

ANDRZEJ MARCINKIEWICZ  
WOJCIECH HANKE

## Antynomie opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce

### Pierwsza antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: wolność jednostki do samostanowienia vs. obligatoryjność opieki lekarskiej

W rozważaniach związanych z obowiązkowym charakterem badań lekarskich czy jakichkolwiek procedur medycznych kluczowymi stają się kwestie związane z prawami człowieka, w szczególności dotyczącymi wolności i zachowania prywatności [18]. Europejska Konwencja Praw Człowieka podkreśla, że prawem każdej osoby jest prawo do wolności i bezpieczeństwa, a także prawo do prywatności. Jednocześnie wyraźnie zaznaczone jest w tym dokumencie przyzwolenie na pewne ograniczenie tych wolności w sytuacjach wyższej konieczności, wynikającej m.in. z interesów bezpieczeństwa krajowego, bezpieczeństwa publicznego lub ochrony zdrowia innych osób [4]. Z powyższego wynika, że dopuszczalne jest nadanie obowiązkowego charakteru działaniom władz publicznych, które przyczyniają się do zwiększania „dobra publicznego”. Do takich działań można zaliczyć te, które są ukierunkowane np. na prewencję chorób zakaźnych. Zapisy Konwencji gwarantują prawo do prywatności oraz związane z nim prawo do swobody umów. Zatem państwo nie jest zobowiązane do zabronienia prywatnym podmiotom zawarcia umowy, która wprowadzałaby obowiązkowy charakter innych działań o charakterze medycznym, pod warunkiem spełniania przez te umowy kryteriów zasady niedyskryminacji [6]. Kwestie praw człowieka i swobód obywatelskich w odniesieniu do ochrony zdrowia (szeroko pojętej) to obszar, w którym istnieje możliwość wielorakiej interpretacji zapisów dokumentów poświęconych tej tematyce [5]. Obowiązkowe badania lekarskie stanowią narzędzie wykorzystywane przez firmy ubezpieczeniowe w celu weryfikacji stanu zdrowia osoby, w związku z okolicznościami powstałymi na skutek (możliwego) pogorszenia stanu zdrowia, uszkodzenia ciała lub innymi okolicznościami związanymi z kwestiami ubezpieczenia [22]. Obowiązkowy charakter badań lekarskich

w związku z pracą jest powszechny w wielu krajach europejskich. Podejścia systemów krajowych różnią się odnośnie do zakresu tych badań, populacji nimi objętej (wszyscy pracujący lub wybrane grupy zawodowe), jednak pewien zakres obowiązkowości w odniesieniu do badań lekarskich pracowników istnieje [20].

W Polsce na mocy artykułu 65 pkt 1 Konstytucji każdemu obywatelowi zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy [7]. Dopuszczono jednak od tej zasady wyjątki ustawowo określone w Kodeksie pracy [14]:

- na mocy art. 43 pkt 2) pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy pracownikowi, któremu brakuje nie więcej niż 4 lata do osiągnięcia wieku emerytalnego, pomimo że okres zatrudnienia umożliwia mu uzyskanie prawa do emerytury z osiągnięciem tego wieku, jeżeli wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania;
- zgodnie z art. 229 § 4 pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W obu wymienionych przypadkach wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy może zostać ograniczona przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych pracowników, jeśli w wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy orzeknie, że wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych kandydat do pracy lub pracownik jest niezdolny do wykonywania/podjęcia pracy na określonym stanowisku lub utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy.

Natomiast obligatoryjność poddawania się badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym wszystkich pracowników, niezależnie od stanowiska i charakteru narażeń zawodowych, zatrudnianych w oparciu o przepisy Kodeksu pracy, poza cytowanym art. 229 § 4, wynika z art. 229 § 1, 1<sup>1</sup>, 1<sup>2</sup> oraz § 2 [14].

