

Dr Małgorzata Paszkowska

Katedra Prawa
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych

Wprowadzenie

Podstawowym problemem polityki zdrowotnej w każdym państwie jest finansowanie ochrony zdrowia. Głównymi źródłami finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce są:

- powszechne ubezpieczenie zdrowotne,
- budżet państwa,
- opłaty wnoszone bezpośrednio przez pacjentów.

Ubezpieczenie zdrowotne ma podstawowy i dominujący udział w polskim systemie finansowym ochrony zdrowia. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa prawa i obowiązki ubezpieczonego, zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, ustalenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacenia i rozliczenia oraz rewindykacji składek, prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, organizacji i zasady działania NFZ, zasadę nadzoru i kontroli. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 8,75% podstawy wymiaru (docelowo od 1 stycznia 2007 r. 9%). Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu od podatku dochodowego od osób fizycznych, od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych i karty podatkowej.

Z budżetu państwa finansowane są przede wszystkim tzw. świadczenia wysoko specjalistyczne¹, a także np. opieka zdrowotna nad skazanymi oraz programy profilaktyczne. Budżet państwa może dotować szkolenie personelu i inwestycje w SPZOZ.

Trzecim, poza ubezpieczeniem zdrowotnym i budżetem państwa, źródłem finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia jest bezpośrednie płacenie za świadczenia medyczne przez pacjenta. Pacjent płaci przede wszystkim za świadczenia zdrowotne nieprzysługujące mu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (lub finansowane częściowo), np. za leki, usługi stomatologiczne oraz za świadczenia zdrowotne, przysługujące z ubezpieczenia zdrowotnego, do których jego dostępność jest ograniczona (np. czasem oczekiwania)².

Czwartym źródłem finansowania systemu zdrowotnego, jednakże o zdecydowanie mniejszym znaczeniu jak poprzednio wymienione, jest pracodawca i temu źródłu poświęcony jest niniejszy artykuł. Przez pracodawcę należy rozumieć jednostkę organizacyjną, choćby nie posiadała osobowości prawnej, oraz osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one pracowników³. W rezultacie pracodawca musi być stroną zawierającą umowy o pracę lub powinna na jego rzecz być świadczona praca na podstawie powołania, wyboru lub mianowania. Zgodnie z orzecznictwem zatrudnianie przynajmniej jednego pracownika nadaje podmiotowi charak-

¹ Por. rozporządzenie z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

² Szerzej podstawowe źródła finansowania systemu ochrony zdrowia: M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.

³ Art. 3. Kodeksu pracy.

ter pracodawcy. Wszelkie czynności z zakresu prawa pracy za pracodawcę będącego jednostką organizacyjną wykonuje osoba (np. dyrektor ZOZ) lub organ zarządzający (np. zarząd spółki). Pracownikiem jest, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy, osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę⁴. Pracownikiem może być zasadniczo osoba pełnoletnia (ukończone 18 lat), jednakże przepisy Prawa pracy (dział IX k.p.) dopuszczają możliwość pracy młodocianych pracowników. Pracodawcę łączy z pracownikiem specyficzny stosunek prawny – stosunek pracy⁵. Poprzez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Stosunek pracy charakteryzuje się podporządkowaniem pracownika wobec pracodawcy w czasie świadczenia pracy. W rozumieniu Kodeksu pracy pracownikiem nie jest osoba świadcząca pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. zlecenia).

Pracodawca finansuje system zdrowotny na dwóch płaszczyznach:

- medycyny pracy,
- abonamentów medycznych.

Pierwsza grupa świadczeń to zagadnienie znane od lat i dość oczywiste. Ponadto ma charakter powszechny (tj. dotyczy wszystkich pracodawców) i obligatoryjny, ponieważ wynika z przepisów Prawa pracy. Natomiast druga grupa świadczeń zdrowotnych ma charakter bardziej elitarny i jest zjawiskiem stosunkowo nowym w Polsce (występuje od połowy lat 90.). Prywatne abonamenty medyczne to bardzo pręźnie rozwijający się segment rynku usług medycznych.

Finansowanie medycyny pracy

Organizm ludzki w trakcie wykonywania pracy jest narażony na działanie wielu czynników m.in. mechanicznych, psychologicznych i socjologicznych⁶. Czynniki te mają istotny wpływ na zdrowie człowieka, zasadne jest więc powołanie i funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia zajmujących się zdrowiem osób pracujących.

Pojęcie medycyny pracy (z ang. *occupational medicine*) powstało w 1929 r. podczas posiedzenia Międzynarodowego Komitetu ds. Chorób Zawodowych i Higieny Pracy w Londynie. Medycyna pracy jest nauką o współzależności między pracą i zawodem z jednej strony, a człowiekiem, jego zdrowiem i chorobami – z drugiej. Polega ona na badaniu fizycznych i psychicznych reakcji człowieka na pracę i jego otoczenie związane z pracą. Regulacje prawne, dotyczące medycyny pracy w Polsce, znajdują się przede wszystkim w ustawie z 27 czerwca 1997 o służbie medycyny pracy⁷.

