

Főszerkesztő:
Ungváry György

Szerkesztőbizottság:
Balogh Katalin
Bereczki Edit
Groszmann Mária
Grónai Éva
Kornis Pál
Kovács Attila
Kudász Ferenc
Lászlóffy Marianna
Lesfalvi Tibor
Morvai Veronika
Madarász Gyula
Nagy Imre
Nagy Károly

Technikai szerkesztőség:
Technikai szerkesztő:
Nagy Sarolta
Technikai munkatárs:
Téglásné Bácsi Mária
Adminisztrációs vezető:
Juhász Lászlóné

Kiadja:
Országos Közegészségügyi
Intézet

Felelős kiadó:
Surján Orsolya
főigazgató

A szerkesztőség telefonszáma:
06 (1) 459-3051
E-mail: titkarsag@omfi.hu
Cím: 1096 Budapest
Nagyvárad tér 2.

Postacím:
1437 Budapest Postafiók 777.

Megjelenik negyedévenként

Előkészítés:
Országos Közegészségügyi
Intézet

Nyomás:
Duna-Mix Kft.

ISSN 1417-1015

FOGLALKOZÁS- EGÉSZSÉGÜGY

TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZŐ FOLYÓIRAT

21. ÉVFOLYAM – 2017. 3. SZÁM

TARTALOM

Eredeti közlemények

Nagy Imre, Grónai Éva, Nagy Zsolt, Brunner Péter

Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok 2016.évi
tevékenysége Magyarországon

122

Szakmai, szakmapolitikai tájékoztatás

Balogh Katalin

Munkakörülmények Európában, Magyarországon a 6. Európai
Munkakörülmények Felmérés első eredményei

143

Tájékoztatás a Munkavédelmi Bizottság 2017.június 20-i üléséről

Dr. H. Nagy Judit

156

Esetismertetés

Afrikai kiküldetés során történt Hepatitis A megbetegedés

Dr. Vida Judit

158

Folyóiratreferátumok

160

Hírek, Programok

Tájékoztató a Népegészségügyi Képző-és Kutatóhelyek
Országos Egyesületeinek sikeres Konferenciájáról

166

Köszönetnyilvánítás

A Central European Journeys of Occupational and Environmental
Medicine 23. kötet 1-2 füzetének megjelenése

Jogszabályokról

168

Foglalkozás-egészségügy a bírósági ítélezés tükrében

177

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2016. évi tevékenysége Magyarországon

Nagy Imre, Grónai Éva, Nagy Zsolt, Brunner Péter

Országos Közegészségügyi Intézet
Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóság

Összefoglalás: A szerzők ismertetik a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok és szakellátó helyek elmúlt évi tevékenységét.

2016-ban 2 643 orvos dolgozott a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban, közülük 935-en főállásban tevékenykedtek. Az orvosok 83%-ban rendelkeznek foglalkozás-orvostan szakképesítéssel. A szakápolók száma 2 184 fő, az egyéb szakemberek (ergonómus, toxikológus, munkahigénikus) száma 845 fő volt.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok a szervezett munkavégzésben dolgozó munkavállalók 78%-ának biztosították az ellátását, 2 124 014 esetben végeztek munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatot, 47 702 munkavállaló kapott munkakörhöz előírt kötelező védőoltást, 5 898 esetben történt sikeres munkahelyi rehabilitáció.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok munkahigiénés tevékenységük során rendszeresen elemzik a munkavégzésből és a munkakörnyezetből származó egészségkárosító kockázatokat. Leggyakoribb a pszichoszociális és a pszichés kockázat, amelyet 1 210 147 munkavállaló esetében regisztráltak a szolgálatok, ezt követik a biológiai kóroki tényezők, amelynek esetszáma 736 713 volt.

Jelentős a szolgálatok által végzett népegészségügyi szűrővizsgálatok száma is, amely 392 773 fő munkavállalót érintett.

A foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek munkájában a leggyakoribb vizsgálati típus a beiskolázás előtti szakmai alkalmassági vizsgálat volt, összesen 35 638 eset.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügy, népegészségügyi szűrővizsgálat, munkaegészségügyi tevékenység.

SUMMARY: The authors report on the development of the organisational and operational activities of occupational health services and occupational health consultations. In 2016 2 643 physicians were working in the occupational medical services, 935 of them full-time. Most of them – 83 percent – were qualified occupational physician. The number of specially trained nurses was 2 184, the number of other professionals (ergonomists, toxicologists, work-hygienists) was 845.

The occupational medical services covered 78 % of workers in organized employment, carried out 2 124 014 fitness-for -job examinations, 47 702 employees received vaccination prescribed due to their job and 5 898 successful occupational rehabilitations were performed.

During their occupational hygienic activities the occupational health services analyse the health risks arising from the work and the working environment regularly. The most frequent risks – the psychoso-

cial and psychological risks were registered by the services in 1 210 147 cases, followed by biological agents pathogenic factors in 736 713 cases. A considerable number of public health screening examinations were also carried out by the services in 392 773 cases

In the work of the occupational health consultations the most frequent examination was the vocational fitness examination before schooling, 35 638 cases.

KEY WORDS: occupational health, public health screening examination, occupational health activity.

Bevezetés

A munkaegészségügyi (ezen belül foglalkozás-egészségügyi) ellátás, az évente kötelező jelleggel végzett foglalkozás-egészségügyi, munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat révén biztosítja az általuk ellátott munkavállalók népegészségügyi jelentőségű egészségi felügyeletét. Ugyanilyen jelentőségű a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok munkájában a dolgozókat érő, a munkavégzéséből illetve munkakörnyezetéből eredő egészségkárosító kockázatok folyamatos ellenőrzése, közreműködés a kockázatkezelő stratégiák kidolgozásában, a kockázatok kommunikációjában. Cél az, hogy a dolgozók körében ne alakuljanak ki munkabalesetek, foglalkozási és foglalkozással összefüggő megbetegedések.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok munkájának jogi alapját az 1985-ben Magyarország által is ratifikált ILO 161-s egyezmény adja. Az egyezmény aláírásában Magyarország úttörő szerepet játszott Európában.

I. Foglalkozás-Egészségügyi alapszolgálatok

1. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatban dolgozók száma, szakképesítése, gazdasági egységek és munkavállalók száma és jellemzői

1.1 Orvosok, ápolók, egyéb diplomások száma

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban (tovább: alapszolgálat) dolgozó orvosok száma

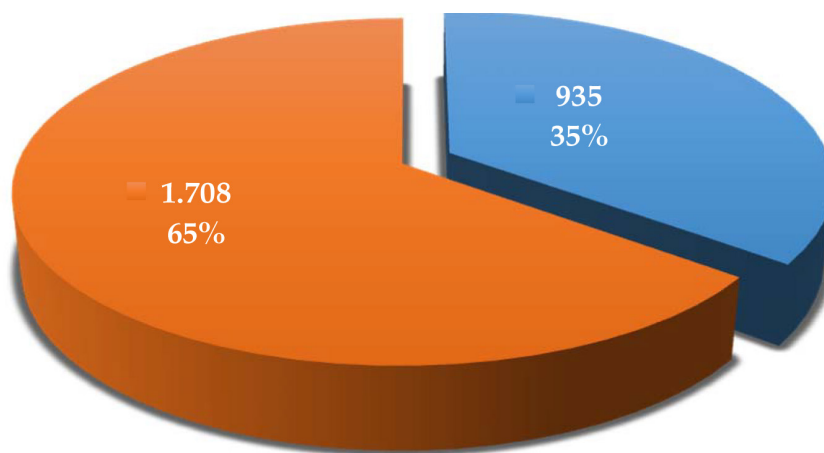
közel azonos volt az előző évvel. 2016-ban 2.643 (2015-ben 2665 fő) orvos dolgozott az alapszolgálatokban . A legnagyobb számban a fővárosban, 981 fő, legkevesebb Nógrád megyében 35 fő.

Kedvezőtlen eredmény, hogy csupán az orvosok 65%-a 935-en (kevesebben, mint 2015-ben amikor 982 fő volt) főállásban, kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végeztek.

1.708-an e tevékenységük mellett más pl. háziorvosi, egyéb orvosi tevékenységet is elláttak. 2015-ben 1683 fő volt a részállású orvosok száma, amely 1,4 %-s növekedést jelent. (1. ábra).

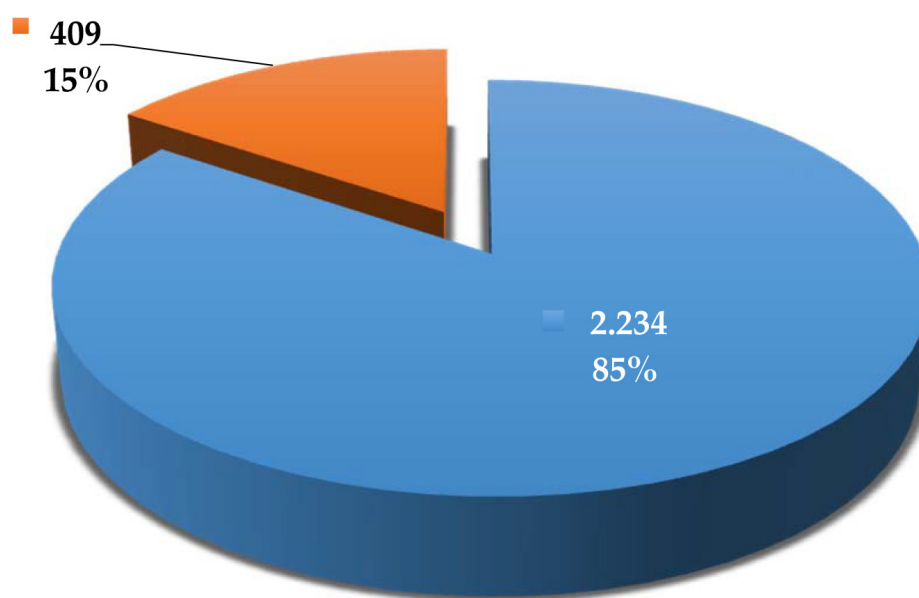
A hatályos rendelet¹ alapján alapszolgáltatást kizárólag foglalkozás-orvostan/üzemorvostan szakorvos nyújthat. E szakképesítéssel rendelkező orvosok száma 2.234 fő, szakképesítéssel még nem rendelkezik 409 fő (2015-ben 389 fő volt, 5%-kal növekedett). Megoszlásuk a 2. ábrán látható.

Az alapszolgálatok munkáját speciális szakképesítéssel rendelkező ápolók segítik. Sajnálatos módon a szakdolgozók számában a korábbi évhez viszonyítva csökkenés észlelhető. Szakképzett üzemi (foglalkozás-egészségügyi) szakápolók száma 2.184 (2015-ben 2344 fő volt, 7%-kal csökkent), egyéb szakdolgozók száma 845 fő (2015-ben 945 fő volt, 11%-kal csökkent), így összesen 3.029 ápoló (2015-ben 3289 fő volt, 8%-kal csökkent) dolgozott a szolgálatban. Az alapszolgálatokban dolgozó egyéb diplomások számában is csökkenés tapasztalható, az elmúlt évben 209 fő (2015-ben 232 fő volt) volt.



- Kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet folytatók
- Egyéb tevékenységet is ellátók

1. ábra. Foglalkozás-egészségügyi tevékenységet ellátó orvosok megoszlása

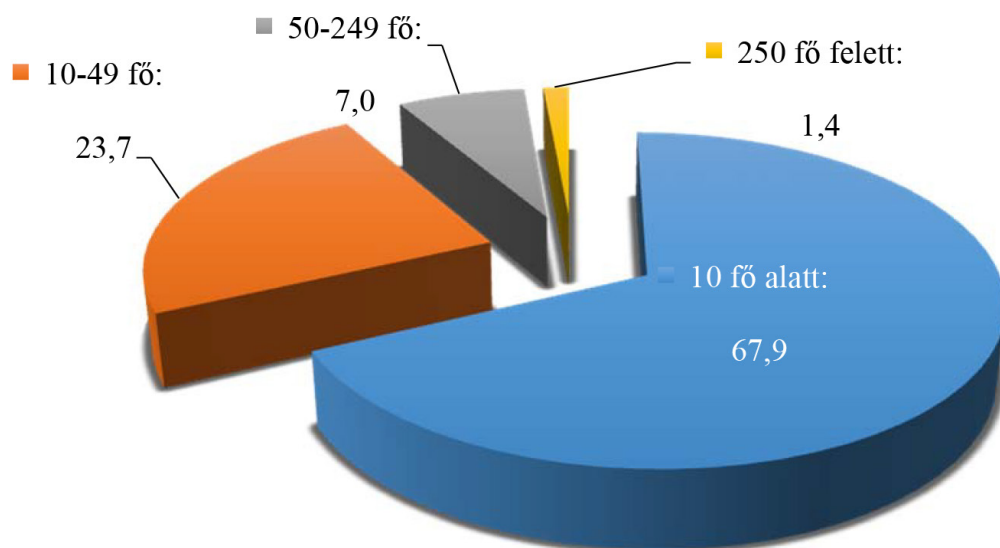


2. ábra. Foglalkozás-orvostan szakképesítéssel rendelkező és nem rendelkező orvosok megoszlása

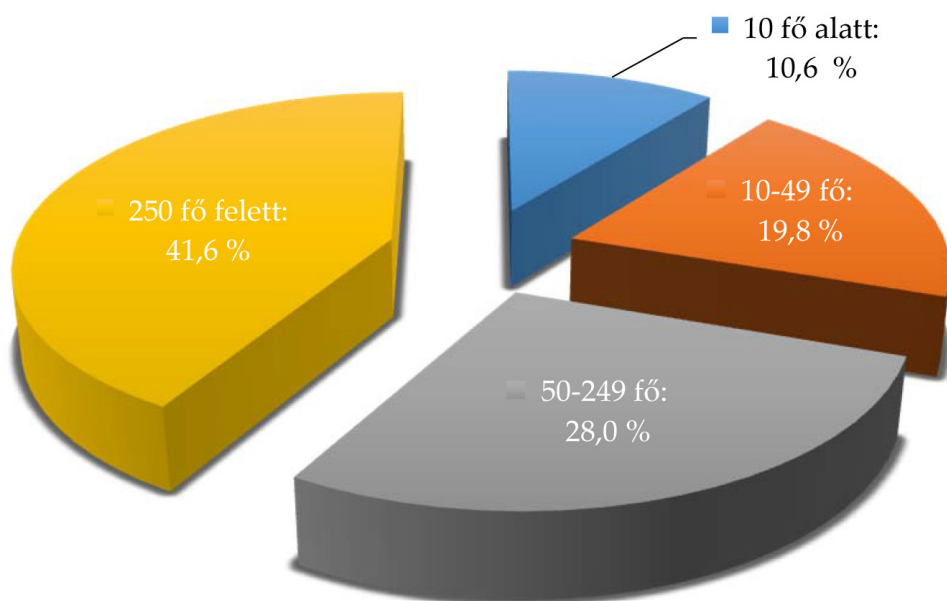
1.2. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást igénybevevő munkáltatók száma, ellátott dolgozói létszám

A foglalkozás-egészségügyi ellátással rendelkező gazdasági egységek (munkáltatók) száma 89.792 (2015-ben 95.211 volt, 6%-kal csökkent), az ezek-

ben dolgozó munkavállalók száma: 2.240.502 (2015-ben 2.178.206 volt, 3%-kal növekedett) volt. Ez utóbbiak számának alakulását a gazdasági egységek létszáma szerint az I. táblázat mutatja. Az I. táblázat adatainak százalékos megoszlását a 3. és 4. ábra mutatja.



3. ábra. Az ellátott gazdasági egységek megoszlása létszám-kategória szerint



4. ábra. Az ellátott munkavállalók megoszlása a gazdasági egység nagysága szerint

A 10-nél kevesebb főt foglalkoztató mikro vállalkozások száma a legnagyobb 60.947 (közel 68%). Ezen gazdasági egységeknél a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatnak kiemelt jelentőségű munkavédelmi és munka-egészségügyi feladatai vannak.

A szolgáltatások által ellátott munkavállalókat a hatályos rendeletek szerint a munkáltatónak foglalkozás-egészségügyi osztályba (A-tól D-ig) kell sorolni a foglalkozás-egészségügyi orvos véleményének figyelembevételével. Az „A” foglalkozás-egészségügyi osztályban foglalkoztatott munkavállalók száma emelkedett, 120.329 fő (2015-ben 103.813 fő volt, 15%-os növekedés), a „B” foglalkozás-egészségügyi osztályban 543.779 fő (2015-ben 528.529 fő volt), a „C” 1.144.942 fő (2015-ben 1.104.873 fő volt),

kozási-egészségügyi osztályba (A-tól D-ig) kell sorolni a foglalkozás-egészségügyi orvos véleményének figyelembevételével. Az „A” foglalkozás-egészségügyi osztályban foglalkoztatott munkavállalók száma emelkedett, 120.329 fő (2015-ben 103.813 fő volt, 15%-os növekedés), a „B” foglalkozás-egészségügyi osztályban 543.779 fő (2015-ben 528.529 fő volt), a „C” 1.144.942 fő (2015-ben 1.104.873 fő volt),

A munkavállalók száma a gazdasági egységek létszám-kategóriája szerint 2016. évben

Csoportok	Egységek száma	Munkavállalók száma
10 főnél kevesebb főt foglalkoztató mikro-vállalkozások	60.947	236.726
10-49 főt foglalkoztató kisvállalkozások	21.275	443.121
50-249 főt foglalkoztató közepes vállalkozások	6.301	628.014
250 vagy több főt foglalkoztató nagyvállalkozások	1.269	932.641

Munkáltatók és munkavállalók száma foglalkozás-egészségi osztályok szerint 2016

Osztály	Munkáltatók száma	Munkavállalók száma
A	1 589	120.329
B	30.276	543.779
C	101.267	1.144.942
D	27.573	431.452

a „D”-ben 431.452 fő (2015-ben 440.591 fő volt) dolgozott..

A foglalkozás-egészségi osztályok szerinti megoszlás trendje évek óta változatlan, legtöbb munkavállaló a „C” foglalkozás-egészségi osztályba tartozik (kereskedelem, vendéglátás, ipari szolgáltatás).

Ezen területeken dolgozók foglalkozás-egészségügyi ellátása egyedi szakértelmet kíván. A munkavállalók túlnyomó része nő. Egyedi munkaegészségügyi prevenciót igényel, a vulnerábilis csoportok ellátása, elsősorban a terhes és nem ré-

gen szült nők. Egyre több az idősödő munkavállalók száma, akik ugyancsak a vulnerábilis csoportba tartoznak.

III. táblázat. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által ellátott munkavállalók száma nemzetgazdasági ágak szerint.

Valamennyi (kivéve a T és U jelű nemzetgazdasági ágban) alkalmazásban állók közül - annak ellenére, hogy minden szervezett munkavégzésben foglalkoztatott számára a foglalkozás-egészségügyi ellátás kötelező - mindösszesen 78 %-ukat látják el a szolgálatok.

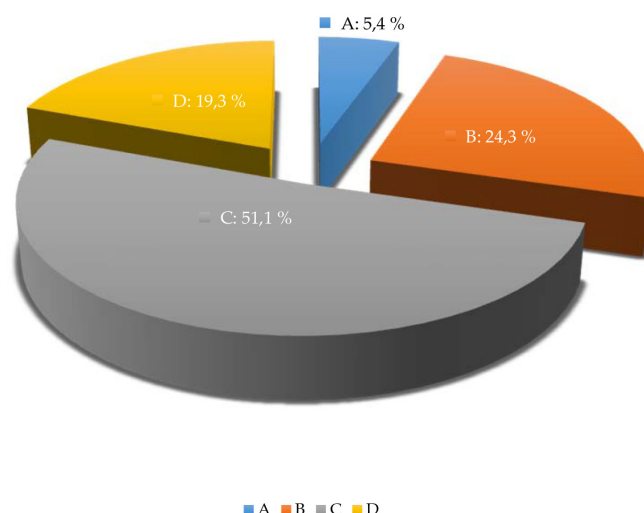
**A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által ellátott munkavállalók
száma nemzetgazdasági ágak szerint**

Nemzetgazdasági ág és betűjele ²		Szolgálat által ellátott munkavállalók száma (fő)	Alkalmazásban állók ³ száma ezer fő (2016. évi adatok ⁴)	Ellátottság (%)
A	Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat	73.523	77.7	94,6
B C D E	Bányászat, kőfejtés; Feldolgozóipar; Villamosenergia-, gáz-, gőzellátás, légkondicionálás; Vízellátás; szennyvíz gyűjtése, kezelése, hulladékgazdálkodás, szennyeződésmentesítés	569.661	736.6	77,3
F	Építőipar	96.666	114.2	84,6
G H I	Kereskedelem, gépjárműjavítás Szállítás, raktározás; Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás;	522.787	648.1	80,7
J K L M N O	Információ, kommunikáció; Pénzügyi, biztosítási tevékenység; Ingatlanügyletek; Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység; Adminisztratív és szolgáltatást támogató tevékenység; Közigazgatás, védelem; kötelező társadalombiztosítás	468.342	718.5	65,2
Q	Humán-egészségügyi, szociális ellátás;	192.767	359,6	53,6
P R S	Oktatás; Művészet, szórakoztatás, szabad idő; Egyéb szolgáltatás	298.552	323.2	92,4
T	Háztartás munkaadói tevékenysége, termék előállítása, szolgáltatás végzése saját fogyasztásra	4.025	nincs adat	
U	Területen kívüli szervezet	14.189	nincs adat	

²http://www.ksh.hu/OSZTÁLYOZÁSOK/TEÁOR_08_Sztruktúra

³Magyar Statisztikai Évkönyv, 2014., KSH, Budapest., 453 o. (fogalom meghatározás)

⁴http://www.ksh.hu/stadat_2.1.30 (idősoros éves adat)



5. ábra. A munkavállalók százalékos megoszlása A-D foglalkozás-egészségügyi osztályok szerint
A nemzetgazdasági ágazatok szerint vizsgálva a foglalkozás-egészségügyi ellátottságát a III. táblázat mutatja.

2. Munkahelyi megterhelés, munkahelyi kör- oki tényezők, baleseti veszéllyel járó mun- kakörök, járványügyi érdekből kiemelt munkakörök

A különböző nemzetgazdasági ágazatban dolgozó munkavállalókat, különböző – a munkatevékenységből, illetve a munkakörnyezetből származó egészségkárosító kockázatok hatása érheti. Ezen kockázatok száma, mértéke folyamatosan változik, egyes kockázatok nőnek, mások csökkennek. Nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a technika fejlődésével a munkafolyamatok jelentősen átalakultak. Egyrészt komfortosabbá, biztonságosabbá vált a munka és a munkakörnyezet, másrészt új, eddig nem ismert egészségkárosító tényezők jelentek meg (biotechnológia, nanotechnológia, elektromágneses terek).

A munkahelyi egészségkárosító kockázatok mellett jelentős a munkahelyi baleseti veszély, különösen az építőiparban.

Speciális foglalkozás-egészségügyi feladatot jelent a járványügyi érdekből kiemelt munkavállalók

ellátása, akik elsősorban az élelmiszeriparban dolgoznak

2.1. A munkavégzésből eredő munkahelyi megterhelés

2.1.1. Fizikai munkát végző munkavállalók közül

- könnyű fizikai munkát 799.041 fő
- közepesen nehéz fizikai munkát 473.533 fő
- nehéz fizikai munkát 87.800 fő

végez

A fentiekből

- hőexpozícióban 36.471 fő
- hideg expozícióban 31.799 fő

dolgozik.

2.1.2. Fokozott pszichés terhelésnek kitett munkavállalók száma 946.272 fő

2.1.2.1. Képernyő előtti munkát végez 545.450 fő (2015-ben 515.892 fő volt, 5%-os emelkedés)

2.1.2.2. Éjszakai műszakban munkavállalók száma 138.434
ebből férfi 78.285
nő 60.149

- túlnyomás alatt végzett munka 444, 1.057
- ionizáló sugárzás 12.384, 12.921
- nem ionizáló sugárzás 18.058, 21.397 hatásainak kitettek.