## Druga antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: ambiwalencja współpracy (szczerości) pacjenta z lekarzem medycyny pracy: przyznanie się do niektórych schorzeń w określonych narażeniach może poprawić stan zdrowia i bezpieczeństwo w miejscu pracy, ale wiąże się też z obawą negatywnej opinii lekarskiej o możliwości kontynuowania lub podjęcia takiej pracy

Obligatoryjność badań wstępnych, okresowych i kontrolnych prowadzi do zasadniczej różnicy pomiędzy poradą u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego specjalisty a u lekarza medycyny pracy. Badania profilaktyczne pracowników są formą wymuszonej administracyjnie wizyty lekarskiej. Dla pacjenta ich głównym celem nie jest potrzeba uzyskania pomocy w związku z problemami zdrowotnymi, lecz otrzymanie wymaganego przez pracodawcę orzeczenia lekarskiego.

Do tego w trakcie badania oceniającego zdolność do pracy, w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w stanie zdrowia, pacjent raczej nie uzyska pomocy terapeutycznej, ale oprócz orzeczenia lekarskiego może co najwyżej zostać skierowany do lekarza podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej. Ocenia się, że zbyt rzadko wydawane są porady dotyczące dalszego postępowania profilaktycznego, diagnostycznego czy terapeutycznego. W znacznej mierze wynika to z rozwiązań systemowych, gdyż lekarze medycyny pracy nie mogą występować o kontrakty z NFZ ani chociażby kierować do lekarzy specjalistów na konsultacje diagnostyczne i leczenie finansowane ze środków publicznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego [11].

W konsekwencji pacjent może nie być zainteresowany ujawnianiem swoich dolegliwości lekarzowi medycyny pracy podczas badań oceniających zdolność do pracy z obawy, że szczerzy opis problemów zdrowotnych i niesprawności może rzutować na treść wydanego orzeczenia i tym samym uniemożliwić mu podjęcie bądź wykonywanie pracy zarobkowej.

### Trzecia antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: nierozwiązany problem skutecznego wczesnego wykrywania i wdrażania leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i hipercholesterolemii a brak wykorzystania w tym zakresie już funkcjonujących rozwiązań prawno-organizacyjnych – czyli systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi

Przemiany społeczno-ekonomiczne oraz tendencje demograficzne wskazują potrzebę prowadzenia działań umożliwiających bezpieczną i uwzględniającą odpowiednią jakość zdrowia długą aktywność zawodową. W tym kontekście, obok starzenia się populacji pracującej, szczególną uwagę zwracają choroby cywilizacyjne, które ze względu na duże rozpowszechnienie oraz niedostateczną kontrolę wywierają znaczący wpływ na wykonywanie pracy.

Dane epidemiologiczne wskazują, że problemem nie tylko polskim, ale ogóln światowym, obok niezadowalającej wykrywalności nadciśnienia tętniczego, jest wysoka częstość jego nieskutecznego leczenia [23]. Biorąc pod uwagę, że wśród przyczyn takiego stanu wymienia się czynniki związane zarówno z samym pacjentem, jak i jego lekarzem, postulowana jest potrzeba wypracowania skutecznej polityki prewencji chorób układu krążenia, w tym programów poprawiających wykrywalność oraz wspierających długoterminowe przestrzeganie zasad terapii [24]. Analogicznie wskazywany jest problem niedostatecznej wykrywalności cukrzycy, nieadekwatnej w stosunku do możliwości, jakie daje dostępne, proste do przeprowadzenia i tanie badanie przesiewowe (pomiar glikemii na czczo). Jednym z kluczowych powodów zbyt dużej liczby nierozpoznanych przypadków tych chorób będzie nieskuteczna organizacja systemu ochrony zdrowia, który powinien zapewniać wielowymiarowe, skuteczne rozwiązania w tym zakresie (organizacyjne, prawne, finansowe czy edukacyjne). Sytuację dodatkowo utrudnia bierne zachowanie pacjentów, nawet gdy system oferuje im bezpłatne

programy prewencyjne. Zgłaszają się bowiem do lekarza w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, kontynuacji leczenia lub w celach orzecznicych. Natomiast jeśli nie mają dolegliwości, niechętnie kontrolują swój stan zdrowia, o czym świadczy np. niesatysfakcjonujący udział w oferowanych przez system bezpłatnych programach profilaktycznych [12].

