Medycyna Pracy 2007;58(6):511–519
© Instytut Medycyny Pracy im. prof. *J. Nofera* w Łodzi
http://medpr.imp.lodz.pl

Izabela Rydlewska-Liszkowska

MODELE UBEZPIECZEŃ W ZAKRESIE ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA PRACUJĄCYCH W WYBRANYCH KRAJACH EUROPEJSKICH. WYBRANE PROBLEMY EKONOMICZNE*

MODELS OF WORKERS' HEALTH AND SAFETY INSURANCE IN THE SELECTED EUROPEAN UNION MEMBER STATES: CERTAIN ECONOMIC PROBLEMS

Zakład Polityki Zdrowotnej
Instytut Medycyny Pracy im. prof. *J. Nofera,* Łódź

Streszczenie

Wstęp: W Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi zrealizowano projekt pt. „Analiza istniejących modeli ubezpieczeń w wybranych krajach UE w części dotyczącej bezpieczeństwa i zdrowia pracujących". Jednym z celów było zidentyfikowanie różnic zachodzących między modelami europejskimi a modelem polskim, stanowiących przesłanki ewentualnego aktywnego włączenia ubezpieczycieli (istniejących i/lub celowo wykreowanych) w realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia pracujących w Polsce. **Materiał i metody:** W realizacji celów wykorzystane zostały dokumenty i publikacje krajowe oraz opracowane przez organizacje międzynarodowe. Do analizy wybrano modele różniące się rozwiązaniami dotyczącymi ograniczania wzrostu kosztów systemów ubezpieczeniowych, stopniem centralizacji zarządzania systemami ubezpieczeniowymi, zakresem współpracy między ubezpieczycielami publicznymi a prywatnymi. **Wyniki:** Wyniki analizy funkcjonowania modeli ubezpieczeniowych w wybranych krajach europejskich wskazują na stałe procesy usprawniania funkcjonowania systemów ubezpieczeniowych. Obejmują one m.in. ograniczanie wzrostu kosztów systemów zabezpieczenia społecznego, kształtowanie nowych jakościowo relacji między prywatnymi a publicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi, uwzględnianie nowych form pracy jako czynnika zmian systemów ubezpieczeniowych. **Omówienie i wnioski:** Wnioski wynikające z analizy europejskich systemów ubezpieczeniowych w zakresie wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz ewentualne kierunki przekształceń systemu ubezpieczeniowego w Polsce odnoszą się do następujących zagadnień: zakresu centralizacji zarządzania systemem ubezpieczeniowym i roli państwa, stopnia samodzielności instytucji ubezpieczeniowych i ich działań priorytetowych w dziedzinie profilaktyki, mechanizmów motywacyjnych ukierunkowanych na pracodawców, partycypacji pracodawców w ponoszeniu skutków chorób zawodowych i wypadków przy pracy, oraz roli dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń pracowniczych. Med. Pr. 2007:58(6):1–9

Słowa kluczowe: pracownicze ubezpieczenia zdrowotne, zdrowie pracujących, bodźce ekonomiczne

Abstract

Background: The project entitled "An analysis of insurance models in the selected European Union (EU) member States" has recently been accomplished in the Nofer Institute of Occupational Medicine in the section concerning the health and safety of the working population. One of the aims of the project was to identify differences between EU and Polish models, which may provide the basis for a possible involvement of insurance providers (existing and/or created on purpose) in the implementation of tasks in the area of the workers' health protection in Poland. **Material and Methods:** Documents and publications issued in Poland and elaborated by international organizations were used in the analysis. Of the existing models, those which differ in the solutions concerning the limitation of growing costs of insurance systems, the level of centralization of insurance system management, and the range of cooperation between public and private insurance providers were selected for the analysis. **Results and Conclusions:** The results of the analysis show that the functioning of insurance systems in the countries under study has been the subject of constant modifications and improvements. Their major aims are to limit the growth of costs of social insurance systems, to shape new qualitative relations between private and public insurance institutions, and to take account of new forms of work regarded as a factor contributing to changes in insurance systems. The conclusions arising from the analysis of European insurance systems in the area of workplace accidents and occupational diseases, as well as a possible direction of insurance system transformation in Poland address the following issues: the scope of centralization of insurance system management and the role of the state, the degree of independence of insurance institutions and their priority actions for prevention, motivation mechanisms targeted at employers, participation of employers in the consequences of occupational diseases and workplace accidents, as well as the role of additional voluntary workers' health insurance. Med Pr 2007:58(6):1–9

Key words: workers' health insurance, health of the working population, economic stimuli

Adres autora: ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: iza_ez@imp.lodz.pl
Nadesłano: 3.10.2007
Zatwierdzono: 5.11.2007

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

* Praca wykonana w ramach projektu IMP 8.2 pt. „Analiza istniejących modeli ubezpieczeń w wybranych krajach UE w części dotyczącej bezpieczeństwa i zdrowia pracujących", 2006 r. Kierownik projektu: dr I. Rydlewska-Liszkowska.

