

Prewencja i Rehabilitacja

kwartalnik

ISSN 1731-8971

Nr 1 (47) 2017

- Opracowanie na podstawie pracy naukowo-badawczej przeprowadzonej przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy i Instytut Medycyny Pracy w latach 2014–2016
Profilaktyka ukierunkowana na ograniczanie ryzyka chorób układu krążenia s. 1
- Jarosław Chmielewski
Społeczne aspekty ochrony zdrowia pracujących s. 15
- Grażyna Ślawska
Wypadki w czasie podróży służbowej w świetle orzecznictwa sądowego s. 38
- Irena Sajkowska
Wydarzenia, opinie – 2016 s. 53

***Redakcja naszego czasopisma zaprasza do współpracy
osoby związane z szeroko rozumianą prewencją rentową i wypadkową***

Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie tekstów i materiałów ilustracyjnych
e-mailem lub pocztą (zapisanych na CD) na adres:

Departament Prewencji i Rehabilitacji

ul. Szamocka 3, 5

01-748 Warszawa

e-mail: sekretariatdpir@zus.pl

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 22 667 10 15

Czekamy na Państwa teksty.

Zespół redakcyjny kwartalnika „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

sekretariat: tel. 22 667 10 15

Opracowanie redakcyjne tekstów: Alicja Kaszyńska, Ewa Pietraszek

Korekta: Beata Stadryniak-Saracyn

Projekt graficzny okładki: Olaf Rawski

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

Nakład 500 egz. Zamówienie nr 1773/17

Profilaktyka ukierunkowana na ograniczanie ryzyka chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia (ChUK) stanowią w Polsce główną przyczynę zgonów, a zapobieganie im ma bardzo ważne znaczenie w kształtowaniu stanu zdrowia Polaków. By skutecznie zmniejszyć ryzyko tych chorób, trzeba brać pod uwagę różne aspekty stylu życia narażonych osób – aktywność fizyczną, dietę, nałogi czy obciążenie czynnikami zawodowymi.

Uwarunkowania demograficzne i ekonomiczne wskazują na potrzebę wydłużenia okresu aktywności zawodowej. Jednym z obszarów działań w zakresie zarządzania wiekiem jest promocja zdrowia określana jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i czynnikami je warunkującymi.

Z wiekiem zmieniają się możliwości wykonywania pracy przez człowieka, co jest spowodowane głównie obniżaniem się wydolności oraz niektórych sprawności psychofizycznych. Jednocześnie wzrasta częstość występowania chorób układów krążenia, oddechowego, mięśniowo-szkieletowego, hormonalnego, a także zaburzeń przemiany materii.

Cechą charakterystyczną chorób układu krążenia jest wieloczynnikowa etiologia oraz przewlekły przebieg, ulegający częstym zaostrzeniom. Klasyczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, takie jak: wysoki poziom cholesterolu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, nadwaga, otyłość, brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, uwarunkowania genetyczne, palenie tytoniu, płeć męska, niski status społeczno-ekonomiczny, stanowią przyczynę około 50% przypadków zachorowań. Przyczyną pozostałych chorób układu krążenia jest około 200 innych czynników, w tym także czynniki zawodowe¹.

Są więc przesłanki, że wprowadzenie działań prewencyjnych w przedsiębiorstwie przyczyni

się do zmniejszenia ryzyka chorób układu krążenia wśród pracowników. Działania prewencyjne powinny dotyczyć takich obszarów, jak:

- aktywność fizyczna,
- żywienie,
- radzenie sobie ze stresem,
- kontrola ciśnienia tętniczego,
- kontrola stężenia glukozy we krwi.

Ochrona zdrowia pracujących to obowiązek służby medycyny pracy. Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r.² jest ona zobowiązana do realizacji zadań z zakresu ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym przez:

- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby związane z wykonywaną pracą,
- wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób związanych z wykonywaną pracą,
- inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących,
- inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji, w tym w zakresie wdrażania programów promocji zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy badania profilaktyczne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej pomiędzy

¹ T.A. Pearson, T.L. Bazzarre, S.R. Daniels, J.M. Fair i in., *American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level*, „Circulation” 2003, Vol. 107, s. 645–651.

² Dz.U. z 2014 r. poz. 1184.

pracodawcą a podstawową jednostką służby medycyny pracy, przy czym umowa ma określać obok zakresu opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych także obowiązki pracodawcy wobec jednostki służby medycyny pracy dotyczące m.in.:

- przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
- zapewnienia udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej na terenie zakładu pracy,
- zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
- udostępniania dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia.

Umowa pomiędzy pracodawcą a jednostką podstawową służby medycyny pracy zapewnia ciągłość opieki profilaktycznej (musi być zawarta na co najmniej 1 rok), pozwala też uzyskać lekarzowi medycyny pracy możliwie pełny obraz potrzeb zdrowotnych pracowników na podstawie obowiązkowych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz wiedzy o występujących czynnikach szkodliwych i uciążliwościach zawodowych (informacje wynikające ze skierowań na badania oraz z wizytacji stanowisk pracy).

Dbałość o zdrowie

To pojęcie wieloznaczne i każdy człowiek ma własny model dbałości o zdrowie. Zależy on od wiedzy i świadomości zdrowotnej człowieka, a także wielu innych czynników, takich jak: wykształcenie, status społeczno-ekonomiczny czy wiek.

Według Gniazdowskiego dbałość o zdrowie to realizacja zachowań składających się na prozdrowotny styl życia³. Ostrowska, na podstawie wyników badań dotyczących zachowań zdrowotnych dorosłych Polaków, wyróżniła wśród nich dwa sposoby dbałości o zdrowie:

- zachowania medyczne, czyli korzystanie z opieki zdrowotnej, związane głównie z leczeniem,
- zachowania prozdrowotne, tj. realizacja celowych działań nakierowanych na zdrowie i eli-

minacja zachowań zagrażających mu; wśród zachowań prozdrowotnych najczęściej wymieniana się: racjonalne odżywianie, aktywność fizyczną, niepalenie tytoniu, umiarkowane picie alkoholu, skuteczne radzenie sobie ze stresem, odpowiednią długość snu, wykonywanie badań profilaktycznych⁴.

Współcześnie uważa się, że z punktu widzenia zdrowia jednostki najbardziej pożądane są zachowania prozdrowotne, które według „pól zdrowia” M. Lalonde’a w 50% determinują zdrowie człowieka⁵.

To, czy i jak ludzie dbają o swoje zdrowie, ocenia się zwykle na podstawie ich zachowań zdrowotnych oraz zmian, które wprowadzają w swoim życiu ze względu na zdrowie. Działania te zależą z kolei od wielu różnorodnych czynników, zwykle wzajemnie ze sobą powiązanych, które są w różnym stopniu zależne od jednostki lub mogą być przez nią zmieniane.

Żywnienie

To jedna z podstawowych potrzeb biologicznych człowieka. Jednak tylko racjonalne żywienie sprzyja utrzymaniu dobrego zdrowia, odporności na choroby oraz dyspozycji do pracy. Zapobiega nadwadze, a tym samym nadmiernemu obciążeniu układu krążenia, w tym rozwojowi nadciśnienia, oraz innym chorobom (np. osteoporozie, cukrzycy, niektórym nowotworom). Podkreślić także należy wpływ prawidłowego odżywiania na zwiększenie odporności na stres.

Współcześnie funkcjonuje wiele propozycji dotyczących sposobów odżywiania i diet, w tym wiele odmian piramidy zdrowego żywienia. Według specjalistów przed ich zastosowaniem należy przeanalizować uwarunkowania środowiskowe i kulturowe, w których powstały⁶. Instytut Żywności i Żywienia opracował własną propozycję, dostosowaną do warunków polskich.

Związek żywienia z ryzykiem chorób układu krążenia obserwuje się poprzez wpływ diety na

³ A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne*, Łódź 1990.

⁴ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1999.

⁵ M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505–512.

⁶ K. Hildt-Ciupińska, J. Bugajska, *Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2011, nr 9, s. 10–13.

PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

CO TO JEST PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ?

Jest to jak najprostsze i jak najkrótsze ogólne przedstawienie kompleksowej idei żywienia, której realizacja daje szansę na zdrowe długie życie oraz zachowanie sprawności intelektualnej i fizycznej do późnych lat życia.

JAK ROZUMIEĆ / CZYTAĆ PIRAMIDĘ?

Piramida to graficzny opis odpowiednich proporcji różnych, niezbędnych w codziennej diecie, grup produktów spożywczych. Im wyższe piętro piramidy, tym mniejsza ilość i częstota spożywanych produktów z danej grupy żywności.



DO KOGO KIEROWANA JEST PIRAMIDA?

Piramida kierowana jest do osób zdrowych w celu zachowania dobrego stanu zdrowia.

Należy pamiętać, że w przypadku współistnienia chorób cywilizacyjnych (typu otyłość, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, osteoporoza) konieczna może być modyfikacja proponowanych zaleceń w porozumieniu z lekarzem i dietetykiem.

SPOŻYWANIE ZALECANYCH W PIRAMIDZIE PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH
W ODPOWIEDNICH IŁOŚCIACH I PROPORCJACH ORAZ CODZIENNA
AKTYWNOŚĆ SĄ KLUCZEM DO ZDROWIA I DOBREGO SAMOPOCZUCIA.

Źródło: <http://www.izz.waw.pl/attachments/article/555/Nowa%20Piramida%20Zdrowego%20Żywienia.jpg>
(24.02.2017)

takie czynniki ryzyka, jak np. poziom cholesterolu, ciśnienie, masa ciała⁷.

Większość dowodów dotyczących zależności między żywieniem a ChUK pochodzi z badań obserwacyjnych. Wpływ diety można oceniać na różnym poziomie. Najbardziej szczegółowym sposobem jest ocena wpływu poszczególnych składników pożywienia. Inną metodą jest określenie wielkości spożycia poszczególnych produktów żywnościowych lub ich grup, która daje się łatwiej wykorzystać podczas formułowania zaleceń żywieniowych. Coraz więcej zainteresowania budzą kompletne diety, z których najlepiej zbadaną jest dieta śródziemnomorska⁸.

Do składników pożywienia szczególnie istotnych z punktu widzenia zmniejszania ryzyka chorób układu krążenia należą kwasy tłuszczowe, cholesterol oraz składniki mineralne – sód i potas. W kontekście profilaktyki ChUK skład kwasów tłuszczowych w pożywieniu jest ważniejszy niż łączna zawartość tłuszczów.

Nasycone i nienasycone kwasy tłuszczowe

Zastąpienie nasyconych kwasów tłuszczowych w pożywieniu kwasami nienasyconymi powoduje zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy, a w efekcie zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia. Zależność ta jednak, pomimo ponad 40 lat badań, jest wciąż przedmiotem dyskusji. Dowiedziono jednak, że zmniejszenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych do maksymalnie 10% wartości energetycznej pożywienia poprzez zastąpienie ich wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi pozostaje ważną modyfikacją diety w prewencji ChUK⁹.

Zastąpienie nasyconych kwasów tłuszczowych lub węglowodanów jednonienasyco-

nymi wywiera korzystny wpływ na stężenie HDL-C (tzw. dobrego cholesterolu)¹⁰. Zastąpienie nasyconych kwasów tłuszczowych wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi powoduje zmniejszenie stężenia LDL-C (tzw. złego cholesterolu) i w mniejszym stopniu stężenia HDL-C. Zalecane wielonienasycone kwasy tłuszczowe można podzielić na dwie podgrupy: kwasy tłuszczowe z grupy omega-6, pochodzące głównie z produktów roślinnych, oraz kwasy tłuszczowe z grupy omega-3, pochodzące głównie z olejów i tłuszczów rybnych.

Kwasy tłuszczowe znajdujące się w margarynie i w wyrobach cukierniczych (podklasa nienasyconych kwasów tłuszczowych o tzw. konfiguracji trans, czyli kwasy tłuszczowe z grupy trans) zwiększają stężenie cholesterolu całkowitego i zmniejszają stężenie HDL-C. Pomimo wyeliminowania przez przemysł żywnościowy części kwasów tłuszczowych z grupy trans ze swoich produktów w pożywieniu zawsze pozostanie ich niewielka ilość w postaci produktów mlecznych i mięsnych.

Zastąpienie kwasów tłuszczowych z grupy trans w ilości odpowiadającej 1% łącznej wartości energetycznej pożywienia nasyconymi, jednonienasyconymi lub wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi powoduje zmniejszenie stosunku stężenia cholesterolu całkowitego do stężenia HDL-C odpowiednio o 0,31, 0,54 i 0,67¹¹. Metaanaliza prospektywnych badań kohortowych wykazała, że zwiększenie spożycia kwasów tłuszczowych z grupy trans o ilość odpowiadającą 2% łącznej wartości energetycznej pożywienia powoduje zwiększenie ryzyka choroby wieńcowej średnio o 23%¹². Zaleca się, aby z kwasów tłuszczowych z grupy trans pochodziło mniej niż 1% łącznej wartości energetycznej pożywienia (im mniej, tym lepiej).

⁷ J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)*. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR), „European Heart Journal” 2012, nr 33, s. 1635–1701.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ R.P. Mensink, M.B. Katan, *Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials*. „Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology” 1992, Vol. 12, s. 911–919.

¹¹ D. Mozaffarian, R. Clarke, *Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils*, „The European Journal of Clinical Nutrition” 2009, Vol. 63, s. 22–33.

¹² D. Mozaffarian, M.B. Katan, A. Ascherio, M.J. Stampfer i in., *Trans fatty acids and cardiovascular disease*, „The New England Journal of Medicine” 2006, Vol. 354, s. 1601–1613.

Cholesterol

Wpływ spożywanego cholesterolu na jego stężenie w surowicy jest niewielki w porównaniu z oddziaływaniem składu kwasów tłuszczowych zawartych w pożywieniu. Kiedy zgodnie z wytycznymi zmniejsza się spożycie tłuszczów nasyconych, prowadzi to również do zmniejszenia spożycia cholesterolu. Dlatego też w niektórych wytycznych dotyczących zdrowego sposobu odżywiania się, łącznie z wytycznymi europejskimi¹³, nie sformułowano żadnych wskazówek odnoszących się do wielkości spożycia cholesterolu, natomiast w innych zalecono ograniczenie jego spożycia do maksymalnie 300 mg dziennie.

Sód i potas

Nadmiar sodu w codziennej diecie objawia się przede wszystkim podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Udowodniono, że już niewielkie zmniejszenie jego spożycia (o 1 gram dziennie) zmniejsza ciśnienie skurczowe o 3,1 mm Hg u pacjentów z nadciśnieniem i o 1,6 mm Hg u osób z prawidłowym ciśnieniem¹⁴. Natomiast zwiększone spożycie potasu obniża ciśnienie tętnicze.

Produkty żywnościowe

Warzywa i owoce

Warzywa i owoce jako główne źródło potasu mają udowodniony ochronny wpływ w prewencji chorób układu krążenia. Każda dodatkowa porcja owoców i warzyw dziennie zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej o ok. 4%¹⁵. Należy przy tym podkreślić, że wpływ spożywania warzyw i owoców na obniżenie ryzyka ChUK

może być niejednoznaczny ze względu na fakt, że osoby spożywające je w dużych ilościach różnią się również pod wieloma innymi względami od osób jedzących ich mało, np. pod względem innych zwyczajów żywieniowych, palenia tytoniu czy aktywności fizycznej.

Ryby

Ryby są kolejnym ważnym elementem diety w profilaktyce ChUK. Ich ochronny wpływ przypisuje się zawartym w nich kwasom tłuszczowym z grupy omega-3. Spożywanie ryb co najmniej raz w tygodniu powoduje zmniejszenie ryzyka choroby wieńcowej o 15%¹⁶. Zależność między spożyciem ryb a ryzykiem sercowo-naczyniowym nie jest liniowa. Znaczne zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego obserwuje się szczególnie w przypadku umiarkowanego spożycia w porównaniu z jego brakiem. Nawet niewielkie zwiększenie spożycia ryb w populacji ogólnej może istotnie wpłynąć na zdrowie społeczeństwa. Umiarkowane zwiększenie spożycia o 1–2 porcje tygodniowo spowodowałoby zmniejszenie umieralności z powodu choroby wieńcowej o 36%, a umieralności ogólnej o 17%¹⁷. W związku z tym zaleca się, aby jeść ryby co najmniej 2 razy w tygodniu (w tym 1 raz w tygodniu tłuste ryby).

Obecnie przy ocenie ryzyka chorób układu krążenia rozpatruje się jednak całe diety, a nie pojedyncze składniki pożywienia. Pozwala to na wykazanie całego prewencyjnego potencjału diety, ponieważ umożliwia łączną ocenę oddziaływania wielu nawyków żywieniowych.

W badaniu Seven Countries Study¹⁸ odnotowano dużą różnicę umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych między północną a południową Europą. Ważnym czynnikiem różnicującym był sposób odżywiania w krajach śródziemnomorskich.

¹³ J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *op.cit.*

¹⁴ F.J. He, G.A. MacGregor za: J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *op.cit.*

¹⁵ L. Dauchet, P. Amouyel, S. Hercberg, J. Dallongeville, *Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies*, „Journal of Nutrition” 2006, Vol. 136, s. 2588–2593.

¹⁶ K. He, Y. Song, M.L. Davi, K. Liu i in., *Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies*, „Circulation” 2004, Vol. 109, s. 2705–2711.

¹⁷ D. Mozaffarian, M.B. Katan, A. Ascherio, M.J. Stampfer, W.C. Willett, *Trans fatty acids and cardiovascular disease*, „The New England Journal of Medicine” 2006, Vol. 354, s. 1601–1613.

¹⁸ W.M.M. Verschuren, D.R. Jacobs, B.P.M. Bloemberg i in. za: J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *op.cit.*

Dieta śródziemnomorska

Uważana za optymalną z punktu widzenia ograniczania ryzyka sercowo-naczyniowego, charakteryzuje się: dużym spożyciem owoców, warzyw, roślin strączkowych, produktów pełnoziarnistych, ryb i nienasyconych kwasów tłuszczowych (zwłaszcza w postaci oliwy), umiarkowanym spożyciem alkoholu (w większości wina, zwykle spożywanego do posiłku), a także małym spożyciem mięsa czerwonego, produktów mlecznych i nasyconych kwasów tłuszczowych.

Uważa się również, że dieta całkowicie bezmięsna także (a może nawet bardziej) sprzyja profilaktyce chorób układu krążenia. Wegetarianie o 32% rzadziej trafiają do szpitala bądź umierają na choroby serca w porównaniu do osób spożywających mięso¹⁹.

Aktywność fizyczna

W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia *Global Recommendations on Physical Activity for Health*²⁰ brak aktywności fizycznej został określony jako 4 wiodący czynnik umieralności na świecie. Odpowiada on za 6% ogólnej umieralności. Na pierwszym miejscu wśród czynników ryzyka znajduje się nadciśnienie tętnicze (13% umieralności), a w dalszej kolejności: palenie papierosów (9% umieralności) oraz wysokie stężenie glukozy we krwi (6% umieralności)²¹. U pracowników deklarujących brak aktywności fizycznej definiowanej jako podejmowanie wysiłku rzadziej niż 1 raz w tygodniu stwierdzono większe ryzyko złego stanu zdrowia

(OR²² 3.52 [2.97–4.17]), występowania chorób układu krążenia (OR 1.36 [1.23–1.51]), a także absencji chorobowej (OR 1.59 [1.41–1.79])²³. Regularnie podejmowana aktywność fizyczna poprawia sprawność i wydolność fizyczną, obniża częstość skurczów serca w spoczynku, zmniejsza przyspieszenie częstości skurczów serca podczas wysiłku, obniża masę ciała oraz ciśnienie tętnicze krwi²⁴. Regularna aktywność fizyczna redukuje ryzyko wielu przewlekłych chorób, w tym: choroby wieńcowej serca, udarów, cukrzycy typu 2, nowotworów, otyłości i dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Nawet stosunkowo niewielki wzrost aktywności fizycznej ma znaczenie w zapobieganiu chorobom przewlekłym i poprawie jakości życia²⁵. Promowanie aktywności fizycznej wśród pracowników jest więc dobrze uzasadnionym działaniem pracodawców zainteresowanych minimalizacją kosztów zdrowotnych i poprawą zdrowia pracowników.

Wyniki badań wskazują, że aktywność fizyczna ma wpływ na zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu choroby wieńcowej i udaru mózgu²⁶. Aktywność fizyczna odgrywa także znaczną rolę w zapobieganiu nadwadze i otyłości²⁷, w profilaktyce cukrzycy typu 2²⁸, osteoporozy²⁹, a tak-

¹⁹ F.L. Crowe, P.N. Appleby, R.C. Travis, T.J. Key, *Risk of hospitalization or death from ischemic heart disease among British vegetarians and nonvegetarians: results from the EPIC-Oxford cohort study*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 2013, Vol. 9, s. 597–603.

²⁰ *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, Geneva 2010, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/> (25.04.2017).

²¹ *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva 2009, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (25.04.2017).

²² Iloraz szans (ang. *odds ratio*), w skrócie OR, określa stosunek szansy wystąpienia danego zdarzenia w jednej grupie do wystąpienia tego samego zdarzenia w innej porównywanej grupie.

²³ G.S. Birdee, D.W. Byrne, P.W. McGown, R.L. Rothman i in., *Relationship between physical inactivity and health characteristics among participants in an employee-wellness program*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2013, Vol. 55, s. 514–519.

²⁴ D.E. Warburton, C.W. Nicol, S.S. Bredin, *Health benefits of physical activity: the evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, Vol. 174, s. 801–809.

²⁵ R.J.L. Heron, *Investing in the health of working age people – good for individuals, business and the economy*, „Occupational Medicine” 2013, Vol. 63, s. 314–316.

²⁶ S. Mendis, P. Puska, B. Norrving (ed.), *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*, Geneva 2011, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ (25.04.2017).

²⁷ M. Fogelholm, K. Kukkonen-Harjula, *Does physical activity prevent weight gain – a systematic review*, „Obesity Reviews” 2000, Vol. 1, s. 95–111.

²⁸ J.E. Manson, D.M. Nathan, A.S. Krolewski i in., *A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians*, „Journal of the American Medical Association” 1992, Vol. 268, s. 63–67.

²⁹ I.M. Vuori, *Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet*, „Public Health Nutrition” 2001, Vol. 4, s. 517–528.

że depresji³⁰. Badania wskazują, że regularne jej podejmowanie wpływa na zmniejszenie ryzyka występowania raka jelita grubego³¹, raka piersi³², a także upadków wśród osób starszych³³.

Badania Gębskiej-Kuczerowskiej w grupie osób powyżej 65 roku życia wskazują na pozytywny wpływ aktywności fizycznej na stan fizyczny i psychiczny, mniejsze obciążenie chorobami układu krążenia, a także rzadsze korzystanie z opieki szpitalnej w porównaniu do osób nieaktywnych fizycznie³⁴.

Potwierdzony naukowo jest również pozytywny wpływ aktywności fizycznej na zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego³⁵.

Postęp techniki i nauki oraz rozwój udogodnień życia codziennego przyczynia się do ograniczenia ruchu i codziennej aktywności człowieka, który większość swojego czasu wolnego spędza biernie. Potwierdzają to również wyniki badań, wskazujące na to, że prawie połowa Polaków w ogóle nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej, a jedynie 6% osób ćwiczy regularnie. Polska jest tym samym w kategorii niepodjęających aktywności fizycznej w ogóle powyżej średniej europejskiej (49% w Polsce, 39% w Unii Europejskiej) oraz poniżej średniej osób uprawiających sport regularnie (6% w Polsce, 9% w Unii Europejskiej) i dosyć regularnie (19% w Polsce i 31% w Unii Europejskiej)³⁶.

Wyniki Wielośrodkowych Ogólnopolskich Badań Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ wskazują, że 50–60% Polaków charakteryzuje się niskim poziomem aktywności fizycznej (27%

mężczyzn i 23% kobiet deklarowało wysoką aktywność fizyczną)³⁷. Wyniki uzyskane w reprezentatywnej grupie mieszkańców województw łódzkiego i lubelskiego (n=1237) wskazują, że jedynie 5,4% osób dorosłych prowadzi zdrowy styl życia, tzn. ma prawidłową masę ciała, nie pali tytoniu, spożywa codziennie warzywa i owoce oraz regularnie wykonuje ćwiczenia fizyczne³⁸. Według badań Drygasa i zespołu żadnych ćwiczeń fizycznych nie wykonuje 70% łódzkich mężczyzn, a wysokim poziomem aktywności fizycznej charakteryzowało się jedynie 5,5% ankietowanych³⁹.

Wyniki badań ankietowych zrealizowanych w 2008 r. dotyczących uczestnictwa Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej (n=1028 osób) pokazały z kolei, że poziom całkowitej aktywności fizycznej Polaków nie jest niski. Ponad 33% populacji zadeklarowało wysoki poziom aktywności fizycznej (średnia europejska 31,3%), natomiast co czwarty obywatel (27,9%) charakteryzował się niskim poziomem aktywności fizycznej (średnia europejska 31%). Respondenci byli poproszeni o odniesienie się do czterech dziedzin życia, w których mogli podejmować aktywność fizyczną związaną z życiem codziennym (praca, przemieszczanie się, dom, rekreacja). W obszarze związanym z pracą zawodową Polacy okazali się aktywniejsi od przeciętnych Europejczyków. Prawie 25% badanych zadeklarowało, że byli bardzo aktywni fizycznie, 20,6% przyznało, że byli trochę aktywni, a 36,1% określiło, że byli bardzo mało aktywni lub w ogóle nie podejmowali aktywności w pracy zawodowej. W zakresie aktywności fizycznej związanej z przemieszczaniem się Polacy również wykazali wyższy stopień intensywności podejmowanej aktywności fizycznej niż obywatele europejscy. Ponad 31% badanych stwierdziło, że byli bardzo aktywni w tej dziedzinie, 55% – trochę, a prawie 12% było mało aktywnych lub w ogóle nie wykonywali tego typu

³⁰ A.L. Brosse, E.S. Sheets, H.S. Lett, J.A. Blumenthal, *Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions*, „Sports Medicine” 2002, Vol. 32, s. 741–760.

³¹ M.L. Slattery, J.D. Potter, *Physical activity and colon cancer: confounding or interaction?*, „Medicine & Science in Sports & Exercise” 2002, Vol. 34, s. 913–919.

³² R.A. Breslow, R. Ballard-Barbash, K. Munoz, B.I. Graubard, *Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study*, „Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention” 2001, Vol. 10, s. 805–808.

³³ A.L. Brosse, E.S. Sheets, H.S. Lett, J.A. Blumenthal, *op.cit.*

³⁴ A. Gębska-Kuczerowska, *Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56, s. 471–477.

³⁵ A. Bauman, F. Bull, Y. Chey, C.L. Craig i in., *The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries*, „The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity” 2009, Vol. 6, s. 1–11.

³⁶ Badania TNS OBOP z 2010 r.

³⁷ E. Biernat, R. Stupnicki, B. Lebieźniński, L. Janczewska, *Assessment of physical activity by applying IPAQ questionnaire*, „Physical Education and Sport” 2008, Vol. 52, s. 83–89.

³⁸ M. Kwaśniewska, W. Bielecki, K. Kaczmarczyk-Chałas, M. Pikala i in., *Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego – Projekt WOBASZ*, „Przegląd Lekarski” 2007, nr 64, s. 61–64.

³⁹ W. Drygas, M. Kwaśniewska, D. Szcześniewska, K. Kozakiewicz i in., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 63, s. 636–640.

wysiłku. W dziedzinie związanej z pracą w domu, ogrodzie i opieką nad rodziną około 33% badanych zadeklarowało, że byli bardzo aktywni, 44,9% – trochę, a 20,1% bardzo mało aktywni lub w ogóle nie wykonywali aktywności fizycznej w tym obszarze (w UE odpowiednio 24,6% – bardzo aktywni, 49,5% – trochę, 24,6% – mało aktywni). W ostatniej dziedzinie życia – związanej z rekreacją w czasie wolnym od pracy – poziom aktywności fizycznej Polaków w porównaniu do innych krajów UE był niski. Prawie 49,4% Polaków było mało aktywnych (lub w ogóle), a jedynie 12,2% – bardzo aktywnych⁴⁰.