Poszukując efektywnych rozwiązań organizacyjnych, warto zwrócić uwagę na już funkcjonujące elementy krajowych systemów ochrony zdrowia, jak te dotyczące opieki medycznej nad pracującymi. Wpisywać się to będzie w strategię Unii Europejskiej [1], zgodnie z którą zarówno narodowe, jak i unijne polityki powinny wspomagać tworzenie miejsc pracy i służb zdrowia pracujących, dążąc do sytuacji, w której praca zawodowa poprawia stan zdrowia i poczucie dobrostanu jednostek, a w konsekwencji polepsza ogólne zdrowie populacji.

W tym kontekście niepowtarzalną możliwość prowadzenia skutecznej profilaktyki chorób cywilizacyjnych powinna stwarzać organizacja polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących, w którym należałoby wykorzystać takie jego cechy, jak obligatoryjność, cykliczność i powszechność. Opisany już wyżej obowiązek wykonywania badań pracowników wynika z Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca nie może dopuścić do wykonywania czynności zawodowych pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Cykliczność badań pracowników wynika z konieczności wskazania na orzeczeniu lekarskim określającą zdolność do pracy terminu kolejnego, obowiązkowego badania okresowego oraz z zasady zachowania ciągłości opieki. Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania profilaktyczne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie trwającej co najmniej rok pisemnej umowy zawieranej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy [13]. Za powszechnością tego systemu przemawia wykonywanych corocznie ponad 5 mln obligatoryjnych badań pracowników, którym podlega populacja ponad 10,6 mln osób w wieku produkcyjnym [8].

Te trzy wymienione wyżej cechy systemu ochrony zdrowia pracujących powinny stanowić kluczową wartość dla działań prewencyjnych: do lekarza medycyny pracy muszą zgłaszać się osoby z powodów administracyjnych, a nie w związku z już manifestującymi się dolegliwościami. W efekcie należałoby wykorzystać możliwość podejmowania działań prewencyjnych na wczesnym etapie zaburzeń zdrowotnych u osób niekorzystających na co dzień z opieki zdrowotnej. Natomiast cykliczność obowiązkowych badań, poprzez możliwość wywierania presji na pacjencie wynikającej z wyznaczenia obowiązkowego badania kontrolnego, powinna pozwolić na skuteczniejsze propagowanie prozdrowotnego stylu życia i stosowania się do zaleceń lekarskich.

W związku z powyższym brak zaangażowania systemu obligatoryjnej opieki profilaktycznej nad pracownikiem w prewencję chorób przewlekłych należy traktować jako niewykorzystaną szansę na działania wspierające poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a także jako utracone korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

## Czwarta antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: wykorzystanie obligatoryjnych badań pracowników do wykrywania chorób – wykrycie nieuświadomionego dotychczas schorzenia to z jednej strony szansa na poprawę stanu zdrowia pracownika, ale z drugiej to ryzyko dla pracownika utraty dotychczasowej pracy lub zatrudnienia w nowej po wykryciu choroby

Opisana wyżej druga i trzecia antynomia prowadzą wspólnie do czwartej. Pracownik zgłasza się na obligatoryjne badania profilaktyczne w poczuciu zdrowia, oczekując jedynie potwierdzenia tego stanu w orzeczeniu lekarskim. Jeśli niejako przy okazji wychwycona zostanie nieuświadomiona wcześniej choroba na etapie, w którym jeszcze nie demonstrują się dolegliwości, a odchylenia od stanu prawidłowego widoczne są jedynie w wynikach badań laboratoryjnych, obrazowych czy czynnościowych, to pojawia się szansa na odpowiednio wczesne zareagowanie, a tym samym ograniczenie powikłań wynikających z rozwoju choroby. Oprócz tej niewątpliwej korzyści z odpowiednio wczesnego wykrycia choroby pacjent może też ponieść negatywne dla niego skutki, jak otrzymanie orzeczenia o przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia interesującej go pracy lub kontynuowania dotychczasowej, ewentualnie orzeczenia ograniczającego możliwość wykonywania określonych czynności zawodowych albo skrócenie terminu ważności orzeczenia i tym samym zwiększenie częstotliwości obligatoryjnych wizyt kontrolnych. W konsekwencji może nie być zainteresowany korzystaniem z ponadstandardowych badań przesiewowych, a jedynie minimalnym zakresem badań, określonym w rozporządzeniu z 1996 r. w sprawie badań profilaktycznych pracowników [15].