2.1.2.3. Váltott műszakban dolgozók száma 403.678
ebből: férfi 234.838
nő 168.840

2.2.2. Kémiai kóroki tényezők

2016-ban kémiai kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma 75.775 fő (2015-ben 77.864 fő volt, közel azonos).

2.2. Kóroki tényezőkkel eredő munkahelyi megterhelés

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egyik legfontosabb feladata a munkahelyen jelen lévő, megterhelések, kóroki tényezők azonosítása (kvalitatív kockázat becslés). E tevékenység eredményeként kerülhetnek elemzésre a munkahelyi kockázatok és azok alakulása.

A munkakörnyezetben előforduló különböző vegyi anyagokat és az általuk exponált dolgozók számát a IV. táblázat mutatja be.

2.2.3. Biológiai kóroki tényezők

Biológiai kóroki tényezők az alábbi munkafolyamatoknál vannak jelen:

A munkahelyen jelen lévő egészségkárosító kockázatok trendje az elmúlt tíz évben jelentősen átalakult. Míg korábban a vezető helyen a zaj és a baleseti veszély állt, most előtérbe kerültek a pszichoszociális kóroki tényezők. Ennek oka, hogy a munka világa jelentősen átalakult. A nemzetgazdaságban a fizikai munkát végzők aránya csökkent. Míg az 1970-es években a munkavállalók 80%-a az ún. kékgallérosok (fizikai munkát végzők) csoportjába tartozott, mára ez jelentősen megváltozott és az ún. fehér galléros (döntően szellemi tevékenységet végzők) munkavállalók vannak többségben.

- élelmiszer-előállító létesítményekben végzett munkák,
- mezőgazdasági munkák,
- olyan munkatevékenységek, amelyek állatokkal, állatok tetemeivel, illetve állati eredetű termékekkel való érintkezéssel járnak (pl. ún. állati fehérje feldolgozás),
- az egészségügyi és szociális ellátásban végzett munkák, beleértve az elkülönítő, valamint a kórbonctani részlegeket,
- a klinikai, állatorvosi diagnosztikai laboratóriumokban végzett munkák,
- a hulladék megsemmisítő, ártalmatlanító létesítményekben végzett munkák,
- a szennyvíztisztító berendezésekben, járható szelvényű szennyvízelvezető művekben végzett munkák,

2.2.1. Fizikai kóroki tényezők hatásának kitett (exponált) dolgozók összes száma
2015-ben 329.393, 2016-ban 315.133 (4%-s növekedés)

- zaj 241.618, 225.161
- helyileg (kéz-kar) ható vibráció 27.823, 26.432
- egésztest vibráció 29.066, 28.165

A jelentés évében a biológiai kóroki tényezővel exponált munkavállalók összes száma 736.713 (2015-ben 703.141) volt, melynek 52,3 %-áért vírusok, 40,8 %-áért baktériumok, 3,9%-áért gomb-

Kémiai kóroki tényezők és az általuk exponált munkavállalók száma

Vegyí anyagok megnevezése	Exponáltak létszáma
Arzén és vegyületei	594
Benzol	7907
Benzol nitrovegyületei nitrobenzol egyéb nitrovegyületek pl nitroklórbenzol nitroanilin acetanilid	537
Benzol aminovegyületei anilin egyéb aminovegyületek pl dimetilanilin	459
Digitális glikozidok	15
Dimetilformamid	1329
Dioxan dietilén dioxid	215
Etilbenzol	4074
Etilénoxid	402
Fenol	1162
Nhexán	3157
Higany szervesetlen higany és vegyületei	665
Halothán	328
Izocianát	3059
Kadmium és vegyületei	754
Kobalt	1113
Krómvegyületek	3895
Mangán	469
Metilbromid	99
Metilklorid	468
Nátriumalumíniumfluorid kriolit	56
Nikkel	3074
Nitrogénoxidul dinitrogén oxid	2226
Növényvédő szerek (valamennyi I. és II. forgalmi kategóriába sorolt szer)	4004
Ólom és vegyületei	3709
Szelén	186
Rákkeltő vegyi anyagok (külön jogszabályban meghatározott rákkeltő anyagok, amelyek e listán nem szerepelnek)	8830
Széndiszulfid szénkéneg	55
Szénmonoxid	1486
Széntetraklorid tetraklórmétán	186
Sztirol	2844
Tetraklóretán	100
Toluol	6359
Triklóretilén triklóretén	375
Trinitrotoluol trotyl	233
Tüdőfibrózist okozó porok	4024
Vanádium	18
Vinilklorid	220
Xilol	8060

Munkakörnyezetben lévő fontosabb biológiai kóroki tényezőknek kitett munkavállalók száma

Biológiai anyagok	Exponáltak száma
Baktériumok	
Mycobacterium tuberculosis	29631
Staphylococcus aureus	22885
Escherichia coli a nem kórokozó törzsek kivételével	20282
Salmonella enteritidis	20070
Salmonella typhi	19097
Haemophilus influenzae	13949
Streptococcus pyogenes	12843
Streptococcus pneumoniae	11702
Borrelia burgdorferi	11095
Clostridium tetani	9578
Vírusok	
Hepatitis B vírus	81409
Influenza vírusok A B és C típus	75672
Hepatitis C vírus	45059
Hepatitis A vírus humán enterovírus 72 típus	27721
Humán immunelégteség vírus	18155
Középeurópai kullancs hordozta encephalitis vírus	17172
Caliciviridae	12207
Rhinovírusok	9355
Humán rotavírusok	8138
Adenoviridae	7209
Paraziták	
Giardia lamblia Giardia intestinalis	4252
Ascaris lumbricoides	2868
Entamoeba histolytica	2375
Echinococcus granulosus	2285
Trichinella spiralis	1790
Strongyloides stercoralis	1446
Echinococcus multilocularis	1112
Toxoplasma gondii	926
Cryptosporidium spp	873
Cryptosporidium parvum	846
Gombák	
Candida albicans	8495
Aspergillus fumigatus	3904
Epidermophyton floccosum	3571
Trichophyton spp	3536
Candida tropicalis	3080
Trichophyton rubrum	2292
Microsporum spp	1478
Cryptococcus neoformans var neofonnans Filobasidiella neofonnans var neofonnans	863
Cryptococcus neoformans var gattii Filobasidiella bacillispora	846
Cladophialophora bantiana régebben Xylohypha bantiana Cladosporium bantianum vagy trichoides	55

bák és 3,0 %-áért paraziták voltak a felelősök. A biológiai kóroki tényezőknek való kitettség első sorban az egészségügyben foglalkoztatott munkavállalókat érintette.

Azon 10 biológiai kóroki tényezőt, amelyek a legtöbb munkavállaló expozícióját okozták, az V. táblázatban mutatjuk be.

Annak érdekében, hogy a munkavállaló biztonságát és egészségét fenyegető kockázatot meg lehessen becsülni, továbbá a szükséges intézkedések meghatározhatók legyenek, a munkáltatónak minden olyan tevékenységnél, amely feltehetően biológiai tényezők kockázatával jár, meg kell határozni a munkavállalókat érő expozíció jellegét, időtartamát és – amennyiben lehetséges – mértékét.

A különböző csoportokba tartozó biológiai tényezők együttes expozíciójával járó tevékenységnél a kockázatot minden jelen lévő biológiai tényezőre meg kell becsülni. Ebben a foglalkozás-egészségügyi orvosnak aktívan részt kell vennie.

A kockázat becslését évente, továbbá minden olyan esetben meg kell ismételni, amikor a körülmények megváltozása a munkavállaló biológiai tényezőkkel történő expozícióját befolyásolhatja. A kockázatbecslés alapján kell meghozni az egyes preventív intézkedéseket.

A prevenciót szolgálja az is, ha a foglalkozás-egészségügyi orvos az észlelt foglalkozási megbetegedéseket bejelenti, közreműködik annak okának kivizsgálásában és olyan intézkedések meghozatalában, amely az újabb eseteket megelőzi.

Külön rendelet szabályozza a szúrt, vágott sérülések esetén szükséges eljárásokat, amely szerológiai vizsgálatokból állnak, illetve szükség esetén védőoltásokat kell beadni.

Védőoltások

A biológiai kóroki tényezők egészségkárosító hatásának megelőzésére hatékony primér prevenciós eszköz az exponáltak számára – a foglalkoztatás

feltételeként biztosított – védőoltás meglétének igazolása illetve hiánya esetén annak beadása.

A munkáltató a védőoltásra kötelezett munkaköröket a munkavédelmi szabályzatában tünteti fel, annak meglétét köteles - az egyéb munkavédelmi előírások betartásához hasonlóan - ellenőrizni.

Leggyakoribb foglalkozási megbetegedések, amelyek védőoltással megelőzhetők: kullancs encefalitisz, hepatitisz B, veszettség, diftéria, tetanusz, hastífusz, mint munkakörhöz kötelező védőoltások. Egyes oltások így a Hepatitisz A, az Influenza felvétele önkéntes alapon történik.

Az alapszolgálatok összesen 47.702 fő (2015-ben 67.099 fő, 29%-os csökkenés) munkavállalónak adtak be védőoltást 2016-ban. Ebből 49.724 fő munkakörhöz kapcsolódóan részesült védőoltásban.

A védőoltások számszerinti alakulását a VI. táblázat mutatja be.

2.2.4. Fokozott pszichés terhelésnek kitett munkavállalók

Csoportok

- különösen nagy felelősség viselése,
- döntés szükségessége,
- alkotó szellemi tevékenység,
- rutin szellemi munka,
- különböző munkaeszközök, technológia folyamatok,
- képernyős munkahelyek,
- emberekkel foglalkozás konfliktusveszélyes helyzetben,
- testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- és más fogyatékos személyek nevelési-otatási, ápolási-gondozási, rehabilitációs intézményeiben, javító intézetekben nevelési, oktatási tevékenységet végzők,
- szakképzett ápolói munkát végzők súlyos betegek ellátásában, súlyos fogyatékosok szociális intézményeiben.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által beadott védőoltások száma

Védőoltások	
Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásra kötelezettek száma összesen (fő)	109.333
Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásban részesültek száma összesen (fő)	47.702
Hastifusz*	9.981
Kullancs encephalitis*	16.733
Hepatitis B*	16.595
Hepatitis A*	7.334
Veszettség*	345
Diftéria*	122
Tetanusz*	4.951
Meningococcus*	166
Influenza*	28.068
Egyéb, nem a munkakörökhöz kapcsolódó védőoltásban részesítettek száma	14.631

* A különböző betegségek adatai tartalmazzák az oltási séma szerinti többszöri megjelenést.

Pszichés terhelésnek kitett munkavállalók száma: 946.272 fő (2015-ben 836.827 volt, 13%-os növekedés).

Egyes adatok szerint az Unió tagállamok lakóinak 28%-a jelentős mértékű munkahelyi stresszt él át. Becslések szerint a stresszel kapcsolatos megbetegedések évi 20 milliárd Euro-ba kerülnek az Európai Unióban.

2.2.5. Pszichoszociális kóroki tényezők

Pszichoszociális kóroki tényezők által érintettek száma: 263.875 fő (2015-ben 262.281 volt).

Alapvetően e csoportba sorolandók a munkahelyi konfliktusszituációk érintettjei, a családtól távol, országon belül vagy kívül tartósan munkát végzők, a hajléktalan munkavállalók, külföldről áttelepült munkavállalók, illetve az állami gondozásból kikerültek.

2.2.6. Járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozók számának alakulása

Az érintettek száma 385.730 fő (2015-ben 372.224) volt. Azokat a munkavállalók tartoznak ebbe a körbe, akik olyan területen dolgoznak, ahol a munkavállaló fertőző betegsége mások egészségét veszélyezteti (élelmiszer előállító helyek, tejkezelés, ivóvíz ellátás, gyógyszergyártás, stb.).

A vizsgálat során a foglalkozás-egészségügyi orvos kitölti az „Egészségügyi nyilatkozat és vizsgálati adatok” című könyvet, amelyben a kötelező alkalmassági vizsgálatok, valamint a kapcsolódó szakvizsgálatok eredményeit rögzíteni kell.

2.2.7. Baleseti veszéllyel járó kóroki tényezők hatásának kitett munkavállalók

Fokozottan baleseti veszélyekkel járó munkakörök, tevékenységek:

- magasban végzett munka
- földalatti bányászati, kőolaj- és földgázba-

- nyászati mélyfűrészi munkakörök
- tűz- és robbanásveszéllyel járó munkakörök
- villamosüzemi munkakörök
 - Feszültség alatti munkavégzéssel járó munkakörök (FAM)
 - Egyéb feszültség alatt végzett tevékenységek
- fegyveres biztonsági őrség, személy- és vagyonvédelmi tevékenység
- egyéb baleseti veszéllyel járó munkakörök

Az érintettek száma 401.623 fő (2015-ben 430.421 fő) 7%-os csökkenés volt.

3. Munkahigiénés és rehabilitációs tevékenység

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat által végzett tevékenység elsősorban megelőző orvosi szolgáltatás, melyben meghatározó a *munkahigiénés orvosi tevékenység*. Ennek során a munkakörülmények és a munkavégzés egészségkárosító kockázatát írásban kell rögzíteni. A vizsgálatok döntően a munkahelyi egészségkárosító kockázatok azonosítását, a munkahelyen végzett ellenőrzést, és az egyéni védőeszközök használatához adott tanácsadást jelentik. Fontos, hogy ezt meghatározott gyakorisággal, vagy változás bekövetkezésekor soron kívül kell elvégezni. Ennek eredményeként a foglalkozás-egészségügyi orvos rendszeresen képes kontrollálni a munkahely munka-egészségügyi helyzetét.

A foglalkozás-egészségügyi orvos további munkahigiénés feladata, közreműködni a munkahelyi veszélyforrások feltárásában, a fiziológiai,- ergonómiai,- higiénés feladatok megoldásában.

Az alapszolgálatok 428.491 (2015-ben 462.899 volt, 5%-os csökkenés) esetben végeztek munkahigiénés tevékenységet.

A VII. táblázat az egyes tevékenységi csoportok száma adatait, míg ugyanezek megoszlását a 6. ábra mutatja.

A fent bemutatottak kiterjednek:

- a technológia formája,
- műszaki védelem,
- egyéni védőeszközök használata,
- szervezési intézkedések,
- a munkavégzés tárgyi feltételeinek,
- a rend és tisztaság, veszélyes hulladék kezelésének,
- a megvilágítás, a munkahelyi zaj,
- a rezgés, a légtechnikai megoldások,
- a klíma, a munkahelyi légszennyezők,
- a hőterhelés, a védőital juttatása,
- a munkafolyamat, technológia, anyag
- a vonatkozó követelmények vizsgálatára.

4. A munkavállalók egészségi állapotának vizsgálata (klinikai tevékenység)

4.1. Munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat

A szervezett munkavégzés keretében foglalkoztatott munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha annak ellátásához megfelelő élet-tani adottságokkal rendelkezik, egészsége és testi épsége várhatóan nem károsodik a munkavégzés során, tevékenysége sem mások számára, sem utódaira nem jelent veszélyt.

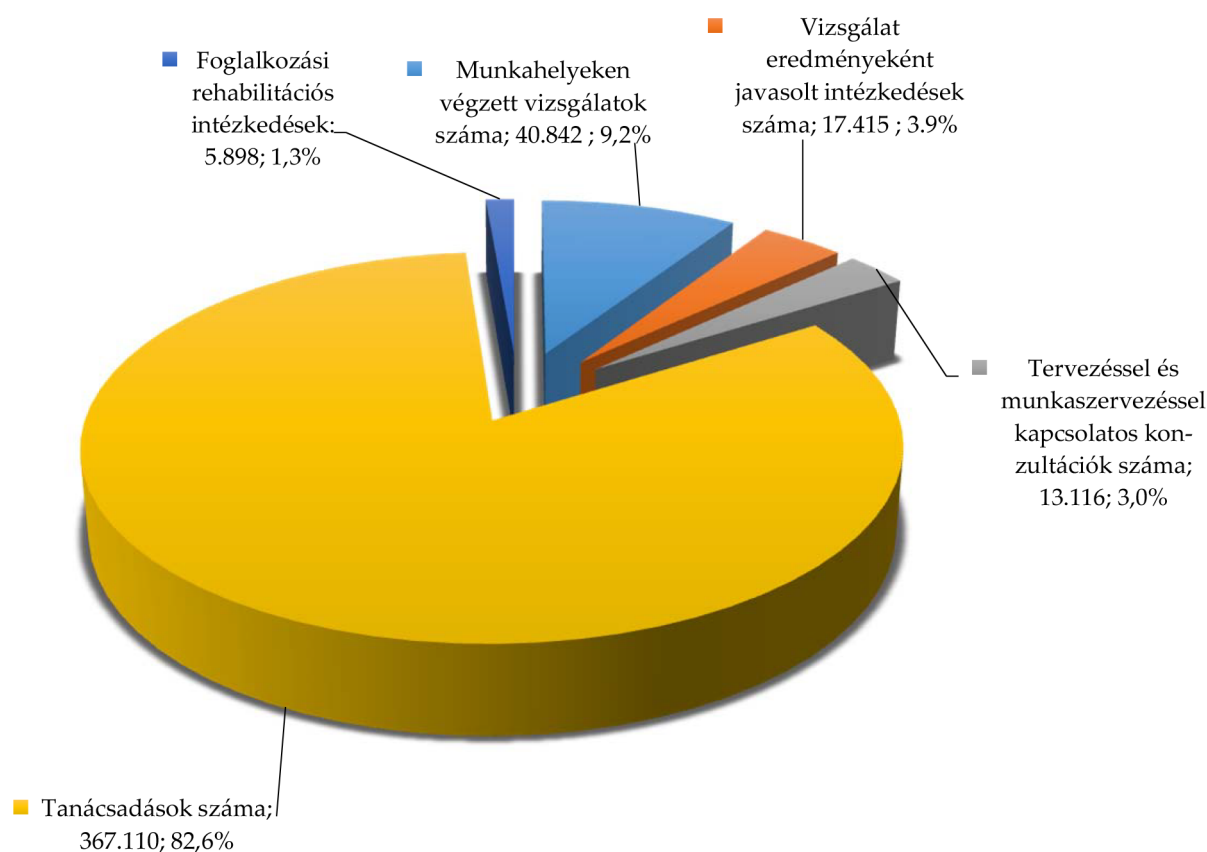
A munkavállalóknak a munkára – külön jogszabályokban meghatározottak szerint – alkalmasnak kell bizonyulnia.

A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi orvos végzi, tevékenységük egyik legfontosabb primer, prevenciós eleme.

2016-ban legtöbb vizsgálatra (1.396.831) (2015-ben 1.391.492 volt) az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálatok keretében került sor, amely lehetővé teszi a fokozott expozíció és a foglalkozási megbetegedés korai szakaszban történő felfedezését.

Teljesített munkahigiénés és rehabilitációs feladatok

Munkahelyeken végzett vizsgálatok száma	40.842
A vizsgálat eredményeként javasolt intézkedések száma	17.415
Tervezéssel és munkaszervezéssel kapcsolatos konzultációk száma	13.116
Tanácsadások száma	367.110
Foglalkozási rehabilitáció intézkedések	5.898



6. ábra. Munkahigiénés és rehabilitációs feladatok megoszlása

A munkaköri alkalmassági vizsgálatok:

- előzetes (munkába lépés előtt),
- időszakos (a munkahelyi kockázattól függő gyakorisággal az egészségi állapot ellenőrzésére),
- soron kívül (rendkívüli esemény pl. 30 napot meghaladó keresőképtelenség, foglalkozási megbetegedés stb. kapcsán), valamint
- záró (rendeletileg meghatározott esetekben a munkaviszony megszűnésekor) lehetnek.

A fentiek vizsgálatok száma összesen 2.180.409 . L.d. VIII. táblázatban foglaltakat).

A táblázatból látható, hogy a vizsgálatok több mint 65.8 %-a (2015-ben 65% volt) időszakos alkalmassági vizsgálat volt.

Az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat során 10.501 fő nem alkalmas és 5.737 fő ideiglenesen nem alkalmas minősítést kapott.

Az alapszolgálatok 44.895 (2015-ben 56.657 volt, 21%-os csökkenés) gépjármű vezetési alkalmasság megítéléséhez szükséges vizsgálatot végeztek. A többször módosított 13/1992. (VI. 26.) NM a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló rendelet 2008-tól kizárólag a 2-es csoportú jogosítványhoz szükséges vizsgálatokat engedélyezi a foglalkozás-egészségügyi orvosnak.

4.2. Foglalkozási megelőző gondozói tevékenység

Kiemelésre érdemes a szolgálatok foglalkozási megelőző, gondozói tevékenysége (tercierprevenció) hiszen a munkaköri alkalmasságot és munkaképességet befolyásoló idült betegségek (szív- és érrendszeri, anyagcsere, légzőrendszeri betegségek stb.) miatt 387.010 (2015-ben 304.306 volt, 27%-os növekedés) munkavállalót gondoztak.

Ezt lehetővé tette a módosított 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet, mely 2007-től előírta a krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók megelőző gondozását. A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálat során a foglalkozás-egészségügyi orvos regisztrálja a munkavállalók idült megbetegedéseit és nyilvántartásba veszi őket. A beteg egészségi állapotát az általa szükségesnek tartott gyakorisággal ellenőrzi..

A gondozottakhoz tartozó egyes csoportok száma adatait a X. táblázat mutatja.

A gondozottak közül kiemelendő a rehabilitációban résztvevő megváltozott munkaképességű

munkavállaló nagy száma. A rehabilitáció alapja a munkahelyi kockázatbecslés és a munkavállaló összességében károsodásának megállapítása. A kettő ismeretében dönt a foglalkozás-egészségügyi orvos milyen rehabilitációs intézkedésekre van szükség ahhoz, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozó munkáját el tudja végezni.

4.3. Sürgős ellátás

A *sürgős orvosi ellátás* csak abban az esetben lehetséges, ha az orvosi rendelő a munkahelyen vagy azok közelében települt. A táblázat mutatja az ellátás típusait és az ellátottak számait.

2015-ben 54.741 volt a sürgős ellátási esetszám, amely 12%-os csökkenést mutat.

4.4. Egyéb ellátások

Amennyiben a foglalkozás-egészségügyi rendelő az üzem (cég) területén működik, gyakran keresik meg a dolgozók az orvost különböző egészségi problémáikkal, hiszen házi orvosuk sokszor elérhetetlen munkaidő után. Ez a forgalmi adat az egyéb, fentiekbe nem sorolt gyógyító ellátásban jelenik meg, melynek száma 2016-ban 272.765 (2015-ben 361.277 volt, 25%-os csökkenés) volt.

5. Egészségmegőrző tevékenység

5.1. Népegészségügyi szűrővizsgálatok

A munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok mellett a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok rendszeresen végeznek - a betegségek korai szakaszában történő felderítése céljából - különböző típusú *népegészségügyi szűrővizsgálatokat*: elsősorban a rizikó faktorok szűrését (koleszterin, vércukor), tumor marker (PSA)-, bőrgyógyászati (melanoma szűrés) vizsgálatokat. E vizsgálatokat a foglalkozás-egészségügyi orvos és/vagy a mun-

Munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma és megoszlása

Vizsgálatok típusa	Vizsgálatok száma
Előzetes	617.930
alkalmas	599.471
nem alkalmas	11.740
ideiglenesen nem alkalmas	6.719
Időszakos	1.396.831
alkalmas	1.380.593
nem alkalmas	10.501
ideiglenesen nem alkalmas	5.737
Soron kívüli	69.276
alkalmas	61.554
nem alkalmas	3.200
ideiglenesen nem alkalmas	4.522
Záró vizsgálat	39.977

káltató kezdeményezi. A szűrővizsgálati esetszám az elmúlt évben 392.778 (2015-ben 429.061 volt, 9%-os csökkenés) volt.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény szerint:

„Az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, valamint az egészség védelme.”

