitacji w tym czasie było 36 417, co stanowi 49,6% ogółu. Mężczyźni dominowali w grupie chorób układu krążenia, stanowili 81,4% rehabilitowanych kardiologicznie. Kobiety przeważały w pozostałych grupach schorzeń. W najliczniejszej grupie chorób narządu ruchu odsetek ten wynosił 50,6%. Na poziomie 54,1% kształtował się odsetek kobiet w grupie chorób układu oddechowego. Najwyższy, bo 99,8%, udział kobiet odnotowano wśród osób z chorobami onkologicznymi po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego oraz wśród osób z chorobami psychosomatycznymi, gdzie kobiety stanowiły 71,0% tej grupy. W rozpoczętym w listopadzie 2013 roku pilotażowym programie rehabilitacji w schorzeniach narządu głosu udział wzięło 9 kobiet i 1 mężczyzna.

Wykres 2  
Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 r. w podziale na rodzaj schorzenia i płeć

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 3  
Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w podziale na płeć i rodzaj schorzenia

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wśród osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2013 roku zdecydowaną większość, bo 96,8%, stanowiły osoby, u których niezdolność do pracy nie była spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Następstwa wypadków przy pracy były powodem rehabilitacji 3,1% analizowanej populacji, a skutki chorób zawodowych – 0,1% tejże populacji.

Tabela 2

**Rehabilitowani w 2013 r. według grup schorzeń, w następstwie których zostali poddani rehabilitacji leczniczej, oraz okoliczności powstania niezdolności do pracy**

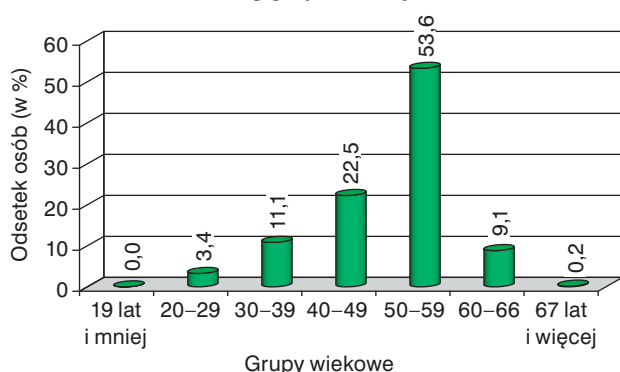
Schorzenia	Rehabilitowani ogółem		w tym rehabilitowani z powodu schorzeń powstałych w związku z:			
			wypadkami przy pracy		chorobami zawodowymi	
	liczba	w odsetkach (w %)	liczba	w odsetkach (w %)	liczba	w odsetkach (w %)
narządu ruchu	58 869	80,2	2 243	98,5	56	71,8
układu krążenia	7 101	9,7	13	0,6		0,0
psycho-somatyczne	4 206	5,7	18	0,8		0,0
układu oddechowego	2 019	2,7	3	0,1	22	28,2
onkologiczne	1 220	1,7		0,0		0,0
narządu głosu	10	0,0		0,0		0,0
<b>Ogółem</b>	<b>73 425</b>	<b>100,0</b>	<b>2 277</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Najlichnějšíą grupą wśród ubezpieczonych, którzy ukończyli rehabilitację leczniczą w 2013 roku, były osoby w wieku 50–59 lat. Ubezpieczeni z tej grupy wiekowej stanowili 53,6% ogółu rehabilitowanych w ramach prewencji rentowej. Drugą w kolejności grupę tworzyły osoby pomiędzy 40. a 49. rokiem życia, które stanowiły 22,5%.

Wykres 4

**Odsetek osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według grup wiekowych**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Tabela 3

**Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 r., w podziale na grupy wiekowe i płeć**

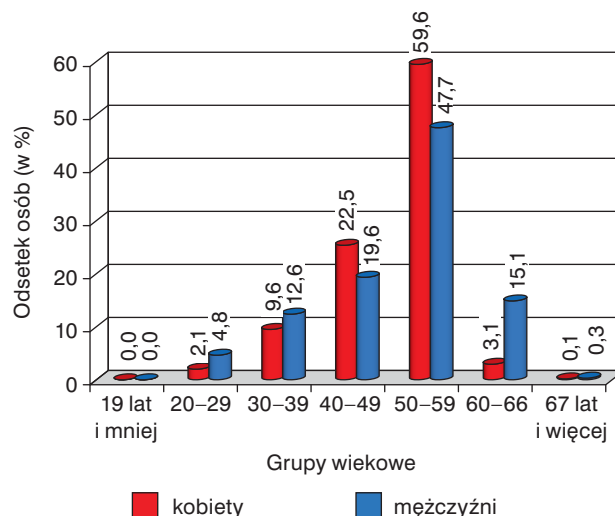
Grupy wiekowe	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
19 lat i mniej	6	12	18
20–29	757	1 774	2 531
30–39	3 501	4 656	8 157
40–49	9 279	7 242	16 521
50–59	21 715	17 648	39 363
60–66	1 113	5 580	6 693
67 lat i więcej	46	96	142
<b>Średni wiek</b>	<b>50,1</b>	<b>50,2</b>	<b>50,2</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Podobne tendencje można zauważyć, rozpatrując populację ubezpieczonych, którzy ukończyli rehabilitację leczniczą, według płci. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn najlichnějšíą reprezentowaną grupę tworzyły osoby w wieku 50–59 lat. Jednakże udział procentowy mężczyzn w tej grupie wiekowej w stosunku do wszystkich osób danej płci (47,7%) jest mniejszy niż kobiet (około 59,6%).

Wykres 5

**Odsetek osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w poszczególnych grupach wiekowych, w podziale na płeć**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Średni wiek ubezpieczonych, którzy ukończyli rehabilitację w 2013 roku, wynosił nieco ponad 50 lat: dla mężczyzn – 50,2, dla kobiet – 50,1 lat. Najstarszą grupę wiekową stanowili rehabilitowani z powodu chorób układu krążenia – wiek ich wynosił ponad 54 lata. Średni wiek mężczyzn w tej grupie wynosił 55,2 lat, a kobiet 53,3 lat. Najmłodszą grupę wiekową tworzyli rehabilitowani w schorzeniach psychosomatycznych i schorzeniach narządu głosu. W grupach tych średni wiek wyniósł 49 lat. W najlichnějšíej grupie rehabilitowanych z powodu chorób narządu ruchu średni wiek mężczyzn wyniósł 49,1 lat, a kobiet – 50 lat.



Tabela 4

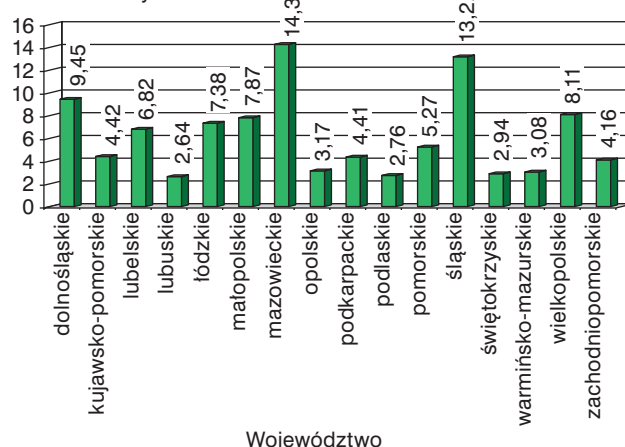
**Struktura wiekowa osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według rodzajów schorzeń w podziale na grupy wiekowe (w momencie rozpoczęcia rehabilitacji) i płeć**

Grupy wiekowe	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
<b>Schorzenia narządu ruchu</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
19 lat i mniej	0,0%	0,0%	0,0%
20–29	2,0%	5,9%	4,0%
30–39	10,0%	14,8%	12,4%
40–49	25,3%	21,0%	23,2%
50–59	59,0%	44,1%	51,6%
60–66	3,3%	13,9%	8,5%
67 lat i więcej	0,1%	0,2%	0,2%
<b>Średni wiek</b>	<b>50,0</b>	<b>49,1</b>	<b>49,6</b>
<b>Schorzenia układu krążenia</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
20–29	2,0%	0,3%	0,3%
30–39	2,2%	2,0%	2,0%
40–49	16,3%	12,2%	12,9%
50–59	77,3%	63,8%	66,3%
60–66	3,7%	21,4%	18,2%
67 lat i więcej	0,2%	0,3%	0,3%
<b>Średni wiek</b>	<b>53,3</b>	<b>55,2</b>	<b>54,8</b>
<b>Schorzenia psychosomatyczne</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
20–29	2,4%	3,0%	2,6%
30–39	12,0%	13,1%	12,3%
40–49	30,6%	22,3%	28,2%
50–59	54,5%	51,2%	53,6%
60–66	0,5%	10,4%	3,4%
<b>Średni wiek</b>	<b>48,6</b>	<b>49,9</b>	<b>49,0</b>
<b>Schorzenia układu oddechowego</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
20–29	1,5%	1,3%	1,4%
30–39	5,9%	7,8%	6,7%
40–49	26,3%	17,0%	22,0%
50–59	64,3%	54,2%	59,7%
60–66	1,8%	19,3%	9,9%
67 lat i więcej	0,2%	0,4%	0,3%
<b>Średni wiek</b>	<b>50,8</b>	<b>52,9</b>	<b>51,7</b>
<b>Schorzenia onkologiczne</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
20–29	0,2%	0,0%	0,2%
30–39	4,9%	0,0%	4,9%
40–49	25,2%	0,0%	25,2%
50–59	65,2%	50,0%	65,2%
60–66	4,3%	50,0%	4,3%
67 lat i więcej	0,2%	0,0%	0,2%
<b>Średni wiek</b>	<b>51,6</b>	<b>58,0</b>	<b>51,6</b>
<b>Schorzenia narządu głosu</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
40–49	55,6%	100,0%	60,0%
50–59	44,4%	0,0%	40,0%
<b>Średni wiek</b>	<b>49,4</b>	<b>43,0</b>	<b>48,8</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Analizując populację rehabilitowanych według województw odpowiadających miejscu zamieszkania, można stwierdzić fakt najczęstszego kierowania na rehabilitację mieszkańców województw: mazowieckiego, śląskiego i dolnośląskiego. Stanowią oni łącznie prawie 40% wszystkich osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2013 roku.

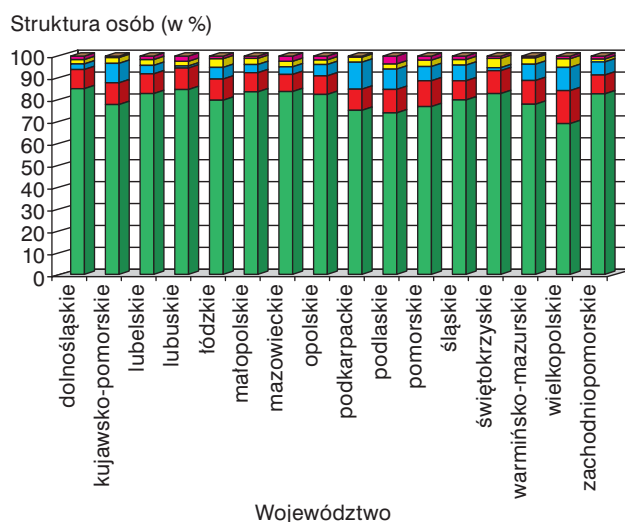
Wykres 6  
**Odsetek osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według województw odpowiadających miejscu zamieszkania**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Najwięcej osób ze schorzeniami narządu ruchu zostało skierowanych z województw: mazowieckiego, śląskiego i dolnośląskiego. Schorzenia układu krążenia dominowały u osób zamieszkujących województwa: wielkopolskie, śląskie i mazowieckie.

Wykres 7  
**Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według województw odpowiadających miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem rodzajów schorzeń**

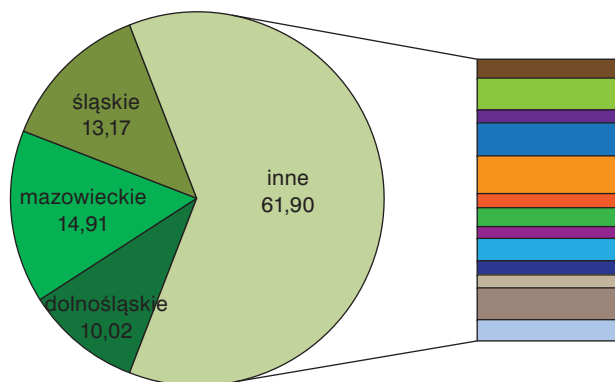


Schorzenia:  
■ narządu ruchu  
■ układu krążenia  
■ psychosomatyczne  
■ układu oddechowego  
■ onkologiczne  
■ narządu głosu

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 8

**Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w schorzeniach narządu ruchu według województw miejsca zamieszkania (w %)**



Województwo:

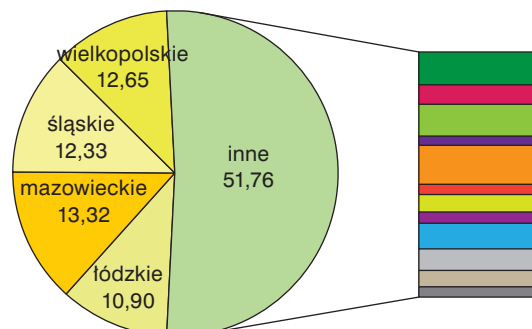


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W grupie osób z chorobami układu oddechowego przeważali mieszkańcy województw: mazowieckiego, wielkopolskiego, śląskiego i łódzkiego.

Wykres 10

**Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w schorzeniach układu oddechowego według województw miejsca zamieszkania (w %)**



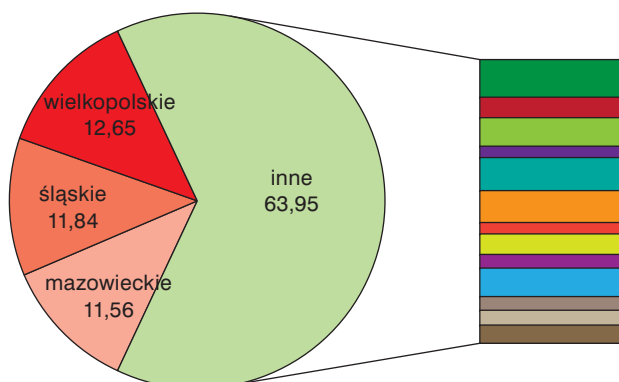
Województwo:



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 9

**Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w schorzeniach układu krążenia według województw miejsca zamieszkania (w %)**



Województwo:

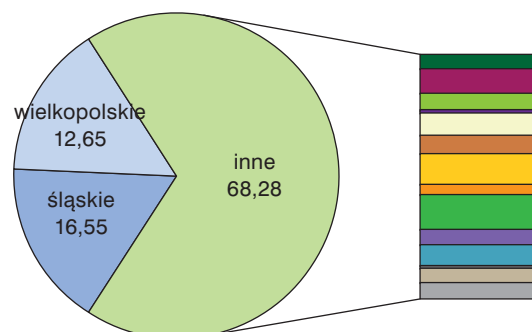


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W grupie osób ze schorzeniami psychosomatycznymi przeważali mieszkańcy województw: śląskiego i wielkopolskiego.

Wykres 11

**Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w schorzeniach psychosomatycznych według województw miejsca zamieszkania (w %)**



Województwo:

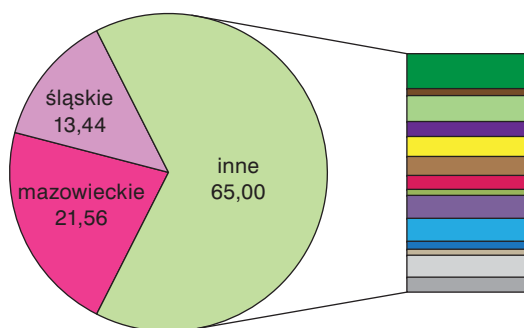


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W grupie osób ze schorzeniami onkologicznymi przeważali mieszkańcy województw: mazowieckiego i śląskiego.

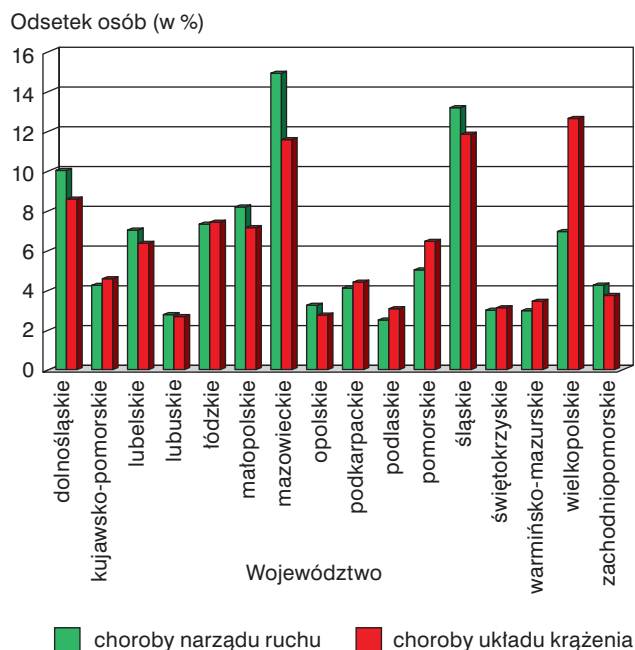
Wykres 13

Wykres 12  
Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego według województw miejsca zamieszkania (w %)



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 13  
Struktura porównawcza osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. z powodu chorób narządu ruchu oraz układu krążenia w podziale na województwa miejsca zamieszkania (w %)



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Szczegółowe dane dotyczące osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 roku, według województwa miejsca zamieszkania w poszczególnych rodzajach schorzeń prezentują tabelę poniżej.

Tabela 5

Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 r., według rodzajów schorzeń oraz województwa miejsca zamieszkania

Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddechowego	onkologiczne	narządu głosu	
dolnośląskie	5 900	610	174	141	117		6 942
kujawsko-pomorskie	2 524	326	287	85	25	1	3 248
lubelskie	4 146	452	193	134	86		5 011
lubuskie	1 643	191	17	42	49		1 942
łódzkie	4 318	527	287	220	68	1	5 421
małopolskie	4 828	508	213	164	63	2	5 778
mazowieckie	8 778	821	363	269	263	3	10 497
opolskie	1 916	198	121	48	44		2 327
podkarpackie	2 428	314	399	72	22		3 235
podlaskie	1 499	219	187	48	76		2 029
pomorskie	2 969	460	252	110	77	1	3 869
śląskie	7 754	841	696	249	164	1	9 705
świętokrzyskie	1 787	224	28	94	25		2 158
warmińsko-mazurskie	1 757	246	168	68	20		2 259
wielkopolskie	4 104	898	638	236	76	1	5 953
zachodniopomorskie	2 518	266	183	39	45		3 051
<b>Ogółem</b>	<b>58 869</b>	<b>7 101</b>	<b>4 206</b>	<b>2 019</b>	<b>1 220</b>	<b>10</b>	<b>73 425</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

## Odsetek osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według rodzajów schorzeń oraz województwa miejsca zamieszkania (w %)

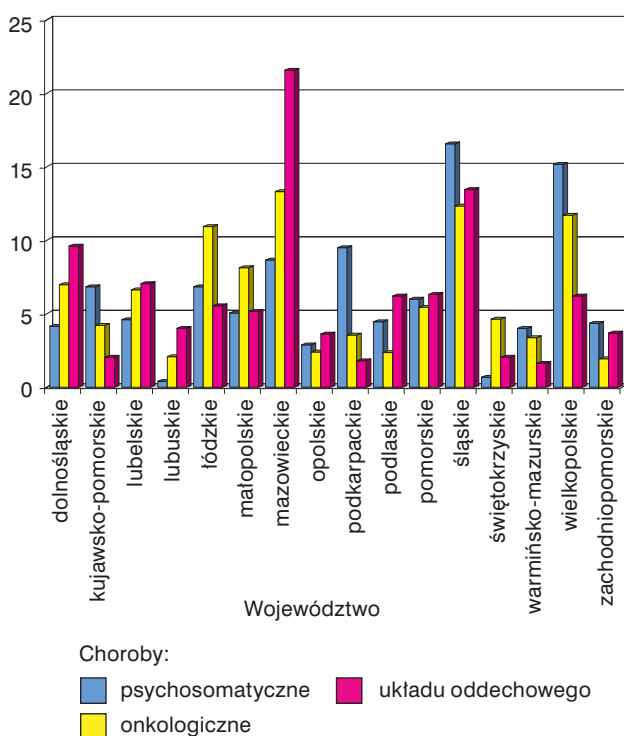
Województwo	Schorzenia						Ogółem
	narządu ruchu	układu krążenia	psycho-somatyczne	układu oddechowego	onkologiczne	narządu głosu	
dolnośląskie	84,99	8,79	2,51	2,03	1,69	0,00	100
kujawsko-pomorskie	77,71	10,04	8,84	2,62	0,77	0,03	100
lubelskie	82,74	9,02	3,85	2,67	1,72	0,00	100
lubuskie	84,60	9,84	0,88	2,16	2,52	0,00	100
łódzkie	79,65	9,72	5,29	4,06	1,25	0,02	100
małopolskie	83,56	8,79	3,69	2,84	1,09	0,03	100
mazowieckie	83,62	7,82	3,46	2,56	2,51	0,03	100
opolskie	82,34	8,51	5,20	2,06	1,89	0,00	100
podkarpackie	75,05	9,71	12,33	2,23	0,68	0,00	100
podlaskie	73,88	10,79	9,22	2,37	3,75	0,00	100
pomorskie	76,74	11,89	6,51	2,84	1,99	0,03	100
śląskie	79,90	8,67	7,17	2,57	1,69	0,01	100
świętokrzyskie	82,81	10,38	1,30	4,36	1,16	0,00	100
warmińsko-mazurskie	77,78	10,89	7,44	3,01	0,89	0,00	100
wielkopolskie	68,94	15,08	10,72	3,96	1,28	0,02	100
zachodniopomorskie	82,53	8,72	6,00	1,28	1,47	0,00	100
<b>Ogółem</b>	<b>80,18</b>	<b>9,67</b>	<b>5,73</b>	<b>2,75</b>	<b>1,66</b>	<b>0,01</b>	<b>100</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 14

**Struktura porównawcza osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. z powodu chorób psychosomatycznych, układu oddechowego i po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego w podziale na województwa miejsca zamieszkania (w %)**

Odsetek osób (w %)



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Analiza rodzaju schorzeń, które były przyczyną skierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w 2013 roku, jednoznacznie wskazuje, że najczęstszą przyczyną rehabilitacji były schorzenia narządu ruchu, a wśród nich choroby kręzka międzykręgowego – M51. Choroby te stanowiły podstawę skierowania na rehabilitację 12 310 osób, co stanowiło 20,9% osób poddanych rehabilitacji leczniczej narządu ruchu. Kolejnym schorzeniem będącym przyczyną rehabilitacji 17,6% ubezpieczonych rehabilitowanych w tej grupie schorzeń były zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa – M47. Chorobę tę odnotowano u 10 386 osób rehabilitowanych. W schorzeniach układu krążenia dominowały osoby z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca: I20–I25. Według rozpoznania lekarzy orzeczników w tej grupie schorzeń, choroby te w blisko 77% były przyczyną skierowania na rehabilitację (5458 przypadków). W grupie schorzeń układu oddechowego przeważały: dychawica oskrzelowa – J45 oraz inna przewlekła zaporowa choroba płuc – J44. W 2013 roku 899 orzeczeń wskazywało jako przyczynę rehabilitacji dychawicę oskrzelową – J45, co stanowi 44,5% osób poddanych rehabilitacji układu oddechowego, natomiast inne przewlekłe zaporowe choroby płuc – J44, zostały stwierdzone w 468 przypadkach, co stanowi 23,2% osób rehabilitowanych z powodu schorzeń układu oddechowego. Na rehabilitację z powodu schorzeń psychosomatycznych kierowane były najczęściej osoby z rozpoznaniem F43 – reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne.

