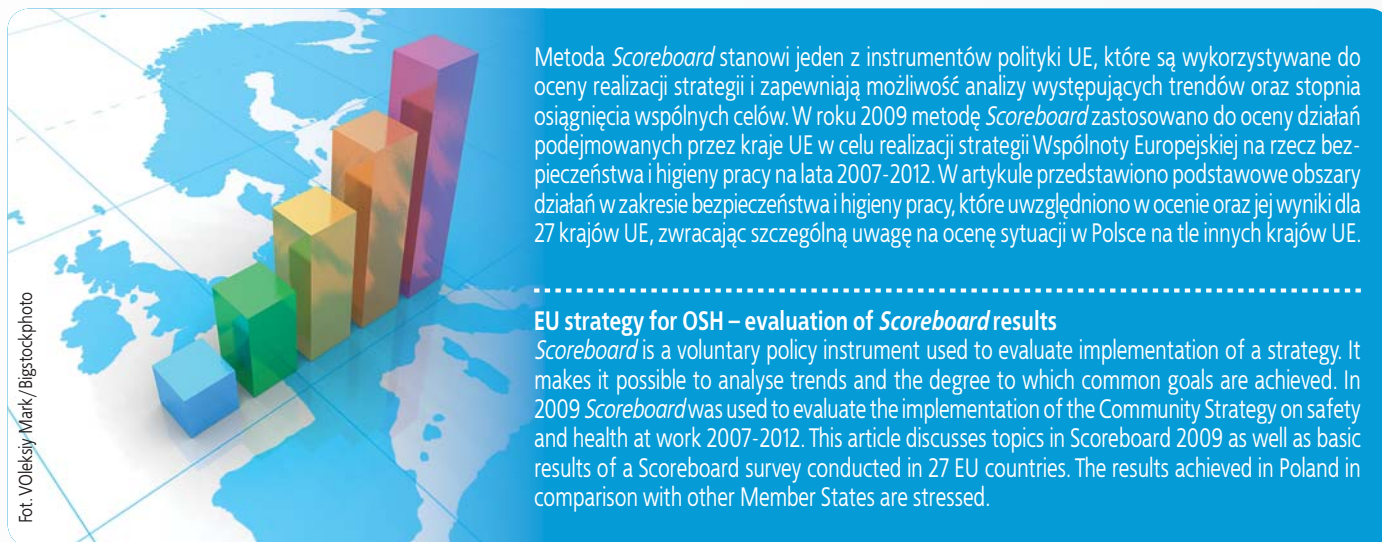


Strategia UE na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy – ocena wyników metodą *Scoreboard*



Fot. VOLEKSIY MARK / Bigstockphoto

Metoda *Scoreboard* stanowi jeden z instrumentów polityki UE, które są wykorzystywane do oceny realizacji strategii i zapewniają możliwość analizy występujących trendów oraz stopnia osiągnięcia wspólnych celów. W roku 2009 metodę *Scoreboard* zastosowano do oceny działań podejmowanych przez kraje UE w celu realizacji strategii Wspólnoty Europejskiej na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012. W artykule przedstawiono podstawowe obszary działań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, które uwzględniono w ocenie oraz jej wyniki dla 27 krajów UE, zwracając szczególną uwagę na ocenę sytuacji w Polsce na tle innych krajów UE.

EU strategy for OSH – evaluation of *Scoreboard* results

Scoreboard is a voluntary policy instrument used to evaluate implementation of a strategy. It makes it possible to analyse trends and the degree to which common goals are achieved. In 2009 *Scoreboard* was used to evaluate the implementation of the Community Strategy on safety and health at work 2007-2012. This article discusses topics in *Scoreboard* 2009 as well as basic results of a *Scoreboard* survey conducted in 27 EU countries. The results achieved in Poland in comparison with other Member States are stressed.

