

UMACNIANIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH CELEM POLSKIEJ MEDYCYNY PRACY*

IMPROVEMENT OF WORKERS' HEALTH – THE GOAL OF POLISH OCCUPATIONAL MEDICINE

dr med. *Lech Dawydzik*

Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

Większość zjazdów i konferencji, jakie odbywają się w tym roku, nawiązuje do szczególnej okoliczności, wynikającej z przełomu zarówno wieków, jak i tysiącleci. Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, kiedy obradował nad hasłem stosownym do naszego, właśnie rozpoczętego IX Zjazdu Naukowego, stawiając sobie zadanie dobrania takich słów, które oddawałyby przewodnią myśl naszej „obecnej i przyszłej” aktywności, towarzyszyła taka refleksja: w wielu prognozach, odnoszących się do przyszłości podkreśla się, że wobec doświadczeń, zwłaszcza ostatniego stulecia, następne powinno być ukierunkowane na człowieka, jego potrzeby i rozwój. W tym kontekście, mając na uwadze zarówno tradycje naszej dyscypliny, jak i zakres i wagę zagadnień, jakimi się zajmujemy, przewidywania te określają pole wyzwania, które powinno być nam bliskie. Istotą bytu człowieka jest praca, która stanowi podstawę jego rozwoju, samorealizacji i uspołecznienia. Zasadne jest zatem sądzić, że w przewidywanym rozwoju społecznym coraz większego znaczenia będą nabierać działania, których efektem powinno być stwarzanie warunków pracy przyjaznych człowiekowi oraz „patrząc od drugiej jakby strony” eliminowanie warunków niekorzystnych. Cóż może to oznaczać w praktyce?

Tradycyjnie staramy się wykorzystać okazję zjazdowego spotkania, aby zastanowić się, czy dostatecznie wnikliwie odczytujemy wyzwania czasu i potrafimy wykorzystać naszą szansę dalszych przekształceń i rozwoju. Refleksja w tym zakresie wcale nie jest prosta.

Problematyka ochrony zdrowia osób wykonujących pracę jest w ostatnich latach przedmiotem znaczącego zainteresowania dość różnych środowisk: naukowców, ekonomistów, inżynierów, medyków, polityków i innych. Tak jak różne są wymienione profesje, tak różny jest sposób postrzegania zjawisk składających się na tę problematykę i różne są podnoszone problemy. Domeną medyczną jest ocena ryzyka zawodowego, zwłaszcza wynikającego z nowych zagrożeń i zagrożeń wieloczynnikowych, poszukiwanie skutecznych metod dla profilaktyki, diagnostyki, zwłaszcza wczesnej, oraz sposobów skutecznej ingerencji terapeutycznej. Zainteresowania inżynierów koncentrują się na zagadnieniach prewencji pierwotnej: bezpiecznych technologiach, ergonomicznych stanowiskach pracy, sposobach ochrony indywidualnej i zbiorowej przed czynnikami ryzyka. Socjologowie i psycholodzy coraz częściej podejmują problematykę społecznego śro-

dowiska pracy i jego wpływu na wykonywanie pracy. Ekonomiści wskazują na zawilóść rachunku korzyści i strat, jaki powinien być przeprowadzany do wyznaczenia granic opłacalności inwestowania w zdrowe i bezpieczne warunki pracy. Można wszakże wskazać pewną wspólną cechę: ochrona zdrowia pracujących postrzegana jest coraz bardziej jako obszar koniecznej kooperacji specjalistów z wielu dyscyplin.

Dość lapidarnie streścił ten proces J. Rantannen, dyrektor Fińskiego Instytutu Zdrowia Zawodowego w Helsinkach i zarazem jeden z głównych ekspertów Międzynarodowej Organizacji Pracy. Według niego zmiany modelu ochrony zdrowia pracujących przeszły w ostatnim czterdziestolecu jakby trzypięćdziesięcioletnią drogę:

- pierwszym, wyraźnie zdefiniowanym etapem była koncepcja rutynowych działań medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, tyle że umiejscowionej blisko miejsca pracy, pozwalając w ten sposób spełnić postulat znacznej dostępności świadczeń zdrowotnych,

- następną formułą stało się podejście kreujące w ochronie zdrowia pracujących wiodącą rolę i znaczenie specjalistów medycznych w medycynie pracy, posiadających specyficzną wiedzę ukierunkowaną na patologię zawodową, zwłaszcza wyrażoną w postaci chorób zawodowych, potrafiących zaprogramować i zrealizować program skutecznej prewencji wobec potencjalnych skutków zdrowotnych narażenia zawodowego,

- trzecim etapem, współczesnym, są próby kooperacji zespołowej, próbującej łączyć w całość postrzeganie i rozwiązywanie technicznych, medycznych, społecznych i ekonomicznych aspektów warunków pracy.

