

Andrzej Boczkowski*

SPOŁECZNE PROBLEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PRACUJĄCYMI

Abstrakt. Znaczna część problemów zdrowotnych – w skali jednostkowej i w skali populacji – ma ważne uwarunkowania społeczne, w tym ekonomiczne. Ich uwzględnianie w istotnej mierze wpływa na skuteczność działań służby medycyny pracy (smp). W szczególności relacje między trzema zbiorowymi podmiotami społecznymi – lekarzami smp, pracownikami i pracodawcami są przestrzenią, w której rodzą się sytuacje problemowe, mające swoje źródła w rozdzwieżeniu między ideowymi założeniami i formalnymi uregulowaniami funkcjonowania smp a rzeczywistymi warunkami jej funkcjonowania.

Dostrzeganie przez lekarzy smp określonych zjawisk, traktowanie ich (bądź nie) w kontekście pozamedycznym jako problemów o społecznej i psychologicznej charakterystyce; sposób ich oceny, postrzeganie przyczyn, konsekwencji ich występowania oraz perspektyw ich rozwiązania lub złagodzenia – stanowią istotne elementy diagnozy smp, funkcjonującej w warunkach polskich na marginesie zarówno systemu medycznego, jak i systemu zdrowia publicznego, regulowanej sformalizowanymi i wysoce nieskutecznymi przepisami prawnymi. Kwestie te, odniesione do kilku sfer społecznego warunkowania smp, były przedmiotem badania socjologicznego wśród lekarzy prowadzących działalność w tym zakresie. Umożliwiło to sporządzenie charakterystyki głównych sytuacji problemowych w funkcjonowaniu tej instytucji zdrowia publicznego, faktycznie utrudniających bądź uniemożliwiających realizację jej statutowych zadań i celów.

Słowa kluczowe: służba medycyny pracy, opieka zdrowotna nad pracownikami, problemy społeczne, legitymizacja systemu opieki zdrowotnej.

1. Wprowadzenie. Organizacyjno-prawne reguły i uwarunkowania opieki zdrowotnej nad pracującymi jako źródła problemów społecznych

Prawną podstawą funkcjonowania służby medycyny pracy w Polsce są zapisy zawarte w ustawach – Kodeksie pracy (*Ustawa z dnia 26 czerwca... 1997a*, rozdz. X) i w aktach wykonawczych do niego, przede wszystkim w *Rozporządzeniu*

* Dr hab., Katedra Socjologii Edukacji, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź.

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy oraz w Ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Jako podstawowe kryterium organizowania i funkcjonowania opieki zdrowotnej nad pracującymi przyjęto (zgodnie z postulatami Międzynarodowego Biura Pracy) zasadę równego traktowania wszystkich kategorii pracowników, we wszystkich rodzajach działalności gospodarczej i wszystkich sektorach własności. Zgodnie z tą zasadą każda osoba mająca status pracownika w rozumieniu Kodeksu pracy podlega profilaktycznej opiece zdrowotnej w miejscu pracy i jest zobowiązana do poddawania się (z określonymi w przepisach: częstotliwością i zakresem) profilaktycznym badaniom lekarskim. Wprowadzono także zasadę udziału pracodawcy w organizowaniu i kosztach ochrony zdrowia pracowników. Zasada ta obliuguje pracodawców do posiadania wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy, informowania pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą i wynikach pomiarów czynników szkodliwych oraz dopuszczania do pracy tylko pracowników posiadających aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku.

Istotne konsekwencje dla sposobu funkcjonowania służby medycyny pracy ma ograniczenie grupy lekarzy, którzy mogą przeprowadzać profilaktyczne badania pracowników, do posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe. Specjalizacja z medycyny pracy daje docelowo najszersze uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników. Szerokie uprawnienia mają też lekarze, którzy mieli co najmniej 6-letni staż pracy w przemysłowej służbie zdrowia i odbyli odpowiedni kurs doskonalący¹. Wprowadzenie wymogu posiadania przez lekarzy odpowiednich kwalifikacji umożliwiających przeprowadzanie badań profilaktycznych pracowników wynika z faktu, że badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) nie jest przeglądem stanu zdrowia, lecz oceną zdolności/ryzyka organizmu do wykonywania pracy w określonych warunkach narażenia zawodowego. Z tego powodu zakłada się potrzebę ukierunkowanego fachowego przygotowania kadr medycznych w dziedzinie medycyny pracy, zwłaszcza w zakresie higieny pracy i patologii zawodowej.

Przebieg badania profilaktycznego podlega standardom określającym procedury i zakres badania. Standard proceduralny zawiera zasadę, że lekarz orzeka na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego i oceny zagrożeń dla życia i zdrowia pracownika występujących na stanowisku pracy. Treść orzeczenia nie może brzmieć inaczej niż: „istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

¹ Lekarze, posiadający specjalizację z medycyny rodzinnej lub ogólnej, mają ograniczone uprawnienia do badania tylko pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których nie występują czynniki ryzyka zawodowego.

zatrudnienia na danym stanowisku” lub „brak przeciwwskazań zdrowotnych do zatrudnienia na danym stanowisku”.

Standard dotyczący zakresu wykonywanego badania profilaktycznego ujęty jest we *Wskazówkach metodycznych do przeprowadzania badań profilaktycznych* (załącznik do wyżej wymienionego rozporządzenia), w których określa się ramowe zasady dotyczące zakresu badań profilaktycznych i częstotliwości ich przeprowadzania oraz podstawowe wytyczne dla planowania i wykonywania badań. Dopuszczalne odstępstwa od wytycznych muszą być zawsze uzasadnione i udokumentowane przez lekarza. Ocena zgodności postępowania w trakcie badania profilaktycznego z wytycznymi zawartymi we *Wskazówkach metodycznych...* jest jednym z głównych elementów kontroli podstawowych jednostek służby medycyny pracy przez nadzór specjalistyczny.