Wstęp

Metoda *Scoreboard* jest jednym z najważniejszych i najlepszych instrumentów polityki UE, wykorzystywanych do oceny realizacji strategii ustanawianych przez Wspólnotę. Narzędzie to zapewnia m.in. możliwość analizy trendów i stopnia osiągnięcia wspólnych celów państw członkowskich [1]. W 2007 r., po przyjęciu wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012 pn. „Podniesienie wydajności i jakości w pracy” [2], podjęto decyzję o opracowaniu metody do oceny polityk i działań wdrażanych w krajach UE dla osiągnięcia określonych w tej strategii celów.

W artykule przedstawiono podstawowe założenia metody *Scoreboard* oraz wyniki jej zastosowania do oceny działań w zakresie bhp w krajach UE, przeprowadzonej na zlecenie Komisji Europejskiej. Wyniki tej oceny stanowią jedno z najważniejszych źródeł informacji, które może być wykorzystane zarówno do oceny sytuacji w zakresie wdrażania aktualnej strategii, jak i do przygotowania kolejnej strategii europejskiej na rzecz bhp.

Konstrukcja metody *Scoreboard*

Scoreboard w swym założeniu miał umożliwić monitorowanie postępu oraz tendencji w zakresie bhp w poszczególnych krajach UE oraz wspomagać ocenę i rozwój działań związanych z wdrażaniem strategii, podejmowanych na poziomie krajowym.

Projektując metodę założono zatem [3], że powinna ona być jak najprostsza, dzięki czemu możliwie byłoby zbieranie informacji o kierunkach zmian i wynikach w poszczególnych krajach członkowskich. Co więcej, *Scoreboard* miał być postrzegany jako dodatkowe, uzupełniające narzędzie w stosunku do funkcjonujących już systemów raportowania, gdyż z zasady ocena tą metodą obejmie tylko część działań podejmowanych przez poszczególne kraje i nie zapewni ich pełnego obrazu.

Uwzględniając przyjęte założenia, Techniczna Grupa Robocza ds. *Scoreboardu*, powołana przez Komitet Doradczy Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (*Advisory Committee on Safety and Health at Work – ACSH*) wybrała obszary, na których należy się skoncentrować przeprowadzając ocenę metodą *Scoreboard*. Są to: statystyka, strategię krajowe, wypadki przy pracy, problemy zdrowotne i choroby związane z pracą, czynniki chemiczne oraz potencjał prewencyjny, obejmujący takie zagadnienia, jak inspekcja pracy, partnerstwo i współpraca, rozwój potencjału prewencyjnego na poziomie przedsiębiorstwa i badania naukowe. W odniesieniu do każdego z nich określono zagadnienia istotne z punktu widzenia oceny i sformułowano pytania, służące pozyskaniu od krajów członkowskich UE potrzebnych informacji.

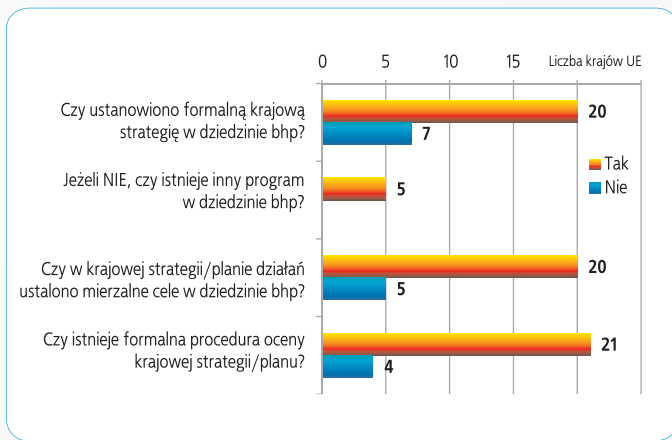
W 2009 r. zostało przeprowadzone badanie pilotażowe, w którym wzięły udział wszystkie kraje UE. Badanie obejmowało rezultaty osiągnięte do 2008 r., który był końcowym rokiem oceny.