A lakosság egészségi állapotát meghatározó módon befolyásolja a foglalkozás-egészségügy által nyújtott szolgáltatás is. Ezért szerepelnek a szakmai minimumfeltételek között az „egészségfejlesztési feladatok”.

Az elmúlt években egyre több munkáltató ismerte fel munkavállalói egészségének megőrzésének és

fejlesztésének jelentőségét, és ehhez anyagi támogatást is nyújt.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok egészségmegőrző tevékenységük során felvilágosító, tájékoztató feladatokat látnak el, akció-programokat szerveznek.

5.2. Egészségmegőrzést szolgáló előadások

A szolgálatok 7.821 (2015-ben 9.060 volt) egészségmegőrzéssel kapcsolatos előadást tartottak a munkahelyeken, amelyeken 120.831 (2015-ben 147.299 fő) foglalkoztatott vett részt. Ez utóbbiakat 7.140 (2015-ben 8.852 volt) gazdasági egység, biztosította.

Egyéb alkalmassági vizsgálatok száma és megoszlása

Vizsgálatok típusa	Vizsgálatok száma
Külföldi munkavállalás	6.054
alkalmas	6.002
nem alkalmas	52
Gépjármű alkalmasság	45.219
alkalmas	44.859
nem alkalmas	360
Lőfegyver alkalmasság	5.122
alkalmas	5.101
nem alkalmas	21
Egyéb	90.043

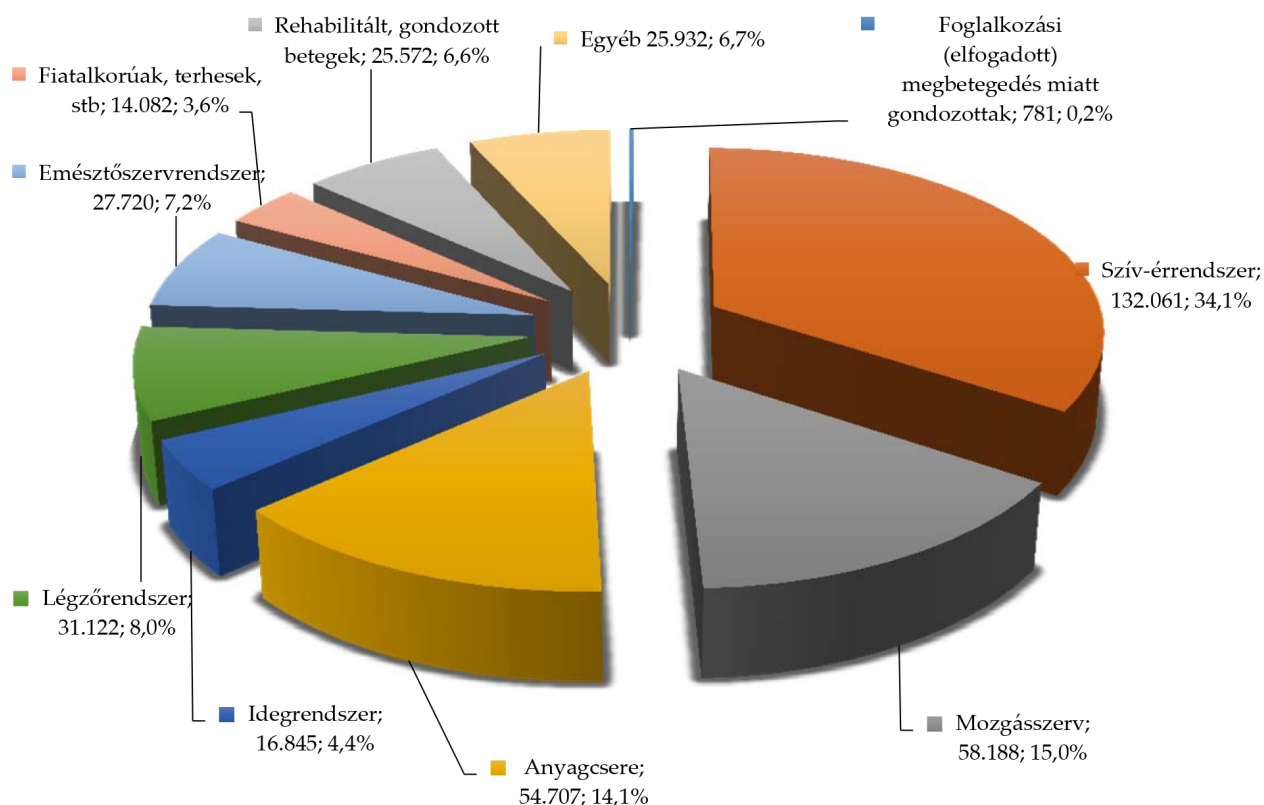
Idült betegségen szenvedő gondozottak száma

Érintett betegségek	Fő
Foglalkozási (elfogadott) megbetegedés miatt gondozottak*	781
Szív- érrendszer	132.061
Mozgásszerv	58.188
Anyagcsere	54.707
Idegrendszer	16.845
Légzőrendszer	31.122
Emésztőszerv	27.720
Fiatalok, terhesek, nemrég szültek, anyatejet adó nők és szoptató anyák, idősödő korúak	14.082
Rehabilitált gondozott betegek**	25.572
Egyéb***	25.932

*e csoportba csak a munkavédelmi felügyelőségtől kapott Értesítés-sel rendelkezők tartoznak

**megváltozott munkaképességűek, érvényes OOSZI/ORSZSZI/NRSZH határozattal rendelkeznek vagy az üzemorvos eredményesen kezdeményezett rehabilitációs intézkedést a munkahelyén

***pl. nőgyógyászati, urológiai, bőrgyógyászati betegségben szenvedők



7. ábra. A gondozott csoportok százalékos megoszlása

5.3. Egészségmegőrző programok

Az egészségmegőrző akció-programok száma 3.563 (2015-ben 4.174 volt) volt, amelyekben 120.329 (2015-ben 114.721 fő) munkavállaló vett részt.

6. Éves forgalmi adatok

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok éves munkájáról átfogó képet adnak a forgalmi adatok. Az összes forgalom 2016-ban 3.281.637, 2015-ben 3.511.486 volt, 7%-os csökkenés) amely különböző ellátási formák adataiból tevődik össze. Ezen ellátási formákat és a hozzájuk tartozó adatokat a XII. táblázat mutatja.

A könnyebb áttekinthetőséget segíti a 8. ábra, amelyben az ellátási formák aránya látható.

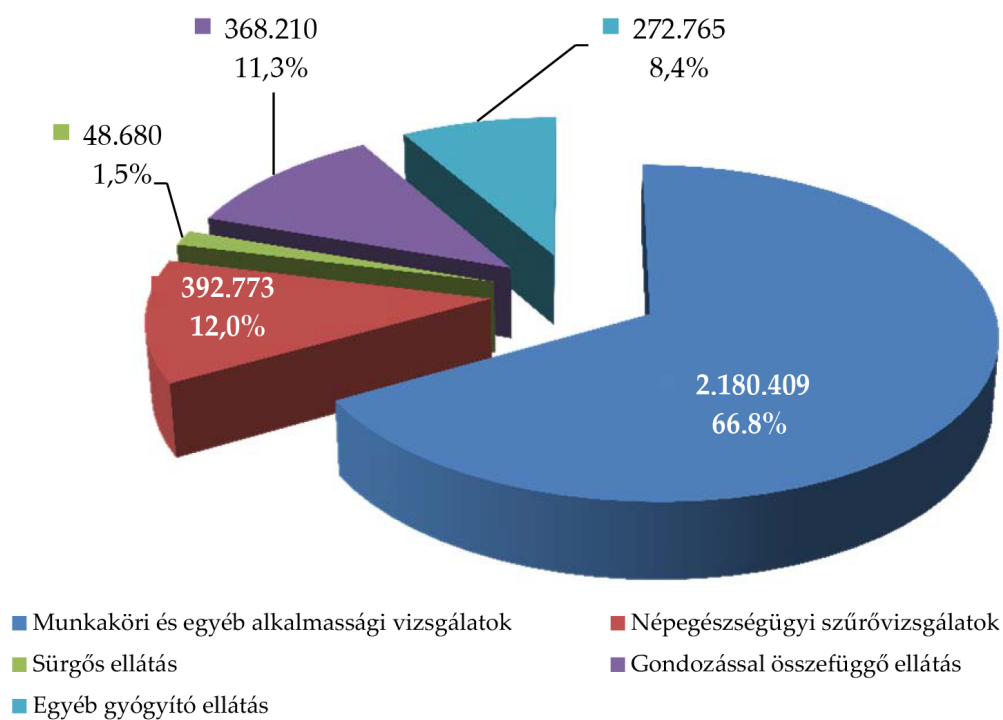
Kiemelendő, hogy az összes forgalom 66,8%-át a

munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok, míg az népegészségügyi szűrővizsgálatok 12,0%-ot, a gondozási tevékenység 11,3 %-ot és az egyéb gyógyító ellátás 8,4%-ot képviselnek.

II. Foglalkozás-Egészségügyi szakellátó helyek

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet 5. §-a határozza meg a foglalkozás-egészségügyi szakellátás keretében ellátandó feladatok körét. Részletes tevékenységi mutatóikat a XIII. számú táblázat tartalmazza.

A foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek jegyzékét az Egészségügyi Közlöny 2008. évi 1. számában tette közzé az egészségügyi miniszter. Ebben a közleményben 88 szakellátó hely szerepel. Ezzel



8. ábra. Az összes forgalom százalékos megoszlása

XI. táblázat

Egyéb foglalkozás-egészségügyi ellátás

Ellátás típusa	Esetszám
Sürgős ellátás	48.680
munkabaleset miatti ellátás	7.432
heveny esetek, rosszullétek	41.248

XII. táblázat

Az összes forgalom alakulása ellátási formák szerint

Ellátási formák	száma
Munkaköri és egyéb alkalmassági vizsgálatok	2.180.409
Népegészségügyi szűrővizsgálatok	392.773
Sürgős ellátás	48.680
Gondozási esetszám	368.210
Egyéb gyógyító ellátás	272.765

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek vizsgálati esetszámai

Szakellátó helyen végzett vizsgálatok	Esetek száma
Egészségügyi dolgozók munkaköri és/vagy egészségügyi tevékenység alkalmassági vizsgálata I. fokon	9.089
Egészségügyi dolgozók munkaköri és/vagy egészségügyi tevékenység alkalmassági vizsgálata II. fokon	60
A munkaköri alkalmasság II. fokú elbírálása	632
A kézilőfegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmasság II. fokú elbírálása	27
A közterület felügyelők egészségi, fizikai és pszichikai alkalmasságának II. fokú felülvizsgálata	5
Közmunkások foglalkoztathatósági vizsgálatainak száma	32.016
Közérdekű munkavégzésben foglalkoztatottak foglalkoztathatósági vizsgálatainak száma	8.324
OKJ-s képzésre jelentkezők beiskolázás előtti vizsgálata	39.909
Főiskolára, egyetemre jelentkezők beiskolázás előtti vizsgálata	2.923
Foglalkozási betegség gyanújával vizsgáltak száma	250
Bejelentett foglalkozási megbetegedések száma	7
Bejelentett fokozott expozíciós esetek száma	2
Tanácsadás - orvosoknak	2.273
- munkáltatóknak	628
- munkavállalóknak	6.936
Foglalkozás-egészségügyi konzultáció a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok számára	646
Egyéni vállalkozóknál hivatásos gépjármű alkalmassági vizsgálatok száma	1.345
Nem szervezett munkavégzésben dolgozók személyi higiénés alkalmassági vizsgálatok száma	1.393
Egyéb konzultációk	7.119

szemben - különböző okok miatt, de a működő foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyek valós száma nem ismert - megkeresésünkre mindösszesen 103 szakellátó hely számolt be 2016. évi munkájáról

Következtetés

Bár Magyarország Európában 32 évvel ezelőtt elsők között ratifikálta az ILO 161-s Egyezményét,

amely előírja, hogy a nemzetgazdaság minden ágazatára és minden munkavállalójára ki kell terjeszteni a foglalkozás-egészségügyi ellátást, ez a mai napig sem valósult meg. Jelenleg hazánkban az aktív dolgozók száma közel 4,5 millió, a foglalkozás-egészségügyi ellátás csupán 2.240.502 munkavállalóra terjedt ki. Azonban ez sem vonatkozik minden munkavállalói csoportra.

Az ellátási arány további növelésének akadályai az is, hogy a hazai szabályozás (munkavédelem-

ről szóló XCIII. törvény és végrehajtási rendeletei) csupán a szervezett munkavégzés keretében dolgozók számára írják elő a foglalkozás-egészségügyi ellátás kötelező biztosítását.

Az előző év adataiból jól nyomon követhető, hogy azok a munkavállalók akiknek biztosított a foglalkozás-egészségügyi ellátása, évente kötelező jelleggel, átesnek egy teljes körű orvosi vizsgálaton. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat feltárja azokat a munkavégzésből és munkakörnyezetből, életmódból származó kockázatokat, amelyek hatásának ki lehetnek téve a munkavállalók. Ezekről a kockázatokról a foglalkozás-egészségügyi szolgálat felvilágosítja a munkáltatót, a munkavállalót és az érdekképviselői szervezeteket. Közreműködik az orvos a megelőző, egészség megőrző, népegészségügyi stratégiák kidolgozásában és megvalósításában.

A foglalkozás-egészségügyi ellátásban részesülő munkavállalók betegségei korai stádiumban

felfedezésre kerülnek, ezáltal jelentős egészségnyereséggel rendelkeznek azokkal a dolgozókkal szemben, akiknek nem biztosított a foglalkozás-egészségügyi ellátás elérhetősége.

A fentiek mellett a foglalkozás-egészségügyi ellátás biztosítja az idősödő munkavállalók munkaerőpiacon való megtartását, ezzel a munka világában a demográfiai problémák megoldásában is kulcs szerepe van.

A bemutatott adatokból egyértelműen következik, hogy a foglalkozás-egészségügyi ellátás kiterjesztése, önálló központi szakmai irányítás megszervezése, új informatikai hálózatának létrehozása, minőségbiztosítási rendszerének megvalósítása népegészségügyi érdek.

Mindezek első lépése, hogy a 20-25 éve készült foglalkozás-egészségügyi szabályozási rendszer korszerűsítésre kerüljön.

„Foglalkozás - orvostan: a munkát végző ember munkakapacitása, munkahelyi optimális megterhelése, igénybevétele megismerésének, a munkának a dolgozó ember testi, lelki és szellemi képességeihez, állapotához való adaptálásának tudománya”

Munkaegészségtan tankönyvek
(2000,2004,2010)

Munkakörülmények Európában, Magyarországon a 6. Európai Munkakörülmények Felmérés első eredményei

Balogh Katalin

Nemzetgazdasági Minisztérium

Munkavédelmi Főosztály

Összefoglalás: Az EUROFOUND ötévente végzett, egész Európára kiterjedő felmérései áttekintést adnak az európai munkavállalók munkakörülményeiről. A cikk a 6. Európai Munkakörülmények Felmérés munkavédelmi szempontból legfontosabb megállapításait mutatja be különös tekintettel a magyarországi eredményekre.

Kulcsszavak: munkakörülmények, európai felmérés, munkavédelmi kockázatok

First results of the 6th European Working Conditions Survey

ABSTRACT: Surveys conducted by EUROFOUND in every five years give an overview of working conditions of European employees. This article shows the main conclusions regarding the most important topics of health and safety at work in the 6th Working Conditions Survey with the emphasis on Hungarian data.

KEYWORDS: working conditions, european survey, risks of health and safety at work

Bevezetés

A munkavédelem monitorozására szolgáló rendszerek feladata bizonyos időszakonként számba venni a munkavédelem helyzetét. Az ide sorolható tényezők köre és hatása a mindenkori társadalmi-gazdasági fejlettségtől, az érték- és érdekviszonyoktól függően folyamatosan változik, struktúrájuk és egymáshoz való viszonyuk is módosul.

Az összehasonlítható és homogén adatok elemzése adhat lehetőséget a szükséges döntések megalapozásához, a munkavédelmi szabályozás gyakorlati megvalósulásának visszacsato-

lásához és a munkavédelmi felügyelet pozitív szerepének igazolásához (1). Az EUROFOUND ötévente végzett, egész Európára kiterjedő munkakörülmény felmérései sokszínű, foglalkozásra, nemre és korcsoportra kiterjedő képet adnak az európai munkahelyek világának változásáról (2).

A dublini székhelyű Európai Alapítvány az Élet- és Munkakörülmények Javításáért (EUROFOUND European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions,) háromoldalú, független EU-s szerv, amelyet a tagállamok kormányaiból, a munkáltatók és a munkavállalók szervezeteiből, valamint az Európai Bizottság három képviselőjéből

¹ Rovatvezető: Dr. Lesfalvi Tibor Nemzetgazdasági Minisztérium, Ímé: tibor.lesfalvi@ngm.gov.hu

álló Igazgatótanács irányít. Célja az európai élet- és munkakörülmények javításával kapcsolatos tervezés és megvalósítás terén felelősséget vállaló fő társadalmi szereplők munkájának támogatása.

1990. évi bevezetése óta az európai munkakörülmény-felmérések az Európában jellemző munkakörülményekről ötévente nyújtanak áttekintést a következő témakörökben:

- Az európai alkalmazottak és önfoglalkoztatók munkakörülményeinek összehangolt értékelése és számszerűsítése
- A munkakörülmények különféle aspektusai közötti kapcsolatok elemzése
- A kockázati csoportok, a problémás és a fejlődést mutató területek meghatározása
- A tendenciák figyelemmel kísérése az e területekre vonatkozó homogén mutatók révén
- Az európai politika fejlődéséhez való hozzájárulás

A felmérési kérdőív hatóköre lényegesen kibővült az első kiadás óta, hogy átfogóbb képet adhasson a dolgozó férfiak és nők mindennapi munkahelyi életéről. A nemek közötti egyenlőség általános érvényesítésének elve fontos szempont volt a kérdőív legutóbbi felülvizsgálata során.

- Az első európai munkakörülmény-felmérés 1990/1991-ben az Európai Közösségek 12 tagállamának munkavállalóit vizsgálták.
- A második európai munkakörülmény-felmérésre 1995/1996-ban került sor: az Európai Unió 15 tagállamának munkavállalóit vizsgálták.
- A harmadik európai munkakörülmény-felmérés 2000-ben zajlott: az első szakaszban az Európai Unió 15 tagállamát és Norvégiát vizsgálták, ezt követően 2001-ben a felmérést kiterjesztették a 12 „új” tagállamra, majd 2002-ben a második szakaszban Törökországra.
- A negyedik európai munkakörülmény-fel-



mérés 2005-ben volt: az Európai Unió 27 tagállama, valamint Norvégia, Horvátország, Törökország és Svájc részvételével.

- Az ötödik európai munkakörülmény-felméréshez szükséges terepmunka 2010. január től júniusig zajlott. Ennek keretében közel 44000 munkavállalóval készítettek interjút az EU 27 tagállamában, Norvégiában, Horvátországban, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságban, Törökországban, Albániában, Montenegróban és Koszovóban.
- A hatodik európai munkakörülmény-felmérést 2015. február és szeptember között az EU 28 tagországában, Norvégiában, Svájcban, Albániában, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaságban, Montenegróban, Szerbiában és Törökországban végezte az Ipsos NV, Belgium. 35 országban összesen 43 850 szemtől szembeni, átlagosan 45 perces interjú készült a megkérdezettek otthonában. A megkérdezettek 15 évnél idősebb (néhány országban 16 évesnél idősebb) munkavállalók voltak, akik a felvétel időpontját megelőző héten legalább 1 órát jövedelemszerzés céljából dolgoztak.

- 2015. évi felmérés első eredményeit 2016 novemberében publikálta az EUROFO-UND

A felméréshez használt kérdőív a foglalkoztatási helyzetre, a fizikai és pszichoszociális kockázatokra, a munkaidőre és a munkavégzés helyére, a munkaszervezésre, a készségek alkalmazására és fejlesztésére, a munkahelyi társas kapcsolatokra, valamint az egészségre és jóllétre vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

Megállapítások

Sok területen vannak pozitív fejlemények a korábbi felmérések adataihoz képest

- A testhelyezettel összefüggő kockázatoknak való kitettség a válaszadók bevallása szerint csökkent, de a 43%-os aránya még így is jelentős.
- Tíz munkavállaló közül kilenc állította, hogy jól tájékozott vagy nagyon jól tájékozott a munkakörének ellátásával összefüggő egészségi és biztonsági kockázatokról.
- A munkavállalók jelentős aránya (58%) nyilatkozta azt, hogy a vezetőjétől mindig vagy szinte mindig megkapja a szükséges támogatást, és nagyon nagy részüket (71%) a kollégáik is mindig vagy szinte mindig támogatják.
- A 2000-ben mért 24%-ról 2015-ben 33%-ra nőtt azoknak az alkalmazottaknak az aránya, akiknek a közvetlen főnöke nő.
- A munkavállalók többsége (58%) elmondása szerint a fizetett főállásában elégedett a munkaidejével.
- Az alkalmazottak egyharmada (31%) dolgozik magas munkavállalói részvétellel működő szervezeteknél, amelyekre jellemző a feladatok terén kapott mérlegelési jogkör és a szervezeti részvétel magas szintje.
- A munkavállalók közel kétharmada egyet-

ért azzal, hogy a szervezet, amelynek dolgoznak, a legjobb munkahelyi teljesítményre ösztönzi őket: 39%-uk „inkább egyetért” és 24% „határozottan egyetért” ezzel az állítással.

A munkavállalók egyes csoportjait érintő kérdések

- A nemek közötti különbségek továbbra is jelentősek, a munkában és a munkahelyen kívüli életben egyaránt.
- A férfiak gyakrabban dolgoznak hosszabb munkaidőben (48 vagy több órában, különösen az önálló vállalkozók), a nők pedig gyakrabban dolgoznak rövidebb munkaidőben (20 óránál kevesebbet).
- A férfiak fizetett munkaideje elmondásuk szerint hosszabb, de a munkaórák teljes száma (fizetett munka a fő- és másodállásban, munkába járási idő és a nem fizetett napi munka) magasabb a nőknél, mint a férfiaknál.
- A kisebb vállalatoknál dolgozó munkavállalók ritkábban kapnak tájékoztatást a munkakörük ellátásával járó egészségi és biztonsági kockázatokról.
- A fiatal munkavállalók nagyobb mértékben ki vannak téve az intenzív munkavégzésnek, a többműszakos munkának, az ártalmas társas viselkedésformáknak és az állás bizonytalanságának.
- Az 50 év feletti munkavállalók rosszabb munkahelyi előmeneteli kilátásokról és elégtelen képzési kínálatról számolnak be.

Problémás területek

- 2010 és 2015 között emelkedett a vegyi anyagok (15%-ról 17%-ra) és a fertőző anyagok (11%-ról 13%-ra) kezelésének kitett munkavállalók aránya.