Promocja zdrowia w miejscu pracy, w tym również aktywności fizycznej, jest jednym z priorytetów polityki Unii Europejskiej dotyczącej zatrudnienia i spraw społecznych. Jednym z celów strategii Komisji Europejskiej (opracowanej w latach 2007–2012) na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy było zachęcanie pracowników do zmiany stylu życia, a pracodawców do działań służących poprawie higieny pracy. Jednym z takich działań jest utrwalanie zachowań prozdrowotnych w zakresie aktywności fizycznej w miejscu pracy. To dobra okoliczność do prowadzenia tego typu działań, gdyż skupia osoby różne pod względem społeczno-demograficznym (w różnym wieku, o różnym stopniu wykształcenia, statusie rodzinnym)⁴¹.

Znane są przykłady działań mających na celu umożliwienie pracownikom podejmowania aktywności fizycznej. Polegają one głównie na tworzeniu na terenie firmy miejsc do ćwiczeń (np. siłownie, sale do ćwiczeń) lub udostępnieniu pracownikom karnetów do klubów fitness, klubów sportowych czy na basen. Jednak działania takie prowadzone są nadal na niewielką skalę i głównie w dużych zagranicznych firmach. Z badań Puchalskiego i Korzeniowskiej wynika, że najczęściej prowadzonymi w zakładach pracy działaniami prozdrowotnymi były:

- świadczenia medyczne,
- dbałość o estetykę i wygodę pomieszczeń socjalnych wykraczająca znacząco ponad remonty,
- fundowane przez firmę usługi lecznicze lub rehabilitacyjne.

⁴⁰ Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r., Warszawa 2009, stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/kts_Uczestnictwo_pol_w_sporcie_w_2008r.pdf (25.04.2017).

⁴¹ M. Malińska, M. Smirnow, *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą – przykłady ćwiczeń fizycznych*. Cz. 2., „Bezpieczeństwo Pracy” 2014, nr 5.

Organizowanie zajęć sportowych dla pracowników znalazło się na 7 (z 11) miejscu wśród 1117 przebadanych polskich przedsiębiorstw⁴².

Mimo że aktywność fizyczna nie jest zagadnieniem specyficznym dla środowiska pracy, to jej znaczenie w promocji zdrowia pracujących jest bardzo istotne, szczególnie z punktu widzenia pracodawców. Znajduje to potwierdzenie w badaniach prowadzonych przez wielu badaczy. Z przeglądu literatury opracowanego przez Propera i zespół w 2002 r. wynika, że promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy może wpływać na zmniejszenie absencji chorobowej, na satysfakcję zawodową pracowników, ograniczenie stresu i rotacji pracowników⁴³.

Związek aktywności fizycznej z wydajnością pracowników nie jest już tak oczywisty. Prace Dishman i zespołu wskazują, że programy promujące aktywność fizyczną w miejscu pracy wpływają na zwiększenie wydajności pracowników, a także ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej. Znane są jednak i takie badania, które nie wykazały związku aktywności fizycznej z wydajnością pracowników, były one jednak prowadzone w latach 90.⁴⁴

W przeglądzie dobrych praktyk i ich efektów przeprowadzonym w 2002 r. w 1700 kanadyjskich przedsiębiorstwach zaobserwowano wpływ prowadzenia programów promujących aktywność fizyczną na wzrost produkcji (91% firm), obniżenie kosztów opieki zdrowotnej (91% firm), zmniejszenie absencji chorobowej (87% firm), spadek liczby odszkodowań (74% firm) i wypadków (71% firm). Pośród innych pozytywnych efektów wyróżniono: poprawę zdrowia i samopoczucia pracowników

⁴² K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocje zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001*, „Medycyna Pracy” 2002, nr 53, s. 355–360.

⁴³ K.I. Proper, B.J. Staal, V.H. Hildebrandt, A.J. van der Beek i in., *Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 2002, Vol. 28, s. 75–84.

⁴⁴ S.T. Halfon, O. Rosenfeld, H. Ruskin, G. Tenenbaum, *Daily physical activity program for industrial employees* [w:] M. Kaneko (ed.) *Fitness for the aged, disabled, and industrial worker*, Champaign 1994, s. 260–265; O. Rosenfeld, G. Tenenbaum, H. Ruskin, S.T. Halfon, *Behavioural modifications following a physical activity programme in the Israeli Pharmaceutical industry*, „Journal of Science and Medicine in Sport” 1990, Vol. 22, s. 93–96.

(99% firm), wzrost pracowniczego morale (95% firm), poprawę wzajemnych relacji (91% firm) i satysfakcji z pracy (86% firm).

Zbieżne wyniki przedstawiono w raporcie *Opportunities for Physical Activity At Work Survey* sporządzonym przez Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute w latach 2007–2008. Wyniki badań wskazywały na liczne korzyści wynikające z prowadzenia programów promujących aktywność fizyczną zarówno dla pracodawców, jak i samych pracowników. Zaobserwowano m.in.: wzrost produkcji (odnotowało go aż 91% firm), zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej (91% firm), spadek absencji chorobowej (87% firm), zmniejszenie liczby wypadków (71% firm) i rotacji pracowników (67% firm), ale także poprawę zdrowia i samopoczucia pracowników (99% firm), wzrost morale (95% firm), poprawę relacji w środowisku pracy (91% firm), wzrost satysfakcji z wykonywanej pracy (86% firm) oraz wzrost kultury organizacyjnej (89% firm)⁴⁵.

Promocja nawyków zdrowego stylu życia, w tym aktywności fizycznej, wśród personelu powinna znaleźć się w strategii każdej firmy, co przyczyniłoby się do zmniejszenia kosztów pracowniczych oraz wzmocniłoby pozycję i wizerunek firmy na rynku pracy.

Stres

Stres definiuje się jako sytuację, w której wymagania zewnętrzne są spostrzegane przez człowieka jako niezgodne z jego z możliwościami i potrzebami⁴⁶. Związek stresu z zaburzeniami w układzie krążenia związany jest z aktywacją układu współczulnego, który wywołuje szereg zmian fizjologicznych, takich jak: wzrost częstości skurczów serca, skurcz naczyń i zaburzenia funkcji śródbłonna, a także zaburzenia w układzie krzepnięcia. Skutkiem tych zmian mogą być: niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, kruchość blaszek miażdżycowych oraz skłonność do zakrzepów.

⁴⁵ *Opportunities for Physical Activity At Work Survey* za: M. Malińska, A. Namysł, K. Hildt-Ciupińska, *Promocja zdrowia w miejscu pracy – dobre praktyki*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2012, nr 7.

⁴⁶ A. Łuczak, D. Żońnierczyk-Zreda, *Praca a stres*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2002, nr 10.

Z badań wynika, że stres związany z pracą (np. duże wymagania psychologiczne, brak wsparcia społecznego i przeciążenie pracą) jest czynnikiem ryzyka zapadalności na ChUK u mężczyzn (OR 1,5)⁴⁷. Badań przeprowadzonych u kobiet było zbyt mało, aby można sformułować jednoznaczne wnioski⁴⁸. Wykazano też, że konflikty, kryzysy i długotrwałe warunki stresowe w życiu rodzinnym również zwiększają ryzyko ChUK (HR⁴⁹ 2,7–4,0), zwłaszcza u kobiet (HR 2,9–4,0)⁵⁰.

Skuteczne radzenie sobie ze stresem pozwala uniknąć lub zminimalizować jego negatywny wpływ na organizm człowieka. Brak rozładowywania stresu związanego z życiem pozazawodowym może determinować funkcjonowanie pracownika, kumulować się ze stresem związanym z pracą, a w efekcie prowadzić do zachwiania równowagi między pracą i życiem poza nią.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze jest drugim co do częstości występowania przewlekłym problemem zdrowotnym w Polsce⁵¹. Według danych GUS z badania przeprowadzonego w 2009 r. w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia nadciśnienie w subiektywnej ocenie występowało u co 5 osoby po 15. roku życia. Wśród mężczyzn wysokie ciśnienie krwi zgłaszało 18% ankietowanych, zaś wśród kobiet 23%. Według badania NATPOL PLUS

⁴⁷ N.H. Eller, B. Netterstrom, F. Gyntelberg, T.S. Kristensen i in., *Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review*, „Cardiology in Review” 2009, Vol. 17, s. 83–97; R. De Vogli, J.E. Ferrie, T. Chandola, M. Kivimaki i in., *Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study*, „The Journal of Epidemiology and Community Health” 2007, Vol. 61, s. 513–518.

⁴⁸ N.H. Eller, B. Netterstrom, F. Gyntelberg, T.S. Kristensen i in., *op.cit.*

⁴⁹ Hazard względny (ang. *hazard ratio*), w skrócie HR, określa względne prawdopodobieństwo zajęcia jakiegoś zdarzenia w badanych grupach w określonym czasie przy założeniu, że zdarzenie to do tej pory nie wystąpiło.

⁵⁰ E.D. Eaker i in. za: J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *op.cit.*; K. Orth-Gomer, S.P. Wamala, M. Horsten, K. Schenck-Gustafsson i in., *Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: the Stockholm Female Coronary Risk Study*, „Journal of the American Medical Association” 2000, Vol. 284, s. 3008–3014.

⁵¹ *Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2013 roku*, Warszawa 2013.

przeprowadzonego w 2011 r. aktualnie choruje na nadciśnienie tętnicze ok. 32% dorosłych Polaków (10,5 mln chorych, w tym 9,5 mln w wieku 18–79 lat i prawie 1 mln osób powyżej 80 lat). Liczba osób chorujących na nadciśnienie jest większa o 2% niż dziesięć lat temu, a 3 mln Polaków nie wie o swojej chorobie. Poprawiła się natomiast skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego. Istotnie zmniejszyło się średnie ciśnienie tętnicze wśród Polaków, co prawdopodobnie jest wynikiem większej skuteczności leczenia nadciśnienia⁵².

Z metaanalizy przeprowadzonej na podstawie 61 badań prospektywnych dotyczących zależności między ciśnieniem tętniczym a zgonami z powodu chorób układu krążenia, które objęło 958 074 osoby, wynika, że w grupie wiekowej 40–69 lat wzrost wyjściowego ciśnienia tętniczego o 20 mm Hg był związany z prawie dwukrotnym wzrostem ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia. Wzrost skurczowego ciśnienia tętniczego o 7 mm Hg związany jest ze wzrostem ryzyka ostrego incydentu wieńcowego o 27%, a udaru mózgu o 42%. Natomiast obniżenie ciśnienia skurczowego o 10 mm Hg związane jest ze spadkiem ryzyka poważnych incydentów sercowo-naczyniowych o 20–25%⁵³.

Podwyższony poziom glukozy

Liczne badania wskazują na wpływ zaburzeń gospodarki węglowodanowej, w tym samej cukrzycy, na rozwój chorób układu krążenia. Ryzyko choroby wieńcowej u osób z cukrzycą wzrasta wraz z czasem trwania cukrzycy oraz wiekiem chorego⁵⁴. Ostry zawał serca znamiennej częściej występuje u chorych na cukrzycę niż u osób, u których nie stwierdzono zaburzeń gospodarki węglowodanowej⁵⁵. U osób chorych

na cukrzycę obserwowana jest także zwiększona zapadalność na niewydolność serca⁵⁶.

Wykazano również, że poza samą cukrzycą, także stany przedcukrzycowe wywierają niekorzystny wpływ na przebieg i rokowanie u chorych z zawałem mięśnia sercowego⁵⁷.

Nadciśnienie tętnicze traktowane jest jako czynnik ryzyka cukrzycy, ale także jako jedno z jej powikłań, a liczne badania naukowe potwierdzają trudności interpretacyjne zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy nimi⁵⁸. Szacuje się, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego u osób z cukrzycą jest ponaddwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej⁵⁹. W cukrzycy typu 1 nadciśnienie tętnicze rozwija się w trakcie trwania choroby, przy czym wartości ciśnienia tętniczego zależą również od wyrównania metabolicznego⁶⁰. U osób z cukrzycą typu 2 częstość występowania nadciśnienia tętniczego szacuje się na 24–43%⁶¹.

Zdolność do wykonywania pracy jest bardzo złożoną cechą, uzależnioną od wymagań pracy co do wysiłku fizycznego i umysłowego, możliwości czynnościowych pracownika, jego stanu zdrowia oraz własnej oceny funkcjonowania w określonej sytuacji organizacyjnej i społecznej. W tym sensie zdolność do pracy wyraża dobry bilans pomiędzy wymaganiami pracy

⁵² Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., Warszawa 2011, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (25.04.2017).

⁵³ J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke, I. Graham i in., *op.cit.*

⁵⁴ A. Królewski, D. Moczulski, *Epidemiologia i ogólna patogeneza przewlekłych powikłań cukrzycy* [w:] red. J. Sieradzki, *Cukrzyca*, Gdańsk 2007, s. 655–688.

⁵⁵ M.I. Uusitupa, L.K. Niskanen, O. Siitonen, E. Voutilainen i in., *Ten year cardiovascular mortality in relation to risk factors and abnormalities in lipoprotein composition in type 2 (non-insulin-dependent) diabetic and non-diabetic subjects*, „Diabetologia” 1993, Vol. 36, s. 1175–1184.

⁵⁶ E. Bandurska-Stankiewicz, B. Moczulska, K. Myszkowska-Podgórska, *Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym*, „Przegląd Kardiologiczny” 2006, Vol. 1, s. 41–47; G.A. Nichols, C.M. Gullion, C.E. Koro, S.A. Ephross i in., *The incidence of congestive heart failure in type 2 diabetes. An Update*, „Diabetes Care” 2004, Vol. 27, s. 1879–1884.

⁵⁷ Q. Qiao, P. Jousilahti, J. Eriksson, *Predictive properties of impaired glucose tolerance for cardiovascular risk are not explained by the development of overt diabetes during follow-up*, „Diabetes Care” 2003, Vol. 26, s. 2910–2914.

⁵⁸ K. Narkiewicz, M. Chrostowska, T. Zdrojewski, K. Strojek, *Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca* [w:] red. J. Sieradzki, *Cukrzyca*, Gdańsk 2007, s. 842–874; R. Derzhko, M. Witkowska, *Zaburzenia gospodarki węglowodanowej a ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” 2006, Vol. 15, s. 911–916.

⁵⁹ M. Chrostowska, R. Szczęch, K. Strojek, K. Narkiewicz, *Diagnostyka i terapia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę*, „Przewodnik Lekarza” 2006, Vol. 3, s. 40–50.

⁶⁰ P. Uruski, A. Uruska, D. Zozulińska, A. Tykarski, *Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca typu 1*, „Nadciśnienie Tętnicze” 2007, nr 11, s. 85–94.

⁶¹ M.M. Maahs, G.L. Kinney, J.K. Snell-Bergeon i in., *Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in an adult type 1 diabetes population and a comparable general population*, „Diabetes Care” 2005, Vol. 28, s. 301–306.

a możliwościami intelektualnymi, poznawczymi i fizycznymi pracownika. Należy się więc spodziewać, że zarówno poprawa warunków pracy poprzez ograniczanie zawodowych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, jak i poprawa stanu zdrowia pracowników poprzez wpływ na ich dietę, nałogi czy aktywność fizyczną w istotny sposób wpłynie na zdolność do pracy.

**Opracowanie na podstawie
pracy naukowo-badawczej przeprowadzonej
przez Centralny Instytut Ochrony Pracy –
Państwowy Instytut Badawczy
i Instytut Medycyny Pracy
im. prof. dr. hab. med. J. Nofera w Łodzi
w latach 2014–2016**

Piśmiennictwo

1. Bandurska-Stankiewicz E., Moczulska B., Myszkowska-Podgórska K., *Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym*, „Przegląd Kardiologiczny” 2006, Vol. 1, s. 41–47.
2. Bauman A., Bull F., Chey Y., Craig C.L. i in., *The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries*, „The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity” 2009, Vol. 6, s. 1–11.
3. Biernat E., Stupnicki R., Gajewski A.K., *Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja polska*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 2007, nr 51, s. 47–54.
4. Biernat E., Stupnicki R., Lebedziński B., Janczewska L., *Assessment of physical activity by applying IPAQ questionnaire*, „Physical Education and Sport” 2008, Vol. 52, s. 83–89.
5. Birdee G.S., Byrne D.W., McGown P.W., Rothman R.L. i in., *Relationship between physical inactivity and health characteristics among participants in an employee-wellness program*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2013, Vol. 55, s. 514–519.
6. Bortkiewicz A. (red.), *Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej. Poradnik dla lekarzy*, Łódź 2011.
7. Bortkiewicz A., Gadzicka E., Siedlecka J., Szykowska A. i in., *Work-related risk factors of myocardial infarction*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2010, Vol. 23, s. 255–265.
8. Bortkiewicz A., Gadzicka E., Stroszejn-Mrowca G., Szykowska A. i in., *Cardiovascular changes in workers exposed to fine particulate dust*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2014, Vol. 27, s. 78–92.
9. Bortkiewicz A., Gadzicka E., Szymczak W., Zmysłony M., *Heart rate variability (HRV) analysis in radio and TV broadcasting stations workers*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2012, Vol. 25, s. 446–455.
10. Breslow R.A., Ballard-Barbash R., Munoz K., Graubard B.I., *Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study*, „Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention” 2001, Vol. 10, s. 805–808.
11. Brosse A.L., Sheets E.S., Lett H.S., Blumenthal J.A., *Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions*, „Sports Medicine” 2002, Vol. 32, s. 741–760.
12. Bugajska J., *Pracownicy starsi – możliwości i uwarunkowania fizyczne*, Warszawa 2007.
13. Bugajska J., Michalak J.M., Jędryka-Góral A., Sagan A. i in., *Coronary heart disease risk factors and cardiovascular risk in physical workers and managers*, „International Journal of Occupational Safety and Ergonomics” 2009, Vol. 15, s. 35–43.
14. Bugajska J., Widerszal-Bazyl M., Radkiewicz P., Pasiński T. i in., *Perceived work-related stress and early atherosclerotic changes in healthy employees*, „International Archives of Occupational and Environmental Health” 2008, Vol. 81, s. 1037–1043.
15. Chrostowska M., Szczęch R., Strojek K., Narkiewicz K., *Diagnostyka i terapia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę*, „Przewodnik Lekarza” 2006, Vol. 3, s. 40–50.
16. Crowe F.L., Appleby P.N., Travis R.C., Key T.J., *Risk of hospitalization or death from ischemic heart disease among British vegetarians and nonvegetarians: results from the EPIC-Oxford cohort study*, „The American Journal of Clinical Nutrition” 2013, Vol. 9, s. 597–603.
17. Czaja-Miturai I., Merecz-Kot D., Szymczak W., Bortkiewicz A., *Cardiovascular risk factors and life and occupational stress among policemen*, „Medycyna Pracy” 2013, Vol. 64, s. 335–348.
18. Dauchet L., Amouyel P., Hercberg S., Dallongeville J., *Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies*, „Journal of Nutrition” 2006, Vol. 136, s. 2588–2593.
19. Davies H.W., Teschke K., Kennedy S.M., Hodgson M.R. i in., *Occupational exposure to noise and mortality from acute myocardial infarction*, „Epidemiology” 2005, Vol. 16, s. 25–32.

20. Derzhko R., Witkowska M., *Zaburzenia gospodarki węglowodanowej a ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” 2006, Vol. 15, s. 911–916.
21. De Vogli R., Ferrie J.E., Chandola T., Kivimaki M. i in., *Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study*, „The Journal of Epidemiology and Community Health” 2007, Vol. 61, s. 513–518.
22. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D., Kozakiewicz K. i in., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 63, s. 636–640.
23. Ekelund U., Sepp H., Brage S., Becker W. i in., *Criterion-related validity of the last 7-day, short form of the International Physical Activity Questionnaire in Swedish adults*, „Public Health Nutrition” 2006, Vol. 9, s. 258–265.
24. Eller N.H., Netterstrom B., Gyntelberg F., Kristensen T.S. i in., *Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review*, „Cardiology in Review” 2009, Vol. 17, s. 83–97.
25. *Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok*, „Kardiologia Polska” 2012, nr 70, s. 1–100.
26. Fogelholm M., Kukkonen-Harjula K., *Does physical activity prevent weight gain – a systematic review*, „Obesity Reviews” 2000, Vol. 1, s. 95–111.
27. Fogelholm M., Malmberg J., Suni J., Santtila M. i in., *International Physical Activity Questionnaire: Validity against fitness*, „Medicine & Science in Sports & Exercise” 2006, Vol. 38, s. 753–760.
28. Friedenreich C.M., Courneya K.S., Neilson H.K., Matthews C.E. i in., *Reliability and validity of the Past Year Total Physical Activity Questionnaire*, „American Journal of Epidemiology” 2006, Vol. 163, s. 959–970.
29. Gębska-Kuczerowska A., *Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56, s. 471–477.
30. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva 2009, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, (25.04.2017).
31. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, Geneva 2010, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>, (25.04.2017).
32. Gniazdowski A., *Zachowania zdrowotne*, Łódź 1990.
33. Goetzel R.Z., Niranjana M.K., Henke R., Benevent R. i in., *Six-year cost trends at PPG industries paralleling the introduction of health promotion programs directed at cardiovascular disease prevention*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2013, Vol. 55, s. 483–489.
34. Hagströmer M., Oja P., Sjöström M., *The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity*, „Public Health Nutrition” 2006, Vol. 6, s. 755–762.
35. Halfon S.T., Rosenfeld O., Ruskin H., Tenenbaum G., *Daily physical activity program for industrial employees* [w:] ed. M. Kaneko, *Fitness for the aged, disabled, and industrial worker*, Champaign 1994, s. 260–265.
36. Hanke W., Dudek B., *Wpływ stresu w miejscu pracy na ryzyko choroby niedokrwiennej serca – rola badań epidemiologicznych*, „Medycyna Pracy” 1997, nr 48, s. 676–686.
37. Hansen J., Lassen C.F., *Shift work and risk of cancer and coronary heart diseases*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2014, Vol. 27, s. 71–77.
38. Hasslhorn H.M., Tackenberg P., Muller B.H. (ed.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing Staff in Europe*, Stockholm 2003.
39. He K., Song Y., Daviglius M.L., Liu K. i in., *Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies*, „Circulation” 2004, Vol. 109, s. 2705–2711.
40. Heron R.J.L., *Investing in the health of working age people – good for individuals, business and the economy*, „Occupational Medicine” 2013, Vol. 63, s. 314–316.
41. Hildt-Ciupińska K., Bugajska J., *Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2011, nr 9, s. 10–13.
42. Hogstedt C., Davidsson B., *Nitroglycerol and nitroglycerine exposure in a dynamite industry 1958–1978*, „American Industrial Hygiene Association Journal” 1980, Vol. 41, s. 373–375.
43. *Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2013 roku*, Warszawa 2013.
44. Jędryka-Góral A., Pasierski T., Ząbek J., Widerszal-Bazyl M. i in., *Risk factors for atherosclerosis in healthy employees – a multidisciplinary approach*, „European Journal of Internal Medicine” 2006, Vol. 17, s. 247–253.
45. Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Jegier A., *Lifestyle index and work ability*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health” 2006, Vol. 19, s. 170–177.
46. Karasek R., Theorell T., *Healthy Work, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York 1990.

47. Kleniewska A., Ojrzanowski M., Lipińska-Ojrzanowska A., Wiszniewska M. i in., *Barriers to professional activity among people with cardiovascular diseases*, „Medycyna Pracy” 2012, nr 63, s. 105–115.
48. Kristensen T.S., *Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on chemical factors*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 1989, Vol. 15, s. 245–264.
49. Kristensen T.S., *Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review*, „Journal of Occupational Health Psychology” 1996, Vol. 1, s. 246–260.
50. Królewski A., Moczulski D., *Epidemiologia i ogólna patogenezę przewlekłych powikłań cukrzycy* [w:] red. J. Sieradzki, *Cukrzyca*, Gdańsk 2007, s. 655–688.
51. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Pikala M. i in., *Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego – Projekt WOBASZ*, „Przegląd Lekarski” 2007, nr 64, s. 61–64.
52. Lollgen H., Bockenhoff A., Knapp G., *Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories*, „International Journal of Sports Medicine” 2009, Vol. 30, s. 213–224.
53. Łuczak A., Żołnierczyk-Zreda D., *Praca a stres*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2002, nr 10.
54. Maahs M.M., Kinney G.L., Snell-Bergeon J.K. i in., *Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in an adult type 1 diabetes population and a comparable general population*, „Diabetes Care” 2005, Vol. 28, s. 301–306.
55. Makowiec-Dąbrowska T., Bortkiewicz A., Gadzicka E., *Physical effort at workplace: a risk factor for or a protection against the development of cardiovascular diseases*, „Medycyna Pracy” 2007, nr 58, s. 423–432.
56. Makowiec-Dąbrowska T., Koszada-Włodarczyk W., Bortkiewicz A., Gadzicka E. i in., *Zawodowe i pozazawodowe determinanty zdolności do pracy*, „Medycyna Pracy” 2008, nr 59, s. 9–24.
57. Makowiec-Dąbrowska T., Sprusińska E., Bazylewicz-Walczak B., Radwan-Włodarczyk Z. i in., *Zdolność do pracy – nowe podejście do sposobu oceny*, „Medycyna Pracy” 2000, nr 51, s. 317–333.
58. Malińska M., *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą – promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy*. Cz. 1, „Bezpieczeństwo Pracy” 2014, nr 3.
59. Malińska M., Namysł A., Hildt-Ciupińska K., *Promocja zdrowia w miejscu pracy – dobre praktyki*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2012, nr 7.
60. Malińska M., Smirnow M., *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą – przykłady ćwiczeń fizycznych*. Cz. 2, „Bezpieczeństwo Pracy” 2014, nr 5.
61. Manson J.E., Nathan D.M., Krolewski A.S. i in., *A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians*, „Journal of the American Medical Association” 1992, Vol. 268, s. 63–67.
62. Merecz D., Mościcka A., Drabek M., Koniarek J., *Predyktory zdrowia psychicznego i zdolności do pracy pracowników zatrudnionych na stanowiskach wykonawczych*, „Medycyna Pracy” 2004, Vol. 55, s. 425–433.
63. McDougall S.J., Widdop R.E., Lawrence J.A., *Central autonomic integration of psychological stressors: Focus on cardiovascular modulation*, „Autonomic Neuroscience” 2009, Vol. 1–2, s. 1–11.
64. Mendis S., Puska P., Norrving B. (ed.), *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*, Geneva 2011, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ (25.04.2017).
65. Mensink R.P., Katan M.B., *Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials*, „Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology” 1992, Vol. 12, s. 911–919.
66. Morris J.N., Heady J.A., Raffle P.A., Roberts C.G. i in., *Coronary heart – diseases and physical activity of work*, „Lancet” 1953, Vol. 256, s. 1111–1120.
67. Mozaffarian D., Clarke R., *Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils*, „The European Journal of Clinical Nutrition” 2009, Vol. 63, s. 22–33.
68. Mozaffarian D., Katan M.B., Ascherio A., Stampfer M.J. in., *Trans fatty acids and cardiovascular disease*, „The New England Journal of Medicine” 2006, Vol. 354, s. 1601–1613.
69. Nabi H., Kivimaki M., Batty G.D., Shipley M.J. i in., *Increased risk of coronary heart diseases among individuals reporting adverse impact of stress on their health: The Whitehall II prospective cohort study*, „European Heart Journal” 2013, <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/20/eurheartj.eht216.full.pdf+html> (25.04.2017).
70. Narkiewicz K., Chrostowska M., Zdrojewski T., Strojek K., *Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca* [w:] red. J. Sieradzki, *Cukrzyca*, Gdańsk 2007, s. 842–874.