WSTĘP

W krajach europejskich funkcjonuje szereg systemów zabezpieczenia społecznego, co wynika z różnych warunków ekonomicznych, demograficznych, historycznych i kulturowych (1). Różnice między systemami dotyczą głównie zasad finansowania, wysokości wypłacanych świadczeń, warunków nabywania uprawnień do świadczeń oraz zakresu przysługujących świadczeń. Europejska koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego akceptuje różnice istniejące między poszczególnymi systemami i wprowadza instrumenty prawne pozwalające na ich współistnienie (2). W ramach koordynacji europejskiej nie podejmuje się działań, których celem jest usunięcie różnic między poszczególnymi systemami krajowymi i stworzenie zunifikowanego systemu zabezpieczenia społecznego.

W zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących istnieje szereg rozwiązań. W części krajów obligacja ustanowienia i utrzymania systemu ochrony zdrowia pracujących spoczywa na pracodawcach. W innych krajach stanowi część systemu zabezpieczenia społecznego i publicznych świadczeń zdrowotnych. System ochrony zdrowia pracujących może być tworzony przez instytucje ubezpieczenia społecznego lub finansowany w ramach ubezpieczenia pracowniczego. W części przypadków finansowanie jest wynikiem porozumienia między ministerstwami pracy a ministerstwami zdrowia lub podlega instytucji ubezpieczenia społecznego. Istnieją także rozwiązania, w ramach których fundusze pochodzące z wpłat pracodawców gromadzone są przez instytucje centralne lub wyznaczone w tym celu inne podmioty. Źródła finansowania ochrony zdrowia pracujących mogą różnić się w zależności od prowadzonej działalności. W przypadku działań o charakterze leczniczym ubezpieczenie społeczne także może partycypować w jego finansowaniu (3,4).

W ramach działalności statutowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi został zrealizowany projekt pt. "Analiza istniejących modeli ubezpieczeń w wybranych krajach UE w części dotyczącej bezpieczeństwa i zdrowia pracujących". Jego cele zostały sformułowane po pierwsze, jako analiza porównawcza modeli ubezpieczeń w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia pracujących, istniejących odrębnie lub jako część systemu ubezpieczeń społecznych (zabezpieczenia społecznego) w krajach UE; po drugie, jako zidentyfikowanie różnic zachodzących między modelami europejskimi, które mogą stanowić przesłanki ewentualnego aktywnego włączenia ubezpieczycieli (istniejących i/lub celowo wykreowanych) w realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia pracujących w Polsce.

MATERIAŁ I METODY

Dla potrzeb realizacji postawionych celów wykorzystane zostały dokumenty prezentujące zasady funkcjonowania systemów ubezpieczeniowych w wybranych krajach oraz publikacje opracowane m.in. przez: Światową Organizację Zdrowia, TNO (Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek — Netherlands Organisation for Applied Scientific Research), Main Association of Austrian Social Security Institutions, Agency for Safety and Health at Work, European Forum of the Insurance Against Accidents at Work and Occupational Diseases, International Social Security Association, European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Polsce.

Analizą zostały objęte wybrane systemy ubezpieczeniowe w części dotyczącej zdrowia i bezpieczeństwa pracujących w następujących krajach: Austria, Finlandia, Niemcy, Holandia, Francja, Dania i Polska. W wyborze modeli ubezpieczeniowych objętych analizą kierowano się różnorodnością rozwiązań w następującymi obszarach:

A. Usytuowanie prawne instytucji ubezpieczeniowych
   W większości krajów UE instytucje ubezpieczeniowe mają charakter publicznych organizacji zabezpieczenia społecznego. Często podlegają one nadzorowi państwa i są zarządzane przy współudziale partnerów społecznych. Do krajów takich należą np. Austria, Niemcy i Francja. Jedynie w Finlandii zarządzanie instytucjami ubezpieczeniowymi leży w gestii instytucji prywatnego ubezpieczenia.
B. Metody określania ryzyka ubezpieczeniowego
   Metody określania ryzyka są zróżnicowane, jednakże cele, jakie mają być zrealizowane przy ich pomocy są podobne. Chodzi o zapewnienie stałego finansowania wydatków instytucji ubezpieczeniowych, które pokrywają roszczenia ubezpieczonych osób, ale także własne koszty administracyjne. Wyróżnia się następujące zasady uwzględniania czynnika ryzyka:
   - wewnątrzzakładowa solidarność (wkłady rozdzielane równo między poszczególnych udziałowców wnoszących wkłady) — przykładowo w Austrii czynnik ryzyka uwzględniany jest w taki sam sposób niezależnie od rodzaju działalności, poziomu ekonomicznego, liczby zatrudnionych i częstości wypadków przy pracy;
   - segmentacja ryzyka (indywidualizacja składek w zależności od częstości wypadków motywująca

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

do podejmowania działań profilaktycznych) — np. we Francji stosuje się następujące zasady: (1) każda grupa pracowników prowadzących dany rodzaj działalności w ramach tej samej jednostki terytorialnej otrzymuje każdego roku informację o wysokości udziału w opłacaniu składek, w związku z czym dla różnych grup mogą istnieć różne wysokości składek nawet w ramach tej samej firmy; (2) poziom składek różni się w zależności od liczby zatrudnionych pracowników w danej firmie;

- zasada solidarności na poziomie branżowym — jest to rozwiązanie pośrednie między polityką całkowitego pokrycia ryzyk a indywidualizacją składek, które zostało przyjęte m.in. w takich krajach, jak Niemcy; udział w postaci składek ustalany jest bądź według kryterium zawodowego, bądź dla sektora przemysłu, generalnie chodzi, więc o uwzględnienie częstości wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