Ustawa o służbie medycyny pracy, poza „tradycyjnymi” formami opieki zdrowotnej nad pracownikami (wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, diagnozowanie i leczenie patologii zawodowej oraz prowadzenie czynnego poradnictwa w tym zakresie, prowadzenie rehabilitacji medycznej ukierunkowanej na niekorzystne skutki zdrowotne warunków pracy oraz gromadzenie i przetwarzanie informacji o stanie zdrowia podopiecznych) wskazuje na potrzebę podejmowania działań o nieco innym charakterze. Chodzi przede wszystkim o:

- działania ograniczające szkodliwy wpływ pracy na zdrowie poprzez rozpoznawanie i ocenę czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy,
- rozpoznawanie i ocenę w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracowników o stwierdzonym ryzyku zawodowym i możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych,
- udzielanie pracodawcom i pracownikom porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy,
- inicjowanie i realizowanie profilaktycznych programów prozdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia pracowników,
- inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji.

Kompetencje służby medycyny pracy są zatem ukierunkowane na szeroki zakres prewencji, co stanowi źródło licznych wątpliwości, dylematów i problemów zarówno w środowisku lekarzy medycyny pracy, jak i wśród podopiecznych pracowników oraz pracodawców, zresztą nie tylko w Polsce (Bradshaw i in. 2001; Philipp, Dodwell 2005; Kinoulty, Williams 2006; Chee Seong Lian, Laing 2007).

W wyniku wprowadzenia zapisami Kodeksu pracy zasady finansowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami przez pracodawców i ścisłego powiązania tej opieki z warunkami panującymi na stanowisku pracy nastąpiło przesunięcie większości świadczeń udzielanych wcześniej w ramach opieki zdrowotnej nad pracownikami do systemu opieki zdrowotnej dla ogółu ludności

finansowanego ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. Odseparowanie działań zapobiegawczych podejmowanych ze względu na niekorzystne warunki środowiska pracy od działalności profilaktycznej i leczniczej pozostającej w kompetencjach systemu opieki zdrowotnej dla ogółu ludności (przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej) stało się – wbrew oczywistym postulatom koncentrowania wiedzy o problemach zdrowotnych i z nimi związanych czynnikach środowiska życia i pracy podopiecznych – źródłem swoistej „dekompozycji” danych o pacjencie. Powstają bowiem równoległe dwie „biografie zdrowotne”, które w przypadku pojawienia się konfliktu między wartościami, takimi jak praca i zdrowie, mogą zawierać odmienne charakterystyki stanu zdrowia i problemów zdrowotnych podopiecznego. Niekorzystnym skutkiem takiej sytuacji jest często nadmiar lub niedobór procedur medycznych, a także błędy diagnostyczne, terapeutyczne i orzecznicze.

Niekorzystne skutki izolacji wiedzy o problemach zdrowotnych pacjentów pozyskiwanej w odrębnie funkcjonujących systemach dostrzegane są także w innych krajach; wszędzie tam, gdzie profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracującymi funkcjonuje niezależnie od opieki zdrowotnej roztaczanej nad całą populacją (Nicholson 1999).

Do minimalnego pakietu profilaktycznych świadczeń zdrowotnych na rzecz pracowników należą:

- trzy rodzaje profilaktycznych badań lekarskich (wstępne, okresowe, kontrolne),
- badanie lekarskie mające na celu orzeczenie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, gdy pracownik zgłasza potrzebę przeprowadzenia takiego badania poza terminami wynikającymi z częstotliwości wykonywania badań okresowych,
- badania celowane lub testy ekspozycyjne, ukierunkowane na wczesną diagnostykę ewentualnych zmian chorobowych (dotyczy pracowników zakładów pracy, w których stwierdzono przypadki choroby zawodowej i tylko tych pracowników, którzy są zatrudnieni na stanowiskach pracy stwarzających podobne zagrożenie),
- monitoring stanu zdrowia (dotyczy pracowników wykonujących pracę w warunkach występowania przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia),
- szkolenie w zakresie ochrony przed zagrożeniami ze wskazaniem na możliwości ograniczania ryzyka zawodowego, jakie wiąże się z wykonywaną pracą (dotyczy pracowników wykonujących pracę w warunkach występowania przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia).

Wszystko to minimalizuje aktywność terapeutyczną, która – o ile nie wiąże się z narażeniami zawodowymi – praktycznie jest odseparowana od systemu opie-

ki zdrowotnej nad pracującymi i pozostaje w gestii ogólnospołecznego systemu opieki zdrowotnej, przede wszystkim zaś – podstawowej opieki zdrowotnej (medycyny rodzinnej). Nie ma ona sprecyzowanego zakresu kompetencji i nie stosuje występujących w innych specjalnościach wykluczeń lub ograniczeń, takich jak np.: wiek, płeć, narząd lub układ. Jest to specjalność medyczna, której zasadniczym atrybutem jest scalanie wiedzy o problemach zdrowotnych i parazdrowotnych z wiedzą o istotnych dla zdrowia warunkach życia i pracy podopiecznych. W centrum uwagi medycyny rodzinnej powinien znajdować się pacjent z jego problemami, a nie choroba.

Zazwyczaj wymienia się sześć atrybutów, których równoczesne stosowanie charakteryzuje właściwe funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej (są to również zasadnicze elementy definicji zadań lekarza rodzinnego).

1. Ciągłość opieki: jeden i ten sam lekarz opiekuje się pacjentem (w idealnych warunkach także rodziną) zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Pozwala to na wytworzenie się w relacji lekarz – pacjent wzajemnego zaufania, niezbędnego dla skuteczności sprawowania opieki i terapii. Ciągłość opieki dotyczy pacjenta, a nie choroby, w której pojawiać się mogą i powinni inni lekarze.

2. Wszechstronność opieki, oznaczająca, że pacjent jest postrzegany nie tylko z biologicznego, ale także z socjologicznego i psychologicznego punktu widzenia. Lekarz rodzinny powinien zatem umieć identyfikować tego rodzaju potrzeby oraz postrzegać podopiecznych i ich problemy w tym kontekście.