W Polsce zadania z zakresu medycyny pracy wykonuje służba medycyny pracy, stanowiąca system organizacyjny, którego podstawowym zadaniem jest profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracującymi. Opieka ta jest uzupełnieniem ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Służbę medycyny pracy stanowią lekarze, pielęgniarki, psycholodzy i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych pracujących w celu ochrony zdrowia przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Organizacja służby medycyny pracy ma dwuszczeblową strukturę. Pierwszy poziom organizacyjny stanowią jednostki podstawowe (lekarze posiadający odpowiednie kwalifikacje, zakłady

⁴ Art. 2. Kodeksu pracy.

⁵ Art. 22. Kodeksu pracy.

⁶ Por. *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, M. Latałski, Czelej, Lublin 2002, s. 270.

⁷ DzU nr 96 z 1997 r., poz. 593.

opieki zdrowotnej lub ich wydzielone części). Drugi poziom stanowią wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Jednostki podstawowe finansowane są przede wszystkim przez pracodawców, natomiast WOMP-y – z budżetu województw.

Zakres zadań właściwych służbie medycyny pracy można podzielić na dwie części. W pierwszej, o charakterze świadczeń medycznych, w ustawie wymieniono m.in. następujące działania:

- wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, przewidzianych w celu oceny możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki,
- orzecznictwo lekarskie przewidziane w przepisach Prawa pracy,
- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie patologii zawodowej,
- monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących, zaliczanych do grup szczególnego ryzyka (np. młodocianych, ciężarnych),
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
- organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach wypadkach, jeśli wystąpiły w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki.

Do drugiego zakresu działań właściwych służbie medycyny pracy, wskazanego w ustawie, należą przedsięwzięcia mające na celu ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz inicjowanie i wspieranie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników. Wskazano tu także bardziej szczegółowe zadania, takie jak:

- rozpoznawanie i ocenę czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy, mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
- rozpoznawanie i ocenę ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych, będących jego następstwem,
- udzielanie pracodawcom i pracującym porad w zakresie pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy.

Z powyższego wynika, że zakres zadań służby medycyny pracy jest rozległy i obejmuje zadania w zakresie niemal wszystkich głównych funkcji w zakresie ochrony zdrowia: promocji zdrowia, profilaktyki i zapobiegania chorobom, realizowania świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych.

W świetle przepisów ustawy zadania w zakresie służby medycyny pracy finansowane są ze środków finansowych różnych podmiotów. Zgodnie z ideą zapisaną w ustawie, służba medycyny pracy ma służyć swoją działalnością wszystkim pracującym, niezależnie od miejsca i rodzaju wykonywania pracy, różnicując jedynie zakres i formy swojej działalności w zależności od oceny stanu zdrowia podopiecznych i stwierdzonego ryzyka zdrowotnego związanego z pracą. Korzystanie ze świadczeń służby medycyny pracy następuje na różnej podstawie, różny jest też zakres świadczeń w części obligatoryjny i w części dobrowolny.

Źródła finansowania świadczeń służby medycyny pracy to:

- finansowanie przez pracodawców – pracodawcy ponoszą koszty badań wstępnych przed przyjęciem do pracy, badań okresowych i kontrolnych oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej, która jest niezbędna ze względu na warunki pracy, a także badań do celów sanitarno-epidemiologicznych (przewidzianych ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach). Pracodawcy ponadto mogą zakupić z własnych środków świadczenia zdrowotne, związane z ograniczeniem szkodliwego wpływu pracy na zdrowie,
- finansowanie ze środków własnych osób zainteresowanych (np. badania kierowców),

- finansowanie ze środków publicznych:
 - a) środki pochodzące z budżetów województw – finansują przede wszystkim działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy oraz działalność prozdrowotną, zawartą w formie programów promocji zdrowia lub zapobiegania i zwalczania określonych chorób. Pokrywają także koszty badań profilaktycznych byłych pracowników, którzy pracowali w warunkach narażenia na czynniki rakotwórcze lub pyły zwłókniające, jeżeli zakład pracy zatrudniający tych pracowników uległ likwidacji,
 - b) dotacje celowe na zadania własne samorządów: udzielanie i organizacja pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach w miejscu pracy, prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie patologii zawodowej, wykonywanie szczepień ochronnych, wykonywanie profilaktycznej opieki zdrowotnej osób świadczących pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności oraz w odniesieniu do kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych oraz doktoranckich, jeżeli istnieje uzasadnienie takiej opieki ze względu na występowanie w czasie toku nauki czynników szkodliwych dla zdrowia.

