eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

e-Finanse : finansowy kwartalnik internetowy

Nr 4/2006

www.e-finanse.com

eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

Jan Monkiewicz PhD
Professor, University of Banking
and Insurance in Warsaw.
Warsaw Technical University,
Department of Management

Polish financial sector in the transformation period: from a national to regional perspective*

Introductory remarks

The financial sector, channeling savings into investments, transforming economic risks and organizing a payment infrastructure represents a crucial element of any social - economic system.

Its size and structure, both in technical as well as in economic dimensions, impacts social and economic structures and processes as well as remains under the influence of these structures and processes. Demographic characteristics of the nation for example impact the level and allocation of savings as well as directions of investment undertaken. Pension system architecture may on the other hand have significant impact on the institutional structure of the financial sectors and financial markets and henceforth on the structure of the real sector of the economy.

These initial observations are particulary valid for the transition countries in which case the financial sector plays the role of a trigger, initiating and accelerating the changes to come. Its inherent fragility at the same time makes it the most important source of systemic risk and instability and hence requires adequate tools to be applied and an adequate financial safety net to be installed. This task of the government however comes under severe pressure with the growing internationalization of the financial sector, both in terms of ownership control, market structure and regulatory powers.

In what follows an attempt to investigate the track record of the Polish financial sector throughout the transformation period i.e. over the last 15 or so years is undertaken. We begin by elaborating on the fundamental characteristics of the Polish financial sector as of today. Its size, architecture, market and ownership structures are at the forefront of the analysis. Additionally the issue of institutional investors and prudential regulations are discussed. Thereafter principal developments in the sector throughout the transformation period are addressed, including the issues of its liberalization, privatization and diversification. It is followed by the discussion of pension funds development as well as the role and size of foreign direct investments in the financial industry. Finally the issue of financial sector integration with the EU is discussed. What particulary matters in this regard is the changing role of the national supervisors and regulators implying the declining role of the national policymakers.

Fundamental characteristics of the Polish financial sector

Analyzing the fundamental characteristics of the Polish financial sector we will focus on its six key features: low level of financial intermediation, strong bank dependency, high mar-

* Paper presented at the International Conference on Transformation and Development, University of Washington, Seattle, 2006.

ket concentration rates, high foreign ownership, strong prudential regulations and high level of crisis resilience.

Small size of the financial sector

One of the most striking features of the present day Polish financial sector is its relatively small size, reflecting the low level of financial intermediation in the Polish economy[1]. This is true not only with regard to the developed European economies but also with regard to other new EU accession countries. Measured by size of the overall financial assets i.e. including both bank-based as well as securities-based instruments, the level of financial intermediation in Poland in 2003 is estimated at 95,4% of GDP whereas in Hungary the said ratio was 95,3% of GDP and in the Czech Republic – 141,3% of GDP.

The relative size of the sector has grown dynamically, however, in recent years, mainly due to the growth of non-banking sectors, particulary insurance, investment funds and pension funds followed by the securities market /see table 1/.

Table 1 Financial assets /GDP (in %)

Item	1998	2000	2004
Banks	57,6	60,1	60,0
Stock exchange	13,1	18,3	24,3
Pension funds	-	-	7,1
Insurance	3,7	5,3	8,8
Investment funds	0,3	1,0	4,3

Source: Zaręba J. – Tendencje rozwoju polskiego rynku finansowego, Zeszyty BRE – Case, Nr 80/2005 p. 23

The differences in intermediation levels are particulary dramatic when we compare the relevant figures with those of the "old" EU economies (EU-15) as the size of the financial sector in the EU 15 in terms of its share in GDP is currently exceeding the ratio registered in Poland by seven times (560% to 80%)[2].

The low level of financial intermediation in Poland reflects both low propensity for savings, a low level of wealth, as well as a low level of development activities. This is reflected both in a low penetration level of banking assets as well as capital markets assets in the economy. Polish banking sector assets representing the bulk of the financial sector constituted only ca 49% of GDP in 1995 to climb up slowly to around 61% of GDP in 2004[3]. At the same time the EU - 15 average was about 300% in 2002. The relative size of the problem is well identified in Fig. 1, showing the Polish banking sector across both the old EU-15 average and the new accession countries. It also demonstrates the level of Polish financial intermediation in relation to the historical benchmarks of Greece, Spain and Portugal at the moment of their accession to the EU.

[1] See Thimann Ch (ed) Financial sectors in EU accession countries, ECB, July 2002.
[2] Bakker, M.R., Gross A. – Development of non-bank financial institutions and capital markets in European Union accession countries, World Bank Working Paper no 28, The World Bank, 2004.
[3] Sytuacja finansowa banków w 2004 r., Synteza, NBP, maj 2005, zał. 7.