3. Koordynacja opieki, oznaczająca, że do głównych zadań lekarza opieki podstawowej należy planowanie opieki nad każdym pacjentem. Lekarz powinien wskazywać inne źródła świadczeń medycznych, niezbędnych do całościowej opieki nad pacjentem – specjalistów innych dziedzin medycyny oraz pozostałe służby medyczne niezwiązane z praktyką lekarza rodzinnego, pełnić dla pacjenta rolę przewodnika po systemie ochrony zdrowia i być swoistym adwokatem pacjenta w jego kontaktach z innymi lekarzami i instytucjami systemu zdrowia.

4. Znajomość środowiska społecznego, w którym żyje i pracuje pacjent. Jej niedostatek znacznie ogranicza możliwości diagnostyczno-terapeutyczne i utrudnia powstawanie właściwych relacji interpersonalnych w sferze opieki zdrowotnej.

5. Profilaktyka, co w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oznacza przede wszystkim rozpoznawanie czynników ryzyka, opóźnianie konsekwencji chorób przewlekłych, promocję zdrowego stylu życia, a także antycypowanie problemów, które mogą mieć wpływ na zdrowie emocjonalne pacjenta i jego rodziny. Do zadań lekarza należy określenie takich czynników ryzyka, jak obciążenie rodzinne oraz przeprowadzanie badań przesiewowych pozwalających wykryć chorobę w jej wczesnym stadium.

6. Rodzina jest społecznością, którą lekarz opieki podstawowej powinien traktować jako zasadnicze otoczenie wpływające na pacjenta. Zadanie lekarza polega na rozpoznaniu wpływu choroby na rodzinę, a także wpływu rodziny na chorobę.

Charakterystyka zasadniczych elementów roli lekarza medycyny pracy i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie pozostawia wątpliwości, co do znaczenia obustronnego przepływu informacji o pacjencie. Bez wiedzy o problemach zdrowotnych identyfikowanych poza miejscem pracy orzeczenia o istnieniu lub braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku mogą zawierać zbytnią jednostronność przesłanek, zaś proces diagnostyczno-terapeutyczny w opiece podstawowej pozbawiony danych o narażeniu zawodowym i związanych z nim problemów zdrowotnych pacjenta jest z pewnością niepełny, a tym samym nie zawsze skuteczny.

Autorzy zachodni sygnalizują pojawiające się coraz częściej zjawisko – słabo eksponowane w polskiej medycynie pracy – sumowania tzw. „domowych” narażeń z czynnikami ryzyka zawodowego. Chodzi o obecność w gospodarstwach domowych, a także w innym, niezawodowym otoczeniu człowieka, rozmaitych środków chemicznych i biologicznych, czynników promieniotwórczych, pól elektromagnetycznych itp., których jednoczesne występowanie także na stanowisku pracy (nawet w warunkach nieprzekraczania dopuszczalnych norm) może w konkretnych przypadkach przekształcać się w znaczące ryzyko zdrowotne. Argument ten wydaje się, że stanowi jedną z ważniejszych przesłanek dla budowania zasad i zakresu współpracy pomiędzy lekarzami, których głównie zadania podlegają na identyfikowaniu zagrożeń zdrowotnych w środowisku życia i pracy podopiecznych (Nicholson 1999; Smith 2005; Heikkinen i in. 2007).

W Polsce istnieją dwa systemy gromadzące dane o wspólnych podopiecznych. Pozyskiwanie tych danych nie podlega jednakowym regułom, a oba systemy funkcjonują odrębnie i niezależnie. Nie jest to sytuacja racjonalna. W opiece podstawowej powinny być informacje o warunkach pracy pacjenta, bowiem mogą zawierać istotne wskazania diagnostyczne i terapeutyczne. Także informacje o wszelkich problemach zdrowotnych pacjenta mogą być znaczące dla prawidłowego orzekania o możliwości wykonywania pracy. Potrzeba wymiany informacji, współpracy obu systemów opieki zdrowotnej wydaje się niezbędna i uzasadniona, co znalazło zresztą potwierdzenie w poglądach samych lekarzy (Makowska-Matuszkiewicz 2001)². Nie można jednak zapominać o konieczności rozstrzygnięcia problemów tkwiących u podstaw obecnych relacji pacjenta z lekarzem medycyny pracy i lekarzem rodzinnym. Można dostrzec tu dwa dylematy.

Pierwszym z nich są różne oczekiwania pacjenta, w zależności od tego, czy zgłasza się on do lekarza rodzinnego, czy do lekarza medycyny pracy. Od lekarza rodzinnego oczekuje głównie pomocy w chorobie, a od lekarza medycyny pracy – uzyskania orzeczenia „o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy”.

² Większość badanych lekarzy medycyny pracy i lekarzy rodzinnych uznała, że wzajemne przekazywanie informacji, zawierających przede wszystkim wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, powinno być obowiązkowe i formalnie uregulowane.

Takie orzeczenie, w myśl sformułowań Kodeksu pracy, jest koniecznym warunkiem kontynuowania zatrudnienia, dlatego – zwłaszcza w warunkach trudnego rynku pracy – silna jest motywacja, aby ukrywać nawet istotne schorzenia, które mogłyby spowodować utratę pracy.

Wydaje się, że tak restrykcyjnie formułowane orzeczenie o przeciwwskazaniu zdrowotnym do wykonywania pracy jest uzasadnione jedynie w przypadkach, gdy w wyniku stwierdzonego schorzenia zachodzi prawdopodobieństwo zagrożenia życia pracownika lub innych osób znajdujących się w jego otoczeniu w czasie wykonywania pracy. Wiąże się to z problemem nierówności w zdrowiu, który wymaga z definicji zróżnicowanego traktowania niejednakowo narażonych zawodowo podmiotów (C o s t a, D' e r r i c o 2006). Regułą powinno być decydowanie przez samych zainteresowanych o możliwości wykonywania pracy. Jest to poważny problem dla służby medycyny pracy, tym bardziej że w większości krajów Unii Europejskiej badania profilaktyczne pracowników traktuje się jako ich prawo, a nie obowiązek. Są oczywiście wyjątki od tej ogólnej zasady, obejmujące sytuacje, w których stan zdrowia determinuje możliwość podjęcia lub kontynuowania pracy ze względu na kryterium zagrożenia życia. Wyjątki te dotyczą jednak sytuacji określonych bardzo dokładnie i odnoszą się tylko do wybranych grup zawodowych, np. do pracowników transportu, ochrony, policji, obsługi instalacji wielkoprzemysłowych itp. Brak takich ograniczeń w polskim prawie i – niestety – także chęć „wyrokowania” za pacjenta pracowników medycznych w praktyce polskiej służby zdrowia powoduje brak zaufania podopiecznych w kontaktach z lekarzami służby medycyny pracy i skłonność do ukrywania ewentualnych schorzeń w trakcie badań profilaktycznych (G u i d o t t i 2007).