71. Narlawar U.W., Surjuse B.G., Thakre S.S., *Hypertension and hearing impairment in workers of iron and steel industry*, „Indian Journal of Physiology and Pharmacology” 2006, Vol. 50, s. 60–66.
72. Nawrocka A., Prończuk A., Mynarski W., Garbaciak W., *Physical activity of top level managers in the context of the public health recommendations*, „Medycyna Pracy” 2012, nr 63, s. 271–279.
73. Nichols G.A., Gullion C.M., Koro C.E., Ephross S.A. i in., *The incidence of congestive heart failure in type 2 diabetes. An Update*, „Diabetes Care” 2004, Vol. 27, s. 1879–1884.
74. Orth-Gomer K., Wamala S.P., Horsten M., Schenck-Gustafsson K. i in., *Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: the Stockholm Female Coronary Risk Study*, „Journal of the American Medical Association” 2000, Vol. 284, s. 3008–3014.
75. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1999.
76. Pearson T.A., Bazzarre T.L., Daniels S.R., Fair J.M. i in., *American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level*, „Circulation” 2003, Vol. 107, s. 645–651.
77. Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I. i in., *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)*, „European Heart Journal” 2012, nr 33, s. 1635–1701.
78. Proper K.I., Staal B.J., Hildebrandt V.H., van der Beek A.J. i in., *Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes*, „Scandinavian Journal of Work, Environment & Health” 2002, Vol. 28, s. 75–84.
79. Puchalski K., Korzeniowska E., *Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001*, „Medycyna Pracy” 2002, nr 53, s. 355–360.
80. Qiao Q., Jousilahti P., Eriksson J., *Predictive properties of impaired glucose tolerance for cardiovascular risk are not explained by the development of overt diabetes during follow-up*, „Diabetes Care” 2003, Vol. 26, s. 2910–2914.
81. Rosenfeld O., Tenenbaum G., Ruskin H., Halfon S.T., *Behavioural modifications following a physical activity programme in the Israeli Pharmaceutical industry*, „Journal of Science and Medicine in Sport” 1990, Vol. 22, s. 93–96.
82. Siegriest J., Peter R., Junge A., Cremer P. i in., *Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men*, „Social Science & Medicine” 1990, Vol. 31, s. 1127–1134.
83. Slattery M.L., Potter J.D., *Physical activity and colon cancer: confounding or interaction?*, „Medicine & Science in Sports & Exercise” 2002, Vol. 34, s. 913–919.
84. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (25.04.2017).
85. Stansfeld S.A., Marmot M.G., *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, London 2002.
86. Tan X., Peng X., Wang F., Jouex M., Hartemann P., *Cardiovascular effects of carbon disulfite: a meta-analysis of cohort studies*, „The International Journal of Hygiene and Environmental Health” 2002, Vol. 205, s. 473–477.
87. *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.*, Warszawa 2009, stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/kts_Uczestnictwo_pol_w_sporcie_w_2008r.pdf (25.04.2017).
88. Uruski P., Uruska A., Zozulińska D., Tykarski A., *Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca typu 1*, „Nadciśnienie tętnicze” 2007, nr 11, s. 85–94.
89. Uusitupa M.I., Niskanen L.K., Siitonen O., Voutilainen E. i in., *Ten year cardiovascular mortality in relation to risk factors and abnormalities in lipoprotein composition in type 2 (non-insulin-dependent) diabetic and non-diabetic subjects*, „Diabetologia” 1993, Vol. 36, s. 1175–1184.
90. Vangelova K., Deyanov C., *Blood pressure and serum lipids in industrial workers under intense noise and a hot environment*, „Reviews on Environmental Health” 2007, Vol. 22, s. 303–311.
91. Vuori I.M., *Health benefits of physical activity with special reference to interaction with diet*, „Public Health Nutrition” 2001, Vol. 4, s. 517–528.
92. Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S., *Health benefits of physical activity: the evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, Vol. 174, s. 801–809.
93. Widerszal-Bazyl M., *Stres w pracy a zdrowie, czyli o próbach weryfikacji modelu R. Karaska oraz modelu wymagania-kontrola-wsparcie*, Warszawa 2003.
94. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa 2012.
95. Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505–512.

Społeczne aspekty ochrony zdrowia pracujących

Nie ulega wątpliwości, że ochrona zdrowia pracujących leży w interesie całego społeczeństwa. Wynika to z faktu, że dotyczy zarówno pracownika (mającego swoje prawa), pracodawcy (mającego swoje obowiązki), jak i samego państwa (prawnego gwaranta praw pracowniczych i podstawowych praw obywatelskich).

Wprowadzenie

Ochrona zdrowia osób świadczących pracę zarobkową (należy rozpatrywać tu bardzo szeroko kodeksowe pojęcie pracownika) odnosi się wprost do osobniczych zachowań i postawy wobec bezpieczeństwa pracy. Dla pracodawców związana jest z realizacją obowiązków z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, prewencją wypadkową i chorobową, zaś z perspektywy państwa odnosi się do kwestii zapewnienia nadzoru instytucjonalnego nad przestrzeganiem przepisów prawa pracy oraz warunków pracy i bezpieczeństwa jej świadczenia.

Społeczno-ekonomiczne koszty chorób zawodowych i wypadków przy pracy w krajach Unii Europejskiej kształtują się od 2,6% do 3,8% PKB¹. Szacuje się, że jest to co najmniej 490 mld euro rocznie (przy założeniu straty w wysokości 4% PKB). W Polsce w 2012 r. koszty bezpośrednie związane z wypadkami przy pracy (renty, odszkodowania) wyniosły 5,2 mld zł, a koszty pośrednie (leczenie, rehabilitacja, koszty społeczne) związane z tymi wypadkami – 20,8 mld zł².

Podstawowym problemem medycyny XXI wieku, w tym medycyny pracy, będą trendy demograficzne, w zasadniczy sposób wpływające m.in. na opiekę zdrowotną nad pracującymi³.

Fakt ten sprawia, że kwestie ochrony zdrowia pracujących winny być obiektem zainteresowania, ale również współdziałania wszystkich partnerów społecznych.

Poprawa i dbałość o stan zdrowia pracujących związane są z inwestycjami zarówno w nowe technologie, bezpieczne maszyny czy urządzenia, jak i w kapitał ludzki – świadomość pracowników i ich wszechstronny rozwój. Taką inwestycją jest edukacja w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Przyczynia się ona do wzrostu świadomości istniejących zagrożeń zdrowotnych w procesie pracy, motywuje do bezpiecznych zachowań, jak również, a może przede wszystkim, sprzyja przyjmowaniu bezpiecznej postawy w realizacji zadań i czynności zawodowych. Edukacja ta powinna rozpoczynać się już w szkole, następnie rozwijać na etapie pracy zawodowej. Jej wzmocnieniem mogłyby być kampanie społeczne dotyczące zdrowia. Działania te mogłyby owocować upowszechnieniem się bezpiecznego stylu życia zawodowego⁴.

Zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach Unii Europejskiej szkolenie pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy jest jedną z najskuteczniejszych metod poprawy ich zdrowia i bezpieczeństwa⁵.

Jak ważny jest to problem społeczny, możemy się przekonać, obserwując działania Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy prowadzone od 2000 r. w ramach

¹ I. Rydlewska-Liszkowska, *Koszty chorób zawodowych i wypadków przy pracy w Polsce*, „Medycyna Pracy” 2006, nr 57(4), s. 317.

² T. Lis, K. Nowacki, T. Małyś, W. Ociecek, *Profilaktyka w zarządzaniu bezpieczeństwem pracy [w:] Innowacje w zarządzaniu i inżynierii produkcji*, red. R. Knosala, Opole 2014, s. 574.

³ K. Rydzyński, J. Michalak, *Przemiany gospodarcze i ich znaczenie dla medycyny pracy i higieny pracy*, „Medycyna Pracy” 2002, nr 53, s. 5.

⁴ Z. Łukowska, *Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1995, nr 2, s. 108; B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Warszawa 2009.

⁵ K. Rydzyński, J. Michalak, *Przemiany gospodarcze i ich znaczenie dla medycyny pracy i higieny pracy*, „Medycyna Pracy” 2002, nr 53, s. 12.

kampanii *Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy*. Są one ukierunkowane na poprawę warunków i bezpieczeństwa pracy. Dotychczas zorganizowano następujące kampanie:

- 2000: *Odwróć się plecami do chorób układu mięśniowo-szkieletowego*,
- 2001: *Sukcesem jest brak wypadku*,
- 2002: *Praca nad stresem*,
- 2003: *Substancje niebezpieczne – ostrożnie*,
- 2004: *Budować bezpiecznie*,
- 2005: *Stop hałasowi!*,
- 2006: *Młodzi pracownicy – bezpieczny start*,
- 2007: *Mniej dźwigaj (zaburzenia mięśniowo-szkieletowe)*,
- 2007–2008: *Inicjatywa na rzecz zdrowego miejsca pracy*,
- 2008–2009: *Ocena ryzyka*,
- 2010–2011: *Bezpieczeństwo eksploatacji*,
- 2012–2013: *Partnerstwo dla prewencji*,
- 2014–2015: *Stres w pracy? Nie, dziękuję!*,
- 2016–2017: *Bezpieczni na starcie, zdrowi na mecie*⁶.

O znaczeniu i wadze omawianej kwestii świadczą też działania prewencyjne prowadzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwową Inspekcję Pracy czy Państwową Inspekcję Sanitarną, ale przede wszystkim szerokie orzecznictwo w tym zakresie.

Dostępne dane statystyczne odnoszące się do kwestii chorobowych, odczuwalnych dolegliwości zdrowotnych u osób pracujących czy absencji spowodowanych wypadkami przy pracy świadczą o celowości i konieczności kontynuowania oraz intensyfikowania działań prewencyjnych w zakresie ochrony zdrowia pracujących.

Bezpieczeństwo pracownika i ochrona jego zdrowia, a nawet życia, są tego rodzaju dobrem, któremu w hierarchii dóbr prawnie chronionych należy przyznać pierwszeństwo przed ochroną miejsca pracy⁷.

Celem artykułu jest przedstawienie zagadnień związanych ze społecznymi aspektami ochrony zdrowia pracujących od strony uregulowań prawnych oraz problemów zdrowotnych (w tym absencji chorobowej, problemów zdrowotnych związanych z pracą, wypadków przy pracy, chorób zawodowych).

⁶ Kampanie *Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy*, <https://osha.europa.eu/pl/healthy-work.p.laces-campaigns> (23.04.2017).

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1999 r., I PKN 469/99, OSNAP 2001/10/346.

Na podstawie przeglądu orzecznictwa oraz dostępnych danych statystycznych ukazano znaczenie ochrony zdrowia pracujących dla ogółu społeczeństwa, jak również znaczenie działań promujących zdrowie pracujących bez względu na rodzaj i charakter świadczonej pracy czy obowiązek prawny w tym zakresie.

Zdrowie pracujących

Pojęcie „zdrowia” w myśl przepisów konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy⁸, w powiązaniu z pracą, nie oznacza tylko braku choroby czy kalectwa, ale obejmuje ono także fizyczne i psychiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia, bezpośrednio związane z bezpieczeństwem i higieną pracy. Takie rozumienie zdrowia jest kontynuacją definicji zawartej w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r.: „zdrowie oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”. Pozytywne rozumienie zdrowia, które przestało być definiowane tylko jako brak choroby, oznacza, że nie wystarczy chronić zdrowia pracowników przed skutkami zagrożeń zawodowych, ale należy je umacniać i rozwijać poprzez działania prewencyjne podejmowane w związku z pracą⁹.

Zgodnie z definicją Międzynarodowej Organizacji Pracy i Światowej Organizacji Zdrowia z 1950 r. „zdrowie pracujących” to promowanie i utrzymywanie najwyższego poziomu sprawności psychicznej, fizycznej i dobrego samopoczucia u pracowników wszystkich zawodów – całkowite zdrowie u wszystkich pracujących we wszystkich zawodach (*all occupations – total health of all at work*)¹⁰.

Określenie „zdrowie pracujących” (occupational health) zawiera elementy działań technicznych, medycznych i organizacyjnych zmierzających do ograniczenia szkodliwych skutków zdrowotnych¹¹.

⁸ Konwencja nr 155 Międzynarodowej Organizacji Pracy z dnia 22 czerwca 1981 roku dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy, <http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k155.html> (10.08.2016).

⁹ T. Wyka, *Generalny obowiązek pracodawcy ochrony życia i zdrowia pracowników*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 4, s. 23.

¹⁰ A. Boczkowski, *Medycyna pracy w systemie ochrony zdrowia pracujących: ewolucja kształcenia specjalistycznego*, „Medycyna Pracy” 2007, nr 58, s. 458.

¹¹ K. Rydyński, J. Michalak, *op.cit.*

Postęp w dziedzinie medycyny, jaki dokonał się w XX wieku, stworzył możliwości wcześniejszego i szczegółowego diagnozowania chorób, co niewątpliwie przełożyło się na skuteczniejsze leczenie. Nie tylko poprawił czy też wręcz umożliwił leczenie wielu chorób, lecz także miał wpływ na zmianę mentalności i zapatrywania człowieka na własne zdrowie. Realizowany od początku lat 90 XX wieku Narodowy Program Zdrowia (NPZ), będący odpowiedzią na strategię Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”, sprawił, że wysiłek organów administracji rządowej i partnerów społecznych, w tym organizacji pozarządowych oraz różnych grup społecznych, został ukierunkowany na działania mające na celu ochronę, utrzymanie i poprawę zdrowia Polaków. Podejmowane w ramach NPZ działania organów administracji i władz publicznych prowadzące do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji niewątpliwie przełożyły się na stałą poprawę kondycji zdrowotnej Polaków, a tym samym ich dłuższe życie.

Dane demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego¹² wykazują od dłuższego czasu proces starzenia się społeczeństwa polskiego. Sytuacja jest niepokojąca ze względów społecznych (np. konieczność zapewnienia opieki osobom starszym) i gospodarczych (np. niedobór siły roboczej), ale także w szeroko rozumianym aspekcie zdrowia publicznego.

Zjawisko starzenia się społeczeństwa jest zauważalne w większości krajów UE i sprawia, że stan zdrowia osób aktywnych zawodowo staje się ważnym problemem społecznym. W związku z tym Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy ogłosiła otwarcie kolejnej europejskiej kampanii informacyjnej poświęconej zarządzaniu wiekiem w pracy *Bezpieczni na starcie, zdrowi na mecie*¹³.

¹² *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnoscipolski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> (23.04.2017).

¹³ *Healthy Workplaces for All Ages*, Luxembourg 2016, <https://www.healthy-workplaces.eu/all-ages-splash-page/documents/HWC2016-campaign-guide.pdf> (23.04.2017).

Nie ulega wątpliwości, że zdrowie odgrywa ważną rolę w życiu każdego człowieka. Jest ono dobrem podlegającym szczególnej ochronie nie tylko przez niego samego, lecz także w drodze solidaryzmu społecznego jest przedmiotem zainteresowania państwa.

W obszarze działalności zawodowej człowieka należy więc spojrzeć na zdrowie szeroko – z perspektywy pracowników, a także pracodawców oraz państwa – w rozumieniu zdrowia publicznego. Choroba lub niepełnosprawność, zmęczenie lub wypalenie zawodowe powodują straty społeczne i ekonomiczne dla poszczególnych osób, których bezpośrednio dotyczą, oraz dla całego społeczeństwa (w rozumieniu społeczno-gospodarczym).

Wydłużony wiek aktywności zawodowej sprawia, że ochrona zdrowia pracujących nabiera nowego wymiaru i wymaga wzmoczonej aktywności wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie pracy.

W Polsce ochrona zdrowia pracujących realizowana jest w ramach systemu ochrony pracy. Definiuje się ją jako ochronę życia i zdrowia pracownika w czasie wykonywania przez niego pracy zawodowej (zarobkowej). Jest ogólnym pojęciem obejmującym przedsięwzięcia z zakresu technicznego bezpieczeństwa pracy, bezpiecznej organizacji pracy, higieny i medycyny pracy oraz prawnej ochrony pracy¹⁴.

Prawna ochrona zdrowia pracujących

W polskim systemie prawnym podstawy dla ochrony życia i zdrowia człowieka w środowisku pracy określa konstytucja. Stanowi ona, że każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (art. 66 ust. 1) oraz do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1). Konstytucyjne prawa nie ograniczają się do pracowników, lecz przysługują każdej osobie wykonującej pracę niezależnie od tytułu i podstawy zatrudnienia. Ustawa zasadnicza gwarantuje przestrzeganie tych praw, gdyż zastrzega, że praca znajduje się pod ochroną państwa oraz przewiduje państwowy nadzór nad warunkami

¹⁴ A. Hansen, *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, Warszawa 1998, s. 13.

wykonywania pracy (art. 24). Postanowienia konstytucyjne w przedmiocie ochrony życia i zdrowia człowieka w środowisku pracy rozwijane są przez ustawodawstwo zwykłe oraz uszczegóławiane w aktach wykonawczych. O ich znaczeniu świadczy szerokie i ugruntowane orzecznictwo.

Każdy pracownik ma prawo przypuszczać, że jego pracodawca przestrzega przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy¹⁵. Przyjęcie innej realizacji obowiązków osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo pracy oraz organizację, przygotowanie i prowadzenie pracy, uwzględniając zabezpieczenie pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy jest nieuprawnione.

Obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa pracy jest obowiązkiem bezwarunkowym, co oznacza, że bez względu na to, czy pracownik wywiązuje się ze swoich powinności wobec pracodawcy, pracodawca musi zagwarantować mu bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Obowiązek ten w żaden sposób nie jest ograniczony ani związany z sytuacją i kondycją finansową pracodawcy.

O bezpieczeństwie pracy na stanowisku roboczym decydują nie tylko techniczne zabezpieczenia przed wypadkiem, chociaż ich znaczenie dla bezpieczeństwa pracy jest często decydujące. Konieczne jest równoległe stosowanie bezpiecznych organizacyjnych metod pracy, a także zgodnych z przepisami i zasadami bezpieczeństwa pracy działań oraz reakcji ze strony dozoru i samego pracownika.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego jednoznacznie przyjęto, że zaniedbanie obowiązku zapewnienia pracownikom bezpiecznego stanowiska pracy uzasadnia odpowiedzialność pracodawcy na zasadzie winy¹⁶. Również w innym orzeczeniu Sąd Najwyższy stwierdza, że każdy pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne warunki pracy. Każda inna interpretacja przerzucałaby ryzyko prowadzenia przedsiębiorstwa na pracownika, co jest sprzeczne z zasadami prawa pracy¹⁷.

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 1999 r., II UKN 522/98, OSNAP 2000/9/374.

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 września 2000 r., II UKN 207/00, OSNP 2002/8/191.

¹⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 1999 r., II UKN 522/98, OSNP 2000/9/374.

Obowiązkiem kierującego pracami jest stworzenie takiej organizacji pracy, która zapewni pracownikowi bezpieczne i higieniczne warunki pracy – obejmuje ona w szczególności możliwie dokładne określenie sposobu i czasu wykonania zlecanej pracownikowi czynności¹⁸.

W orzecznictwie podkreśla się również obowiązek pracodawcy do zachowania szczególnej staranności w zakresie przeciwdziałania wystąpieniu zagrożeń dla życia i zdrowia pracowników¹⁹.

Obowiązek zakładu pracy wynikający z art. 94 pkt 4 i art. 15 Kodeksu pracy – podniesiony do rangi podstawowej zasady prawa pracy – ma na celu zapewnienie pracownikowi bezpiecznych warunków pracy. Oznacza to, że pracodawca zobowiązany jest do zapewnienia pracownikowi faktycznego bezpieczeństwa, a nie tylko do realizacji obowiązków z powszechnie obowiązujących przepisów zakresu bhp²⁰.

Podstawowe obowiązki pracodawcy wynikają z ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy²¹, a zwłaszcza z jej działu X „Bezpieczeństwo i higiena pracy”. I tak zgodnie z art. 207 § 1 i 2 pracodawca, ponosząc odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy, jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników poprzez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. W myśl § 2 i 3 tego artykułu w szczególności pracodawca jest obowiązany:

- organizować pracę w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy,
- zapewniać przestrzeganie w zakładzie pracy przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawać polecenia usunięcia uchybień w tym zakresie oraz kontrolować wykonanie tych poleceń,
- zapewniać wykonanie nakazów, wystąpień, decyzji i zarządzeń wydawanych przez organy nadzoru nad warunkami pracy,
- znać, w zakresie niezbędnym do wykonywania ciążących na nim obowiązków, przepisy

¹⁸ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 lutego 1968 r., I PRN 449/67, PiZS 1969, nr 3, s. 63.

¹⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., II PK 175/10, OSNP 2012/7-8/88.

²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 grudnia 1980 r., I PR 87/80, LEX nr 14567.

²¹ Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.

o ochronie pracy, w tym przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny pracy.

Do szczególnych obowiązków pracodawcy w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy między innymi należy:

- ocenianie i dokumentowanie ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą oraz stosowanie niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających ryzyko, a także informowanie pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami (art. 226 k.p.),
- przeprowadzanie, na swój koszt, badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, rejestrowanie i przechowywanie wyników tych badań i pomiarów oraz udostępnianie ich pracownikom (art. 227 § 1 pkt 2 k.p.),
- poddawanie badaniom lekarskim wstępnym, okresowym i kontrolnym odpowiednio osób przyjmowanych do pracy i pracowników (art. 229 § 1–3 k.p.) oraz niedopuszczenie do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku (art. 229 § 4 k.p.),
- zapewnienie pracownikom zatrudnionym w warunkach szczególnie uciążliwych, nieodpłatnie, odpowiednich posiłków i napojów, jeżeli jest to niezbędne ze względów profilaktycznych (art. 232 k.p.),
- systematyczne analizowanie przyczyn wypadków przy pracy, chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami środowiska pracy i na podstawie wyników tych analiz stosowanie właściwych środków zapobiegawczych (art. 236 k.p.),
- niedopuszczenie pracownika do pracy, do której wykonywania nie posiada on wymaganych kwalifikacji lub potrzebnych umiejętności, a także dostatecznej znajomości przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz zapewnienie przeszkolenia pracownika w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem go do pracy oraz prowadzenie okresowych szkoleń w tym zakresie (art. 237 [3] § 1 i 2 k.p.),
- dostarczanie pracownikom, nieodpłatnie, środków ochrony indywidualnej, zabezpieczających przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy oraz informo-

wanie ich o sposobach posługiwania się tymi środkami (art. 237 [6] § 1 k.p.),

- dostarczanie pracownikom, nieodpłatnie, odzieży i obuwia roboczego, spełniających wymagania określone w Polskich Normach:
 - jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu,
 - ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 237 [7] § 1 k.p.).

Obowiązki pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy określają również akty wykonawcze wydane na podstawie upoważnień zawartych w Kodeksie pracy.

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy pracodawca obowiązany jest m.in.:

- zapewnić organizację pracy i stanowisk pracy w sposób zabezpieczający pracowników przed zagrożeniami wypadkowymi oraz oddziaływaniem czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwości – z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych pracowników (§ 39.1.1),
- zapewnić likwidację zagrożeń dla zdrowia i życia pracowników głównie przez stosowanie technologii, urządzeń, materiałów i substancji niepowodujących takich zagrożeń (§ 39.1.2),
- zapewnić instruktaż pracowników obejmujący w szczególności:
 - imienny podział pracy,
 - kolejność wykonywanych zadań,
 - wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy przy poszczególnych czynnościach (§ 39.1.2),
 - określenie szczególnych wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac szczególnie niebezpiecznych, a zwłaszcza zapewnić:
 - bezpośredni nadzór nad tymi pracami wyznaczonych w tym celu osób,
 - odpowiednie środki zabezpieczające (§ 81).

Według art. 212 k.p. za osobę kierującą pracownikami uważa się osobę, której pracodawca podporządkował stale lub czasowo przynajmniej jednego pracownika. Będzie to zatem np. kierownik zakładu pracy, kierownik jednostki organizacyjnej w zakładzie, dyrektor, kierownik budowy, kierownik robót, brygadzysta.

Osoby te, jeśli pracodawca zlecił im sprawowanie funkcji kierowniczych, mają szczególny obowiązek organizowania pracy w zakładzie

w sposób, który będzie zapobiegał możliwości powstania warunków mogących doprowadzić do wypadku przy pracy.

Decydującym czynnikiem stanowiącym, czy ktoś jest osobą kierującą pracownikami w świetle przepisów prawa pracy oraz bhp, jest odpowiedzialność tej osoby za przestrzeganie przepisów i zasad bhp przez pracowników, którymi ta osoba kieruje.

Podstawowym zadaniem z zakresu bhp osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych jest organizowanie pracy rozumiane zarówno jako obowiązek zapewnienia odpowiednich warunków pracy, jak i kierowanie pracą podległych pracowników. Na obu tych płaszczyznach działania konieczne jest sprawowanie nadzoru i kontroli.

Osoba zatrudniona na stanowisku kierowniczym zobowiązana jest do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, w odniesieniu do obszaru pracy, którym zarządza (art. 212 pkt 1, 2 i 4 k.p.).

Podstawowe obowiązki osoby kierującej pracownikami to:

- a) organizowanie stanowiska pracy zgodnie z przepisami i zasadami bhp;
Szerokie pojęcie dotyczące takiej organizacji i podziału pracy, aby była ona wykonywana zgodnie z przepisami Kodeksu pracy oraz przepisami innych ustaw i aktów wykonawczych (rozporządzeń) określających prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowień układów zbiorowych pracy i regulaminów. Poprzez zasady bhp należy rozumieć reguły lub metody postępowania ukształtowane w procesie pracy oraz wynikające z doświadczenia życiowego, logicznego rozumowania i wiedzy technicznej, których przestrzeganie służy ochronie życia lub zdrowia pracownika i tym samym zapewnieniu mu faktycznego bezpieczeństwa podczas pracy. Zasady bhp ujmowane są w instrukcjach obsługi, instrukcjach i procedurach technologicznych oraz w instrukcjach stanowiskowych bhp.
- b) dbanie o sprawność środków ochrony indywidualnej oraz ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem;
Powyższe odnosi się w szczególności do nadzorowania, aby pracownicy użytkowali przydzielone im środki ochrony indywidualnej zgodnie z opracowanymi przez pracodawcę zasadami oraz załączoną instrukcją użytkowania. Osoba kierująca pracownikami

jest zobowiązana do zapewnienia sprawnych środków indywidualnych oraz środków ochrony zbiorowej. Nie ma tu znaczenia, czy urządzenia te są produkcji krajowej, czy zagranicznej²².

- c) organizowanie, przygotowywanie i prowadzenie prac z uwzględnieniem zabezpieczenia pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi oraz innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy;
Należy w tym miejscu przytoczyć orzeczenie Sądu Najwyższego²³ – wynika z niego, że obowiązkiem kierownika jest stworzenie takiej organizacji pracy, która zapewnia pracownikowi bezpieczne i higieniczne warunki pracy – w szczególności możliwie dokładne określenie sposobu i czasu wykonywania zleconej pracownikowi czynności.
- d) dbanie o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego, a także o sprawność środków ochrony zbiorowej i ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem;
Wymaga to utrzymania stanu pomieszczeń i wyposażenia technicznego na poziomie umożliwiającym zapobieganie mechanicznym urazom w zetknięciu z maszynami oraz urządzeniami technicznymi, a także zabezpieczającym pracowników przed niebezpiecznymi i szkodliwymi czynnikami występującymi w procesie pracy. Związane jest to głównie z utrzymywaniem w należytym stanie technicznym środków ochrony zbiorowej. Środki ochrony zbiorowej są rozwiązaniami technicznymi stosowanymi w pomieszczeniach produkcyjnych, maszynach i urządzeniach, przeznaczonymi do jednoczesnej ochrony grupy ludzi, w tym i pojedynczych osób przed niebezpiecznymi i szkodliwymi czynnikami występującymi pojedynczo lub łącznie w środowisku pracy. Takimi urządzeniami ochronnymi są np. różnego typu osłony zapobiegające dostępowi do strefy niebezpiecznej, kurtyny świetlne, skanery, maty naciskowe, a także parawany spawalnicze, instalacje wentylacji oraz wszelkiego rodzaju rozwiązania stosowane w pomieszczeniach pracy

²² Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 lutego 1962 r., II CR 63/61.