Wyniki oceny działań podejmowanych w celu wdrożenia strategii UE na rzecz bhp Statystyka

Ocena krajowych statystyk w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia pracujących obejmuje następujące zagadnienia:

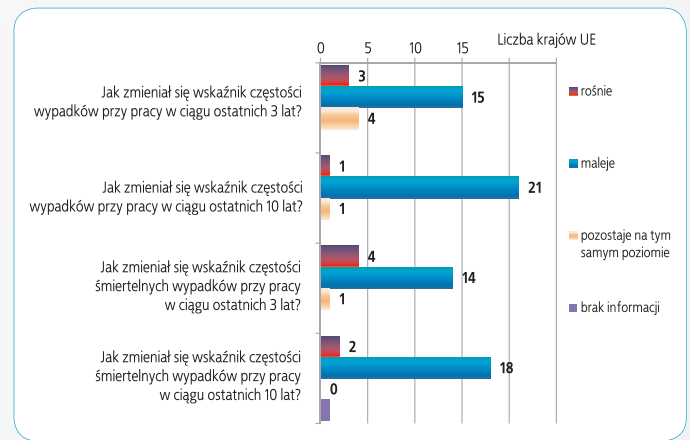
- rejestrowanie danych o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych
- poziom zharmonizowania krajowych statystyk wypadków przy pracy i chorób zawodowych ze statystykami Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostatu), z uwzględnieniem przyjętych na poziomie europejskim metodologii (dla wypadków przy pracy *ESAW – European Statistics on Accidents at Work*, a dla chorób zawodowych *EODS – European Occupational Diseases Statistics*), a także, jeżeli statystyki nie są zharmonizowane, planów dotyczących ich harmonizacji.

W Polsce zasady prowadzenia statystyk dotyczących wypadków przy pracy są w pełni zgodne z europejskimi, zarówno w zakresie danych dotyczących pracodawcy i poszkodowanego, jak i okoliczności i przebiegu samego wypadku, a harmonizacja statystyk w zakresie rejestrowania informacji dotyczących przebiegu wypadku jest końcowym etapem ich dostosowywania do metodologii *ESAW*. Statystyki w zakresie chorób zawodowych są całkowicie zbieżne metodologicznie w 10 krajach UE (w tym w Polsce), natomiast w części – w 13 krajach [4, 5].



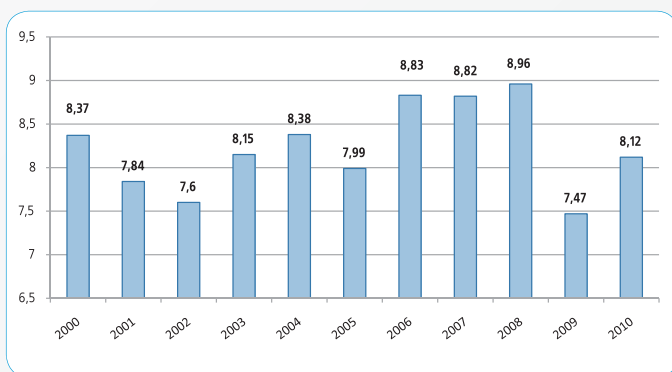
Rys. 1. Liczba krajów UE, które udzieliły odpowiedzi „Tak” lub „Nie” na pytania dotyczące krajowych strategii w zakresie bhp

Fig. 1. The number of EU countries which answered “Yes” or “No” to questions on national OSH strategies



Rys. 2. Liczba krajów UE, w których obserwowane są określone tendencje zmian wskaźników wypadków przy pracy

Fig. 2. The number of EU countries with different trends in occupational accident rates



Rys. 3. Wskaźniki częstości wypadków przy pracy ogółem w Polsce w latach 2000 – 2010 (źródło: CIOP-PIB, na podst. danych GUS)

Fig. 3. Occupational accident rates in Poland in 2000 – 2010 (source: CIOP-PIB on the basis of Central Statistical Office data)



Rys. 4. Liczba krajów UE, w których wykorzystywane są różne źródła informacji o dolegliwościach układu mięśniowo-szkieletowego

Fig. 4. The number of EU countries in which different sources of information on musculoskeletal disorders are used

Strategie krajowe

Ogólną sytuację w zakresie ustanawiania krajowych strategii na rzecz bhp w krajach UE obrazuje rys. 1.