C. Funkcje instytucji ubezpieczeniowych oraz ich powiązanie z istniejącymi systemami bodźców

W większości krajów europejskich instytucje ubezpieczeniowe prowadzą działania profilaktyczne lub zarządzają nimi. W niektórych krajach, takich jak np. Finlandia, prowadzone działania profilaktyczne mają na celu podniesienie poziomu świadomości istniejącego ryzyka zawodowego oraz dostępnych środków zapobiegawczych (szkolenia, materiały). W innych krajach, takich jak Niemcy, Austria, Francja, gdzie istnieją publiczni ubezpieczyciele, działania profilaktyczne stanowią jedno z ich podstawowych zadań. W ostatnim czasie szczególną rolę ogrywa forma doradztwa. Pozostałe działania obejmują: kontrole, których konsekwencją może być nałożenie sankcji oraz tworzenie instytucji i centrów badawczych. Wyjątkiem w tym zakresie jest system duński.

Wśród bodźców ekonomicznych stosowanych w krajach europejskich na rzecz działalności profilaktycznej w dziedzinie zdrowia pracujących wyróżnia się: dotacje, kary i nagrody oraz bodźce o charakterze ubezpieczeniowym.

Szczególna rola w działaniach na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa pracujących przypada instytucjom ubezpieczeniowym niezależnie od tego, czy zarządzane są przez podmioty publiczne, czy prywatne. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy instytucje te z punktu widzenia własnej działalności są zainteresowane zmniejszeniem liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a w ślad za tym zmniejszeniem obciążenia wypłatami świadczeń. W szeregu krajów UE systemy ubezpieczenia społecznego powiązane są ze skutkami wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Nie oznacza to jednak, że ubezpieczenie od wypadków przy pracy w każdym przypadku stanowi część powszechnego systemu zabezpieczenia społecznego. W części krajów instytucje prywatnych ubezpieczeń pod państwowym nadzorem są odpowiedzialne za ten rodzaj ubezpieczenia. W części krajów zaś ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych stanowi oddzielne ubezpieczenie.

W krajach UE funkcjonują różnorodne metody różnicowania składek ubezpieczeniowych. Ich stopy procentowe kształtują się średnio na poziomie 1,4% wynagrodzenia. Generalnie zauważa się 2 modele ubezpieczenia wypadkowego w krajach europejskich:

1. Ubezpieczenie wypadkowe prowadzone jest i zarządzane przez prywatne instytucje ubezpieczeniowe (Portugalia, Dania, Finlandia, Belgia).
2. Ubezpieczenia wypadkowe objęte są systemem ubezpieczenia społecznego (Francja, Niemcy, Szwajcaria) i zarządzane przez instytucje publiczne.

W Austrii ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych jest obowiązkowe, ukierunkowane na profilaktykę i leczenie oraz zabezpiecza wypłatę świadczeń pieniężnych. Belgia dysponuje dwutorowym systemem: choroby zawodowe objęte są systemem ubezpieczeń społecznych, natomiast obowiązkowe ubezpieczenie wypadkowe, także objęte ubezpieczeniem społecznym, przypisane jest prywatnym firmom ubezpieczeniowym pod nadzorem państwa. Pracodawca może dokonać wyboru firmy ubezpieczeniowej działającej na rynku ubezpieczeń. Składki wypadkowe różnią się w zależności od narażenia, wyników przedsiębiorstwa i działalności profilaktycznej. Pierwsze z nich obejmują leczenie oraz wypłatę świadczeń pieniężnych, drugie zaś zapewniają wypłatę świadczeń oraz pokrywają koszty leczenia, jeśli istnieją dowody, że wypadek spowodowany był warunkami pracy.

System ubezpieczenia wypadkowego obejmuje wypłaty odszkodowań ofiarom wypadków, usługi w zakresie profilaktyki wypadkowej (np. szkolenia, audyty) i zróżnicowane składki ubezpieczeniowe. Dla małych i średnich firm istnieje system, w którym kalkulacja składki oparta jest o poziom narażenia dla danego sektora. W Danii prywatni pracodawcy pokrywają koszty zwolnienia chorobowego w ciągu pierwszych dwóch tygodni choroby, natomiast pracodawcy państwowi pokrywają koszty zwolnienia chorobowego przez cały okres jego trwania. Ponadto istnieje obowiązkowy

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

prywatny system ubezpieczenia od wypadków przy pracy, w ramach którego pracodawcy odpowiedzialni są za ponoszenie kosztów z nim związanych. Stawki ubezpieczeniowe negocjowane są między pracodawcą a instytucją ubezpieczeniową. W Finlandii system ubezpieczenia od wypadków przy pracy jest obowiązkowy. Za ubezpieczenia są odpowiedzialne prywatne instytucje ubezpieczeniowe, przy czym pracodawca ma możliwość wyboru podstawy ustalania stawki ubezpieczeniowej bądź na podstawie kosztów dla danej branży, bądź kosztów wypadków w danym przedsiębiorstwie.

