

Jacek Parszuto¹

Paweł Zagożdżon²

Bogdan Jaremin³

Elżbieta Ścisło¹

Anna Korczak-Michałowska¹

OCENA JAKOŚCI BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH PRACOWNIKÓW WYKONYWANYCH PRZEZ LEKARZY O RÓŻNYCH SPECJALIZACJACH I KWALIFIKACJACH W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM W LATACH 2005–2008

A QUALITY ASSESSMENT OF PROPHYLACTIC EXAMINATIONS CARRIED OUT BY PHYSICIANS OF VARIOUS SPECIALIZATIONS AND QUALIFICATIONS AMONG EMPLOYEES IN THE POMORSKIE VOIVODESHIP IN THE YEARS 2005–2008

¹ Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, Gdańsk

² Akademia Medyczna, Gdańsk

Zakład Higieny i Epidemiologii

³ Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdynia

Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych

STRESZCZENIE

Wstęp: Podjęto próbę oceny jakości przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników przez cztery różne grupy lekarzy, mających uprawnienia do badań, wynikające z posiadanej specjalizacji w medycynie pracy lub specjalizacji równorzędnej, 6-letniego zatrudnienia w przemysłowej służbie zdrowia i lekarzy medycyny rodzinnej i ogólnej. **Materiał i metody:** Analizowano protokoły kontroli przeprowadzonych przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku w latach 2005–2008. Kryteria oceny odniesiono do regulacji prawnych, zawartych w rozporządzeniu MZiOS w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy oraz aktów wykonawczych do tych przepisów. **Wyniki:** Stwierdzono istotne różnice w jakości wykonywania badań profilaktycznych pracowników między grupami lekarzy różniącymi się rodzajem kwalifikacji. Największą liczbę naruszeń prawidłowości procedur orzeczniczych stwierdzono wśród lekarzy medycyny rodzinnej. Z kolei najlepiej badania te przeprowadza grupa lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy i medycyny przemysłowej, co potwierdza wysoki poziom wiedzy i umiejętności nabyte w trakcie specjalizacji. **Wnioski:** Nie wszystkie grupy lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne są dostatecznie przygotowane do realizacji nałożonych na nie zadań. Należy rozważyć modyfikację systemu szkolenia i weryfikacji wiedzy zwłaszcza dla lekarzy medycyny rodzinnej, lub w drodze legislacji zmienić zakres ich uprawnień odnośnie do pracowniczych badań profilaktycznych. Med. Pr. 2008;59(6):461–466

Słowa kluczowe: służba medycyny pracy, profilaktyczne badania pracowników, ocena jakości

ABSTRACT

Background: The quality assessment of the prophylactic examinations of employees in the context of professional qualifications of physicians, presented by the authors, distinguished four groups of physicians legally entitled to conduct these examinations: physicians specialized in occupational medicine or with equivalent specializations, general practitioners and those with a six-year experience in industrial health service. The aim of the study was to compare the quality of prophylactic examinations and procedural errors made by these four groups of physicians. **Materials and Methods:** The protocols of inspections carried out by occupational medicine center in Gdansk in the years 2005–2008 were used for analysis. The criteria have been singled out on the basis of occupational health legal regulations. **Results:** Significant differences were noted in the quality of the conducted prophylactic examinations. **Conclusions:** Occupational medicine specialists were found to be the only group of physicians sufficiently qualified to conduct prophylactic examinations. In view of the study results it seems necessary to modify the training system as well as to revise professional knowledge and qualifications especially among physicians without occupational medicine specialization or to verify the range of competences assigned to them in the field of prophylactic examinations. Med Pr 2008;59(6):461–466

Key words: occupational medicine service, prophylactic examinations of employees, quality assessment

Adres autorów: Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, ul. Okrąg 1 B, 80-871 Gdańsk, e-mail: jparszuto@womp.gda.pl

Nadesłano: 28 października 2008

Zatwierdzono: 12 listopada 2008

WSTĘP

Prowadzenie działalności w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi na terenie danego województwa regulują przepisy Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (1)

i Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich

wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (2). Zgodnie z tymi przepisami działalność ta odbywa się w ramach prowadzenia podstawowych jednostek medycyny pracy. W 2007 roku na terenie województwa pomorskiego działało 501 jednostek podstawowych służby medycyny pracy, w tym 40 publicznych zakładów opieki zdrowotnej, 159 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz 302 praktyk indywidualnych.