Polski nie ma w grupie 20 krajów UE, które do 2008 r. w sposób formalny ustanowiły krajowe strategie w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Nie jest to jednak równoznaczne z brakiem programów działań długoterminowych, które, podobnie jak strategie, określają dalekosiężne cele i służą ich realizacji. Dzięki ustanowieniu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, koordynowanego przez CIOP-PIB, Polska należy do tych krajów UE, w których realizowane są działania na rzecz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w horyzoncie czasowym dłuższym niż 3 lata. Programy takie mogą być traktowane jako krajowe strategie na rzecz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, a zasady ich ustanawiania odpowiadają praktykom stosowanym w tym zakresie w innych krajach UE – są przyjmowane na szczeblu rządowym, w porozumieniu z partnerami społecznymi [4, 5].

Cele polskiego programu wieloletniego sformułowano w kategoriach ilościowych, podobnie jak w przypadku strategii ustanowionych w 19 innych krajach UE. Działania związane z wdrażaniem wyników programu w Polsce są realizowane zarówno przez

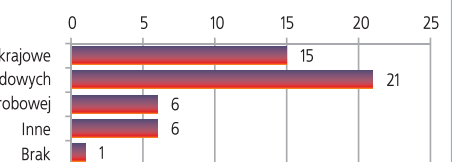
organy administracji państwowej, jak i partnerów społecznych (podobnie jak w 19 innych krajach UE).

Wskaźniki wypadków przy pracy

W celu stwierdzenia, czy prowadzone działania prewencyjne powodują poprawę stanu bezpieczeństwa, oceniane są zmiany wskaźników częstości wypadków przy pracy (ogółem i śmiertelnych) na przestrzeni ostatnich 10 lat, a także, dodatkowo, ostatnich 3 lat. W większości krajów UE wskaźniki częstości wypadków przy pracy w ciągu ostatnich 10 lat uległy zmniejszeniu – w kategorii wypadków przy pracy ogółem dotyczy to 21 krajów (rys. 2.), [4, 5].

Polska należy do tych krajów, w których trudno jest mówić o wyraźnych trendach w odniesieniu do wskaźników wypadków przy pracy ogółem w ciągu ostatnich 10 lat. Dodatkowo, z analizy trendów w okresie trzyletnim wynika, że w latach 2006-2008, których dotyczyła ocena, tylko w 3 krajach UE, w tym w Polsce, odnotowano wzrost wskaźników wypadków przy pracy ogółem. Powtórna ocena dla okresu trzyletniego, przeprowadzana w naszym kraju z uwzględnieniem danych z 2009 r. wykazuje, że w latach 2007-2009 nie odnotowano wyraźnych trendów, co mogłoby świadczyć o pewnej poprawie sytuacji. Jednak w kolejnym, 2010 r., wskaźniki wypadków ponownie wzrosły (rys. 3.).

Jakie źródła danych o dolegliwościach mięśniowo-szkieletowych związanych z pracą są dostępne?



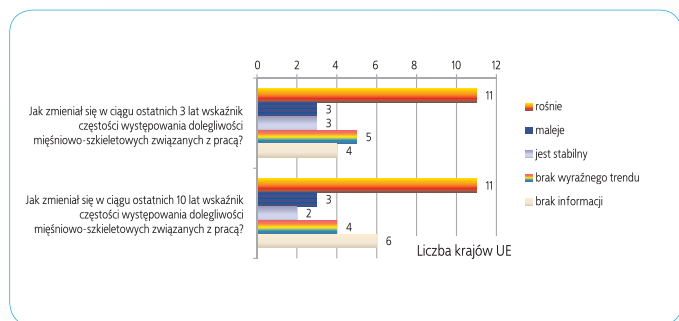
Wskaźnik wypadków śmiertelnych uległ wprawdzie w ciągu ostatnich 10 lat w naszym kraju zmniejszeniu, lecz w okresie 2006-2010 trudno jest stwierdzić jednoznaczną tendencję malejącą. Podobny rezultat otrzymujemy w stosunku do oceny w okresie trzyletnim, bez względu na to, czy końcowym rokiem oceny jest 2008, czy też 2010. W 18 innych krajach UE stwierdzono stałe zmniejszenie się wartości wskaźnika wypadków śmiertelnych w ciągu ostatnich 10 lat, a w 14 – również w latach 2006-2008.