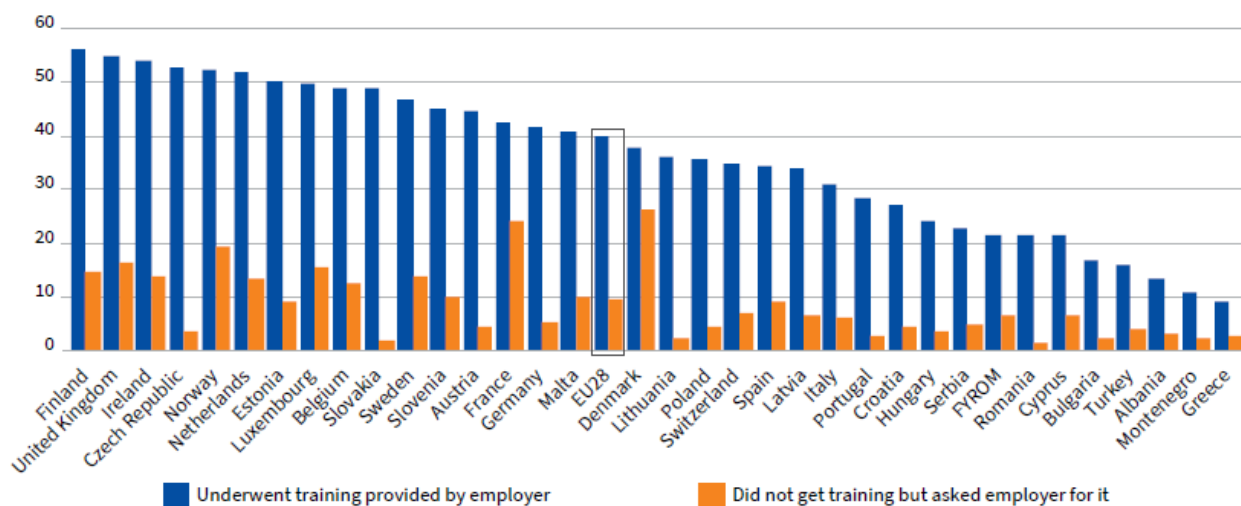
- A fizikai munkások közül sokan továbbra is ki vannak téve a munkaintenzitás magas szintjének, ugyanakkor alacsony szintű az önállóságuk, illetve a munkahelyük és foglalkoztatásuk biztonsága.
- A munkavállalók közel egyhatoda (16%) volt kitéve elmondása szerint ártalmas társas viselkedésformáknak – például erőszakos cselekményeknek, zaklatásnak vagy kényszerű szexuális érintkezésnek –, ami potenciálisan súlyos negatív következményekkel jár az érintett munkavállalókra és a munkában való további részvételükre nézve.
- Meredeken csökkent, 40%-ra esett azoknak a munkavállalóknak az aránya, akik mindig tapasztalják a jól végzett munka érzését.
- A nemi szegregáció még mindig általánosan elterjedt: az alkalmazottak kétharmadának (67%) van férfi felettese, de a férfi alkalmazottak körében 85% ez az arány.
- 2015-ben az alkalmazottak 16%-a „egyetért” vagy „határozottan egyetért” azzal az

állítással, hogy a következő hat hónapban elveszítheti az állását; ez az arány megegyezik a 2010-essel.

Az alábbiakban a 2015. évi felmérés néhány témakörének részletes eredményeit mutatom be.

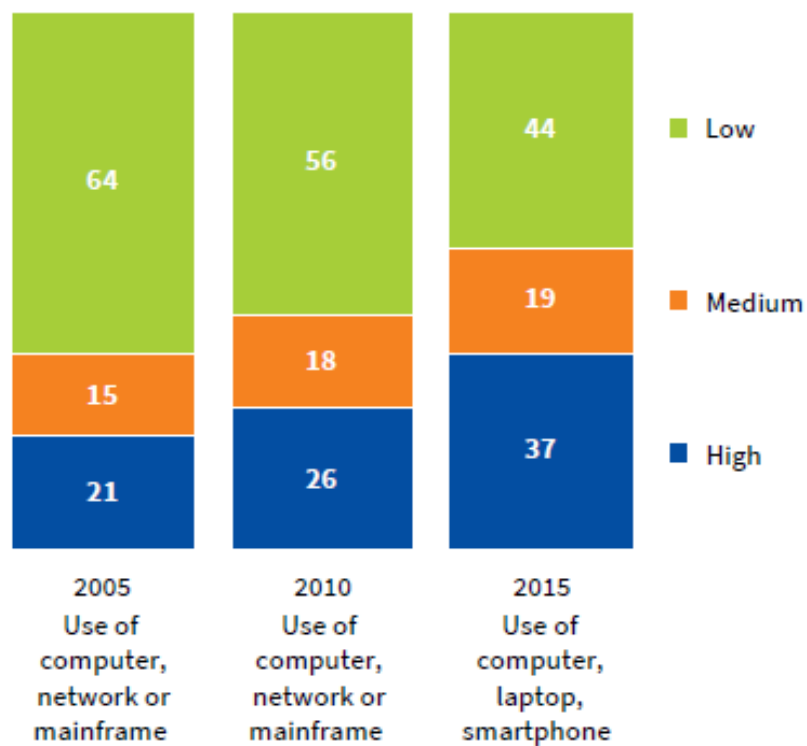
Információ a munkavédelmi kockázatokról

2015-ben az EU munkavállalóinak 11%-a jelölte azt a választ, hogy a munkavédelmi kockázatokkal kapcsolatban „nem jól informált” vagy „egyáltalán nem jól informált”.Vannak olyan csoportok, amelyek lényegesen kevésbé informáltak, mint mások,ilyenek pl. a segédmunkások (18%), a szerződéssel nem rendelkezők (21%) vagy a határozott időre szóló szerződéssel dolgozók (16%), alacsony iskolai végzettségűek (19%), illetve a kevesebb mint egy év munkaviszonnyal rendelkezők (16%). A vállalkozás mérete szerint vizsgálva a kérdést, a 2-4 főt foglalkoztató mikrovállalkozásoknál legrosszabb az információval való ellátottság érzése, a vállalkozás méretének növekedésével egyenes arányban javul a helyzet.



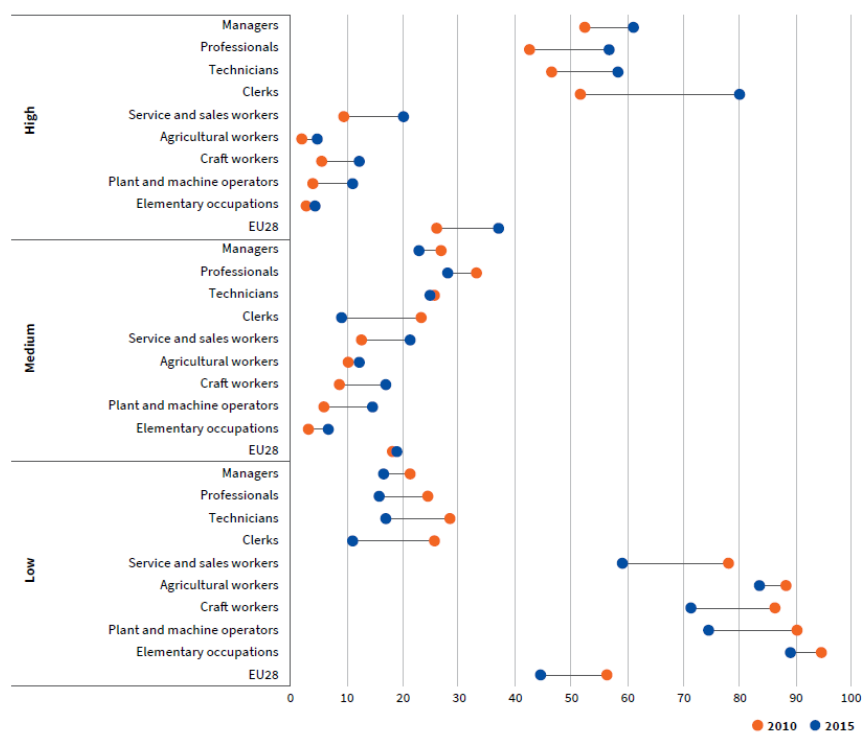
1. ábra. A felmerést megelőző 12 hónap során továbbképzésben részt vevő munkavállalók aránya

(kék: megvalósult továbbképzés, a munkáltató szolgáltatta,
piros: a munkavállaló - bár kérte - nem részesült továbbképzésben,)



2. ábra Munkája során ICT-t (infokommunikációs eszközt) különböző (kék: magas, piros: közepes, zöld: alacsony) intenzitással használó munkavállalók aránya.

2005, 2010: számítógép, hálózat vagy nagygépes rendszer 2015: számítógép, laptop, okostelefon)



3. ábra Munkájuk során ICT-t (infokommunikációs eszközt) használók aránya foglalkozások szerint 2010-2015

Képzés, továbbképzés

Továbbképzésben a dolgozók egyre nagyobb hányada vesz részt: amíg 2005-ben mért 26%-ról 2015-re 37% azoknak az aránya (Magyarországon 25%), akik a munkáltató által vagy (önfoglalkoztatók esetén saját maguk) által fizetett képzésben vettek részt. Azon dolgozók aránya, akik bár kértek, nem részesültek képzésben viszonylag alacsony az EU 28-ban 10 %, Magyarországon ennél is kisebb (1. ábra).

ICT használat

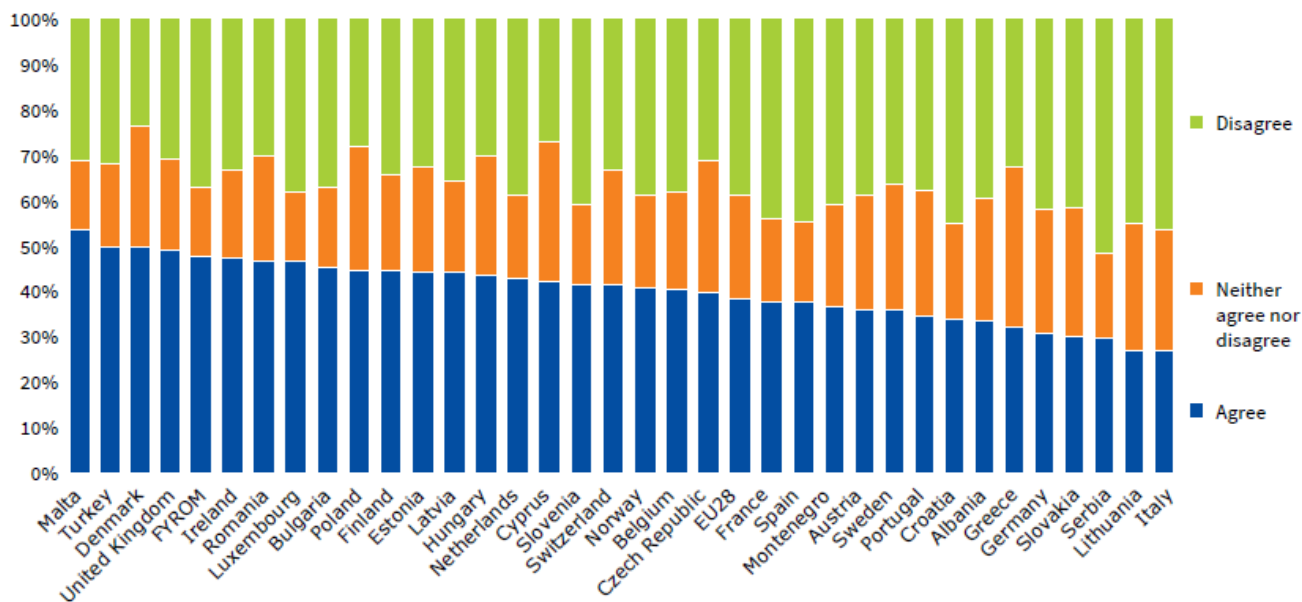
A munkájuk során ICT-t (infokommunikációs eszköz) „erős intenzitással” használók aránya jelentősen emelkedett 2005 óta: 21%-ról 37%-ra (2. ábra). Azoknak a dolgozóknak az aránya, akik ICT-t használnak, minden munkakörben növekedett az utóbbi 5 év során, a legnagyobb növekedés az ICT-t intenzíven használó hivatalnokok körében jelentkezett (3. ábra).

Karrier kilátások

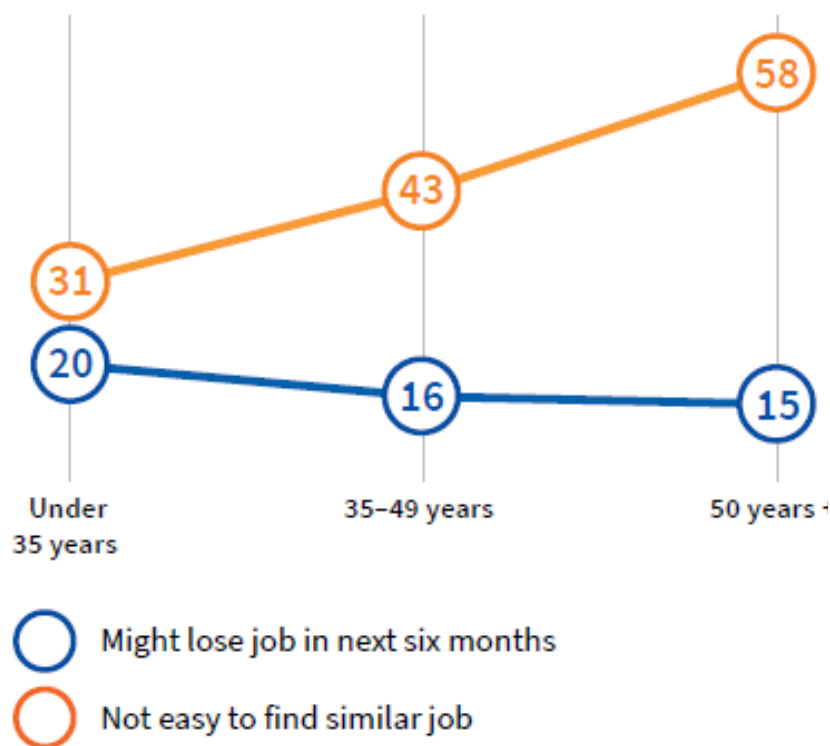
Csaknem 10-ből 4 munkavállaló (38%) ért egyet azzal a kijelentéssel, hogy a jelenlegi munkája karrier szempontjából jó lehetőségeket kínál, ez az adat 6%-kal kedvezőbb a 2010-ben mért értéknél. Érdekes lehet az országok közötti összehasonlítás: Magyarország a középmezőnyben foglal helyet, a máltaiak, a törökök, a dánok, az angolok látják az átlagnál kedvezőbben előrehaladásuk lehetőségét.

Az állás bizonytalansága és foglalkoztathatóság

A felmérésben arra a kérdésre, hogy elveszítheti-e a következő 6 hónapban a munkáját, nagyjából azonos választ adtak az EU 28 országainak megkérdezettjei: 68% nem ért egyet a kijelentéssel, hogy ez idő alatt elveszítheti állását. Ugyanakkor viszont, amikor azt kérdezték, könnyen találna-e hasonló fizetéssel állást, ha a jelenlegi munkája megszűnne, a válaszadók 36%-a értett egyet, ami 2010-hez képest 4%-os növekedést jelent. A munkavállaló életkora szerint vizsgálva az állás



4. ábra A jelenlegi munkája jó karrierlehetőséget jelent a munkavállaló számára
(kék: egyetért az állítással, piros: néha egyetért, néha nem, zöld: nem ért egyet)



5. ábra Az állás bizonytalanságának érzékelése különböző életkorú válaszadók esetén
(kék: "Elveszítheti-e a következő 6 hónapban a munkáját?" kérdésre adott igen válaszok aránya, piros: „Nem könnyű hasonló munkát találni” megállapítást tevők aránya)

bizonytalanságát és foglalkoztathatóságot az idő-
södő munkavállalók esetében nyílik az olló: az
50+ életkorú dolgozóknak ugyan csupán 15 %-a
érzi azt, hogy elveszítheti az állását, de több mint
a fele szerint (58%), nem lenne könnyű hasonló
állást találnia (5. ábra).

A munkavégzés hatása az egészségi állapotra

A 6. EWCS megkérdezte a munkavállalókat arról,
hogyan munkájuk – saját, szubjektív értékelésük sze-
rint milyen hatással van egészségi állapotukra. 2010
óta azoknak a dolgozóknak az aránya, akik szerint a
munka nem befolyásolja egészségi állapotukat, kis-
mértékben csökkent: 68%-ról 62%-ra. Azok aránya,
akik pozitív hatást érzékeltek, 7%-ról 11 %-ra nőtt,
akik negatív hatást érzékelők köre nem nagyon vál-
tozott: 25%-ról 26%-ra. A negatív hatást érzékelők
között több a férfi, de nincs különbség a nemek vá-
laszait illetően a pozitív hatást érzékelők között.

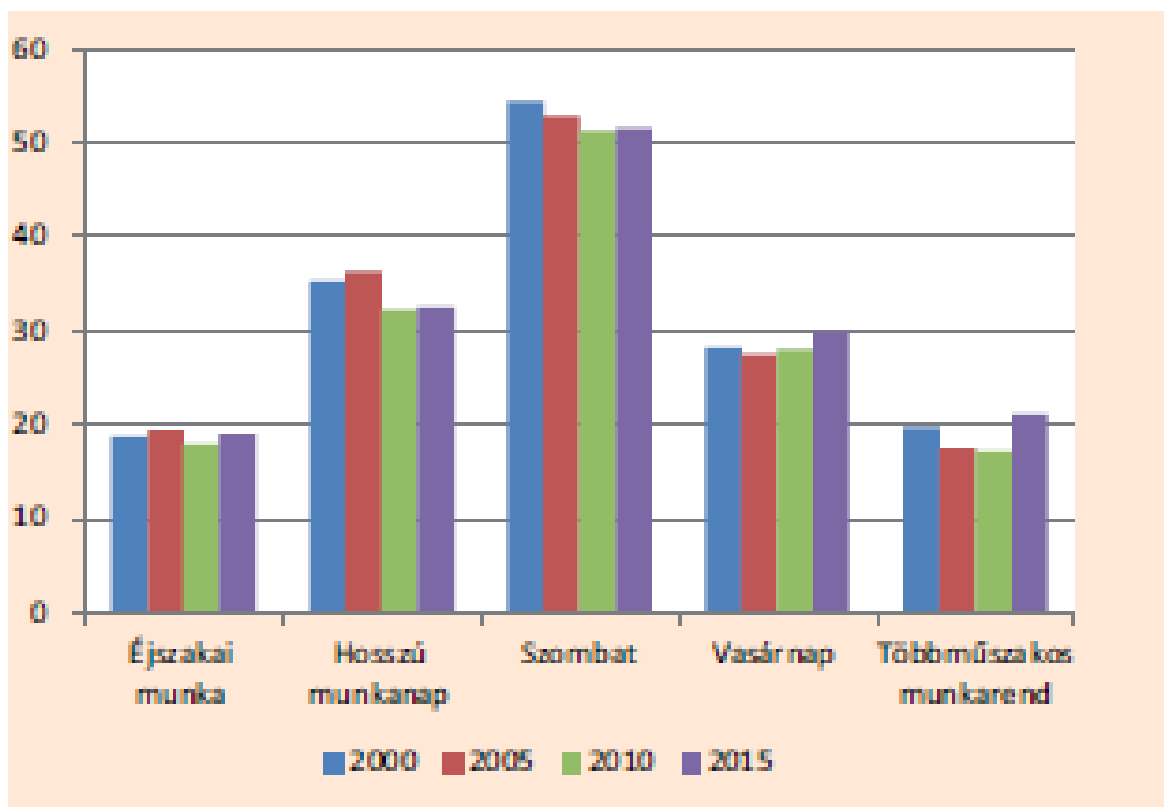
Az iparban, a mezőgazdaságban, az egészségügy-
ben, a szállításban dolgozók körében volt magasabb
azok aránya, akik negatív hatásról számoltak be.

Betegszabadság

A felmérést megelőző 12 hónap során a munka-
vállalók 27%-a volt betegszabadságon egészségi
okok miatt. Életkor szerint jelentős különbségek
vannak: 35 év alattiak 22%-a, a 35-49 évesek 26%-
a, az 50 fölöttiek 30%-a vett ki betegszabadságot.

Presenteism

A presenteism a szakirodalomban gyakran hasz-
nált kifejezés arra a helyzetre, amikor a munkavál-
láló egészségi problémája ellenére munkába megy.
A nők gyakrabban számoltak be ilyen állapotban
való munkavégzésükről, mint a férfiak (44% illetve
41%), az 50 évnél idősebbek között is gyakoribb a



6. ábra Atipikus munkaidő, 2000–2015 (%)

presenteism (40%). Nem váratlan megállapítása a felmérésnek, hogy a jobb munkakörülmények között dolgozók, általában kisebb arányban számoltak be erről a jelenségről.

A munka- és magánélet egyensúlya

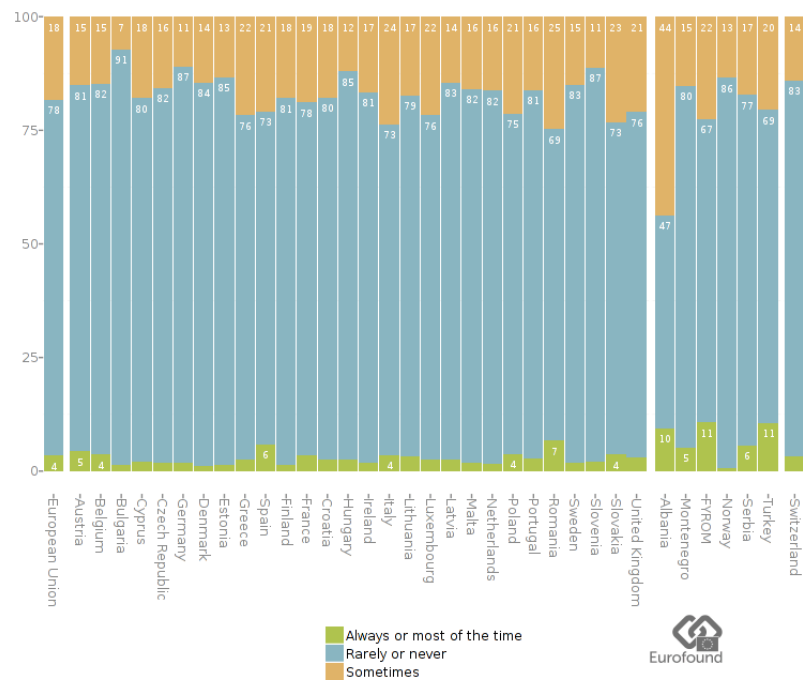
Munkaidő-szabályozás

A munkavállalók többsége számára továbbra is a napi és heti munkaórák számának, a heti munkanapok számának rendszeressége és a munka megkezdésének és befejezésének állandó időpontja a norma, bár a heti és napi munkaórák száma kismértékben csökkent. Az Eurofound kidolgozott egy mutatót a rendszeresség mérésére, amelynek alapján a munkavállalók 43%-ának nagymértékben rendszeres a munkaideje és a beosztása, 28%-nál közepes fokú a rendszeresség, 30%-nál pedig alacsony szintű. A munkaidő nagyfokú rendszeressége a nők körében gyakoribb (46%), mint a fér-

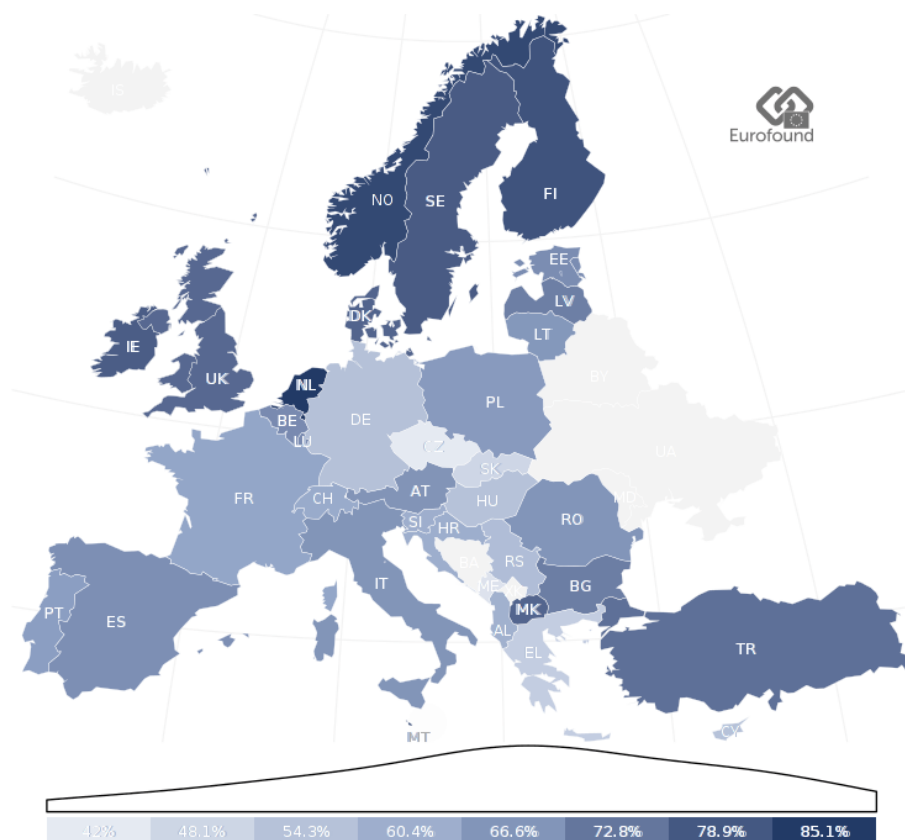
fiaknál (40%). Az atipikus munkaidő – szombati vagy vasárnapi munka, hosszú (10 óránál hosszabb) munkanapok, többműszakos és éjszakai munka – az EU-ban dolgozó munkavállalók jelentős részét érinti.

