PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU nr 172

Finanse – nowe wyzwania teorii i praktyki 2011
Finanse przedsiębiorstw

Agnieszka Bem
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

FINANSOWANIE USŁUG ZDROWOTNYCH PRZEZ PRACODAWCÓW

Streszczenie: Pracodawcy odgrywają istotną rolę w finansowaniu usług ochrony zdrowia, przede wszystkim w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego. Finansowanie odbywa się na dwóch płaszczyznach: obligatoryjnej, związanej z medycyną pracy, i fakultatywnej, poprzez abonamenty medyczne dla pracowników. Wydatki na medycynę pracy są stabilne, należy jednak oczekiwać wzrostu wydatków na abonamenty medyczne dla pracowników.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, finansowanie, medycyna pracy, abonamenty medyczne.

1. Wstęp

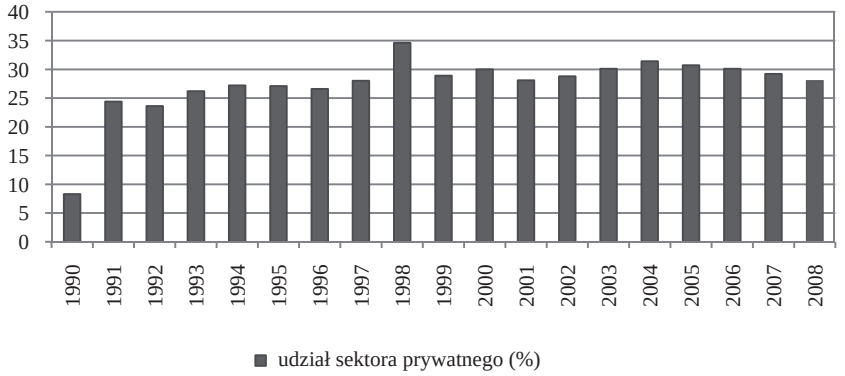
Niewydolność sektora ochrony zdrowia w Polsce, przede wszystkim w zakresie finansowanym ze źródeł publicznych, wywołuje coraz większe zainteresowanie prywatnymi źródłami. Jednym z nich są przedsiębiorstwa. Zakres usług zdrowotnych finansowanych przez przedsiębiorstwa coraz częściej wykracza poza obowiązkowe świadczenia medycyny pracy. Artykuł został poświęcony zagadnieniom związanym z finansowaniem świadczeń zdrowotnych przez przedsiębiorstwa – w pierwszej części przedstawiono zagadnienia związane z finansowaniem medycyny pracy, w drugiej – problemy dodatkowych usług zdrowotnych oferowanych pracownikom pod postacią abonamentów medycznych.

2. Wydatki przedsiębiorstw jako niepubliczne źródło finansowania usług zdrowotnych

Ochrona zdrowia w Polsce finansowana jest ze źródeł publicznych i prywatnych. Źródła publiczne (*general government*) to przede wszystkim środki pochodzące z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, środki budżetowe (przede wszystkim w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia) oraz środki samorządu terytorialnego.

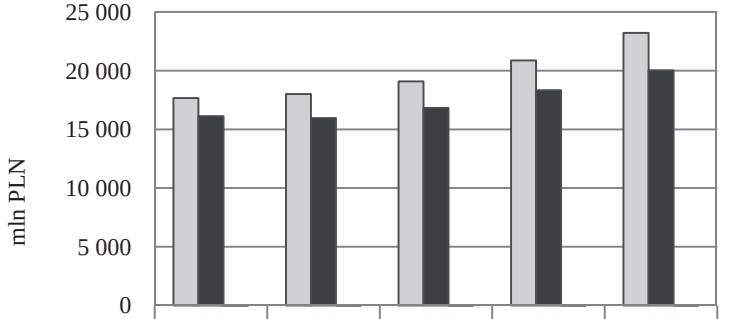
Źródła prywatne to bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, wydatki instytucji ubezpieczeniowych, wydatki instytucji typu *non-profit* oraz przedsiębiorstw

prywatnych. Wśród wydatków na ochronę zdrowia zdecydowanie przeważają wydatki sektora publicznego – pomimo szybkiego rozwoju sektor prywatny stanowi ok. 30% rynku usług zdrowotnych (28% w 2008 r.) (rys. 1).



Rys. 1. Udział sektora prywatnego w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1990-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD Health Data.