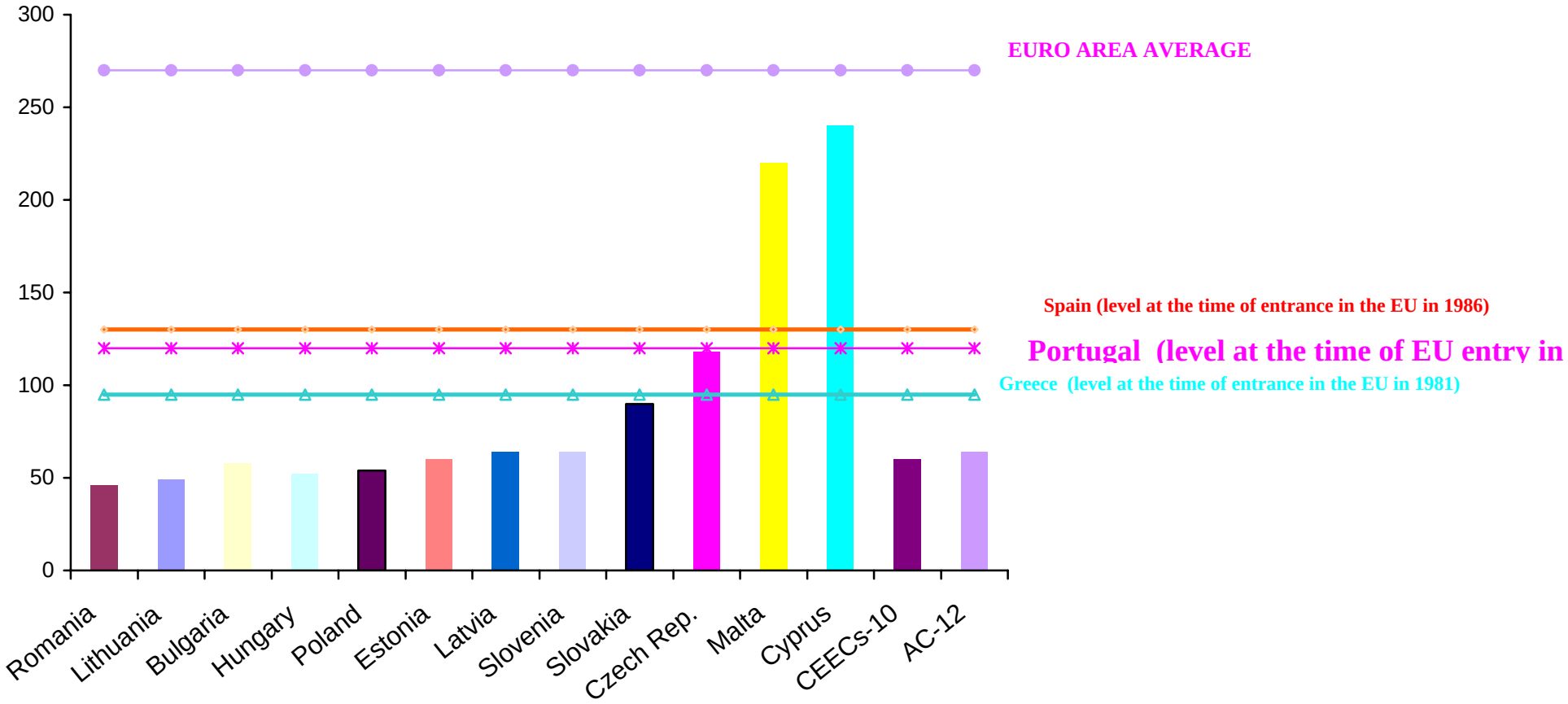

Fig 1 Banking assets in Poland in % of GDP (2001)

As we can see there are **sizable** differences in the depth of banking intermediation between Poland and other countries of Eastern and Central Europe not to mention Malta and Cyprus. There are however at the same instance **profound** differences in comparison to old EU 15 average including its relative latecomers – Greece, Portugal and Spain - at the time of their accession to the European Union.

The low level of banking intermediation is well reflected in the share of domestic credit in GDP. In 2004 it reached the level of 42% in comparison to about 117% in the EU -15[4]. Though it increased by around 30% in the course of the last 10 years, which might be taken as a sign of positive development, it remained practically unchanged since 1998. At the same time only less than 57% of the total credit allocations went to the non-financial sector, the same proportion as 10 years ago. The end result is that Polish non-financial corporate bank indebtedness is only ¼ of the EU 15 average reaching in 2004 the level of 15% of Polish GDP[5].

The low level of bank lending is explained both by the nature of transition from a centrally planned to a market economy, inadequate credit regulations, a relatively low level of economic development as well as an important role played by inter company loans and foreign lending due to the large presence of multinational companies[6].

The low level of bank lending is accompanied by a low level of bank deposits. Measured in terms of the share of deposit of non-financial institutions in GDP it represented in 2004 only 35%, only five percentage points more than ten years ago. The registered deposit/ GDP ratio is substantially lower than the EU-15 average which remains close to 80% in recent years.

It is worth noting that over 65% of the non-financial sector deposits are owned by households which indicates a possible area of action in order to enhance the deposit ratio of the economy.

The low level of financial intermediation is also confirmed by insurance market development ratios. The insurance penetration ratio in Poland in 2004 reached a level of 3,1% of GDP against 8,6% in EU-15 average and the insurance density indicator was close to 200 USD per capita against 2700 USD in the EU-15 average.

The low level of indirect intermediation is accompanied by a low level of direct intermediation i.e. financing via capital markets. The capitalization of the Warsaw Stock Exchange in 2004 was equal only to 20% of the country's GDP compared to roughly 70% of the EU-15 average and 150% for the United States[7].

[4] Banking structures in the new EU member states, ECB, January 2005 p. 14.
[5] Hajkiewicz - Górecka M. Szanse zwiększenia dostępności kredytów dla przedsiębiorstw, WSUiB, Studia Finansowe 74/2005, p. 46.
[6] Idem p. 14.
[7] Banking structures ... op. cit p. 15

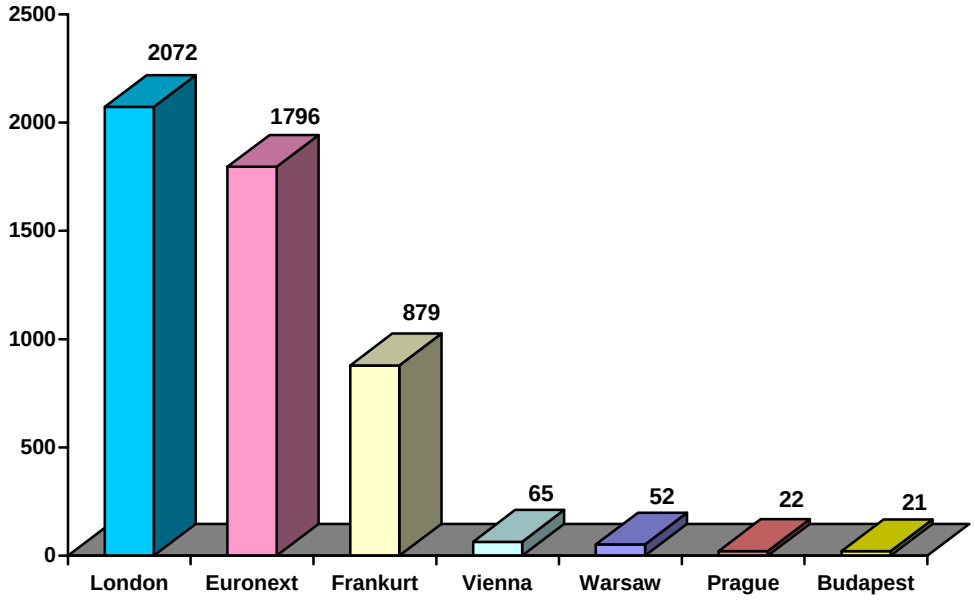

Fig 2 Market capitalization of selected European exchanges, 2004 (bn Euro)

Bank dependency

The Polish financial sector remains clearly bank-centered though the bank's position has slightly eroded in the past few years. The share of the banking assets in GDP remained fairly constant in 2000-2004, oscillating around 60% of the total which favourably compares with the stock market capitalization of around 20% of GDP[8].

The dominant position of the banking sector is well demonstrated by its role in indirect financing. It turns out that banks are holding around three fourth of the total financial assets held by various financial institutions, the remaining part being split between insurance companies, pension funds and investment funds /see table 2/.

