

Izabela Rydlewska-Liszkowska

ŚWIADCZENIA MEDYCYNY PRACY JAKO PRODUKT UBEZPIECZENIOWY I UBEZPIECZENIOWE INSTRUMENTY EKONOMICZNE

OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES AS THE INSURANCE PRODUCT AND INSURANCE ECONOMIC INSTRUMENTS

Uniwersytet Medyczny w Łodzi / Medical University of Lodz, Łódź, Poland
Katedra Polityki Ochrony Zdrowia / Health Care Policy Department

STRESZCZENIE

Wstęp: Jednym z najbardziej kontrowersyjnych problemów restrukturyzacji polskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest wprowadzenie prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń i włączenie do nich świadczeń z zakresu medycyny pracy jako produktu prywatnego ubezpieczenia. W artykule, który jest głosem w dyskusji na ten temat, podjęto zagadnienia potencjalnych możliwości i zagrożeń, jakie mogłyby pojawić się po stronie jednostek medycyny pracy i pracodawców zawierających umowy z prywatnymi ubezpieczycielami. Podstawowe pytanie, jakie może zostać zadane, dotyczy wpływu funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń na wzmocnienie działań profilaktycznych poprzez zastosowanie mechanizmów motywacyjnych. **Materiał i metody:** W analizie zgromadzonego materiału – aktów prawnych, wybranych według słów kluczowych publikacji naukowych (Pubmed), dokumentów i materiałów eksperckich oraz wyników projektów badawczych – zastosowano opisową metodę jakościową. **Wyniki:** Z doświadczeń krajów europejskich wynika, że proponowane w Polsce rozwiązanie jest możliwe po spełnieniu wielu warunków – włączenia wszystkich świadczeń medycyny pracy do produktu ubezpieczeniowego, utrzymania nadzoru i monitorowania jakości świadczeń oraz relacji między prywatnymi ubezpieczycielami a jednostkami medycyny pracy przez uprawnionych specjalistów w dziedzinie medycyny pracy oraz wprowadzenia ekonomicznych mechanizmów motywacyjnych w celu zapewnienia odpowiedniej (merytorycznej i ekonomicznej) pozycji dostawców świadczeń medycyny pracy na rynku. **Wnioski:** Proponowana rekonstrukcja systemu ubezpieczeń zdrowotnych, niewątpliwie zawierająca pluse, w praktyce może powodować zagrożenia w obszarze efektów zdrowotnych, organizacyjnych lub ekonomicznych. Implementacja dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga precyzyjnych rozwiązań w odniesieniu do zakresu produktu ubezpieczeniowego, konstrukcji systemu motywacyjnego oraz budowy platformy informacyjnej. Med. Pr. 2014;65(2):279–287

Słowa kluczowe: świadczenia medycyny pracy, ubezpieczenie zdrowotne, bodźce ekonomiczne

ABSTRACT

Background: One of the most controversial issues in restructuring the Polish health insurance system is the implementation of private voluntary insurance and creation within it a new insurance product known as occupational health services (OHS). In this article some opportunities and dilemmas likely to be faced by providers and employers/employees, when contracting with insurance institutions, are considered as a contribution to the discussion on private insurance in Poland. The basic question is how private insurance institutions could influence the promotion of different preventive activities at the company level by motivating both OHS providers and employers. **Material and Methods:** The descriptive qualitative method has been applied in the analysis of legal acts, scientific publications selected according to keywords (Pubmed), documents and expert evaluations and research project results. **Results:** Taking into account the experiences of European countries, described in publications, international experts' opinions and results of research projects the solution proposed in Poland could be possible under the following several prerequisites: inclusion of a full scope of occupational health services into the insurance product, constant supervision of occupational medicine professionals, monitoring of the health care quality and the relations between private insurers and OHS provider and implementation of the economic incentives scheme to ensure an adequate position of OHS providers on the market. **Conclusions:** The proposed reconstruction of the health insurance system, comprising undoubtedly positive elements, may entail some threats in the area of health, organization and economy. Private voluntary health insurance implementation requires precisely defined solutions concerning the scope of insurance product, motivation scheme and information system. Med Pr 2014;65(2):279–287

Key words: occupational health services, health insurance, economic incentives

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Izabela Rydlewska-Liszkowska, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: izabela.rydlewska-liszkowska@umed.lodz.pl
Nadesłano: 22 stycznia 2014, zatwierdzono: 3 kwietnia 2014

WSTĘP

Sposób finansowania ochrony zdrowia osób pracujących odzwierciedla cele rządów i partnerów społecznych w zakresie zdrowia w środowisku pracy. Ochrona zdro-

wia w tym zakresie może być finansowana przez instytucje rządowe, przedsiębiorstwa, związki zawodowe, instytucje ubezpieczeniowe, fundusze zabezpieczenia społecznego, a najczęściej występującą opcją jest kombinacja różnych źródeł zasilania finansowego. Zwykle ele-

menty nadzoru i kontroli jakości świadczeń, finansowania oraz ekonomicznych mechanizmów motywacyjnych pozostają w gestii instytucji rządowych, samorządowych lub innych, wyznaczonych na mocy prawa.

Jednym z kluczowych wyznaczników sprawnego działania ochrony zdrowia w środowisku pracy jest zapewnienie stabilnego finansowania (1). Wymaga to klarownej, realistycznej wizji i strategii tego podsystemu ochrony zdrowia, efektywnego zarządzania i kontroli, skutecznych mechanizmów ekonomicznych, dobrej komunikacji wewnętrznej i z podmiotami zewnętrznymi. To z kolei zależy od spełnienia następującego warunku – nabywcy świadczeń, którzy są skłonni za nie zapłacić, powinni uzyskać pożądaną wartość (głównie w postaci pożądanego efektu zdrowotnego) za określoną cenę (zapłata za produkt bezpośrednio świadczeniodawcy bądź opłacanie świadczeń w formie składek ubezpieczeniowych), a dostawcy świadczeń nie powinni obniżać jakości świadczeń za cenę obniżenia ekonomicznej wartości świadczenia (zysku uzyskiwanego ze sprzedaży świadczeń) (2).

