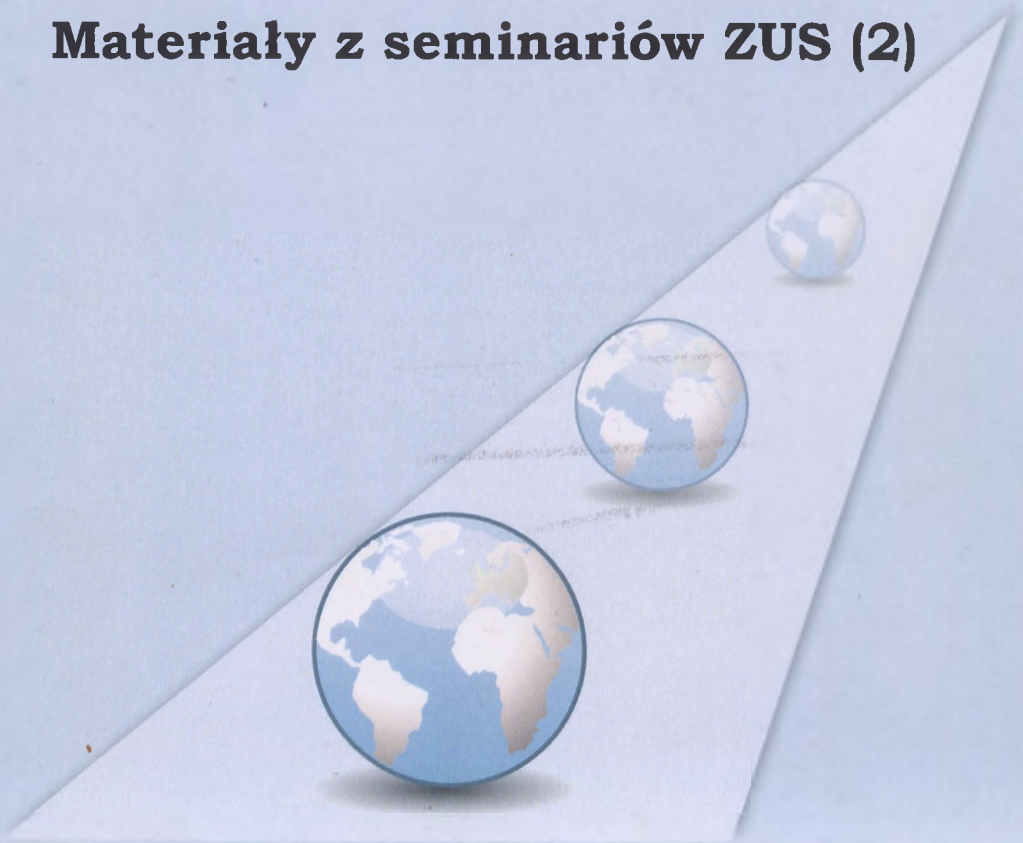
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Różne aspekty ubezpieczeń społecznych

Materiały z seminariów ZUS (2)



Warszawa 2012

2239/A

108043

2239/A

7.03.2013

Skład i druk: Poligrafia ZUS w Warszawie. Nakł. 000 egz. Zam. nr 2717/12

Spis treści

Wstęp 5

Część I. System ubezpieczeń społecznych a finanse publiczne

Sytuacja finansowa Funduszu Ubezpieczeń Społecznych a otoczenie makroekonomiczne
– *Radosław Socha* 9

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017
– *Paweł Nasiński* 18

Wpływ systemu ubezpieczeń społecznych na gospodarkę
– *Bogusław Grabowski* 33

Część II. Fundusze buforowe w systemach emerytalnych

Norweski Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny
– *Dorota Okseniuk* 43

Fundusz Rezerwy Demograficznej
– *Paweł Jaroszek* 54

Część III. Skutki migracji w Unii Europejskiej w kontekście systemów emerytalnych

Harmonizacja systemów emerytalnych w krajach Unii Europejskiej – czy celowa i możliwa
– *Anna Siporska* 65

Część IV. Ubezpieczenie wypadkowe – wypadki przy pracy i choroby zawodowe

Ubezpieczenie wypadkowe – aspekt finansowy
– *Ewa Karczewicz* 75

Rola instytucji zabezpieczenia społecznego w zapobieganiu wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym
– *Jan Rzepecki* 88

Prewencja wypadkowa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
– *Anna Sójka* 98

Ubezpieczenie wypadkowe – działania Państwowej Inspekcji Pracy
– *Krzysztof Kowalik* 102

Część V. Ubezpieczenie chorobowe

Ubezpieczenie chorobowe
– *Iwona Adamczyk* 109

Przejściowa niezdolność do pracy z powodu choroby – zakres i sposoby ochrony
– *Dorota Dzienisiuk, Tomasz Lasocki* 121

Część VI. Koszty niezdolności do pracy

Co zaliczać do kosztów niezdolności do pracy?
– *Aleksandra Wiktorow* 135

Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy – według grup chorobowych
– *Agnieszka Sikora* 143

Koszty niezdolności do pracy w badaniach kosztów chorób w Polsce na tle innych krajów
– *Joanna Leśniowska* 156

Wstęp

Przekazuję Państwu publikację *Różne aspekty ubezpieczeń społecznych*, zawierającą materiały z kolejnych dwóch cykli seminariów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, które odbywały się od października 2011 roku do maja 2012 roku.

Tematyka tych seminariów była bardziej zróżnicowana niż poprzednich, koncentrujących się głównie na systemie emerytalnym (*System emerytalny – problemy na przyszłość. Materiały z seminariów ZUS*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2011). Podczas kolejnych spotkań podnoszono ważne kwestie wpływające na kondycję ubezpieczeń społecznych jako całości, to jest zarówno zasad wpłaty, jak i kosztów ponoszonych na świadczenia długoterminowe i krótkoterminowe, na prewencję i rehabilitację. Takie podejście stanowi dobre uzupełnienie dla przedstawianych w pierwszej publikacji problemów ściśle związanych z systemem emerytalnym.

System ubezpieczeń społecznych nie funkcjonuje w próżni. Jest ściśle i wzajemnie powiązany z całym systemem gospodarczym i społecznym. Wydatki na świadczenia z ubezpieczenia społecznego stanowią największą pozycję kosztów ponoszonych przez ten system, nie licząc wynagrodzeń, prezentowane zaś prognozy wskazują na stały deficyt w funduszach ubezpieczeń społecznych – dochody ze składek nie będą w stanie pokryć wydatków, nawet w przyszłości, gdy znacząco obniży się stopa zastąpienia w systemie emerytalnym.

Kondycja finansowa funduszu ubezpieczeń społecznych zależy od sytuacji demograficznej, o czym wiele mówi się w ostatnich latach, ale także w niezwykle wysokim stopniu zależna jest od otoczenia makroekonomicznego. Stopa wzrostu gospodarczego, stopa bezrobocia, stopa wzrostu wynagrodzeń czy szerzej ujmując – dochodów ludności aktywnej zawodowo – mają bezpośredni wpływ na dochody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ze składek, a w konsekwencji na zapotrzebowanie na dotacje budżetu. Druga strona ubezpieczeń to wydatki – są wydatkami sztywnymi, nie ma możliwości w obecnym stanie prawnym, a zapewne nie będzie też w niedalekiej przyszłości, nominalnego obniżania wypłacanych świadczeń, czyli zmniejszania niezbędnych dopłat z budżetu. Być może sytuacja się zmieni, gdy w Polsce będzie większa świadomość zasad funkcjonowania ubezpieczeń społecznych oraz dopuszczona zostanie większa elastyczność kształtowania dochodów i wydatków. Zarówno otrzymujący emerytury, renty i wszelkiego rodzaju za-

siłki, jak i płacący składki i podatki powinni rozumieć wzajemne oddziaływanie ubezpieczeń społecznych i gospodarki w krótkim i długim okresie oraz skutki, jakie to niesie dla wszystkich obywateli Polski. Z przyszłymi finansami systemu emerytalnego wiąże się też tworzenie odpowiednich systemów rezerw, na wypadek gdyby budżet nie mógł sfinansować luki między wydatkami a dochodami. Dobrze jest wiedzieć, jak inne kraje próbują radzić sobie z tym problemem.

Chociaż wydatki na świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz na świadczenia z ubezpieczenia chorobowego są nieporównanie niższe od wydatków na emerytury i renty, to jednak wiedza o funkcjonowaniu tych dziedzin jest potrzebna, tym bardziej, że publicznie jest dość rzadko prezentowana. A przecież często choroba, nie tylko zawodowa czy wypadek przy pracy wpływa na późniejszą zdolność do pracy. Czasami staje się początkiem okresowego czy nawet stałego korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego, najpierw zasiłków, a potem ich przedłużenia – świadczeń rehabilitacyjnych czy rent. Każda przerwa w pracy z tytułu niezdolności do pracy wpływa na obniżenie przyszłej emerytury. Ważne dla wszystkich powinno być zatem jak najszybsze odzyskanie możliwości zarobkowania, aby na starość mieć jak najwyższą emeryturę. Czy ubezpieczeni są tego świadomi, czy krótkookresowe korzyści nie przesłaniają tych długoterminowych? Jakie są koszty społeczne niezdolności do pracy? Jak i kto powinien je liczyć? Na takie pytania starano się odpowiedzieć na kolejnych spotkaniach w cyklu seminariów wiosennych. Zwłaszcza te ostatnie pytania stanowią dopiero pierwsze próby wskazania na potrzebę międzyresortowego podejścia do liczenia kosztów niezdolności do pracy i możliwości ich obniżenia. W warunkach braku możliwości nieograniczonego wzrostu dochodów trzeba nie tylko prowadzić poważną dyskusję nad rachunkiem kosztów niezdolności do pracy i niepełnosprawności, ale też wnioski z niej zacząć stosować w praktyce.

Dziękuję wszystkim autorom prezentującym swój dorobek i przemyślenia na seminariach, tym bardziej, że poświęcili również swój czas na przygotowanie ich w formie pisemnych wystąpień, składających się na obecną publikację z seminariów ZUS. Dziękuję wszystkim uczestnikom za aktywność w dyskusjach. Mam nadzieję, że były one interesujące dla słuchaczy i dały impuls do myślenia o niezbędnych rozwiązaniach tych niezwykle doniosłych, z punktu widzenia społecznego i gospodarczego, problemów.

Dziękuję Departamentowi Statystyki i Prognoz Aktuarialnych Centrali ZUS, a zwłaszcza Pani Dyrektor Hannie Zalewskiej, za organizację naszych sześciu spotkań oraz doprowadzenie do wydania materiałów z seminariów. Dziękuję także dr Aleksandrze Wiktorow za redakcję kolejnego wydawnictwa z naszych seminariów.

Mam nadzieję, że następne planowane cykle seminariów spotkają się z takim samym zainteresowaniem Państwa, jak te, które dotychczas się odbyły.

Zbigniew Derdziuk
Prezes
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Część I

SYSTEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH A FINANSE PUBLICZNE

Radosław Socha
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Sytuacja finansowa Funduszu Ubezpieczeń Społecznych a otoczenie makroekonomiczne

1. Uwagi wstępne

Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS) jest państwowym funduszem celowym, powołanym do realizacji zadań z zakresu ubezpieczeń społecznych. Dysponentem Funduszu jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Przychody i wydatki Funduszu określa ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Główne przychody FUS to między innymi:

— składki na ubezpieczenia społeczne niepodlegające przekazaniu do otwartych funduszy emerytalnych, refundacja z tytułu przekazywania składek do OFE,

— odsetki od zobowiązań wobec FUS oraz zwroty nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami,

— dotacje i pożyczki z budżetu państwa.

Ze środków zgromadzonych w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych finansowane są przede wszystkim:

— wypłaty świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego oraz wypadkowego,

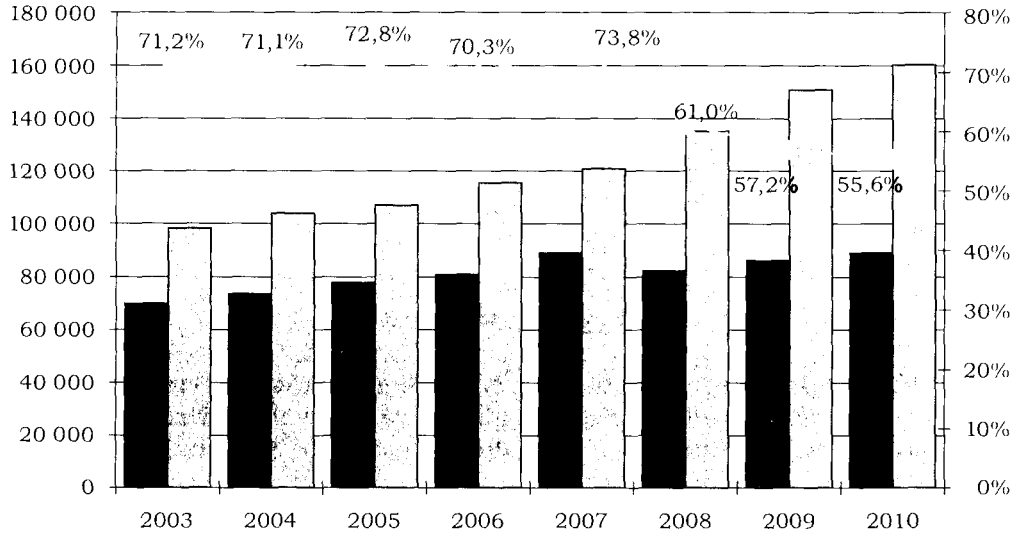
— wydatki bieżące Funduszu (między innymi odpis na działalność ZUS, wydatki na prewencję rentową oraz wypadkową, koszty obsługi kredytów).

Skala przepływów finansowych Funduszu Ubezpieczeń Społecznych czyni z niego jedną z największych jednostek sektora finansów publicznych. Drugą istotną cechą Funduszu jest silne uzależnienie jego kondycji finansowej od bieżącej sytuacji makroekonomicznej. Głównym źródłem przychodów FUS są składki na ubezpieczenia społeczne wraz z pochodnymi, których wpływy są w bezpośredni sposób powiązane z kształtowaniem się funduszu wynagrodzeń w gospodarce. Jednocześnie wydatki Funduszu, z których blisko 97% stanowią transfery na rzecz ludności na świadczenia długo- i krótkoterminowe, są w ogromnej mierze wydatkami sztywnymi, to jest prawnie zdeterminowanymi, aczkolwiek z uwagi na sposób ich wyliczania (między innymi mechanizm ich waloryzacji) są również uzależnione od czynników

makroekonomicznych. Wykres 1 obrazuje skalę przepływów finansowych FUS w latach 2003-2010.

Wykres 1

Wpływy i wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 2003-2010 (w mln zł)



wpływy ze składek i należności pochodnych (lewa oś)

wydatki do pokrycia ze składek i należności pochodnych (lewa oś)

wskaźnik pokrycia wydatków wpływami ze składek i należności pochodnych (prawa oś)

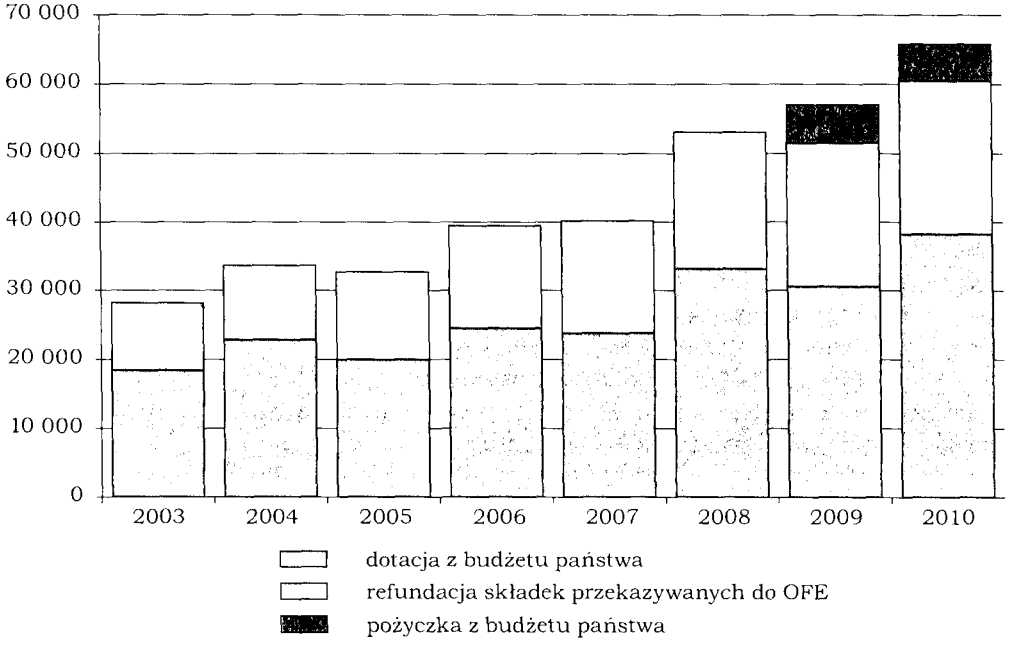
Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przychody FUS w omawianym okresie wzrosły z około 70 mld zł w 2003 roku do ponad 89 mld zł w roku 2010. Należy jednak pamiętać, wzrost ten byłby większy, gdyby nie obniżenie stopy procentowej składki na ubezpieczenie rentowe (od 1 lipca 2007 roku z 13,0% do 10,0% i od 1 stycznia 2008 roku z 10,0% do 6,0%), które w istotnym stopniu zmniejszyło wpływy składkowe Funduszu[1]. Wydatki Funduszu charakteryzowały się stałą tendencją rosnącą, by w 2010 roku przekroczyć 160 mld zł (wzrost o ponad 60% w ciągu 7 lat). Stopień pokrycia wydatków FUS wpływami składkowymi w latach 2003-2007 kształtował się w granicach 70%, aby na skutek obniżenia składki rentowej spaść do blisko 56% w 2010 roku. Sytuacja ta sprawiła, że w coraz większym stopniu Fundusz wymagał uzupełnienia środkami z innych, pozaskładkowych źródeł. Najważniejszym z nich był budżet państwa. Wykres 2 pokazuje skalę dofinansowania FUS ze środków budżetowych w latach 2003-2010.

[1] Szacuje się, że przychody Funduszu z powodu zmiany składki rentowej były niższe w latach 2007-2010 łącznie o ponad 78 mld zł.

Wykres 2

Transfery z budżetu państwa do FUS w latach 2003-2010 (w mln zł)



Źródło: Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Skala transferów z budżetu państwa wzrosła w omawianym okresie ponad dwukrotnie i w 2010 roku wyniosła blisko 66 mld zł, to jest niemal 42% wpływów Funduszu ogółem. Sytuacja taka może powodować istotne zagrożenia. Niemal całkowite uzależnienie przychodów FUS od bieżącej sytuacji w gospodarce sprawia, że w przypadku negatywnego odchylenia się zmiennych makroekonomicznych od wielkości planowanych, zachodzi konieczność pozyskania dodatkowych środków na realizację zadań Funduszu. Jednocześnie wielkość środków przekazywanych do FUS z budżetu państwa jest określona w ustawie budżetowej i w niewielkim stopniu ulega modyfikacjom w ciągu roku. W przypadku gorszej niż pierwotnie zakładano sytuacji makroekonomicznej wymusza to konieczność finansowania Funduszu z dodatkowych, pozabudżetowych źródeł, poprzez zaciąganie kredytów i ponoszenie dodatkowych kosztów z nimi związanych. W świetle tego, ogromnego znaczenia nabiera jakość i trafność prognoz makroekonomicznych wykorzystywanych w procesie planistycznym[2], gdyż ewentualne konsekwencje popełnionych przy ich sporządzaniu błędów w bezpośredni sposób przekładają się na sytuację finansową Funduszu.

[2] Przy konstrukcji planu finansowego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wykorzystywane są prognozy makroekonomiczne przygotowywane przez Ministerstwo Finansów, przyjęte w pracach nad ustawą budżetową.

W przedstawionej niżej analizie starano się pokazać, jak odchylenia wskaźników makroekonomicznych przekładają się na kondycję Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W tym celu sporządzono prognozę sytuacji finansowej FUS w 2011 roku, opartą na wskaźnikach przyjętych do konstrukcji planu finansowego, stanowiącą punkt odniesienia do dalszych analiz. Następnie przygotowano symulację finansów Funduszu, przyjmując zmienione założenia makroekonomiczne. Uzyskane wyniki porównano ze scenariuszem bazowym. W poszczególnych etapach poddano analizie najważniejsze z punktu widzenia FUS czynniki makroekonomiczne, to jest przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej oraz przeciętne zatrudnienie w gospodarce narodowej. Ponadto przygotowano symulację zmiany wskaźnika waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych, którego wielkość wyliczana jest na podstawie wskaźnika inflacji dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów oraz poziomu wynagrodzeń realnych.

Prezentowane wyniki zostały oszacowane na podstawie opracowanego w Departamencie Finansów Funduszy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych krótkoterminowego modelu planistycznego.

2. Scenariusz bazowy

Projekcja w scenariuszu bazowym została sporządzona z uwzględnieniem wskaźników makroekonomicznych zapisanych w ustawie budżetowej na rok 2011. Przyjęto, iż wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej wyniesie 103,7% rok do roku, natomiast przeciętne zatrudnienie w gospodarce wzrośnie o 1,9% rok do roku. W trakcie prac nad ustawą budżetową założono, że wskaźnik waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych wyniesie 102,7%, to jest nie mniej niż średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług w 2010 roku w stosunku do 2009 roku, zwiększony o 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2010 roku w stosunku do roku 2009.

3. Skutki zmiany wzrostu wynagrodzeń

W pierwszym etapie analizie poddano skutki ukształtowania się innego niż założono wskaźnika wzrostu wynagrodzeń. W tym celu przeprowadzono symulację, w której przyjęto, że wskaźnik wzrostu wynagrodzeń będzie niższy o 1 punkt procentowy od założonego w scenariuszu bazowym, przy pozostałych parametrach bez zmian. W efekcie takiego rozwoju sytuacji ekonomicznej przychody Funduszu byłyby niższe niż ujęte w planie finansowym o blisko 1,15 mld zł, na skutek zmniejszenia wpływów z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne[3]. Odchylenie się wskaźnika wzrostu wynagro-

[3] Horyzont czasowy symulacji dotyczy jednego roku, nie uwzględnia zatem wpływu zwiększenia wynagrodzeń na wyższy wskaźnik waloryzacji świadczeń w kolejnym roku.

dzeń o 2 punkty procentowe w stosunku do scenariusza bazowego sprawia, że ubytek przychodów FUS, a tym samym zapotrzebowanie na dodatkowe finansowanie sięga blisko 2,3 mld zł. W przypadku realizacji niekorzystnego scenariusza i niższego wzrostu wynagrodzeń o 3 punkty procentowe niż założono, zaszłaby konieczność dodatkowego dofinansowania Funduszu na kwotę blisko 3,5 mld zł, co stanowiłoby około 2% łącznych wydatków FUS. Podstawowe wyniki symulacji zaprezentowano w tabeli 1 i na wykresie 3.

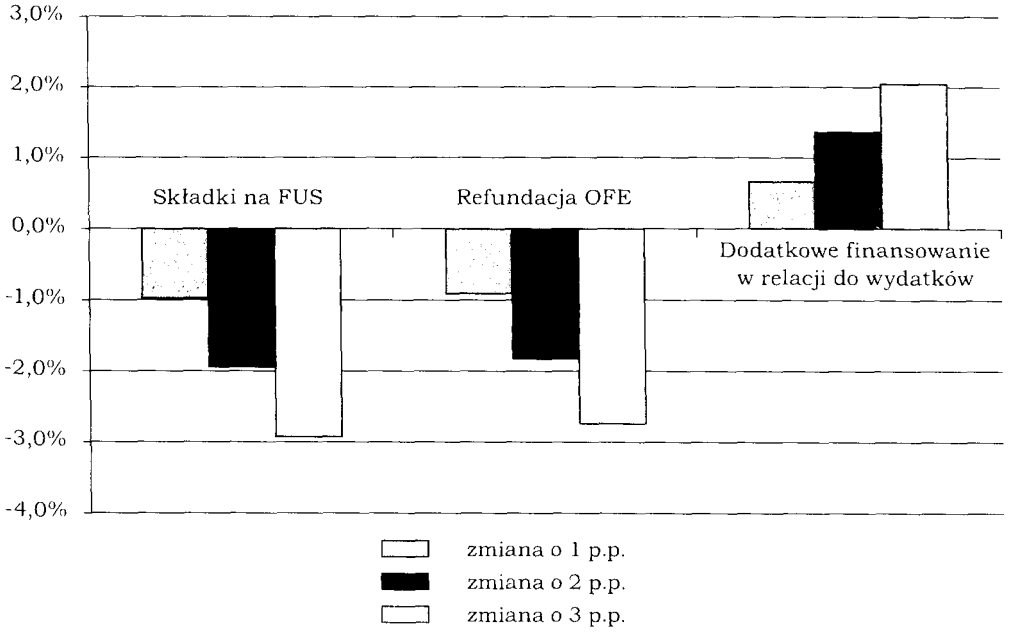
Tabela 1

Zmiany najważniejszych kategorii finansowych FUS w zależności od kształtowania się wskaźników makroekonomicznych – wzrost wynagrodzeń (w mln zł)

Wyszczególnienie	Skutki zmiany wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w stosunku do scenariusza bazowego o:		
	-1 p.p.	-2 p.p.	-3 p.p.
Przychody (według wpływów)	-1 149,7	-2 299,4	-3 449,2
w tym:			
składki na ubezpieczenia społeczne	- 931,3	-1 862,6	-2 794,0
refundacja składek do OFE	-218,4	-436,8	-655,2
Zapotrzebowanie na dodatkowe finansowanie	1 149,7	2 299,4	3 449,2

Wykres 3

Skutki zmiany wskaźnika wzrostu wynagrodzeń w relacji do scenariusza bazowego (w %)



4. Skutki zmiany wzrostu zatrudnienia

W kolejnym kroku analizie poddano zmiany wskaźnika wzrostu zatrudnienia. W symulacji przeanalizowano sytuację, w której wzrost zatrudnienia byłby niższy o 1 punkt procentowy od założonego w scenariuszu bazowym, przy pozostałych parametrach bez zmian. Mamy wówczas do czynienia ze spadkiem przychodów FUS o blisko 1,2 mld zł, w wyniku obniżenia się wpływów ze składek. Jednocześnie w niewielkim stopniu spadają wydatki Funduszu, w głównej mierze na zasiłki chorobowe i macierzyńskie. W rezultacie zachodzi konieczność dofinansowania FUS na kwotę około 1,05 mld zł. Analogicznie jak w przypadku wzrostu wynagrodzeń, odchylenie wskaźnika na większą skalę generuje odpowiednio głębsze skutki finansowe (tabela 2 i wykres 4).

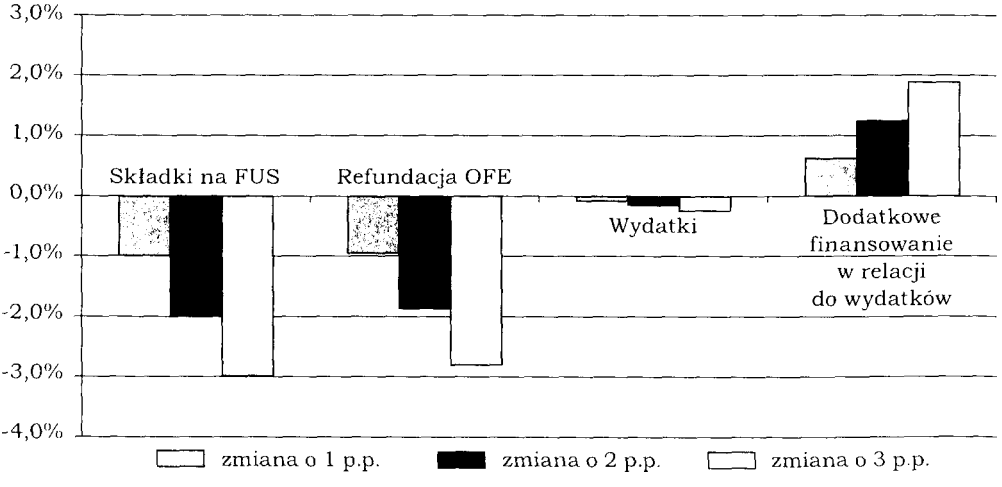
Tabela 2

Zmiany najważniejszych kategorii finansowych FUS w zależności od kształtowania się wskaźników makroekonomicznych – wzrost zatrudnienia (w mln zł)

Wyszczególnienie	Skutki zmiany wskaźnika wzrostu zatrudnienia w stosunku do scenariusza bazowego o:		
	-1 p.p.	-2 p.p.	-3 p.p.
Przychody (według wpływów)	-1 170,0	-2 340,1	-3 510,1
w tym:			
składki na ubezpieczenia społeczne	- 947,8	-1 895,5	-2 843,3
refundacja składek do OFE	-222,2	-444,5	-666,8
Wydatki	-123,0	-246,7	-369,3
Zapotrzebowanie na dodatkowe finansowanie	1 051,7	2 103,3	3 155,0

Wykres 4

Skutki zmiany wskaźnika wzrostu zatrudnienia w relacji do scenariusza bazowego (w %)



Jak wynika z przedstawionych symulacji, negatywne odchylenie wskaźnika wzrostu wynagrodzeń bądź zatrudnienia tylko o 1 punkt procentowy od zakładanego powoduje konsekwencje dla kondycji finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w postaci uszczuplenia przychodów o kwotę przekraczającą 1 mld zł[4]. Należy jednocześnie pamiętać, iż powyższe symulacje opisują sytuacje, w których zmieni się tylko przeciętne wynagrodzenie lub zatrudnienie w gospodarce narodowej, natomiast pozostałe wskaźniki makroekonomiczne pozostaną bez zmian. Nałożenie się zmiany zarówno zatrudnienia, jak i przeciętnego wynagrodzenia sprawi, że oszacowane wyżej efekty będą odpowiednio większe.

5. Skutki zmiany wskaźnika waloryzacji

Istotną pozycją zwiększającą wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych jest waloryzacja świadczeń emerytalno-rentowych[5]. Kwestia analizy tego wskaźnika nabiera szczególnego znaczenia, gdyż z uwagi na jego konstrukcję (na podstawie danych dotyczących inflacji i wynagrodzeń z poprzedniego roku) w momencie prac nad planem finansowym Funduszu ostateczna wielkość wskaźnika nie jest jeszcze znana[6]. W tej symulacji przeanalizowano sytuację finansową Funduszu, przyjmując wskaźnik waloryzacji o 0,1 punkt procentowy wyższy od planowanego. W tej sytuacji wydatki wzrosłyby o ponad 0,1 mld zł, przede wszystkim z tytułu wypłaty wyższych emerytur i rent. Zwiększenie wskaźnika waloryzacji o 0,4 punkty procentowe (sytuacja taka miała miejsce w 2011 roku) generuje dodatkowe koszty dla FUS na kwotę blisko 0,5 mld zł. Wyniki symulacji zaprezentowano w tabeli 3 i na wykresie 5.

Tabela 3

Zmiany najważniejszych kategorii finansowych FUS w zależności od kształtowania się wskaźników makroekonomicznych – wskaźnik waloryzacji (w mln zł)

Wyszczególnienie	Skutki zmiany wskaźnika waloryzacji w stosunku do scenariusza bazowego o:		
	0,1 p.p.	0,2 p.p.	0,4 p.p.
Wydatki	121,1	242,2	484,3
Zapotrzebowanie na dodatkowe finansowanie	118,8	237,5	475,0

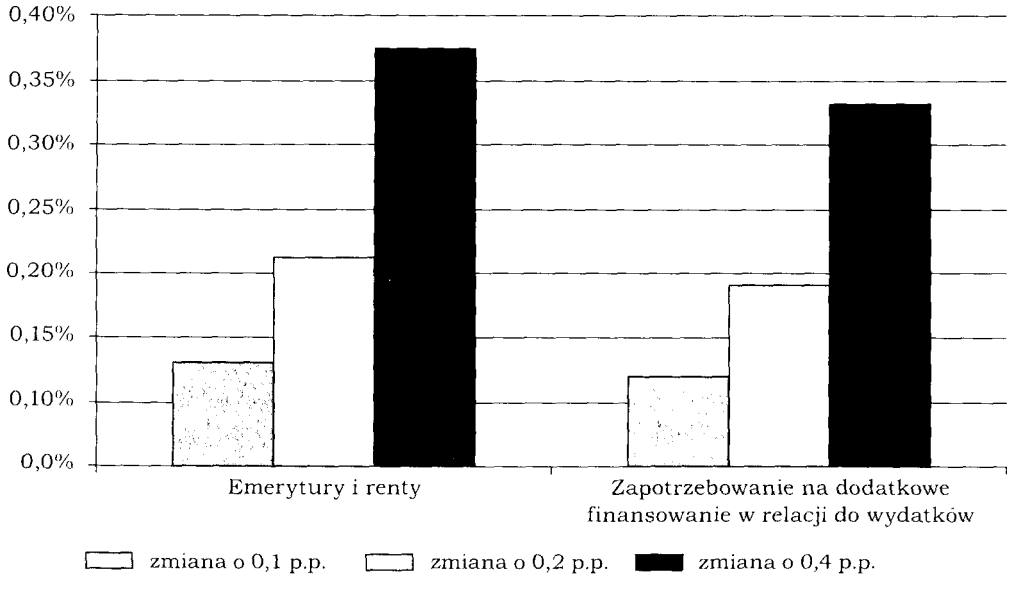
[4] W przypadku zmiany wskaźnika wynagrodzeń ubytek przychodów jest nieznacznie mniejszy niż w przypadku zmiany wskaźnika zatrudnienia z uwagi na mniejszą liczbę osób przekraczających tak zwany próg trzydziestokrotności, to jest ograniczenia podstawy wymiaru do kwoty odpowiadającej 30-krotności przeciętnego wynagrodzenia i tym samym mniejszy ubytek składek z tego tytułu.

[5] Analiza dotyczy waloryzacji wyliczanej metodą procentową.

[6] W 2011 roku zwaloryzowano świadczenia wskaźnikiem 103,1% wobec zakładanego pierwotnie 102,7%.

Wykres 5

Skutki zmiany wskaźnika waloryzacji w relacji do scenariusza bazowego (w %)



6. Skutki zmian systemowych – obniżenie składki rentowej

W ostatniej symulacji zaprezentowano wpływ zmian systemowych na dochody FUS na przykładzie zmiany stopy składki na ubezpieczenie rentowe, jaka miała miejsce w 2007 i 2008 roku. W pierwszym etapie od 1 lipca 2007 roku składka rentowa uległa obniżeniu z 13,0% do 10,0%, a od 1 stycznia 2008 roku ponownie obniżono stopę procentową składki na ubezpieczenie rentowe z 10,0% do 6,0%. Skutki tej zmiany były dla FUS niebagatelne – dochody Funduszu były w kolejnych latach o ponad 20 mld zł rocznie niższe niż przed zmianą składki rentowej. Szczegółowe dane dotyczące skutków obniżenia składki rentowej zaprezentowano w tabeli 4 i na wykresie 6.