Table 2 Polish financial sector 2002-2004 (assets in million PLN and %)

Year	Banks	Credit Unions	Investments Funds	Insurance Companies	Pension Funds	Total millions	
						PLN	USD
2002	468.400 (80,4%)	2,455 (0,4%)	22.766 (3,9%)	57.562 (9,9%)	31.752 (5,4%)	582.935 (100,0%)	166.552
2003	488.962 (76,7%)	3.343 (0,5%)	33.229 (5,2%)	65.723 (10,3%)	45.439 (7,1%)	636.696 (100,0%)	181.913
2004	537.788 (74,7%)	4.234 (0,6%)	37.723 (5,2%)	77.499 (10,8%)	63.040 (8,8%	720,284 (100,0%)	205.795

Memo: 1 PLN ~ 0,3 USD ~ 0,25 Euro

Source: NBP, KNUiFE, KPWiG.

[8] Sytuacja finansowa banków w 2004 zał. 7, NBP Warszawa, 2005

Banks are also dominating the Polish capital market. At the end of 2004 their share in the capitalization of the Warsaw Stock Exchange exceeded 40%. Out of the total 205 corporations listed 14 of them were banks[9].

The discrepancy between bank financing and market financing is increased further when considering international linkages. This results from the fact that concurrently bank financing from abroad is far more important than market financing from abroad. The overall foreign indebtedness of the non-financial private sector has increased from 124 billion zloties in 2000 to 180 billion zloties in 2004 and thus exceeded the amount of its home banking sector indebtedness by 50 billion zloties[10]. In another words, nearly 60% of Polish corporate debt in 2004 was accounted for by foreign institutions, which thus played a much more important role as a source of financing than local banks.

High market concentration rates

The development path of the Polish financial sector throughout the past period resulted in its highly concentrated market structure. This is true with regard to all major financial institutions. The best situation is registered luckily enough, because of its importance, in the banking sector, in which case Herfindhal-Hirschman (HH) index level indicates an existence of the potentially competitive market (the value of HH index below 0,1). The worst situation on the other hand prevails in the insurance sector where the HH index level indicates the potentially uncompetitive market structure. A potentially dangerous situation exists also in the pension funds and investment funds markets /see table 3/.

Table 3 Concentration level of the financial sector in Poland (HH index)

Institutions	Calculation criterion	2001	2002	2003
Commercial banks	Assets	0,0894	0,0877	0,0830
Pension funds	Assets	0,1653	0,1650	1,1646
Investment funds	Assets	0,1262	0,1419	0,1494
Life companies	Premium	0,3196	0,2957	0,2532
Non Life companies	Premium	0,3529	0,3387	0,3097

Source: Rozwój systemu finansowego w Polsce w latach 2002-2003, NBP, Warszawa 2004 p. 126.

As far as the insurance industry is concerned this is still largely a historical effect - related to the position of the largest national insurance operator - PZU - which holds well over 50% of the overall insurance market. In the case of other industries however this is entirely a product of the transformation period. The relatively high level of market concentration may lead to unwanted consequences both with respect to market conduct of the said institutions as well as with respect to the financial stability of the country. The opening of the single financial arena of the EU may be extremely important from this point of view.

High level of foreign ownership

High concentration rate of the financial sector is accompanied by the high level of foreign ownership. On the whole it could be estimated to be at the level of ca 70% of the overall subscribed capital and assets. It is interesting to see that a similar degree of foreign ownership

[9] Zaręba J. – Tendencje rozwoju polskiego rynku finansowego, Zeszyty BRE – Case, Nr 80/2005 p. 26
[10] Strategia rozwoju rynku kapitałowego, Agenda Warsaw City 2010, Min. Fin, Warszawa, kwiecień 2004 p. 32.

penetration exists across various financial market segments, following in the past very different development strategies.

As far as commercial banks are concerned out of 60 institutions in operation in 2004 as many as 44 of them were controlled by foreign owners. They represented at the same time nearly 68% of the banking assets /see table 4/.

Table 4 Foreign ownership in Polish banking sector

Country of origin	No of banks		Share in assets (%)	
	2000	2004	2000	2004
Germany	14	12	11,0	18,9
Italy	1	2	15,8	11,3
Netherlands	4	4	6,8	7,9
Belgium	3	2	6,4	5,1
Ireland	2	1	5,4	4,9
Portugal	2	1	6,4	4,0
France	3	5	1,2	2,4
Austria	2	1	7,0	2,0
Sweden	1	3	0,1	1,2
Denmark	2	2	0,1	0,3
UK	1	1	0,0	0,1
Spain	-	1	-	0,5
EU total	35	35	60,1	58,6
USA	9	7	8,6	8,6
Czech Republic	1	-	0,2	-
Japan	-	2	-	0,2
South Korea	1	-	0,6	-
Total	46	44	69,5	67,6

Source: *Sytuacja finansowa banków w 2004 r., op.cit.* zał. 10.

The bulk of foreign ownership originated in Germany, Italy and the Netherlands. Investors coming from the United States controlled only 6 institutions representing 8,6% of the total banking assets.

High foreign ownership in the banking sector is a characteristic feature of both transition and emerging economies. Polish indices are in a comparatively lower range in this respect with regard to other Central and Eastern European Countries. They are at the same time much higher than the ones registered in the EU-15 countries /see table 5/.

Table 5 Share of majority foreign-owned banks in total assets (%), 2001

AC	%	EU	%
Estonia	97,5	United Kingdom	52,1
Czech Rep.	90,1	Belgium	36,3
Latvia	83,9	Greece	21,9
Slovenia	81,0	Portugal	10,5
Bulgaria	75,0	France	9,8
Poland	68,4	Netherlands	7,7
Hungary	65,5	Italy	6,8
Lithuania	62,6	Germany	4,3
Slovakia	55,0	Austria	3,3
Romania	55,0	Sweden	1,6

Source: *Stirbu C – Financial market integration in a wider European Union*, HWWA Discussions Paper 297, Hamburg 2004 p. 16

The only exception is the United Kingdom in which case foreign ownership penetration is extremely high in comparison to other developed economies, indicating the truly international nature of the UK financial industry. The other extreme is represented by German, Austrian and Swedish markets, with very low levels of foreign ownership in the financial industry.

Strong prudential regulations

The Polish financial sector has been from the outset formatted along strong prudential regulations. It was therefore able to avoid until now any substantial disturbances. There was no failure of any significant banking institution, no important scandal on the securities market nor any devastating failure of an insurance company.

In the whole transformation period until now there have been altogether 94 failures of banking institutions (of which only 5 commercial banks and 89 small cooperative banks) which affected only 315 thousand deponents compensated with 812 million zloties (ca 260 million USD). The failure of seven insurance companies which has occurred so far affected only about 35 thousand customers and resulted in the financial compensation of ca 300 million zloties.

Strong prudential regulations are reinforced by equally strong supervisory oversight which is split today among three sectoral supervisors: banking, securities and insurance combined with pension funds. They are coordinated by a cross-participation system, a network of MOU as well as by Committee on Financial Conglomerates (so called Troika Committee). These coordination mechanisms are presented in Fig 3.