We Francji ryzyko wystąpienia choroby zawodowej i wypadku przy pracy podlega ubezpieczeniu w ramach narodowego systemu zabezpieczenia społecznego. System ten wypłaca odszkodowania poszkodowanym pracownikom i ustala stałe stawki (taryfy), jakie wnoszą pracodawcy do instytucji ubezpieczeniowej. System ubezpieczeniowy dysponuje bodźcami w postaci zróżnicowanych składek ubezpieczeniowych i finansowego wsparcia dla pracodawców podejmujących inwestycje w środowisku pracy. Jak wcześniej podano, ubezpieczenie od wypadków przy pracy objęte jest przez narodowy fundusz ubezpieczenia społecznego i jego regionalne oddziały w ramach systemu zabezpieczenia społecznego. Składka ubezpieczeniowa opłacana przez pracodawców zależy od kosztów chorób zawodowych i wypadków przy pracy lub ryzyka zawodowego.

Metoda kalkulacji składki zależy od wielkości przedsiębiorstwa. W przypadku przedsiębiorstw zatrudniających powyżej 200 pracowników składka jest kalkulowana dla każdego przedsiębiorstwa osobno i oparta o liczbę i rodzaj występujących w nim chorób zawodowych i wypadków przy pracy. Dla firm zatrudniających poniżej 10 pracowników kalkulacja wspólnej składki dla sektora przemysłu opiera się o istniejące narażenia. W przedsiębiorstwach zatrudniających między 10 a 200 pracowników poziom składki odzwierciedla koszty sektora i indywidualnych podmiotów.

System ubezpieczeniowy wywiera wpływ na małe firmy poprzez finansowe wsparcie w formie kontraktów na działania profilaktyczne podejmowane przez podmioty o liczbie pracowników mniejszej niż 200 pracowników, które inwestują w zdrowie i bezpieczeństwo pracowników. Kontrakty przyjmują formę 4-letnich planów. Przedsiębiorstwa zatrudniające mniej niż 200 pracowników mogą korzystać z takiego wsparcia finansowego (do 70% przedsięwzięcia), jeśli wyrażą gotowość przystąpienia do kontraktu i rozpoczną 4-letni plan (5). Ponadto firmy mogą uzyskać także wsparcie od funduszu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Większość środków przeznaczonych jest na profilaktykę techniczną.

W systemie niemieckim funkcjonuje fundusz ubezpieczenia wypadkowego powołany na mocy prawa i zarządzany przez różnych partnerów społecznych. Ubezpieczenie wypadkowe jest prowadzone dla poszczególnych sekcji gospodarki narodowej. Zadaniem statutowym funduszu jest podejmowanie działań ukierunkowanych na rzecz profilaktyki wypadkowej, chorób zawodowych i narażeń związanych z pracą oraz ponoszenie ich skutków. W ostatnim czasie rozważane jest podjęcie działań zachęcających pracodawców do działań na rzecz poprawy w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy. Dotyczy to systemu grantów i ulg oraz różnicowania składek ubezpieczeniowych. Instytucje ubezpieczenia wypadkowego miałyby wspierać inicjatywy podejmowane przez przedsiębiorstwa. System premiowania miałby objąć te podmioty, które integrują ochronę zdrowia pracujących z systemem zarządzania firmą. Ulgi nie mogą stanowić więcej niż 50% wkładów ubezpieczeniowych.

Oprócz tego rozwiązania proponuje się taryfy oparte o poziom ryzyka i system ulg w celu nagradzania przedsiębiorstw za działania profilaktyczne ukierunkowane na ochronę zdrowia pracujących i narażenia w miejscu pracy. System premiowania obejmie tylko te działania profilaktyczne, które wykraczają poza ustalone normy. Każdego roku wykaz działań zapobiegawczych ma być przedstawiany przedsiębiorstwu, spośród których będzie mogło wybrać takie, które zostaną wprowadzone w następnym roku. Każdemu działaniu profilaktycznemu są przypisane punkty dla potrzeb ustalenia nagród. Zgromadzenie określonej liczby punktów stanowi podstawę do obniżenia składki ubezpieczeniowej.

W holenderskim systemie ubezpieczeń społecznych nie odróżnia się choroby i niepełnosprawności spowodowanej narażeniem zawodowym od tego rodzaju zjawisk wywołanych innymi przyczynami. Pracodawcy mają obowiązek wypłacania wynagrodzeń za czas zwolnienia chorobowego. W części okresu niezdolności do pracy wynagrodzenia wypłacane są przez ubezpieczenie pracowników od niepełnosprawności. Koszty opieki medycznej pokrywane są przez państwowe i prywatne instytucje ubezpieczeniowe. Natomiast w Szwecji ubezpieczenie wypadkowe pracowników jest obowiązkowe, a składki opłacane są przez pracodawców.

Najczęściej w systemie ubezpieczeń społecznych, które pokrywa koszty chorób zawodowych i wypadków przy pracy, środki finansowe gromadzone są z wpłat pracodawców i pracowników. Sposób pobierania składek

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

stwarza możliwość kreowania bodźców finansowych zachęcających pracodawców do podejmowania działań profilaktycznych. Część krajów europejskich ma system bodźców wbudowanych w system zabezpieczenia społecznego. Najbardziej powszechnym rozwiązaniem jest różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od działań podejmowanych przez pracodawców oraz częstości występujących chorób zawodowych i wypadków przy pracy. Różnicowanie składek uzależnione jest od poziomu ryzyka w różnych sektorach lub od poziomu ryzyka i warunków pracy w poszczególnych przedsiębiorstwach. W niektórych systemach wymiar składki zależy od przestrzegania przepisów prawnych, w innych zaś od zakresu działań na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy. Uważa się, że oparcie składki ubezpieczeniowej o kategorie ryzyka dla danej działalności nie wystarczająco motywuje pracodawców. Motywacja jest skuteczniejsza, gdy składka uwzględnia częstość, ciężkość i koszty wypadków. W niektórych krajach oprócz różnicowania składek ubezpieczeniowych stosuje się:

- dotacje na działania profilaktyczne,
- częściową rekompensatę kosztów ponoszonych prze pracodawców na służbę medycyny pracy,
- obowiązek ponoszenia kosztów absencji z powodu chorób przez pracodawcę,
- zwrot kosztów w przypadku zaniedbywania obowiązków przez pracodawcę.