²³ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 1 lutego 1968 r., I PRN 449/67.

mające na celu obniżenie narażenia pracowników na hałas (ekrany, obudowy, kabiny). Pod pojęciem wyposażenia technicznego mieszczą się wszelkie maszyny, urządzenia i narzędzia użytkowane przez pracowników w procesie pracy. Są to również urządzenia podlegające Urzędowi Dozoru Technicznego (UDT), których eksploatacja wymaga odrębnych decyzji i kwalifikacji personelu ich obsługującego. Sąd Najwyższy stwierdził, że prawidłowe zorganizowanie procesu pracy obejmuje nie tylko odpowiedni nadzór, określenie sposobu czy czasu wykonywania zleconej pracownikowi czynności, ale także zapewnienie właściwego stanu maszyn, urządzeń i narzędzi pracy²⁴.

- e) egzekwowanie przestrzegania przez pracowników przepisów i zasad bhp;

Osoba kierująca pracownikami ma prawo wnioskowania o zastosowanie wobec pracownika kar porządkowych, upomnienia i nagany, a za nieprzestrzeganie przepisów bhp – kary pieniężnej.

Fakt wydania zakazu stosowania określonych metod pracy nie jest wystarczający, jeśli nie towarzyszy mu dopilnowanie, aby zakazy były przez pracowników respektowane²⁵. Tolerowanie przez dozór niewłaściwych, zagrażających bezpieczeństwu metod pracy uzasadnia uznanie winy zakładu pracy, jeżeli wskutek stosowania tych metod nastąpi wypadek.

Jeśli chodzi o czynność, której niewykonanie lub wykonanie w sposób niedokładny lub niewłaściwy może spowodować niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia ludzkiego, wydający polecenie ma obowiązek sprawdzić, czy otrzymujący polecenie należyście je zrozumiał i czy zostało ono wykonane²⁶.

Gdy pracownicy wykonują przez dłuższy czas określoną czynność i oswiają się z niebezpieczeństwem z nią związanym, nie zwalnia ich to od obowiązku przestrzegania należytej i określonej doświadczeniem życiowym lub właściwymi przepisami ostrożności. Jednocześnie jednak zakład pracy ma obowiązek

stosowania urządzeń zapewniających bezpieczeństwo pracowników oraz obowiązek wzmoczenia nadzoru nad właściwym i nienaruszającym zasad bhp sposobem i metodami wykonywania przez nich pracy²⁷.

- f) zapewnienie wykonanie zaleceń lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracownikami;

Oznacza to w szczególności zastosowanie się do zaleceń, jakie lekarz profilaktyk zawarł w zaświadczeniu lekarskim wydawanym do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Absencja chorobowa z tytułu choroby osoby ubezpieczonej

Koszty absencji chorobowej pracujących w Polsce systematycznie rosną. Według Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 2007 r. wyniosły około 7,3 mld zł, z czego ZUS wypłacił w formie zasiłków 3,9 mld zł (53,5% całości kosztów), natomiast pracodawcy w formie wynagrodzenia chorobowego wypłacili 3,4 mld zł (46,5% całości kosztów). W 2007 r. łączna wysokość rent z tytułu niezdolności do pracy wyniosła ok. 13,5 mld zł, a renty pobierało 1408,6 tys. osób. Renty z tytułu wypadków przy pracy i stwierdzonych chorób zawodowych stanowiły 16,5% wszystkich rent z tytułu niezdolności do pracy²⁸.

W 2014 r. w rejestrze zaświadczeń lekarskich KSI ZUS²⁹ zarejestrowano 18 842,5 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 252 821 tys. dni absencji chorobowej. W porównaniu z 2013 r. nastąpił spadek zarówno liczby zaświadczeń lekarskich (o 2,3%), jak i liczby dni absencji chorobowej (o 0,5%). Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wyniosła 13,42 dnia (w 2013 r. – 13,18 dnia).

Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w ciągu 2014 r. przynajmniej raz zostało wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby

²⁴ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 1968 r., II PR 503/68.

²⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1963 r., II PR 558/63.

²⁶ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 25 października 1968 r., II KR 148/68.

²⁷ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 3 czerwca 1963 r., I PR 281/62.

²⁸ *Krajowa polityka w zakresie zdrowia pracujących*, http://rop.sejm.gov.pl/1_Old/opracowania/pdf/material26.pdf (24.04.2017).

²⁹ <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf> (21.02.2016).

własnej, wyniosła 5737,8 tys. W porównaniu z rokiem poprzednim spadła o 2,2%. Przeciętna długość absencji chorobowej w 2014 r. przypadająca na 1 osobę ubezpieczoną w ZUS wyniosła 37,04 dnia (w 2013 r. – 36,33 dnia).

W 2014 r., podobnie jak w latach poprzednich, zaświadczenia lekarskie wydane osobom ubezpieczonym w ZUS z tytułu choroby własnej najczęściej (55%) wystawiane były na okres do 10 dni. Zaświadczenia o długości absencji chorobowej 11–30 dni stanowiły 39,9%.

Wśród osób ubezpieczonych w ZUS przebywających na zaświadczeniach lekarskich z tytułu choroby własnej w 2014 r. nieznacznie przeważały kobiety – 52,4%.

Analiza liczby dni absencji chorobowej w korelacji z wiekiem wykazała, że najwyższy odsetek (29,1%) dni absencji chorobowej odnotowano w grupie wiekowej 30–39 lat. W populacji kobiet najwyższy udział absencji chorobowej (33,5%) obserwujemy właśnie w tej grupie wiekowej. Natomiast udział absencji chorobowej mężczyzn rośnie wraz z wiekiem i najwyższy (26,3%) odnotowujemy w grupie wiekowej 50–59 lat.

Najczęściej występującymi przyczynami powodującymi omawianą absencję były:

- ciąża, poród i połóg (19,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej),
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,5%),

- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (14,4%),
- choroby układu oddechowego (11,7%).

Ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy (w kontekście liczby dni absencji chorobowej) kształtował się odmiennie w zależności od płci. W grupie mężczyzn najdłuższą absencją powodowały:

- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych – 8,3% ogółu liczby dni absencji chorobowej mężczyzn,
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym – 3,5%,
- inne choroby krążka międzykręgowego – 3,1%,
- zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa – 2,8%,
- bóle grzbietu – 2,6%.

W populacji kobiet najdłuższą absencją chorobową z tytułu choroby własnej powodowały:

- opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 24,9% ogółu liczby dni absencji chorobowej kobiet,
- zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 4,7%,
- krwawienie we wczesnym okresie ciąży (O20) – 3,9%,
- ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (J06) – 3,1%,
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 2,2%.

Tabela 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według płci i wieku

Wiek ubezpieczonego	Liczba dni absencji chorobowej w tys.			
	ogółem	mężczyźni	kobiety	nieustalona płeć
Ogółem	212 616,7	91 786,5	120 738,4	91,8
19 lat i mniej	1 870,0	1 061,8	807,0	1,2
20–29	43 303,8	14 479,2	28 808,4	16,2
30–39	61 857,8	21 403,7	40 432,8	21,3
40–49	40 477,6	19 050,0	21 413,9	13,7
50–59	48 855,6	24 172,2	24 668,1	15,3
60–64	13 330,5	9 382,8	3 942,8	4,9
65 lat i więcej	2 903,3	2 236,7	665,3	1,3
nieustalony wiek ubezpieczonego	18,1	0,1	0,1	17,9

Źródło: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf> (21.02.2016)

Tabela 2. Liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według długości absencji chorobowej oraz wieku ubezpieczonego

Wiek ubezpieczonego	Ogółem liczba zwolnień lekarskich w tys.	Z tego liczba zaświadczeń o orzeczonej długości absencji chorobowej w dniach						
		1-10	11-30	31-35	36-50	51-60	61-90	91-182
OGÓŁEM	16 965,7	9 328,0	6 772,9	475,8	285,5	44,1	39,9	0,7
19 lat i mniej	275,9	233,7	37,5	2,4	1,6	0,2	0,3	0,0
20-29	3 624,7	2 137,9	1 337,7	89,5	43,1	6,7	6,0	0,2
30-39	4 920,7	2 697,9	1 998,7	132,1	67,4	10,3	9,1	0,2
40-49	3 384,8	1 929,8	1 289,0	86,8	59,5	8,5	7,6	0,1
50-59	3 658,5	1 842,3	1 584,3	119,8	82,6	12,9	11,8	0,2
60-64	915,0	408,9	435,7	36,2	24,7	4,2	3,9	0,0
65 lat i więcej	184,4	76,4	89,5	8,9	6,6	1,3	1,2	0,0
nieustalony wiek ubezpieczonego	1,7	1,1	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf> (21.02.2016)

Tabela 3. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grupy chorobowej

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego
	w tys.	w %	w tys.	w %	
OGÓŁEM	212 616,7	100,0	16 965,7	100	12,53
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	2 039,0	0,9	267,0	1,6	7,64
Nowotwory	7 812,6	3,7	317,7	2,2	21,02
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	539,2	0,2	44,2	0,3	12,19
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	1 917,7	0,9	133,1	0,8	14,41
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	16 108,3	7,6	927,4	5,5	17,37
Choroby układu nerwowego	18 210,1	8,8	1 561,4	9,2	11,66
Choroby oka i przypadków oka	1 637,5	0,8	137,1	0,8	11,94
Choroby ucha i wyrostka sutkowego	859,4	0,4	97,4	0,6	8,83
Choroby układu krążenia	12 352,0	5,8	881,3	5,2	14,02
Choroby układu oddechowego	24 962,6	11,7	4 103,1	24,2	6,08
Choroby układu trawiennego	9 065,7	4,3	980,5	5,8	9,25
Choroby skóry i tkanki podskórnej	1 871,9	0,9	194,1	1,1	9,65

cd. tabeli 3.

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego
	w tys.	w %	w tys.	w %	
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	30 626,4	14,4	2 216,3	13,1	13,82
Choroby układu moczowo-płciowego	6 261,4	2,9	561,4	3,3	11,15
Ciąża, poród i połóg	40 748,7	19,2	1 804,3	10,6	22,58
Niektóre stany zaczynające się w okresie okołoporodowym	7,4	0,0	0,4	0,0	16,73
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomatyczne	132,5	0,1	7,9	0,0	16,82
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane	2 620,3	1,2	393,3	2,3	6,66
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	30 836,1	14,5	1 987,4	11,7	15,52
Zewnętrzne przyczyny zachorowań i zgonu	206,9	0,1	24,2	0,1	8,54
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	2 144,6	1,01	141,1	0,8	15,20
Nieustalona grupa chorobowa	1 656,4	0,8	131,1	0,8	12,63

Źródło: <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202014%20roku.pdf> (21.02.2016)

Powyższe dane w sposób wyraźny wskazują, jak ważnym problemem społecznym, a zarazem zdrowotnym jest absencja chorobowa osób pracujących. Nie ulega więc wątpliwości, że kwestia ochrony zdrowia pracujących winna być obiektem zainteresowania podmiotów odpowiedzialnych za jego ochronę, a także realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Bez większego zaangażowania instytucji państwa nie uda się osiągnąć obniżenia kosztów społecznych związanych z absencją chorobową pracujących. Dlatego tak ważne i istotne są działania prewencyjne realizowane od 20 lat przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą

Jak wykazują dane wynikające z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) oraz badania modułowego „Wypadki przy pracy

i problemy zdrowotne związane z pracą” przeprowadzonych przez GUS w II kwartale 2013 r.³⁰, zagadnienia zdrowotne stanowią istotny problem zarówno dla zdrowia publicznego, jak również w kształtowaniu bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w skali kraju.

Analiza danych zawartych w tabeli 4 wykazuje, że problemy zdrowotne zgłaszane przez pracowników występowały najczęściej wśród osób zatrudnionych w przemyśle, rolnictwie i leśnictwie, przetwórstwie przemysłowym oraz w handlu i przy naprawie samochodów. Wykazują również, że pracownicy uskarżają się w przeważającym stopniu na jeden rodzaj dolegliwości (dotyczy to wszystkich obszarów działalności gospodarczej), który w ich ocenie w sposób znaczny wpływa na ich stan zdrowia.

³⁰ Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017).

Tabela 4. Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą według płci i wybranych sekcji PKD

Wyszczególnienie o – ogółem m – mężczyźni		Osoby, które kiedykolwiek praco- wały ogółem	W tym osoby, które odczuwały dolegliwości zdrowotne związane z pracą					
			ogółem	wg liczby dolegliwości		wg ograniczenia zdolności do codziennej aktywności z powodu najpoważniejszej dolegliwości		
				jedna	dwie lub więcej	zna- czące	w pewnym stopniu	ograni- czenie wystąpiło
			w tysiącach					
Ogółem	<i>o</i>	27 163	4 252	2 366	1 886	758	2 408	1 086
	<i>m</i>	13 151	2 087	1 204	883	371	1 156	560
w tym:								
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	<i>o</i>	2 206	492	267	225	66	314	113
	<i>m</i>	1 273	261	141	120	35	167	60
Przemysł	<i>o</i>	4 538	552	346	197	51	290	204
	<i>m</i>	3 063	358	225	130	36	189	135
Górnictwo i wydobywanie	<i>o</i>	367	60	34	23	0	36	22
	<i>m</i>	327	54	30	22	0	34	18
Przetwórstwo przemysłowe	<i>o</i>	3 772	453	288	159	46	230	170
	<i>m</i>	2 437	271	177	95	32	136	106
Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektr., gaz, parę wodną i gorącą wodę	<i>o</i>	189	15	9	6	0	8	7
	<i>m</i>	145	14	6	6	0	6	7
Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja	<i>o</i>	210	24	15	9	0	16	5
	<i>m</i>	154	19	12	7	0	13	0
Budownictwo	<i>o</i>	1 582	192	124	67	22	103	67
	<i>m</i>	1 461	184	118	64	22	99	64
Handel; naprawa pojazdów samochodowych	<i>o</i>	2 930	270	80	91	24	157	90
	<i>m</i>	1 166	102	65	35	11	54	31
Transport i gospodarka magazynowa	<i>o</i>	1 109	174	120	55	12	89	76
	<i>m</i>	844	144	102	43	9	73	62
Informacja i komunikacja	<i>o</i>	388	27	21	5	0	11	11
	<i>m</i>	252	13	9	0	0	5	6
Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna	<i>o</i>	624	36	27	12	0	15	16
	<i>m</i>	287	14	9	5	0	7	0
Administrowanie i działalność wspomagająca	<i>o</i>	540	51	31	20	7	27	18
	<i>m</i>	294	21	15	6	0	13	5
Edukacja	<i>o</i>	1 443	151	100	50	11	82	61
	<i>m</i>	310	27	19	7	0	12	12
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	<i>o</i>	1 085	136	82	53	7	71	58
	<i>m</i>	195	17	13	5	0	8	10
Pozostała działalność usługowa	<i>o</i>	365	38	29	9	0	19	14
	<i>m</i>	102	13	8	0	0	7	0

Źródło: Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017)

Tabela 5. Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą według płci i wieku

Wyszczególnienie o – ogółem m – mężczyźni		Osoby, które kiedykolwiek pracowały ogółem	W tym osoby, które odczuwały dolegliwości zdrowotne związane z pracą					
			ogółem	wg liczby dolegliwości		wg ograniczenia zdolności do codziennej aktywności z powodu najpoważniejszej dolegliwości		
				jedna	dwie lub więcej	znaczące	w pewnym stopniu	ograniczenie wystąpiło
			w tys.					
Ogółem	<i>o</i>	27 163	4 252	2 366	1 886	758	2 408	1 086
	<i>m</i>	13 151	2 087	1 204	883	371	1 156	560

w tym:

15-19	<i>o</i>	108	0	0	0	0	0	0
	<i>m</i>	65	0	0	0	0	0	0
20-24	<i>o</i>	1 342	32	25	7	0	9	20
	<i>m</i>	753	21	16	5	0	6	12
25-29	<i>o</i>	2 525	126	101	25	12	56	59
	<i>m</i>	1 334	78	64	14	5	35	38
30-34	<i>o</i>	2 770	201	155	46	15	91	95
	<i>m</i>	2 691	114	87	27	8	51	55
35-39	<i>o</i>	2 691	267	189	78	19	130	118
	<i>m</i>	1 381	137	98	39	11	64	62
40-44	<i>o</i>	2 321	318	209	109	22	175	120
	<i>m</i>	1 181	155	101	54	11	82	61
45-49	<i>o</i>	2 207	375	245	130	40	202	133
	<i>m</i>	1 108	187	122	65	21	99	67
50-54	<i>o</i>	2 536	521	303	218	72	306	143
	<i>m</i>	1 254	274	162	112	44	152	78
55-59	<i>o</i>	2 830	623	327	296	111	366	146
	<i>m</i>	1 366	316	169	147	60	203	54
60-64	<i>o</i>	2 510	585	313	271	103	376	106
	<i>m</i>	1 171	317	168	149	60	203	54
65 i więcej	<i>o</i>	5 324	1 199	497	703	359	694	146
	<i>m</i>	2 103	486	215	270	145	275	66

Źródło: Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017)

Powyższe dane wykazują, że problemy zdrowotne związane z pracą w sposób odczuwalny i znaczący zaczynają się pojawiać po ukończeniu 50 roku życia i dotyczą częściej mężczyzn niż kobiet. Zauważalny

wzrost problemów zdrowotnych wśród pracowników w wieku 50+ uzasadnia zasadność i celowość podejmowanych działań prozdrowotnych adresowanych do tej grupy wiekowej.

Tabela 6. Występowanie problemów zdrowotnych związanych z pracą według płci i wybranych grup zawodowych PKD

Wyszczególnienie o – ogółem m – mężczyźni		Osoby, które kiedykolwiek pracowały ogółem	W tym osoby, które odczuwały dolegliwości zdrowotne związane z pracą					
			ogółem	wg liczby dolegliwości		wg ograniczenia zdolności do codziennej aktywności z powodu najpoważniejszej dolegliwości		
				jedna	dwie lub więcej	znaczące	w pewnym stopniu	ograniczenie wystąpiło
			w tys.					
Ogółem	o m	27 163 15 163	4 252 2 087	2 366 1 204	1 886 883	758 371	2 408 1 156	1 086 560

w tym:

Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy	o m	1 143 689	121 65	80 42	41 23	8 6	59 32	54 27
Specjaliści	o m	3 259 1 207	309 88	210 63	99 25	26 8	146 37	137 43
Technicy i inny średni personel	o m	2 113 960	206 91	135 57	71 35	16 8	110 47	80 36
Pracownicy biurowi	o m	1 389 478	117 45	86 31	31 14	6 0	67 29	43 13
Pracownicy usług i sprzedaży	o m	3 064 996	339 109	209 68	130 41	39 16	195 60	106 32
Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy	o m	1 973 1 117	490 264	262 141	228 123	70 36	315 172	106 57
Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	o m	3 076 2 626	498 410	326 270	171 140	51 42	267 219	179 149
Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń	o m	1 987 162	323 277	206 181	117 97	31 27	171 143	122 108
Pracownicy przy pracach prostych	o m	1 696 689	245 80	148 52	96 28	29 15	145 45	70 20

Źródło: *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą*, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017)

Obciążenie pracą oraz jej charakter wpisują się w sposób naturalny w zawodowe zagrożenia zdrowotne. Prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych jest większe wśród osób

wykonujących prace ciężkie oraz pracujących w narażeniu na uciążliwe i szkodliwe warunki pracy. Powyższe znajduje potwierdzenie w analizie wykazanych danych statystycznych.

Tabela 7. Rodzaje najpoważniejszych dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą według płci i wieku

Wyszczególnienie o – ogółem m – mężczyźni		Osoby, które odczuwały problemy zdrowotne związane z pracą ogółem	W tym osoby, które jako najpoważniejszą dolegliwość zgłosiły						
			problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami odczuwalne głównie w obrębie			problemy z oddychaniem lub płucami	stres, depresje, niepokój	ból głowy i/lub przemieszczenie oczu	choroba serca, zawał serca lub inne problemy układu krążeniowego
			szyi, barku, ramion lub rąk	bioder, nóg, stóp	pleców				
w tys.									
Ogółem	o	4 252	622	805	1 455	131	186	224	442
	m	2 087	267	353	774	88	83	90	238
15–19	o	0	0	0	0	0	0	0	0
	m	0	0	0	0	0	0	0	0
20–24	o	32	0	7	10	0	0	0	0
	m	21	0	5	7	0	0	0	0
25–29	o	126	21	17	45	0	13	13	0
	m	78	13	12	32	0	5	6	0
30–34	o	201	33	25	79	0	23	18	0
	m	114	17	16	53	0	9	7	0
35–39	o	267	39	38	103	0	23	23	6
	m	137	18	24	54	0	9	8	5
40–44	o	318	54	50	118	8	25	27	13
	m	155	24	23	63	5	10	12	6
45–49	o	375	74	53	149	6	19	30	16
	m	187	28	30	85	0	9	11	9
50–54	o	521	81	94	201	16	26	26	32
	m	274	38	45	119	10	13	10	17
55–59	o	623	94	109	221	25	26	35	72
	m	316	46	49	112	16	11	15	45
60–64	o	585	86	111	194	20	17	15	89
	m	317	35	54	107	16	10	8	55
65 i więcej	o	1 199	136	301	334	46	13	34	206
	m	486	44	95	143	31	5	10	95

Źródło: Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017)

Powyższe zestawienie danych wykazuje, że najistotniejszym problemem zdrowotnym pracowników są szeroko rozumiane dolegliwości mięśniowo-szkieletowe. Problem ten nierozdzielnie związany jest z pozycją przyjmowaną przez pracownika przy pracy oraz czasem

spędzonym w określonej pozycji. Wysoki wskaźnik dolegliwości zgłaszanych przez pracowników w obrębie pleców może również wiązać się z nieprawidłowym siedziskiem (np. niewłaściwy jego dobór, brak podłokietników, regulacji oparcia).

Tabela 8. Okres niezdolności do pracy z powodu problemów zdrowotnych spowodowanych pracą według płci i wybranych sekcji PKD

Wyszczególnienie o - ogółem m - mężczyźni	Osoby, które odczuwały problemy zdrowotne spowodowane pracą						
	ogółem	według liczby dni niezdolności do pracy z powodu najpoważniejszej dolegliwości					trzy miesiące lub więcej
		bez dnia niezdolności lub niepełny dzień	co najmniej jeden dzień, ale mniej niż dwa tygodnie	co najmniej dwa tygodnie, ale mniej niż jeden miesiąc	co najmniej jeden miesiąc, ale mniej niż trzy miesiące		
		w tys.					
Ogółem	o m	4 252 2 087	2 907 1 388	563 300	231 127	186 96	365 177
Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	o m	492 261	233 119	124 75	46 26	33 18	47 22
Przemysł	o m	552 358	336 211	102 69	32 24	27 19	36 20
Górnictwo i wydobywanie	o m	60 54	39 35	11 11	5 5	0 0	0 0
Przetwórstwo przemysłowe	o m	453 271	273 157	84 52	25 17	23 15	34 19
Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektr., gaz, parę wodną i gorącą wodę	o m	15 14	13 11	0 0	0 0	0 0	0 0
Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja	o m	24 19	11 8	7 6	0 0	0 0	0 0
Budownictwo	o m	192 184	119 116	26 24	22 21	10 10	15 14
Handel; naprawa pojazdów samochodowych	o m	270 102	163 57	50 20	18 5	19 6	18 7
Transport i gospodarka magazynowa	o m	174 144	110 91	38 31	10 7	7 6	13 10
Informacja i komunikacja	o m	27 13	21 11	0 0	0 0	0 0	0 0

cd. tabeli 8.

Wyszczególnienie o – ogółem m – mężczyźni		Osoby, które odczuwały problemy zdrowotne spowodowane pracą					
		ogółem	według liczby dni niezdolności do pracy z powodu najpoważniejszej dolegliwości				
			bez dnia niezdolności lub niepełny dzień	co najmniej jeden dzień, ale mniej niż dwa tygodnie	co najmniej dwa tygodnie, ale mniej niż jeden miesiąc	co najmniej jeden miesiąc, ale mniej niż trzy miesiące	trzy miesiące lub więcej
w tys.							
Działalność profesjonalna naukowa i techniczna	o m	36 14	23 11	10 0	0 0	0 0	0 0
Administrowanie i działalność wspomagająca	o m	51 21	34 11	9 0	0 0	0 0	5 0
Edukacja	o m	151 27	85 15	39 0	11 0	8 0	9 0
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	o m	136 17	84 9	25 0	10 0	9 0	8 0
Pozostała działalność usługowa	o m	38 13	24 8	10 0	0 0	0 0	0 0

Źródło: Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-i-problemy-zdrowotne-zwiazane-z-praca,2,2.html> (24.04.2017)

Wstępna analiza powyższych danych wskazuje, że niezbędne są działania ukierunkowane na promocję zdrowia zarówno wśród osób podejmujących pracę, jak i już zatrudnionych. Jest to związane z koniecznością indywidualnego zaangażowania osób pracujących w ochronę własnego zdrowia, ale przede wszystkim z koniecznością uświadomienia zagrożeń zdrowotnych związanych z rodzajem i charakterem danej pracy (temu m.in. ma służyć ocena ryzyka zawodowego na stanowisku pracy oraz informowanie pracowników o zagrożeniach zawodowych związanych z pracą przez nich wykonywaną – realizacja ustawowego obowiązku wynikającego z art. 226 k.p.)³¹.

³¹ Ustawa z dnia 26.06.1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.).

Wypadki przy pracy

Wypadki przy pracy są jedną z okoliczności powodujących czasową niezdolność do pracy. Doznane w ich wyniku urazy sprawiają, że pracownicy korzystają ze zwolnień lekarskich, by powrócić do sprawności fizycznej sprzed wypadku.

Według danych GUS³² liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy w 2014 r. wynio-

³² Wypadki przy pracy w 2014 r. (dane wstępne), Warszawa 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2014-r-,3,18.html> (24.04.2017).

sła ogółem 88 642 osoby i była większa o 0,4% niż w poprzednim roku. W 2014 r. odnotowano 262 wypadki przy pracy ze skutkiem śmiertelnym (o 5,4% mniej niż w 2013 r.), ze skutkiem ciężkim wypadkom uległo 520 osób (o 3,3% mniej niż w 2013), zaś wypadki przy pracy ze skutkiem lekkim przydarzyły się 87 860 osobom (wzrost o 0,5% w stosunku do 2013 r.).

Najwięcej dni niezdolności do pracy w wyniku doznanego urazu w wypadkach przy pracy przypadało na pracowników zatrudnionych w następujących sektorach: przetwórstwo przemysłowe (C) 1 030 489 dni; handel hurtowy i detaliczny 356 976 dni; budownictwo 286 450 dni; opieka zdrowotna i pomoc społeczna 253 267 dni; transport i gospodarka magazynowa 241 092 dni.

Najdłużej na zwolnieniach lekarskich w wyniku doznanych urazów przebywali pracownicy poszkodowani w wypadkach przy pracy zatrudnieni w następujących sektorach: górnictwo i wydobywanie 62,7 dni; budownictwo 46,1 dni; rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo 44,1 dni; wytwarzanie i zaopatrywanie

w energię elektryczną, gaz, parę wodną i gorącą wodę 43,7 dni; działalność związana z obsługą rynku nieruchomości 39,8 dni.

Wypadkom ulegają częściej mężczyźni niż kobiety.

Analizy danych GUS dotyczące liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy w odniesieniu do 2014 r., a także do lat poprzednich wyraźnie wskazują, że wypadki przy pracy są istotnym problemem społecznym, nie tylko w obszarze samego bezpieczeństwa pracy, ale również w obszarze ochrony zdrowia pracujących i zdrowia publicznego.

Koszty wypadków przy pracy ponoszone przez budżet państwa – wydatki na opiekę medyczną (np. leczenie szpitalne, środki medyczne, rehabilitacja), koszty pracy (np. koszty zastępstwa, koszty zasiłku chorobowego), wydatki z ubezpieczenia społecznego (jednorazowe odszkodowanie, zasiłki chorobowe, renty wypadkowe) – są wysokie, dlatego też tak ważne są działania prewencyjne ze strony samych pracodawców, jak również Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy Państwowej Inspekcji Pracy.

