

Informacja o działalności służby medycyny pracy.

Służba medycyny pracy (smp) funkcjonuje w Polsce od 1 stycznia 1998 r. Należy przypomnieć, że już w rok po wejściu w życie ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317) zmieniły się w sposób bardzo istotny zewnętrzne warunki jej funkcjonowania. Zadecydowały o tym głównie dwie reformy:

1/ wprowadzenie od 1 stycznia 1999 r. ustawy ustrojowej państwa (utworzenie samorządów powiatowych i wojewódzkich oraz ustalenie nowego podziału administracyjnego Polski) oraz
2/ wdrożenie finansowania świadczeń zdrowotnych poprzez powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Ustawa o służbie medycyny pracy była zmieniana już wielokrotnie (ostatnio w listopadzie 2003 r., w związku z ustawą o dochodach jednostek samorządu terytorialnego), najczęściej – co dobrze świadczy o jakości tego aktu prawnego - nie na skutek ujawnienia istotnych jej mankamentów lub wad, lecz z potrzeby dostosowania jej przepisów do zmian w szeroko pojętym otoczeniu.

I. Struktury służby medycyny pracy

Ustawą o służbie medycyny pracy została wprowadzona dwupoziomowa struktura tej służby: jednostki podstawowe i wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

1. Jednostki podstawowe smp

Na poziomie jednostek podstawowych, profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracującymi sprawowana jest przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz przez lekarzy praktykujących indywidualnie.

Struktura podstawowych jednostek smp przedstawia się następująco:

	Liczba jednostek	%
Publiczne zoz-y	1101	14,8
Niepubliczne zoz-y	2707	36,5
Lekarze praktykujący indywidualnie	3605	48,7
RAZEM	7413	100,00

W Polsce (stan na 31 grudnia 2002 r.)¹ funkcjonuje ponad 7400 jednostek podstawowych smp. W strukturze tych jednostek dominuje forma indywidualnej praktyki lekarskiej (blisko 49% wszystkich jednostek podstawowych). Do sektora prywatnego należy też ponad 36% jednostek podstawowych zorganizowanych w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Tylko niespełna 15% jednostek ma formę publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Liczba jednostek nie jest stała, wykazuje trwałą tendencję rosnącą. W stosunku do roku 2001 odnotowano przyrost o 466 jednostek. Nadal mamy do czynienia ze znacznym (blisko 7%), ilościowym rozwojem smp, choć był on na przestrzeni roku sprawozdawczego nieco mniejszy niż w roku 2001, kiedy roczny przyrost, w stosunku do roku 2000, wyniósł ponad sześćset jednostek. W strukturze jednostek podstawowych smp nie zachodzą duże zmiany, a ich kierunek jest od lat taki sam; rośnie udział sektora niepublicznego kosztem sektora publicznego. Liczba zarejestrowanych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (womp) jednostek podstawowych należących do sektora publicznego jest stabilna (identyczna z liczbą tych jednostek, zarejestrowaną w roku 2001), co, przy ogólnym wzroście liczby jednostek podstawowych, przekłada się na malejący ich udział w strukturach smp.

Liczba lekarzy, którzy zarejestrowali się w womp jako dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami do wykonywania badań profilaktycznych pracowników i sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, wynosiła w 2002 roku ponad 8,9 tys. 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 2002 r. z uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników korzystało 6573 lekarzy. Z tej liczby, 2502 lekarzy (38,1%) posiadało specjalizację z medycyny pracy. W układzie terytorialnym udział lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy jest jednak bardzo zróżnicowany, od wysokiego w takich województwach jak: kujawsko-pomorskie i dolnośląskie, po niewielki jak w woj.: podkarpackim i małopolskim.

¹ Dane za rok 2003 są w trakcie opracowywania.