A munkavállalók több mint fele dolgozik havonta legalább egy szombaton (52%), egyharmada (32%) pedig havonta legalább egyszer napi 10 vagy több órát tölt munkával. A vasárnapi munkavégzés aránya kismértékben emelkedik (30%), ahogy a többműszakos munkarend is (21%), az éjszakai munka pedig a munkavállalók 19%-át érinti (6. ábra).

Az eredmények azt mutatják, hogy a munkavállalók többségénél a munkáltató határozza meg a munkaidőt. Az alkalmazottak kétharmada (64%) nem tud változtatni a beosztásán, és csak minden tizedik (10%) választhat a vállalat által meghatározott különféle időbeosztások közül. A nők a férfiaknál nagyobb arányban dolgoznak olyan vál-



7. ábra Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran jelentett nehézséget a munkájára koncentrálnia családi problémák/kötelezettségek miatt? kérdésre adott válaszok országonként (zöld: mindig vagy az idő legnagyobb részében, kék: ritkán vagy soha, piros: néha)



8. ábra Munkaidőben el tudnak-e menni egy-két órára személyes ügyet intézni? A „könnyen” vagy „nagyon könnyen” válaszok aránya országonként

lalatoknál, ahol az alkalmazottak többféle fix munkarend közül választhatnak.

Az alkalmazottak egyötöde (20%) a kijelölt határok között szabadon választhatja meg a munka megkezdésének és befejezésének időpontját (rugalmas munkaidő), az alkalmazottak 6%-a pedig a munkaidejét is maga határozza meg. A munkavállalók 11%-ánál fordult elő a felmérést megelőző hónapban, hogy több alkalommal is hirtelen behívták dolgozni, és a munkavállalók 2%-ánál ez a felmérést megelőző héten is többször előfordult.

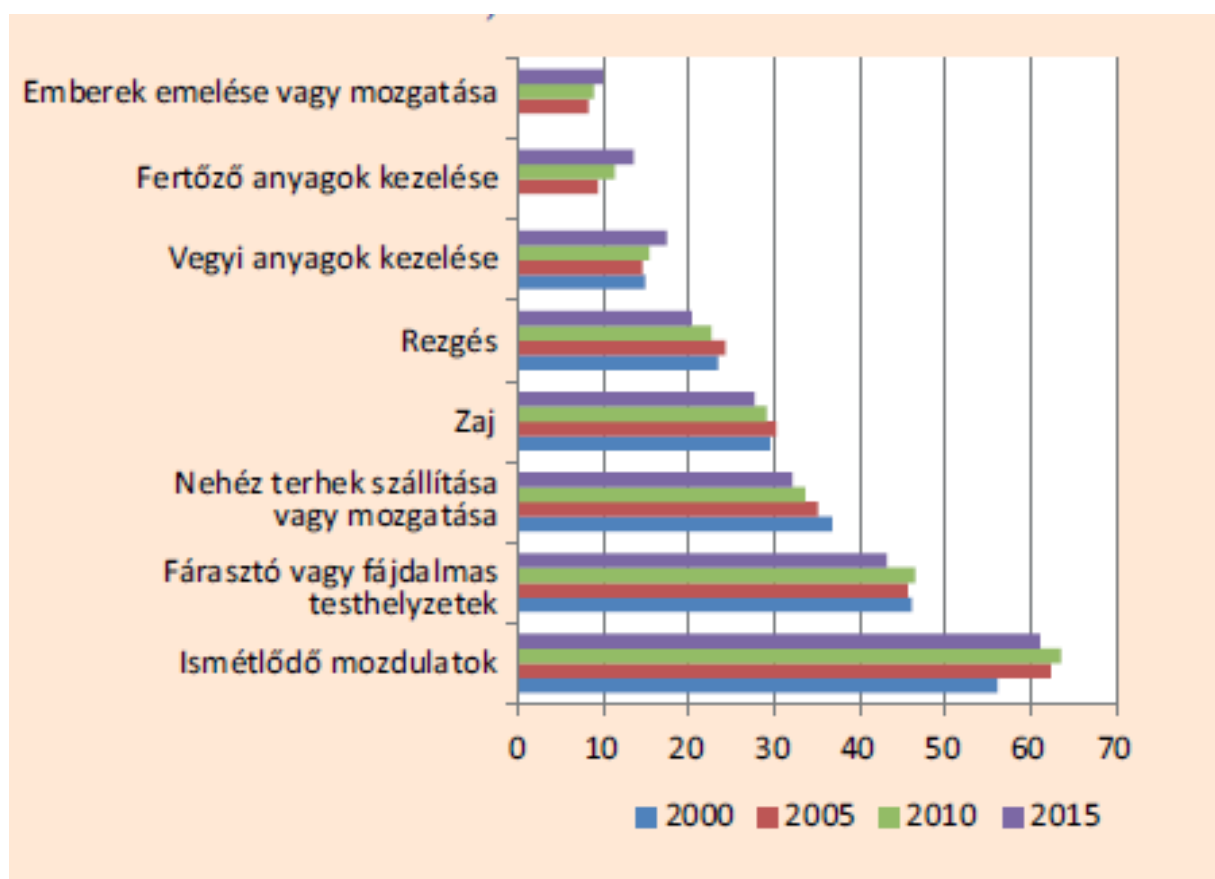
A munka és a magánélet közötti egyensúly, a határok elmosódása

A kérdések arra irányultak, milyen mértékben kapcsolódik össze a munka és a magánélet: a munkavállalók 14%-a mondta azt, hogy „mindig” vagy „szinte mindig” aggódik a munkája miatt a szá-

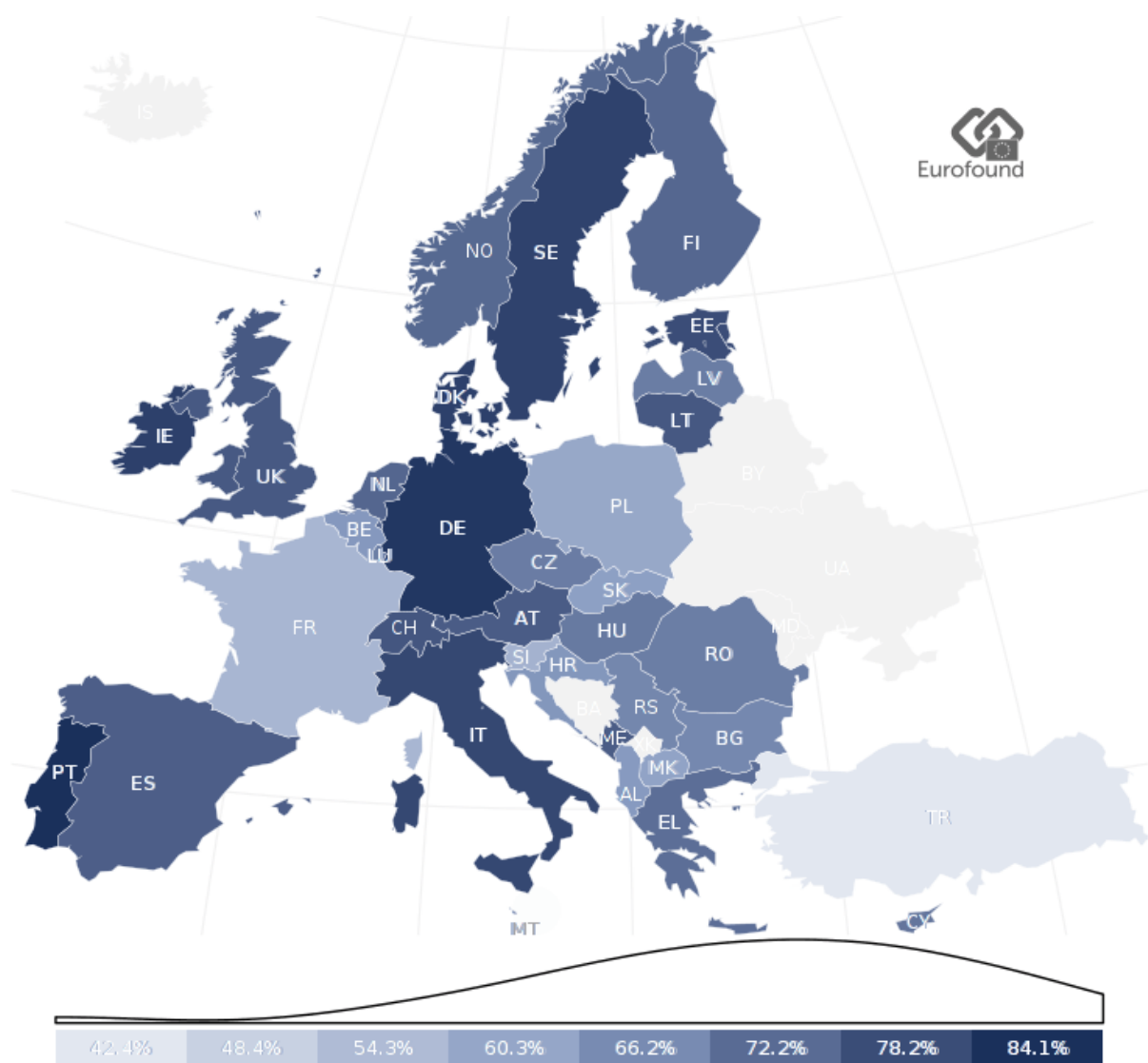
badidejében; 21% „mindig” vagy „szinte mindig” túl fáradtnak érzi magát ahhoz, hogy elvégezze a szükséges háztartási munkákat; 11% pedig azt jelezte, hogy a munkahelye „mindig” vagy „szinte mindig” megakadályozza, hogy időt fordítson a családjára. Végül a munkavállalók 3%-a állította, hogy a családi és gondozási kötelezettségei hátrányosan befolyásolják a munkáját (7. ábra)

Amikor a munkavállalókat arról kérdezték, el tudnak-e menni munkaidőben egy-két órára személyes ügyeket intézni, 25%-uk válaszolta, hogy „nagyon könnyen”, 40%-uk pedig azt, hogy „viszonylag könnyen” tudják ezt megtenni (8. ábra)

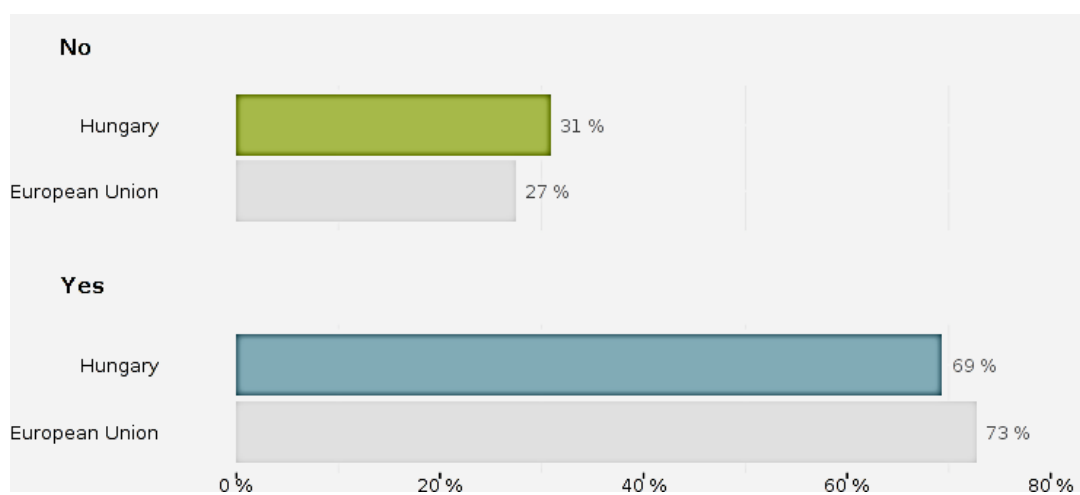
Amíg a magyar válaszadók 54%-a válaszolta erre a kérdésre, hogy könnyen vagy nagyon könnyen, addig a hollandok 85%-a, norvégok 82%-a.



9. ábra Fizikai kockázatoknak való kitettség a munkaidő legalább ¼ részében 2000-2015



10. ábra Mit gondol, képes lesz-e a jelenlegi munkáját vagy egy hasonló 60 éves korában is elvégezni?
Az igen válaszok aránya térképes feldolgozásban.



11. ábra Mit gondol, képes lesz-e a jelenlegi munkáját vagy egy hasonló 60 éves korában is elvégezni? Az igen válaszok aránya Magyarországon és az Európai Unióban

A fizikai kockázatoknak való kitettség

A munkaidő legalább $\frac{1}{4}$ részében érzékelt fizikai kockázatoknak való kitettség érzékelését vizsgálva megállapították, hogy az ismétlődő kéz- és karmozdulatoknak és a fárasztó vagy fájdalmas testhelyzeteknek való kitettség viszonylag gyakori, a munkavállalók 61%-át, illetve 43%-át érinti, akik elmondásuk szerint a munkaidő legalább egynegyedében ki vannak téve ezeknek. Ezekről a kockázatokról 2015-ben valamivel kevesebben számoltak be, mint 2010-ben (9. ábra).

A hangos zajnak és a gépekből eredő rezgéseknek való kitettség 2005 óta csökkent.

Fordított irányú folyamat figyelhető meg ezzel szemben a vegyi anyagok kezelése, a fertőző anyagok kezelése és az emberek emelése vagy mozgatása terén. Bár az ilyen kockázatoknak való kitettség nem nagyon gyakori, a munkavállalók 10–17% közötti része jelezte, hogy az idő legalább egynegyedében ki van téve ezeknek, az expozíciós szintek 2005 óta folyamatosan emelkednek.

A felsorolt fizikai kockázatok többsége esetében az expozíciós szintek a férfiaknál magasabbak, mint a nőknél. A kivételt az ismétlődő mozdulatok jelentik, amelyek esetében az expozíciós szintek nagyjából egyformák, valamint a fertőző anyagok kezelése és az emberek emelése vagy mozgatása, amelyek a nőknél gyakrabban fordulnak elő, mint a férfiaknál.

Akar-e/képes-e dolgozni idős korában?

A felmérés során megkérdezték az interjúalanyoktól, hány éves korukig akarnak dolgozni, választhatták a preferált életkort vagy „ameddig csak lehet” tartalmú választ. A válaszadók 70%-a jelölt meg konkrét

életkort, 18% azt jelölte, hogy dolgozna, amíg lehet. Annak vizsgálatára, hogy a dolgozó, a jelenlegi munkáját el tudja-e végezni idősebb korában két kérdést tettek fel a kérdezők: az 55 évnél fiatalabbaknak: „60 éves korában el tudja-e látni jelenlegi munkáját?”, az 56 és éveseknek és idősebbeknek: „5 év múlva is el tudja-e végezni jelenlegi munkáját?”. Sok interjúalany nem tudta ezt a kérdést megválaszolni: 9% az 55 évesnél fiatalabb és 13% az 56 éves, vagy idősebb korosztályból a „Nem tudom” opciót választva. Az első kérdésre európai átlagban 73% mondott igent, 27% nemet, a férfiak válaszoltak optimistábban (10. ábra). Érdekes, de nem váratlan az összehasonlítás eredménye foglalkozások szerint: többnyire a hivatalnokok, vezetők, szakképzett dolgozók érzik úgy, hogy 60 éves korukban is képesek dolgozni (83%), míg a segédmunkások, szolgáltatásban és kereskedelemben dolgozók csak 60%-a.

Az uniós átlaghoz képest 4%-kal kevesebb magyar válaszolta (69%), hogy képes a munkáját 60 évesen elvégezni (11. ábra).

Jól végzett munka

Az elmúlt évtizedben csökkent azoknak a munkavállalóknak az aránya, akik a jól végzett munka érzését „mindig” tapasztalják: 2005-ben 51% volt, 2010-ben 45%, míg 2015-ben 40%. Megdöbbentő tény, hogy a munkavállalók 5%-a ritkán vagy soha nem tapasztal ilyet.

A felmérés mikroadatai már elérhetők, az adatok jobb vizualizációja céljából az EUROFOUND honlapján interaktív felület segíti az olvasót. Ki lehet kérni az adattáblákat, az adatok megjelenítését oszlopdiagramon, térképes feldolgozásban. Összehasonlítást lehet végezni nem, életkor, foglalkozás szerint, az országok között és az EU átlagához viszonyítva.

Összegezve:

A hatodik európai munkakörülmény-felmérés sokszínű, több országra, foglalkozásra, nemre és korcsoportra kiterjedő képet ad az európai munkahelyek világának időbeli változásáról. Az eredmények rámutatnak, hogy az európai politikai döntéshozók komplex helyzettel állnak szemben az igazságos és versenyképes Európa felé vezető úton. A megállapítások felhívják a figyelmet arra, hogy a politikai szereplők milyen jellegű és hatókörű intézkedéseket dolgozhatnak ki az aktuális problémák kezelésére.

Források:

1. Munkavédelmi Kutatási Közalapítvány: Adatstruktúrák és monitorozási módszerek fejlesztése és közelítése az EU gyakorlatához 2002
2. <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys>

Balogh Katalin

email: katalin.balogh@ngm.gov.hu

tel: (30) 817 5685



Tájékoztató a Munkavédelmi Bizottság 2017. június 20-ai plenáris üléséről

A Munkavédelmi Bizottság (a továbbiakban: Bizottság), amely a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 78. § rendelkezése alapján az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéssel kapcsolatos országos érdekegyeztetés legmagasabb fóruma, - a munkavállalók, a munkáltatók érdek-képviselői szervezetei és a Kormány képviselőinek részvételével – megtartotta a 2017. évi második plenáris ülését, az alábbi napirendi pontok megtárgyalásával.

A napirendi pontok megtárgyalása előtt a levezető elnök, **Mandrik István** a Munkaadói Oldal ügyvivője köszöntötte az ülésen résztvevőket.

Dr. H. Nagy Judit tájékoztatta a Bizottságot, hogy aktualizálásra kerültek az oldalak tagjainak és szakértőinek névsora.

1-2. *Megnyitó. Tájékoztató a „Fókuszban a mezőgazdaság – első a munkavégzés biztonsága” című mezőgazdasági kampányról.*

Nesztinger Péter, a kormányzati oldal ügyvivője tájékoztatta a Bizottságot a kampányról. A kampány nyitókonferenciáját 2017. június 13-án tartották meg a gödöllői Szent István Egyetemen. Az ommf.gov.hu honlapon létrehozták a „Mezőgazdasági kampány 2017-2018” menüpontot, ahova folyamatosan feltöltésre kerülnek a kampánnyal kapcsolatos tájékoztató anyagok.

3. *Honvédelmi Minisztérium, mint a kormányzati tárgyalócsoport új tagjának bemutatkozása.*

Rávai Attila ezredes ismertette a Honvédelmi Minisztérium munkavédelmi tevékenységét.

4. *A nemzetgazdaság 2016. évi munkavédelmi helyzetéről szóló jelentés megtárgyalása.*

A Bizottság előzetesen megkapta a jelentés tervezetét. A munkavállalói oldal a jelentésben leírt véleményéhez az ülésen kiegészítést fűzött, a kiegészítés szövegét a Bizottsággal ismertette. A jelentés tervezetét a munkavállalói oldal kiegészítésével együtt a Bizottság egyhangúan elfogadta.

5. *Javaslatok és koncepció kidolgozása a munkavédelmi szakemberek kötelező továbbképzési rendszeréhez és regisztrációjához.*

Nesztinger Péter a munkaadói és munkavállalói oldaltól is koncepciójavaslatokat kért. Javasolta, hogy az ötletek megvitatására és egy egységes koncepció kidolgozására a Bizottság egy tripartit munkabizottságot hozzon létre.

6. *Tájékoztató a GINOP-5.3.4-16 a „Munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése” című projekt státuszáról, valamint a GINOP-5.3.9-17 a „Munkavállalók mentális egészségének fejlesztése” című projekt terveiről.*

Nesztinger Péter tájékoztatta a Bizottságot a projektek céljairól, a rendelkezésre álló forrásokról, a megvalósítható tevékenységekről, az eddigi eredményekről.

7. *Tájékoztató az EU Bizottság 2017.01.10-i munkahelyi egészségvédelmet és biztonságot érintő kommunikációjával, valamint a SLIC kommunikációjával kapcsolatban megállapított feladatokról.*

Dr. H. Nagy Judit ismertette az Európai Bizottság - 2017. január 10-én közzétett – munkavédelemmel kapcsolatos közleményét. A közlemény többek között tartalmazza a munkavédelmi irányelvek tagállami átültetéséről szóló jelentését, az európai unió intézkedéseit, valamint a tagállamok, bizottságok, fókuszpontok feladatait és a feladatokra meghatározott határidőket.

8. *Egyebek.*

Mandrik István elmondta, hogy a Magyar Kereskedelmi és Iparkamara szakmai tanácsadó testü-

teként megalakult a Kereskedelmi és Iparkamara Munkavédelmi Bizottsága. A Bizottság elnöke Mandrik István lett.

Készítette:

*Dr. H. Nagy Judit,
a Munkavédelmi Bizottság Titkára*

Látta:

*Dr. Simon Attila István,
Munkaerőpiacért Felelős Helyettes Államtitkár*

Jóváhagyta:

*Cseresnyés Péter,
Munkaerőpiacért és Képzésért Felelős
Államtitkár*

„Mindenekelőtt emlékeztetnünk kell arra az alapvető elvre, amit az egyház mindig is hitt, nevezetesen, hogy a munka a tőkéhez viszonyítva elsődleges. Ez az alapelv közvetlenül vonatkozik a termelési folyamatokra: a termelési folyamatban mindig a munka a primér, meghatározó oki tényező, míg a tőke a termelés eszközeinek gyűjteménye. Ez az alapelv nyilvánvalóan igaz, és az egyetemes emberi történelem tapasztalatai ezt igazolják.”

II. János Pál pápa, 1981

Esetismertetés¹

Afrikai kiküldetés során történt Hepatitis A megbetegedés

N. N. (48 éves férfi) minisztériumi főtitkár megbetegedését foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat orvosa jelentette be 2017 januárjában a területileg illetékes Kormányhivatal Munkavédelmi Felügyelőségéhez, foglalkozási megbetegedésként.

Munka anamnézis.

N. N. 2016.04.01 óta dolgozik a főtitkári munkakörben. Munkaköréből adódóan külföldi kiküldetéseken is részt vesz, Európában és Európán kívül. 2016. 11. 28.-tól 2016. 12. 02.-ig Etiópiában (Addis Abeba) volt kiküldetésben. Repülővel utazott, a helyi ENSZ székházban egész napos konferencián vett részt. Két alkalommal kollégákkal helyi olasz étteremben ettek. Csak a szállodában és az ENSZ székházban biztosított palackos vizet ivott, ételt az említett helyeken (érkezése után 1 nappal svédasztalos étkezés során tükörtojást) és a repülőn fogyasztott. Útközben a szállodában szúnyog jelenlétét észlelte.

Az aktuális betegségre vonatkozó anamnézis.

