

OD REDAKCJI

*Lech T. Dawydzik
Jerzy A. Kopias*

SŁUŻBA MEDYCYNY PRACY – OCENY I REFLEKSJE PO 5 LATACH FUNKCJONOWANIA

OCCUPATIONAL MEDICINE SERVICE – THE ASSESSMENTS AND REFLECTIONS AFTER FIVE YEARS OF FUNCTIONING

Z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr J. Nofera w Łodzi

Polskie przemiany ustrojowe wymagały, aby w każdej dziedzinie gospodarczej i społecznej zostały dokonane istotne wybory: jakie będą kierunki przekształceń i w jaki sposób osiągnąć cele. Ponad dziesięć lat po rozpoczęciu procesu transformacji często artykułowane są opinie o różnych, podejmowanych wtedy rozwiązaniach, często w postaci opinii o nietrafionych decyzjach i popełnionych błędach. Wydaje się, że warto także przeanalizować zmiany, jakich dokonano w systemie ochrony zdrowia pracujących, ocenić ich skutki i podjąć próbę odpowiedzi na pytanie – co dalej?

Na wstępie warto przywołać dość oczywistą dyrektywę: wdrożenie nowych rozwiązań organizacyjnych powinno się odbywać poprzez pilotaż nowych rozwiązań, realizowany w formie „ograniczonego eksperymentu”, tj. poprzez stosowanie pewnych wybranych, ściśle określonych rozwiązań w ograniczonym obszarze działania, w ograniczonym czasie i z uwzględnieniem próby kontrolnej. Takiej możliwości nie dopuszczają jednak obowiązujące formuły prawne. Temu ograniczeniu podlegał również proces przekształcania struktur dawnej przemysłowej służby zdrowia i wprowadzanie innych zasad zapewnienia świadczeń profilaktycznych w odniesieniu do pracowników. Budowanie nowych relacji pomiędzy poszczególnymi szczeblami organizacyjnymi opieki zdrowotnej nad pracownikami (pracującymi) było więc wdrożeniem przedsięwzięć przygotowanych teoretycznie, oczywiście, przy wykorzystaniu i odpowiedniej adaptacji rozwiązań istniejących w innych krajach.

Z konieczności, potrzebę ograniczonego eksperymentu usiłowano zastąpić możliwie szeroką konsultacją z jednostkami organizacyjnymi, których zmiany miały dotyczyć, aby chociaż poprzez dyskusje teoretyczne, konfrontowane z dotychczasowym doświadczeniem, nakreślić możliwy scenariusz zjawisk towarzyszących rzeczywistemu wdrożeniu. W ramach tej konfrontacji zdawano sobie sprawę z niebezpieczeństwa w postaci oporu, jaki naturalnie towarzyszy wszelkim zmianom, przede wszystkim ze strony podmiotów, które mają podlegać transformacji. Aby choć trochę zobiektywizować opinie, jakich oczekiwano od praktyków, wykorzystano trzy niezależne źródła wypowiedzi: 1) kierowników placówek wojewódzkich dawnej przemysłowej służby zdro-

wia, 2) specjalistów regionalnych i wojewódzkich z dziedziny medycyny pracy oraz 3) przedstawicieli naukowego towarzystwa medycznego (Zarząd Główny i oddziały Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy). W odniesieniu do wszystkich zainteresowanych stosowano zasadę wczesnego, na etapie projektu wstępnego, zapoznawania z tezami, a potem z zapisami projektowanych rozwiązań oraz organizowania roboczych spotkań-seminariów poświęconych dyskusji nad tymi projektami. W czasie przygotowywania projektu odbyły się po trzy takie spotkania w 1995 i 1996 r. Po każdej z takich dyskusji formułowano wersję projektu, która – po akceptacji formalnego wnioskodawcy rozwiązań, tj. Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – wchodziła w normalny, przewidziany prawem, tryb legislacyjny. Trzeba też zwrócić uwagę na fakt, że ostateczne sformułowania rozwiązań, zawarte w podpisanych i opublikowanych aktach prawnych różnią się w niektórych szczegółach od projektów, gdyż są wynikiem normalnego w takich procedurach kompromisu legislacyjnego. Można jednak z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że kompromis towarzyszący procesowi legislacyjnemu nie naruszył istotnych elementów rozwiązań proponowanych przez projektodawców zmian. Należy w związku z tym z szacunkiem podkreślić klimat stworzony przez osoby odpowiedzialne wówczas za tę działalność w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.

Uprzedzające i etapowe udostępnianie projektów zmian realizatorom opieki zdrowotnej nad pracującymi sprzyjało ich wcześniejszemu stosowaniu w praktyce, np. poprzez umożliwienie zorganizowania niezbędnych szkoleń, wcześniejszego przygotowania infrastruktury technicznej do wprowadzenia rejestracji lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych itp. W wielu szkoleniach terenowych autorzy projektu brali bezpośredni udział.

Okolicznością łagodzącą trudności z wdrażaniem nowych rozwiązań okazała się możliwość etapowego wprowadzania niektórych zmian, począwszy od ustawy nowelizującej Kodeks pracy (w lutym 1996 r.) (1), która zalegalizowała formę organizacyjną wojewódzkich ośrodków medycyny pracy (womp), poprzez rozporządzenie dotyczące wykonywania badań profilaktycznych pracowników (publikacja



w czerwcu 1996 r.) (2), aż po ustawę o służbie medycyny pracy (smp) (publikacja we wrześniu 1997 r.) (3). W ten sposób kolejne akty prawne mogły poprawiać pewne niedomagania aktów wcześniejszych. Dość długi tok prac nad projektem umożliwił powstanie dość nietypowej sytuacji legislacyjnej, a mianowicie ustalenie i opublikowanie wszystkich aktów wykonawczych przed wejściem ustawy w życie. Nastąpiło to z dniem 1 stycznia 1998 r.

Należy przypomnieć, że już w rok później zmieniły się w sposób bardzo istotny zewnętrzne warunki funkcjonowania służby medycyny pracy. Zadecydowały o tym głównie dwie reformy:

1) wprowadzenie od 1 stycznia 1999 r. ustawy ustrojowej państwa (4) (utworzenie samorządów powiatowych i wojewódzkich oraz ustalenie nowego podziału administracyjnego Polski) oraz

2) wdrożenie finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez powszechne ubezpieczenie zdrowotne (5).

Obie te reformy wymagały odpowiedniego dostosowania przepisów ustawy o służbie medycyny pracy do nowych warunków*.