Należy mieć, jednakże świadomość, że możliwość przypadkowego wykrycia nieprawidłowości w stanie zdrowia jest często uzależniona od rodzaju wykonywanej pracy i występujących na danym stanowisku pracy czynników szkodliwych, niebezpiecznych i uciążliwych. Zakres badania jest bowiem ukierunkowany nie na kompleksową ocenę stanu zdrowia, ale na ocenę tych układów i narządów, które są krytyczne dla występujących w pracy zagrożeń (zakres wymaganych badań dodatkowych uzależniono od zawodowych czynników szkodliwych i uciążliwych oraz ściśle określono we wskazówkach metodycznych do badań profilaktycznych, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej) [11, 15].

## Piąta antynomia opieki profilaktycznej nad pracującymi w Polsce: cykliczność obowiązkowych badań – to szansa na poprawę *adherence* (stosowania się do zaleceń lekarskich) i wpływ na inercję terapeutyczną lekarzy prowadzących, z drugiej brak przepływu informacji (lub jednokierunkowy przepływ) pomiędzy lekarzami medycyny pracy a lekarzami POZ lub specjalistami prowadzącymi leczenie pacjenta

Badania pracowników poprzez ich obligatoryjność i cykliczność mogą pozytywnie wpłynąć na skuteczność profilaktyki wtórnej chorób cywilizacyjnych, szczególnie w efekcie wywieranej presji zarówno na samych pacjentach, jak i na prowadzących ich leczenie lekarzach.

Z jednej strony bowiem, w związku z koniecznością uzyskania orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kontynuowania czynności zawodowych, pracownicy zmuszeni są ponownie zgłosić się na badanie okresowe w skróconym terminie i wykonać się zastosowaniem do zaleconych działań. W konsekwencji daje to szansę wpływu na uznane czynniki ryzyka nieprzestrzegania zaleceń lekarskich leżące po stronie pacjenta, jak niski poziom edukacji, negowanie stopnia zaawansowania choroby, opuszczanie wizyt kontrolnych czy brak wytrwałości w przyjmowaniu leków i kontroli parametrów choroby [19]. Ta hipoteza potwierdziła się w badaniu 1 010 pracowników, wśród których tylko 11% nie zastosowało się do zaleceń lekarza medycyny pracy zweryfikowanych podczas następnego, obligatoryjnego badania okresowego [10]. Dla porównania znacznie większy odsetek braku współpracy ze strony pacjenta odnotowano wśród 4635 pacjentów POZ z nadciśnieniem, gdzie pomimo zaleceń jedynie 45% systematycznie mierzyło ciśnienie tętnicze w warunkach domowych, natomiast 57,8% regularnie przychodziło na wizyty kontrolne [3].

Z drugiej strony należy wziąć pod uwagę pewną formę nacisku wywieranego na lekarzu POZ, do którego był kierowany pacjent celem dalszej diagnostyki, decyzji dotyczącej utrzymania lub modyfikacji terapii oraz przekazania zwrotnej informacji o podjętych krokach. Świadomość weryfikacji podejmowanych działań terapeutycznych przez innego lekarza może stanowić skuteczną motywację do wdrożenia skuteczniejszej diagnostyki, leczenia i jego ewaluacji. Tym samym może okazać się efektywnym narzędziem do walki z inercją terapeutyczną rozumianą jako brak intensyfikacji leczenia mimo ewidentnie złej kontroli ciśnienia tętniczego i traktowaną jako jedna z przyczyn niezadowolających efektów leczenia nadciśnienia tętniczego [2, 17]. W cytowanym badaniu pracowników lekarze POZ dokonali korekty leczenia u 85% chorych z nieprawidłowymi pomiarami BP, którzy musieli jeszcze powrócić ponownie do lekarza medycyny pracy [10]. Tymczasem w badaniu POSTER jedynie u 37% chorych ze źle kontrolowanym HA stwierdzono modyfikację terapii hipotensyjnej w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających badanie [2].