## Ubezpieczeni poddani rehabilitacji w 2013 r. w podziale na schorzenia, z uwzględnieniem klasyfikacji ICD-10

Schorzenia	Nr statystyczny choroby (według ICD-10), która była najczęstszą przyczyną rehabilitacji	Liczba osób poddanych rehabilitacji	Odsetek osób w ogólnej liczbie danego schorzenia (w %)	Odsetek osób w ogólnej liczbie osób poddanych rehabilitacji (w %)
narządu ruchu ogółem z tego		<b>58 869</b>		<b>80,18</b>
	M51	12 310	20,9	16,77
	M47	10 386	17,6	14,15
	G54	8 406	14,3	11,45
układu krążenia ogółem z tego		<b>7 101</b>		<b>9,67</b>
	I25	5 109	71,9	6,96
	I10	602	8,5	0,82
	I20	349	4,9	0,48
psychosomatyczne ogółem z tego		<b>4 206</b>		<b>5,73</b>
	F43	1 305	31,0	1,78
	F41	983	23,4	1,34
	F32	662	15,7	0,90
układu oddechowego ogółem z tego		<b>2 019</b>		<b>2,75</b>
	J45	899	44,5	1,23
	J44	468	23,2	0,64
	J37	152	7,5	0,21
onkologiczne ogółem z tego		<b>1 220</b>		<b>1,66</b>
	C50	1 161	95,2	1,58
narządu głosu ogółem z tego		<b>10</b>		<b>0,01</b>
	J37	7	70,0	0,01
	J38	2	20,0	0,00
<b>Ogółem</b>		<b>73 425</b>		<b>100,00</b>

Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Podstawą skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego jest wydane przez lekarza orzecznika ZUS orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Takie orzeczenie lekarz orzecznik może wydać w związku z:

- wykonywaniem kontroli wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- orzekaniem dla celów przyznania świadczenia rehabilitacyjnego,
- orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych,
- na wniosek lekarza leczącego.

Dążąc do osiągnięcia jak najlepszych efektów w zakresie realizacji celu rehabilitacji leczniczej, Zakład sięgnął do nowoczesnych metod zarządzania w tym obszarze. Jednym z istotnych elementów takiego podejścia jest zaprojektowanie przebiegu procesów w sposób odpowiedni do realizowanych zadań, przy optymalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów oraz prowadzenie spójnej polityki informacyjnej na temat możliwości skorzystania z programu rehabilitacji leczniczej.

### Schemat postępowania przy obsłudze skierowań na rehabilitację



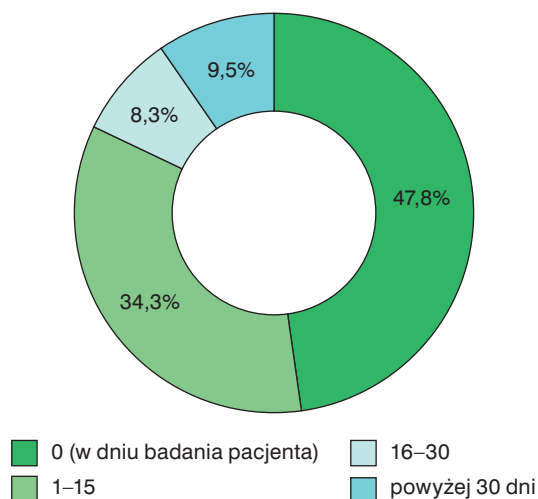
Utrzymanie wysokiego standardu obsługi klienta oraz wzrost jego satysfakcji ze świadczonych usług wyznaczają główne kierunki działań Zakładu, m.in. w obszarze rehabilitacji leczniczej. Zwiększenie efektywności obsługi klientów było możliwe dzięki wdrożeniu rozwiązań umożliwiających ustalenie terminu oraz wydanie „Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS” bezpośrednio po badaniu lekarskim. Prawie 48% zawiadomień przekazywanych jest ubezpieczonemu w dniu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

Rozkład odsetka liczby dni upływających od wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do przekazania zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przedstawia wykres 15.

17,8% wszystkich zawiadomień o skierowaniu przekazywanych jest powyżej 16 dni po wydaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, m.in. ze względu na 14-dniowy okres uprawomocnienia się decyzji dotyczących świadczeń długoterminowych, tj. renty z tytułu niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje program rehabilitacji w tych grupach schorzeń, które stanowią najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy i w których możliwe jest ze względów medycznych prowadzenie tej formy usprawniania, a osoby korzystające z rehabilitacji leczniczej rokują odzyskanie zdolności do pracy po jej przeprowadzeniu. ZUS prowadząc politykę w zakresie rehabilitacji leczniczej, dąży do zwiększania udziału osób, które korzystają z rehabilitacji, bez

Wykres 15  
Struktura liczby dni upływających od wydania orzeczenia do przekazania zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację



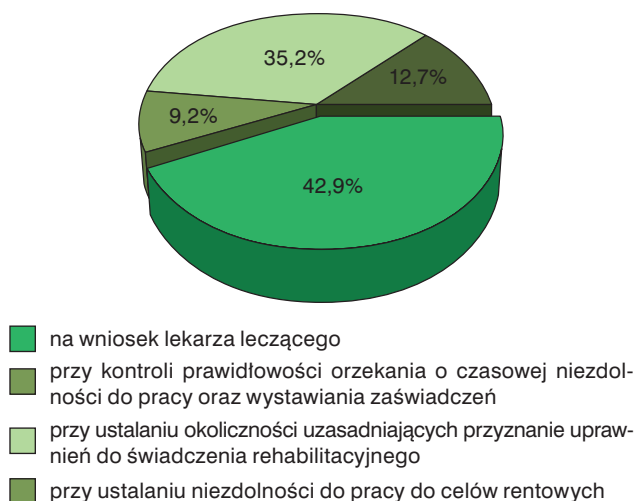
Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

pobierania świadczeń długoterminowych, np. renty z tytułu niezdolności do pracy, świadczenia rehabilitacyjnego.

Analizując dane dotyczące źródeł orzekania, można zaobserwować rosnącą liczbę osób, które korzystały z rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza leczącego. W 2013 roku 31 488 osób ukończyło rehabilitację po otrzymaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wystawionego przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza leczącego, co stanowi prawie 43% ogółu osób poddanych rehabilitacji.

Wykres 16

### Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. według źródła pochodzenia orzeczenia

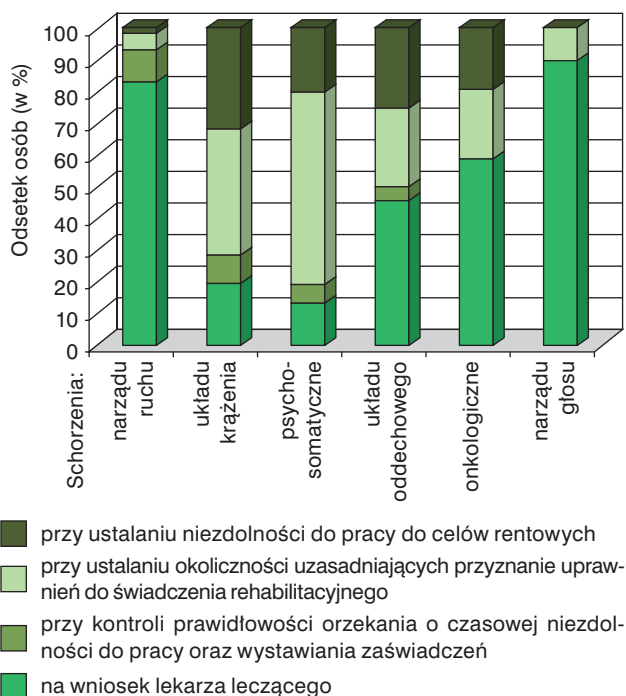


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Prowadząc analizę źródła pochodzenia orzeczenia w poszczególnych grupach schorzeń, można zaobserwować dominujący odsetek osób poddanych rehabilitacji na wniosek lekarza leczącego w schorzeniach onkologicznych, narządu ruchu i chorób układu oddechowego. W grupie schorzeń psychosomatycznych orzeczenie o potrzebie rehabilitacji najczęściej wydawano przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wykres 17

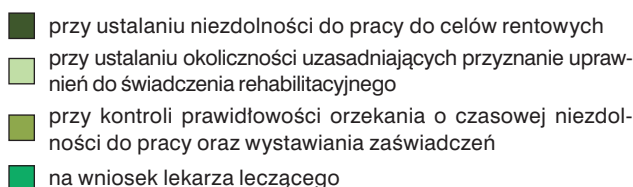
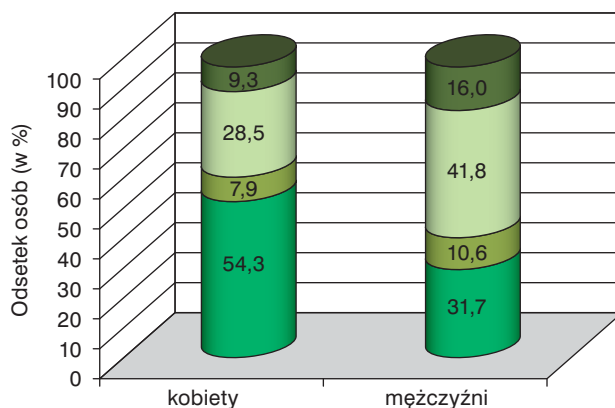
### Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w poszczególnych schorzeniach w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Wykres 18

### Struktura osób poddanych rehabilitacji w 2013 r. w podziale na źródła pochodzenia orzeczenia według płci



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych monitorując strukturę przyczyn niezdolności do pracy, rozszerzał w kolejnych latach liczbę profili, w których prowadził rehabilitację leczniczą. W 2013 roku rozpoczął program pilotażowy dla osób ze schorzeniami narządu głosu.

W celu zwiększenia udziału osób, które skorzystają z rehabilitacji jeszcze przed pobieraniem świadczeń z FUS, konsekwentnie realizowana jest na szeroką skalę akcja popularyzatorska i promocyjna dotycząca możliwości skorzystania z prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej, m.in. przy zaangażowaniu mediów ogólnopolskich i regionalnych. Przybiera ona różne formy upowszechniania wiedzy: ogólnopolskie audycje telewizyjne, artykuły w prasie ogólnopolskiej i dedykowanej (np. prasa kobieca przy promowaniu wiedzy o prowadzonej rehabilitacji dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego), ulotki, plakaty (upowszechniane także z wykorzystaniem potencjału oddziałów ZUS). Informacja o możliwości kierowania na rehabilitację leczniczą – w formie listu do lekarzy leczących – przekazana została do lekarzy onkologów, Klubów Amazoнок, klinik onkologicznych. Inne formy upowszechniania wiedzy o rehabilitacji to: udostępnienie na stronie internetowej serwisu informacyjnego poświęconego prowadzonej przez ZUS prewencji rentowej i wypadkowej, konferencje organizowane przez Zakład kierowane do lekarzy, czynny udział pracowników Departamentu Prewencji i Rehabilitacji w konferencjach, sympozjach naukowych

promujących wiedzę o rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS, udostępnienie informacji o rehabilitacji leczniczej osobom, które korzystają z Centrum Obsługi Telefonicznej, możliwość pobrania ze strony internetowej wzoru wniosku o rehabilitację leczniczą.

ZUS nie posiada własnych ośrodków i prowadzi rehabilitację leczniczą na podstawie umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi spełniającymi określone przez Zakład wymagania prawne, lokalowe, kadrowe i medyczne.

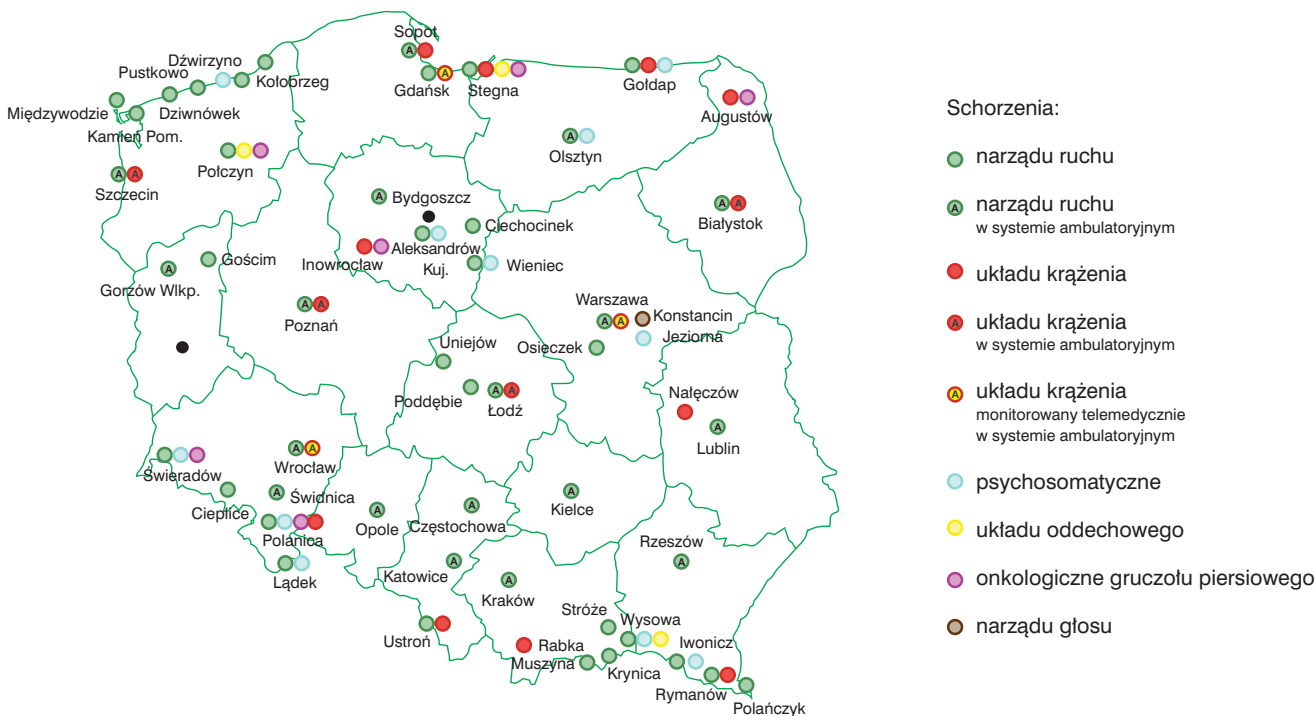
Niżej przedstawiona mapa ilustruje usytuowanie ośrodków rehabilitacyjnych, w których w 2013 roku ZUS prowadził rehabilitację leczniczą w poszczególnych rodzajach schorzeń.

Zakład udziela zamówienia na usługi rehabilitacyjne wyłącznie po przeprowadzeniu konkursu ofert. W celu ułatwienia osobom korzystającym z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej dostępu do świadczonych usług, kontraktuje je na terenie całego kraju. W 2013 roku najliczniejsza grupa rehabilitowanych przebywała w ośrodkach położonych w województwach: dolnośląskim, zachodniopomorskim i podkarpackim.

Rehabilitacja w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS prowadzona jest na podstawie kryteriów opracowanych dla każdego rodzaju schorzeń, których podstawą jest kompleksowe oddziaływanie procedurami diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnymi i psychologicznymi oraz edukacja

Rysunek 2

**Lokalizacja ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS w 2013 r. w podziale na rodzaje schorzeń**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W 2013 roku Zakład realizował program rehabilitacji leczniczej na podstawie 101 umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi. Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu i oczekiwaniom ubezpieczonych, Zakład prowadzi rehabilitację schorzeń narządu ruchu i układu krążenia w systemie ambulatoryjnym na podstawie 30 umów. Pacjent może uczestniczyć w programie, nie opuszczając miejsca zamieszkania. Pozostałe 71 umów zawartych jest na prowadzenie rehabilitacji w systemie stacjonarnym. Spośród umów zawartych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym 57 umów (80,3%) realizowanych jest w ośrodkach położonych na terenach uzdrowiskowych.

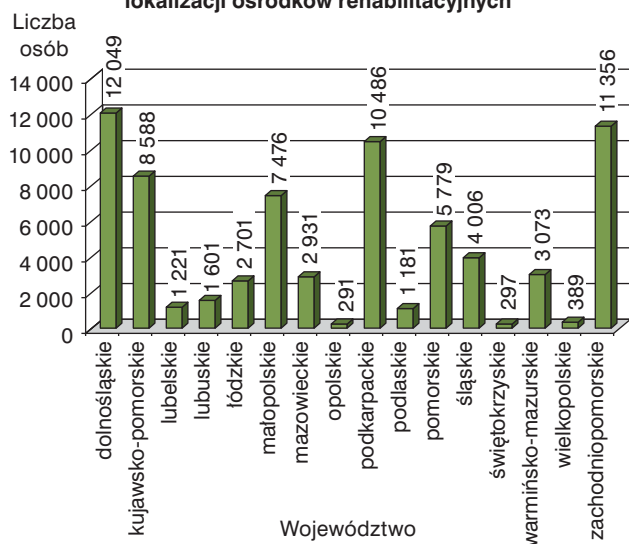
zdrowotna. Dla każdego ubezpieczonego ustalony jest indywidualny program przebiegu rehabilitacji ukierunkowany na leczenie schorzenia będącego przyczyną skierowania na rehabilitację oraz na schorzenia współistniejące. Program uwzględnia przede wszystkim:

- różne formy rehabilitacji leczniczej, tzn. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenie polem elektromagnetycznym wysokiej i niskiej częstotliwości, leczenie ultradźwiękami, laseroterapię, masaż klasyczny i wibracyjny;



Wykres 19

**Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2013 r. w podziale na województwa lokalizacji ośrodków rehabilitacyjnych**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

- rehabilitację psychologiczną, w tym m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne;
- edukację zdrowotną, ukierunkowaną na przekazanie informacji w zakresie:
  - zasad prawidłowego żywienia,
  - czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,
  - podstawowej wiedzy o procesie chorobowym danego profilu schorzenia,
  - czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,
  - instruktażu sposobu kontynuacji rehabilitacji w warunkach domowych po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego,
- podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy oraz pracownika.