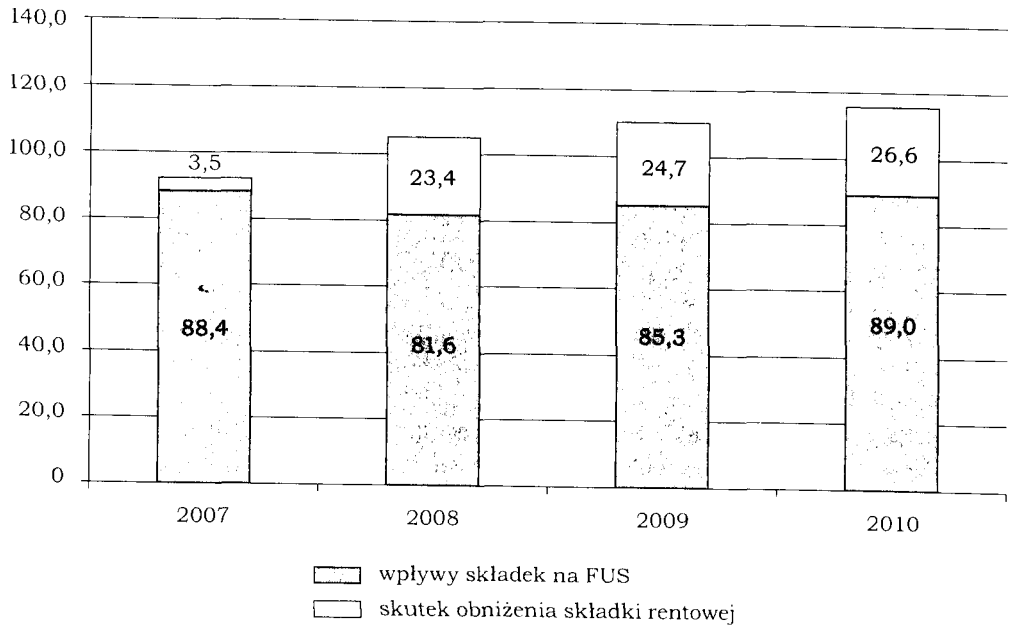
Tabela 4

Skutki obniżenia składki rentowej z 13% do 6% w latach 2007-2010 (w mld zł)

Składki na FUS	2007 z 13% do 10%	2008 z 10% do 6%	2009	2010
Przypis	-3,7	-23,1	-24,5	-26,9
Wpływy	-3,5	-23,4	-24,7	-26,6

Wykres 6

Skutki obniżenia składki rentowej z 13% do 6% w latach 2007-2010 (mld zł)



Paweł Nasiński
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017

1. Wstęp

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oprócz szerokiego spektrum zadań realizowanych z zakresu pozarolniczych ubezpieczeń społecznych, jest instytucją opracowującą także prognozy z tego obszaru. Na mocy ustawy z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych Zakład jest zobowiązany do sporządzania co trzy lata długoterminowej prognozy wpływów i wydatków funduszu emerytalnego oraz corocznie – średnioterminowej, pięcioletniej prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Prognozy sporządzane są w aktualnym na dany moment stanie prawnym i są efektem przeliczeń stworzonego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych modelu prognostycznego. Wyniki publikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych prognoz obejmują trzy warianty: pośredni, pesymistyczny i optymistyczny. Różnią się one przyjętymi założeniami makroekonomicznymi oraz parametrami technicznymi, co oczywiście wpływa na wyniki. Dodatkowo przeprowadzana jest analiza wrażliwości w zależności od zmian najważniejszych parametrów o charakterze ekonomicznym.

Wieloletnia prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego przedstawiana jest Radzie Ministrów co 3 lata, wraz z opinią zewnętrznego aktuariusza działającego na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej. Prognoza ta stanowić ma podstawę gospodarki finansowej Funduszu Rezerwy Demograficznej, który jest funduszem rezerwowym dla funduszu emerytalnego. Ostatnia, sporządzona w 2010 roku prognoza funduszu emerytalnego została przyjęta przez Radę Ministrów w lipcu 2010 roku.

Artykuł dotyczy drugiej z wymienionych wyżej prognoz, a mianowicie pięcioletniej *Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017.* Prognoza ta, opracowana we wrześniu 2011 roku, została przyjęta przez Zarząd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 13 października 2011 roku. Prognoza powstała w wyniku przeliczenia modelu prognostycznego *FUS10.*

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017 przygotowana została przy wykorzystaniu założeń makroekono-

micznych opracowanych w lipcu 2011 roku przez Departament Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów. W grudniu 2011 roku Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy budżetowej na rok 2012. Założenia makroekonomiczne z ustawy budżetowej na rok 2012 istotnie odbiegają od założeń przyjętych w wariancie nr 1 prognozy z września 2011 roku. Wobec powyższego, w opracowaniu zawarto dodatkowo wyniki dla wariantu nr 1 (wariantu pośredniego) prognozy, ale przy założeniach makroekonomicznych na lata 2011-2015 z ustawy budżetowej na 2012 rok (na lata 2016-2017 przyjęto założenia dostarczone przez Ministerstwo Finansów). Ponadto 21 grudnia 2011 roku uchwalona została ustawa o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2011 r. nr 291, poz. 1706) podwyższająca stopę składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00% podstawy wymiaru składki. Ponieważ zmiana ta ma istotny wpływ na sytuację finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w opracowaniu umieszczono również wyniki dla scenariusza uwzględniającego podwyższenie stopy składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00%. Wyniki dla wymienionych dwóch wariantów, które nie były zawarte w prognozie oraz nie były omawiane na seminarium organizowanym przez ZUS, zawarto w części *Aneks do prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017.*

Kolejna pięcioletnia prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych powstanie w 2012 roku i obejmować będzie lata 2014--2018. Prognoza ta uwzględniać będzie zmiany przepisów uchwalone od czasu publikacji prognozy na lata 2013-2017, w tym między innymi podwyższenie wieku emerytalnego.

2. Model prognostyczny *FUS10*

Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017 powstała w wyniku przeliczeń modelu prognostycznego *FUS10.*

Model *FUS10* jest długoterminowym, kohortowym, aktuarialnym modelem prognostycznym o podejściu deterministycznym. Opierając się na danych historycznych (do 2010 roku włącznie) i parametrach wejściowych (w tym założeniach makroekonomicznych) model prognozuje do 2060 roku wpływy i wydatki czterech funduszy wchodzących w skład Funduszu Ubezpieczeń Społecznych: funduszu emerytalnego, rentowego, wypadkowego i chorobowego. Jądro modelu, zbudowane przy wykorzystaniu tzw. modelu szkodowości wielorakiej, wykonuje obliczenia na niepodzielnych jednostkach – kohortach wiekowo-płciowych. Całości modelu dopełniają wyspecjalizowane submodele o jednokierunkowej wymianie informacji z jądrem. Zastosowane w modelu prognostycznym metody obliczeniowe szacują osobno wydatki na poszczególne świadczenia wypłacane z funduszy: emerytalnego, rentowego, wypadkowego i chorobowego. Wpływy prognozowane są również w podziale na poszczególne fundusze, uwzględniając przy tym różne liczby osób objętych ubezpieczeniami: emerytalnym i rentowymi, wypadkowym oraz chorobowym. Metoda prognozowania wpływów uwzględnia między innymi: odpływ części składek do Funduszu Rezerwy Demograficznej, odpływ części składek do

otwartych funduszy emerytalnych, ograniczenie rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe do trzydziestokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz różnicowanie stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe w zależności od zagrożeń zawodowych.

W modelu *FUS10* w porównaniu do poprzedniej edycji (model *FUS09*) wprowadzono istotne zmiany w trzech różnych obszarach:

— danych – po raz pierwszy w modelu uwzględniono dane o emeryturach z nowego systemu,

— przepisów – uwzględniono zmiany wprowadzone ustawą z dnia 25 marca 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2011 r. nr 75, poz. 398),

— metodologii i implementacji modelu – uwzględniono możliwość podwyższenia wieku emerytalnego.

W *Prognozie wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017* wykorzystano prognozę demograficzną na lata 2008-2035 sporządzoną przez Główny Urząd Statystyczny w 2008 roku. Dla potrzeb modelu prognoza demograficzna GUS została przedłużona w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych do 2060 roku oraz rozszerzona o przedział wiekowy 100-110 lat. Prawdopodobieństwa zgonu opracowane przez GUS do wieku 100 lat zostały przedłużone w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych do wieku 110 lat, przy zastosowaniu metody interpolacyjnej Lagrange'a. Na tej podstawie wyliczone zostało przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku od 100 do 110 lat. Tablice te zostały również przedłużone w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych do roku 2060, przy założeniu dalszego spadku prawdopodobieństw zgonu po roku 2035. Prognoza ludności została przedłużona do roku 2060 na podstawie wymienionych wyżej tablic oraz przy założeniu utrzymania współczynników płodności na stałym poziomie od roku 2035. Została ona także rozszerzona o przedział wiekowy od 100 do 110 lat.

Dodatkowo, wyłącznie w analizie wrażliwości, obliczenia przeprowadzono przy wykorzystaniu zmodyfikowanej prognozy demograficznej. Modyfikację przeprowadzono w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Polegała ona na uwzględnieniu danych demograficznych GUS do 2010 roku, przy zachowaniu na dalsze lata trendów (dotyczących współczynników płodności oraz prawdopodobieństw zgonów) z prognozy demograficznej GUS na lata 2008-2035 przedłużonej w ZUS do 2060 roku.

3. Zmiany sytuacji demograficznej w Polsce – starzenie się społeczeństwa

Procesy demograficzne, poprzez swój silny, bezpośredni wpływ na liczby świadczeniobiorców i ubezpieczonych oddziałują istotnie na sytuację finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

W prognozie wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wykorzystana została prognoza demograficzna na lata 2008-2035 sporzą-

dzona przez Główny Urząd Statystyczny w 2008 roku. Poniżej przedstawiono krótki opis wyników prognozy demograficznej do 2017 roku.

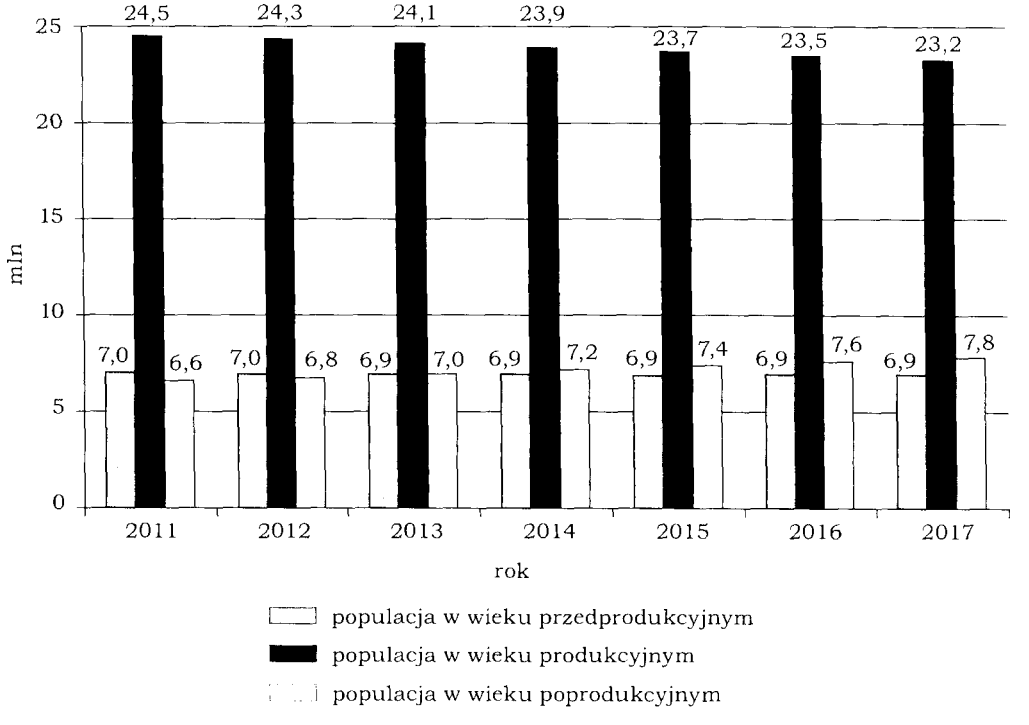
W okresie do 2017 roku obserwujemy coroczny spadek populacji z 38 082 tys. w 2011 roku do 37 957 tys. w roku 2017. Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym maleje, osiągając w 2017 roku poziom o 103 tys. osób mniejszy niż w roku 2011. Populacja w wieku produkcyjnym również maleje, osiągając w 2017 roku poziom o przeszło 1,2 mln osób mniejszy niż w roku 2011, a populacja osób w wieku poprodukcyjnym cały czas rośnie i w 2017 roku osiąga poziom o około 1,2 mln osób większy niż w roku 2011.

Zmieniają się także udziały poszczególnych grup ekonomicznych w całej populacji. I tak, udział populacji w wieku przedprodukcyjnym maleje z 18,5% w 2011 roku do 18,3% w roku 2017, a udział populacji w wieku produkcyjnym maleje z 64,2% w 2011 roku do 61,2% w roku 2017. Udział populacji w wieku poprodukcyjnym rośnie z 17,3% w 2011 roku do 20,6% w roku 2017.

Na wykresie 1 przedstawiono prognozę ludności Polski w podziale na ekonomiczne grupy wieku: przedprodukcyjny (poniżej 18 lat), produkcyjny (mężczyźni od 18 do 64 lat, kobiety od 18 do 59 lat) i poprodukcyjny (mężczyźni powyżej 64 lat, kobiety powyżej 59 lat). Tabela 1 ukazuje udziały grup ekonomicznych w całej populacji.

Wykres 1

Populacja w podziale na ekonomiczne grupy wieku



Źródło: Prognoza demograficzna na lata 2008-2035, Główny Urząd Statystyczny.

Tabela 1

Udziały procentowe poszczególnych grup ekonomicznych w całej populacji

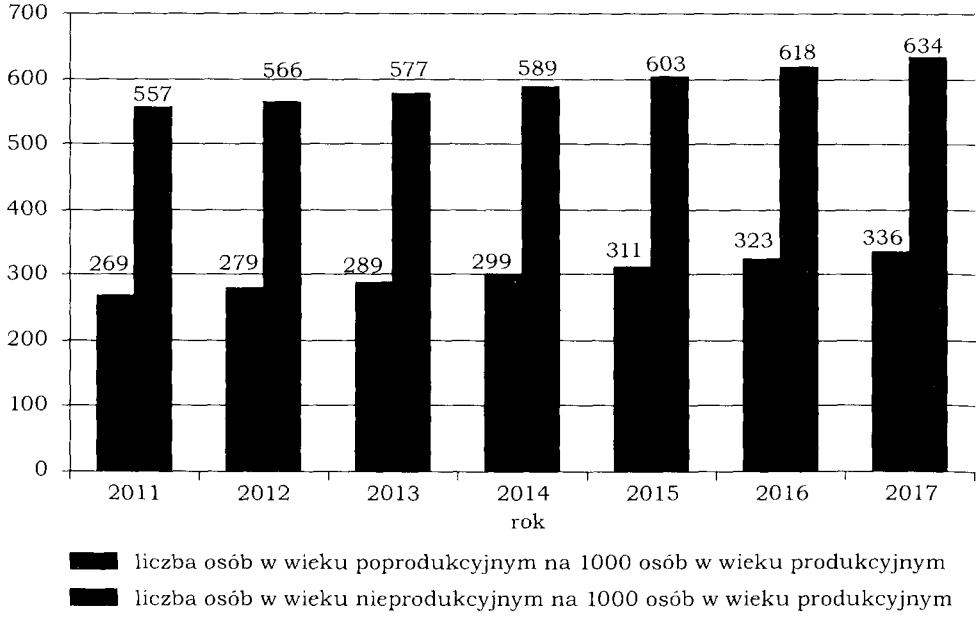
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Populacja:							
— w wieku przedprodukcyjnym	18,5	18,3	18,3	18,2	18,2	18,2	18,3
— w wieku produkcyjnym	64,2	63,9	63,4	62,9	62,4	61,8	61,2
— w wieku poprodukcyjnym	17,3	17,8	18,3	18,8	19,4	20,0	20,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie prognozy demograficznej na lata 2008-2035 sporządzonej przez Główny Urząd Statystyczny.

Zmiany w strukturze populacji dobrze obrazuje stosunek liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym. Zgodnie z prognozą demograficzną GUS, iloraz ten rośnie. W 2011 roku na 1000 osób w wieku produkcyjnym przypada 269 osób w wieku poprodukcyjnym, natomiast w 2017 roku liczba ta wynosi 336. Rośnie także iloraz liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym. Zgodnie z prognozą demograficzną GUS w 2011 roku na 1000 osób w wieku produkcyjnym przypada 557 osób w wieku nieprodukcyjnym, natomiast w 2017 roku liczba ta wynosi 634 (wykres 2).

Wykres 2

Liczba osób w wieku poprodukcyjnym i nieprodukcyjnym na 1000 osób w wieku produkcyjnym



Źródło: Obliczenia własne na podstawie prognozy demograficznej na lata 2008-2035 sporządzonej przez Główny Urząd Statystyczny.

W modelu *FUS10* przewidziano dodatkowo możliwość wykorzystania zmodyfikowanej prognozy demograficznej. Modyfikacja polegała na uwzględnieniu danych demograficznych GUS do 2010 roku, przy zachowaniu na dalsze lata trendów (dotyczących współczynników płodności oraz prawdopodobieństw zgonów) z prognozy demograficznej GUS na lata 2008-2035 przedłużonej w ZUS do 2060 roku. W zmodyfikowanej prognozie demograficznej nie uwzględniano migracji. Modyfikację przeprowadzono w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. W zmodyfikowanej prognozie demograficznej w porównaniu do prognozy demograficznej GUS na lata 2008-2035 poziom populacji jest większy w każdym roku omawianego okresu, różnica ta wynosi 174 tys. w 2011 roku i rośnie osiągając w roku 2017 poziom 532 tys. W zmodyfikowanej prognozie demograficznej większa jest także liczba osób w każdej ekonomicznej grupie wieku w porównaniu do prognozy demograficznej GUS. Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym jest większa o 40 tys. w roku 2011 i różnica ta cały czas rośnie do poziomu 135 tys. w roku 2017. W latach 2011-2017 rosną też różnice dla osób w wieku produkcyjnym z 73 tys. do 187 tys. oraz dla osób w wieku poprodukcyjnym z 62 tys. do 210 tys.

4. Wyniki prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2013-2017

Szczegółowe założenia i wyniki prognozy znaleźć można w opracowaniu *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017* (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa wrzesień 2011).

We wszystkich wariantach prognozy posłużono się założeniami makroekonomicznymi przygotowanymi w lipcu 2011 roku przez Departament Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów.

W wariancie nr 1 (wariancie pośrednim) założono utrzymanie częstości przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy oraz rent rodzinnych na średnim poziomie zaobserwowanym w latach 2008-2010. W wariantach nr 2 i 3 (odpowiednio w wariancie pesymistycznym i optymistycznym) założono odpowiednio zwiększenie lub zmniejszenie – w porównaniu z wariantem nr 1 – częstości przyznawania emerytur, rent z tytułu niezdolności do pracy oraz rent rodzinnych. Ponadto w wariantach nr 2 i 3 odpowiednio zmniejszono lub zwiększono estymator prawdopodobieństwa utraty uprawnień do rent. W wariancie nr 1 założono utrzymanie częstości przyznawania emerytur górniczych na średnim poziomie zaobserwowanym w latach 2008-2010. W wariantach nr 2 i 3 odpowiednio zwiększono lub zmniejszono częstość przyznawania emerytur górniczych.

4.1. Uwagi do wyników prognozy

Przy odczytywaniu i interpretacji wyników prognozy należy pamiętać, że:

— saldo roczne jest różnicą wpływów i wydatków w danym roku, jest to zatem wynik finansowy wyłącznie z rocznej działalności Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

— w wynikach prognozy po stronie wpływów uwzględniono wyłącznie wpływy składkowe oraz celową dotację budżetową na pokrycie świadczeń finansowanych z budżetu państwa, a wypłacanych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

— w wydatkach uwzględniono wydatki na wszystkie świadczenia wypłacane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

— obok wydatków na świadczenia uwzględniono też odpis na działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a także koszty prewencji rentowej i wypadkowej.

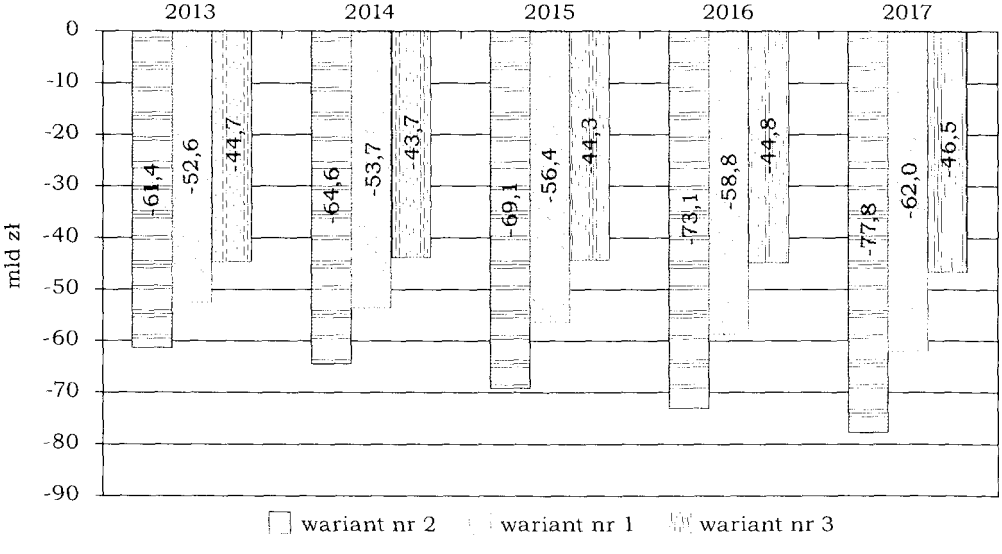
Należy wziąć pod uwagę, że w rzeczywistości przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych pochodzą nie tylko ze składek, ale także z refundacji z tytułu przekazania składek do otwartych funduszy emerytalnych, z dotacji z budżetu państwa, czy też ze środków Funduszu Rezerwy Demograficznej. Tymczasem w wynikach prognozy po stronie wpływów uwzględniono wyłącznie wpływy składkowe i dotację celową z budżetu państwa. Dzięki takiemu ujęciu prognoza daje niezakłócony obraz wyniku rocznej działalności Funduszu Ubezpieczeń Społecznych dla każdego kolejnego prognozowanego roku. Dlatego też prezentowane w prognozie deficyty roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (ujemne salda roczne FUS) nie będą w całości pokrywane z dotacji z budżetu państwa.

4.2. Wyniki prognozy

Wyniki prognozy zaprezentowano w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok (wykres 3) oraz w procencie produktu krajowego brutto (wykres 4).

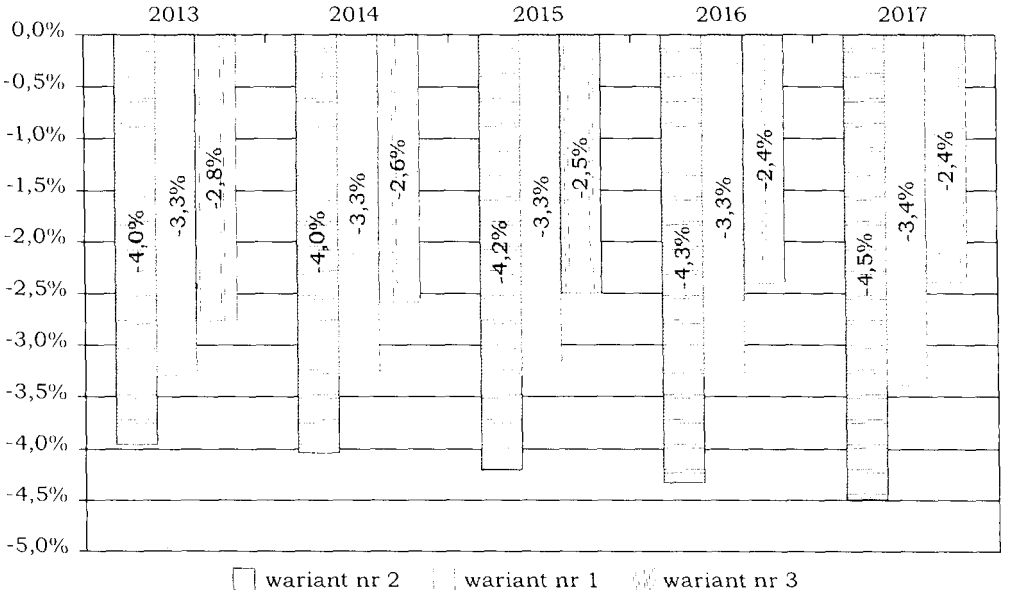
Wykres 3

Prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok



Wykres 4

Prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w procencie produktu krajowego brutto



We wszystkich wariantach przez cały okres prognozy Fundusz Ubezpieczeń Społecznych generuje deficyty roczne (ujemne salda roczne). Oznacza to, że bieżące składki oraz dotacja celowa na pokrycie świadczeń finansowanych z budżetu państwa nie pokrywają wydatków.

W wariantach nr 1 i 3 w początkowym okresie prognozy saldo roczne FUS w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok rośnie (co oznacza spadek deficytów rocznych). Wzrost ten następuje do 2013 roku dla wariantu nr 1 oraz do 2014 roku dla wariantu nr 3. W kolejnych latach dla wariantów nr 1 i 3 oraz we wszystkich prognozowanych latach dla wariantu nr 2 następuje spadek salda rocznego FUS, co oznacza pogłębianie deficytu rocznego.

Prognozowane saldo roczne FUS wyrażone w procencie produktu krajowego brutto zachowuje się nieco inaczej niż saldo roczne FUS w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok. W wariancie nr 3 saldo roczne FUS w procencie PKB cały czas rośnie, a w wariancie nr 2 cały czas maleje. W wariancie nr 1 do 2014 roku saldo roczne FUS w procencie PKB rośnie, a w latach 2015-2017 – maleje. W wariantach nr 1 i 2 saldo roczne FUS w procencie PKB w 2017 roku jest mniejsze niż w roku 2013: o 0,1 punktu procentowego w wariancie nr 1 i o 0,5 punktu procentowego w wariancie nr 2. W wariancie nr 3 saldo roczne FUS w procencie PKB w 2017 roku jest o 0,4 punktu procentowego większe niż w 2013 roku.

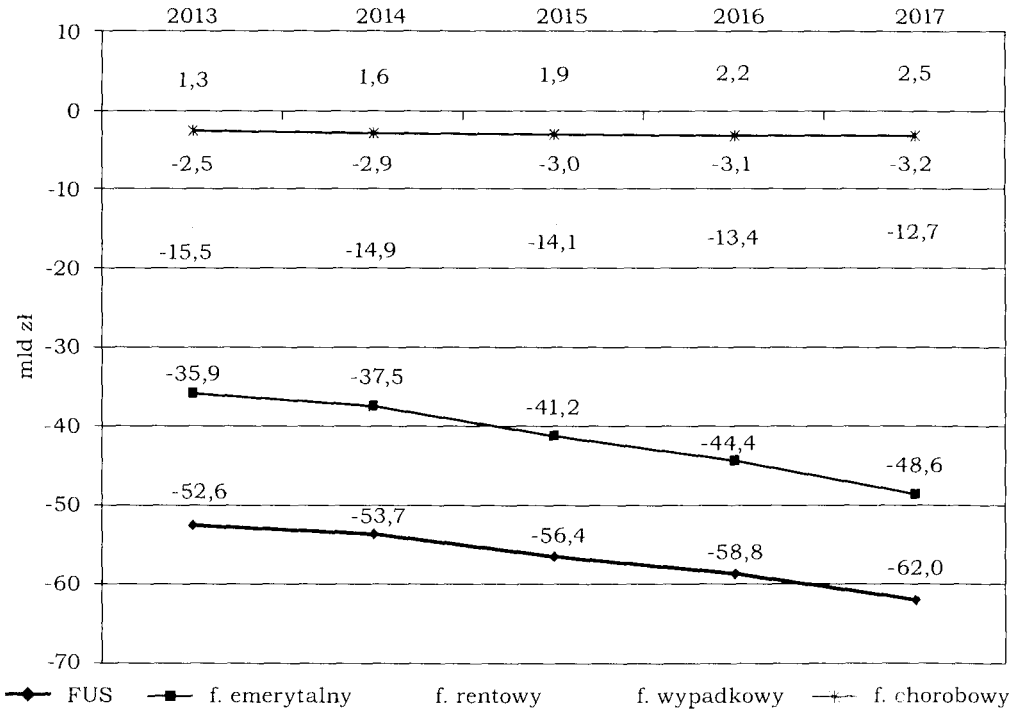
Poprawa sytuacji finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych obserwowana w pierwszym okresie prognozy w wariantach nr 1 i 3 związana jest w dużej mierze z założonym spadkiem stopy bezrobocia – co przekłada

się na wzrost liczby ubezpieczonych, przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby emerytów i rencistów. Spadek liczby emerytów następuje do 2013 roku i wynika z mniejszej liczby nowo przyznanych emerytur w związku z „wygaszaniem" wcześniejszych emerytur dla osób urodzonych po 1948 roku. Przez cały okres prognozy maleje również liczba rencistów z tytułu niezdolności do pracy – prognoza zachowuje tu trend obserwowany od wielu lat. Na wzrost deficytu rocznego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok) od lat 2013-2015 wpływa wzrost deficytu funduszu emerytalnego i skala wzrostu tego deficytu.

Na deficyt roczny Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w prognozowanym okresie wpływa przede wszystkim skala deficytu w funduszach emerytalnym i rentowym (wykres 5). Każdy z tych dwóch funduszy przez wszystkie lata prognozy generuje deficyty roczne. Deficyt roczny prognozowany jest również w funduszu chorobowym. Skala tego deficytu w porównaniu do deficytu całego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych jest jednak stosunkowo niewielka. Rosnące nadwyżki roczne generowane przez fundusz wypadkowy mają niewielki wpływ na poprawę sytuacji finansowej całego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Wykres 5

Prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok z podziałem na poszczególne fundusze – wariant nr 1



Na prognozowany wzrost deficytu w funduszu emerytalnym istotny wpływ ma coraz wolniejszy wzrost liczby ubezpieczonych (a w 2017 roku w wariantach nr 1 i 2 nawet spadek liczby ubezpieczonych) oraz znaczny wzrost liczby osób pobierających emerytury od 2014 roku. Związane jest to z osiąganiem ustawowego wieku emerytalnego przez kolejne kohorty osób urodzonych po 1948 roku, które nie miały prawa do tzw. wcześniejszych emerytur oraz z przechodzeniem na emerytury osób z wyżu demograficznego po II wojnie światowej.

We wszystkich wariantach przez cały okres prognozy fundusz rentowy generuje deficyty roczne. Należy jednak zwrócić uwagę, że w horyzoncie prognozy przewiduje się poprawę sytuacji w funduszu rentowym, co związane jest z malejącą liczbą rent z tytułu niezdolności do pracy przy jednoczesnym zwiększaniu się liczby osób objętych ubezpieczeniami rentowymi.

Fundusz chorobowy – podobnie jak fundusze emerytalny i rentowy – przez wszystkie lata prognozy we wszystkich wariantach generuje deficyty roczne. Wyraźnie większy wzrost deficytu następuje w 2014 roku, co związane jest z wydłużeniem dodatkowego urlopu macierzyńskiego, a w konsekwencji ze wzrostem wydatków na zasiłki macierzyńskie.

Fundusz wypadkowy jest jedynym funduszem wyodrębnionym w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, który w prognozowanym okresie generuje nadwyżki roczne (dodatnie salda roczne). Poprawa sytuacji w tym funduszu wynika w dużej mierze z malejącej liczby osób pobierających renty wypłacane z funduszu wypadkowego.

4.3. Analiza wrażliwości

W celu zbadania wpływu zmian najważniejszych parametrów na wyniki generowane przez model prognostyczny przeprowadzono analizę wrażliwości. Analiza ta wykazała silne zróżnicowanie wpływu, jaki na wyniki modelu wywierają zmiany poszczególnych parametrów. Obok parametrów, których nawet bardzo małe odchylenia powodują istotne zmiany wyników (na przykład wskaźnik realnego wzrostu wynagrodzeń), istnieją parametry o marginalnym wpływie na ostateczny wynik generowanej prognozy. Na podstawie zamieszczonych tabel można prześledzić fluktuacje wpływów (tabela 2) i wydatków (tabela 3) Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w zależności od zmian wartości najważniejszych parametrów o charakterze ekonomicznym. W tabelach zamieszczono również porównanie z wariantem nr 1 scenariusza przeliczonego dla zmodyfikowanej prognozy demograficznej. Liczby umieszczone w tabelach należy rozumieć jako procentowe odchylenia zdyskontowanych inflacją na 2010 rok wpływów i wydatków od odpowiednich wartości uzyskanych dla wariantu nr 1. Zdecydowano się na wartości zdyskontowane a nie nominalne, aby zapewnić porównywalność z wariantami, w których analizie podlegał wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Tabela 2

Analiza wrażliwości – wpływy (w %)

Zmiana względem wariantu nr 1	2013	2014	2015	2016	2017
stopa inflacji większa o 1 p.p.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
stopa inflacji mniejsza o 1 p.p.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
stopa bezrobocia większa o 1 p.p.	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
stopa bezrobocia mniejsza o 1 p.p.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
realny wzrost wynagrodzeń większy o 1 p.p.	2,9	3,9	4,9	6,0	7,0
realny wzrost wynagrodzeń mniejszy o 1 p.p.	-2,9	-3,8	-4,8	-5,7	-6,6
ściągalność składek większa o 1 p.p.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
ściągalność składek mniejsza o 1 p.p.	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
zmodyfikowana prognoza demograficzna	0,4	0,6	0,7	0,8	0,8

Tabela 3

Analiza wrażliwości – wydatki (w %)

Zmiana względem wariantu nr 1	2013	2014	2015	2016	2017
stopa inflacji większa o 1 p.p.	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1
stopa inflacji mniejsza o 1 p.p.	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
stopa bezrobocia większa o 1 p.p.	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2
stopa bezrobocia mniejsza o 1 p.p.	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
realny wzrost wynagrodzeń większy o 1 p.p.	0,6	0,9	1,4	1,8	2,3
realny wzrost wynagrodzeń mniejszy o 1 p.p.	-0,6	-0,9	-1,3	-1,8	-2,2
ściągalność składek większa o 1 p.p.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ściągalność składek mniejsza o 1 p.p.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
zmodyfikowana prognoza demograficzna	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,2

Spośród parametrów poddanych powyższej analizie największe znaczenie, zarówno dla wpływów jak i dla wydatków, ma realny wzrost przeciętnego wynagrodzenia. Efekty większego lub mniejszego realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia kumulują się tutaj z roku na rok. Przy czym większym wpływom towarzyszą większe wydatki, a mniejszym wpływom – mniejsze wydatki.

5. Aneks do prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017

Poniżej zamieszczono dodatkowe wyniki, których nie zawierała *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017* i które nie były przedstawione na seminarium organizowanym przez ZUS. Prognoza, o której mowa wyżej, przygotowana została przy wykorzystaniu założeń makroekonomicznych opracowanych w lipcu 2011 roku przez Departament Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów. W grudniu 2011 roku Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy budżetowej na rok 2012. Założenia makroekonomiczne z ustawy budżetowej na 2012 rok istotnie odbiegły od założeń przyjętych w wariancie nr 1 prognozy z września 2011 roku.

Wobec powyższego, model prognostyczny *FUS10* dla wariantu nr 1 (wariantu pośredniego) prognozy przeliczono przy założeniach makroekonomicznych na lata 2011-2015 z ustawy budżetowej na rok 2012. Na lata 2016-2017 przyjęto założenia dostarczone przez Ministerstwo Finansów. Poza tym założono, że średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów będzie większy od średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem:

— o 0,5 punktu procentowego w 2011 roku,

— o 0,3 punktu procentowego od 2012 roku.

Uwzględniono również poziom odpisu na działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z ustawy budżetowej na 2012 rok. Poza opisanymi wyżej zmianami, zachowano wszystkie pozostałe założenia z wariantu nr 1 *Prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2013-2017* (w tym prognozę demograficzną zasilającą model prognostyczny – prognoza demograficzna na lata 2008-2035 sporządzona przez Główny Urząd Statystyczny). Dla zachowania porównywalności z prognozą utrzymano stan prawny z września 2011 roku, w szczególności stopę procentową składki na ubezpieczenia rentowe na poziomie 6,00%. Wariant ten oznaczono jako **I**.

W dniu 21 grudnia 2011 roku uchwalona została ustawa o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2011 r. nr 291, poz. 1706) podwyższająca stopę składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00% podstawy wymiaru składki. Ponieważ zmiana ta ma istotny wpływ

na sytuację finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, dodatkowo umieszczono wyniki dla scenariusza analogicznego do wariantu I, ale z uwzględnieniem podwyższenia stopy składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00%. Wariant z podwyższoną stopą składki na ubezpieczenia rentowe oznaczono jako **I-R**.

Obliczenia przeprowadzono przy założeniach makroekonomicznych z projektu ustawy budżetowej na rok 2012 (lata 2011-2015) oraz przy założeniach przekazanych przez Ministerstwo Finansów na lata 2016-2017 (tabela 4).