Strukturę kadr lekarskich smp wg tytułu uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych (w latach 2000 – 2002) ilustruje poniższe zestawienie:

Tytuł uprawnienia	2000 r.	2001 r.	2002 r.
Specjalizacja z medycyny pracy	37,6%	37,9%	38,1%
Specjalizacja z dziedzin pokrewnych	5,3%	5,7%	5,6%
6-letni staż w dawnej przemysłowej służbie zdrowia	32,5%	31,5%	31,7%
W trakcie specjalizacji z medycyny pracy	2,0%	0,2%	0,9%
Specjalizacja z medycyny ogólnej i rodzinnej	22,3%	23,5%	23,5%

Analizując różne aspekty związane ze zróżnicowaniem tytułu uprawniającego lekarzy do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, należy odnotować następujące, niezbyt korzystne, 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.
- 2/ W przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników rośnie udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (specjaliści z medycyny ogólnej i medycyny rodzinnej).
- 3/ Niekorzystnie zmienia się struktura wiekowa lekarzy-specjalistów medycyny pracy, w której wyraźnie dominują osoby powyżej pięćdziesiątego piątego 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 strukturze 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.

2. Wojewódzkie Ośrodki Medycyny Pracy

W dalszym ciągu, pomimo niedawno dokonanego uporządkowania struktur wojewódzkich smp w woj.: lubelskim i warmińsko-mazurskim, liczba funkcjonujących w kraju womp (20) jest większa od liczby województw. W 3 województwach (zachodniopomorskie, lubuskie, kujawsko-pomorskim) samorządy wojewódzkie utrzymują więcej niż jeden womp, przy czym w woj. kujawsko-pomorskim status ośrodka wojewódzkiego posiadają aż trzy zakłady opieki zdrowotnej (w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku).

We wszystkich womp w 2002 r. zatrudnionych było 811 lekarzy, w tym 533 (65,7%) w pełnym wymiarze czasu pracy. Rok 2002 był drugim z kolei, w którym - po wielu latach odnotowywania, w skali całego kraju, spadku liczby lekarzy zatrudnionych w womp - nastąpił przyrost zatrudnienia lekarzy.

Wśród lekarzy zatrudnionych w womp, uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników posiadało 229 lekarzy. Stanowili oni 36,8% kadry lekarskiej tych zakładów opieki zdrowotnej. Niestety, zakres i rodzaj danych zawartych w obecnej sprawozdawczości nie pozwalają na uzyskanie informacji, jaka część tych lekarzy korzysta z uprawnień do przeprowadzania badań profilaktycznych w ramach zatrudnienia w womp, a jaka, pomimo ich posiadania, realizuje w womp inne zadania (np. konsultacyjne, kontrolne). Poszczególne ośrodki wojewódzkie - o czym wiadomo z innych źródeł (m.in. informacji zbieranych w ramach nadzoru realizowanego przez jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy) - podejmują zadanie polegające na przeprowadzaniu badań profilaktycznych pracowników (co zasadniczo jest zadaniem jednostek podstawowych smp) w krańcowo różnych wymiarach; od całkowitej rezygnacji z wykonywania takich badań w womp, po uczynienie wykonawstwa badań profilaktycznych bodaj podstawową formą aktywności ośrodka.

Wśród lekarzy zatrudnionych przez womp blisko co dziesiąty lekarz posiadał kwalifikacje do orzekania w zakresie chorób zawodowych. W 2002 r. w womp zatrudniano 80 takich lekarzy.

Specjaliści-konsultanci (łącznie 360 lekarzy) stanowili 44,3% lekarzy zatrudnionych w womp, zaś ich liczba wahała się w bardzo szerokim przedziale, od dwu lekarzy w woj. warmińsko-mazurskim, do 121 w woj. zachodnio-pomorskim.

W womp w całym kraju zatrudniano, poza lekarzami, 1069 osób zaliczanych do pozostałego personelu medycznego. Najliczniejszą grupę w ramach tego personelu (blisko 52%) stanowiły – podobnie jak w latach ubiegłych - pielęgniarki (zarówno ze średnim, jak i wyższym wykształceniem). W 2002 r. w womp zatrudniano 554 pielęgniarki (o 77 mniej w porównaniu do roku 2001), w tym 515 (blisko 93%) w pełnym wymiarze czasu pracy. Spadek jest znaczny, bo rzędu 13%. Jednakże na tle ogólnego spadku zatrudnienia w womp (wyjątek stanowią lekarze ogółem i to na skutek niespotykanego wzrostu ich zatrudnienia w WOMP w Szczecinie), spadek ten jest nieco niższy niż w pozostałych grupach personelu. W porównaniu bowiem do roku 2001, zatrudnienie innych pracowników w ośrodkach wojewódzkich smp zmniejszyło się o 16%. Dotyczy to zarówno zatrudnienia laborantów i techników medycznych, jak i kategorii określanej jako „inni pracownicy z wyższym wykształceniem”.