Realizacja programu rehabilitacji leczniczej, zgodnie z zawartymi przez ZUS umowami z ośrodkami rehabilitacyjnymi, poddawana jest systematycznej kontroli sprawdzającej jakość świadczonych usług. Kontrola obejmuje w szczególności dokumentowanie przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego oraz wyników rehabilitacji, prowadzenie form oddziaływania psychologicznego i działań w zakresie edukacji zdrowotnej, przestrzeganie wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych określonych przez ZUS. Kontrolą są objęte wszystkie ośrodki rehabilitacyjne. Analizowana jest dokumentacja medyczna sporządzana w ośrodku rehabilitacyjnym, dotycząca losowo wybranych osób z ostatnio zakończonego turnusu (historie chorób, karty zleceń lekarskich, karty zabiegowe i karty informacyjne) oraz z turnusu bieżącego (historie chorób i karty zleceń lekarskich). Ocenie podlega przede wszystkim indywidualnie ustalony dla każdego pacjenta program rehabilitacji, w tym liczba zabiegów i ćwiczeń, oddziaływania psychologiczne, zakres tematyczny edukacji zdrowotnej oraz zgłaszane przez ubezpieczonych uwagi i zastrzeżenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadza anonimową ankietę wśród ubezpieczonych po ukończeniu rehabilitacji leczniczej, w celu pozyskania opinii dotyczącej organizacji i sposobu realizacji programu rehabilitacji w poszczególnych ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS. Wyniki badania umożliwiają poznanie subiektywnej oceny pacjentów na temat sprawowanej opieki medycznej, jakości zastosowanych procedur rehabilitacyjnych, warunków hotelowych i żywienia. Ankieta jest także wykorzystywana w planowaniu kontroli realizacji umów na prowadzenie usług rehabilitacyjnych zawartych przez ZUS.

Rehabilitacja lecznicza jest ważnym elementem polityki prowadzonej przez instytucje ubezpieczenia społecznego.

Efektywność rehabilitacji przekłada się na wymierne korzyści ekonomiczne związane z redukcją kosztów świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy.

Rehabilitację leczniczą uważamy za skuteczną, jeżeli po jej zakończeniu ubezpieczony nie korzystał z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji będzie zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni.

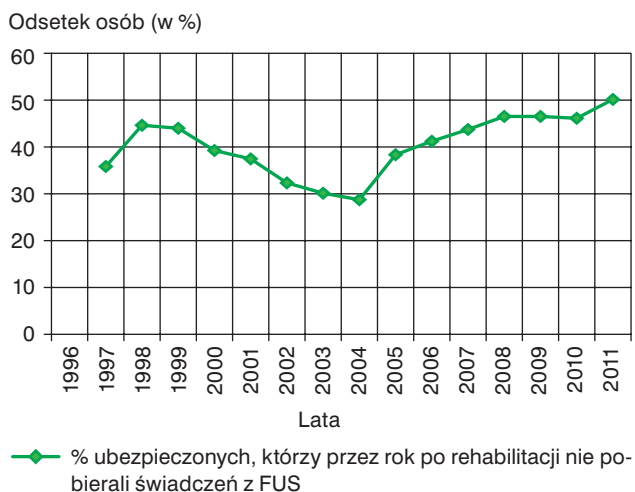
Po upływie roku od zakończenia rehabilitacji leczniczej Zakład opracowuje analizę efektywności prowadzonej rehabilitacji.

W 2013 roku Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych opracował dane dotyczące osób, które ukończyły rehabilitację w 2011 roku. Na 73 828 osób poddanych rehabilitacji 37 135 przez rok nie pobierało żadnych świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, co stanowi 50,3%.

Efektywność prowadzonych przez Zakład działań w zakresie realizacji programu rehabilitacji leczniczej za lata 1997–2011 przedstawia wykres poniżej.

Wykres 20

**Efektywność rehabilitacji leczniczej w latach 1997–2011 (w odsetkach)**



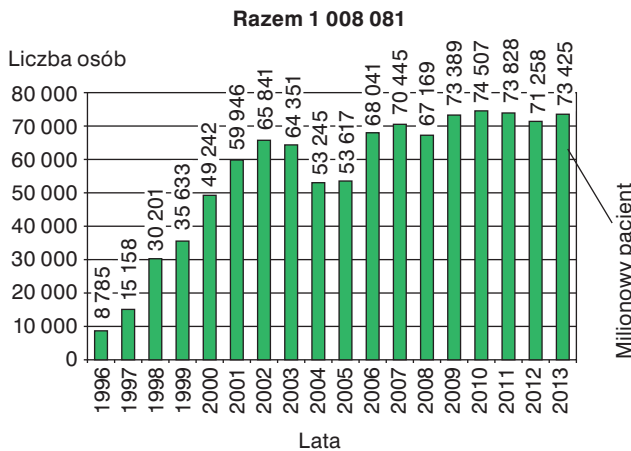
Źródło: dane Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej realizowany jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych od osiemnastu lat. Program ten ma przede wszystkim zapobiegać utracie zdrowia, a w dalszej konsekwencji utracie zdolności do pracy. Wczesne rozpoznanie choroby i szybkie wdrożenie właściwego leczenia i rehabilitacji mogą przyczynić się do poprawy stanu funkcjonalnego organizmu i zapobiec ewentualnym trwałym następstwom chorób, a co za tym idzie zmniejszyć koszty długotrwałego leczenia i niezdolności do pracy.

Z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS skorzystało **ponad milion osób**. Obecnie do dyspozycji Zakładu, dzięki współpracy z ośrodkami rehabilitacyjnymi, pozostaje ponad 70 000 miejsc rocznie.

**Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2013**

Wykres 21

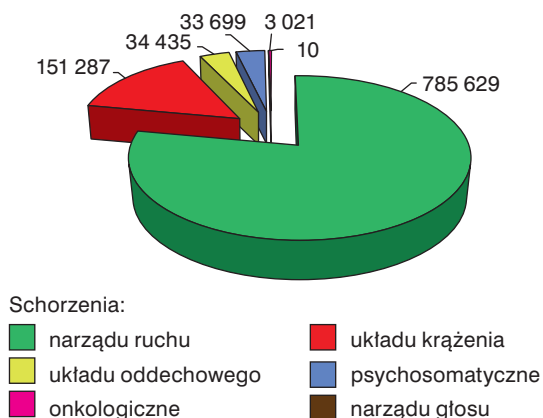


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Z populacji osób rehabilitowanych w omawianych latach 77,9% zostało skierowanych na leczenie rehabilitacyjne z powodu chorób narządu ruchu. Kolejną grupę stanowią osoby, których podstawą skierowania były choroby układu krążenia.

**Liczba osób ogółem, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2013 w podziale na rodzaje schorzeń**

Wykres 22

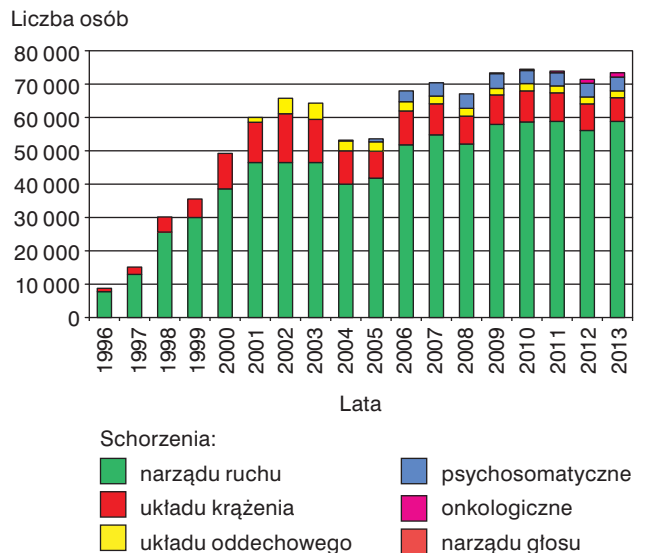


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

W 1996 roku rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS dostępna była dla osób ze schorzeniami narządu ruchu i układu krążenia, z tego 89,3% osób, które z niej skorzystały, to osoby z chorobami narządu ruchu. Obecnie rehabilitacją objęte są także osoby ze schorzeniami układu oddechowego, psychosomatycznymi, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego i w ramach programu pilotażowego – z chorobami narządu głosu, co stanowi prawie 20% ogółu rehabilitowanych. Strukturę osób rehabilitowanych w podziale na grupy schorzeń przedstawia wykres poniżej.

**Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996–2013 w podziale na grupy schorzeń**

Wykres 23

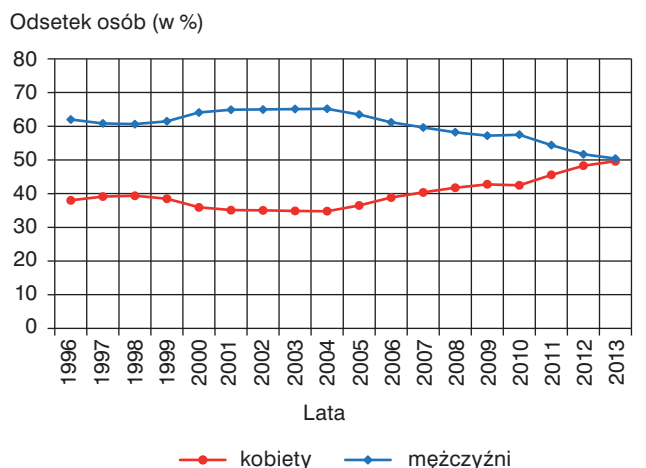


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Na przestrzeni 18 lat wśród wszystkich osób poddanych rehabilitacji odsetek kobiet, które ukończyły rehabilitację, zwiększył się z 38% w 1996 r. do prawie 50% w 2013 roku.

**Odsetek osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2013 w podziale na płeć**

Wykres 24

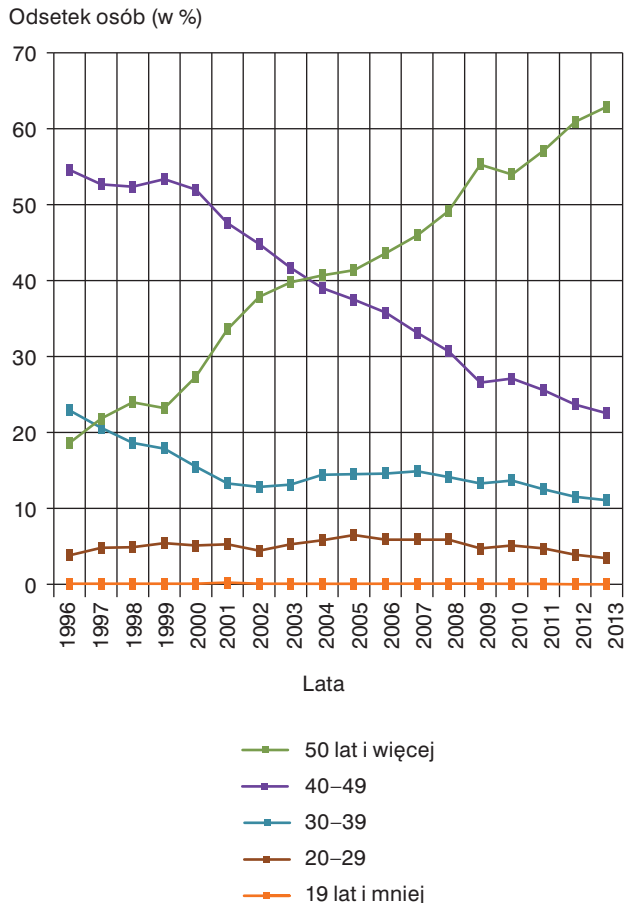


Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Kolejne porównanie pokazuje, że wśród osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 1996 roku zdecydowaną większość, bo 54,6%, stanowiły osoby w wieku 40–49 lat. Średni wiek osoby rehabilitowanej wynosił wówczas 43,5 lat. Obecnie prawie 63% to osoby powyżej 50. roku życia, a średni wiek całej populacji rehabilitowanych wynosi 50,2 lat.

Wykres 25

**Struktura osób poddanych rehabilitacji w latach 1996–2013 w podziale na grupy wiekowe**



Źródło: dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

Polityka w zakresie rehabilitacji leczniczej prowadzona jest na wielu płaszczyznach. W przyjętej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Strategii na lata 2013–2015 znalazły się odniesienia do realizacji przez ZUS zadań związanych z rehabilitacją leczniczą. W dokumencie określono mierniki, które mają za zadanie pokazanie realizacji przyjętych celów, dotyczących:

- poprawy terminowości obsługi wniosków o świadczenia,
- skrócenia czasu obsługi wniosku,
- zwiększenia efektywności kierowania na rehabilitację,
- efektywności kompleksowej obsługi klienta w procesie kierowania na rehabilitację.

Realizację celów określonych w Strategii Zakładu w zakresie rehabilitacji leczniczej wspomaga szereg działań i inicjatyw:

- wprowadzenie do oceny pracy oddziałów w płaszczyźnie jakości nowego miernika,
- konsekwentne prowadzenie na szeroką skalę akcji popularyzatorskiej i promocyjnej w zakresie możliwości skorzystania z prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej,
- sukcesywne poszerzanie oferty w zakresie profili schorzeń, w których prowadzona jest rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS, poparte m.in. monitorowaniem przyczyn niezdolności do pracy, analizami w zakresie zasadności wprowadzenia nowych profili schorzeń, okresem pilotażowym oraz opracowaniem jego wyników,
- zwiększanie udziału osób, które skorzystają z rehabilitacji w jak najwcześniejszym okresie, jeszcze przed pobieraniem świadczeń długookresowych, np. renty z tytułu niezdolności do pracy, świadczenia rehabilitacyjnego,
- prowadzenie analiz w zakresie przyczyn niezdolności do pracy, źródeł orzekania, profili rehabilitacji (raporty z systemów informatycznych, opracowania przygotowane przez Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych), wykorzystywanych m.in. przy planowaniu liczby miejsc kontraktowanych w poszczególnych profilach schorzeń, określaniu lokalizacji miejsc rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym,

— wdrożenie dedykowanego narzędzia informatycznego o funkcjonalności uwzględniającej rozwiązania, które usprawniają gromadzenie informacji niezbędnych do realizacji procesu kierowania, ułatwiają analizę zebranych danych, ułatwiają wprowadzanie zmian w przebiegu procesu, umożliwiają szybki dostęp do zasobów wiedzy oraz bieżące monitorowanie zarówno całego procesu, jak i jego poszczególnych etapów,

— ujednoczenie procesu kierowania na rehabilitację we wszystkich oddziałach Zakładu, m.in. poprzez wprowadzenie stosownych procedur oraz monitorowanie i kontrolę ich realizacji.

W celu podniesienia skuteczności działalności operacyjnej Zakład stosuje system obejmujący m.in. planowanie i koordynowanie zadań w obszarze rehabilitacji leczniczej, monitorowanie przebiegu realizowanych w tym obszarze procesów oraz ich optymalizowanie.

Podjęmowane działania mają na celu poprawę sprawności, jakości i efektywności usług świadczonych przez ZUS oraz budowanie wizerunku organizacji jako nowoczesnej instytucji publicznej nastawionej na satysfakcję klienta.

**Małgorzata Nietopiel**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji



# Praca przy monitorach ekranowych

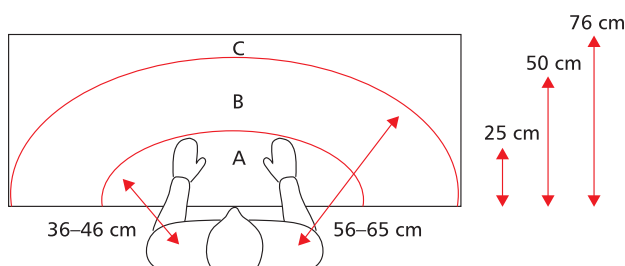
Odpowiednie przygotowanie stanowiska pracy (ustawienie monitora, klawiatury, myszy), dobór krzesła, właściwe oświetlenie, przestrzeganie czasu pracy i przerw w pracy pozwoli w znacznym stopniu wyeliminować lub zminimalizować zmęczenie i dolegliwości związane z pracą przy komputerze.

## Stanowisko pracy z komputerem

Stanowisko pracy powinno być tak skonfigurowane, aby umożliwić przyjmowanie naturalnych pozycji ciała w sposób nieobciążający narządu ruchu i wzroku. Przedmioty, którymi posługujemy się często, powinny znajdować się w strefie bliskiego zasięgu (strefa A), przedmioty, którymi posługujemy się z mniejszą częstością – w strefie B, zaś przedmioty używane sporadycznie mogą znajdować się w strefie C.

Rysunek 1

### Strefy zasięgu (A, B, C) na stanowisku pracy z komputerem



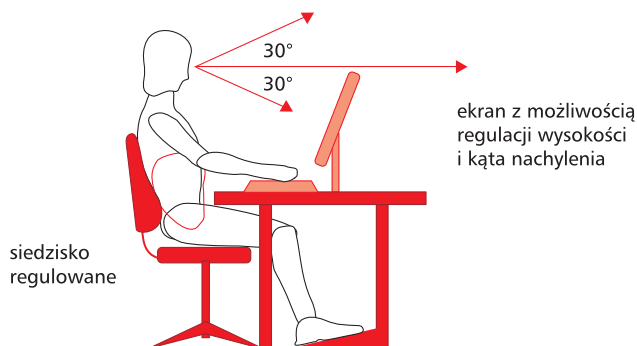
Stanowisko pracy z komputerem powinno zapewnić:

- możliwość obsługi komputera w zmiennej pozycji siedzącej przy zachowaniu kątów lekko rozwartych ( $90^{\circ}$ – $110^{\circ}$ ) w stawach: łokciowych, biodrowych i kolanowych,

- możliwość utrzymywania stóp wygodnie ułożonych na podłożu lub podnóżku,
- możliwość patrzenia na ekran oraz klawiaturę z głową zwróconą na wprost i lekko pochyloną do przodu.

Rysunek 2

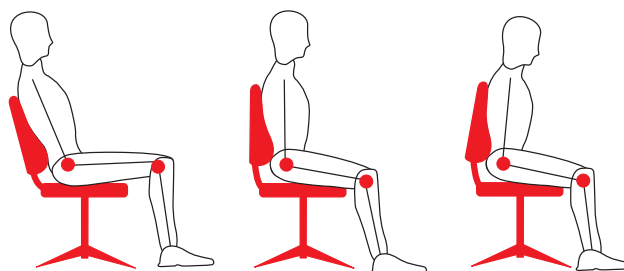
### Prawidłowa postawa ciała podczas pracy z komputerem



Krzesło do pracy z komputerem powinno umożliwić utrzymanie prawidłowej pozycji siedzącej. Jej warunkiem jest **wysokość i kąt pochylecia siedziska krzesła oraz kształt i ustawienie oparcia**.

Rysunek 3

### Najwygodniejsze pozycje ciała przy pracy z komputerem



przy przeglądaniu stron internetowych i pracy z nisko ustawioną klawiaturą

przy pisaniu na klawiaturze ustawionej na blacie lub standardowej półce

Siedzisko powinno być ustawione na takiej wysokości, by przedramię położone na blacie stołu/biurka tworzyło z ramieniem kąt lekko rozarty (blat poniżej wysokości łokciowej). Standardowa wysokość blatu to 72–75 cm, a nawet 80 cm.



Osoby niskiego wzrostu w celu uzyskania prawidłowej pozycji łokcia względem blatu muszą podnosić siedzisko krzesła. Wówczas stopy mogą nie sięgać podłogi. Poprawnym rozwiązaniem jest w tym przypadku korzystanie z podnóżka.

Pracując przy komputerze, zawsze należy korzystać z oparcia, które kształtem powinno być dopasowane do pleców (uwypuklenie na wysokości lędźwi zapewniające podparcie tej okolicy i pozwalające na zachowanie lordozy lędźwiowej).

Aby nie utrudniać przepływu krwi w kończynach dolnych, przednia krawędź siedziska nie może uciskać okolicy dołu podkolanowego. Nie powinno się także zakładać nogi na nogę, ani ich krzyżować.

**Cechą dobrych krzesel jest możliwość swobodnej zmiany położenia ich elementów tak, aby jak najlepiej dopasować ustawienie krzesła do różnych pozycji ciała użytkownika (uwarunkowanych m.in. rodzajem wykonywanej pracy).**

Krótkotrwałe przyjmowanie nawet „złych, niewłaściwych” pozycji ciała może być lepsze (a przynajmniej nie gorsze) niż stosowanie „poprawnej”, ale niezmiennej pozycji przez długi czas.

### Praca z klawiaturą

Typowe klawiatury do komputera są asymetryczne, więc ich ustawienie powinno być uzależnione od rodzaju pracy (na wprost użytkownika powinna znajdować się część aktualnie wykorzystywana). Podczas pisania na klawiaturze korzystnie jest opierać przedramiona na blacie biurka/stołu. Wymaga to ustawienia klawiatury wystarczająco daleko (co najmniej 10 cm) od krawędzi blatu. Jeżeli klawiatura jest ustawiana na półce, wygodnie jest opierać przedramiona na podłokietnikach. Podłokietniki nie mogą przeszkadzać w przybliżeniu się do biurka, ani wymuszać podnoszenia lub odwodzenia ramion, powinny one wygodnie podparć przedramiona podczas pisania.

Podczas pisania należy zwracać uwagę, by ręka stanowiła przedłużenie przedramienia i znajdowała się nad klawiaturą (nie jest wskazane opieranie rąk na klawiaturze).

Niektóre klawiatury mają przed klawiszami szeroką listwę – powinno się z niej korzystać tylko w przerwach w pisaniu.



Korzystanie z klawiatury wysokiej lub podniesionej na nóżkach powoduje nadmierne prostowanie ręki w stawie nadgarstkowym.