Skrótowe przytoczenie historii reformy opieki zdrowotnej nad pracującymi jest uzasadnione m.in. tym, że w niektórych częściach naszego kraju poszczególne etapy zmian, pomimo znacznego upływu czasu, nie zostały dotąd wdrożone. Reformy ustrojowe powołały do życia nowe struktury, rozpoczynające swoją działalność bez należytego doświadczenia i z nie zawsze przygotowaną kadrą zarządzającą, na co nałożyły się w wielu przypadkach różne grupy interesów (kompromisy personalne wobec kadry pochodzącej ze starych województw). W konsekwencji wystąpiła zróżnicowana podatność na dalsze, potencjalne zmiany. Sytuację tę będziemy charakteryzować w odniesieniu do poszczególnych, zidentyfikowanych problemów.

KADRA, STRUKTURY I FUNKCJONOWANIE SŁUŻBY MEDYCYN PRACY

Ustawa o służbie medycyny pracy ustanowiła dwa poziomy strukturalne służby medycyny pracy: jednostki podstawowe i wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W Polsce (stan na 31 grudnia 2001 r.) (6) funkcjonuje ponad 6300 jednostek podstawowych służby medycyny pracy (smp). W strukturze tych jednostek dominuje forma indywidualnej praktyki lekarskiej (ponad 48% wszystkich jednostek podstawowych). Do sektora prywatnego należy ponad 31% jednostek podstawowych zorganizowanych w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Tylko około 20% jednostek ma formę publicznego zoz.

Liczba jednostek nie jest stała, wykazuje trwałą tendencję rosnącą. Zwraca uwagę zwiększająca się z roku na rok prze-waga sektora niepublicznego nad sektorem publicznym.

* Konsekwencją tych dostosowań jest np. przyporządkowanie wojewódzkich ośrodków medycyny pracy samorządom, a nie wojewodom, odstępianie od koncepcji „ośrodków regionalnych” na rzecz „wojewódzkich”, podział źródeł finansowania zadań na środki własne samorządów i środki pochodzące z dotacji celowej.

Liczba lekarzy, którzy zarejestrowali się w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy jako dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami do wykonywania badań profilaktycznych pracowników i sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, wynosiła w 2001 r. blisko 8800. Wszyscy ci lekarze potencjalnie, po spełnieniu wymagań egzekwowanych przy rejestracji praktyki indywidualnej, mogą zaistnieć w roli jednostki podstawowej smp. Służba medycyny pracy dysponuje zatem dostatecznym potencjałem kadrowym. W jej ramach blisko 2400 lekarzy posiada co najmniej podstawową specjalizację z medycyny pracy. W układzie terytorialnym udział specjalistów w strukturach smp jest jednak bardzo zróżnicowany, od wysokiego w takich województwach, jak: kujawsko-pomorskie i dolnośląskie, po niewielki w woj.: podkarpackim i małopolskim. Analizując różne aspekty wspomnianego zróżnicowania można dostrzec pewne niekorzystne zjawiska:

1) W niektórych województwach, w dodatku słabszych kadrowo, zaznacza się spadek liczby lekarzy podejmujących specjalizację z medycyny pracy, co można tłumaczyć m.in. wpływem nowych przepisów o specjalizacji lekarzy, które – zwłaszcza w wersji przed ich nowelizacją z sierpnia 2001 r. – radykalnie zaostrzyły wymagania stawiane przy rozpoczęciu i odbywaniu specjalizacji. Nie bez znaczenia jest też dostrzeganie przez lekarzy znacznego już nasycenia rynku świadczeniodawców w opiece zdrowotnej nad pracującymi. Trudności z pozyskaniem zleceń na wykonywanie świadczeń z zakresu tej opieki, spowodowane znaczną konkurencją, sygnalizuje ponad 30% jednostek podstawowych smp, funkcjonujących w formie praktyki indywidualnej (7).

2) W przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników rośnie udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (specjaliści z medycyny ogólnej i medycyny rodzinnej). Opinie w tym względzie przedstawiamy w dalszej części artykułu.

3) Niekorzystnie zmienia się struktura wiekowa lekarzy – specjalistów medycyny pracy, w której wyraźnie dominują osoby powyżej pięćdziesiątego roku życia.

Zasadnym wydaje się rozważyć, w jaki sposób sytuacja kadrowa „przełożyła się” na struktury i funkcjonowanie jednostek smp.

Przypomnijmy, że jednostkami podstawowymi mogą być zarówno zakłady opieki zdrowotnej (jeśli tylko zadania smp są przewidziane w ich statucie, co nie stanowi praktycznie żadnej przeszkody formalnej), jak i lekarze wykonujący zadania smp w formie praktyki indywidualnej. Możliwość pluralistycznego zorganizowania szczebla podstawowego smp została w pełni wykorzystana. Przedstawiono to wyżej, podając dane o liczebności poszczególnych form organizacyjnych. Zróżnicowanie organizacyjne jednostek nie stanowi istotnego problemu, natomiast dał się zaobserwować dość istotny konflikt na innych obszarach. Powstał on na tle różnych kwalifikacji lekarzy i – związanych z tymi kwalifikacjami – różnych uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych.

Poniżej przedstawiamy podstawowe miejsca tych konfliktów i – przynajmniej doraźnie – próbę zastanowienia się nad ich istotą.



Wśród kadry smp formułowana jest krytyczna ocena funkcjonowania lekarzy, którzy uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych uzyskali na innej podstawie, niż specjalizacja. Największą grupę tych lekarzy stanowią osoby, których uprawnienia wynikają z wcześniejszego, co najmniej sześcioletniego stażu pracy w przemysłowej służbie zdrowia. Jest to na ogół krytyka jednostronna, formułowana przez kadrę kierowniczą i lekarzy specjalistów. Zaowocowała ona wprowadzeniem obligatoryjnego szkolenia kursowego tych lekarzy, warunkującego ich dalsze funkcjonowanie w strukturach smp.

Należy jednak zauważyć, że na podstawie protokołów z kontroli jednostek podstawowych przeprowadzanych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy nie można stwierdzić, że lekarze „sześciolatkowie” częściej popełniają uchybienia niż specjaliści. Co więcej, nie powodował tak głośno wyrażanej krytyki fakt, iż w niektórych wompach (co prawda – nielicznych) znaczna część kadry posiada kwalifikacje do wykonywania badań profilaktycznych właśnie z tytułu stażu.