Kodeks pracy nałożył na pracodawcę i pracownika obowiązek wykonywania lekarskich badań profilaktycznych⁸. Pracodawca ma umożliwić swoim pracownikom wykonanie tego obowiązku i pokryć koszty tego badania, a pracownik jest zobowiązany poddać się badaniu i zastosować do wskazań lekarskich. Każde badanie profilaktyczne musi się zakończyć orzeczeniem lekarskim, stwierdzającym istnienie lub brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy. Bez orzeczenia o braku przeciwwskazań pracodawcy nie wolno dopuścić pracownika do pracy⁹. Reakcją pracodawcy na stwierdzenie przez lekarza przeciwwskazań może być zwolnienie pracownika.

Profilaktyczne badania lekarskie są obowiązkiem zarówno pracodawcy, jak i pracownika. Zakres i częstotliwość badań profilaktycznych, a także tryb wydawania i przechowywania orzeczeń lekarskich, szczegółowo określa rozporządzenie MZiOS z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy¹⁰.

Przepisy kodeksu pracy w art. 229. rozróżniają następujące rodzaje badań profilaktycznych: wstępne, okresowe i kontrolne. Badania wstępne powinny być wykonane:

- przed podjęciem zatrudnienia i rozpoczęciem pracy u danego pracodawcy,
- w przypadku każdorazowej zmiany stanowiska przez pracownika młodocianego,
- w przypadku zmiany przez pracownika stanowiska pracy, jeśli zmiana ta wiąże się z występowaniem w nowym środowisku pracy innych czynników narażenia.

Badania okresowe powinny być wykonywane okresowo, w różnych przedziałach czasu, określonych w zależności od konkretnych narażeń występujących w środowisku pracy oraz od dokonanej oceny stanu zdrowia pracownika. Szczególne przypadki badań okresowych przewiduje art. 229., § 5., pkt 1. Kodeksu pracy, stanowiąc, że pracodawca jest zobowiązany pracownikom zatrudnionym w warunkach narażenia na oddziaływanie substancji rakotwórczych lub pyłów zwłókniających zapewnić badania lekarskie po zaprzestaniu pracy w takich warunkach. Badania kontrolne są szczególnym rodzajem badań, które powinny być wykonane w odniesieniu do tych pracowników, w stosunku do których orzeczono czasową niezdolność do pracy z powodu choroby na czas co najmniej 30 dni. Powrót do pracy tych pracowników wymaga ponownej oceny zdolności do jej wykonywania.

⁸ Por. art. 229. Kodeksu pracy.

⁹ Art. 229., §4 Kodeksu pracy.

¹⁰ DzU nr 69 z 1996 r., poz. 332.

Należy podkreślić, że oprócz wymienionych rodzajów badań profilaktycznych niektóre grupy zawodowe mają obowiązek poddania się jeszcze innym badaniom, koniecznym ze względu na szczególne kryteria zdrowotne, wymagane od zatrudnionych¹¹. Zakres i tryb wykonywania tych badań regulują odrębne przepisy, wydane na podstawie delegacji zawartych w innych ustawach niż Kodeks pracy.

Art. 229. ma ogromne znaczenie praktyczne dla obowiązków pracodawcy w zakresie kontroli zdrowia pracowników. Obowiązki te zostały uregulowane odrębnie w stosunku do pracowników podejmujących pierwszą pracę. Ustawodawca w zakresie obowiązku przeprowadzania badań wstępnych potraktował tak jak pracowników podejmujących pracę po raz pierwszy – pracowników młodocianych, przenoszonych na jakiegokolwiek inne stanowisko pracy, oraz pracowników już zatrudnionych, niebędących pracownikami młodocianymi wówczas, gdy są oni przenoszeni na stanowiska, na których występują czynniki szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia. Badaniom wstępnym nie podlegają jednak osoby przyjmowane ponownie do pracy u danego pracodawcy na to samo stanowisko na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej bezpośrednio po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z tym pracodawcą¹². Oprócz badań wstępnych pracownicy podlegają badaniom okresowym i kontrolnym. Badaniu kontrolnemu musi się poddać pracownik, którego niezdolność do pracy trwała dłużej niż 30 dni. Chodzi w tym przypadku jedynie o niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, a nie np. koniecznością sprawowania opieki nad chorym dzieckiem.

Odmowa poddaniu się takiemu badaniu uzasadnia niedopuszczenie pracownika do pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia, gdy zachowanie pracownika jest jedyną przyczyną tej odmowy, a nawet wypowiedzenie umowy.