Drugim poważnym dylematem jest określenie zakresu prawa pacjenta do poufności informacji medycznej. Jest to szerszy problem, analogiczny do zagadnień poruszanych w toku dyskusji o umiejscowieniu w nośnikach informatycznych danych z historii choroby pacjenta. Problem ten ma aspekty natury etycznej i ekonomicznej zarazem, albowiem – w tym kontekście – powstaje pytanie, na ile odpowiedzialność za zdrowie ma wymiar indywidualny, a na ile odpowiedzialność ta (a więc i związane z nią powinności) jest atrybutem organów władzy państwowej lub samorządowej (H e i k k i n e n i n. 2007).

Kolejnym problemem, który ujawnił się jako konsekwencja systemowych zmian gospodarczych, jest postępująca nierówność w traktowaniu pracy i osób wykonujących pracę. Jedynym prawnym regulatorem stosunków pracy jest w Polsce Kodeks pracy odnoszący się w swoim zakresie wyłącznie do pracy najemnej, czyli wykonywanej w warunkach zatrudnienia opartego na relacji pracodawca – pracownik. Tym samym poza regulacjami Kodeksu pozostaje ogromna grupa osób wykonujących pracę „na własny rachunek”, a więc zarówno „samozatrudniający się” (pracujący indywidualnie lub rodzinnie w gospodarstwach lub

warsztatach pracy), jak i sami pracodawcy – właściciele prywatnych zakładów pracy. Jest to już obecnie większość osób wykonujących pracę w Polsce.

Problem nie dotyczy jedynie – jak sądzi się potocznie – wolnych zawodów, handlu lub rzemiosła. Do coraz powszechniejszych zjawisk należy zastępowanie pracy najemnej (czyli zatrudniania pracowników) umowami cywilnoprawnymi, zawieranymi między podmiotami gospodarczymi. Jeśli np. dotychczasowy drwal, pracownik firmy zajmującej się wyrębem lasów, przestaje być pracownikiem i zaczyna występować w roli samodzielnego podmiotu gospodarczego, przestaje tym samym podlegać przepisom regulującym warunki bezpieczeństwa używanego sprzętu, wymaganiom odzieży ochronnej, czasu pracy, profilaktycznej opieki zdrowotnej itp. Albowiem przepisy Kodeksu pracy określają warunki pracy, jakie ma zapewnić pracodawca oraz zasady, jakie przy wykonywaniu pracy dla zapewnienia bezpieczeństwa ma zastosować pracownik. Osoba „samozatrudniająca się” przechodzi do sektora prywatnej działalności gospodarczej niepodlegającego kodeksowym przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy, a także obowiązkowej profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej ze względu na warunki pracy. W takiej sytuacji znajdują się w szczególności polscy rolnicy indywidualni, co stanowi wymowną ilustrację zaniedbań w opiece zdrowotnej tej grupy pracujących.

2. Społeczne problemy opieki zdrowotnej nad pracownikami w oczach lekarzy medycyny pracy

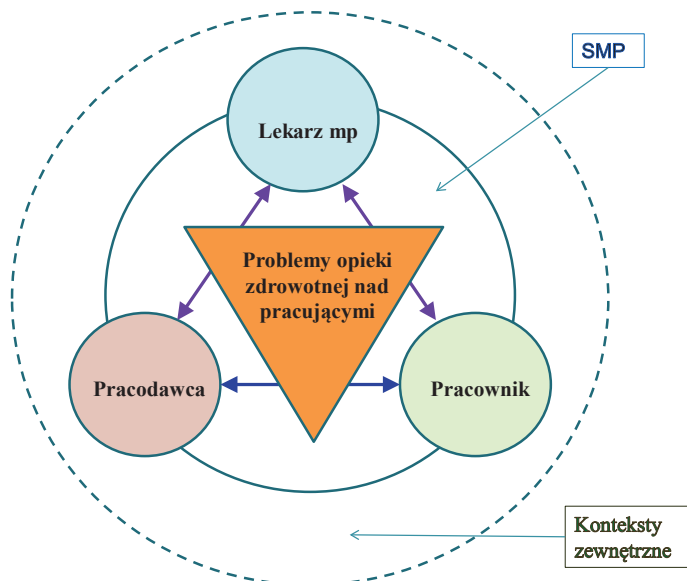
Ujęta schematycznie na rys. 1 przestrzeń problemów opieki zdrowotnej nad pracującymi wyznaczana jest przez trzy grupy relacji między głównymi podmiotami zbiorowymi, z jednej strony uwikłanymi w działalność smp, z drugiej zaś – funkcjonującymi w różnych zewnętrznych kontekstach. W przypadku lekarzy i pracowników jest to w szczególności niezwiązany z pracą kontekst zdrowotny, zaś w przypadku pracodawców – głównie kontekst ekonomiczno-finansowy.

W funkcjonowaniu służby medycyny pracy można wskazać cztery obszary generujące problemy o społecznym, pozamedycznym charakterze:

- 1) formalna i merytoryczna izolacja od podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) restryktywność i uprzedmiotowienie podopiecznych,
- 3) nieobejmowanie znacznej części populacji pracujących,
- 4) niewykonywanie istotnej części zadań statutowych.

W dalszej części artykułu najwięcej miejsca poświęcono czwartemu obszarowi problemowemu, przyjmując perspektywę jednego z trzech podmiotów – lekarzy medycyny pracy.

Rysunek 1. Strefa problemowa opieki zdrowotnej nad pracownikami



Źródło: opracowanie własne.