Laboranci i technicy medyczni stanowili niespełna 30% omawianej grupy personelu medycznego. Wśród pozostałych pracowników z wyższym wykształceniem (w sumie 129 osób, w tym 97 na pełnych etatach) zwraca uwagę grupa pracowników, która stosunkowo niedawno znalazła swoje miejsce w opiece zdrowotnej nad pracującymi – tj. psychologzy. W całym kraju w womp zatrudniano zaledwie 45 psychologów, w tym 29 na pełnych etatach. W womp liczba psychologów wrosła o 2 osoby zatrudnione pełnoetatowo. W większości wojewódzkich ośrodków są to pojedyncze osoby, ale w kilku womp zatrudniano po kilku psychologów (w łódzkim i małopolskim po 4 osoby). W trzech województwach nie zatrudniano w womp ani jednego psychologa (lubuskie, podlaskie, śląskie), co oznacza zwiększenie się liczby takich województw w porównaniu do roku 2001.

Ogólnie można zaobserwować tendencję do zmniejszania kadr zatrudnianych w womp, co może oznaczać wejście na drogę zbliżania się do modelu formalno-prawnego, określonego ustawą o służbie medycyny pracy. W latach ubiegłych znacznie większą liczbę womp stanowiły bardzo duże zakłady opieki zdrowotnej, w których liczby zatrudnionego personelu niepodobna było usprawiedliwić wykonywaniem zadań z zakresu medycyny pracy. Zadania z zakresu medycyny pracy były jedynie dodatkiem do zadań z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. W 2002 r. wyjątkowo wielkimi zoz były już tylko womp w Łodzi i Szczecinie; przy czym łódzki nie zdradzał już, w przeciwieństwie do szczecińskiego, oznak dalszego wzrostu.

Zasadnym wydaje się przypomnienie, że koncepcja organizacyjna smp zakładała – wobec kontrowersyjnej w pierwszym etapie przekształceń tezy o potrzebie pluralizmu jednostek podstawowych – potrzebę ustanowienia instytucji nadzoru państwa nad funkcjonowaniem rynkowo ukształtowanych struktur podstawowych smp. Stąd w ustawie wziął się zapis o obligatoryjnej formie publicznego zakładu opieki zdrowotnej dla womp.

Akurat ten fragment koncepcji organizacyjnej wymagał korekt, wynikających z wspomnianej zmiany ustrojowej państwa. Istotą tych zmian było:

- przypisanie odpowiedzialności za instytucje opieki zdrowotnej samorządom, a więc – w przypadku womp - zmiana nadzoru z rządowego na samorządowy,
- przyjęcie w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej zasady samodzielności jednostek, potwierdzonej później koniecznością rejestru sądowego; zmiana ta w sposób zasadniczy, wydatnie ograniczając drogę dotacji przekazywanej przez organ założycielski, zmieniła sposób finansowania zadań womp.

Przepisy nie zostały jednak wdrożone w sposób jednolity. Womp 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 womp 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 kadry zarządzającej zwraca uwagę na zasadność utrzymywania womp 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 służbie medycyny pracy, przed reformą samorządową) byłby bardziej odpowiednim organem założycielskim dla womp, niż samorząd wojewódzki. Argumentacja w tym względzie wynika z podobieństwa funkcji kontrolnych, uważanych za jedne z podstawowych w misji womp, do zadań przypisanych wojewódzkiej strukturze rządowej. Podkreślany jest też dysonans, jaki powstaje w wyniku zderzenia charakteru zadań womp (kontrola – diagnostyka – orzecznictwo – ukierunkowanie profilaktyczne) z odpowiedzialnością samorządu za zakres i dostępność świadczeń zdrowotnych, głównie diagnostyczno-leczniczych.