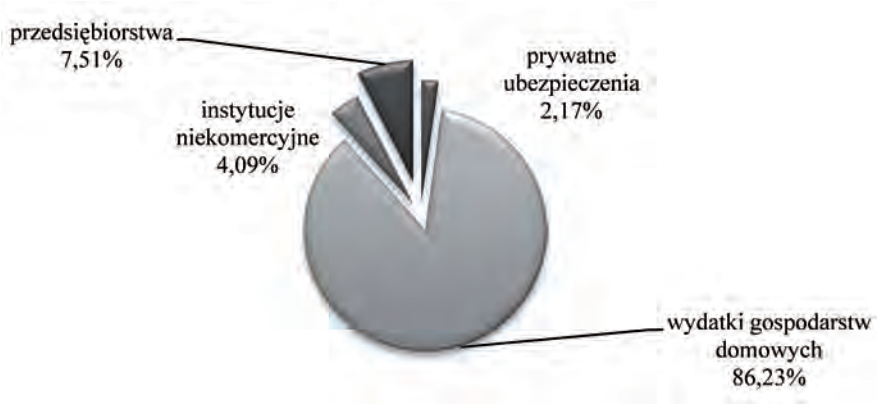
	2004	2005	2006	2007	2008
wydaki prywatne bieżące	17 663,2	18 015,1	19 089,0	20 872,0	23 224,0
wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	16 122,8	15 959,1	16 821,0	18 337,0	20 025,0
udział	91,3%	88,6%	88,1%	87,9%	86,2%

Rys. 2. Prywatne wydatki bieżące w Polsce w latach 2004-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 roku, GUS, Warszawa 2007; Narodowy Rachunek Zdrowia za 2006, GUS, Warszawa 2008; Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008, GUS, Warszawa 2010.

Wśród źródeł niepublicznych w zakresie wydatków bieżących dominują wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych (w 2008 roku stanowiły 86,3% prywat-

nych wydatków bieżących na ochronę zdrowia). Udział ten utrzymuje się stale na wysokim poziomie, choć w latach 2004-2008 obserwuje się niewielki stały spadek udziału wydatków z tego źródła (rys. 2).



Rys. 3. Struktura bieżących wydatków prywatnych w Polsce w 2008 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

Bardziej szczegółowa analiza pozwala określić udział wydatków przedsiębiorstw na usługi zdrowotne – wydatki przedsiębiorców wyniosły w roku 2008 1744 mln zł, co stanowiło tylko 7,51% wydatków bieżących na usługi zdrowotne[1]. Udział ten, w porównaniu z wydatkami gospodarstw domowych (86,23%) jest raczej skromny – stanowi 2,09% wydatków bieżących i zaledwie 1,95% wydatków ogółem na usługi zdrowotne w Polsce (rys. 3).

3. Finansowanie medycyny pracy

Pracodawcą, zgodnie z *Kodeksem pracy*[2], jest jednostka organizacyjna, nawet jeżeli nie posiada osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia pracowników. Pracownikiem natomiast jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę – w świetle tej definicji pracownikami nie są osoby zatrudnione na podstawie umów o dzieło, zlecenia lub w formie samozatrudnienia.

Funkcjonowanie ochrony zdrowia z punktu widzenia pracodawców obejmuje dwie zasadnicze płaszczyzny:

---

[1] Celowo zostały pominięte wydatki przedsiębiorstw o charakterze inwestycyjnym, jako wykraczające poza tematykę niniejszego opracowania.

[2] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy*, DzU 1974, nr 24, poz. 141.

1) medycynę pracy, która ma charakter obligatoryjny i wynika z przepisów prawa pracy,

2) dobrowolnie finansowane usługi zdrowotne, występujące z reguły pod postacią abonamentów (pakietów) medycznych.

Medycyna pracy, zgodnie z definicją GUS, to specjalność medyczna, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy na pacjenta, diagnostyka, leczenie i profilaktyka chorób zawodowych. Opiekę nad pracownikami sprawują podmioty służby medycyny pracy, a mianowicie:

- jednostki podstawowe (zakłady opieki zdrowotnej utrzymywane w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej wydzielone w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujący zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej,
- wojewódzkie ośrodki medycyny pracy,
- pielęgniarki prowadzące indywidualną lub specjalistyczną praktykę pielęgniarską, grupową praktykę pielęgniarską,
- psycholodzy oraz inne osoby o kwalifikacjach niezbędnych z punktu widzenia służby medycyny pracy, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej[3].