Ten nowy model organizacji ochrony zdrowia pracujących dokumentują konwencje Międzynarodowej Organizacji Pracy, zwłaszcza dobrze znane w naszym środowisku, choć ciągle jeszcze nieratyfikowane przez Polskę konwencje 155 i 161, a także dyrektywy Unii Europejskiej, ogromnie ważne dla nas, jako już niedługo – miejmy nadzieję – pełnoprawnych członków europejskiej wspólnoty. Dokumentami rekomendującymi ten nowy kierunek myślenia i działania stały się także: deklaracja „Zdrowie dla wszystkich pracujących”, uchwalona na konferencji Światowej Organizacji Zdrowia w 1996 r. oraz program tejże organizacji pod nazwą „Dobra praktyka w zapewnieniu zdrowia, bezpieczeństwa pracy i ochrony środowiska”, wdrażany w Europie w ostatnich latach.

*Referat wygłoszony na IX Zjeździe Naukowym PTMP (Dziwnówek, 13 września 2000 r.)

Przedstawiając wspomnianą drogę ewolucji systemów ochrony zdrowia pracujących, Rantanen sugeruje z jednej strony etapowość przekształceń systemowych, ale także daje do zrozumienia, że jest to proces zależny od rozwoju społeczno-gospodarczego poszczególnych krajów, charakterystyczny dla krajów rozwijających się w modelu pierwszym i krajów wysoko rozwiniętych w wersji ostatniej. Stwierdzenie takie musi budzić pewną konsternację, skoro w warunkach naszego kraju możemy znaleźć odpowiedniki wszystkich tych trzech rozwiązań. Spróbujmy się odnieść do tego problemu.

Ostatnie cztery lata przyniosły decyzje ogromnie znaczące dla medycyny pracy. Mam tu na myśli przede wszystkim ustawę o służbie medycyny pracy, obowiązującą od stycznia 1998 r. Przepisy ustawy wpisały się w ciąg rozwiązań legislacyjnych, określających nowy model opieki zdrowotnej nad pracownikami, rozpoczętych nowelizacją prawa pracy w połowie lat dziewięćdziesiątych i razem z nimi stworzyły formalne warunki do ratyfikowania konwencji MOP; procesu, który został podjęty, aczkolwiek dotąd nie został dokończony. Chciałbym przypomnieć, z jakim uznaniem dla zaawansowania procesu transformacji w tym zakresie odniósł się na naszym poprzednim Zjeździe przewodniczący Międzynarodowej Komisji Medycyny Pracy (ICOH) prof. Jean Caillard. Czy wobec tego, zbierając te pochwały, możemy stwierdzić, że mamy już dzisiaj w Polsce nowoczesny model ochrony zdrowia pracujących?

Sprawa okazuje się nieco bardziej skomplikowana, zwłaszcza że na proces wdrażania nowych rozwiązań przypadło wprowadzenie dwóch innych ważnych reform: zmiany ustrojowej, polegającej na wprowadzeniu samorządowego modelu władzy w województwach i powiatach wraz z nowym podziałem administracyjnym kraju oraz nowego systemu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. W tych nowych warunkach niektóre z rozwiązań okazały się trudne do realizacji.

Nowy model opieki zdrowotnej nad pracującymi został oparty na dwóch filarach: jednostkach podstawowych, organizowanych na zasadach wolnorynkowych, a więc z pełnym pluralizmem form organizacyjnych oraz jednostkach regionalnych (wojewódzkich), stanowiących zarówno wsparcie konsultacyjne dla jednostek podstawowych, jak również będących organem fachowej kontroli i nadzoru, a więc mających spełniać funkcję interwencyjną państwa na rzecz prawidłowości działania i jakości świadczeń.