Na koniec 2007 roku 550 lekarzy „uprawnionych” (3) do badań profilaktycznych wykonywało je w województwie pomorskim w różnych jednostkach podstawowych służby medycyny pracy. Lekarze ci nabyli uprawnienia na podstawie zapisów § 7 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. (2). Pod względem kwalifikacji nie są oni grupą jednorodną, lecz złożoną z kilku podgrup lekarzy, którzy uzyskali uprawnienia na podstawie:

- posiadanej specjalizacji z medycyny pracy,
- innej równorzędnej specjalizacji,
- 6-letniego zatrudnienia w przemysłowej służbie zdrowia,
- specjalizacji z medycyny rodzinnej i ogólnej (uprawnienia ograniczone).

Lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, posiadających specjalizację z medycyny pracy lub medycyny przemysłowej było 207 (37,6%), lekarzy posiadających specjalizację z innej pokrewnej specjalizacji było 75 (13,6%) (w tym 52 medycyna morska i tropikalna, 7 medycyna kolejowa, 13 medycyna lotnicza i 3 inne). Specjalizację z medycyny rodzinnej i ogólnej posiadało 117 (21,2%) lekarzy. Ponadto 151 (27,4%) lekarzy przeprowadzało badania na podstawie uprawnień nabytych w drodze 6-letniego zatrudnienia w przemysłowej służbie zdrowia.

Według danych ogólnopolskich z 2003 roku lekarze ze specjalizacją z medycyny pracy stanowili 37% ogółu wykonujących badania profilaktyczne, lekarze z inną równorzędną specjalizacją — 5,4%, lekarze z 6-letnim stażem — 25,8%, a lekarze specjaliści medycyny ogólnej i rodzinnej — 25,8% (3). Na podstawie tych danych należy stwierdzić, że województwo pomorskie nie odbiega znacząco od ogólnopolskich danych dotyczących kwalifikacji lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne.

Autorzy niniejszej publikacji postawili pytanie, czy rodzaj posiadanych kwalifikacji ma wpływ na jakość wykonywania zadań służby medycyny pracy przez poszczególne grupy lekarzy. Celem pracy było porównanie wpływu rodzaju kwalifikacji oraz innych czynników, takich jak rodzaj jednostki podstawowej (niepubliczny

ZOZ, publiczny ZOZ, praktyka indywidualna) czy też miejsce wykonywania działalności (duże miasta — aglomeracja — Trójmiasto, Słupsk i inne mniejsze miejscowości), na jakość wykonywanych badań.

Naturalny wydaje się pogląd, że lekarze posiadający specjalizację z medycyny pracy, medycyny przemysłowej lub tzw. specjalizację równorzędną, w związku z nabytą wiedzą specjalistyczną, powinni wykazać się najwyższą jakością pracy, natomiast lekarze medycyny rodzinnej i ogólnej ze względu na ograniczenie uprawnień oraz brak szkolenia z zakresu medycyny pracy w trakcie specjalizacji mogą wypaść w tej ocenie najgorzej. Lekarze trzeciej grupy, tzw. szóstkowicze, których wiedza oparta jest na doświadczeniu nabytym w trakcie pracy w przemysłowej służbie zdrowia, mogą uplasować się między tymi dwiema grupami lub konkurować jakością pracy z lekarzami specjalistami medycyny pracy.

MATERIAŁ I METODY

Na podstawie ww. rozporządzenia i ustawy (1,2) lekarze podstawowych jednostek medycyny pracy podlegają kontroli przeprowadzanej przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Materiały do poniższej pracy zebrano na podstawie analizy z protokołów takiej kontroli przeprowadzonej w latach 2005–2008.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Gdańsku w 2005 r. przeprowadził 247 kontroli jednostek medycyny pracy, w 2006 — 325, w 2007 — 277, a w 2008 do sierpnia — 168. Łącznie analizie poddano 1017 protokołów kontroli zawierających przede wszystkim informacje na temat prowadzonej przez lekarza dokumentacji.

Zgodnie z cytowanymi przepisami (1,2) i aktami wykonawczymi do Ustawy o służbie medycyny pracy (4,6) wyznaczono kryteria do oceny poprawności postępowania lekarza w trakcie przeprowadzania badań. Wszystkie kryteria poddano ocenie zerojedynkowej, co oznacza, że inspektorzy stwierdzali niedociągnięcia w danym działaniu bądź nie wnosili uwag, albo że dane zdarzenie występowało lub nie miało miejsca.