Służba medycyny pracy, zgodnie z ustawą, realizuje szeroki zakres zadań, przede wszystkim dotyczący:

- ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie,
- sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,
- prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, w związku ze stwierdzoną patologią zawodową,
- organizowania i udzielania pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach w miejscu pracy,
- inicjowania i realizowania promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych,
- inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników,
- prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy,
- gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy pracodawcy zapewniają swoim pracownikom przeprowadzanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy oraz finansują wybrane przez siebie świadczenia zdrowotne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej.

---

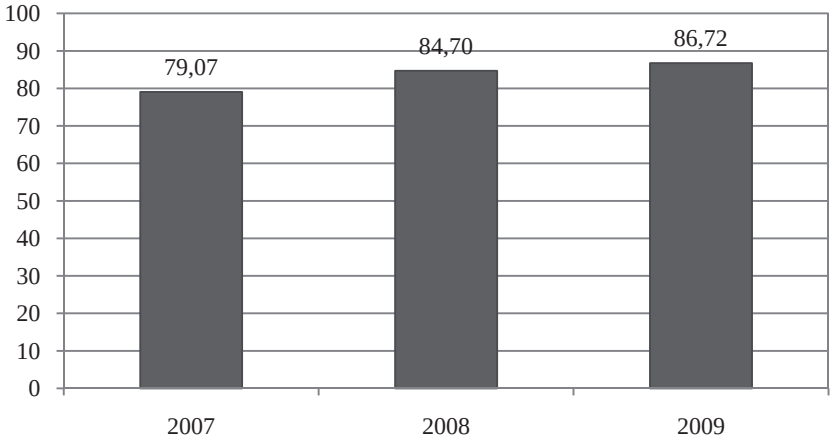
[3] Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, DzU 1997, nr 96, poz. 593.

Usługi zdrowotne, związane z medycyną pracy są finansowane z następujących źródeł:
- budżetu samorządu wojewódzkiego,
- środków przedsiębiorców,
- budżetu państwa,
- środków własnych osób prywatnych (gospodarstw domowych).

Ze środków **samorządu wojewódzkiego** finansowane są zadania związane z realizacją art. 5, ust.1 ustawy o służbie medycyny pracy, a więc:
- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
- prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową,
- organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki,
- profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana w odniesieniu do osób świadczących pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności w zakładach karnych, przebywania w aresztach śledczych lub wykonujących pracę w ramach kary ograniczenia wolności, jeżeli obowiązek objęcia profilaktyką nie spoczywa na pracodawcy,
- działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy,
- działalność profilaktyczna, wynikająca z programów zapobiegania i zwalczania określonych chorób,
- działalność programów promocji zdrowia ustalanych przez samorząd województwa,
- okresowe badania lekarskie realizowane w przypadku, kiedy podmiot, który zatrudniał pracownika, uległ likwidacji.

Analiza wielkości wydatków samorządowych województw wykazuje nieznaczną tendencję rosnącą wydatków na świadczenia medycyny pracy w latach 2007--2009. W tym okresie wzrosły one nominalnie o 9,6%, nieznacznie przekraczając inflację (inflacja w tym okresie 108,89, 2007=100) (rys. 4).

Pracodawcy w ramach świadczeń medycyny pracy ponoszą koszty badań wstępnych, badań okresowych, badań kontrolnych, wybranych przez siebie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy oraz koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej, niezbędnej ze względu na warunki pracy, na którą to opiekę składają się obok powyższych:
- orzecznictwo lekarskie,
- ocena możliwości wykonywania pracy uwzględniająca stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,



Rys. 4. Wydatki budżetów województw samorządowych na świadczenia medycyny pracy w Polsce w latach 2007-2009 (w milionach złotych)

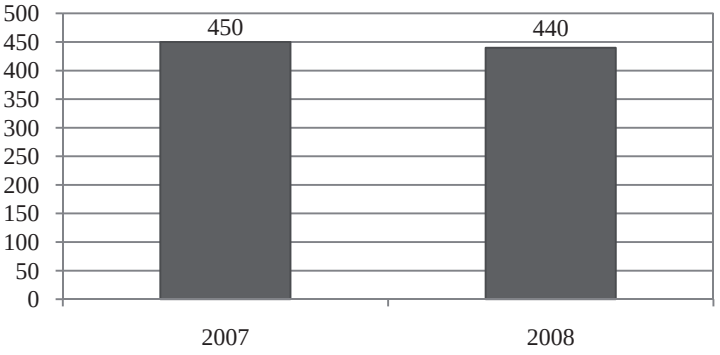
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, GUS, Warszawa 2009; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe,
- wykonywanie szczepień ochronnych,
- monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,
- wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych.

