



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012-07-09

p. R. Rejch
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 12.07.12. zał. 6133
podpis

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 11.07.12.
nr. 3357 podpis. Borusewicz

MZ-ZP-Z-070-19774-29/MF/12

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu RP

Wielce Szanowny Panie Marszałku,

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Jana Marię Jackowskiego, Senatora RP podczas 12. posiedzenia Senatu RP w dniu 24 maja 2012 roku w sprawie *poprawy zdrowotności* (znak: BPS/043-12-447/12), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W polskich warunkach zasady funkcjonowania i zadania medycyny pracy określone zostały w przepisach ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2004 r. Nr 125, poz.1317, z późn. zm.).

Należy wyjaśnić, że ochrona zdrowia pracujących znajduje się w Polsce w kompetencjach dwóch resortów, tj. Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Obszar działania resortu zdrowia wyznacza rozdział VI działu X Kodeksu pracy pn. Profilaktyczna ochrona zdrowia, natomiast obszar działania resortu pracy i polityki społecznej określa praktycznie cały dział X pn. Bezpieczeństwo i higiena pracy.

Zgodnie z art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.) w Polsce osoby zatrudnione i przyjmowane do pracy podlegają wstępnym, okresowym i kontrolnym badaniom profilaktycznym.

Tym samym, profilaktyczna lekarska opieka nad populacją pracujących, sprawowana jest przez:

- 1) jednostki podstawowe służby medycyny pracy; wykonujące badania profilaktyczne pracowników,

- 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, których zadania, określone przepisami art. 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.) polegają głównie na działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej, szkoleniowej, a także na sprawowaniu kontroli nad jednostkami podstawowymi.

Koszty opieki sprawowanej przez jednostki podstawowe służby medycyny pracy pokrywają w całości pracodawcy, natomiast działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, finansowana jest przez jednostki samorządu terytorialnego.

Okresowym badaniom lekarskim podlega każdy pracownik, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy. Częstotliwość badań, jak również ich zakres zależy od obecności czynników szkodliwych lub uciążliwych, jakie oddziałują na pracownika w miejscu pracy oraz od ich rodzaju. Powyższe zostało szczegółowo określone w Załączniku Nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332 z późn. zm.). W przypadku pracy bez określonych czynników narażenia, badania okresowe powinny być przeprowadzane, co 5 lat.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami zdolność pracownika do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku oceniana jest również w ramach kontrolnych badań lekarskich, którym pracownicy podlegają w przypadku powrotu do pracy po okresie niezdolności do niej z powodu choroby trwającej dłużej niż 30 dni.

Obowiązki pracodawcy w przedmiocie badań profilaktycznych pracowników obejmują zarówno obowiązek skierowania na badania, jak i zastosowanie się do wniosków profilaktycznych (np.: odsunięcie od pracy, przeniesienie do innej pracy). Ponadto pracodawca ponosi koszty finansowe związane z badaniami oraz jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji badań lekarskich. Okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się w miarę możliwości w godzinach pracy.

Za czas niewykonywania pracy w związku z przeprowadzanymi badaniami pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia, a w razie przejazdu na te badania do innej miejscowości przysługują mu należności na pokrycie kosztów przejazdu według zasad obowiązujących przy podróżach służbowych.

Mając na uwadze jakość usług medycyny pracy wyjaśniam, że świadczenia z zakresu służby medycyny pracy realizowane są przez uprawnionych do tego celu lekarzy, spełniających kwalifikacje określone w ustawie o służbie medycyny pracy. Jednocześnie informujemy,

że obowiązek monitorowania jakości świadczeń udzielanych przez podstawowe jednostki medycyny pracy spoczywa na wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Te ostatnie z kolei kontrolowane są co 2 lata na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez instytuty badawcze, prowadzące działalność w dziedzinie medycyny pracy, wybrane w ramach przetargu o udzielenie zamówienia publicznego. Na takie działania kontrolne Minister Zdrowia przeznacza ze swojego budżetu co drugi rok kwotę wysokości 200-250 tys. zł.

Przedstawiając powyższe trudno zgodzić się ze stwierdzeniem mówiącym o niskiej jakości usług medycyny pracy w Polsce.