Użycie klawiatury niskiej zmniejsza kąt odchylenia ręki, najlepsze rezultaty daje zastosowanie wspornika przedramienia – nadgarstek pozostaje w pozycji neutralnej.



Trzeba też pamiętać, by w celu użycia skrajnych klawiszy przemieszczać całą rękę, a nie sięgać palcami, gdyż ustawiamy je wówczas w niekorzystnych pozycjach.

Idealne rozwiązanie w warunkach ograniczonej przestrzeni (mały pokój biurowy, praca w domu) to specjalna szuflada, pod warunkiem że na jej powierzchni mieści się klawiatura i mysz.

W aktualnych zaleceniach ergonomicznych dotyczących konfiguracji stanowiska pracy z komputerem pojawił się postulat ustawiania klawiatury pod ujemnym kątem, tzn. tak by klawisz spacji był położony wyżej niż pozostałe. Realizacja tej propozycji wymaga ustawienia klawiatury nisko – ok. 3–4 cm nad udami, na półce o regulowanym kącie nachylenia, wysuwanej spod blatu. Wówczas podczas pisania kąt między przedramieniem a ramieniem będzie wynosił 100°–130°, co jest uznawane za ułożenie optymalne. Takie położenie klawiatury jest jednak dobre tylko dla tych osób, które pisząc, nie muszą patrzeć na klawiaturę w poszukiwaniu odpowiednich klawiszy.

### Praca z myszą

Mysz powinna być na tyle duża, by można było położyć nań całą dłoń. Zapewnia to lepsze ułożenie ręki (zawsze w osi przedramienia) i zapobiega bezpośredniemu opieraniu nadgarstka o blat. Powinna być ułożona tak, by nie było konieczności odwodzenia ramienia (łokieć należy utrzymywać możliwie blisko tułowia). Mysz powinna się znajdować na tym samym poziomie co klawiatura lub na dodatkowej półeczce nasuwanej nad klawiaturę numeryczną.

(platforma na mysz). Ruchy myszą powinny być wykonywane w taki sposób, by oś obrotu przechodziła przez łokieć, a nie przez nadgarstek.



Prawidłowe trzymanie myszy.

**Nie jest wskazane korzystanie ze wsporników nadgarstków, nawet żelowych.** Podpieranie ręki w tym miejscu zwiększa dwukrotnie ciśnienie w kanale nadgarstka, co powoduje ucisk na znajdujące się tam struktury anatomiczne (ścięgna, naczynia i nerwy), wywołuje uczucie drętwienia palców i jest czynnikiem ryzyka zespołu cieśni nadgarstka.



Korzystanie ze wsporników nadgarstków może powodować liczne dolegliwości.

Operowanie myszą prawą ręką w przypadku szerokiej, asymetrycznej klawiatury (z klawiaturą numeryczną po prawej stronie) wymusza niekorzystne odwiedzenie prawego ramienia. W tym przypadku warto rozważyć posługiwanie się myszą lewą ręką. Zmniejsza to obciążenie ręki, gdyż znajduje się ona w bardziej naturalnej pozycji (łokieć przy tułowiu). Nauka posługiwania się myszą lewą ręką trwa krót-



ko, a prawą ręką uwolnioną od obsługi myszy możemy wykonywać notatki.

## Dostosowanie monitora

- Monitor powinien być ustawiony na wprost użytkownika i na takiej wysokości, by środek ekranu znajdował się na linii swobodnego patrzenia, co oznacza, że górna krawędź monitora znajduje się poniżej oczu. Powierzchnia monitora powinna być ustawiona prostopadle do linii patrzenia. W wyjątkowych przypadkach, gdy obserwacja monitora jest sporadyczna, można tekst ustawić z boku stanowiska.

- Odległość monitora od oczu powinna zapewnić objęcie wzrokiem całej jego powierzchni bez konieczności kręcenia głową (monitory z dużym ekranem powinny stać dalej od użytkownika niż monitory małe). Jeżeli odsunięcie monitora powoduje, że mamy trudności z odczytywaniem tekstu, należy go powiększyć.

- Rozmiar tekstu na monitorze powinien być **co najmniej trzy razy większy od najmniejszego**, jaki można przeczytać – wielkość czcionek jest wystarczająca wówczas, gdy można je odczytać z odległości trzykrotnie większej niż stosowana zwykle podczas pracy. Dotyczy to zarówno pracy z edytorem tekstu, jak i przeglądania stron internetowych. Pozwoli to ograniczyć zmęczenie wzroku.

- Nie ma wytycznych dotyczących właściwości obrazu. Ustawienie barwy, kontrastu i jasności zależy od cech indywidualnych (np. ostrość widzenia, wady wzroku), jakości oświetlenia, rodzaju wykonywanych zadań.

## Szklka korekcyjne do pracy przy komputerze

Nawet niewielka wada wzroku utrudnia pracę z komputerem, zmuszając do przyjmowania niewygodnych pozycji w celu zapewnienia prawidłowego widzenia znaków na monitorze. Konieczne jest korygowanie wad wzroku szklkami zapewniającymi



Operowanie myszą prawą lub lewą ręką w zależności od rodzaju klawiatury.

ostre widzenie w odległości, na jakiej ustawiony jest monitor. Jest to odległość pośrednia między „daleką” i „bliźnią”, co powoduje, że nie powinno się stosować typowych okularów dla krótko- lub dalekowidzów.



Przy wadzie wzroku konieczne jest używanie podczas pracy przy komputerze specjalnych szkieł korekcyjnych.

Używając specjalnych **szkieł korekcyjnych** do pracy przy komputerze, należy pamiętać, żeby:

- w przypadku soczewek **okularowych jednoogniskowych** układać dokumenty w takiej samej odległości jak monitor,
- w przypadku **okularów dwuogniskowych** ustawić monitor nieco bliżej i niżej, co ułatwi obserwację ekranu przez dolną część soczewek bez odchylania głowy do tyłu.

Najwygodniejszym rozwiązaniem są **soczewki okularowe progresywne**, w których patrząc na monitor, wykorzystuje się ich środkową, pośrednią część.

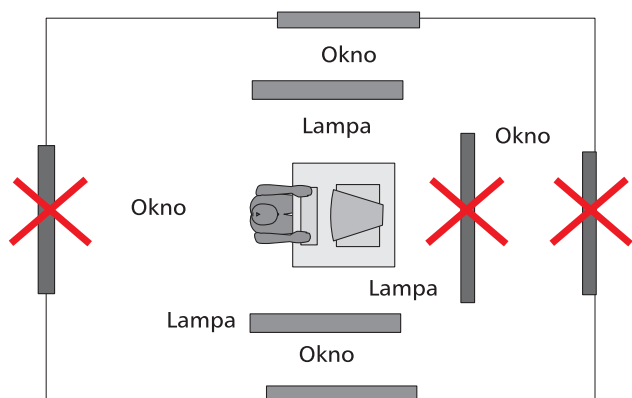
**Nie ma dowodów na to, że okulary z powłokami antyrefleksyjnymi poprawiają komfort pracy z komputerem.**

## Oświetlenie

Najlepszym oświetleniem jest oświetlenie naturalne. Gdy oświetlenie naturalne nie jest wystarczające, należy korzystać ze sztucznych źródeł światła – oświetlenia ogólnego (światło rozproszone o natężeniu 500 lx) oraz, w razie potrzeby, miejscowego.

Rysunek 4

Optymalne ustawienie monitora w stosunku do źródła światła



- Monitory powinny być ustawione równoległe do okien i linii światła sufitowych (płaszczyzna ekranu jest prostopadła do okna).

- Niedopuszczalne jest ustawienie monitora tyłem lub przodem do okna ze względu na nierównomierność oświetlenia.



Złe ustawienie monitora w stosunku do źródła światła.

Aby uniknąć odbłasków, olśnień i nadmiernych kontrastów, należy stosować żaluzje okienne, usuwać błyszczące powierzchnie, zmienić położenie monitora względem źródeł światła lub źródeł światła względem monitora.

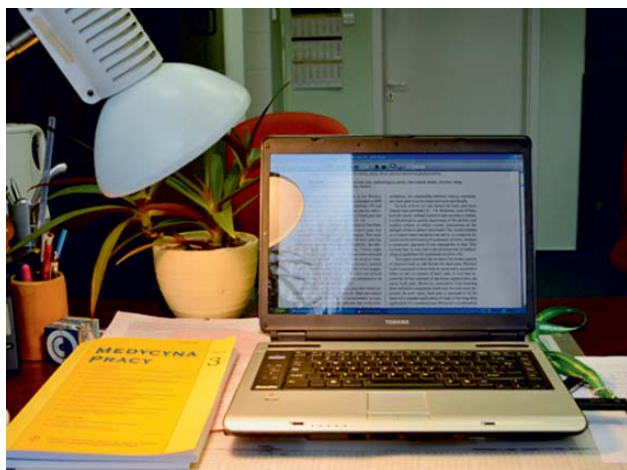
## Praca z komputerem przenośnym

U osób pracujących z komputerem przenośnym (laptopem, notebookiem) stwierdzono istotnie większe obciążenie mięśni w porównaniu z operatorami urządzeń stacjonarnych. Notebooki zostały stworzone do krótkotrwałego używania w różnych warunkach. Poprawne ustawienie laptopa do długotrwałej pracy stwarza wiele problemów. Jeżeli ekran znajduje się na odpowiedniej wysokości, to klawiatura jest za wysoko, natomiast jeżeli klawiatura jest na właściwym poziomie, to ekran jest zbyt nisko.



Laptop warto ustawić na specjalnej podkładce oraz podłączyć zewnętrzną klawiaturę i mysz.

Korzystając z laptopa przez dłuższy czas (np. w domu, w biurze), należy dążyć do takiego ustawienia, by pozycja ciała nie różniła się znacząco od tej, jaką przyjmuje się, pracując z komputerem stacjonarnym. W tym celu należy laptop ustawić na specjalnej podkładce i korzystać z jego ekranu tak, jak z monitora komputera stacjonarnego, oraz podłączyć dodatkową, zewnętrzną klawiaturę i mysz.



Praca z komputerem przenośnym stwarza duże obciążenia dla organizmu, dlatego należy go odpowiednio ustawić.

Jeżeli konieczne jest częste przenoszenie laptopa, należy wybrać model o najmniejszej masie. Laptop dobrze jest nosić w plecaku z szerokimi, wygodnymi pasami nośnymi lub w torbie wyposażonej w kółka.

Korzystając z laptopa w środkach komunikacji, powinno się siadać w rzędach z największą przestrzenią na nogi (np. przy wyjściach ewakuacyjnych) i zasłonić okno.

**Wskazane jest, zarówno dla „zdrowia” samego laptopa, jak i jego użytkownika, stosowanie specjalnych lekkich podstawek zapewniających odpowiednie chłodzenie urządzenia i zapobiegających przegrzewaniu ciała operatora.**



Pracując na komputerze przenośnym, należy korzystać ze specjalnych podstawek.

Współczesne laptopy o niewielkich rozmiarach i bardzo dużej mocy obliczeniowej wydzielają znaczne ilości ciepła. Nie jest więc wskazane trzymanie ich przez dłuższy czas na udach, co utrudnia chłodzenie urządzenia. Długotrwały kontakt z rozgrzanym do temperatury około 50°C laptopem może doprowadzić do zmian skórnych.

### Komputer a oczy

Praca wzrokowa przy komputerze w zależności od czasu oraz rodzaju wykonywanych czynności może być bardzo uciążliwa dla oczu. Utrzymujące się dolegliwości są przeważnie związane z przeciążeniem narządu wzroku zbyt intensywną pracą wzrokową. Objawy ze strony oczu związane z pracą przy monitorze ekranowym mają charakter przemijający i nie powodują trwałego uszkodzenia narządu wzroku. Podobne objawy występują również przy pracy wzrokowej związanej z długotrwałym oglądaniem telewizji, czytaniem książek, prowadzeniem samochodu.



Kropki tworząc powłoczkę ochronną na powierzchni oka, zabezpieczają je przed przesuszeniem, zapewniając prawidłową wilgotność oka oraz dobrą ostrość wzroku.

U osób pracujących przy komputerze często dochodzi do przesuszenia powierzchni oka z powodu objawu rzadkiego mrugania, który doprowadza





do destabilizacji filmu łzowego i uczucia suchości oczu. Dlatego istotne jest stosowanie kropli nawilżających do oczu – najlepiej bez konserwantów, gdyż te również mogą powodować podrażnienie oczu.

Występowanie u osób pracujących przy komputerze przewlekłych chorób oczu, takich jak: zapalenie brzegów powiek i spojówek, alergicznego zapalenia spojówek lub zespołu suchego oka, mogą nasilać objawy dyskomfortu ze strony oczu.

### Środowisko pracy a oczy

Pracujące komputery (zwłaszcza w pomieszczeniach wielostanowiskowych), wydzielając ciepło, pogarszają warunki mikroklimatyczne – podwyższają temperaturę powietrza i zmniejszają wilgotność. Wpływa to na stan i funkcje narządu wzroku oraz częstość zgłaszanych dolegliwości.

Klimatyzacja powoduje także przesuszenie powietrza oraz oczu. Zanieczyszczenia powietrza, takie jak kurz i pył, oraz stosowanie środków zapachowych mogą podrażniać lub nawet uczulać oczy. Pole elektrostatyczne występujące na stanowisku powoduje osadzanie kurzu nie tylko na ekranie monitora, ale również na powierzchni oczu.

### Higiena pracy z komputerem

Obciążenie wzroku podczas pracy z komputerem można zmniejszyć, pamiętając o formule „3 B” (Blink – mruganie, Breath – oddychanie i Break – przerwy).

- **Mruganie** pozwala oku odpocząć na chwilę, oczyszcza je i nawilża. Zazwyczaj mrugamy 12–15 razy na minutę, szybciej – gdy jesteśmy pobudzeni, rozmawiamy, wolniej – gdy czytamy, myślimy i koncentrujemy się na zadaniu. **Dobrze jest wykształcić u siebie nawyk mrugnięcia, ilekroć nasz wzrok dojdzie do krawędzi monitora.**

- **Oddychanie** jest czynnością spontaniczną, ale w pewnym zakresie zależną od woli. W stresujących sytuacjach wstrzymujemy oddech, co odbija się niekorzystnie na pracy mięśni, również akomodacyjnych oczu. **Należy pamiętać o regularnym oddychaniu, co zawsze działa relaksująco.**

- **Przerwy** – w celu zmniejszenia ryzyka zmęczenia wzroku patrzeniem na monitor wskazane jest stosowanie przerw wg schematu 20/20/20, co oznacza, że co 20 minut trzeba zrobić przerwę (oderwać wzrok od monitora) na 20 sekund i spojrzeć na odległość 20 stóp (około 6 metrów). **20-sekundowe przerwy powinno się traktować jako dodatkowe, oprócz co najmniej 5-minutowych przerw po każdej godzinie pracy.**

Należy przyjąć zasadę, by podczas tej dłuższej przerwy w czasie pracy z komputerem nie obciążać wzroku (nie czytać).

### Ograniczanie zmęczenia podczas pracy z komputerem

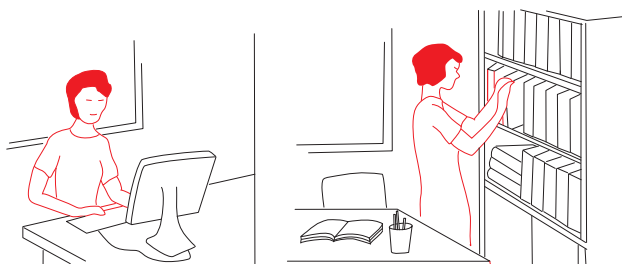
Pracując przy komputerze, należy pamiętać o konieczności korzystania z przerw w pracy (co najmniej 5-minutowych) po każdej godzinie. Wskazane jest w tym czasie:

- podejście do okna i przeniesienie wzroku w dal,
- przewietrzenie pokoju,
- wykonanie prostych ćwiczeń rozluźniających, odciążających układ mięśniowo-szkieletowy.

W celu zwiększenia efektywności i zmniejszenia zmęczenia należy łączyć prace wykonywane przy monitorze z innymi zadaniami.

Rysunek 5

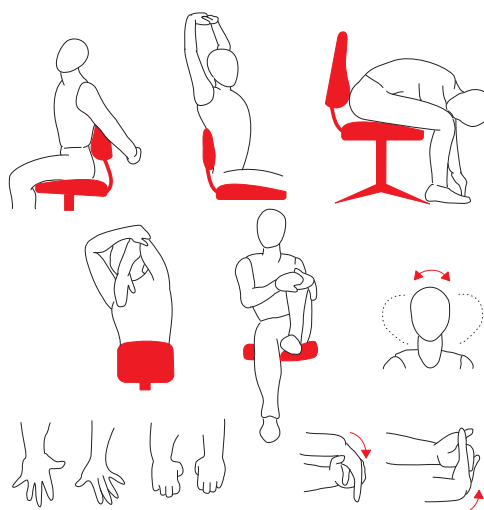
Pracę przy komputerze należy co jakiś czas przerwać, by wykonać inne zadanie



Ćwiczenia należy wykonywać 2–3 razy w ciągu dnia, każdą pozycję utrzymać przez około 5 sekund i powtórzyć 3 do 5 razy.

Rysunek 6

Propozycje ćwiczeń rozluźniających dla osób pracujących przy komputerze



Zakład Fizjologii Pracy i Ergonomii  
oraz Przychodnia Chorób Zawodowych  
Instytut Medycyny Pracy  
im. prof. J. Nofera w Łodzi



# Prawne aspekty oceny ryzyka zawodowego

Ocena ryzyka zawodowego to podstawowe narzędzie służące zapewnieniu pracownikom możliwie najwyższego poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy. Prawidłowo przeprowadzana, daje pracodawcy wszechstronną wiedzę o tym, na których stanowiskach praca wykonywana jest w sposób bezpieczny, a na których stwarza określone zagrożenia dla pracowników. W efekcie końcowym umożliwia pracodawcy podejmowanie skutecznych działań prewencyjnych, mających na celu zmniejszenie zagrożeń w miejscu pracy. W prezentowanym opracowaniu w sposób szczegółowy zostaną przedstawione polskie unormowania prawne dotyczące oceny ryzyka zawodowego w świetle obowiązujących standardów Międzynarodowej Organizacji Pracy oraz Unii Europejskiej, które były pierwowzorem dla wprowadzanych przez Polskę rozwiązań prawnych.

## Wprowadzenie

Współcześnie ocena ryzyka zawodowego stanowi nieodłączny element nowoczesnego systemu zapobiegania wypadkom przy pracy oraz chorobom zawodowym w miejscu pracy. Nowoczesnemu podejściu do prewencji wypadkowo-chorobowej, opartej na prawidłowo przeprowadzonej ocenie ryzyka zawodowego, dała wyraz Unia Europejska, przeprowadzając w latach 2008–2009 europejską kampanię na rzecz oceny ryzyka zawodowego. Jej nadrzędnym celem było promowanie zintegrowanego podejścia do oceny ryzyka zawodowego oraz poszerzenie wiedzy zainteresowanych podmiotów w tym zakresie, jak również wyjaśnienie przebiegu oraz celu oceny ryzyka zawodowego.

Według założeń kampanii, prawidłowo przeprowadzana ocena ryzyka zawodowego ma istotny wpływ na zmniejszenie liczby wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych, których w krajach Unii Europejskiej wciąż jest zbyt dużo. Przy czym wyraźnie podkreślono, że proces oceny ryzyka zawodowego oraz wdrażania jego wyników, w postaci środków prewencyjnych w miejscu pracy, jest efektywny tylko wówczas, gdy pracodawca przeprowadza go przy aktywnym udziale pracowników lub ich przedstawicieli do spraw bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy.

Ocena ryzyka zawodowego, jako podstawowe narzędzie mające na celu zwiększanie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy, posiada swoje umocowania prawne w podstawowych aktach prawnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy zarówno na poziomie Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP), jak również Unii Europejskiej (UE). To fundamentalne narzędzie prewencyjne w działaniach na rzecz zmniejszania liczby wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych zostało także wdrożone do polskiego systemu ochrony pracy.

Należy przy tym pamiętać, że ocena ryzyka zawodowego jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, a jej aspekty prawne to jedynie jeden z elementów tej oceny. Jednakże wszechstronna znajomość przepisów wydaje się być niezmiernie ważna dla zwiększania bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy, a w konsekwencji dla prowadzonej na różnych poziomach prewencji wypadkowo-chorobowej.

## Ocena ryzyka zawodowego w międzynarodowym oraz europejskim prawie pracy

Ocena ryzyka zawodowego to przede wszystkim efekt nowatorskiej myśli na temat sposobów kształtowania bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracow-

ników w miejscu pracy w prawodawstwie Unii Europejskiej. Znaczenie tego zagadnienia dostrzeżono również na poziomie Międzynarodowej Organizacji Pracy.