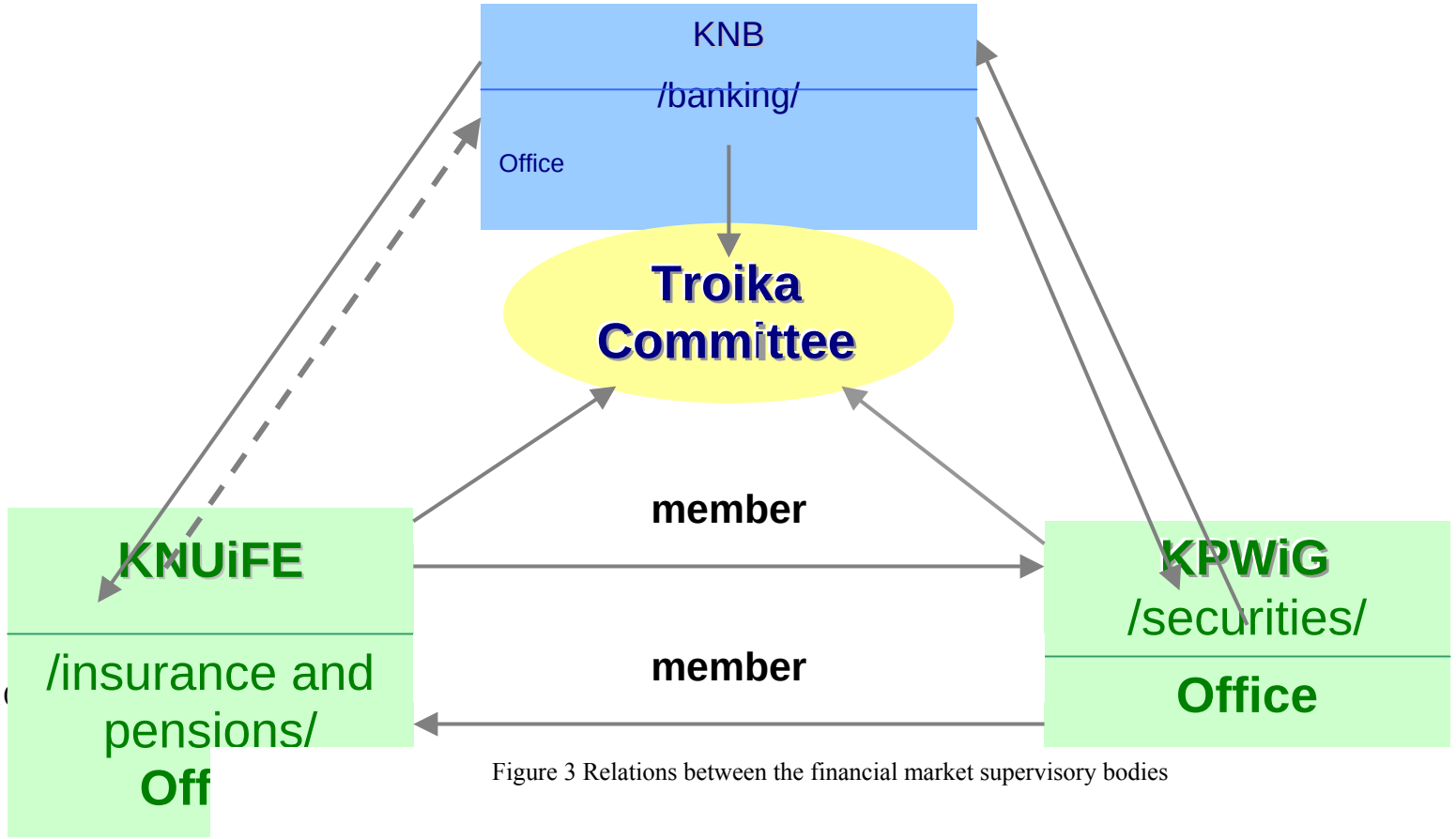

Figure 3 Relations between the financial market supervisory bodies

13A

Existing

Planned

Major developments in the 1990s

The Polish economy in the 1990s went through two inter-related dramatic shocks: conversion from a centrally planned to a market driven economy and conversion from public to private ownership. Both these shocks were accompanied by dramatic social and economic consequences recorded in terms of short as well as long term effects. The same two shocks took place in the Polish financial sector and in particular in its major component – the banking sector.

Reform of the banking system constituted one of the principal elements of the Polish economic transformation. It was based on four legislative initiatives:

- Banking Act of 1989,
- Act on the National Bank of Poland 1989,
- Act on Financial Restructuring of Enterprises and Banks of 1993,
- Act on Restructuring of Cooperative Banks and the Bank for Food Economy of 1994,
- Act on the Banking Guarantee Fund of 1994.

The first two acts provided a legal basis for the de-monopolization and liberalization of the Polish banking system. They converted the semi-commercial National Bank of Poland into a full-fledged central bank, opened the banking market to new entrants by abolishing the State monopoly in this area, and reconstructed the existing relationship of the State with the banking system by abolishing automatic loan facilities for government-sponsored projects.

It is worth mentioning that by 1989 the Polish banking sector was under full control of the State. Interest rates were fixed by the government, the same was true with regard to lending activities. A major role in the banking system was played by the National Bank of Poland (NBP), performing both central bank and commercial functions, with its regional branches closely linked to state-owned corporations. Apart from NBP there were four other specialized banks (Bank Handlowy, Bank PeKaO S.A., PKO BP and BGK) and two more in the early stage of development (BRE, ŁBR). There were also numerous cooperative banks with their long historical traditions.

The shocks produced by the transformation of the Polish economy found their repercussion in the banking sector which soon became affected by negative developments in the real economy. Hence three consecutive legislative initiatives mentioned above addressed the newly emerged major problem areas:

- non-performing loans of failing industrial companies (Act on Financial Restructuring), non-performing loans of State agriculture-related corporations (Act on Restructuring of Cooperative Banks) and increased danger of bank failures due to the said processes and liberal licensing policy (Act on the Banking Guarantee Fund).

The new governance of the banking system and liberal licensing policy adopted by the National Bank of Poland, responsible for the regulation and supervision of banking institutions, resulted in the rapid development of the banking institutions in the beginning of the 1990s. Apart from nine large regional commercial banks created from NBP branches in 1989-1992, over 70 new banks were licensed, most of them controlled by private capital, frequently however with some participation of public funds. They were in most cases coming from State-owned companies. In 1993 there were altogether 87 commercial banks already in operation of which 29 were still majority State-owned. There were at the same time 1653 cooperative banks, mostly small, locally oriented institutions. Since then the number of the banking institutions, both due to severely increased prudential requirements and a restrictive licensing policy of the supervisory authority as well as growing consolidation processes, was continuously declining (see table 6). As a final result at the end of 2004 there

were only 60 registered commercial banks and 596 cooperative banks, 40% fewer in comparison to the 1993 level.