Zgodnie z treścią art. 229., § 3. badania okresowe i kontrolne powinny być w miarę możliwości przeprowadzone w godzinach pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Jeżeli dla przeprowadzenia tych badań konieczny jest przejazd pracownika do innej miejscowości, otrzymuje on zwrot kosztów podróży stosownie do postanowień zawartych w tej mierze w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 19 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania oraz wysokości należności przysługujących pracownikowi z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju (DzU nr 151 z 2001 r., poz. 1720)¹³.

Obowiązek pokrywania przez pracodawcę kosztów podróży w celu przeprowadzenia badań nie dotyczy badań wstępnych, które są przeprowadzane przed podjęciem pracy. Natomiast badania wstępne, związane ze zmianą dotychczasowego stanowiska pracy, w każdym wypadku przez młodocianego, oraz w określonych w przepisie art. 229., § 1. sytuacjach w odniesieniu do innych pracowników powinny być z punktu widzenia zwrotu ewentualnych kosztów podróży traktowane tak, jak badania okresowe i kontrolne¹⁴.

Warto pamiętać o tym, że zgodnie z § 5. rozporządzenia z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy w sytuacji, gdy pracownik bądź pracodawca nie zgadzają się z treścią o braku (lub istnieniu) przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku, każdy z nich może w terminie 7 dni od wydania orzeczenia złożyć wnioski o przeprowadzenie powtórnego badania w ośrodku medycyny pracy „wyższego rzędu”. Takie badanie zostaje potwierdzone w ostatecznym już orzeczeniu lekarskim (tzn. nie można się już od niego w taki sposób odwołać).

¹¹ Szerzej rodzaje badań pracowników i zasady ich przeprowadzania: L. Dawydzik, *Ochrona zdrowia pracujących*, Wyd. PZWL, Warszawa 2003.

¹² Por. art. 229., § 1., pkt 2.

¹³ M.T Romer, *Komentarz do art. 229 kp*, Lex Polonica Maxima 2006.

¹⁴ *Ibidem*.

Art. 12., ust. 1. ustawy o służbie medycyny pracy (zwanej dalej u.s.m.p) stanowi, że badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie umowy zawartej przez podmiot zobowiązany do ich zapewnienia z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Ten artykuł określa więc zarówno sposób, w jaki pracodawca ma zapewnić profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, jak i podmiot, któremu pracodawca może powierzyć sprawowanie tej opieki¹⁵. Pracodawca musi zawrzeć umowę o sprawowanie opieki lekarskiej nad pracownikami z podstawową jednostką służby medycyny pracy (czyli z zakładem opieki zdrowotnej lub uprawnionym lekarzem wykonującym indywidualną bądź grupową praktykę lekarską). W art. 3. u.s.m.p. została zagwarantowana niezależność osobom realizującym zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych od pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli oraz innych podmiotów, na których zlecenie realizują zadania tej służby.

Pracodawca przy wyborze podstawowej jednostki służby medycyny pracy musi się porozumieć z przedstawicielami pracowników, którzy zostali wybrani w zakładzie pracy do reprezentowania pracowników w konsultacjach z pracodawcą w sprawach bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracodawca zawiera umowę cywilnoprawną z podstawową jednostką służby medycyny pracy o sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami. Ta umowa powinna określać w szczególności:

- strony umowy oraz osoby objęte świadczeniami z tytułu umowy,
- zakres opieki zdrowotnej, który w odniesieniu do pracowników powinien obejmować co najmniej te rodzaje świadczeń, do których zapewnienia zleceniodawca jest obowiązany na podstawie Kodeksu pracy, ustawy o służbie medycyny pracy oraz przepisów wydanych na ich podstawie,
- warunki i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: sposób rejestracji osób objętych umową, organizację udzielania świadczeń, tryb przekazywania zaświadczeń lekarskich o zdolności do pracy lub nauki oraz sposób podania tych informacji do wiadomości zainteresowanych,
- sposób kontrolowania przez zleceniodawcę wykonywania postanowień umowy,
- obowiązki zleceniodawcy wobec zleceniobiorcy dotyczące:
- przekazywania informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
- zapewnienia udziału w komisji bezpieczeństwa i higieny pracy, która jest powoływana na podstawie art. 237. k.p. w zakładach pracy zatrudniających ponad 250 pracowników,
- zapewnienia możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
- udostępniania dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia,
- wysokość należności, sposób jej ustalania, terminy płatności oraz tryb rozliczeń finansowych,
- dopuszczalność zlecenia osobom trzecim przez zleceniobiorcę niektórych obowiązków wynikających z umowy, a w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich,
- okres, na który została zawarta umowa, z tym że ten okres nie może być krótszy niż rok,
- sposób rozwiązania umowy za wypowiedzeniem oraz powody stanowiące podstawę rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym,

¹⁵ J. Skoczyński, *Komentarz do art. 229 kp*, Lex Polonica Maxima 2006.