Dostrzeżenie przez lekarzy smp określonych zjawisk, traktowanie ich (bądź nie) jako problemów, postrzeganie przyczyn, kontekstu i konsekwencji ich występowania oraz perspektyw ich rozwiązania lub złagodzenia – badane były w ramach projektu badawczego dotyczącego przyczyn i kontekstu istotnych społecznych problemów funkcjonowania służby medycyny pracy (badanie przeprowadzone jesienią 2008 r., ankieta pocztowa, zrealizowana próba 1017 lekarzy, zwrotność 13%).

Można wyodrębnić, za M. Fieldem, cztery dziedziny społecznego działania, dzięki którym możliwe jest funkcjonowanie służby medycyny pracy, są to strefy:

- 1) rekrutacji, selekcji i kształcenia personelu służby medycyny pracy,
- 2) prac badawczych i wykorzystywania wiedzy naukowej,
- 3) finansowania służby medycyny pracy,

4) legitymizacji – obejmująca przepisy prawne regulujące funkcjonowanie smp oraz akceptację jej funkcjonowania przez pracowników i pracodawców (Field 1976).

W sferach tych mogą występować różne problemy – negatywne zjawiska zakłócające opiekę zdrowotną nad pracownikami, utrudniające bądź nawet uniemożliwiające realizację statutowych zadań smp.

W omawianej w tym artykule części badania respondenci pytani byli po pierwsze o to, czy dostrzegają problemy generowane w czterech sferach uwarunkowań funkcjonowania smp, po drugie – o przykłady problemów w poszczególnych sferach, a po trzecie – o opinię na temat instytucjonalnej lokalizacji przyczyn, konsekwencji i perspektyw rozwiązania (złagodzenia) tych problemów.

Jako problemy związane z kształceniem, szkoleniami i rekrutacją wymieniane były takie kwestie, jak „za mały kontakt z WOMP”³ (lekarze medycyny pracy niewystarczająco współpracują z placówkami mającymi pełnić funkcję nie tylko nadzorcze, ale także rolę zaplecza merytorycznego, konsultacyjnego) lub problem współpracy z lekarzami rodzinnymi, związany z merytorycznym nieprzygotowaniem do takiej współpracy, zresztą po obu stronach tej relacji. W kształceniu „w zakresie służby medycyny pracy” uczestniczą osoby niewykazujące chęci lub zainteresowania tym kierunkiem działalności zawodowej (problem kryteriów i faktycznego przebiegu rekrutacji specjalizacyjnej). Wiąże się z tym kwestia specjalizowania się z medycyny pracy przez osoby posiadające inne specjalizacje – nierzadko są one dla tych osób ważniejsze, a specjalizacja z medycyny pracy bywa traktowana tylko jako narzędzie powiększania dochodów. Konsekwencją tego jest dość częsty brak znajomości wpływu szkodliwego oddziaływania warunków pracy na zdrowie pracowników, także u lekarzy, którzy nabyli uprawnienia do badań profilaktycznych nie mając specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy. Ci ostatni prezentują generalnie bardzo niski poziom znajomości problemów służby medycyny pracy i często zaniżają ceny usług.

W odniesieniu do sfery badań i wykorzystywania wiedzy naukowej respondenci podkreślali utrudniony dostęp do wyników najnowszych prac badawczych z zakresu medycyny pracy, problemy z dostępem do literatury fachowej (za mało dostępnych publikacji, a informacje uzyskiwane na konferencjach są na ogół dość pobieżne, nie spełniają oczekiwań). Wskazywali również na trudny dostęp do instytutów medycyny pracy oraz to, że zapadające tam decyzje dotyczące orzeczenia choroby zawodowej u pracowników są zbyt często negatywne.

Jeśli chodzi o finansowanie opieki zdrowotnej nad pracownikami, to zdaniem respondentów pracodawcy dążą do zminimalizowania w praktyce tego, co nakazuje Kodeks pracy, działalność lekarza medycyny pracy sprowadzają do formalnego wypełniania zaświadczeń o zdolności do pracy, co wiąże się oczywiście z jak najdalej idącym zmniejszaniem kosztów. W szczególności pracodawcy nie chcą finansować badań wstępnych tam, gdzie ma miejsce duża rotacja pracowników (zatrudnianie wciąż nowych), jak również badań dodatkowych, specjalistycznych. Te ostatnie należy dofinansować z budżetu państwa, ponieważ mogą przyczynić się do zdiagnozowania np. chorób cywilizacyjnych równie groźnych, jak choroby zawodowe. Zawężenie diagnostyki do badań podstawowych uniemożliwia sprawną pomoc w zakresie zagrożeń, które przy ogólnie

³ Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.

trudnym dostępie do opieki zdrowotnej mogą owocować w przyszłości chorobami przewlekłymi. Tymczasem np. małym zakładom pracy brakuje środków na badanie specjalistyczne. Jeżeli państwo wymaga badań pracowników, nie powinno obciążać pracodawców całkowitymi kosztami tych badań. A w ogóle „finansowana powinna być opieka nad zakładem pracy, a nie pojedyncze badania profilaktyczne”.

W istniejących uwarunkowaniach lekarz bardziej wykwalifikowany i rzetelny zawsze przegra z lekarzem mniej przygotowanym zawodowo i/lub mniej rzetelnym, ale tańszym. Ci drudzy potrafią również zaniżyć ceny świadczeń – „jeżdżą z pieczętką do zakładu pracy lub podbijają hurtem na miejscu”.

Odnosząc się do problemów w sferze przepisów prawnych, badani stwierdzali, że przepisów jest za dużo, formułowane są wieloznacznie, za często się zmieniają są sprzeczne z poprzednio obowiązującymi. W ogólności obecne przepisy nie są dostosowane do rzeczywistej sytuacji pracodawców, gdyż nie ma wyraźnych kryteriów zdrowotnych dopuszczania bądź niedopuszczania pracownika do pracy na określonym stanowisku. Ujmując rzecz całościowo, jedna z osób badanych stwierdziła: „W obecnym stanie prawnym i organizacyjnym służby medycyny pracy nie ma opieki zdrowotnej nad pracownikami. Sporadyczny, raz na kilka lat kontakt lekarza z pracownikiem nie można nazwać taką opieką”.