A zatem, w porównaniu z większością krajów UE obserwowane w naszym kraju trendy – zarówno w odniesieniu do wypadków przy pracy ogółem, jak i do wypadków śmiertelnych – można uznać za niezadowolające.

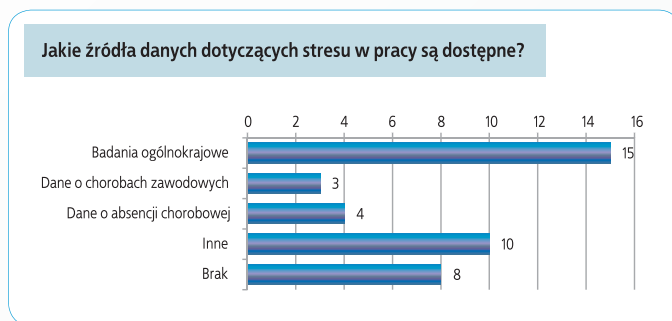
Problemy zdrowotne i choroby związane z pracą

Przedmiotem oceny są tu dwa występujące najczęściej w krajach UE problemy zdrowotne: choroby układu mięśniowo-szkieletowego i stres związany z pracą. Pod uwagę brana jest m.in. dostępność różnych źródeł informacji dotyczących tych problemów, a także zmiany w częstości ich występowania w ciągu ostatnich 3 i 10 lat.

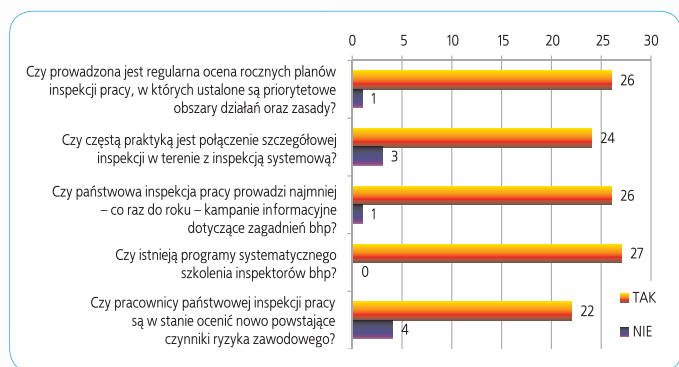
W Polsce, podobnie jak w 20 innych krajach UE, dostępne są dane statystyczne dotyczące chorób zawodowych, wśród nich chorób układu mięśniowo-



Rys. 5. Liczba krajów UE, w których odnotowano różne tendencje zmian wskaźnika częstości występowania chorób układu mięśniowo-szkieletowego związanych z pracą
 Fig. 5. The number of EU countries with different trends in work-related musculoskeletal disorders



Rys. 6. Liczba krajów UE wykorzystujących różne źródła w celu uzyskania informacji o występowaniu stresu w pracy
 Fig. 6. The number of EU countries in which different sources of information on stress at work are used



Rys. 7. Liczba krajów UE, które udzieliły odpowiedzi na pytania dotyczące działań inspekcji pracy
 Fig. 7. The number of EU countries which answered to questions on the activities of labour inspections



Rys. 8. Liczba krajów UE, w których w formułowaniu strategii prewencyjnych biorą udział partnerzy społeczni i inne instytucje
 Fig. 8. The number of EU countries in which social partners and other institutions take part in developing strategies of prevention

wo-szkieletowego. Dodatkowych informacji o tych dolegliwościach dostarczają badania naukowe, a także wyniki badania modułowego „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą”, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w II kwartale 2007 r., które jednak było badaniem jednorazowym, niepozwalającym na analizę zmian sytuacji w czasie. W związku z tym zmiany wskaźnika częstości występowania w Polsce dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego w okresie dziesięcio- i trzyletnim zostały ocenione na podstawie danych o chorobach zawodowych. W 15 innych krajach UE są dodatkowo dostępne dane z krajowych badań ankietowych, przeprowadzanych okresowo wśród osób pracujących (rys. 4.), [4, 5].