Tabela 9. Poszkodowani w wypadkach przy pracy¹⁾ według sekcji PKD w 2014 r.

Wyszczególnienie a – liczby bezwzględne b – na 1000 pracujących	Ogółem	W wypadkach			Z liczby ogółem kobiety	Liczba dni niezdolności do pracy	
		śmiertelnych	ciężkich	lekkich		w liczbach bezwzględnych	na jednego poszkodowanego ²⁾
	a 88 642 b 7,53	262 0,022	520 0,04	87 860 7,47	32 707 x	3 072 785 261,08	34,8 x
Rolnictwo, leśnictwo łowiectwo i rybactwo	a 1 284 b 10,89	11 0,093	13 0,11	1 260 10,69	221 x	56 197 476,43	44,1 x
Górnictwo i wydobywanie	a 2 298 b 13,56	25 0,147	28 0,17	2 245 13,24	29 x	142 724 842,02	62,7 x
Przetwórstwo przemysłowe	a 2 8620 b 11,70	55 0,022	244 0,10	28 321 11,58	6264 x	1 030 489 421,42	36,1 x
Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną i gorącą wodę	a 691 b 5,44	5 0,039	7 0,06	679 5,34	72 x	30 030 236,59	43,7 x
Dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja	a 2 111 b 14,37	10 0,068	12 0,08	2 089 14,22	193 x	81 644 555,66	38,9 x
Budownictwo	a 6 265 b 7,91	55 0,069	74 0,09	6 136 7,75	158 x	286 450 361,45	46,1 x

¹⁾ Zgłoszonych w danym okresie; ²⁾ Bez osób poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych oraz bez liczby dni niezdolności do pracy dla tych osób.

cd. tabeli 9.

Wyszczególnienie a – liczby bezwzględne b – na 1000 pracujących	Ogółem	W wypadkach			Z liczby ogółem kobiety	Liczba dni niezdolności do pracy		
		śmier- telnych	ciężkich	lekkich		w liczbach bezwzględ- nych	na jednego poszkodo- wanego ^{b)}	
Handel hurtowy; naprawa pojazdów samochodowych, wyłączając motocykle	a b	11 970 5,60	27 0,013	35 0,02	11 908 5,57	6 049 x	356 976 166,88	29,9 x
Transport i gospodarka magazynowa	a b	6 228 8,46	42 0,057	33 0,04	6 153 8,36	1 283 x	241 092 327,36	38,9 x
Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi	a b	1 252 5,05	1 0,004	1 0,0	1 250 5,05	756 x	36 508 147,27	29,1 x
Informacja, komunikacja	a b	539 1,96	0 0	2 0,01	537 1,95	198 x	15 457 56,33	28,7 x
Działalność finansowa i ubezpieczeniowa	a b	1 088 3,09	0 0	3 0,01	1 085 3,07	797 x	30 321 85,86	27,9 x
Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości	a b	923 4,62	1 0,005	5 0,03	917 4,58	370 x	36 747 184,13	39,8 x
Działalność profesjonalna naukowa i techniczna	a b	1 131 2,03	5 0,009	9 0,02	1 117 2,00	488 x	34 036 61,19	30,2 x
Działalność w zakresie usług admin. i wspom.	a b	4 106 9,19	13 0,029	13 0,03	4 080 9,13	1 564 x	117 362 262,77	28,6 x
Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezp. społ.	a b	4 193 5,84	4 0,0006	12 0,02	4 177 5,81	2 116 x	134 255 187,11	32,0 x
Edukacja	a b	4 659 4,25	4 0,004	10 0,01	4 645 4,24	3 471 x	145 101 132,30	31,2 x
Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	a b	10 003 12,48	3 0,004	12 0,01	9 988 12,47	8 062 x	253 267 316,02	25,3 x
Działalność związana z kulturą, rozrywką	a b	890 6,30	0 0	3 0,02	887 6,28	403 x	28 824 204,03	32,4 x
Pozostała działalność usługowa	a b	391 1,50	1 0,004	4 0,02	386 1,48	214 x	15 305 58,50	38,8 x

¹⁾ Zgłoszonych w danym okresie; ²⁾ Bez osób poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych oraz bez liczby dni niezdolności do pracy dla tych osób.

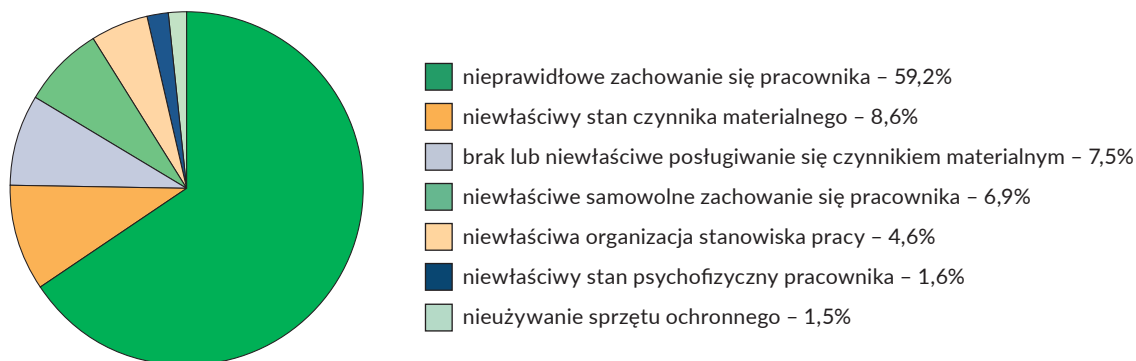
Uwaga: do wskaźnika wypadkowości (wiersz b) wykorzystano wstępne dane o liczbie pracujących.

Źródło: *Wypadki przy pracy w 2014 r. (dane wstępne)*, Warszawa 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2014-r,-3,18.html> (24.04.2017)

Jak wynika z danych GUS za 2015 r.³³, przyczyną ponad połowy wypadków przy pracy był czynnik ludzki, czyli nieprawidłowe zachowanie się pracownika (59,2% wypadków przy pracy). Kolejną najczęstszą przyczyną wypadków był niewłaściwy stan czynnika materialnego (8,6% wypadków przy pracy). Na trzecim

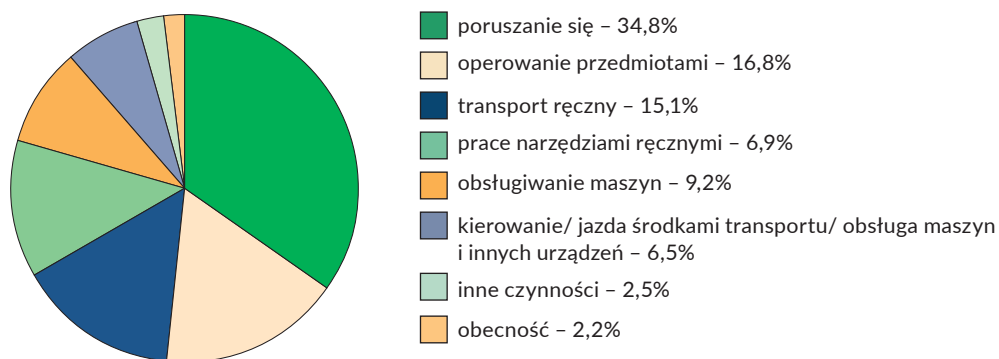
w niego – 25% przypadków. Często urazy powstawały przez zderzenie z obiektem w ruchu lub uderzenie w niego – 21,3%. Przyczyną urazów był też kontakt z przedmiotem ostrym, szorstkim, chropowatym (18,4%). Także obciążenie psychiczne lub fizyczne przyczyniły się do powstania urazów (12,9%).

Wykres 1. Przyczyny wypadków przy pracy (2015 r.)



Źródło: *Wypadki przy pracy w 2015*, Warszawa 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2015-roku,3,22.html> (24.04.2017)

Wykres 2. Czynności wykonywane przez poszkodowanego w chwili wypadku (2015 r.)



Źródło: *Wypadki przy pracy w 2015*, Warszawa 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2015-roku,3,22.html> (24.04.2017)

zaś miejscu znalazł się brak lub niewłaściwe postępowanie się czynnikiem materialnym (7,5% wypadków przy pracy).

Najczęstszą przyczyną urazów było zderzenie z nieruchomym obiektem lub uderzenie

„Poruszanie się” w statystykach wypadkowych zajmuje już od dłuższego czasu niechlubne pierwsze miejsce jako najczęściej wykonywana czynność w chwili zaistnienia wypadku. Wiązać to można nie tylko z brakiem należytej koncentracji na jej wykonywaniu (podobną przyczynę zaistnienia można przypisać innym czynnościom), ale należy brać także pod uwagę czynniki materialne (np. uszkodzona płyta chodnikowa, ubytki w ciągu komunikacyjnym czy chociażby

³³ *Wypadki przy pracy w 2015*, Warszawa 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2015-roku,3,22.html> (24.04.2017).

śliska powierzchnia podłogi). W pozostałym zakresie czynności w odniesieniu do prewencji wypadkowej zasadne wydaje się podniesienie jakości szkoleń stanowiskowych w dziedzinie bhp, jak również opracowanie instrukcji

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w tym zakresie. Działania te powinny być ukierunkowane na bezpośrednie dotarcie do szerokiego grona pracowników, jak również na popularyzowanie okoliczności i przyczyn wypadków

Tabela 10. Wydatki na świadczenia wypadkowe z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wypłacone przez ZUS

Wyszczególnienie	2009		2010		2011		2012	
	w mln zł	%*	w mln zł	%*	w mln zł	%*	w mln zł	%*
Wypłaty świadczeń ogółem z tego:	4 954,7	3,3	5 074,6	3,2	5 126,3	3,1	5 211,0	3,0
renty z tytułu niezdolności do pracy	3 426,5	2,3	3 494,0	2,2	3 504,4	2,2	3 557,7	2,0
renty rodzinne	645,2	0,4	665,1	0,4	675,2	0,4	683,9	0,4
jednorazowe odszkodowania	307,8	0,2	324,8	0,2	324,5	0,2	329,8	0,2
zasiłki chorobowe	487,8	0,3	500,0	0,3	526,3	0,3	536,7	0,3
świadczenia rehabilitacyjne	87,3	0,1	90,3	0,1	95,7	0,1	102,6	0,1
zasiłki wyrównawcze	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
świadczenia zdrowotne	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0

* % wydatków ZUS na świadczenia pieniężne.

Źródło: Koszty społeczne wypadków przy pracy, Warszawa 2013, http://rop.sejm.gov.pl/1_Old/opracowania/pdf/material62.pdf (24.04.2017).

stanowiskowych.

W 2012 r. na świadczenia wypadkowe, obejmujące świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wydatkowano 5211 mln zł, co stanowiło 3% ogółu wydatków ZUS na świadczenia pieniężne. Ze struktury kwoty wypłat wynika, że najwyższy udział kwot (81,4%) stanowią świadczenia długoterminowe – wypadkowe renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinne.

Szacuje się, że rzeczywiste koszty są czterokrotnie wyższe, biorąc pod uwagę wydatki ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także przez rodziny, które płacą za leki i rehabilitację poszkodowanego w wypadku przy pracy członka rodziny.

By ograniczyć to zjawisko, należy podejmować wszelkiego rodzaju działania prewencyjne ukierunkowane na promocję zdrowia pracujących. Zasadne i celowe wydaje się więc utrzymanie dotychczasowych dobrych praktyk

przy pracy w środowiskach mających wpływ na kształtowanie kultury bezpieczeństwa pracy (np. konferencje, seminaria naukowe, szkolenia nauczycieli i wykładowców zajmujących się zawodowo problematyką bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia pracujących).

Powyższe dane ukazują skalę wydatków, a także ich tendencję wzrostową. Pobieżna analiza wskazuje, że ich udział w systemie wydatków na ubezpieczenia społeczne jest znaczący i należy zintensyfikować działania związane z prewencją wypadkową adresowane bezpośrednio na pracownika i organizatorów procesu pracy.

Choroby zawodowe

Warunki pracy stwarza sam człowiek i może nimi dowolnie kierować. Pracodawca, mając na

uwadze nie tylko korzyści z prowadzonej działalności gospodarczej, winien organizować ją zgodnie z przepisami i wymogami pracy. Właściwe warunki pracy, jej prawidłowa organizacja, szkolenia pracowników, środki ochrony indywidualnej, szczepienia ochronne to główne elementy kształtowania kultury bezpieczeństwa pracy. Nie praca, lecz warunki, w jakich się ona odbywa, jej organizacja oraz czynniki szkodliwe i uciążliwe są przyczyną wielu objawów chorobowych i samych chorób, w tym zawodowych³⁴.

Jednostki chorobowe zaliczane do chorób zawodowych zostały uregulowane prawnie przepisami Kodeksu pracy³⁵. Za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych narażeniem zawodowym³⁶. Definityjne opisy choroby zawodowej prowadzą się do związku z pracą, jej środowiskiem, występującymi w niej czynnikami oraz warunkami³⁷. Oznacza to, że zdiagnozowana u osoby zatrudnionej w warunkach szkodliwych dla zdrowia choroba nie zostanie uznana za chorobę zawodową tylko w przypadku, gdy zostanie bezspornie udowodnione, że jej etiologia ma charakter pozazawodowy³⁸. W praktyce warunek „spowodowania” nie jest rozumiany w sposób bezwzględny i przy ustalaniu związku przyczynowego choroby z narażeniem zawodowym

postępuje się pojęciem wysokiego prawdopodobieństwa lub przeważającego prawdopodobieństwa³⁹. Istnienie domniemania związku przyczynowego między chorobą zawodową a warunkami narażającymi na jej powstanie⁴⁰ od strony prawnej jest podstawą do jej stwierdzenia w postępowaniu sądowym, nawet w sytuacji odmowy jej uznania przez organ upoważniony⁴¹.

Biorąc powyższe pod uwagę zagadnienie choroby zawodowej jest trudne w ocenie i wymaga dogłębnej analizy. Wystąpienie czynników szkodliwych w środowisku pracy nie musi wynikać z przekroczenia dopuszczalnych norm – wystarczy wystąpienie w środowisku pracy czynnika, który jest szkodliwy choćby dla jednego pracownika ze względu na jego osobniczą wrażliwość⁴². Dlatego też ocena działania czynnika szkodliwego musi uwzględniać: rodzaj, stopień i czas narażenia zawodowego, sposób wykonywania pracy, bezpośredni kontakt z chorymi zakaźnie lub z materiałami pochodzącymi od tych chorych oraz czynnikami powodującymi choroby inwazyjne, uczuleniowe i nowotworowe⁴³.

W zapobieganiu skutkom zdrowotnym szkodliwości zawodowych znaczący udział ma zaangażowanie samego pracownika. Jak wykazują opracowania wykonywane na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ramach działalności prewencyjnej, może on poprzez odpowiednie zachowanie w miejscu pracy, przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy ograniczyć skutki narażeń zawodowych. Kondycja zdrowotna pracownika w dużym stopniu zależy również od właściwego stylu życia.

Trudno nie przyznać racji prof. Kazimierzowi Markowi, który uważa, że najistotniejsze znaczenie w zapobieganiu chorobom zawodowym ma zespół działań i środków zmierzających do zapewnienia pracownikom bezpiecznych warunków

³⁴ J. Chmielewski, T. Nagas, E. Trzepla, K. Orłak, *Zakucie i skaleczenie jako uraz wypadku przy pracy i czynnik zwiększający narażenie zaistnienia choroby zawodowej wśród lekarzy i techników weterynarii*, „Życie Weterynaryjne” 2013, nr 88, s. 647.

³⁵ Art. 237 par. 1 pkt 3 k.p. (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.).

³⁶ Art. 235 [1] k.p. (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.).

³⁷ K. Marek, J. Bugajska, *Choroby zawodowe* [w:] red. D. Koradecka, *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, Warszawa 2008; T. Kudaś, *Choroby zawodowe i parazawodowe* [w:] J.T. Marcinkowski, *Medycyna pracy*, Poznań 1996, s. 26; M. Wynimko, *Ochrona pracy w handlu*, Warszawa 1973, s. 148; R. Mikulski, *Bezpieczeństwo i ochrona człowieka w środowisku pracy. Materiały szkoleniowe dla nauczycieli akademickich*, Warszawa 1999, s. 91.

³⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 1999 r., sygn. akt III RN 110/98, OSNAP i US 1999 r., nr 22, poz. 709.

³⁹ K. Marek, *Lekarsko-prawne uwarunkowania rozpoznawania chorób zawodowych* [w:] red. J. Zagórski, *Choroby zawodowe i parazawodowe w rolnictwie*, Lublin 2000, s. 29.

⁴⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 1999 r., III RN 110/98, Prok. i Pr. 1999/7-8/56.

⁴¹ Par. 8.1. rozporządzenia Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. nr 105, poz. 869).

⁴² Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 7 stycznia 1994 r., I SA 1640/93, ONSA 1995/1/28.

⁴³ T. Kudaś, *op.cit.*, s. 29.

Tabela 11. Choroby zawodowe w Polsce w latach 2010–2015

Rok	Liczba przypadków			Współczynnik na 100 000 pracujących			Współczynnik na 100 000 zatrudnionych		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
2010	2933	1990	943	21,3	26,6	15,0	28,3	36,4	19,2
2011	2562	1791	771	18,2	23,6	11,8	24,6	32,7	15,6
2012	2402	1601	801	16,9	20,9	12,2	23,0	29,2	16,2
2013	2214	1458	756	15,6	19,3	11,4	21,4	27,2	15,2
2014	2351	1549	802	16,5	20,6	11,9	22,6	29,0	15,9
2015	2094	1297	797	14,4	16,9	11,6	19,6	23,7	15,4

Źródło: N. Szeszenia-Dąbrowska, U. Wilczyńska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2015 r.*, Łódź 2016

ków pracy, czyli tzw. profilaktyka pierwotna. Ta profilaktyka jest zadaniem złożonym, a dominujący udział w jej realizacji ma profilaktyka techniczna. Ważna w zapobieganiu chorobom zawodowym jest też profilaktyka wtórna. Jej zadaniem jest monitorowanie stanu zdrowia pracowników w celu zapobiegania występowaniu choroby lub wykryciu skutków zdrowotnych możliwie jak najwcześniej, a w razie zachorowania podjęcie odpowiednich działań zapobiegających dalszemu postępowi choroby.

W praktyce profilaktyka chorób zawodowych realizowana jest przez kompleksowy system, w którym przeplatają się wzajemnie profilaktyka pierwotna i wtórna.

Podsumowanie

Zagadnienia związane z ochroną zdrowia pracujących możemy rozpatrywać z punktu widzenia zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa.

Znacząca część społeczeństwa poświęca blisko połowę swojej aktywności dobowej na wykonywanie pracy zawodowej (czas poświęcony na dojazd do i z pracy, czas pracy). Taki stan rzeczy sprawia, że przebywa ona w sztucznie wytworzonym środowisku, zdominowanym przez procesy technologiczne, w tym warunki pracy. Z wykonywaniem pracy zarobkowej wiąże się też wydatkowanie znacznej ilości energii fizycznej i psychicznej. Nie pozostaje

to bez znaczenia dla zdrowia i samopoczucia pracownika⁴⁴.

Bardzo ważne są oczywiście znajomość obowiązujących przepisów z obszaru bhp i ich przestrzeganie, zarówno przez pracodawców, jak i samych pracowników. Ich lekceważenie jest przyczyną wielu schorzeń, urazowości zawodowej i długotrwałej absencji chorobowej.

Zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem pracujących powinno być świadomą działalnością każdego pracodawcy, nie tylko realizacją prawnych obowiązków nałożonych na niego przez państwo.

Mając na względzie społeczne koszty ochrony zdrowia pracujących, w prewencji i profilaktyce wypadkowej i chorobowej szczególnie nacisk warto położyć na promocję zdrowia w miejscu pracy. Wynika to z faktu, że klasyczne formy opieki stają się niewystarczające w obliczu zmieniających się narażeń w miejscu pracy⁴⁵.

Powyższe okoliczności wskazują na konieczność włączenia w szerszym zakresie niż ma to dotychczas miejsce zagadnień związanych z ochroną zdrowia pracujących w nurt zdrowia publicznego. Wynika ona m.in. z konieczności zachowania dobrego zdrowia nie tylko w okresie aktywności zawodowej, ale również po jej zakończeniu.

⁴⁴ J.B. Karski, Z. Stońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia: wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa 1992.

⁴⁵ J. Bugajska, T. Makowiec-Dąbrowska, E. Wągrowaska-Koski, *Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach jako element ochrony zdrowia starszych pracowników*, „Medycyna Pracy” 2010, nr 61, s. 62.

Znaczącą rolę w ochronie zdrowia pracujących ma do odegrania również Zakład Ubezpieczeń Społecznych i to nie tylko z racji ustawowego obowiązku, ale przede wszystkim ze względu na dorobek i doświadczenia w zakresie popularyzacji zdrowia pracujących w ramach prowadzonej działalności z zakresu prewencji i rehabilitacji.

Działalność ta powinna obejmować kontynuację dotychczasowych form i kierunków w tym zakresie, jak również uwzględniać zalecenia wynikające z raportu Światowej Organizacji Zdrowia⁴⁶.

⁴⁶ J. Rantanen, R. Kim, *Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce*, 2012, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=87> (25.04.2017).

dr nauk o zdrowiu Jarosław Chmielewski

Piśmiennictwo

1. Boczkowski A., *Medycyna pracy w systemie ochrony zdrowia pracujących: ewolucja kształcenia specjalistycznego*, „Medycyna Pracy” 2007, nr 58, s. 458.
2. Bugajska J., Makowiec-Dąbrowska T., Wągrowska-Koski E., *Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach jako element ochrony zdrowia starszych pracowników*, „Medycyna Pracy” 2010, nr 61, s. 55–63.
3. Chmielewski J., Nagas T., Trzepla E., Orlak K., *Zakucie i skałeczenie jako uraz wypadku przy pracy i czynnik zwiększający narażenie zaistnienia choroby zawodowej wśród lekarzy i techników weterynarii*, „Życie Weterynaryjne” 2013, nr 88.
4. Hansen A., *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, Warszawa 1998.
5. *Healthy Workplaces for All Ages*, Luxembourg 2016, <https://healthy-workplaces.eu/en/campaign-materials/guide> (23.04.2017).
6. Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B. (red.), *Promocja zdrowia: wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa 1992.
7. *Krajowa polityka w zakresie zdrowia pracujących*, http://rop.sejm.gov.pl/1_Old/opracowania/pdf/material26.pdf (24.04.2017).
8. Kudaś T., *Choroby zawodowe i parazytologiczne* [w:] J.T. Marcinkowski, *Medycyna pracy*, Poznań 1996.
9. Lis T., Nowacki K., Małysa T., Ociecek W., *Profilaktyka w zarządzaniu bezpieczeństwem pracy* [w:] *Innowacje w zarządzaniu i inżynierii produkcji*, red. R. Knosala, Opole 2014, s. 573–584.
10. Łukowska Z., *Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1995, nr 2.
11. Marek K., *Lekarsko-prawne uwarunkowania rozpoznawania chorób zawodowych* [w:] red. J. Zagórski, *Choroby zawodowe i parazytologiczne w rolnictwie*, Lublin 2000.
12. Marek K., Bugajska J., *Choroby zawodowe* [w:] red. D. Koradecka, *Bezpieczeństwo i higiena pracy*, Warszawa 2008.
13. Mikulski R., *Bezpieczeństwo i ochrona człowieka w środowisku pracy. Materiały szkoleniowe dla nauczycieli akademickich*, Warszawa 1999.
14. Rantanen J., Kim R., *Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce*, 2012, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=87> (25.04.2017).
15. Rydlewska-Liszkowska I., *Koszty chorób zawodowych i wypadków przy pracy w Polsce*, „Medycyna Pracy” 2006, nr 57.
16. Rydziński K., Michalak J., *Przemiany gospodarcze i ich znaczenie dla medycyny pracy i higieny pracy*, „Medycyna Pracy” 2002, nr 53.
17. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/lunosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnoscipolski-wswietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> (23.04.2017).
18. Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., *Choroby zawodowe w Polsce w 2015 r.*, Łódź 2016.
19. Wyka T., *Generalny obowiązek pracodawcy ochrony życia i zdrowia pracowników*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 4, s. 23.
20. Wynimko M., *Ochrona pracy w handlu*, Warszawa 1973.
21. *Wypadki przy pracy w 2014 r. (dane wstępne)*, Warszawa 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2014-r-,3,18.html> (24.04.2017).
22. *Wypadki przy pracy w 2015*, Warszawa 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/wypadki-przy-pracy-w-2015-roku,3,22.html> (24.04.2017).

Wypadki w czasie podróży służbowej w świetle orzecznictwa sądowego

Celem podróży służbowej jest wykonanie przez pracownika poleconego mu przez pracodawcę zadania służbowego poza stałym miejscem pracy oraz zamieszkania. W czasie podróży służbowej postępowanie pracownika w całości powinno być nakierowane na wykonanie tego zadania. Dlatego pracownik w czasie podróży służbowej objęty jest niemalże pełną ochroną ubezpieczeniową z tytułu wypadku. Ochrona ta poza sferą spraw służbowych związanych z wykonaniem przez pracownika poleconego mu przez pracodawcę zadania służbowego rozciąga się także na sferę spraw prywatnych pracownika realizowanych przez niego w czasie podróży służbowej w związku z wykonywaniem powierzonego mu zadania służbowego.

Wprowadzenie

Pracownik w zasadzie na stałe wykonuje pracę w miejscu określonym w umowie o pracę. Z tym że pracodawca może incydentalnie wysłać pracownika w podróż służbową, polecając mu wykonanie zadania służbowego poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy, lub poza stałym miejscem pracy. Przepisy ubezpieczeniowe w czasie podróży służbowej obejmują pracownika niemalże pełną ochroną z tytułu wypadków przy pracy oraz wypadków zrównanych z wypadkiem przy pracy. Ochrona ubezpieczeniowa pracownika z tytułu wypadków w czasie podróży służbowej nie uwzględnia tylko takich zdarzeń, które zostały spowodowane postępowaniem pracownika niemającym związku z celem podróży służbowej polegającym na wykonaniu zadania służbowego.

W aktualnym stanie prawnym ochronę ubezpieczeniową z tytułu wypadku w czasie podróży służbowej ustanawia ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych¹, zwana dalej ustawą wypadkową. Mocą powołanej ustawy zdarzenia wypadkowe w czasie podróży służbowej podczas wykonywania zadania służbowego są kwalifikowane jako wypadki przy pracy, natomiast

pozostałe jako wypadki zrównane z wypadkiem przy pracy. Różnica między wypadkiem przy pracy a wypadkiem zrównanym z wypadkiem przy pracy tkwi w tym, że wypadek przy pracy powinien powstać w związku z pracą (*stricte* z wykonywaniem zadania służbowego), a wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy musi wiązać się z wykonywaniem zadania powierzonego w czasie podróży służbowej. Pozostałe warunki definicyjne wypadków w czasie podróży służbowej, takie jak nagłość zdarzenia, przyczyna zewnętrzna oraz uraz lub śmierć, pozostają takie same.

W prezentowanym opracowaniu na wstępie zostanie omówione pojęcie podróży służbowej, które jest kluczowe dla rozważanego zagadnienia. Następnie w sposób szczegółowy omówione zostaną przesłanki definicyjne wypadku przy pracy, po czym wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w podróży służbowej zostanie opisany ze wskazaniem różnic pomiędzy nim a wypadkiem przy pracy. Rozważania będą prowadzone w świetle orzecznictwa sądowego. Jest ono bardzo liczne ze względu na to, że elementy definicji wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy budzą w praktyce wątpliwości interpretacyjne. Wnikliwe wyjaśnienie definicji wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej jest niezwykle istotne, ponieważ warunkuje dokonanie przez zespół powypadkowy właściwej kwalifikacji prawnej danego wypadku oraz uzyskanie

¹ Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1242, z późn. zm.).

przez pracownika świadczeń z tytułu wypadku w czasie podróży służbowej w ramach ubezpieczenia wypadkowego.