- tryb rozstrzygnięcia sporów związanych z realizacją i rozliczeniem finansowym umowy, zwłaszcza w przypadku uchybień stwierdzonych przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy w postępowaniu kontrolnym.¹⁶

Badania profilaktyczne przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę. Zakres badania zależy od rodzaju pracy, którą wykonuje lub ma wykonywać pracownik. Na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarz wydaje orzeczenie o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku. Jeżeli pracownik lub pracodawca nie godzi się z treścią wydanego orzeczenia, może wystąpić w ciągu 7 dni od dnia wydania orzeczenia z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania. Ponowne badanie jest przeprowadzane w wojewódzkim lub międzywojewódzkim ośrodku medycyny pracy, właściwym ze względu na miejsce wykonywania pracy lub siedzibę pracodawcy. Orzeczenie wydane na podstawie ponownego badania jest ostateczne.

Medycyna pracy jest bardzo dochodową dziedziną usług dla jednostek ochrony zdrowia z uwagi na jej ustawowe źródła finansowania. Płatność za badania jest obowiązkowa, bezpośrednia i o realnej wartości (na podstawie wyceny wykonującego). Dominującym źródłem finansowania medycyny pracy jest pracodawca. Koszt badania okresowego pracownika zależy od zakresu badań i podmiotu je wykonującego wynosi od ok. 60 do 150 zł. Badanie okresowe u tego samego pracownika wykonuje się przeciętnie co 2-3 lata. Szczególnie dla „dużych” pracodawców jest to globalnie niemały koszt. Natomiast dla zakładów opieki zdrowotnej jest to znaczący dochód, dlatego też panuje duża konkurencja na rynku usług medycznych z zakresu medycyny pracy.

Abonamenty medyczne dla pracowników

Od lat 90. XX w. na polskim rynku usług medycznych pojawiło się nowo zjawisko. Podstawowy problem stanowi już określenie jego nazwy. Z uwagi na brak fachowej krajowej, literatury na powyższy temat można się posługiwać jedynie nazwami używanymi przez podmioty oferujące przedmiotową usługę. Z wielu nazw funkcjonujących na rynku, pozostających często w bezpośrednim związku z nazwą świadczeniodawcy (np. Enel-Care) czy elitarnym charakterem usług (np. VIP, Gold) dominuje określenie pakiet medyczny czy abonament medyczny. Dla potrzeb niniejszego artykułu opisywana usługa medyczna, oferowana przez NZOZ-y, mająca na celu objęcie pracowników danego zakładu pracy opieką medyczną w zamian za miesięczną (ew. roczną) opłatę, nazywana będzie abonamentem medycznym dla pracowników.

Prywatne ośrodki medyczne, zajmujące się sprzedażą abonamentów w dużych miastach Polski, przeżywają boom. Co roku ich obroty i liczba klientów wzrastają o ok. 20%¹⁷. Pracodawcy coraz częściej wykupują swoim pracownikom pakiet świadczeń zdrowotnych w prywatnej firmie medycznej. Pakiety takie wykupywane są dla części pracowników (np. tylko dla managementu lub jako „premia” dla zasłużonych) albo dla wszystkich. Możliwe jest za dodatkową opłatą objęcie opieką medyczną członków rodziny pracownika, który posiada abonament (opłata za członka rodziny bywa znacznie niższa). Członkowie rodziny to przede wszystkim małżonek lub dziecko, ewentualnie rodzic.

Podstawą prawną świadczenia usług medycznych dla pracowników w analizowanym przypadku będzie umowa cywilna zawarta między pracodawcą a świadczeniodawcą. Świadczeniodawcą może być tylko podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz posiadających w swej ofercie abonamenty medyczne. Będą nim przede wszystkim

¹⁶ Por. art. 12., ust. 2. ustawy o służbie medycyny pracy.

¹⁷ Cytowane za rzecznikiem firmy Medicovert-Marcinem Malinowskim („Gazeta Wyborcza” z 5 września 2006 r.).

kim niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y). Umowa o świadczenie usług medycznych czy też abonamentu medycznego nie jest wprost uregulowana przepisami Kodeksu cywilnego. Ma ona na pewno charakter cywilny, opiera się na równorzędności jej stron i wynika z zasady swobody zawierania umów. Jest to umowa o świadczenie usług i na podstawie art. 750. Kodeksu cywilnego można do niej stosować przepisy o zleceniu¹⁸. Przedmiotem umowy będzie udzielanie w ustalonym zakresie świadczeń zdrowotnych pracownikom danego pracodawcy, ewentualnie członkom ich rodzin. Zakres świadczeń zależy od ustaleń dokonanych przez strony i związany jest z wysokością ponoszonej przez pracodawcę opłaty. Świadczeniodawcy mają w swej ofercie zazwyczaj kilka (najczęściej 3-5) wariantów świadczeń (od podstawowych, najtańszych, obejmujących wąski asortyment usług, do bardzo bogatych, ale najdroższych). Do oferowanych świadczeń należą przede wszystkim:

- podstawowa opieka zdrowotna,
- specjalistyczna opieka zdrowotna,
- diagnostyka medyczna,
- programy profilaktyczne.