Trudno o rozstrzygnięcie tego sporu; porównanie sytuacji womp funkcjonujących na różnych (wspomnianych) zasadach organizacyjnych nie dostarcza odpowiedzi w tym względzie, albowiem praktyka wskazuje na większą zależność kondycji finansowej womp 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 womp. O ile womp funkcjonujące jako jednostki budżetowe nie prowadzą działalności innej, niż wskazana art. 17 ustawy o służbie medycyny pracy, o tyle samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej podejmują działalność odpowiadającą jednemu z trzech modeli:

- działalność ograniczona do zadań ustawowych,
- działalność łącząca zadania ustawowe z działalnością jednostki podstawowej smp,
- działalność łącząca zadania ustawowe z działalnością jednostki podstawowej smp oraz działalnością diagnostyczno-leczniczą spoza medycyny pracy (na podstawie kontraktu z NFZ i/lub ZUS).

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 smp) – nie miała zadłużenia finansowego.

Opinie kierowników placówek na temat pożądanego (optymalnego – ich zdaniem) zakresu działalności womp 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 uzyskiwał przez szereg lat 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. Mieliśmy w tym przypadku paradoksalną sytuację, *de facto* finansowania zadań samorządu ze środków własnych womp.

Wiele jednostek wojewódzkich, 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 argument zasadny, 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 fakt wykonywania 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.

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. Womp 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 womp 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 smp (a zwłaszcza womp) 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 stale odżywiającej koncepcji integracji i redukcji państwowych służb inspekcyjnych - w ramach Państwowej Inspekcji Pracy bądź - właśnie - służby medycyny pracy. Kierownictwa womp 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 można wyjaśnić tylko w ten sposób, że jednostki smp 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 należy je interpretować jako przejaw słabości naszego systemu, tym bardziej,

że również na terenie Polski działa już kilka zagranicznych firm medycznych świadczących znacznie poszerzony zakres świadczeń profilaktycznych.

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

Trudno o jednoznaczna ocenę tej aktywności. Z jednej strony budzi zastrzeżenia sytuacja, w której proporcja działalności „innej” do działalności właściwej smp 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 womp, 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 womp). Ograniczanie - nieraz z konieczności (jako rezultat ingerencji administracyjnej) – wyżej charakteryzowanej działalności naruszałoby przy tym prawo samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej do wolnego konkurencji na rynku świadczeń.

Wydaje się zatem, że wnioski powinny być formułowane odrębnie dla poszczególnych womp i bazować na ocenie wywiązywania się womp 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.

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 „niemedycznej”),

- 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 instytucji ubezpieczeniowych – proponuje się przeprowadzenie np. screeningu gruczołu piersiowego u kobiet, przeprowadzenie lub udział w programach prozdrowotnych itp.
- NFZ – oferta obejmuje zorganizowanie poradni „lekarza rodzinnego” lub świadczenia specjalistów: laryngologiczne, okulistyczne, dermatologiczne i - rzadziej – inne.

Trudności w pozyskiwaniu finansów publicznych w ostatnich dwóch latach, zauważalne we wszystkich instytucjach korzystających ze środków budżetowych, zaostriżyły postrzeżenie 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.

II. Działalność służby medycyny pracy.

1. Działalność jednostek podstawowych smp

Lekarze smp wydali w 2002 r. ponad 3,5 mln orzeczeń dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tab.II.8). Jest to o ponad 61 tys. więcej niż w roku 2001. Podobnie, jak w latach minionych, struktura działalności orzeczniczej jest wyjątkowo mało zróżnicowana. Ponad 99% stanowiły orzeczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku. Sytuacja ta dotyczy wszystkich województw. W skali całego kraju, orzeczenia te stanowią 99,4% wszystkich wydanych orzeczeń. Orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym lub dotychczasowym stanowisku stanowiły 0,32% (w poszczególnych województwach zawierają się w przedziale od 0,20 do 0,56%). W skali całego kraju wydano w 2002 r. 11,4 tys. takich orzeczeń, a ich liczba, w porównaniu do 2001 r. zmniejszyła się o 1767. Zważywszy, że liczba skutecznych odwołań od treści orzeczeń

wydanych przez jednostki szczebla podstawowego wynosiła 510 przypadków i zakładając, że odwołania te w głównej mierze dotyczyły przypadków stwierdzenia przeciwwskazań do podjęcia bądź kontynuacji pracy, otrzymujemy liczbę około 11 tys. osób, które orzeczeniem lekarzy smp nie zostały dopuszczone do wykonywania pracy.