### ■ Przepisy Międzynarodowej Organizacji Pracy

Międzynarodowa Organizacja Pracy, dostrzegając ciągle jeszcze ogromną skalę wypadków przy pracy, w tym śmiertelnych, oraz chorób zawodowych, jak również konieczność podejmowania dalszych działań w celu ich ograniczenia, i zauważając wagę nieustannego promowania krajowych systemów prewencji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, przyjęła **Konwencję nr 187 z dnia 15 czerwca 2006 r. dotyczącą struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy**<sup>1</sup>. Wymaga ona od każdego państwa członkowskiego promowania bezpiecznego i higienicznego środowiska pracy poprzez sformułowanie polityki krajowej dotyczącej tego zagadnienia i propagowanie w jej ramach podstawowych działań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, do których zalicza przede wszystkim ocenę ryzyka zawodowego i zagrożeń oraz zwalczanie ryzyka zawodowego i zagrożeń u źródła ich powstawania w miejscu pracy (art. 3 ust. 1 i ust. 3 konwencji). Według konwencji, krajowy program w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy powinien przyczynić się do ochrony pracowników poprzez eliminowanie lub minimalizowanie zagrożeń i ryzyka zawodowego w celu zapobiegania wypadkom przy pracy, w tym śmiertelnym, oraz chorobom zawodowym i promowania bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy (art. 5 ust. 2 lit. b kon.).

Omówioną konwencję MOP uzupełnia **Zalecenie MOP nr 197 z dnia 15 czerwca 2006 r. dotyczące struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy**<sup>2</sup>. Stanowi ono, że przyjęty przez państwo członkowskie krajowy program dotyczący bezpieczeństwa i higieny pracy powinien opierać się na zasadach oceny i zarządzania zagrożeniami oraz ryzykiem, przede wszystkim w miejscu pracy (ust. 7 zal.).

Omawiając kwestie oceny ryzyka zawodowego w prawie międzynarodowym, należy wskazać również na **Konwencję MOP nr 161 z dnia 26 czerwca 1985 r. dotyczącą służb medycyny pracy**<sup>3</sup>. Wśród zadań służb medycyny pracy wymienia ona zwłaszcza konieczność rozpoznawania i oceny zagrożeń dla zdrowia pracowników w miejscu pracy oraz nadzór nad czynnikami środowiska pracy oraz sposobami wykonywania pracy mogącymi mieć ujemny wpływ na zdrowie pracowników, a także konieczność udziału służb medycyny pracy w analizowaniu wypadków

przy pracy i chorób zawodowych (art. 5 pkt a, pkt b, pkt k kon.). Konwencję MOP nr 161 w zakresie kontroli środowiska pracy dość istotnie uzupełnia **Zalecenie MOP nr 171 z dnia 26 czerwca 1985 r. dotyczące służb medycyny pracy**<sup>4</sup>. Zgodnie z nim kontrola środowiska pracy powinna obejmować zwłaszcza: rozpoznanie i ocenę czynników środowiska pracy mogących mieć wpływ na zdrowie pracowników, ocenę warunków higieny i czynników organizacji pracy mogących powodować zagrożenie dla zdrowia pracowników, ocenę urządzeń ochrony osobistej i zbiorowej, ocenę narażenia pracowników na czynniki szkodliwe dla zdrowia oraz ocenę systemów kontroli mających na celu zlikwidowanie lub zmniejszenie narażenia zawodowego (ust. 5 pkt 1 zal.).

### ■ Przepisy Rady Europy

Na poziomie Rady Europy kwestie dotyczące zagrożeń zawodowych zostały poruszone dopiero w **Zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej**<sup>5</sup> z 1996 r. Do środków mających zapewnić pracownikom prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy dodała ona obowiązek realizowania przez państwo członkowskie spójnej polityki w dziedzinie bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy. Jej celem powinna być poprawa bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapobieganie wypadkom i zagrożeniom dla zdrowia wynikającym z pracy, związanym z pracą lub występującym w trakcie pracy, osiągnięta poprzez ograniczanie do minimum przyczyn zagrożeń związanych ze środowiskiem pracy (art. 3 część II zrewid. karty).

### ■ Przepisy Unii Europejskiej – karta praw socjalnych

Jak wyżej już wspomniano, decydujące znaczenie dla określenia europejskich wzorców w zakresie oceny ryzyka zawodowego miały normy prawne tworzone przez Unię Europejską. Początek nowoczesnym standardom dała przyjęta w 1989 r. **Wspólnotowa Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracowników**<sup>6</sup>. Wśród podstawowych praw socjalnych wymienia ona prawo pracownika do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy. Zgodnie z art. 19 tego dokumentu: „każdy pracownik powinien mieć zapewnione w miejscu pracy zadowalające warunki ochrony zdrowia i bezpieczeństwa. Należy podjąć odpowiednie działania zmierzające do zbliżenia poziomu warunków istniejących w tej dziedzinie, przy systematycznym podnoszeniu ich standardu”. Według karty, działania

<sup>4</sup> Adres: <http://www.mop.pl>.

<sup>5</sup> Tekst zawarty [w:] *Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki socjalnej*, Warszawa 1997.

<sup>6</sup> Tekst zawarty [w:] Świątkowski A.M., Wierzińska H. (oprac.): *Dokumenty źródłowe instytucji Wspólnot Europejskich w zakresie prawa socjalnego*, Musica Iagellonica, Kraków 1999, s. 103–109.

<sup>1</sup> Adres: <http://www.mop.pl>. Konwencja nie jest ratyfikowana przez Polskę.

<sup>2</sup> Adres: <http://www.mop.pl>.

<sup>3</sup> Konwencja ratyfikowana przez Polskę: Dz.U. z 2005 r. nr 34, poz. 300.

w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników powinny uwzględnić zwłaszcza: „konieczność szkolenia, informowania i konsultacji pracowników oraz wyważonej ich partycypacji, gdy działania te dotyczą ryzyka zawodowego, na które narażeni są pracownicy, albo podejmowane są dla wyeliminowania lub zmniejszenia tego ryzyka”.

### ■ Przepisy Unii Europejskiej – dyrektywa ramowa

Zapoczątkowana w wyżej cytowanej Wspólnotowej Karcie Podstawowych Praw Socjalnych Pracowników nowatorska myśl dotycząca ryzyka zawodowego znalazła rozwinięcie oraz umocowanie prawne w najważniejszym dla unijnego systemu ochrony pracy akcie prawnym, jakim jest **Dyrektywa Rady z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (89/391/EWG)**<sup>7</sup>. W preambule dyrektywy ramowej zwrócono uwagę na to, że zagrożenie wypadkami przy pracy oraz chorobami zawodowymi pracowników Unii Europejskiej jest wciąż zbyt wysokie, dlatego istnieje konieczność bezzwłocznego wprowadzenia lub udoskonalenia środków zapobiegawczych zapewniających bezpieczeństwo i ochronę zdrowia pracowników oraz wyższy poziom ochrony zdrowia pracowników przed zagrożeniami zawodowymi. Stanowi ona również, że w celu zapewnienia lepszej ochrony pracownicy lub ich przedstawiciele powinni być przede wszystkim informowani o zagrożeniach dotyczących ich bezpieczeństwa i zdrowia oraz o przedsięwzięciach, które należy podjąć w celu zmniejszenia lub eliminowania zagrożenia w miejscu pracy.

Dyrektywa ramowa przyjęła za cel wprowadzenie w życie środków wzmacniających ochronę bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w pracy. Zgodnie z nią zawarto w niej ogólne zasady odnoszące się m.in. do ochrony przed zagrożeniami zawodowymi, ochrony bezpieczeństwa i zdrowia, eliminacji zagrożeń i czynników sprzyjających powstawaniu wypadków przy pracy, zawarto także ogólne wytyczne do wprowadzenia w życie wymienionych zasad (art. 1 ust. 1, ust. 2 dyr.). Dyrektywa ramowa definiuje też pojęcie „zapobieganie” jako wszystkie czynności lub środki podejmowane lub planowane na każdym etapie działalności zawodowej w zakładzie pracy, zapobiegające ryzyku zawodowemu lub zmniejszające je (art. 3 lit. d dyr.).

Dyrektywa ramowa w sposób jednoznaczny wprowadziła **zasadę pełnej i niepodzielnej odpowiedzialności pracodawcy w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy** (art. 5 ust. 1 dyr.). Zgodnie z nią pracodawca ma obowiązek przedsięwziąć środki niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników,

włącznie m.in. z zapobieganiem zagrożeniom zawodowym. Pracodawca powinien reagować na potrzeby i odpowiednio dostosowywać środki, biorąc po uwagę zmieniające się okoliczności i środki zapobiegawcze umożliwiające poprawę istniejącej sytuacji w miejscu pracy (art. 6 ust. 1 dyr.). Pracodawca w szczególności ma zapobiegać zagrożeniom zawodowym, dokonywać oceny zagrożeń zawodowych, które nie mogą być wykluczone, zwalczać źródła zagrożeń zawodowych. Biorąc pod uwagę rodzaj prowadzonej działalności produkcyjnej, powinien dokonać oceny zagrożeń dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy w celu wyboru zapobiegających im narzędzi i środków pracy, czynników chemicznych i wyposażenia miejsc pracy, a następnie – stosownie do dokonanej oceny – zastosować właściwe środki prewencyjne oraz metody produkcji i sposoby wykonywania pracy. Pracodawca przy podejmowaniu działań odnoszących się do określonego miejsca pracy ma obowiązek uwzględniać zapobieganie zagrożeniom zawodowym oraz informować o nich pracowników lub ich przedstawicieli. Powinien także powyższe informacje przekazywać pracodawcom wykonującym zlecenia na jego terenie w celu przekazania ich wszystkim pracownikom zaangażowanym w proces pracy w tym samym miejscu (art. 6 ust. 2, ust. 3, ust. 4 dyr.).

Zgodnie z dyrektywą ramową, pracodawca powinien dokonywać oceny stopnia zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy, w tym w odniesieniu do pracowników narażonych na szczególne niebezpieczeństwa. Na podstawie dokonanej oceny ryzyka zawodowego pracodawca jest następnie zobowiązany zdecydować o zastosowaniu odpowiednich środków ochronnych, a w razie konieczności o użyciu odpowiednich urządzeń ochronnych. Przeprowadzona przez pracodawcę ocena ryzyka zawodowego oraz wprowadzone w jej wyniku środki prewencyjne powinny być odpowiednio udokumentowane (art. 9 dyr.). Dyrektywa ramowa kładzie ogromny nacisk na odpowiedni poziom wiedzy i świadomości pracowników w aspekcie ochrony życia i zdrowia w miejscu pracy. Dlatego nakłada na pracodawcę obowiązek udzielania pracownikom lub ich przedstawicielom niezbędnych informacji o zagrożeniach zawodowych dla bezpieczeństwa i zdrowia, podejmowanych środkach ochronnych i zapobiegawczych odnoszących się zarówno do zakładu jako całości, jak i do konkretnego stanowiska pracy (art. 10 ust. 1 dyr.). Dyrektywa wymaga, aby pracownicy lub przedstawiciele pracowników byli uprzednio informowani i konsultowani przez pracodawcę w sprawie oceny stopnia zagrożeń zawodowych dla zdrowia i bezpieczeństwa, przewidywanych środków ochronnych i zapobiegającym zagrożeniom zawodowym oraz sposobów informowania o tych zagadnieniach (art. 11 ust. 2 lit. c dyr.).

Dla przedstawicieli pracowników do spraw bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy dyrektywa ramowa przewiduje prawo wymagania od pracodawcy, by podejmował odpowiednie działania,

<sup>7</sup> Dz. Urz. UE L 183 z 29.06.1989, s. 1–8.

i przedstawiania mu wniosków z propozycjami uniki zagrożeń zawodowych oraz eliminowania źródeł zagrożeń zawodowych (art. 11 ust. 3 dyr.).

### ■ Przepisy Unii Europejskiej – dyrektywy szczegółowe

Ocena ryzyka zawodowego jest potwierdzana oraz rozszerzana w dyrektywach szczegółowych Unii Europejskiej, odnoszących się do poszczególnych rodzajów zagrożeń zawodowych, takich jak: czynniki chemiczne, ręczne przemieszczanie ciężarów, praca z urządzeniami wyposażonymi w monitor ekranowy, czynniki biologiczne, hałas oraz wibracje (drgania mechaniczne). Wszystkie niżej omówione dyrektywy szczegółowe Unii Europejskiej wymagają, aby pracodawca podczas przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego określił właściwe środki ochronne lub zapobiegające przed poszczególnymi rodzajami zagrożeń zawodowych. Wprowadzają ciągłość obowiązku oceny ryzyka zawodowego, gdyż wymagają przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego w sposób systematyczny oraz w razie potrzeby dokonywania jej aktualizacji. Ponadto zobowiązują pracodawcę, by poinformował narażonych na poszczególne rodzaje zagrożeń zawodowych pracowników oraz ich przedstawicieli o wynikach przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego.

#### Czynniki chemiczne

Kwestie oceny ryzyka zawodowego rozszerza **Dyrektywa Rady 98/24/WE z dnia 7 kwietnia 1998 r. w sprawie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników przed ryzykiem związanym ze środkami chemicznymi w miejscu pracy** (czternasta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)<sup>8</sup>. Wymaga ona, aby pracodawca podczas przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego w związku z czynnikami chemicznymi wziął pod uwagę niebezpieczne właściwości tych środków, informacje zawarte w kartach charakterystyki, poziom, typ i długość narażenia na środki chemiczne, warunki pracy z udziałem tych środków, włącznie z ich ilością, dopuszczalne wartości narażenia zawodowego lub dopuszczalne wartości biologiczne, skutki podjętych działań prewencyjnych lub użytych środków zapobiegawczych oraz wnioski z przeprowadzonych kontroli stanu zdrowia narażonych na ryzyko zawodowe pracowników (art. 4 ust. 1 dyr.).

#### Ręczne przemieszczanie ciężarów

Do kwestii oceny ryzyka zawodowego odnosi się również **Dyrektywa Rady 90/269/EWG z dnia 29 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa podczas ręcznego przemieszczania ciężarów, w przypadku możliwości wystąpienia zagrożenia, zwłaszcza urazów kręgosłupa** (czwarta szczegó-

łowa dyrektywa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)<sup>9</sup>. Wymaga ona, aby pracodawca dokonywał oceny ryzyka zawodowego oraz troszczył się o unikanie lub zmniejszanie zagrożenia zawodowego, zwłaszcza urazów kręgosłupa, poprzez stosowanie odpowiednich środków ochronnych lub zapobiegawczych, przy uwzględnieniu charakterystyki środowiska pracy i wymagań działalności zawodowej (art. 4 dyr.). Dyrektywa zobowiązuje pracodawcę, aby informował pracowników i ich przedstawicieli o wprowadzonych środkach wspomagających podczas ręcznego przemieszczania ciężarów oraz o sposobach prawidłowego obchodzenia się z ciężarem, a także o zagrożeniach zawodowych wynikających z nieprawidłowego wykonywania pracy podczas przemieszczania ciężarów (art. 6 dyr.).

#### Urządzenia wyposażone w monitory ekranowe

Problematykę oceny ryzyka zawodowego porusza także **Dyrektywa Rady 90/270/EWG z dnia 29 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia przy pracy z urządzeniami wyposażonymi w monitory ekranowe** (piąta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 87/391/EWG)<sup>10</sup>. Zobowiązuje ona pracodawcę do przeprowadzenia analizy stanowisk pracy wyposażonych w monitory ekranowe w celu oceny warunków zdrowotnych i bezpieczeństwa, szczególnie w odniesieniu do możliwych zagrożeń dla wzroku oraz obciążeń fizycznych i psychicznych (art. 3 dyr.).

#### Czynniki biologiczne

W sposób szczegółowy ocena ryzyka zastała uregulowana w **Dyrektywie 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy** (siódma dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)<sup>11</sup>. Wymaga ona m.in., aby ocena ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na czynniki biologiczne była przeprowadzana z uwzględnieniem prawnie określonej klasyfikacji czynników biologicznych, zaleceń właściwych władz, informacji na temat chorób, które mogą wystąpić w następstwie pracy wykonywanej przez pracownika, potencjalnego działania alergizującego lub toksycznego występującego w wyniku wykonywanej przez pracownika pracy oraz wiedzy na temat choroby, na którą – jak stwierdzono – cierpi pracownik i która ma bezpośredni związek z jego pracą (art. 3 ust. 2 dyr.).

#### Czynniki fizyczne – hałas

Dodatkowe wymagania w odniesieniu do oceny ryzyka zawodowego zawiera również **Dyrektywa 2003/10/WE Parlamentu Europejskiego i Rady**

<sup>8</sup> Dz. Urz. UE L 131 z 05.05.1998, s. 11–23.

<sup>9</sup> Dz. Urz. UE L 269 z 27.06.2007, s. 9–13.

<sup>10</sup> Dz. Urz. UE L 156 z 21.06.1990, s. 14–18.

<sup>11</sup> Dz. Urz. UE L 262 z 17.10.2000, s. 21–45.

z dnia 6 lutego 2003 r. w sprawie minimalnych wymagań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dotyczących narażenia pracowników na ryzyko spowodowane czynnikami fizycznymi – hałasem (siedemnasta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)<sup>12</sup>. Wymaga ona m.in., aby pracodawca przy przeprowadzaniu oceny ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na hałas zwracał szczególną uwagę na poziom, rodzaj i czas narażenia, prawnie określone wartości graniczne narażenia na hałas oraz wszelkie skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników zaliczanych do grup szczególnego ryzyka zawodowego. Pracodawca powinien zwrócić szczególną uwagę również na wszelkie skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika, wynikające z interakcji pomiędzy hałasem i ototoksycznymi substancjami związanymi z wykonywaną pracą oraz pomiędzy hałasem i wibracjami, a także na wszelkie pośrednie skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika wynikające z interakcji pomiędzy hałasem i stosowanymi w pracy sygnałami ostrzegawczymi lub innymi dźwiękami ostrzegającymi przed wypadkiem (art. 4 ust. 6 dyr.).

#### **Czynniki fizyczne – wibracje (drgania mechaniczne)**

W podobnie rozszerzający sposób kwestie oceny ryzyka zawodowego reguluje **Dyrektywa 2002/44/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie minimalnych wymagań w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa dotyczących narażenia pracowników na ryzyko spowodowane czynnikami fizycznymi – wibracjami** (szesnasta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)<sup>13</sup>. Wymaga ona m.in., aby pracodawca podczas dokonywania oceny ryzyka zawodowego zwracał szczególną uwagę na poziom, rodzaj i czas trwania narażenia zawodowego, a także na wartości dopuszczalne narażenia oraz powstałe skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników zaliczanych do grup szczególnego ryzyka zawodowego. Pracodawca ma ponadto obowiązek uwzględnić wszelkie pośrednie skutki dla bezpieczeństwa pracownika wynikające z interakcji wibracji mechanicznych i miejsca pracy lub sprzętu roboczego, a także informacje dotyczące szczególnych warunków pracy, takich jak niskie temperatury oraz odpowiednie informacje uzyskane z kontroli medycznej pracowników narażonych na wibrację podczas wykonywania pracy (art. 4 ust. 4 dyr.).

#### **Ocena ryzyka zawodowego w polskim prawie pracy**

W polskim systemie ochrony pracy podstawowe uregulowania prawne odnoszące się do zagadnienia oceny ryzyka zawodowego zawiera **ustawa z dnia**

**26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy**<sup>14</sup> (kp.), które rozwijają oraz uszczegóławiają rozporządzenia wykonawcze.

#### **■ Kodeks pracy – uregulowania podstawowe**

Rozważania na temat polskiego ustawodawstwa należy rozpocząć od ogólnego stwierdzenia, że za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy pełną i niepodzielną odpowiedzialność ponosi pracodawca. Na zakres tej odpowiedzialności nie wpływa powołanie służby bhp czy obowiązki pracowników związane z bhp (art. 207 § 1 kp.). Zgodnie z postanowieniami Kodeksu pracy, pracodawca ma generalny obowiązek chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie im bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki (art. 207 § 2 kp.). Podstawowym narzędziem pracodawcy służącym do wypełnienia generalnego obowiązku ochrony zdrowia i życia pracowników w miejscu pracy jest ocena ryzyka zawodowego.

Według Kodeksu pracy, **pracodawca ma obowiązek przeprowadzania oceny i dokumentowania ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą oraz stosowania niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających to ryzyko, a także informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi** (art. 226 kp.).

#### **■ Ogólne przepisy bhp – rozwinięcie Kodeksu pracy**

Kodeksowe uregulowanie odnoszące się do oceny ryzyka zawodowego rozwija **Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 kwietnia 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy**<sup>15</sup>. Definiuje ono pojęcie „ryzyko zawodowe” jako „prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą, powodujących straty, w szczególności wystąpienia u pracowników niekorzystnych skutków zdrowotnych w wyniku zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub sposobu wykonywania pracy” (§ 2 pkt 7 rozp.). Natomiast termin „zagrożenie” rozumie jako „stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę” (§ 2 pkt 13 rozp.). Przywołane rozporządzenie potwierdza, że pracodawca ma obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, w szczególności poprzez zapobieganie zagrożeniom zawodowym. Powinien on być przez pracodawcę realizowany przez zachowywanie ogólnych zasad zapobiegania wypadkom przy pracy oraz chorobom zawodowym, do których w szczególności zalicza się zapobieganie zagrożeniom, przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego związanego z niedającymi się wy-

<sup>12</sup> Dz. Urz. UE L 42 z 15.02.2003, s. 38–44.

<sup>13</sup> Dz. Urz. UE L 177 z 06.07.2002, s. 13–20.

<sup>14</sup> t.j. Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.