Największe różnice dotyczą dostępu do specjalistyki (np. większość pakietów nie obejmuje stomatologii) lub zakresu dostępnych badań diagnostycznych (wykluczenie droższych procedur, np. rezonansu magnetycznego). Należy zaznaczyć, że bardzo rzadko oferowane jest leczenie szpitalne (choć niektórzy oferenci, jak Lux Med i Medicover, planują budowę szpitali, a Enel-Med już go ma).

Do istotnych elementów umowy, poza zakresem świadczeń, należy cena, czyli opłata, którą obowiązany jest płacić pracodawca świadczeniodawcy w określonej kwocie i odstępach czasu. Powinna być wyrażona w kwocie globalnej w złotych polskich (np. 100 zł). Opłata abonamentowa jest najczęściej uiszczana miesięcznie (wydaje się to najatrakcyjniejsze dla pracodawcy ze względów finansowych i organizacyjnych) lub rocznie. Poza określeniem w umowie ceny należy również uregulować zasady jej płatności i ewentualne konsekwencje opóźnień w jej zapłacie (odsetki, kary). Ceny miesięcznych abonamentów wynoszą od 60 zł do 600 zł (przeciętnie 200 zł), zależnie od zakresu świadczeń i podmiotu ich udzielającego. Wpływ na cenę ma również ilość pracowników danego pracodawcy objętych abonamentem (im więcej, tym niższa cena).

Specyficznym dla opisywanej umowy, bardzo istotnym elementem jest określenie zasad dostępności i realizacji świadczeń, np. czy do specjalisty wymagane jest skierowanie, a jeżeli tak, to czy tylko od lekarza świadczeniodawcy, oraz w jakim terminie najpóźniej świadczenie musi być zrealizowane. Niektóre umowy określają też maksymalną częstotliwość korzystania z niektórych usług (np. bardzo drogich badań).

Umowa powinna zawierać zasady rejestracji pacjentów i dokumentowania przez nich uprawnień do świadczeń (w większości pacjenci posługują się plastikowymi kartami identyfikacyjnymi na wzór kart płatniczych). Ponadto, w umowie należy zawrzeć oświadczenia świadczeniodawcy o posiadaniu odpowiedniego (zgodnego z aktualnymi przepisami) personelu, pomieszczeń i sprzętu do udzielania świadczeń oraz o zasadach prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów (na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i rozporządzenia wykonawczego do niej z 2001 r.).

Pod koniec umowy reguluje się zasady jej rozwiązania (przyczyny, termin wypowiedzenia) oraz umieszcza standardowe zapisy o właściwości sądu w sprawach spornych i odwołaniu do stosowania konkretnych przepisów (np. Kodeksu cywilnego, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) w sprawach nieuregulowanych umową. Umowa powinna zostać podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania stron. Dla świadczeniodawcy będą-

¹⁸ Umowa zlecenia uregulowana jest w art.734.-752. Kodeksu cywilnego.

cego NZOZ-em będzie to przede wszystkim jego kierownik (zwany w praktyce dyrektorem) lub inna osoba upoważniona, dla pracodawcy osoba go reprezentująca zgodnie z prawem (zależnie od formy prawnej pracodawcy może to być np. dyrektor lub prezes zarządu itp.)

Umowy o abonamenty medyczne mają często załączniki stanowiące integralne części umowy, których przedmiotem może być: zakres świadczeń, wykaz placówek udzielających świadczenia i ich dane adresowe, wykaz osób i telefonów kontaktowych itd.

Na rynku ogólnopolskim najpopularniejsze centra medyczne, oferujące abonamenty medyczne, to: Enel-Med, Lux Med, LIM, Medicover, natomiast na rynku rzeszowskim: Medyk i Medicor¹⁹. Niektóre z powyższych firm w całości (Medicover) lub w dużej części (LIM) opierają swoją działalność na klientach korporacyjnych, jednakże większość z nich ma również ofertę dla klientów indywidualnych (zarówno abonamentową, jak i doraźną). Klientów indywidualnych przyciąga kontrakt zawarty z NFZ. Współpracują z nim Enel-Med, Lux-Med, LIM, Medyk. Ogólnopolskie firmy medyczne świadczą swe usługi przede wszystkim w dużych miastach, takich jak Warszawa, Kraków, Wrocław czy Poznań. Ich zasięg podmiotowy bywa bardzo duży, np. Medicover obsługuje 3 tys. firm (ok. 150 tys. osób), a Lux Med ma ponad 5 tys. firm²⁰.