Tabela 4

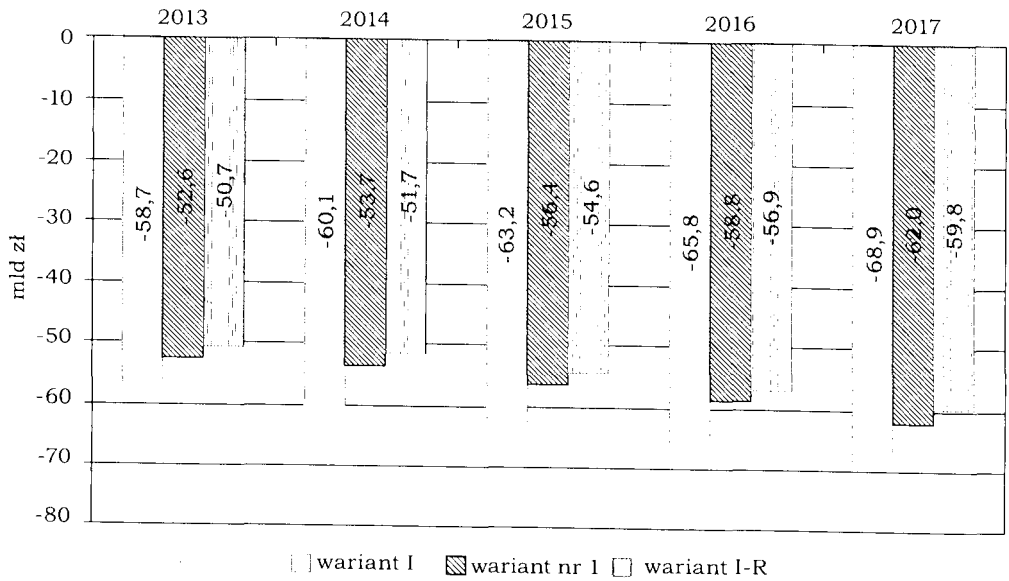
Założenia makroekonomiczne – aneks do prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2013-2017 (w %)

Rok	Wskaźnik realnego wzrostu PKB	Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem	Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów	Wskaźnik realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia	Stopa bezrobocia (stan na koniec roku)
2011	104,0	104,1	104,6	101,0	12,4
2012	102,5	102,8	103,1	101,1	12,3
2013	103,4	102,5	102,8	101,8	11,8
2014	103,8	102,5	102,8	102,7	11,0
2015	103,9	102,5	102,8	102,6	10,4
2016	103,6	102,5	102,8	102,6	9,8
2017	103,7	102,5	102,8	102,8	9,3

Wykresy 6 i 7 przedstawiają prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych odpowiednio w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok oraz w procencie produktu krajowego brutto dla wariantów I, I-R oraz dodatkowo dla wariantu nr 1 z *Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2013-2017.*

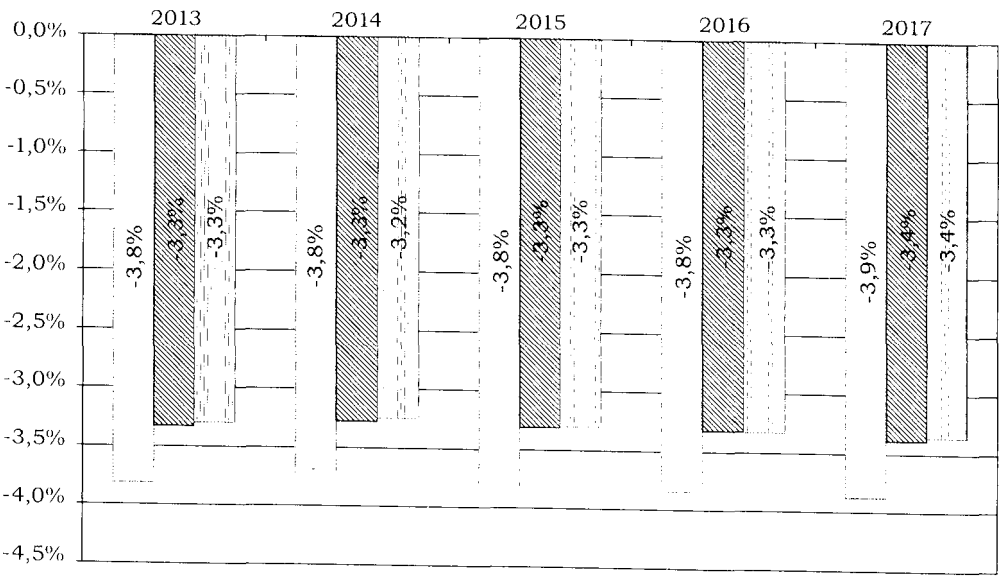
Wykres 6

Prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok



Wykres 7

Prognozowane saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w procencie produktu krajowego brutto



Porównując wyniki dla wariantów I i nr 1 stwierdzić można, że uwzględnienie założeń makroekonomicznych z ustawy budżetowej na 2012 rok powoduje istotne pogorszenie prognozowanej sytuacji Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i wzrost deficytu rocznego. Jest to naturalne, gdy porówna się założenia makroekonomiczne przyjęte w tych scenariuszach. Założenia w wariancie nr 1 *Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* były bardziej optymistyczne niż późniejsze założenia, które wykorzystano w wariancie I. Porównując wyniki dla powyższych dwóch wariantów widać także, jak duży wpływ na prognozę sytuacji finansowej Funduszu Ubezpieczeń Społecznych mają założenia makroekonomiczne.

Uwzględnienie w prognozie zmiany przepisów polegającej na podwyższeniu stopy składki na ubezpieczenia rentowe (wariant I-R) powoduje poprawę prognozowanego salda rocznego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. We wszystkich prognozowanych latach saldo roczne Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2010 rok) w wariancie I-R jest większe niż w wariancie nr 1 *Prognozy wpływów i wydatków FUS na lata 2013-2017*. Jednak poprawa salda rocznego FUS w wyniku podwyższenia stopy składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00% tylko w niewielkim stopniu przewyższa pogorszenie salda rocznego FUS, które obserwujemy w wyniku zmiany założeń makroekonomicznych przyjętych w prognozie. Podwyższenie stopy składki na ubezpieczenia rentowe do 8,00% podstawy wymiaru składki powoduje także, że spada udział deficytu funduszu rentowego w deficycie całego Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Bogusław Grabowski
Rada Gospodarcza
przy Premierze RP

Wpływ systemu ubezpieczeń społecznych na gospodarkę

1. Wprowadzenie

We współczesnym świecie powszechny, obowiązkowy systemem emerytalny obejmuje około 20% ludności. Istnienie takich systemów w poszczególnych krajach rodzi liczne współzależności pomiędzy szczegółowymi ich rozwiązaniami a procesami gospodarczymi i demograficznymi, jakie w gospodarkach tych krajów występują.

Wprowadzanie powszechnych systemów emerytalnych podyktowane jest koniecznością realizacji – uznanego w danym społeczeństwie za ważny – celu społecznego polegającego na alokacji dochodów całego społeczeństwa osiągniętych w danym okresie w taki sposób, aby wszyscy uczestnicy tego systemu dysponowali dochodami przez okres całego swojego życia. Tak więc potencjalne, pozytywne czy też negatywne skutki realizacji tego celu społecznego dla gospodarki są jakby efektem dodatkowym, nie są celem działania systemu.

Siła i kierunek – pozytywny czy negatywny – wpływu systemu emerytalnego na procesy zachodzące w gospodarce zależą w znacznym stopniu od konkretnego kształtu tego systemu, jego skali i zasięgu działania, dostosowania do aktualnych i przewidywanych procesów demograficznych, dostosowania do stopnia konkurencyjności czy efektywności finansów publicznych. Systemy emerytalne mogą nie tylko w różnym stopniu realizować cel społeczny, dla którego zostały powołane, ale w różnym stopniu i z różną intensywnością wpływać na gospodarkę.

Powszechne, obowiązkowe systemy emerytalne oddziałują na procesy gospodarcze głównie poprzez ich pływ na:

— podaż pracy,
— popyt na pracę,
— skłonność do oszczędzania,
— stan finansów publicznych,
— długookresowe procesy demograficzne.

2. Wpływ polskiego, zreformowanego pracowniczego systemu emerytalnego na gospodarkę w długim i krótkim okresie

Aby ocenić potencjalny wpływ polskiego pracowniczego sytemu emerytalnego w jego kształcie docelowym po reformie z 1999 roku należy przeanalizować możliwy wpływ tego systemu zarówno w krótkim, jak i długim okresie na poszczególne segmenty gospodarki, a więc na rynek pracy, na stan finansów publicznych oraz, ze względu na jego filar kapitałowy, na rozwój i stan rynku kapitałowego.

Ocenie powinny podlegać wszystkie konstytutywne cechy naszego systemu emerytalnego, a więc:

— dwufilarowość tego systemu (filar repartycyjny i kapitałowy),
— przyjęcie zasady zdefiniowanej składki,
— wysokość składki i jej podział pomiędzy dwa filary systemu,
— sposób waloryzacji skumulowanej składki na rachunku części repartycyjnej,
— wysokość wieku emerytalnego,
— zasady funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych,
— zasady wypłat i waloryzacji świadczeń.

Każda z wymienionych, konstytutywnych cech naszego systemu emerytalnego może w różny sposób przyczyniać się do realizacji społecznego celu, dla jakiego system działa, ale też w różny sposób i różnymi kanałami oddziaływać na procesy zachodzące w gospodarce.

2.1. System emerytalny a rynek pracy

W założeniu reforma emerytalna z 1999 roku, wprowadzająca system zdefiniowanej składki i dwufilarowość, z filarem kapitałowym, którego skumulowane na prywatnym koncie składki emerytalne podlegają dziedziczeniu do dnia uzyskania wieku emerytalnego, miała oddziaływać w kierunku wzrostu podaży pracy. Zwiększone nakłady pracy miały wynikać: (1) ze wzrostu zależności pomiędzy uzyskanym łącznym dochodem z pracy w okresie aktywności zawodowej oraz (2) z przechodzenia zatrudnionych w szarej strefie gospodarki do legalnego zatrudnienia, a więc zatrudnienia skutkującego w przyszłości wyższym poziomem świadczenia emerytalnego.

W praktyce, silny, koniunkturalny wzrost poziomu bezrobocia w pierwszych latach po wprowadzeniu zreformowanego systemu emerytalnego (w latach 2000-2002) oraz oddalony w czasie (o kilkadziesiąt lat) wpływ nowego systemu na poziom wypłacanych świadczeń spowodowały, że oczekiwanego zjawiska zmniejszania się szarej strefy zatrudnienia i większego zainteresowania pracą skutkującą wzrostem poziomu gromadzonej składki nie zaobserwowano. Jak pokazała dyskusja publiczna w czasie konsultacji społecznych w 2011 roku, przed ustawowym obniżeniem części składki emerytalnej przekazywanej do otwartych funduszy emerytalnych, przejście od 1999 roku do systemu zdefiniowanej składki, a więc rozpoczęcie procesu radykalnego zmniej-

szenia stopy zastąpienia (z ponad 60% w 1998 roku do docelowo niewiele ponad 30% średnio) nie trafiło do świadomości społecznej, ani nie skutkowało wzrostem nakładów świadczonej pracy czy wzrostem skłonności do oszczędzania na okres po zakończeniu aktywności zawodowej.

Należy jednak zwrócić uwagę, że całokształt wpływu przyjętych rozwiązań w systemie emerytalnym na podaż pracy ujawni się dopiero po dłuższym, a więc nawet i kilkudziesięcioletnim okresie ich obowiązywania, bo tylko w pełni ukształtowany i długo funkcjonujący system może ujawnić pełne skutki behawioralne jego uczestników.

Istotnym elementem systemu emerytalnego, który bezpośrednio wpływa na sytuację na rynku pracy jest wysokość wieku emerytalnego. Im wyższy jest systemowy wiek uprawniający do nabycia prawa do świadczenia emerytainego, tym większa jest podaż pracy. Zasadniczym błędem wprowadzonej w 1999 roku reformy emerytalnej było zaniechanie procesu podnoszenia i zrównywania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, mimo rozpoczęcia procesu radykalnego obniżania stopy zastąpienia (relacji średniego poziomu świadczenia emerytalnego do średniego poziomu wynagrodzenia przed uzyskaniem praw do tego świadczenia) i mimo cywilizacyjnego procesu wydłużania się życia w dobrym stanie zdrowia i spadku dzietności rodzin (liczby urodzeń). To istotne uchybienie w reformie, wraz z pozostawieniem prawa do wcześniejszych emerytur zostało naprawione w 2009 roku poprzez wprowadzenie emerytur pomostowych i likwidację prawa do wcześniejszych emerytur, a następnie w roku 2012 poprzez przyjęcie ustawy o stopniowym podnoszeniu i wyrównywaniu wieku emerytalnego. W ten sposób proces negatywnego wpływu systemu emerytalnego na podaż (a więc i cenę) na rynku pracy został powstrzymany i zostaje stopniowo odwracany wskutek wydłużania faktycznego, przeciętnego wieku przechodzenia na emeryturę.

Od strony popytu, zreformowany system emerytalny najsilniej wpływa na rynek pracy poprzez wysokość składki i zasady jej podziału pomiędzy filarami. Jest oczywiste, że czym wyższa składka emerytalna w relacji do wynagrodzenia, tym mniejszy popyt na pracę, bo tym wyższe są koszty pracy. Taka sama zależność występuje w przypadku wysokości części składki odprowadzanej do otwartych funduszy emerytalnych – im ta część jest większa, *ceteris paribaus*, tym wyższy deficyt finansów publicznych i/lub wyższe obciążenia podatkowe, a więc tym mniejszy popyt na pracę. Ustalenie przy wprowadzeniu filara kapitałowego, a więc przy rozpoczęciu budowy dodatkowej, równoległej przedpłacanej części systemu emerytalnego jej składki na poziomie 7,3% wynagrodzenia brutto bardzo szybko okazało się zdecydowanie nadmiernym obciążeniem dla gospodarki. Skala równoczesnego, niezbędnego obniżenia konsumpcji w tej wysokości, i to przez kolejne kilkadziesiąt lat (około 40) była i wciąż jest nieuświadomiona w szerokich kręgach ekonomistów, o społeczeństwie nie wspominając. Dostrzeżono ją dopiero przy pierwszym istotnym spowolnieniu wzrostu gospodarczego i obniżono począwszy od maja 2011 roku. (W tym samym czasie prawie wszystkie kraje, które tak jak Polska wprowadziły dodatkową, przedpłacaną część systemu

emerytalnego, bez redukcji skali dotychczasowego repartycyjnego systemu, albo ją zlikwidowały, albo zawiesiły czy radykalnie ograniczyły).

Kolejnym istotnym elementem systemu emerytalnego wpływającym na funkcjonowanie rynku pracy są zasady wypłaty świadczeń emerytalnych. System oparty na zdefiniowanym świadczeniu, a więc oderwanie wysokości świadczenia emerytalnego od sumy zgromadzonych składek w okresie aktywności zawodowej, jest czynnikiem zmniejszającym skłonność do podejmowania pracy za dane przez rynek pracy wynagrodzenie. Dzięki temu krzywa podaży pracy jest nachylona mniej ostro względem średniego wynagrodzenia w porównaniu do systemu emerytalnego opartego na zdefiniowanej składce (DC system). Oczywiście, pełne ujawnienie się zalet nowego systemu – systemu zdefiniowanej składki, a nie zdefiniowanego świadczenia, wprowadzonego reformą 1999 roku, w jego wpływie na kształt funkcji podaży pracy nastąpi po dłuższym okresie.

Ważnym czynnikiem systemu emerytalnego wpływającym na rynek pracy jest wielorakość rozwiązań systemu emerytalnego, różna dla różnych grup społecznych (np. rolników) czy zawodowych (służby mundurowe, sędziowie i prokuratorzy, górnicy). Jeśli pomiędzy podsystemami systemu emerytalnego nie ma mobilności, to wpływa to petryfikująco na rynek pracy, zmniejszając poziom mobilności podaży pracy pomiędzy różnymi zawodami, wyodrębnionymi także różnymi systemami naliczania składki i wypłaty świadczeń. Ograniczenie międzyzawodowej, a przez to często także geograficznej, mobilności zasobów pracy zmniejsza elastyczność dostosowania podaży pracy do popytu na pracę, zwiększając poziom bezrobocia i zmniejszając poziom aktywności gospodarczej. Ma to szczególnie negatywne znaczenie w systemie emerytalnym opartym na zdefiniowanej składce, jeśli system jej gromadzenia nie podlega przekazywaniu do kolejnego podsystemu lub jeśli jeden podsystem jest oparty na zdefiniowanej składce a inne nie. Taka sytuacja dotyczy polskiego systemu emerytalnego: na przykład odrębność systemowa dla rolników i pracowników ogranicza mobilność zasobów pracy pomiędzy tymi częściami gospodarki (w szczególności z rolnictwa do bardziej wydajnych sektorów), w istotny sposób spowalniając proces jej modernizacji.

2.2. System emerytalny a rynek kapitałowy oraz skłonność do oszczędzania

Repartycyjny system emerytalny nie ma bezpośredniego wpływu na rynek kapitałowy. A jego wpływ na skłonność do oszczędzania zależy od tego, w jakim stopniu zaspokaja on potrzeby życiowe niepracującej już generacji. Systemy dające niskie poziomy zabezpieczenia skłaniają do oszczędzania w czasie aktywnej zawodowo części życia, by po jej zakończeniu spadek poziomu życia był jak najmniejszy. Wywierają więc pozytywny wpływ na skłonność do oszczędzania sektora prywatnego. Jeśli system taki jest zbilansowany demograficznie i finansowo, to daje on również relatywnie niskie obciążenie dochodów składką emerytalną, a więc zwiększa podstawę dochodową dla oszczędności. Często w takich systemach proces budowania prywatnych oszczędności,

wspierających w przyszłości świadczenie emerytalne na podstawowym poziomie, jest wspierany systemem zachęt podatkowych (ulgi, zwolnienia w zakresie podatku dochodowego czy podatku od zysków kapitałowych).

Istotnym kanałem oddziaływania repartycyjnego systemu emerytalnego na poziom oszczędności w gospodarce jest wpływ tego systemu na finanse publiczne, a więc poziom oszczędności (zwykle ujemny) sektora finansów publicznych. Współcześnie, nie tylko w Polsce, ze względu na pogarszanie się struktury demograficznej (starzenie się ludności) a często także ze względu na oparcie systemu na zasadzie zdefiniowanego świadczenia, systemy emerytalne wywierają negatywny wpływ na poziom oszczędności w gospodarce poprzez wywieranie presji na deficyt w finansach publicznych. Dodatkowo, ten negatywny wpływ systemu emerytalnego na poziom oszczędności w gospodarce, a więc i na poziom inwestycji, wzrost gospodarczy i poziom zatrudnienia, nie jest bezpośrednio uświadamiany przez uczestników systemu emerytalnego: trudno więc o poparcie polityczne dla działań przywracających równowagę w systemie.

Oparcie systemu emerytalnego wyłącznie na filarze kapitałowym (tak jak w Chile na początku lat osiemdziesiątych) wywołuje w okresie formowania się zasobów kapitałowych tego systemu pozytywny wpływ na poziom oszczędności w gospodarce: albo zwiększa się skłonność do oszczędzania (wymuszona) sektora prywatnego, albo (jeśli system współfinansowany jest z nadwyżki w finansach publicznych, jak w Chile, Rosji czy Norwegii) poziom oszczędności sektora publicznego.

Szczególnym przypadkiem było wprowadzenie w Polsce i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej obok systemu repartycyjnego, równoległego filara kapitałowego, a więc przedpłacanego. Budowa tego filara jest w całości finansowana z wydatków publicznych, bo jego uruchomienie nie wiązało się ani z podniesieniem składki (w Polsce nawet ją obniżono poprzez wprowadzenie limitu dochodu oskładkowanego), ani zmniejszeniem wypłat z systemu (np. poprzez podniesienie wieku emerytalnego). W swym zamiarze, budowa równoległego, przedpłacanego, zarządzanego przez sektor prywatny filara kapitałowego miała być sfinansowana z przychodów z prywatyzacji. Łączny koszt tego filara wielokrotnie przekracza jednak możliwą do uzyskania skalę przychodów prywatyzacyjnych, wywierając negatywny wpływ na deficyt sektora finansów publicznych, a więc i na poziom oszczędności w gospodarce. Dlatego też, w obliczu pierwszego silnego kryzysu gospodarczego w skali europejskiej w 2009 roku, który wywarł dewastujący wpływ na stan finansów publicznych i poziom długu publicznego większości gospodarek europejskich, prawie wszystkie kraje, które na przełomie wieków wprowadziły dodatkowy, przedpłacany filar emerytalny, albo odstąpiły od jego budowy, albo budowę tę zawiesiły lub znacznie ograniczyły skalę tego filara.

Proces budowy filara przedpłacanego, kapitałowego, wywołujący negatywny wpływ na stan finansów publicznych, początkowo pozytywnie wpływał na proces budowy rynku kapitałowego w tych krajach, proces i tempo prywatyzacji oraz rozwój i pogłębienie rynków instrumentów finansowych (np. obligacji skarbowych). Budowa filara kapitałowego w krajach

z już funkcjonującym systemem repartycyjnym to nic innego jak zwiększenie wydatków publicznych (nawet i o 3% PKB rocznie, jak w przypadku Polski) z przeznaczeniem ich na zakup instrumentów rynku kapitałowego – akcji i obligacji – przez system zarządzanych prywatnie emerytalnych funduszy inwestycyjnych. Zbyt szybki proces budowy tego filara może jednak prowadzić w dalszej fazie tej budowy na tworzenia się „baniek" spekulacyjnych na poszczególnych rynkach aktywów, które dopuszczone są ustawowo do spektrum inwestycyjnego funduszy emerytalnych. Radykalne zmniejszenie tempa budowy filara kapitałowego po kryzysie 2009 roku znacznie oddaliło takie zagrożenie w większości krajów, które weszły na ścieżkę budowy dodatkowego filara przedpłacanego.

Należy zwrócić uwagę, że wpływ budowy, a następnie funkcjonowania filara kapitałowego systemu emerytalnego na rynek kapitałowy zależy ściśle od decyzji ustawowych i administracyjnych w zakresie zasad inwestycyjnych obowiązujących fundusze emerytalne: spektrum dozwolonych instrumentów finansowych, limitów inwestycyjnych, zasad wyceny aktywów, przyjętych benchmarków inwestycyjnych itd.

Nadmierne skoncentrowanie spektrum inwestycyjnego, złe ustawienie limitów inwestycyjnych czy zła konstrukcja przyjętych benchmarków, może prowadzić do zakłóceń w efektywnym przekazywaniu oszczędności do inwestycji o najwyższej stopie zwrotu, z czasem zmniejszając efektywność alokacji kapitału w gospodarce. Oceniając wpływ filara kapitałowego powszechnych, obowiązkowych systemów emerytalnych na proces alokacji kapitału w gospodarce należy więc pamiętać o wpływie procesu politycznego na tę alokację, właśnie poprzez ustawowe i administracyjne ustalanie zasad inwestycyjnych w funduszach emerytalnych.

2.3. System emerytalny a gospodarka w długim okresie

Wymienione wyżej sposoby oddziaływania szczegółowych rozwiązań systemu emerytalnego na poszczególne elementy sytuacji gospodarczej ujawniają swój łączny wpływ na procesy zachodzące w gospodarce w długim okresie, czasem nawet kilkudziesięcioletnim, i we wzajemnym splocie niekiedy przeciwstawnego oddziaływania. Negatywny wpływ konkretnego rozwiązania systemu emerytalnego, na przykład na podaż na rynku pracy czy na skłonność do oszczędzania, nie musi się oczywiście przejawić w malejącym poziomie zatrudnienia czy słabnącej dynamice inwestycji: inne czynniki wpływające na te same zmienne makroekonomiczne czy rynkowe mogą w swej sile oddziaływania przeważać nad czynnikami systemu emerytalnego. Jeśli na przykład dana gospodarka, z powodu strukturalnych nadwyżek w finansach publicznych generowanych przychodami z eksportu surowców (jak norweska) wprowadzi przedpłacany, kapitałowy filar w uzupełnieniu do systemu emerytalnego repartycyjnego, to nie tylko nie wywoła to presji na deficyt finansów publicznych i ograniczanie poziomu oszczędności w gospodarce, ale może zmniejszać negatywne skutki ograniczonej zdolności tej gospodarki do absorpcji popytu.

W naszej gospodarce transfery do otwartych funduszy emerytalnych nie tworzyłyby deficytu w finansach publicznych, a wprost przeciwnie – stanowiłyby formowanie oszczędności publicznych, gdyby w tym samym czasie, w którym były i są dokonywane, zostały ograniczone inne wydatki w tej samej wysokości lub też gdyby zostały pokryte dodatkowymi przychodami (wymuszone oszczędności). Tak samo potencjalnie pozytywny wpływ wprowadzenia systemu zdefiniowanej składki na wysokość podaży pracy ujawniłby się znacznie wcześniej, gdyby system wypłat świadczeń emerytalnych nie był oparty przez kolejnych kilkadziesiąt lat od wprowadzenia reformy na zdefiniowanym świadczeniu. Również przejście do systemu zdefiniowanej składki i docelowo drastyczne ograniczenie poziomu stopy zastąpienia szybciej ujawniłoby swój potencjalnie pozytywny wpływ na przykład na skłonność do oszczędzania sektora gospodarstw domowych, gdyby świadomość redukcji stopnia zabezpieczenia finansowego przez obowiązkowy system emerytalny była powszechna.

Niski stopień świadomości docelowych skutków zreformowanego systemu emerytalnego był i jest istotną przyczyną niskiego efektu behawioralnego uczestników tego systemu na różne procesy zachodzące w gospodarce, jak wielkość podaży pracy, skłonność do oszczędzania czy skłonność do podejmowania pracy w szarej strefie gospodarki. Zdawać jednak należy sobie sprawę, że świadomość funkcjonalności systemu emerytalnego rozszerza się wraz z doświadczaniem tych funkcjonalności przez uczestników systemu, a to trwa kilka dziesięcioleci.

Część II

FUNDUSZE BUFOROWE W SYSTEMACH EMERYTALNYCH

Dorota Oksenіuk
Narodowy Bank Polski

Norweski Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny

1. Krótka historia

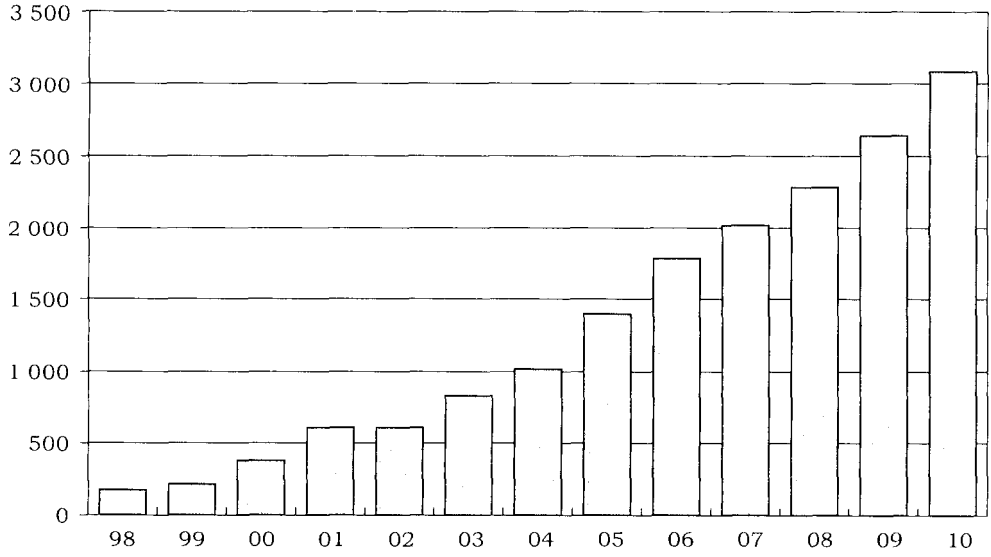
Początki norweskiego Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego *(Statenspensjonsfond utland)* sięgają 1990 roku. Wówczas parlament norweski powołał do życia Rządowy Fundusz Naftowy. Zarządzając dochodami pochodzącymi z wydobycia i sprzedaży ropy naftowej fundusz ten miał chronić norweską gospodarkę przed tzw. chorobą holenderską *(Dutch disease)*, czyli zjawiskiem polegającym na obniżeniu konkurencyjności eksportu i ograniczeniu możliwości rozwoju gospodarki na skutek istotnego wzrostu kursu walutowego, spowodowanego wydobyciem i sprzedażą surowców naturalnych bądź znacznym napływem kapitału do kraju.

Pierwsze środki wpłynęły do Rządowego Funduszu Naftowego w roku 1996. W 2006 roku nazwę funduszu zmieniono na Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny, podkreślając w ten sposób jego rolę w gromadzeniu środków mających służyć w przyszłości zaspokojeniu rosnących wydatków emerytalnych państwa. Zarządzanie funduszem zostało powierzone wyspecjalizowanej komórce w strukturze norweskiego banku centralnego – *Norges Bank Investment Management*. Komórka ta zarządza również większą częścią rezerw walutowych Norwegii.

Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny, który w 2010 roku zarządzał ponad 3 bln NOK (około 1,6 bln zł), stanowi główną część norweskiego Rządowego Funduszu Emerytalnego (wykres 1). W ramach norweskiego Rządowego Funduszu Emerytalnego funkcjonuje również fundusz, który inwestuje środki na rynkach lokalnych – w Norwegii, Szwecji, Finlandii oraz Danii *(Statenspensjonsfond-Noreg)*. Fundusz ten zarządzany jest przez Narodowy Fundusz Ubezpieczeń Społecznych *(Folketrygdfondet)*, instytucję będącą odpowiednikiem polskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Zgromadzone w nim środki są ponad dwudziestokrotnie niższe niż aktywa funduszu globalnego – na koniec 2010 roku ich wartość wyniosła 135 mld NOK (około 70 mld zł). Oba fundusze Rządowego Funduszu Emerytalnego zarządzane są zgodnie z zasadami ustalonymi przez norweskie Ministerstwo Finansów, jednak zarówno *Norges Bank Investment Management*, jak i *Folketrygdfondet* są niezależne w podejmowaniu decyzji inwestycyjnych.

Wykres 1

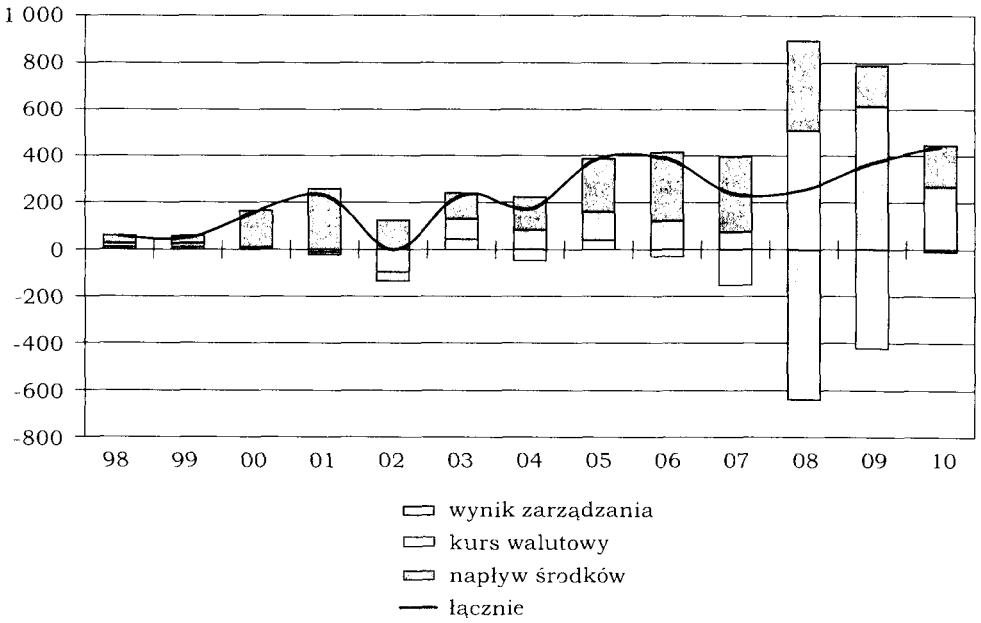
Wartość aktywów Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w latach 1998-2010 (mld NOK)



Źródło: NBMI (2011), *Government Pension Fund Global Annual Report 2010.*

Wykres 2

Zmiany wartości aktywów Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w latach 1998-2010 (mld NOK)



Źródło: NBMI (2011), *Government Pension Fund Global Annual Report 2010.*

Wartość aktywów Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego była w 2010 roku prawie o 1/4 wyższa od PKB Norwegii. Jest on drugim pod względem wysokości zgromadzonych środków państwowym funduszem majątkowym na świecie. Według szacunków norweskiego Ministerstwa Finansów, w 2030 roku aktywa funduszu przekroczą 7,4 bln NOK (4,1 bln zł).

Fundusz należy również do największych inwestorów na światowym rynku akcji. Na koniec 2010 roku posiadał w swoim portfelu akcje 41 spółek notowanych na warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych o wartości 5 mld NOK (około 2,6 mld zł) oraz polskie obligacje skarbowe o wartości 1,7 mld NOK (około 0,9 mld zł).

Od początku funkcjonowania wzrost wartości aktywów funduszu wynikał przede wszystkim z napływu środków (wykres 2). W latach 1996--2010 do funduszu skierowano łącznie około 2,5 bln NOK (1,3 bln zł), a jego zagregowany zysk wyniósł niemal 0,8 bln NOK (0,4 bln zł). Umocnienie korony norweskiej przyczyniło się natomiast do obniżenia wartości aktywów funduszu o 160 mld NOK (około 84 mld zł) (The Norwegian Ministry of Finance, 2011).

Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny jest w pełni zintegrowany z budżetem państwa. Napływ środków do funduszu odzwierciedla wysokość nadwyżki budżetowej w danym roku. Do funduszu transferowane są dochody budżetu państwa związane z wydobyciem i sprzedażą ropy naftowej, a zgromadzone w nim środki mogą być wykorzystywane na pokrycie deficytu budżetowego nieuwzględniającego wpływów z wydobycia i sprzedaży ropy (Government Pension Fund Act, 2005). Roczne wydatki funduszu zostały ograniczone do wysokości oczekiwanej stopy zwrotu z inwestycji, równej zgodnie z założeniami 4%. Według prognoz norweskiego Ministerstwa Finansów, po 2020 roku saldo wpłat i wypłat środków z funduszu będzie ujemne.

Fundusz nie ma obecnie zobowiązań związanych z wypłatami świadczeń emerytalnych. Nie podjęto również decyzji, kiedy zgromadzone w nim środki zostaną przeznaczone na cele emerytalne.

Rozmiar funduszu i osiągane korzyści skali pozwalają utrzymać relatywnie niski poziom kosztów zarządzania aktywami. Łączne koszty zarządzania funduszem poniesione w latach 1998-2010 wyniosły 16,1 mld NOK (8,4 mld zł) (NBIM, 2011). Relacja kosztów zarządzania do wartości aktywów funduszu utrzymywała się na relatywnie stabilnym poziomie i nie przekraczała 14 punktów bazowych. Fundusz może również angażować się w strategie inwestycyjne, które mogłyby okazać się nieopłacalne dla mniejszych funduszy (The Norwegian Ministry of Finance, 2009).

2. Polityka inwestycyjna funduszu

Celem Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego jest osiąganie możliwie najlepszych wyników w długim okresie czasu przy podejmowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka. Środki funduszu lokowane są wyłącznie na rynkach zagranicznych, dzięki czemu norweska gospodarka chroniona jest

przed niekorzystnym wpływem wahań cen ropy naftowej. Ryzyko związane z polityką lokacyjną ograniczane jest dzięki znacznej dywersyfikacji inwestycji.

Początkowo środki funduszu inwestowane były w taki sam sposób jak rezerwy walutowe Norwegii. W 1997 roku całość środków utrzymywana była w obligacjach skarbowych. W 1998 roku część środków po raz pierwszy zainwestowano w akcje. Lokaty w akcje były początkowo ograniczone do 40% aktywów funduszu. W 2007 roku norweski parlament podjął decyzję o stopniowym podwyższeniu ich udziału do 60% aktywów. W 2002 roku umożliwiono funduszowi inwestowanie w pozaskarbowe dłużne papiery wartościowe, a w 2010 roku do katalogu lokat zostały dołączone nieruchomości. Limit inwestycji związanych z rynkiem nieruchomości ma docelowo wynosić 5%. Portfel inwestycji w nieruchomości będzie stopniowo zwiększany, obniżając jednocześnie udział portfela dłużnych papierów wartościowych do 35% aktywów.