Liczba stwierdzanych w ciągu roku w Polsce przewlekłych chorób zawodowych układu ruchu zmalała prawie 2,5-krotnie w ciągu ostatnich 10 lat. Podobnie oceniono sytuację w dwóch innych krajach UE, podczas gdy w 11 z nich zaobserwowano wzrost występowania dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego (rys. 5.), [4, 5].

Ocena przeprowadzana w Polsce w perspektywie 3 lat nie potwierdza trendu malejącego w zachorowaniach na zawodowe choroby układu ruchu: w 2008 r. nastąpił wzrost liczby tych chorób o 40% w stosunku do 2006 r. (podobnie jak w 10 innych krajach UE), zaś w roku 2009 r. liczba stwierdzonych chorób układu ruchu była mniejsza niż w 2008 r., jednak wciąż większa niż w 2007 r.

Informacje o występowaniu stresu związanego z pracą zbierane były w 15 krajach UE w ogólnokrajowych badaniach ankietowych (rys. 6.), [4, 5].

W Polsce źródłem informacji o stresie, depresji czy też niepokoju odczuwanych w związku z pracą mogą być badania naukowe oraz wspomniane badanie modułowe GUS.

Informacje o zmianach liczby osób odczuwających stres w pracy w okresie trzyletnim są dostępne w 14 krajach UE, z których 9 stwierdza wzrost liczby tych osób. Tylko w 1 kraju (Szwecja) liczba osób odczuwających stres w pracy zmalała w ciągu ostatnich 3 lat. W tych krajach UE, w których informacje na temat stresu związanego z pracą są zbierane, do działalności, w których pracujący najczęściej raportują jego występowanie, należą: edukacja, zdrowie i opieka społeczna, a także obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i powszechne ubezpieczenie zdrowotne [4, 5].

Czynniki chemiczne

Przy ocenie działań w odniesieniu do zagrożeń stwarzanych przez czynniki chemiczne brane są pod uwagę w szczególności:

- funkcjonowanie krajowego systemu monitorowania narażenia zawodowego na czynniki chemiczne
- funkcjonowanie krajowego systemu monitorowania zmian zachorowalności i śmiertelności wskutek chorób powodowanych narażeniem zawodowym na czynniki chemiczne
- zmiany liczby nowych przypadków chorób spowodowanych narażeniem na czynniki chemiczne w pracy, a w szczególności chorób skóry, alergii, międybłoniaków i pylicy płuc w ciągu ostatnich 10 lat.

Polska należy do grupy 8 krajów UE, w których zbierane są dane o narażeniu na czynniki chemiczne (w 12 innych krajach są rejestrowane informacje o narażeniu na niektóre substancje) i do tych 15 krajów, w których jest monitorowana zachorowalność na choroby powodowane zawodowym narażeniem na substancje chemiczne oraz umieralność nimi powodowana [4, 5].

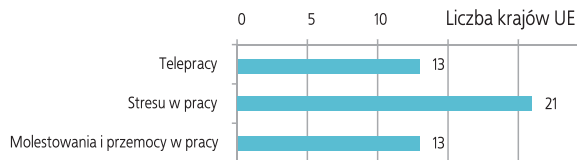
W ciągu ostatnich 10 lat odnotowano w Polsce wyraźną tendencję spadkową w zachorowalności na choroby skóry powodowane narażeniem zawodowym – od 1998 do 2009 r. liczba nowych przypadków tych chorób w ciągu roku zmalała ponad sześciokrotnie. Podobne zjawisko zaobserwowano w 7 innych krajach UE. Maleje również w naszym kraju liczba stwierdzanych rocznie przypadków nowych zachorowań na alergię (poza chorobami skóry) powodowane zawodowym narażeniem na czynniki chemiczne. Zapadalność na pylicę płuc w ostatnich latach nie ulega w Polsce istotnym zmianom, choć od roku 2007 dostrzec można tendencję spadkową liczby zarejestrowanych zachorowań. Istotnych zmian w tym zakresie nie stwierdza się w 8 innych krajach UE; natomiast poprawę sytuacji w odnotowano w 9 krajach [4, 5].