<sup>15</sup> t.j. Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650 z późn. zm.

eliminować zagrożeniami zawodowymi, likwidowanie zagrożeń zawodowych u źródeł ich powstania w miejscu pracy oraz instruowanie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (§ 39 rozp.).

### *Obowiązek dokonywania oceny ryzyka*

To samo rozporządzenie generalnie stanowi, że pracodawca przeprowadza ocenę ryzyka zawodowego występującego podczas wykonywanej pracy. W szczególności rozporządzenie wymaga od pracodawcy przeprowadzania tej oceny przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowaniu czynników chemicznych, biologicznych, rakotwórczych lub mutagennych oraz zmianie organizacji pracy. Pracodawca ma obowiązek uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy występujące w pracy oraz wszystkie sposoby wykonywania pracy przez pracowników (§ 39a ust. 1 rozp.). Przywołane rozporządzenie zaznacza, że celem przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego jest zastosowanie w jej następstwie właściwych środków profilaktycznych, metod oraz organizacji pracy, które zapewnią zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy oraz będą zintegrowane z podejmowanymi przez pracodawcę działaniami na wszystkich poziomach struktury organizacyjnej zakładu pracy (§ 39a ust. 2 rozp.).

### *Prowadzenie dokumentacji*

Zgodnie z postanowieniami zawartymi w Kodeksie pracy oraz wyżej cytowanym rozporządzeniu, do obowiązków pracodawcy należy prowadzenie dokumentacji dotyczącej przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego oraz zastosowanych w jej następstwie niezbędnych środków profilaktycznych. Rozporządzenie wymaga, aby dokument potwierdzający przeprowadzenie oceny ryzyka zawodowego zawierał przede wszystkim opis ocenianego stanowiska pracy, obejmujący wyszczególnienie:

- stosowanych maszyn, narzędzi i materiałów,
- wykonywanych zadań,
- niebezpiecznych, szkodliwych i uciążliwych czynników środowiska pracy,
- stosowanych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej przed zagrożeniami zawodowymi,
- pracowników wykonujących pracę na danym stanowisku pracy.

Dokument ten powinien również zawierać wyniki przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego dla każdego czynnika środowiska pracy oraz niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko zawodowe, wynikające z dokonanej oceny, a także datę przeprowadzonej oceny oraz wskazywać osoby dokonujące oceny ryzyka zawodowego (§ 39a ust. 3 rozp.).

### *Konsultacje pracodawcy z pracownikami lub ich przedstawicielami*

Należy przy tym pamiętać, że kwestie dotyczące oceny ryzyka zawodowego oraz informowania pracowników o tym ryzyku powinny być przed-

miotem konsultacji pracodawcy z pracownikami lub ich przedstawicielami do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 237<sup>11a</sup> § 1 pkt 2 kp.). Choć przepis ten nie stanowi tego wprost, to jest rzeczą oczywistą, iż konsultacje mogą się odbyć dopiero wówczas, gdy pracodawca przekaze pracownikom lub ich przedstawicielom wszelkie informacje dotyczące oceny ryzyka zawodowego. Oznacza to, że w uprawnieniu pracowników lub ich przedstawicieli do brania udziału w konsultacjach związanych z oceną ryzyka zawodowego mieści się ich prawo do otrzymania wszelkich informacji na ten temat. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że podczas konsultacji pracownicy lub ich przedstawiciele mogą przedstawiać pracodawcy wnioski w sprawie eliminacji lub ograniczenia zagrożeń zawodowych (art. 237<sup>11a</sup> § 2 kp.). W sprawach zagrożenia zdrowia i życia pracownicy lub ich przedstawiciele mogą również wystąpić z umotywowanym wnioskiem do inspektora pracy, który ma obowiązek przeprowadzenia kontroli w przedstawionym we wniosku zakresie oraz zastosować w jej wyniku odpowiednie środki prawne (art. 237<sup>11a</sup> § 4 kp.).

## ■ *Służby wspomagające pracodawcę*

### *Służba medycyny pracy*

Podmiotem fachowym wspomagającym pracodawcę w ocenie ryzyka zawodowego jest służba medycyny pracy, działająca na podstawie **ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy**<sup>16</sup>. Zgodnie z ustawą służba ta jest obowiązana do współdziałania z pracodawcą:

- w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie pracowników,
- w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowania stron stosunku pracy o możliwości wystąpienia niepożądanych skutków zdrowotnych będących następstwem ryzyka zawodowego (art. 6 ust. 1 pkt 1).

Podstawowym jednak zadaniem służby medycyny pracy jest wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich pracowników, w których kwestia oceny zagrożeń zawodowych odgrywa pierwszoplanową rolę (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. a ustawy). Szczegółowe zasady przeprowadzania takich badań określa **rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy**<sup>17</sup>. Zgodnie z nim lekarz medycyny pracy orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz dokonanej oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika występujących na zajmowanym stanowisku pra-

<sup>16</sup> t.j. Dz.U. z 2004 r. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.

<sup>17</sup> Dz.U. z 1996 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.

cy. Lekarz dokonuje oceny zagrożeń zawodowych na podstawie otrzymanej od pracodawcy informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, w tym również o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników występujących na ich stanowiskach pracy. Rozporządzenie stanowi, że wskazane jest, aby lekarz medycyny pracy uzupełnił informację pracodawcy w zakresie zagrożeń zawodowych o spostrzeżenia z przeprowadzonych wizytacji stanowisk pracy w zakładzie pracy (§ 3 rozp.). Dodatkowo rozporządzenie wymaga, aby informacje o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników lub warunków uciążliwych oraz o aktualnych wynikach wykonanych badań i pomiarów tych czynników pracodawca zawarł w skierowaniu pracownika na profilaktyczne badania lekarskie (§ 4 ust. 1, ust. 2 pkt 4 rozp.).

### *Sluzba bezpieczenstwa i higieny pracy*

Do prawnie określonych podmiotów fachowych wspomagających pracodawcę w przeprowadzaniu oceny ryzyka zawodowego należy również służba bezpieczeństwa i higieny pracy (służba bhp). **Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy**<sup>18</sup> zalicza do zakresu jej działania udział w przeprowadzaniu oceny ryzyka zawodowego, związanego z pracą wykonywaną przez pracowników w miejscu pracy (§ 2 ust. 1 pkt 14 rozp.). Powyższe wskazanie jest w pełni zasadne, gdyż służba bhp pełni w zakładzie pracy funkcje doradcze i kontrolne w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 237<sup>11</sup> § 1 kp.).

### ■ *Badania i pomiary czynników szkodliwych*

Ważnym elementem inicjującym ocenę ryzyka zawodowego jest przeprowadzenie przez pracodawcę rozpoznania występujących w środowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników oraz dokonywanie ich badań i pomiarów. Zgodnie z kodeksowymi zasadami prewencji chorobowej pracodawca ma obowiązek utrzymywać w stanie stałej sprawności urządzenia ograniczające lub eliminujące szkodliwe czynniki środowiska pracy oraz urządzenia służące do pomiarów tych czynników. Obowiązany jest również do przeprowadzania, na swój koszt, badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników, rejestrowania i przechowywania wyników tych pomiarów oraz udostępniania ich zainteresowanym pracownikom (art. 227 § 1 kp.).

Wyżej wskazane kodeksowe obowiązki pracodawcy rozwija **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środo-**

**wisku pracy**<sup>19</sup>. Potwierdza ono oraz uszczegóławia obowiązki pracodawcy dotyczące rozpoznania i typowania czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników występujących w środowisku pracy oraz wykonywania badań i pomiarów tych czynników. Pracodawca podejmuje decyzję o badaniu i pomiarze po przeprowadzeniu rozpoznania źródeł emisji czynników szkodliwych oraz warunków wykonywania pracy przez pracowników, które mają wpływ na poziom stężeń i natężeń tych czynników lub na skalę narażenia na oddziaływanie tych czynników. Pracodawca podczas czynności rozpoznawczych w sposób szczególny powinien uwzględnić:

- rodzaj występujących w środowisku pracy czynników szkodliwych oraz ich właściwości,
- procesy technologiczne i ich parametry,
- wyposażenie techniczne, w tym maszyny, urządzenia, instalacje i narzędzia, które mogą być źródłem emisji tych czynników wraz z wynikami pomiarów tej emisji dostarczonych przez producentów,
- środki ochrony zbiorowej i dane dotyczące ich użytkowania,
- organizację pracy,
- sposób wykonywania pracy przez pracowników,
- rzeczywisty czas narażenia pracowników na oddziaływanie czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy, z uwzględnieniem obowiązującego u pracodawcy systemu i rozkładu czasu pracy.

Należy pamiętać, że wskazane wyżej kwestie dotyczące rozpoznawania i typowania czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników w środowisku pracy oraz wykonywania badań, pomiarów i pobierania próbek tych czynników na konkretnych stanowiskach pracy pracodawca ma obowiązek konsultować z zainteresowanymi pracownikami lub przedstawicielami pracowników (§ 2 rozp.). Przywołane rozporządzenie wymaga, aby pracodawca zapewnił wykonanie pierwszych badań i pomiarów czynników szkodliwych w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia działalności zakładu pracy (§ 3 rozp.). Pracodawca ma również obowiązek niezwłocznego informowania narażonych pracowników o otrzymanych aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia pracowników w środowisku pracy oraz udostępniania zainteresowanym pracownikom otrzymanych wyników oraz wyjaśniania ich znaczenia (§ 17 rozp.).

### ■ *Informowanie o ryzyku zawodowym*

Ważnym elementem finalnym oceny ryzyka zawodowego oraz stosowanych środków profilaktycznych zmniejszających ryzyko zawodowe jest obowiązek pracodawcy informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi (art. 226 pkt 2 kp.). W przypadku pracownika mło-

<sup>18</sup> Dz.U. z 1997 r. nr 109, poz. 704 z późn. zm.

<sup>19</sup> Dz.U. z 2011 r. nr 33, poz. 166.



docianego informacja powinna być przekazana przez pracodawcę nie tylko pracownikowi młodocianemu, ale również jego przedstawicielowi ustawowemu (art. 201 § 3 kp.). Należy przy tym pamiętać, że postanowienia kodeksowe dotyczące oceny ryzyka zawodowego wymagają, o czym była szczegółowo mowa wyżej, aby kwestie informowania pracowników o ryzyku zawodowym były przedmiotem konsultacji pracodawcy z pracownikami lub ich przedstawicielami do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 237<sup>1a</sup> § 1 pkt 2 kp.). Ponadto zgodnie z obowiązującym regulaminem pracy, pracodawca zatrudniający co najmniej 20 pracowników ma obowiązek określenia sposobu informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą (art. 104<sup>1</sup> § 1 pkt 8 kp.).

### *Szkolenia bhp*

Kwestie dotyczące oceny ryzyka zawodowego są również koniecznym elementem szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Szczegółowe uregulowania w tym zakresie zawiera **rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy**<sup>20</sup>. Zgodnie z nim szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy powinny zaznajać z czynnikami środowiska pracy, mogącymi powodować zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia podczas wykonywania pracy oraz z wprowadzanymi środkami i działaniami zapobiegającymi zagrożeniom zawodowym (§ 3 pkt 1 rozp.). Rozporządzenie stanowi, że pracownik przed dopuszczeniem do wykonywania pracy – w ramach instruktażu stanowiskowego przeprowadzanego podczas wstępnego szkolenia w dziedzinie bhp – powinien zostać zapoznany z czynnikami środowiska pracy występującymi na jego stanowisku pracy i ryzykiem zawodowym związanym z wykonywaną pracą, sposobami ochrony przed zagrożeniami zawodowymi, jakie mogą powodować czynniki występujące w środowisku pracy, oraz metodami bezpiecznego wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku (§ 9 ust. 2, § 11 ust. 1 rozp.). Ponadto analiza ramowych programów szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy zawartych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wykazała, że omawianie zagadnień związanych z ryzykiem zawodowym jest zaplanowane na różnego rodzaju szkoleniach, dla różnych grup uczestników.

Przykładowo kwestie zagrożeń wypadkowych oraz zagrożeń dla zdrowia występujących w zakładzie i podstawowe środki zapobiegawcze przewidywane są w **ramowym programie instruktażu ogólnego**, stanowiącym część wstępnych szkoleń w zakresie bhp (pkt I załącznika nr 1 rozp.). W **ramowym programie szkolenia okresowego w dziedzinie bhp pracowników inżynierjno-technicznych** planuje się aktualizację i uzupełnienie wiedzy z zakresu metod identyfikacji, analizy i oceny zagrożeń czynnikami szkodliwymi dla zdrowia pracowników, uciążliwymi i niebezpiecznymi

występującymi w procesach pracy oraz oceny ryzyka zawodowego związanego z tymi zagrożeniami (pkt VI załącznika nr 1 rozp.). Dokładnie taki sam zasób wiedzy na temat oceny ryzyka zawodowego, jak dla pracowników inżynierjno-technicznych, przewiduje **ramowy program szkolenia okresowego w dziedzinie bhp pracodawców i innych osób kierujących pracownikami** (pkt IV załącznika nr 1 rozp.). **Ramowy program szkolenia pracodawców wykonujących zadania służby bhp** (pkt III załącznika nr 1 rozp.) oraz **ramowy program szkolenia okresowego w dziedzinie bhp pracowników służby bhp i osób wykonujących zadania tej służby** (pkt VII załącznika nr 1 rozp.) przewidują przekazanie wiedzy na temat metod identyfikacji, analizy i oceny zagrożeń oraz oceny ryzyka zawodowego związanego z następującymi zagrożeniami: zagrożenia wypadkowe, hałas, wibracja, czynniki chemiczne, pył, czynniki biologiczne, promieniowanie podczerwone, jonizujące, nadfioletowe, pola elektromagnetyczne, energia elektryczna i elektryczność statyczna, mikroklimat, oświetlenie, zagrożenie pożarowe i wybuchowe, zagrożenia w transporcie wewnątrzzakładowym oraz przy składowaniu materiałów.

Na podstawie wyżej przywołanych ramowych programów szkoleń w dziedzinie bhp, zawartych w omawianym rozporządzeniu, pracodawca ma obowiązek opracować **szczegółowe programy szkoleń wstępnych oraz okresowych w dziedzinie bhp dla poszczególnych grup stanowisk, dostosowane do rodzajów i warunków pracy w danym zakładzie pracy** (§ 7 ust. 1, ust. 2 rozp.).

### *Termin przekazywania informacji o ryzyku zawodowym*

Z dotychczasowych rozważań dotyczących obowiązku pracodawcy informowania o ryzyku zawodowym oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami wynika, że tego rodzaju informacje pracodawca powinien przekazać pracownikowi przed dopuszczeniem go do pracy, a także zawsze wtedy, gdy nastąpią zmiany w warunkach wykonywania pracy, a w konsekwencji – w ryzyku zawodowym. Oznacza to, że obowiązek informowania pracowników związany z oceną ryzyka zawodowego ma charakter ciągły. Obowiązek ten ma ponadto charakter zindywidualizowany, co oznacza, że dotyczy każdego pracownika, a w przypadku pracownika młodocianego również jego przedstawiciela ustawowego. Jego celem jest uświadomienie pracownikowi zagrożeń zawodowych i ich wpływu na jego zdrowie, tak by podjęta przez niego decyzja w sprawie zatrudnienia była świadoma. Równie ważne przy ocenie stanu bezpieczeństwa, jak szkodliwe dla zdrowia czynniki wynikające z materialnego środowiska pracy, są: świadomość zagrożeń zawodowych oraz zasad ochrony przed nimi, znajomość zasad oraz przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, a także motywacja do wykonywania pracy i integracja w środowisku pracy.

Warto w tym miejscu podkreślić, że odpowiedni stan świadomości i wiedzy pracowników oraz przedstawicieli pracowników w zakresie zagrożeń zawo-

<sup>20</sup> Dz.U. z 2004 r. nr 180, poz. 1860 z późn. zm.

wych, ryzyka zawodowego oraz zasad ochrony przed zagrożeniami zawodowymi jest koniecznym elementem nowoczesnego modelu ochrony zdrowia pracowników oraz bezpieczeństwa w miejscu pracy.

### *Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego*

Na powszechność oraz wagę obowiązku pracodawcy informowania o ryzyku zawodowym oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi zwrócił uwagę **Naczelny Sąd Administracyjny we Wrocławiu w wyroku II SA/Wr 319/00 z dnia 2 października 2002 r.**<sup>21</sup>. Sąd stwierdził, że „przewidziany w art. 226 Kodeksu pracy obowiązek informowania pracowników o ryzyku zawodowym dotyczy każdego pracownika, niezależnie od rodzaju zajmowanego stanowiska”. W uzasadnieniu do wyroku Sąd wyjaśnił, że realizacja tego obowiązku powinna polegać na „przekazaniu pracownikowi wiedzy (np. w ramach szkolenia wstępnego w zakresie bhp, tj. głównie podczas instruktażu ogólnego i stanowiskowego) o rodzaju i zakresie występujących zagrożeń w środowisku pracy oraz o skutkach dla zdrowia i życia, jakie może wywołać praca w kontakcie z tymi zagrożeniami”.

Zdaniem Sądu „pracownik powinien zostać poinformowany o rodzaju czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwych oraz niebezpiecznych, o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych, jakie miały miejsce na danym lub podobnym stanowisku pracy, o przyczynach i skutkach tych wypadków i chorób. Pracownik powinien być także poinstruowany o środkach zapobiegających zagrożeniom, w tym w szczególności o sposobach stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej”.

Realizacja obowiązku oceniania i dokumentowania ryzyka zawodowego obejmuje według Sądu powinność szacowania skali, rozmiaru ryzyka zawodowego oraz jego dokumentowania. Zdaniem Sądu „rozważane obowiązki mają kategorię i bezwarunkowy charakter, co oznacza, że dotyczą one wszystkich stanowisk pracy, zaś ich wykonanie nie jest uwarunkowane oceną danej pracy jako związanej z ryzykiem mieszczącym się lub odbiegającym od normalnego doświadczenia zawodowego. Takiej przesłanki przepisy nie formułują, ani też nie pozwalają jej wyinterpretować, natomiast jej przyjęcie byłoby równoznaczne z pozostawieniem realizacji istotnego obszaru bezpieczeństwa i higieny pracy w sferze uznania pracodawcy. Rozumienie takie byłoby sprzeczne z bezwzględny charakterem przepisów bhp, które ze względu na przedmiot ochrony, jakim jest życie i zdrowie pracownika, nie mogą być uchylone lub zmienione wolą stron”.

### *Inne aspekty informowania o ryzyku zawodowym wynikające z Kodeksu pracy*

Omawiając obowiązek pracodawcy informowania o ryzyku zawodowym oraz zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi, należy jeszcze zwrócić

uwagę na to, że przepisy Kodeksu pracy dodatkowo przewidują obowiązek przekazywania pracownikom informacji o wszelkich zagrożeniach dla ich zdrowia i życia występujących na terenie całego zakładu pracy, na poszczególnych stanowiskach pracy i przy wykonywaniu poszczególnych prac, w tym o zasadach postępowania w przypadku awarii i innych sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu. Przekazywane informacje powinny dotyczyć również podejmowanych w zakładzie pracy działań ochronnych i zapobiegawczych mających na celu wyeliminowanie lub ograniczenie zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy (art. 207<sup>1</sup> § 1 pkt 1, pkt 2 kp.).

W przypadku gdy na terenie jednego pracodawcy wykonują pracę pracownicy zatrudnieni przez innych pracodawców, przepisy wymagają, by przekazał on tym pracodawcom informacje w zakresie zagrożeń zawodowych oraz środków prewencji, a oni poinformowali własnych pracowników (art. 208 § 3 kp.). Natomiast w sytuacji, gdy jednocześnie w tym samym miejscu wykonują pracę pracownicy zatrudnieni przez różnych pracodawców, pracodawcy ci mają obowiązek informować siebie nawzajem oraz pracowników lub ich przedstawicieli o działaniach dotyczących zapobiegania zagrożeniom występującym podczas wykonywanych przez nich prac (art. 208 § 1 pkt 4 kp.).

Pracodawca, który uzyska wiedzę, że możliwe jest nagłe wystąpienie zagrożenia zawodowego dla zdrowia lub życia w miejscu pracy, obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym pracowników oraz podjąć działania w celu zapewnienia im odpowiedniej ochrony, a także niezwłocznie dostarczyć pracownikom instrukcje umożliwiające, w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zawodowego, przerwanie pracy i oddalenie się z miejsca zagrożenia w miejsce bezpieczne. W przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracowników w miejscu pracy pracodawca jest obowiązany wstrzymać pracę i wydać pracownikom polecenie oddalenia się z ich stanowisk pracy w miejsce bezpieczne, do czasu usunięcia zagrożenia zawodowego (art. 209<sup>2</sup> kp.).

### *Aspekty informowania o ryzyku zawodowym wynikające z rozporządzenia*

Obowiązki pracodawcy związane z informowaniem o zagrożeniu zawodowym zawarte są również w rozporządzeniu w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Zgodnie z jego postanowieniami pracodawca jest obowiązany przekazać pracownikom informacje o istniejących zagrożeniach zawodowych, zwłaszcza o tych, przed którymi chronić ich będą środki ochrony indywidualnej, oraz informacje o tych środkach i zasadach ich stosowania (§ 39c rozp.). Te ostatnie powinien przekazać w szczególności w postaci instrukcji stosowania środków ochrony indywidualnej, a także w razie potrzeby – w celu zapewnienia prawidłowego ich użytkowania – zorganizować pokazy używania tych środków.