W latach 2007 i 2008[4] wydatki przedsiębiorstw na świadczenia związane z medycyną pracy nieznacznie spadły nominalnie (o 2,2%), co oznacza realne zmniejszenie puli środków o ponad 6% (inflacja w tym okresie wyniosła 104,20; 2007 = 100) (rys. 5). Wielkość tej kategorii wydatków jest silnie powiązana z poziomem aktywności (zatrudnienia) w gospodarce.

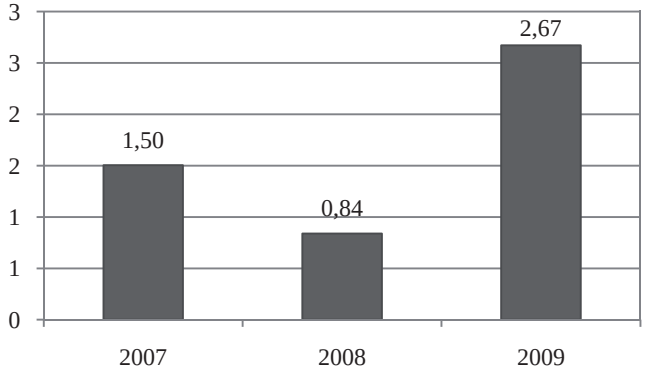
Kolejnym źródłem finansowania świadczeń medycyny pracy jest **budżet państwa** – z tego źródła finansowane są w całości lub w części programy prewencji zagrożeń zdrowia, wynikających z wpływu niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu wykonywania pracy. Wielkość środków z budżetu państwa wykazuje znaczną zmienność, w zależności od zakresu przyjętych do realizacji programów prewencyjnych. W 2009 roku na programy związane z medycyną pracy przeznaczono 2,67 mln zł, czyli ponadtrzykrotnie więcej niż w roku 2008 (rys. 6).

[4] Brak danych za rok 2009.



Rys. 5. Wydatki przedsiębiorców na świadczenia medycyny pracy w Polsce w latach 2007-2008 (w milionach złotych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, GUS, Warszawa 2009; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.



Rys. 6. Wydatki z budżetu państwa na świadczenia medycyny pracy w Polsce w latach 2007-2009 (w milionach złotych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, GUS, Warszawa 2009; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

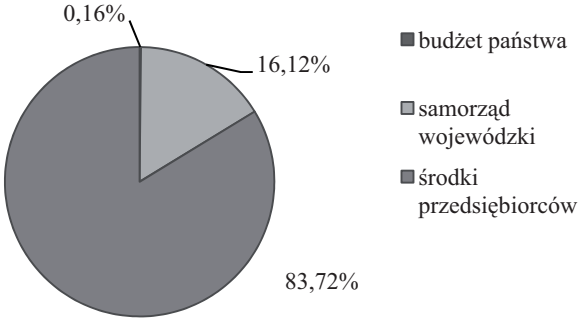
Ostatnim potencjalnym źródłem finansowania usług zdrowotnych z zakresu medycyny pracy są środki własne osób fizycznych. Zgodnie z art. 23 ustawy o służbie medycyny pracy ze środków własnych finansują profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawowaną przez służbę medycyny pracy:

– osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek i osoby z nimi współpracujące,

– rolnicy indywidualni i pracujący z nimi domownicy oraz członkowie spółdzielni produkcji rolnej, z wyjątkiem orzecznictwa dotyczącego rolniczych chorób zawodowych,
– osoby, które wykonywały pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, lub osoby, które pozostawały w stosunku służbowym (o ile w odrębnych przepisach nie wskazano innego sposobu finansowania).

Ze środków własnych osób fizycznych finansowane są również świadczenia medycyny pracy, jeżeli nie pozostają w związku z wykonywaną pracą, jak np. orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Wielkość środków, która jest wydatkowana przez osoby fizyczne na świadczenia medycyny pracy jest trudna do oszacowania i nie jest wykazywana w dostępnych materiałach statystycznych.

Podsumowując, świadczenia medycyny pracy są finansowane w przytłaczającej części ze środków własnych przedsiębiorstw – w 2008 r. 83,72% środków pochodziło z tego źródła. Kolejnym istotnym źródłem finansowania są budżety samorządu wojewódzkiego (16,12% w roku 2008). Środki budżetu państwa, z punktu widzenia całości systemu, mają marginalne znaczenie (0,16% w roku 2008) (rys. 7).