Lekarze przeprowadzający badania profilaktyczne, w ramach działalności orzeczniczej wydali w 2002 r. 1029 orzeczenia stwierdzające niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na podejrzenie powstania choroby zawodowej. W porównaniu do roku 2001 jest to o około 500 orzeczeń mniej, w porównaniu do 1999 r. o około 1000 orzeczeń mniej i aż prawie 10-ciokrotnie mniej niż w 1997 r. Najwięcej orzeczeń o podejrzeniu powstania choroby zawodowej wydano w 2002 r. w woj. śląskim (395 orzeczeń), co stanowiło ponad 38% wszystkich orzeczeń w ramach tej kategorii.

Dość liczną, choć malejącą w porównaniu do 2001 r., kategorię orzeczeń lekarskich stanowiły w 2002 r. orzeczenia o konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy ze względu na szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie. Takich orzeczeń wydano w 2002 r. 3860. Wydaje się, że liczba tych orzeczeń maleje między innymi na skutek spostrzeżenia o niewielkich możliwościach ich egzekucji w małych i bardzo małych zakładach pracy, jakie współcześnie dominują w strukturze gospodarczej kraju.

Do kategorii orzeczeń, których liczba, w porównaniu do 2001 r., prawie się potroiła należą orzeczenia o niezdolności do wykonywania pracy ze względu na zagrożenie zdrowia młodocianego.

Ponadto w 2002 r. wydano ponad 276 tys. zaświadczeń dla celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o służbie medycyny pracy tzn. zawierających ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki, uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki. Orzecznictwo w tym zakresie ma tendencję rosnącą; w roku 2002 wydano blisko 37 tys. orzeczeń więcej. Najwięcej zaświadczeń dotyczących osób pobierających naukę wydano w województwach: zachodnio-pomorskim – ponad 33,5 tys. i lubelskim – ponad 31 tys.

Indywidualne sprawozdania lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne obejmują, poza działalnością orzeczniczą, także wizytowanie zakładów i stanowisk pracy oraz rejestrowanie chorób zawodowych.

W 2002 r. lekarze smp zwizytowali ponad 17 tys. zakładów pracy. W porównaniu do roku 2001 odnotować należy spadek, wyrażający się liczbą 11,2 tys. zakładów mniej. Zmalała też liczba wizytowanych stanowisk pracy; było ich mniej o ponad 19 tys. Najbardziej intensywna działalność w zakresie wizytowania zakładów i stanowisk pracy była prowadzona w

województwie pomorskim i śląskim. Wśród wizytowanych stanowisk pracy około 11% stanowiły stanowiska, na których występowały przekroczenia normatywów higienicznych. Odsetek wizytowanych stanowisk, na których występowały przekroczenia, był w znacznym stopniu zróżnicowany w poszczególnych województwach. Przykładowo, w województwach: lubuskim i zachodnio-pomorskim stanowiska z przekroczeniami normatywów higienicznych stanowiły ponad 22% wizytowanych stanowisk, podczas gdy w województwie mazowieckim zaledwie 4,4%.

W księgach podejrzeń chorób zawodowych prowadzonych przez jednostki smp zarejestrowano w 2002 r. nieco ponad 3 tys. podejrzeń chorób zawodowych. Jest to liczba o ponad 2,2 tys. niższa od odnotowanej w roku 2001. Najwięcej – ponad trzecią część wszystkich zarejestrowanych podejrzeń – zarejestrowano w województwie śląskim.

2. Działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy.

2.1. Działalność konsultacyjna

W ramach badań konsultacyjnych w womp przyjęto w 2002 r. około 46,1 tys. osób i udzielono blisko 117 tys. konsultacji. W porównaniu z wcześniejszymi latami, zarówno liczba osób, którym udzielono konsultacji, jak i liczba samych konsultacji jest znacznie mniejsza. Spadek liczby osób przyjętych w ramach badań konsultacyjnych jest szczególnie wyraźny (mniej o 13 tys. przyjęć).