W tym drugim zakresie realne rozwiązania dość daleko odbiegły od pierwotnych założeń. W ramach reformy ustrojowej dokonano przekazania wojewódzkich ośrodków medycyny pracy organom samorządowym. Sam ten fakt okazał się znamienny: w odróżnieniu od roli kontrolnej wojewody, jako organu administracji rządowej, odpowiedzialność władz samorządowych w nowej koncepcji działania władzy została ukierunkowana na zapewnienie świadczeń zdrowotnych. Pewnie z tego powodu w blisko dwa lata po dokonaniu nowego podziału administracyjnego kraju, zaledwie w połowie wo-

jewództw, dokonano uporządkowania struktury wojewódzkich ośrodków medycyny pracy; większa ich liczba – a w niektórych województwach działają i cztery wojewódzkie ośrodki – sprzyja dostępności świadczeń. Także zakres świadczeń w wielu przypadkach wykracza daleko poza specyfikę określającą właściwość służby medycyny pracy. Nie ma oczywiście w tym nic złego – przecież sam popyt na udzielane świadczenia wskazuje na ich potrzebę, jednak należy zauważyć, że zakres tej działalności sytuuje te jednostki poza systemem ochrony zdrowia pracujących. Bardziej kłopotliwy jest natomiast fakt, że wiele wojewódzkich ośrodków prowadzi działalność z zakresu jednostek podstawowych, stając się wykonawcą i zarazem nadzorcą wykonania tych świadczeń. Jest to zatem problem uczciwej konkurencji na rynku tychże świadczeń. Mamy do czynienia ze swoistym błędnym kołem, gdyż do takiej aktywności jednostki wojewódzkie są niejednokrotnie wręcz przymuszone niskim poziomem finansowania budżetowego, wskazanego w ustawie o służbie medycyny pracy. Poziom ten nie gwarantuje utrzymania działalności specyficznej dla wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, dodajmy – wymagającej skupienia w tym ośrodku najlepszych specjalistów.

Swoistej pikanterii dodaje fakt, że w ramach decentralizacji zadań i uprawnień na szczeble samorządowe poza systemem organizacyjnym służby medycyny pracy znalazły się jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy, a więc wyłączono cały trzeci poziom referencyjny świadczeń. Dokonano bowiem wyłączenia finansowania działalności instytutów z zakresu patologii zawodowej przez Ministra Zdrowia, mimo pełnionej przez niego roli organu założycielskiego. Powstała sytuacja spowodowała znaczne trudności w realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu patologii zawodowej, ograniczając praktycznie tę działalność do odwoławczych funkcji orzecznich z zakresu chorób zawodowych. Jest to sytuacja groźna dla postępu wiedzy z tego zakresu, zwłaszcza że stwarza instytutom trudności w wypełnianiu roli edukacyjnej.

Niestety, nie są to jedyne problemy dotyczące finansowania świadczeń z zakresu medycyny pracy, jakie wyniknęły w rezultacie „nałożenia się” kolejnych reform. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wyłączyła z finansowania kas chorych wszelkie świadczenia z zakresu medycyny pracy. Jest to oczywiste, jeśli chodzi o zakres świadczeń finansowanych przez pracodawców lub ze środków własnych zainteresowanych świadczeniobiorców. Cóż jednak uczynić z zakresem świadczeń, który w samej ustawie o służbie medycyny pracy był określony, jako finansowany ze środków budżetowych, a nie znalazł literalnego powtórzenia w zmianach wprowadzonych tzw. ustawą kompetencyjną? Niepoważne jest doprowadzanie, na przykład, do sporu, czy dopłaty do leków niezbędnych dla osób, u których stwierdzono chorobę zawodową mają być finansowane ze środków ubezpieczenia zdrowotnego, czy też – wobec zawodowego tła choroby – ze środków budżetowych samorządu wojewódzkiego. Zresztą najlepiej byłoby, zdaniem toczących ten

spór, aby tymi kosztami obarczyć tego trzeciego, to jest pracodawcę.