Brano pod uwagę następujące kryteria i podstawę prawną, z której one wynikają:

1. Zawarte umowy przez podstawową jednostkę medycyny pracy z pracodawcą na świadczenie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami — art. 12 Ustawy o służbie medycyny pracy (1).
2. Skierowania pracowników na badania profilaktyczne — § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki

- Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników (2).
3. Prowadzenie kart badań na odpowiednich drukach — Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania (4).
 4. Zakres konsultacji specjalistycznych według wskazańek metodycznych stanowiących załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników (2).
 5. Ocena zagrożeń na stanowisku pracy — § 3, ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników (2).
 6. Prawdliwość treści orzeczenia lekarskiego wpisywanego w dokumentację lekarską — § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników (2).
 7. Prowadzenie przez podstawową jednostkę medycyny pracy ksiąg — mowa o nich w Rozporządzeniu z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania (4).
 8. Prowadzenie rejestru wydanych zaświadczeń — § 9, ust. 1, pkt 2 Rozporządzenia w sprawie badań profilaktycznych (2).
 9. Zalecenie rekontroli w przypadku stwierdzenia licznych nieprawidłowości — regulamin wewnętrzny WOMP w Gdańsku w sprawie przeprowadzania kontroli podstawowych jednostek medycyny pracy (5).
 10. Rozmowa dyscyplinująco-szkoleniowa z dyrektorem WOMP w przypadku nieprawidłowości znacznego stopnia lub powtarzających się — regulamin wewnętrzny WOMP w Gdańsku w sprawie przeprowadzania kontroli podstawowych jednostek medycyny pracy (6).
 11. Zakończenie przez lekarza działalności po przeprowadzonej przez inspektorów kontroli (na wniosek lekarza) — Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2001 r. w sprawie zgłaszania podjęcia lub zakończenia działalności lekarza lub pielęgniarki wykonujących zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz trybu przekazywania tych zgłoszeń (6).

12. Skierowanie sprawy do rzecznika odpowiedzialności zawodowej — § 10, ust. 5 Rozporządzenia w sprawie badań profilaktycznych (2).

13. Kontrola na wniosek Państwowej Inspekcji Pracy lub innej jednostki kontrolującej — art. 7, ust. 1, pkt 5 ustawy (1), regulamin wewnętrzny WOMP w Gdańsku w sprawie przeprowadzania kontroli podstawowych jednostek medycyny pracy (5).

Kryteria wymienione w punktach 1–8 stanowią jednoznaczne naruszenie odpowiednich zapisów aktów prawnych regulujących przeprowadzanie badań profilaktycznych pracowników. Pozostałe kryteria (punkty 9–12) mają charakter bardziej uznaniowy i świadczą o wadze przewinień i ich ewentualnym sumowaniu się (dotyczą wyciągania konsekwencji w stosunku do lekarza — interwencji korygujących). Punkt 13. jest wyrazem stwierdzenia potencjalnych nieprawidłowości w pracy jednostki podstawowej na podstawie kontroli zakładów pracy przez inspektorów PIP (analiza wystawionych zaświadczeń, informacje od pracowników i pracodawcy).

Analiza statystyczna

Różnice w zakresie danych kategoryalnych oceniano przy pomocy testu Fishera. Różnice w zakresie wskaźników jakości prowadzenia działalności, będących sumą punktów w zakresie poszczególnych kategorii, oceniano nieparametrycznym testem Kruskala-Wallis.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Kontroli zostali poddani 364 lekarze medycyny pracy lub medycyny przemysłowej, 163 lekarzy posiadających specjalizację równorzędną, 141 lekarzy medycyny rodzinnej lub ogólnej, oraz 349 lekarzy z 6-letnim stażem pracy w przemysłowej służbie zdrowia.

Kontrole przeprowadzono: 422 w jednostkach medycyny pracy w małych miejscowościach (poniżej 90 tysięcy mieszkańców), 39 w Słupsku (byłym mieście wojewódzkim) oraz 555 w Trójmieście — dużej aglomeracji miejskiej (Gdańsk, Sopot, Gdynia). Odbyły się one w 449 jednostkach medycyny pracy prowadzonych w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, w 505 będących niepublicznymi zespołami opieki zdrowotnej oraz w 62 publicznych ZOZ-ach.