W niektórych krajach europejskich oprócz obowiązkowego społecznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych istnieją dobrowolne ubezpieczenia prywatne obejmujące system bodźców zachęcających pracodawców do działań na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa pracowników. Do najczęściej stosowanych należą:

- różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od kosztów zwolnień lekarskich i kosztów opieki medycznej związanej z wypadkami i chorobami zawodowymi
- różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od roszczeń pracowników w stosunku do pracodawców w przypadku choroby zawodowej i wypadku przy pracy.

Zakres stosowanych bodźców jest ograniczony. Często w odniesieniu do prywatnych firm koszty ubezpieczenia bardziej zależą od wielkości żądań pracowniczych w przeszłości w danym sektorze gospodarki niż od indywidualnych doświadczeń poszczególnych pracowników. Szerszy zakres bodźców stosowany jest w odniesieniu do dużych firm pozytywnie ocenianych przez ubezpieczycieli, jeśli chodzi o zarządzanie ryzykiem. Firmy ubezpieczeniowe rzadziej biorą pod uwagę ten czynnik w małych firmach, które oceniane są pod względem istniejącego narażenia zawodowego (6).

WYNIKI

Z analizy funkcjonowania modeli ubezpieczeniowych w części dotyczącej zdrowia i bezpieczeństwa pracujących w wybranych krajach europejskich oraz międzynarodowych dyskusji nad modelami ubezpieczeniowymi wynika, że podejmuje się działania usprawniające funkcjonowanie tych systemów. Zalicza się do nich:

- Ograniczanie kosztów systemów zabezpieczenia społecznego

  Z uwagi na stały spadek liczby chorób zawodowych i wypadków przy pracy następuje stały wzrost świadczeń z tytułu ubezpieczenia (7). W latach 70. rozpoczął się wzrost liczby osób pobierających długoterminowe zasiłki chorobowe i świadczenia z powodu niepełnosprawności. Dla przykładu, w Holandii liczba tych osób wzrosła do 10% populacji pracujących. Oprócz tego zauważa się i inne zjawiska w tym obszarze: obniżenie granicy wieku osób pobierających świadczenia, małą liczbę osób objętych rehabilitacją (jedna z przyczyn wydłużania się okresu pobierania świadczeń) oraz wydłużenie czasu pobierania świadczeń. Następuje także stała zmiana przyczyn pobierania świadczeń. Jak wskazują dane ODCE, coraz częściej przyczyną są choroby układu nerwowego. Ma na to wpływ zmiana struktury zatrudnienia w poszczególnych sekcjach gospodarki narodowej. Chodzi głównie o stały wzrost zatrudnienia w usługach. Ponadto, zjawisko starzenia się społeczeństwa skłania do bardziej troskliwego obejmowania systemem zabezpieczenia społecznego osób starszych, które po okresie niezdolności do pracy mogłyby wrócić do niej.

  Wobec tego, podobnie do innych sektorów systemu zabezpieczenia społecznego, również ten rodzaj ubezpieczeń musi podejmować działania ograniczające wzrost kosztów. Należą do nich:

  — zmiany w systemie rozpoznawania i rekompensowania skutków ryzyka zawodowego,
  — działania profilaktyczne prowadzone zwłaszcza przez organizacje publiczne zarządzające ubezpieczeniami, ukierunkowane szczególnie na małe i średnie zakłady pracy.
    - Kształtowanie relacji między prywatnymi i publicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi
  — prywatyzacja ubezpieczeń od narażeń zawodowych (prywatne ubezpieczenia jako instytucje

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

przejmujące ten rodzaj ubezpieczeń pod nadzorem państwa — solidarne ponoszenie skutków narażenia) (8),
— krytyka nieefektywności funkcjonowania administracji publicznej.
- Uwzględnienie nowych form pracy jako czynnika zmian społecznych i ekonomicznych (nowe formy zatrudnienia, zmiany technologii produkcji, feminizacja niektórych zawodów, starzenie się populacji), mających konsekwencje dla systemu ubezpieczeń. Pojawiają się również tzw. ryzyka związane z pracą. Praca w kilku firmach naraz oddziałuje na ocenę wpływu ryzyka, zwłaszcza w warunkach fluktuacji podmiotów gospodarczych. W sytuacji pojawiania się nowych technologii i form pracy coraz częściej stawiane są pytania, w jakim stopniu powinny być obciążane ubezpieczenia od ryzyka zawodowego, a w jakim inne formy ubezpieczenia społecznego.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

W Polsce, w przeciwieństwie do szeregu krajów europejskich, istnieje jedna instytucja ubezpieczeniowa zajmująca się różnymi ryzykami — tytułami ubezpieczeniowymi dla tej samej grupy populacji. W odróżnieniu od takiego rozwiązania istnieją inne, polegające na funkcjonowaniu różnych podsystemów ubezpieczeń dla różnych ryzyk zdrowotnych (Austria, Niemcy, Francja). Jest to niezwykle istotne dla zachowania przejrzystości alokacji środków finansowych. Finansowanie ubezpieczenia wypadkowego odbywa się poprzez wpłaty pracodawców. Dzieje się tak prawie we wszystkich krajach europejskich, w tym w Polsce. Wyjątkami są Wielka Brytania i Irlandia, gdzie wpłaty pochodzą z podatków.