Podróż służbowa

Powołana powyżej ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nie definiuje pojęcia podróży służbowej. Aby wyjaśnić to pojęcie dla celów wypadku w czasie podróży służbowej, należy sięgnąć po definicję podróży służbowej zawartą w Kodeksie pracy. Definicja ta została wprowadzona w celu umożliwienia pokrycia pracownikowi należnych kosztów z tytułu podróży służbowej. Na gruncie art. 77⁵ § 1 Kodeksu pracy² podróż służbową zdefiniowano jako wykonywanie przez pracownika na polecenie pracodawcy zadania służbowego poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy, lub poza stałym miejscem pracy. Zgodnie z art. 29 § 1 k.p. miejsce wykonywania pracy powinno być określone w umowie o pracę. Pojęcie podróży służbowej zawarte w Kodeksie pracy zostało uszczegółowione w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej³. Rozporządzenie to wyróżnia podróż służbową krajową, która jest odbywana na obszarze kraju, oraz podróż służbową zagraniczną, odbywaną poza granicami kraju (§ 1 rozp.). Rozporządzenie wymaga, aby pracodawca określił dla podróży służbowej termin i miejsce oraz środek transportu (§ 2, § 3 ust. 1 rozp.), natomiast dla podróży krajowej wskazał jeszcze dodatkowo miejscowość rozpoczęcia i zakończenia podróży. Rozporządzenie dopuszcza uznanie przez pracodawcę za miejscowość rozpoczęcia lub zakończenia podróży krajowej miejscowość pobytu stałego lub czasowego pracownika (§ 6 rozp.). Zgodnie

z rozporządzeniem czas podróży krajowej liczy się od wskazanego przez pracodawcę rozpoczęcia podróży (wyjazdu) do powrotu (przyjazdu) po wykonaniu zadania służbowego (§ 7 ust. 1, ust. 2 rozp.). W przypadku natomiast podróży zagranicznej liczenie czasu podróży uzależnione jest od środka transportu. W razie odbywania jej komunikacją lądową czas ten wyznaczony jest chwilami przekroczenia granicy państwowej w drodze za granicę i zza granicy, lotniczą – chwilami startu i lądowania samolotu, a morską – chwilami wejścia i wyjścia ze statku lub promu (§ 12 rozp.).

Na tle pojęcia podróży służbowej powstało liczne orzecznictwo sądowe. Niektóre orzeczenia warto przywołać w kontekście wypadku w czasie podróży służbowej. Sąd Najwyższy w tym zakresie stwierdził, że: „Ustawa wypadkowa nie definiuje podróży służbowej. Powszechnie przyjmuje się, że podróż służbowa ma charakter incydentalny i charakteryzuje się tym, że w kompleksie obowiązków pracownika stanowi zjawisko nietypowe, okazjonalne”⁴. W taką linię orzeczniczą wpisuje się orzeczenie odnoszące się do pracowników mobilnych. W uzasadnieniu zawiera ono argumenty, które są nadal aktualne. Według Sądu Najwyższego, z art. 77⁵ § 1 k.p. wynika wprost, że: „Podróż służbowa ma charakter incydentalny. Podróż służbowa jest swoistą konstrukcją prawa pracy. Podstawę formalną podróży służbowej stanowi, po pierwsze, polecenie wyjazdu. Polecenie takie powinno określać zadanie oraz termin i miejsce jego realizacji. Zadanie musi być skonkretyzowane; nie może mieć charakteru generalnego. Nie jest zatem podróżą służbową wykonywanie pracy (zadań) w różnych miejscowościach, gdy przedmiotem zobowiązania pracownika jest stałe wykonywanie pracy (zadań) w tych miejscowościach (...). Pracownicy mobilni nie wykonują incydentalnie zadania związanego z oddelegowaniem poza miejsce pracy, lecz ich charakter pracy wymusza nieustanne przebywanie w trasie. Nie ma zatem do nich zastosowania ani hipoteza, ani dyspozycja normy prawnej zawartej w art. 77⁵ § 1 k.p. Artykuł 77⁵ § 1 k.p. nie pozwala na ocenę, że pracownik stale jest w podróży służbowej”⁵.

² Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.).

³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz.U. z 2013 r. poz. 167).

⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 października 2015 r., II UK 370/14, LEX nr 1929085.

⁵ Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 listopada 2008 r., II PZP 11/08, OSNP 2009, nr 13–14, poz. 166.

Podobnie w innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że: „podróżą służbową jest wykonywanie zadania określonego przez pracodawcę poza miejscowością, w której znajduje się stałe miejsce pracy pracownika, w terminie i w miejscu określanym w poleceniu wyjazdu służbowego, przy czym podróż służbowa ma mieć charakter incydentalny, tymczasowy i krótkotrwały związany z wykonaniem jakiegoś konkretnego zadania, nie zaś w sytuacji stałego, ciągłego wykonywania zwykłych obowiązków pracowniczych poza stałym miejscem świadczenia pracy”⁶. Także na tle innego stanu faktycznego Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Wypadek rezydenta biura turystycznego w miejscu długotrwałego świadczenia pracy za granicą nie jest wypadkiem w czasie podróży służbowej w rozumieniu art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych”⁷. W uzasadnieniu do powołanego wyroku Sąd Najwyższy podkreślił, że uznanie określonego zdarzenia za wypadek podczas podróży służbowej i przyznanie pracownikowi odpowiedniego świadczenia uzależnione jest od ustalenia, czy pobyt pracownika poza stałym miejscem pracy stanowił podróż służbową. Jak zauważył Sąd Najwyższy, ustawa wypadkowa nie definiuje podróży służbowej, dlatego ważne i wiążące są tu dociekania nauki i judykatury dotyczące pojęcia podróży służbowej prowadzone na podstawie przepisu art. 77⁵ k.p., który wprost odnosi się do pojęcia „podróż służbowa”. Skoro zaś, według Sądu Najwyższego, powszechnie przyjmuje się, że podróż służbowa ma charakter incydentalny i charakteryzuje się tym, że w kompleksie obowiązków pracownika stanowi zjawisko nietypowe, okazjonalne, w żadnym razie nie może mieć ona charakteru generalnego i nie może polegać na wykonywaniu pracy określonego rodzaju, wynikającej z charakteru zatrudnienia⁸. Podobnie wypowiedział się w tym zakresie Sąd Apelacyjny w Poznaniu: „Podróż służbowa nie jest tym samym, czym wykonywanie pracy, gdyż zadania polecane pracownikowi do wykonania w podróży służbowej zasadniczo różnią się od pracy, do wykonywania której pracownik zobowiązał się

w umowie nawiązującej stosunek pracy (art. 22 § 1 k.p.). Treść przepisu art. 77⁵ § 1 k.p. wskazuje na incydentalny, tymczasowy i krótkotrwały charakter podróży służbowej. Oznacza to, że istotnym elementem oceny w sprawie jest to, czy pracownik ma do wykonania poleczone zadanie w podróży służbowej (art. 77⁵ § 1 k.p.), które to w kompleksie jego obowiązków stanowi zjawisko nietypowe, okazjonalne, czy też wykonuje pracę przez dłuższy czas w innym miejscu, niż zapisane w umowie o pracę lub innym dokumencie”⁹. Sąd Apelacyjny w Gdańsku stwierdził, że: „Podróż służbową charakteryzuje jej odbywanie, po pierwsze – poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy lub poza stałym miejscem pracy, po drugie – na polecenie pracodawcy, po trzecie – w celu wykonania określonego przez pracodawcę zadania służbowego, przy czym wszystkie te cechy muszą wystąpić łącznie. Wykonywanie zadania służbowego w rozumieniu art. 77⁵ k.p. nie jest tym samym, co wykonywanie pracy określonego rodzaju wynikającej z zatrudnienia. Objęcie poleceniem wyjazdu zwykłych czynności pracowniczych nie prowadzi do uznania, że pracownik wykonujący te czynności jest w podróży służbowej. Co więcej, o ile krótkotrwałość jest pojęciem w pewnym stopniu subiektywnym, o tyle incydentalność wskazuje na wyjątkowość, niecodziennosc i nietypowość takiego zdarzenia w toku wykonywania obowiązków pracowniczych na rzecz pracodawcy, stanowiącego pewnego rodzaju wyłom w zwykłym świadczeniu pracy”¹⁰. W zakresie czasu trwania krajowej podróży służbowej Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Przez czas trwania podróży służbowej w rozumieniu ustawy wypadkowej należy rozumieć czas od chwili wyjazdu do miejsca stanowiącego cel podróży służbowej do chwili powrotu do stałego miejsca pracy bądź do miejsca zamieszkania. Wszelkie czynności pracownika w celu dokonania rozliczenia kosztów z nią związanych, podejmowane po odbyciu podróży służbowej, nie mogą być uważane za czynności przypadające na czas trwania podróży służbowej, chociaż pozostają z nią w związku”¹¹.

⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 25 stycznia 2017 r., III AUa 566/16, LEX nr 2233022.

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2011 r., I UK 140/11, OSNP 2012, nr 21–22, poz. 269.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 sierpnia 2015 r., III AUa 1829/14, LEX nr 1798681.

¹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 15 września 2016 r., III AUa 114/16, LEX nr 2144738.

¹¹ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 1977 r., III PZP 2/77, OSNC 1977, nr 11, poz. 206.

Reasumując, na podstawie przedstawionych regulacji prawnych oraz orzecnictwa sądowego można stwierdzić, że pod pojęciem podróży służbowej rozumie się wykonywanie przez pracownika określonych przez pracodawcę, w formie polecenia służbowego, incydentalnych i niecodziennych zadań służbowych poza miejscowością stanowiącą siedzibę pracodawcy lub poza stałym miejscem pracy, w terminie i miejscu wskazanym przez pracodawcę w poleceniu służbowym. Do obowiązków pracodawcy należy również wskazanie w poleceniu służbowym środka transportu oraz w przypadku krajowej podróży służbowej dodatkowo jeszcze wskazanie miejsca rozpoczęcia i zakończenia podróży. Przepisy precyzyjnie określają także czas trwania podróży służbowej, który uzależniony jest od rodzaju podróży służbowej. Czas krajowej podróży służbowej liczony jest od chwili wyjazdu do powrotu ze wskazanych przez pracodawcę miejsc rozpoczęcia oraz zakończenia podróży, natomiast sposób liczenia czasu zagranicznej podróży służbowej zależy od wskazanego przez pracodawcę środka transportu. Wszystkie powyżej wskazane wprost w przepisach oraz wypracowane w orzecnictwie elementy definicyjne podróży służbowej mają istotne znaczenie podczas kwalifikowania danego zdarzenia wypadkowego powstałego w czasie podróży służbowej, w zależności od konkretnych okoliczności, jako wypadku przy pracy albo wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy.

Wypadek przy pracy w czasie podróży służbowej

Wypadek przy pracy został zdefiniowany w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ustawa wypadkowa). Na gruncie tej ustawy przez wypadek przy pracy rozumie się: „nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą”. Według ustawy wypadkowej związek zdarzenia z pracą istnieje w następujących okolicznościach: „podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, podczas lub

w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy” (art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej). Z powołanego przepisu wynika, że na definicję wypadku przy pracy składają się 4 elementy, to znaczy: nagłość zdarzenia, zewnętrżność przyczyny, powstanie szkody na osobie w postaci urazu lub śmierci oraz związek zdarzenia z pracą. Wszystkie wskazane elementy definicyjne zdarzenia wypadkowego muszą być spełnione łącznie, aby dane zdarzenie wypadkowe mogło być uznane za wypadek przy pracy.

Na tle wszystkich elementów definicyjnych wypadku przy pracy w praktyce ich stosowania pojawiają się problemy interpretacyjne, które z wielką starannością są systematycznie wyjaśniane i w miarę możliwości usuwane w piśmiennictwie oraz orzecnictwie sądowym. Należy przy tym jednak pamiętać, że w przypadku, gdy dane zdarzenie wypadkowe powstało w czasie podróży służbowej, elementem odróżniającym wypadek przy pracy od wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy jest element definicyjny związku zdarzenia z pracą. Zdarzenie wypadkowe powstałe w czasie podróży służbowej kwalifikuje się jako wypadek przy pracy, wtedy gdy powstało w związku z pracą (*stricte* z wykonywaniem zadania służbowego), natomiast jako wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy – w pozostałych okolicznościach, które muszą mieć związek z wykonywaniem zadania powierzonego w czasie podróży służbowej, nie mogą mieć one charakteru wyłącznie prywatnego. Należy przy tym pamiętać, że pozostałe elementy definicyjne, takie jak nagłość zdarzenia, przyczyna zewnętrzna oraz uraz lub śmierć występują zarówno w definicji wypadku przy pracy, jak i wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy. Dlatego zostaną omówione poniżej podczas omawiania wypadku przy pracy.

Nagłość zdarzenia

Niezbędnym elementem definicyjnym wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy jest nagłość

zdarzenia, która jak wskazuje się w piśmiennictwie dotyczy czasu działania przyczyny zewnętrznej na organizm pracownika. Nagłość przebiegu zdarzenia oznacza najczęściej momentalne, trwające sekundy lub ułamki sekund jego trwanie, jak na przykład upadek z wysokości z rusztowania, okaleczenie przez maszynę, wybuch gazu. Według Sądu Najwyższego: „Doznanie obrażeń w wyniku upadku i uderzenie o twarde przedmioty w miejscu pracy jest typowym przykładem „nagłego zdarzenia”¹². Bywają również tego rodzaju działania czynników zewnętrznych, którym można przypisać ciągłość lub pewną ich powtarzalność oddziaływania na organizm człowieka, jak na przykład pożar, pobicie przez człowieka, pokąsanie przez zwierzę. Z tych względów przyjmuje się, że nie odbiera zdarzeniu znamienia nagłości także niejednorazowe i momentalne działanie przyczyny zewnętrznej, lecz ciągłe i powtarzające się, trwające przez okres nieprzekraczający dniówki roboczej¹³. Pogląd taki od dawna wyrażano w orzecznictwie sądowym, według którego: „Nie odbiera zdarzeniu znamienia nagłości niejednorazowe działanie przyczyny zewnętrznej, lecz trwające przez okres nieprzekraczający dniówki roboczej”¹⁴. Podobnie Sąd Najwyższy stwierdził w późniejszym wyroku: „Zdarzenie będące istotnym czynnikiem zewnętrznym wywołującym negatywną reakcję organizmu i stanowiące przyczynę wypadku przy pracy, posiada cechę nagłości tylko wtedy, gdy przebiega w czasie nie dłuższym niż trwanie dnia pracy”¹⁵. Warto przy tym dodać, że przesłanka nagłości zdarzenia odróżnia wypadek przy pracy od choroby zawodowej, której powstanie wymaga na ogół dłuższego niż dniówka robocza oddziaływania niekorzystnych warunków środowiska pracy na organizm pracownika. W tym zakresie Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Długotrwałe oddziaływanie na organizm pracownika szkodliwych warunków zatrudnienia, które doprowadza do nagłego ujawnienia

się skutku chorobowego, nie jest wypadkiem przy pracy”¹⁶.

Przyczyna zewnętrzna

Następnym niezbędnym elementem deficyjnym wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy jest przyczyna zewnętrzna. Istnieje obszerne orzecznictwo sądowe wyjaśniające jej zakres pojęciowy. W tym kontekście warto powołać wyrok, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że: „zewnętrzną przyczyną sprawczą wypadku przy pracy może być każdy czynnik pochodzący spoza organizmu poszkodowanego, zdolny – w istniejących warunkach – wywołać szkodliwe skutki, w tym pogorszyć stan zdrowia pracownika dotkniętego już schorzeniem samoistnym”¹⁷. W innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że przy kwalifikacji konkretnej okoliczności jako przyczyny zewnętrznej wypadku „ważne jest, aby stanowiła ona przyczynę sprawczą zdarzenia, natomiast nie musi być przyczyną wyłączną (jedyną)”¹⁸. Taki sam pogląd wyraził i dodatkowo go rozszerzył Sąd Apelacyjny w Warszawie, który uznał, że „przyczyna zewnętrzna nie musi być wyłączną przyczyną wypadku. Związku przyczynowego szkody z przyczyną zewnętrzną nie przerywa także włączenie się innych przyczyn ubocznych. Gdy przyczyna wypadku ma charakter mieszany, wystarczy, że zostanie wykazane, iż bez czynnika zewnętrznego nie doszłoby do szkodliwego skutku”¹⁹. W rozważanym kontekście Sąd Najwyższy poczynił również spostrzeżenie, że: „Przy ocenie o zewnętrzności można mówić wtedy, gdy wypadek pozostaje poza wolą i świadomością pracownika w odróżnieniu od przyczyny wewnętrznej – tkwiącej w organizmie poszkodowanego, która również może spowodować uszczerbek na zdrowiu”²⁰.

¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 1977 r., III PRN 50/76, OSNCP 1977, nr 10, poz. 193.

¹³ Szerzej: Z. Salwa, *Pojęcie wypadku przy pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2003, nr 3, s. 18–21.

¹⁴ Wyrok Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 września 1958 r., TR III 149/58, OSPiKA 1958, nr 3, poz. 63.

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 czerwca 1999 r., II UKN 24/99, OSNAP 2000, nr 18, poz. 697.

¹⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1998 r., II UKN 349/98, OSNAP 2000, nr 2, poz. 78.

¹⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 sierpnia 1999 r., II UKN 87/99, OSNAPIUS 2000, nr 20, poz. 760.

¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 1990 r., II PR 52/90, LexPolonica nr 317455.

¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 grudnia 2008 r., I ACa 969/2008, LexPolonica nr 2038121.

²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 1978 r., III URN 26/78, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1980, nr 7, s. 70.

Z powyższego wynika, że w świetle aktualnej linii orzeczniczej zewnętrzną przyczyną sprawczą wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy może być każdy czynnik pochodzący spoza organizmu poszkodowanego pracownika, który jednocześnie nie musi być wyłączną i jedyną przyczyną wypadku. Ważne jest, aby był współprzyczyną sprawczą wypadku i to na tyle istotną, że bez jego udziału nie nastąpiłaby skutek zdarzenia wypadkowego określona szkoda na osobie pracownika. Przy czym, jak zauważa orzecznictwo, szkoda na osobie pracownika spowodowana przyczyną zewnętrzną może polegać na pogorszeniu się stanu zdrowia pracownika już dotkniętego chorobą samoistną, tj. przyczyną zewnętrzną może współistnieć – co bardzo istotne – ze schorzeniem samoistnym pracownika, a więc z przyczyną wewnętrzną tkwiącą w organizmie pracownika, która sama z siebie nie spowodowałaby zdarzenia wypadkowego.

Warto przy tym zauważyć, że takie szerokie rozumienie przyczyny zewnętrznej wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy ma kapitalne znaczenie dla kwalifikacji prawnej zdarzeń wypadkowych powstałych w okolicznościach silnego stresu zawodowego lub związanych z dużym wysiłkiem fizycznym, których częstym skutkiem może być zawał serca. W tym kontekście warto powołać wypowiedź Sądu Najwyższego, który stwierdził, że: „okoliczność, iż uszkodzenie ciała, istotne pogorszenie stanu zdrowia lub śmierć podczas pracy nastąpiły na tle stwierdzenia u pracownika schorzeń samoistnych, nie wyklucza sama przez się uznania zdarzenia za wypadek przy pracy, jeżeli w stanie faktycznym danej sprawy ujawniły się fakty o charakterze przyczyny zewnętrznej, z którymi pozostaje w związku określony skutek. Takim czynnikiem o charakterze przyczyny zewnętrznej może być nadmierny – przy uwzględnieniu stanu zdrowia pracownika – wysiłek, podejmowany przezeń przy wykonywaniu pracy i zdeterminowany szczególnie jej warunkami, jeżeli stał się istotną i współdecydującą przyczyną w powstaniu sytuacji prowadzącej do zawału serca”²¹. Z tym, że w kontekście zawału serca Sąd Najwyższy w innym wyroku podkreślił, że: „kwalifikacja zawału serca jako wypadku przy pracy wymaga jednoznacznego wykazania, że przyczyna zewnętrzna tego

zdarzenia pozostawała w niebudzącym wątpliwości związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych. Taki związek występuje tylko w jednoznacznie potwierdzonych przypadkach gwałtownego i oczywiście nadmiernego wysiłku fizycznego bądź wystąpienia głębokiego stresu psychicznego, związanego z szeroko rozumianymi warunkami wykonywania pracy zawodowej”²². Jednocześnie Sąd Najwyższy w tym wyroku zaznaczył, że: „dopuszcza taką kwalifikację jedynie w indywidualnych przypadkach i przy niewątpliwym potwierdzeniu się w konkretnych stanach faktycznych wystąpienia przesłanek ustawowych uznania zawałów serca za wypadki przy pracy” oraz że: „takie indywidualne i konkretne przypadki nie mogą być powoływane jako powszechnie przyjęty kierunek lub reguła (zasada) orzecznictwa sądowego”. Przyczyna zewnętrzna związana z pracą musi mieć bowiem istotny lub współsprawczy charakter w powstaniu zawału serca, co musi znaleźć potwierdzenie dowodowe w konkretnych okolicznościach i przyczynach wypadku. Należy bowiem pamiętać, że dla uznania zewnętrznej przyczyny wypadku niewystarczające jest współistnienie okoliczności zewnętrznych o cechach przeciążenia psychicznego odgrywających rolę drugorzędą lub znacząco mniejszą, które tylko w niewielkim stopniu mogą wpływać na samoistne schorzenie pracownika²³. W tym kontekście w innym wyroku Sąd Najwyższy zauważył, że „dla uznania za udowodnioną zewnętrzną przyczynę wypadku przy pracy nie jest wystarczające stwierdzenie, że pracownik wykonywał czynności ze szczególnym przeciążeniem fizycznym lub psychicznym, ale konieczne jest także powiązanie tego faktu ze skutkiem w postaci uszczerbku jego zdrowia”²⁴. W innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że: „do ustalenia istnienia przyczyny zewnętrznej nie wystarcza bowiem samo domniemanie czy przypuszczenie, że związek pomiędzy zdarzeniem a przyczyną jest możliwy. Można go przyjąć jedynie wówczas, gdy w sposób naukowy, zgodny z wiedzą lekarską, uzasadnione zostanie rzeczywiste istnienie związku między określoną okolicznością a wypadkiem”²⁵. W zakresie możliwości uznania

²¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 1977 r., III PZP 15/76, LexPolonica nr 317453.

²² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 1997 r., II UKN 281/97, OSNAPiUS 1998, nr 15, poz. 456.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 74/99, OSNAPiUS 2000, nr 19, poz. 731.

²⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2006 r., III UK 162/2005, LexPolonica nr 2053779.

stresu zawodowego za przyczynę zewnętrzną wypadku w kontekście zawału serca Sąd Najwyższy stwierdził, że: „stres może stanowić przyczynę zewnętrzną wypadku przy pracy, jakim jest zawał, ale musi on być szczególnie nasilony w danym momencie. Musi być wynikiem niezwykłych dla danej osoby okoliczności. Wypadek tego typu podczas wykonywania normalnych obowiązków raczej nie zostanie uznany za wypadek przy pracy”²⁶. Podobnie odnośnie do stresu zawodowego wypowiedział się Sąd Najwyższy w innym wyroku: „stres związany z wykonywaniem obowiązków pracowniczych jest cechą tych obowiązków i nie może być uznawany za przyczynę zewnętrzną zawału serca, chyba że jego gwałtowny charakter jest wynikiem rażąco nietypowych warunków pracy”²⁷. Sąd Najwyższy, rozpatrując zbieg stresu psychicznego i wysiłku fizycznego wespół z chorobą samoistną pracownika w kontekście przyczyny zewnętrznej wypadku, którego skutkiem był zawał serca, stwierdził, że: „w sytuacji, gdy podczas pracy pracownika cierpiącego na chorobę niedokrwinną serca wystąpiły dwa zdarzenia o charakterze przyczyny zewnętrznej, tj. stresu psychicznego i wysiłku fizycznego, które osobno nie mogły stanowić przyczyny zewnętrznej wypadku przy pracy – zawału serca, wymaga oceny związek zachodzący między tymi zdarzeniami w takim sensie, czy stres psychiczny, który spowodował skurcz mięśni wieńcowych i niedokrwienie mięśnia serca, nie przyczynił się do powstania zawału wtedy, gdy pod wpływem wysiłku fizycznego może pogłębić się niedokrwienie mięśnia serca, a w jego wyniku nastąpił zawał”²⁸. W szerokie rozumienie przyczyny zewnętrznej wypadku w kontekście wysiłku fizycznego wpisuje się wyrok, w którym Sąd Najwyższy przyjął, że: „podnoszenie przez pracownika w czasie pracy znacznego ciężaru, które doprowadziło do nagłego uszkodzenia organizmu w takim stopniu, że pracownik stał się niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy, ma charakter wypadku przy pracy, choćby nawet pracownik przed wypadkiem był dotknięty schorzeniem samoistnym, które jednak pozwalało na wykonywanie

codziennej pracy”²⁹. Powołane orzeczenia wskazują, jak trudnym zagadnieniem jest kwalifikacja zdarzenia wypadkowego w zakresie spełnienia przesłanki przyczyny zewnętrznej w okolicznościach związanych ze stresem zawodowym lub wysiłkiem fizycznym dodatkowo w powiązaniu ze schorzeniami samoistnymi pracownika. W rozważanym aspekcie szczególnie uwidatnia się dopuszczony przez orzecznictwo sądowe złożony charakter zewnętrznej przyczyny (współprzyczyny) sprawczej wypadku. Analiza powyższych orzeczeń w kontekście wypadków w podróży służbowej wydaje się istotna z tego względu, że niecodzienne warunki wykonywania zadań oraz przebywania w podróży służbowej mogą powodować sytuacje stresogenne.

W kontekście szerokiego rozumienia przyczyny zewnętrznej wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy warto mieć na uwadze jeszcze kwalifikacje zdrowotne pracownika do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, potwierdzone właściwym orzeczeniem lekarskim. Sąd Najwyższy stwierdził w tym zakresie, że: „dopuszczenie do pracy pracownika dotkniętego schorzeniem samoistnym, które w danym dniu czyniło go niezdolnym do pracy, stanowi przyczynę zewnętrzną”³⁰. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w jednym z wyroków dotyczących tego zagadnienia: „dopuszczenie do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku (art. 229 § 4 k.p.) może stanowić przyczynę zewnętrzną wypadku przy pracy”³¹. Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w innym z wyroków, uznając, że: „dopuszczenie do pracy maszynisty kolejowego bez przeprowadzenia badań kontrolnych i po upływie terminu obowiązującego do przeprowadzenia takich badań może stanowić przyczynę zewnętrzną uzasadniającą uznanie zdarzenia za wypadek przy pracy”³². W rozważanym kontekście warto powołać jeszcze wyrok, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że: „w związku z ustanowieniem w art. 229

²⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2009 r., III UK 56/2008, OSNP 2010, nr 15–16, poz. 193.

²⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1997 r., II UKN 407/97, OSNAPIUS 1998, nr 21, poz. 644.

²⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2000 r., II UKN 63/2000, OSNAPIUS 2002, nr 13, poz. 316.

²⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 sierpnia 2009 r., I PK 18/2009, LexPolonica nr 2130630.

³⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 1977 r., III PRN 49/77, OSPiKA 1979, nr 3, poz. 48.

³¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2000 r., II UKN 49/2000, OSNAPIUS 2002, nr 11, poz. 275.

³² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 1996 r., II PRN 9/96, OSNAPIUS 1997, nr 5, poz. 70.