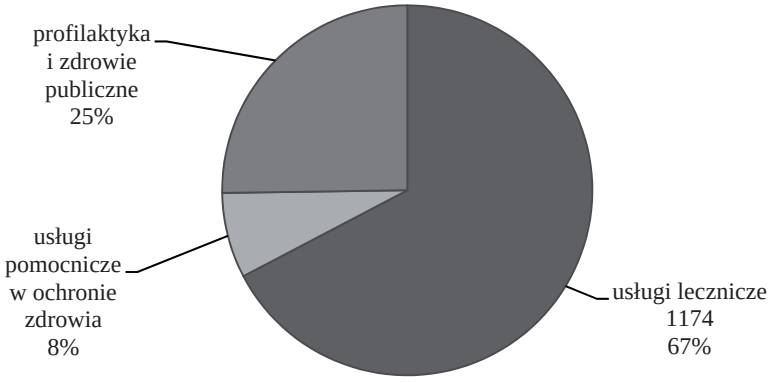


Rys. 7. Struktura finansowana medycyny pracy w Polsce w 2008 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

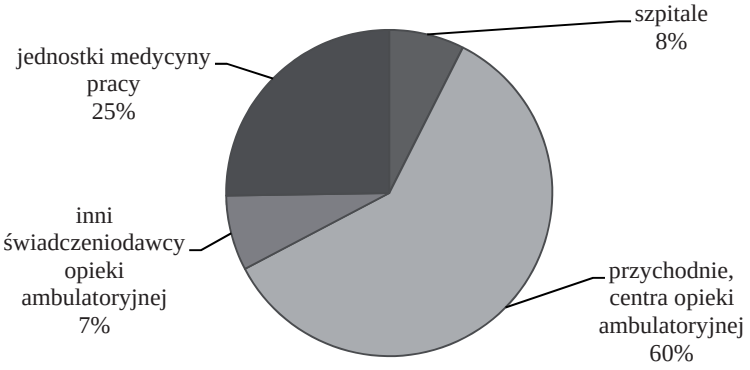
4. Finansowanie dobrowolnych świadczeń medycznych przez przedsiębiorców

Obok usług zdrowotnych, których świadczenie na przedsiębiorcach wymuszają przepisy prawa, pracodawcy coraz częściej proponują swoim pracownikom pakiety usług zdrowotnych, przyjmujących formę abonamentu medycznego (pakietu medycznego). Popularność abonamentów stale rośnie, w związku z silnym rozwojem niepublicznych placówek służby zdrowia i ograniczonym dostępem do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.



Rys. 8. Struktura wydatków bieżących przedsiębiorstw na usługi zdrowotne wg funkcji w Polsce w 2008 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