Odrębnym natomiast problemem jest grupa lekarzy, których uprawnienia wynikają z uprzedniej pracy w jednostkach wojskowych lub w placówkach dawnej kolejowej służbie zdrowia. W odniesieniu do tych osób formułowane są uwagi dwojakiego rodzaju: mniej kompetentnego wykonywania zadań smp (co jest potwierdzone w wynikach kontroli i co znajduje też swoje uzasadnienie w porównaniu zakresu szkoleń tych lekarzy w zagadnieniach medycyny pracy (8)) oraz wchodzenia na rynek cywilny, przy równoczesnej obronie rynku branżowego (jest on znacznie szerszy, niż służba mundurowa) przed działalnością lekarzy cywilnych. Ten ostatni problem prawdopodobnie sam się rozwiąże w sytuacji coraz intensywniejszego zmniejszania się służb resortowych.

Inny obszar konfliktu między lekarzami rodzinnymi i lekarzami służby medycyny pracy zarysował się już od początku wdrażania nowych zasad. Jest to konflikt w którym oskarżenia padają z obu stron. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lekarze mający specjalizację z medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej mogą wykonywać „badania profilaktyczne pracowników, u których na stanowisku pracy nie stwierdzono występowania czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, wymienionych we wskazówkach metodycznych (w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników)”. Zapis prawny jest iście machiaweliczny, albowiem trudno byłoby znaleźć takie stanowiska pracy, na których *lege artis* nie dałoby się stwierdzić co najmniej uciążliwości. Obszar funkcjonowania lekarzy ogólnych i rodzinnych wyznaczają zatem braki w informowaniu o narażeniu zawodowym przez pracodawców (z kolei nieweryfikowane przez tych lekarzy, zarówno ze względu na brak dostatecznej wiedzy o możliwości wystąpienia zagrożeń w określonych pracach, jak też ze względu na brak motywacji do przeprowadzenia takiej weryfikacji) oraz dość częste lekceważenie wspomnianego kryterium narażenia jako ograniczenia możliwości działania

przez tych lekarzy. Dodatkowe nieporozumienia wywołuje też fakt, że kryterium posiadania specjalizacji (z medycyny rodzinnej lub ogólnej) zastępuje się w sposób nieuprawniony kryterium podpisania kontraktu z kasą chorych na wykonywanie praktyki lekarza rodzinnego. Faktem jest przy tym, że program kształcenia lekarzy rodzinnych (także program specjalizacji) nie uwzględnia bloku tematycznego medycyny pracy. Daje to znaczne pole do nieporozumień co do celu, jakiemu, z jednej strony, służy ocena stanu zdrowia dokonywana w każdym postępowaniu lekarskim, a z drugiej – ocena możliwości wykonywania określonej pracy (w określonych warunkach) ze względu na stan zdrowia. Pierwsza ma służyć wdrożeniu optymalnego postępowania leczniczego, druga – wspomóc proces orzecznictwa w kategoriach istnienia, bądź braku, nawet w przypadkach wykrytej patologii, przeciwwskazań do podjęcia pracy na określonym stanowisku.

Dodatkową niekorzystną stroną braku współpracy między lekarzami rodzinnymi i lekarzami smp jest brak przepływu informacji o pacjencie. Ogranicza to wiedzę lekarza rodzinnego o potencjalnych lub realnych źródłach choroby u jego pacjentów oraz wiedzę lekarza smp o patologii niezawodowej, mogącej mieć znaczenie dla orzecznictwa o możliwości wykonywania pracy. Dodać wszakże należy, że przepływem takiej informacji najczęściej nie jest zainteresowany sam pacjent, który oczekuje od lekarza pomocy w chorobie, zaś u lekarza smp stara się z kolei, w obawie przed dyskwalifikacją do dalszego wykonywania pracy, ukryć chorobę.

Problemem związanym z funkcjonowaniem jednostek podstawowych służby medycyny pracy jest niska skuteczność nadzoru sprawowanego przez niektóre wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Sytuacja ta ma dwa powiązane ze sobą wątki. Jednym z nich jest niedostatek procedur i metodyki kontroli fachowej, co przesuwaa wagę kontrolowanych problemów w stronę formalną, kosztem merytorycznej. Z drugiej jednak strony występuje możliwość lekceważenia przez skontrolowanego lekarza przedstawionych mu uwag lub założeń pokontrolnych, gdyż lekceważenie takie pozostaje praktycznie bez sankcji. Skierowanie sprawy na prawnie przewidzianą drogę odpowiedzialności zawodowej, której wykonawcą jest samorząd lekarski, niczego nie rozwiązuje wobec nagminnie powtarzanej tezy o „znikomej szkodliwości czynu”, nawet w sytuacji wykonywania badań profilaktycznych bez stosownych uprawnień. Uzasadnia to zaproponowanie innych rozwiązań prawnych.

Inne problemy występują przy analizie jednostek wojewódzkich służby medycyny pracy. Znowu wydaje się zasadne przypomnienie, że koncepcja organizacyjna smp zakładała – wobec kontrowersyjnej w pierwszym etapie przekształceń (zwłaszcza dla osób przywiązanych do koncepcji przychodni przyzakładowych i międzyzakładowych) tezy o potrzebie pluralizmu jednostek podstawowych – potrzebę ustanowienia instytucji nadzoru państwowego nad funkcjonowaniem rynkowo ukształtowanych struktur smp. Stąd w ustawie wziął się zapis o obligatoryjnej formie publicznego zakła-



du opieki zdrowotnej dla struktur regionalnych i wojewódzkich ośrodków medycyny pracy.

Akurat ten fragment koncepcji organizacyjnej najwcześniej wymagał korekt, wynikających z wspomnianej zmiany ustrojowej państwa i wdrożenia ubezpieczeń zdrowotnych, co miało miejsce już w rok po wejściu w życie ustawy o smp. Istotą tych zmian było:

- przypisanie odpowiedzialności za instytucje opieki zdrowotnej samorządom, a więc - w przypadku wompów - zmiana nadzoru państwowego na publiczny,

- przyjęcie w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej zasady samodzielności jednostek, potwierdzonej później koniecznością sądowej rejestracji; zmiana ta zasadniczo wpłynęła na sposób finansowania zadań wompów.