§ 4 k.p. zakazu dopuszczenia pracownika do pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, za zewnętrzną przyczynę wypadku można przyjąć dopuszczenie do pracy bez przeprowadzenia badań kontrolnych lub na podstawie orzeczenia lekarskiego wydanego po upływie terminu obowiązującego do przeprowadzenia tych badań albo w przypadku oczywistej błędności tego orzeczenia. O oczywistej błędności zaświadczenia lekarskiego można twierdzić wówczas, gdy łatwo dostrzec wady lub braki, bez wnikanania w zawartą w nim, zastrzeżoną dla lekarzy, ocenę merytoryczną stanu zdrowia pracownika, u którego w kontrolnych badaniach lekarskich nie ujęto przeciwwskazania do jej wykonywania, a błędu tej oceny nie można było ustalić bez wiadomości medycznych, stwierdzenie wypadku przy pracy wymaga ustalenia istnienia przyczyny zewnętrznej³³. Z powołanego orzecznictwa wynika, że wystarczającym dla uznania za zewnętrzną przyczynę (współprzyczynę) sprawczą wypadku jest dopuszczenie pracownika do wykonywania pracy bez dokonania oceny, czy może on ze względu na stan zdrowia pracę tę wykonywać oraz dopuszczenie pracownika do pracy przeciwwskazanej dla niego z punktu widzenia zdrowotnego. W kontekście wypadków w podróży służbowej powołane orzecznictwo może w szczególności mieć istotne znaczenie, gdy pracodawca wyraża zgodę na przejazd w podróży służbowej samochodem osobowym niebędącym własnością pracodawcy. Pracodawca w takim przypadku powinien mieć na uwadze to, aby pracownik za jego zgodą użytkujący w podróży służbowej prywatny samochód dla celów służbowych posiadał wydane w ramach profilaktycznych badań lekarskich orzeczenie lekarskie dopuszczające go również do wykonywania pracy na stanowisku kierującego samochodem osobowym dla celów służbowych.

Uraz lub śmierć

Kolejnym, ostatnim już, wspólnym elementem definicyjnym wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy jest

³³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lutego 2006 r., I UK 1992/2005, LexPolonica nr 399703.

powstanie szkody na osobie w postaci urazu lub śmierci. Przez uraz zgodnie z art. 2 pkt 13 ustawy wypadkowej należy rozumieć uszkodzenie tkanek ciała lub narządów człowieka wskutek działania czynnika zewnętrznego, natomiast za śmiertelny wypadek przy pracy zgodnie z art. 3 ust. 4 ustawy wypadkowej uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. W praktyce na tle powołanej przesłanki może wystąpić problem stwierdzenia w konkretnej sprawie, czy u pracownika wystąpił uraz w sensie prawnym, i w razie sporu ustalenie tej przesłanki będzie wymagało specjalistycznej wiedzy medycznej. Według Sądu Najwyższego: „Ocena przyczyny zgonu pracownika wymaga wiadomości specjalnych i dlatego może być dokonana przez sąd po zasięgnięciu opinii biegłych sądowych – lekarzy właściwych specjalności, a nie wyłącznie na podstawie zeznań świadków niemających takich wiadomości”³⁴. Szczególne trudności mogą wystąpić w przypadku urazów wywołanych czynnikiem związanym ze stresem zawodowym, który może powodować trudne do stwierdzenia urazy psychiczne. Zdaniem Sądu Najwyższego: „Uszkodzenie tkanek ciała lub narządów człowieka w pojęciu urazu należy rozumieć szeroko, a więc jako wszelkie zmiany w organizmie – nie tylko te o charakterze anatomicznym, ale także te, które wywołały zaburzenia czynnościowe organizmu, w tym zaburzenia psychiczne. Takie stanowisko pozwala wyróżnić uraz fizyczny i psychiczny”³⁵. Należy jednak zawsze pamiętać, że zgodnie z definicją wypadku przy pracy, bez wystąpienia urazu nie można uznać zdarzenia za wypadek. Pogląd taki podzielił Sąd Najwyższy, stwierdzając, że: „nawet nagłe pogorszenie stanu zdrowia pracownika nie może być uznane za wypadek przy pracy, jeżeli nie doznał on urazu w trakcie pełnienia swoich obowiązków”³⁶. Według Sądu Najwyższego: „Wypadkiem przy pracy (...) jest doznanie obrażeń, które spowodowały śmierć pracownika w czasie wypełniania obowiązków służbowych na skutek zderzenia pojazdów mechanicznych, do którego doszło z tej przyczyny, że samochód

³⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 1994 r., II PRN 4/94, OSNAP 1994, nr 9, poz. 146.

³⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2013 r., II UK 558/13, <http://www.sn.pl>

³⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2009 r., II PK 318/2008, LexPolonica nr 2039909.

kierowany przez pracownika poruszał się po niewłaściwym pasie ruchu³⁷.

Przy omawianiu tego elementu definicyjnego wypadku przy pracy oraz wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy, czyli wymogu powstania szkody na osobie w postaci urazu lub śmierci, warto zauważyć, że ustawa wypadkowa wyróżnia trzy kategorie wypadków przy pracy: śmiertelny, ciężki oraz zbiorowy wypadek przy pracy. Śmiertelnym wypadkiem przy pracy w rozumieniu ustawy wypadkowej jest wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć pracownika w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. Ciężkim wypadkiem przy pracy, według ustawy wypadkowej, jest wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała (art. 3 ust. 5 ustawy wypadkowej). Zgodnie z ustawą wypadkową, zbiorowym wypadkiem przy pracy jest wypadek, któremu w wyniku tego samego zdarzenia uległy co najmniej dwie osoby (art. 3 ust. 6 ustawy wypadkowej). Wyróżnienie tych trzech kategorii wypadków przy pracy służy przede wszystkim objęciem ich szczególną ochroną organów państwa, którym przyznano określone kompetencje w zakresie ich badania. Każdy śmiertelny, ciężki lub zbiorowy wypadek przy pracy oraz każdy inny wypadek, który wywołał wymienione skutki, mający związek z pracą, jeżeli może być uznany za wypadek przy pracy, podlega niezwłocznemu zgłoszeniu przez pracodawcę właściwemu okręgowemu inspektorowi pracy i prokuratorowi (art. 234 § 2 k.p.). Realizacja tego obowiązku przez pracodawcę zabezpieczona jest sankcjami karnymi.

Związek zdarzenia z pracą

Ostatnim niezbędnym elementem definicyjnym właściwym dla wypadku przy pracy, który odróżnia go od wypadku zrównanego

z wypadkiem przy pracy, jest związek zdarzenia z pracą. Według ustawy wypadkowej, związek zdarzenia z pracą występuje: „podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy” (art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej). Odnosząc powyższy przepis do specyfiki podróży służbowej, można stwierdzić, że aby zdarzenie wypadkowe powstało w czasie podróży służbowej mogło uzyskać kwalifikację prawną wypadku przy pracy, powinno nastąpić w związku z pracą, tzn. podczas lub w związku *stricte* z wykonywaniem poleconego przez pracodawcę zadania służbowego. Według Sądu Najwyższego: „Zdarzenie pozostaje w normatywnym związku z pracą, skoro doszło do niego w miejscu i czasie przeznaczonym na świadczenie pracy oraz w trakcie realizacji przez poszkodowanego obowiązków pracowniczych³⁸. Należy jednak pamiętać, że aby uznać konkretne zdarzenie za wypadek przy pracy, nie może zostać zerwany związek zdarzenia z pracą. W tym zakresie Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Związek z pracą zostaje zerwany wówczas, gdy pracownik bez usprawiedliwienia prawnego nie wykonuje pracy w czasie i w miejscu, w którym pracę powinien wykonywać. Nie zawsze przy tym miejscem wykonywania pracy będzie teren zakładu pracy, a czasem pracy – czas pracy zakładu pracy jako całości. Miejscem pracy może być także miejsce zamieszkania pracownika lub jakiegokolwiek inne miejsce, a czasem pracy – dowolna pora doby, jeżeli wykonywanie pracy w takich miejscach i w takiej porze przewiduje treść wiążącego strony stosunku prawnego³⁹. Powołane stanowisko Sądu Najwyższego można odnieść do wypadku w czasie podróży służbowej, w której pracownik wykonuje zadanie służbowe w miejscu i czasie

³⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2007 r., I UK 20/07, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia2/I%20UK%2020-07-1.pdf>

³⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2013 r., II UK 558/13, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/II%20UK%20558-13-1.pdf>

³⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 marca 1979 r., III PR 16/79 (niepublikowany), Wykaz orzeczeń do ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, http://asystemtbhp.pl/smedia/mainsite/pdf/orz_wpp.pdf

określonym przez pracodawcę w poleceniu służbowym. Warto przy tym jeszcze dodać za Sądem Najwyższym, że: „Dla stwierdzenia istnienia lub zerwania związku z pracą (...) decydujące znaczenie ma zachowanie się pracownika, który uległ wypadkowi”⁴⁰. W innym wyroku Sąd Najwyższy podniósł, że „związek z pracą” oznacza miejscowe, czasowe i funkcjonalne powiązanie przyczyny zewnętrznej z wykonywaniem pracy. A zatem o wystąpieniu takiego związku można mówić w sytuacji, gdy pracownik pozostawał w chwili zdarzenia „w kręgu spraw związanych z zakładem pracy”, polegających na wykonywaniu działań zmierzających do realizacji zadań tego zakładu, do których pracownik się zobowiązał w umowie o pracę albo otrzymał polecenie ich wykonania, a także działań podejmowanych w interesie zakładu pracy samorzutnie nawet bez polecenia. Natomiast „zerwanie związku z pracą” ma miejsce wówczas, gdy pracownik „wyszedł” ze sfery spraw służbowych i „przeniósł się” do sfery spraw prywatnych, przy czym to „przeniesienie się” może nastąpić także w czasie i miejscu pracy. Zdaniem Sądu Najwyższego: „co do zasady zerwanie związku z pracą nosi w sobie element zawinionego działania pracownika, w każdym bądź razie winno być oceniane indywidualnie, przede wszystkim z uwzględnieniem specyfiki charakteru pracy i obowiązków pracownika”⁴¹. Przy czym warto powtórzyć za Sądem Najwyższym, że: „na zakładzie pracy ciąży obowiązek udowodnienia, iż brak jest związku zdarzenia z pracą”⁴².

Ustalenie związku bądź zerwania związku zdarzenia z pracą jako elementu definicyjnego wypadku przy pracy ma kluczowe znaczenie przy dokonywaniu kwalifikacji prawnej zdarzenia wypadkowego powstałego w okolicznościach związanych ze stanem nietrzeźwości pracownika. W tym zakresie istotne znaczenie ma stanowisko Sądu Najwyższego, że: „okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, czy spożywanie alkoholu w czasie i miejscu świadczenia pracy lub w drodze z pracy do domu prowadzi do zerwania normatywnego związku z pracą lub odbywaniem drogi z pracy

do domu”⁴³. W innym wyroku Sąd Najwyższy zauważył, że: „stan nietrzeźwości świadczy o naruszeniu dyscypliny pracy i uzasadnia wyciągnięcie stosownych konsekwencji, wyłącznie z rozwiązaniem umowy o pracę ze skutkiem natychmiastowym z powodu ciężkiego naruszenia obowiązków pracowniczych, nie stanowi natomiast zerwania więzi z pracą”. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy wyjaśnia, że przepisy ustawy wypadkowej „nie zawierają hipotetycznego założenia, że stan nietrzeźwości pracownika stanowi sam przez się o zerwaniu więzi pracowniczej. Stan nietrzeźwości nie może więc stanowić samoistnej, wyłącznej podstawy do odmowy uznania wypadku przy pracy”, jeżeli wypadek ten zaistniał w warunkach spełniających wszystkie cztery elementy definicyjne wypadku przy pracy. Według stanowiska Sądu Najwyższego wyrażonego w tym wyroku „odmienna wykładnia budziłaby poważne zastrzeżenia, nie dałaby się pogodzić z treścią wymienionych przepisów”. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy dodał jeszcze, że „wypadek zaistniał w zakładzie pracy, w którym uwidocznilo się także niedopełnienie obowiązku sprawowania koniecznego nadzoru, skoro kilku pracowników w tym samym miejscu i w tym samym czasie również było w stanie nietrzeźwości”⁴⁴. Podobny pogląd wyraził Sąd Apelacyjny w Łodzi: „Stan nietrzeźwości pracownika nie powoduje zerwania związku z pracą, jeżeli do wypadku dochodzi w sytuacji, w której nie można wykluczyć, że obok tego stanu także inne dolegliwości organizmu spowodowały, że doszło do zdarzenia spowodowanego przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiła śmierć pracownika”⁴⁵. W tym zakresie warto za Sądem Najwyższym powtórzyć, że: „Trybunał Ubezpieczeń Społecznych w wyroku z dnia 9 lipca 1968 r. (III TR 919/69) uznał za wypadek przy pracy zdarzenie, w którym na polecenie przełożonego pracownik udał się z nim w podróż służbową na jego i przez niego prowadzonym motorze, mimo iż kierujący motocyklem, jak i pracownik znajdowali się pod wpływem alkoholu, przyjmując, że siedzący z tyłu pracownik nie mógł mieć żadnego

⁴⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 sierpnia 1994 r., II PRN 1/94, OSNAP 1995, nr 3, poz. 34.

⁴¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2008 r., IU 66/08, OSN 2010, nr 3–4, poz. 47.

⁴² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 maja 1980 r., III PRN 8/80, LexPolonica nr 321439.

⁴³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 2010 r., II UK 75/2010, Monitor Prawa Pracy 2010, nr 11, s. 604–606.

⁴⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 1986 r., II PRN 20/85, PiZS 1986, nr 9, s. 74.

⁴⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 31 grudnia 1992 r., III APr 51/92, OSA 1993, nr 8, poz. 32.

wpływu na zajście wypadku, a więc jego stan nie spowodował zerwania związku wypadku z pracą⁴⁶. Kończąc ten wątek rozważań, warto jeszcze przytoczyć za Sądem Najwyższym, że: „w ustawie wypadkowej nie ma bowiem regulacji pozwalających wykreować regułę, według której stan nietrzeźwości pracownika w pracy (...) niejako automatycznie unicestwiał normatywny związek zdarzenia wypadkowego z wykonywaniem obowiązków pracowniczych (...). Przeciwnie, w takich przypadkach istnieje możliwość pozbawienia świadczeń z ustawy wypadkowej poszkodowanego pracownika, który będąc w stanie nietrzeźwości przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku⁴⁷. Należy mieć przy tym na uwadze, że pracownik ma prawny obowiązek zachowania trzeźwości w miejscu pracy, natomiast jego przełożony – niedopuszczenia pracownika będącego w stanie nietrzeźwości do wykonywania pracy⁴⁸.

Wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej

Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych na równi z wypadkiem przy pracy w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie traktuje wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż zastrzeżone dla wypadku przy pracy, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań (art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy wypadkowej). Ustawa wypadkowa dla wypadku przy pracy zastrzegająca zdarzenia powstałe w okolicznościach mających związek z pracą. Według ustawy, zdarzenia mające związek z pracą to zdarzenia powstałe: „podczas lub

w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy” (art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej). Ustawa wypadkowa na równi z wypadkiem przy pracy traktuje również wypadek podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony oraz wypadek przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe (art. 3 ust. 2 pkt 2, pkt 3 ustawy wypadkowej). Dalsze rozważania zostaną ograniczone do wypadku w czasie podróży służbowej.

Na tle wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej powstało liczne orzecznictwo sądowe. Podkreśla się w nim między innymi, że przyjęcie konstrukcji wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej słusznie rozciąga ochronę ubezpieczeniową pracownika na sferę jego prywatnych czynności wykonywanych w czasie podróży, które normalnie podczas wykonywania stałej pracy, gdy pracownik jest w domu albo w drodze do pracy lub z pracy, nie podlegają ochronie określonej w ustawie wypadkowej. W orzecznictwie wyjaśnia się również różnice między wypadkiem przy pracy a wypadkiem zrównanym z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej. W tym zakresie Sąd Najwyższy uznał, że: „Za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy uważa się więc zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną i pozostające w związku czasowym z wykonywaniem podróży służbowej. Tylko bowiem w podróży służbowej – z uwagi na szczególne okoliczności i warunki, w jakich znajduje się pracownik podczas tej podróży – ochrona ubezpieczeniowa obejmuje nie tylko wykonywanie poleconej pracy, lecz również wiele innych czynności wynikających z samego faktu opuszczenia zwykłego środowiska, które to czynności byłyby w normalnych warunkach zaliczone do sfery spraw prywatnych⁴⁹. W innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Artykuł 3 ust. 2 pkt 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadku przy

⁴⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2007 r., I UK 127/07, OSNP 2008, nr 23–24, poz. 365.

⁴⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2003 r., II UK 194/2002, OSNP 2004, nr 8, poz. 143.

⁴⁸ Szerzej: G. Ślawska, *Wpływ stanu nietrzeźwości na uznanie wypadku przy pracy oraz na przyznanie świadczeń wypadkowych*, „Prewencja i Rehabilitacja” 2011, nr 3, s. 8–17.

⁴⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 października 2015 r., II UK 370/14, LEX nr 1929085.

pracy i chorób zawodowych ustanawia ochronę ubezpieczeniową przez cały czas pobytu pracownika w podróży służbowej, rozciągając ją na okoliczności należące do sfery jego prywatnych spraw (np. prawo do skorzystania z odpoczynku, spacerów, zakupów, przygotowania posiłków lub ich spożywania poza miejscem wykonywania obowiązków służbowych). Różnica między wypadkiem przy pracy a wypadkiem w czasie podróży służbowej dotyczy okoliczności wypadku, a w szczególności tego, że ten pierwszy powinien pozostawać w związku z pracą, zaś drugi – wiążąc się z wykonywaniem zadań powierzonych na czas podróży służbowej. W konsekwencji, przy kwalifikowaniu danego zachowania jako pozostającego w związku z podróżą służbową należy badać, czy w łączności z nią pozostawał cel zachowania pracownika, czy też miało ono wyłącznie prywatny charakter, przy czym zachowaniami niepozostającymi w związku z wykonywaniem powierzonego zadania i sprzecznymi z celem podróży służbowej są te zachowania ze sfery prywatnych spraw pracownika, które nie były konieczne z punktu widzenia celu i warunków odbywania podróży służbowej, to znaczy nie wiązały się z potrzebą realizacji powierzonych pracownikowi zadań. W czasie podróży służbowej pracownik może być zatem pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej wówczas, gdy zerwał związek z wykonywaniem powierzonych mu zadań służbowych poprzez sprowokowanie lub spowodowanie zdarzenia wypadkowego zachowaniem niepozostającym w żadnym związku z celem tej podróży⁵⁰. Według Sądu Najwyższego: „W praktyce oznacza to, że w ramach podróży służbowej pracownik jest objęty ochroną ubezpieczeniową nie tylko podczas wykonywania czynności zleconych mu do wykonania w czasie podróży oraz w czasie drogi do miejsca docelowego i z powrotem do stałego miejsca zamieszkania, lecz przez cały czas pobytu w takiej podróży (...). Istota ochrony pracownika na podstawie przepisu art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy wypadkowej sprowadza się do rozciągnięcia szczególnej ochrony ubezpieczeniowej w podróży służbowej na okoliczności należące do sfery prywatnych spraw pracownika⁵¹. Powyższe oznacza, że pracownik w czasie podróży służbowej może

być pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej tylko wtedy, gdy zerwał związek z pracą swoim nagannym zachowaniem. Wszystkie zaś jego zachowania ze sfery życia prywatnego po pracy pozostają w związku ze stosunkiem pracy, z wyjątkiem zachowań niedających się pogodzić z celem podróży służbowej, to znaczy z potrzebą realizacji powierzonych mu zadań służbowych.

Przy czym Sąd Najwyższy podkreślił, że: „Na pracodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, że marynarz, który poniósł śmierć w nieznanach okolicznościach, na terenie portu po godzinach służby, swoim nagannym zachowaniem zerwał związek z podróżą morską (służbową)”⁵². Sąd Najwyższy w tej sprawie zauważył, że: „W warunkach wielomiesięcznej podróży morskiej, zejście ze statku w czasie wolnym od pracy w celach wypoczynkowych nie tylko nie wymaga zgody przełożonego, ale nie może być uznane za zerwanie związku z tą podróżą. Potrzeba zmiany otoczenia jest oczywista w sytuacji wielomiesięcznego pobytu na statku. Tego rodzaju zachowanie pracownika nie oznacza zerwania związku z celem podróży służbowej”⁵³. W świetle innego orzeczenia Sąd Najwyższy podniósł, że: „Ochrona zagwarantowana pracownikowi będącemu w podróży służbowej (...) jest bardzo szeroka i wyklucza związek zdarzenia z pracą tylko wtedy, gdy wypadek został spowodowany postępowaniem pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań”⁵⁴. Warto przy tym dodać, że w innym orzeczeniu Sąd Najwyższy zauważył, iż: „Jako postępowanie niepozostające w związku z wykonywaniem powierzonych zadań należy rozumieć także podjęcie czynności sprzecznej z samym celem wykonania danego zadania”⁵⁵.

Na przestrzeni lat orzecznictwo sądowe wypracowało liczne przykłady sytuacji ze sfery życia prywatnego zaistniałych w czasie podróży służbowej, którym nie odmówiono ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy. Wśród powołanych sytuacji są orzeczenia, które zapadły w poprzednim stanie prawnym, ale w zakresie wyrażonych poglądów zachowują swoją aktualność na gruncie

⁵⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2016 r., I UK 100/15, LEX nr 2051471.

⁵¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 października 2015 r., II UK 370/14, LEX nr 1929085.

⁵² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1997 r., II UKN 98/97, OSNP 1998, nr 4, poz. 132.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1990 r., II PRN 10/90, PiZS 1991, nr 4, s. 62.

⁵⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2011 r., I UK 140/11, OSNP 2012, nr 21–22, poz. 269.

obecnego stanu prawnego. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Katowicach uznał, że: „Zdarzenie, jakiemu uległ pracownik w czasie podróży służbowej, w trakcie części rekreacyjnej zaplanowanego spotkania, jest wypadkiem zrównanym z wypadkiem przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych”. W uzasadnieniu Sąd zauważył, że: „Pracownik w podróży służbowej zachowuje między innymi prawo do korzystania z odpoczynku, spacerów, spożywania posiłków poza miejscem wykonywania obowiązków służbowych. Ubezpieczony, po całodziennym podróży samochodem, miał prawo, a nawet obowiązek zregenerować siły przed podjęciem zaplanowanych zadań”⁵⁶. Podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy, uznając, że: „Wypadek pracownika w czasie podróży służbowej biorącego udział w jej części rekreacyjnej podlega ochronie prawnej (...), chyba że zachowanie pracownika jest naganne w sposób uzasadniający uznanie, że doszło do zerwania związku z podróżą służbową”. W uzasadnieniu Sąd Najwyższy argumentował, że: „powódka po zakończeniu zajęć merytorycznych brała udział w odbywającym się w godzinach wieczornych spotkaniu towarzyskim uczestników szkolenia. Spotkanie to było przewidziane w programie zajęć, w ramach tzw. części rekreacyjnej. Wbrew stanowisku strony pozwanej, udział powódki w takim spotkaniu nie doprowadził do zerwania przez nią związku z pracą. Zachowanie pracownika biorącego udział w czasie podróży służbowej w części rekreacyjnej przewidzianego spotkania pozostaje bowiem w związku funkcjonalnym z pracą”⁵⁷. W świetle innej sprawy Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że: „Pracownik delegowany poza teren macierzystego zakładu pracy oraz poza miejsce swego zamieszkania objęty jest szczególną ochroną ubezpieczeniową. Ochrona ta obejmuje wszelkie czynności pracownika delegowanego wynikające z okoliczności związanych z delegacją, z wyłączeniem tylko takich czynności, które kolidują z jej celami albo nie mają związku z tymi celami. Wprawdzie przygotowanie posiłku (z czym łączy się przygotowanie opału)

przez pracownika delegowanego nie wiąże się bezpośrednio z faktycznym wykonywaniem pracy, ale czynność ta jest niezbędną do możliwości wykonywania przez niego zadań, do których został wydelegowany. Taka więc czynność (przygotowywanie posiłku) pozostaje w związku z delegacją i jest w istocie wykonywaniem polecenia zakładu delegującego, który – nie zapewniając pracownikowi delegowanemu w miejscu jego delegacji całodziennych posiłków przygotowywanych przez inne osoby – zobowiązuje go do samodzielnego ich przygotowywania”⁵⁸. Podobne stanowisko w innej sprawie zajął Sąd Najwyższy, uznając, że: „Wypadek, jakiemu uległ pracownik delegowany przez macierzysty zakład pracy poza miejscem swego stałego zamieszkania podczas czynności przygotowawczych do nocnego spoczynku (mycie się pracownika przed udaniem się do snu)”, ma charakter wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy”⁵⁹. W prezentowaną linię orzeczniczą wpisał się Sąd Najwyższy, stwierdzając, że: „Śmierć pracownika w czasie wypoczynku po pracy, będąca następstwem zatrucia wskutek nienależytego funkcjonowania urządzeń ogrzewczych w kwatery wynajętej przez zakład pracy w miejscowości, do której został on delegowany, stanowi wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy”⁶⁰. Kończąc przegląd orzecznictwa uznającego zdarzenia wypadkowe ze sfery życia prywatnego podczas podróży służbowej za wypadki zrównane z wypadkiem przy pracy, warto jeszcze powołać orzeczenie, w którym Sąd Najwyższy zauważył, że: „W czasie trwania podróży służbowej pracownik nie wraca z pracy do domu, tylko do miejsca zakwaterowania poza miejscowością swego zamieszkania. Zaistniały wówczas wypadek nie jest wypadkiem w drodze z pracy, lecz wypadkiem zrównanym z wypadkiem przy pracy”⁶¹. Na znaczenie czasu trwania podróży dla uznania zdarzenia za wypadek w czasie podróży służbowej wskazuje Sąd Najwyższy, stwierdzając, że: „Nie jest wypadkiem zrównanym z wypadkiem przy

⁵⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 maja 2014 r., III AUa 1681/13, Biul.SAKa 2014, nr 4, poz. 37-38.

⁵⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1999 r., II UKN 545/98, OSNP 2001, nr 1, poz. 21, OSP 2001, nr 11, poz. 168, PiZS 2000, nr 6, s. 42.

⁵⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1974 r., III URN 5/74, OSNC 1975, nr 3, poz. 44.

⁵⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 sierpnia 1977 r., III PRN 25/77, OSP 1978, nr 2, poz. 22, OSP 1978, nr 25, poz. 22.

⁶⁰ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 1973 r., III PZP 25/73, OSNC 1974, nr 4, poz. 64.

⁶¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1998 r., II UKN 217/98, OSNP 1999, nr 19, poz. 622, OSNP-wkł. 1999, nr 5, poz. 9.

pracy (...) wypadek, jakiemu uległ pracownik po zakończeniu podróży służbowej, chociażby wypadek ten zdarzył się w drodze do zakładu pracy w celu rozliczenia kosztów tej podróży⁶².

Analizując orzecznictwo z zakresu wypadków zrównanych z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej, można wskazać również orzeczenia, w których nie uznano określonych zdarzeń wypadkowych za wypadek w czasie podróży służbowej. Przykładem może być powołany już wcześniej wypadek rezydenta biura turystycznego w miejscu długotrwałego świadczenia pracy za granicą, którego to wypadku Sąd Najwyższy nie uznał za wypadek w podróży służbowej⁶³. Ponadto według Sądu Najwyższego także: „Wypadek, który wydarzył się delegowanemu pracownikowi podczas udzielania pomocy (przysługi) gospodyni, u której przebywał na kwaterze w czasie delegacji służbowej, nie jest wypadkiem przy pracy ani zrównanym z wypadkiem przy pracy”⁶⁴.