Spośród wszystkich konsultacji ponad połowę (54%) stanowiły konsultacje w zakresie chorób zawodowych, zaś pacjenci skierowani do womp z powodu podejrzenia choroby zawodowej stanowili 60% (blisko 27,7 tys.) wszystkich pacjentów skierowanych na konsultacje. Liczba osób skierowanych do womp w związku z podejrzeniem choroby zawodowej zmniejszyła się, w porównaniu do 2001 r., o około 10%.

2.2. Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza

Łącznie, w całym kraju rehabilitacją leczniczą realizowaną w womp objęto 49046 osób i wykonano 504536 zabiegów, co oznacza, że przeciętnie 1 osoba objęta ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą otrzymywała ponad 10 zabiegów. Działalność rehabilitacyjna była prowadzona w dziesięciu województwach.

Najwięcej osób objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą w następujących województwach:

	Liczba osób	Liczba zabiegów
Zachodnio-pomorskie	36337	504536
Lubuskie	6028	25300
Mazowieckie	3592	59972
Kujawsko-Pomorskie	1581	42855

Zwraca uwagę fakt, że blisko 74% wszystkich rehabilitowanych ambulatoryjnie w womp, stanowią osoby rehabilitowane w jednym ośrodku, tj. WOMP z siedzibą w Szczecinie. Ośrodek ten zwiększył liczbę osób poddawanych tam ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej o dalszych 9%, w stosunku do 2001 r., kiedy jego udział wynosił 65%. Wydaje się, że WOMP w Szczecinie nadal monopolizuje świadczenia z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, co najmniej na terenie miasta Szczecina. Na tę sytuację zwracano już uwagę w sprawozdawczości za rok 2001. Sytuacja taka zapewne jest wynikiem korzystnych kontraktów z ZUS, ale zastrzeżenia budzić struktura świadczeń. Otóż zabiegi rehabilitacyjne związane z patologiami o etiologii zawodowej stanowią w szczecińskim womp ledwie 1,15% ogółu wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych, podczas gdy w skali kraju jest to około 17%, a np. w woj. pomorskim 100% wykonywanych przez womp zabiegów rehabilitacyjnych to zabiegi pozostające w związku z patologią zawodową.

Z powodu patologii zawodowych rehabilitowano w womp 7138 osób (nieco więcej niż w roku 2001), którym wykonano blisko 86 tys. zabiegów (mniej niż w roku 2001). Oznacza to, że wzrostowi liczby rehabilitowanych towarzyszyło jednak znaczne (o ponad 9,6 tys.) zmniejszenie liczby zabiegów. Przeciętnie, pacjent skierowany na rehabilitację w związku ze stwierdzoną patologią zawodową otrzymał 12 zabiegów, a więc więcej (o około 2 zabiegi) niż w przypadkach nie związanych z patologią zawodową.

2.3. Działalność odwoławcza

Rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy jest jednym z ustawowych zadań womp – bardzo ważnym w kontekście respektowania praw pacjenta. W 2002 r. womp rozpatrzyły 1000 odwołań od orzeczeń jednostek podstawowych. Mamy do czynienia z dalszym, choć tym razem znacznie mniejszym spadkiem liczby odwołań niż odnotowany w roku 2001.

Najwięcej odwołań rozpatrywano w woj. zachodnio-pomorskim - 147, a następnie w dolnośląskim (136) i pomorskim (132). Spośród 1000 odwołań, zaledwie w 490 przypadkach potwierdzono orzeczenie jednostki podstawowej. Należy podkreślić, że w porównaniu do roku 2001 udział orzeczeń potwierdzonych w trybie odwoławczym wzrósł o 7%. W poprzednich latach odnotowywano malejące odsetki orzeczeń potwierdzanych w trybie odwoławczym, co skłaniało do wnioskowania o intensyfikowanie szkoleń doskonalących umiejętności orzecznicze lekarzy medycyny pracy funkcjonujących w jednostkach podstawowych smp oraz intensyfikację kontroli i nadzoru specjalistycznego. Jakkolwiek sytuacja wydaje się być tym razem nieco lepsza, wnioski z lat ubiegłych nie tracą na aktualności. Ponad połowa orzeczeń od treści których nastąpiło odwołanie jest zmieniona przez lekarzy szczebla wojewódzkiego.

2.4. Działalność kontrolna

Wykonywanie kontroli podstawowych jednostek smp stanowi jedno z ważniejszych zadań womp. Kontrole obejmujące tryb, zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i sprawowanej opieki profilaktycznej pełnią również rolę instruktażową i doradczą.

W 2002 r. womp przeprowadziły 4925 kontroli jednostek podstawowych. Było to więcej, w porównaniu do roku 2001, o ponad 475 kontroli. Na przestrzeni dwu lat liczba kontroli przeprowadzanych przez womp w jednostkach podstawowych smp zwiększyła się o ponad 950. Mamy zatem do czynienia z wyraźnym zintensyfikowaniem funkcji kontrolnej sprawowanej przez ośrodki wojewódzkie.

Najwięcej kontroli przeprowadzono w woj. śląskim (1088), a następnie wielkopolskim (922), mazowieckim (785) i dolnośląskim (274). Największą intensywność działań kontrolnych obserwuje się w woj.: wielkopolskim (liczba kontroli przewyższa liczbę jednostek podstawowych, co oznacza, że niektóre z jednostek podstawowych były kontrolowane więcej niż jeden raz w roku), śląskim (skontrolowano 89% jednostek podstawowych), mazowieckim (skontrolowano 82% jednostek podstawowych). Za niedostateczną należy uznać działalność kontrolną realizowaną przez womp w: Białymstoku, Rzeszowie, Krakowie i Gdańsku, gdzie skontrolowano mniej niż czwartą część jednostek podstawowych funkcjonujących na obszarze podległym tym womp. Zwraca uwagę fakt, że w roku 2001 zaniedbywano realizację funkcji kontrolnej w tych samych województwach. Zatem już przez kolejny rok jednostki podstawowe z województw: podlaskiego, podkarpackiego,

małopolskiego i pomorskiego nie są dostatecznie nadzorowane przez szczebel wojewódzki smp.

W wyniku przeprowadzonych kontroli skierowano 949 wniosków (w tym 507 wniosków skierowanych przez Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy i 377 wniosków skierowanych przez WOMP w Katowicach) w trybie art. 18 ustawy o służbie medycyny pracy, tzn. w przypadkach stwierdzenia istotnych uchybień odnośnie trybu, zakresu i jakości świadczeń udzielanych przez jednostki podstawowe smp. Siedem womp w ogóle nie kierowało takich wniosków, usprawiedliwiając ten fakt nie tyle brakiem potrzeby, co przekonaniem o nieskuteczności przewidzianego ustawą trybu.

2.5. Działalność szkoleniowa

W 2002 r. womp przeprowadziły łącznie 161 szkoleń w zakresie medycyny pracy, przy czym 59 kursów (trzecia część wszystkich kursów) przeprowadzono w woj. mazowieckim. Działalność szkoleniową dla lekarzy prowadzono w roku 2002 w trzynastu województwach. Nie prowadzono takiej działalności w woj.: podlaskim, małopolskim i wielkopolskim.

Szkoleniem w zakresie medycyny pracy objętych było w 2002 r. 4759 lekarzy. Jest to liczba o blisko 2000 niższa niż w roku 2001. Wydaje się, że działalność szkoleniowa podlegała w 2002 r. pewnemu regresowi. W latach wcześniejszych była ona znacznie intensywniejsza. Najwięcej lekarzy przeszkolono w woj.: mazowieckim (1084), lubuskim (1064) i pomorskim (1001).

Znacznie poprawiła się realizacja funkcji szkoleniowej w odniesieniu do pielęgniarek. W 2002 r. przeszkolono w womp ponad 1000 pielęgniarek wykonujących zadania z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi (najwięcej w woj.: mazowieckim i lubuskim). Szkolenia pielęgniarek prowadzono też m.in. w woj.: kujawsko-pomorskim (kurs kwalifikacyjny), lubelskim i wielkopolskim.

Na podstawie obowiązującej sprawozdawczości trudno obecnie ocenić jakość działalności szkoleniowej. Nie mamy bowiem informacji o tematyce szkoleń oraz o strukturze przeszkolonych osób.

W 2002 roku tylko w trzech województwach (pomorskim, zachodnio-pomorskim i śląskim) womp nie podejmowały się realizacji innych zadań, niż wyżej opisane. W większości wojewódzkich ośrodków prowadzono m.in. różne formy działań na rzecz promocji zdrowia pracujących.

III. Podsumowanie i wnioski

Wydaje się, że główne założenia scenariusza przejścia „od przemysłowej służby zdrowia do służby medycyny pracy” były obrane trafnie i zrealizowane pomyślnie. Do takiej oceny upoważnia wdrożenie i funkcjonowanie następujących rozwiązań:

- wyodrębnienie zadań właściwych smp i wskazanie źródeł finansowania poszczególnych rodzajów działalności; umożliwiło to praktycznie bezkonfliktowe rozdzielanie 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 rynkowego kształtowania się popytu na świadczenia profilaktyczne, co 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 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, 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 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., a także wskazówkach opracowanych przez MOP. 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 wymogom 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 i warunkuje możliwość podjęcia pracy.

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 (niekoniecznie 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 bowiem 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, w Polsce niestety licznymi, przykładami lekceważenia warunków bezpieczeństwa i zdrowia, zwłaszcza w małych zakładach pracy. Sprzyja temu brak systemowej, ekonomicznej stymulacji pracodawców do działań mających na celu poprawę tych warunków.

Odnotować należy daleko idącą zgodność poglądów dotyczących formy organizacyjnej womp. Niezależnie od wszelkich, zasygnalizowanych wcześniej, niedoskonałości funkcjonowania i trudności finansowych jakie są udziałem womp, prawie jednomyślnie wyrażane jest przekonanie o słuszności przepisu ustalającego dla womp obligatoryjną formę publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podkreślana jest niezbędność państwowej kontroli nad systemem ochrony zdrowia pracujących, w tym smp

Odrębnym dylematem jest wybór koncepcji zarządzania jakością świadczeń smp, w tym zasad akredytacji i/lub certyfikacji jednostek smp. Idea taka jest popierana przez większość kierowników womp, natomiast można mieć wątpliwość, czy postawy takie są do końca świadome i bazują na dostatecznej wiedzy. Wątpliwości nasuwają się w ramach bardziej szczegółowej analizy tych postaw. Dotyczy to następujących kwestii:

- Znaczna część kadry kierowniczej womp formułuje 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.

- Poparciu 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 nie sprostania 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 badań profilaktycznych poprzez decyzje podejmowane właśnie w womp. Ciekawe są argumenty na rzecz takiego rozwiązania: podkreśla się, że rugowałyby to lekarzy źle wykonujących swoje obowiązki, a zatem jakość świadczeń byłaby automatycznie wyższa. Brak zakładanej eliminacji źle ocenionych świadczeniodawców (w opiniach kierowników 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 smp, niż na gotowość poddania się procedurom weryfikującym jakość.

Problemem, który będzie wymagał istotnych zmian w poglądach na rolę i funkcjonowanie smp, jest określenie nowego poziomu kompetencji personelu, odpowiednich do nowych rodzajów ryzyka zawodowego, innych w przyszłości narażeń w miejscu (miejscach!) pracy, sposobów wykonywania pracy, zmiennych form zatrudnienia i warunków pracy, zacierania się wpływu warunków 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 m.in. znaczący spadek liczby stwierdzanych chorób zawodowych oraz narastające zjawisko wykonywania pracy w warunkach samozatrudnienia, a więc bez ochrony stwarzanej pracownikom przez Kodeks pracy (dotyczy to ponad 40% osób wykonujących pracę).

Podjęcie wyżej wskazanych problemów i określenie skutecznych form ich rozwiązania będzie ogromnym zadaniem dla systemu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracujących, a w tych ramach – także dla smp. 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.