Przepisy nie zostały jednak wdrożone w sposób jednolity. Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy nadal funkcjonują w dwóch formach organizacyjnych: jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz - w czterech przypadkach - jako jednostki budżetowe. Należy podkreślić, że wśród kadry kierowniczej wompów istnieje znaczna różnica zdań co do tego, która z tych form jest dla tych zakładów korzystniejsza. Różnice te nie są powodowane obroną *status quo*, albowiem znaczna część dyskutantów zwraca uwagę na zasadność utrzymywania wompu w formie jednostki budżetowej. Wskazuje się przy tym, z jednej strony, na brak gwarancji dostatecznego finansowania zadań ze źródeł budżetowych, z drugiej zaś na korzyści, jakie daje możliwość funkcjonowania na rynku i pozyskiwanie niezależnych środków. Często poglądowi o zasadności formy jednostki budżetowej towarzyszy też przekonanie, że wojewoda (jak zapisano w tekście ustawy o smp, przed reformą samorządową) byłby bardziej odpowiednim organem założycielskim dla wompu, niż samorząd wojewódzki. Argumentacja w tym względzie wynika z podobieństwa funkcji kontrolnych, uważanych za jedno z podstawowych w misji wompów, do zadań przypisanych wojewódzkiej strukturze rządowej. Podkreślany jest też dysonans, jaki powstaje w wyniku zderzenia charakteru zadań wompu (kontrola - diagnostyka - orzecznictwo - ukięrowanie profilaktyczne) z odpowiedzialnością samorządu za zakres i dostępność świadczeń zdrowotnych, głównie diagnostyczno-leczniczych.

Trudno o rozstrzygnięcie tego sporu; porównanie sytuacji wompów funkcjonujących na różnych (wspomnianych) zasadach organizacyjnych nie dostarcza odpowiedzi w tym względzie, albowiem praktyka wskazuje na większą zależność kondycji finansowej wompu od aktywności kierowników jednostek, kompetencji osób nadzorujących oraz lokalnych możliwości finansowania działalności, niż od rozwiązań formalnych, wyrażonych przepisami prawa.

Przyjęte rozwiązania rzutują na zakres działalności wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. O ile womp funkcjonujący jako jednostka budżetowa nie prowadzi działalności innej, niż wskazana art. 17 ustawy o służbie medycyny pracy, o tyle samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej podlegają działalności odpowiadającej jednemu z trzech modeli:

- działalność ograniczona do zadań ustawowych,
- działalność łącząca zadania ustawowe z działalnością jednostki podstawowej służby medycyny pracy,
- działalność łącząca zadania ustawowe z działalnością jednostki podstawowej służby medycyny pracy oraz działalnością diagnostyczno-leczniczą spoza medycyny pracy (na podstawie kontraktu z kasami chorych).

Istniejące rozwiązania mają wpływ na wielkość i wyposażenie placówek oraz perspektywy rozwojowe. Żadna z placówek - w odróżnieniu od powszechnej dość sytuacji w innych zakładach opieki zdrowotnej (spoza systemu służby medycyny pracy) - nie miała zadłużenia finansowego.

Opinie kierowników placówek na temat pożądanego (optymalnego - ich zdaniem) zakresu działalności wompu są dość zróżnicowane. Nie można przy tym utrzymywać, że wyrażane poglądy są w całości motywowane obroną własnej koncepcji działalności. Można bowiem wskazać na kilka zewnętrznych uwarunkowań wyboru przyjętej taktyki (szczególnie finansowej).

Przykład jednego z województw, w którym jedyny istniejący womp nie uzyskał dotąd żadnego finansowania ze środków własnych sejmiku wojewódzkiego jest najbardziej drastyczną ilustracją sytuacji, w której, bez pozyskania umów z pracodawcami na finansowanie działalności z zakresu właściwego jednostkom podstawowym, jednostka musiałaby ulec likwidacji. Mamy w tym przypadku paradoksalną sytuację, *de facto* finansowania zadań samorządu ze środków własnych wompu*.

Wiele jednostek, nawet prowadzących bardzo ograniczoną działalność z zakresu jednostek podstawowych smp, podkreśla, że posiadanie przynajmniej jednej dobrze zorganizowanej poradni na poziomie podstawowym jest niezbędne dla celów prowadzenia szkolenia podyplomowego, zwłaszcza prowadzenia specjalizacji lekarzy. Jest to - w opinii autorów - argument zasadny i słuszny, aczkolwiek można sobie wyobrazić usytuowanie szkolenia podyplomowego poza womp, w jednostkach akredytowanych na okoliczność spełnienia kryteriów oczekiwanych od jednostki szkolącej. Wdrożenie akredytacji jednostek smp jest jednak obecnie w sferze postulatów, a nie rzeczywistych rozwiązań. Tym niemniej, rozwiązania takie trzeba widzieć w nieodległej już perspektywie.

Komentując wykonywanie przez womp działalności jednostek podstawowych trzeba zauważyć, że fakt ten jest bardzo mocno krytykowany przez jednostki podstawowe, które wskazują na dwuznaczność tej sytuacji: womp, kontrolując jednostki podstawowe (a jest to jego zadaniem ustawowym) ma możliwość nieuczciwej konkurencji na rynku świadczeń. Z przekonania tego wyciąga się (i formułuje jako postulat legislacyjny) wniosek o wprowadzenie zakazu prowadzenia przez womp „działalności uzupełniającej działalność jednos-

* Sygnalizowanie tego faktu różnym rządowym instytucjom centralnym nie przyniosło żadnych efektów, albowiem nie został wskazany tryb postępowania w przypadku, gdy krytycznej ocenie trzeba poddać postępowanie władzy samorządowej.



tek podstawowych smp”, jak to określa aktualny zapis ustawy.

Podkreślenia wymaga wszakże fakt, że działalność womp nie obejmuje wielu zadań, które w ustawie zapisane są jako kompetencje służby medycyny pracy. Dotyczy to zwłaszcza tych zagadnień, które wykraczają poza profil działalności tradycyjnie postrzeganej jako domena medycyny. Wompy nie wykorzystują możliwości zapisanych jako doradztwo dla pracodawców w zakresie oceny warunków pracy, a zwłaszcza rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego. W tym ostatnim przypadku brak aktywności wompów może dziwić, albowiem jest to zadanie obligatoryjnie nałożone na pracodawców, w dodatku sprawiające im trudności realizacyjne. Wspomniany brak aktywności kontrastuje z licznymi postulatami, których celem jest wytworzenie „wymuszonego popytu”, poprzez zobowiązanie pracodawców do zapewnienia „poszerzonej” opieki zdrowotnej. Postulaty te są w oczywisty sposób sprzeczne z dążeniami pracodawców i zwolenników gospodarki rynkowej do osłabienia zobowiązań Kodeksu pracy i stworzenia w ten sposób ułatwień do tworzenia nowych miejsc pracy.