Faktyczny udział portfela akcji i portfela dłużnych papierów wartościowych w aktywach funduszu może odchylać się od założonego. Rzeczywisty udział akcji może zawierać się w przedziale 50-70% aktywów funduszu. Dopuszczalny przedział, w jakim może zawierać się rzeczywisty udział dłużnych papierów wartościowych wynosi 30-50% aktywów *(Investment mandate for the Government Pension Fund Global).*

Analizowano również umożliwienie funduszowi dokonywania inwestycji *private equity* oraz inwestycji infrastrukturalnych. Tego rodzaju inwestycje nie zostały jednak włączone do katalogu lokat funduszu ze względu na związany z nimi wysoki poziom ryzyka oraz kosztów (The Norwegian Ministry of Finance, 2011).

Istotny element polityki inwestycyjnej funduszu stanowią kwestie etyczne i społeczne. Z tego względu z katalogu lokat funduszu wykluczane są papiery wartościowe przedsiębiorstw naruszających prawa człowieka, zasady ochrony środowiska oraz firm niespełniających pewnych standardów etycznych – przykładowo producenci broni i producenci wyrobów tytoniowych *(Guidelines for observation and exclusion from the Government Pension Fund Global's investment universe).* Fundusz stara się również w odpowiedni sposób ukierunkowywać zachowania podmiotów, w które inwestuje. Do priorytetowych obszarów tego aspektu działalności funduszu należą kwestie związane ze zmianami klimatu, zarządzaniem światowymi zasobami wody oraz respektowaniem praw dzieci (The Norwegian Ministry of Finance, 2010a).

Zarządzanie częścią środków zgromadzonych w funduszu może być przekazywane podmiotom zewnętrznym. Dzieje się tak wówczas, gdy zarządzający nie mają wystarczającego doświadczenia na danym rynku. Wartość portfela zarządzanego przez jeden podmiot zewnętrzny nie powinna przekroczyć 1% wartości aktywów netto portfela akcji i portfela dłużnych papierów wartościowych. Na koniec 1998 roku podmioty zewnętrzne zarządzały środkami stanowiącymi 40% aktywów funduszu, natomiast na koniec roku 2010 było to niewiele ponad 9% aktywów (The Norwegian Ministry of Finance, 2011). Wynagrodzenie zewnętrznych zrządzających uzależnione jest od osiągniętych wyników inwestycyjnych. Jego wysokość stanowiła niemal 30% łącznych kosztów zarządzania funduszem poniesionych w latach 1998-2010.

Wyniki inwestycyjne Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego porównywane są do określonego przez norweskie Ministerstwo Finansów benchmarku, opartego na regionalnych indeksach reprezentujących akcje około 7 tysięcy przedsiębiorstw i dłużne papiery wartościowe około 1,5 tysiąca emitentów. Indeksy rynku akcji stanowią 60% portfela odniesienia. Udział indeksów rynku dłużnych papierów wartościowych wynosi 40%, zostaje jednak pomniejszony o część aktywów funduszu, która została ulokowana na rynku nieruchomości. Część akcyjna benchmarku składa się z indeksów FTSE All-Cap w następujących proporcjach – 50% FTSE All-Cap Europe (z wyłączeniem Norwegii), 35% FTSE All-Cap America/Middle East & Africa oraz 15% FTSE All-Cap Asia & Oceania. Część benchmarku reprezentująca rynek dłużnych papierów wartościowych zbudowana jest z indeksów opracowywanych przez Barclays Capital. Jej 60% stanowią i strumenty finansowe uwzględnione w Barclays Capital Global Aggregate Bond Index (BCGA) oraz Barclays Capital Global Inflation-Linked Index (BCGI) Europe, z wyjątkiem instrumentów nominowanych w koronie norweskiej, 35% instrumenty uwzględnione w BCGA/BCGI USA & Canada, a 5% instrumenty uwzględnione w BCGA/BCGI Asia & Oceania. Kiedy wzrośnie znaczenie portfela inwestycji związanych z rynkiem nieruchomości, jego wyniki porównywane będą do indeksu *Investment Property Databank – Global Property Benchmark* (IPD) *(Management mandate for the Government Pension Fund Global).*

Polityka inwestycyjna funduszu opiera się na założeniu, że rynki, na których inwestuje fundusz, są w znacznym stopniu efektywne, a informacje szybko odzwierciedlane są w cenach instrumentów finansowych. Zgodnie z wytycznymi norweskiego Ministerstwa Finansów ryzyko ponoszone przez fundusz powinno być przede wszystkim determinowane zmianami narzuconego benchmarku, który w dużej mierze odzwierciedla zmiany zachodzące na rynkach papierów wartościowych.

Wyniki inwestycyjne Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego powinny zatem przewyższać stopę zwrotu z benchmarku. Proporcje, w jakich środki zgromadzone w funduszu inwestowane są w poszczególne papiery wartościowe, mogą więc odbiegać od udziału tych papierów w portfelu odniesienia. Aktywa funduszu mogą być również inwestowane w instrumenty finansowe nieuwzględnione w benchmarku. Zarządzający funduszem prowadzą aktywną politykę inwestycyjną, starając się „pokonać" rynek. Alternatywą dla takiego podejścia do zarządzania aktywami jest pasywna polityka inwestycyjna, która polega na lokowaniu środków w portfel, którego struktura odzwierciedla strukturę portfela rynkowego. Fundusze zarządzane pasywnie starają się odwzorować indeksy rynkowe.

Zgodnie z celem ustalonym przez norweski bank centralny w 2001 r., aktywna polityka inwestycyjna funduszu powinna w długim terminie tworzyć wartość dodaną w postaci 0,25 punktu procentowego rocznie (The Norwegian Ministry of Finance, 2010b). Oznacza to, że dzięki aktywnemu zarządzaniu portfelem inwestycyjnym funduszu, jego stopa zwrotu w długim horyzoncie czasu powinna być przeciętnie o 0,25 punktu procentowego wyższa od stopy zwrotu z benchmarku.

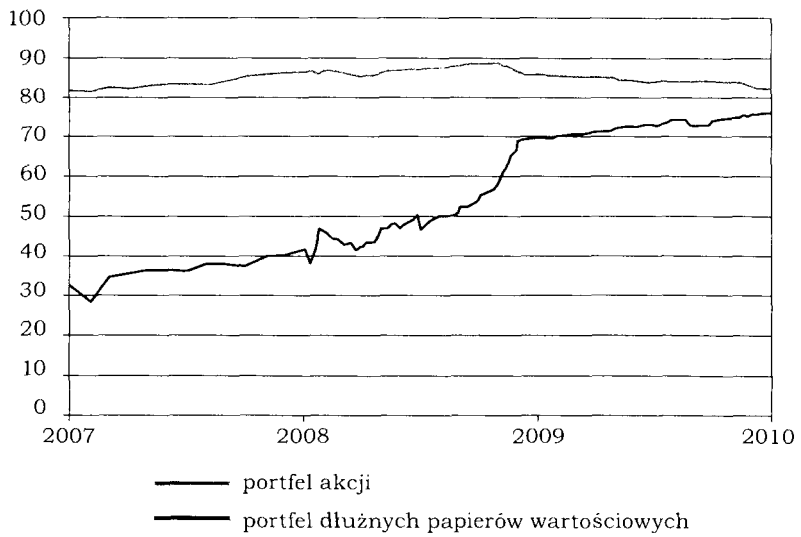
Poziom aktywnego zarządzania funduszem ograniczają odpowiednie regulacje norweskiego Ministerstwa Finansów. Wskazany przez nie dopuszczalny błąd odwzorowania, określający maksymalny poziom zmienności różnicy pomiędzy stopą zwrotu funduszu a stopą zwrotu z benchmarku, wynosi jeden punkt procentowy *(Management mandate for the Government Pension Fund Global).*

Ministerstwo Finansów wyznacza również minimalny poziom zbieżności rzeczywistego portfela inwestycyjnego funduszu z benchmarkiem, tzn. stopień, w jakim skład tego portfela ma odpowiadać składowi portfela odniesienia. Zbieżność stuprocentowa oznaczałaby, że portfel inwestycyjny funduszu i portfel odniesienia są identyczne i charakteryzują się takim samym poziomem ryzyka. Minimalny wymagany poziom zbieżności z benchmarkiem zarówno dla portfela akcyjnego, jak i dla portfela dłużnych papierów wartościowych funduszu wynosił początkowo 40%, a od 2011 roku – 60% *(Investment mandate for the Government Pension Fund Global).*

Rzeczywista zbieżność obu portfeli z benchmarkiem jest jednak znacznie wyższa od ustalonego poziomu minimalnego (wykres 3). W przypadku portfela akcji, poziom zbieżności z benchmarkiem nie ulegał większym zmianom od 2007 roku i na koniec roku 2010 wyniósł niewiele ponad 80%. Skład portfela dłużnych papierów wartościowych w ciągu ostatnich kilku lat znacznie zbliżył się natomiast do składu portfela odniesienia. Na koniec 2010 roku zbieżność tych portfeli wyniosła około 75%.

Wykres 3

Zbieżność portfela inwestycyjnego Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego z benchmarkiem w latach 2007-2010 (%)



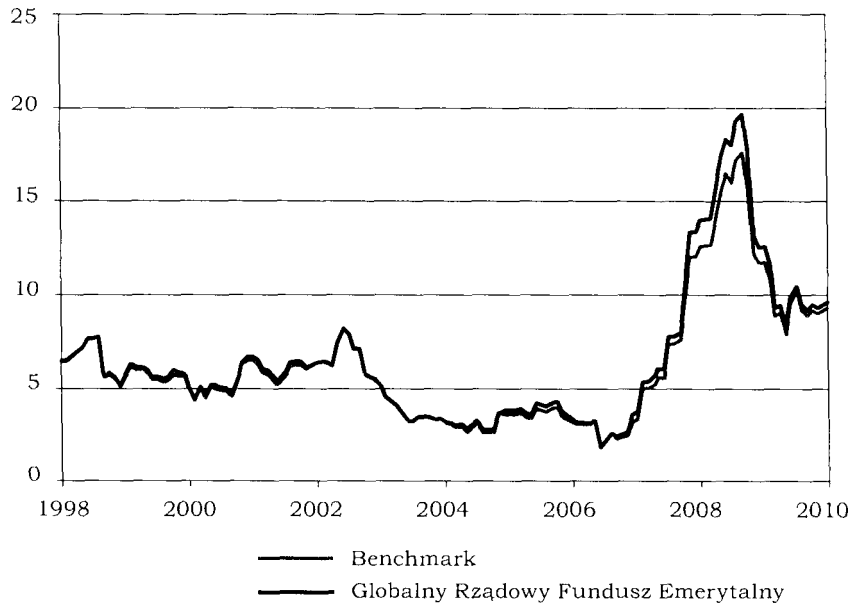
Źródło: The Norwegian Ministry of Finance (2011), Report No. 15 (2010-2011) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2010.*

3. Poziom podejmowanego ryzyka a wyniki polityki inwestycyjnej

Aktywne zarządzanie funduszem powoduje, że ponoszone przez niego ryzyko inwestycyjne może być wyższe niż ryzyko portfela odniesienia. Od 1998 roku zmienność stóp zwrotu funduszu i zmienność benchmarku, mierzone za pomocą odchylenia standardowego, kształtowały się zwykle na zbliżonym poziomie, a aktywna polityka inwestycyjna miała niewielki wpływ na poziom podejmowanego przez fundusz ryzyka. Zmienność wyników inwestycyjnych i ryzyko, na jakie narażone są środki zgromadzone w funduszu były jednak wyraźnie wyższe w 2007 i 2008 roku (wykres 4).

Wykres 4

Zmienność stóp zwrotu Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego i benchmarku w latach 2007-2010 (%)



Źródło: The Norwegian Ministry of Finance (2011), Report No. 15 (2010-2011) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2010.*

Przez większość okresu funkcjonowania Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego, jego roczne stopy zwrotu przewyższały stopy zwrotu portfela odniesienia. Zarządzającym nie udało się „pobić" benchmarku jedynie w 2007 i 2008 roku. Relatywna stopa zwrotu, czyli różnica między stopą zwrotu funduszu a stopą zwrotu z benchmarku wyniosła -0,2 punkty procentowe w 2007 roku oraz -3,4 punkty procentowe w 2008 roku (tabela 1).

Tabela 1

Roczne stopy zwrotu Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w porównaniu z benchmarkiem w latach 2007-2010 (%)

	2007	2008	2009	2010
Portfel akcyjny	6,83	-40,70	34,27	13,34
Portfel dłużnych papierów wartościowych	2,96	-0,52	12,49	4,11
Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny	4,26	-23,30	25,62	9,62
Benchmark	4,48	-19,92	21,49	8,57
Relatywna stopa zwrotu (p.p.)	-0,22	-3,38	4,13	1,06

Źródło: NBMI (2011), *Government Pension Fund Global Annual Report 2010.*

Poniesione wówczas straty, będące rezultatem aktywnego zarządzania funduszem, przewyższyły cały osiągnięty do 2007 roku ponadprzeciętny zysk funduszu (tabela 2). Skumulowana od 1998 roku relatywna stopa zwrotu funduszu zaczęła się gwałtownie obniżać w drugiej połowie 2007 roku, a w roku 2008 osiągnęła wartość ujemną (wykres 5). W przeciągu kilkunastu miesięcy fundusz stracił wszystko, co dzięki aktywnej polityce inwestycyjnej wypracował przez wcześniejsze dziewięć lat. Zarządzającym udało się odrobić osiągniętą stratę zaledwie w kolejnym roku.

Tabela 2

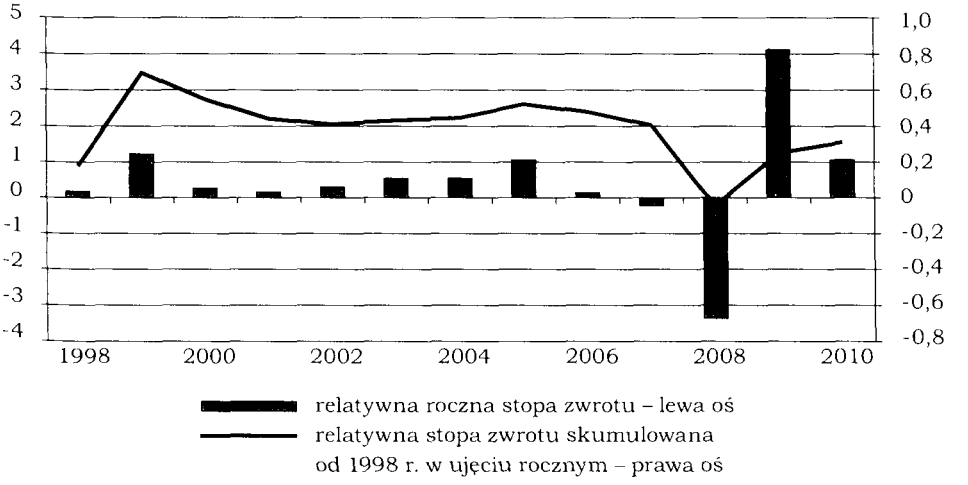
Skumulowane stopy zwrotu Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w ujęciu rocznym w porównaniu z benchmarkiem w latach 2007-2010 (%)

	1998-2007	1998-2008	1998-2009	1998-2010
Portfel akcyjny	7,85	2,69	3,81	4,51
Portfel dłużnych papierów wartościowych	5,05	4,56	5,23	5,15
Globalny Rządowy Fundusz Emerytalny	5,99	3,14	4,66	5,04
Benchmark	5,59	3,15	4,41	4,73
Relatywna stopa zwrotu (p.p.)	0,40	-0,01	0,25	0,31

Źródło: NBMI (2011), *Government Pension Fund Global Annual Report 2010.*

Wykres 5

Relatywna stopa zwrotu Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w latach 1998-2010 (%)

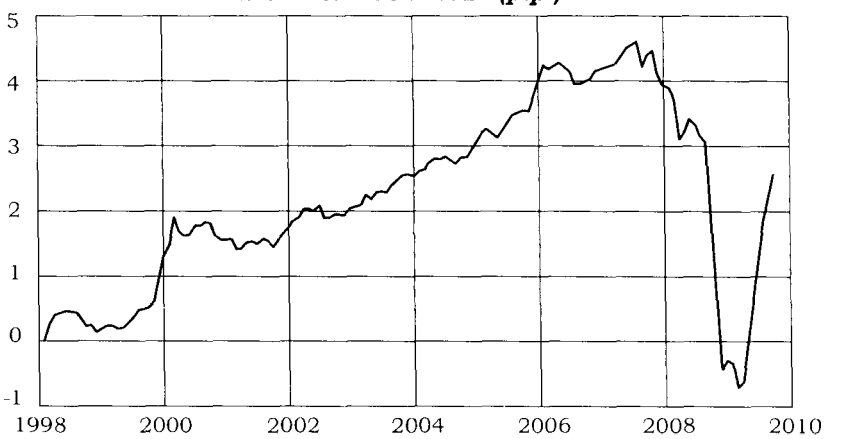


Źródło: The Norwegian Ministry of Finance (2011), Report No. 15 (2010-2011) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2010.*

Polityka inwestycyjna Globalnego Rządowego Funudszu Emerytalnego (wykres 6) była przedmiotem analiz profesorów A. Anga (*Columbia Business School*), W.N. Goetzmanna (*Yale School of Management*) oraz S.M. Shaefera

Wykres 6

Skumulowane wyniki aktywnej polityki inwestycyjnej Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego w latach 1998-2010 (p.p.)



Źródło: Ang, Goetzmann, Shaefer (2009), *Evaluation of Active Management of the Norwegian Government Pension Fund – Global.*

(*London Business School*) (Ang, Goetzmann, Shaefer, 2009). W badaniu wykazano, że w okresie od stycznia 1998 roku do grudnia 2009 roku aktywne zarządzanie funduszem przyniosło w ujęciu miesięcznym wynik o średnio 0,02 punktu procentowego lepszy niż benchmark. Trudno przesądzić, czy rezultat ten był zupełnie przypadkowy, czy też spowodowany umiejętnym doborem składników portfela inwestycyjnego funduszu. Autorzy badania udowodnili również, że zmienność wyników aktywnej polityki inwestycyjnej można w znacznej mierze wytłumaczyć poziomem podejmowanego przez fundusz ryzyka.

Według obliczeń norweskiego Ministerstwa Finansów w latach 1998--2008 aktywna polityka inwestycyjna przyniosła Globalnemu Rządowemu Funduszowi Emerytalnemu 70 mld NOK straty (około 30 mld zł), a w latach 1998-2010 zysk w wysokości 50 mld NOK (około 26 mld zł).

4. Podsumowanie

Przykład Globalnego Rządowego Funduszu Emerytalnego dowodzi, że systematyczne osiąganie ponadprzeciętnych stóp zwrotu nie jest możliwe. Świadczy również o tym, że efekty aktywnej polityki inwestycyjnej mogą być bardzo zróżnicowane. Gdyby fundusz ten był typowym funduszem emerytalnym, a wysokość emerytury była uzależniona od wysokości zgromadzonych w nim środków, wówczas również wysokość świadczeń osób o podobnym przebiegu kariery zawodowej i podobnym wieku, przechodzących na emeryturę w 2008 roku i w 2010 roku, byłaby znacznie zróżnicowana. Wydaje się, że z racji powszechności systemu emerytalnego oraz długiego horyzontu inwestycyjnego funduszy emerytalnych, fundusze te powinny być zarządzane w sposób pasywny.

Wyniki licznych badań empirycznych świadczą również o tym, że fundusze o wieloletnim horyzoncie inwestycyjnym nie powinny prowadzić aktywnej polityki inwestycyjnej. Aktywne zarządzanie portfelem może przynieść korzyści w krótkim okresie, jednak w długim horyzoncie inwestycyjnym nie zapewnia lepszych rezultatów niż replikacja indeksów rynkowych (Fallon, Santo Rojas, Peña 2009; Cumby, Glen 1990; Blake, Elton, Gruber 1993; Davis 2001; Barras, Scaillet, Wermers 2010). Osiągnięte jednorazowo ponadprzeciętne stopy zwrotu nie są wynikiem umiejętnego doboru składników portfela inwestycyjnego i nie świadczą o ponadprzeciętnych umiejętnościach zarządzających – mogą być wynikiem przypadkowego większego udziału tych instrumentów, które w danym okresie przynosiły wysokie zyski lub można je wyjaśnić poziomem podejmowanego przez zarządzających ryzyka (Carhart 1997; Gibson, Wang 2010). Zarządzanie pasywne w porównaniu z zarządzaniem aktywnym generuje dodatkowo niższe koszty, a stopy zwrotu osiągane przez portfele zarządzane aktywnie są po uwzględnieniu kosztów niższe niż te uzyskiwane z portfeli zarządzanych w sposób pasywny (Samuelson 1974; Sharpe 1991; Wermers 2000).

Literatura

Ang A., Goetzmann W.N., Shaefer S.M. (2009), *Evaluation of Active Management of the Norwegian Government Pension Fund – Global.*

Blake C.R., Elton E.J., Gruber M.J. (1993), *The Performance of Bond Mutual Funds*, Journal of Business, vol. 66, Issue 3, 371-403.

Barras L., Scaillet O., Wermers R. (2010), *False Discoveries and Mutual Fund Performance: Measuring Luck in Estimated Alphas*, The Journal of Finance, vol. 45, No. 1, 170-216.

Carhart M. (1997), *On Persistence of Mutual Fund Performance*, The Journal of Finance, vol. 52, No. 1, 57-82.

Cumby R.E., Glen J.D. (1990), *Evaluating the performance of international mutual funds*, The Journal of Finance, vol. 45, No. 2, 497-521.

Davis J.L. (2001), *Mutual fund performance and manager style*, Financial Analysts Journal No. 57, 19-27.

Fallon E.C., Santo Rojas T., Peña C.R. (2009), *Active Management vs. Passive Management in the Colombian Private Pension Open Mutual Fund Industry*, CESA.

Gibson R., Wang S. (2010), *Hedge Fund Alphas: Do They Reflect Managerial Skills or Mere Compensation for Liquidity Risk Bearing*, Swiss Finance Institute Research Paper Series No. 08-37.

Government Pension Fund Act (no. 123 of 21 December 2005), *Provisions on the management of the Government Pension Fund Global*, dokument dostępny na stronie internetowej: http://www.regjeringen.no/ (informacje zaczerpnięte 10 stycznia 2012 r.).

Guidelines for observation and exclusion from the Government Pension Fund Global's investment universe, dokument dostępny na stronie internetowej: http://www.regjeringen.no/ (informacje zaczerpnięte 10 stycznia 2012 r.).

Investment mandate for the Government Pension Fund Global, dokument dostępny na stronie internetowej: http://www.nbim.no/ (informacje zaczerpnięte 10 stycznia 2012 r.).

Management mandate for the Government Pension Fund Global, dokument dostępny na stronie internetowej: http://www.regjeringen.no/ (informacje zaczerpnięte 10 stycznia 2012 r.).

NBIM (2011), *Government Pension Fund Global Annual Report 2010.*

Samuelson P.A. (1974), *Challenge to judgment*, Journal of Portfolio Management, vol. 1, No. 1, 13-16.

Sharpe W. (1991), *The Arithmetic of Active Management*, Financial Analysts Journal, vol. 47, No. 1, 7-9.

The Norwegian Ministry of Finance (2010a), *Government Pension Fund Global responsible investment.*

The Norwegian Ministry of Finance (2009), Report No. 20 (2008-2009) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2008.*

The Norwegian Ministry of Finance (2010b), Report No. 10 (2009-2010) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2009.*

The Norwegian Ministry of Finance (2011), Report No. 15 (2010-2011) to the Storting, *The Management of the Government Pension Fund in 2010.*

Wermers R. (2000), *Mutual Fund Performance: An Empirical Decomposition into Stock-Picking Talent, Style, Transaction Costs and Expenses*, The Journal of Finance, vol. 4, 1655--1695.

Paweł Jaroszek
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Fundusz Rezerwy Demograficznej

1. Uwagi wstępne

Fundusz Rezerwy Demograficznej (zwany dalej Funduszem lub FRD) powołany został ustawą z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.). Głównym celem utworzenia Funduszu było zwiększenie bezpieczeństwa wypłacalności świadczeń z ubezpieczenia emerytalnego. Fundusz Rezerwy Demograficznej pełni rolę funduszu rezerwowego dla funduszu emerytalnego wyodrębnionego w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Fundusz ma za zadanie osiągnąć ten cel poprzez gromadzenie środków pochodzących głównie z odpisu części składki na ubezpieczenie emerytalne i prywatyzacji mienia Skarbu Państwa oraz korzystne ich lokowanie przy zachowaniu maksymalnego bezpieczeństwa i rentowności lokowanych środków.

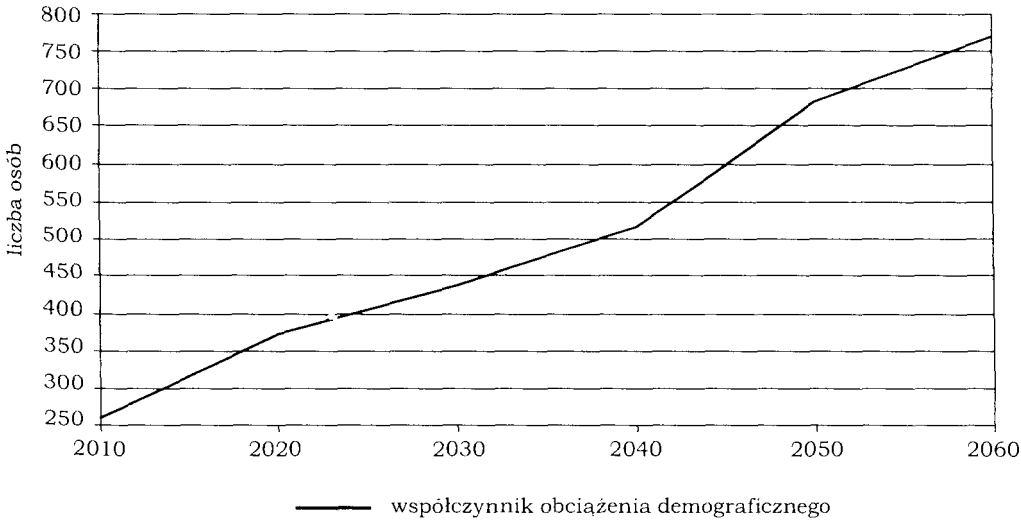
Przebiegające procesy demograficzne jednoznacznie wskazują na niekorzystne kształtowanie się przyszłej struktury populacji, stąd idea powstania funduszu mającego zapewnić bezpieczeństwo wypłat świadczeń emerytalnych. Opracowywane prognozy demograficzne przedstawiają znaczny wzrost współczynnika obciążenia demograficznego, rozumianego jako liczba osób w wieku poprodukcyjnym przypadająca na tysiąc osób w wieku produkcyjnym (wykres 1). Współczynnik ten w 2020 roku wyniesie 372 osoby w wieku poprodukcyjnym, w 2040 roku – 515 osób, by w 2060 roku osiągnąć poziom 772 osób w wieku poprodukcyjnym na jeden tysiąc osób w wieku produkcyjnym (przy wieku emerytalnym 60/65).

Zasadne było więc powołanie Funduszu mającego na celu gromadzenie i bezpieczne zarządzanie środkami mającymi zasilić system emerytalny w okresie „dekoniunktury" demograficznej.

Fundusz Rezerwy Demograficznej posiada osobowość prawną, zaś jego funkcjonowanie regulują w szczególności: ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, statut nadany przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej w drodze rozporządzenia z dnia 15 lutego 2002 roku w sprawie nadania statutu Funduszowi Rezerwy Demograficznej (Dz.U. z 2002 r. nr 18, poz. 178) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie lokowania środków FRD (Dz.U. z 2009 r. nr 92, poz. 757).

Wykres 1

Współczynniki obciążenia demograficznego



Działalność Funduszu Rezerwy Demograficznej podlega wielowymiarowemu nadzorowi realizowanemu w szczególności przez:

— Parlament – który uchwala ustawy określające zasady funkcjonowania FRD, przyjmuje sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, informowany jest o bieżącej jego działalności.

— Ministra Pracy i Polityki Społecznej – który wydaje rozporządzenie określające między innymi dopuszczalne proporcje udziału poszczególnych lokat ze środków FRD, sposób lokowania środków przekazywanych z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa.

— Zarząd ZUS – do którego zadań należy m.in. określenie wewnętrznych zasad dotyczących funkcjonowania FRD, przyjęcie sprawozdania finansowego, sprawozdania z jego działalności oraz sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu. Ponadto Zarząd przyjmuje również raport i ocenia wyniki zarządzania środkami FRD.

— Audytora zewnętrznego – który bada sprawozdanie finansowe oraz sprawozdanie z działalności FRD. Raport z przeprowadzonego badania przekazywany jest Radzie Nadzorczej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

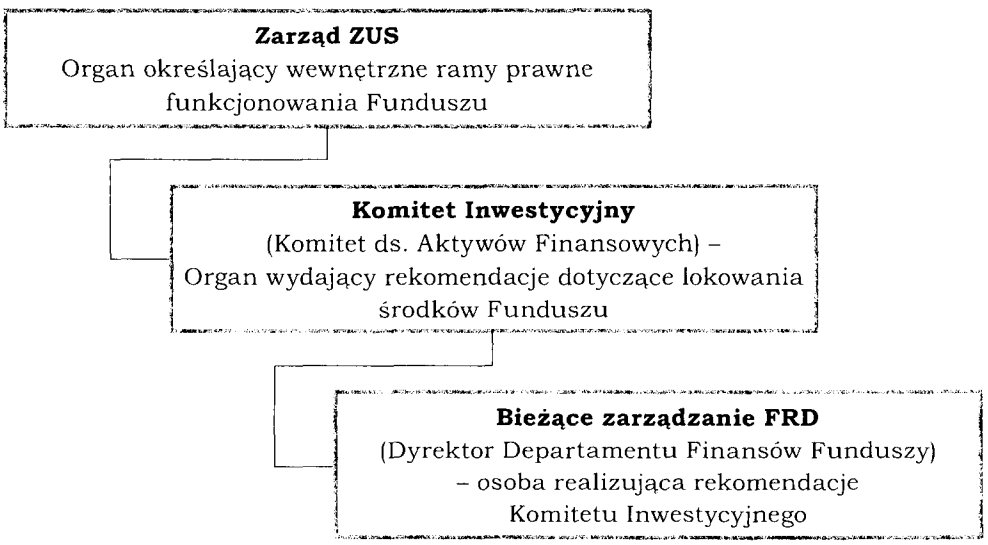
— Audyt wewnętrzny – który bada zgodność podejmowanych inwestycji z polityką inwestycyjną FRD i rekomendacjami Komitetu Inwestycyjnego (Komitetu ds. Aktywów Finansowych). Raport z przeprowadzonego badania przekazywany jest prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

— Radę Nadzorczą ZUS – która przyjmuje opinię audytora zewnętrznego do sprawozdania finansowego Funduszu oraz opiniuje sprawozdanie z wykonania planu finansowego FRD.

— Najwyższą Izbę Kontroli – która corocznie bada działalność Funduszu. Protokół z przeprowadzonej kontroli oraz wystąpienie pokontrolne przekazy-

wane są prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Informacja pokontrolna przekazywana jest między innymi do: Kancelarii Prezydenta, Kancelarii Premiera, Sejmu, Senatu, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Finansów.

Strukturę zarządzania FRD w ZUS przedstawia poniższy diagram:



Jak przedstawiono na powyższym diagramie, w procesie zarządzania środkami FRD w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych uczestniczą:

— Zarząd ZUS – który zatwierdza procedurę lokowania środków FRD oraz przyjmuje politykę inwestycyjną Funduszu określającą limity inwestycyjne i sposób zarządzania środkami.

— Komitet Inwestycyjny (Komitet ds. Aktywów Finansowych) – organ powołany wewnątrz ZUS. Przewodniczącym Komitetu jest Prezes ZUS. W skład Komitetu wchodzą między innymi: członek Zarządu ZUS nadzorujący Pion Finansów i Realizacji Dochodów, dyrektor oraz wicedyrektorzy Departamentu Finansów Funduszy, główny księgowy Funduszy, aktuariusz Zakładu. Komitet Inwestycyjny wydaje rekomendacje określające bieżące kierunki lokowania środków Funduszu, wyznacza optymalną strukturę portfela FRD oraz ustala wskaźniki będące miarami ryzyka rynkowego oraz dopuszczalne poziomy tych wskaźników.

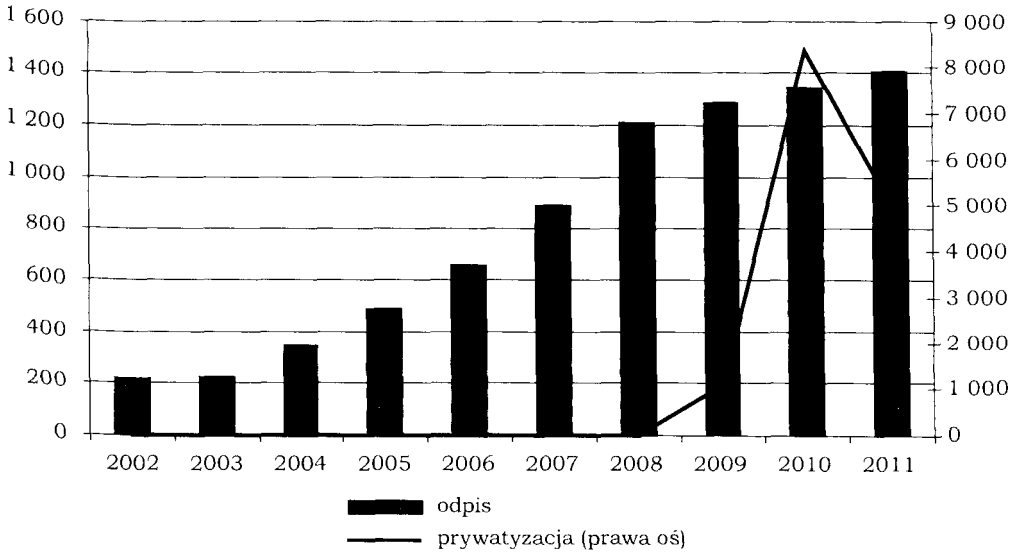
— Departament Finansów Funduszy – bieżące zarządzanie FRD realizowane jest w obszarze kierowanym przez dyrektora Departamentu, który na podstawie rekomendacji Komitetu Inwestycyjnego podejmuje szczegółowe decyzje inwestycyjne.

Podstawowym źródłem zasilania Funduszu Rezerwy Demograficznej są środki stanowiące część składki na ubezpieczenie emerytalne (odpis). W roku 2002 i 2003 stopa składki wynosiła 0,1% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne, a w kolejnych latach stawka była podwyższana corocznie o 0,05%. Od 2008 roku stopa składki wynosi 0,35% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne. Drugim źródłem zasilania FRD są środki

pochodzące z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa. W 2011 roku do FRD przekazano 40% środków uzyskanych z tego tytułu przez Skarb Państwa, pomniejszonych o kwoty obowiązkowych odpisów na fundusz reprywatyzacyjny. Pozostałymi źródłami przychodów Funduszu, zgodnie z postanowieniem art. 58 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, są środki pozostające w dniu 31 grudnia każdego roku na rachunku funduszu emerytalnego wyodrębnionego w FUS, pomniejszone o kwotę niezbędną na zapewnienie wypłat świadczeń przypadających na pierwszy miesiąc kolejnego roku. Jednak do końca 2011 roku nie odnotowano wolnych środków, które mogłyby zostać przekazane FRD. Innymi wskazanymi przez ustawę źródłami wpływów FRD mogą być: przychody od środków Funduszu ulokowanych w odpowiednich aktywach na ściśle określonych zasadach oraz odsetki uzyskane z lokat na rachunkach prowadzonych przez Zakład, niestanowiących przychodów FUS i Zakładu (wykres 2).

Wykres 2

Przychody Funduszu Rezerwy Demograficznej w tytułu części składki na ubezpieczenie emerytalne (odpisu) oraz prywatyzacji w latach 2002-2011 (w mln zł)



Zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie lokowania środków FRD (Dz.U. z 2009 r. nr 92, poz. 757), środki Funduszu mogą być inwestowane wyłącznie w następujące instrumenty finansowe:

— bony, obligacje i inne papiery wartościowe Skarbu Państwa,

— dłużne papiery wartościowe gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa,

— depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe,

— papiery wartościowe emitowane przez gminy, związki gmin i miasto stołeczne Warszawa,

— akcje zdematerializowane, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi,

— obligacje zdematerializowane, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi,

— obligacje emitowane przez spółki publiczne, w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych.

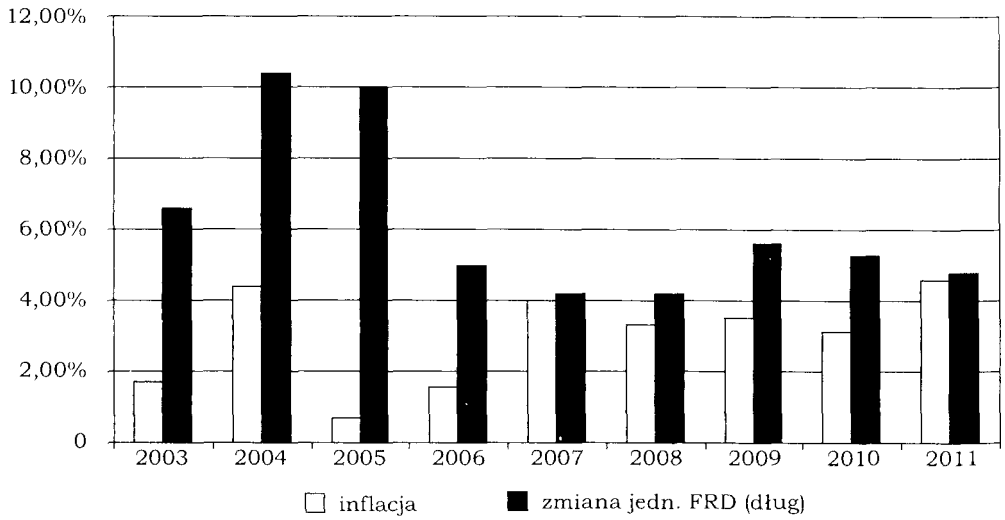
Środki Funduszu Rezerwy Demograficznej inwestowane są w trzy główne klasy aktywów: depozyty bankowe, dłużne papiery wartościowe (skarbowe) oraz akcje. Kolejno zostaną przedstawione reguły, zgodnie z którymi prowadzona jest polityka inwestycyjna FRD.

2. Zarządzanie częścią dłużną portfela (wraz z depozytami bankowymi)

Środki Funduszu Rezerwy Demograficznej w części dłużnej posiadanego portfela zarządzane są aktywnie, w sposób odzwierciedlający bieżące oczekiwania dotyczące kierunków zmian rynkowych stóp procentowych. W odniesieniu do części aktywów lokowanych w dłużnych papierach wartościowych podstawowym kryterium oceny prowadzonej polityki inwestycyjnej jest utrzymanie realnej wartości środków FRD. W ramach zarządzania dłużną częścią portfela aktywów FRD corocznie uzyskuje stopę zwrotu wyższą od stopy inflacji liczonej grudzień do grudnia. Oznacza to, że w odniesieniu do inwestycji w dłużne papiery wartościowe (wraz z depozytami bankowymi), cel postawiony przed FRD był każdorazowo osiągany (wykres 3).

Wykres 3

Stopa inflacji CPI (gru/gru) oraz zmiana jednostki dłużnej części portfela FRD w latach 2003-2011



3. Zarządzanie częścią akcyjną portfela

Środki Funduszu Rezerwy Demograficznej w części akcyjnej portfela zarządzane są według tzw. strategii inwestowania pasywnego. Przez pasywne zarządzanie portfelem akcji FRD jako funduszem indeksowanym należy rozumieć nabywanie i zbywanie papierów wartościowych dla osiągnięcia celu inwestycyjnego, którym jest dążenie do tego, aby zmiany wartości aktywów funduszu odzwierciedlały zmiany wartości indeksu.

Zaletami przyjętej strategii zarządzania są:

1. Minimalizacja ryzyka związanego z zarządzaniem aktywami. W porównaniu do funduszy zarządzanych w sposób aktywny fundusze zarządzane pasywnie minimalizują ryzyko strat poprzez dywersyfikację portfela uzyskiwaną poprzez nabywanie wszystkich walorów wchodzących w skład indeksów stanowiących podstawę indeksacji funduszu.

2. Minimalizacja ryzyka związanego z wyborem i nabywaniem akcji. Ryzyko związane z wyborem i nabywaniem akcji jest minimalizowane poprzez nabywanie akcji wchodzących w skład indeksów. W przypadku funduszy zarządzanych w sposób aktywny ryzyko to jest zdecydowanie większe, ponieważ z jednej strony fundusze tego typu z założenia posiadają mniej zdywersyfikowany portfel, a z drugiej mogą nabywać bardziej ryzykowne akcje, które nie znajdują się w składzie indeksu.

3. Gwarancja osiągnięcia rynkowych stóp zwrotu. Fundusze zarządzane w sposób pasywny zawsze osiągają rynkowe lub bliskie rynkowym stopy zwrotu, ponieważ kupują akcje wchodzące w skład indeksów, tym samym w uproszczeniu „kupują rynek". Fundusze zarządzane w sposób aktywny poprzez mniejszą dywersyfikację portfela oraz ryzyko nietrafnego wybór walorów (ewentualnie ich przeważenia) narażone są na osiąganie wyników gorszych od rynku.

4. Zdecydowanie niższe, aniżeli przy aktywnym zarządzaniu, koszty transakcyjne. W przypadku zarządzania pasywnego zakupione walory pozostają w portfelu do terminu wykorzystania środków z funduszu lub rekonstrukcji portfela dostosowującej jego zawartość do bieżącego składu wybranego indeksu (rynku). W przypadku zarządzania aktywnego zarządzający często dokonuje transakcji kupna i sprzedaży papierów. Z doświadczeń na rynkach rozwiniętych wynika, iż średnioroczny obrót aktywami w funduszach zarządzanych pasywnie wynosi jedynie kilka procent, a w funduszach zarządzanych aktywnie może stanowić nawet równowartość portfela zarządzanych aktywów. Tym samym nieporównywalnie mniejsze są koszty transakcyjne związane z zarządzaniem pasywnym.

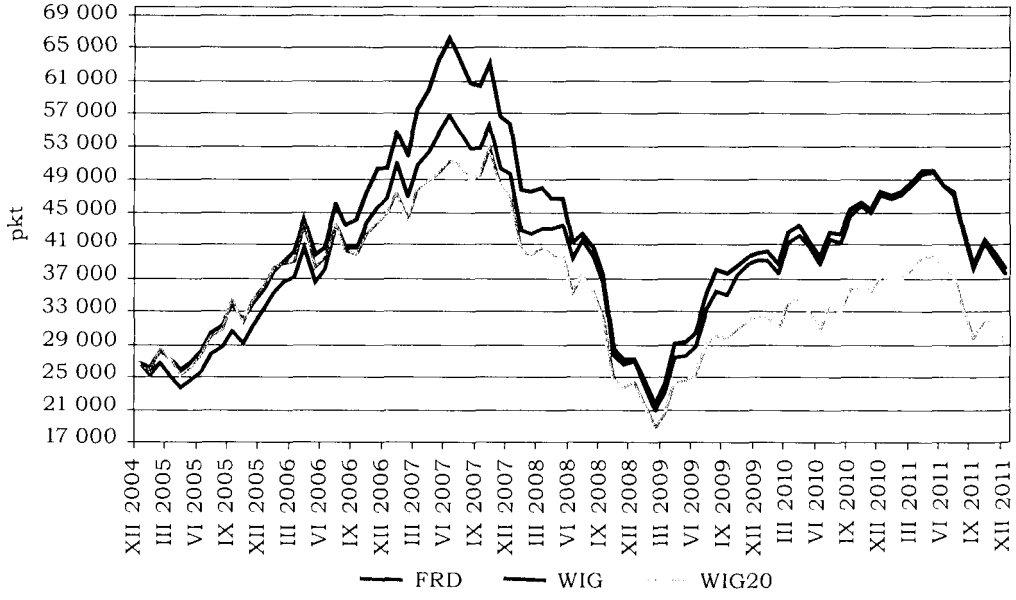
5. Brak konieczności ponoszenia kosztów dokonywania szczegółowych analiz spółek notowanych na giełdzie. Zarządzający funduszami w sposób pasywny nie muszą ponosić kosztów szczegółowych analiz spółek giełdowych, ponieważ nabywają akcje wchodzące w skład indeksu, bez względu na hipotetyczną cenę akcji wynikającą z analiz fundamentalnych bądź technicznych.

W odniesieniu do części aktywów lokowanych w akcje, podstawowym kryterium oceny prowadzonej polityki inwestycyjnej, określonym w polityce

inwestycyjnej FRD, jest zbieżność stopy zwrotu ze zmianą wartości indeksu WIG (wykres 4).

Wykres 4

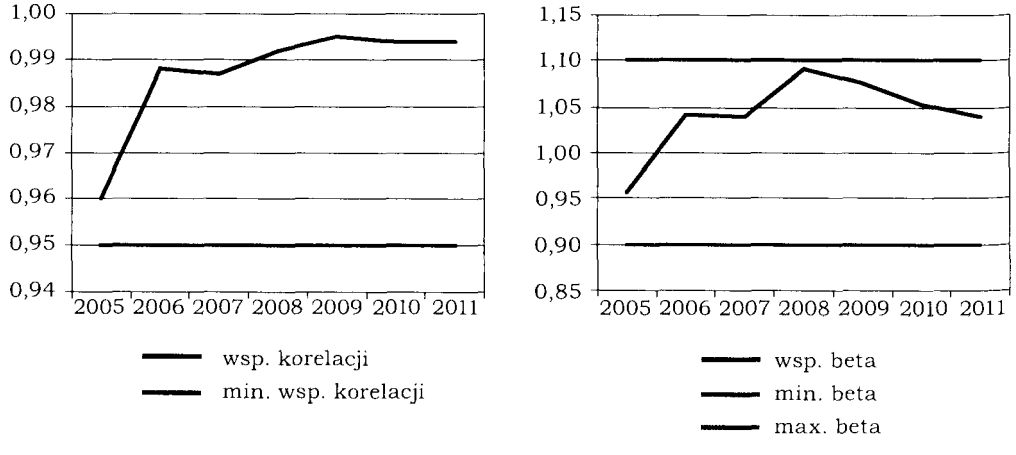
Indeks akcji FRD na tle indeksów WIG i WIG20 w latach 2005-2011 (dane miesięczne wyskalowane według poziomów indeksu WIG)



Zgodnie z rekomendacją przyjętą przez Komitet do spraw Aktywów Finansowych, celem inwestycyjnym Funduszu jest utrzymywanie współczynnika korelacji na poziomie co najmniej 0,95, natomiast współczynnika beta w przedziale od 0,9 do 1,1 (wykres 5).

Wykres 5

Mierniki zbieżności zmian wartości aktywów ze zmianami indeksu WIG



Realizowana polityka inwestycyjna pozwoliła na osiągnięcie stopy zwrotu z całości aktywów FRD w 2011 roku w wysokości 1,81%, zaś w okresie ostatnich pięciu lat na poziomie 17,29%, co wobec silnych zawirowań występujących w tym okresie na rynkach finansowych należy ocenić jako wynik bardzo dobry. Aktywne zarządzanie posiadanym portfelem papierów skarbowych w sposób odzwierciedlający oczekiwania rynkowych stóp procentowych w połączeniu z pasywnym zarządzaniem częścią akcyjną bezpośrednio wpłynęło na osiągnięty wynik. Ograniczanie udziału akcji w strukturze całego portfela w okresach dekoniunktury również okazało się dobrym posunięciem. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż podejmowanie działań inwestycyjnych ograniczane było uruchomieniem środków Funduszu w okresie ostatnich trzech lat. Przekazywanie środków z FRD na rachunek funduszu emerytalnego wymusiło dostosowanie *duration* portfela papierów skarbowych do terminów przekazywania środków.

Ograniczeniem wpływającym na zarządzanie środkami jest również obowiązek nabywania ze środków otrzymanych z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa skarbowych papierów wartościowych w stosunkowo krótkim okresie od otrzymania środków. Pomimo powyższych ograniczeń, wypracowana stopa zwrotu mierzona zmianą jednostki pozwoliła na osiągnięcie w 2011 roku wyższej (i jedynej dodatniej) stopy zwrotu niż stopy zwrotu wypracowane przez portfele otwartych funduszy emerytalnych.

4. Uruchomienie części środków Funduszu Rezerwy Demograficznej

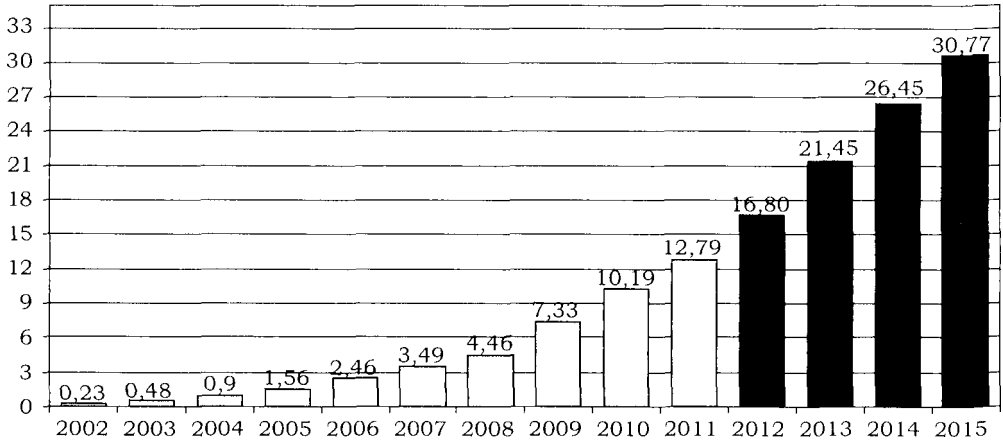
Środki zarządzane przez Fundusz Rezerwy Demograficznej mogą zostać wykorzystane wyłącznie na uzupełnienie niedoboru funduszu emerytalnego wynikającego z przyczyn demograficznych. Pierwsze wykorzystanie środków Funduszu nastąpiło w 2010 roku. W roku tym na rachunek funduszu emerytalnego przekazano środki w łącznej kwocie 7,5 mld zł. W kolejnych latach kontynuowano zasilanie systemu emerytalnego środkami Funduszu, w 2011 roku przekazano kwotę 4,0 mld zł, natomiast w roku 2012 planowane jest przekazanie do funduszu emerytalnego kwoty 2,887 mld zł.

Pomimo uruchomienia części środków zarządzanych przez Fundusz Rezerwy Demograficznej, każdego roku jego wartość cyklicznie wzrasta, na koniec 2012 roku szacowana wartość Funduszu wyniesie 16,8 mld zł. Według szacunkowych danych tendencja wzrostowa będzie miała miejsce również w latach kolejnych (wykres 6).

Rokroczny wzrost aktywów zarządzanych przez Fundusz pozwala również na zwiększenie poziomu pokrycia wydatków funduszu emerytalnego środkami FRD. Posiadane w pierwszych latach funkcjonowania Funduszu środki gwarantowały pokrycie przeciętnych wydatków z funduszu emerytalnego w okresie nieprzekraczającym jednego tygodnia. Systematyczny, rokroczny przyrost aktywów pozwala obecnie na pokrycie wydatków funduszu emerytalnego w okresie przekraczającym sześć tygodni (wykres 7).

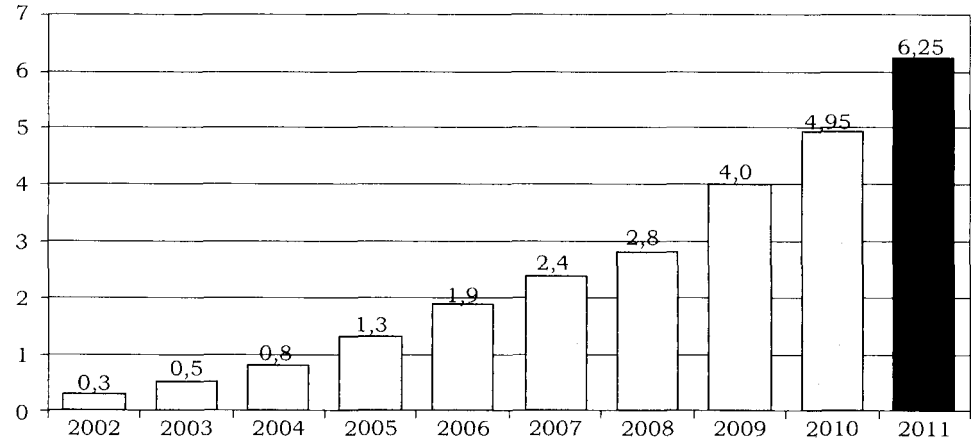
Wykres 6

Stan Funduszu na koniec okresu, dane historyczne oraz szacunki na lata 2012-2015 (w mld zł)



Wykres 7

Pokrycie wydatków funduszu emerytalnego środkami FRD w latach 2002-2011 (w tygodniach)



Dotychczasowe doświadczenia związane z funkcjonowaniem Funduszu Rezerwy Demograficznej wskazują, iż możliwe jest efektywne i skuteczne zarządzanie funduszem o charakterze buforowym przez instytucję publiczną.

Część III

SKUTKI MIGRACJI W UNII EUROPEJSKIEJ W KONTEKŚCIE SYSTEMÓW EMERYTALNYCH

Anna Siporska
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Harmonizacja systemów emerytalnych w krajach Unii Europejskiej – czy celowa i możliwa

1. Wprowadzenie

Jedna z trzech podstawowych zasad Unii Europejskiej pozwala na swobodne przemieszczanie się na terenie państw członkowskich oraz na podejmowanie tam zatrudnienia. Jak pokazują statystyki, coraz więcej obywateli państw członkowskich UE, w tym także Polacy, skorzystało z możliwości swobodnego przemieszczania się na terenie Unii Europejskiej i podejmowania tam pracy. Osobami, które wykazały się największą mobilnością zarobkową, byli przede wszystkim młodzi pracownicy wchodzących dopiero na rynek pracy.

Z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia migracja zarobkowa jest jak najbardziej pozytywnym zjawiskiem. Młodzi migrujący pracownicy wypełniają luki na lokalnych rynkach pracy i jednocześnie przyczyniają się do integracji Wspólnoty Europejskiej. Dla tej grupy pracowników kwestia emerytury jest jeszcze odległą przyszłością. Obecni emeryci najczęściej pobierają świadczenie z jednego państwa. Jednak za kilkanaście lat pobieranie emerytury z kilku państw członkowskich będzie znacznie częstszym zjawiskiem. Jak w takiej sytuacji odnajdą się przyszli świadczeniobiorcy i same instytucje emerytalne, które będą musiały zmierzyć się ze skomplikowanymi procedurami administracyjnymi.

W każdym państwie członkowskim Unii Europejskiej istnieje inny model systemu emerytalnego. W fachowej literaturze możemy odnaleźć różne próby klasyfikowania tych modeli czy poszukiwania wspólnych cech, jednak i tak każde państwo posiada swój niepowtarzalny system emerytalny, który jest integralny i niezależny od innych systemów. Migrujący pracownicy kolejno należeć będą do kilku różnych systemów emerytalnych, a w przyszłości pobierać będą emerytury z tylu państw, w ilu przepracowali w trakcie swojej kariery zawodowej. Dodatkowo kwestię pobierania świadczenia emerytalnego z kilku państw komplikują odmienne sposoby kalkulacji wysokości tego świadczenia oraz różne zasady przyznawania prawa do emerytury, chociażby różny powszechny wiek emerytalny, różny wymagany staż ubezpiecze-

nia, jeśli jest wymagany, czy spełnienie warunku zamieszkania w danym państwie. Oczywiście istnieją unijne zasady koordynacji systemów emerytalnych w państwach członkowskich UE, ale zasady te odnoszą się wyłącznie do kwestii proceduralnych i nie mają wpływu na sposób funkcjonowania systemu emerytalnego w żadnym państwie członkowskim.

Pada często pytanie, czy możliwe jest takie ujednolicenie systemów emerytalnych, by w każdym państwie członkowskim obowiązywał taki sam bądź podobny system emerytalny. System prawny Unii Europejskiej reguluje wiele zagadnień z różnych dziedzin życia, czy również w kwestiach emerytalnych można by było wprowadzić odgórnie, to jest z poziomu Unii Europejskiej, odpowiednie regulacje, które ujednoliciłyby przepisy we wszystkich państwach członkowskich UE.

Przyjrzyjmy się zatem, czy w ogóle celowe jest ujednolicenie systemów emerytalnych i jakie ewentualne korzyści mogłyby z takiego ujednolicenia wyniknąć dla migrujących pracowników oraz dla instytucji emerytalnych w państwach członkowskich Unii. Pytanie to nasuwa się w związku z obserwowanymi zmianami społecznymi i ekonomicznymi w państwach członkowskich oraz potrzebą coraz większej współpracy pomiędzy krajowymi instytucjami ubezpieczenia społecznego ze względu na zwiększającą się liczbę migrujących pracowników, a w przyszłości coraz większej liczby emerytów pobierających świadczenia z kilku państw członkowskich.

Ujednolicenie systemów emerytalnych z całą pewnością sprawiłoby, że pracownik wyjeżdżający do pracy za granicę wiedziałby, że w każdym kraju będzie miał takie same prawa i obowiązki, znałby wysokość składki na ubezpieczenie emerytalne, dzięki czemu mógłby lepiej porównać oferty pracy i warunki życia w kilku państwach. Ujednolicone zasady sprawiłyby, że wszystkie systemy emerytalne w państwach członkowskich byłyby transparentne. Dla instytucji emerytalnych harmonizacja systemów emerytalnych mogłaby uprościć procedury, a tym samym usprawniłaby współpracę pomiędzy instytucjami emerytalnymi. Jednak, jak w pierwszym przypadku jednolite systemy emerytalne dla migrujących pracowników mogłyby stanowić rzeczywiście pewną korzyść, tak w przypadku współpracy pomiędzy instytucjami emerytalnymi z różnych państw członkowskich wcale nie brak jednolitego systemu emerytalnego stanowi przeszkodę w prawidłowej i płynnej koordynacji systemów emerytalnych, a brak efektywnej wymiany informacji.

2. Klasyfikacja systemów emerytalnych

Bank Światowy wspomniane różnorodne systemy emerytalne dzieli na trzy filary. Pierwszy i drugi filar stanowią element obowiązkowego (powszechnego) systemu emerytalnego, a trzeci filar jest formą uzupełniającego i dobrowolnego oszczędzania na emeryturę.

W systemach obowiązkowych rozróżnia typy systemów emerytalnych ze względu na:

— rodzaj finansowania systemu (finansowanie z budżetu państwa, repartycyjne – PAYG, to jest z bieżących składek oraz kapitałowe), w tym też wysokość stawek procentowych składek emerytalnych, które w wielu krajach połączone są z ubezpieczeniem rentowym,

— zasady przynależności do systemu (w każdym kraju funkcjonuje kilka systemów emerytalnych dla poszczególnych grup zawodowych, w Polsce trzy[1]),

— zasady przyznawania i wyliczania świadczeń (system o zdefiniowanym świadczeniu, system o zdefiniowanej składce lub system, w którym wysokość świadczenia zależy od liczby lat zamieszkania w danym państwie bez względu na zatrudnienie).

Dodatkowo w każdym z tych systemów funkcjonują grupy pracowników uprzywilejowanych. W Polsce znacząco uprzywilejowanymi grupami zawodowymi są górnicy, kolejarze i nauczyciele. W państwach, w których na przykład górnictwo nie występuje, nie ma też takich specjalnych uprawnień. Natomiast są inne uprzywilejowane grupy zawodowe, np. lekarze czy prawnicy, dla których polski system emerytalny nie przewiduje odrębnych przepisów. Różnorodność ta, w tym finansowanie systemu emerytalnego, zasady przyznawania i wyliczania świadczeń, przywileje dla różnych grup zawodowych, wynika z zaszłości historycznych, gospodarczych i społecznych.

W przypadku systemów dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego różnice w ich funkcjonowaniu są jeszcze większe ze względu na dużo większą gamę możliwości i potrzeb przy tworzeniu modelu emerytalnego. Różnice widać w nasyceniu rynku systemu dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, to jest liczby osób ubezpieczonych oraz liczby dostępnych produktów ubezpieczenia emerytalnego. Wpływ na intensywność dobrowolnego systemu emerytalnego mają podobne czynniki jak w powszechnym systemie emerytalnym, to jest uwarunkowania historyczne, gospodarcze, kulturowe, solidaryzm społeczny, który wyznacza rolę państwa w zabezpieczeniu emerytalnym swoich obywateli, a ponadto dostęp do rynków finansowych oraz skłonność do dodatkowego oszczędzania na starość.

W Polsce dobrowolne oszczędzanie na emeryturę nie cieszy się zbytnio popularnością, głównie ze względów ekonomicznych oraz z ciągłego poczucia, że to państwo powinno w pełni zagwarantować godziwą emeryturę po zaprzestaniu pracy zawodowej. W wielu państwach zachodnich z dłuższą historią rynków kapitałowych indywidualne oszczędzanie na starość ma o wiele większe znaczenie i stanowi zasadniczą część systemu emerytalnego, w których system dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, głównie ubezpieczenia pracowniczego, funkcjonuje obok powszechnego państwowego systemu emerytalnego. Celem ubezpieczenia pracowniczego w państwach zachodniej Europy początkowo było przyciągnięcie pracowników poprzez rozszerzenie pakietu socjalnego oraz ze względu na brak możliwości przenoszenia uprawnień z jednego pracowniczego programu emerytalnego do

[1] Powszechny system emerytalny administrowany jest przez ZUS, dla rolników administrowany jest przez KRUS, a dla służb mundurowych administrowany jest m.in. przez MON, MSW.

drugiego przywiązanie pracownika do miejsca pracy. Obecnie pracownicze programy stały się częścią obowiązkowego systemu emerytalnego, nie są już nastawione na zatrzymywanie pracownika w danym miejscu pracy, a w państwach, w których pozostały jako uzupełniająca forma oszczędzania na emeryturę, mają wyłącznie charakter premiujący.

Wspomniana emerytura oparta na zamieszkaniu finansowana jest na ogół z budżetu państwa, czyli z podatków, bądź ze składek emerytalnych, które są znacznie niższe niż w polskim powszechnym systemie. Oczywiście emerytura ta jest relatywnie niska i daje zabezpieczenie finansowe na poziomie socjalnym. Dopiero dodatkowe ubezpieczenie emerytalne umożliwia utrzymanie dochodów po zaprzestaniu pracy zawodowej na dotychczasowym poziomie.

3. Determinanty danego systemu emerytalnego

Systemy emerytalne w krajach europejskich powstały na długo przed integracją europejską w różnych warunkach historycznych, gospodarczych, przy różnej dostępności do rynków kapitałowych oraz przy różnym podejściu do solidaryzmu społecznego.

Niezwykle ciekawą kwestią jest tu wspomniany solidaryzm społeczny, który jest swoistym lustrem danego społeczeństwa i zawiera w sobie odpowiedzi na pytania dotyczące relacji obywatel – obywatel oraz relacji obywatel – państwo, to znaczy:

— ile jesteśmy skłonni pomagać sobie nawzajem, czyli jak szeroka powinna być redystrybucja międzypokoleniowa i wewnątrzpokoleniowa środków publicznych, w tym też składek ubezpieczeniowych,

— jaka powinna być rola państwa w funkcjonowaniu i finansowaniu systemu emerytalnego, to jest w jakim zakresie państwo powinno angażować się w finansowanie systemu emerytalnego, czy tylko do minimum socjalnego, czy państwo powinno prowadzić bardziej rozwiniętą politykę społeczną (*welfare state* – państwo opiekuńcze) czy raczej państwo powinno prowadzić politykę liberalną zawężając swoją rolę[2].

W literaturze pojawia się też koncepcja tzw. trzeciej drogi społecznej gospodarki rynkowej. Przykładem może być państwo subsydiarne, które „ingeruje w sprawy społeczeństwa obywatelskiego tylko wówczas, gdy społeczeństwo jest dotknięte niewydolnością środków niezbędnych dla osiągnięcia określonych celów"[3].

Sposobów prowadzenia polityki społecznej jest wiele i nie ma idealnego modelu[4]. Zarówno polityka państwa socjalnego oraz polityka państwa liberalnego mają zwolenników i przeciwników. Każde państwo prowadzi auto-

[2] S. Zawadzki, *Państwo o orientacji społecznej, Geneza – doświadczenia – perspektywy*, Fundacja Promocji Prawa Europejskiego, Wydawnictwo Naukowa Scholar, Warszawa 1996.

[3] Ch. Millan-Delsol, *L'État subcidiaire*, Paris 1992.

[4] Nicholas Barr, London School of Economics.

nomiczną politykę społeczną, w tym politykę emerytalną, według własnych potrzeb i możliwości, co też gwarantuje Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy.

4. Obszary zainteresowania i oddziaływania prawa wspólnotowego na krajowe systemy emerytalne

Mimo że każde państwo członkowskie prowadzi własną politykę społeczną, w tym zabezpieczenie społeczne z tytułu braku możliwości zarobkowania ze względu na wiek, Komisja Europejska zainteresowana jest ogólnymi, fundamentalnymi zasadami funkcjonowania krajowych systemów emerytalnych. Wynika to stąd, że w ramach wspólnoty państw europejskich następuje integracja między innymi w obszarze wspólnej polityki i gospodarki, poprzez stosowanie unijnych swobód, w tym wspomniana zasada swobodnego przemieszczenia się i podejmowania zatrudnienia we wszystkich państwach członkowskich. Za tym idzie przynależność do różnych systemów emerytalnych w trakcie trwania kariery zawodowej i w przyszłości pobierania świadczeń z kilku systemów emerytalnych. Tak więc prawa i obowiązki emerytalne nie dotyczą już tylko obywateli danego państwa, ale również obywateli z innych państw członkowskich, którzy np. tylko przez jakiś czas pracowali i byli ubezpieczeni w innym państwie niż posiadają obywatelstwo, a czas na emeryturze chcieliby spędzać jeszcze w innym państwie członkowskim UE.

Ponadto warto zauważyć, że żaden system emerytalny nie jest samowystarczalny i dla zapewnienia wypłacalności bieżących świadczeń potrzebuje stałych dotacji z budżetu krajowego. Zatem kolejnym obszarem zainteresowania Komisji Europejskiej jest kondycja i wydolność krajowych budżetów wszystkich państw członkowskich.

Jest też element dotyczący gospodarki danego kraju, który zawiera się w obszarze zainteresowania Komisji Europejskiej również pod względem stabilności systemów emerytalnych w Unii Europejskiej. Repartycyjny system emerytalny w pierwszym etapie wiąże się z pobieraniem składek, to jest przejmowaniem części dochodu dyspozycyjnego swoich obywateli, a to wpływa na zmniejszenie w tym czasie środków, które mogłyby być przeznaczone na bieżącą konsumpcję i inwestycje, a co za tym idzie osłabia gospodarkę i zmniejsza wpływy do budżetu z tytułu pośrednich podatków (akcyza, VAT) i podatków bezpośrednich (np. podatek od zakupu nieruchomości). W drugim zaś etapie, to jest w etapie wypłacania świadczeń, wspomaga gospodarkę poprzez dostarczenie emerytom środków finansowych, które mogą przeznaczyć na bieżącą konsumpcję oraz wspomaga finanse publiczne poprzez wpływy z pośrednich podatków do budżetu państwa.

Ze względu na istotne połączenie gospodarki krajowej z polityką społeczną w ramach swobodnego przemieszczania się i podejmowania zatrudnienia na obszarze państw członkowskich Unii Europejskiej, wpłynęło to na

wypracowanie wspólnej polityki społecznej Unii Europejskiej, która wskazywałaby na fundamentalne cechy, które powinny znaleźć się w systemie emerytalnym każdego państwa członkowskiego.

W 2002 roku wypracowany został Europejski Model Społeczny. Zawiera on wspólne standardy dla wszystkich państw europejskich, które dotyczą przede wszystkim ochrony praw migrujących osób ubezpieczonych, a także równouprawnienia kobiet i mężczyzn w przepisach krajowych dotyczących sfery zabezpieczenia społecznego. Równouprawnienie kobiet i mężczyzn dotyczy kwestii równego dostępu do systemu emerytalnego, jednakowych stawek składek ubezpieczeniowych oraz jednakowych zasad przyznawania i wyliczania świadczeń z systemu ubezpieczeniowego. Zgodnie z powyższymi zasadami równego traktowania kobiet i mężczyzn w zabezpieczeniu społecznym, wszelkie przepisy dotyczące na przykład przywilejów z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem powinny dawać takie same uprawnienia matce, jak i ojcu dziecka. Stąd też proklamowane są rozwiązania wprowadzenia świadczenia dla ojca zrównane ze świadczeniem macierzyńskim. Innym przykładem równego traktowania kobiet i mężczyzn dotyczącym polskiego systemu emerytalnego jest stosowanie wspólnej tablicy dla kobiet i mężczyzn oczekiwanej długości życia dla celów wyliczania wysokości świadczenia emerytalnego w zreformowanym systemie emerytalnym opartym na składce i momencie przejścia na emeryturę. Wyliczanie wysokości świadczenia emerytalnego na podstawie osobnych tablic dla kobiet i mężczyzn stałoby w sprzeczności ze standardami Europejskiego Modelu Społecznego.

Obecnie głównym celem polityki społecznej Unii Europejskiej jest zapewnienie przez państwa członkowskie swoim obywatelom, a w kontekście mobilnej Europy wszystkim osobom zamieszkałym na ich terenie, stabilnego systemu emerytalnego z adekwatnymi świadczeniami.

Oznacza to, że państwa członkowskie powinny dokładać wszelkich starań, żeby ich systemy emerytalne zapewniały stabilne świadczenia na takich zasadach i w takiej wysokości, by były zgodne z poczuciem sprawiedliwości społecznej. W gestii danego państwa członkowskiego pozostawiono decyzje, jakie rozwiązania organizacyjne i prawne zostaną zastosowane.

Deklarację tę możemy przeczytać w opracowywanej przez Komisję Europejską *Białej Księdze* w sprawie emerytur[5]. W dokumencie tym zostało podkreślone stanowisko Komisji Europejskiej, że rozwiązania prawne i organizacyjne systemów emerytalnych należą do państw członkowskich, a Komisja jedynie w ramach prowadzonej polityki społecznej Unii Europejskie prowadzić będzie nadzór, czy przez państwa członkowskie stosowane są ogólne wytyczne co do stabilności systemów emerytalnych i zgodności z poczuciem sprawiedliwości społecznej.

Do głównych celów polityki społecznej Unii Europejskiej należą jeszcze dwa spośród pięciu zapisanych we wcześniejszym dokumencie unijnym *Europa 2020*, to jest wspieranie wysokiego poziomu zatrudnienia, w tym też

[5] *Biała Księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, Komisja Europejska, 16 lutego 2012 r.

odpowiedniej ochrony socjalnej, wysokiego poziomu kształcenia i ochrony zdrowia, a także walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. W zakresie wspierania zatrudnienia mocno podkreślony jest cel dla wszystkich państw członkowskich – dążenie do podwyższenia wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 16-64 lata wynoszącego w 2010 roku 64,6% do poziomu 75% w 2020 roku.

Czyli jak widzimy polityka społeczna Unii Europejskiej zawiera jedynie cele, do których państwa członkowskie w swojej polityce społecznej powinny dążyć, a nie wytyczne co do szczegółowych rozwiązań systemowych.

Zasada swobodnego przepływ osób przyczyniła się do podejmowania coraz to nowych inicjatyw przez instytucje Unii Europejskiej. Wspomniana koordynacja zabezpieczenia społecznego jest jednym z obszarów zainteresowania prawa wspólnotowego. W celu efektywniejszego stosowania zasad koordynacji systemów emerytalnych prowadzone są obecnie w Komisji Europejskiej prace nad utworzeniem systemu elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego (EESSI – *Electronic Exchange on Social Insurance Information*). Jest to techniczne wsparcie dla krajowych systemów w stosowaniu przepisów o koordynacji zabezpieczenia społecznego. Celem tego projektu jest wzmocnienie ochrony praw obywateli poprzez skomputeryzowanie stosowania prawa UE dotyczącego koordynacji. Elektroniczna wymiana danych ułatwi i przyspieszy proces podejmowania decyzji w sprawie obliczania i wypłacania świadczeń z tytułu zabezpieczenia, a przy tym zapewni gromadzenie danych statystycznych dotyczących wymiany informacji w Europie.

5. Podsumowanie

Przy obecnych zasadach funkcjonowania Unii Europejskiej oraz prowadzenia przez nią polityki społecznej nie należy spodziewać się w najbliższym czasie zmiany kursu tej polityki w kierunku dążenia do ujednolicenia rozwiązań systemowych w zakresie zabezpieczenia emerytalnego we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Dla funkcjonowania poszczególnych instytucji ubezpieczenia społecznego w zakresie stosowania przepisów o koordynacji systemów emerytalnych w Unii Europejskiej ujednolicenie systemów emerytalnych nie przyczyni się do jego poprawy.

Jednakże, gdyby kiedykolwiek nastąpiła zmiana w polityce społecznej Unii Europejskiej, to ewentualne ujednolicenie systemów emerytalnych nie nastąpiłoby z dnia na dzień. Wszelkie zmiany systemowe w zabezpieczeniu emerytalnym potrzebują kilkudziesięciu lat. W Polsce reforma systemu emerytalnego została wprowadzona w 1999 roku i do tej pory nie doszło jeszcze do całkowitego domknięcia cyklu ubezpieczeniowego, to jest od okresu pobierania składek do świadczenia z nowego systemu.

Korzystając z doświadczeń wprowadzenia reformy w Polsce należy podkreślić też, że wszelkie zmiany w systemie emerytalnym generują wysokie

koszty transformacji oraz wysokie prawdopodobieństwo utraty przez ubezpieczonych części dotychczasowych korzyści. Chociażby wprowadzenie stopniowego podwyższania wieku emerytalnego oznacza, że osoby, które obecnie są w wieku przedemerytalnym, np. rok przed dotychczasowym ustawowym wiekiem emerytalnym, będą miały opóźnione nabycie uprawnień emerytalnych o kilka miesięcy.

Żeby w ogóle można było mówić o próbie ujednolicenia systemów emerytalnych w Unii Europejskiej, ze względu na ścisłe powiązanie wydatków na świadczenia emerytalne z wydatkami publicznymi musiałoby dojść do ściślejszej integracji krajowych gospodarek, a także co wzbudziłoby najwięcej kontrowersji, do wprowadzenia wspólnej polityki budżetowej przy jednoczesnej rezygnacji poszczególnych państw członkowskich ze swojej fiskalnej suwerenności. W kontekście usprawniania strefy euro temat ten był już poruszany na forum europejskim, jednak żadne państwo nie dopuszcza takiej możliwości, by inne państwa decydowały o jego budżecie.

Ponadto warunki życia, długość życia i poziom gospodarczy i społeczny we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej jest bardzo zróżnicowany i trudno byłoby tu ustalać chociażby jednakowe składki ubezpieczeniowe, uprawnienia do emerytury czy formuły obliczeniowe świadczeń.

Według prof. Nicholasa Barra, uznanego ekonomisty współpracującego z London School of Ecooomics, nie ma jednego uniwersalnego modelu systemu emerytalnego, który byłby idealnym i realnym rozwiązaniem dla każdego kraju.

Część IV

UBEZPIECZENIE WYPADKOWE – WYPADKI PRZY PRACY I CHOROBY ZAWODOWE

Ewa Karczewicz
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Ubezpieczenie wypadkowe – aspekt finansowy

1. Uwagi wstępne

Każdy wypadek przy pracy czy choroba zawodowa powodują określone koszty ponoszone przez osoby poszkodowane, ich bliskich, przez pracodawców, a w końcowym efekcie przez całe społeczeństwo. Dla przedsiębiorstw wypadki przy pracy oznaczają zaburzenia w cyklu produkcji, które podrażają jej koszty oraz wpływają na wizerunek firmy. Dla poszkodowanego i jego bliskich oznaczają obniżenie dochodów, dodatkowe wydatki na leczenie i rehabilitację. Koszty wynikające z wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, obciążające całe społeczeństwo, obejmują między innymi koszty pokrywane przez Fundusz Ubezpieczeń Społecznych oraz budżet państwa.

Określone ustawowo świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych osobom objętym ubezpieczeniem wypadkowym wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dotyczy to jednak tylko sytuacji, gdy poszkodowany ubezpieczony ma przyznane przez ZUS prawo do świadczenia. Rejestrowane są zatem w ZUS tylko wypadki przy pracy i choroby zawodowe mające wymiar finansowy, czyli obciążające środki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w tym funduszu wypadkowego.

Fundusz wypadkowy to jedyny fundusz, który aktualnie nie wykazuje deficytu – dochody funduszu pochodzące ze składek przekraczają wydatki, które oprócz wydatków na świadczenia społeczne obejmują również koszty obsługi tego funduszu.

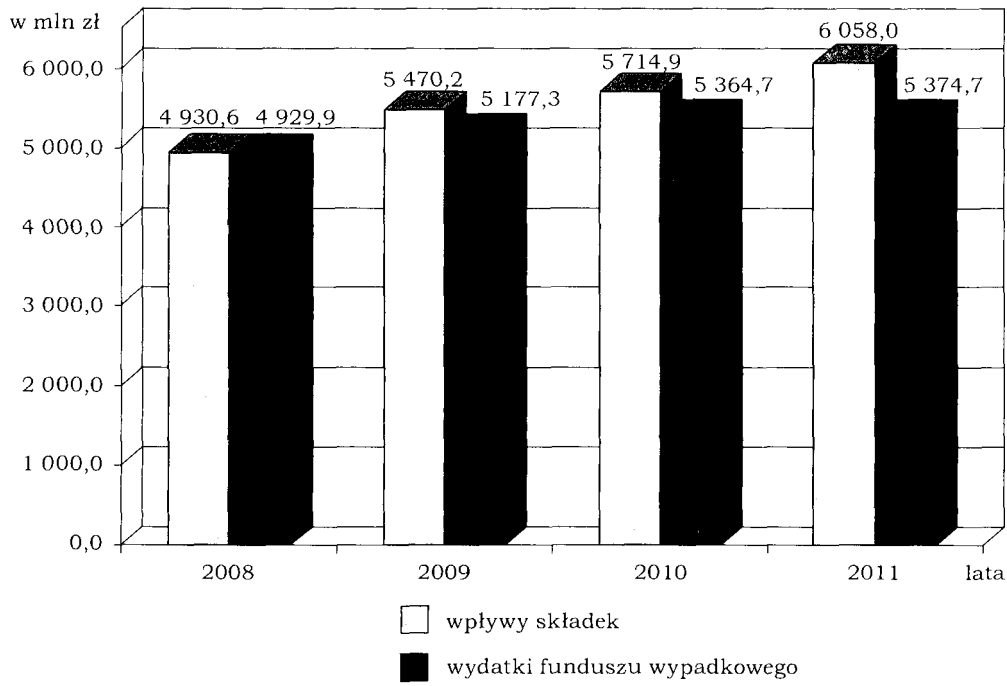
W 2011 roku wpływy składek wyniosły 6 058,0 mln zł i były wyższe o 6,0% od zanotowanych w roku 2010. Natomiast wydatki ogółem z funduszu wypadkowego w 2011 roku wyniosły 5 374,7 mln zł i ukształtowały się na zbliżonym poziomie (były niewiele, bo o 0,2% wyższe) do roku 2010 (wykres 1).

Podstawę do działań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w obszarze wypadków przy pracy i chorób zawodowych stanowią:

— ustawa z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199, poz. 1673 ze zm.), zwana dalej ustawą wypadkową,

Wykres 1

Fundusz wypadkowy w latach 2008-2011



— ustawa z dnia 30 października 2002 roku o zabezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków i chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz.U. nr 199, poz. 1674),

— ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267),

— ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. nr 137, poz. 887 ze zm.).

2. Świadczenia wypadkowe wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Ubezpieczonym, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, a także członkom rodziny w przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek takiego wypadku lub choroby, na mocy obowiązujących ustaw z zakresu ubezpieczeń społecznych, przyznawane są świadczenia:

1. Długoterminowe:

— renta z tytułu niezdolności do pracy - dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,

— renta szkoleniowa – dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,

— renta rodzinna – dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,

— dodatek do renty rodzinnej – dla sieroty zupełnej,

— dodatek pielęgnacyjny.

2. Krótkoterminowe:

— zasiłek chorobowy – dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,

— świadczenie rehabilitacyjne – dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy,

— zasiłek wyrównawczy – dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. Jednorazowe:

— jednorazowe odszkodowanie – dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, lub dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty,

— pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

Jak wspomniano wcześniej, świadczenia wypadkowe wypłacane przez ZUS finansowane są głównie z funduszu wypadkowego wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tabela 1), a ponadto niektóre świadczenia są finansowane z odrębnego rozdziału wydatków budżetu państwa.

Świadczenia finansowane z odrębnego rozdziału wydatków budżetu państwa to między innymi:

a) świadczenia inwalidów wojennych, wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów i członków ich rodzin, renty wypadkowe posłów i senatorów, renty z tytułu wypadku w szczególnych okolicznościach, świadczenia odszkodowawcze wypłacane przez Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych w I Oddziale ZUS w Warszawie,

b) jednorazowe odszkodowania powypadkowe wypłacone: z tytułu chorób zawodowych osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów azbestowych oraz dla posłów i senatorów, z tytułu wypadku w szczególnych okolicznościach.

W 2011 roku na świadczenia wypadkowe wydatkowano ogółem (tj. z obu źródeł) 5 126,3 mln zł, co stanowiło 3,2% ogółu wydatków ZUS na świadczenia pieniężne. Analizując te wydatki na przestrzeni kilku ostatnich lat zauważa się niewielki wzrost nominalny wypłat przy malejącym ich udziale w wydatkach ZUS na świadczenia pieniężne.

Ze struktury kwot wypłat na świadczenia wypadkowe wynika, że najwyższy udział, bo wynoszący ponad 81%, stanowią świadczenia długoterminowe, to jest renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinne (wykres 2).

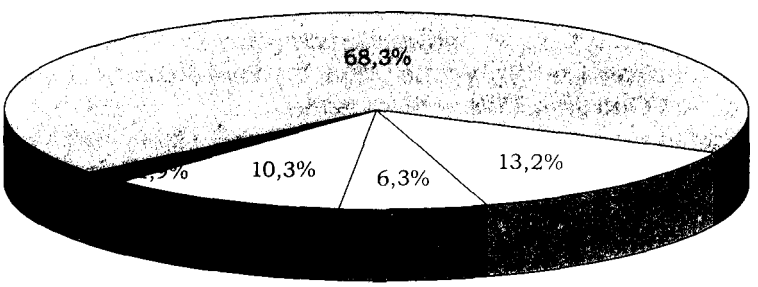
Tabela 1

Wydatki na świadczenia wypadkowe z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wypłacane przez ZUS

Wyszczególnienie	2008		2009		2010		2011	
	w mln zł	w % wydatków ZUS na świadczenia pieniężne	w mln zł	w % wydatków ZUS na świadczenia pieniężne	w mln zł	w % wydatków ZUS na świadczenia pieniężne	w mln zł	w % wydatków ZUS na świadczenia pieniężne
Wypłaty świadczeń ogółem	4 719,9	3,5	4 954,7	3,3	5 074,6	3,2	5 126,3	3,2
z tego: rent z tytułu niezdolności do pracy	3 297,7	2,4	3 426,5	2,3	3 494,0	2,2	3 504,4	2,2
rent rodzinnych	615,9	0,5	645,2	0,4	665,1	0,4	675,2	0,4
jednorazowych odszkodowań	290,9	0,2	307,8	0,2	324,8	0,2	324,5	0,2
zasiłków chorobowych	444,3	0,3	487,8	0,3	500,0	0,3	526,3	0,3
świadczeń rehabilitacyjnych	70,9	0,1	87,3	0,1	90,3	0,1	95,7	0,1
zasiłków wyrównawczych	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
świadczeń zdrowotnych	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Wykres 2

Struktura wydatków na świadczenia wypadkowe[a] z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wypłaconych przez ZUS w 2011 roku



[a] Bez zasiłków wyrównawczych i świadczeń zdrowotnych.

3. Świadczenia długoterminowe z ubezpieczenia wypadkowego

W roku 2011 renty wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy wypłacano przeciętnie miesięcznie 209,3 tys. osób, odnotowując w porównaniu z poprzednimi latami systematyczny, powolny ich spadek. Z tytułu wypadków przy pracy świadczenia wypłacano przeciętnie miesięcznie 89,4 tys. osób, a z tytułu chorób zawodowych przeciętnie miesięcznie 105,6 tys. osób (tabela 2). W 2011 r. roku przyznano tych rent blisko 2 tys. osób (tabela 3).

Tabela 2

Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających renty wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy wypłacone przez ZUS

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
	w tys.			
Renty wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy	227,2	221,2	214,7	209,3
w tym z tytułu: wypadków przy pracy	96,4	93,9	91,5	89,4
chorób zawodowych	114,8	111,9	108,4	105,6

Tabela 3

Liczba osób, którym przyznano renty wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy - wyniki badań statystycznych

Wyszczególnienie	2008		2009		2010		2011	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Renty wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy	2722	100,0	2750	100,0	2282	100,0	1932	100,0
z tego z tytułu: wypadków przy pracy	1694	62,2	1843	67,0	1583	69,4	1418	73,4
chorób zawodowych	1028	37,8	907	33,0	699	30,6	514	26,6
Średni wiek	49,5		49,4		49,3		49,5	
Przeciętny staż pracy*	26,0		25,8		24,9		25,3	

* Staż pracy zawiera staż składkowy i nieskładkowy (bez stażu hipotetycznego). Przeciętny staż liczony z pełnej liczby miesięcy składkowych i nieskładkowych.

Charakteryzując świadczeniobiorców, którym przyznano rentę wypadkową, należy wspomnieć, że w 2011 roku 79,1% tej populacji stanowili mężczyźni, średni wiek ogółu osób w momencie przyznania renty wynosił 49 lat i 6 miesięcy, a staż pracy (bez stażu hipotetycznego) - 25 lat i 4 miesiące. Najliczniejszą zbiorowość stanowili renciści, którym orzeczono częściową

niezdolność do pracy (81,5% rent). Rentę orzeczono na stałe w około 11% przypadków.

Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe przyznawane były przede wszystkim zatrudnionym w przemyśle – 40,2% ogółu rent wypadkowych z tytułu niezdolności do pracy, w budownictwie – 20,2%, w transporcie i gospodarce magazynowej – 8,2%, w handlu i naprawach – 8,0%, w edukacji – 7,2% oraz w ochronie zdrowia i opiece społecznej – 4,9%.

W 2011 roku największą liczbę rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanych wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przyznano robotnikom budowlanym – 14,0% ogółu badanych. W dalszej kolejności byli to: robotnicy obróbki metali i mechanicy maszyn i urządzeń 13,1%, operatorzy maszyn i urządzeń wydobywczych i przetwórczych – 12,0%, kierowcy i operatorzy pojazdów – 10,7% oraz specjaliści nauczania i wychowania – 8,3%. Odmienna jednak była przyczyna, z tytułu której przyznano renty tym grupom pracowników. I tak, wśród robotników obróbki metali czy też kierowców i operatorów pojazdów w około 90,0% przypadków przyczyną przyznania renty były wypadki przy pracy, a w przypadku specjalistów nauczania i wychowania główną przyczyną przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy była choroba zawodowa – aż 96,9% świadczeń.

Spośród świadczeniobiorców, którym przyznano rentę z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy około 66% tej populacji uległo urazom i zatruciom oraz innym określonym skutkom działania czynników zewnętrznych, takim jak: urazy układu kostno-stawowego, oparzenia termiczne, chemiczne. Jako przyczyna niezdolności spowodowanej wypadkiem, zarówno w populacji mężczyzn jak i kobiet przeważały choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Z kolei w przyczynach przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową dominowały takie schorzenia, jak: choroby narządu głosu – 30,3% ogółu rent z tytułu choroby zawodowej, uszkodzenie słuchu – 14,0%, pylice płuc – 19,3% oraz choroby układu ruchu – 6,8%. Przy czym w populacji kobiet choroby narządu głosu stanowiły w 63,6% przyczynę niezdolności do pracy, w populacji mężczyzn – pylice płuc, tj. 30,2% przypadków oraz uszkodzenie słuchu w 21,9% przypadków.

Kolejną pozycję wydatków na wypadkowe świadczenia długoterminowe stanowią renty rodzinne.

W 2011 roku renty rodzinne wypadkowe wypłacano średnio miesięcznie 27,8 tys. osób. Z tytułu wypadków przy pracy renty rodzinne wypadkowe pobierało przeciętnie miesięcznie 19,7 tys. uprawnionych, a z tytułu chorób zawodowych 4,4 tys. (tabela 4).

W 2011 roku przyznano nowe świadczenia 522 osobom. Najczęściej, bo w 76,1% przypadków – renta rodzinna wypadkowa była przyznawana po zmarłych ubezpieczonych lub rencistach wskutek wypadków przy pracy, w pozostałych 23,9% przypadków – w wyniku choroby zawodowej (tabela 5).

Tabela 4

Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających renty rodzinne wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy wypłacone przez ZUS

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
	w tys.			
Renty rodzinne wypadkowe	29,5	29,0	28,4	27,8
w tym z tytułu: wypadków przy pracy	20,8	20,5	20,1	19,7
chorób zawodowych	4,5	4,5	4,5	4,4

Tabela 5

Liczba osób, którym przyznano renty rodzinne wypadkowe z tytułu niezdolności do pracy - wyniki badań statystycznych

Wyszczególnienie	2008		2009		2010		2011	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Renty rodzinne wypadkowe	594	100,0	557	100,0	564	100,0	522	100,0
z tego z tytułu: wypadków przy pracy	453	76,3	429	77,0	458	81,2	397	76,1
chorób zawodowych	141	23,7	128	23,0	106	18,8	125	23,9

Renty rodzinne wypadkowe przyznawane były głównie po zmarłych ubezpieczonych lub rencistach uprzednio zatrudnionych w przemyśle – stanowiły one 40,2% ogółu rent rodzinnych, po zatrudnionych w transporcie, gospodarce magazynowej i łączności – 12,9%, po zatrudnionych w budownictwie – 21,5% oraz po zatrudnionych w handlu i naprawach – 8,4%.

4. Świadczenia krótkoterminowe z ubezpieczenia wypadkowego

Przysługujące z ubezpieczenia wypadkowego świadczenia krótkoterminowe, to jest zasiłki chorobowe, zasiłki wyrównawcze oraz świadczenia rehabilitacyjne stanowią znaczącą pozycję w wypłatach funduszu wypadkowego.

W 2011 roku z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych sfinansowano z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych ok. 7,4 mln dni zasiłków chorobowych, co stanowiło ok. 6% ogólnej liczby dni zasiłków chorobowych finansowanych z FUS. Jest to taki sam procentowy udział jak w roku poprzednim. Należy podkreślić, że absencja wypadkowa, w odróżnieniu od powstałej z ogólnego stanu zdrowia, którą w części pokrywa z własnych środków pracodawca, w całości finansowana jest ze środków FUS (tabela 6).

Tabela 6

Wypadkowe świadczenia krótkoterminowe

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
Zasiłki chorobowe – liczba dni w tys.	7 504,8	7 278,3	7 110,0	7 395,7
Zasiłki wyrównawcze – liczba dni w tys.	8,1	6,6	8,5	7,9
Świadczenia rehabilitacyjne – przeciętna miesięczna liczba świadczeń – w tys.	4,0	4,4	4,7	4,9

W zakresie pozostałych krótkoterminowych świadczeń wypadkowych, to jest zasiłków wyrównawczych, nastąpił spadek, natomiast w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych zauważa się nieznaczny wzrost wypłat w porównaniu do 2010 roku.

W 2011 roku liczba dni zasiłków wyrównawczych sfinansowana z funduszu wypadkowego zmalała o 7,0%, wzrosła zaś świadczeń rehabilitacyjnych o 5,8%.

5. Świadczenia jednorazowe z ubezpieczenia wypadkowego

Ubezpieczonemu poszkodowanemu w wypadku przy pracy lub na skutek choroby zawodowej przysługuje jednorazowe odszkodowanie powypadkowe.

Kwota jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej jest uzależniona od:

— orzeczonego przez lekarza orzecznika procentu uszczerbku na zdrowiu oraz

— kwoty przysługującej w momencie wydania przez ZUS decyzji ustalającej prawo do jednorazowego odszkodowania, ogłaszanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Podstawę przyznania jednorazowego odszkodowania powypadkowego stanowi wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub komisję lekarską ZUS orzeczenie ustalające uszczerbek na zdrowiu.

W 2011 roku wypłacono 79,2 tys. jednorazowych odszkodowań, z czego 97,0% stanowiły odszkodowania przyznane z tytułu wypadków przy pracy. Z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacono 808 tych świadczeń.

Ogółem na jednorazowe odszkodowania powypadkowe w 2011 roku wydatkowano 324,5 mln zł, na jednorazowe odszkodowania powypadkowe z tytułu wypadku przy pracy wypłacono 293,1 mln zł, zaś z tytułu chorób zawodowych 31,0 mln zł.

Jak wynika z badań przeprowadzonych za 2010 roku, orzeczony w tym roku przez lekarzy orzeczników ZUS średni procent uszczerbku wyniósł 5,7%, przy czym dla mężczyzn wynosił on 6,0%, a dla kobiet – 4,8%. Jego wysokość była zależna od rodzaju okoliczności, w jakich zaistniał. I tak, przeciętny procent uszczerbku powstałego w wyniku wypadku przy pracy wyniósł 5,2% (dla mężczyzn wyniósł 5,5%, dla kobiet 4,4%). Należy zazna-

czyć, że odnośnie do 92,9% tych orzeczeń uszczerbek nie przekraczał 10%, z czego ponad połowa to orzeczenia w granicach od 0,5% do 4%. W przypadku chorób zawodowych orzeczono uszczerbek znacznie wyższy – średnio 19,6% (dla mężczyzn wyniósł 21,5%, a dla kobiet 15,6%).

Wśród ubezpieczonych, którym orzeczono uszczerbek na zdrowiu przeważali mężczyźni, stanowiąc 70,3% badanej populacji. Średni wiek ogółu poszkodowanych wyniósł 41,6 lat. Poszkodowani w wypadkach mieli przeciętnie 41,1 lat. Znacznie wyższy był jednak średni wiek osób, które doznały uszczerbku w związku z chorobą zawodową. Wyniósł on bowiem 55,7 lat.

Przy omawianiu przysługujących ubezpieczonym świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego należy wspomnieć jeszcze o wydatkach na świadczenia zdrowotne, to jest o wydatkach na pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii, szczepień ochronnych i zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne.

Skala wydatków na te świadczenia jest relatywnie niewielka. Na przykład w 2011 roku pozytywnie rozpatrzono 85 wniosków o przyznanie tych świadczeń, a kwota wypłat z tego tytułu wyniosła 49,9 tys. zł.

6. Prewencja wypadkowa

Ustawa wypadkowa reguluje również zasady finansowania prewencji wypadkowej. Zgodnie z ustawą wypadkową w ustawie budżetowej określa się corocznie kwotę wydatków na prewencję wypadkową w wysokości do 1% należnych składek na ubezpieczenie wypadkowe przewidzianych w planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na danych rok budżetowy.

Środki te przeznacza się na finansowanie działalności związanej z zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, a w szczególności na analizy przyczyn i skutków wypadków przy pracy, a zwłaszcza wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych oraz chorób zawodowych, na upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom, na prowadzenie prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

W 2011 roku koszty tej prewencji wyniosły 3 239 tys. zł, w poprzednich latach odpowiednio: w 2008 roku – 1 596 tys. zł, w 2009 roku – 6 305 tys. zł, a w 2010 roku – 3 219 tys. zł.

7. Różnicowanie stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe

Jak wcześniej wspomniano, fundusz wypadkowy zasilany jest składkami na ubezpieczenie wypadkowe. Ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nakłada na pracodawców obowiązek opłacania składek na to ubezpieczenie, wprowadzając jednocześnie zróżnicowanie stopy procentowej tych składek.

Zasady różnicowania stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe w zależności od poziomu zagrożenia wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi określają:

— ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. nr 199, poz. 1673 ze zm.) oraz

— wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz.U. z 2002 r. nr 200, poz. 1692 ze zm.).

Zgodnie z przywołanymi uregulowaniami prawnymi, płatnicy składek na ubezpieczenie wypadkowe zostali podzieleni na dwie grupy: • zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych oraz • zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych.

W przypadku płatników zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych, stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi 50% najwyższej stopy procentowej dla grup działalności ustalonej na dany rok składkowy. Najwyższa stopa procentowa składki ustalona na okres od 1 kwietnia 2011 roku do 31 marca 2012 roku wynosi 3,33%. Oznacza to, że dla płatników zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych stopa procentowa składki, liczona jako 50% najwyższej spośród stóp procentowych ustalonych dla poszczególnych grup działalności wynosi 1,67%.

Płatnikom składek zgłaszającym do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych, wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W celu ustalenia przez ZUS stopy procentowej składki wykorzystuje się składane przez tych płatników trzy kolejne „Informacje o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe ZUS IWA".

Dokument ten zawiera, między innymi, dane do ustalenia kategorii ryzyka dla płatnika składek, to jest:

— rodzaj działalności według PKD,

— liczbę poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem, które miały miejsce w roku, za który składana jest Informacja ZUS IWA,

— liczbę poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich,

— liczbę zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Każda z powyższych Informacji o wypadkowości – z trzech kolejnych lat – jest brana pod uwagę w algorytmie wyliczającym cząstkowe kategorie ryzyka i w dalszej kolejności przy ustalaniu stopy procentowej składki. Natomiast do ustalenia grupy działalności brany jest pod uwagę rodzaj działalności według PKD wykazany przez płatnika w składanej jako ostatniej Informacji ZUS IWA.

Na dzień 30 kwietnia 2011 roku Informację ZUS IWA za 2010 rok o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe złożyło 162,1 tys. płatników (0,8% płatników mniej niż za 2009 rok).

Z roku na rok rośnie liczba płatników, którym ZUS ustala wysokość stopy procentowej składki. Na rok składkowy od 1 kwietnia 2011 roku do 31 marca 2012 roku ZUS ustalił wysokość stopy procentowej składki dla 136,5 tys. płatników, to jest dla 2,6% płatników więcej niż za poprzedni rok składkowy. Udział płatników składających po raz trzeci Informację ZUS IWA wahał się w latach 2010-2011 od 81,4% do 84,2% ogólnej liczby płatników, którzy złożyli tę Informację.

Jak wcześniej wspomniano, w rozporządzeniu do grup działalności przypisane są kategorie ryzyka wraz ze stopą procentową składki. Natomiast dla poszczególnych płatników kategorię ryzyka ustala ZUS.

Kategoria ryzyka ustalana jest przez ZUS dla poszczególnych płatników na podstawie danych wykazanych w Informacjach ZUS IWA za trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe, na podstawie cząstkowych kategorii ryzyka odpowiadających:

— wskaźnikowi poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem,

— wskaźnikowi poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich,

— wskaźnikowi zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Za 2010 rok płatnicy składek wykazali w Informacji ZUS IWA liczbę 112,6 tys. poszkodowanych w wypadkach przy pracy, w tym 1,1 tys. poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich oraz 291,7 tys. osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia w razie przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (tabela 7).

Tabela 7

Dane do ustalenia kategorii ryzyka przekazane przez płatników składek na ubezpieczenie wypadkowe w Informacji ZUS IWA*

Wyszczególnienie	2009	2010	2009 = 100
Poszkodowani w wypadkach przy pracy ogółem	106 042	112 569	106,2
w tym: poszkodowani w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich	1 092	1 061	97,2
udział w %	1,0	0,9	×
Zatrudnieni w warunkach zagrożenia	298 311	291 674	97,8

* Dane za 2009 rok według stanu na 30 kwietnia 2010 roku. Za 2010 rok według stanu na 30 kwietnia 2011 roku.

W 2010 roku, w porównaniu do roku 2009, wykazano o 6,2% więcej poszkodowanych w wypadkach przy pracy, o 2,8% mniej poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich oraz o 2,2% mniej zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Najwięcej poszkodowanych w wypadkach przy pracy zgłosili płatnicy prowadzący działalność w przetwórstwie przemysłowym – 34,5% zgłoszonych poszkodowanych, w handlu – 11,9%, w budownictwie 8,9%. Największa śmiertelność oraz liczba wypadków ciężkich wystąpiła w przetwórstwie przemysłowym – 32,2% zgłoszeń oraz w budownictwie – 20,9%. W warunkach zagrożenia zatrudnionych było w przetwórstwie przemysłowym – 55,1% zgłoszonych przez płatników, w górnictwie – 17,4% oraz w budownictwie – 9,0%.

Rozpatrując uzyskaną na podstawie Informacji ZUS IWA liczbę poszkodowanych w wypadkach przy pracy oraz zatrudnionych w warunkach zagrożenia w przeliczeniu na 1000 ubezpieczonych zgłoszonych przez płatników do ubezpieczenia wypadkowego w dokumencie ZUS IWA w poszczególnych grupach działalności, stwierdza się, że najwięcej poszkodowanych w wypadkach przy pracy odnotowano, między innymi, w grupie działalności związanej z dostawą wody, gospodarowaniem ściekami (20,108) w budownictwie (19,838) oraz w górnictwie (18,583). Najwyższy wskaźnik wystąpienia wypadków śmiertelnych i ciężkich odnotowano w budownictwie (0,438) oraz w górnictwie (0,296). Ponad dziesięciokrotnie wyższy wskaźnik od wskaźnika ogółem (27,529) dla wszystkich płatników zgłaszających zatrudnionych w warunkach zagrożenia odnotowano w górnictwie (295,030).

Drugim elementem, obok kategorii ryzyka, wpływającym na stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe, to jest na jej obniżenie lub podwyższenie, ustalanym dla poszczególnych płatników w ramach grup działalności jest tzw. wskaźnik korygujący.

Wskaźnik korygujący jest ustalany indywidualnie dla każdego płatnika składek na podstawie różnicy między kategorią ryzyka określoną w rozporządzeniu dla grupy działalności, do której płatnik należy, a kategorią ryzyka ustaloną przez ZUS dla danego płatnika na podstawie złożonych przez niego informacji o wypadkowości za trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe.

Od 1 kwietnia 2009 roku obowiązuje, również i w omawianym okresie składkowym od 1 kwietnia 2011 roku do 31 marca 2012 roku, 11 wskaźników korygujących. Rozpiętość wskaźnika korygującego wynosi od 0,5 do 1,5.

W porównaniu do poprzedniego roku wzrosła o 2,6% liczba płatników, którym ZUS ustalił wskaźnik korygujący. Struktura płatników, którym podwyższono, obniżono lub utrzymano stopę procentową składki w roku 2011 w porównaniu z 2010 rokiem uległa tylko nieznacznym zmianom. Stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe obniżono w przypadku 70,5% płatników, podwyższono – 8,4% (tabela 8).

Generalnie zauważa się spadek udziału płatników (o 0,3 punktu procentowego), którym stopę składki podwyższono.

Przeciętna stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe na jednego płatnika, ustalona dla płatników, którzy złożyli za 2010 rok (trzeci kolejny raz) Informację ZUS IWA wyniosła analogicznie jak za rok 2009 – 1,21% (wyliczona jako średnia ważona liczbą płatników).

Tabela 8

Struktura płatników składek na ubezpieczenie wypadkowe, którym ZUS ustalił wskaźnik korygujący na podstawie Informacji ZUS IWA złożonej po raz kolejny, trzeci rok

Wyszczególnienie	2009	2010
	w odsetkach	
Płatnicy składek na ubezpieczenie wypadkowe – ogółem	100,0	100,0
którym: obniżono stopę składki	70,4	70,5
podwyższono stopę składki	8,7	8,4
utrzymano podstawową stopę składki	20,9	21,1

Ustalona dla danego płatnika składek stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe obowiązuje przy wyliczaniu należnych składek za wszystkich ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego przez tego płatnika.

Mechanizm różnicowania składki na ubezpieczenie wypadkowe ma na celu zachęcenie pracodawców do poprawy warunków pracy oraz dbanie o bezpieczeństwo pracowników. Zasada jest taka – im więcej wypadków, tym składka jest wyższa. W zależności bowiem od stwierdzonej u płatnika liczby wypadków przy pracy i osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia, wysokość stopy procentowej może być podniesiona lub obniżona.

Jak wynika z przedstawionych wyżej danych, wzrosła liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy przy jednoczesnym wzroście liczby ubezpieczonych zgłoszonych przez płatników do ubezpieczenia wypadkowego. Wzrost ten był wysoki – wyniósł 14,5%. Pozytywnym zjawiskiem jest, przy wzroście liczby ubezpieczonych, spadek liczby wypadków śmiertelnych i ciężkich oraz spadek liczby zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Jan Rzepecki
Centralny Instytut Ochrony Pracy

Rola instytucji zabezpieczenia społecznego w zapobieganiu wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym

1. Uwagi wstępne

Ubezpieczenie wypadkowe wprowadzone zostało po raz pierwszy w Niemczech, 6 lipca 1884 roku za rządów Bismarcka, ustawą o ubezpieczeniach od nieszczęśliwych wypadków. Ubezpieczenie to miało charakter przymusowy. Obowiązek ubezpieczenia spoczywał na pracodawcach, opłacających całość składek (W. Szubert, 1987). Wysokość składek była zróżnicowana w zależności od stopnia zagrożenia pracowników danej branży oraz zakładu pracy wypadkami przy pracy.

Podstawową zasadą, na której się oparto przy konstruowaniu systemów ubezpieczeń wypadkowych pod koniec XIX i na początku XX wieku, było przejęcie przez ubezpieczenie cywilnoprawnej odpowiedzialności przedsiębiorców za następstwa wypadków przy pracy, a później także chorób zawodowych. W praktyce oznaczało to, iż ciężar odpowiedzialności za urazy doznane w wypadku przy pracy lub za choroby zawodowe spoczywał na instytucji ubezpieczenia wypadkowego, a nie na przedsiębiorcy. Przedsiębiorca płacący składki na rzecz instytucji ubezpieczenia wypadkowego zostawał osobiście zwolniony od wszelkich roszczeń ubezpieczonych przez siebie pracowników, którzy doznali obrażeń na skutek wypadku przy pracy lub ich rodzin. Osoby poszkodowane lub członkowie ich rodzin uzyskały natomiast prawo do występowania w stosunku do instytucji ubezpieczenia wypadkowego z roszczeniami o świadczenia (Hofmann, 1991).

W Polsce międzywojennej, po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku, obowiązywały zróżnicowane formy ubezpieczenia wypadkowego zarówno co do zakresu podmiotowego, jak i przedmiotowego oraz finansowania (Loga, 1991). Wynikało to z obowiązywania odmiennych unormowań na terenie poszczególnych zaborców. Władze polskie prowadziły jednak intensywną działalność zmierzającą do ujednolicenia zasad ubezpieczenia społecznego, w tym wypadkowego na obszarze całej Polski. Cel ten spełniła dopiero ustawa z 22 marca 1933 roku, zwana ustawą scaleniową, która ujednoliciła stan prawny w zakresie ubezpieczenia wypadkowego na terenie całego

kraju, wprowadziła także szereg nowych, istotnych unormowań, takich jak wprowadzenie pojęcia wypadek w zatrudnieniu, obejmującego także wypadki w drodze do pracy i z pracy, objęcie ochroną ubezpieczeniową skutków wywołanych chorobami zawodowymi, wprowadzenie kapitałowego pokrycia zapadłych zobowiązań. Ponadto, w miejsce istniejących wcześniej zakładów ubezpieczeń od wypadków w Poznaniu, w Królewskiej Hucie oraz we Lwowie powstał Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dysponujący pięcioma podstawowymi funduszami ubezpieczeniowymi, w tym Funduszem Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych (Tarasińska, 1996).

Przez pierwsze lata po zakończeniu II wojny światowej w zakresie ubezpieczenia wypadkowego obowiązywał stan prawny ustalony ustawą scaleniową. Jednakże w 1951 roku doprowadzono do całkowitego scalenia finansów ubezpieczeń społecznych i włączenia ich do budżetu państwa. W tym samym roku została wprowadzona jednolita, łączna składka na ubezpieczenie społeczne.

Przemiany ustrojowe, jakie nastąpiły w Polsce w 1989 roku wpłynęły, między innymi, na uświadomienie konieczności wprowadzenia zmian także w zakresie ubezpieczenia społecznego. Wdrażana wówczas zasada samodzielności finansowej przedsiębiorstw państwowych, przy postępującym w szybkim tempie rozwoju sektora prywatnego, nie pozwalała na dalsze utrzymywanie tezy, że państwo w pewnym sensie odpowiada za warunki bezpieczeństwa i higieny pracy. Powrócono więc do znanych w ubezpieczeniu wypadkowym rozwiązań polegających na ustalaniu wyższej składki w razie występowania w zakładzie większego ryzyka wypadków i chorób zawodowych (Tarasińska, 1996). Zmiany te wprowadzono dopiero od 1 stycznia 2003 roku wraz z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwanej dalej ustawą wypadkową[1].

2. Organizacja i zadania ubezpieczenia wypadkowego

Istotnym elementem ubezpieczenia wypadkowego jest jego organizacja, która w znacznym stopniu uwarunkowana jest tradycjami historycznymi. Ubezpieczenie wypadkowe charakteryzuje się w wielu krajach odmiennymi rozwiązaniami organizacyjnymi niż pozostałe działy ubezpieczeń społecznych, co wynika ze szczególnego zainteresowania finansowego pracodawców oraz powiązania działalności odszkodowawczej z prewencją i rehabilitacją (Szubert, 1987).

Ubezpieczenie wypadkowe występuje bądź w ramach systemu ubezpieczenia społecznego, bądź realizowane jest przez instytucje prywatne (Andreoni D., 1986). W systemie ubezpieczenia społecznego występuje ono w ramach ogólnego ubezpieczenia społecznego albo innych rodzajów ubezpieczenia społecznego, bądź w formie wydzielonej. Pierwsza forma była typowa dla Polski

[1] Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. nr 199, poz. 1673 ze zm.).

przed wprowadzeniem w 1999 roku reformy ubezpieczeń społecznych, wszystkich państw Europy Środkowo-Wschodniej, a z krajów Unii Europejskiej dla Wielkiej Brytanii, Irlandii i Holandii[2].

Usytuowanie instytucji ubezpieczenia wypadkowego w stosunku do organów rządowych ma zróżnicowany charakter. Wprawdzie w Niemczech instytucje te znajdują się pod nadzorem Federalnego Urzędu Ubezpieczeń, a w Szwecji pod nadzorem Krajowej Rady Ubezpieczeń Społecznych, to jednak podobnie jak w Austrii i Finlandii instytucje te są niezależne od państwa. W innych krajach (np. we Francji, w Danii, we Włoszech, w Belgii czy Hiszpanii) różne ministerstwa mają uprawnienia kontrolne w stosunku do instytucji ubezpieczenia wypadkowego.

Wiele systemów ubezpieczeniowych, w tym wiele systemów funkcjonujących w Europie Zachodniej, zarządzanych jest przez przedstawicieli partnerów społecznych (pracodawców i pracowników) oraz przedstawicieli państwa (*Insurance against Occupational Risks...*, 1997). Według ocen ekspertów zachodnich, samorządne instytucje ubezpieczeniowe administrowane pośrednio przez państwo odpowiadają potrzebom praktyki, gdyż są ekonomiczne, zainteresowane utrzymywaniem kosztów na możliwie niskim poziomie, a ponadto dają możliwość wykorzystywania doświadczeń zarówno pracodawców, jak i pracowników w realizowaniu zadań instytucji ubezpieczeniowych. Dzięki temu instytucje te spełniają swoje podstawowe funkcje w zakresie ubezpieczenia wypadkowego znacznie skuteczniej niż prywatne, komercyjne firmy ubezpieczeniowe.

W Polsce podstawowe funkcje związane z ubezpieczeniem wypadkowym realizowane są w ramach całego systemu ubezpieczeń społecznych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, będący największą instytucją ubezpieczeniową, obsługującą około 2,2 mln płatników składek, a wśród nich 15,8 mln ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym (*Informacja o świadczeniach...*, 2012).

Zadaniem instytucji zajmujących się ubezpieczeniem wypadkowym jest przede wszystkim wypłacanie świadczeń pieniężnych osobom ubezpieczonym. Jednak w wielu krajach zachodnich instytucje te prowadzą także działalność w zakresie zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym oraz rehabilitacji medycznej i zawodowej.

Zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym stanowi jedno z podstawowych zadań ubezpieczenia wypadkowego w większości państw Europy Zachodniej. Obejmuje ono nie tylko techniczny nadzór i ochronę pracownika w miejscu pracy, ale stanowi także coraz ważniejsze zadanie psychologiczne i szkoleniowe mające zachęcać zarówno pracodawców jak i pracowników do stosowania bezpiecznych metod pracy i rozbudzania świadomości występowania ryzyka w środowisku pracy (*Insurance againts Occupational Risks...*, 1997).

Działania prewencyjne, najczęściej stosowane przez instytucje ubezpieczenia wypadkowego, obejmują między innymi opracowywanie branżowych

[2] W Holandii świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego włączone są do pionu ubezpieczenia inwalidzko-rentowego.

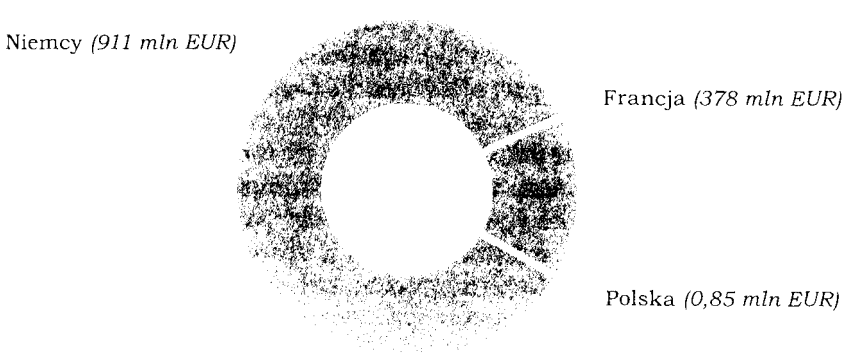
przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, przeprowadzanie inspekcji przedsiębiorstw, mających na celu przede wszystkim kontrolę stosowania przepisów w zakresie bhp oraz nakładanie sankcji za ich naruszanie. Oprócz wymienionych działań legislacyjnych i kontrolnych, instytucje ubezpieczenia wypadkowego organizują i finansują, w zależności od kraju, działalność informacyjną, szkoleniową w zakresie prewencji medycznej, badanie oraz certyfikację maszyn, narzędzi, ochrony osobistej, a także prace badawcze z zakresu bhp wraz z całkowitym finansowaniem własnych instytutów naukowo-badawczych, np. we Francji i Niemczech (Rzepecki, 2006).

We Francji, w celu promowania prewencji, od 1988 roku Kasy Regionalne Ubezpieczenia Chorobowego (CRAM) podpisują z wybranymi branżami tzw. umowy prewencyjne. W wyniku podpisania takiej umowy, wybrane przedsiębiorstwa z danej branży, zatrudniające do 250 pracowników otrzymują kredyt celowy na realizację określonych inwestycji mających na celu poprawę warunków pracy. Wysokość takiego kredytu może kształtować się w granicach od 10 do 70% ogólnego kosztu inwestycji, w praktyce jednak kredyt taki stanowi przeciętnie około 20% kosztu inwestycji. Kontrakty takie podpisywane są na okres od 1 do 3 lat. W przypadku prawidłowego wykorzystania przez przedsiębiorstwo przyznanych środków, przyznany przez CRAM kredyt zostaje następnie umorzony (Cartier i inni, 1996).

Funkcjonujący obecnie w Polsce system ubezpieczenia wypadkowego uwzględnia także finansowanie przez ZUS działalności w zakresie prewencji wypadkowej. Zgodnie z ustawą wypadkową środki na działalność ograniczone są do wysokości 1% planowanych wpływów ze składek. W praktyce środki te są jednak stosunkowo niewielkie. W latach 2010-2011 na działalność prewencyjną planowano środki w wysokości 3,5 mln zł rocznie, a wydatkowano zaledwie około 3,2 mln zł, co w 2011 roku stanowiło zaledwie około 0,05% wpływów ze składek na ubezpieczenie wypadkowe. Nakłady na prewencję wypadkową z funduszu ubezpieczenia wypadkowego są w Polsce wielokrotnie (w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w roku 2010 ponad 420-krotnie) mniejsze niż w takich krajach, jak Niemcy czy Francja (wykres 1).

Wykres 1

Wydatki na prewencję z funduszu ubezpieczeń wypadkowych w Niemczech, Francji i Polsce w roku 2010



Instytucje ubezpieczenia wypadkowego stosują instrumenty ekonomiczne mające na celu propagowanie prewencji w przedsiębiorstwach. Podstawowym takim instrumentem jest system podwyższania i obniżania składek na ubezpieczenie wypadkowe dla przedsiębiorstw w ramach danej działalności. Inną formę propagowania prewencji stanowi przyznawanie dotacji lub bonusów wypłacanych przez instytucje ubezpieczeniowe dla tych przedsiębiorstw, które inwestują w prewencję. Możliwość taka istnieje we Francji, w Belgii (tylko w odniesieniu do chorób zawodowych), Finlandii (jedynie dla dużych przedsiębiorstw), Włoszech oraz Szwajcarii.

W wielu krajach (takich jak Niemcy, Francja, Austria, Szwajcaria, Luksemburg) do zadań instytucji ubezpieczeniowych należy realizacja świadczeń rzeczowych, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji medycznej i zawodowej. Należy podkreślić, iż zadanie to jest zgodne z zasadami zawartymi w Konwencji nr 121 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1964 roku dotyczącej świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Konwencja ta przewiduje, iż świadczenia rehabilitacyjne należy realizować przy użyciu wszelkich stosownych środków. Z humanitarnego oraz ekonomicznego punktu widzenia oznacza to, iż rehabilitacji medycznej i zawodowej należy nadać pierwszeństwo przed świadczeniami pieniężnymi.

Zadania w zakresie rehabilitacji medycznej i zawodowej realizowane są przez większość instytucji społecznego ubezpieczenia wypadkowego. Szczególnie dużą rolę ogrywa rehabilitacja medyczna i zawodowa w niemieckim systemie ubezpieczenia wypadkowego, w którym kasy ubezpieczenia wypadkowego w zakresie rehabilitacji oferują znacznie więcej świadczeń niż instytucje ubezpieczenia wypadkowego w innych krajach (np. Francja, Szwajcaria), gdzie ubezpieczenie pokrywa jedynie koszty leczenia, a koszty przeszkolenia pokrywane są przez inne instytucje (Rothe, 1995). Generalną zasadą w niemieckim systemie ubezpieczenia wypadkowego jest prowadzenie postępowania rehabilitacyjnego wszelkimi dostępnymi środkami, zanim ubezpieczony otrzyma rentę. Świadczenia rehabilitacyjne w niemieckim systemie ubezpieczenia wypadkowego obejmują: leczenie, pomoc zawodową oraz integrację społeczną.

Należy zaznaczyć, że wszelkie koszty związane z rehabilitacją medyczną i zawodową (dostosowanie stanowisk pracy, pojazdu, przeszkolenia, a nawet przebudowy mieszkania) ponosi ubezpieczyciel.

Realizacji podstawowych zadań związanych z rehabilitacją medyczną i zawodową w Niemczech służy cały system statystyki prowadzonej przez Zawodowe Instytucje Ubezpieczenia Wypadkowego, który umożliwia, między innymi, dokonanie oceny:

— zapotrzebowania na łóżka szpitalne,

— efektywności szkolenia zawodowego w poszczególnych placówkach,

— zapotrzebowania na wózki inwalidzkie (ubezpieczyciel może wówczas pertraktować z producentami wózków w sprawie rabatów cenowych),

— kosztów i efektów rehabilitacji oraz zestawienie tych danych z kosztami przyszłych rent.

W polskim systemie ubezpieczeń społecznych działalność w zakresie rehabilitacji prowadzona jest w ramach prewencji rentowej. Oznacza to, iż osoby poszkodowane w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej kierowane są na rehabilitację na takich samych zasadach jak pozostali objęci ubezpieczeniem społecznym.

3. Finansowanie ubezpieczenia wypadkowego

W większości krajów zachodnich ubezpieczenie wypadkowe finansowane jest z reguły z odrębnych składek płaconych przez pracodawców (*Insurance againts...*, 1997). Od tej reguły są jednak wyjątki dotyczące na przykład samozatrudnionych w rolnictwie (rolnicy indywidualni) w Finlandii, Niemczech i w Polsce oraz pracowników sektora publicznego w Niemczech, gdzie ubezpieczenie wypadkowe finansowane jest częściowo ze środków budżetu państwa. W niektórych systemach ubezpieczenie wypadkowe finansowane jest także częściowo ze składek pracowników (Andreoni, 1986).

Składki na ubezpieczenie wypadkowe, jak już wyżej wskazywano, są w większości krajów zachodnioeuropejskich zróżnicowane w zależności od skutków zagrożeń, to jest wypadków przy pracy i chorób zawodowych w danej działalności oraz przedsiębiorstwie. Oprócz składek, dochody ubezpieczenia wypadkowego obejmują także nadpłaty zaległych składek, odsetki bankowe od ulokowanych przez firmę ubezpieczeniową kapitałów czy dochody z regresu.

Wydatki instytucji ubezpieczenia wypadkowego składają się z następujących części (Andreoni, 1986):

— funduszy przekazywanych innym instytucjom ubezpieczeniowym, szczególnie instytucjom zajmującym się ubezpieczeniem chorobowym (np. kasy chorych), realizującym na rzecz poszkodowanych świadczenia lecznicze, których koszt pokrywany jest przez ubezpieczenie wypadkowe,

— kwot refundowanych szpitalom, instytucjom lub poszczególnym osobom, które dostarczyły poszkodowanym świadczenia rzeczowe lub pokryły koszty tych świadczeń, finansowanych zazwyczaj przez instytucje ubezpieczeń wypadkowych,

— świadczeń pieniężnych wypłacanych bezpośrednio osobom poszkodowanym lub członkom ich rodzin,

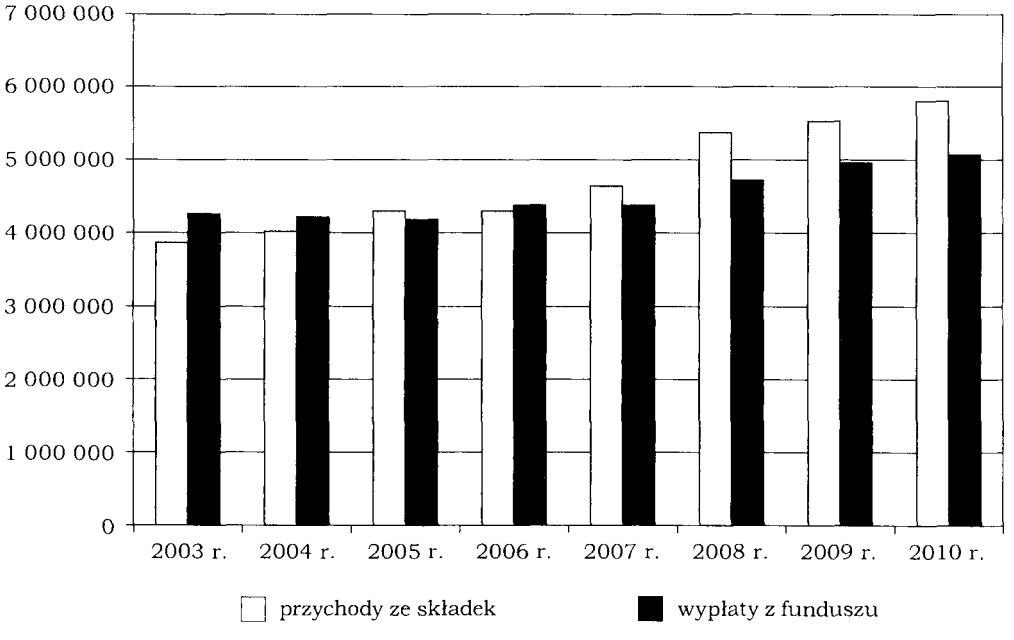
— kwot na rzecz pokrycia kosztów prewencji lub usług pomocy technicznej, socjalnej, które realizowane są przez inne instytucje.

W dłuższym okresie wpływy instytucji ubezpieczeniowej z tytułu składek, dodatkowych opłat oraz ulokowanych kapitałów muszą pokryć wydatki związane z realizacją zadań ubezpieczenia wypadkowego i inne koszty, takie jak zysk firmy ubezpieczeniowej czy koszty administracyjne. Problem zysku dotyczy jedynie prywatnych firm ubezpieczeniowych, gdyż firmy publiczne lub parapubliczne działają na zasadzie *non-profit*.

Polski system ubezpieczenia wypadkowego oparty jest, podobnie jak i cały system ubezpieczeń społecznych w naszym kraju, na systemie repartycyjnym. W obowiązującym w Polsce systemie ubezpieczenia wypadkowego nie ma funduszu rezerwowego, w związku z czym w przypadku gdy wpływy ze składek na ubezpieczenie wypadkowe są zbyt niskie w stosunku do wypłaty świadczeń, Zakład Ubezpieczeń Społecznych w celu uzupełnienia tego niedoboru korzysta ze środków otrzymanych w ramach dotacji budżetowej do funduszu ubezpieczeń społecznych. W ostatnich latach w społecznym ubezpieczeniu wypadkowym nie występowała jednak potrzeba korzystania z tej dotacji, ponieważ wpływy ze składek przewyższały wydatki na świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (wykres 2).

Wykres 2

Przychody i wydatki z funduszu ubezpieczenia wypadkowego ZUS w latach 2003-2010



Podstawę finansowania systemu ubezpieczenia wypadkowego w Polsce stanowią składki, które dla płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia społecznego co najmniej 10 ubezpieczonych są zróżnicowane w zależności od przyczyn i skutków zagrożeń zawodowych. Dla płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia społecznego mniej niż 10 ubezpieczonych składki na ubezpieczenie wypadkowe są zróżnicowane i wynoszą 50% najwyższej stopy procentowej składki dla grupy działalności ustalonej w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej.

4. Zróżnicowanie składki na ubezpieczenie wypadkowe – ocena skuteczności systemu

System zróżnicowanej składki na społeczne ubezpieczenie wypadkowe funkcjonuje od 1 stycznia 2003 roku na poziomie grup działalności, a od 1 kwietnia 2006 roku także na poziomie przedsiębiorstw.

Od 1 kwietnia 2009 roku zwiększony został zakres różnicowania stopy procentowej składki na poziomie zakładów pracy, który wynosi teraz od -50% do +50% w stosunku do średniej stopy procentowej składki dla grupy działalności ustalonej w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej[3]. Wprowadzenie w życie zwiększonego zakresu różnicowania składki powinno spowodować znaczne zwiększenie stymulacyjnego oddziaływania systemu zróżnicowanej składki ubezpieczenia wypadkowego na poprawę warunków pracy.

W latach 2009-2010 w pracy realizowanej przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, w ramach I etapu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy", przeprowadzone zostały w 202 przedsiębiorstwach badania ankietowe dotyczące oceny zróżnicowanej składki jako ekonomicznego stymulatora poprawy warunków pracy. Przeprowadzone badania wykazały, iż zróżnicowana składka na społeczne ubezpieczenie wypadkowe spełnia skutecznie swoją rolę motywacyjną, z jednej strony głównie w odniesieniu do przedsiębiorstw dużych i bardzo dużych, z drugiej zaś w stosunku do przedsiębiorstw należących do grup działalności o wysokiej składce[4] (Rzepecki, 2010). Dotyczy to zwłaszcza przedsiębiorstw wdrażających oraz mających wdrożony system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (SZ BHP). W przeważającej większości tych przedsiębiorstw, jak wykazały przeprowadzone badania:

— składka stanowi element analiz ekonomicznych przedsiębiorstwa oraz odczuwalną ekonomicznie pozycję jego kosztów,

— pozytywnie oceniane są wprowadzone od 1 kwietnia 2009 roku nowe zasady różnicowania składki jako motywujące i wystarczające do działań prewencyjnych,

— planuje się realizację dodatkowych działań prewencyjnych w celu uzyskania obniżenia składki. Działania prewencyjne mają głównie na celu osiągnięcie zgodności z wymaganiami prawa, a w przedsiębiorstwach, w których już funkcjonuje SZ BHP dotyczyć mają jego doskonalenia,

— nakłady na prewencję w przeliczeniu na jednego pracownika są znacznie wyższe niż w pozostałych przedsiębiorstwach, ponadto są one co najmniej dwukrotnie wyższe od wysokości składek w przedsiębiorstwach małych i średnich oraz należących do grup działalności o niskiej składce.

---

[3] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz.U. nr 200, poz. 1692 ze zm.).

[4] Przedsiębiorstwa o wysokiej składce, tj. należące do grup działalności z ustaloną w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej co najmniej 7 kategorią ryzyka i odpowiadającą jej składką w wysokości min. 2% podstawy wymiaru składek.

W stosunku do przedsiębiorstw średnich, a zwłaszcza małych oraz przedsiębiorstw należących do grup działalności o niskiej składce oddziaływanie motywacyjne zróżnicowanej składki jest ograniczone. Przykładem tego jest stosunkowo niski odsetek przedsiębiorstw małych i średnich, które zamierzają realizować działania prewencyjne w celu uzyskania obniżenia składki oraz niski poziom nakładów na działania prewencyjne w przeliczeniu na jednego pracownika w relacji do wysokości składek na ubezpieczenie wypadkowe w stosunku do pozostałych przedsiębiorstw.

Badania wykazały, iż do czynników ograniczających w przedsiębiorstwach oddziaływanie stymulacyjne zróżnicowanej składki na ubezpieczenie wypadkowe zaliczyć należy:

a) uwzględnianie jako jednego z kryteriów różnicowania stopy procentowej składki na społeczne ubezpieczenie wypadkowe wskaźnika poszkodowanych w wypadkach przy pracy, obejmującego wszystkie wypadki urazowe zarówno powodujące absencję osoby poszkodowanej, jak i bez absencji. Obowiązujący system zniechęca do zgłaszania w przedsiębiorstwach drobnych wypadków, to jest wypadków bez absencji (tzw. opatrunkowych), jak i tych, które w rezultacie stanowią w statystykach GUS poniżej 1% wypadków przy pracy,

b) zbyt małe zróżnicowanie stóp procentowych składek na ubezpieczenie wypadkowe między grupami działalności, które jest znacznie niższe niż w innych krajach UE (np. Niemcy, Francja, Włochy, Hiszpania), mających duże tradycje związane z funkcjonowaniem ubezpieczenia wypadkowego,

c) stosowanie dla płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego składki zryczałtowanej stanowiącej 50% najwyższej stopy ustalonej dla grupy działalności. Powoduje to z jednej strony nierówne traktowanie płatników składek[5], z drugiej zaś ogranicza możliwość zwiększenia zróżnicowania stóp procentowych składek między grupami działalności[6].

Badania wykazały ponadto, iż:

— jedyny pozytywny wpływ, jaki spowodowało wprowadzenie zróżnicowanej składki na społeczne ubezpieczenie wypadkowe w stosunku do przedsiębiorstw małych była znaczna poprawa i to w znacznie większym stopniu przestrzegania przez pracowników przepisów bhp,

---

[5] Na przykład płatnicy składek zgłaszający do ubezpieczenia społecznego poniżej 10 ubezpieczonych, którzy należą do działalności usługowych (np. działalności handlowej), płacąc składkę w wysokości zryczałtowanej, która w br. wynosi 1,93% podstawy wymiaru składek, płacą składkę na ogół wyższą niż płatnicy należący do tych samych grup działalności, ale zgłaszający do ubezpieczenia społecznego co najmniej 10 ubezpieczonych. Jednocześnie dla wielu płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia społecznego poniżej 10 ubezpieczonych, którzy należą do działalności związanych z górnictwem, przetwórstwem przemysłowym oraz budownictwem składka w wysokości zryczałtowanej ma wartość zaniżoną w stosunku do składki ustalanej przez ZUS dla płatników składek, którzy zgłaszają do ubezpieczenia społecznego co najmniej 10 pracowników.

[6] Dotyczy to szczególnie możliwości ustalenia wyższej stopy procentowej składki dla grup działalności, dla których ustalona jest najwyższa kategoria ryzyka i najwyższa stopa procentowa składki. Obecnie dotyczy to działalności związanych z górnictwem, dla których obecne zapisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych utrudniają ustalenie w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej wyższej stopy procentowej składki, która wynosi obecnie 3,33% podstawy wymiaru składek.

— dodatkowe nakłady na działalność prewencyjną w przedsiębiorstwach nie przynoszą w krótkim okresie zwrotu w postaci obniżenia składki na ubezpieczenie wypadkowe. Korzyści te mogą być odczuwalne w dłuższym, co najmniej trzyletnim okresie, co jest związane między innymi z przyjętą koncepcją różnicowania składek przez ZUS, której podstawę stanowią uśrednione z ostatnich trzech lat dane statystyczne o wypadkach przy pracy, w tym wypadkach śmiertelnych i ciężkich oraz pracownikach zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami szkodliwymi dla zdrowia,

— ocena korzyści z ponoszonych dodatkowych nakładów na działalność prewencyjną nie powinna ograniczać się do kwot uzyskanych z obniżenia składki na społeczne ubezpieczenie wypadkowe. Ocena ta powinna być dokonywana zarówno w skali mikro-, jak i makroekonomicznej i uwzględniać w skali mikro niższe koszty wypadków przy pracy i zdarzeń potencjalnie wypadkowych, niższe koszty absencji chorobowej finansowanej ze środków przedsiębiorstwa, niższe koszty świadczeń z tytułu pracy w warunkach szkodliwych i uciążliwych, wyższą wydajność pracy i wyższą jakość produkcji oraz korzyści pozafinansowe, takie jak poprawa wizerunku przedsiębiorstwa, lepsze samopoczucie i morale pracowników. W skali makroekonomicznej ocena ta powinna uwzględniać także niższe koszty leczenia i rehabilitacji poszkodowanych w wypadkach przy pracy oraz ubezpieczonych ze stwierdzoną chorobą zawodową finansowane przez NFZ i ZUS, a także niższe koszty rent i innych świadczeń pieniężnych finansowanych przez ZUS.

Literatura

Andreoni D. (1986), *The cost of occupational accidents and diseases*, International Labour Office. Occupational Safety and Health series No 54, Geneva.

Cartier I., Cazaneuve J-P., Dupré D., Le Page D. (1996), *An Innovative Economic Incentive Model to Improve the Working Environment – Testing in France*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

Hoffmann B. (1991), *Arbeitsschutz und Unfallstatistik*, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin.

Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego (IV kwartał – okres I-XII 2011 r.), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2012.

Insurance againts Occupational Risks: a Common Core with Variants (1996), Eurogip, European Forum.

Loga J. (1991), *Ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Ossolineum, Wrocław.

Rothe G. (1995), *Rehabilitation und Rahabilitations-Statistik in der gesetzlichen Unfallversicherung 1993*, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin.

Rzepecki J. (2006), *Prewencja w systemach ubezpieczenia wypadkowego w wybranych krajach europejskich*, Bezpieczeństwo Pracy nr 9.

Rzepecki J. (2010), *Oddziaływanie motywacyjne systemu zróżnicowanej składki na społeczne ubezpieczenie wypadkowe*, Bezpieczeństwo Pracy nr 3.

Szubert W. (1966), *Ochrona pracy*, Studium społeczno-prawne, PWN, Warszawa.

Tarasińska Z. (1996), *Zasady finansowania ubezpieczenia wypadkowego w świetle prowadzonych prac nad wdrożeniem elementów stymulujących bezpieczeństwo pracy*, praca niepublikowana, Warszawa.

Anna Sójka
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Prewencja wypadkowa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Na skuteczność działań z zakresu prewencji wypadkowej składa się wiele czynników. Jednym z najbardziej istotnych jest budowanie w świadomości pracodawców i pracowników kultury bezpieczeństwa pracy, obejmującej postawy, wartości i normy zachowań w zakresie bezpiecznej pracy. Bezpieczeństwo pracy to wypadkowa takich elementów, jak: przestrzeganie procedur, właściwa organizacja stanowisk pracy, stosowanie środków ochrony osobistej, właściwe szkolenia, implementacja wzorców bhp, proaktywna postawa kierownictwa i pracowników wobec spraw związanych z bezpieczeństwem pracy. Działania te podejmowane są bezpośrednio na poziomie przedsiębiorstwa.

Znaczny wpływ na skuteczne działania prewencyjne ma polityka bezpieczeństwa i higieny pracy na szczeblu krajowym. Ustawodawstwo Międzynarodowej Organizacji Pracy nakłada obowiązki w dziedzinie bezpieczeństwa pracy na państwa członkowskie Unii Europejskiej. Obowiązek prowadzenia polityki mającej na celu „zapobieganie wypadkom i uszczerbkom na zdrowiu wynikającym z wykonywanej pracy, związanym z pracą lub występującym w procesie pracy" wynika z Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 155 dotyczącej bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy. Przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 29 listopada 2006 r. *Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007-2015* w jednym z priorytetów przewiduje działania na rzecz tworzenia przyjaznego środowiska pracy, zapobiegania i ograniczania ryzyka zawodowego, rozwoju edukacji i szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi prewencję wypadkową od 1 stycznia 2003 roku. Kilkuletnie doświadczenie w realizacji zadań z tego zakresu pozwala na określenie obszarów i wyznaczenie priorytetów działań prewencyjnych, a ich ramy wyznacza art. 37 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych[1] oraz między innymi priorytety dotyczące bezpieczeństwa pracy zawarte w *Strategii Rozwoju Kraju na lata 2007-2015.*

[1] Tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.

Realizując zadania z zakresu prewencji wypadkowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

— zamawia analizy dotyczące przyczyn i skutków wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych,

— zleca prace naukowo-badawcze dotyczące ograniczania i eliminacji przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe,

— upowszechnia wiedzę o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom.

Kwota wydatków przeznaczana przez ZUS na prewencję wypadkową określana jest corocznie w ustawie budżetowej w wysokości do 1% należnych składek na ubezpieczenie wypadkowe, przewidzianych w planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na dany rok budżetowy. Na realizację zadań z zakresu prewencji wypadkowej w latach 2003-2011 Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydatkował ponad 20 mln zł. Kwota wydatków na realizację zadań w 2012 r. wynosi 3,6 mln zł.

Celem działań podejmowanych przez Zakład w ramach prewencji wypadkowej jest kształtowanie w świadomości pracodawców i pracowników właściwego podejścia do bezpieczeństwa w miejscu pracy, a także propagowanie właściwych wzorców w tym zakresie.

Zamawiane przez Zakład analizy są źródłem informacji o przyczynach i skutkach wypadków przy pracy i chorób zawodowych w sektorach gospodarki o największej liczbie wypadków i chorób zawodowych. Ma to istotne znaczenie przy planowaniu tematyki zamawiania szkoleń dla pracodawców i pracowników zakładów pracy z branż o największej wypadkowości.

Najszerszy obszar działalności Zakładu w zakresie prewencji wypadkowej stanowi upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe. W jego ramach prowadzona jest działalność popularyzatorska i promocyjna na rzecz eliminowania zagrożeń zawodowych. Różne formy tej działalności: szkolenia, publikacje i upowszechnianie broszur, ulotek, plakatów z zakresu bezpieczeństwa i ochrony człowieka w środowisku pracy, zakup środków ochrony indywidualnej przeznaczonych dla laureatów programów prewencyjnych Państwowej Inspekcji Pracy, dotyczących poprawy bezpieczeństwa pracy, kampanie zdrowotne oraz informacyjne, podnoszą skuteczność prowadzonej przez Zakład prewencji wypadkowej. Działalność ta ma na celu kształtowanie w świadomości pracodawców i pracowników właściwego podejścia w dziedzinie bezpiecznego środowiska w miejscu pracy, a także propagowanie właściwych wzorców w tym zakresie.

W latach 2003-2011 Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził łącznie 1229 szkoleń, w których uczestniczyło 32 286 osób. W trakcie szkoleń ich uczestnicy pozyskują wiedzę na temat: czynników, które mogą powodować zagrożenia dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników podczas wykonywania pracy, przepisów prawa dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz obowiązków i odpowiedzialności pracodawców i pracowników, wykonywania pracy w sposób bezpieczny dla siebie i innych osób. Ponadto szkolenia umożliwiają uczestnikom zapoznanie się z nowymi rozwiązaniami techniczno-organizacyjnymi dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Brak skutecznej ochrony, zapewniającej bezpieczeństwo i higienę pracy, może prowadzić do absencji na skutek wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a nawet do trwałej niezdolności do pracy. Kwestia ta dotyka nie tylko istotnego wymiaru ludzkiego, ale ma także silny niekorzystny wpływ na gospodarkę. Warunki pracy, mające szkodliwy wpływ na zdrowie, mogą mieć długotrwałe skutki i powodować choroby zawodowe oraz problemy zdrowotne, które ujawniają się nawet po 10 lub ponad 20 latach od narażenia.

Prowadząc prewencję wypadkową Zakład propaguje i wspiera inicjatywy w zakresie skutecznego zapobiegania i ograniczania ryzyka zawodowego w przedsiębiorstwie oraz działania pracodawców na rzecz poprawy stanu bezpieczeństwa w pracy, na przykład zamawiając i wręczając wspólnie z Państwową Inspekcją Pracy pakiety środków ochrony indywidualnej przeznaczone dla pracodawców, którzy zostali laureatami programów prewencyjnych dotyczących poprawy bezpieczeństwa pracy, organizowanych przez okręgowe inspektoraty pracy.

Przez dwa lata w ramach prewencji wypadkowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych we współpracy z Instytutem Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi prowadził program dotyczący profilaktyki zaburzeń głosu o podłożu zawodowym. Program obejmował badania foniatryczne skierowane do osób zawodowo posługujących się głosem, w tym nauczycieli, dziennikarzy i wykładowców. Chętni, którzy zakwalifikowali się do programu mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznego badania foniatrycznego (badanie otolaryngologiczne i badania foniatryczne z wykonaniem wideolaryngologii lub stroboskopii), konsultacji logopedycznej i psychologicznej oraz instruktażu właściwej emisji głosu. Osoby przebadane otrzymały poradnik zawierający zalecenia dotyczące właściwej emisji głosu.

Realizując zadania z zakresu prewencji wypadkowej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych zamówił wykonanie narzędzia umożliwiającego interaktywną symulację komputerową zdarzeń wypadkowych przy pracy, mającego na celu minimalizację kosztów społecznych ponoszonych z tytułu wypadków w budownictwie.

Według danych prezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny w 2011 roku, poszkodowanych w wypadkach przy pracy w budownictwie zostało 9222 osoby (w tym w wypadkach śmiertelnych 99 oraz 141 w ciężkich). Zamówione narzędzie stanowi materiał szkoleniowy oparty na scenariuszach autentycznych wypadków, które miały miejsce w pracy. Opracowane scenariusze dotyczą: wypadku ciężkiego przy pracach na wysokości, wypadku ciężkiego przy prowadzeniu prac rozbiórkowych, wypadku ciężkiego przy pracach transportowych oraz wypadku ciężkiego przy pracach ziemnych. Aplikacja – na płycie DVD, została załączona w formie insertu do Gazety Prawnej, Inspektora Pracy oraz do czasopisma ATEST, a także upowszechniana jest jako materiał poglądowy podczas szkoleń z zakresu bezpieczeństwa pracy organizowanych przez terenowe jednostki organizacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W latach 2009-2011 ZUS, we współpracy z Państwową Inspekcją Pracy, prowadził społeczną kampanię informacyjną „Bezpieczeństwo pracy w budownictwie – upadki i poślizgnięcia". W ramach tej kampanii w mediach, stacjach telewizyjnych i radiowych emitowane były spoty propagujące

bezpieczne warunki pracy. Badanie ewaluacyjne podsumowujące kampanię w 2011 roku pokazało, że zetknęło się z nią 80% badanych. Kampania była nie tylko zauważona, ale jak się okazuje, powinna również odnieść wymierny efekt w poprawie bezpieczeństwa pracy. W efekcie kampanii respondenci zamierzają przede wszystkim zwrócić większą uwagę na bezpośredni nadzór w zakresie stosowania środków ochrony zbiorowej i indywidualnej.

Poza przetwórstwem przemysłowym i budownictwem największa liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy występuje w górnictwie. Według danych GUS w 2011 roku liczba ta wyniosła 2908 osób (w tym w wypadkach śmiertelnych 29 oraz 21 w ciężkich). Zakład zamówił wykonanie aplikacji zawierającej filmy (animacje) szkoleniowe, dotyczące zagrożeń występujących w górnictwie do dystrybucji na płycie DVD o następującej tematyce: właściwa eksploatacja maszyn i urządzeń budowy przeciwwybuchowej, prezentacja wypadków związanych z transportem przenośnikami, zagrożenia związane z wybuchem pyłu węglowego. Animacje umieszczone na płycie przedstawiają rzeczywiste sytuacje związane z wypadkiem, uświadamiają odbiorcom skutki niewłaściwego sposobu postępowania, przedstawiają bezpieczny sposób prowadzenia robót górniczych, bezpieczne użytkowanie maszyn i urządzeń górniczych. Powielony na płytach DVD materiał zostanie upowszechniony między innymi w formie insertu do Trybuny Górniczej oraz regionalnego wydania Gazety Wyborczej ukazującego się w Katowicach i Krakowie.