Ważną rolę w ofercie abonamentowej odgrywa profilaktyka, co daje wymierne korzyści dla pracodawcy (eliminacja lub skrócenie czasu absencji chorobowych), a nawet dla społeczeństwa (choćby oszczędność kosztów świadczeń z ubezpieczenia społecznego). Abonamenty stanowią ważny element polityki personalnej pracodawcy, jest to bowiem istotny element wynagrodzenia i motywowania pracownika oraz uznania jego pozycji zawodowej. Z uwagi na szybką dostępność świadczeń abonamenty pracownicze ułatwiają organizację procesu pracy szczególnie w aspekcie czasu (pracownik nie czeka cały dzień w kolejce po skierowanie, aby kolejny dzień stracić w kolejce u specjalisty następnym zaś na badanie diagnostyczne).

¹⁹ Centrum Medyczne **LIM** zostało założone w 1991 r. przez grupę szesnastu lekarzy i pielęgniarek zakładowej służby zdrowia Polskich Linii Lotniczych LOT. Byli pierwszą w kraju niepubliczną placówką medyczną, oferującą usługi medyczne zarówno klientom indywidualnym, jak korporacyjnym. W roku 1997 obsłużyli 92 firmy, w 2001 r. – 387. Dziś z ich usług korzysta ponad 600 firm i ponad 160 tys. pacjentów, zarówno tych obsługiwanych w ramach umowy z pracodawcą, jak i indywidualnych. LIM oferuje przedsiębiorstwom kompleksowy system usług medycznych. www.cmlim.pl.

LUX MED działa w Polsce od 1993 r. W tym czasie z lokalnej, warszawskiej placówki medycznej rozwinął się w firmę sieciową, obejmującą swym zasięgiem cały kraj. W całej Polsce z usług LUX MED korzysta 250 tys. pacjentów indywidualnych oraz ponad 175 tys. pacjentów, którymi LUX MED opiekuje się w ramach abonamentów pracowniczych. www.luxmed.pl.

Pomysłodawcą stworzenia Centrum Medycznego **ENEL-MED** jest Adam Rozwadowski -od początku istnienia jego właściciel i Dyrektor Generalny. W pierwszych założeniach miała to być jedynie klinika stomatologiczna, mieszcząca się w budynku na Zaciszu, przy ul. Gilarskiej. Pierwsi pacjenci zostali przyjęci w 1993 r. W połowie lat 90. powstał pomysł rozszerzenia kliniki stomatologicznej o część ogólnomedyczną, a następnie rozwój programu abonamentowej opieki medycznej dla klientów korporacyjnych (programu ENEL-CARE) wymusił na firmie rozszerzenie działalności praktycznie o wszystkie specjalności. www.enel.pl.

MEDICOVER to zintegrowana organizacja opieki zdrowotnej, zatrudniająca personel medyczny i posiadająca Centra medyczne, prowadząca działalność w Polsce, Czechach, na Węgrzech, w Rumunii i Estonii. Firma zapewnia świadczenia profilaktyczne i lecznicze w ramach abonamentu na rzecz ponad 5 tys. klientów korporacyjnych i ponad 140 tys. członków w obrębie Europy Środkowej i Wschodniej. Firma MEDICOVER rozpoczęła działalność w 1995 r. w Warszawie. www.medicover.com.pl.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne **MEDYK** w Rzeszowie zostało zarejestrowane w roku 1995, będąc kontynuacją działalności Centrum Medycznego MEDYK, funkcjonującego od roku 1989. Na przestrzeni lat działalności stopniowo zwiększała się ilość personelu, sprzętu, pomieszczeń oraz świadczonych przez MEDYKA usług. Równolegle miał miejsce stały wzrost liczby pacjentów korzystających z usług Centrum Medycznego. Aktualnie w zespole NZOZ MEDYK współpracuje ze sobą blisko 200 osób, w tym około 120 lekarzy różnych specjalności (jest to największy NZOZ na Podkarpaciu) i zarządza nim kardiolog lek. med. Stanisław Mazur. Firma ma w swej ofercie abonamentową opiekę medyczną dla podkarpackich zakładów pracy. www.medyk.rzeszow.pl.

²⁰ Dane liczbowe pochodzą z artykułu M. Bielickiej, *Trwa koniunktura na usługi medyczne*, „Gazeta Wyborcza” z 5 września 2006 r. www.serwisy.gazeta.pl/wyborcza/.

Podsumowując, należy zauważyć, że większość pakietów prywatnej opieki medycznej obejmuje również medycynę pracy, w związku z czym pracodawca nie musi zawierać osobnej umowy na profilaktyczną opiekę medyczną nad swoimi pracownikami. Ponadto połączenie powyższych usług jest ważnym elementem kształtowania ich cen.