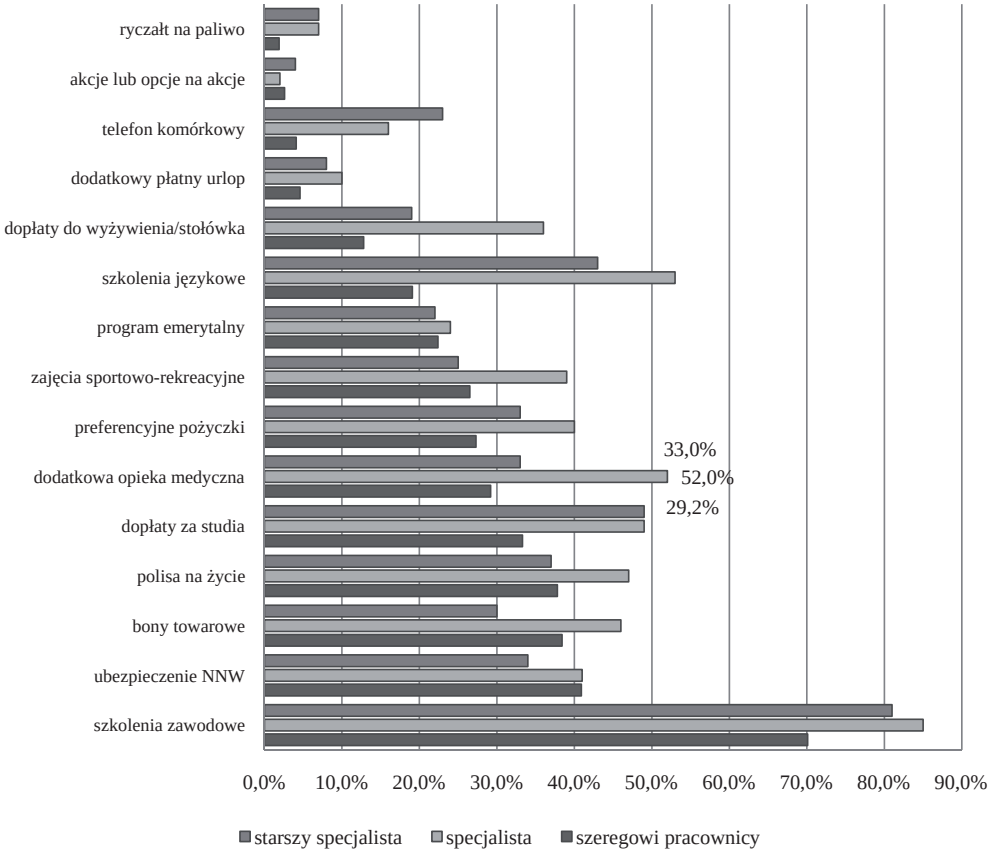


Rys. 9. Struktura wydatków bieżących przedsiębiorstw na usługi zdrowotne wg świadczeniodawców w Polsce w 2008 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.

Na podstawie dostępnych danych statystycznych stosunkowo trudno jest jednoznacznie oszacować wydatki przedsiębiorców na tego typu świadczenia. O ile jednak 25-procentowy udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne (440 mln zł) pokrywa się z wielkością środków wydatkowanych na medycynę pracy (rys. 8), można wnioskować, że kwota 1174 mln zł, wydatkowana przed przedsiębiorców na usługi lecznicze (67% wydatków), to środki, z których finansowane są programy dodatkowej opieki zdrowotnej dla pracowników.

Struktura podmiotowa (według świadczeniodawców) wydatków bieżących na usługi zdrowotne wskazuje na dominującą rolę świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (łącznie 67-procentowy udział w wydatkach bieżących). 25% środków wydatkowano na rzecz świadczeniodawców z zakresu medycyny (kwota 440 mln zł pokrywa się z wielkością środków wydatkowanych na profilaktykę). Najmniejszy udział w wydatkach 2008 r. mieli świadczeniodawcy z zakresu stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitale). Wydatki te były przeznaczone na usługi pomocnicze w ochronie zdrowia – a więc nie związane z leczeniem szpitalnym.



Rys. 10. Popularność świadczeń pozapłacowych pracowników przedsiębiorstw produkcyjnych jako odsetek pracowników otrzymujących dane świadczenie

Źródło: opracowanie na podstawie: XIII Raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych w 2010 roku, Sedlak & Sedlak, Kraków 2010.

Pakiet (abonament) medyczny jest zwykle elementem szerszego systemu benefitów, oferowanych przez przedsiębiorstwa w ramach systemów motywacyj-

nych (systemy kafeteryjne lub partycypacyjne). Świadczenia w ramach abonamentu dostępne są w oparciu o umowę cywilnoprawną zawartą pomiędzy przedsiębiorcą a niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. W ramach umowy świadczeniodawca zobowiązuje się do określonego w umowie zakresu świadczeń zdrowotnych na rzecz pracowników. Świadczenia mogą być udzielane nie tylko we własnych placówkach, ale również w sieci placówek partnerskich, co zwiększa dostępność usług.

Pakiety medyczne, powszechnie funkcjonujące w Europie Zachodniej i USA, stają się coraz bardziej popularne również w Polsce. Obecnie 29% pracowników szeregowych, 52% specjalistów i 33% starszych specjalistów ma możliwości korzystania z abonamentu medycznego[5] (rys. 10).

Z cytowanych badań wynika, że oferowanie przez przedsiębiorców dodatkowej opieki zdrowotnej nie zależy zasadniczo, czego można by oczekiwać, od wielkości przedsiębiorstwa. Przy tym w badaniu brały udział przedsiębiorstwa produkcyjne i pierwszy przedział wynosił 250 osób (tab. 1), a więc z punktu widzenia całej gospodarki jest to duże przedsiębiorstwo. Wyłączenie sektora małych i średnich przedsiębiorstw (oraz mikroprzedsiębiorstw) z pewnością wpłynęłoby na wyniki badania, przede wszystkim poprzez fakt, że cena świadczeń zwykle jest uzależniona od liczby pracowników objętych programem oraz od funkcjonowania działu zajmującego się sprawami socjalnymi w przedsiębiorstwie – brak wyspecjalizowanych komórek w małych przedsiębiorstwach jest często czynnikiem ograniczającym wprowadzanie systemu benefitów.

Tabela 1. Dostęp do abonamentów medycznych w zależności od wielkości przedsiębiorstwa

Wielkość firmy	Do 250 osób	251-500 osób	Powyżej 500
Dodatkowa opieka medyczna	26,20%	30,20%	26,30%

Źródło: opracowanie na podstawie: XIII Raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych w 2010 roku, Sedlak & Sedlak, Kraków 2010.