Przytoczony przykład – niestety, nie odosobniony i nie jedyny – obrazuje problem szerszy i bardzo ważny: problem kosztów ochrony zdrowia pracowników, a w szerszym aspekcie – wszystkich pracujących. Jest oczywiste, że ciągnięty rachunek ekonomiczny, dokonywany w skali makro, wykazuje ogromne korzyści, jakie uzyskuje się w wyniku prozdrowotnej polityki, prowadzonej w miejscu pracy. Koszty prewencji technicznej, technologii nieszkodzących zdrowiu pracowników, metod zarządzania ryzykiem w miejscu pracy, właściwego doboru do zawodu i profilaktyki medycznej są w istotnej skali mniejsze od wydatków, spowodowanych wypadkami przy pracy, absencją chorobową i inwalidztwem, niższą produktywnością osób wykonujących prace, a niebędących w dobrym stanie zdrowia. Oczywiście takich wyliczeń jest jednak zauważalna w skali wielkich korporacji i dużych zakładów pracy, nie znajduje jednak swojego przełożenia na dominującą część gospodarki, czyli przedsiębiorstwa małe i średnie. W skali tych przedsiębiorstw dość prosto daje się policzyć koszty bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia pracowników, natomiast wymierność korzyści jest często nieuchwytna. Wynika to ze względu na przejście wielu kosztów świadczeń chorobowych, czy rentowych przez system ubezpieczeniowy, bądź niemożność przewidzenia wielu strat, zwłaszcza w formie kosztów odszkodowań, czy rekompensat, skoro ich przyczyny mogą być zupełnie przypadkowe, wręcz losowe. Inaczej mówiąc, brak stałe warunków do postrzegania ekonomicznej opłacalności troski o zapewnienie higienicznych warunków pracy, a w szerszym zakresie, także eliminowania zagrożeń dla środowiska zewnętrznego, emitowanych w toku działalności gospodarczej. Brakuje także skutecznej motywacji pracowników do wykazywania zainteresowania własnym zdrowiem, w tym także, aby praca odbywała się w zdrowych, higienicznych warunkach.

Równocześnie jednak konieczność ponoszenia wydatków na rzecz bezpiecznej pracy i ochrony zdrowia pracowników, choćby w minimalnym, wymuszonym przepisami zakresie, waży na ogólnym koszcie pracy, obciążonym w obecnych polskich warunkach znacznymi narzutami. Utrzymywanie tej sytuacji także powoduje niekorzystne skutki zdrowotne – tym razem jako wynik wysokiej stopy bezrobocia, nieuchronnej wobec ograniczenia tworzenia nowych miejsc pracy. Nie dziwnym jest zatem, że w toku poszukiwań rozwiązań sprzyjających rozwojowi gospodarstwu będą pały również propozycje ograniczenia skali obciążeń z zakresu ochrony zdrowia pracowników. Bądźmy przygotowani na różny ich zakres i charakter; przykładem problemu może być propozycja ustanowienia dla małych przedsiębiorstw odrębnych, bardziej liberalnych norm najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia. Wbrew może naszym odczuciom, propozycja ta wcale nie jest aż tak kuriozalna, skoro i niektóre koncerty międzynarodowe usiłowały w pakiecie ulg związanych z inwestowa-

niem w naszym kraju uzyskać podobne decyzje, dotyczące warunków pracy w ich przedsiębiorstwach – polskich filiach. Naszym zadaniem – służby medycyny pracy – jest włączenie się w ten tok dyskusji i poszukiwanie racjonalnego kompromisu.

Jedną z takich propozycji wiążemy z wyodrębnieniem, w ramach reformy systemu ubezpieczeń społecznych, składki na ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Uznajemy jako słuszne przewidywane jej zróżnicowanie w zależności od czterech parametrów charakteryzujących bezpieczne i higieniczne warunki pracy, aczkolwiek jest to kolejne rozwiązanie oddziałujące na duże przedsiębiorstwa. Poszukując rozwiązań odpowiednich dla przedsiębiorstw małych, proponujemy rozważenie wprowadzenia modelu skandynawskiego: kontroli wewnętrznej warunków pracy lub nazywając to samo inaczej – metod zarządzania ryzykiem w skali zakładu. Stymulację do wdrożenia takich rozwiązań właśnie w małych przedsiębiorstwach widzimy w innym gospodarowaniu wymienioną składką ubezpieczeniową. Proponujemy, aby przede wszystkim zmienić obecny sposób określania i poboru składki, gdyż ma ona charakter raczej podatkowy, niż ubezpieczeniowy. Zakładając zbilansowanie wpływów składkowych i wypłacanych rekompensat, nie znajduje uzasadnienia administrowanie tym wycinkiem ubezpieczenia społecznego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Uzasadnione jest poszukiwanie rozwiązań w odrębnej instytucji zarządzanej przez pracodawców (czyli płatników składek), której głównym celem, oprócz zarządzania składką, byłoby wykonywanie zadań konsultacyjnych na rzecz pracodawców, jak ograniczać ryzyko poprzez poprawę warunków pracy i ochronę zdrowia pracowników. Sądymy, że służba medycyny pracy jest kompetentna do wsparcia konsultacyjnego tak projektowanej struktury.

Uwaga, jaką przywiązujemy do wykorzystania mechanizmów ubezpieczeniowych w ochronie zdrowia pracujących wynika też z przekonania, że właśnie w ten sposób można stworzyć przynajmniej załóżki systemu wspomagającego ochronę zdrowia osób wykonujących pracę indywidualnie lub w przedsiębiorstwach rodzinnych, czyli osób tzw. samozatrudniających się. Rozwiązanie tego problemu, narastającego w szybkim tempie, wymaga zupełnie innych pomysłów, aniżeli dominujący dziś sposób sterowania poprzez normatywy i kontrole.

Jest oczywiste, że wdrażanie jakichkolwiek zmian powoduje trudności. Oprócz przykładów pozytywnych, mamy do czynienia również z postawami nagannymi, lekceważeniem obowiązków i nawet omijaniem prawa. Zjawisko to występuje po każdej stronie systemu. Po stronie pracodawców występują takie zjawiska, jak brak wiedzy o obowiązujących przepisach i wymaganiach, chęć zmniejszenia kosztów badań, nawet za cenę złej ich jakości, zlecenie wykonywania badań profilaktycznych lekarzom bez uprawnień, a nawet sytuacje tak naganne, jak wywieranie nacisku na wykonywanie badań lekarskich poza zakresem uzasadnionym profilaktyką, np. oczekiwanie wykonania przez lekarza badań w ce-

lu stwierdzenia, czy pracownica (kandydatka na pracownicę) jest w ciąży.

Zależność finansowa jednostek służby medycyny pracy (za wykonywanie badań płaci przecież pracodawca) powoduje też niekorzystne zachowania po stronie pracowników medycznych. Należą do nich, na przykład, wykonywanie badań profilaktycznych bez znajomości stanowiska pracy danego pracującego i przy lekceważeniu informacji pochodzących z wywiadu zawodowego, czy rutynowe zlecenie zbędnych badań laboratoryjnych i konsultacji „na wszelki wypadek”. Nie bez znaczenia jest także wykorzystanie stworzonej „furtki” dla lekarzy rodzinnych, których świadczenia wychodzą nieraz daleko poza mało precyzyjną granicę „pracowników wykonujących prace w warunkach braku czynników szkodliwych i uciążliwych”.

Stopniowa stabilizacja podmiotów gospodarczych powoduje, że coraz więcej pracodawców nie jest zainteresowanych uzyskaniem kiepskich świadczeń za niską cenę nie mówiąc już o kiepskich świadczeniach za cenę wysoką. Firmy planujące długofalowo swoją działalność zdają sobie sprawę z tego, że nakłady na opiekę zdrowotną dla swoich pracowników stanowić mogą korzystną inwestycję, że „dobre zdrowie to dobry interes”. Tym pracodawcom jest potrzebna informacja, które jednostki służby medycyny pracy zapewniają odpowiednio wysoką jakość świadczeń. Potrzebne jest zatem uruchomienie procesu zarządzania jakością świadczeń służby medycyny pracy, przez wprowadzenie auditów zewnętrznych lekarzy, uprawnionych do badań profilaktycznych i akredytacji jednostek służby medycyny pracy. Jest to zadanie dla instytutów medycyny pracy, dla Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, a także dla wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, jeśli zechcą uznać zarządzanie jakością świadczeń na swoim terenie za swoje główne i podstawowe zadanie.

Skoro poruszyliśmy zagadnienie jakości świadczeń służby medycyny pracy trudno pominąć najważniejszy aspekt jakości: jest nią zakres wiedzy i umiejętności personelu, w tym przede wszystkim lekarzy. W ubiegłym roku podjęta została przez Ministra Zdrowia ważna decyzja: wprowadzono nową listę specjalizacji lekarskich i nowy tok ich uzyskiwania. Medycyna pracy została uznana za jedną ze specjalizacji głównych, co przyjęliśmy z satysfakcją. Decyzja ta pozwalała na rekrutację kandydatów do naszej specjalności w warunkach wyboru podstawowego i tylko od dobrze zorganizowanego procesu kształcenia zależą teraz jego efekty. Jaki to ma być proces? Jakie objąć treści kształcenia i jakie formy? Postawienie tego pytania może wydać się dziwne, skoro udało się, między innymi wysiłkiem Krajowego Specjalisty w Dziedzinie Medycyny Pracy, doprowadzić do ukształtowania nowego programu specjalizacji i dokonania wyboru jednostek, które uzyskały uprawnienia do prowadzenia specjalizacji. A mimo to czeka nas włączenie się w nurt dyskusji, jaka rozwija się w Europie Zachodniej, gdzie w wielu krajach stawia się kolejny raz pytanie o kształt systemu ochrony zdrowia pracujących oraz o miejsce i rolę lekarza w tym syste-

mie. Przypomnę początkowy fragment mojego wystąpienia: aktualny model ochrony zdrowia pracujących jest oparty na koncepcji współpracy przedstawicieli wielu dziedzin i wielu dyscyplin. Jest w tym procesie pewna nieufność wobec dzisiejszego systemu, gdyż nie radzi on sobie dostatecznie efektywnie z nowymi problemami, jakie stwarzają nowe zawody oraz nowe stanowiska pracy i sposoby wykonywania pracy. Współczesna medycyna pracy staje często bezradna wobec oceny narażenia, wynikającego, na przykład, z pracy wykonywanej „na odległość”, w dzielonym czasie pracy, zróżnicowanej pod względem charakteru czynności składających się na „dzień roboczy”, zagrożeń mających źródło w stresie (z różnego powodu), pośpiechu, ustaleniu wysokich kryteriów dokładności i jakości. Są to przykłady nowych uwarunkowań pracy, które wymagają interdyscyplinarnego zespołu fachowców; właśnie takie zespołowe podejście jest postulowane jako sposób na poradzenie sobie z interpretacją warunków pracy i zaprogramowaniem adekwatnego modelu prewencji.

Czy można zarysowany trend interpretować jako postępujące „odmedycynienie” ochrony zdrowia pracujących? Czy przejawem tego zjawiska jest też odchodzenie pojęciowe od systemu organizacyjnego „medycyny pracy” (occupational medicine services) na rzecz systemu służącego „zdrowiu pracujących” (occupational health services)?

Niepokój i oczekiwania w tym względzie sformułował w 1999 r. tzw. Komitet Sterujący działający przy Komisji Europejskiej. Otwarcie stawia się pytania: Czy lekarz – obciążony tradycją zawodu – powinien nadal pretendować do roli lidera takiego wielodyscyplinarnego zespołu ukierunkowanego na wielorakie formy prewencji? A jeśli nie on, to kto, przedstawiciel jakiej grupy zawodowej? A jeśli lekarz – to przecież inne powinno być jego kształcenie i specjalizowanie, najogólniej mówiąc – uzbrajające go w wiedzę i umiejętności współpracy z innymi partnerami. Nie sądzę, aby wystarczyła sama nasza obecność i udział w dyskusji nad taką koncepcją kształcenia, bez prób własnych rozwiązań, w których powinniśmy wskazać – w ramach służby medycyny pracy – miejsce dla innych specjalistów, na początek w dziedzinach najbardziej oczywistych: psychologów, ergonomistów, higienistów pracy. Jednym z rozwiązań mogłaby być też wcale nie nowa myśl, aby połączyć strukturalnie zadania pionu higieny pracy Inspekcji Sanitarnej i służby medycyny pracy. Stwarzałyby to korzystniejsze warunki do oceny ryzyka zawodowego w miejscu pracy i adekwatniejszego do potrzeb programowania działań profilaktycznych. Propozycji tej sprzyja dokonana zmiana charakteru Inspekcji Sanitarnej, która na szczeblu powiatowym stała się organem władz samorządowych. W naturalny sposób zmieniło to priorytety zainteresowania tej inspekcji, odsuwając zagadnienia środowiska pracy na dalszy plan.

Integracji wymaga też działalność orzecznicza w zakresie zdolności do wykonywania pracy. Wykonywanie jej w różnych miejscach, dla różnych celów i różnych instytucji powoduje stosowanie odrębnych, niepokrywających się kryteriów.

Najwyraźniejszym tego przykładem jest funkcjonowanie systemów orzeczniczych o zdolności do wykonywania pracy: odrębnego dla pracodawców, odrębnego dla ubezpieczenia społecznego, i to różnego dla różnych celów, ale również niezależnego orzecznictwa towarzystw ubezpieczeniowych, orzecznictwa wykonywanego dla celów szczególnych, np. jako warunku oceny zdolności do kierowania pojazdami, posługiwania się bronią itp. Różnice w stosowaniu kryteriów, ograniczenie obiektywizmu poprzez uzależnienie organów orzeczniczych, oderwanie orzecznictwa od możliwości stwarzanych przez rehabilitację – to tylko niektóre z zauważalnych mankamentów, w wyniku których podopieczny znów zostaje pozostawiony sam sobie z problemem zdrowotnym lub jest zmuszony dochodzenia swych racji na drodze sądowej. Ze względu na kwalifikacje i doświadczenie pracowników służby medycyny pracy powinniśmy zaoferować również w tym zakresie platformę integracyjną.

Konieczne jest poruszenie jeszcze jednego i chyba najważniejszego problemu, czyli służebności systemu ochrony zdrowia pracujących wobec podopiecznych. Z natury zawodów medycznych powinien wynikać priorytet ich interesów z zakresu zdrowia przed innymi celami i zadaniami postawionymi przed służbą medycyny pracy. Czy faktycznie hierarchia ta jest tak oczywista i realizowana w praktyce? Już sama konstrukcja prawna, dotycząca orzecznictwa lekarskiego w służbie medycyny pracy może powodować wątpliwości. Konstrukcja Kodeksu pracy zakłada, że podjęcie lub kontynuacja pracy wymaga formalnego przyzwolenia lekarza, wyrażonego w stwierdzeniu braku przeciwwskazań zdrowotnych. Zwróćmy uwagę, że formalnie stwierdzenie takie zapada poza wolą podopiecznego czy pacjenta, jest dialogiem lekarza i pracodawcy, aczkolwiek najbardziej odczuwalne skutki – w dzisiejszych warunkach nawet możliwość utraty pracy – są udziałem zainteresowanego pracownika. Przytoczone rozwiązania kontrastują z normami stosowanymi w zachodnich systemach ochrony zdrowia pracujących, sprzeciwiają się bowiem głównej zasadzie – indywidualnej wolności wyboru. Nie mogą być one utrzymane, jeśli chcemy poważnie traktować partnerstwo pracowników – czy szerzej, pracujących – w działaniach na rzecz zdrowia.

Strategie działań prozdrowotnych w krajach wysoko rozwiniętych podkreślają znaczenie promocji zdrowia. Jest to idea, która z trudem przebija się do powszechnej świadomości, a która zakłada osiąganie celów poprzez aktywność poszczególnych osób, aktywność skierowaną na rozwijanie i umacnianie pozytywnych czynników zdrowia. Nie przypadkowo ten sposób podejścia akcentuje nie tyle zgodność z pewnymi wzorcami, co promowanie pewnego sposobu – mówimy nawet: stylu życia – sprzyjającego zdrowiu. Kształtowanie tego stylu życia jest już sprawą złożoną: zakłada konieczność dysponowania wiedzą i motywacją, godzenie tradycji i nowych sposobów postępowania. Takie rozumienie idei promocji zdrowia zakłada wcale niemałą rolę systemu medycznego – rolę polegającą nie na wykonawstwie „za innych”, ale na fachowym wsparciu osób, grup społecznych czy

instytucji w działaniach służących zdrowiu. W naszym przypadku – służby medycyny pracy – będzie to sugerowanie i wspieranie działań odpowiednich do warunków, w jakich odbywa się praca. Każda praca, niekoniecznie ograniczona formalnie podpisaną umową o jej wykonanie.

Hasło Zjazdu: „Umacnianie zdrowia pracujących celem polskiej medycyny pracy” jest więc podkreśleniem konieczności wdrożenia nowego sposobu rozwiązywania problemów zdrowia pracujących, sposobu mniej podkreślającego bezpośrednią ingerencję, co polegającego na udostępnianiu wszystkim partnerom w systemie ochrony zdrowia pracujących swoistego know how w zakresie wyboru form i metod sprzyjających zdrowiu.

Przedstawiając powyższe problemy mam intencję udowodnienia, że system organizacyjny ochrony zdrowia pracujących jest systemem dynamicznym, ciągle zmieniającym się i wymagającym poszukiwania coraz to nowych rozwiązań i metod działania. W naszych, polskich warunkach, udowodniłoby się, że potrafimy sami dokonać skutecznych przekształceń. Zmiany w otoczeniu gospodarczym spowodowały konieczność stworzenia innego modelu ochrony zdrowia pracujących i dokonując niezbędnych zmian wyprzedziliśmy o ponad rok reformę powszechnej służby zdrowia. Nie stało się przypadkiem odejście od modelu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pracownikami opartego na strukturach przychodni, tworzonych przy zakładach pracy, choć miał on swoje zalety, np. ze względu na stwarzanie warunków sprzyjających pracy zespołowej personelu medycznego i jego współdziałania ze służbami zakładowymi. Pozostawiał natomiast poza możliwościami wykonywania profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników małych zakładów pracy, co w nowych warunkach gospodarczych dotyczyłoby już ok. 96% podmiotów gospodarczych. Trzeba o tych uwarunkowaniach pamiętać, nawet mając na względzie niedostatki i ułomności funkcjonowania nowego systemu służby medycyny pracy, funkcjonującego w strukturach mniej zwartych organizacyjnie, a nawet w znacznej części opartego na aktywności indywidualnej.

Wyrażam przekonanie, że osiągnięcia i doświadczenia polskiej medycyny pracy dają gwarancję, że sprostamy również nowym wyzwaniom. Droga do ich rozwiązywania wiedzie przecież nie poprzez odwzorowania, bo nie ma nigdzie takiego uniwersalnego wzorca. Konieczny jest twórczy, intelektualny wkład w tworzenie nowych wartości, nowych modeli, czy stawianie nowych hipotez badawczych.

Miejsce służby medycyny pracy rysuje się dość wyraźnie: będzie to integralna część przyszłego, wielospecjalistycznego systemu ochrony zdrowia pracujących – systemu, który podobnie jak i wiele innych struktur przestanie być strukturą państwową, stwarzając pole dla aktywności innych autonomicznych organizacji. Jest to – jak się wydaje – nieuchronna konsekwencja postępującej prywatyzacji, zarówno w gospodarce, jak również w służbie zdrowia. Powinniśmy wyciągnąć wnioski z tak zarysowanej perspektywy, także dla naszego Towarzystwa. Wydaje się więc zasadne, aby

powtórzyć znane już nasze stanowisko: jesteśmy gotowi przejść od administracji służby zdrowia i wziąć na siebie ciężar i odpowiedzialność za organizację i jakość kształcenia podyplomowego, w tym szczególnie za proces specjalizowania się w medycynie pracy, za ustalanie standardów postępowania w zakresie oceny ryzyka zawodowego i programowania skutecznej prewencji oraz za zarządzanie jakością udzielanych świadczeń. Mamy prawo sądzić, że podobne inicjatywy będą wysuwane również ze strony innych medycznych towarzystw naukowych. Znamy już pierwsze inicjatywy w tym zakresie.

Sformułowanie takiego postulatu nie byłoby możliwe, gdyby nasza działalność nie była już obecnie oparta na szerokim współdziałaniu z wieloma partnerami, działającymi w obszarze ochrony zdrowia pracujących, partnerami krajowymi i zagranicznymi.

Jest okazja, aby za taką owocną i twórczą współpracę podziękować. Dlatego w sposób szczególny dziękuję:

- przedstawicielom Parlamentu, w tym sprawującemu Patronat Honorowy Marszałkowi Sejmu Panu Maciejowi Płażyńskiemu i Wicemarszałkowi Stanisławowi Zającowi,

- Radzie Ochrony Pracy, działającej przy Prezydium Sejmu; dzięki zainteresowaniu tego Gremium istnieje możliwość prezentacji wielu naszych problemów i – co ważniejsze – pozyskiwania sojuszników do ich rozwiązywania,

- Ministrom i pracownikom ministerstw: Zdrowia oraz Pracy i Polityki Społecznej,

- Kierownictwom i pracownikom Inspekcji Sanitarnej i Państwowej Inspekcji Pracy.

Szczególne miejsce w naszej współpracy zajmują związki zawodowe i związki pracodawców, dlatego do ich przedstawicieli kieruję wyrazy szacunku i podziękowania za współpracę. Godzi się podkreślić coraz większą zbieżność w ocenach sytuacji i poszukiwaniu sposobów rozwiązywania poszczególnych problemów. Do naszych sprzymierzeńców należą także władze naszych samorządów zawodowych: Izby Lekarskiej i Izby Pielęgniarek i Położnych.

Składam też podziękowania wszystkim sojusznikom szczebla lokalnego, współpracownikom oddziałów Towarzystwa i ośrodków medycyny pracy.

Mam nadzieję, że rozpoczęty właśnie IX Krajowy Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy będzie znaczącym wydarzeniem dla zaprezentowania nowych osiągnięć badawczych, sprzyjających zdrowiu pracujących, popularyzacji wiedzy i samej dyscypliny, twórczego poszukiwania nowych rozwiązań praktycznych. Wszyscy tego oczekujemy, a wobec tego osiągnięcie takiego celu jest możliwe.

Adres autora: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź

Nadesłano: 19.04.2001

Zatwierdzono: 15.05.2001