Problemy w poszczególnych sferach zasilania służby medycyny pracy dostrzegano od 37 do 59% respondentów, najwięcej – w sferze rekrutacji i selekcji do smp, najmniej – w sferze prac badawczych i wykorzystywania wiedzy naukowej. Istotne problemy w pozostałych dwóch sferach dostrzegano 50% badanych lekarzy medycyny pracy.

Podstawowe wskaźniki ilościowe, przedstawione w tab. 1–3, można podsumować następująco:

1) postrzeganie problemów dzieli badaną kategorię społeczno-zawodową na dwie porównywalne pod względem liczebności podkategorie: „obojętnych” (nie wskazujących problemów), „zaangażowanych” (deklarujących świadomość istnienia różnych problemów);

2) przyczyny problemów związane są przede wszystkim z działalnością centralnych instytucji państwowych i lokalnych ośrodków decyzyjnych. Według respondentów działalność stowarzyszeń profesjonalnych i nieformalnych grup nacisku oraz placówek smp i ich personelu przyczynia się do powstawania problemów w znacznie mniejszym stopniu;

3) według badanych problemy występujące w poszczególnych sferach funkcjonowania smp w największym stopniu obciążają pracowników i lekarzy smp;

4) według badanych rozwiązanie lub złagodzenie problemów jest w gestii przede wszystkim centralnych instytucji państwowych; rola pozostałych instytucji jest bardzo zróżnicowana – zależy od sfery funkcjonowania smp.

Tabela 1. Lokalizacja przyczyn problemów związanych głównie z działaniem lub brakiem działania różnych instytucji (% osób, które dostrzegają problemy w poszczególnych sferach)

Sfera	Centralne instytucje państwowe	Lokalne (państwowe i samorządowe) ośrodki decyzyjne	Stowarzyszenia profesjonalne, nieformalne grupy środowiskowe (lobbing)	Poszczególne jednostki smp oraz personel smp
Rekrutacja i selekcja do smp, także kształcenie i szkolenie personelu	45	13	17	21
Prace badawcze oraz korzystanie w praktyce smp z wiedzy naukowej w zakresie medycyny pracy	34	19	19	15
Finansowanie służby medycyny pracy	65	30	21	16
Przepisy prawne regulujące funkcjonowanie smp	80	25	25	8
Średnia	56	22	21	15

U w a g a: średnia jest zaokrąglona do rzędu jedności.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Tabela 2. Konsekwencje problemów dla zainteresowanych podmiotów (% osób, które dostrzegają problemy w poszczególnych sferach)

Sfera	Pracownicy	Pracodawcy	Lekarze medycyny pracy	Lekarze w ogóle
Rekrutacja i selekcja do smp, także kształcenie i szkolenie personelu	24	13	31	11
Prace badawcze oraz korzystanie w praktyce smp z wiedzy naukowej w zakresie medycyny pracy	22	15	45	11
Finansowanie służby medycyny pracy	49	29	40	11
Przepisy prawne regulujące funkcjonowanie smp	42	30	39	8
Średnia	34	22	39	10

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Tabela 3. Lokalizacja możliwości rozwiązania/złagodzenia problemów

Sfera	Centralne instytucje państwowe	Lokalne (państwowe i samorządowe) ośrodki decyzyjne	Stowarzyszenia profesjonalne, nieformalne grupy środowiskowe (lobbying)	Poszczególne jednostki smp oraz personel smp
Rekrutacja i selekcja do smp, także kształcenie i szkolenie personelu	56	24	32	25
Prace badawcze oraz korzystanie w praktyce smp z wiedzy naukowej w zakresie medycyny pracy	57	30	28	34
Finansowanie służby medycyny pracy	73	43	24	14
Przepisy prawne regulujące funkcjonowanie smp	86	36	33	17
Średnia	68	33	29	23

U w a g a: jak do tab. 1.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Specjalna część kwestionariusza zastosowanego w omawianym badaniu dotyczyła obszarów problemowych wiążących się z tym aspektem sfery legitymizacyjnej, który dotyczy, ogólnie biorąc, akceptacji przez pracowników i pracodawców obowiązującego ustawowo sposobu funkcjonowania smp. Wyróżnione zostały cztery zagadnienia.

1. Konfrontacja interesów pracowników, pracodawców i lekarzy w sferze ochrony zdrowia pracowników.

2. Oczekiwania pracowników i pracodawców pod adresem lekarzy smp.

3. Problematyka dostępności i zakresu świadczeń w ramach opieki zdrowotnej nad pracownikami.

4. Współdecydowanie pracodawców i pracowników o wykonywaniu pracy mimo przeciwwskazań zdrowotnych.

2.1. Zbieżność/rozbieżność interesów pracowników, pracodawców i lekarzy smp w dziedzinie ochrony zdrowia pracowników

Ponad 2/3 respondentów (68%) twierdzi, że interesy pracowników i pracodawców w tej dziedzinie są częściowo (61%) bądź całkowicie (6%) rozbieżne. Niespełna 1/3 (32%) twierdzi, że są całkowicie zbieżne.

Ponad połowa respondentów (51%) twierdzi, że interesy pracowników i lekarzy smp są częściowo zbieżne, częściowo rozbieżne; 45% twierdzi, że są całkowicie zbieżne.

61% respondentów twierdzi, że interesy pracodawców i lekarzy są częściowo zbieżne częściowo rozbieżne; 5% że są całkowicie rozbieżne; 31% – że są całkowicie zbieżne.

Rozkład opinii badanych wskazuje, że wspólnota interesów jest postrzegana (i być może faktycznie obecna) w mocno ograniczonym zakresie, przy czym interesy pracodawców w największym stopniu różnią się od interesów pozostałych podmiotów.

2.2. Oczekiwania pracowników pod adresem lekarzy smp

1. Formalne, dotyczące realizacji wymogów prawno-administracyjnych (głównie uzyskania decyzji o zdolności do pracy), występują najczęściej (89% respondentów wskazało na powszechność tych oczekiwań).

2. Zdrowotne, polegające na określaniu zagrożeń i narażeń związanych z pracą oraz poszukiwanie sposobów zapobiegania im, ograniczenia ich negatywnego wpływu na zdrowie itp., występują rzadziej (57%).