Table 6 Banks according to type, ownership (nos) and assets (%)

	1993		1997		2000		2004	
	No	Assets	No	Assets	No	Assets	No	Assets
Commercial banks (CB)	87	93,4	83	95,5	74	95,8	60	94,7
CB majority state owned	29	80,4	15	49,3	7	22,9	5	20,5
CB majority private owned	58	13,0	68	46,2	67	72,9	52	74,2
Polish investors	48	10,4	39	30,9	20	3,4	5	6,6
Foreign investors	10	2,6	29	15,3	47	69,5	47	67,6
Cooperative banks	1.653	6,6	1.295	4,5	680	4,2	596	5,3
TOTAL	1.740	100,0	1.378	100,0	754	100,0	653	100,0

Source: NBP

It is also worth mentioning that in 1993-2000 at least 12 relatively large credit institutions were rescued by foreign investors at the initiative of the supervisory authority which used its strong position to convince foreign investors to contribute to the co-financing of the Polish banking sector, heavily subsidized by public aid in the 1993-1995 period[11]. The direct public cost of the resolution of bad debts of the banking system in 1993-1995 amounted to over 10 billion zloties (ca. 3 billion USD).

The overall costs of bank restructuring are estimated however to be much higher. Total fiscal cost of the said operation in 1991-98 according to the World Bank accounted for 8% of the country's GDP. They were still much lower compared to the Czech Republic (25% of GDP) and Hungary (13%)[12].

In the second half of the 1990s there was an increase in the consolidation process driven by market considerations initiated, by the already existing Polish banks. They were as a matter of fact mainly controlled by foreign shareholders. In 1997-2001 there occurred at least 13 consolidation operations of this type. The new element that was added to the consolidation drive in recent years are consolidation projects originated abroad that were influencing the Polish segment of the consolidated groups. The principal examples are the merger of Cracow-based BPH and Warsaw-based PBK in 2002 due to the acquisition of Bank Austria by German HVB and the most recently planned merger of Pekao S.A. and BPH as a result of the European-wide merger of Uni-Credito Italiano and HVB.

The strategic part of the banking sector transformation constituted its privatization, both via establishment of new privately-owned banking institutions as well as via divestment of the State from the existing State banks. In terms of numbers of banking institutions, the first path was producing more visible results, in asset terms however it was the second path that contributed most to the changing panorama of the Polish banking industry.

Overall the State Treasury has received for its stakes in the banking sector to date ca. 23 billion zloties (ca. 7 billion USD) of which 7,6 billion zloties (ca. 2,2 billion USD) for the sale of its shares in the PKO Bank Polski in fall 2004 (the State Treasury still retained 62,9% of the shares of the said bank in its hands)[13].

[11] System bankowy w Polsce w latach dziewięćdziesiątych, NBP, grudzień 2001 p. 58.
[12] Tony H., Zoli E., Klytchnikowa J. – Banking crisis in transition countries; fiscal costs and related issues, World Bank Policy Research Paper 2484, Washington, 2000.
[13] *Szelągowska A. – Kapitał zagraniczny w polskich bankach, Poltext, Warszawa, 2004 p. 101.*

Transformation of the banking industry was accompanied by the transformation of the insurance sector including its privatization. Out of three insurance companies existing before 1989 one failed, one was completely privatized and one - PZU - is still in the privatization process. Currently the insurance industry is composed of 67 companies and 7 foreign branches; all but three companies – PZU Non-Life and PZU Life - and KUKE, specialized in export guarantees - are privately owned.

As far as the capital market is concerned the setting for its development in the 1990s was set up by two legislative initiatives: the Act on Commercialization and Privatization of State – Owned Companies of 1991 and the Law on Public Trading in Securities and in Trust Funds. It led to the establishment in 1991 of the Securities and Stock Exchange Commission (KPWiG) and the Warsaw Stock Exchange (WGPW). The Warsaw Stock Exchange organizes trading in shares, pre-emption rights, treasury and corporate bonds, foreign exchange and derivatives. It continues to be a State-owned joint stock company with only 1,2% of the shares in the hands of 21 private entities (mostly banks). It housed by the end of 2004: 2005 listed companies (12 in 1991). The average size of the listed Polish companies is still small reaching the value of 165 million Euro in comparison to 250 million Euro in Prague, 320 million Euro in Budapest or over 500 million Euro in Vienna[14]. Out of the 20 largest Polish corporations in 2003 only 5 were listed on the Warsaw Stock Exchange. Ten of the Polish listed companies are currently also traded abroad on other European stock exchanges /see table 7/ .

To complete the picture we should perhaps also add that around 30% of the present capitalization of the stock exchange is accounted for by foreign issuers. They include some leading corporations like BA-CA, Ivax, MOL, Borsodchem, BMP.

It is worth mentioning that the securities market plays a growing role with regard to household savings. Whereas in 1995 about 90% of the household savings were allocated in banks, in 2004 this share diminished to 60%. The remaining 40% is accounted for by securities (20%), pension funds (10%) and life insurance (10%)[15].

Table 7 Foreign listings of Polish publicly-traded companies

	London	Berlin	Frankfurt	Munich
Agora	+	+	+	+
Bank Millenium	-	+	+	-
KGHM	+	+	-	-
Mostostal Export	-	+	+	-
PeKaO S.A.	+	-	-	-
PKN Orlen	+	+	+	+
Prokom Software	+	+	+	-
Softbank	-	-	+	-
Stalexport	-	+	+	-
Telekomunikacja Polska	+	+	+	-

Source: KPWiG

[14] *Data supplied by KPWiG*
[15] Zaręba J. – Tendencje rozwoju ... op. cit p. 19

eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

Dr Małgorzata Paszkowska
Katedra Prawa
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych

Wprowadzenie

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

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

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

Z budżetu państwa finansowane są przede wszystkim tzw. świadczenia wysoko specjalistyczne[1], a także np. opieka zdrowotna nad skazanymi oraz programy profilaktyczne. Budżet państwa może dotować szkolenie personelu i inwestycje w SPZOZ.