Do tego samego obszaru zagadnień należy zaliczyć bierność jednostek służby medycyny pracy (a zwłaszcza wompów) w dyskusji na temat integracji służb inspekcyjnych, nadzorujących warunki pracy. Jednym z elementów tej dyskusji jest przecież określenie miejsca pionu higieny pracy: jak dotąd, w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, bądź – przy stałe odżywiającej koncepcji integracji i redukcji państwowych służb inspekcyjnych – w ramach Państwowej Inspekcji Pracy bądź – właśnie – służby medycyny pracy. Kierownictwa wompów nie dostrzegają raczej możliwości wzmocnienia swojej roli przez stworzenie modelu kompleksowej profilaktyki: od oceny warunków pracy, poprzez ocenę ryzyka, screening, wczesną diagnostykę patologii zawodowej i lecznicze przeciwdziałanie chorobom zawodowym i parazawodowym, aż do rehabilitacji leczniczej i zawodowej.

Opisaną sytuację próbujemy wyjaśnić tylko w ten sposób, że jednostki służby medycyny pracy nie czują się pewnie na gruncie profilaktyki pozamedycznej. Zjawisko to kontrastuje z bardziej kompleksowymi ofertami instytucji ochrony zdrowia pracujących w większości krajów Unii Europejskiej i interpretujemy je jako przejaw słabości naszego systemu, tym bardziej, że również na terenie Polski działa już kilka zagranicznych firm medycznych świadczących znacznie poszerzony zakres świadczeń profilaktycznych (9).

Odrębnym zagadnieniem jest funkcjonowanie niektórych wompów w zakresie wykraczającym poza kompetencje służby medycyny pracy. Dotyczy to oferowania dość różnych świadczeń: wchodzących w zakres lekarzy rodzinnych (podstawowej opieki zdrowotnej), porad (konsultacji) specjalistycznych, wykonywania różnorodnych badań diagnostycznych.

Trudno o jednoznaczną ocenę tej aktywności. Z jednej strony budzi zastrzeżenia sytuacja, w której proporcja działalności „innej” do działalności właściwej służbie medy-

cyny pracy wskazuje, że udział tej ostatniej jest jedynie dodatkiem. Dotyczy to głównie rozbudowanej działalności z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Z drugiej strony, zapewne słuszne jest dążenie kierownictw wompów, aby bardziej racjonalnie (tj. w pełni) wykorzystać często unikalną aparaturę diagnostyczną, możliwości własnych lekarzy specjalistów (utrzymując przy tym ich zatrudnienie, nieuzasadnione przy mniejszym obciążeniu), czy też udostępnić doskonale zorganizowaną bazę rehabilitacyjną (co jest przymiotem dwu wompów). Ograniczanie – nieraz z konieczności (jako rezultat ingerencji administracyjnej) – wyżej charakteryzowanej działalności naruszałoby przy tym prawo samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej do wolnego konkurowania na rynku świadczeń.

Wydaje się zatem, że wnioski powinny być formułowane odrębnie dla poszczególnych wompów i bazować na ocenie wywiązywania się wojewódzkich ośrodków medycyny pracy z ich zadań ustawowych, w każdym przypadku stanowiących podstawową część zadań wpisanych do statutów jednostek. Dopiero krytyczna ocena realizacji zadań smp powinna uzasadniać ingerencję mającą na celu ograniczenie aktywności pozaustawowej.

Podjęmowanie działalności wykraczającej poza zadania przypisane ustawowo wompom bardzo często jest tłumaczone koniecznością wynikającą ze skromnego poziomu finansowania. Wyraża to jedna z opinii: „... zadaniem dyrektora ośrodka powinien być nadzór merytoryczny nad pracownikami, a nie ciągle poszukiwanie środków finansowych na zaspokojenie bieżących potrzeb”.

Uwagi te dotyczą, oczywiście, tylko tych jednostek, które, jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą prowadzić niezależną gospodarkę finansową i formułować oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach konkurencji rynkowej. Sytuacja ta dotyczy zdecydowanej większości wompów, albowiem tylko cztery z nich (wspomniano o tym wcześniej) są jednostkami budżetowymi.

Aktywność poszczególnych jednostek w zakresie pozyskiwania pozabudżetowych środków finansowych jest bardzo zróżnicowana. W pięciu dużych WOMP i 8 małych jednostkach działalność wykonywana na podstawie umów z pracodawcami oraz na podstawie kontraktów zawieranych z Kasą Chorych stanowi przeważającą część wpływów (w jednym przypadku jest nawet jedynym źródłem finansowania!). Należy przy tym zaznaczyć, że w trzech z tych dużych wompów aktywność w realizowaniu zadań służby medycyny pracy jest całkowicie satysfakcjonująca. Znacznie gorzej jest w wompach małych, albowiem w kilku przypadkach pozostawienie nazwy ośrodka medycyny pracy może być tłumaczone jedynie przywiązaniem do tradycyjnej nazwy. Przy całkowitej aprobacie organu założycielskiego, jednostki te są po prostu dość dużymi przychodniami opieki podstawowej, wykazującymi niewielkie zaangażowanie w prowadzenie działalności jednostki podstawowej smp i niepodlegającymi się nawet samodzielnego wykonywania diagnostyki chorób zawodowych. Jednostki te zwykle odsyłają pacjentów kierowanych



w celu ustalenia rozpoznania takiej choroby do wompu, zlokalizowanego w mieście wojewódzkim.

Odnosząc się do wszystkich jednostek korzystających z finansowania „zewnętrznego” można, bez większego błędu, dokonać następującego uogólnienia. Jednostki duże wykazują dość wszechstronną aktywność na rynku świadczeń zdrowotnych, przedstawiając zróżnicowaną ofertę świadczeń. Oferta ta jest adresowana do różnych odbiorców:

- pracodawców, przy czym wychodzi ona poza zakres obligatoryjnej opieki profilaktycznej nad pracownikami, gdyż proponuje łączenie profilaktyki z pewnym zakresem świadczeń leczniczych (najczęściej jest to oferta pewnego określonego pakietu świadczeń), przeprowadzenie określonych badań przesiewowych lub wdrożenie i pilotowanie programów promocji zdrowia (warto w tym miejscu – dla porównania – przypomnieć opisaną wcześniej wstrzeźliwość w formułowaniu ofert z zakresu profilaktyki niemiedycznej),

- ludności, z ich środków własnych – oferuje się badania ukierunkowane na schorzenia masowe: nadciśnienie, pomiar cukru we krwi, zbadanie wydolności oddechowej itp., a także, w kilku dużych jednostkach, świadczenia w zakresie psychologii pracy (np. badania kierowców i kandydatów na kierowców, osób ubiegających się o prawo posługiwania bronią),

- władz samorządowych i kas chorych – proponuje się przeprowadzenie np. screeningu gruczołu piersiowego u kobiet, przeprowadzenie lub udział w programach prozdrowotnych itp.,

- kasy chorych – oferta obejmuje zorganizowanie poradni lekarza rodzinnego lub świadczenia specjalistów: laryngologiczne, okulistyczne, dermatologiczne i – rzadziej – inne.