<sup>21</sup> Lex nr 74576.

Wydana przez pracodawcę instrukcja stosowania środków ochrony indywidualnej powinna być zrozumiała dla pracowników, powinna też określać sposoby użytkowania środków ochrony indywidualnej, ich kontroli i konserwacji (§ 6 zał. nr 2 rozp.).

Zgodnie z rozporządzeniem, pracodawca w celu uzyskania aktualnych informacji o zagrożeniach zawodowych zobowiązany jest zapewnić systematyczną kontrolę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji pracy, stanu technicznego maszyn i innych urządzeń technicznych, oraz ustalić sposoby rejestracji stwierdzonych nieprawidłowości i metody ich usuwania. W przypadku stwierdzenia, w wyniku kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpośredniego zagrożenia zawodowego dla życia i zdrowia pracowników osoba kierująca pracownikami jest obowiązana do niezwłocznego wstrzymania prac i podjęcia przedsięwzięć mających na celu usunięcie zaistniałego zagrożenia (§ 40 rozp.).

### ■ Pracownicy tymczasowi

Kończąc omawianie powszechnych regulacji prawnych dotyczących oceny ryzyka zawodowego, zawartych w polskim systemie ochrony pracy, warto jeszcze przywołać zasady obowiązujące w stosunku do pracowników tymczasowych, to jest takich pracowników, których zatrudnia agencja pracy tymczasowej, aby wykonywali pracę na rzecz pracodawcy użytkownika. Zasady zatrudnienia pracowników tymczasowych określa **ustawa z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnianiu pracowników tymczasowych**<sup>22</sup>. Zgodnie z nią pracodawca użytkownik jest obowiązany zapewnić pracownikowi tymczasowemu bezpieczne i higieniczne warunki pracy w miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy tymczasowej (art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy). W związku z powyższym ustawodawca konsekwentnie zdecydował, że do obowiązków pracodawcy użytkownika należy również przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego oraz informowanie pracowników tymczasowych o ryzyku zawodowym (art. 9 ust. 2a ustawy). Przy czym warto odnotować, że cytowana ustawa przewiduje sankcję karną wobec pracodawcy użytkownika lub osoby działającej w jego imieniu za nieinformowanie pracownika tymczasowego o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami zawodowymi (art. 27 ust. 2 pkt 5 ustawy).

### ■ Ocena ryzyka zawodowego przy szczególnych zagrożeniach

Zgodnie z wyżej przedstawionymi przepisami prawa pracy, pracodawca w trakcie przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego obowiązany jest uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy

występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania pracy. Przy czym należy pamiętać, że dodatkowe wymagania w zakresie oceny ryzyka zawodowego w polskim systemie ochrony pracy, podobnie jak w Unii Europejskiej, przewidują przepisy szczegółowe, zawarte w rozporządzeniach dotyczących szczególnego rodzaju zagrożeń zawodowych, takich jak:

- czynniki chemiczne,
- ręczne przemieszczanie ciężarów,
- prace na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe,
- czynniki biologiczne,
- czynniki fizyczne – hałas,
- czynniki fizyczne – wibracje (drgania mechaniczne).

### Czynniki chemiczne

Szczegółowe wymagania dotyczące oceny ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na czynniki chemiczne wprowadza **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych**<sup>23</sup>. Przede wszystkim wprowadza ono definicje podstawowych pojęć odnoszących się do rozważanego zagadnienia. Zgodnie z rozporządzeniem, przez „ryzyko zawodowe stwarzane przez czynnik chemiczny” rozumie się prawdopodobieństwo (możliwość) wystąpienia potencjalnej szkody zdrowotnej na skutek stosowania czynnika chemicznego lub narażenia na czynnik chemiczny w miejscu pracy (§ 1 pkt 5 rozp.). „Narażenie zawodowe na czynnik chemiczny” rozumiane jest jako proces oddziaływania na organizm pracownika czynnika chemicznego występującego na jego stanowisku pracy (§ 1 pkt 7 rozp.). Natomiast „zagrożenie czynnikiem chemicznym” oznacza swoistą właściwość czynnika chemicznego mogącą potencjalnie spowodować szkodę (§ 1 pkt 4 rozp.).

Rozporządzenie potwierdza obowiązki pracodawcy dotyczące ryzyka zawodowego, stanowiąc, że pracodawca jest obowiązany do ustalenia, czy w środowisku pracy występuje czynnik chemiczny stwarzający zagrożenie, oraz do dokonania oceny ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynnik chemiczny i udokumentowania jej przeprowadzenia w formie pisemnej (§ 2, § 3 ust. 5 rozp.). Wymaga też, aby pracodawca podczas przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego uwzględnił niebezpieczne właściwości czynnika chemicznego, informacje zawarte w karcie charakterystyki, rodzaj, poziom i czas trwania narażenia zawodowego, a także ustalone wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń w środowisku pracy oraz ustalone wartości dopuszczalnych stężeń w materiale biologicznym. Powinien on również wziąć pod uwagę efekty przewidziane

<sup>22</sup> Dz.U. z 2003 r. nr 166, poz. 1608 z późn. zm.

<sup>23</sup> Dz.U. z 2005 r. nr 11, poz. 86 z późn. zm.

nych działań zapobiegawczych, wyniki oceny stanu zdrowia narażonych pracowników oraz warunki pracy przy użytkowaniu czynników chemicznych, z uwzględnieniem ilości tych czynników.

Pracodawca jest obowiązany do uzyskania jeszcze bardziej szczegółowych, niż wyżej wskazane, informacji od dostawcy ocenianego czynnika chemicznego lub z innych dostępnych mu źródeł wiedzy, jeżeli jest to niezbędne dla prawidłowego dokonania oceny ryzyka zawodowego. Ponadto musi dokonać oceny także tych rodzajów prac, podczas wykonywania których może wystąpić istotny wzrost narażenia, zwłaszcza prac remontowych i naprawczych (naprawa urządzeń) oraz innych działań, które mogą mieć szkodliwy wpływ na bezpieczeństwo lub zdrowie pracowników, również wówczas, gdy podjęto wszelkie niezbędne środki zapobiegawcze (§ 3 ust. 1, 2 i 4 rozp.). Przywołane rozporządzenie wymaga od pracodawcy dokonania ponownej oceny ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynnik chemiczny w przypadku wystąpienia zmian w składzie czynnika chemicznego lub w procesie technologicznym czy postępu wiedzy medycznej dotyczącej oddziaływania tego czynnika na zdrowie ludzi, a także na uzasadniony wniosek lekarza medycyny pracy prowadzącego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad narażonymi pracownikami (§ 4 rozp.).

### *Ręczne prace transportowe*

Do kwestii oceny ryzyka zawodowego odnosi się również **rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych**<sup>24</sup>. Wymaga ono od pracodawcy uwzględnienia podczas dokonywania tej oceny przy ręcznych pracach transportowych masy przemieszczanego przedmiotu, jego rodzaju i położenia środka ciężkości, warunków środowiska pracy, w tym szczególnie temperatury i wilgotności powietrza oraz poziomu czynników szkodliwych dla zdrowia, a także organizacji pracy, w tym stosowanych sposobów wykonywania pracy. W przypadku pracowników wykonujących ręczne przemieszczanie ciężarów rozporządzenie nakazuje pracodawcy, aby podczas dokonywania oceny ryzyka zawodowego uwzględnił indywidualne predyspozycje pracownika do wykonywania tego rodzaju pracy, takie jak sprawność fizyczną, wiek i stan zdrowia (§ 4 ust. 1 rozp.). Rozporządzenie potwierdza też obowiązek pracodawcy aktualizowania oceny ryzyka zawodowego przy organizowaniu ręcznych prac transportowych, a także po każdej zmianie organizacji wykonywania tego rodzaju pracy. Przeprowadzona ocena stanowi podstawę do realizowania kolejnego obowiązku pracodawcy – podejmowania działań mających na celu usunięcie stwierdzonych zagrożeń zawodowych podczas wykonywania ręcznych prac transportowych (§ 4 ust. 2 rozp.).

<sup>24</sup> Dz.U. z 2000 r. nr 26, poz. 313 z późn. zm.

Rozporządzenie wymaga, aby pracodawca przed rozpoczęciem przez pracownika pracy polegającej na ręcznym przemieszczaniu ciężarów poinformował go o wszystkich aspektach bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiach ergonomii, w tym o wynikach przeprowadzonej oceny ryzyka zawodowego przy ręcznych pracach transportowych oraz o środkach bezpieczeństwa zapobiegających urazom, a zwłaszcza urazom kręgosłupa (§ 5 ust. 1 pkt 3 rozp.).

### *Stanowiska wyposażone w monitory ekranowe*

Dodatkowe wymagania dotyczące oceny ryzyka zawodowego zawiera **rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe**<sup>25</sup>. Zgodnie z nim pracodawca jest obowiązany do przeprowadzania na stanowiskach pracy wyposażonych w monitory ekranowe oceny warunków pracy dotyczących organizacji stanowisk pracy oraz stanu elementów ich wyposażenia. Ma obowiązek zwrócić szczególną uwagę na obciążenie narządu wzroku oraz układu mięśniowo-szkieletowego pracowników, jak również na obciążenie pracowników czynnikami fizycznymi oraz ich obciążenie psychiczne, wynikające ze sposobu organizacji pracy (§ 5 ust. 1 rozp.). Rozporządzenie stanowi, że ocena warunków pracy powinna być przeprowadzana w szczególności dla nowo tworzonych stanowisk pracy wyposażanych w monitory ekranowe, ale również po każdej zmianie organizacji i wyposażenia stanowiska pracy. Stanowi ona dla pracodawcy podstawę do podejmowania działań mających na celu usunięcie stwierdzonych zagrożeń i uciążliwości dla zdrowia pracowników (§ 5 ust. 2 rozp.).

Niezmiernie ważnym wymogiem jest obowiązek informowania pracowników o wszystkich aspektach ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe, w tym zwłaszcza o wynikach przeprowadzonej oceny warunków pracy oraz o podjętych środkach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy (§ 6 pkt 1 rozp.).

### *Czynniki biologiczne*

Problematykę oceny ryzyka zawodowego porusza **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki**<sup>26</sup>. Zobowiązuje ono pracodawcę do stosowania, w celu ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez szkodliwe czynniki biologiczne, wszelkich dostępnych środków zapobiegawczych, eliminujących

<sup>25</sup> Dz.U. z 1998 r. nr 148, poz. 973.

<sup>26</sup> Dz.U. z 2005 r. nr 81, poz. 716 z późn. zm.

narażenie lub ograniczających stopień tego narażenia (§ 4 ust. 1 rozp.). Zgodnie z rozporządzeniem pracodawca przed wyborem środka zapobiegawczego jest zobowiązany do przeprowadzenia oceny ryzyka zawodowego, na jakie jest lub może być narażony pracownik w związku z pracą w środowisku występowania szkodliwych czynników biologicznych.

Przeprowadzając ocenę ryzyka zawodowego w aspekcie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne, pracodawca powinien uwzględnić klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych, rodzaj, stopień oraz czas trwania narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego, a także informacje dotyczące potencjalnego działania alergizującego lub toksycznego szkodliwego czynnika biologicznego, choroby mogącej wystąpić w następstwie wykonywanej pracy oraz stwierdzonej choroby powstałej w bezpośrednim związku z wykonywaną pracą. Musi także wziąć pod uwagę wskazówki organów nadzoru nad warunkami pracy oraz jednostek służby medycyny pracy. Natomiast przeprowadzając ocenę ryzyka zawodowego w zakładach opieki zdrowotnej i zakładach leczniczych dla zwierząt, powinien on uwzględnić ponadto informacje na temat potencjalnego występowania szkodliwego czynnika biologicznego u pacjenta lub zwierzęcia oraz w materiale i próbkach od nich pobranych, a także zagrożenie ze strony szkodliwego czynnika biologicznego, o którym wiadomo, że jest obecny lub którego obecność jest podejrzewana u pacjenta lub u zwierzęcia oraz w materiałach i próbkach od nich pobranych oraz ryzyko wynikające z rodzaju pracy (§ 5 rozp.).

Przywołane rozporządzenie stanowi, że ocena ryzyka zawodowego związanego z narażeniem na działanie szkodliwych czynników biologicznych powinna być aktualizowana, w szczególności w odniesieniu do zmian mających znaczenie dla zdrowia pracowników w miejscu pracy (§ 6 rozp.).

#### *Czynniki fizyczne*

##### *– hałas oraz wibracje (drżania mechaniczne)*

Kwestie oceny ryzyka zawodowego dość istotnie rozszerza **rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 5 sierpnia 2005 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z narażeniem na hałas lub drżania mechaniczne**<sup>27</sup>. Zobowiązuje ono pracodawcę do uwzględniania, podczas dokonywania oceny ryzyka zawodowego związanego z narażeniem na hałas lub drżania mechaniczne, w sposób szczególny poziomu i rodzaju narażenia, włącznie z narażeniem na hałas impulsowy lub drżania mechaniczne, przerywane i powtarzające się wstrząsy, czasu trwania narażenia zawodowego oraz wartości NDN i wartości progów działania dla hałasu lub drgań mechanicznych. Wymaga zwrócenia uwagi zwłaszcza na skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników

zaliczanych do grup szczególnego ryzyka zawodowego oraz skutki wynikające z interakcji pomiędzy hałasem i drżaniami mechanicznymi, a także na informacje dotyczące poziomu emisji hałasu lub drgań mechanicznych pochodzące od producenta środków pracy. Ponadto nakłada na pracodawcę obowiązek uwzględniania w ocenie alternatywnych środków pracy, zaprojektowanych do ograniczenia emisji hałasu lub drgań mechanicznych, informacji uzyskanych w wyniku profilaktycznych badań lekarskich narażonych pracowników, a także pośrednich skutków dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika wynikających z interakcji pomiędzy hałasem i sygnałami bezpieczeństwa lub innymi dźwiękami ostrzegającymi przed ryzykiem wypadku przy pracy.

Pracodawca w dokonywanej ocenie ryzyka zawodowego powinien również wziąć pod uwagę skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika wynikające z interakcji pomiędzy hałasem i substancjami chemicznymi o działaniu szkodliwym na narząd słuchu (substancjami ototoksycznymi), dostępność właściwych środków ochrony indywidualnej przed hałasem lub drżaniami mechanicznymi, a także uwzględnić pośrednie skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika wynikające z oddziaływania drgań mechanicznych na środki pracy lub miejsce pracy oraz wpływ niskich temperatur i zwiększonej wilgotności na pracowników narażonych na działanie drgań mechanicznych, a szczególnie drgań miejscowych (§ 4 ust. 1 rozp.). Przywołane rozporządzenie nakłada na pracodawcę obowiązek przeprowadzania oceny ryzyka zawodowego każdorazowo, gdy nastąpią zmiany w warunkach wykonywania pracy przez pracowników lub jeśli konieczność dokonania weryfikacji oceny ryzyka zawodowego wykażą wyniki profilaktycznych badań lekarskich pracowników narażonych na hałas lub drżania mechaniczne w miejscu pracy (§ 4 ust. 2 rozp.).

#### *Informacja na temat oceny ryzyka zawodowego wynikającego z hałasu oraz wibracji (drżania mechanicznych)*

Cytowane rozporządzenie w sposób szczegółowy reguluje zakres obowiązku pracodawcy informowania o przeprowadzanej ocenie ryzyka zawodowego w kontekście narażenia na hałas lub drżania mechaniczne. W szczególności, w myśl rozporządzenia, pracodawca powinien przekazać narażonym pracownikom informacje na temat poziomu ryzyka zawodowego, rodzaju stwarzanych zagrożeń oraz ich potencjalnych skutków zdrowotnych, środków niezbędnych do wyeliminowania lub ograniczenia ryzyka zawodowego oraz okoliczności, w jakich tego rodzaju środki zapobiegawcze należy stosować.

Pracownicy powinni uzyskać od pracodawcy również informacje na temat wartości NDN oraz wartości progów działania dla hałasu lub drgań mechanicznych, wyników badań i pomiarów hałasu lub drgań mechanicznych, oceny ich natężeń i ro-

<sup>27</sup> Dz.U. z 2005 r. nr 157, poz. 1318.

dzaju oddziaływań na organizm oraz ewentualnego wpływu na ich zdrowie, przyczyn powstawania chorób powodowanych oddziaływaniem hałasu lub drgań mechanicznych na organizm, ich objawów i sposobów wykrywania oraz możliwych środków profilaktyki medycznej, profilaktycznej opieki zdrowotnej, w tym badań lekarskich narażonych pracowników.

Wśród przekazywanych zainteresowanym pracownikom informacji powinny się znaleźć także wiadomości na temat bezpiecznych sposobów wykonywania pracy, ograniczających do minimum narażenie na hałas lub drgania mechaniczne, oraz prawidłowego stosowania środków ochrony indywidualnej przed hałasem lub drganiami mechanicznymi (§ 10 rozp.).

### Uwagi końcowe

Z przeprowadzonych rozważań wynika, że w naszym kraju mamy wysokie standardy prawne dotyczące oceny ryzyka zawodowego, zwłaszcza w odniesieniu do ochrony przed szczególnymi rodzajami zagrożeń zawodowych, takich jak: czynniki chemiczne, czynniki biologiczne, ręczne prace transportowe, prace z użyciem monitorów ekranowych, hałas oraz wibracje (drgania mechaniczne). Polskie rozwiązania prawne odnoszące się do oceny ryzyka zawodowego w pełni odpowiadają standardom prawnym Międzynarodowej Organizacji Pracy oraz Unii Europejskiej, a w niektórych aspektach nawet je przewyższają. Taki stan prawny jest bardzo pocieszający, zważywszy na to, że ocena ryzyka zawodowego to praktyczne narzędzie prewencyjne prowadzące do upewnienia się, że prawdopodobieństwo, iż pracownik ulegnie wypadkowi przy pracy lub zachoruje wskutek występowania zagrożeń w miejscu pracy, jest na możliwie najniższym poziomie.

Zmniejszenie, tym w sumie prostym i powszechnie dostępnym narzędziem, negatywnego wpływu pracy na życie i zdrowie wykonujących ją pracowników prowadzi do ogromnych oszczędności, w tym również finansowych, w danym zakładzie pracy, ale ma także znaczący wpływ na kondycję finansową powszechnych instytucji ubezpieczeniowych. Tym samym ocena ryzyka zawodowego staje się zagadnieniem nie tylko dotyczącym danego zakładu pracy, ale mającym wymiar ogólnospołeczny. W związku z powyższym za słuszne należy uznać, że nieprzestrzeżenie przez pracodawcę obowiązków związanych z oceną ryzyka zawodowego jest sankcjonowane prawnie karą grzywny oraz uważane za wykroczenie przeciw prawom pracownika.

Mając na uwadze powyższe, należy jedynie żywić nadzieję, aby odpowiedzialni za przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego pracodawcy, wraz ze wspierającymi ich w tych działaniach podmiotami fachowymi działającymi w zakładzie pracy (służba bhp, służba medycy pracy) oraz przedstawicielami

pracowników, potrafili wykorzystać solidne podstawy prawne w praktyce działania na rzecz zachowania oraz zwiększania poziomu bezpieczeństwa i zdrowia pracowników.

Wydaje się jednak, że w obszarze praktycznego stosowania rozwiązań prawnych z zakresu oceny ryzyka zawodowego mamy jeszcze wiele do zrobienia, gdyż nazbyt często wymóg przeprowadzania takiej oceny postrzegany jest przez pracodawców, szczególnie zatrudniających niewielu pracowników, jak również przez samych pracowników, jako uciążliwy formalnoprawny obowiązek do wykonania, niemający rzeczywistego przełożenia na poziom bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy. W związku z tym, na obecnym etapie wdrażania w naszym kraju standardów dotyczących oceny ryzyka zawodowego do praktyki działania zakładów pracy, priorytetowym zadaniem wydaje się być nieustanne przekonywanie pracodawców oraz pracowników i ich przedstawicieli, że nie jest to narzędzie trudne, a prawidłowo przeprowadzona ocena ryzyka leży w ich wspólnym interesie. Powinniśmy czerpać praktyczną wiedzę z wieloletnich doświadczeń „starych” krajów członkowskich Unii Europejskiej, które dowiodły istnienia bezpośredniego związku między wynikami oceny ryzyka zawodowego a panującymi w zakładach warunkami pracy. Wypracowały one także konieczność zaangażowania się pracowników oraz ich przedstawicieli w proces oceny ryzyka zawodowego oraz wdrażania w jej wyniku środków zapobiegawczych.

W sprawozdaniu z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2012 r. wskazuje się, że nadal w naszym kraju niewystarczające jest zaangażowanie przedstawicieli pracowników w przeprowadzane w zakładach oceny ryzyka zawodowego<sup>28</sup>. Pracodawca samodzielnie, nawet ten najbardziej świadomy wagi i znaczenia oceny ryzyka zawodowego dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników, nie jest w stanie wdrażać w sposób efektywny jej wyników bez zaangażowania się pracowników lub ich przedstawicieli w sprawę bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy. W związku z powyższym należy w dalszym ciągu nieustannie podejmować wszelkie możliwe działania na rzecz wzrostu świadomości, zarówno pracodawców, jak i pracowników oraz ich przedstawicieli, w obszarze praktycznego wykorzystywania oceny ryzyka zawodowego jako podstawowego narzędzia w kształtowaniu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy, do czego – mam nadzieję – przyczyni się również w jakimś stopniu niniejsza obszerna publikacja na temat oceny ryzyka zawodowego.