2016. 12. 03.-án reggel érkezett meg 5 napos etiópiai kiküldetéséről. Hazafelé a repülőn bizonytalan tünetei (fáradtság, hidegrázás) voltak, estére láz, borzongás, később hidegrázás lépett fel. Nurophent, Cataflamot szedett – állapota nem javult. Hét végén magas láz, híg, hasmenéses székletürítés, kétoldali derék, ízületi és izomfájdalmak, levertség, álmoság, influenza-szerű tünetei jelentkeztek. E miatt az OMSZ-t hívta. Mivel Etiópiából érkezett haza, az OMSZ 2016. 12. 05.-én az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Infektológiai (trópusi betegségek) Osztályára szállította. Kivizsgálása során (2016. 12. 07.) az OEK vírusla-

boratóriuma sárgaláz, Dengue, Chikungunya vírus PCR negatív eredményt adott, a West-Nile vírus szerológia kereszt- reaktivitást jelzett. Az ugyanekkor levett vérminta HAV IgM, HEV IgM, a-HBc IgM, HCV IgG negatív eredményt adott. Bakteriológiai (Clostridium difficile direkt kimutatás és A+B toxin, Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter), mikológiai és parazitológiai (féregpete, protozoon, malária vastag csepp) kivizsgálásának eredményei is negatívak lettek.

További laboratóriumi vizsgálati eredményei közül az emelkedett szérum GGT, igen magas GPT, GOT, LDH és bilirubin emelendő ki.

A 2016.12. 08.-án végzett CT vizsgálat cholecystitis, pericholecystitis lehetőségét felvetette.

A klinikai kép és a laboratóriumi vizsgálatok elsősorban vírushepatitiszre utaltak, ezért egy hét múlva ismételt vérmintát küldtek hepatitisz szerológiára, melynek eredménye HAV IgM pozitivitást mutatott a kórházi zárójelentés alapján. Supportív terápia mellett hányingere oldódott, általános közérzete javult. 2016. 12. 05. - 2016. 12. 16.-ig állt kórházi kezelés alatt.

2016. 12. 05. - 2017. 01. 27.-ig volt keresőképtelen állományban.

Kiutazása előtt védőoltásokban, malária profilaxisban nem részesült, mert csak néhány nappal az indulás előtt kapta a megbízatását. Közvetlen családtagjai között nem történt megbetegedés.

Előzetes és időszakos orvosi alkalmassági vizsgálatok megtörténtek, alkalmas minősítéssel.

Diagnózis:

A vírusos májgyulladások a kórokozótól függően

¹Rovatvezetők: Dr. Lászlóffy Marianna, Ímél: mlaszlóffy@omfi.hu, Dr. Nagy Károly, Ímél: nagykaroly@omfi.hu - Országos Közegészségügyi Intézet Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóság, 1096 Budapest Nagyvárad tér 2.

két fő formában terjednek: enterálisan és parenterálisan. Az aetiológiai diagnózist csak vírusszerológiai vizsgálattal lehet tisztázni.(1) A diagnózis felállításához feltétlen szükség van a pontos anamnézis – tünetek, közelmúltban fogyasztott élelmiszerek, környezeti anamnézis – ismeretére és vérmintából (ELISA: Enzyme-linked Immunosorbent Assay módszerrel) ellenanyag kimutatására. Friss fertőzés esetén IgM pozitivitás, oltottság, vagy korábbi fertőzés esetén csak az IgG típusú ellenanyag mutatható ki.

Hepatitis A vírusfertőzés

A hepatitis A vírus enterális úton terjed. A fertőzés széklet-száj ((feco-oral) úton történik, vírust tartalmazó széklettel szennyezett víz, élelmiszer, (kagyló az átszűrt vízből koncentrálna a HA vírust) fogyasztásakor. A vírusürítés maximuma a klinikai tünetek megjelenése előtt van.

A fertőzés változó súlyosságú akut megbetegedést okoz, s az esetek legnagyobb részében következmények nélkül gyógyul. Tartós vírushordozás nem fordul elő.

Az inkubáció ideje 10- 50 napra becsült, a fertőző vírus mennyiségének függvényében. Ez idő alatt a fertőző személy tünetmentes az aktív vírus replikáció ellenére. (2)

Megelőzés

Elengedhetetlenül fontos a személyi higiénés magatartás, valamint fertőzött területekre való utazás előtt védőoltás beadása.

A hepatitis A ellen többféle oltóanyag van forgalomban. Mindegyik elölt vírust tartalmaz és egy éves kortól alkalmazható. A védettség a 10.-15. naptól alakul ki, amit figyelembe kell venni az utazás tervezésekor. Az első oltás után, oltóanyagtól függően, 6-60 hónap múlva esedékes az emlékeztető oltás, amely után a védettség legalább 10 évig tart. (3)

Akiknek munkaköréből adódóan külföldi kiküldetéseken részt kell venni, különösen Európán kívül is, már alkalmazásuk /munkába állásuk kezdetén be kell adni a Hepatitis (A,B) elleni védőoltásokat.

Az OKI Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóság Kémiai és biológiai kóroki tényezők okozta foglalkozási betegségek bizottságának állásfoglalása:

A kivizsgálás alátámasztja a hivatalos külföldi útja során olyan biológiai kóroki tényező jelenlétének lehetőségét, mely Nevezett megbetegedését okozta. A rendelkezésre álló dokumentumok/vizsgálati leletek alapján a Hepatitis A vírus-fertőzés igazolódott. Kiküldetése során a legnagyobb elővigyázatosság ellenére fertőződhetett Hepatitis A vírussal. Ennek következtében átmenetileg alkalmatlanná vált foglalkozása gyakorlására, keresőképtelen állományba került. Mivel sem családi, sem munkahelyi környezetében nem fordult elő hepatitis A megbetegedés, a lappangási idő, a klinikai tünetek és a laboratóriumi eredmények figyelembe vétele alapján megbetegedése nagy valószínűséggel foglalkozásával összefüggésben alakult ki.

A munkáltató felelőssége is, hogy a dolgozó nem kapta meg időben a kiküldetéshez szükséges Hepatitis (A/B) elleni védőoltást.

Irodalomjegyzék:

1. Visontai J.: Virális hepatitisek. In: Munkaegészségtan, 3. kiadás. Szerk.: Ungváry Gy. és Morvai V. Medicina könyvkiadó Zrt. 2010. 653-656.
2. Takács M.: Klinikai és járványügyi virológia Vox Medicina Kft. 2010. 438-441. oldal
3. OEK Lakossági tájékoztató: https://www.antsz.hu/data/cms44097/OEK_lakossagi_taj_HepaA2007.docHepatitis A (vírusos májgyulladás)

Dr. Vida Judit

*Országos Közegészségügyi Intézet
Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi
Igazgatóság
1096 Budapest, Nagyváradi tér 2.
Tel: 06 1 459 3050*

A munkahelyi sérülések és betegségek okozta teher összehasonlító elemzése kiválasztott országokban és régiókban

Takala, J., Hämmäläinen, P., Nenonen, N., Takahashi, K., Chimed-Ochir, O. and Rantanen, J.: Comparative Analysis of the Burden of Injury and Illness at Work in Selected Countries and Regions CEJOEM. 2017 23(1-2):6-31.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: http://www.omfi.hu/cejoem/Volume23/Vol23No1-2/23_1-2_Article_01.pdf

A fejlett országok – a baleset általi munkahelyi sérülések okozta teher csökkentésével – hatalmas előrelépéseket tettek a munkahelyi biztonság és egészség tekintetében. Ennek egyik oka a magas kockázatú iparágak eltűnése és a szolgáltatási ágazat arányának előretörése, illetve a fejlődő munkavédelmi kultúra. Mindeközben a fejlődő és átmeneti gazdaságokban egyszerre van jelen a munkahelyi balesetek és a betegségek magas kockázata. A prioritások kijelölésére és a jövőbeli munkához tartozó kiindulási állapot meghatározásához szükséges pontosabb képet alkotni a munka okozta teherről a munka okozta hosszú lappangási idejű betegségek és egészségkárosodások alapos vizsgálatával. A cikk szerzői áttekintették az aktuális szakirodalmat és a következő adatokat szerezték be, illetve tették összehasonlíthatóvá: foglalkoztatás, halálozási arány, a betegség és sérülés okozta teher, bejelentett baleset, illetve – expozíció-következmény kapcsolat alapján számolt – tulajdonítható hányad. Ezekben az esetekben a források az ILO, a WHO és a Global Burden of Disease becslései voltak, jellemzően a 2011-es tárgyévre vonatkozó-

an. A cikkben részletes bemutatnak Szingapúrból, Finnországból, az Amerikai Egyesült Államokból, Spanyolországból, az Egyesült Királyságból, Új-Zélandból és Magyarországból származó adatokat. Beszerezték az önbevallásos munkaerő felmérések munkahelyi baleseteket és egészségkárosodásokat érintő eredményeit. Míg a haláleseteknél viszonylag egységes a megközelítés, addig az egyéb sérüléseknél a különféle jogi és kártérítési feltételek nehezítették az összehasonlítást. Ahol lehetett, ott megpróbálták kiegyenlíteni annak a torzító hatását, hogy a magas kockázatú ágazatokban országoként eltérő létszámban vannak foglalkoztatva munkavállalók. Az országok fejlettsége, elköteleződése és anyagi lehetőségei miatt kiemelten nagy különbségek lehetnek a foglalkozással összefüggő betegségeket illető lefedettségben. Továbbá, betegségek esetén a munkával való összefüggés mértéke széles palettán mozog, ezért használják a társadalmi tulajdonítható hányadot.

Jelentős különbségek voltak a különböző adatforrások azonos változóra vonatkozó becslései között.

¹Rovatvezető: Dr. Kudász Ferenc, Országos Közegészségügyi Intézet Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatósága

Fentiek kritikátlan használata olyan téves eredményekre vezethetnek, mint például, hogy Portugália kockázatosabb lenne, mint India. Míg a balesetek esetén a százezer alkalmazásban állóra szokás vetíteni az értékeket, addig a betegségek jellemzően hosszú lappangási ideje miatt a teljes populációra való osztás a szerencsésebb. Itt figyelembe kell venni, hogy az eredeti expozíció idején a létszám valószínűleg alacsonyabb volt, hiszen azóta a legtöbb helyen növekedett a népesség.

2011-ben a világon 2,3 millió munkával összefüggő halálozás volt. Több dolgozó halt meg ráktól (660 ezer) és szív- és érrendszeri betegségtől (827 ezer), mint sérüléstől (353 ezer). Az utóbbi révén elvesztett életek szám továbbra is nagyon magas, mivel a sérültek jóval fiatalabbak, mint például a rákban elhunytak. Számos becslés jelzi azt, hogy a munkával összefüggő rákokra jól összehasonlítható számadatok állnak rendelkezésre, míg más, munkával összefüggő betegségek, egészségkárosodások és sérülések kevésbé vethetőek össze a lefedettség hiánya vagy hiányos volta miatt.

Ami a nagyobb országokat és régiókat illeti, a munkával összefüggő rákhalálozás Kínában 173 ezer, míg az Európai Unióban 103 ezer volt. A kínai munkaerő ugyan az EU28 háromszorosa, de egyben fiatalabb is. A munkahelyi baleseti halálozást Kínában 99 ezerre teszik, míg az EU28-ban 4700 ilyen haláleset volt. A kisebb, összehasonlítható országok esetében Magyarországon 96 halálos munkahelyi sérülést és 3986 munkával összefüggő betegség miatti halálozást találtak. A kártérítési adatok alapján Szingapúrban 115 halálos munkahelyi sérülés történt, és a becslések szerint egy munkával összefüggő öngyilkosság, illetve 1323 betegség miatti halálozás volt. A munkavállalói létszám

mérete alapján a magyar és szingapúri munkával összefüggő betegségteher, illetve halálos betegségek esetei és gyakorisága jól összevethetőek. A fenti két országban a halálos balesetek gyakorisága a legtöbb nyugat-európai és japán értékkel azonos szinten van, így a világ húsz legbiztonságosabb országa közé tartoznak.

Az egyéni halálloki tényezőket vizsgálva az azbeszt tűnik a legjelentősebbnek a 237 (184-290) ezres becsült halálesettel. Az erre vonatkozó becslésben az azbeszt okozta tüdőrákok mértékét a mesoteliomák számának hattal szorzásával becsülték meg. A 2007-2008-as felmérésre adott munkavállalói válaszok alapján a magyar és szingapúri nem-halálos baleseti gyakoriság is összemérhető egymással. A későbbi felmérések a nem-halálos esetek növekvő, míg a kártérítési források a halálos esetek csökkenő trendjét jelezték. A háttér adatok és a számoláshoz használt összehasonlító táblák külön hozzáférhetőek az újság honlapján.

A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a munkahelyi egészségkárosodások jóval kevésbé hasonlíthatóak össze országok és régiók között, mint a halálos sérülések. A jövőbeli tanulmányok ugyan pontosíthatják a becsléseket, de nem jelenthetnek indokot arra, hogy várjunk a sérülések és a betegségek csökkentésére irányuló tevékenységek megkezdésével. Számos munkával összefüggő betegség megszüntethető az expozíció csökkentésével, erre példának a foglalkozási daganatokat hozták fel. A szerzők a „Vision Zero” (amely egy korszerű nemzetközi közlekedésbiztonsági projekt) és Zéró Munkahelyi Sérülés gondolatiságának alkalmazását sürgetik a munkából adódó sérülések és betegségek okozta teher megszüntetéséhez vagy legalábbis erőteljes csökkentéséhez.

Biztonságos-e a 3D nyomtatás? Hőre lágyuló műanyagok (ABS, PLA, PET és nejlón) hőkezelésének elemzése

Wojtyła, S., Klama, P., Baran, T.: *Is 3D printing safe? Analysis of the thermal treatment of thermoplastics: ABS, PLA, PET, and nylon* J Occup Environ Hyg. 2017 Jun;14(6):D80-D85.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15459624.2017.1285489>

Az akár meglehetősen bonyolult formák létrehozására alkalmas 3D nyomtatás egyre népszerűbb a gyors prototípus előállításban és a kis sorozatú gyártásban észlelhető előnyei miatt. Ez az „aditív gyártás” gyakorlatilag már háztartási célra is elérhető. A leggyakoribb, ömledékrétegezéses (FDM) módszerben egy hőre lágyuló műanyag szálát hevítenek egy minieextrúder fejben, melyet mozgatva mikroszkópikus rétegenként épül fel a térbeli forma. A cikkben a leggyakrabban használt, kereskedelmi forgalomban elérhető, hőre lágyuló polimerek (kék ABS: akrilnitril-butadién-sztirol; kék PLA: politejsav; fekete PET: polietilén-tereftalát; nejlón) hevítésre adott reakcióját és bomlástermékeit vizsgálták üzemi hőmérséklet körüli tartományban. (Megjegyzés: a rendeltetésszerűen jóval magasabb hőfokon a műanyagok elégnak, s olyan veszélyes anyagok keletkeznek, mint a szén-monoxid vagy a ciánsav, de ez nem volt tárgya a vizsgálatnak.)

A termogravimetriás elemzésben (TGA) percenként 10°C-os emelkedéssel 20-ról 550°C-ig hevítették az anyagokat semleges nitrogén védőgáz alatt, illetve normál levegőben. A hő hatására történő súlyvesztés a hőstabilitás jó jelzője: ha hő hatására bomlik az anyag, akkor a felszabaduló lég-nemű bomlástermékek révén csökken a szilárd termék súlya. Az illékony szerves vegyületek (VOC) kibocsátását a minták tízperces, lezárt csőben való 250°C-os hevítésével vizsgálták.

Az ABS lebomlási csúcsa 409 fokon volt, de már az üzemi hőmérséklet tartományában (~230°C) is értékelhető súlyvesztést észleltek. A politejsav bomlási csúcsa 374 fokon volt, sőt, már a nyomtatókban használt 200°C-os hőmérsékleten is jelentős súlyvesztést mértek. A nejlónszál 422°C-nál bomlott leginkább, míg a PET-nél 432°C-nál volt a csúcs: ezen két anyag hőstabilitása nagyobb volt. A hőstabilitást azonban a nyomtatáskor használt hőmérséklettel érdemes összevetni. Az ABS esetén magasabb az illékony anyagok kibocsátásának kockázata, hiszen alacsonyabb a hőstabilitása és magasabb a nyomtatási hőmérséklet, mint például a PET esetében. Ezt bizonyítja is a cikk másik vizsgálata: az ABS-ből sztirol és butadién (illetve etil-benzol és ciklohexanon is), a politejsavból metil-metakrilát és izo-butanol szabadult fel elsősorban, 10⁻³µmol/perc nagyságrendben. A nejlónból döntően propilén-glikol, a PET-ből pedig toluol távozott, de jóval kisebb mértékben. Számolásaik szerint politejsav és ABS esetén a nyomtató zárt terében az illékony szerves vegyületek általi levegő szennyezettség egy óra után akár 191-280 ppm is lehet. Ha ez egy jól szellőző, nagy terembe kerül ki, akkor nem jelent érdemi veszélyt a felhasználó-
ra. Azonban intenzív 3D nyomtatás egy huzattalan, kicsi helyiségben már eredményezhet megnövekedett illékony szerves vegyület koncentrációt. A szerzők sajátos szűrők beépítését javasolják a 3D nyomtatókba, különös tekintettel arra, hogy a hagyományos HEPA vagy aktivált szén-szűrők nem

nyújtanak megfelelő védelmet. A szerintük megoldást jelentő fotokatalitikus szűrőkben a fény hatására aktivált félvezetők gyakorlatilag maradék nélkül vízzé és széndioxiddá bontják le a nyomtatás

során felszabaduló szerves és szervetlen füstöket, gázokat és gőzöket.

Referáló: Dr. Kudász Ferenc

Egy átfogó munkahelyi kézhigiénés program hatása a munkavállalók egészségbiztosítási eseményeire és költségeire, a hiányzásokra, továbbá a munkavállalók véleményére és szokásaira

Arbogast, J. W., Moore-Schiltz, L., Jarvis, W. R., Harpster-Hagen, A., Hughes, J., Parker, A.: Impact of a Comprehensive Workplace Hand Hygiene Program on Employer Health Care Insurance Claims and Costs, Absenteeism, and Employee Perceptions and Practices. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2016, 58(6), e231–e240.

A cikk teljes szövege hozzáférhető: http://journals.lww.com/foem/Fulltext/2016/06000/Impact_of_a_Comprehensive_Workplace_Hand_Hygiene.25.aspx

A fertőzések jelentős része kézen keresztüli átvitelrel terjed. Egy átlagos irodai asztal többmillió baktériumnak ad otthont. Irodai környezetben a leggyakrabban a mosogató csaptelep gombjait, a mikrohullámú sütő ajtaját, a számítógép billentyűzetet és a hűtőajtót találták piszkosnak. Az Egyesült Államokban átlag három napot hiányoznak egy influenza betegség során. Egy Cochrane áttekintés szerint az influenza elleni oltásnak nincs értékelhető hatása a táppénzes napokra vagy a kórházba kerülésre. A fertőző betegségek terjedésének kedveznek az egyre gyakoribb nyitott terű irodák, ahol ráadásul az egy főre jutó terület is csökkenően van. A nyitott terű irodákban magasabb a táppénzbe kerülés esélye, s átlag kettővel több alkalommal esnek át meghűlésen az ott dolgozók. A nem tervezett hiányzás jelentős termelékenység csökkenéssel jár. A kézhigiéné az egyik bizonyítottan leghatásosabb módszer a fertőzés átvitel meg-

akadályozására az egészségügyben, melyet legkézenfekvőbben alkohol alapú bedörzsölő szerekkel lehet elérni. Az egészségügyön kívül is (egyetemi kollégium, általános iskolák, munkahelyek) hatások voltak az ilyen programok. A szerzők szerint kutatásuk az első prospektív kézhigiénés program, ahol megelőzhető, kéz-száj átvitelű betegségekre vonatkozó egészségbiztosítási eseményeket vizsgáltak.

A clevelandi biztosítótársaság három, nagy létszámú, jellemzően nyitott elrendezésű irodaépületét véletlenszerűen sorolták be párhuzamos csoportokba. Az alapállapotot 2014 januárjában, az influenza szezon előtt vették fel. Februárban indították a beavatkozást, az adatgyűjtés 2015 márciusáig tartott. Az elsődleges végpont bizonyos megelőzhető betegségek (lásd később) által okozott egészségbiztosítási események, illetve a hiányzások vol-

tak. Másodlagos kimenetelként a munkavállalók helyes kézhigiéne ismeretét, illetve gyakorlatát, továbbá a munkahellyel való elégedettséget vizsgálták. Beszerezték az egyének négy évre visszamenő egészségbiztosítási eseményeit is. A munkavállalók a beavatkozás előtt és után, on-line töltötték ki a Tudás, Hozzáállás és Szokások Szubjektív felmérést (KAPS), melyet munkahelyi wellness pontokkal és ajándékutalvány sorsolásban való részvétellel jutalmazták. Az adatgyűjtés előtt 11 nappal a következőket helyezték ki a beavatkozás színhelyeire, majd pótolták folyamatosan: alkohol-alapú kézfertőtlenítő adagolók a forgalmas helyeken és közös helyiségekben (felvonók, bejáratok, kávézóhelyek, tárgyalók, előterek), kétdeciliteres kézfertőtlenítő és százdarabos tisztítókendő minden egyes irodai fiukébe, személyi kézfertőtlenítő üvegce minden dolgozónak. A mosdókban nem volt különbség a beavatkozás és a kontroll épületei között: habszappan, illetve a kijáratnál kézfertőtlenítő adagoló állt rendelkezésre már hónapok óta. A kézhigiénet mindkét csoportnak a KAPS felmérés végén vetített egyperces rövidfilm keretében oktatták. A vizsgálatban nem használtak egyéb figyelemfelhívó elemeket. Az egészségbiztosítási eseményeket 24 olyan, előre meghatározott betegség alapján mérték, melyeknél a kézhigiéne megelőző hatása elvárható (heveny felső légúti-, illetve bélgyulladások).

A felkért 1609 munkavállalóból végül a beavatkozási ágon 525, a kontroll-ágon 607-en válaszoltak mindkét felmérésre. A csoportok között nem volt különbség nemben, korban, influenza átvetttségben, az egy háztartásban élők, továbbá a kisgyermekesek számában. Egyedül a munkába jutásban volt statisztikailag igazolható különbség: a kontroll csoportban többen jártak tömegközlekedéssel – ezt az irodaépület városi elhelyezkedése magyarázta. A vizsgált egészségbiztosítási események átlagos költsége 92 USD volt. A kézhigiéne csoportban fejenként évi 0,30 (előző évhez képest ↓), a kont-

rollban 0,37 (előző évhez képest ↑) eseményt találtak. A kontroll csoporttal összehasonlítva a beavatkozási csoportban statisztikailag szignifikánsan, 24,3%-kal lett ritkább a vizsgálat 12 hónapja alatt kézhigiénevel megelőzhető betegségek előfordulása a vizsgálatot megelőző 12 hónaphoz viszonyítva. A teljes 13,5 hónapos vizsgálati időszakot a megelőző négy évhez viszonyítva is 20,9%-os csökkenést lehetett igazolni. Hasonlóképpen ellenkező irányban alakult a hiányzások eseményszáma, azonban itt nem sikerült a két csoport között statisztikailag szignifikáns mértéket elérni, csak a kézhigiéne csoportot önmagához viszonyítva jött ki szignifikáns 13,4%-os csökkenés az előfordulásban. Az eszközfogyásokról becslve, az eredményeket „normális” mértékű kézhigiéne szint mellett sikerült elérni (kézfertőtlenítő használat átlag napi 2-3-szor, tisztítókendő átlag heti másfélszer). Kiinduláskor mindkét csoportban azonosan magas szintű kézhigiéne ismereteket mértek. A program hatására a beavatkozási csoportban javult az önbevallás szerinti kézhigiéne gyakorlat (kézmosás, munkaállomás tisztítás gyakorisága), nőtt az elégedettség az iroda tisztaságával, javult a dolgozók munkáltatóról alkotott képe, illetve a saját egészség és jóllét feletti kontroll érzése. A beavatkozás hatására gyakrabban használták a kézfertőtlenítőt a munkában, otthon és köztereken pl. étkezés előtt, tüsszentés/köhögés, fizetés, mosdóhasználat, beteg emberrel való találkozás után. Sokan a fertőtlenítőszeres juttatását az egyik leghasznosabb munkahelyi programnak találták. Feltételezik, hogy az egészségügyi kiadások és a betegen való munkavégzés (prezentizmus) mértéke is csökkent.