Podsumowanie

Zdrowie pracujących stało się w ostatnich latach ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa. Ustawodawca uznał, że wykonywanie pracy ma wpływ na stan zdrowia pracownika i zobowiązał pracodawcę do jego kontrolowania. Zapewnienie zatrudnionym odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia i życia jest jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy. Pracodawca zgodnie z przepisami Kodeksu pracy ma obowiązek finansowania pracownikom badań z zakresu medycyny pracy, czyli profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników. Badania profilaktyczne pracowników finansowane przez pracodawcę obejmują:

- **wstępne** – służą do kompleksowej oceny stanu zdrowia osób podejmujących naukę zawodu, młodocianych zmieniający stanowiska pracy, kandydatów do pracy i przenoszonych na stanowiska pracy o większej szkodliwości,
- **okresowe** – polegają na kontroli stanu zdrowia pracownika w celu najwcześniejszego wykrycia złego stanu zdrowia, których przyczyną może być praca lub warunki, w których się odbywa,
- **kontrolne** – podlegają im pracownicy powracający do pracy po nieobecności z powodu choroby lub wypadku, trwającej ponad 30 dni.

Ponadto pracodawca finansuje specyficzne badania medycyny pracy, związane z określonymi rodzajami pracy, w tym sanitarno-epidemiologiczne.

Należy też wspomnieć o zaistniałej w ostatnich latach praktyce żądania od przyszłych pracowników dostarczenia badań lekarskich wykonanych na ich koszt jeszcze przed podpisaniem umowy o pracę. Uzasadnia się to brakiem obowiązku finansowania takich badań przez pracodawcę z uwagi na to, że dana osoba nie jest jeszcze pracownikiem. Praktyki takie są niedopuszczalne, gdyż ich celem jest obejście prawa (tj. zasady finansowania badań przez pracodawcę).

Poza samym kosztem badań profilaktycznych pracodawca zobowiązany jest sfinansować koszty dojazdu pracownika na nie do innej miejscowości (traktując go jako podróż służbową). Ponadto pracodawca ponosi koszty pracy pracownika, który jej nie wykonuje w związku z przeprowadzanymi badaniami (pracownik ma bowiem prawo do wynagrodzenia za ten czas).

Stosunkowo nowym zjawiskiem na polskim rynku usług medycznych są abonamenty pracownicze. Pracodawca z własnych środków może wykupić abonament medyczny dla swoich pracowników. Abonament może obejmować zależnie od wariantu różny zakres usług – świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie prywatna opieka medyczna stanowi istotne narzędzie zarządzania zasobami ludzkimi (m.in. jako składnik wynagrodzenia, czynnik motywacyjny, eliminowanie absencji). Pracodawca ponosi koszty jednakże zyski (nie tylko materialne) wydają się znacznie większe. W ujęciu makroekonomicznym zyskuje cały system opieki zdrowotnej (pracownicy objęci opieką płacą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, bo muszą, ale z niej nie korzystają, będąc objętymi prywatną opieką, a ponadto opłaty abonamentowe dofinansowują świadczeniodawców mających też często kontrakt z NFZ, przez co zyskują też pacjenci ubezpieczeni itp.).

Bezspornie rynek usług medycznych w zakresie abonamentów medycznych rozwija się bardzo prężnie i tendencja ta będzie rosła. Dodatkowym bodźcem rozwoju i popularyzacji powyższego segmentu usług mogą być planowane zmiany legislacyjne, które umożliwią (jeżeli wejdą w życie) wliczanie w koszty działalności wydatków ponoszonych przez pracodawcę na opiekę medyczną dla jego pracowników. Koniunktura na rynku medycznym trwa, a gra idzie o kilkanaście miliardów złotych, które Polacy przeznaczają rocznie na prywatną opiekę medyczną.

Literatura

- Bielicka M., *Trwa koniunktura na usługi medyczne*, „Gazeta Wyborcza” z 5 września 2006 r.
Dawydzik L., *Ochrona zdrowia pracujących*, Wyd. PZWL, Warszawa 2003.
Muszalski W., Nałęcz A., Patulski W., *Kodeks pracy z komentarzem*, OdiDK, Gdańsk 2003.
Paszowska M., *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” 2006, nr 3.
Romer M.T., *Komentarz do art. 229 kp*, Lex Polonica Maxima 2006.
Skoczyński J., *Komentarz do art. 229 kp*, Lex Polonica Maxima 2006.
Zdrowie publiczne, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Czelej, Lublin 2002.

Strony internetowe:

www.cmlim.pl.

www.enel.pl.

www.luxmed.pl.

www.medicover.com.pl.

www.medyk.rzeszow.pl.