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

Czwartym źródłem finansowania systemu zdrowotnego, jednakże o zdecydowanie mniejszym znaczeniu jak poprzednio wymienione, jest pracodawca i temu źródłu poświęcony jest niniejszy artykuł. Przez pracodawcę należy rozumieć jednostkę organizacyjną, choćby nie posiadała osobowości prawnej, oraz osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one pracowników[3]. W rezultacie pracodawca musi być stroną zawierającą umowy o pracę lub powinna na jego rzecz być świadczona praca na podstawie powołania, wyboru lub mianowania. Zgodnie z orzecznictwem zatrudnianie przynajmniej jednego pracownika nadaje podmiotowi charak-

[1] Por. rozporządzenie z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.
[2] Szerzej podstawowe źródła finansowania systemu ochrony zdrowia: M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse" 2006, nr 3.
[3] Art. 3. Kodeksu pracy.

ter pracodawcy. Wszelkie czynności z zakresu prawa pracy za pracodawcę będącego jednostką organizacyjną wykonuje osoba (np. dyrektor ZOZ) lub organ zarządzający (np. zarząd spółki). Pracownikiem jest, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy, osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę[4]. Pracownikiem może być zasadniczo osoba pełnoletnia (ukończone 18 lat), jednakże przepisy Prawa pracy (dział IX k.p.) dopuszczają możliwość pracy młodocianych pracowników. Pracodawcę łączy z pracownikiem specyficzny stosunek prawny – stosunek pracy[5]. Poprzez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Stosunek pracy charakteryzuje się podporządkowaniem pracownika wobec pracodawcy w czasie świadczenia pracy. W rozumieniu Kodeksu pracy pracownikiem nie jest osoba świadcząca pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. zlecenia).

Pracodawca finansuje system zdrowotny na dwóch płaszczyznach:

- medycyny pracy,
- abonamentów medycznych.

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

Finansowanie medycyny pracy

Organizm ludzki w trakcie wykonywania pracy jest narażony na działanie wielu czynników m.in. mechanicznych, psychologicznych i socjologicznych[6]. Czynniki te mają istotny wpływ na zdrowie człowieka, zasadne jest więc powołanie i funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia zajmujących się zdrowiem osób pracujących.

Pojęcie medycyny pracy (z ang. *occupational medicine*) powstało w 1929 r. podczas posiedzenia Międzynarodowego Komitetu ds. Chorób Zawodowych i Higieny Pracy w Londynie. Medycyna pracy jest nauką o współzależności między pracą i zawodem z jednej strony, a człowiekiem, jego zdrowiem i chorobami – z drugiej. Polega ona na badaniu fizycznych i psychicznych reakcji człowieka na pracę i jego otoczenie związane z pracą. Regulacje prawne, dotyczące medycyny pracy w Polsce, znajdują się przede wszystkim w ustawie z 27 czerwca 1997 o służbie medycyny pracy[7].

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

[4] Art. 2. Kodeksu pracy.
[5] Art. 22. Kodeksu pracy.
[6] Por. *Zdrowie publiczne*, red. T.B. Kulik, M. Latalski, Czelej, Lublin 2002, s. 270.
[7] DzU nr 96 z 1997 r., poz. 593.

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

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

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

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

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

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

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

Źródła finansowania świadczeń służby medycyny pracy to:

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

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

Kodeks pracy nałożył na pracodawcę i pracownika obowiązek wykonywania lekarskich badań profilaktycznych[8]. Pracodawca ma umożliwić swoim pracownikom wykonanie tego obowiązku i pokryć koszty tego badania, a pracownik jest zobowiązany poddać się badaniu i zastosować do wskazań lekarskich. Każde badanie profilaktyczne musi się zakończyć orzeczeniem lekarskim, stwierdzającym istnienie lub brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy. Bez orzeczenia o braku przeciwwskazań pracodawcy nie wolno dopuścić pracownika do pracy[9]. Reakcją pracodawcy na stwierdzenie przez lekarza przeciwwskazań może być zwolnienie pracownika.

Profilaktyczne badania lekarskie są obowiązkiem zarówno pracodawcy, jak i pracownika. Zakres i częstotliwość badań profilaktycznych, a także tryb wydawania i przechowywania orzeczeń lekarskich, szczegółowo określa rozporządzenie MZiOS z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy[10].

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

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

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

[8] Por. art. 229. Kodeksu pracy.
[9] Art. 229., §4 Kodeksu pracy.
[10] DzU nr 69 z 1996 r.,, poz. 332.

Należy podkreślić, że oprócz wymienionych rodzajów badań profilaktycznych niektóre grupy zawodowe mają obowiązek poddania się jeszcze innym badaniom, koniecznym ze względu na szczególne kryteria zdrowotne, wymagane od zatrudnionych[11]. Zakres i tryb wykonywania tych badań regulują odrębne przepisy, wydane na podstawie delegacji zawartych w innych ustawach niż Kodeks pracy.

Art. 229. ma ogromne znaczenie praktyczne dla obowiązków pracodawcy w zakresie kontroli zdrowia pracowników. Obowiązki te zostały uregulowane odrębnie w stosunku do pracowników podejmujących pierwszą pracę. Ustawodawca w zakresie obowiązku przeprowadzania badań wstępnych potraktował tak jak pracowników podejmujących pracę po raz pierwszy – pracowników młodocianych, przenoszonych na jakiekolwiek inne stanowisko pracy, oraz pracowników już zatrudnionych, niebędących pracownikami młodocianymi wówczas, gdy są oni przenoszeni na stanowiska, na których występują czynniki szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia. Badaniom wstępnym nie podlegają jednak osoby przyjmowane ponownie do pracy u danego pracodawcy na to samo stanowisko na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej bezpośrednio po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z tym pracodawcą[12]. Oprócz badań wstępnych pracownicy podlegają badaniom okresowym i kontrolnym. Badaniu kontrolnemu musi się poddać pracownik, którego niezdolność do pracy trwała dłużej niż 30 dni. Chodzi w tym przypadku jedynie o niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, a nie np. koniecznością sprawowania opieki nad chorym dzieckiem.

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

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

Obowiązek pokrywania przez pracodawcę kosztów podróży w celu przeprowadzenia badań nie dotyczy badań wstępnych, które są przeprowadzane przed podjęciem pracy. Natomiast badania wstępne, związane ze zmianą dotychczasowego stanowiska pracy, w każdym wypadku przez młodocianego, oraz w określonych w przepisie art. 229., § 1. sytuacjach w odniesieniu do innych pracowników powinny być z punktu widzenia zwrotu ewentualnych kosztów podróży traktowane tak, jak badania okresowe i kontrolne[14].

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

---

[11] Szerzej rodzaje badań pracowników i zasady ich przeprowadzania: L .Dawydzik, *Ochrona zdrowia pracujących,* Wyd. PZWL, Warszawa 2003.
[12] Por. art. 229., § 1., pkt 2.
[13] M.T Romer, *Komentarz do art. 229 kp*, Lex Polonica Maxima 2006.
[14] *Ibidem*.

Art. 12., ust. 1. ustawy o służbie medycyny pracy (zwanej dalej u.s.m.p) stanowi, że badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne są wykonywane na podstawie umowy zawartej przez podmiot zobowiązany do ich zapewnienia z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Ten artykuł określa więc zarówno sposób, w jaki pracodawca ma zapewnić profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, jak i podmiot, któremu pracodawca może powierzyć sprawowanie tej opieki[15]. Pracodawca musi zawrzeć umowę o sprawowanie opieki lekarskiej nad pracownikami z podstawową jednostką służby medycyny pracy (czyli z zakładem opieki zdrowotnej lub uprawnionym lekarzem wykonującym indywidualną bądź grupową praktykę lekarska). W art. 3. u.s.m.p. została zagwarantowana niezależność osobom realizującym zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych od pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli oraz innych podmiotów, na których zlecenie realizują zadania tej służby.