A szerzők kiemelik, hogy az Amerikai Egyesült Államok Egészségügyi Intézete (NIH) szerint az antibiotikumoknak ellenálló kórokozók terjedését a kéz tisztán tartásával lehet a legjobban megakadályozni. Emlékeztetnek arra is, hogy más kutatások alapján az sem mindegy, hogy milyen összetételű a kézfertőtlenítő, illetve, hogy a WHO szerint

a helyes gyakorlat követésében a szer rendelkezésre állása a kulcstényező. Végzavukban kijelentik, hogy eredményeik megerősítik a neves közegészségügyi intézetek azon javaslatait, melyek kézhigiénés programok bevezetését javasolják a betegség-

és fertőzés teher, illetve a munkahelyi fertőzések kockázatának nem-gyógyszeres csökkentésére.

Referáló: Dr. Kudász Ferenc



Tájékoztató a Népegészségügyi Képző-és Kutatóhelyek Országos Egyesületének sikeres Konferenciájáról

2017. augusztus 30. – szeptember 1. között a Szegedi Tudományegyetemen az Általános Orvostudományi Kar Népegészségügyi Intézetének szervezésében került megrendezésre a Népegészségügyi Képző-és Kutatóhelyek Országos Egyesületének XI. Konferenciája. A megnyitó ünnepségen, a helyi vezetők mellett, köszöntőt mondott Dr. Szentés Tamás, országos tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkár és Dr. Ádány Róza egyetemi tanár, az Egyesület elnöke. Tájékoztatták a konferencia résztvevőit, hogy együttműködési megállapodás aláírására került sor 2017. július 19-én az EMMI Egészségügyért felelős Államtitkársága és a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete között a Nemzeti Népegészségügyi Program megalkotása érdekében. A konferencia fő témája a magyar lakosság egészségi állapotát leginkább meghatározó krónikus betegségek megelőzése volt, különös tekintettel annak népegészségügyi aspektusaira. A résztvevő szakemberek több mint 70 magyar nyelvű tudományos előadás és 19 angol nyelvű poszter formájában mutatták be a betegségek megelőzése (életmódváltás, védőoltások, szűrővizsgálatok stb.), az alapellátás népegészségügyi feladatai, környezet-, munka-, táplálkozás- és élelmezés-egészségügy, minőség az egészségügyben stb. témakörökhöz kapcsolódó legújabb kutatási eredményeiket.

A konferencia részletes programja: http://web.med.u-szeged.hu/puhe/nke2017/dok/NKE_XI_Program.pdf

Főszerkesztő, az NKE
Felügyelő Bizottságának tagja

Köszönetnyilvánítás

Kedves Kolléganők! Kedves Kollégák!

Engedjék meg, hogy a 80. születésnapomon szervezett, köszöntésekkel egybekötött rendezvényen részt vett minden kedves munkatársnak, ismerősnek, vendégnek ezúton is hálás köszönetemet fejezzem ki. Külön is szeretnék köszönetet mondani a megjelent korosztályombeli pályatársaimnak, továbbá azoknak a Kolléganőknek, Kollégáknak, akik levélben fejezték ki közös, eredményes munkával töltött éveinkre való visszaemlékezésüket. Végül megkülönböztetett szeretettel és tisztelettel mondok köszönetet a rendezvényt szervező tanítványaimnak, a rendkívül tartalmas program minden egyes előadójának, köszöntőjének és munkámat sok szeretettel és türelemmel, szakmai észrevételeivel támogató feleségemnek.

Ungváry György

¹Rovatvezető: Dr. Madarász Gyula- Nemzetgazdasági Minisztérium, Ímél: gyula.madarasz@ngm.gov.hu

Megjelent a Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine 23. kötet 1-2 füzete.

of CENTRAL EUROPEAN JOURNAL
OCCUPATIONAL *and* ENVIRONMENTAL MEDICINE
VOLUME 23 NUMBER 1-2; 2017

CONTENTS

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE BURDEN OF INJURY AND
ILLNESS AT WORK IN SELECTED COUNTRIES AND REGIONS

OCCUPATIONAL DISEASES IN BELGIUM, THE CZECH REPUBLIC
AND HUNGARY – A COMPARISON

RADIOLOGICAL ENVIRONMENTAL MONITORING IN HUNGARY
EFFECTUATED BY THE RADIOLOGICAL MONITORING AND
DATA ACQUISITION NETWORK: RESULTS FOR YEAR 2015

ASSESSMENT OF QUALITY CARE OF CHRONIC ILLNESS
PATIENTS LIVING IN ROMA COLONIES AND IN THE GENERAL
POPULATION: A COMPARATIVE STUDY

OVERVIEW OF THE HUNGARIAN WATER HYGIENE SITUATION

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND OBSTRUCTIVE
SLEEP APNOEA AMONG FISHERMEN

SIMULTANEOUS Q FEVER AND WEST NILE VIRUS INFECTION:
OCCUPATIONAL DISEASE?

EXPERIENCE OF PRELIMINARY MEDICAL EXAMINATION OF

Jogszabályokról¹

Tájékoztató a 2017. április 21-től 2017. augusztus 15-ig a Magyar Közlönyben megjelent aktuális jogszabályokról

Az emberi erőforrások minisztere 17/2017. (VIII. 10.) EMMI rendelete

Az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló 12/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet és a hulladékgazdálkodási közszolgáltatás körébe tartozó hulladékkal kapcsolatos közegészségügyi követelményekről szóló 13/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet módosításáról. Megjelent: MK 2017. évi 127. szám

A szabályozás keretében **kettő** jogszabály módosul:

- *Az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló 12/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet módosítása, az alábbiak szerint:*

A rendelet 8. § (2) bekezdése az „a hulladékgazdálkodási közszolgáltatás körébe tartozó hulladékkal kapcsolatos közegészségügyi követelményekről” szövegrész helyett az „a települési szilárd és folyékony hulladékkal kapcsolatos közegészségügyi követelményekről” szöveggel lép hatályba.

- *A hulladékgazdálkodási közszolgáltatás körébe tartozó hulladékkal kapcsolatos közegészségügyi követelményekről szóló 13/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet módosítása.*

Az emberi erőforrások minisztere 16/2017. (VIII. 7.) EMMI rendelete

Az egészségügyi kártevőirtószerekkel, valamint gázosítószerrel végzett tevékenység szabályairól. Megjelent: MK 2017. évi 125. szám

A szabályozás hatálya - A kémiai biztonságról szóló 2000. évi XXV. törvény 34. § (4) bekezdés a) pont ac) alpontjában kapott felhatalmazás alapján - a biocid termékek forgalmazásáról és felhasználásáról szóló, 2012. május 22-i 528/2012/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: 528/2012 EU rendelet) által szabályozott egészségügyi kártevőirtószernak, valamint gázosítószernak minősülő készítményeket forgalmazó és felhasználó természetes és jogi személyekre, továbbá a jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetekre terjed ki.

Főbb rendelkezései a felhasználók vonatkozásában:

- Irtószert és gázosítószert eredeti, zárt csomagolásban vagy a használat után ismét visszazárt eredeti csomagolásban, az engedélyben és a használati útmutatóban meghatározott módon kell tárolni.
- I. forgalmi kategóriájú irtószert, gázosítószert csak a szabályozás szerinti módon meghatározott raktáron belül elhelyezett - a tárolt mennyiségtől függően - tűz- és ütészálló méregkazettában, mérgezszerényben, mérgezládában vagy elkülönített mérgezkamrában

¹ Rovatvezető: Dr. Kornis Pál- Országos Közegészségügyi Intézet Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóság, Ímél: kornis@omfi.hu

tárolható. A méregkazetta, méregszekrény, méregláda vagy méregkamra külsején, illetve bejáratán kívülről szembejövően és el nem távolítható módon az anyagok és keverékek osztályozásáról, címkézéséről és csomagolásáról, a 67/548/EGK és az 1999/45/EK irányelv módosításáról és hatályon kívül helyezéséről, valamint az 1907/2006/EK rendelet módosításáról szóló, 2008. december 16-i 1272/2008/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: 1272/2008/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet) szerinti feliratot és veszélyt jelző piktogramot kell elhelyezni.

- A raktárt úgy kell kialakítani, hogy a következő műszaki, biztonsági feltételeknek megfeleljen.
- A raktárban elhelyezett vagy felhasználásra kiadott I. és II. forgalmi kategóriájú irtószerek és gázosítók naprakész nyilvántartásáról a raktár üzemeltetője gondoskodik.

Főbb előírások az irtószer és gázosítószer alkalmazására vonatkozóan:

- Az irtószer és gázosítószer alkalmazása során meg kell akadályozni a szer
 - a) természetes párolgását, elcsepegését, elfolyását, kiömlését, porlódását, szóródását, szembe, bőrre jutását, belélegzését, lenyelését,
 - b) véletlen elcserélését, élelmiszerbe, takarmányba keveredését,
 - c) kezelésre nem szánt tárgyra, területre, növényzetre jutását, valamint
 - d) felszíni vagy felszín alatti vízbe kerülését.
- Az irtószer és gázosítószer szakszerű és veszélytelen felhasználásáért, a vonatkozó előírások megtartásáért a felhasználó a felelős.
- Az irtószerek és gázosítók kezeléséhez feltűnően megjelölt, kizárólag erre a célra szolgáló, biztonságos munkaeszközöket kell használni.

Az irtószerek és a gázosítók felhasználásáról a gázmesternek vagy a szakképzett személynek nyilvántartást kell vezetni.

Az irtószerek és gázosítók alkalmazására vonatkozó főbb kockázatcsökkentő szakmai, valamint különleges munkaegészségügyi előírások:

- Irtószer vagy gázosítószer alkalmazása során, illetve annak megkezdése előtt és azt követően nyolc órán belül tilos alkoholt fogyasztani. Munkavégzés közben tilos étkezni, dohányozni.
- Az I. és II. forgalmi kategóriába tartozó irtószerrel, illetve a gázosítószerrel közvetlen vagy közvetett kapcsolatba kerülő tevékenységet végző személy - ideértve a tömény készítménnyel tevékenységet végző előkészítőt és a felhasználásra kész szer kijuttatóját is - az adott készítmény forgalomba hozatali engedélyében előírt védőeszközöket köteles viselni.
- Csoportos munkavégzéshez munkát irányító felelős gázmestert kell kijelölni.
- Csoportos munkavégzés esetében a munkacsoport tagjait az egészségügyi kártevőirtás során, annak veszélyessége szerint a munkaegészségügyi követelményeknek megfelelő gyakorisággal váltani kell.
- Baleset, mérgezés vagy annak gyanúja esetén az irtószerrel vagy gázosítószerrel végzett bármilyen tevékenységet haladéktalanul abba kell hagyni, és intézkedni kell a sérült szakszerű egészségügyi ellátásáról.
- Az egészségügyi kártevőirtás elvégzéséhez ivóvíz minőségű vizet és tisztálkodási lehetőséget kell biztosítani. Az irtószerekkel és gázosítószerekkel végzett tevékenységet követően, valamint étkezés előtt kötelező az alapos kéz- és arcmosás, valamint a szájöblítés.

Az emberi erőforrások minisztere 11/2017. (VI. 12.) EMMI rendelete

A lakossági gyógyszerellátás során képződött gyógyszerhulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről. Megjelent: MK 2017. évi 88. szám

Az új szabályozás hatálya kiterjed:

- minden természetes személyre, jogi személyre, valamint jogi személyiség nélküli szervezetre, akinek vagy amelynek tevékenysége során gyógyszerhulladék képződik, illetve aki vagy amely gyógyszerhulladék birtokosa (a továbbiakban együtt: hulladék-birtokos), valamint
- a hulladékbirtokosnál képződő gyógyszerhulladékra.

Nem terjed ki e rendelet hatálya:

- az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló miniszteri rendelet szerinti, az egészségügyi szolgáltatónál az egészségügyi ellátás során képződő gyógyszerhulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységre, valamint
- a gyógyszergyártási, illetve a gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység során képződő gyógyszerhulladék kezelésére.
- a fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszer-tári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatóknál történő felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről szóló miniszteri rendelet szerinti fokozottan ellenőrzött szerek hulladékainak gyűjtésére.

A járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató gyógyszerhulladékkal kapcsolatos kötelezettségei:

A járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a szabályozás 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladék lakosságtól történő átvételét, gyűjtését, elszállítását és kezelését az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló miniszteri rendelet szerint, valamint e rendelet szerint teljesíti. A járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató gondoskodik arról, hogy a szabályozás 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladék gyűjtésére alkalmas gyűjtőedények a betegforgalom számára nyitva álló helyiségében nyitvatartási időben speciális gyűjtőhelyre legyenek telepítve.

A gyógyszerhulladék elkülönített gyűjtésére és szállítására vonatkozó szabályok

A gyógyszerhulladékot a hulladékbirtokos a vegyes hulladéktól és az egyéb hulladékfajta, -típus vagy -jelleg szerint gyűjtött hulladéktól elkülönítetten gyűjti.

A hulladékbirtokosnak a gyógyszerhulladékot speciális gyűjtőhelyre kell vinnie, és a gyógyszerhulladékot a speciális gyűjtőhelyre telepített gyűjtőedényben kell elhelyeznie.

A járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál a szabályozás 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladék elkülönített gyűjtésére szolgáló speciális gyűjtőhelyre az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló rendelet által előírt, a speciális egészségügyi veszélyes hulladék gyűjtésére alkalmas - a hulladék kivételét lehetővé nem tévő - gyűjtőedény telepíthető.

A speciális gyűjtőhelyen a gyűjtőedényt olyan módon és helyre kell telepíteni, hogy a hulladék-birtokos abban a 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladékot a járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató szakszemélyzetének közreműködése nélkül el tudja helyezni.

A 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladék tárolását, szállítását az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló rendelet szerinti, a speciális egészségügyi veszélyes hulladék gyűjtésére vonatkozó szabályok szerint kell végezni.

A járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató gondoskodik arról, hogy a 2. § (1) bekezdés 4. pont *b)* alpontja szerinti gyógyszerhulladék befogadására alkalmas gyűjtőedény a speciális gyűjtőhelyen folyamatosan rendelkezésre álljon.

A gyűjtőedénynek a járó-, illetve a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál történő elhelyezését, valamint e rendelet egyéb rendelkezéseinek betartását a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala ellenőrzi.

2017. évi LIX. törvény

Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról. Megjelent: MK 2017. évi 84. szám

A szabályozás keretében **nyolc** jogszabály módosul:

- Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, többek között az alábbiak szerint:

A törvény 14/A. § (1) bekezdése a következő *d)* ponttal egészül ki:

(Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendelése esetén a vényen fel kell tüntetni)

„d) az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) útján rendelt vény esetében az *a)-c)* pontban foglaltak mellett az érintett nemét, ezen kívül az érintett TAJ számát, vagy ennek hiányában más, az érintett azonosításához használt, személyazonosításra alkalmas okmány számát.”

A törvény 14/A. § (1a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

Az EESZT működtetője biztosítja, hogy

- a) a gyógyszer, a gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosult, EESZT-hez hozzáféréssel rendelkező felhasználó a vényt az EESZT útján elektronikus úton is kiállíthassa, visszavonhassa,
- b) az EESZT-ben tárolt vény adatait az érintett, az érintett kezelőorvosa, valamint a gyógyszer, a gyógyászati segédeszköz 35/B. § szerint csatlakozott kiszolgálója az EESZT útján megismerhesse, továbbá
- c) gyógyszer, gyógyászati segédeszköz 35/B. § szerinti csatlakozott kiszolgálója a papíralapú vény tartalmát és a 14/A. § (1) bekezdés *d)* pontja szerinti adatokat az EESZT-ben rögzíthesse.”

A törvény 35/K. § (3) bekezdés *a)* pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*[Az (1) bekezdés szerint megküldött dokumentumokról a működtető - annak érdekében, hogy az egészségügyi dokumentáció megismerésére jogosultak a 4. § (1) bekezdés *a)-d)* pontjában meghatározott célból az érintett dokumentumokhoz az*

EESZT útján hozzáférhessenek - az EESZT útján nyilvántartást vezet, amely tartalmazza]

szerv, a b) és c) pont tekintetében az egészségbiztosító részére.”

„a) az érintett TAJ számát vagy ennek hiányában más azonosítóját, születési idejét, nemét,”

A törvény 52. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, többek között az alábbiak szerint:

Foglalkozási megbetegedés a munkavégzés, illetve a foglalkozás gyakorlása közben bekövetkezett olyan heveny és idült, valamint a foglalkozás gyakorlását követően megjelenő vagy kialakuló idült egészségkárosodás, amely

A törvény 5/B. §-a a következő t) ponttal egészül ki: (E törvény alkalmazásában)

- a) a munkavégzéssel, a foglalkozással kapcsolatos, a munkavégzés, a munkafolyamat során előforduló fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális és ergonómiai kóroki tényezőkre vezethető vissza, vagy
- b) a munkavállalónak az optimálisnál nagyobb vagy kisebb igénybevételének a következménye.”

„t) intézményi regisztrációs lista: az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólistától elkülönítetten vezetett lista egyes ellátások, egymással összefüggő ellátások, vagy ellátás sorozatok tervezése és ütemezése érdekében;”

A törvény 20. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

- *Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása,*
- *Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény módosítása,*
- *Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény módosítása,*
- *A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény módosítása,*
- *Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény módosítása,*
- *A települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi XXXVIII. törvény módosítása.*

A finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett szolgáltató

- a) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátások elvégzését - ha a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, figyelemmel a (3) bekezdésben foglaltakra is - a (2) bekezdésben meghatározott esetben intézményi várólista alapján teljesíti,
- b) a járóbeteg-szakellátások elvégzését a jogszabály szerinti betegfogadási lista alapján teljesíti,
- c) a jogszabályban meghatározott esetek ellátását intézményi regisztrációs lista alapján tervezi, ütemezi és teljesíti és az a)-c) pont szerinti teljesítésről, valamint a (3a) bekezdés szerinti esetekről jogszabályban meghatározott módon rendszeres jelentést küld az a) pont tekintetében az országos várólista-nyilvántartást vezető

Az emberi erőforrások minisztere 8/2017. (V. 25.) EMMI rendelete

A kézilőfegyverek, lőszeres, gáz- és riasztófegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmassági feltételeiről és vizsgálatáról szóló 22/1991. (XI. 15.) NM rendelet módosításáról
Megjelent: MK 2017. évi 74. szám

A módosuló szabályozás főbb elemei:

A rendelet 1. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„Az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedély feltételeként előírt egészségi alkalmasság vizsgálatának a célja annak a megállapítása, hogy az engedélyt kérelmező vagy az engedéllyel rendelkező személynek nincs-e olyan betegsége, testi vagy szellemi, érzékszervi fogyatéka, amely őt az elöltöltő fegyver vadászati célú biztonságos használatára egészségi szempontból alkalmatlanná teszi.”

A rendelet 1. §-a a következő (2a) bekezdéssel egészül ki:

„Az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedélyt kérelmező személy - az engedély kiadása iránti kérelmének benyújtása előtt - előzetes egészségi alkalmassági vizsgálaton, az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedéllyel már rendelkező személy pedig az időszakos vagy soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálaton köteles megjelenni az orvosi alkalmasságot vizsgáló szervnél, és köteles magát a szükséges orvosi és pszichológiai vizsgálatoknak alávetni.”

A rendelet 1. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:

„Ha az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedéllyel rendelkező a két vizsgálat időpontja között egészségi állapotában olyan mértékű állapotromlást észlel, amely az elöltöltő fegyver vadászati célú biztonságos használatára időlegesen vagy véglegesen alkalmatlanná teheti, illetve azt hátrányosan befolyásolhatja, köteles az orvosi alkalmasságot vizsgáló, a 8. § (1) bekezdés a) pontja szerinti elsőfokú szervnél orvosi vizsgálatra jelentkezni annak megállapítása érdekében, hogy az elöltöltő fegyver biztonságos használatára alkalmas-e.”

A rendelet 2. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„Az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedélyt kérelmezőt vagy az engedéllyel rendelkező személyt az előzetes, az időszakos és a soron kívüli alkalmassági vizsgálat alkalmával az (1) bekezdés b) pontja szerinti alkalmassági csoportba kell sorolni.”

A rendelet 4. § (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„A 253/2004 (VIII. 31.) Korm. rendelet (továbbiakban: KR1.) 23. § (1) bekezdésében, 24. §-ában, 25. § (1) bekezdésében és 30/A. § (1) bekezdésében meghatározott személy esetén az időszakos és a soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálat - figyelemmel a (3)-(5) bekezdésben foglaltakra - orvosi alkalmassági vizsgálatból, az előzetes vizsgálat orvosi és pszichológiai alkalmassági vizsgálatból áll.

Pszichológiai alkalmassági vizsgálatra utalható be az időszakos és a soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálat keretében az a KR1. 23. § (1) bekezdésében, 24. §-ában, 25. § (1) bekezdésében és 30/A. § (1) bekezdésében meghatározott személy, akinél ilyen vizsgálat elvégzésének szükségessége orvosszakmailag valószínűsíthető.”

A rendelet 4. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„A KR1. 23. § (1) bekezdésében, 24. §-ában, 25. § (1) bekezdésében és 30/A. § (1) bekezdésében meghatározott személyt az időszakos és a soron kívüli orvosi alkalmassági vizsgálat során pszichológiai alkalmassági vizsgálatra kell beutalni, amennyiben a vizsgált személy

- a) pszichiátriai kivizsgálás vagy kezelés alatt áll,
- b) neurológiai kivizsgálás vagy kezelés alatt áll, vagy
- c) központi idegrendszere sérült.”

A rendelet 5. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„Lőfegyver tartására, illetve elöltöltő fegyver vadászati célú használatára egészségileg alkalmatlan az a személy, akinek alkalmatlanságát az orvosi, illetve a pszichológiai alkalmassági vizsgálat során a vizsgálatot végző szerv megállapította.”

A rendelet 5. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„Az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára alkalmatlan az a lőfegyvertartási engedéllyel rendelkező személy, akinek a lőfegyver tartására való alkalmatlanságát az orvosi vizsgálatot végző szerv megállapította.”

A rendelet 5. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„A lőfegyver tartására, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára alkalmatlanná nyilvánított személy soron kívüli orvosi vizsgálatot kérhet, feltéve, ha orvosi bizonyítvánnyal igazolja egészségi állapotának olyan mértékű javulását, amelynek alapján feltehető, hogy lőfegyver tartására, illetve elöltöltő fegyver vadászati célú használatára alkalmassá vált.”

A rendelet 6. § (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„A lőfegyvertartási engedély, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedély hatályossági idején belül elvégzett időszakos, illetve soron kívüli egészségi alkalmassági vizsgálat alapján megállapított „alkalmas” vagy „alkalmatlan” - továbbá a KR1. 23. § (1) bekezdésében meghatározott személynél „versenyezhet” vagy „nem versenyezhet” - minősítés tényéről az orvosi alkalmasságot vizsgáló szerv a rendőrségnek a lőfegyvertartási engedély, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedély kiadására illetékes szervét haladéktalanul tájékoztatja.

Az egészségi alkalmasság vizsgálatában részt vevő szervnek a vizsgált személyt tájékoztatni kell minden olyan szervi elváltozásáról, amely a lőfegyver tartására, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára való alkalmasságát nem befolyásolja ugyan, de a lőfegyver biztonságos használata, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú biztonságos használata érdekében ismernie kell.”