Problemy z uznaniem danego zdarzenia w czasie podróży służbowej za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy występują również w przypadkach wystąpienia stanu nietrzeźwości. W tym zakresie Sąd Najwyższy wskazał, że: „stan nietrzeźwości pracownika nie przesądza automatycznie o zerwaniu związku z pracą lub wykonywaniem zadań powierzonych pracownikowi w czasie podróży służbowej, ale decydują o tym okoliczności konkretnej sprawy. Do zerwania tego związku nie dochodzi w sytuacji, gdy nietrzeźwy pracownik nie mógł mieć wpływu na zajście wypadku lub gdy istnieją istotne współprzyczyny zdarzenia wypadkowego wskazujące, że bez stanu nietrzeźwości pracownika i tak wypadku nie można by uniknąć”⁶⁵. Okoliczności konkretnej rozpatrywanej sprawy zdecydowały, że Sąd Najwyższy uznał, iż związek z wykonywaniem zadań służbowych został zerwany postępowaniem pracownika „polegającym na wprowadzeniu się w stan głębokiego upojenia alkoholowego (3,24‰ alkoholu we krwi oraz 4,53‰ w moczu). Takie zachowanie niewątpliwie nie pozostawiało w jakimkolwiek związku z realizacją zadań

powierzonych pracownikowi w czasie podróży służbowej, a jego konsekwencją było spowodowanie zdarzenia wypadkowego wskutek nagłego wtargnięcia na jezdnię (...). Ze stanu faktycznego sprawy nie wynikają okoliczności, które mogłyby wskazywać na istnienie jakiegokolwiek współprzyczyny wypadku (np. nadmierna prędkość pojazdu, niewłaściwa lub spóźniona reakcja osoby kierującej, niedostateczna widoczność) lub pozwalaby na wyciągnięcie wniosku, że bez stanu nietrzeźwości – w stopniu powodującym dezorientację w otoczeniu, niemożność utrzymania pionowej pozycji oraz zaburzenia świadomości – wypadek i tak by nastąpił”⁶⁶. Dlatego w tej konkretnej sprawie z powodu zerwania nagannym zachowaniem pracownika związku z wykonywaniem powierzonych zadań służbowych nie uznano zdarzenia wypadkowego za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w podróży służbowej. W innej sprawie Sąd Najwyższy uznał, że: „Nieszczęśliwy śmiertelny wypadek drogowy, któremu uległ kierowca zatrudniony w międzynarodowym transporcie drogowym zmierzający do miejsca załatwienia naturalnej potrzeby fizjologicznej podczas oczekiwania na polecenie wykonywania pracy w dniu następnym, pozostaje w związku normatywnym (funkcjonalnym, miejscowym i czasowym) z wykonywaniem powierzonych mu zadań w rozumieniu art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy wypadkowej, choćby pracownik spożył alkohol w ilości niepozbawiającej go zdolności świadczenia pracy w kolejnym dniu pracy”⁶⁷. Sąd Najwyższy poczynił jednak w tym orzeczeniu ważne generalne spostrzeżenie, że: „Ustawodawca co do zasady nie wyklucza przysługiwania świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego nawet pracownikowi, który uległ wypadkowi w stanie nietrzeźwym – pracując lub pozostając w oczekiwaniu na wykonywanie powierzonych mu zadań, chyba że pozostawanie w stanie nietrzeźwości w istotnym stopniu przyczyniło się do spowodowania wypadku w tym rozumieniu, że bez stanu nietrzeźwości można by uniknąć zdarzenia wypadkowego”⁶⁸. Przedstawione orzeczenia dotyczące wpływu stanu nietrzeźwości na uznanie zdarzenia wypadkowego za wypadek zrównany z wypadkiem przy

⁶² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 1977 r., III PZP 2/77, OSNC 1977, nr 11, poz. 206.

⁶³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2011 r., I UK 140/11, OSNP 2012, nr 2–22, poz. 269.

⁶⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 1980 r., III PRN 56/79, OSNC 1980, nr 10, poz. 190.

⁶⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2016 r., I UK 100/15, LEX nr 2051471.

⁶⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2016 r., I UK 100/15, LEX nr 2051471.

⁶⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2011 r., I UK 418/10, 950428.

⁶⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2011 r., I UK 418/10, 950428.

pracy w czasie podróży służbowej mają istotne znaczenie dla stanu wiedzy pracowników w tym zakresie. Pomimo bowiem że po pracy w czasie podróży służbowej pracownik nie ma prawnego obowiązku zachowania trzeźwości i orzecznictwo w tym zakresie jest mniej rygorystyczne niż w miejscu pracy, to jednak w przypadku zerwania z tego powodu związku z wykonywaniem powierzonych zadań nie dojdzie do uznania wypadku za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy i wtedy konsekwencje mogą być dotkliwe.

Reasumując, na podstawie przedstawionego stanu prawnego oraz wypracowanego orzecznictwa sądowego można stwierdzić, że wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej jest to zdarzenie nagłe – wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okolicznościach innych niż zastrzeżone dla wypadku przy pracy, powodujące uraz lub śmierć – które nastąpiło w czasie podróży służbowej w sferze spraw prywatnych w związku z wykonywaniem powierzonych zadań służbowych, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Podejmowane przez pracownika zachowania w czasie podróży służbowej w sferze spraw prywatnych muszą być konieczne z punktu widzenia realizacji celu i warunków odbywania podróży służbowej. Oznacza to, że muszą być związane z potrzebą realizacji powierzonych zadań służbowych. Według orzecznictwa, między innymi należą do nich: odpoczynek, toaleta, basen, sen, spacer, zakupy, przygotowanie oraz spożywanie posiłków, udział w zaplanowanej części rekreacyjnej spotkania, wizyta u stomatologa. W czasie podróży służbowej nie może dojść do zerwania związku z wykonywaniem powierzonych zadań służbowych przez naganne zachowania pracownika niepozostające w żadnym związku z celem podróży, mające charakter wyłącznie prywatny. Powstałe w takich okolicznościach zdarzenie wypadkowe nie zostanie uznane za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej.

Uwagi końcowe

Przeprowadzona w prezentowanym opracowaniu szczegółowa analiza regulacji prawnych definiujących wypadek przy pracy oraz

wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy w czasie podróży służbowej w świetle orzecznictwa sądowego wskazuje, że na tle tych pojęć w praktyce ich stosowania występują liczne problemy interpretacyjne, które orzecznictwo z pełną determinacją stara się rozwiązywać. Znajomość dokonywanej przez orzecznictwo wykładni tych pojęć na tle konkretnych stanów faktycznych jest niezwykle istotna zarówno dla samych zainteresowanych pracowników, jak i dla osób zajmujących się zawodowo ustalaniem okoliczności i przyczyn zdarzeń wypadkowych powstałych w czasie podróży służbowej oraz dokonujących ich kwalifikacji prawnej. Wydaje się, że w świetle zebranych oraz omówionych najważniejszych orzeczeń z tego zakresu pewne problemy interpretacyjne, poza dotyczącymi zasadniczych przesłanek wypadków w czasie podróży służbowej, mogą wynikać z tego, że pojęcie podróży służbowej nie zostało zdefiniowane na gruncie ustawy wypadkowej i dla jego wyjaśnienia trzeba sięgać po definicję kodeksową mającą na celu rozliczenie kosztów podróży służbowej. Należy więc w tym zakresie postulować wprowadzenie definicji podróży służbowej do ustawy wypadkowej dla celów kwalifikacji prawnej wypadków powstałych w czasie podróży służbowej, która to definicja powinna odzwierciedlać specyfikę tych zdarzeń.

Kończąc omawianie zagadnień odnoszących się do problemów definicyjnych wypadków powstałych w czasie podróży służbowej, trzeba wyrazić zadowolenie, że przedstawione regulacje prawne zapewniają pracownikom niemal pełną ochronę z tytułu zdarzeń wypadkowych powstałych w czasie jej trwania. Słusznie ustawodawca zadecydował, iż ochrona ubezpieczeniowa przysługuje pod warunkiem, że pracownik w czasie podróży służbowej zachowuje się zgodnie z określonym przez pracodawcę celem, jakim jest właściwe wykonanie powierzonego mu zadania służbowego. Ze względu na specyfikę podróży służbowej ustawodawca słusznie rozszerzył zakres ochrony ubezpieczeniowej na sferę spraw prywatnych wykonywanych w czasie podróży służbowej, z wyłączeniem spraw wyłącznie prywatnych, niemających związku z celem podróży służbowej. Przyznana pracownikowi przez ustawodawcę ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wypadków trwa przez cały czas podróży służbowej.

Grażyna Ślawska

Wydarzenia, opinie – 2016

■ **16–18 listopada** w Jastrzębiej Górze odbyła się 9 Ogólnopolska Konferencja „Ocena ryzyka i inne zadania służby bhp” organizowana przez redakcję miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy”.

Było to kolejne, zapoczątkowane w 2008 r. ogólnopolskie spotkanie praktyków i ekspertów, zainteresowanych tematyką bezpieczeństwa w środowisku pracy, w tym w szczególności zagadnieniami związanymi z oceną ryzyka zawodowego. Podczas dotychczasowych konferencji organizowanych pod patronatem „ATESTU”, tematyka ryzyka pojawiała się w kontekście wypadków przy pracy, jakości pracy służby bhp w ujęciu praktycznym, planowania działań behapowskich w firmie oraz identyfikacji czy eliminacji zagrożeń wypadkowych. Spotkanie w Jastrzębiej Górze zdominowały zagadnienia związane m.in. z identyfikacją zagrożeń, analizą ryzyka zawodowego, oceną ryzyka i podejmowaniem działań naprawczych.

Podczas 9 Ogólnopolskiej Konferencji miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy” spotkało się niemal 140 specjalistów do spraw bezpiecznego kształtowania środowiska w miejscu pracy reprezentujących małe, średnie i duże przedsiębiorstwa. Najwięcej uwagi poświęcono zagadnieniom dotyczącym oceny ryzyka jako narzędzia, które powinno ułatwiać planowanie, prowadzenie działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników, wykorzystywanego w odniesieniu do różnego rodzaju stanowisk pracy. Program konferencji obejmował m.in. zagadnienia: wymagania prawne dotyczące oceny ryzyka zawodowego, funkcje i cele edukacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ocena ryzyka jako podstawa doboru i stosowania środków ochrony indywidualnej, magazynowanie i przewóz towarów niebezpiecznych, kręgosłup to słaby punkt – ergonomiczne rozwiązania poprawiające warunki pracy, praktyczne funkcje oceny ryzyka w procesie projektowania, eksploatacji i modernizacji maszyn, rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS, w tym poszkodowanych w wypadkach przy pracy, szczepienia ochronne dla wybranych grup zawodowych, aspekty bezpiecznej pracy na wysokości, bhp w portach i na statkach morskich, organizacja systemu

ratownictwa na budowach: studium przypadku roszczeń pracownika za błąd w udzieleniu pierwszej pomocy.

9 edycję konferencji miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy” w Jastrzębiej Górze tworzyły różne elementy: cztery sesje tematyczne, dyskusja panelowa, stolik eksperta, stoiska wystawiennicze. W ramach konferencji, kilka uznanych firm działających w obszarze bezpieczeństwa, np. Elokon Polska, Protekt, Robod, Tarbonus, przedstawiło propozycje swoich produktów lub usług, np. materiały informacyjne oraz przykłady fachowych porad specjalistów na temat nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w obszarze ochrony zdrowia pracowników w środowisku pracy.

W części warsztatowej, realizowanej w trzech blokach tematycznych, uczestnicy zapoznali się z rozwiązaniami z zakresu oceny ryzyka zawodowego, analizy przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy, szkoleń bhp od A do Z. Każdy warsztat odbył się w dwóch turach, z uwagi na bardzo duże zainteresowanie uczestników zajęciami praktycznymi prowadzonymi przez wykładowców i specjalistów ds. bezpieczeństwa.

W programie spotkania ważne miejsce zajmowała dyskusja panelowa nt. „Jaki powinien być behapowiec – czego od służby bhp oczekują pracodawcy?”, moderowana przez Piotra Kaczmarka – prezesa Grupy Interlis, członka Rady Konsultacyjnej miesięcznika „ATEST”, podczas której podniesione zostały kwestie dotyczące m.in. relacji służby bhp z pracodawcami, realizacji dodatkowych obowiązków nakładanych przez pracodawców na specjalistów ds. bezpieczeństwa a wykraczających poza zakres ich zadań, marginalizowania pozycji techników ds. bhp oraz trudności w wykonywaniu ich zadań w małych przedsiębiorstwach. Przez trzy dni konferencji dostępne były stoiska zorganizowane przez firmy wiodące w branży bezpieczeństwa i higieny pracy, np. Elokon Polska, Protekt, Robod, Tarbonus, oferujące materiały informacyjne oraz uzyskanie fachowych porad na temat propozycji nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w obszarze ochrony pracy.

Redakcja miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy” od dwudziestu lat ogłasza konkurs ZŁOTE SZEŁKI. Nagrody wręczane są kolejnym laureatom w trzech kategoriach: artykuł

zamieszczony na łamach „ATESTU”, poszerzający wiedzę o problemach bhp lub inspirowający do działań profilaktycznych, edukacja w zakresie bhp i ergonomii, promocja ochrony pracy, a zwłaszcza zasad bezpiecznej pracy. W 2016 r. decyzją Kapituły, ZŁOTE SZELKI w kategorii „Promotor działań na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia pracowników” otrzymał Dariusz Kulesza. Nagroda została przyznana za upowszechnianie wiedzy na temat bezpieczeństwa i higieny pracy wśród przedsiębiorców różnych branż oraz pasję w poszukiwaniu rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo na budowach, w tym projektowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań technicznych. W kategorii „Autor najlepszego artykułu zamieszczonego w Ateście w minionym roku”, ZŁOTE SZELKI odebrał Paweł Szczepański. Wyróżnienie przyznano za artykuły o treściach użytecznych zarówno dla osób organizujących bezpieczną pracę w laboratoriach chemicznych, jak również dla fachowców zainteresowanych poprawą bezpieczeństwa podczas prac w kontakcie z chemikaliami i pragmatyczne podejście do omawianych kwestii. Kapituła nagrody uhonorowała ZŁOTYMI SZEKAMI Wojciecha Kubię – autora projektu szaty graficznej „ATESTU” i wieloletniego współpracownika Redakcji. Było to wyróżnienie specjalne za czytelną, jednolitą i atrakcyjną oprawę graficzną miesięcznika zakończoną we wrześniu 2016 r.

■ **9 grudnia** w sali im. A. Bączkowskiego w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odbyła się uroczystość wręczenia nagród laureatom 44 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy. Organizatorem Konkursu było Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej we współpracy z: Naczelną Organizacją Techniczną (FSNT-NOT), Ministerstwem Rozwoju, Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwem Edukacji Narodowej, Państwową Inspekcją Pracy, Urzędem Dozoru Technicznego, Wyższym Urzędem Górniczym, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Business Centre Club, Konfederacją Lewiatan, Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej, Związkiem Rzemiosła Polskiego, Niezależnym Samorządnym Związkiem Zawodowym „Solidarność”, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych.

Przedmiotem konkursu są wdrożone rozwiązania techniczno-organizacyjne oraz opracowania naukowe z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy, których zastosowanie służy kształtowaniu bezpiecznych warunków pracy na poziomie europejskim. Przedsięwzięcie jest realizowane w trzech kategoriach: Kategoria „A” – Rozwiązania techniczne i technologiczne, Kategoria „B” – Prace naukowo-badawcze, Kategoria „C” – Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne.

Celem konkursu jest inspirowanie racjonalizatorów do podejmowania działań oraz upowszechniania opracowań i rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo w środowisku pracy. Organizatorzy starają się zachęcić pracodawców i pracowników do dzielenia się nowymi przedsięwzięciami, których zastosowanie wpływa na eliminację lub zmniejszenie zagrożenia czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy. Ma to zasadnicze znaczenie nie tylko dla poprawy jakości i warunków pracy, lecz także dla konkurencyjności. Pracodawcy coraz bardziej świadomie tworzą takie środowisko pracy, aby pracownicy mogli wykonywać swoje zadania bezpiecznie. Pracownicy realizując swoje obowiązki, mają coraz większą wiedzę na temat zagrożeń w miejscu pracy i starają się minimalizować sytuacje niebezpieczne.

Podczas ostatniej edycji Konkursu Poprawy Warunków Pracy, po raz trzeci rozpatrywane były rozwiązania nadesłane po wyodrębnieniu w 2014 r. kategorii „Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne”. Oceniane są tutaj prace popularyzujące oryginalne rozwiązania lub działania organizacyjne i edukacyjne z obszaru bezpieczeństwa i ochrony zdrowia człowieka w środowisku pracy z różnych działów gospodarki, wdrożone w ciągu ostatnich dwóch lat. Zastosowanie w przedsiębiorstwie takich rozstrzygnięć może przyczynić się do poprawy stanu świadomości zagrożeń, usprawnić organizację zadań, przyspieszyć wyjaśnianie przyczyn wypadków i katastrof. W ostatnim okresie popularność Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy utrzymuje się na podobnym poziomie i wydzielenie nowej kategorii w zasadniczy sposób nie wpłynęło na liczbę nadesłanych wniosków.

Konkurs cieszy się uznaniem pomysłodawców i racjonalizatorów, w tym m.in. pracowników lub zespołów pracowników – naukowców, projektantów, konstruktorów, technologów,

mistrzów, których opracowania powstały lub zostały zastosowane przez przedsiębiorców. W tegorocznej 44 edycji, Komisja Konkursowa dokonała oceny: 26 wniosków zgłoszonych w kategorii „Rozwiązania techniczne i technologiczne”, 9 opracowań w kategorii „Prace naukowo-badawcze”, które mogą zostać wykorzystane w praktyce, i 28 wniosków popularyzujących bezpieczeństwo pracy w kategorii „Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne”. Oprócz nagród, o których przyznanie wnioskowała Komisja Konkursowa, Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ufundował dwie nagrody. Uchonorowana została praca naukowo-badawcza oraz opracowanie organizacyjne i edukacyjne, które są przedsięwzięciami mającymi zastosowanie w rolnictwie.

dotyczyły poprawy bezpieczeństwa, likwidacji zagrożeń i uciążliwości w miejscu pracy. Przedłożone opracowania zawierają innowacyjne rozwiązania organizacyjne i techniczne ukierunkowane są na rozwój zasobów ludzkich, nowych technologii oraz metod i systemów zarządzania. Ich wykorzystanie w znaczny sposób ograniczy liczbę osób zatrudnionych w warunkach narażenia na czynniki niebezpieczne, a tym samym przyczyni się do zmniejszenia liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Ma to istotny wpływ nie tylko na poprawę jakości pracy, ale również jest sposobem na zmniejszenie strat ekonomicznych i społecznych. W podejmowanie działań zmierzających do tworzenia bezpiecznych warunków pracy angażuje się coraz więcej osób, szczególnie podczas prowadzenia



Laureaci i organizatorzy 44 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy.

Fot. Archiwum Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

W dzisiejszym świecie oczywistym jest, że praca powinna być nie tylko wydajna, ale również bezpieczna dla wszystkich pracowników, którzy ją wykonują. Pracodawcy starają się tworzyć bezpieczniejsze i zdrowsze warunki w miejscu pracy, aby pracownicy mogli wykonywać swoje zadania bez szkody dla zdrowia. W latach poprzednich na konkurs Poprawy Warunków Pracy najwięcej prac napływało od autorów reprezentujących przedsiębiorstwa przemysłu wydobywczego i przetwórczego. Podczas 44 finału konkursu można było zauważyć nieznaczną zmianę tendencji oraz tematyki proponowanych rozwiązań. Nieco więcej wniosków złożyli racjonalizatorzy popularyzujący kategorię „Przedsięwzięć organizacyjnych i edukacyjnych”. Wnioski, które wzięły udział w konkursie,

wielu kampanii tematycznych związanych z rozwojem kultury bezpieczeństwa w Polsce. Kryteria konkursu wymagają od uczestników określenia sposobu wykorzystania proponowanych rozwiązań, które mogą być traktowane jako „dobre praktyki”.

W tegorocznej edycji w kategorii „Rozwiązania techniczne i technologiczne” nagrodę pierwszego stopnia otrzymali pomysłodawcy zastosowania innowacyjnej maszyny wydobywczej poprawiającej bezpieczeństwo i warunki pracy załóg górniczych. Projekt został zrealizowany przez konsorcjum: Instytut Techniki Górniczej KOMAG, KOPEX Machinery S.A. oraz KOPEX Electric Systems S.A. Druga nagroda przyznana została za rozwiązanie dotyczące systemu wykrywania kolizji na drodze

maszyna – człowiek, opracowane w ENTE Sp. z o.o. w Gliwicach. Nagrodą trzeciego stopnia uhonorowani zostali wykonawcy z ArcelorMittal Poland S.A. oddział w Zdzeszowicach za rozwiązanie dotyczące poprawy bezpieczeństwa i ergonomii pracy poprzez modernizację układu transportu ubijarek mieszanki węglowej.

W kategorii „Prace naukowo-badawcze” przyznana została nagroda pierwszego stopnia, którą otrzymali autorzy z Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego za opracowanie rozwiązania dotyczącego zestawu bielizny i odzieży ochronnej dla ratowników górniczych z funkcją termoregulacji mikroklimatu pododzieżowego i monitorowania stanu fizjologicznego ratownika podczas akcji w środowisku gorącym.

Kapituła konkursu przyznała dwie nagrody drugiego stopnia: 1) za pracę na temat sposobu otrzymywania kompozytowego materiału włókienniczego o właściwościach bioaktywnych i barierowych dla pól elektromagnetycznych opracowany przez specjalistów z Instytutu Włókiennictwa w Łodzi, 2) uhonorowana została rozprawa doktorska pt. „Wskaźniki oceny jakości akustycznej pomieszczeń edukacyjnych” napisana w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym.

Nagroda trzeciego stopnia przyznana została za opracowanie dotyczące systemu pozycjonowania kombajnu chodnikowego pracującego w kopalni węgla kamiennego, przygotowane przez zespół racjonalizatorów z Instytutu Techniki Górniczej KOMAG w Gliwicach. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przyznał nagrodę autorowi rozprawy doktorskiej napisanej w Uniwersytecie Przyrodniczym we Wrocławiu na temat wpływu stopnia obciążenia dynamicznego rolników wybranymi pracami na poziom bezpieczeństwa pracy.

W kategorii „Przedsięwzięcia organizacyjne i edukacyjne” nagrodę pierwszego stopnia otrzymali autorzy opracowania z Polskich Zakładów Lotniczych Sp. z o.o. w Mielcu, w którym przedstawione zostały przykłady działań redukujących narażenie na hałas i wibracje.

Komisja konkursowa przyznała nagrodę drugiego stopnia wykonawcom z firmy Faurecia Wałbrzych SA, Zakład Mechanizmów w Wałbrzychu za rozwiązanie dotyczące zarządzania bezpieczeństwem wprowadzanych maszyn.

Przyznane zostały również dwie nagrody trzeciego stopnia: 1) za projekt dotyczący systemu

zarządzania bezpieczeństwem w zakładach produkcyjnych kruszyw Cemex Polska uhonorowany został zespół wykonawców z firmy Cemex Sp. z o.o. w Warszawie, 2) za pracę dotyczącą programu ograniczenia wchłaniania ołowiu przez organizm pracownika otrzymał zespół autorów z KGHM Polska Miedź S.A. Oddział Huta Miedzi „Głogów” w Głogowie.

Praca inżynierska na temat indywidualnej oceny ryzyka zawodowego polskiego rolnika w oparciu o technikę porównania parami napisana w Szkole Głównej Służby Pożarnej w Warszawie otrzymała nagrodę Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Podczas podsumowania 44 edycji Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy 11 wykonawców uhonorowanych zostało dyplomami i statuetkami, a do kolejnych 16 skierowane zostały wyróżnienia (dyplomy). Wyrażone uznania i gratulacje związane z poprawą warunków w środowisku pracy w formie listownej kapituła Konkursu skierowała do 14 racjonalizatorów. Laureatom konkursu nagrody wręczali: Elżbieta Rafalska – minister rodziny, pracy i polityki społecznej, Marcin Zieleniecki – podsekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Danuta Koradecka – przewodnicząca Sądu Konkursowego.

W imieniu nagrodzonych głos zabrali przedstawiciele Polskich Zakładów Lotniczych Sp. z o.o. w Mielcu, który podziękował za nagrody i dyplomy. Jednocześnie wyraził przekonanie, iż zobowiązują one twórców do jeszcze bardziej wytężonej pracy w obszarze obejmującym przeciwdziałanie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym. Nagrody są wymiernym wyrazem uznania dla zaangażowania pomysłodawców, którzy jednocześnie oczekują wsparcia oraz podjęcia skuteczniejszych działań promocyjnych w realizacji swoich inicjatyw racjonalizatorskich.

Podczas spotkania podsumowującego 44 edycję Ogólnopolskiego Konkursu Poprawy Warunków Pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych reprezentowały: Gertruda Uścińska – prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Grażyna Hart – Naczelny Lekarz ZUS, Małgorzata Nietopiel – dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji, Irena Sajkowska – członek Sądu Konkursowego.

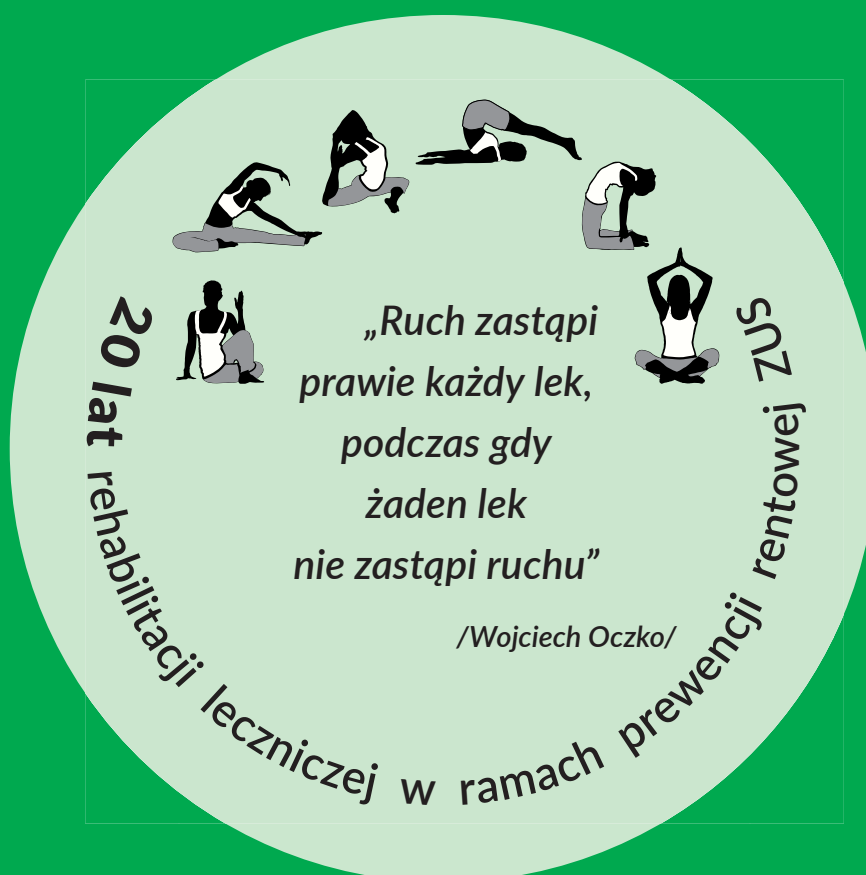
Irena Sajkowska

Departament Prewencji i Rehabilitacji



Sanatorium ORLIK w Ustroniu.

Fot. Elżbieta Szupień





www.zus.pl

Kwartalnik „Prewencja i Rehabilitacja” jest dostępny także w formacie PDF na stronie www.zus.pl.

Należy otworzyć zakładkę „Baza wiedzy”

wejść w „Bibliotekę / Wydawnictwa ZUS” i wybrać „Czasopisma”.

Można tam znaleźć wszystkie numery

„Prewencji i Rehabilitacji” wydane od 2009 roku.

W „Bibliotece” na stronie www.zus.pl udostępniamy również

inne czasopisma wydawane przez ZUS, takie jak:

- „ZUS dla Ciebie” – miesięcznik dla ubezpieczonych i świadczeniobiorców,
- „ZUS dla Biznesu” – miesięcznik dla przedsiębiorców,
- „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” – kwartalnik naukowy

oraz publikacje książkowe związane z zabezpieczeniem społecznym, różnorodne poradniki i ulotki dla naszych klientów, a także materiały multimedialne.