Większość krajów UE dostosowała system świadczeń ubezpieczeniowych do dwóch dokumentów unijnych: Convention No. 121 of The International Labour Organisation on „Benefis In the Case of Employment Injury" i/lub do Społecznej Karty Rady Europy.

Wymieniona konwencja zakłada objęcie opieką lekarską i innymi pokrewnymi świadczeniami oraz świadczeniami pieniężnymi osób chronionych. Jeżeli administracja sytemu nie została powierzona instytucji prowadzonej przez władze publiczne lub organowi rządowemu, przedstawiciele osób chronionych powinni brać udział w zarządzaniu lub doradztwie. Mogą brać w nim także udział pracodawcy lub przedstawiciele władz (regulacje wewnętrzne krajów). Ratyfikując tę konwencję, każde państwo ma za zadanie podejmować działania zapobiegawcze ukierunkowane na wypadki przy pracy i choroby zawodowe, oraz zapewniać usługi rehabilitacyjne (9).

Podobnie jak to ma miejsce w Polsce, we wszystkich systemach, świadczenia występują w dwóch formach: pieniężnej i rzeczowej. Dla przykładu w Niemczech wypłacane są zasiłki, stałe zasiłki wypadkowe, renty pośmiertne dla rodziny, zasiłki związane ze zgonem i zasiłki pogrzebowe. W szeregu krajów wprowadzono ograniczenia — wyłączenia — wypłat w niektórych przypadkach (zaniedbania pracodawcy). Dotyczy to krajów będących w UE od lat. Nowi członkowie UE takich wyłączeń nie stosują (Polska, Czechy, Estonia).

Osobnym zagadnieniem jest prowadzenie rehabilitacji i profilaktyki w ramach ubezpieczenia wypadkowego i traktowanie ich jako czynnika umożliwiającego zmniejszenie kosztów ubezpieczenia wypadkowego. Przykładem jest Polska, gdzie 1% funduszu jest przeznaczony na analizy wypadków przy pracy i chorób zawodowych, edukację oraz inne projekty i programy w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że zakres działań rehabilitacyjnych i profilaktycznych podejmowanych w ramach ubezpieczenia wypadkowego w Polsce jest ograniczony w stosunku do tego typu działań podejmowanych w krajach Europy Zachodniej.

Zmiany w zakresie ubezpieczeń od skutków ryzyka zawodowego powinny zostać ukierunkowane na kilka typów przedsięwzięć:
- zapewnienie stabilnego finansowania świadczeń w szczególności dla osób posiadających ograniczone możliwości wykonywania pracy lub nieposiadających ich wcale;
- aktywna integracja społeczna osób z ograniczonymi możliwościami wykonywania pracy; podejmowanie działań, które poprzez system świadczeń będą zniechęcać do pozostawania poza rynkiem pracy;
- podejmowanie działań ukierunkowanych na zmniejszenie obciążenia systemu ubezpieczeniowego: rehabilitacja (szczególnie wczesna rehabilitacja pozwala na ograniczenie długotrwałego pobierania świadczeń ubezpieczeniowych), systemy motywacyjne zachęcające do powrotu na rynek pracy ukierunkowane na pracowników, pracodawców (wprowadzanie obowiązku pokrywania kosztów absencji w pierwszej fazie choroby może zachęcić pracodawców do integracji osób posiadających ograniczone możliwości wykonywania pracy w środowisku pracy), a także na zarządzających systemem, specjalne programy zatrudniania osób o ograniczonych

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

możliwościach wykonywania pracy, włączanie pracodawców w procesy rehabilitacji i szkolenia pracowników.

Przesłanki rekonstrukcji systemu ubezpieczeń w zakresie wypadków przy pracy i chorób zawodowych w Polsce wynikają nie tylko z ogólnoeuropejskich tendencji w podejściu do zdrowia pracujących, ale także ze stanu organizacyjno-finansowego systemu ubezpieczenia wypadkowego w Polsce.

Ochrona zdrowia i bezpieczeństwa pracujących powinna być ukierunkowana na integrację historycznie ukształtowanego podejścia do zdrowia pracujących, postrzeganego jako wynik oddziaływania środowiska pracy i podejścia związanego ze zdrowiem pracujących jako agregatu wpływu różnych czynników, również tych, które nie są związane ze środowiskiem pracy. Rekomendacje w tym zakresie dotyczą: nadzoru nad czynnikami kształtującymi zdrowie pracujących poza miejscem pracy oraz obciążania kosztami zdrowia pracujących, a nie tylko pracodawców. Jako uzasadnienie podaje się to, że beneficjantami dobrego zdrowia pracujących jest nie tylko pracodawca. Ministerstwo Zdrowia i instytucje ubezpieczeń społecznych także powinny uczestniczyć w kosztach.