Potencjał prewencyjny

- Inspekcja pracy

Podstawowe zagadnienia uwzględniane przy ocenie działań inspekcji pracy oraz odpowiedzi krajów członkowskich UE na dotyczące ich pytania

Czy partnerzy społeczni podjęli istotne kroki na poziomie krajowym w celu wdrożenia dobrowolnych europejskich umów ramowych dotyczących:



Rys. 9. Liczba krajów, w których partnerzy społeczni podjęli działania w celu wdrożenia na poziomie krajowym dobrowolnych europejskich umów ramowych

Fig. 9. The number of EU countries in which social partners take steps to implement European voluntary agreements at the national level

pokazano na rys. 7. Polska należy do tych krajów, które na wszystkie pytania odpowiedziały „Tak” [4, 5].

• Partnerstwo i współpraca

W tym obszarze zwraca się uwagę na zaangażowanie partnerów społecznych oraz różnego rodzaju instytucji w opracowywanie strategii prewencji oraz na współpracę między nimi a władzami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo i ochronę zdrowia w pracy. W Polsce, podobnie jak w większości innych krajów UE, wśród instytucji uczestniczących w opracowywaniu strategii prewencji wymienić można, obok organów odpowiedzialnych za stan bhp, organizacje pracodawców, pracowników, a także inne organy rządowe i ubezpieczycieli (rys. 8.), [4, 5]. O stałym, sformalizowanym partnerstwie w tym zakresie można mówić przede wszystkim w odniesieniu do organów administracji państwowej, organizacji pracodawców i pracowników.

Oceniane są również działania partnerów społecznych, podejmowane w celu wdrożenia Europejskich Umów Ramowych (rys. 9.).

• Rozwój potencjału prewencyjnego na poziomie przedsiębiorstwa

Potencjał prewencyjny na poziomie przedsiębiorstwa jest oceniany z uwzględnieniem:

- liczby małych i średnich przedsiębiorstw spełniających obowiązek ustanowienia służb ochrony i zapobiegania zgodnie z Dyrektywą Ramową (89/391/EWG)
- wprowadzenia systemu kontroli jakości służb ochrony i zapobiegania
- wdrażania obowiązku oceny ryzyka zawodowego w przedsiębiorstwach
- edukacji i szkoleń w zakresie bhp
- bodźców ekonomicznych zachęcających do promowania bezpieczeństwa i ochrony zdrowia na poziomie przedsiębiorstwa
- promowania systemów zarządzania bhp przez inspekcję pracy.

Zgodnie z oceną dokonaną w krajach UE [5], tylko w 14 z nich, w tym w Polsce, ponad 60% małych i średnich przedsiębiorstw spełnia obowiązek utworzenia służb ochrony i prewencji w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia; tylko 13 krajów (w tym Polska), uznało, że ocena ryzyka zawodowego została wdrożona w ponad 50% przedsiębiorstw, jak również jedynie w 10 krajach (m.in. w Polsce) aspekty bhp zostały włączone

do programów kształcenia i szkolenia na wszystkich jego poziomach. W 18 krajach UE – także w Polsce – wprowadzono bodźce ekonomiczne, motywujące przedsiębiorstwa do poprawy warunków pracy. Działania skierowane na promowanie systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy są podejmowane przez inspekcje pracy w 21 krajach UE (m.in. w Polsce).

• Badania naukowe w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy

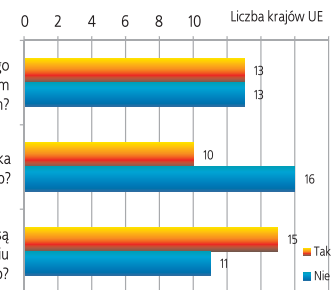
Ocenia się, czy w poszczególnych krajach ustalono politykę badań naukowych w dziedzinie bhp oraz czy wyniki tych badań są systematycznie wykorzystywane do ustanawiania i doskonalenia strategii na rzecz bhp oraz planowania działań inspekcji pracy. Sytuację w krajach UE w tym zakresie ilustruje rys. 10. [4, 5].