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

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

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

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

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

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

Abonamenty medyczne dla pracowników

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

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

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

[16] Por. art. 12., ust. 2. ustawy o służbie medycyny pracy.
[17] Cytowane za rzecznikiem firmy Medicover-Marcinem Malinowskim („Gazeta Wyborcza" z 5 września 2006 r.).

kim niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y).Umowa o świadczenie usług medycznych czy też abonamentu medycznego nie jest wprost uregulowana przepisami Kodeksu cywilnego. Ma ona na pewno charakter cywilny, opiera się na równorzędności jej stron i wynika z zasady swobody zawierania umów. Jest to umowa o świadczenie usług i na podstawie art. 750. Kodeksu cywilnego można do niej stosować przepisy o zleceniu[18]. Przedmiotem umowy będzie udzielanie w ustalonym zakresie świadczeń zdrowotnych pracownikom danego pracodawcy, ewentualnie członkom ich rodzin. Zakres świadczeń zależy od ustaleń dokonanych przez strony i związany jest z wysokością ponoszonej przez pracodawcę opłaty. Świadczeniodawcy mają w swej ofercie zazwyczaj kilka (najczęściej 3-5) wariantów świadczeń (od podstawowych, najtańszych, obejmujących wąski asortyment usług, do bardzo bogatych, ale najdroższych). Do oferowanych świadczeń należą przede wszystkim:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na rynku ogólnopolskim najpopularniejsze centra medyczne, oferujące abonamenty medyczne, to: Enel-Med, Lux Med, LIM, Medicover, natomiast na rynku rzeszowskim: Medyk i Medicor[19]. Niektóre z powyższych firm w całości (Medicover) lub w dużej części (LIM) opierają swoją działalność na klientach korporacyjnych, jednakże większość z nich ma również ofertę dla klientów indywidualnych (zarówno abonamentową, jak i doraźną). Klientów indywidualnych przyciąga kontrakt zawarty z NFZ. Współpracują z nim Enel-Med, Lux-Med, LIM, Medyk. Ogólnopolskie firmy medyczne świadczą swe usługi przede wszystkim w dużych miastach, takich jak Warszawa, Kraków, Wrocław czy Poznań. Ich zasięg podmiotowy bywa bardzo duży, np. Medicover obsługuje 3 tys. firm (ok. 150 tys. osób), a Lux Med ma ponad 5 tys. firm[20].

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Podsumowanie

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

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

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

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

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

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

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

Literatura

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

Strony internetowe:
www.cmlim.pl.
www.enel.pl.
www.luxmed.pl.
www.medicover.com.pl.
www.medyk.rzeszow.pl.

Trzecie Forum Ekonomiczne w Łańcucie

Rozmowa z prof. dr. hab. Janem Winieckim

„e-Finanse": Na początek poproszę Pana, aby przedstawił Pan ideę przedsięwzięcia, jakim jest Forum Ekonomiczne w Łańcucie.

Przez wiele lat inne fora intelektualne zajmowały się procesami transformacji. Trudno powiedzieć, że ten proces już się zakończył, że wszystko już zostało zrobione i że nie różnimy się już absolutnie niczym od rozwiniętych, kapitalistycznych gospodarek rynkowych, ale trzeba powiedzieć też, że pojawiło się coś nowego. Otóż kraje transformacji na skutek różnych, zewnętrznych i wewnętrznych, tendencji podzieliły się. Pierwsza ósemka, czyli te kraje sukcesów, które generalnie wymieniano jako przodujące w procesie transformacji, weszły do Unii Europejskiej. Pojawiła się idea, ażeby tym krajom spróbować przyjrzeć się w sposób systematyczny – tak, jak przedtem przyglądano się całemu spektrum krajów transformacji, tak teraz przyjrzeć się tym krajom przodującym, które są najbliżej standardu rozwiniętej kapitalistycznej gospodarki rynkowej. Należy zobaczyć, co się w tych krajach dzieje, jakie następują zmiany, jakie te kraje mają problemy itp.

„e-Finanse": Proszę powiedzieć, co zadecydowało o wyborze tematyki tegorocznego Forum? Tematem wiodącym są zagadnienia rynku pracy.

Przyjęliśmy założenie, że będziemy przyglądali się różnym, istotnym aspektom ekonomiki tych krajów. W pierwszej kolejności zajęliśmy się zmianami instytucjonalnymi – co w różnych krajach zrobiono takiego, co u nas np. zostało już zrobione, a co należałoby zrobić w bardziej rozwiniętych krajach zachodnioeuropejskich, a czego tam nie zrobiono. Stanowiłoby to przykład tego, że nie tylko my się uczymy, ale że również oni mogliby niektórych rzeczy (gdyby chcieli) nauczyć się i od nas. Potem zajęliśmy się konkurencyjnością. To również uzasadniony wybór, ponieważ konkurencyjność jest zagadnieniem szalenie ważnym. Fakt, iż jesteśmy w Unii Europejskiej, to duży sukces, ale możemy „znaleźć się w niej" lepiej lub gorzej (podobnie w całym świecie, w globalnej gospodarce), dlatego właśnie postanowiliśmy przyjrzeć się konkurencyjności tych krajów, które do UE weszły.

Kolejnym problemem, ze względu na pewne szczególne zaszłości z czasów komunizmu, któremu warto się przyjrzeć, jest problem rynku pracy i tendencji panujących w zatrudnieniu. Komunizm miał wiele takich cech, które odróżniały tę gospodarkę (czy też te gospodarki) od normalnych gospodarek rynkowych. Jedną z nich były znaczne zniekształcenia strukturalne, m.in. w strukturze kwalifikacji. Otóż poza administracją publiczną, w gospodarce komunistycznej istniało zjawisko ponadprzeciętnego, nadmiernego popytu nad nisko kwalifikowaną siłę roboczą, czyli na pracowników niewykwalifikowanych i przyuczonych, pracujących na linii produkcyjnej.

To właśnie można nazwać pewną aberracją historyczną. Spoglądając na kraje zachodnie, zauważamy, iż właśnie tam, na przestrzeni XX w., przez sto lat zmieniały się proporcje pracowników umysłowych i fizycznych. Na początku wieku te proporcje wynosiły dziesięć, dwanaście do jednego (12 pracowników fizycznych przypadało na jednego pracownika umysłowego). Natomiast już po roku 1980 te proporcje zmieniły się na 1:1 i wciąż się zmieniają na korzyść pracowników wyżej kwalifikowanych (tzw. *white collars*).

