

Dokument ten służy wyłącznie do celów informacyjnych i nie ma mocy prawnej. Unijne instytucje nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jego treść. Autentyczne wersje odpowiednich aktów prawnych, włącznie z ich preambułami, zostały opublikowane w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej i są dostępne na stronie EUR-Lex. Bezpośredni dostęp do tekstów urzędowych można uzyskać za pośrednictwem linków zawartych w dokumencie

► **B** ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (WE) NR 1338/2008

z dnia 16 grudnia 2008 r.

w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

(Dz.U. L 354 z 31.12.2008, s. 70)

zmienione przez:

Dziennik Urzędowy

nr strona data

► **M1** Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1700 z dnia 10 października 2019 r. L 261I 1 14.10.2019



**ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I
RADY (WE) NR 1338/2008**

z dnia 16 grudnia 2008 r.

**w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego
oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy**

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

Artykuł 1

Przedmiot

1. Niniejsze rozporządzenie ustanawia wspólne ramy systematycznego tworzenia statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Statystyki są tworzone zgodnie ze standardami bezstronności, wiarygodności, obiektywności, efektywności kosztowej oraz poufności danych statystycznych.

2. Statystyki te obejmują, w postaci ujednoczonego i wspólnego zbioru danych, informacje niezbędne do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego, do wsparcia strategii krajowych w celu ukształtowania powszechnie dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.

3. Statystyki te dostarczają dane dla wskaźników strukturalnych, wskaźników trwałego rozwoju oraz wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej (ECHI), a także dla innych zestawów wskaźników, których opracowanie jest konieczne do celów monitorowania działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy.

Artykuł 2

Zakres stosowania

Państwa członkowskie dostarczają Komisji (Eurostatowi) statystyki dotyczące następujących dziedzin:

- stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie zdefiniowanych w załączniku I,
- opieki zdrowotnej zdefiniowanej w załączniku II,
- przyczyn zgonu zdefiniowanych w załączniku III,
- wypadków przy pracy zdefiniowanych w załączniku IV,
- chorób zawodowych oraz innych problemów zdrowotnych i chorób związanych z pracą zdefiniowanych w załączniku V.

Artykuł 3

Definicje

Na użytek niniejszego rozporządzenia stosuje się następujące definicje:

- a) „statystyki Wspólnoty” mają znaczenie określone w art. 2 tiret pierwsze rozporządzenia (WE) nr 322/97;
- b) „tworzenie statystyk” ma znaczenie określone w art. 2 akapit drugi rozporządzenia (WE) nr 322/97;

▼ B

- c) „zdrowie publiczne” oznacza wszystkie elementy związane ze zdrowiem, mianowicie stan zdrowia, w tym zachorowalność i niepełnosprawność, czynniki warunkujące stan zdrowia, potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, zasoby opieki zdrowotnej, oferowane usługi opieki zdrowotnej i powszechny dostęp do nich, opiekę zdrowotną, wydatki na opiekę zdrowotną i sposób jej finansowania oraz przyczyny zgonów;
- d) „zdrowie i bezpieczeństwo w pracy” oznaczają wszystkie elementy związane z profilaktyką oraz ochroną zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w pracy w związku z wykonywanymi przez nich obecnie lub w przeszłości czynnościami, w szczególności dotyczące wypadków przy pracy, chorób zawodowych i innych związanych z pracą problemów zdrowotnych i chorób;
- e) „mikrodane” oznaczają jednostkowe dane statystyczne;
- f) „przekazywanie danych poufnych” oznacza przekazywanie między organami krajowymi a organem wspólnotowym poufnych danych, które nie pozwalają na bezpośrednią identyfikację, zgodnie z art. 14 rozporządzenia (WE) nr 322/97 oraz rozporządzenia (Euratom, EWG) nr 1588/90;
- g) „dane osobowe” oznaczają wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej zgodnie z art. 2 lit. a) dyrektywy 95/46/WE.

*Artykuł 4***Źródła**

Państwa członkowskie zestawiają dane dotyczące zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy ze źródeł, które — w zależności od dziedziny i tematu oraz specyfiki krajowych systemów opieki zdrowotnej — obejmują albo badania gospodarstw domowych lub podobne badania lub moduły do badań albo krajowe źródła administracyjne lub sprawozdawcze.

*Artykuł 5***Metodologia**

1. Metody wykorzystywane do realizacji procesów zbierania danych uwzględniają — również w przypadku czynności przygotowawczych — krajowe doświadczenia i wiedzę fachową oraz krajową specyfikę, istniejące możliwości i zbiory danych, w ramach sieci współpracy z państwami członkowskimi i innych struktur europejskiego systemu statystycznego (ESS) ustanowionych przez Komisję (Eurostat). Uwzględnia się również metodologie regularnego zbierania danych pochodzących z projektów o wymiarze statystycznym realizowanych w ramach programów wspólnotowych, takich jak programy w zakresie zdrowia publicznego lub programy badawcze.

2. Metodologie statystyczne i procesy zbierania danych, które mają być rozwinięte dla opracowania danych statystycznych dotyczących zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na poziomie Wspólnoty, uwzględniają w stosownych przypadkach konieczność koordynacji z działaniami organizacji międzynarodowych w tej dziedzinie, tak by zapewnić międzynarodową porównywalność statystyk i spójność zbierania danych, jak również uniknąć powielania pracy i wielokrotnego dostarczania danych przez państwa członkowskie.



Artykuł 6

Badania pilotażowe oraz analizy kosztów i korzyści

1. W przypadku gdy potrzebne są dodatkowe dane wykraczające poza dane już zebrane lub takie, dla których istnieje już metodologia, lub gdy okaże się, że w dziedzinach, o których mowa w art. 2, dane są niewystarczającej jakości, Komisja (Eurostat) przeprowadza badania pilotażowe, w których państwa członkowskie mogą uczestniczyć na zasadzie dobrowolności. Celem takich badań pilotażowych jest sprawdzenie pojęć i metod oraz dokonanie oceny wykonalności zbierania odnośnych danych, w tym ich jakości statystycznej, porównywalności i opłacalności, zgodnie z zasadami określonymi w Europejskim kodeksie praktyk statystycznych.
2. W przypadku gdy zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2, przewidziano przygotowanie środka wykonawczego, przeprowadza się analizę kosztów i korzyści, w której uwzględnia się korzyści z dostępności tych danych w stosunku do kosztów uzyskania danych oraz do obciążenia, jakie to stanowi dla państw członkowskich.
3. Komisja (Eurostat) sporządza sprawozdanie, w którym ocenia wyniki badań pilotażowych lub analizy kosztów i korzyści — w tym skutków i implikacji, jakie będzie miała specyfika poszczególnych krajów — we współpracy z państwami członkowskimi w ramach sieci współpracy i innych struktur ESS.

Artykuł 7

Przekazywanie, przetwarzanie i upowszechnianie danych

1. Jeżeli jest to konieczne do tworzenia statystyk Wspólnoty, państwa członkowskie przekazują poufne mikrodane lub, w zależności od dziedziny i tematu, dane zagregowane zgodnie z przepisami dotyczącymi przekazywania danych objętych zasadą poufności, określonymi w rozporządzeniu (WE) nr 322/97 i w rozporządzeniu (Euratom, EWG) nr 1588/90. Przepisy te stosuje się do przetwarzania danych przez Komisję (Eurostat) w zakresie, w jakim dane te są uznawane za poufne w rozumieniu art. 13 rozporządzenia (WE) nr 322/97. Państwa członkowskie zapewniają, by przekazywane dane nie umożliwiały bezpośredniej identyfikacji jednostek statystycznych (osób) i by dane osobowe były chronione zgodnie z zasadami określonymi w dyrektywie 95/46/WE.
2. Państwa członkowskie przekazują wymagane na mocy niniejszego rozporządzenia dane i metadane w formie elektronicznej, zgodnie ze standardem wymiany uzgodnionym między Komisją (Eurostatem) a państwami członkowskimi. Dane przekazywane są w określonych terminach i odstępach czasu, o których mowa w załącznikach lub środkach wykonawczych przyjętych zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2, oraz dotyczą określonych tam okresów odniesienia.
3. Komisja (Eurostat) podejmuje niezbędne kroki w celu poprawy upowszechniania, dostępności i dokumentowania informacji statystycznych zgodnie z zasadami porównywalności, wiarygodności i poufności informacji statystycznych określonymi w rozporządzeniu (WE) nr 322/97 oraz zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 45/2001.

▼B*Artykuł 8***Ocena jakości**

1. Na użytek niniejszego rozporządzenia w odniesieniu do przekazywanych danych stosuje się następujące kryteria oceny jakości:
 - a) „przydatność” — stopień spełnienia przez dane statystyczne obecnych i potencjalnych potrzeb ich użytkowników;
 - b) „dokładność” — stopień, w jakim dane szacunkowe są zbliżone do nieznanymi faktycznych wartości;
 - c) „aktualność” — odstęp czasu pomiędzy udostępnieniem informacji a wydarzeniem lub zjawiskiem, które ona opisuje;
 - d) „terminowość” — odstęp czasu pomiędzy momentem, w którym dane zostały udostępnione, a momentem, w którym powinny być zostać udostępnione;
 - e) „dostępność” i „przejrzystość” — warunki i sposoby uzyskiwania, wykorzystywania i interpretowania danych przez użytkowników;
 - f) „porównywalność” — pomiar skutków związanych z różnicami w stosowanych koncepcjach statystycznych oraz w narzędziach i procedurach pomiaru, w przypadku gdy porównywane są dane statystyczne z różnych obszarów geograficznych, dziedzin sektorowych lub z różnych okresów;
 - g) „spójność” — możliwość łączenia danych na różne sposoby i do różnych celów z zachowaniem ich wiarygodności.
2. Co pięć lat każde państwo członkowskie przekazuje Komisji (Eurostatowi) sprawozdanie dotyczące jakości przekazanych danych. Komisja (Eurostat) dokonuje oceny jakości przekazanych danych i publikuje te sprawozdania.

*Artykuł 9***Środki wykonawcze**

1. Środki wykonawcze obejmują:
 - a) charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów uwzględnionych w załącznikach I–V;
 - b) grupowanie cech;
 - c) okresy odniesienia, odstępy czasu i terminy dostarczenia danych;
 - d) dostarczanie metadanych.

Środki te uwzględniają w szczególności przepisy art. 5, art. 6 ust. 2 i 3 oraz art. 7 ust. 1, jak również dostępność, stosowność oraz kontekst prawny istniejących wspólnotowych źródeł danych po przeanalizowaniu wszystkich źródeł związanych z odpowiednimi dziedzinami i tematami.

Środki te, mające na celu zmianę elementów innych niż istotne niniejszego rozporządzenia, między innymi poprzez jego uzupełnienie, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

▼B

2. W razie konieczności, w oparciu o obiektywne kryteria, przyjmowane są zgodnie z procedurą regulacyjną, o której mowa w art. 10 ust. 3, odstępstwa i okresy przejściowe dla państw członkowskich.

*Artykuł 10***Komitet**

1. Komisję wspomaga Komitet ds. Programu Statystycznego powołany decyzją 89/382/EWG, Euratom.

2. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 5a ust. 1–4 i art. 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem jej art. 8.

3. W przypadku odesłania do niniejszego ustępu stosuje się art. 5 i 7 decyzji 1999/468/WE, z uwzględnieniem jej art. 8.

Okres przewidziany w art. 5 ust. 6 decyzji 1999/468/WE ustala się na trzy miesiące.

*Artykuł 11***Wejście w życie**

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Niniejsze rozporządzenie wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich.

▼ B*ZAŁĄCZNIK I***Dziedzina: Stan zdrowia i czynniki warunkujące zdrowie**a) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie.

▼ M1b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje statystyki dotyczące stanu zdrowia i uwarunkowań zdrowia, które opierają się na ocenie własnej i są sporządzane na podstawie zebrań badań statystycznych ludności, inne niż te sporządzane na podstawie zebranych danych w odniesieniu do gospodarstw domowych i osób, o których mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1700⁽¹⁾, jak również inne statystyki pochodzące ze źródeł administracyjnych, jak na przykład statystyki dotyczące zachorowalności lub wypadków i urazów. Osoby przebywające w domach opieki, a także dzieci w wieku do 14 lat włącza się do badań – w stosownych przypadkach i w odpowiednich odstępach czasowych ustalanych ad hoc – pod warunkiem udanych wstępnych badań pilotażowych.

c) *Okresy odniesienia, odstępy czasu i terminy dostarczania danych*

Środki dotyczące pierwszego roku odniesienia, odstępu czasu i terminu dostarczenia danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

▼ Bd) *Uwzględniane tematy*

Ujednociony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

- stan zdrowia, w tym postrzeganie zdrowia, funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, ograniczenia oraz niepełnosprawność;
- zachorowalność na wybrane choroby;
- ochrona przed ewentualnymi pandemiemi i chorobami zakaźnymi;
- wypadki i urazy, w tym powiązane z bezpieczeństwem konsumenta oraz — w miarę możliwości — szkody związane z alkoholem i narkotykami;
- tryb życia obejmujący aspekty takie jak aktywność fizyczna, dieta, palenie papierosów, spożywanie alkoholu i przyjmowanie narkotyków, a także czynniki środowiskowe, społeczne i związane z warunkami pracy;
- dostęp do profilaktycznych i leczniczych zakładów opieki zdrowotnej oraz usług opieki długoterminowej i korzystanie z nich (badania statystyczne ludności);
- ogólne informacje demograficzne i społeczno-ekonomiczne dotyczące osób.

⁽¹⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1700 z dnia 10 października 2019 r. ustanawiające wspólne ramy statystyk europejskich dotyczących osób i gospodarstw domowych, opartych na danych na poziomie indywidualnym zbieranych metodą doboru próby, zmieniające rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 808/2004, (WE) nr 452/2008 i (WE) nr 1338/2008 oraz uchylające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1177/2003 i rozporządzenie Rady (WE) nr 577/98 (Dz.U. L 261 I z 14.10.2019, s. 1).

▼ B

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie muszą być uwzględnione wszystkie tematy. Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

▼ M1

W ramach niniejszego rozporządzenia wdrożenie badań stanu zdrowia ludności jest dobrowolne. Średni czas wywiadu przypadający na jedno gospodarstwo domowe nie przekracza 20 minut w przypadku modułów do badań.

▼ Be) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących charakterystyki badań oraz innych stosowanych źródeł, ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.



ZAŁĄCZNIK II

Dziedzina: Opieka zdrowotna

a) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących opieki zdrowotnej.

b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje całość działań, których celem jest zdrowie, prowadzonych przez instytucje lub indywidualne osoby przy zastosowaniu wiedzy i techniki medycznej, paramedycznej i pielęgniarstwa, w tym opieka długoterminowa, a także powiązane z nimi działania w zakresie administracji i zarządzania.

Dane są zbierane głównie ze źródeł administracyjnych.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące pierwszego roku odniesienia, częstotliwości i terminu dostarczenia danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

- infrastruktura opieki zdrowotnej;
- zasoby ludzkie w dziedzinie opieki zdrowotnej;
- korzystanie z opieki zdrowotnej, usługi indywidualne i zbiorowe;
- wydatki na opiekę zdrowotną i jej finansowanie.

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie muszą być uwzględnione wszystkie tematy. Zbiór danych sporządza się w oparciu o stosowne międzynarodowe systemy klasyfikacji i z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

W procesach zbierania danych rozważa się mobilność pacjentów, tj. korzystanie przez nich z infrastruktury opieki zdrowotnej w krajach innych niż kraj zamieszkania, a także mobilność pracowników służby zdrowia, na przykład wykonujących swój zawód poza krajem, w którym uzyskali pierwsze uprawnienia do wykonywania zawodu. W procesie zbierania danych rozważa się również jakość opieki zdrowotnej.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących charakterystyki wykorzystywanych źródeł i zestawień, ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i opracowania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.



ZAŁĄCZNIK III

Dziedzina: Przyczyny zgonów

a) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących przyczyn zgonów.

b) *Zakres*

Dziedzina ta obejmuje statystyki dotyczące przyczyn zgonów, pochodzące z krajowych medycznych kart zgonu z uwzględnieniem zaleceń WHO. Zestawiane statystyki odnoszą się do wyjściowej przyczyny zgonu, która zdefiniowana jest przez WHO jako „choroba lub obrażenia, które zapoczątkowały przebieg procesów chorobowych prowadzących bezpośrednio do śmierci albo okoliczności wypadku lub aktu przemocy, który spowodował śmiertelne obrażenia”. Statystyki zestawia się dla wszystkich zgonów i urodzeń martwych występujących w każdym państwie członkowskim, zachowując podział na rezydentów i nierezydentów. Jeżeli tylko jest to możliwe, dane o przyczynach zgonu rezydentów zmarłych za granicą włącza się do statystyki kraju stałego zamieszkania tych osób.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące zasad aktualizacji są przyjmowane zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2. Dane składa się najpóźniej 24 miesiące po zakończeniu roku odniesienia. Tymczasowe lub szacunkowe dane można dostarczyć wcześniej. W przypadku zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego można ustanowić dodatkowe specyficzne zbiory danych dla wszystkich zgonów lub poszczególnych przyczyn zgonów.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone, obejmuje następujący wykaz tematów:

— charakterystyka osoby zmarłej;

— region;

— charakterystyka zgonu, w tym wyjściowa przyczyna zgonu.

Zbiór danych dotyczących przyczyn zgonów sporządza się na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO i zgodnie z zasadami Eurostatu oraz zaleceniami ONZ i WHO dla statystyki ludności. Dostarczanie danych dotyczących charakterystyki urodzeń martwych jest dobrowolne. Przy dostarczaniu danych dotyczących zgonów neonatalnych (zgony przed ukończeniem 28 dnia życia) uwzględnia się krajowe różnice wynikające z praktyk dotyczących rejestracji wielorakich przyczyn zgonu.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.



ZAŁĄCZNIK IV

Dziedzina: Wypadki przy pracya) *Cele*

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących wypadków przy pracy.

b) *Zakres*

Wypadek przy pracy definiuje się jako „konkretne zdarzenie mające miejsce w czasie pracy, które doprowadza do urazu fizycznego lub psychicznego”. Dane są zbierane dla całej pracującej populacji i dotyczą śmiertelnych wypadków przy pracy, a także wypadków, które skutkują ponad 3-dniową nieobecnością w pracy, korzystając — kiedy tylko jest to konieczne i wykonalne w odniesieniu do określonych grup pracowników lub w określonych warunkach krajowych — ze źródeł administracyjnych uzupełnionych odpowiednimi źródłami dodatkowymi. W ramach współpracy z MOP — na zasadzie dobrowolności — można zebrać także ograniczony podzbiór danych podstawowych dotyczących wypadków skutkujących nieobecnością w pracy krótszą niż 4-dniowa, jeśli są one dostępne.

c) *Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych*

Statystyki są dostarczane corocznie. Środki dotyczące zasad aktualizacji są przyjmowane zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2. Dane składa się najpóźniej 18 miesięcy po zakończeniu roku odniesienia.

d) *Uwzględniane tematy*

Ujednolicony i wspólny zbiór mikrodanych, które mają być dostarczane, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby, która uległa wypadkowi;
- charakterystyka urazu, w tym stopień jego ciężkości (utracone dni);
- charakterystyka przedsiębiorstwa, w tym rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka miejsca pracy;
- charakterystyka wypadku, w tym ciąg zdarzeń z określeniem przyczyn i okoliczności wypadku.

Zbiór danych dotyczący wypadków przy pracy opracowuje się w ramach metodologii europejskich statystyk w zakresie wypadków przy pracy (ESAW) z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

Dostarczanie danych dotyczących obywatelstwo osoby, która uległa wypadkowi, wielkości przedsiębiorstwa oraz czasu wypadku jest dobrowolne. W odniesieniu do tematów fazy III w metodologii ESAW, tj. miejsca pracy i sekwencji wydarzeń związanych z przyczynami i okolicznościami wypadków, dostarcza się minimum trzy zmienne. Państwa członkowskie powinny też dobrowolnie dostarczać więcej danych zgodnych ze specyfikacją ESAW fazy III.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

▼Be) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem, oświadczenia w sprawie wskaźnika wypadków przy pracy oraz — w stosownych przypadkach — charakterystyki próby, jak również informacji dotyczących jakiegokolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

*ZAŁĄCZNIK V***Dziedzina: Choroby zawodowe i inne związane z pracą problemy zdrowotne i choroby****a) Cele**

Celem tej dziedziny jest dostarczanie statystyk dotyczących rozpoznanych przypadków chorób zawodowych i innych związanych z pracą problemów zdrowotnych i chorób.

b) Zakres

— Przypadek choroby zawodowej definiuje się jako przypadek stwierdzony przez organy krajowe odpowiedzialne za stwierdzanie chorób zawodowych. Dane zbiera się dla występujących przypadków choroby zawodowej i zgonów spowodowanych chorobą zawodową.

— Choroby zawodowe i inne problemy zdrowotne związane z pracą są to choroby i problemy zdrowotne, których przyczyną, czynnikiem pogarszającym stan lub współprzyczyną mogą być warunki pracy. Obejmuje to fizyczne i psychospołeczne problemy zdrowotne. Przypadek problemu zdrowotnego i choroby związanej z pracą nie musi być związany z faktem stwierdzenia choroby przez organ krajowy, a dane takie dostarczają badania statystyczne ludności, takie jak europejskie badania ankietowe dotyczące zdrowia (EHIS) i inne statystyczne badania społeczne.

c) Okresy odniesienia, częstotliwość i terminy dostarczania danych

W przypadku chorób zawodowych dane dostarcza się corocznie i składa się je najpóźniej 15 miesięcy po zakończeniu roku odniesienia. Środki dotyczące okresów odniesienia, częstotliwości i terminu dostarczenia innych zbiorów danych przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

d) Uwzględniane tematy

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone w przypadku chorób zawodowych, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby chorej, w tym płeć i wiek;
- charakterystyka choroby, w tym stopień jej ciężkości;
- charakterystyka przedsiębiorstwa i miejsca pracy, w tym rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka czynnika powodującego chorobę.

Zbiór danych dotyczący chorób zawodowych opracowuje się w ramach metodologii europejskich statystyk w zakresie chorób zawodowych (EODS) z uwzględnieniem warunków i praktyk obowiązujących w państwach członkowskich.

Ujednolicony i wspólny zbiór danych, które mają zostać dostarczone w przypadku problemów zdrowotnych związanych z pracą, obejmuje następujący wykaz tematów:

- charakterystyka osoby, u której występuje problem zdrowotny, w tym płeć, wiek i status zatrudnienia;
- charakterystyka problemu zdrowotnego związanego ze zdrowiem, w tym stopień jego ciężkości;

▼B

- charakterystyka przedsiębiorstwa i miejsca pracy, w tym jego wielkość i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej;
- charakterystyka czynnika, który spowodował wystąpienie lub nasilenie problemu zdrowotnego.

Przy każdorazowym dostarczeniu danych nie wszystkie tematy muszą być uwzględnione.

Środki dotyczące charakterystyki, tj. zmienne, definicje i klasyfikacje tematów wymienionych powyżej oraz grupowanie cech przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.

e) *Metadane*

Środki odnoszące się do dostarczania metadanych, w tym metadanych dotyczących ludności objętej badaniem oraz informacji dotyczących jakiejkolwiek specyfiki krajowej niezbędnej do interpretacji i zestawiania porównywalnych statystyk i wskaźników, przyjmuje się zgodnie z procedurą regulacyjną połączoną z kontrolą, o której mowa w art. 10 ust. 2.