Okazało się, że politykę badań naukowych w dziedzinie bhp ustalono dotychczas w 10 krajach UE; systemy monitorowania nowo powstających zagrożeń istnieją w 13 krajach, zaś wyniki badań naukowych są wykorzystywane do opracowywania strategii i programów działań prewencyjnych w 15 krajach.

W Polsce badania naukowe w dziedzinie bhp są prowadzone w sposób systemowy przede wszystkim w ramach kolejnych programów wieloletnich; obecnie realizowany jest II etap programu „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”. Program ten zapewni prowadzenie w naszym kraju spójnej, całościowej polityki badań naukowych i wdrażanie ich wyników w obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracujących, z uwzględnieniem potrzeb zmieniającego się świata pracy oraz nowych i narastających zagrożeń.

Podsumowanie

Wyniki oceny działań podejmowanych w celu wdrożenia strategii Wspólnoty Europejskiej na rzecz bhp na lata 2007-2012 metodą *Scoreboard* pozwalają zaliczyć Polskę do grupy tych krajów UE, w których podejmowane są kompleksowe, systemowe działania w celu wdrażania tej strategii. Wyniki oceny i przeprowadzona na ten temat dyskusja na posiedzeniu Rady Ochrony Pracy przy Sejmie RP (w dn. 22 czerwca 2010 r.) pozwoliły na określenie kierunków doskonalenia działań w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w aspekcie skuteczniejszego wdrażania strategii UE.



Rys. 10. Liczba krajów UE udzielających odpowiedzi na pytania dotyczące podobszaru „Badania naukowe”

Fig. 10. The number of EU countries which answered to questions on “OSH research” sub-topic

Są to m.in.:

- zapewnienie odpowiedniej jakości danych statystycznych o wypadkach przy pracy i warunkach pracy, gromadzonych w statystykach państwowych, oraz ich właściwej interpretacji
- kontynuacja wieloletnich programów działań na rzecz bhp, których realizacja jest skierowana na osiągnięcie ustanawianych i okresowo weryfikowanych celów, istotnych z punktu widzenia krajowej i europejskiej polityki
- opracowanie i wprowadzenie systemu monitorowania dolegliwości związanych z pracą niebędących chorobami zawodowymi, w tym dolegliwości układu mięśniowo- szkieletowego oraz występowania stresu w pracy
- intensyfikacja działań prowadzonych na poziomie krajowym przez partnerów społecznych w celu wdrażania dobrowolnych europejskich umów ramowych dotyczących w szczególności telepracy oraz molestowania i przemocy w pracy
- wzmocnienie działań w zakresie promocji systemów zarządzania bhp.

PIŚMIENNICTWO

[1] Raport z prac grupy roboczej ds. *Scoreboard* 2005 *European Strategy on Health and Safety at Work, Scoreboard 2005*, European Commission, 2005

[2] Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno- Społecznego i Komitetu Regionów *Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012*, Bruksela, 21.2.2007, KOM (2007) 62

[3] *Report to the Government Interest Group of the Advisory Committee on Safety and Health at Work – May 2008 – from the technical working group to develop a Scoreboard*, raport niepublikowany

[4] Z. Pawłowska *Sprawozdanie z zadania „Ocena krajowej strategii bezpieczeństwa i higieny pracy z wykorzystaniem metody Scoreboard”*, raport niepublikowany, CIOP-PIB, 2010

[5] *Raport z prac grupy roboczej ds. Scoreboardu 2009: „Scoreboard 2009, Community Strategy on Health and Safety at Work”*, European Commission, 2009

Publikacja opracowana na podstawie wyników uzyskanych w ramach I etapu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” dofinansowanego w latach 2008-2010 w zakresie zadań służb państwowych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.