Ochrona zdrowia w środowisku pracy – z punktu widzenia zarządzania i ekonomiki w systemie zdrowotnym – nie stanowi odizolowanego od ruchów reformatorskich podsystemu ochrony zdrowia. W ślad za przyjmowanymi w różnych krajach opcjami przekształceń w systemach zdrowotnych kształtowane są ich różne elementy, w tym ochrona zdrowia w środowisku pracy (3).

Przykładem nowych rozwiązań jest polska propozycja włączenia świadczeń z zakresu medycyny pracy jako produktu ubezpieczeniowego do systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (4,5). Rozumiane są one jako świadczenia związane z ochroną zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy oraz ze sprawowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, zapewniane na warunkach określonych w Ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (6). Świadczenia medycyny pracy realizowane przez ubezpieczyciela w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego miałyby dotyczyć:

- zapłaty sumy pieniężnej, która stanowiłaby pokrycie w całości albo w części kosztów świadczeń z zakresu medycyny pracy,
- zapewnienia świadczeń z zakresu medycyny pracy bez konieczności ponoszenia przez ubezpieczonego kosztów takich świadczeń albo przy ponoszeniu przez ubezpieczonego części kosztów – w okresie ochrony ubezpieczeniowej określonej w tej umowie.

Projektowane rozwiązanie zakłada dualizm w zakresie wyboru przez zleceniodawcę/świadczeniobiorcę podmiotu odpowiedzialnego za dostarczenie świadczeń

zdrowotnych – podstawowej jednostki służby medycyny pracy (PJSMP) lub prywatnego zakładu ubezpieczeniowego. Ponadto zleceniodawca (pracodawca) mógłby dokonywać wyboru oferty PJSMP lub ubezpieczyciela i w zależności od podjętej decyzji zawierać z nimi umowę (kontrakt) na jej realizację.

Oficjalnie opublikowane uzasadnienie projektu dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych skupia uwagę na zabezpieczeniu praw świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń wykonywanych przez podmioty lecznicze posiadające podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i instytucjami ubezpieczeń prywatnych. Przeważająca część uzasadnienia dotyczy kształtowania relacji między publicznym ubezpieczycielem a innymi zakładami ubezpieczeniowymi. Ustawodawca (projektodawca) uznaje także, że wprowadzenie świadczeń medycyny pracy jako produktu ubezpieczeniowego w ramach ubezpieczenia dodatkowego ma sprzyjać procesom rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, co w efekcie powinno zwiększyć dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej i spowodować racjonalizację zarządzania zasobami przez świadczeniodawców.

W wyniku analizy proponowanego rozwiązania ubezpieczeniowego może zrodzić się pytanie o rolę prywatnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w zapewnianiu ochrony zdrowia w środowisku pracy, które można sprowadzić do kwestii skuteczności oddziaływania na „stronę” dążące do poprawy zdrowia pracujących. Idąc dalej, można sformułować tezę, że poprawa skuteczności ochrony zdrowia w środowisku pracy może być efektem wprowadzenia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pod warunkiem racjonalnie działających mechanizmów ekonomicznych.

Celem niniejszego artykułu jest określenie szans i zagrożeń, które mogą się pojawiać i pojawiają w sytuacji wprowadzania zmian systemowych w zakresie implementacji prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem roli mechanizmów ekonomicznych towarzyszących takiemu przedsięwzięciu. W analizie podjęto zagadnienia objęte tematyką ekonomiki zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy.

MATERIAŁ I METODY

Dla potrzeb realizacji postawionego celu wykorzystano obowiązujące i przygotowywane akty prawne, wybrane publikacje naukowe (źródło: Pubmed, słowa kluczowe: welfare state and additional health insurance, health care and welfare state, private health insurance EU)

oraz dokumenty prezentujące zasady funkcjonowania systemów ubezpieczeniowych w wybranych krajach i materiały eksperckie opracowane przez organizacje międzynarodowe w zakresie ochrony zdrowia w środowisku pracy (World Health Organization, Agency for Safety and Health at Work, European Forum of the Insurance Against Accidents at Work and Occupational Diseases, International Social Security Association) oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Polsce. Formułowanie wniosków oparto również na wynikach zrealizowanych projektów badawczych dotyczących ekonomicznych instrumentów stosowanych przez instytucje ubezpieczeniowe¹.

Opisową metodę jakościową zastosowano w analizie zgromadzonego materiału, a jej ramy tematyczne wyznaczono poprzez postawienie pytań badawczych:

- Jakie cechy powinny charakteryzować produkty ubezpieczeniowe z zakresu medycyny pracy?
- Jakie potencjalne korzyści może przynieść włączenie świadczeń medycyny pracy do prywatnego ubezpieczenia i komu?
- Jakie możliwości oddziaływania motywacyjnego mają instytucje ubezpieczeniowe w zakresie prewencji zdarzeń „ill health” w środowisku pracy?

WYNIKI

W wyniku przeprowadzonej analizy zgromadzonego materiału bibliograficznego, eksperckiego i badawczego stwierdzono, że szczególna rola w działaniach na rzecz zdrowia 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 wielu krajach członkowskich Unii Europejskiej 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 ubezpie-

czeń pod państwowym nadzorem są odpowiedzialne za ten rodzaj ubezpieczenia, a w innych ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych stanowi oddzielne ubezpieczenie.