W czasach komunizmu było inaczej, co potwierdzają moje własne badania, które przeprowadziłem w latach 80. Tam te proporcje się nie zmieniały, co oznacza, że na takim po-

ziomie, na jakim kraj wszedł w gospodarkę komunistyczną, takie same proporcje (z grubsza rzecz biorąc) zachowywał. Na wyjściu dany kraj miał taką samą pozycję jak na wejściu.

Kiedy Polska stała się w latach 50. komunistyczną gospodarką planową, proporcje w przemyśle z tego okresu pozostały do roku mniej więcej 1989 takie same. Podobnie było w przypadku każdego innego kraju. W sytuacji, gdy był to kraj bardziej od Polski rozwinięty, te proporcje były niższe, gdy mniej rozwinięty – wyższe, ale w konsekwencji wciąż takie same. Zależność ta nie tylko stanowiła ciekawostkę samą w sobie, ale skoro przyglądamy się tym krajom, np. temu, w jaki sposób dawały sobie później radę, to miało to również swoje konsekwencje. Gospodarka kapitalistyczna jest gospodarką chłonącą wiedzę, kwalifikacje itd., w związku z tym zaczęły następować gwałtowne procesy zwiększania zatrudnienia pracowników wykwalifikowanych, a tymczasem to, co z komunizmu otrzymaliśmy, to była siła robocza. Pomijając już inne problemy, jak kwestie demoralizacji, wynikające z istniejącego w komunizmie niewłaściwego mechanizmu bodźców, to jeszcze na dodatek byli to ludzie, na których popyt w tej gospodarce wyraźnie spadł. W związku z tym fakt, że mamy w prawie wszystkich tych krajach znacznie wyższe stopy bezrobocia, bierze się m.in. z sytuacji określanej jako spadek po komunizmie. Ci, którzy nie mają pracy, to właśnie w ogromnej większości ludzie o niskich kwalifikacjach.

„e-Finanse": Czy przyjęta przez Państwa formuła jest podobna do innych przedsięwzięć o podobnie brzmiącej nazwie np. do Forum Ekonomicznego w Krynicy?

Otóż jest zdecydowanie różna. Nie tylko w stosunku do Forum Ekonomicznego w Krynicy, które jest spotkaniem bardziej biznesowo-akademickim. Forum Ekonomiczne w Łańcucie jest klasycznym forum akademickim. Natomiast nasza konferencja różni się od znaczniej części innych spotkań akademickich – przede wszystkim proporcjami pomiędzy prezentacją referatów a dyskusją na ich temat.

Należy wspomnieć o tym, iż wytworzyła się niezbyt dobra praktyka na konferencjach (zwłaszcza tych finansowanych przez UE). Referatom poświęca się 95% czasu i tylko na końcu (niemal symbolicznie) jest czas na trwającą 15-30 min dyskusję. Bierze się to stąd, iż Unia Europejska finansuje uczestnictwo w konferencji tylko wtedy, gdy ktoś przedstawi referat. Z tego też powodu istnieje ogromna presja na to, aby znaleźć czas na prezentację referatów, co oczywiście odbywa się kosztem autentycznej dyskusji naukowej. Przyjęta przez nas formuła jest zupełnie inna. Przyjęliśmy zasadę czterech sesji. Poszczególne sesje mają swoje tematy w ramach ogólnej tematyki konferencji, gdzie proporcję stanowi *fifty-fifty* – tzn. dwa referaty, które są szczegółowo przedstawiane, a następnie bardzo szczegółowa dyskusja, na którą przeznaczamy tyle samo czasu, co na referaty. Tym sposobem jest godzina na wygłoszenie referatu i godzinna dyskusja. Tego typu formułę ludzie zdecydowanie wolą. Znane są sytuacje, kiedy na licznych konferencjach międzynarodowych dyskusja przygasa.

W przypadku konferencji w Łańcucie nasi uczestnicy czują, że mogą poważnie podyskutować na dany temat, który ich zainteresował. Mimo iż są to konferencje, podczas których wyznaczona jest określona ilość czasu na dyskusję, osobiście nie przypominam sobie, aby konieczne było skrócenie dyskusji z powodu wyczerpania się tematyki. Jedyny raz w ciągu dwóch minionych konferencji pamiętam, iż skróciliśmy sesję o dwie bądź trzy minuty. O wiele częściej zdarzało się tak, że jako przewodniczący konferencji zmuszony byłem przenieść dyskusję na przerwę kawową czy też na czas lunchu, ponieważ wciąż byli chętni do dyskusji i rzeczywiście w trakcie tych przerw w dalszym ciągu dyskusje się toczyły.

„e-Finanse": Jakich gości spodziewają się Państwo w tym roku w Łańcucie?

Na razie trudno to jeszcze powiedzieć. Póki co, mamy wstępne sygnały zainteresowania. Z mojej wizyty w Waszyngtonie, w Banku Światowym i Międzynarodowym Funduszu Walutowym, wynika wyraźnie, że jest tam szereg osób zainteresowanych udziałem w dyskusjach na ten temat. W związku z tym, spodziewamy się większej liczby osób, które przyjadą do nas z drugiej półkuli, aby wziąć udział w tych dyskusjach, co stanowi oczywiście wielką korzyść dla naszej konferencji. Patrząc na wyżej wymienione instytucje finansowe, jak na te, które rozdzielają pieniądze, zapominamy jednocześnie, iż są to instytucje, w których pracuje (proporcjonalnie rzecz biorąc) więcej znakomitej klasy analityków niż gdziekolwiek indziej, na jakiejkolwiek uczelni i w jakimkolwiek kraju.

„e-Finanse": Na koniec zapytam Pana Profesora o plany na przyszłość, związane oczywiście z Forum w Łańcucie.

Nasze plany na przyszłość nie są tak bardzo sprecyzowane, abym mógł już teraz powiedzieć, że konferencja w roku 2008 będzie dotyczyła np. przemysłu, a w 2009 r. – roli badań naukowych. Na pewno będziemy zastanawiali się nad różnymi aspektami funkcjonowania i pozycją krajów nowej Europy, tzn. nowych krajów, które weszły do UE (w Unii i w gospodarce globalnej). Poza tym chciałbym przypomnieć, że teraz będziemy już mieć 10 krajów nowej Europy, aczkolwiek ocena ekonomiczna pokazuje, że te dwa nowe kraje mogą mieć większe problemy choćby w znalezieniu swojej pozycji konkurencyjnej niż ta pierwsza ósemka. Wynika to choćby z analiz przeprowadzonych podczas konferencji zeszłorocznej – poświęconej konkurencyjności nowej Europy.

„e-Finanse": Dziękuję Panu bardzo za rozmowę.

Rozmawiał: Andrzej Cwynar