Badania wskazały jednak na istotny związek pomiędzy pochodzeniem przedsiębiorcy a dostępnością do pakietów medycznych. Wśród rodzimych przedsiębiorstw tylko 15,2% oferowało tego typu świadczenia (31,9% przedsiębiorstw zagranicznych, dla których tego typu benefity stają się często częścią kultury organizacyjnej) (tab. 2).

Zakres świadczeń może być zróżnicowany, w zależności od wybranego typu pakietu. Pakiety podstawowe z reguły zawierają, poza świadczeniami medycyny pracy, nieograniczony dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i do lekarzy specjalistów – najczęściej bez wymaganego skierowania – oraz do podstawowych

[5] XIII Raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych zawiera informacje o płacach 67 314 osób na 148 stanowiskach. Dane pochodzą ze 198 zakładów z całej Polski i obejmują okres od czerwca 2009 do maja 2010 roku.

Tabela 2. Dostępność do abonamentów medycznych w zależności od pochodzenia kapitału w przedsiębiorstwie

Pochodzenie kapitału firmy	Kapitał zagraniczny	Kapitał polski	Różnica
dodatkowa opieka medyczna	31,90%	15,20%	16,70%

Źródło: opracowanie na podstawie: XIII Raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych w 2010 roku, Sedlak & Sedlak, Kraków 2010.

Tabela 3. Zakres świadczeń w ramach pakietów medycznych oferowanych

Zakres opieki medycznej w ramach poszczególnych pakietów	Medycyna Pracy	Promedis Basic	Promedis Standard	Comfort	Comfort Plus	Complex	Premium
1	2	3	4	5	6	7	8
Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań	■	■	■	■	■	■	■
24 h ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań				■	■	■	■
Dostęp do centrów medycznych PROMEDIS i medycyny rodzinnej	■	■	■	■	■	■	■
Dostęp do centrów medycznych LUX MED				■	■	■	■
Ogólnopolska sieć partnerów medycznych	■	■	■	■	■	■	■
Karta pacjenta		■	■	■	■	■	■
24 h Telefoniczna informacja medyczna				■	■	■	■
Medycyna pracy (dotyczy pracownika)	■	■	■	■	■	■	■
10% rabat na pozostałe usługi świadczone przez Grupę LUX MED i CM LIM	■	■	■	■	■	■	■
Szczepienia przeciwko grypie/ anatoksyna p/tężcowa	OP	OP	OP	■	■	■	■
Podstawowe konsultacje specjalistyczne		■	■	■	■	■	■
Podstawowe badania diagnostyczne		■	■	■	■	■	■
Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne		■	■	■	■	■	■
Rozszerzone badania diagnostyczne			■	■	■	■	■
Rozszerzone konsultacje specjalistyczne				■	■	■	■
Kompleksowe konsultacje specjalistyczne				■	■	■	■
Konsultacje psychologa (w tym seksuologa i androloga) i psychiatry				■	■	■	■
Konsultacje profesorskie ze skierowaniem				■	■	■	■
Kompleksowe badania diagnostyczne				■	■	■	■

1	2	3	4	5	6	7	8
Skórne testy alergiczne				■	■	■	■
Prowadzenie ciąży			■	■	■	■	■
Program Zdrowie, Piękno, Harmonia				■	■	■	■
Bezpłatne srodki kontrastowe do badań CT oraz NMR				■	■	■	■
Interwencja karetki do zakładu pracy				OP	OP	■	■
Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne					■	■	■
Rehabilitacja					■	■	■
Wizyty domowe					■	■	■
Druga opinia medyczna					■	■	■
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia Zdrowa Kobieta Zdrowy Mężczyzna					■	■	■
Przegląd stomatologiczny raz w roku				■	■	■	■
Profilaktyka stomatologiczna					■	■	■
RTG stomatologiczne/pantomogram					50%	■	■
Stomatologia zachowawcza					50%	■	■
Chirurgia stomatologiczna						50%	■
Pakiet ubezpieczeń (opieka medyczna za granicą)						■	■
Interwencje karetki						■	■
Zalecane szczepienia profilaktyczne						■	■
Chirurgia 1 dnia						15%	20%
Indywidualny opiekun pacjenta							■
Kompleksowy przegląd stanu zdrowia							■
Konsultacje profesorskie bez skierowania							■
Pełna diagnostyka ambulatoryjna wraz ze środkami kontrastowymi							■
Usługi pielęgniarskie w domu pacjenta							■
Transport medyczny							■
Konsylium medyczne							■
Hospitalizacja porodowa							■
Koordynacja hospitalizacji							■

OP – możliwy, ale niekonieczny element zakresu pakietu.