Wnioski wynikające z analizy europejskich systemów ubezpieczeniowych w części dotyczącej wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz rekomendacje dla systemu ubezpieczeniowego w Polsce dotyczą poniższych zagadnień.

Po pierwsze, w większości krajów instytucje ubezpieczeniowe mają charakter organizacji publicznego zabezpieczenia społecznego. Podlegają one nadzorowi państwa i są zarządzane przez publiczne instytucje ubezpieczeniowe przy współudziale partnerów społecznych — reprezentantów ubezpieczonych i pracodawców (Austria, Niemcy, Francja). Istnieją jednak modele, w których zarządzanie instytucjami ubezpieczeniowymi sprawują prywatne instytucje ubezpieczeniowe (Finlandia, Dania). Proces zarządzania ubezpieczeniem wypadkowym najczęściej jest zdecentralizowany i prowadzony na szczeblu regionalnym i/lub branżowym. Państwo pełni jedynie funkcję regulacyjną.

Po drugie, instytucje ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych są w większości krajów oddzielnymi instytucjami ubezpieczeniowymi, ukierunkowanymi na zapobieganie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym oraz leczenie ich skutków.

Po trzecie, z reguły świadczenia pieniężne z funduszu ubezpieczeniowego obejmują zasiłki, renty, koszty profilaktyki, koszty rehabilitacji medycznej i zawodowej. W ramach świadczeń rzeczowych zapewnianych przez instytucję ubezpieczenia wypadkowego zawarte są świadczenia lecznicze w związku ze skutkami wypadków przy pracy i chorób zawodowych (środki finansowe przekazywane do instytucji systemu opieki zdrowotnej) oraz często koszty przejazdu na leczenie i powrotu.

Po czwarte, w większości krajów europejskich instytucje ubezpieczeniowe kładą coraz większy nacisk na zadania własne w zakresie profilaktyki, prowadząc działania profilaktyczne lub nimi zarządzając. W niektórych krajach działania profilaktyczne mają charakter uświadamiający i szkoleniowy (Finlandia), zaś w innych publiczne instytucje ubezpieczeniowe prowadzą działania profilaktyczne stanowiące jedno z ich podstawowych zadań i nie ograniczają się one do doradztwa i szkoleń, ale obejmują działania kontrolne, łącznie z nakładaniem sankcji (Niemcy, Austria, Francja). Oprócz profilaktyki, instytucje ubezpieczeniowe zajmują się analizą narażenia i monitorowaniem środowiska pracy, przekazując informacje pracodawcom i pracownikom. Wykonywane zadania to także zasilanie dotacjami działań profilaktycznych prowadzonych przez pracodawców oraz współdecydowanie o zakresie świadczeń jednostek służby medycyny pracy na rzecz zakładów pracy.

Po piąte, występuje zróżnicowanie sposobów uwzględniania czynnika ryzyka w określaniu wpłat (składek) do funduszy ubezpieczeniowych. W niektórych krajach (np. Austrii) czynnik ryzyka uwzględniany jest w określaniu wpłat w taki sam sposób dla różnych płatników, niezależnie od rodzaju działalności, poziomu ekonomicznego, liczby zatrudnionych i częstości wypadków. Inną metodą jest indywidualizacja składek w zależności od częstości występowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych (np. Francja). Składki są różnicowane dla poszczególnych grup zawodowych nawet w ramach tej samej firmy i ich poziom zależy od liczby zatrudnionych. Innym stosowanym rozwiązaniem jest uwzględnianie klas ryzyka dla poszczególnych dziedzin działalności gospodarczej (Niemcy).

Po szóste, w każdym systemie stosowane są bodźce ekonomiczne (dotacje, sankcje, bodźce o charakterze ubezpieczeniowym), motywujące do podejmowania działalności profilaktycznej na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy. Bodźce wbudowane w system ubezpieczeniowy zależą od sposobu ustalania składek ubezpieczeniowych. Najczęściej poziom składki wynika z częstości występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy oraz działań profilaktycznych

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

podejmowanych przez pracodawcę. W niektórych krajach przy uwzględnianiu ryzyka zawodowego w określaniu składki, bierze się pod uwagę warunki pracy oraz przestrzeganie przepisów prawnych przez pracodawcę. Uważa się, że oparcie składki ubezpieczeniowej o kategorie ryzyka dla danego rodzaju działalności nie wystarczająco motywuje pracodawców. Motywacja jest silniejsza, gdy składka uwzględnia częstość, ciężkość i koszty wypadków.

Do działań wzmacniających motywację do podejmowania programów zapobiegawczych zaliczyć można: dotacje na działania profilaktyczne, częściową rekompensatę kosztów ponoszonych prze pracodawców na służbę medycyny pracy, obowiązek ponoszenia kosztów absencji z powodu chorób przez pracodawcę, a także obciążanie pracodawców kosztami w przypadku zaniedbywania obowiązków przez pracodawcę.

Po siódme, zwraca się uwagę na znaczenie dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń prywatnych pracowniczych, które również stosują systemy motywacyjne wobec pracodawców. Do najczęściej wykorzystywanych mechanizmów zaliczyć można: różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od kosztów zwolnień lekarskich i kosztów opieki medycznej związanej z wypadkami i chorobami zawodowymi; różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od roszczeń pracowników w stosunku do pracodawców w przypadku choroby zawodowej i wypadku przy pracy. Dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia pracownicze mają także inny aspekt ekonomiczny — dają one możliwość korzystania z ulg podatkowych przez pracodawców, a z drugiej strony umożliwiają zawieranie umów ubezpieczeniowych korzystnych finansowo dla pracowników.