Dyskutując możliwości systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami, należy pamiętać o ograniczeniach badań okresowych: ich celem jest wydanie orzeczenia lekarskiego o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy, a nie podjęcie leczenia wykrytych lub niewłaściwie kontrolowanych

schorzeń. Nie zmienia to jednak faktu, że w razie stwierdzenia u pracownika nieuświadomionej lub niewłaściwie kontrolowanej choroby, czy nawet występowania samych czynników ryzyka chorób, lekarz medycyny pracy powinien zainicjować proces interwencji zmierzającej do modyfikacji tych czynników oraz do jednoznacznego określenia stanu zdrowia i wdrożenia skutecznej terapii. Taka interwencja prozdrowotna może i powinna być kontynuowana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem możliwości, jakie daje obligatoryjny system opieki profilaktycznej nad pracownikami. Dzięki temu jej skuteczność może być kontrolowana przy okazji kolejnych badań okresowych, tym samym zwiększając szansę na poprawę *adherence*, czyli przestrzegania zaleceń terapeutycznych [21].

Warunkiem efektywnej współpracy profilaktycznej pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a służbą medycyny pracy będzie ich wzajemna, konsekwentna i wyczerpująca komunikacja [9]. Obecnie obserwuje się jednak znaczące niedostatki w tym zakresie. Jednokierunkowa informacja od lekarza POZ przekazywana jest zwykle za pośrednictwem pacjenta po udzieleniu mu zwolnienia lekarskiego przekraczającego 30 dni, w dodatku w lapidarnej formie o zakończeniu leczenia lub o odzyskaniu zdolności do pracy. Lekarz medycyny pracy do wydania decyzji orzeczniczej potrzebuje szerszej informacji o stanie zdrowia, w tym o zastosowanym leczeniu oraz ewentualnych ograniczeniach do wykonywania określonych czynności [16]. Jednym z powodów istniejących trudności w wymianie informacji może być brak sformalizowanych form komunikacji, gdyż określone w prawodawstwie wzory zaświadczeń dotyczące czasowej niezdolności do pracy (ZUS ZLA) lub informacji o ciąży (Mz/L-1) docelowo przeznaczone są dla pracodawców, a nie lekarzy [14, 15]. Wyzwaniem będzie więc uświadomienie potrzeby współpracy lekarzom zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i służby medycyny pracy, a także wypracowanie form komunikacji pomiędzy nimi, wskazując na wymierne korzyści nie tylko dla obu stron, ale także, a może przede wszystkim, dla samego pacjenta-pracownika. Lekarze POZ powinni mieć rzetelne informacje o rodzaju aktywności zawodowej swojego pacjenta, w tym o występujących na stanowisku pracy czynnikach szkodliwych i uciążliwych mogących mieć niekorzystny wpływ na jego zdrowie bądź na efektywność wdrażanej terapii. Lekarze służby medycyny pracy powinni mieć możliwość uzyskania wiarygodnej informacji o stanie zdrowia pracownika, szczególnie w przypadku wątpliwości orzeczniczych, gdy pacjent może ukrywać lub nie być świadomym ograniczeń zdrowotnych mogących mieć kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pracy wymagającej odpowiedniego stanu zdrowia (np. cukrzyca z ciężkimi epizodami hipoglikemii, padaczka, zawroty głowy, epizody utraty przytomności o nieustalonej przyczynie, itp.).