W zakresie większości porównań dotyczących badanych kryteriów jakości stwierdzono istotne statystycznie różnice między grupami lekarzy o odmiennych kwalifikacjach. Jedynie w zakresie orzeczeń różnica między rodzajami kwalifikacji nie była statystycznie istotna

($p = 0,15$). W każdym porównaniu najkorzystniejsze wyniki obserwowano w grupie lekarzy medycyny pracy (tab. 1). Najmniejszy odsetek działalności spełniających wymagane kryteria jakości w zakresie każdej z badanych cech stwierdzano wśród lekarzy rodzinnych.

Największe różnice między tymi grupami lekarzy (medycyna pracy i medycyna rodzinna) w zakresie odsetka popełnionych błędów dotyczyły zawartych umów i konsultacji specjalistycznych (6% vs 64,5% i 13,5% vs 46,8%). Średnie wyniki dla wszystkich kryteriów również wskazywały na ponad 3-krotną różnicę w odsetku błędów w działaniach lekarzy medycyny pracy i rodzinnych (12,8% vs 39,54%). Podobnie największy odsetek działalności wymagających interwencji korygujących stwierdzano w tej samej grupie, a najmniejszy wśród lekarzy medycyny pracy.

Rekontrole przeprowadzono najczęściej wśród lekarzy ze specjalizacjami równorzędnymi 27,6% (tab. 2). Nie oznacza to, że lekarze rodzinni wypadli w tej

kategorii lepiej niż lekarze ze specjalizacjami równorzędnymi. Mniejsza liczba rekontroli u lekarzy rodzinnych jest spowodowana ponad 3,5-krotnie większym odsetkiem zakończenia działalności po kontroli w tej grupie lekarzy w porównaniu z lekarzami ze specjalizacją równorzędną (13,48% vs 3,68%). Z kolei różnica w zakresie spraw skierowanych do rzecznika odpowiedzialności zawodowej i rozmów z dyrektorem WOMP nie była istotna statystycznie (odpowiednio $p = 0,121$ i $p = 0,196$) (tab. 2).

Podobne wnioski faworyzujące zakłady opieki zdrowotnej można wskazać w analizie rodzajów jednostek podstawowych. Najwięcej niedociągnięć stwierdzano dla gabinetów prywatnych, następnie dla NZOZ-ów, a najmniej dla publicznych ZOZ-ów (tab. 3). Różnice w zakresie liczby i poprawności skierowań, kart badań, nadzoru nad środowiskiem i prowadzenia ksiąg nie były jednak statystycznie istotne ($p > 0,05$).

Tabela 1. Częstość działań naruszających przepisy oraz sumaryczny wskaźnik jakości dla badanych grup lekarzy

Table 1. Frequency of operations violating legal regulations and summary quality rate for the examined groups of physicians

Kryteria oceny Assessment criteria	Medycyna pracy Occupational medicine	Specjalizacje równorzędne Equivalent specializations	Medycyna rodzinną Family medicine	Sześćoletni staż pracy A six-year experience	Wartość p P
Liczebność grupy (n) / Group size (n)	364,00	163,00	141,00	349,00	–
Umowy [%] / Contracts [%]	6,04	15,95	64,54	13,75	< 0,0001
Skierowania [%] / Referrals [%]	11,54	31,29	34,04	22,92	< 0,0001
Karty badań [%] / Examination forms [%]	22,80	34,36	37,59	26,65	0,002
Konsultacje specjalistyczne [%] / Consultations by specialists [%]	13,46	23,31	46,81	25,5	< 0,0001
Nadzór [%] / Supervisions [%]	21,70	41,72	58,16	26,36	< 0,0001
Orzeczenia [%] / Certifications [%]	3,30	5,52	7,8	4,01	0,150
Księgi [%] / Books [%]	8,52	14,11	33,33	14,04	< 0,0001
Rejestr zaświadczeń [%] / Register of medical certificates [%]	15,11	23,93	34,04	23,78	< 0,0001
Średnia [%] / Mean [%]	12,81	23,77	39,54	19,63	–
Sumaryczny wskaźnik jakości (średnia) / Summary quality rate (mean)	6,98	6,10	4,84	6,43	< 0,0001

Tabela 2. Częstość działań korygujących oraz negatywny wskaźnik jakości dla badanych grup lekarzy