A rendelet 7. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„Az a II. alkalmassági csoportba tartozó, lőfegyvertartási engedéllyel, illetve az elöltöltő

fegyver vadászati célú használatára jogosító engedéllyel rendelkező személy - a KR1. 23. § (1) bekezdésében meghatározott személy kivételével -, aki

- a) a 40. életévét még nem töltötte be, 10 évenként,
- b) a 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem töltötte be, 5 évenként,
- c) a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem töltötte be, 3 évenként,
- d) a 70. életévét betöltötte, 2 évenként időszakos orvosi alkalmassági vizsgálaton köteles részt venni.”

A rendelet 7. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„A lőfegyvertartási engedéllyel, illetve az előltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedéllyel rendelkező személy az (1), a (2) és a (4) bekezdésben, valamint a 7/A. § alapján meghatározott időnél korábban soron kívüli pszichológiai vagy orvosi alkalmassági vizsgálatnak köteles magát alávetni az 1. § (4) bekezdésében foglaltakon kívül akkor is, ha

- a) az egészségi alkalmasságot vizsgáló szerv az orvosi vagy a pszichológiai alkalmassági vizsgálatra rövidebb határidőt állapított meg,
- b) a soron kívüli alkalmassági vizsgálatot a lőfegyvert munkaköréből eredően tartó személy munkáltatója kezdeményezi, vagy
- c) a soron kívüli alkalmassági vizsgálatot a KR1. 23. § (1) bekezdésében meghatározott személy edzője (ideértve a szövetségi kapitányt vagy az azzal azonos feladatot ellátó személyt is), a sportolóval jogviszonyban álló sportszervezet vezetője (ideértve a szakosztályvezetőt is) vagy a lögyakorlat vezetője kezdeményezi.”

A rendelet 7/A. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„7/A. § A II. alkalmassági csoportba tartozó,

lőfegyvertartási engedélyt kérelmező vagy lőfegyvertartási engedéllyel rendelkező, illetve az előltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedélyt kérelmező vagy az ilyen engedéllyel rendelkező személy - a KR1. 23. § (1) bekezdésében meghatározott személy kivételével - kérheti a rá vonatkozóan e rendelet előírásai szerint megállapított egészségi alkalmassági vizsgálat határidejénél rövidebb határidő megállapítását.”

A rendelet 8. § (1a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„A II. alkalmassági csoportba tartozó, lőfegyvertartási engedélyt kérelmező vagy lőfegyvertartási engedéllyel rendelkező, illetve az előltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedélyt kérelmező vagy az ilyen engedéllyel rendelkező személy - a KR1. 23. § (1) bekezdésében meghatározott személy kivételével - orvosi alkalmasságának megállapítása a gépjárművezetői egészségi alkalmassági vizsgálatával egyidejűleg is történhet. A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló kormányrendeletben meghatározott térítési díjat a vizsgálatok egyidejű elvégzése esetén egyszeresen kell megfizetni.”

A rendelet 8. § (3) és (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„A pszichológiai alkalmassági vizsgálatot - az I. és a II. alkalmassági csoport tekintetében első fokon - a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szerv által felkért szaklaboratórium végzi.

Az I. és II. alkalmassági csoport tekintetében a pszichológiai alkalmassági vizsgálatot első fokon munka, klinikai vagy sport szakpszichológus végezheti.”

A Kormány 106/2017. (IV. 28.) Korm. rendelete

A környezeti zaj értékeléséről és kezeléséről szóló 280/2004. (X. 20.) Korm. rendelet módosításáról
Megjelent: MK 2017. évi 63. szám

A szabályozás főbb elemei:

A rendelet 1. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és az 1. § a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:

„A stratégiai zajtérkép készítésére kötelezett

- a) az (1) bekezdés a) és b) pontja szerinti települések esetén a környezetvédelemért felelős miniszter által kijelölt, az irányítása alatt álló költségvetési szerv vagy a tulajdonosi joggyakorlása alatt álló gazdálkodó szervezet (a továbbiakban: a települési zajtérkép készítésére kötelezett),
- b) fő közlekedési létesítmény esetén a közle-

kedésért felelős miniszter által kijelölt szervezet (a továbbiakban: fő közlekedési létesítmény kötelezettje).

(3a) Az intézkedési terv készítésére kötelezett

- a) Budapest vonzáskörzetéhez tartozó települések, valamint az (1) bekezdés b) pontja szerinti városok esetén a települési önkormányzat, Budapest esetén a Fővárosi Önkormányzat (a továbbiakban együtt: kötelezett önkormányzat),
- b) fő közlekedési létesítmény esetén a fő közlekedési létesítmény kötelezettje.”

A rendelet 7. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„Az elkészült stratégiai zajtérképet a környezetvédelmi hatóság hagyja jóvá.”

„Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.”

Magyarország Alaptörvénye:XVII.cikk (3)

Ítélet két „azbesztperben”

A Fővárosi Törvényszék 2017. június 22-én Gy. S. Judit felperes, valamint néhai V. Zoltán családja által a Magyar Állam alperessel szemben indított, mindkét kártérítési perben a felperesek keresetét elutasította.



Az 1907-ben alapított selypi cementgyár Hatvanhoz közel, a Zagyva folyó völgyében működött, ahol 1971-től használtak fel gyártási alapanyagként fehér és kék azbesztet. A légszennyező anyagok kibocsátásának hazai jogi szabályozása csak 1974-től kezdődött meg. A selypi gyárból a legnagyobb mennyiségű azbeszt a 80-as évek közepéig jutott ki a levegőbe, ezután már megindultak azok a környezetvédelmi fejlesztések, amelyeknek köszönhetően fokozatosan csökkent a kibocsátás. A kék azbeszt felhasználásával 1988 és 1992 között hagytak fel a gyárban, amelyet 1992-ben be is tiltottak. A gyár 2004. január 1-jén zárt be, mert betiltották az azbeszttartalmú anyagok forgalomba hozatalát és felhasználását.

Néhai Gy. Zsolt születésétől 2014-ben bekövetkezett haláláig Zagyvaszántón lakott a selypi cementgyár közvetlen közelében. A betegsége tünetei először 2013-ban jelentkeztek, majd a kivizsgálását követően mellhártya mesothelioma megbetegedést diagnosztizáltak nála, amelynek a legvalószínűbb oka a környezeti azbesztszennyeződés volt. Emiatt 2014 júniusában indított kártérítési pert a Magyar Állammal szemben, melyet 2014 decemberében bekövetkező halála után jogutódja folytatott.

A felperes keresetében arra kérte a bíróságot, hogy kötelezze a Magyar Államot 100.000.000 Ft összegű nem vagyoni kártérítés megfizetésére a néhai egészségkárosodása miatt, amelyért felelősséggel tartozik. Az alperes kérte a kereset elutasítását, hiszen vitatta az okozati összefüggést a gyár működése és az elhunyt megbetegedése között. Állította, hogy a perbeli időszakban számos építőanyag, mindennapi használati tárgy, gépjármű alkatrész is azbeszt felhasználásával készült. Arra is hivatkozott, hogy a jogi személynek minősülő állami vállalat tevékenységéért és mulasztásaiért nem a Magyar Állam, hanem a vonatkozó jogszabályok alapján az állami vállalat felel a rábízott és a kezelésében álló vagyonnal, az államnak nincs mögöttes felelőssége.

A bíróság széleskörű bizonyítást folytatott le az eljárás során. Tényként rögzítette, hogy néhai Gy. Zsolt születésétől kezdve az azbesztgyár közelében élt. Az orvosszakértői vélemény alapján a bíróság megállapította, hogy megbetegedését bizonyossággal határos valószínűséggel az azbesztgyárból kikerülő azbeszttrostok okozták. Az orvosszakértői vélemény alapján az is megállapítható volt, hogy néhai Gy. Zsolt károsodása a kék azbeszttől nagy valószínűséggel 1976 és 1985 között következett be. A perbeli időszakban nem volt zárt az azbeszt felhasználási technológiája és a fejlesztések ellenére a néhai felperes megbetegedésének időszakában fokozottan megvalósult a környezet szennyezése. A műszaki szakértői vélemény alátámasztotta, hogy 1988-ig biztosan használtak kék azbesztet a selypi gyárban.

¹Rovatvezető: Dr. Kornis Pál- Országos Közegészségügyi Intézet Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Igazgatóság, Ímél: kornis@omfi.hu

Nem vitatható, hogy az ingatlan tulajdonosa a Magyar Állam volt 1996. június 24-ig. A gyár állami vállalati formában működött, az állami vállalatokról szóló 1977. évi VI. törvény alapján. Az ETERNIT Vállalat jogutódja az ETERCEM Kft. lett, amelynek felszámolását 2005-ben elrendelték, de amikor Gy. Zsolt a betegségéről tudomást szerzett, akkor a kártérítési igényét a még folyamatban lévő felszámolási eljárásban be kellett volna jelentenie. Mivel ezt nem tette meg, megszűnt a joga arra, hogy az ETERCEM Kft. jogelődje által okozott kárért pénzkövetelés iránti igényt terjesszen elő, és így a Magyar Állam mögöttes felelőssége sem vizsgálható az ETERNIT Vállalat által elkövetett esetleges jogellenes tevékenységekért vagy mulasztásokért.

A bíróság a Magyar Állam - mint a néhai felperes szomszédságában lévő ingatlan tulajdonosának - kártérítési felelősségét „szomszédjogi” alapon sem tudta megállapítani. A Polgári Törvénykönyv kimondja, hogy „a tulajdonos a dolog használata során köteles tartózkodni minden olyan magatartástól, amellyel másokat, különösen szomszédait szükségtelenül zavarná, vagy amellyel jogaik gyakorlását veszélyeztetné”. Az állam kártérítési felelősségét azonban önmagában az a tény, hogy ő volt az ingatlanok tulajdonosa nem alapozza meg, ezt ugyanis károkozó magatartás nélkül nem megállapítható.

1976 és 1985 között még külföldön sem volt általánosan ismert az azbeszt károsító hatása, hazánkban pedig csak az 1980-as évek második felében tettek intézkedéseket először annak érdekében, hogy csökkenjen a munkahelyi és ezáltal a környezeti levegő azbeszt terhelése. Ezt alátámasztotta a per során meghallgatott tanúk elmondása is, ugyanis nemcsak a gyári dolgozók, hanem a gyár vezetői is úgy nyilatkoztak, hogy a perbeli időszakban még egyáltalán nem tudták mennyire veszélyes az azbeszt. A felperesi képviselő az eljárás során 1988-

ra tette azt az időpontot, amikor köztudomásúvá vált az azbeszt rákkeltő hatása. Gy. Zsolt egészségkárosodása azonban nagy valószínűséggel még 1985 előtt bekövetkezett. Ezek alapján a bíróság álláspontja szerint az állami vállalat a kor adott színvonalán végezte a gazdasági tevékenységét és az egészségkárosodás időszakában a Magyar Állam részéről a felróhatóság nem bizonyítható.



Néhai V. Zoltán kisgyermekkorától Selypen lakott az eternit gyár közelében, ott járt óvodába és iskolába is. 2015. decemberében diagnosztizálták nála a mesothelioma megbetegedést, ezt követően az egészségi állapota gyorsan romlott és 2016. szeptemberében meghalt. A házastársa, a gyermekei és a szülei által 2017. január 5-én indított kártérítési perben a felperesek kérték, hogy a bíróság kötelezze a Magyar Államot több, mint 60.000.000 Ft nem vagyoni kártérítés megfizetésére, valamint havi 100.000 Ft járadék folyósítására. Az alperes a perben azonban elévülés iránti kifogást terjesztett elő, amelyről a bíróságnak elsőként kellett állást foglalnia.

A Polgári Törvénykönyv kimondja, hogy a követelések öt év alatt elévülnek és az elévülés kezdő időpontja, amikor a követelés esedékessé válik, ebben az ügyben az elhunyt megbetegedésének bekövetkezése. Ha a követelését a jogosult menthető okból nem tudja érvényesíteni, mert például nem tudott a betegségről, akkor az akadály megszűnésétől számított egy éven belül érvényesítheti azt.

Néhai V. Zoltán egészség károsodása - a minimum 20 év lappangási időre tekintettel - legkésőbb 1995-ben következett be. A felperesek követelésének elévülése azonban 2015. december 29-ig nyugodott, ugyanis egybehangzó elmondásuk alapján ekkor szereztek tudomást a betegségről. Ettől az

időponttól kezdve egy év állt rendelkezésükre,
hogy a keresetüket előterjesszék, de ezt a határidőt
elmulasztották, ezért a kártérítés iránti igényük el-
évült, az bírósági úton nem érvényesíthető.



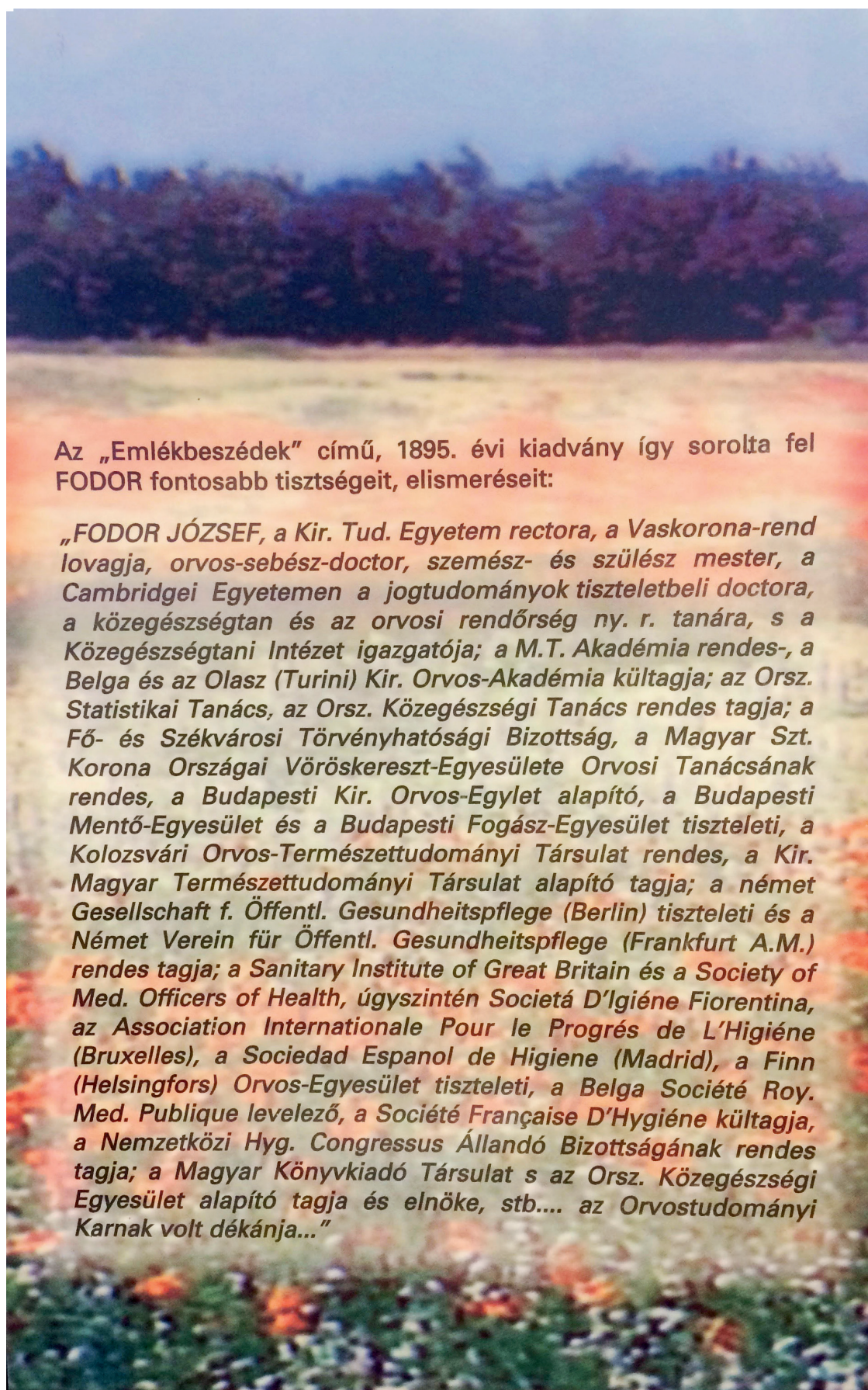
Az ítéletek nem jogerősek.

Forrás:

Fővárosi Törvényszék Sajtóközlemények

*„Aki a közegészségügyben látszólag takarékos-
kodik, az tulajdonképpen emberéletet pazarol.”*

Báró szentgyörgyi Müller Kálmán
(1849-1926)



Az „Emlékbeszédek” című, 1895. évi kiadvány így sorolta fel FODOR fontosabb tisztségeit, elismeréseit:

„FODOR JÓZSEF, a Kir. Tud. Egyetem rectora, a Vaskorona-rend lovagja, orvos-sebész-doctor, szemész- és szülész mester, a Cambridgei Egyetemen a jogtudományok tiszteletbeli doctora, a közegészségtan és az orvosi rendőrség ny. r. tanára, s a Közegészségtani Intézet igazgatója; a M.T. Akadémia rendes-, a Belga és az Olasz (Turini) Kir. Orvos-Akadémia kültagja; az Orsz. Statistikai Tanács, az Orsz. Közegészségi Tanács rendes tagja; a Fő- és Székvárosi Törvényhatósági Bizottság, a Magyar Szt. Korona Országai Vöröskereszt-Egyesülete Orvosi Tanácsának rendes, a Budapesti Kir. Orvos-Egyelet alapító, a Budapesti Mentő-Egyesület és a Budapesti Fogász-Egyesület tiszteleti, a Kolozsvári Orvos-Természettudományi Társulat rendes, a Kir. Magyar Természettudományi Társulat alapító tagja; a német Gesellschaft f. Öffentl. Gesundheitspflege (Berlin) tiszteleti és a Német Verein für Öffentl. Gesundheitspflege (Frankfurt A.M.) rendes tagja; a Sanitary Institute of Great Britain és a Society of Med. Officers of Health, úgyszintén Societá D'Igiene Fiorentina, az Association Internationale Pour le Progrés de L'Higiéne (Bruxelles), a Sociedad Espanol de Higiene (Madrid), a Finn (Helsingfors) Orvos-Egyesület tiszteleti, a Belga Societé Roy. Med. Publique levelező, a Societé Française D'Hygiéne kültagja, a Nemzetközi Hyg. Congressus Állandó Bizottságának rendes tagja; a Magyar Könyvkiadó Társulat s az Orsz. Közegészségi Egyesület alapító tagja és elnöke, stb.... az Orvostudományi Karnak volt dékánja...”

Forrás:

Fodor József Emlékére, (1843-1901)

A „Foglalkozás-egészségügy” folyóirat szerzői figyelmébe ajánljuk

(ún. szerkesztőségi előírások)

A Szerkesztőbizottság eredeti közlemények első közlésére ajánlja a „Foglalkozás-egészségügy” című szakfolyóiratot (kivéve: a külföldi szaklapokban megjelenő publikációk magyar nyelvű változatát). Kongresszusi előadások, továbbképzések, pályázati anyagok stb. átdolgozott, szerkesztett változatának közlésekor a lábjegyzetekben utalni kell az eredeti forráshelyre. Hasonló módon kell eljárni, ha másodközlésről van szó. A kéziratok elbírálásának a joga - a lektori vélemények figyelembe vételével - a Szerkesztőbizottságot illeti meg.

A kéziratok tartalmi követelményei:

- az eredeti közlemény a tudományos eredmények rövid összefoglalása, a foglalkozás-egészségügyben alkalmazott eljárások, kísérletes munkák eredményeinek bemutatása;
- a klasszikus összefoglaló referátum a nemzetközi szakirodalom eredményeit használja fel és veti össze a hazai tapasztalatokkal;
- irodalmi áttekintés (ún. referátumok), esetismertetések.

A kéziratok formai követelményei:

A kéziratokat magyar nyelven, az összefoglalót magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével kérjük a Szerkesztőség címére (1437 Budapest, Postafiók 777, e-mail cím: titkarsag@omfi.hu) megküldeni szíveskedjék.

1. A közlemény terjedelme legfeljebb 10 gépelt oldal (32 sor, 62 leütés, maximum 20.000 karakter) lehet.

- a) A kéziratot A/4 méretű oldalakon, kinyomtatott példányban, illetve e-mailen is el kell küldeni a szerkesztőség címére.
- b) A digitalizált formában leadott kéziratokkal kapcsolatos követelmények:
 - Word for Windows, az ábráknál Excel formátumú alkalmazása,
 - a betűtípus Times New Roman, a betűméret 12 legyen,
 - Word alapbeállítások legyenek (margók 2,5 cm-esek, kötésben 0 cm, élőfej és élőláb 1,25 cm),
 - A szkennelt grafikus ábrázolások, fotók stb. legalább 300 dpi felbontásúak legyenek (.bmp, .pcx, .tif), ne legyen adatvesztéses fájltypusú (.jpg, .gif).
 - korlátozott számban színes ábrák közlésére is lehetőség van.

3. A közlemény felépítésére vonatkozó követelmények:

- a) Címoldal tartalmazza: a kézirat címét, a szerző(k) nevét, címét, munkahelyét, elérhetőségét (telefon/fax/e-mail).
- b) Összefoglalást magyar és angol nyelven a kulcsszavak megjelölésével (az Index Medicus Medical Subject Heading lista alapján megadott, a cikk tartalmára vonatkozó 3-5 kifejezés).
- c) A dolgozat tagolása világos szerkezetben: bevezetés, célkitűzések, anyag és módszer, eredmények, megbeszélés, következtetések, köszönetnyilvánítás, irodalomjegyzék, mellékletek (táblázatok, ábrák, fotók).
- d) A kézirat utolsó oldalán (külön lapon) tüntessék fel a kézírathoz érkezett bármely észrevételt megválaszoló a szerző nevét, címét, e-mailen és telefonon történő elérhetőségét.
- e) A irodalmi hivatkozásokra vonatkozó előírások:

A legfontosabb hivatkozások a szövegben az előfordulás sorrendjében a mondat végén zárójelben (...) arab számmal jelölve; maximum 25 citátum; az irodalomjegyzékben dőlt betűkkel: szerző(k), az első három szerző nevének feltüntetésével, a folyóirat megjelölésével (folyóirat, könyv megnevezése, évszám, kötettség, első és utolsó oldal) Pl.

 - 1) Goyer, R.A.: *Lead toxicity: current concerns. Environ. Health Perspect. 1993. 100: 177-187.*
 - 2) Talbott, E.O., Gibson, L.B., Burks, A. et al: *Evidence for a dose-response relationship between occupational noise and bloodpressure. Arch. Environ. Health 1999, 54: 71-78.*
 - 3) Kertai, P. *Közegészségtan. Medicina. Budapest, 1982.*
 - 4) Ungváry Gy.: (szerk.) *Munkaegészségtan. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 2004.*
 - 5) Ungváry, Gy., Morvai, V.: *Munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése. In: Munkaegészségtan. 3. kiadás. Szerk. Ungváry Gy. és Morvai V. Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp, 2010. III. 3. 92-100.*
- f) Az ábrának nincs címe, a számozását és címét az ábra alatt kell feltüntetni kiegészítve az esetleges magyarázattal. Az ábrák és táblázatok helyét jelölje a kéziratban, minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban jpg. formátumban legyen elmentve.
- g) Helyesírási tudnivalók: Az MTA állásfoglalása szerint az orvosi szavak helyesírása a latinos írásmódot kövesse az Orvosi Helyesírási Szótár alapján. A kézírás magyar szövege az aktuális magyar helyesírás szabályait kövesse.
- h) Az útmutatóban megadott szempontok szerint beküldött kéziratokat elfogadásáról a lektori vélemények alapján a Szerkesztőbizottság dönt. A lektorok személye titkos.
- i) Az emberen végzett orvostudományi kutatások esetében szükséges az Egészségügyről szóló törvény, valamint a 23/2002. (V. 9.) Eü-i rendelet, és a hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti előírások betartása, továbbá a kutatásaitikai engedély specifikációjának feltüntetése, ha az engedély kérése kötelező volt.
- j) Az egységes követelmények érvényesítése érdekében a szerkesztők fenntartják a stílári javítás jogát is.

Szerkesztőbizottság