Podjmując zagadnienia związane z włączeniem świadczeń medycyny pracy do pola objętego prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym, należy przede wszystkim zdać sobie sprawę z tego, że zakłady ubezpieczeniowe, wykorzystując możliwości kształtowania ofert produktowych, mogą pełnić dwie podstawowe funkcje – bierną i aktywną. Pierwsza z nich i należąca do niej zakres świadczeń zdrowotnych najczęściej realizowane są poprzez dostarczanie świadczeń naprawczych, opiekuńczych, pielęgnacyjnych i ratowniczych. Z kolei druga dotyczy głównie działań zapobiegawczych. Z punktu widzenia istoty ochrony zdrowia osób pracujących właśnie ona ma szczególną wartość.

Widać to wyraźnie w zapisach ustawy o służbie medycyny pracy dotyczących zadań podmiotów realizujących zadania medycyny pracy. Należą do nich w szczególności:

- ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie,
 - prowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej,
 - ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej,
 - organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej,
 - inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych.
- Charakter zapobiegawczy mają również takie zadania, jak:
- inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników, w szczególności w zakresie informowania pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego, wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka, tworzenia warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej, wdrażania programów promocji zdrowia, organizowania pierwszej pomocy przedmedycznej;
 - analizowanie stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy oraz ich przyczyn;
 - tworzenie i zarządzanie informacjami o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

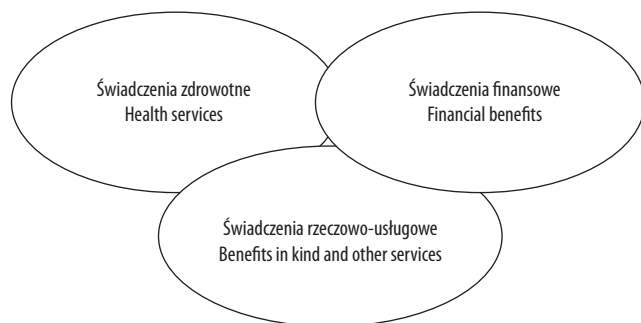
Drugą kwestią powiązaną z włączeniem świadczeń medycyny pracy do produktów oferowanych przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne jest komercyjny charakter oferowanych produktów, który wynika z celów stawianych przed prywatnymi zakładami ubezpiecze-

¹ W opracowaniu artykułu uwzględniono głównie wyniki badań i analiz przeprowadzonych w ramach następujących projektów: „Bodźce ekonomiczne w zarządzaniu zdrowiem pracujących w wybranych systemach ochrony zdrowia pracujących”, kierownik: Izabela Rydlewska-Liszkowska; IMP, Łódź 2008; ECOSH – The Economic Dimension of Occupational Safety and Health (7.PR), IMP Łódź 2007–2009, kierownik projektu: Izabela Rydlewska-Liszkowska.

niowymi (7). Z ekonomicznego punktu widzenia takim celem jest generowanie zysku na poziomie, który pozwala na utrzymanie płynności finansowej. Prywatni ubezpieczyciele mogą realizować go również w oparciu o kształtowane relacje z ubezpieczonymi, przybierające różne formy. Jest to możliwe, nawet jeśli oparte są one nie tylko na przychodach gromadzonych z tytułu wpłacanych składek ubezpieczeniowych przez podmioty nabywające polisy ubezpieczeniowe, ale także na oszczędnościach (najczęściej długofalowych) w ponoszeniu kosztów przez ubezpieczyciela w wyniku stosowania instrumentów motywacyjnych ukierunkowanych na zachowania zleceniodawców.

Do instrumentów takich w obszarze ochrony zdrowia osób pracujących zalicza się głównie granty (oraz inne zachęty niemające charakteru składki ubezpieczeniowej), przyznawane na podejmowanie działań o charakterze zapobiegawczym przez poszczególnych pracowników bądź pracodawcę w imieniu pracowników, lub różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od występującego ryzyka zdrowotnego po stronie zleceniodawcy/pracodawcy. Podejście takie ma na celu indywidualizowanie umów ubezpieczeniowych i w ślad za tym – lepsze dostosowanie ich do konkretnych potrzeb zdrowotnych.

Produkt ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze komercyjnym, podobnie jak produkty oferowane przez powszechne ubezpieczenia zdrowotne, może obejmować 3 zakresy świadczeń: zdrowotne, finansowe i rzeczowo-usługowe (ryc. 1). Stanowi on „pakiet gwarantowanych umową ubezpieczenia lub ustawą działań i świadczeń neutralizujących ryzyko utraty zdrowia osobom, których dotyczą/mają dotyczyć skutki tego ryzyka w zamian za opłaconą składkę / wniesiony datki i to także zindywidualizowany na ogół dedykowany określonej grupie osób, schemat umowy ubezpieczenia” (8).