Źródło: Centrum Medyczne LIM.

badań diagnostycznych. Oferta świadczeniodawców jest w tym zakresie bardzo szeroka. Zazwyczaj droższe pakiety obejmują szerszy zakres opieki specjalistycznej i badań diagnostycznych. Największe pakiety obejmują dodatkowo opiekę stomatologiczną, ale w zasadzie żadni świadczeniodawcy nie oferują świadczeń szpitalnych, poza ewentualnie zabiegami chirurgii jednego dnia, a więc realizowanymi w trybie ambulatoryjnym. W tabeli 3 zaprezentowany został przykładowy zakres świadczeń w ramach abonamentów oferowanych przez Centrum Medyczne LIM SA.

W ramach pakietu mogą być oferowane również zniżki na świadczenia nie objęte abonamentem. Większość świadczeniodawców oferuje również możliwość wykupienia ze zniżką abonamentu dla współmałżonka i dzieci. Koszty pakietów są bardzo zróżnicowane – od ok. 30 zł do kilkuset złotych miesięcznie; składki mogą być opłacane miesięcznie lub kwartalnie.

Największe firmy operujące na tym rynku w Polsce, to:
- Centrum Medyczne LIM,
- Medicover,
- Dantex-Med,
- Enel-med.,
- LUX MED,
- CMP – Centrum Medyczne Puławska,
- Promedis,
- Polsko-Amerykański System Medyczny – II Sp. z o.o.,
- Top Medical Sp. z o.o.

Każdy z powyższych świadczeniodawców oferuje abonamenty na terenie całego kraju poprzez sieć własnych placówek i sieć placówek partnerskich. Abonamenty nie zawierają jak dotąd leczenia stacjonarnego – należy jednak oczekiwać rozwoju tego typu oferty, ponieważ część z nich rozwija sieć własnych placówek szpitalnych.

5. Podsumowanie

Na pracodawcach ciążą liczne obowiązki związane z finansowaniem medycyny pracy, przyjmujące formę obligatoryjnie realizowanych świadczeń medycyny pracy. Ich celem jest nie tylko zapewnienie bezpieczeństwa wykonywania pracy – odgrywają one również ogromną rolę w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób, poprzez konieczność wykonania podstawowych badań diagnostycznych. Wydatki przedsiębiorców na tego typu świadczenia w zasadzie nie ulegają większym zmianom,

Coraz większego znaczenia nabierają świadczenia zdrowotne finansowane przez przedsiębiorców w formie abonamentów medycznych – są zazwyczaj elementem programów motywacyjnych, których celem jest pozyskanie lub zatrzymanie cennych dla firmy pracowników. Należy oczekiwać dalszego rozpowszechniania się tej formy finansowania świadczeń ze względu na niewydolność publicznej ochrony zdrowia, wzrost kultury organizacyjnej w przedsiębiorcach i wymagania na rynku pracy. Tego typu świadczenia odgrywają również ogromną rolę w profilaktyce – ponieważ świadczeniodawca, zobowiązując się do nieograniczonego świadczenia określonych usług, zazwyczaj ma bardzo silną motywację do realizowania badań profilaktycznych w celu ograniczenia zakresu bardziej specjalistycznych świadczeń. Przynosi to korzyść również przedsiębiorcom poprzez ograniczenie absencji pracowników.

Materiały źródłowe

Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008, GUS, Warszawa 2010.
Narodowy Rachunek Zdrowia za 2006, GUS, Warszawa 2008.
OECD, Health Data.
Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 roku, GUS, Warszawa 2007.
Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, GUS, Warszawa 2009.
Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku, GUS, Warszawa 2010.
XIII Raport płacowy dla stanowisk produkcyjnych w 2010 roku, Sedlak & Sedlak, Kraków 2010.
Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 *Kodeks pracy*, DzU 1974, nr 24, poz. 141.
Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, DzU 1997, nr 96, poz. 593.

FINANCING OF HEALTH CARE SERVICES BY EMPLOYERS

Summary: Employers play an important role in the financing of health services, especially in terms of prevention and public health. The financing is carried out on two levels: mandatory – related to labour medicine and facultative one − through medical benefits for employees. Expenditure on the labour medicine is stable, but one should expect an increase in expenditure on medical benefits for employees.