Wompy w dawnych miastach wojewódzkich (poza czterema, pięcioma wyjątkami) są zdecydowanie mniej aktywne. Zakres kontraktowanych świadczeń jest w dużej części oparty na starych kontaktach, w związku z czym powszechną sytuacją jest zmniejszanie się liczby zawieranych umów w wyniku likwidacji części zakładów pracy. Zdarza się też, że wompy tracą kontrakty na rzecz innych jednostek podstawowych służby medycyny pracy, co czasami jest rezultatem niesprostania warunkom ogłaszanego konkursu ofert lub przetargu. W niektórych przypadkach, co prawda jednostkowych, zetknęliśmy się z oczekiwaniem, aby ingerować u zgłaszającego ofertę w obronie pozycji wompu w toku przetargu. Interpretujemy to jako przejaw niedostosowania osób kierujących jednostką smp do funkcjonowania w warunkach konkurencji rynkowej.

Trzeba zauważyć, że aktywność wompu w zakresie wypracowywania poza zadania służby medycyny pracy jest krytykowana także przez zarządzających tymi wompami, które nie prowadzą takiej działalności. W argumentacji wskazuje się nie tylko na fakt powstawania „swoistych hybryd organizacyjnych” (sformułowanie w jednej z opinii), ale także stwarzanie pretekstu do tworzenia „obcych” struktur, zabierających rynek jednostkom smp, np. poradni medycyny pracy w szpitalu wojewódzkim, w zespole gruźliczym i chorób płuc itp.

Trudności w pozyskiwaniu finansów publicznych w ostatnich dwóch latach, zauważalne we wszystkich instytucjach korzystających ze środków budżetowych, zaostrzyły postrzeganie działań konkurencyjnych. Co charakterystyczne, miast czynić próby zagospodarowania choćby wspomnianych wcześniej sektorów rynku świadczeń należących do kompetencji smp, oczekuje się raczej pozyskania gwarancji finansowania poszczególnych zadań i ograniczania konkurencji. Należy przy tej okazji zauważyć, że sposób formułowania ofert, przedstawianie zakresu możliwości i kompetencji oraz szerzej rozumiana promocja jednostki jest słabą stroną bardzo wielu jednostek smp.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wydaje się, po pięciu latach przekształceń, że główne założenia scenariusza przejścia od przemysłowej służby zdrowia do służby medycyny pracy były obrane trafnie i zrealizowane pomyślnie. Uważamy, że do takiej oceny upoważnia wdrożenie i funkcjonowanie następujących rozwiązań:

- wyodrębnienie zadań właściwych służbie medycyny pracy i wskazanie źródeł finansowania poszczególnych rodzajów działalności; umożliwiło to praktycznie bezkonfliktowe rozdzielenie aktywności profilaktycznej i leczniczej w jednostkach smp,

- określenie kompetencji, jakich wymaga się od pracowników medycznych podejmujących się realizacji zadań właściwych smp,

- stworzenie, na poziomie jednostek podstawowych, struktur adekwatnych do nowej sytuacji rynkowej kształtowania się popytu na świadczenia profilaktyczne, pozwoliło na zapewnienie dostępności tych świadczeń dla osób pracujących w ogromnej liczbie małych podmiotów gospodarczych oraz podniosło zainteresowanie pracą w ochronie zdrowia pracujących.

Szczególnie pozytywnie należy ocenić umocowanie nowych rozwiązań w formie ustawy, co pozwoliło na pewien zakres odrębności rozwiązań i uniknięcie przez to – jak się później okazało – istotnych trudności, jakie wystąpiły w związku z reformą publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Trzeba jednak odnotować i obszary niepowodzeń; wskazano na nie bardziej szczegółowo przy analizie poszczególnych segmentów systemu smp. Z niepowodzeń przede wszystkim, zdaniem autorów, należy wyciągać wnioski przydatne do projektowania kolejnych etapów przekształceń. Konieczność zarysowania perspektywy dalszych zmian implikują zarówno kolejne, następujące w kraju zmiany (uwarunkowania płynące z otoczenia systemu), lepsze dzisiaj rozumienie prawa europejskiego i potrzeby dostosowania do niego polskiej praktyki oraz – co oczywiste – konieczność redukcji zidentyfikowanych dysfunkcji systemu.

Jednym z istotniejszych problemów będzie zmiana nastawienia do zasady obligatoryjności badań profilaktycznych pracowników. W toku negocjacji przedakcesyjnych podkreślano, że treść dyrektywy ramowej 89/391 Europejskiej



Wspólnoty Gospodarczej, dotyczącej wprowadzania środków w celu poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy (10), wskazuje na potrzebę bardziej elastycznego podejścia do dokonywania kontroli zdrowia pracowników w związku z pracą, niż ma to miejsce w polskim ustawodawstwie. Artykuł 14 pkt. 2 Dyrektywy jednoznacznie mówi o dobrowolności poddawania się przez pracowników okresowym kontrolom zdrowia (badaniom okresowym). Generalnie akceptowaną w UE zasadą jest sytuowanie kontroli zdrowia pracujących w sferze praw, a nie obowiązków pracowników. Poza prawnie określonymi, wyjątkowymi przypadkami, w których wynik badania lekarskiego warunkuje dopuszczenie pracownika do wykonywania określonych prac, oceny stanu zdrowia, poprzedzające zatrudnienie, nie mają charakteru obligatoryjnego i powinny mieć na celu raczej wpływanie na poprawę warunków pracy, niż eliminację kandydatów do pracy. Podobne stanowisko jest wyraźnie zaznaczone w dokumencie Rady Europy w sprawie badań lekarskich poprzedzających zatrudnienie i/lub prywatne ubezpieczenie, opublikowanym w 2000 r. (11), a także wskazówkach opracowanych przez MOP (12). W Unii Europejskiej odnotowuje się coraz większe zrozumienie dla zasady, zgodnie z którą badania medyczne poprzedzające zatrudnienie mogą mieć miejsce jedynie wówczas, kiedy istnieją (są ustalone) specyficzne kryteria zdrowotne, warunkujące sprostanie wymagom pracy (fitness for a job).