<sup>28</sup> Adres: <http://www.pip.gov.pl>.

**Grażyna Ślawska**

# ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH oferuje PROGRAM DOFINANSOWANIA PRZEDSIĘBIORSTW\*

**W ramach programu obejmującego działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy ZUS finansuje:**

**I. Projekty o charakterze doradczym**, zorientowane na poprawę zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, w tym w szczególności realizację oceny ryzyka zawodowego, wprowadzenie procedur bezpiecznej pracy oraz planowanie i monitorowanie działań prewencyjnych w zakresie bhp.

**Przykładowe działania w projektach doradczych:**

- Przeprowadzenie identyfikacji zagrożeń w miejscu pracy i ocena ryzyka zawodowego związanego z tymi zagrożeniami.
- Wykonanie pomiarów stężeń i natężeń szkodliwych czynników, występujących w miejscu pracy, takich jak:
  - czynniki fizyczne (hałas, drgania ogólne i miejscowe, pole i promieniowanie elektromagnetyczne, promieniowanie optyczne, mikroklimatek itp.),
  - czynniki chemiczne i pyły,
  - czynniki uciążliwe (oświetlenie, nadmierne obciążenie wysiłkiem fizycznym dynamicznym i/lub statycznym itp.),
  - czynniki biologiczne.
- Dokonanie doboru środków ochrony indywidualnej do zidentyfikowanych zagrożeń (bez uwzględniania kosztów zakupu tych środków).
- Przeprowadzenie analizy i oceny ergonomiczności miejsc pracy.
- Wykonanie oceny bezpieczeństwa maszyn i instalacji technicznych.
- Opracowanie projektów technicznych środków ochrony zbiorowej lub instalacji innego sprzętu ochronnego na stanowiskach pracy.

**II. Projekty inwestycyjne**, które odnoszą się przede wszystkim do bezpieczeństwa technicznego (rozwoju, modyfikacji i usprawnienia stanu technicznego maszyn, urządzeń oraz systemów i środków ochronnych).

**Przykładowe działania w projektach inwestycyjnych:**

- Zakup i instalacja:
  - osłon do niebezpiecznych stref maszyn i urządzeń,
  - optoelektrycznych urządzeń ochronnych (kurtyn świetlnych, skanerów laserowych itp.),

- urządzeń ochronnych czułych na nacisk (mat, podłóg, obrzeży, krawędzi itp.),
  - elementów systemów sterowania realizujących funkcje bezpieczeństwa (oburęcznych urządzeń sterujących, urządzeń blokujących zezwalających, wyłączników krańcowych itp.),
  - kabin i obudów dźwiękoizolacyjnych lub dźwiękochłonnaizolacyjnych,
  - obudów, osłon i ekranów chroniących przed promieniowaniem optycznym, hałasem oraz polami elektromagnetycznymi,
  - wyrobów i ustrojów przeciwdrganiovych (wibroizolatorów, amortyzatorów itp.),
  - neutralizatorów elektryczności statycznej,
  - urządzeń oczyszczających powietrze (np.: filtrów, filtropochłaniaczy itp.),
  - urządzeń i elementów wentylacji,
  - urządzeń służących poprawie bezpieczeństwa pracy na wysokości,
  - urządzeń służących ograniczeniu obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego przy pracach ręcznych związanych z przemieszczaniem ciężkich ładunków,
  - urządzeń służących poprawie bezpieczeństwa pracy w przypadku narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne.
- Zakup środków ochrony indywidualnej (wyłącznie dla przedsiębiorstw zatrudniających do 49 pracowników, pod warunkiem przedstawienia i pozytywnej oceny dokumentacji potwierdzającej prawidłowe przeprowadzenie oceny ryzyka zawodowego oraz dokonanie na jej podstawie właściwego doboru środków ochrony indywidualnej).

**III. Projekty doradczo-inwestycyjne**, łączące działania powyższych projektów (pkt I i II).

**PROGRAM JEST ADRESOWANY** do wszystkich płatników składek, ze szczególnym uwzględnieniem sektora małych i średnich przedsiębiorstw.\*\*

Poziom dofinansowania został zróżnicowany ze względu na rodzaj przedsiębiorstwa, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w poniższej tabeli.

Rodzaj przedsiębiorstwa	Liczba pracowników	Procent budżetu projektu podlegający dofinansowaniu	Maksymalna kwota dofinansowania dla projektów		
			doradczyc (w PLN)	inwestycyjnych (w PLN)	doradczo-inwestycyjnych (w PLN)
Mikro	1-9	90%	40 000	60 000	100 000
Małe	10-49	80%	60 000	90 000	150 000
Średnie	50-249	60%	80 000	180 000	260 000
Duże	250 i więcej	20%	100 000	300 000	400 000

**PRZEDSIĘBIORCY UBIEGAJĄCY SIĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA** powinni złożyć do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych **wniosek płatnika składek o udzielenie dofinansowania projektu dotyczącego utrzymania zdolności pracowników do pracy przez cały okres aktywności zawodowej (etap I)** – dostępny na stronie internetowej ZUS: [www.zus.pl/prewencja](http://www.zus.pl/prewencja)

Kolejny krok to **ocena wniosku (etap II)** przez eksperta z dziedziny, która ma być przedmiotem działań naprawczych i prewencyjnych (zadanie ZUS). Po pozytywnej ocenie wniosku **podpisywana jest umowa (etap III)** na realizację projektu.

**Przekazanie środków (etap IV)** następuje po podpisaniu umowy w dwóch transzach. Pierwsza transza wypłacana jest w ciągu 14 dni od podpisania umowy.

Po zakończeniu realizacji przedsięwzięcia następuje **odbior projektu (etap V)** przez eksperta z dziedziny, której dotyczyła realizacja projektu. W terminie 30 dni od pozytywnego odbioru projektu następuje wypłata drugiej transzy.

## WNIOSKI NALEŻY PRZESYLAĆ:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Prewencji i Rehabilitacji  
ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa

## Informacje są udzielane:

e-mail: SekretariatDpir@zus.pl, tel.: 22 667 10 15, faks: 22 667 10 50  
Informacje na temat programu można uzyskać na stronie: [www.zus.pl/prewencja](http://www.zus.pl/prewencja)



\* Wsparcie oferowane przez ZUS w ramach Programu jest bezzwrotne.

\*\* Przedsiębiorcy zatrudniający przynajmniej jednego pracownika, będący płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.  
Opracowanie z dnia 31 stycznia 2014 r.



## Wydarzenia, opinie – 2013

■ **13–15 listopada** w Krakowie odbyła się VI Ogólnopolska Konferencja „Identyfikacja zagrożeń jako podstawa oceny ryzyka”, zorganizowana przez redakcję miesięcznika „Atest – Ochrona Pracy”.

Spotkanie zgromadziło ok. 140 specjalistów zajmujących się bezpieczeństwem i zdrowiem pracowników w środowisku pracy. Tematyką tegorocznej edycji zainicjowanego w 2008 r. cyklu spotkań naukowców i praktyków były zagadnienia związane z rozpoznawaniem zagrożeń biologicznych, chemicznych, fizycznych i psychospołecznych. Zagrożenie jest stanem środowiska pracy, który może spowodować wypadek, chorobę zawodową czy inne niebezpieczne zdarzenie. Warunkiem skutecznej ochrony pracownika przed działaniem czynników niebezpiecznych, szkodliwych i uciążliwych jest poprawne rozpoznanie wszystkich istotnych zagrożeń. A zatem identyfikacja zagrożeń jest jednym z etapów procesu oceny ryzyka zawodowego.



Konferencja „Identyfikacja zagrożeń jako podstawa oceny ryzyka”, zorganizowana przez miesięcznik „Atest – Ochrona Pracy”.

Fot.: Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Dotychczasowe konferencje organizowane przez miesięcznik „Atest – Ochrona Pracy” w zdecydowanej większości poświęcone były ryzyku. Poznanie zagrożeń w środowisku pracy jest przygotowaniem do oceny ryzyka zawodowego. Opinie zarówno naukowców, jak i praktyków wskazują, że liczne błędy popełniane przy szacowaniu i ocenie ryzyka zawodowego wynikają z niewłaściwej identyfikacji zagrożeń. Zamierzeniem organizatorów VI Ogólnopolskiej Konferencji „Identyfikacja zagrożeń jako podstawa oceny ryzyka” była chęć przekonania specjalistów ds. bezpieczeństwa do konieczności podjęcia działań zmierzających do przeprowadzenia prawidłowej oceny

ryzyka. Osiągnąć to można, stosując odpowiednie metody pomiaru i oceny. Zdaniem ekspertów, poprawnie sporządzona ocena ryzyka poprzedzona wnikliwą analizą zagrożeń jest jednym z najlepszych narzędzi stosowanych w profilaktyce wypadkowej.

W programie VI edycji konferencji miesięcznika „Atest – Ochrona pracy” znalazły się cztery sesje tematyczne, kilkanaście wykładów wygłoszonych przez specjalistów z różnych dziedzin, stolik ekspertów zorganizowany wspólnie z Okręgowym Inspektorem Pracy w Krakowie oraz debata ukierunkowana na identyfikację zagrożeń.

Tematyka sesji była różnorodna i obejmowała prezentację zagadnień: identyfikacja zagrożeń – istota pojęcia, metody i sposoby jej prowadzenia, badania i pomiary czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, zagrożenia związane z użytkowaniem wyposażenia na stanowiskach pracy – identyfikacja zagrożeń występujących przy obsłudze maszyn, dobór środków ochrony indywidualnej przy narażeniu na działanie substancji chemicznych i czynników biologicznych, zagrożenia elektromagnetyczne w miejscu pracy, charakterystyka doboru środków ochrony wzroku – specjalistyczne rozwiązania w nietypowych obszarach, zagrożenia biologiczne w zakładach pracy, zagrożenia psychospołeczne w miejscu pracy, ochrona rąk przed zagrożeniami chemicznymi, zagrożenia wypadkowe w budownictwie, praktyczne doświadczenia w zakresie identyfikacji zagrożeń i oceny ryzyka w przemyśle chemicznym, medyczne zdarzenia niepożądane a błąd medyczny uwarunkowany ergonomicznie.

■ **22 listopada** w uzdrowisku „Solanki” w Inowrocławiu odbyło się uroczyste spotkanie z udziałem prezesa Tadeusza Chęsy, zastępcy prezydenta miasta Inowrocławia Wojciecha Pniewskiego, członka zarządu ZUS Elżbiety Łopacińskiej, dyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Małgorzaty Nietopiel, przedstawicieli ośrodka rehabilitacyjnego i uczestników turnusu.

Okazją do uroczystości był przyjazd milionowego pacjenta skierowanego na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Zestawami upominków ufundowanymi przez Zakład uhonorowane zostały dwie panie, które przebywały na turnusie dla osób po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego. Niespodzianki otrzymały pacjentki: Halina Mizera jako milionowa oraz Anna Glejzer – milion pierwsza uczestniczka programu rehabilitacji leczniczej.



Zakład Ubezpieczeń Społecznych od 18 lat prowadzi rehabilitację leczniczą, w ramach prewencji rentowej, w ośrodkach rehabilitacyjnych, z którymi zawarł umowy na świadczenie usług rehabilitacyjnych. Korzystają z niej osoby aktywne zawodowo, zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy w wyniku przebytej choroby lub urazu, które rokują odzyskanie tej zdolności.

Program rehabilitacji leczniczej ma charakter kompleksowy, co w praktyce oznacza realizację ustalonych ćwiczeń oraz zabiegów fizykalnych, oddziaływania psychologiczne, prowadzenie nauki zasad zdrowego żywienia, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia. Rodzaj i liczba zabiegów każdorazowo dostosowane są do indywidualnych możliwości i schorzeń współistniejących osoby skierowanej.

■ **5–6 grudnia** w Warszawie odbył się II Interdyscyplinarny Kongres Naukowy pt. „Narząd ruchu – badania podstawowe, profilaktyka, diagnostyka, leczenie chorób i obrażeń. Postępy 2013”, poświęcony prewencji wybranych wad rozwojowych, chorób i obrażeń narządu ruchu w XXI w., którego organizatorem była Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury ARS MEDICA.

Spotkanie zgromadziło przedstawicieli specjalności medycznych związanych z diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją schorzeń i obrażeń narządu ruchu oraz innych specjalistów – medycyny rodzinnej, medycyny sportowej, medycyny pracy. Konferencja została objęta patronatem trzech ogólnopolskich towarzystw naukowych – Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii.

Kongres był okazją do zaprezentowania m.in. tematów: telemedyczny, zautomatyzowany system trójwymiarowego pomiaru analizy, wykrywania, monitorowania leczenia wad postawy i skolioz, autoterapia w skoliozach niskostopniowych, prewencyjne postępowanie fizjoterapeutyczne w dyslordozach szyjnych, wczesna specjalistyczna rehabilitacja pooperacyjna pacjentów z chorobą dyskontową dolnego odcinka kręgosłupa jako prewencja wtórnej niepełnosprawności, leczenie zespołów przeciążeniowych stożka rotatorów, wybrane aspekty prewencji zaburzeń zrostu kości, leczenie ubytków chrząstko-kostnych kolana z uży-

ciem koncentratu komórek szpiku lub komórek krwi o wysokim potencjale regeneracji, tendinopatia ścięgna Achillesa – leczenie z zastosowaniem osocza bogatopłytkowego pod kontrolą USG, leczenie inkongruencji stawu biodrowego u osób młodych jako prewencja zmian zwyrodnieniowych.

Podczas zajęć praktycznych (warsztatów) przedstawione zostały techniki umysłowego i fizycznego radzenia sobie ze stresem, napięciem nerwowym, frustracją. W tej części seminarium znalazły się zagadnienia dotyczące m.in. określenia własnych zasobów fizycznych i psychicznych – umiejętności czerpania z zasobów, relacji międzyludzkich w pracy jako zasobu i źródła udręki, asertywności – szanując innych, dajesz sobie szansę, samokontroli, poznawania wachlarza sposobów radzenia sobie ze stresem, technik relaksacyjnych.

Tradycyjnym podsumowaniem obrad było forum dyskusyjne, w którym wzięli udział konsultanci krajowi powyższych specjalności, prezesi wszystkich zaangażowanych towarzystw medycznych oraz uczestnicy zainteresowani wypracowaniem stanowiska dotyczącego tematyki kongresu, które zostało przesłane do Ministerstwa Zdrowia jako wskazanie przy opracowywaniu standardów postępowania w leczeniu i rehabilitacji określonych schorzeń.

■ **10 grudnia** w Sali Kolumnowej Sejmu RP odbyła się uroczystość wręczenia nagród laureatom 41. edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy. Organizatorami konkursu byli: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Gospodarki, Naczelna Organizacja Techniczna (FSNT-NOT), przy współpracy Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowej Inspekcji Pracy, Urzędu



Uczestnicy Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy.

Fot.: Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Dozoru Technicznego, Wyższego Urzędu Górniczego, Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych.

W konkursie są oceniane opracowania z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii, służące kształtowaniu bezpiecznych warunków pracy poprzez poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych, wprowadzanie nowych metod oceny zagrożeń i ryzyka zawodowego oraz ochrona człowieka w środowisku pracy. Przedsięwzięcie jest realizowane w dwóch kategoriach: kategorii Rozwiązania techniczne i organizacyjne oraz kategorii Prace naukowo-badawcze. Celem konkursu jest inspirowanie i upowszechnianie prac naukowo-badawczych oraz rozwiązań organizacyjnych i technicznych prowadzących do poprawy warunków pracy, jej bezpieczeństwa oraz ochrony człowieka w środowisku pracy przez udoskonalanie stosowanych lub wprowadzenie nowych metod oceny zagrożeń i ryzyka zawodowego, nowych konstrukcji, technologii, urządzeń i materiałów.

Popularność konkursu od wielu lat utrzymuje się na podobnym poziomie, ale w podejmowanie działań zmierzających do tworzenia bezpiecznych warunków pracy angażuje się coraz większa liczba osób; świadczy o tym choćby liczba kampanii tematycznych związanych z rozwojem bezpieczeństwa w Polsce. Kryteria konkursu wymagają od uczestników określenia sposobu wykorzystania proponowanych rozwiązań, które mogą być traktowane jako „dobre praktyki”. Tradycyjnie od wielu lat najwięcej prac napływa od przedstawicieli przedsiębiorstw reprezentujących przemysł wydobywczy i ciężki. Jest to najaktywniejsza grupa zawodowa uczestnicząca w konkursie Poprawy Warunków Pracy.

W tegorocznej edycji nagrodę pierwszego stopnia w kategorii Rozwiązania techniczne i organizacyjne przyznano za nowe rozwiązanie w zakresie warunków i bezpieczeństwa pracy dotyczące opracowania systemu zarządzania bezpieczeństwem pracy wykonawców zewnętrznych podczas remontów instalacji produkcyjnych („Budujemy bezpieczną przyszłość”) Polskiemu Koncernowi Naftowemu ORLEN S.A. w Płocku.

Przyznano również dwie nagrody drugiego stopnia, za: 1) poprawę warunków pracy operatora urządzeń sortowni w aspekcie obniżenia poziomu hałasu na przesiewaczach PWP zastosowanych w ArcelorMittal Poland S.A. Oddział w Zdieszowicach oraz 2) ograniczenie obciążenia fizycznego oraz zagrożeń powodowanych przez prąd elektryczny po wprowadzeniu systemu zdalnego sterowania rozdzielniami 6kV za pomocą transmisji światłowodowej w podziemnym zakładzie górnym opracowa-

ne w Kompanii Węglowej S.A. Oddział KWK „Halemba-Wirek” w Rudzie Śląskiej.

Nagrody trzeciego stopnia w tej kategorii otrzymali autorzy: 1) nowego rozwiązania dotyczącego minimalizacji zagrożeń związanych z eksploatacją mostków przeładunkowych, 2) nowego systemu bezpieczeństwa pieszych w zakładzie produkcyjnym – bramki grawitacyjne, 100% separacji dróg dla pieszych od dróg dla wózków widłowych, 3) nowego systemu udarowego urządzenia do wyciskania sworzni podczas demontażu sekcji obudowy zmechanizowanej, 4) nowych rozwiązań nadesłanych na Ogólnopolski konkurs o zasadach z zakresu BHP i prawa pracy dla uczniów z zakładów rzemieślniczych „Bezpiecznie od startu”.

W kategorii Prace naukowo-badawcze nagrodę pierwszego stopnia otrzymali autorzy z CIOP-PIB w Warszawie za opracowanie rozwiązania dotyczącego modyfikowanych elektretowych materiałów filtracyjnych do ochrony układu oddechowego przed nanocząsteczkami. Nagrodami drugiego stopnia uhonorowano: 1) linię zautomatyzowanego montażu końcowego wkładek bezpiecznikowych oraz 2) biodegradowalną półmaskę filtrującą do ochrony układu oddechowego przed aerozolami. Nagrodę trzeciego stopnia przyznano wykonawcom opracowania i wdrożenia do produkcji nowoczesnej małogabarytowej przemysłowej rozdzielnicy średniego napięcia budowy przeciwwybuchowej w izolacji stałopowietrznej typu PREM-GO.

Podczas podsumowania 41. edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy 10 wykonawców wyróżniono dyplomami, a 3 – statuetkami za szczególną aktywność w opracowywaniu rozwiązań poprawiających warunki pracy.

Laureatom konkursu nagrody wręczali: Radosław Mleczek – podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Iwona Hickiewicz – główny inspektor pracy, Izabela Katarzyna Mrzygłocka – przewodnicząca Rady Ochrony Pracy, Danuta Koradecka – przewodnicząca Sądu Konkursowego.

W uroczystości wręczenia dyplomów w Sali Kolumnowej Sejmu RP w dniu 10 grudnia 2013 r. wzięli udział przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: Elżbieta Łopacińska – członek zarządu nadzorujący Pion Świadczeń i Orzecznictwa, Grażyna Hart – naczelny lekarz Zakładu, Małgorzata Nietopiel – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji, Irena Sajkowska – członek Sądu Konkursowego.

**Irena Sajkowska**

*Departament Prewencji i Rehabilitacji*



„Solanki” Uzdrawisko Inowrocław  
– Sanatorium Kujawiak.

Fot.: Archiwum

„Solanki” Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o.



„Solanki” Uzdrawisko Inowrocław – Zakład Kąpiel Mineralnych.

Fot.: Archiwum „Solanki” Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o.

# PREWENCJA i REHABILITACJA

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

**Przygotowanie tekstów:**

Małgorzata Nietopiel, Anna Sójka z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3, 5, tel.: 22 667-10-27, 22 667-10-25  
(lub sekretariat: 22 667-10-15)

**Opracowanie redakcyjne tekstów:** Wydział Wydawnictw Gabinetu Prezesa

**Projekt graficzny:** Hanna Klimkowska

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

Nakład 500 egz. Zamówienie nr 679/14

80  
lat  
ZUS  
1934-2014