3. Medyczne, wiążące się z leczeniem chorób i dolegliwości pracowników, występują stosunkowo najrzadziej (48%).

W opinii lekarzy smp oczekiwania pracowników pod ich adresem najczęściej mają charakter formalny. Pozostałe dwa rodzaje oczekiwań wskazywane były wyraźnie rzadziej. Charakterystyczna jest opinia o znacznej częstotliwości oczekiwań medycznych.

2.3. Oczekiwania pracodawców pod adresem lekarzy smp

1. Formalne, dotyczące realizacji wymogów prawno-administracyjnych, np. uzyskania decyzji o zdolności do pracy, występują najczęściej (92% wskazujących na powszechność tych oczekiwań).

2. Zdrowotne, mające polegać na określeniu zagrożeń związanych z pracą oraz sposobów zapobiegania im, ograniczenia ich negatywnego wpływu na zdrowie itp., występują znacznie rzadziej (40%).

3. Medyczne, odnoszące się do leczenia chorób i dolegliwości pracowników, występują stosunkowo najrzadziej (20%).

W zbiorowej opinii lekarzy smp wśród pracodawców również dominują wymagania o charakterze formalnym. Znacznie rzadziej niż pracownicy oczekują oni od lekarzy świadczenia pracownikom usług zdrowotnych związanych z pracą lub medycznych.

2.4. Dostępność i zakres świadczeń w ramach opieki zdrowotnej nad pracownikami

W tab. 4 pokazano odsetki odpowiedzi twierdzących na pytania dotyczące kilku wymiarów dostępności świadczeń w obrębie opieki zdrowotnej nad pracownikami. Szczególną uwagę zwracają odpowiedzi na pytania 1 i 3. Co trzeci lekarz smp twierdzi, że kontakt z pracownikiem powinien ograniczyć się do badań profilaktycznych (pytanie 1); 2/3 uważa za potrzebne zajęcie się wszystkimi problemami zdrowotnymi pracowników (pytanie 3). Wyniki te są wysoce niepokojące, ponieważ zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku odpowiedzi twierdzące są sprzeczne z obowiązującą ustawą o smp.

Tabela 4. Opinie o różnych wymiarach dostępności świadczeń w ramach opieki zdrowotnej nad pracownikami (% respondentów)

Wymiary dostępności	Odpowiedzi twierdzące („zdecydowanie tak” i „raczej tak”)
1. Czy kontakt pracownika z lekarzem działającym w ramach służby medycyny pracy powinien ograniczać się do badań profilaktycznych, na które kieruje pracodawca?	35
2. Czy pracownik powinien mieć formalnie zagwarantowaną swobodę kontaktu z lekarzem działającym w ramach służby medycyny pracy, tzn. udać się do niego, kiedy chce?	75
3. Czy pracownik powinien mieć możliwość zgłoszenia się ze wszystkimi swoimi problemami zdrowotnymi do lekarza funkcjonującego w ramach służby medycyny pracy?	66
4. Czy pracodawca powinien mieć formalny obowiązek zgłaszania problemów zdrowotnych swoich pracowników lekarzowi funkcjonującemu w ramach służby medycyny pracy?	85
5. Czy lekarz funkcjonujący w ramach służby medycyny pracy powinien mieć formalną możliwość zaproszenia pracownika w celu zajęcia się jego stanem zdrowia?	65

Źródło: opracowanie własne.

2.5. Współdecydowanie pracodawców i pracowników o wykonywaniu pracy mimo przeciwwskazań zdrowotnych

Według niespełna 1/4 (23%) respondentów, pracodawca (za zgodą pracownika) powinien mieć prawo do decydowania o podjęciu lub dalszym wykonywaniu pracy przez pracownika przy stwierdzeniu przeciwwskazań niewiążących się z zagrożeniem lub możliwością zagrożenia dla zdrowia i życia innych osób.

Według ponad 1/3 (37%) respondentów pracownik (za zgodą pracodawcy) powinien mieć prawo do decydowania o podjęciu lub dalszym wykonywaniu przez siebie pracy przy stwierdzeniu przeciwwskazań niewiążących się z zagrożeniem lub możliwością zagrożenia dla zdrowia i życia innych osób.

Wyniki te świadczą wyraźnie o występowaniu w środowisku lekarzy medycyny pracy postaw kwestionujących restryktywne uprzedmiotowienie pracownika, jak również faktyczne pozbawienie pracodawcy możliwości legalnego negocjowania z pracownikiem warunków jego dalszego zatrudnienia.

3. Podsumowanie

Służba medycyny pracy, formalnie odpowiedzialna za opiekę zdrowotną nad pracownikami, w swym obecnym usytuowaniu ustawowym i związanej z nim praktycznej działalności, jest elementem społecznego systemu zdrowia należącym do podsystemu zdrowia publicznego, a więc obszaru, w którym podejmowane są działania dla zapewnienia warunków umożliwiających ludziom zachowanie zdrowia (Boczkowski, Indulski 1996). Od początków systematycznej refleksji nad działalnością tego rodzaju, jak również od początków jej instytucjonalizowania zakłada się, że odpowiedzialność za tę sferę należy do państwa. W praktyce państwo (rząd), pozostawiając w swojej wyłącznej gestii prerogatywy ustawodawcze i kontrolne, deleguje faktyczną odpowiedzialność na inne podmioty, takie jak samorządy regionalne i lokalne, wyspecjalizowane organizacje, podmioty działalności gospodarczej itd. W szczególności odpowiedzialność (przede wszystkim finansowa) za zapewnienie pracownikom możliwie jak najzdrowszych (oraz bezpiecznych i higienicznych) warunków pracy przerzucana jest na pracodawców. Jest to zgodne z logiką rzeczywistości społecznej, zwłaszcza ekonomicznej. Jednakże nieadekwatność ustawodawstwa do rzeczywistości pracowniczej i zdrowotnej w Polsce oraz brak zachęt dla pracodawców (zwłaszcza w małych i średnich przedsiębiorstwach), które ukazywałyby im perspektywę jakiegokolwiek opłacalności inwestowania w poprawę zdrowotnych warunków pracy, powoduje powszechne dążenia do minimalizacji kosztów i starań w tym względzie, co przekłada się na sprowadzanie realizacji zapisów z ustawy o służbie medycyny pracy do najniższego możliwego poziomu – wyłącznie badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych i z rzadka kontrolnych), z niemal całkowitym pominięciem kluczowych z perspektywy zdrowia publicznego analiz i działań zmierzających do kontrolowania środowiska pracy pod względem zdrowotnym i eliminowania bądź zmniejszania występujących w nim zagrożeń dla zdrowia (zob. *Fikcja...* 2010). Wspomniana nieadekwatność ustawodawstwa do realiów pracowniczych powoduje zaś powszechną „ucieczkę od zdrowia” pracowników, dla których decyzja lekarza medycyny pracy o przeciwwskazaniach do pracy na dotychczasoso-