Po ósme, obserwuje się tendencję do zwiększania obciążenia finansowego pracodawców w związku z wypłacanymi zasiłkami chorobowymi (w niektórych krajach nawet do 2 lat). Pracodawca nie ma takiego obowiązku, jeśli poszkodowany pracownik nie poddaje się obowiązkowi leczenia i rehabilitacji. Działania rehabilitacyjne integrują pracowników i pracodawców we współpracy ze służbą medycyny pracy i instytucjami ubezpieczeniowymi. Pracodawcy finansują także pierwszą pomoc medyczną oraz transport do instytucji opieki zdrowotnej.

Stanowisko dotyczące kierunków usprawniania systemu ubezpieczeniowego zostało zawarte w raporcie Europejskiego Forum Ubezpieczeń od Wypadków przy Pracy i Chorób Zawodowych (10). Do najpilniejszych zadań zaliczono:

- zapewnienie bezpieczeństwa w zmieniającym się środowisku pracy (11),
- zapewnienie skutecznej i efektywnej opieki zdrowotnej,
- rekompensowanie indywidualnych strat w sposób dostosowany do warunków i systemu społecznego, przy czym realizacja tego zadania powinna przebiegać w taki sposób, aby nie obciążać społecznymi kosztami przyszłych pokoleń i jednocześnie nie obciążać nadmiernie finansowo obecnych płatników składek ubezpieczeniowych.

Do najpilniejszych wyzwań dla krajów europejskich, w tym dla Polski, w zakresie ubezpieczenia od skutków ryzyka zawodowego należą :

1. Identyfikacja i określanie nowych narażeń zawodowych
   - pojawianie się nowych narażeń,
   - określanie nowych standardów zapobiegania narażeniom,
   - problemy wynikające z jednoznacznego określenia przyczyny chorób (nakładanie się czynników narażenia),
   - konieczność integracji działań różnych partnerów społecznych — organizacji pozarządowych.
2. Zapewnienie społecznej akceptacji dla systemu zabezpieczenia społecznego.
3. Rozszerzanie i ugruntowanie stabilnej ochrony społecznej
   - w obecnej sytuacji ograniczonych możliwości wypłat świadczeń jest to trudne do zrealizowania w kontekście zwiększania wypłacanych kwot,
   - zadanie należy rozpatrywać w kontekście obejmowania coraz większej grupy populacji różnymi formami ubezpieczeń; celem jest rozszerzenie zakresu ochrony społecznej w przyszłości z uwzględnieniem różnych czynników, głównie czynnika demograficznego (np. w 2010 r. w Europie będzie 50% populacji pracujących w wieku 45–64 lata; sukcesywnie będzie zmniejszać się liczba pracujących osób),
   - kierunki działań powinny obejmować: tworzenie nowych jakościowo programów profilaktycznych, restrukturyzację opieki zdrowotnej i lepsze dostosowanie jej do potrzeb, rozwijanie działań rehabilitacyjnych,
   - wprowadzanie systemów motywacyjnych zachęcających do działań profilaktycznych podejmowanych przez pracodawców i instytucje ubezpieczeniowe.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

PIŚMIENNICTWO

1. Conference of the European Forum of the Insurance against Accidents at Work and Occupational Diseases. Insurance Against Accidents At Work And Occupational Diseases In The EU 25. 5–6 września 2005, Wiedeń, Austria. Conference Report, Wiedeń 2005
2. Radzik-Kazenas B.: Podstawowe zagadnienia z zakresu integracji europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego. Wyd. 2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2003
3. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. Wyd. 4. Occupational Health Services and Practice (articles). ILO SafeWork. [serial online] [cytowany 30.10.2006]. Adres: http://www.ilo.org/encyclopedia/
4. Health Policy and European Union Enlargement. W: McKnee M., MacLehose L., Nolte E. [red.]. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, Genewa 2004
5. European Agency for Safety and Health at Work. Effectiveness of economic incentives to improve occupational safety and health. [serial online] Forum nr 14, 2004 [cytowany 25.09.2007]. Adres: http://osha.eu.int
6. Economic Impact of Occupational Safety and Health in the Member States of the European Union. European Agency for Safety and Health at Work, Bilbao 1999
7. Social Security Highlight. Disability benefits: Turning back the rising tide. International Social Security Association, Genewa 2006
8. Social Policy Highlight. Performance management: Adding value to social security. International Social Security Association 2006;3 (Następny: kwiecień 2007: relationship between labor market and social security)
9. Konwencja nr 121 MOP dotycząca świadczeń w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych z 1964 r. (data wejścia w życie: 28 lipca 1967)
10. Conference of the European forum of the Insurance against Accidents at Work and Occupational Diseases. Insurance Against Accidents At Work And Occupational Diseases In The EU 25. 5–6 września 2005, Wiedeń, Austria. Conference Report, Wiedeń 2005
11. International Social Security Association. The only way to secure the social dimensions of globalization. An interview with H. Konkolevsky [serial online] wrzesień 2005 [cytowany 29.12.2006]. Adres: http://www.issa.int.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera