

Budowanie synergistycznych powiązań między działaniami prewencyjnymi, odszkodowaniami i powrotem do pracy (RTW) w Systemie Ubezpieczenia Wypadków przy Pracy w regionie Azji i Pacyfiku

Wyzwania

Wprowadzenie

Ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy (*Employment Injury Insurance*; EII) lub ubezpieczenie odszkodowawcze dla pracowników (*Workers' Compensation Insurance*) jest ważnym elementem systemu ubezpieczeń społecznych, który powstał w Niemczech w 1884 r. To najbardziej znany system ubezpieczeń społecznych funkcjonujący obecnie w około 165. krajach na całym świecie. Wiadomo, że system EII odegrał istotną rolę w ochronie bezpieczeństwa i zdrowia pracowników, utrzymując właściwe relacje gospodarcze i łącząc występujące w przedsiębiorstwach czynniki ryzyka wynikające z wypadków przy pracy oraz chorób.

Zatem zrozumiałe jest, że dalsza rozbudowa i tworzenie systemu EII stanowi wyzwanie, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Po pierwsze, podobnie jak w większości krajów rozwijających się w Azji, zakres tego systemu nadal nie jest wystarczający, szczególnie w odniesieniu do małych przedsiębiorstw i grup wykluczonych. Po drugie uzyskanie dodatkowych świadczeń wymaga dalszych uzupełnień, takich jak np. włączenie wypadków w drodze do/z pracy, przekształcenie płatności ryczałtowych z tytułu inwalidztwa i rent rodzinnych w renty okresowe z właściwą waloryzacją oraz dołączenie korzyści wynikających z rehabilitacji medycznej i zawodowej.

Rozszerzenie zakresu i poprawa poziomu świadczeń EII na aktualnych zasadach zależy głównie od sytuacji poszczególnych krajów z punktu widzenia PKB, rozwoju politycznego i historycznego, nieformalnej części gospodarki czy demografii. Odmiennie od tych dwóch wyzwań – zakresu i poziomu świadczeń, synergistyczny związek między EII i polityką prewencyjną (BHP) może być realizowany w ramach indywidualnej sytuacji każdego państwa, poprzez budowanie

skutecznych mechanizmów, takich jak gromadzenie i analiza danych na temat wypadków przy pracy i chorób zawodowych, przepisy dotyczące współpracy z odpowiednim ubezpieczeniem lub systemem zabezpieczenia społecznego, koordynacja z innymi odpowiednimi programami krajowymi, z wprowadzeniem merytorycznego systemu klasyfikacji w pobieraniu składek przez EII, itp. Ponadto należy wprowadzać politykę powrotu do pracy (RTW), aby ułatwić pracownikom, którzy ulegli wypadkowi, powrót do pracy i życia społecznego.

Systemy

Wstępna analiza systemu wypadków przy pracy

Tło historyczne odszkodowań dla pracowników

Tło historyczne odszkodowań dla pracowników jest różne w poszczególnych państwach ze względu na istniejące odmienności kulturowe, historyczne, polityczne i gospodarcze. Można je jednak podzielić na trzy główne kategorie, podane poniżej¹.

Pierwsza z nich to teoria kompromisu społecznego. Pracodawcy zobowiązani są do wypłaty świadczeń EII pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy lub którzy cierpią z powodu choroby zawodowej, niezależnie od tego czy są one nieumyślne, czy też nie, pod warunkiem, że rezygnują oni z procedur prawnych. Wypłata tych świadczeń wyklucza procesy cywilne. Druga grupa to teoria najmniejszych kosztów społecznych. Odpowiedzialność względem EII, niezależnie od winy, jest o wiele bardziej efektywna w czasie i kosztach niż wymiar sprawiedliwości, który koncentruje się na osobie odpowiedzialnej za wypadki. Trzecia kategoria to teoria ryzyka zawodowego. W systemie kapitalizmu wypadki przy pracy są nieuniknione i powinno się je kompensować niezależnie od tego, kto jest za nie odpowiedzialny. Stąd też wydatki związane z wypadkami przy pracy należy traktować jako część kosztów produkcji.

Typologia systemu wypadków przy pracy

Na wspomnianych podstawach w wielu państwach utworzono specjalne programy dla systemu wypadków przy pracy oraz agencje, które je wdrażają. Głównym celem tych instytucji, w porozumieniu z pracownikami i pracodawcami, jest:

- Promocja zapobiegania wypadkom w miejscu pracy, uszczerbkom na zdrowiu oraz chorobom zawodowym,
- Rehabilitacja osób, które uległy wypadkowi oraz zapewnienie im szybkiego powrotu do pracy,

¹ Teoretyczna rama tła została zaczerpnięta ze studium ILO, dotyczącego systemu ubezpieczeń od wypadków przy pracy na Sri Lance.

- Zapewnienie właściwej rekompensaty zastępującej utratę przez pracownika zarobków w okresie rekonwalescencji po wypadku,
- Zapewnienie należytego zarządzania finansami dla utrzymania płynności finansowej systemu odszkodowań dla pracowników.

Działania prewencyjne

Wypadki przy pracy nie muszą się wydarzać, ale mają miejsce codziennie. Zapobieganie urazom jest więc wspólnym zadaniem dla wszystkich: pracodawców, pracowników, pracowników służby zdrowia i stosownych instytucji. Dzięki wspólnemu wysiłkowi można uniknąć występowania obrażeń i uszczerbku na zdrowiu.

System działa na rzecz zapobiegania urazom i chorobom poprzez:

- Dostarczanie pracownikom i społeczeństwu informacji w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa pracy,
- Ustalanie norm i wytycznych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Prowadzenie prezentacji edukacyjnych,
- Kontrole miejsc pracy,
- Współpracę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy z agencjami lokalnymi, federalnymi oraz ministerstwami,
- Oferowanie pracownikom i pracodawcom dostępu do materiałów prewencyjnych.

Odszkodowanie

Mimo wszelkich wysiłków włożonych w zapobieganie urazom przy pracy i chorobom zawodowym, w realnym życiu są one jednak nieuniknione. Dlatego system EII powinien być przygotowany do wypłaty odszkodowania pracownikom, którzy ulegli wypadkom, aby w sposób uczciwy i sprawiedliwy chronić pracodawców od ponoszenia za nie odpowiedzialności. W związku z tym EII finansowany jest w drodze opłacania składek przez pracodawców. Dodatkowy dochód generowany jest na drodze inwestycji. Uzyskane środki finansowe służą do wypłaty świadczeń oraz odszkodowań dla pracowników.

System ubezpieczeń zapewnia świadczenia rzeczowe lub pieniężne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, takich jak:

- Koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji medycznej,
- Świadczenia pieniężne i świadczenia pielęgnacyjne w przypadku czasowej niezdolności do pracy oraz świadczenia pielęgnacyjne,
- Świadczenia pieniężne w przypadku długotrwałej niezdolności do pracy.
- Renty rodzinne i zasiłki pogrzebowe,

Program powrotu do pracy

Programy rehabilitacji zawodowej pomagają pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy lub chorym pracownikom powrócić do zajęć zawodowych tak szybko, jak to tylko możliwe. Opierają się one na założeniu, że wielu pracowników może bezpiecznie pracować, co stanowi część ich procesu zdrowienia. Przynosi to korzyści zarówno pracodawcom, jak i pracownikom. W praktyce, aby wdrożyć politykę powrotu do pracy osobom, które uległy wypadkowi w pracy, zapewnia się zarówno rehabilitację medyczną, jak i zawodową wraz z różnymi metodami poradnictwa. Programu tego nie wprowadzono jeszcze w większości krajów rozwijających się w Azji i w regionie Pacyfiku. W oparciu o doświadczenia krajów rozwiniętych, realizacja programu powrotu do pracy jest możliwa dzięki działaniom zespołu pracującego razem w taki sposób, aby pomóc poszkodowanym pracownikom odzyskać zdrowie. Zespół ten składa się zazwyczaj z:

- pracownika,
- specjalisty medycznego/lekarza,
- specjalisty zarządzania rehabilitacją w instytucji wdrażającej EII,
- pracodawcy.

Rehabilitacja, zadania przejściowe i wszystkie działania niezbędne poszkodowanemu pracownikowi w bezpiecznym powrocie do pracy są częścią tego programu.

Ważnymi elementami udanego powrotu do pracy są:

- powrót do tej samej pracy u aktualnego pracodawcy,
- wykonywanie innej pracy u aktualnego pracodawcy,
- wykonywanie nowej pracy u nowego pracodawcy.

Jeśli pierwsza opcja nie jest możliwa, należy wybrać drugą, a gdy i ona okaże się nieosiągalna, wówczas trzecią.

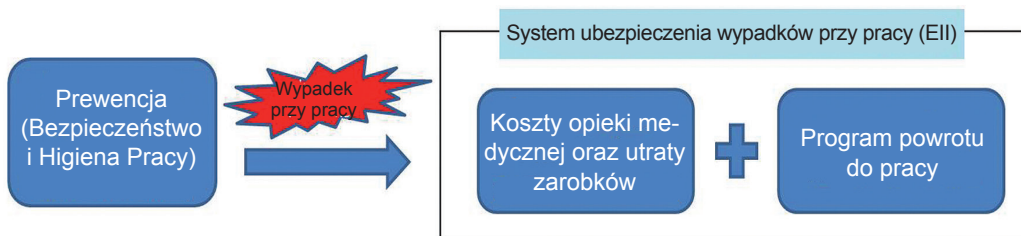
Aby umożliwić funkcjonowanie tego programu, kraje rozwinięte wprowadziły w instytucjach EII następujące świadczenia zawodowe:

- Dodatki na szkolenia zawodowe i koszty przygotowania zawodowego dla osób tego potrzebujących, z grupy tych, którzy otrzymują świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub kwalifikują się do jego uzyskania,
- Dotacje na powrót do pracy, koszty szkoleń adaptacyjnych i rehabilitacji kompleksowej, które są opłacane w sytuacji, gdy pracodawca prowadzi szkolenia w zakresie przystosowania do pracy lub realizuje program rehabilitacyjny dla rencistów otrzymujących świadczenia, po powrocie do pracy.

Zarys systemu ubezpieczenia wypadków przy pracy

Pełny obraz systemu ubezpieczenia wypadków przy pracy został przedstawiony na rysunku 1.

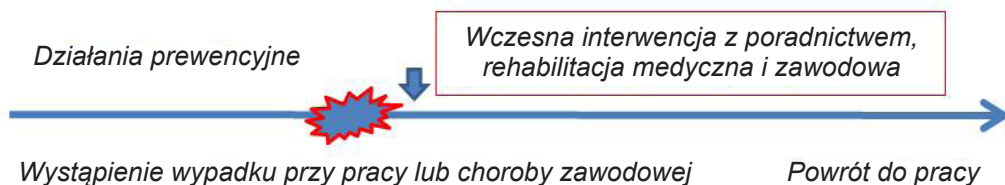
Rysunek 1. System zabezpieczenia społecznego wypadków przy pracy i chorób zawodowych



Priorytetowe obszary zmian i kierunek rozwoju systemu ubezpieczenia wypadków przy pracy

System EII zasadniczo koncentrował się na wypłacie odszkodowań w formie świadczeń rzeczowych z tytułu opieki medycznej i w formie pieniężnej z tytułu utraty dochodów spowodowanych wypadkami przy pracy lub chorobą zawodową. Jednak, w miarę nabywania doświadczenia zaczęto doceniać znaczenie działań prewencyjnych i rehabilitacji, które zmniejszają nie tylko częstość wypadków, ale także stopień niepełnosprawności (niezdolności do pracy). Ponadto rehabilitacja zawodowa ułatwia powrót do pracy. Wszystkie te działania przyczyniają się również do stabilności finansowej systemu. Zatem aktualny kierunek rozwoju systemu ubezpieczeń wypadków przy pracy jest przedstawiony na rysunku 2.

Rysunek 2. Aktualny kierunek rozwoju systemu wypadków przy pracy



Dlaczego istotny jest związek pomiędzy BHP i systemem ubezpieczeń wypadkowych dla pracowników?

Potrzeba koordynacji pomiędzy EII a BHP

Odszkodowania i działania prewencyjne są nierozłączne, a z logicznego punktu widzenia najlepszą metodą obniżenia kosztów wypadków przy pracy i chorób zawodowych jest zmniejszenie częstości ich występowania.

Ze strony BHP bardzo ważne jest gromadzenie i analiza danych na ich temat, a wyniki mają wpływ na kierunki działań związanych z BHP, takie jak za-

pewnienie informacji o zdrowiu i bezpieczeństwie pracy, edukacja i oferowanie środków zapobiegawczych, tworzenie standardów i wytycznych BHP, kontrole miejsc pracy, itd. Dział BHP danej instytucji może zbierać dane dotyczące ich liczby, wysokości odszkodowań czy historii wypadku, zgodnie z systemem zgłaszania przez pracodawców wypadków przy pracy i chorób zawodowych w ich zakładzie pracy. Proces ten wymaga jednak czasu, pomimo że raporty składane są okresowo. W przypadku, gdy z powodu zaniedbań pracodawcy system ten nie działa prawidłowo, brakuje wystarczających informacji, a instytucje nie mają dostępu do danych dotyczących miejsc pracy w zakładach pracy, które raportu nie składają. Ponadto niełatwo uzyskać dane z małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP).

Kryteria choroby zawodowej zostały określone w rozporządzeniach EII, ale podjęcie decyzji dotyczącej tego, czy każdy przypadek mieści się w tych kategoriach, nie jest proste. Zbadanie tej kwestii zajmuje w rzeczywistości dużo czasu, natomiast łatwiej jest określić przyczyny wypadków przy pracy. Dane i wiedza agencji BHP na temat korelacji między warunkami pracy narażającymi na wystąpienie choroby pracownika a chorobą, mogą dostarczyć logicznych podstaw do określenia czy dany przypadek kwalifikuje się jako choroba zawodowa objęta ubezpieczeniem (EII). Inną kwestią jest fakt, że będą one przydatne do utworzenia programu powrotu do pracy tym pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy. Biorąc pod uwagę stan fizyczny danej osoby oraz otoczenie każdego miejsca pracy, menedżer zarządzania rehabilitacją może zapewnić odpowiednią usługę pracownikom niezdolnym do wykonywania obowiązków zawodowych. Ponadto merytoryczny system ustalania wysokości składek przez EII może zachęcić pracodawców do zwrócenia większej uwagi na aspekt bezpieczeństwa w ich własnych zakładach pracy². Również pewną część funduszu EII można przeznaczyć na realizację polityki BHP w wielu państwach, w których wdrożono system EII.

W oparciu o zbadane wcześniej potrzeby, związek między EII i BHP dzięki koordynacji działań odpowiednich instytucji jest w stanie zapewnić synergistyczny efekt, poprzez wprowadzenie zróżnicowanego systemu pobierania składek przez EII i przeznaczenie pewnej części jego funduszu na politykę BHP. Koordynacja

² Istnieje wiele badań dotyczących merytorycznego systemu klasyfikacji (systemu zasług). Jednak ich wyniki obejmują zarówno zalety, jak i wady. Uważa się, że spadek współczynnika odniesionych obrażeń, będącego pod jego wpływem, nie ma związku z roszczeniami z tytułu wypadku śmiertelnego przy pracy i że liczbę roszczeń obniżają przypadki uznane za poważne. Istnieje również opinia, że są one charakterystyczne głównie dla pracodawców większych przedsiębiorstw, a na znaczny odsetek mniejszych nie wywierają wpływu. Ma także miejsce duże opóźnienie pomiędzy czasem wystąpienia wypadku a karą finansową, co oznacza, że pracodawca prawdopodobnie nie bierze jej pod uwagę. Zatem, zamiast opierać się tylko na merytorycznym systemie klasyfikacji zaleca się próbę jego połączenia z wysiłkami BHP w taki sposób, aby osiągnąć wzrost zapobiegania wypadkom przy pracy i wystąpienia choroby zawodowej oraz aby osiągnąć stabilność finansową.

ta byłaby łatwiejsza w przypadku, gdyby systemy EII i BHP były wdrażane przez jedną instytucję, a dane na temat obu systemów udostępniane w czasie rzeczywistym za pośrednictwem sieci informatycznej.

Dzięki temu powiązaniu, działania BHP mogłyby wpłynąć na zwiększenie wysiłków pracodawców na rzecz bezpieczeństwa i zapobiegania wypadkom przy pracy oraz wystąpienia chorób zawodowych w każdym zakładzie, co w efekcie przyczyniłoby się do stabilnego i należytego zarządzania funduszem EII poprzez zmniejszenie wydatków na świadczenia. Ponadto, w przypadku różnego systemu klasyfikacji i powiązanych stanowisk, mogłoby to prowadzić do obniżenia wysokości składki ubezpieczeniowej w danym przedsiębiorstwie.

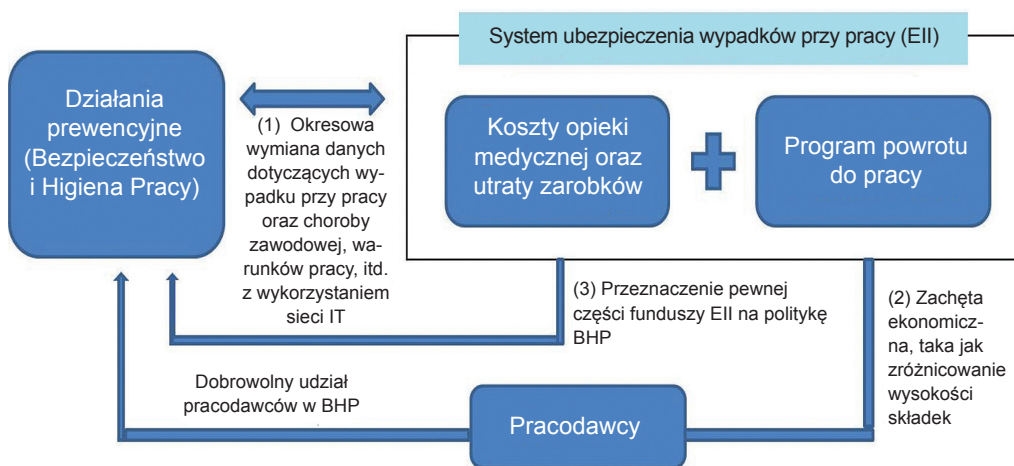
Większa liczba pracodawców zechce włączyć się w system EII, a także zwrócić baczniejszą uwagę na kwestię zapobiegania wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym oraz bezpieczeństwo pracowników w swoich zakładach pracy.

W związku z tym korelacja działań EII i BHP będzie korzystna zarówno dla pracodawców, jak i pracowników.

Zarys powiązania EII i BHP

Powiązania między EII i BHP przedstawia następujący model (rysunek 3).

Rysunek 3. Model synergicznego powiązania EII i BHP



Rozwiązania

Relacja pomiędzy stabilnością finansową EII, działaniami prewencyjnymi i programem powrotu do pracy z teoretycznego i opartego na faktach punktu widzenia

Wyższe składki spowodowane gwałtownie rosnącym odsetkiem wypadków przy pracy i zwiększoną liczbą wypłacanych świadczeń z tego tytułu będą uciążliwe dla pracodawców płacących składki, przez utrudnianie przepływu środków pieniężnych, co może doprowadzić do utrudnienia wypłacalności świadczeń. Zatem efektywne działanie EII opierające się na zarządzaniu finansami musi uwzględniać te kwestie. W tym kontekście pożądane byłoby zbadanie relacji między finansami EII, działaniami prewencyjnymi i programem powrotu do pracy w perspektywie zarówno teoretycznej, jak i opartej na faktach.

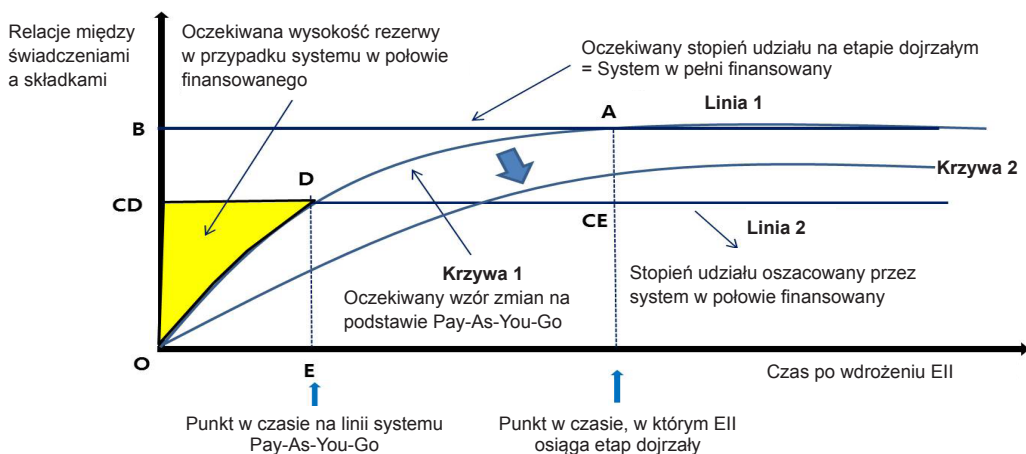
Teoretyczne podstawy finansowania EII, działań prewencyjnych i powrotu do pracy

Metoda zarządzania finansami ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy

EII pokrywa nie tylko koszty opieki medycznej z powodu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ale także świadczenia pieniężne z tytułu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. Zasadniczo istnieją dwa sposoby finansowania EII. Jednym z nich jest tzw. system Pay-As-You-Go (PAYG), który nie posiada funduszu rezerwowego czy systemu kapitałowego, a drugim – „system kapitałowy”, mający duży fundusz rezerwy. Oba systemy mają swoje wady i zalety.

Jeśli w EII stosowany jest system PAYG, wysokość składek musi się podnosić w każdym kolejnym roku wraz ze wzrostem wydatków na świadczenia, co może okazać się dla pracodawców obciążeniem finansowym. Jeżeli jednak zostałby przyjęty system w pełni finansowany, to wysokość składki powinna być znaczna od samego początku, co jest również nierealne w krajach o szczególnie niskich i średnich dochodach. Dlatego właściwe byłoby wprowadzenie „systemu w połowie finansowanego”, a nie „systemu w pełni finansowanego”. Zaletą „systemu w połowie finansowanego” jest ograniczenie obciążeń finansowych pracodawców. Jak już wspomniano, istnieją dwa sposoby finansowania EII: system Pay-As-You-Go (PAYG) oraz kapitałowy. Jednak te metody stanowią dwie teoretyczne skrajności, a w rzeczywistości bardziej powszechne są ogólne schematy mieszane (system w połowie finansowany). System mieszany przydziela część płatności na fundusz rezerwy i ma zalety systemu PAYG oraz systemu kapitałowego.

Rysunek 4. Mieszany system finansowania EII



Przede wszystkim system finansowy EII rozpatruje się w sposób przedstawiony na rysunku 4. Po jego wprowadzeniu wzrośnie wypłacanie świadczeń do momentu aż program ustabilizuje się przy założeniu, że nie będzie zmian w częstości występowania wypadków przy pracy. Jeśli wprowadzi się tylko system PAYG, przychód ze składek zostanie określony na podstawie przewidywanych wydatków, co oznacza, że będzie rósł do momentu, aż program rozwinie się. Z drugiej strony, system w pełni finansowany określa przychód ze składek, biorąc pod uwagę wydatki w dojrzałej formie, od początku umożliwiając stały dochód. Dlatego też, jeśli przyjmie się metodę w pełni finansowaną, mającą podobne cechy do funduszu rezerwowego, fundusze gromadzą się w sposób wyznaczony na rysunku przez trójkąt OBA. Istnienie dużego funduszu może być podstawą rozwoju systemu, ale również mieć wady. Dlatego właśnie duża liczba państw korzysta zamiast z systemu PAYG lub systemów w pełni finansowanych – z systemu mieszanego, który można zorganizować w różny sposób. Pierwszy ustala na początku wysokość składki na poziomie niższym niż metoda w pełni finansowana i zwiększa ją, jak tylko program stabilizuje się (CE do A). W drugim sposobie wysokość składki wzrasta z roku na rok (CD do D i wreszcie do A). Pierwszy wywołuje większy wstrząs w systemie poprzez natychmiastowe podniesienie składek, ale z administracyjnego punktu widzenia jest łatwiejszy do wdrożenia. Drugi z kolei powoduje mniejszy wstrząs, ponieważ każdego roku wymaga złożonej administracyjnie konieczności zwiększania wysokości składki.

Związek pomiędzy stabilnością finansową EII, prewencją i powrotem do pracy (RTW)

Leczenie i świadczenia pieniężne dla pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy, nie są jedynym celem EII zawierającym działania prewencyjne, leczenie, świadczenia pieniężne oraz rehabilitację w celu umożliwienia im powrotu do pracy. W związku z tym działania prewencyjne i rehabilitacja są równie ważne jak leczenie i świadczenia. Większość państw, w których działa system EII, niedawno rozszerzyła zakres działań prewencyjnych i rehabilitacji, które same w sobie redukują liczbę wypadków przy pracy, co z kolei powoduje zmniejszenie wydatków EII. Rehabilitacja pomaga ograniczyć stopień niepełnosprawności (niezdolności do pracy) pracowników, którzy odnieśli obrażenia w wyniku wypadku przy pracy, zwiększając ich tempo powrotu do pracy, co może pomóc w stabilizacji finansowej EII.

W odniesieniu do działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych ważne jest, aby wybrać odpowiedni moment na ich wdrożenie. Dla maksymalizacji ich efektu wymagana jest infrastruktura zarówno osobowa, jak i rzeczowa powyżej pewnego poziomu po to, żeby nie doprowadzić do wystąpienia niepożądanych działań. Rozważanie wprowadzenia działań zapobiegawczych i rehabilitacji w systemie EII wymaga więc wzięcia pod uwagę dodatkowych źródeł finansowania. Przy zastosowaniu uzasadnienia z rysunku 3 konieczne jest, aby znaleźć czas na wprowadzenie aktywnej polityki prewencyjnej i rehabilitacji w okresie między O i E, ponieważ rezerwa może skumulować się do takiego stopnia, jak pokazuje trójkąt O/D/CD. Pewną część z funduszu rezerwowego wolno przeznaczyć na działania prewencyjne i rehabilitację. W krótkim okresie czasu nie zawsze uda się dostrzec efekt inwestycji, ale w dłuższej perspektywie przyczyni się ona do obniżenia częstości wypadków przy pracy oraz kosztów świadczeń, co prowadzi do stabilności finansowej EII i zostało przedstawione na rysunku 4 w postaci Krzywej 1 zbliżającej się do Krzywej 2.

Oparte na faktach relacje pomiędzy stabilnością finansową EII a programem zapobiegania wypadkom i powrotem do pracy

System EII zazwyczaj koncentrował się na zapewnieniu pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy oraz z chorobami zawodowymi rekompensaty finansowej za utratę dochodów oraz świadczeń rzeczowych na leczenie. Również członkowie rodziny mają prawo do świadczeń z tytułu utraty dochodów przez pracownika, który poniósł śmierć w wyniku wypadku w pracy. Jednakże, w miarę wzrostu doświadczenia wynikającego z działania programu, zaczęto dostrzegać znaczenie prewencji i rehabilitacji. Doprowadziły one do zmniejszenia częstości występowania wypadków przy pracy, zmniejszenia stopnia niezdolności do pra-

cy pracowników poszkodowanych w wypadkach z punktu widzenia medycznego i ułatwienia im powrotu do pracy i społeczeństwa. Bez tych działań EII stanowi raczej system transferu środków pieniężnych co nie jest ostatecznym celem systemu. Ponadto, jeżeli wzrasta liczba wypadków przy pracy, a średni okres leczenia z roku na rok się przedłuża, to finanse EII ulegają pogorszeniu, co prowadzi do podniesienia wysokości składki, utraty zaufania do systemu i sprzeciwu ze strony pracodawców. Co więcej, im wyższa liczba poważnie poszkodowanych pracowników nie wróci do pracy, tym gorszy będzie to miało wpływ na społeczeństwo (niestabilność gospodarstwa domowego, utrata wykwalifikowanych pracowników w przedsiębiorstwach i podniesienie stopy bezrobocia w gospodarce narodowej). W tym kontekście wiele państw, szczególnie tych rozwiniętych, nabiera doświadczenia we wprowadzaniu aktywnych programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych we własnych systemach EII³, osiągnięciu ich stabilności finansowej i zaufania narodowego. Jako jeden z przykładów związku pomiędzy stabilnością finansową EII, programem działań prewencyjnych i powrotem do pracy można podać działania w Korei Południowej.

Dowody na związek między zapobieganiem, finansowaniem EII, powrotem do pracy (RTW) w Korei Południowej

Historia rozwoju systemu ubezpieczenia wypadków przy pracy w Korei Południowej

Po odzyskaniu niepodległości od Japonii (w 1945 r.) Korea, doświadczyła szeregu zawirowań politycznych, takich jak: trzy lata nadzoru USA (od 1945 do 1948 r.), utworzenie rządu Korei Południowej w 1948 r., trzyletnia koreańska wojna domowa między Północą a Południem (od 1950 do 1953 r.), itd. W okresie nadzoru poruszono kwestię grupowych świadczeń dla pracowników. W 1953 r. w czasie wojny koreańskiej, uchwalono prawo pracy i ogłoszono odpowiedzialność pracodawcy za wypadek przy pracy lub chorobę zawodową. Jednak jego faktyczna realizacja była różnorodna ze względu na sytuację wojenną. Ponadto osiem lat później w 1961 r., wydano rozporządzenie powołujące inspekcję pracy, która była niezbędna do jego realizacji. Tak więc we wspomnianym okresie nie było realizowane prawo do świadczeń.

³ W Niemczech na prewencję wydano 8,5% łącznych wpływów z ubezpieczenia (24,6 euro na pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze godzin). Inne przypadki to 7,7% (24 dolary nowozelandzkie na pracownika) w Nowej Zelandii, 4,8% (33 dolary kanadyjskie) w Kanadzie (Ontario). W kontekście rehabilitacji, w Niemczech obowiązują zapisy zawarte w Ustawie o ubezpieczeniach społecznych (art. 26 rozdziału 7), w których nacisk kładziony jest na świadczenia na leczenie i rehabilitację przed rentą. W Nowej Zelandii, firma *Accident Compensation Corporation* zmieniła w 1992 r. swój cel taktyczny z ukierunkowanego na odszkodowanie na zorientowany na rehabilitację. W efekcie więcej wydano na rehabilitację – 10 miliardów dolarów, niż na rekompensaty, na przykład 800 milionów dolarów w 2003 r.

Na początku lat 60. odbudowie narodowej i rozwojowi gospodarczemu nadano priorytet państwowy, a także analizowano konieczność utworzenia systemu zabezpieczenia społecznego. System EII wprowadzono w 1964 r., mimo że więcej uwagi społeczeństwa przyciągała konieczność ubezpieczenia od bezrobocia oraz sprzeciwiano się wprowadzeniu EII ze względu na istnienie standardowego prawa pracy, a dochód narodowy na mieszkańca był niższy niż 100 dolarów amerykańskich, itp. System ten oparty był na odpowiedzialności pracodawcy tylko na podstawie standardowego prawa pracy i nie zabezpieczał prawa pracownika do świadczeń, które – jak oczekiwano – miałyby wzrosnąć wraz z rozwojem uprzemysłowienia. Od 1964 r., koreański system EII rozwinęto w każdym aspekcie, w tym również działań prewencyjnych. Ponadto obecnie Ministerstwo Zatrudnienia i Pracy nadzoruje system wypadków przy pracy jako całość, *Korea Workers' Compensation and Welfare Service* (COMWEL) realizuje ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy, natomiast *Korea Occupational Safety and Health Agency* (KOSHA) realizuje programy prewencyjne poza inspekcją pracy. Historyczny rozwój każdego obszaru przedstawiono poniżej.

Początkowo ubezpieczenia zastosowano w miejscach pracy zatrudniających więcej niż 500. pracowników w sektorach górnictwa i produkcji, ale zakres prawny stopniowo rozszerzano, jak w tabeli 1.

Tabela 1. Rozszerzenie prawnego ubezpieczenia EII w Korei Południowej (do 2004 r.)

Rok	Rozszerzenie zakresu
1964	- Górnictwo, produkcja - Miejsca pracy \geq 500 pracowników
1965	- Energia elektryczna, gaz, transport, włącznie ze składowaniem - Miejsca pracy \geq 200
1966–1969	- Miejsca pracy \geq 150 w 1966 r. - Miejsca pracy \geq 100 w 1967 r. - Miejsca pracy \geq 50 w 1968 r. - Budownictwo (\geq 20 mln wonów), woda, węzły sanitarne, handel, komunikacja, usługi, w 1969 r.
1973	- Miejsca pracy \geq 30 w 1972 r. - Miejsca pracy \geq 16 w 1973 r. - Całkowity koszt budownictwa \geq 10 mln wonów w budownictwie
1976	- Miejsca pracy \geq 5 w przemyśle chemicznym, rafineryjnym, węglowym, gumowym, tworzyw sztucznych, przemyśle wydobywczym i produkcyjnym
1982	- Miejsca pracy \geq 10 - Zakres budownictwa \geq 40 milionów wonów
1983	- Wielkość wycinki \geq 1,700 m ²

1986	- Miejsca pracy ≥ 5 w 14. branżach
1987	- Miejsca pracy ≥ 5 na 20 branż
1988	- Wielkość wycinki ≥ 800 m ² - Miejsca pracy ≥ 5 w 16. branżach
1991	- Miejsca pracy ≥ 10 w niektórych branżach o niskim ryzyku
1992	- Miejsca pracy ≥ 5 w niektórych branżach o niskim ryzyku
1996	- Miejsca pracy ≥ 5 w służbie zdrowia, edukacji i pomocy społecznej, w przemyśle badawczo-rozwojowym
1998	- Miejsca pracy ≥ 5 obejmujących finanse i przemysł ubezpieczeniowy - Dobrowolne ubezpieczenie dyspozytora zamorskiego - Obowiązkowe ubezpieczenie w odniesieniu do praktykanta w fabryce
2000	- Miejsca pracy ≥ 1 [≥ 5 w rolnictwie, las (bez wycinki), rybołówstwo, myślistwo] - Dobrowolne ubezpieczenia dla pracodawców zatrudniających mniej niż 50. pracowników
2004	- Dobrowolne ubezpieczenie niektórych osób samozatrudnionych

Od czasu wprowadzenia systemu EII stopniowo wzrastał poziom świadczeń. Zamiast opisywać szczegółową historię tej poprawy, w tabeli 2 zestawiono charakterystyczne ich elementy.

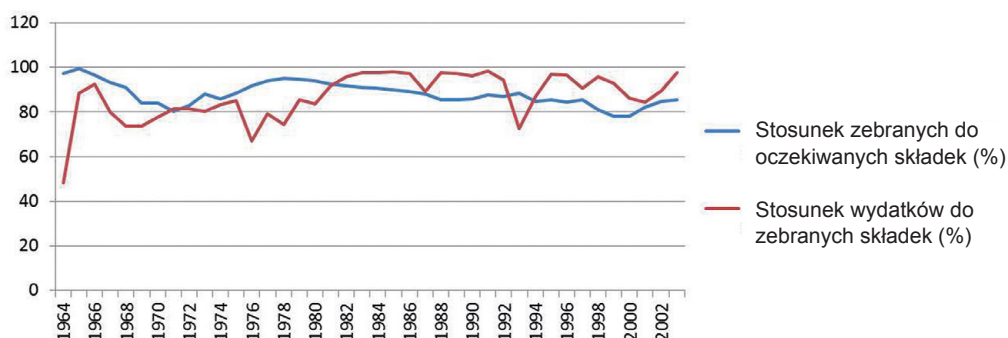
Tabela 2. Charakterystyczne etapy rozwoju świadczeń w EII w Korei Południowej

Kategoria	Rok	Zawartość
Czas oczekiwania	1964	10 dni
	1971	7 dni
	1982	3 dni
Wskaźnik zastąpienia czasowych rent inwalidzkich	1964	60% poprzedniego średniego dochodu
	1989	70% poprzedniego średniego dochodu
Stałe renty inwalidzkie	1964	Stopnie niepełnosprawności pogrupowano w 10 kategorii, a metody płatności zryczałtowano
	1971	Stopnie niepełnosprawności pogrupowano w 14 kategorii, a niepełnosprawni pracownicy z 1. do 3. stopnia inwalidztwa mogli wybrać metodę wypłacania w postaci zryczałtowanej lub renty (co zostało później zmienione tylko na formę renty)
	1981	Pracownicy niepełnosprawni z 4. do 7. stopnia inwalidztwa mogli wybrać metodę wypłacania w postaci zryczałtowanej lub w postaci renty

Stałe renty inwalidzkie	1989	Pracownicy niepełnosprawni z 1. do 7. stopnia inwalidztwa mogli otrzymać zaliczkę w formie renty, której wysokość wynosiła od 1. do 4. lat rentowych
Renty rodzinne	1964	Wypłacane były w formie ryczałtu w wysokości 1000 dni od poprzedniego średniego dochodu zmarłego pracownika
	1971	Wprowadzono świadczenie rentowe, które było proporcjonalne do liczby osób pozostających na utrzymaniu zmarłego żywiciela (do 4. osób, które przeżyły). Można było wybrać rentę lub formę ryczałtowaną (później zmieniono tylko na rentę)
	1986	Wprowadzono wypłatę różnicy pomiędzy ryczałtem i rentą w przypadku śmierci emeryta/rencisty
	1989	Wysokość ryczałtu została podniesiona do 1300 dni od poprzedniego średniego dochodu zmarłego pracownika

Biorąc pod uwagę stronę finansową, koreański system EII zamiast jednolitego wprowadził zróżnicowany system składek. Składki na ubezpieczenia w obrębie systemu są płacone wyłącznie przez pracodawców. W 1969 r. wprowadzono system oceny doświadczenia jako system Bonus-Malus ze stopniem przystosowania w zakresie od -30% do +30%, który zwiększono następnie do 40% w 1986 r. i 50% w 1997 r. Również, przedstawiony na rysunku 5, status finansowy był stabilny, ponieważ czerwona linia utrzymała się pod 100%, co oznacza, że każdego roku wydatki utrzymywały się stale poniżej zebranych składek.

Rysunek 5. Stosunek wydatków do zebranych składek na przestrzeni lat w koreańskim systemie EII



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie statystyk Ministerstwa Pracy i Zatrudnienia w Korei Południowej)

Biorąc pod uwagę kwestię działań prewencyjnych, obecna polityka bezpieczeństwa i higieny pracy jest realizowana na podstawie ustawy o bezpieczeństwie pracy i ochronie zdrowia z grudnia 1981 r. oraz jej dekretu i subdekrety z 1983 r. Przed wejściem w życie i wdrożeniem ustawy BHP, dekretu i subdekrety, koreański system wypadków przy pracy koncentrował się na odszkodowaniach po wypadku przy pracy lub w przypadku wystąpienia choroby zawodowej, itp. Jednak po wprowadzeniu ustawy BHP zaplanowano i wdrożono aktywne działania prewencyjne. W latach 60. i 70. politykę BHP wdrożyła głównie inspekcja pracy, mimo środków zachęty ekonomicznej, takich jak system oceniania doświadczenia, który wprowadzono w 1969 r. Stąd, począwszy od lat 80., możliwe były inne aktywne polityki w zakresie BHP dla utrzymania i poprawy warunków bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy poprzez skuteczną realizację takich projektów, jak badania i rozwój, promowanie technologii zapobiegania wypadkom przy pracy, udzielanie pomocy technicznej i szkoleń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, kontrola niebezpiecznych obiektów i urządzeń, itp. Od 1987 r. stało się to możliwe dzięki przeznaczeniu pewnej części funduszu EII na politykę BHP i ustanowieniu Koreańskiej Agencji Bezpieczeństwa Zawodowego (*Korea Occupational and Safety Agency; KOSHA*) w 1987 r. i w styczniu 1989 r. Biura Bezpieczeństwa Pracy (*Occupational Safety Bureau*) w Ministerstwie Zatrudnienia i Pracy. Chronologiczny wykaz powiązanych wydarzeń do 2004 r. przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Historia źródeł działań prewencyjnych z funduszu EII w Korei Południowej

Rok	Zmiany regulacji dotyczących przeznaczania części funduszu EII na działania prewencyjne
1964	Uchwalenie specjalnej ustawy o rachunkowości z dnia 6 grudnia 1963 r.
1980	Pierwsza rewizja specjalnej ustawy o rachunkowości z dnia 28 grudnia 1979 r. - utrzymanie więcej niż 3% budżetu przygotowawczego w celu szybkiej reakcji w sytuacji wystąpienia wypadków zbiorowych
1982	Druga rewizja specjalnej ustawy o rachunkowości z dnia 17 grudnia 1981 r. - przekształcenie rachunku rezerwowego w system kapitałowy - realizacja aktywnego programu działań prewencyjnych
1987	Utworzenie KOSHA w 1987 r. Trzecia rewizja specjalnej ustawy o rachunkowości z dnia 28 listopada 1987 r. - przeniesienie części rachunku do budżetu operacyjnego KOSHA, co oznacza uzyskanie budżetu na działania profilaktyczne dla KOSHA
1989	Przeniesienie 2,1 ~ 2,9% rocznych wydatków EII do budżetu prewencyjnego KOSHA w latach od 1988 do 1990 r. Utworzenie Biura Bezpieczeństwa Pracy w obrębie Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w styczniu 1989 r.

1990	Pierwsza rewizja prawa BHP 13 stycznia 1990 r. - zastrzeżenie zasobów finansowych dla BHP poprzez ustanowienie funduszu prewencyjnego (artykuł 53) i przeniesienie więcej niż 5% z budżetu wydatków na podstawie specjalnego prawa rachunkowości EII
1991	Od 1991 do 2003 r. przeniesienie 4,5 ~ 11,9% budżetu na wydatki z funduszu EII rocznie do funduszu BHP
1992	Ustanowienie w ramach KOSHA Badawczego Instytutu Zdrowia Zawodowego (<i>Occupational Health Research Institute</i>) oraz Badawczego Instytutu Bezpieczeństwa Zawodowego (<i>Occupational Safety Research Institute</i>), przygotowujących podstawowe ramy dla planowania i realizacji polityki BHP w latach 90.
1995	Druga rewizja prawa BHP 22 grudnia 1994 r. - Aby przenieść więcej niż 5% budżetu na wydatki EII do funduszu prewencyjnego dla działań określonych w artykule 81 ustawy EII i aby rząd ustalił równowagę wydatków w przeniesionym budżecie w granicach 3%
1996	Przeznaczenie więcej niż 10% na działania prewencyjne z EII w okresie od 1995 do 1997 r. dzięki specjalnemu programowi prewencyjnemu, który koncentruje się na zauważalnym zmniejszeniu wypadków przy pracy w małych i średnich przedsiębiorstwach
2002	Rewizja podstawowego prawa zarządzania funduszem, prawa BHP i prawa EII 31 grudnia 2001 r. - W celu wprowadzenia dwóch funduszy (funduszu BHP i funduszu EII) dla „odszkodowań dla pracowników oraz funduszu prewencyjnego” - W celu ustalenia planu operacyjnego dla „odszkodowań dla pracowników oraz funduszu prewencyjnego”, łącznie z planem zasobów i działaniem prewencyjnym - W celu przeniesienia więcej niż 5% budżetu na wydatki z funduszu EII na fundusz prewencyjny dla działań określonych w artykule 81 ustawy EII i aby rząd ustalił równowagę wydatków w przeniesionym budżecie w granicach 3%
2004	Rewizja ustawy EII 29 stycznia 2004 r. - Ustalenie więcej niż 8% wydatków „odszkodowań dla pracowników oraz funduszu prewencyjnego” w celu zapewnienia źródeł finansowania

Aktywny program rehabilitacji w celu powrotu do pracy (RTW) rozpoczął się w 2001 r. po wyraźnie określonym znaczeniu rehabilitacji i powrotu do pracy w znowelizowanej ustawie EII z 2000 r., poprzez ciągłe inwestycje w trzech obszarach rehabilitacyjnych, takich jak rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczna, mimo że wcześniej nie istniał żaden program rehabilitacyjny. Motywowano to faktem, że mimo ciągłych działań prewencyjnych każdego roku około 90 tysięcy pracowników ulega wypadkom przy pracy lub cierpi na chorobę zawodową i około 37 tysięcy pracowników staje się niezdolnych do pracy. Tendencja ta wpływa na stabilność finansową EII, a – z drugiej strony – poszkodowani pracownicy, którzy nie powrócili do pracy, doświadczają zmniejszenia dochodów

oraz problemów rodzinnych, takich jak rozwód. Rozwój rehabilitacji w celu powrotu do pracy został przedstawiony w tabeli 4.

Tabela 4. Rozwój rehabilitacji w Korei Południowej dla umożliwienia powrotu do pracy

2000	Rewizja systemu EII mająca na celu określenie rehabilitacji i powrotu do pracy dla pracowników, którzy doznali obrażeń w wyniku wypadku przy pracy lub z chorobami zawodowymi została przeprowadzona w grudniu 1999 r., a wdrożona w 2000 r.
2001–2005	Wdrożenie pięcioletniego planu rehabilitacji w systemie EII.
2006–2008	Wdrożenie pierwszego średniookresowego planu rozwoju rehabilitacji w systemie EII. Z technicznego punktu widzenia doszło do podziału zespołu kompensacyjnego na trzy grupy, takie jak pierwszy zespół badający przypadek osoby, która uległa wypadkowi przy pracy lub u której wystąpiła choroba zawodowa, zespół ds. wypłacania świadczeń, zespół usług medycznych i zawodowych. W tym okresie ważnym dla pacjentów elementem stało się doradztwo na miejscu.
2006	Zbadanie roli szpitali EII w umożliwianiu rehabilitacji medycznej.
2008	Rewizja EII, mająca na celu konwersję kosztów terapii i rehabilitacji zawodowej do prawnych świadczeń EII w grudniu 2007 r., wdrożona w 2008 r.
2009–2011	Wdrożenie drugiego średniookresowego planu rozwoju rehabilitacji w systemie EII.

Można zaobserwować, że świadczenia rehabilitacji zawodowej, takie jak zasiłek na szkolenie zawodowe, koszty szkoleń, dotacje RTW, koszty adaptacji do pracy, koszty rehabilitacji zostały zmienione na prawne świadczenia 1 lipca 2008 r. Oznacza to, że świadczenia te wdrożono wcześniej, w ramach dostępnego budżetu. Zależały więc one od dostępności środków budżetowych i nie zabezpieczyły zrównoważonego świadczenia usług grupom poszkodowanym. Jednak, począwszy od lipca 2008 r., problem rozwiązano. Przewidywano, że koszt szkolenia rehabilitacji zawodowej pokrywa się w formie materialnej, a zawodowy zasiłek szkoleniowy (100% minimalnego wynagrodzenia) wypłaca się w trakcie szkoleń. Dotacje na powrót do pracy przyznawane są pracodawcom do maksymalnie 12. miesięcy, a fundusze na adaptację miejsca pracy, szkolenia i rehabilitację sportową – na okres maksymalnie 3. miesięcy. Ponadto, ponieważ po rewizji rehabilitację leczniczą włączono w zakres świadczeń medycznych, koszty leczenia z nią związane, takie jak fizjoterapia, terapia psychologiczna, zajęciowa, logopedyczna, z wykorzystaniem elementów sportów wodnych itp., odzwierciedlone zostały w ocenie kosztów leczenia w EII.

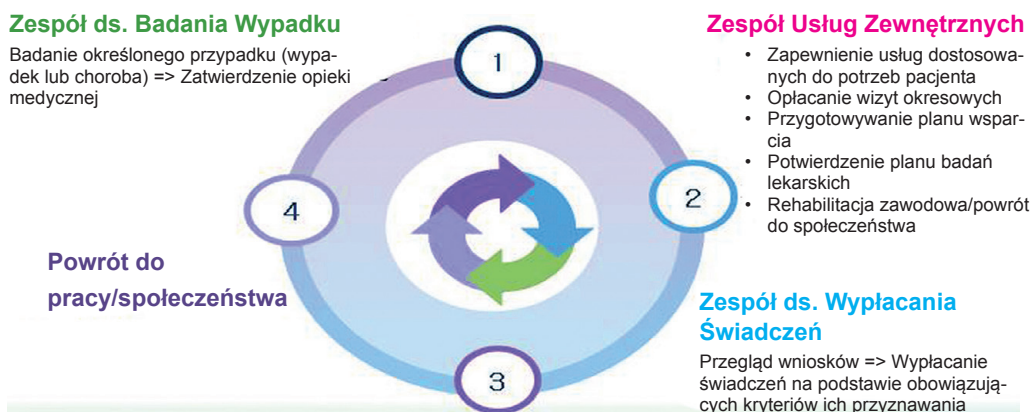
Mysłąc o RTW w Korei, należy rozważyć zarówno rehabilitację, jak i usługi socjalne, dające stabilność życia poszkodowanym pracownikom. Ubezpieczy-

ciel pracownika ds. odszkodowań (*Korea Workers' Compensation and Welfare Service*; COMWEL) w celu realizacji usług socjalnych zapewnia świadczenia, itp. poszkodowanym pracownikom niepełnosprawnym (niezdolnym do pracy). Gwarantuje również wczesną interwencję z poradnictwem w trakcie leczenia lub rehabilitacji. Usługi rehabilitacyjne i usługi opieki społecznej szczegółowo opisano poniżej.

COMWEL zapewnia różne programy rehabilitacyjne. Wśród nich jest poradnictwo psychologiczne i zindywidualizowana rehabilitacja w trakcie opieki medycznej i szkolenia zawodowego, poradnictwa i pośrednictwa pracy po zakończeniu opieki medycznej, z których wszystkie mają na celu ułatwienie poszkodowanym w wypadkach wcześniejszego powrotu do pracy. Ponadto wsparcie finansowe w wysokości do 6 milionów KRW za szkolącego zapewnione są osobom uczestniczącym w szkoleniach organizowanych przez prywatne instytucje. W ramach różnych programów wsparcia zagwarantowany jest również leasing przestrzeni sklepowej do 100 milionów KRW i bezpłatne usługi doradztwa biznesowego dla osób, które chcą rozpocząć własną działalność gospodarczą.

COMWEL zaczęła zatrudniać pracowników wyspecjalizowanych w zakresie doradztwa zawodowego od 2001 r. Oprócz tego dla lepszego dostarczania usług poprzez koordynację świadczeń i rehabilitacji w celu powrotu do pracy, w drugiej połowie 2005 r., w każdym biurze zmieniła strukturę organizacyjną działu świadczeń i realizuje usługi, takie jak przedstawiono na rysunku 6. Później zaczęła łączyć się z zespołem usług zewnętrznych i zespołem ds. wypłacania świadczeń w zespół medyczny i rehabilitacyjny oraz powoływać menedżerów powrotu do pracy i koordynatorów pracy poprzez edukację swoich pracowników i dzięki zastosowaniu odpowiednich kontraktów szkoleniowych z uczelniami wyższymi dla zapewnienia indywidualnie dostosowanych usług rehabilitacyjnych.

Rysunek 6. Reforma organizacyjna w wyodrębnionym wydziale świadczeń EII w 2005 r. w Korei Południowej



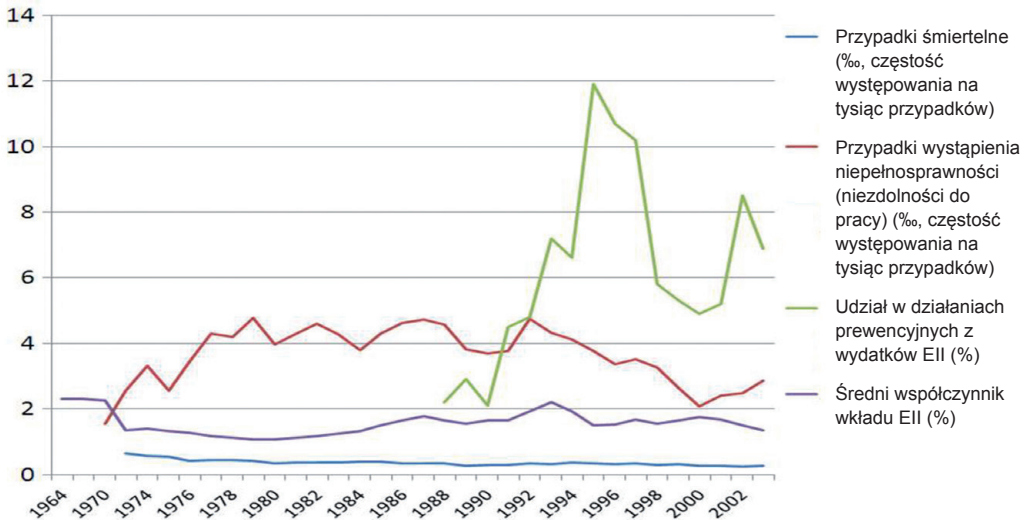
COMWEL oferuje również szeroki zakres programów dla poszkodowanych pracowników i ich dzieci, w tym stypendia i pożyczki na naukę w szkołach wyższych, a także program *Youth Camp* dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z rodzin, takich jak zmarłych pracowników, pracowników niepełnosprawnych (stopnie 1–7, ciężki i średni-wyższy stopień niepełnosprawności) i beneficjentów świadczeń z tytułu odniesionego obrażenia/choroby, aby pomóc im w poprawie wyników w nauce i osiągnięciu pełnej dojrzałości.

Oparty na dowodach związek pomiędzy stabilnością finansową EII a działaniami prewencyjnymi

Jak przedstawiono w tabeli 3, ciągła alokacja pewnej części funduszu EII miała miejsce w 1988 r. po trzeciej rewizji specjalnej ustawy o rachunkowości EII z 28 listopada 1987 r. i ustanowieniu, w tym samym roku, KOSHA. Tak więc aktywny program działań prewencyjnych rozpoczął się w 1988 r. W tym kontekście dobrze jest przeanalizować zmiany w częstości występowania wypadków śmiertelnych, przypadków niepełnosprawności (niezdolności do pracy), finansowania działań prewencyjnych z funduszu EII i średniego współczynnika odszkodowania, zwłaszcza od 1988 r. Zmiany czterech wskaźników do 2004 r. przedstawiono na rysunku 6.

Jak podano w tabeli 3, KOSHA powstała w 1987 r., a trzecią rewizję specjalnego prawa rachunkowości EII przeprowadzono 28 listopada 1987 r., aby przenieść część środków do budżetu operacyjnego KOSHA na działania prewencyjne. W rezultacie od 1988 do 1990 r., do budżetu prewencyjnego KOSHA przesunięto 2,1 ~ 2,9% rocznych wydatków EII, co przedstawiono pokazano na rysunku 7. Później, 13 stycznia 1990 r., przeprowadzono pierwszą rewizję ustawy BHP w celu określenia źródeł finansowania BHP poprzez ustanowienie funduszu prewencyjnego (artykuł 53) i przeniesienie więcej niż 5% budżetu na wydatki na podstawie specjalnego prawa o rachunkowości EII. Od 1991 do 2003 r., 4,5 ~ 11,9% z budżetu na wydatki funduszu EII przekazano rocznie do funduszu BHP, jak przedstawiono na rysunku 7. Ponadto, w okresie od 1995 do 1997 r. na działania prewencyjne przeznaczono ponad 10% z wydatków EII dzięki specjalnemu programowi, który koncentrował się na zauważalnym zmniejszeniu liczby wypadków przy pracy w małych i średnich przedsiębiorstwach.

Rysunek 7. Związki pomiędzy częstością występowania wypadków przy pracy, wysokością świadczeń EII i wydatkami na działania prewencyjne z EII na przestrzeni lat w Korei Południowej

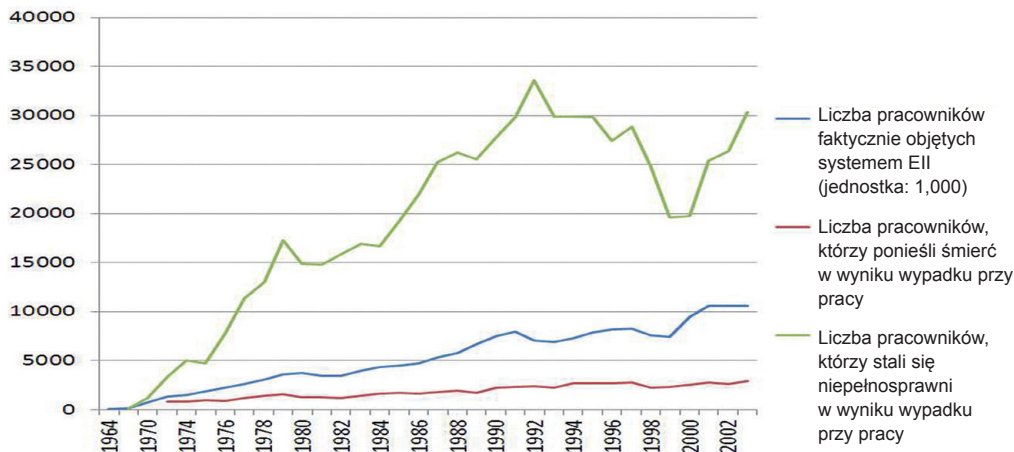


(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Z powyższego wykresu wynika, że począwszy od 1992 r., cztery lata po zainwestowaniu w działania prewencyjne funduszu systemu EII, częstość wystąpienia niepełnosprawności wciąż wyraźnie spada, podczas gdy liczba wypadków śmiertelnych stosunkowo nie maleje, a średnia wysokość składki ubezpieczeniowej pozostaje bez zmian.

Jak przedstawiono na rysunku 8, w porównaniu do gwałtownego wzrostu liczby rzeczywistych pracowników objętych systemem EII, liczba pracowników, którzy odnieśli obrażenia w miejscu pracy lub ponieśli śmierć, stale wzrasta. Na rysunku 7 przedstawiono, że spadek liczby pracowników objętych programem nastąpił ze względu na spowolnienie gospodarki koreańskiej w całym okresie trwania kryzysu finansowego w 1998 r.

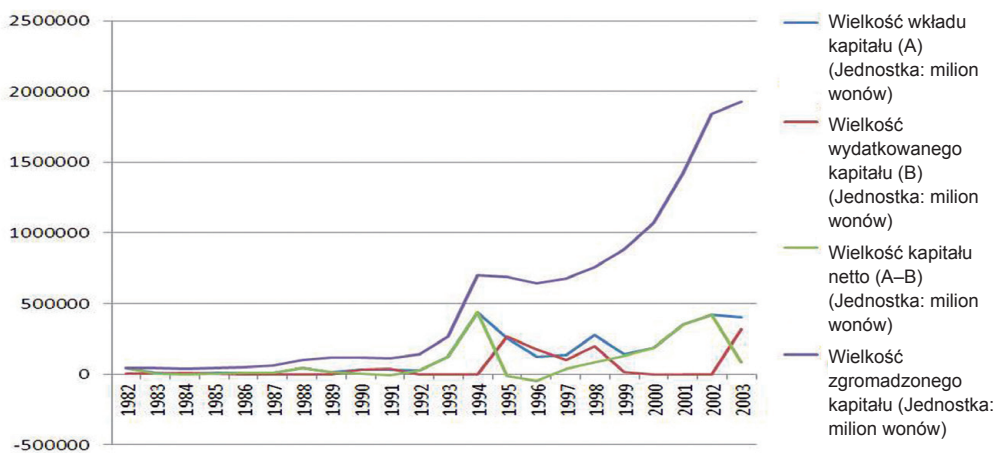
Rysunek 8. Liczba pracowników objętych systemem EII, którzy ulegli wypadkowi w miejscu pracy lub zmarli w jego wyniku, na przestrzeni lat w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Ponadto rysunek 9 przedstawia gwałtowny wzrost kapitału w kilka lat po uruchomieniu aktywnej polityki prewencyjnej, co wynika ze zwiększenia kapitału netto, tj. różnicy między wkładem a wydatkowaniem.

Rysunek 9. Zmiany kapitału w funduszu EII na przestrzeni lat w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Rezerwa w funduszu EII odgrywa pozytywną rolę w stabilności finansowej w taki sposób, że zapobiega niewypłacalności funduszu na wypłatę świadczeń dla beneficjentów zwłaszcza w sytuacji spowolnienia gospodarczego, kontroluje wysokość składki ubezpieczeniowej przez jej utrzymywanie w pewnym zakresie, który złagodzi obciążenia finansowe pracodawców na składki ubezpieczeniowe do funduszu EII. Stabilność finansowa została zobrazowana także na rysunku 5.

Podsumowując, inwestowanie w działania prewencyjne z funduszu EII umożliwiło wdrożenie aktywnych programów prewencyjnych, a następujące w ich wyniku działania przyczyniły się do stabilności finansowej funduszu EII poprzez zmniejszenie częstości występowania wypadków i utrzymywanie funduszu EII w zakresie określonych wartości, itd.

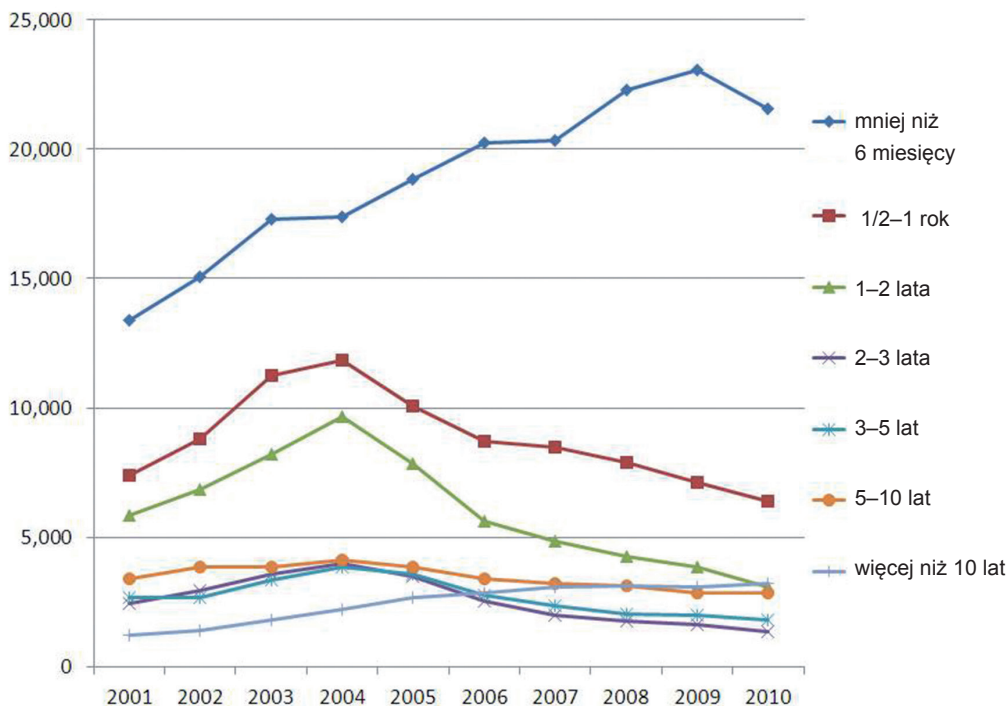
Oparty na dowodach związek pomiędzy stabilnością finansową EII a programem powrotu do pracy

Jak już wcześniej wspomniano, w Korei Południowej aktywna polityka na rzecz powrotu do pracy rozpoczęła się w 2001 r. Teoretycznie program ten realizowany jest na drodze interwencji w początkowej fazie leczenia poszkodowanych pracowników, co oznacza, że daną usługę świadczy się już od początku tuż po intensywnym leczeniu, jakim jest zabieg operacyjny i intensywna opieka medyczna. Rehabilitacja lecznicza zmniejsza stopień niezdolności do

pracy i skraca okres leczenia. Poradnictwo i rehabilitacja podnoszą motywację pracowników poszkodowanych do powrotu do tej samej lub innej pracy, na tym samym lub innym stanowisku pracy, co przyczynia się do wzrostu stopnia powrotu do obowiązków zawodowych. Wszystkie te wysiłki doprowadziły do stabilności finansowej EII poprzez zmniejszenie wypłacania świadczeń pieniężnych z tytułu okresowej i trwałej niezdolności do pracy oraz świadczeń rzeczowych na leczenie medyczne. W związku z tym dobrze byłoby zbadać średni okres leczenia, średnią liczbę dni zasiłku chorobowego, jego tempo, stopień subiektywnej satysfakcji beneficjentów EII, równowagę finansową między dochodami i wydatkami w EII, itp.

Jak przedstawiono na rysunku 10, począwszy od 2004 r. liczba pacjentów leczonych przez okres od ½ roku do 10. lat zmniejszyła się. Pewien odsetek pacjentów leczonych przez mniej niż sześć miesięcy nadal się zwiększał, a spadł w 2010 r. Uważa się to za naturalny proces, ponieważ każdego roku przybywa pracowników, którzy odnoszą obrażenia w miejscu pracy. Część pacjentów leczonych dłużej niż przez 10 lat, to tacy, którzy wymagają ciągłej intensywnej opieki medycznej, ale wskaźnik wzrostu liczebności tej grupy jest bardzo niski. Zatem ogólny spadek liczby innych pacjentów leczonych przez okres od ½ roku do 10. lat od 2004 r. zmniejsza się, co począwszy od 2001 r. można interpretować jako osiągnięcie programu powrotu do pracy.

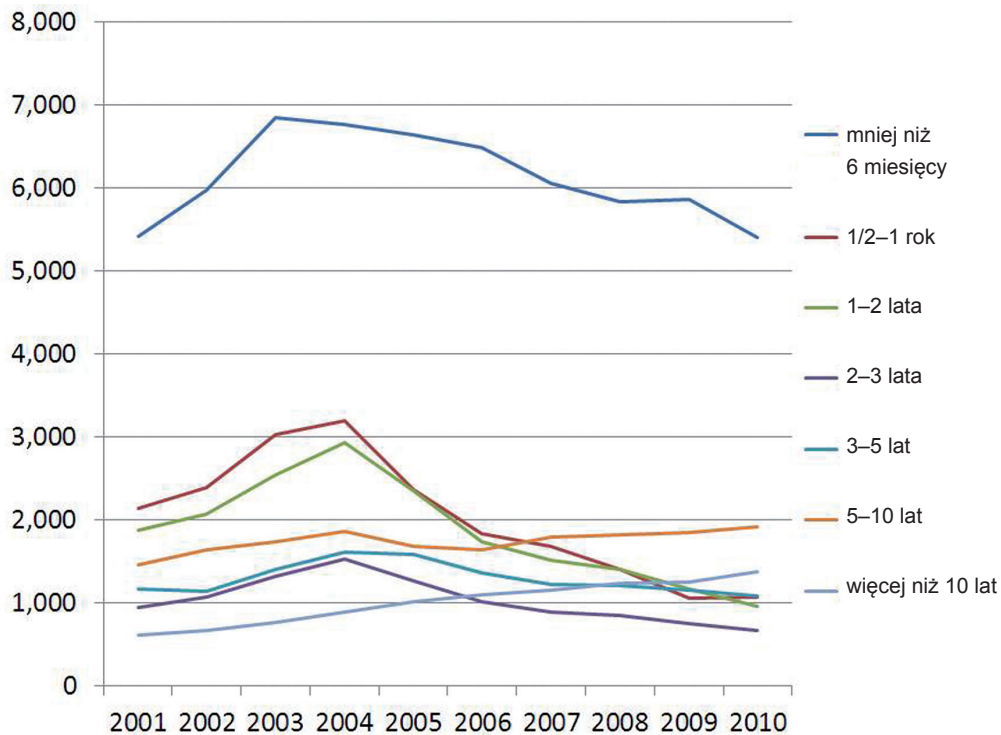
Rysunek 10. Łączna liczba pacjentów na przestrzeni lat i czas leczenia w EII w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

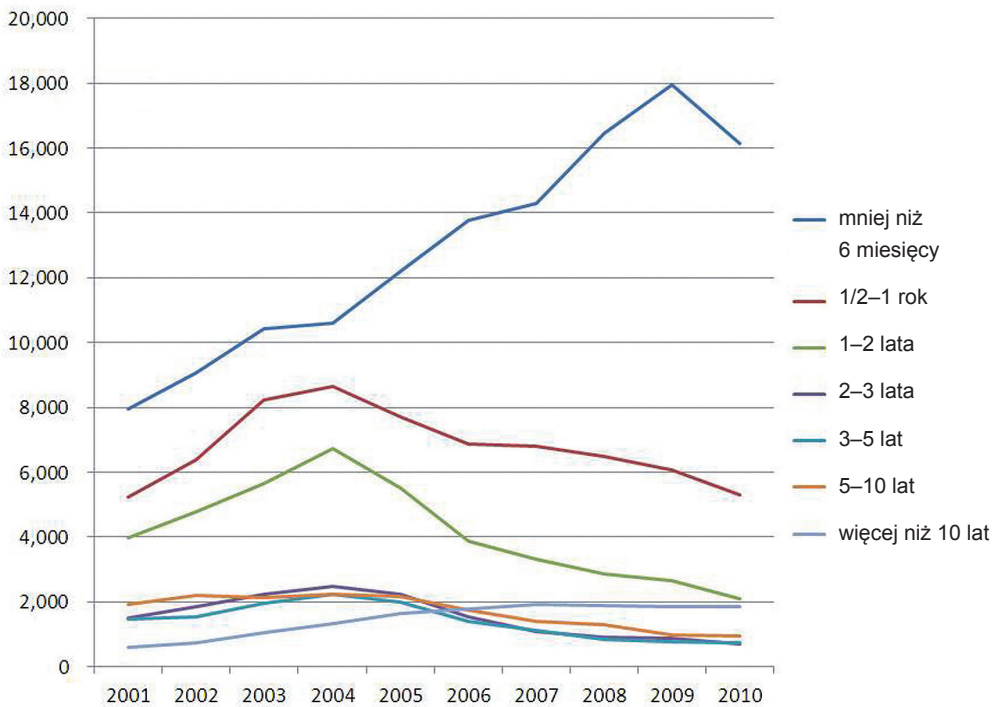
Ponadto, od 2003 r., jak przedstawiono na rysunkach 11 i 12, liczba pacjentów leczonych przez mniej niż sześć miesięcy nadal obniżała się w odniesieniu do grupy osób hospitalizowanych, a wzrastała liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Oznacza to, że program powrotu do pracy może motywować poszkodowanych pracowników do zastanowienia się nad powrotem do pracy poprzez skrócenie okresu leczenia szpitalnego, a korzystania z terapii w trybie ambulatoryjnym i poszukiwanie pracy. Ponadto może też zmniejszyć zakres świadczeń medycznych, ponieważ opieka nad pacjentami hospitalizowanymi wymaga większych nakładów finansowych.

Rysunek 11. Liczba pacjentów hospitalizowanych na przestrzeni lat i czas leczenia w EII w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

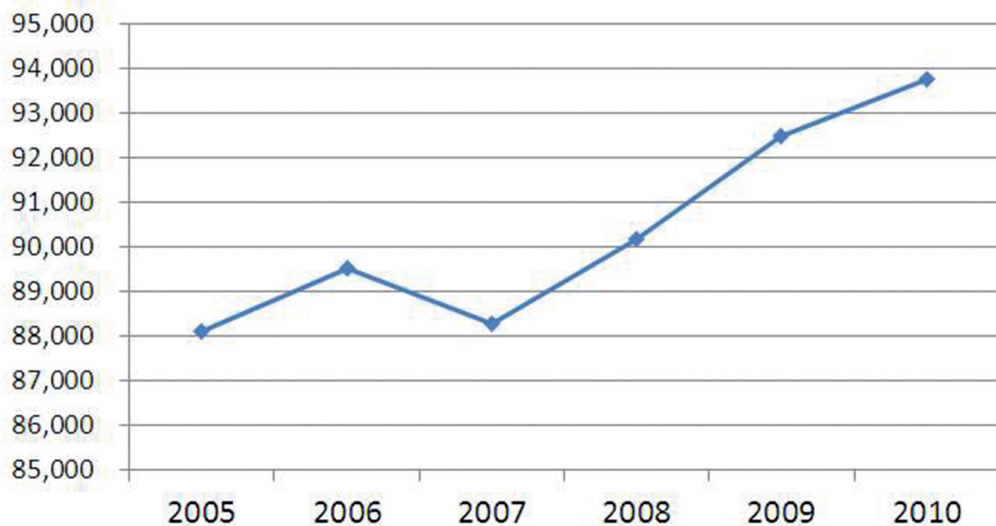
Rysunek 12. Liczba pacjentów ambulatoryjnych na przestrzeni lat i czas leczenia w EII w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

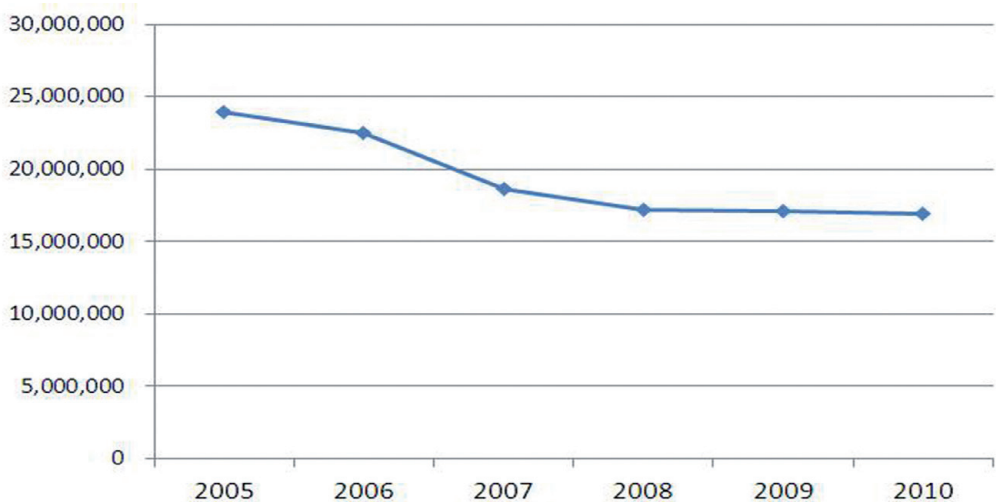
Jak przedstawiono na wykresie 13-15, od 2005 do 2010 r., z wyjątkiem 2007 r., liczba pacjentów kończących leczenie nadal wzrastała, a całkowita liczba dni prowadzonego leczenia w latach 2005-2010 – obniżała się. Średnia liczba dni do powrotu do pracy w tych latach nadal się zmniejszała.

Rysunek 13. Liczba pacjentów kończących leczenie w ramach EII w Korei Południowej



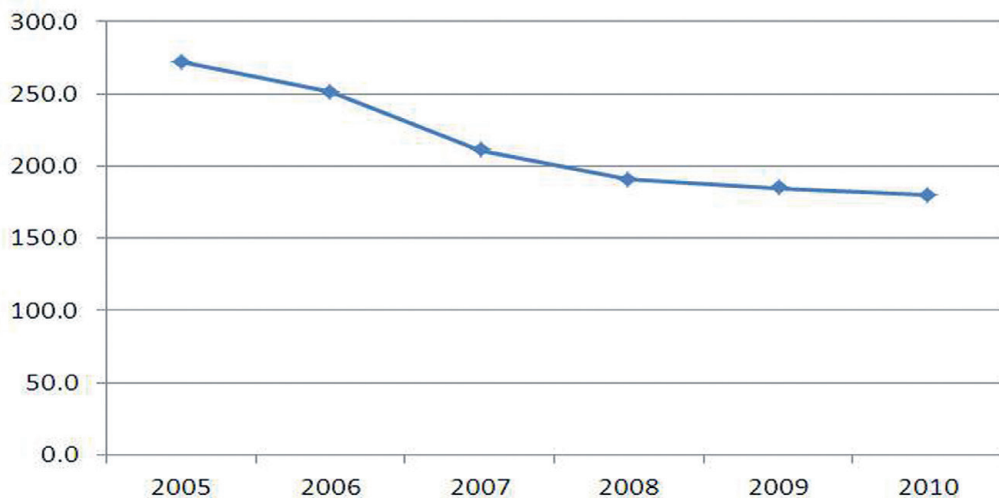
(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Rysunek 14. Łączna liczba dni leczenia medycznego



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

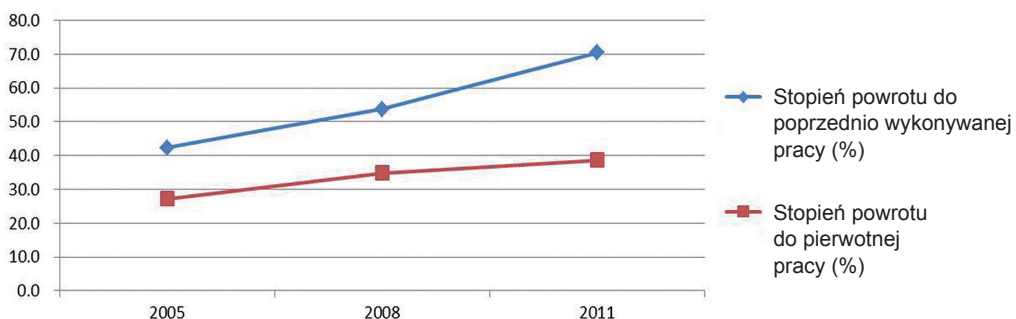
Rysunek 15. Średnia liczba dni do powrotu do pracy na przestrzeni lat w ramach EII w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Jeśli spojrzymy na tempo powrotu do pracy i powrotu do pierwotnego miejsca pracy na rysunku 16, w latach 2005, 2008, 2011, w każdym ostatnim roku z trzyletniego okresu planu rozwoju, jak w tabeli 4, możemy zobaczyć, że przyczyniły się one do ułatwienia powrotu do pracy pracownikom, którzy ulegli wypadkowi.

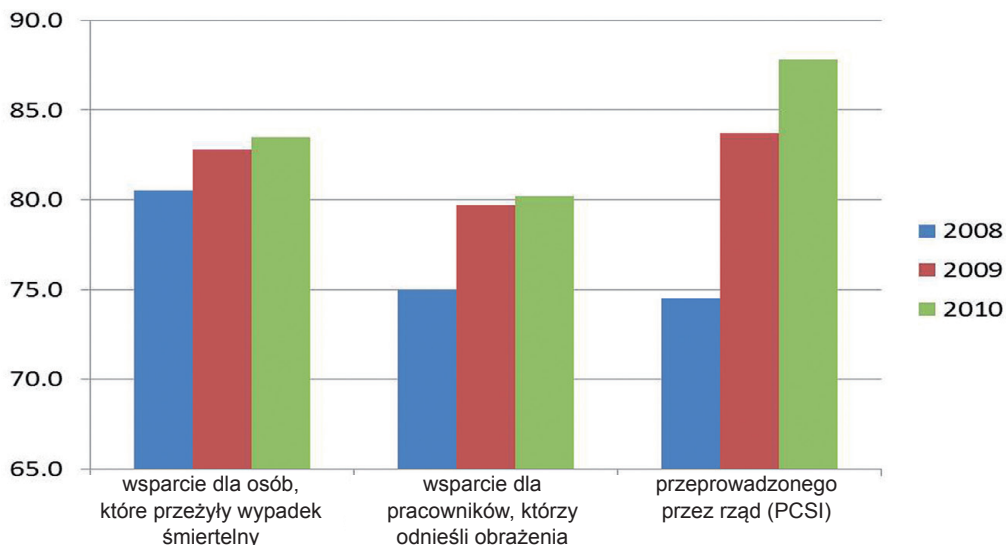
Rysunek 16. Częstość powrotu do pracy i powrotu do poprzednio wykonywanej pracy w ramach EII w Korei Południowej



(Dane przedstawiono na wykresie liniowym na podstawie danych Ministerstwa Zatrudnienia i Pracy w Korei Południowej)

Z punktu widzenia beneficjentów EII, byłoby lepiej zbadać stopień ich satysfakcji z odpowiednich świadczeń. Jak pokazano na rysunku 17, poziom zadowolenia z powrotu do pracy gwałtownie wzrósł w porównaniu z pozostałymi dwoma wskaźnikami.

Rysunek 17. Wynik badania poziomu satysfakcji beneficjentów EII w Korei Południowej



Dzięki działaniom prewencyjnym i programom powrotu do pracy, system EII nadal utrzymuje stabilność finansową, jak przedstawiono na wykresach 5 i 9, na których zobrazowano związek między EII i BHP.

Dodatkowo wzrastały nakłady na świadczenia rehabilitacji zawodowej: 1 976 595 540 KW w 2009 r., 4 474 206 820 KW w 2010 r. i 14 926 091 210 w 2011 r.

Podsumowując, począwszy od 2001 r., program powrotu do pracy wraz z aktywnymi działaniami prewencyjnymi, przyczynił się do stabilności finansowej koreańskiego systemu EII poprzez ograniczenie długości okresu leczenia, średniej liczby dni powrotu do pracy, itd.

Pozytywne zmiany w systemie ubezpieczenia wypadków przy pracy w Wietnamie

Przegląd świadczeń socjalnych w Wietnamie

Od 1947 r. rząd Wietnamu zapewnia ubezpieczenie społeczne urzędnikom i pracownikom wojska. Pierwsze tymczasowe przepisy dotyczące ubezpieczenia społecznego zostały ogłoszone i wdrożone w 1962 r. W 1995 r. ubezpieczenie społeczne rozszerzono na pracowników, którzy są zatrudnieni w prywatnych przedsiębiorstwach, zatrudniających co najmniej 10. pracowników. W 2003 r. ubezpieczeniem społecznym objęto wszystkich pracowników, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na okres co najmniej 3. miesiące we wszystkich organizacjach, agencjach i przedsiębiorstwach. W 2006 r. Zgromadzenie Narodowe Wietnamu przyjęło ustawę o ubezpieczeniu społecznym, zapewniając regulacje prawne dla obowiązkowego ubezpieczenia społecznego (ustawa ta weszła w życie w 2007 r.) oraz dobrowolnego ubezpieczenia społecznego (2008 r.). System ubezpieczeń społecznych w Wietnamie działa na zasadzie Pay-As-You-Go. Składki ubezpieczeniowe pobiera Wietnamskie Ubezpieczenie Społeczne (*Vietnam Social Security*; VSS), które wypłaca też świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Tabela 5. Świadczenia ubezpieczenia społecznego w Wietnamie

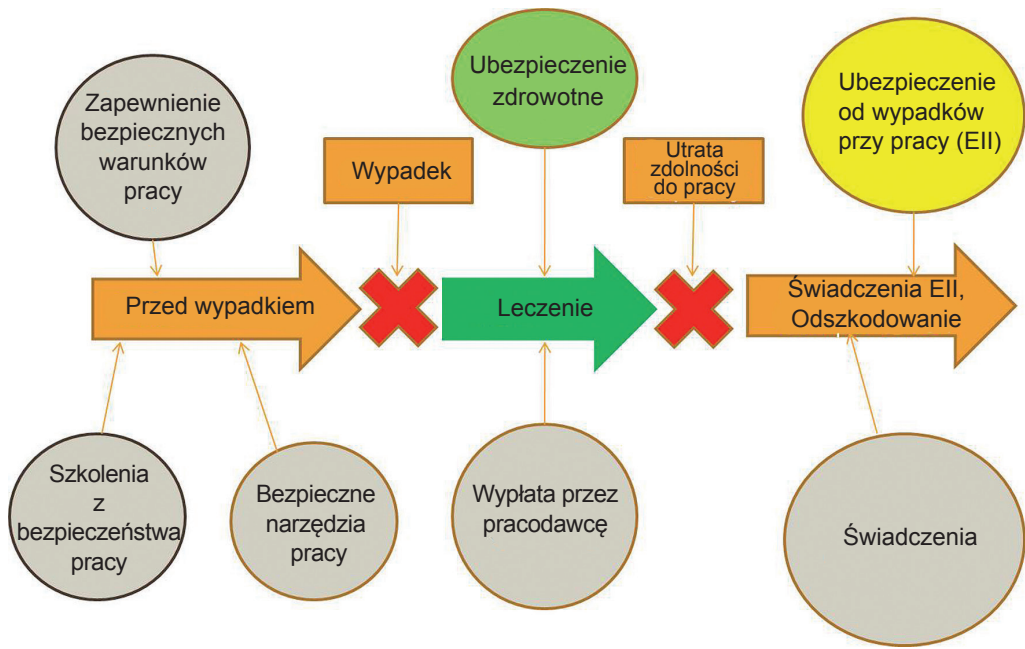
Lp.	Rodzaje	Systemy w Wietnamie	Obowiązujące prawo	Admini- strator stanowy	Instytucja wdraża- jąca
1.	Zasiłek chorobowy	Ubezpieczenie społeczne	Prawo ubezpieczeń społecznych, 2006 r.		VSS
2.	Zasiłek macierzyński	Ubezpieczenie społeczne			
3.	Renta z tytułu następstw wypadku przy pracy	Ubezpieczenie społeczne			
4.	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Ubezpieczenie społeczne; inwalidzi wojenni	Prawo ubezpieczeń społecznych, 2006 r.; Dekret – o inwalidach wojennych, 2005 r.	MOLISA	MOLISA VSS
5.	Emerytura	Ubezpieczenie społeczne; Pomoc społeczna (emerytura socjalna dla osób 80+)	Prawo ubezpieczeń społecznych, 2006 r.; Prawo dla osób starszych, 2010 r.		MOLISA VSS

Lp.	Rodzaje	Systemy w Wietnamie	Obowiązujące prawo	Administrator stanowy	Institucja wdrażająca
6.	Renta rodzinna	Ubezpieczenie społeczne	Prawo ubezpieczeń społecznych, 2006 r.; Dekret – o inwalidach wojennych, 2005 r.		MOLISA VSS
7.	Zasiłek rodzinny	Inwalidzi wojenni	Dekret – o inwalidach wojennych, 2005 r.	MOLISA	MOLISA
8.	Zasiłek dla bezrobotnych	Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia	Prawo o Zatrudnieniu, 2013 r.		MOLISA VSS
9.	Opieka zdrowotna	Ubezpieczenie zdrowotne	Ubezpieczenie zdrowotne, 2014 r.	MoH	VSS

Analiza i wyzwania dla systemu wypadków przy pracy w Wietnamie

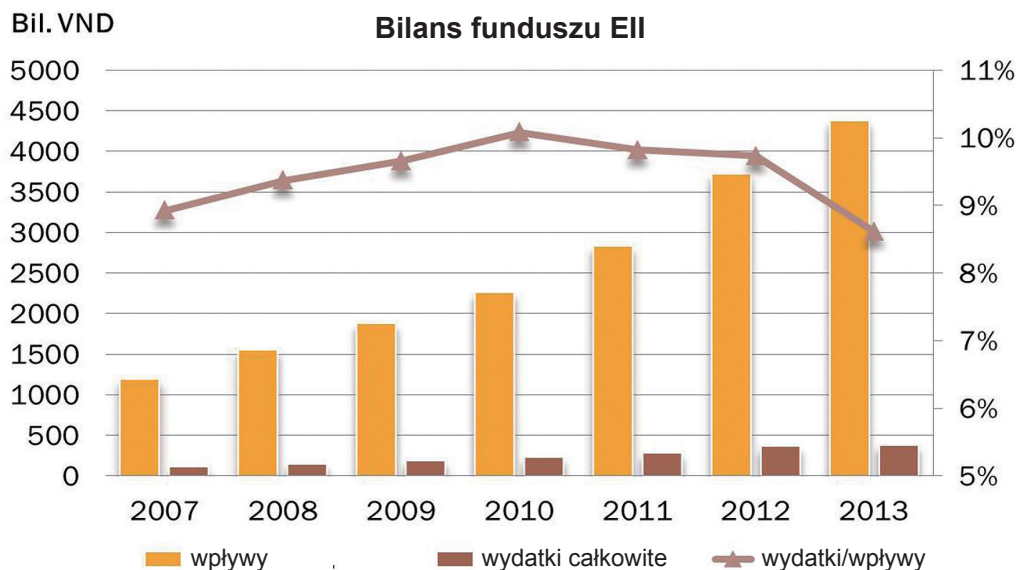
Jak przedstawiono na wykresie 18, system wypadków przy pracy w Wietnamie obejmuje działania prewencyjne, leczenie i świadczenia. Leczenie zapewniane jest przez system ubezpieczeń zdrowotnych, a zasiłki chorobowe przez pracodawców. Świadczenia pieniężne, takie jak świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy i śmierci, wypłacane są z ubezpieczenia wypadkowego, a te nieobjęte ubezpieczeniem, pokrywa pracodawca. Dodatkowo wysokość składki wynosi 1% od płac.

Rysunek 18. Aktualny system ubezpieczenia wypadków przy pracy w Wietnamie



Ponadto bilans EII, tj. znacząca różnica pomiędzy całkowitymi wpływami i wydatkami na świadczenia, został przedstawiony na rysunku 19.

Rysunek 19. Bilans funduszu EII w Wietnamie



Możemy więc wywnioskować, że wyzwaniem stanowi niepodlegająca zmianom wysokość składki ubezpieczeniowej, brak równowagi między wpływami i wydatkami, dwie różne polityki dotyczące ubezpieczeń od wypadków przy pracy w obrębie jednego ministerstwa, słaby system statystyki wypadków, dość prosty system ubezpieczeń wypadków przy pracy i brak różnic między poszczególnymi branżami.

Nowy system i rozwiązania

Aktualnie Fundusz Wypadków przy Pracy i Chorób Zawodowych w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w Wietnamie wypłaca odszkodowania po zakończeniu leczenia tylko tym pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy i których zdolność do pracy się zmniejszyła. Oznacza to, że wypłaca on wyłącznie świadczenia z tytułu następstw wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Istotne znaczenie zarówno ekonomiczne, jak i społeczne ma nie tylko postępowanie związane z następstwami wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ale także aktywne wdrażanie działań prewencyjnych. Fundusz Ubezpieczeń Wypadków przy Pracy i Chorób Zawodowych realizuje działania profilaktyczne i związane z różnicowaniem ryzyka. Tak więc, oprócz wdrożenia wspólnego ubezpieczenia, przeznaczają część wpływów na wdrożenie szeregu środków mających na celu profilaktykę i różnicowanie ryzyka związanego z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi.

Fundusz Ubezpieczeniowy Wypadków przy Pracy i Chorób Zawodowych

W porównaniu do przepisów dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych prawa ubezpieczeniowego, projekt Ustawy o bezpieczeństwie zawodowym dodaje następujące regulacje:

- Rozszerzenie zakresu: pracownicy, którzy nie pozostają w stosunku pracy, mogą dobrowolnie uczestniczyć w funduszu ubezpieczeń od wypadków przy pracy i chorób zawodowych (artykuł 8 i 61),
- Wspieranie działań prewencyjnych i podziału ryzyka (artykuł 60),
- Wspieranie przekwalifikowania zawodowego pracowników, którzy ulegli wypadkowi, po ich powrocie do pracy (artykuł 54).

Polityka wspierania prewencji i różnicowania ryzyka

Każdego roku fundusz wypadków przy pracy i chorób zawodowych zapewnia na wsparcie prewencji i działania podziału ryzyka wypadków przy pracy i chorób zawodowych maksymalnie 10% wpływów.

Działania prewencyjne oraz podział ryzyka wypadków przy pracy i chorób zawodowych

1. Rozpoznanie choroby zawodowej,
2. Rehabilitacja,
3. Szkolenia i poradnictwo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
4. Rekompensata przez pracodawców części kosztów poniesionych przez pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy, zgodnie z przepisami zawartymi w artykule 36 tej Ustawy. Rząd wprowadza szczegółowe regulacje dotyczące realizacji tego artykułu w odniesieniu do każdego etapu w oparciu o analizę warunków społeczno-gospodarczych.

Wsparcie dla zmiany ścieżki kariery

(Dla pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy i chorobie zawodowej po powrocie do pracy)

1. Pracownikom, którzy ulegli wypadkowi przy pracy lub u których rozpoznano chorobę zawodową, pracodawcy zapewniają nowe zatrudnienie zgodnie z przepisami pkt 7 artykułu 36 tej Ustawy. Jeżeli pracownicy wymagają ponownego przeszkolenia, otrzymują odpowiednie wsparcie.
2. Poziom wsparcia szkoleniowego nie przekracza 50% wartości szkolenia i 15. miesięcy wynagrodzenia zasadniczego. Każdy pracownik może otrzymać taką pomoc maksymalnie dwukrotnie.

Pierwsze tego typu prawo zostało uchwalone 25 czerwca przez Zgromadzenie Narodowe większością głosów (89%) i obowiązuje od 1 lipca 2016 r. Dodatkowo, dzięki rewizji prawa ubezpieczeń społecznych w 2014 r., od 2016 r. ubezpieczenie społeczne zostało rozszerzone na pracowników, którzy pracują na podstawie umowy o pracę przez okres minimum jednego miesiąca.

Skuteczne działanie RTW w Malezji

Organizacja zabezpieczenia społecznego SOCSO w Malezji wdraża system ubezpieczeń wypadków przy pracy oraz zapewnia zaplecze dla rehabilitacji zawodowej i leczniczej w postaci odpowiednich świadczeń. Dodatkowo oferuje również świadczenia, takie jak fizjoterapia, terapia zajęciowa, chirurgia rekonstrukcyjna, protezy kończyn w przypadku trwałego inwalidztwa. Wszystkie koszty pokrywane są przez SOCSO, na przykład wózki inwalidzkie, łóżko, koncentrator tlenu, itp.

Program powrotu do pracy realizowany przez SOCSO wprowadzono 15 stycznia 2007 r. dla osób ubezpieczonych, które uległy wypadkowi przy pracy. Program powrotu do pracy obejmuje aktywne podejście do osób z obrażeniami lub chorobami zawodowymi w celu udzielania im pomocy w podjęciu bezpiecznych i wydajnych działań związanych z pracą w oparciu o podejście biopsychospołeczne i interdyscyplinarne zarządzanie przypadkiem tak szybko, jak to jest możliwe z punktu widzenia medycznego lub gdy stwierdzona jest maksymalna poprawa stanu funkcjonalnego, kładąc główny nacisk na minimalizację następstw urazów lub stopnia niepełnosprawności.

Celami programu RTW SOCSO są: pomoc ubezpieczonym, którzy ulegli wypadkom przy pracy lub z chorobami zawodowymi w powrocie do pracy w bezpieczny i szybki sposób, a także społeczna odpowiedzialność SOCSO wobec pracodawców i pracowników, tworzenie pozytywnego środowiska pracy poprzez komunikację i wsparcie dla pracowników niepełnosprawnych, redukcja i minimalizowanie ryzyka powtarzających się wypadków w miejscach pracy, zmniejszenie czasu trwania niezdolności do pracy i kosztów z tym związanych, zwiększenie wydajności pracowników niepełnosprawnych, określenie zakresu pracy, który jest odpowiedni pod względem wydolności pracownika, utrzymanie wysoko wykwalifikowanych i doświadczonych pracowników, zmniejszenie czasu trwania niepełnosprawności pracowników, którzy ulegli wypadkom przy pracy lub z chorobami zawodowymi, ocena potrzeb rehabilitacyjnych, rozwijanie i koordynowanie indywidualnie dostosowanych programów rehabilitacyjnych, maksymalizacja udziału i szans na rynku pracy osób ubezpieczonych.

Oczekuje się, że cele te mają być realizowane za pośrednictwem konkretnych metod, takich jak zarządzanie niepełnosprawnością, rehabilitacja, wsparcie i pośrednictwo pracy, szkolenia zawodowe.

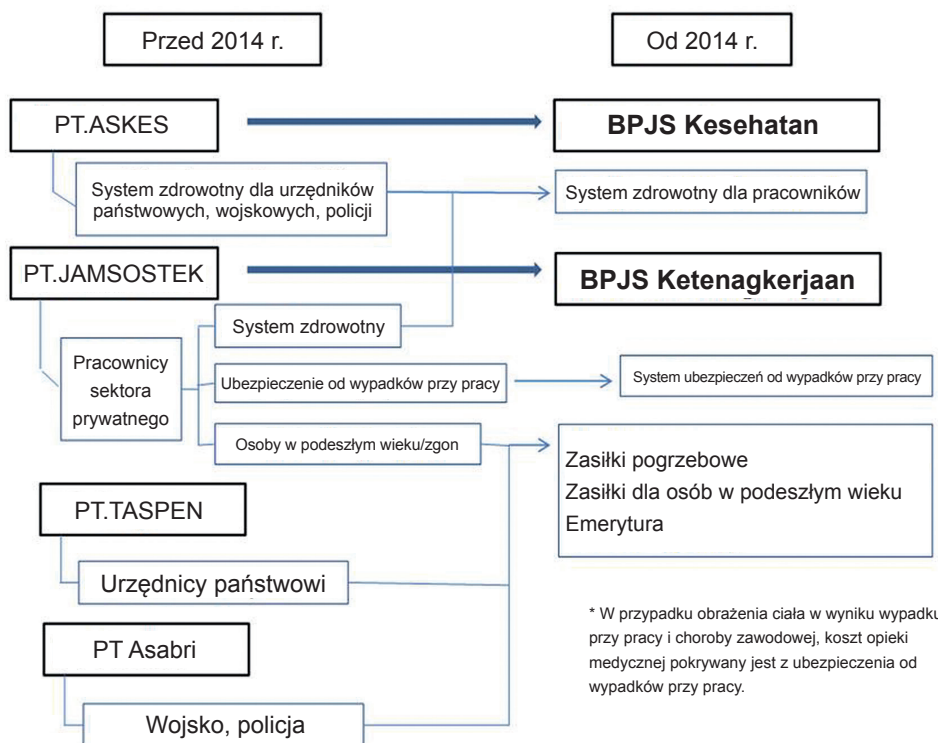
Całkowite wydatki na rehabilitację w ramach programu powrotu do pracy w SOCSO są następujące: 230 560,56 RM w 2007 r., 267 377,00 RM w 2008 r., 747 486,00 RM w 2009 r. oraz 1 231 846,00 RM w 2010 r.

Wprowadzenie RTW w Indonezji

Reforma systemu zabezpieczenia społecznego w 2014 r.

Indonezja wprowadziła kompleksową reformę programów zabezpieczenia społecznego dla lepszej ochrony pracowników z różnych grup zagrożenia społeczno-ekonomicznego, takich jak wypadki przy pracy, starość, śmierć, itp. Wdrożyła w dwie organizacje zabezpieczenia społecznego (BPJS Kesehatan i BPJS Ketenagakerjaan), bezpośrednio pod egidą Prezydenta Indonezji, zamiast wcześniejszych czterech (PT.ASKES, PT.JAMSOSTEK, PT.TASPEN, PT.ASABRI). BPJS Ketenagakerjaan, poprzednio zwana PT.JAMSOSTEK, jest odpowiedzialna za wszystkie programy zabezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników, w tym urzędników wojskowych i rządowych.

Rysunek 20. Zarys reformy systemu ubezpieczeń społecznych w Indonezji



Wprowadzenie programu RTW

W 2014 r. BPJS Ketenagakerjaan rozpoczęła pilotażowy projekt powrotu do pracy w dwóch prowincjach z koordynacją podmiotów krajowych i samorządowych, w tym Ministerstwa Pracy i Transmigracji (*Ministry of Manpower & Transmigration*), Ministerstwa Zdrowia (*Ministry of Health*), Rady Bezpieczeństwa Narodowego i Zdrowia Indonezji (*National Safety & Health Council of Indonesia*), Samorządu Terytorialnego (*Local Government*), Lokalnej Agencji Zdrowia (*Local Health Agency*), Indonezyjskiej Medycyny Pracy (*Indonesian Medical for Occupational Health*), Indonezyjskiego Towarzystwa Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji (*Indonesian Physical Medicine and Rehabilitation Association*), służby zdrowia, szpitali, Stowarzyszenia Pracodawców (*Employer's Association*), przedstawicieli przedsiębiorstw. Ten pilotażowy projekt miał na celu rozwój systemów prewencji, zarządzania przypadkami i programów rehabilitacyjnych. System RTW został upowszechniony od 1 lipca 2015 r.

Rekomendacje

Nie ma jednego uniwersalnego modelu dla wszystkich powiązań pomiędzy skutecznym działaniem prewencyjnym a systemem świadczeń. Rodzaj systemu świadczeń dla pracowników i strategię BHP, różnią się w poszczególnych państwach ze względu na odrębności kulturowe, historyczne, etniczne, itp. Jednak system synergistycznych powiązań i jego zalety zostały wykazane poprzez działania prowadzone w państwach rozwiniętych i niektórych krajach Azji.

W celu uzyskania skutecznego powiązania działań synergistycznych niezbędne jest, aby państwa, w których funkcjonuje tylko odpowiedzialność pracodawcy, rozważyły wprowadzenie publicznego systemu ubezpieczeń społecznych. Prawo poszkodowanych pracowników do odszkodowania w ramach odpowiedzialności pracodawcy w rzeczywistości nie jest zabezpieczone. Mimo że pracodawca powinien odpowiedniej organizacji przekazać informację o wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej swojego pracownika wraz z wysokością odszkodowania, to istnieje ryzyko, że wypadek taki nie zostanie zgłoszony, itd. A wprowadzenie systemu EII umożliwi rządowi dostęp do danych o odszkodowaniach pracowników w celu zaplanowania bardziej systemowej strategii BHP.

Dla prawidłowości ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy konieczne jest prowadzenie działań prewencyjnych. Większość rozwiniętych systemów EII przeznaczają pewną część swojego funduszu na zapobieganie wypadkom. W Azji jest kilka krajów, które to robią, z wyjątkiem niektórych państw, takich jak Korea Południowa. W początkowej fazie systemu ubezpieczeń wypadków, zasoby funduszu są wystarczające dla realizacji inwestycji w zakresie BHP, co w dłuższym okresie czasu przyczynia się do jego stabilności finansowej. Historia rozwoju ubezpieczeń i ich stabilności finansowej dostar-

cza dowodów potwierdzających znaczenie, w tym aspekcie, inwestycji w zakresie profilaktyki. Ustalenia te mają zastosowanie do państw o niskich i średnich dochodach w Azji i regionie Pacyfiku, w których program EII nie osiągnął jeszcze etapu stabilizacji.

Biorąc pod uwagę związek pomiędzy świadczeniami odszkodowawczymi i prewencją, polityka zapobiegania może być realizowana w większym stopniu przez system ubezpieczenia społecznego niż prywatny. Na przykład uważa się, że ocena doświadczenia może wzmocnić konkurencję na rynku między firmami ubezpieczeniowymi, ponieważ są one zmuszone do zaoferowania bardziej zróżnicowanych składek. Jednak oferowanie świadczeń w zakresie profilaktyki jest trudne dla ubezpieczycieli, ponieważ działania te obejmują szkolenia, inwestycje w odpowiedni sprzęt przyjazny BHP lub certyfikację systemów zarządzania BHP. Dofinansowanie tych działań może być traktowane przez firmę ubezpieczeniową jako inwestycja, która zaprocentuje w przyszłości jako wypłacanie mniejszej liczby świadczeń. W systemie konkurencyjnym przedsiębiorstwa w krótkim czasie są w stanie zmienić swoich ubezpieczycieli, a zakład ubezpieczeniowy ponosi ryzyko, że subsydiowany klient, po okresie korzystania z promocji i doradztwa zapewnianego przez ubezpieczyciela pierwotnego, może go zmienić na innego, prawdopodobnie tańszego, konkurencyjnego.

Ponadto, w celu ustalenia zrównoważonego systemu odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy, państwa azjatyckie i regionu Pacyfiku muszą wprowadzić program powrotu do pracy, chociaż pojęcie powrotu do pracy nie jest tam znane. Do jego realizacji potrzebne są ekspertyzy techniczne i dalsze zasoby finansowe. Chociaż, jako dowód powiązania działań w zakresie BHP i programu powrotu do pracy w systemie EII jako całości, wskazuje się, że w przypadku Korei Południowej jego stabilność finansowa została ustalona przez budowanie synergistycznych powiązań między zapobieganiem, odszkodowaniem i powrotem do pracy.

Jednak ustanowienie programu powrotu do pracy w EII nie jest łatwe w krajach o niskich i średnich dochodach, ze względu na ograniczenia zasobów finansowych, wiedzy, infrastruktury, świadomości społecznej, itp. Biorąc te elementy pod uwagę, można zasugerować następujące rozwiązania⁴.

W pierwszej kolejności przy opracowywaniu programu powrotu do pracy należy uwzględnić kontekst rozwijającego się kraju i niezbędne może być zastosowanie swoistych rozwiązań. Muszą zaistnieć również istotne elementy systemu powrotu do pracy, jak na przykład ocena kompetencji zawodowych, plan rehabilitacji, rehabilitacja medyczna, społeczna i zawodowa. Mając na uwadze szerszy kontekst, należy zdecydować, na przykład, czy rehabilitacja ma być finansowana ze środków publicznych, pracodawcy lub mieszanych publiczno-prywatnych.

⁴ Odniosłem się do Mariusa Olivera (2012) *Return-to-Work: A developing country perspective in most part*.

Po drugie, przed lub na bardzo wczesnych etapach tworzenia systemu w kraju rozwijającym się, powinno się inwestować w szkolenia kadry menedżerów rehabilitacji (zarządzania przypadkiem) i przeprowadzanie audytów w celu wprowadzenia odpowiednich zmian na stanowisku pracy. Dla stopniowego rozwoju systemu, niezbędne jest pozostawienie pewnego pola manewru. Kluczowe jest zaangażowanie pracodawcy i jego poparcie. Konieczne jest również zaangażowanie zainteresowanych stron i organizacji zawodowych oraz przeprowadzanie konsultacji w celu zmiany błędnego przekonania czy negatywne postrzegania.

Po trzecie, dla lepszego zrozumienia systemu, należy dążyć do podniesienia świadomości społecznej i jego użytkowników. Reformy instytucjonalne powinny dotyczyć funduszu kompensacyjnego pracowników. Konieczne jest stworzenie ram prawnych jasno określających rolę, prawa i obowiązki różnych stron.

Po czwarte, istotne znaczenie mają przykłady najlepszej praktyki. Kierunki są wyznaczone przez Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych⁵ oraz odpowiednią konwencją i wytyczne ILO⁶.

Znaczną pomoc w tych działaniach będą stanowiły wytyczne ISSA w sprawie powrotu do pracy (RTW) opracowywane we współpracy z RI (*Rehabilitation International*) oraz IDMSC (*International Disability Management Standard Council*). Nawet tam, gdzie system ustanowiono i funkcjonuje od dawna, należy rozważyć wyższy poziom zapewnienia wsparcia i ochrony.

⁵ Konwencja nr 121 ILO zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia usług rehabilitacyjnych, mających na celu przygotowanie osoby niepełnosprawnej do jej powrotu do pracy na poprzednim stanowisku lub, jeśli nie jest to możliwe, podjęcia najbardziej odpowiedniej pracy alternatywnej z uwzględnieniem predyspozycji i zdolności oraz do podjęcia działań w celu dalszego umieszczania osób niepełnosprawnych w odpowiedniej pracy. Ponadto Konwencja o Rehabilitacji Zawodowej i Zatrudnieniu (Osób Niepełnosprawnych) z 1983 r. (nr 159) i Rekomendacje Polityki Zatrudnienia (Postanowienia Uzupełniające), 1984 r. (nr 169) przewidują, że „[...] tam, gdzie to możliwe i stosowne, systemy zabezpieczenia społecznego powinny dostarczać lub przyczyniać się do organizacji, rozwoju i finansowania szkolenia, stażu i zatrudnienia, w tym programów pracy chronionej i rehabilitacji zawodowej dla osób niepełnosprawnych, obejmujące również poradnictwo rehabilitacyjne”.

⁶ Oprócz tego znaczenie RTW podkreślone jest też w Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (UNCRPD), która została przyjęta w 2006 r. i weszła w życie w 2008 r. Jest ona ratyfikowana w wielu krajach (7 czerwiec 2012 r.: 113 ratyfikacji; 153 sygnatariuszy), w coraz większym stopniu także przez kraje rozwijające się. Artykułem wiążącym, który stanowi zobowiązanie do ochrony i promuje realizację prawa do pracy, w tym dla tych, którzy nabywają niepełnosprawności w trakcie zatrudnienia, podejmując odpowiednie kroki, w tym także poprzez ustawodawstwo, jest artykuł 27. Tak ważne elementy RTW i DM zawarte są w Konwencji: rehabilitacja zawodowa, zachowanie pracy, wdrożenie programów RTW, szkolenie i doradztwo zawodowe i techniczne, programy i usługi poszukiwania pracy, promocja i szanse na zatrudnienie (również w zakresie samozatrudnienia, przedsiębiorczości, rozwoju spółdzielni i zakładania własnego przedsiębiorstwa), zapewnianie racjonalnych usprawnień, które nie stanowią nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia dla pracodawców, promowanie indywidualnej autonomii i niezależności pracownika, zaangażowanie poszkodowanego pracownika w opracowanie planu rehabilitacji, włączenie społeczne i uczestnictwo, ocena interdyscyplinarna, itp.

Literatura

- Abdul mutalib Leman, Abdul Rahman Omar, Khairunnisa A, Rahman and Mo-hamad Zainal MD Yusof (2010). *Reporting of occupational injury and occupational disease: Current situation in Malaysia*. Asian-Pacific Newsletter on occupational health and safety (Volume 17, number 2, September 2010)
- Avera (2009). Experience Rating: Prevention of Injuries or Managing Injured Workers. Injured Workers Online
- Campolieti, Hyatt and Thomason (2006). Experience Rating, Work Injuries and Benefit Costs: Some New Evidence. British Columbia. Canada
- Clayton (2002). The Prevention of Occupational Injuries and Illness: The Role of Economic Incentives. Australian National University
- Korea Workers' Compensation and Welfare Service (2010). COMWEL (Korea Workers' Compensation and Welfare Service) Service Guide*
- Dietmar Elsler, Lieven Eeckelaert (2010). Factors influencing the transferability of occupational safety and health economic incentive schemes between different countries. *Scand J Work Environ Health*. 2010; 36(4): 325–331
- DKM Economic Consultants Ltd (2004). Measuring the impact of health and safety interventions
- Dorman (2000). The Role of Economic Incentives for Occupational Health and Safety – Chapter 2 of Three Preliminary Papers on the Economics of Occupational Safety and Health. ILO*
- Eila Kankaanpää, Maurits van Tulder, Markku Aaltonen, Marc De Greef (2008). *Economics for occupational safety and health*. *SJWEH Suppl*. 2008; (5): 9–13
- Eun A Kim, Seong-Kyu Kang (2010). *Reporting Systems for Occupational Injuries and Illness in Korea*. Asian-Pacific Newsletter on occupational health and safety (Volume 17, number 2, September 2010)
- HSE (2002). Changing business behaviour – Would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?*
- Hyatt and Thomason (1998). *Evidence of the Efficacy of Experience Rating in British Columbia – A Report to The Royal Commission on Workers' Compensation in British Columbia*
- Institute for work & health (2010). Report to the Expert Advisory Panel, Occupational Health and Safety Prevention and Enforcement System, Ontario Ministry of Labour, Canada
- Germany: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services
 - Quebec: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services
 - United Kingdom: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services

- New Zealand: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services
- Victoria, Australia: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services
- Ontario: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services
- British Columbia: Description of the organization of the occupational health and safety system and the delivery of prevention services

International Labour Organization (2013). Strengthening the Role of Employment Injury Schemes to Help Prevent Occupational Accidents and Diseases

International Social Security Association (2011). The return on prevention: Calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies

Jinsoo Kim (2012). Feasibility study and design of employment injury insurance scheme in Sri Lanka. ILO

Jo-Duk Yoon (2011). Industrial Accident Prevention System in Korea – An Introductory Guide. Korea Labor Institute

John O’Grady (1999). Comparative Approaches in Prevention: What are the Trends? What are the Issues? What are the Implications of Changes in the Labour Market?. Presentation to Plenary Session, Fourth International Congress on Medical-Legal Aspects of Work Injuries, Toronto, June 6–9, 1999

Koning (2005). Estimating the Impact of Experience Rating on the Inflow into Disability Insurance in the Netherlands. Utrecht School of Economics

Lee Hock Siang, Alvian Tan (2010). *Singapore’s Framework for Reporting Occupational Accidents, Injuries and Diseases*. Asian-Pacific Newsletter on occupational health and safety (Volume 17, number 2, September 2010)

Lila Kankaanpaa (2010). *Economic incentives as a policy tool to promote safety and health at work*. Scand J Work Environ Health 2010; 36(4): 319–324

Marius Oliver (2012), *Return-to-Work: A developing country perspective*

Morneau Sobeco (2008). Recommendations for Experience Rating. Ontario

OECD (2012), OECD EMPLOYMENT OUTLOOK 2012

Shengli Niu (2010). *ILO list of occupational disease and health care workers*. Asian-Pacific Newsletter on occupational health and safety (Volume 17, number 2, September 2010)

SOCOSO (2011), Return to work programme for working injured persons in Malaysia

Tompa, Trevithick and McLeod (2007). A systematic Review of the Prevention Incentives of Insurance and Regulatory Mechanism for Occupational Health and Safety

Victor (1982). *Workers compensation and workplace safety – the nature of employer financial incentives*

- Ministry of Employment and Labor (2004). The Forty Years of Korean Workers' Compensation insurance. Seoul: Author
- Ministry of Employment and Labor. (Each Year). *Annual Report on Operation of Workers' Compensation Insurance*. Seoul: Author
- Sangho Kim and Changhak Sim (2009). Report to Ministry of Employment and Labor in South Korea: Comparative Study on Operation of Workers' Compensation Insurance in France, Germany and Korea