wym stanowisku nie oznacza poprawy warunków pracy na tym stanowisku lub przeniesienia na inne, równorzędne placowo, lecz poważne kłopoty z pracą, do zwolnienia włącznie. W przestrzeni określonej przez relacje między lekarzami medycyny pracy i pracodawcami, i pracownikami oraz między pracodawcami i pracownikami pojawiają się problemy o społecznym, pozazdrowotnym charakterze. Jak można przypuszczać, większość z nich dostrzegana jest i rozpoznawana przez wszystkie trzy zbiorowe podmioty tych relacji. Zakresy i zmienność ich postrzegania przez lekarzy medycyny pracy przedstawione został powyżej w ujęciu typologizacyjnym zaproponowanym kiedyś przez Marka Fielda.

Bibliografia

- Boczkowski A., Indulski J. (1996), *Z zagadnień socjologii zdrowia publicznego. Świadomość zdrowotna jako bariera i stymulator zmian w zdrowotnej sferze rzeczywistości*, „Studia Socjologiczne”, vol. 143, nr 4, s. 73–102.
- Bradshaw L. M., Curran A. D., Eskin F., Fishwick D. (2001), *Provision and perception of occupational health in small and medium-sized enterprises in Sheffield, UK*, „Occupational Medicine”, Vol. 51, s. 39–44.
- Chee Seong Lian P., Laing A. W. (2007), *Perception and provision of occupational health services in the UK*, „Occupational Medicine”, Vol. 57, s. 472–479.
- Costa G., D'errico A. (2006), *Inequalities in health: do occupational risks matter?*, „European Journal of Public Health”, Vol. 16, No. 4, s. 340.
- Field M. (1976), *System zdrowia a system społeczny*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa, s. 133–154.
- Fikcja medycyny pracy w firmach* (2010), „Gazeta Prawna”, 01.09.2010.
- Guidotti T. L. (2007), *E. Draper, The Company Doctor: Risk, Responsibility and Professionalism*, Russel Sage Foundation, New York 2003, „Occupational Medicine”, Vol. 57, (review), s. 296–297.
- Heikkinen A., Wickstrom G., Leino-Kilpi H., Katajisto J. (2007), *Sensitivity towards patient needs in the occupational health consultation*, „Occupational Medicine”, Vol. 57, s. 355–361.
- Kinoulty M., Williams N. (2006), *Occupational health provision and health surveillance in the semiconductor industry*, „Occupational Medicine”, Vol. 56, s. 100–101.
- Makowska-Matuszkiewicz E. (2001), *Opracowanie zasad i zakresu współpracy między lekarzami służby medycyny pracy i podstawowej opieki zdrowotnej. Raport z badań IMP 8.4*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Makowska-Matuszkiewicz E. (red.) (2004), *Postrzeganie dylematów etycznych przez lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad pracownikami. Raport z badań IMP 8.1*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Nicholson P. J. (1999), *Communicating health risk*, „Occupational Medicine”, Vol. 49, s. 253–256.
- Philipp R., Dodwell P. (2005), *Improved communication between doctors and with managers would benefit professional integrity and reduce the occupational medicine workload*, „Occupational Medicine”, Vol. 55, s. 40–47.

Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (1996), DzU, nr 69, poz. 332, z późn. zm.

Smith N. A. L. (2005), *Occupational medicine and the general practitioner*, „Occupational Medicine”, Vol. 55, s. 77–78.

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (1974a), DzU, nr 24, poz. 141, (tekst jednolity: Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 23 grudnia 1997 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy, DzU 1998, nr 21, poz. 94, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Przepisy wprowadzające Kodeks pracy (1974b), DzU, nr 24, poz. 142, z późn. zm.

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (1997), DzU, nr 96, poz. 593, z późn. zm.

Andrzej Boczkowski

SOCIAL PROBLEMS WITHIN OCCUPATIONAL HEALTH CARE

Summary. In the autumn 2008 a survey was carried out aiming to verify social problems in occupational health care activities. The method applied was mailing questionnaire. The sample was randomly selected from a data basis containing all subjects performing preventive screenings of workers in Poland. Questionnaires was mailed to 1113. physicians functioning within the system of occupational health care. As 96 addresses turned to be invalid, 127 returns make 13% response rate.

The survey was aimed in particular at perceiving or not perceiving by OHS physicians important social problems emerging in occupational health care, their ways to assess them and perceive their causes, consequences and perspectives to solve them.

Some problem areas were chosen to be verified by the survey: the confrontation of interests of workers, employers and physicians in the OHS area, workers and employers expectations towards OHS physicians, the problems of availability and scope of services within OHS, employers' and workers' co-deciding on performing or continuing the work in spite of some health counter-indications.

Four particular spheres of social activities that enable OHS functioning were also distinguished: 1. Recruitment, selection and training of the OHS personnel; 2. Research works and scientific knowledge application; 3. OHS funding; 4. Regulation of OHS functioning by law. Within these spheres different social problems emerge (negatively assessed phenomena disturbing occupational health care, making the OHS practice difficult or sometimes even impossible). OHS physicians affirmed (or not) – using examples – the presence of such problems and indicated their causes, consequences and solution perspectives. Particular groups of issues were expressed in a few sequences of questions making up the questionnaire applied in the survey as a research tool.

Keywords: Occupational health services, health care of employees, social problems, legitimization of occupational health care system.