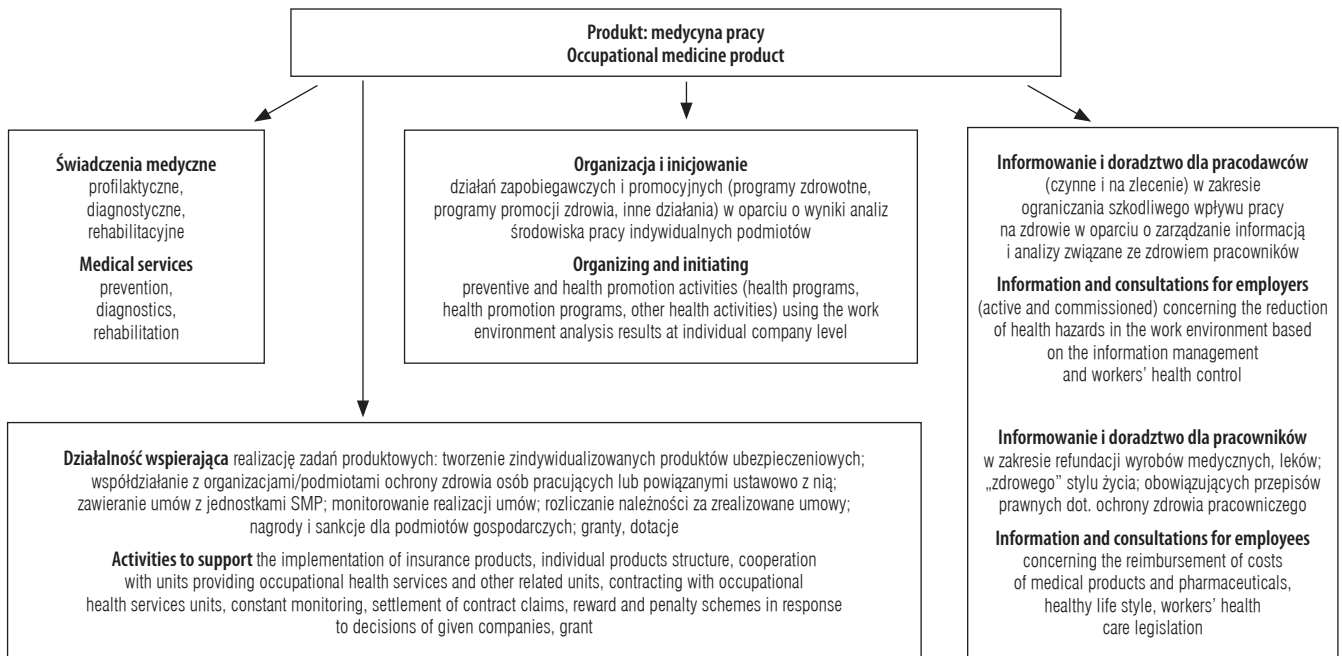
Ryc. 1. Zakres świadczeń objętych ubezpieczeniem zdrowotnym
Fig. 1. The scope of services covered by health insurance

W zależności od tego, jakie cele stawia sobie prywatny ubezpieczyciel, określa on priorytety produktowe i ich strukturę. Wobec tego oferta ubezpieczeniowa może nie zawierać np. świadczeń kompensacyjnych, szczególnie jeśli są one objęte obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym, jak ma to miejsce w Polsce. Ubezpieczyciel może więc zaoferować pakiet świadczeń o różnej strukturze, która nie tylko pozwoli mu na osiągnięcie jego własnych celów, ale także zachęci klientów do zawarcia z nim umowy. W przypadku ubezpieczycieli prywatnych obowiązuje bowiem zasada, że sensem istnienia instytucji ubezpieczeniowej jest zapotrzebowanie na jej produkty. Rodzi się więc pytanie o rzeczywisty przyszły zakres produktu ubezpieczeniowego, który nazywa się „świadczeniami medycyny pracy” – czy ma on obejmować wyłącznie świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej (tzn. świadczenia zdrowotne), czy także pozostałe zadania, wymienione w ustawie o służbie medycyny pracy.

Wydaje się, że dobrze skonstruowany produkt powinien uwzględniać jak najszerszy zakres świadczeń, co umożliwi dostosowanie składki ubezpieczeniowej do lokalnych warunków podmiotu gospodarczego, a w konsekwencji może zapobiec wysokim kosztom świadczeń objętych ubezpieczeniem, tym bardziej że analiza produktów ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia wskazuje na ich wielosegmentową konstrukcję. W odniesieniu do zadań z zakresu medycyny pracy produkt taki mógłby zawierać (konsumować) wszystkie zadania wyznaczone ustawowo w Polsce (ryc. 2).

Jednym ze szczególnie ważnych obszarów wzajemnych relacji między zleceniodawcami (przedsiębiorcami) a zakładami ubezpieczeniowymi jest ustalanie cen produktów ubezpieczeniowych w taki sposób, żeby możliwe było oddziaływanie poprzez składkę ubezpieczeniową na zachowania zleceniodawcy w zakresie zdrowia w środowisku pracy. Wydatki ponoszone przez przedsiębiorców na opłacenie składki ubezpieczeniowej stanowią jednocześnie mechanizm przeniesienia neutralizacji ryzyka zdrowotnego, a w konsekwencji także finansowego, związanego z wystąpieniem negatywnych zdarzeń zdrowotnych na ubezpieczyciela. Płacona składka jest więc zapłatą za przeniesienie ryzyka.

W wielu schematach ubezpieczeniowych składka ta różnicowana jest w zależności od ryzyka charakteryzującego ubezpieczającego się podmiot. Ten schematyczny obraz przeniesienia ryzyka na podmiot ubezpieczyciela i motywacji podmiotu ubezpieczonego do prozdrowot-

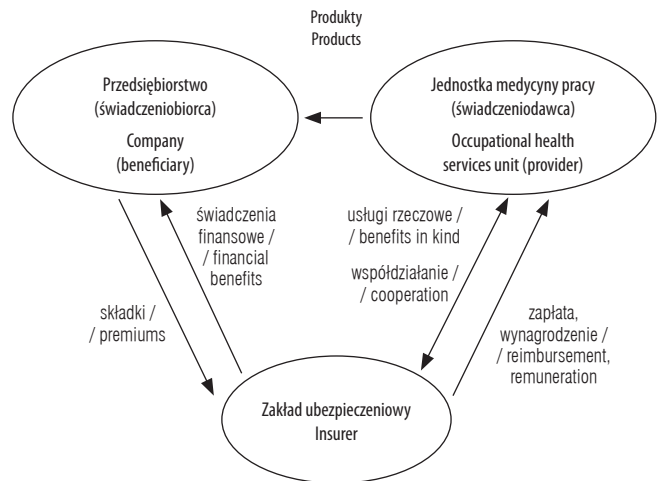


Ryc. 2. Segmenty produktu dobrowolnego ubezpieczenia z zakresu medycyny pracy
Fig. 2. Segments of occupational medicine voluntary insurance product

nych zachowań może jednak zostać wypaczony przez zjawisko „moral hazard” (9). Oznacza ono sytuację, w której ubezpieczony w ślad za przeniesieniem ryzyka nie ponosi wszystkich bądź większości kosztów ryzykownych zachowań i staje się bardziej na nie podatny. Wprowadzenie mechanizmu ubezpieczeniowego może więc być (choć nie musi) katalizatorem wyższych kosztów neutralizowania ryzyka, niż wyzwalałaby to sytuacja, w której nie istnieje mechanizm ubezpieczeniowy.

W odpowiedzi na takie zagrożenie zakłady ubezpieczeniowe mają możliwość stosowania bodźców w postaci nagród dla podmiotów ubezpieczonych, które wykazują większą niż inne podmioty dbałość o bezpieczeństwo zdrowotne pracowników. Nagrody (m.in. różnicowanie składek ubezpieczeniowych) stanowią wynik analizy danych częstości występowania negatywnych zdarzeń zdrowotnych i pomiaru przyszłych kosztów ubezpieczyciela w oparciu o statystyczne dane historyczne, które obrazują poniesione w przeszłości koszty neutralizacji ryzyka (10). W przeciwieństwie do składanych w Polsce propozycji społecznego ubezpieczenia wypadkowego rozwiązanie takie oparte jest nie tylko na kosztach obciążających ubezpieczyciela, ale także na wskaźnikach o charakterze naturalnym, charakteryzujących zdrowie środowiskowe w miejscu pracy (11).

Nieodłącznym elementem dyskusji nad możliwościami i ograniczeniami, jakie mogą pojawiać się w efekcie wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, są relacje między zakładami ubezpieczeniowymi a wytwórcami świadczeń zdrowotnych i innych usług obejmowanych zakresem produktów ubezpieczeniowych oraz podmiotami ubezpieczonymi (ryc. 3).



Ryc. 3. Relacje ekonomiczno-produktowe między dostawcą świadczeń/zadań medycyny pracy, prywatnym zakładem ubezpieczeniowym i podmiotem ubezpieczonym
Fig. 3. Economic and product transfers among occupational medicine services provider, private insurer and unit insured

Jeśli wziąć pod uwagę rynkowy charakter relacji między „graczami” relacji ubezpieczeniowych w zakresie medycyny pracy, mogą one stworzyć warunki do zachowań zarówno pozytywnych, jak i negatywnie wpływających na ekonomiczną sferę działalności PJSMP. W przypadku relacji z jednostkami SMP zakłady ubezpieczeniowe oferujące produkty ubezpieczeniowe w zakresie medycyny pracy na mocy regulacji ustawowej niewątpliwie stanowiłyby nową grupę płatników w otoczeniu gospodarczym. Zawieranie umów z jednostkami SMP w celu dostarczenia produktów ubezpieczeniowych zleceniodawcom może wywołać zachowania zmierzające do racjonalizacji gospodarowania zasobami pozostającymi w ich dyspozycji.

W sytuacji zawarcia umowy na kompleksowy produkt lub produkt składający się z kilku segmentów jednostka SMP może restrukturyzować posiadane zasoby w kierunku poprawy zyskowności, a wbudowując w system zarządzania podmiotem zasady „lean management” (12) i „kaizen costing” (13,14), może wzmocnić swoją pozycję rynkową. Poza tym korzystniejszy może się okazać mechanizm cenowy zupełnie inny niż w przypadku zawierania umów z ubezpieczycielem publicznym lub nawet z medyczną firmą oferującą abonamenty medyczne.

Ubezpieczyciel jako podmiot rynkowy nastawiony na zysk, kalkulując składkę, bierze pod uwagę realne warunki i konieczność ewentualnej neutralizacji ryzyka, podczas gdy państwowy ubezpieczyciel powszechny dokonuje jedynie zapłaty za wykonane świadczenia (często nie pokrywając nawet kosztów ich wytworzenia albo na równi z kosztami wytworzenia) lub prowadzi profilaktykę pozamedyczną w krańcowo ograniczonym zakresie. Z kolei firma „abonamentowa” ustala najczęściej ryczałty za świadczenia medyczne bez nadmiernego zainteresowania innymi możliwościami profilaktycznego oddziaływania na pracodawców (jest wykonawcą zleceń, najczęściej badań profilaktycznych, pozbawionym aktywnej roli).

W związku z tym włączenie PJSMP do relacji z prywatnym ubezpieczycielem daje możliwość funkcjonowania w warunkach większego bezpieczeństwa finansowego, oczywiście jeśli taka współpraca zaistnieje. Poza tym zawieranie umów zindywidualizowanych z pracodawcami także daje większą możliwość dostosowania wysokości składki do warunków danego przedsiębiorstwa, a tym samym ustalania cen na zadania realizowane przez jednostki SMP na poziomie ekonomicznie uzasadnionym.

OMÓWIENIE

W prezentowanym artykule przedstawiono możliwości i ograniczenia instytucji prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jako stymulatora skuteczności ochrony zdrowia w środowisku pracy. Szczególną uwagę skupiono na instrumentach zarządczo-ekonomicznych w oddziaływaniu na jednostki medycyny pracy i pracodawców. Realizacja wyznaczonego celu i weryfikacja postawionej tezy uzależniona była od zawartości merytorycznej analizowanych materiałów. Poważnym ograniczeniem okazały się formalne zapisy projektowe i uzasadnienie projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nie odzwierciedlają one bowiem wszystkich aspektów wprowadzenia takiego rozwiązania ani nie oddają potencjalnych możliwości i ograniczeń, jakie mogą się pojawić po ich wprowadzeniu.

W uzasadnieniu projektu nie zwrócono także należytej uwagi na skutki nowego rozwiązania dla świadczeniodawców. Obszar świadczeń z zakresu medycyny pracy obecnie nie jest objęty żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym i pozostaje w gestii pracodawców oraz jednostek służby medycyny pracy. Te ostatnie z kolei mogą funkcjonować na różnych poziomach zarządzania ochroną zdrowia środowiskowego w miejscu pracy, w różnych formach organizacyjno-prawnych i zawierać różne typy umów z pracodawcami – na poszczególne rodzaje i liczbę świadczeń – bądź realizować je w ramach tzw. abonamentów/pakietów profilaktyczno-leczniczych, które są produktem quasi-ubezpieczeniowym (15).

Ponadto wiele kontrowersji wzbudza propozycja uczynienia ze świadczeń medycyny pracy produktu ubezpieczeniowego, które w głównej mierze wynikają z braku doświadczeń w tym zakresie w Polsce. Wydaje się, że mogłyby one zostać złagodzone po pierwsze przez doprecyzowanie zapisów w proponowanych lub już obowiązujących aktach legislacyjnych, po drugie – w oparciu o wnioski sformułowane na podstawie przeprowadzonych analiz przyczynowo-skutkowych w obszarze zarządzania ochroną zdrowia.

Uwagi krytyczne dotyczące propozycji wprowadzenia dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mogłyby zostać choćby częściowo zniwelowane dzięki konstruktywnym wnioskom, które wynikają z analizy rozwiązań europejskich. Generalnie bowiem w krajach Unii Europejskiej przyjmuje się, że ubezpieczenie obejmujące świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy powinno spełniać 3 funkcje:

- profilaktykę narażeń zawodowych i występowania negatywnych zdarzeń zdrowotnych z nimi związanych,
- wspomaganie powrotu do pracy poprzez rehabilitację,
- kompensację niezdolności do pracy w wyniku choroby lub urazu.

Jak stwierdzono w niniejszym artykule, konstrukcja produktu ubezpieczeniowego nie musi jednak obejmować wszystkich wymienionych elementów. Może być to uzależnione od rozwiązań ubezpieczeniowych, specyficznych dla danego systemu społeczno-gospodarczego (16,17). Doświadczenia krajów europejskich wskazują jednak, że szczególnie ważnym elementem systemu ochrony zdrowia nad osobami pracującymi jest system motywowania do zachowań prozdrowotnych. Analiza europejskich rozwiązań ubezpieczeniowych wskazuje na istnienie następujących różnorodnych konstrukcji ubezpieczeniowych:

- Zarządzanie instytucjami ubezpieczeniowymi może się znajdować nie tylko w gestii instytucji publicznych, ale również w gestii instytucji ubezpieczenia prywatnego. Często podlegają one nadzorowi instytucji państwowych i są zarządzane przy współdziałaniu partnerów społecznych. Do krajów takich należą np. Austria, Niemcy, Szwajcaria i Francja. Zarządzanie instytucjami ubezpieczeniowymi może podlegać instytucjom prywatnego ubezpieczenia (np. w Finlandii, Portugalii, Danii, Belgii).
- Zapewnienie stabilnego finansowania wydatków instytucji ubezpieczeniowych może się odbywać drogą zróżnicowanych metod określania ryzyka ubezpieczeniowego: a) określanie go w taki sam sposób niezależnie od rodzaju działalności gospodarczej, sytuacji ekonomicznej, liczby zatrudnionych i częstości wypadków przy pracy (metoda solidarnościowa stosowana np. w Austrii); b) określanie ryzyka metodą różnicowania – indywidualizowania składek w zależności od częstości wypadków (np. we Francji); c) określanie ryzyka metodą „pośrednią” (np. w Niemczech).
- Zawieranie w produktach ubezpieczeniowych działań zapobiegawczych niemających charakteru świadczenia zdrowotnego (szkolenia, publikacje – np. w Finlandii; doradztwo – np. w Niemczech, Austrii, Francji; kontrole, których skutkiem może być nałożenie sankcji; audyty; wsparcie finansowe działań podejmowanych przez pracodawców, szczególnie w zakresie profilaktyki technicznej; punktowa ocena działań profilaktycznych, wybieranych z katalogu, jako podstawa obniżania składek).
- Kreowanie bodźców ekonomicznych wzmacniających działania profilaktyczne najczęściej odbywa się

przez różnicowanie składek w zależności od inicjatywy w zakresie profilaktyki, podejmowanych przez pracodawców, oraz częstości występujących chorób zawodowych i wypadków przy pracy. Może ono być także uzależnione od poziomu ryzyka w różnych sektorach lub od poziomu ryzyka i warunków pracy w poszczególnych przedsiębiorstwach. Motywacja jest skuteczniejsza, kiedy składka uwzględnia częstość, ciężkość i koszty neutralizowania niepożądanych zdarzeń. Oprócz różnicowania składek ubezpieczeniowych stosuje się: dotacje na działania profilaktyczne, częściową rekompensatę kosztów ponoszonych przez pracodawców na służbę medycyny pracy, obowiązek ponoszenia przez pracodawcę kosztów absencji z powodu chorób, zwrot kosztów w przypadku zaniedbywania obowiązków przez pracodawcę. Do najczęściej stosowanych zachęt należą: różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od kosztów absencji chorobowej (zasiłki) i kosztów opieki medycznej związanej z wypadkami i chorobami zawodowymi oraz różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od roszczeń pracowników w stosunku do pracodawców w przypadku choroby zawodowej i wypadku przy pracy.

WNIOSKI

Analiza wybranego zakresu zagadnień związanych z wprowadzeniem świadczeń medycyny pracy jako produktu ubezpieczeniowego wskazuje, że proponowane rozwiązanie, choć niepozbawione plusów, może wyzwać wiele obaw o jego efekty – zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne – w kontekście potencjalnych zagrożeń.

Rezultaty funkcjonowania konstrukcji ubezpieczeniowych, jak wskazują doświadczenia wielu krajów europejskich o wieloletnich doświadczeniach w zakresie ubezpieczeń obejmujących medycynę pracy, pozwalają wskazać pozytywne oddziaływanie na przynajmniej 2 grupy podmiotów:

- jednostki wykonujące zadania medycyny pracy,
- pracodawców, a za ich pośrednictwem na pracowników i inne osoby objęte ubezpieczeniem w zakresie świadczeń medycyny pracy.

Włączenie do produktu ubezpieczeniowego nie tylko świadczeń kompensujących szkody wywołane warunkami pracy, ale również świadczeń profilaktycznych może się przyczynić w przyszłości do ograniczenia wzrostu kosztów społecznych, będących skutkiem wypadków i chorób zawodowych. Zakłady ubezpie-

czenia będące „bliżej” ubezpieczonego mają potencjalnie większe możliwości wzmocnienia profilaktyki (również we własnym biznesowym interesie) niż centralna instytucja, dla której poszczególni pracodawcy są w przeważającym stopniu anonimowymi podmiotami (18,19). Racjonalne zachowania w tym zakresie mogą więc przynieść ekonomiczne korzyści różnym podmiotom zaangażowanym w ochronę zdrowia środowiskowego – przedsiębiorcom/pracodawcom, instytucji ubezpieczenia społecznego, zakładom ubezpieczenia zdrowotnego, instytucji ubezpieczenia zdrowotnego i osobom pracującym.

Mechanizm ustalania cen polis ubezpieczeniowych i cen kontraktowanych świadczeń w oparciu o częstość występowania negatywnych zdarzeń pozwala na stosowanie nagród. Jeśli środowisko pracy jest bezpieczne dla zdrowia, pracownicy są odpowiednio zabezpieczeni przed wpływem środowiska pracy i odpowiednio przeszkoleni w zakresie bezpiecznego dla zdrowia postępowania, opłacane przez zleceniodawców składki ubezpieczeniowe mogą zostać obniżone. Ubezpieczyciel bowiem nie jest narażony na ewentualne ponoszenie wysokich kosztów neutralizacji ryzyka.

Niewątpliwie oprócz potencjalnego pozytywnego oddziaływania rozwiązania ubezpieczeniowego w obszarze medycyny pracy mogą wystąpić obawy o jego skuteczność w różnych zakresach – systemowym, zdrowotnym, organizacyjnym i ekonomicznym. Precyzyjne określenie zakresu (segmentów) produktu ubezpieczeniowego pod nazwą „świadczenia medycyny pracy” stanowi kluczowy warunek określenia rzeczywistej roli prywatnych zakładów ubezpieczeniowych w neutralizacji ryzyka (rodzaje narażenia zawodowego, rodzaje świadczeń, zakres innej działalności poza badaniami profilaktycznymi), a zarazem idei wprowadzenia rozwiązań ubezpieczeniowych do medycyny pracy. Brak takiej przejrzystości może spowodować niekontrolowany wzrost kosztów ochrony zdrowia w środowisku pracy, który z kolei może stanowić nadmierne obciążenie dla pracodawców (w konsekwencji nabywania świadczeń przez ubezpieczyciela u PJSMP) – zjawisko „moral hazard”. Ponadto konieczne byłoby:

1. Stosowanie jednolitych (modyfikowanych np. wiekiem, płcią, stanem zdrowia) form ochrony ubezpieczeniowej dla osób pracujących w tych samych sektorach, branżach, stanowiskach pracy itp. – brak ujednoczenia w tym obszarze może spowodować zjawisko „cream skinning” („spijanie śmietanki”), polegające na zawieraniu umów ubezpieczeniowych na najbardziej korzystne ekonomicznie produkty.
2. Opracowanie form zachęt ekonomicznych dla pracodawców zawierających umowy z zakładami ubezpieczeniowymi – w innym przypadku pracodawcy nadal będą bazować na podmiotach leczniczych nieposiadających ubezpieczeniowych instrumentów motywacyjnych w kierunku wzmocnienia profilaktyki w podmiotach gospodarczych.
3. Stworzenie platformy wymiany informacji (albo wspólnej bazy informacyjnej) przez jednostki SMP, pracodawców i zakłady ubezpieczeniowe.
Podsumowując, można stwierdzić, że:
 1. Wprowadzenie świadczeń medycyny pracy jako produktu ubezpieczeniowego oferowanego przez zakłady ubezpieczeniowe daje możliwość odejścia od pasywnej roli państwowych instytucji ubezpieczeniowych.
 2. Wielosegmentowy charakter produktu ubezpieczeniowego „świadczenia medycyny pracy” stanowi pozytywny czynnik działań na rzecz ograniczania liczby chorób zawodowych i wypadków przy pracy – ubezpieczyciele kontrolując koszty neutralizacji ryzyka *ex ante* (we własnym ekonomicznym interesie), mogą podejmować wzmocnione działania zapobiegawcze w interesie wszystkich „graczy” relacji ubezpieczeniowej, takiej możliwości nie daje bezpośrednio umowa z PJSMP.
 3. Interesy prywatnych ubezpieczycieli, przedsiębiorców, pracowników, ubezpieczycieli społecznych, podmiotów leczniczych i państwa są zbieżne, choć mogą wynikać z innych przyczyn.
 4. Wprowadzenie rynkowych relacji między zakładami ubezpieczeniowymi a PJSMP może przyczynić się do łączenia różnych typów świadczeń medycyny pracy pod jednym nadzorem ubezpieczeniowym, co w połączeniu z mechanizmem zawierania wieloletnich kontraktów z jednostkami medycyny pracy (dających większą gwarancję uzyskania zwrotu czynionych inwestycji niż kontrakty roczne) może przyczynić się do racjonalizacji ich gospodarki zasobami (a w konsekwencji do wzrostu bezpieczeństwa ekonomicznego).
 5. Stworzenie ubezpieczeniowego otoczenia pracodawców w zakresie medycyny pracy umożliwia wprowadzenie motywacyjnych mechanizmów oddziaływania (różnicowanie składek, indywidualizacja umów, finansowe i logistyczne wspomaganie profilaktyki przez zakład ubezpieczeniowy) na decyzje pracodawców w zakresie wieloaspektowej profilaktyki w środowisku pracy. Takiej realnej możliwości ani nie stwarza instytucja ubezpieczenia społecznego, ani nie dają umowy z PJSMP.

6. Korzystne może się okazać łączenie przez zakład ubezpieczeniowy kontraktów na świadczenia medycyny pracy z kontraktami na świadczenia z innych dziedzin medycyny ze względu na szersze możliwości diagnozowania i nadzorowania stanu zdrowia pracowników. Zapobieganie chorobom powiązanych z pracą i ich monitorowanie jest zgodne nie tylko z kierunkami wyznaczanymi przez Unię Europejską, ale także znalazło swoje odzwierciedlenie w opinii Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Medycyny Pracy. Wyrażono w niej pogląd w sprawie zagrożenia jakości świadczeń z zakresu medycyny pracy realizowanych w nowym, zrjonalizowanym organizacyjnie i ekonomicznie otoczeniu, wprowadzającym odmienne od dotychczasowych relacje między stronami relacji ubezpieczeniowej (20).

PIŚMIENNICTWO

1. Health Systems Financing: The path to universal coverage. The World Health Report. World Health Organization, Geneva 2010, ss. 8–9
2. Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002, ss. 45–46
3. Hämmäläinen R.M.: The Europeanisation of occupational health services: A study of the impact EU policies. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 2008, ss. 48–128
4. Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 4 sierpnia 2011 [cytowany 5 kwietnia 2014]. Adres: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pu_duz_0432011.pdf
5. Założenia do projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Projekt ZD38. Biuletyn Informacji Publicznej Rady Ministrów 2012
6. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 2004 r. nr 125, poz. 1317 z późn. zm.
7. Holly R.: Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. KIU, Warszawa 2013, s. 203
8. Holly R.: Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce. KIU, Warszawa 2013, s. 202
9. What is the incentive in insurance premiums? [cytowany 10 stycznia 2014]. European Agency for Safety and Health at Work; 19 November 2009. Adres: <https://osha.europa.eu/en/seminars/economic-incentives-for-safe-and-healthy-workplaces/speech-venues/euskaldu-na-congress-centre-bilbao/what-is-the-incentive-in-insurance-premiums>
10. Economic incentives to improve occupational safety and health: A review from the European perspectives. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg 2010
11. Rzepecki J.: Kosztowy model zróżnicowanej składki na ubezpieczenie wypadkowe. Zeszyty Nauk. Małop. Wyż. Szk. Ekonom. 2013;22(1):119–131
12. Sobczak A., Rydlewska-Liszkowska I.: Zarządzanie podmiotami służby medycyny pracy – koncepcja i zastosowanie Lean management. Med. Pr. 2012;63(5):599–606
13. Modarress B., Ansari A., Lockwood D.L.: Kaizen costing for lean manufacturing: A case study. Int. J. Prod. Res. 2005;43(9):1751–1760, <http://dx.doi.org/10.1080/00207540500034174>
14. Niedziółka M., Piasek A.: Kaizen costing nowoczesną metodą zarządzania kosztami. Zeszyty Nauk. Ak. Podl. Admin. Zarządz. 2009;81(8):79–81
15. Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012. NFZ, European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012, ss. 106–108
16. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. DzU z 2009 r., nr 167, poz. 1322 ze zm.
17. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach. DzU z 2002 r., nr 199, poz. 1674 ze zm.
18. Rzepecki J.: Prewencja wypadkowa w społecznym ubezpieczeniu wypadkowym w wybranych krajach europejskich. Bezp. Pr. 2006;9:5–8
19. Sójka A.: Prewencja wypadkowa ZUS [cytowany 5 stycznia 2014]. Warszawa 2012. Adres: www.zus.pl/wai/seminariaprognozy/3_Prewencja_wypadkowa_ZUS.pps
20. Uwagi do Ustawy z 2011 r. o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym [cytowany 22 kwietnia 2013]. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2011. Adres: http://www.imp.lodz.pl/upload/konsultant/dokumenty/Opinia_konsultanta.PDF