W Polsce, poprzez Kodeks pracy, obowiązek poddawania się badaniom profilaktycznym został rozciągnięty na wszystkich pracowników, a wynik tych badań – w formie orzeczenia o istnieniu lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy – jest obowiązkowo przekazywany przez lekarzy pracodawcom.

Opinie środowiska medycznego smp są przeciwne zmianom podejścia do badań profilaktycznych. Jako racjonalne wsparcie tego stanowiska wskazuje się na znaczenie badań profilaktycznych dla wczesnej diagnostyki lekarskiej (niekiedy z obszaru patologii zawodowej), istotnej wobec ciągle jeszcze słabej i mało efektywnej opieki podstawowej. Jednocześnie, zakładając nieuchronność wdrożenia w Polsce zasad unijnych, środowisko wyraża następujące oczekiwania:

- przyjęcie zasady, aby w pierwszej kolejności zrezygnować z obligatoryjności badań profilaktycznych osób pracujących „bez narażenia”, tj. w tej grupie pracowników, których badania mogą być wykonywane przez lekarzy ogólnych lub rodzinnych,

- dopuszczenie (w formie normy prawnej) do funkcjonowania na rynku świadczeń zdrowotnych medycyny pracy ofert kompleksowo łączących profilaktykę i świadczenia diagnostyczno-lecznicze, naśladując w tym względzie oferty zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych na polskim rynku przez właścicieli zagranicznych.

Sposób formułowania tych oczekiwań wydaje się dokumentować tezę, że opór wobec zmian – przynajmniej po części – wynika z obawy przed ograniczeniem popytu na badania profilaktyczne i zawężeniem rynku świadczeń. Trudno

tych sądów nie skomentować. W obu wyrażone jest przekonanie, że kluczem – jeśli nie jedynym warunkiem – jest formalnie wyrażona powinność (zobowiązanie) wykonania określonych działań profilaktycznych. Nic bowiem nie stoi na przeszkodzie, aby już obecnie formułować bardziej kompleksowe oferty świadczeń zdrowotnych. Pozyskanie kontraktu na realizację szerszego pakietu świadczeń profilaktyczno-leczniczych wymaga jednak zabiegów marketingowych, gdyż pakiet taki – jako dobrowolny zarówno dla pracodawcy jak i pracownika, finansowany z ich własnych zasobów – nie podlega prawnej egzekucji.

Istnieje natomiast większe – jak się wydaje – zrozumienie dla zasady rezygnacji z formuły „przeciwwskazań zdrowotnych” do wykonywania określonej pracy w orzeczeniach lekarskich. Formuła ta, pojmowana jako prawo lekarza do zakazania kandydatowi/pracownikowi pracy ze względu na stan zdrowia, wkracza w sferę indywidualnych wyborów wartości. Jednak i w tym przypadku nie brak opinii, zwłaszcza starszych lekarzy, pamiętających praktykę dawnej przemysłowej służby zdrowia, że zdrowie jest wartością na tyle społecznie ważną, iż nie należy jej pozostawiać indywidualnym, nieprofesjonalnym wyborom. Lekarze z tej generacji nie tylko z niedowierzaniem przyjmują koncepcję prawa człowieka do indywidualnych wyborów w sprawach własnego zdrowia, ale i z dużą nieufnością odnoszą się do informacji zawartych w publikacjach zagranicznych, mówiących o zainteresowaniu pracodawców (i pracowników) ochroną zdrowia i inwestowaniu w tym kierunku. Racje te są wspierane licznymi – niestety – w Polsce przykładami lekceważenia warunków bezpieczeństwa i zdrowia, zwłaszcza w małych zakładach pracy (13). Sprzyja temu też brak systemowej, ekonomicznej stymulacji pracodawców do działań mających na celu poprawę tych warunków.

Odnosić należy daleko idącą zgodność poglądów dotyczących formy organizacyjnej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Niezależnie od wszelkich, zasygnalizowanych wcześniej, niedoskonałości funkcjonowania i trudności finansowych, jakie są udziałem wómpów, prawie jednomyślnie wyrażane jest przekonanie o słuszności przepisu ustalającego dla wómpów obligatoryjną formę publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podkreślana jest niezbędność państwowej kontroli nad systemem ochrony zdrowia pracujących, w tym służby medycyny pracy, a przykłady z niektórych krajów Unii, w których nadzór państwowy jest realizowany w formie zlecenia zadań sektorowi prywatnemu, przyjmowane są bądź z niedowierzaniem, bądź z komentarzem, że „nie dożyliśmy do tego stanu świadomości w naszym kraju”. Jest to zjawisko o tyle dziwne, że nie bierze pod uwagę szans rynkowych, jakie w warunkach pełnej samodzielności miałyby kilka obecnych wómpów, zważywszy na ich zasoby kadrowe i dobre wyposażenie. Trzeba jednak przyznać, że – aby dokonać właściwych rozstrzygnięć wobec inicjatyw prywatyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej – wybór potencjalnie najkorzystniejszej opcji powinien być poprzedzony ustaleniem, jakie z zadań ochrony zdrowia pracujących należą do



zakresu odpowiedzialności państwa lub przynajmniej są częścią polityki prozdrowotnej. Sprzyjającą okolicznością powinna być zainaugurowana już dyskusja nad ogólnym kształtem systemu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia pracowników, a także szerzej – pracujących.

Odrębnym dylematem jest wybór koncepcji zarządzania jakością świadczeń smp, w tym zasad akredytacji i/lub certyfikacji jednostek smp. Idea taka jest wprawdzie werbalnie popierana przez większość kierowników wompów, natomiast można mieć wątpliwość, czy postawy takie są do końca świadome i bazują na dostatecznej wiedzy. Wątpliwości wynikają z analizy wypowiedzi na ten temat. Dotyczy to następujących kwestii:

■ Znaczna część wypowiadających się na temat akredytacji formułowała opinie w taki sposób, jakby procedura ta była adresowana wyłącznie do jednostek podstawowych smp, a ośrodkiem przeprowadzającym akredytację był w sposób oczywisty womp. Tylko w pojedynczych przypadkach wspomina się, że najpierw sam womp powinien być poddany procedurze akredytacyjnej.

■ Poparciui idei akredytacji nie towarzyszy aprobata dla zasady nieodłącznej temu procesowi, tj. zasady dobrowolności. Wypowiadający się na ten temat chętnie widzieliby obowiązek poddawania się odpowiednim procedurom, ale przy przyjęciu założenia, że w sytuacji niesprostania wymaganiom podmioty te byłyby eliminowane z rynku. Poglądy takie, jak się wydaje, korespondują ze wspomnianymi już postulatami wprowadzenia skuteczniejszych sankcji za niewłaściwe wykonywanie zadań przez lekarzy medycyny pracy. Sankcje te miałyby (zgodnie z tymi oczekiwaniami) polegać na odbieraniu uprawnień do przeprowadzania badań profilaktycznych poprzez decyzje podejmowane właśnie w wompach. Ciekawe są argumenty na rzecz takiego rozwiązania: podkreśla się, że rugowałoby to lekarzy źle wykonujących swoje obowiązki, a zatem jakość świadczeń byłaby automatycznie wyższa. Brak zakładanej eliminacji źle ocenionych świadczeniodawców (w opiniach kilku WOMP) jedynie mógłby pogorszyć sytuację, albowiem pozostawienie obok siebie lekarzy z certyfikatem i bez certyfikatu byłoby sygnałem dla pracodawców, u kogo mogą otrzymać świadczenie (wykonać badania profilaktyczne) „tanio, szybko i bez nadmiernych obciążeń”, np. bez dostatecznej informacji o warunkach pracy.

Przedstawione poglądy wymagają uważnego rozważenia, albowiem wskazują bardziej na deklaratywność wobec problemu zarządzania jakością świadczeń w jednostkach organizacyjnych służby medycyny pracy, niż na gotowość poddania się procedurom weryfikującym jakość.

Problemem, który będzie wymagał istotnych zmian w poglądach na rolę i funkcjonowanie służby medycyny pracy jest określenie nowego poziomu kompetencji personelu, odpowiednich do nowych rodzajów ryzyka zawodowego (14), innych w przyszłości narażeń w miejscu (miejscach!) pracy, sposobów wykonywania pracy, zmiennych form zatrudnienia i warunków pracy, zacierania się wpływu wa-

runków środowiska pracy i warunków środowiska społecznego i komunalnego. Choć jest to z pewnością problem do rozwiązania w dalszej perspektywie, już dziś ujawniają się zjawiska wskazujące na potrzebę pilnego podjęcia dyskusji. Do takich zjawisk należy zaliczyć np.: znaczący spadek liczby stwierdzanych chorób zawodowych (35,1% w ciągu ostatnich 5 lat) (15), narastające zjawisko wykonywania pracy w warunkach samozatrudnienia, a więc bez ochrony stwarzanej pracownikom przez Kodeks pracy (w 2001 r. dotyczyło to już ponad 40% osób wykonujących pracę) (16) itp.

Podjęcie wyżej wskazanych problemów i określenie skutecznych sposobów ich rozwiązywania będzie ogromnym zadaniem dla systemu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracujących, a w tych ramach – także dla służby medycyny pracy. Jednym z głównych dylematów jest – jak się wydaje – dotychczasowa praktyka funkcjonowania ochrony zdrowia pracujących jakby na uwięzi Kodeksu pracy, a więc tylko w związku z pracą najemną. Rozwiązania kształtowane pod kątem relacji „pracodawca – pracownik” okazują się obecnie w znacznej części nieodpowiednie do nowego modelu gospodarki, tworząc, często w sposób niezamierzony, nierówności społeczne.

Wnioski z generalnie udanej transformacji podsystemu medycznego opieki zdrowotnej nad pracującymi, dokonanej w ostatnich pięciu latach, pozwalają mieć nadzieję na sprostanie także nowym wyzwaniom. Należy wszakże mieć na uwadze skomplikowane, często niekorzystne, uwarunkowania zewnętrzne, na które składają się m.in. niedostatecznie jasno nakreślone kierunki modyfikacji systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz polityki prywatyzacyjnej wobec publicznego sektora usług (w tym zakładów opieki zdrowotnej). Jednakże czynnikiem determinującym dalszy postęp w opiece zdrowotnej nad pracującymi w stopniu najbardziej znaczącym będzie rozwój gospodarczy kraju i kształtowana na jego bazie polityka świadczeń społecznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy. DzU Nr 24, poz. 110. 1996.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy. DzU Nr 69, poz. 332, 1996 [z późniejszymi zmianami].
3. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU nr 96, poz. 593, 1997 [z późniejszymi zmianami].
4. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa. DzU nr 106, poz. 668, 1998 [z późniejszymi zmianami].
5. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. DzU nr 28, poz. 153, 1997 [z późniejszymi zmianami].
6. Opracowanie danych statystycznych dotyczących zasobów i działalności służby medycyny pracy w Polsce za rok 2000. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.



7. Ocena zgodności zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi i sposobu jej sprawowania pracy jednostki podstawowe służby medycyny pracy z modelem prawno-organizacyjnym. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.
 8. Programy specjalizacji w medycynie pracy: program podstawowy dla lekarzy rozpoczynających specjalizację od początku, program dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w medycynie ogólnej, program dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w medycynie pracy, program dla lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w chorobach wewnętrznych, program specjalizacji w medycynie rodzinnej. CMKP, Warszawa 2002. Adres: <http://www.cmkp.edu.pl>.
 9. Medcover on line. Adres: <http://www.medcover.pl/indexpl>.
 10. Dyrektywa ramowa 89/391 Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej dotycząca wprowadzania środków w celu poprawy bezpieczeństwa i higieny pracy.
 11. Medical Examinations Preceding Employment and/or Private Insurance: a Proposal for European Guidelines. Council of Europe Publishing, kwiecień 2000
 12. Technical and Ethical Guidelines for Workers' Health Surveillance. Occup. Safety and Health Series No 72. ILO, Geneva 1998.
 13. Ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 2000 r. Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, Warszawa 2001.
 14. Rantanen J.: Global trends in Occupational Health and Safety. W: Lehtinen S. i wsp. [red.]. Towards the 21st Century. International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life. Proceedings 3. Oitami Finnish Employers' Management Development Institute, Helsinki 1999.
 15. Analiza struktury i zapadalności na choroby zawodowe pracowników gospodarki narodowej w Polsce w 2001 roku. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, marzec 2002.
 16. Dawydzik L., Sobczak Z.: Bezpieczeństwo pracy i ochrona zdrowia osób pracujących na własny rachunek. Polit. Społ. 2001, 28, 8, 8–12.
- Nadesłano: 30.04.2002
Zatwierdzono: 15.05.2002