Table 2. Frequency of corrective actions and negative quality rate for the examined groups of physicians

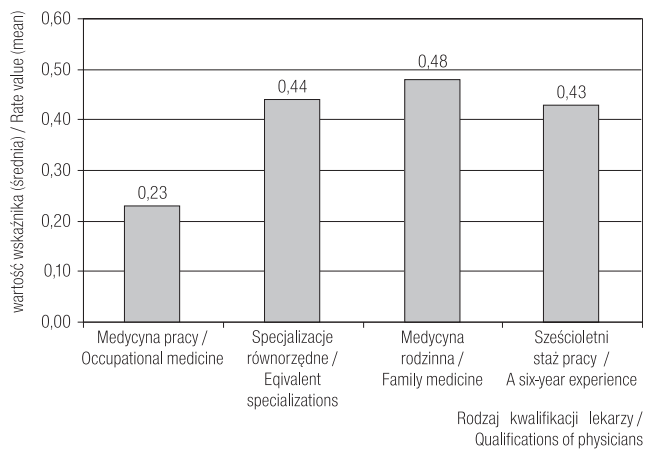
Działania korygujące Corrective actions	Medycyna pracy Occupational medicine	Specjalizacje równorzędne Equivalent specializations	Medycyna rodzinną Family medicine	Sześćoletni staż pracy A six-year experience	Wartość p P
Liczebność grupy (n) / Group size (n)	364,00	163,00	141,00	349,00	–
Rekontrole [%] / Reinspection [%]	10,99	27,61	11,35	25,21	< 0,0001
Rozmowa z dyrektorem [%] / Discussion with the unit director [%]	1,37	2,45	4,26	3,15	0,196
Zakończenie działalności [%] / Termination of activities [%]	1,37	3,68	13,48	3,15	< 0,0001
Rzecznik odpowiedzialności zawodowej [%] / Screener for Professional Liability [%]	0	0,61	1,42	0,57	0,121
Negatywny wskaźnik jakości (średnia) / Negative quality rate (mean)	0,23	0,44	0,48	0,43	< 0,0001

Tabela 3. Częstość działań prawidłowych w zależności od rodzaju jednostki medycyny pracy
Table 3. Frequency of the correct operations according to the type of occupational health unit

Kryteria oceny Assessment criteria	Praktyka indywidualna Individual practice	NZOZ Nonpublic health care institution	PZOZ Public health care institution	Wartość p P
Liczebność grupy (n) / Group size (n)	449,00	505,00	62,00	–
Zawarte umowy [%] / Contracts signed [%]	76,17	86,34	82,26	< 0,0001
Skierowania [%] / Referrals [%]	69,27	85,35	85,48	0,065
Karty badań [%] / Examination forms [%]	68,82	74,06	77,42	0,125
Konsultacje specjalistyczne [%] / Consultations by specialists [%]	64,81	84,75	88,71	< 0,0001
Nadzór [%] / Supervision [%]	65,92	69,50	77,42	0,145
Orzeczenia [%] / Certification [%]	93,54	96,83	98,39	0,031
Księgi [%] / Books [%]	82,18	87,52	88,71	0,058
Rejestr zaświadczeń [%] / Register of certificates [%]	72,38	82,18	82,26	0,001
Średnia [%] / Mean [%]	74,14	83,32	85,08	–

Stwierdzono natomiast istotne statystycznie różnice w zakresie sumarycznego wskaźnika jakości oraz negatywnego wskaźnika jakości. Najkorzystniejszy wynik zaobserwowano dla kategorii; medycyna pracy, najmniej korzystny dla kategorii medycyna rodzinna (tab. 1 i 2). W zakresie działań restrykcyjnych, a więc w przypadku przewinień większej wagi, negatywny wskaźnik jakości był około 2-krotnie mniejszy dla lekarzy medycyny pracy w stosunku do pozostałych grup lekarzy (0,23 vs 0,44, 0,48, 0,43) (tab. 2, ryc. 1).

Analiza danych pod kątem miejsca lokalizacji podstawowej jednostki medycyny pracy wypadła na niekorzyść jednostek z małych miejscowości, jednak istotne statystycznie różnice występowały jedynie w zakresie zawierania umów i kierowania na konsultacje do lekarzy



Ryc. 1. Negatywny wskaźnik jakości (średnia).
Fig. 1. Negative quality rate (mean).

Tabela 4. Częstość działań naruszających przepisy w zależności od miejsca lokalizacji jednostki medycyny pracy
Table 4. Frequency of the operations violating legal regulations according to the location of the occupational health unit

Kryteria oceny Assessment criteria	Trójmiasto Tricity (Gdańsk- Sopot-Gdynia)	Ślupsk	Pozostałe miejscowości Other cities	Wartość p P
Liczebność grupy (n) / Group size (n)	555,00	39,00	422,00	–
Zawarte umowy [%] / Signed contracts [%]	12,79	17,95	25,59	< 0,0001
Skierowania [%] / Referrals [%]	20,36	10,26	24,41	0,065
Karty badań [%] / Examination forms [%]	24,86	35,90	31,52	0,037
Konsultacje specjalistyczne [%] / Consultations by specialists [%]	17,12	15,38	33,41	< 0,0001
Nadzór [%] / Supervision [%]	30,63	46,15	31,28	0,133
Orzeczenia [%] / Certification [%]	3,60	5,13	5,69	0,264
Księgi [%] / Books [%]	13,51	10,26	16,59	0,332
Rejestr zaświadczeń [%] / Register of certificates [%]	19,82	25,64	24,64	0,154
Średnia [%] / Mean [%]	17,84	20,83	24,14	–

specjalistów, co można wiązać z mniejszą dostępnością do lekarzy specjalistów w małych miejscowościach (tab. 4).

W przypadku kontroli spowodowanych interwencją Państwowej Inspekcji Pracy nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami lekarzy.

WNIOSKI

Na podstawie przedstawionych powyżej analiz potwierdzono tezę, że rodzaj kwalifikacji lekarzy ma bezpośrednie przełożenie na jakość wykonywania badań profilaktycznych pracowników. W środowisku lekarzy zajmujących się medycyną pracy (7), zwłaszcza lekarzy jednostek kontrolnych (WOMP-y) przeważa pogląd, że lekarze medycyny rodzinnej nie są w stanie (ze względu na brak odpowiedniej wiedzy oraz problematyczny zakres uprawnień) prawidłowo wykonywać badań profilaktycznych pracowników. Lekarze ze specjalizacjami równorzędnymi oraz z 6-letnim stażem pracy odbiegają od poziomu jakości badań reprezentowanej przez lekarzy medycyny pracy, jednak przewyższają jakością pracy lekarzy medycyny rodzinnej.

Niewątpliwie opisany powyżej stan spowodowany jest niewłaściwym lub odmiennym kształceniem lekarzy, stosownie do oczekiwań wynikających z innych przesłanek niż specjalizacja z medycyny pracy. W obecnym stanie prawnym lekarze medycyny rodzinnej nie są w stanie wywiązywać się prawidłowo z wykonywania badań, ponieważ ograniczony jest zakres ich uprawnień (obejmujący tylko stanowiska bez narażenia na czynniki szkodliwe i uciążliwe), zaś brak odpowiedniego zakresu i czasu szkolenia z medycyny pracy w trakcie specjalizacji skutkuje ciągłym naruszaniem przepisów przez tę grupę.

Należy rozważyć kroki legislacyjne, które doprowadzą do wyeliminowania ww. nieprawidłowości z zakresu działań zarezerwowanych dla służby medycyny pracy. Lekarze nieposiadający specjalizacji z medycyny pracy powinni być natomiast poddawani cyklicznym szkoleniom, egzaminom lub zaliczeniom, uprawniającym do czasowego orzekania o zdolności do pracy w określonych narażeniach.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 2004 r. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. DzU z 1996 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.
3. Wojda M.: Kadry i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2003 r. *Med. Pr.* 2005;56(3):192–193
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania. DzU z 1997 r. nr 120, poz. 768 z późn. zm.
5. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy. Regulamin przeprowadzania kontroli podstawowych jednostek medycyny pracy. WOMP, Gdańsk 2008
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2001 r. w sprawie zgłaszania podjęcia lub zakończenia działalności lekarza lub pielęgniarki wykonujących zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz trybu przekazywania tych zgłoszeń. DzU z 2001 r. nr 97, poz. 1064
7. Dawydzik L.T., Kopias J.A.: Służba medycyny pracy — oceny i refleksje po 5 latach funkcjonowania. *Med. Pr.* 2002;53(3):199–207