## Bibliografia

- [1] Baranski B., Vaandrager L., Martimo K. P., Baart P., *Workplace health in the public health perspective: policy requirements and performance indicators for good practice in health, environment, safety and social management in enterprises (GP HESSME)*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. [dokument elektroniczny] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107463/E78318.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 12.01.2021].
- [2] Czarnecka D., Stolarz-Skrzypek K., Bednarski A., Wilkins A., *Therapeutic strategies in poorly controlled hypertension in outpatient setting in Poland – POSTER study*, *Folia Cardiologica*, 2015, t. 10, nr 4, s. 242-248. doi: 10.5603/FC.2015.0045
- [3] Dziwura-Ogonowska J., Hajduk A., Miazgowski T., Tykarski A., Widecka K., *Wpływ edukacji na poprawę skuteczności terapeutycznej u chorych z nadciśnieniem tętniczym stosujących złożone preparaty hipotensyjne*, *Nadciśnienie Tętnicze*, 2013, t. 17, nr 4, s. 314-321.
- [4] *The European Convention on Human Rights*, [dokument elektroniczny] [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf) [dostęp: 12.01.2021].
- [5] The impact of technology on human rights: global case-studies, ed. C.G. Weeramantry. The United Nations University, 1993 [dokument elektroniczny] <http://archive.unu.edu/unupress/unupbooks/uu08ie/uu08ie00.htm#Contents> [dostęp: 12.01.2021].
- [6] *International Covenant on Civil and Political Rights*, [dokument elektroniczny] <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr.pdf> [dostęp: 12.01.2021].
- [7] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, *Dziennik Ustaw*, 1997, poz. 483.
- [8] Marcinkiewicz A., *Zasoby i działalność jednostek służby medycyny pracy w Polsce: analiza obligatoryjnej sprawozdawczości za lata 2014-2018*, *Medycyna Pracy*, 2020, t. 71, nr 4, s. 429-440. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00982>
- [9] Marcinkiewicz A., Jankowska-Zduńczyk A., Lewek P., Wiszniewska M., Lipińska-Ojrzanowska A., Walusiak-Skorupa J., *Wzmocnienie współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i służby medycyny pracy realną szansą na poprawę skuteczności działań profilaktycznych*, *Medycyna Rodzina*, 2017, t. 20, nr 4, s. 290-296.
- [10] Marcinkiewicz A., Plewka M., Hanke w., Kałużny P., Wiszniewska M., Lipińska-Ojrzanowska A., Walusiak-Skorupa J., *Is it possible to improve compliance in hypertension and reduce therapeutic inertia of physicians by mandatory periodical examinations of workers?* *Kardiologia Polska*, 2018, t. 76, nr 3, s. 554-559. doi: 10.5603/KP.a2017.0250
- [11] Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke w., Rydzyński K., *Wyzwania medycyny pracy wobec narastającego problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce*, *Medycyna Pracy*, 2016, t. 67, nr 5, s. 691-700. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00416>
- [12] Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych*, 27 października 2015 [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/063/LWR/> [dostęp: 12.01.2021].
- [13] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2018, poz. 1155.
- [14] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2020, poz. 1320.
- [15] *Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy*, *Dziennik Ustaw*, 2016, poz. 2067.
- [16] Pałczyński C., Rybacki M., Walusiak-Skorupa J., *Problemy związane z medycyną pracy w praktyce lekarskiej (cz. II)*, *Medycyna Pracy*, 2013, nr 4, s. 114-117.
- [17] Polakowska M., Piotrowski w., Włodarczyk P., Broda G., Rywik S., *Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych – badanie PENT. Część I. Charakterystyka częstości i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego*, *Nadciśnienie Tętnicze*, 2002, t. 6, nr 3, s. 157-166.



- [18] *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, [dokument elektroniczny] [http://www.unesco.pl/fileadmin/user\\_upload/pdf/Powszechna\\_Deklaracja\\_Praw\\_Czlowieka.pdf](http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf) [dostęp: 12.01.2021].
- [19] Pruijm M., Schneider M. P., Burnie M., *Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension*, [w:] European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Update on Hypertension Management 2011; 12: No 7R, s. 13-14.
- [20] Sakowski P., Marcinkiewicz A., *Health promotion and prevention in occupational health systems in Europe*, International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 2019, vol. 32, nr 3, s. 353-361. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01384
- [21] Vrijens B., De Geest S., Hughes D. A., Kardas P., Demonceau J., Ruppard T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszyk M., Mshelia C., Clyne w., Aronson J. K., Urquhart J., *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*, British Journal of Clinical Pharmacology, 2012. Vol. 73, nr 5, s. 691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- [22] *What is a compulsory medical examination (CME)?* [dokument elektroniczny] <https://www.dolmanlaw.com/faqs/what-is-a-compulsory-medical-examination-cme/> [dostęp: 12.01.2021].
- [23] Zdrojewski T., *Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie*, Postępy Nauk Medycznych, 2011, nr s3, s. 4-10.
- [24] Zdrojewski T., Ignaszewska-Wyrzykowska A., Wierucki Ł., Januszko w., Szpajer M., Krupa-Wojciechowska B., Wyrzykowski B., *Modelowy projekt prewencji chorób układu krążenia na przykładzie doświadczeń Programu SOPKARD. Część pierwsza*, Choroby Serca i Naczyń, 2004, t. 1, nr 2, s. 115-129.