Jednocześnie pragnę poinformować Pana Senatora, iż w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad przygotowaniem projektu założeń do ustawy o zdrowiu publicznym. W pracach nad przygotowaniem projektu ustawy o zdrowiu publicznym uwzględniono zidentyfikowane negatywne i pozytywne trendy zdrowotne, problemy z zakresu zdrowia publicznego pojawiające się tak po stronie organizacyjnej (organizacja systemu, odpowiedzialność i przypisanie działań właściwym instytucjom), jak również ściśle merytoryczno – naukowej, związanej ze wskaźnikami demograficznymi, zdrowotnymi oraz analizami socjologicznymi.


Przy tworzenia ram strategicznych dla działania zdrowia publicznego w Polsce niezbędne jest uwzględnienie w propozycjach znaczenia zdrowia publicznego oraz istotnego wpływu, jaki wywiera ono na kształtowanie bezpieczeństwa i perspektyw zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Ponieważ oblicze epidemiologiczne stanu zdrowia społeczeństwa ewoluuje z problematyki chorób zakaźnych w kierunku przewlekłych chorób niezakaźnych, konieczne jest takie sprofilowanie zadań, by stanowiły one właściwą odpowiedź na te wyzwania. Aż 86% zgonów w Europie spowodowanych jest przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, w znacznej części schorzenia te spowodowane są czynnikami środowiskowymi, zmienionymi zwyczajami żywieniowymi oraz sposobem życia ludności (brak aktywności fizycznej, uzależnienia). Istotnym aspektem jest także starzenie się społeczeństwa, będące efektem zmniejszenia liczby urodzeń oraz wydłużonego czasu trwania życia, co z kolei skutkuje nasileniem występowania chorób typowych dla tego przedziału wiekowego oraz postępującej niepełnosprawności.

Nie ulega zatem wątpliwości, iż istnieje pilna potrzeba zmiany takiego stanu rzeczy. Jest również jasne, że wprowadzenie tej zmiany nie zależy od nauk klinicznych, lecz od polityki promującej zdrowie oraz od profilaktyki w tym zakresie, które stanowią podstawowe cele istnienia zdrowia publicznego i przesłanki dla kształtowania polityki zdrowotnej państwa, tym bardziej, iż zdrowie publiczne w takim wydaniu ma charakter wielosektorowy, a więc polityka z nim związana znacznie wykracza poza obszar medycyny naprawczej.

Z informacji przekazanych przez Pana Jarosława Dudę, Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych odnośnie stwierdzenia Pana Senatora w brzmieniu: „Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce nie maleje” wynika, że na podstawie dostępnych danych statystycznych, stopniowo zmniejszała się liczebność populacji osób niepełnosprawnych prawnie¹ w wieku 16 lat i więcej, począwszy od 1997 roku, gdy wynosiła 4,6 mln osób, przy czym największy spadek zaobserwowano po 2005 roku. W 2006 r. liczba osób niepełnosprawnych prawnie obniżyła się do 3,8 mln, w 2009 roku – do 3,5 mln, zaś w 2011 r. ukształtowała się na poziomie 3,4 mln osób. Zmniejszyła się również liczebność populacji osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym (18-59 lat dla kobiet i 18-64 lat dla mężczyzn) na przestrzeni lat – od 2001 r. do 2011 r. - z 2,6 mln osób do 2 mln osób, przy czym największy spadek odnotowano – podobnie jak w przypadku zbiorowości w wieku 16 lat i więcej - w 2009 r.

Ponadto w ostatnich latach zauważa się wzrost współczynnika aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym: w 2007 r. wynosił on - 22,6%, w 2008 r. – 23,9%, w 2009 r. - 24,6%, w 2010 r. - 25,9%, a w 2011 r. osiągnął poziom 26,4%. Udział pracujących wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w roku 2011 osiągnął wartość 22,3%. Wzrósł on w porównaniu z 2010 rokiem o 0,4 pkt. proc. Dla porównania w 2009 r. wynosił 21,4%, zaś w 2008 r. wynosił 20,8%, a w 2007 r. wynosił 19,4%.

Zacze wypisy najwyzszego stanu

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Igor Radziewicz-Winnicki

¹ Według wyników kwartalnego reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) prowadzonego przez GUS od 1992 roku. Należy zaznaczyć, że zbiorowość ta obejmuje wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie w wieku 16 lat i więcej, niezależnie od rodzaju posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź równoważnego (w zależności od rodzaju organu orzekającego).