Informacje dotyczące realizacji przez Zakład zadań z zakresu prewencji wypadkowej umieszczone są na stronie internetowej pod adresem www.zus.pl. Tam też znajdują się wykonane na zamówienie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych analizy i prace naukowo-badawcze oraz materiały informacyjne propagujące wiedzę o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Warunkami i ochroną pracy zajmuje się wiele organów administracji publicznej: Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Instytut Medycyny Pracy, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Inspekcja Ochrony Środowiska, Wyższy Urząd Górniczy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Dozoru Technicznego, Główny Inspektor Nadzoru Budowlanego, Inspekcja Transportu Drogowego, Państwowa Straż Pożarna.

Na poziomie lokalnym działają jednostki terenowe wymienionych instytucji oraz różne organy samorządowe. Aby działania prewencyjne były celowe oraz skuteczne niezbędna jest współpraca między instytucjami w tym zakresie, wykorzystująca ich potencjał organizacyjny, techniczny oraz wiedzę i doświadczenie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, prowadząc działalność prewencyjną współpracuje z instytucjami rządowymi i pozarządowymi, w szczególności z Państwową Inspekcją Pracy, Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym, Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi, Wyższym Urzędem Górniczym, Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji. Podejmuje wspólne inicjatywy i działania zarówno na szczeblu centralnym, jak i terenowym i będzie kontynuował w latach następnych wspólną politykę w zakresie eliminowania zagrożeń w środowisku pracy, zwłaszcza w odniesieniu do małych przedsiębiorstw.

Krzysztof Kowalik
Państwowa Inspekcja Pracy

Ubezpieczenie wypadkowe – działania Państwowej Inspekcji Pracy

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Pracy (PIP), oprócz sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania przepisów prawa pracy, w tym przepisów bhp, a także przepisów dotyczących legalności zatrudnienia, należy prowadzenie działalności prewencyjnej i promocyjnej. Jej celem jest podejmowanie przez pracodawców działań w zakresie ograniczania i likwidacji zagrożeń zawodowych, w tym wypadkowych. W ramach realizowanych zadań stosowane są środki prawne określone w ustawie o PIP, inne środki oddziaływania, takie jak szkolenia i doradztwo, a także argumenty ekonomiczne wynikające z uprawnień określonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

1. Kontrole z zakresu technicznego bezpieczeństwa pracy

Zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Pracy, podstawowe działania urzędu mają charakter kontrolno-nadzorczy. W obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników działania te skoncentrowane są na branżach i zakładach, w których występuje największe nasilenie zagrożeń zawodowych. Corocznie inspektorzy pracy przeprowadzają około 90 tys. kontroli. W 2011 roku wydano ponad 304 tys. decyzji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym 7,7 tys. decyzji wstrzymania prac, 7,5 tys. decyzji wstrzymania eksploatacji maszyn oraz 8,1 tys. decyzji skierowania do innych prac. W ich wyniku inspektorzy pracy wyegzekwowali wykonanie przez pracodawców obowiązków określonych w przepisach bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym dotyczących:

- oceny ryzyka zawodowego – łącznie w odniesieniu do 338,5 tys. pracowników,
- badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy – ponad 58,1 tys. pracowników,
- profilaktycznych badań lekarskich – 64,9 tys. pracowników,
- szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy – 112,1 tys. pracowników.

Najistotniejszym efektem działań inspektorów pracy w skontrolowanych w 2011 roku zakładach było zlikwidowanie bezpośrednich zagro-

żeń dla życia i zdrowia, które występowały na stanowiskach pracy prawie 145 tys. pracowników.

2. Działania prewencyjne i promocyjne jako uzupełnienie funkcji kontrolnych

Działania prewencyjne – służące zapobieganiu i ograniczaniu zagrożeń zawodowych oraz przestrzeganiu przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy – realizowane są przede wszystkim w formie kampanii i programów prewencyjnych, które wspierają działania kontrolne w branżach i zakładach charakteryzujących się szczególnie wysokim ryzykiem wypadkowym. Działania te adresowane są do podmiotów zainteresowanych poprawą bezpieczeństwa i warunków pracy oraz spełnianiem obowiązków prawnych. Potrzeba prowadzenia takich działań wynika z przekonania, iż znaczącej poprawy bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy nie da się osiągnąć wyłącznie kontrolami i środkami represyjnymi, które powinny być stosowane w przypadkach rażącego i notorycznego naruszania przepisów prawa pracy.

Działania informacyjno-promocyjne, takie jak: konferencje, seminaria, spotkania szkoleniowe, punkty informacyjne na targach i wystawach kierowane są w szczególności do małych i średnich przedsiębiorstw, które z różnych powodów nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby spełniać oczekiwane standardy w zakresie bezpieczeństwa pracy. Aby zwiększyć zasięg tych działań w coraz większej skali wykorzystywane są różnorodne formy komunikacji z adresatami kampanii, w tym media masowe: telewizja, radio, Internet.

Jednym z priorytetowych działań długofalowych realizowanych przez Państwową Inspekcję Pracy w latach 2009-2011 była kampania informacyjno-prewencyjna „Bezpieczeństwo pracy w budownictwie". W ramach kampanii ze środków przyznanych PIP na ten cel emitowane były specjalne spoty telewizyjne i radiowe, przedstawiające kolejne przesłania kampanii. Na przykład w okresie 14-28 czerwca 2011 roku wyemitowano 428 spotów telewizyjnych oraz 148 spotów radiowych. Na największych krajowych budowach umieszczono 400 wielkich banerów z hasłem „Szanuj życie! Bezpieczna praca na wysokości" (łącznie w czasie 3-letniej kampanii wywieszono ponad 1000 banerów). Udostępniono 16 branżowych pozycji wydawniczych – broszur, ulotek, afiszy i plakatów – o łącznym nakładzie 80 tys. egzemplarzy.

Badania społeczne efektów kampanii medialnej wykonane w 2011 roku przez TNS OBOP wykazały znajomość kampanii wśród 72% grupy docelowej (pracodawcy oraz osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji dotyczących bhp).

Partnerem strategicznym w kampanii był Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Pod koniec 2011 roku z funduszu na prewencję wypadkową sfinansowano dodatkową emisję spotów telewizyjnych, na budowach umieszczono dodatkowe banery oraz dodrukowano materiały informacyjno-szkoleniowe o łącznym nakładzie 130 tys. egzemplarzy.

W ramach kampanii realizowano program „Promocja standardów BHP" w małych firmach budowlanych zainteresowanych poprawą bezpieczeństwa pracy. W szkoleniach związanych z programem w 2011 roku wzięło udział ponad 4 tys. pracodawców, z których 1241 przystąpiło do programu, a 351 pozytywnie zrealizowało założony cel – dostosowało warunki pracy do wymagań bhp.

Od 2010 roku ważnym elementem realizacji zadań w zakresie prewencji wypadkowej jest program „Zarządzanie bezpieczeństwem pracy w małych zakładach", w których odnotowano największą liczbę wypadków przy pracy. Inspektorzy pracy, nadzorujący realizację programu, korzystają z bazy ZUS IWA zawierającej dane o zakładach, w których odnotowano poszkodowanych w wypadkach przy pracy. W 2011 roku programem objęto ponad 1,2 tys. małych zakładów. W szkoleniach zorganizowanych przez inspektorów pracy, poświęconych problematyce zarządzania ryzykiem wypadkowym, uczestniczyło łącznie ponad 6,2 tys. pracodawców, pracowników służb bhp oraz przedstawicieli pracowników.

Kolejnym obszarem działalności, wspierającej czynności kontrolne, jest program informacyjno-prewencyjny związany z użytkowaniem na stanowiskach pracy niebezpiecznych maszyn. W 2011 roku w ramach tego programu przeprowadzono 90 spotkań szkoleniowych na temat spełniania minimalnych wymagań dotyczących maszyn, w których wzięło udział prawie 1,5 tys. pracodawców i przedsiębiorców. Z otrzymanych zwrotnie ankiet wynika, że sprawdzono stan techniczny 5576 maszyn, z których 1572 wymagało dostosowania do minimalnych wymagań bhp.

Od kilku lat realizowany jest program prewencyjny „Zdobądź dyplom PIP" dla mikrozakładów (zatrudniających do 9 pracowników). Oprócz dyplomu laureaci programu nagradzani są pakietami środków ochrony indywidualnej zakupionych przez ZUS. W 2011 roku udział w programie zadeklarowało ponad 1,1 tys. pracodawców, z których prawie 600 – po przeprowadzeniu działań oraz pozytywnej ocenie inspektorów pracy – uhonorowanych zostało Dyplomem Państwowej Inspekcji Pracy.

3. Przestrzeganie przepisów prawa z zakresu ubezpieczenia wypadkowego

W ramach sytemu ubezpieczeń społecznych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych Państwowa Inspekcja Pracy realizuje zadania polegające na motywowaniu pracodawców – płatników składki ubezpieczenia wypadkowego do efektywnych działań w zakresie prewencji wypadkowej.

Na podstawie art. 35 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych[1] inspektorzy pracy sprawdzają w czasie kontroli prawidłowość danych zawartych w informacjach ZUS IWA. O wysokości składki wypadkowej ustalonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decydują dane dotyczące liczby

[1] Tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.

pracujących w warunkach zagrożenia oraz liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy. W wyniku prawie 21 tys. kontroli przeprowadzonych w latach 2009-2011 inspektorzy pracy powiadomili 797 razy terenowe jednostki ZUS o stwierdzonych przypadkach podawania nieprawidłowych danych, podając dane prawidłowe. Z informacji przekazanych przez ZUS wynika, że we wszystkich przypadkach dokonano korekty danych i weryfikacji wysokości składki wypadkowej.

Ponadto – na podstawie art. 36 wymienionej ustawy – inspektorzy pracy uprawnieni są do wnioskowania do ZUS o podwyższenie składki wypadkowej o 100% pracodawcy, u którego w czasie dwóch kolejnych kontroli stwierdzono rażące naruszenie przepisów bhp. W latach 2009-2011 inspektorzy pracy wystosowali 357 takich wniosków, z których 64% dotyczyło przedsiębiorstw budowlanych, natomiast 23% – zakładów przetwórstwa przemysłowego. Z informacji ZUS wynika, że we wszystkich wnioskowanych sprawach wydano decyzje o podwyższeniu pracodawcy składki wypadkowej.

W celu dokonania oceny skuteczności systemu różnicowania składki wypadkowej w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków, inspektorzy pracy przeprowadzają kontrole zakładów, dla których podwyższono wysokość składki wypadkowej o 100%.

4. Podsumowanie

Państwowa Inspekcja Pracy systematycznie monitoruje skuteczność działań prewencyjnych i kontrolnych w branżach i zakładach, w których stwierdza się najwięcej wypadków przy pracy. Umożliwia to zidentyfikowanie najistotniejszych przyczyn takiego stanu oraz dostosowanie różnorodnych form oddziaływania na podmioty objęte tymi działaniami.

W celu dalszego zwiększenia motywacyjnej roli zróżnicowanej składki ubezpieczenia wypadkowego Państwowa Inspekcja Pracy korzysta z uprawnienia art. 14 ust. 2 ustawy o PIP dotyczącego dostępu do danych ZUS – w zakresie objętym informacją ZUS IWA. Dane te służą inspektorom pracy do organizacji efektywnych działań prewencyjno-kontrolnych w zakładach, charakteryzujących się szczególnym nasileniem wypadków przy pracy. Podjęte w tym roku rekontrole zakładów, w których w wyniku wniosków PIP nastąpiło podwyższenie składki wypadkowej o 100 %, pozwoli na dokonanie oceny wpływu systemu zróżnicowanej składki wypadkowej na zapobieganie i ograniczanie zagrożeń w tych zakładach. Z dotychczasowych opinii inspektorów PIP wynika, iż duże zakłady chętniej podejmują działania na rzecz poprawy stanu bezpieczeństwa pracowników, niż małe zakłady, w szczególności tzw. mikrozakłady, dla których stawki procentowe ubezpieczenia wypadkowego są zryczałtowane.

Droga do radykalnej poprawy postaw i zachowań pracodawców w zakresie prewencji zagrożeń wypadkowych jest wciąż długa, chociażby ze względu na różnorodność czynników, na które nie zawsze Państwowa Inspekcja Pracy ma wpływ. Znaczącą poprawę w tym zakresie może przynieść konsekwent-

ne stosowanie różnorodnych form oddziaływania, w tym motywującym do działań prewencyjnych systemem ubezpieczenia wypadkowego. Aby w najbliższych latach osiągnąć zdecydowany postęp w tym zakresie należy m.in.:

— konsekwentnie wykorzystywać mechanizm zróżnicowanej składki wypadkowej w działaniach polegających na zapobieganiu i ograniczaniu zagrożeń w środowisku pracy,

— dokonać kompleksowej analizy wpływu zróżnicowanej składki wypadkowej na pracodawców – płatników składki,

— doskonalić narzędzia w postaci baz danych o niebezpiecznych zakładach do realizacji efektywnych działań w zakresie prewencji wypadkowej,

— intensyfikować działania informacyjno-promocyjne, wpływające na trwałą zmianę podejścia do problematyki bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, odpowiedzialności prawnej w tym zakresie oraz skutków ekonomicznych wypadków przy pracy.

Część V

UBEZPIECZENIE CHOROBOWE

Iwona Adamczyk
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Ubezpieczenie chorobowe

1. Regulacje prawne

Zagadnienia związane z ubezpieczeniem chorobowym regulują następujące akty prawne:

— ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.),

— ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.), zwana dalej ustawą systemową,

— ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.).

W pierwszym z wymienionych aktów zawarte zostały uregulowania związane z ustaleniem prawa do świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, ich wysokość oraz zasady obliczania i wypłaty.

Krąg osób objętych ubezpieczeniem chorobowym zdefiniowany został w drugim z wymienionych aktów prawnych, tj. w ustawie systemowej.

W Kodeksie pracy odnajdujemy natomiast uregulowania dotyczące świadczenia pieniężnego z tytułu choroby, które co prawda nie jest finansowane z ubezpieczenia chorobowego, ale jest nieodzownie związane z szeroko rozumianym zjawiskiem absencji chorobowej. Mowa o wynagrodzeniu za czas niezdolności do pracy finansowanym ze środków zakładów pracy.

2. Krąg osób objętych ubezpieczeniem chorobowym

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, to jest z ubezpieczenia chorobowego przysługują osobom objętym ubezpieczeniem chorobowym obligatoryjnie, którymi w myśl art. 11 ustawy systemowej są:

— pracownicy (z wyłączeniem sędziów i prokuratorów),

— członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,

— osoby odbywające służbę zastępczą.

Świadczenia w razie choroby i macierzyństwa przysługują również osobom, które ubezpieczają się na zasadzie dobrowolności. Są to następujące grupy ubezpieczonych:

— osoby wykonujące pracę nakładczą,

— osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia (wraz z osobami współpracującymi),

— osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące,

— osoby wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,

— duchowni.

Według stanu na 31 grudnia 2011 roku osoby podlegające obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu stanowiły 83,6% ogółu populacji osób objętych ubezpieczeniem chorobowym, z czego aż 99,8% stanowili pracownicy. Osoby objęte ubezpieczeniem chorobowym fakultatywnie stanowią 16,4% całej populacji ubezpieczonych, przy czym największą liczebność stanowiły w tej grupie osoby prowadzące pozarolniczą działalność (około 60%), druga pod względem liczebności była grupa osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług (wraz z osobami współpracującymi).

3. Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa

Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanego ubezpieczeniem chorobowym obejmują:

— zasiłek chorobowy,

— świadczenie rehabilitacyjne,

— zasiłek wyrównawczy,

— zasiłek macierzyński,

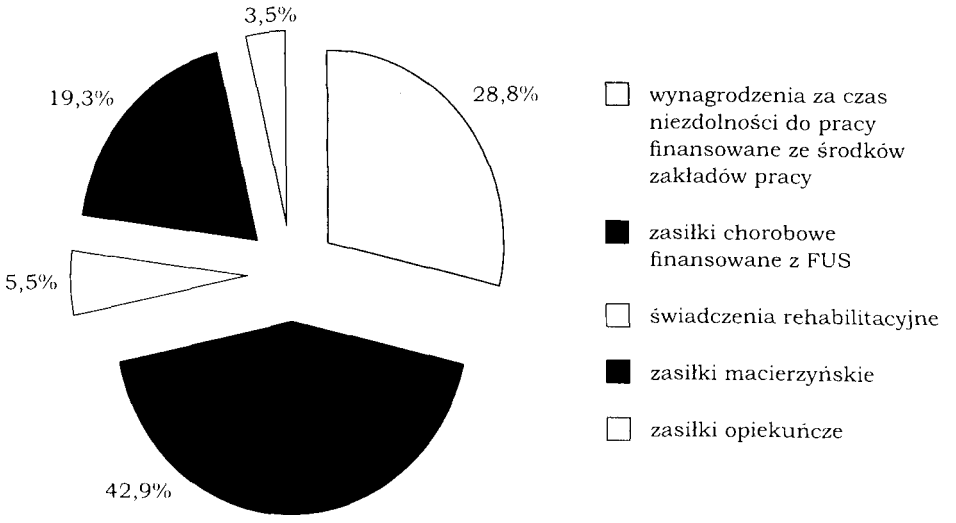
— zasiłek opiekuńczy.

Świadczeniem, które co prawda nie jest finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ale jest nieodzownie związane z szeroko rozumianą absencją chorobową – jest wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy, dlatego też również to świadczenie stało się przedmiotem opracowania.

Jak ukazuje to wykres 1, największy procentowo udział w wydatkach związanych ze świadczeniami na wypadek choroby i macierzyństwa w 2011 roku stanowiły zasiłki chorobowe finansowane z funduszu chorobowego (42,9% ogółu wydatków), drugie w kolejności były wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy (28,8%), kolejną pozycję stanowiły zasiłki macierzyńskie (19,3% ogółu wydatków). Najmniejszy procentowo udział w wydatkach ogółem na świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa stanowią zasiłki opiekuńcze (3,5% ogółem wydatków).

Wykres 1

Struktura wydatków na zasiłki i świadczenia wypłacane z ubezpieczenia chorobowego w 2011 roku



4. Realizacja wypłat świadczeń w razie choroby i macierzyństwa

Prawo do świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa ustalają oraz świadczenia te wypłacają:

a) płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych,

b) Zakład Ubezpieczeń Społecznych w odniesieniu do:

— ubezpieczonych, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych,

— ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących,

— ubezpieczonych będących duchownymi,

— osób uprawnionych do zasiłków za okres po ustaniu ubezpieczenia,

— ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu chorobowemu w Polsce z tytułu zatrudnienia u pracodawcy zagranicznego.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1, w roku 2011 udział procentowy wypłat dokonywanych przez płatników składek w kwocie ogółem wypłaconych świadczeń wyniósł ponad 74%, natomiast blisko 26% wypłat realizowanych było przez oddziały ZUS w ramach wypłat własnych. Wypłaty wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy oraz wypłaty zasiłków wyrównawczych realizowane są wyłącznie przez płatników składek. Spośród pozostałych rodzajów świadczeń wypłacanych przez płatników największy procentowo udział stanowią zasiłki opiekuńcze (87%), zasiłki macierzyńskie (ponad 67%) oraz zasiłki chorobowe (ponad 63%).

Tabela 1

Zasiłki i świadczenia z ubezpieczenia chorobowego według realizacji wypłaty w 2011 r.

Wyszczególnienie	Ogółem wypłaty	Z tego:			
		wypłaty dokonywane przez płatników składek	w % wypłat ogółem	wypłaty dokonywane przez oddziały ZUS	w % wypłat ogółem
	w tys. zł			w tys. zł	
Ogółem	15 614 214,5	11 613 753,1	74,4%	4 000 461,4	25,6%
Wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy	4 489 724,9	4 489 724,9	100,0%	-	-
Zasiłki chorobowe	6 697 137,7	4 237 113,9	63,3%	2 460 023,8	36,7%
Świadczenia rehabilitacyjne	865 127,9	383 115,3	44,3%	482 012,6	55,7%
Zasiłki wyrównawcze	336,3	336,3	100,0%	-	-
Zasiłki macierzyńskie	3 018 917,2	2 031 227,3	67,3%	987 689,9	32,7%
Zasiłki opiekuńcze	542 970,5	472 235,4	87,0%	70 735,1	13,0%

W strukturze wypłat dokonywanych przez oddziały ZUS największy procentowo udział mają: świadczenia rehabilitacyjne (blisko 56%), następnie zasiłki chorobowe (około 37%) oraz zasiłki macierzyńskie (około 33%).

5. Absencja chorobowa

Pod pojęciem absencji chorobowej rozumie się całokształt zjawisk związanych z niezdolnością do pracy z powodu choroby własnej ubezpieczonego lub niemożnością wykonywania przez niego pracy zawodowej.

5.1. Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy

Zgodnie z artykułem 92 Kodeksu pracy pracownicy zachowują prawo do wynagrodzenia za pierwsze 33 dni niezdolności do pracy w ciągu roku kalendarzowego lub 14 dni – w przypadku osób, które ukończyły 50 rok życia. Prawo do wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, na równi

z pracownikami, mają osoby wykonujące pracę nakładczą i osoby odbywające służbę zastępczą. Inni ubezpieczeni nie mają prawa do tego wynagrodzenia, w związku z czym zasiłek chorobowy przysługuje im od pierwszego dnia niezdolności do pracy.

Przepisy regulujące 14-dniowy okres wynagrodzenia chorobowego osób po 50 roku życia zostały wprowadzone od 1 lutego 2009 roku. Przed wprowadzeniem wspomnianej zmiany do Kodeksu Pracy nie różnicowano ubezpieczonych przebywających na zwolnieniu lekarskim w zależności od ich wieku.

Ubezpieczony przed ukończeniem 50 roku życia zachowuje prawo do wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy spowodowany chorobą przez 33 dni i wynagrodzenie wypłacane jest przez pracodawcę. Po tym okresie następuje wypłata zasiłku chorobowego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Z kolei ubezpieczonym po ukończeniu 50 roku życia skrócono okres wypłaty wynagrodzenia za czas choroby, płatnego ze środków zakładów pracy. Pracodawca wypłaca wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy spowodowany chorobą przez okres 14 dni, natomiast od 15. dnia wypłatę wynagrodzenia chorobowego w postaci zasiłku chorobowego dla tych ubezpieczonych przejmuje ZUS.

5.2. Zasiłek chorobowy

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego począwszy od 34. lub 15. dnia niezdolności do pracy. Przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy – nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni.

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi:

— 80% podstawy wymiaru zasiłku,

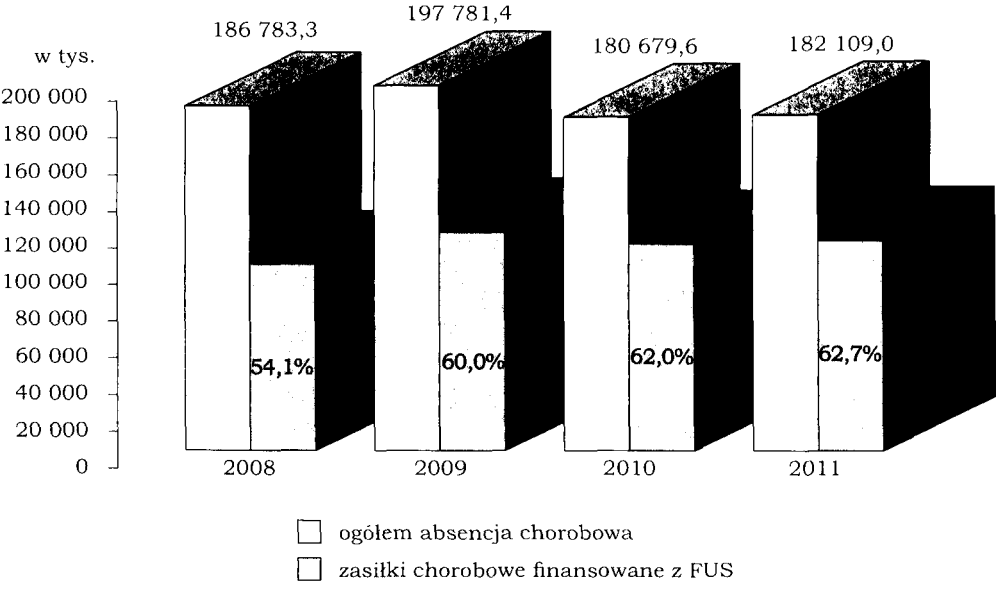
— 70% podstawy wymiaru zasiłku – za okres pobytu w szpitalu,

— 100% podstawy wymiaru zasiłku w sytuacji, gdy niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, powstała na skutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów lub powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Na przestrzeni czterech ostatnich lat można zaobserwować znaczny wzrost obciążenia Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu wypłacanych świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa. Prezentowany niżej wykres 2 przedstawia relację liczby dni zasiłków chorobowych finansowanych z FUS w odniesieniu do liczby dni absencji chorobowej ogółem. Jak widać, udział procentowy zasiłków chorobowych wypłacanych z FUS w absencji chorobowej ogółem wzrósł z 54,1% w 2008 roku do blisko 63% w roku 2011, przy czym największy wzrost w stosunku do roku poprzedniego nastąpił w 2009 roku (przyczyny tej sytuacji zostały opisane w dalszej części opracowania).

Wykres 2

Liczba dni absencji chorobowej w latach 2008-2011



Ustalenie prawa do zasiłku chorobowego następuje na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, wystawionego na formularzu ZUS ZLA. W 2010 roku liczba ubezpieczonych w ZUS przebywających na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej wyniosła 5 717,6 tys. osób, w 2011 roku liczba ta wyniosła 5 773,8 tys. osób. Największy odsetek osób przebywających na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej stanowią osoby w wieku 30-39 lat, przy czym udział tej grupy wiekowej w populacji osób przebywających na zwolnieniu wykazuje tendencję wzrostową. Drugą w kolejności grupą w obydwu analizowanych latach są osoby między 20 i 29 rokiem życia, na podobnym poziomie kształtuje się odsetek osób w wieku 40-49 lat oraz 50-59 lat (ok. 21%). Grupami, które najrzadziej przebywają na zwolnieniu lekarskim z powodu własnej choroby jest grupa osób w wieku 65 lat i więcej, 19 lat i mniej.

Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego dla ogółu ubezpieczonych w ZUS w latach 2010 i 2011 ukształtowała się na poziomie nieco przekraczającym 12 dni, w tym dla grupy pracowników wyniosła odpowiednio 11,75 dni w 2010 roku oraz 11,69 dni w 2011 roku.

Przeciętna długość skumulowanej absencji chorobowej w latach 2010--2011 wyniosła około 36 dni, przy czym na przestrzeni dwóch analizowanych lat wykazuje tendencję spadkową. W przypadku pracowników absencja ta wyniosła przeciętnie około 33 dni w 2010 roku i nieco ponad 32 dni w 2011 roku.

Najczęstszymi przyczynami absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2011 roku były: opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą, zaburzenia korzeni rdzeniowych

i splotów nerwowych, ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym, krwawienie we wczesnym okresie ciąży oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

6. Świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie to przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. O zasadności przyznania świadczenia rehabilitacyjnego orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego wynosi:

— 90% wynagrodzenia stanowiącego podstawę zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy,

— 75% za pozostały okres,

— 100%, jeśli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży.

Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne w latach 2008-2011 ukształtowała się na poziomie od 54,8 tys. osób w latach 2008-2009 do nieco ponad 58 tys. osób w roku 2011.

7. Zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński przysługuje osobie ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego urodziła dziecko, przysposobiła lub przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej dziecko w wieku do 7 lub 10 lat.

Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży na skutek ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy bądź też z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje także ubezpieczonemu ojcu, który przyjmuje dziecko na wychowanie, na takich samych zasadach jak matce.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres:

— urlopu macierzyńskiego (z tytułu urodzenia dziecka),

— urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego (z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie),

oraz od 1 stycznia 2010 roku ustalony jako okres:

— dodatkowego urlopu macierzyńskiego,

— dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,

— urlopu ojcowskiego.

Długość urlopu macierzyńskiego uzależniona jest od liczby dzieci urodzonych w trakcie jednego porodu i wynosi odpowiednio: od 20 tygodni (w przypadku urodzenia 1 dziecka) do 37 tygodni – w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci w trakcie jednego porodu.

Wymiar urlopu dodatkowego wynosił w 2011 roku od 2 do 3 tygodni (w zależności od liczby urodzonych dzieci), od stycznia 2012 roku wynosi od 4 do 6 tygodni.

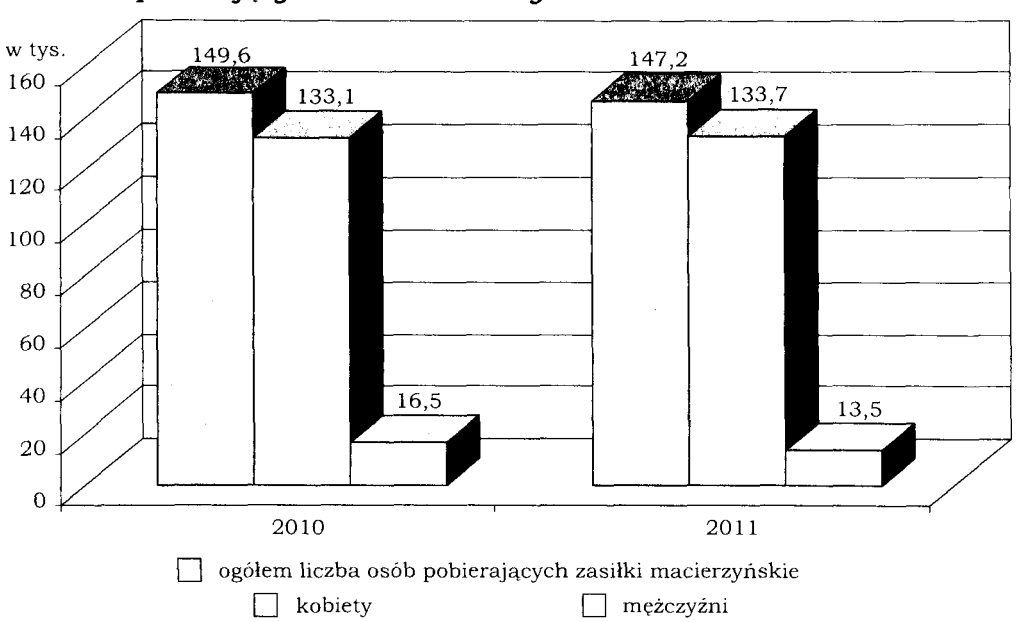
Wymiar urlopu ojcowskiego wynosił w 2011 roku 1 tydzień, od stycznia 2012 roku wynosi 2 tygodnie.

Zasiłek macierzyński wynosi 100% podstawy wymiaru.

Prezentowany poniżej wykres 3 przedstawia kształtowanie się przeciętnej miesięcznej liczby osób pobierających zasiłki macierzyńskie w 2010 roku oraz 2011 roku, z uwzględnieniem podziału na płeć. Jest to liczba osób fizycznych, którym w danym okresie wypłacono (pobierały) zasiłek macierzyński (bez osób, za które dokonano korekt w dokumentach za okresy wsteczne). Prezentowane dane przedstawiają ogół zjawiska, jakim są zasiłki macierzyńskie, to jest wypłaty realizowane zarówno w ramach wypłat dokonywanych przez oddziały ZUS, jak i wypłaty dokonywane przez płatników składek.

Wykres 3

Przeciętna miesięczna liczba osób pobierających zasiłki macierzyńskie w latach 2010-2011

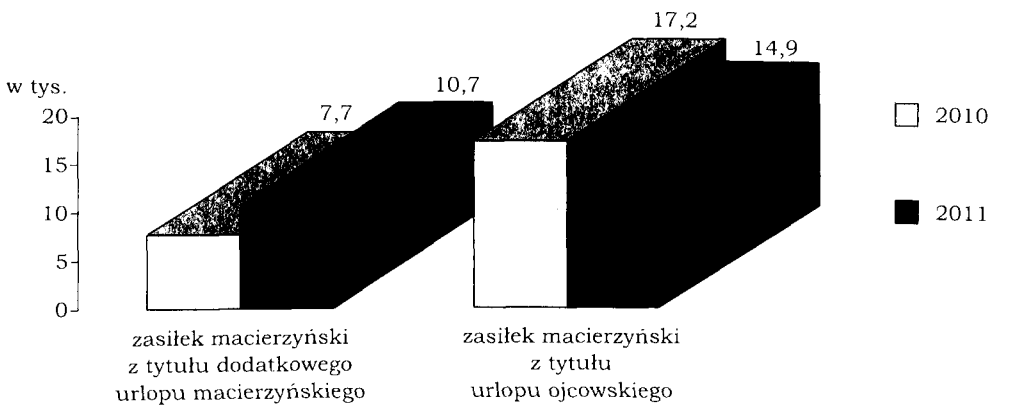


Jak była o tym mowa we wcześniejszej części opracowania, od 1 stycznia 2010 roku ustawodawca przewidział wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony jako okres: dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Wykres 4 przedstawia liczbę osób, które w 2010 i 2011 roku korzystały z uprawnień przysługujących im z tytułu dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego. Należy tu podkreślić, że liczby te obrazują wyłącznie te osoby, których wypłaty realizowane były w ramach wypłat własnych, obsługiwanych przez oddziały ZUS, nie zawierają natomiast osób, których wypłaty z tytułu dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu ojcowskiego dokonywane były przez płatników składek zatrudniających więcej niż 20 osób.

Wykres 4

Liczba osób pobierających zasiłek macierzyński z tytułu dodatkowego urlopu macierzyńskiego[1] oraz urlopu ojcowskiego w latach 2010-2011



[1] Przeciętna miesięczna liczba osób.

8. Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje wszystkim osobom podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu. Przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

— zdrowym dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat,

— chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,

— innym chorym członkiem rodziny, w tym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat.

Do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad dziećmi prawo ma zarówno matka, jak i ojciec dziecka, jednakże zasiłek opiekuńczy wypłaca się tylko jednemu z rodziców (temu, który wystąpił z wnioskiem o jego wypłatę za dany okres).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje w wysokości 80% podstawy jego wymiaru, przez okres do 60 dni w roku (jeśli opieka dotyczy zdrowego dziecka do lat 8 lub chorego do lat 14) lub do 14 dni w roku (jeśli opieka dotyczy chorego dziecka w wieku powyżej 14 lat bądź innego członka rodziny).

Liczba dni przebywania na zasiłkach opiekuńczych w latach 2008-2011 kształtowała się na poziomie od 7,9 mln dni w 2008 roku, ponad 8,5 mln dni w 2009 roku do 8,1 mln dni w 2011 roku.

9. Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy przysługuje wyłącznie ubezpieczonemu będącemu pracownikiem. Przysługuje pracownikowi ze zmniejszoną zdolnością do pracy, którego miesięczne wynagrodzenie uległo zmniejszeniu na skutek poddania się rehabilitacji zawodowej.

Zasiłek wyrównawczy jest tym świadczeniem, w przypadku którego trudno wyznaczyć jakąkolwiek linię trendu w kształtowaniu się skali jego występowania – liczba dni zasiłków wyrównawczych z poziomu 20 tys. dni w roku bazowym 2008, wzrasta do 25,4 tys. dni w roku 2010, a następnie maleje do 15,4 tys. dni w 2011 roku.

10. Dynamika świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa

Analiza świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa prowadzona w ciągu ostatnich czterech lat wskazuje na wzrost dynamiki wypłat zasiłków i świadczeń finansowanych z FUS, w tym także w zakresie wypłat własnych, dokonywanych przez oddziały ZUS. Szczególnie duży wzrost zauważyć można w 2009 roku, w którym liczba dni zasiłkowych w przypadku zasiłków chorobowych finansowanych z FUS wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 17,4%; liczba dni zasiłków macierzyńskich wzrosła o blisko 13%, natomiast zasiłków opiekuńczych o ponad 8%.

Przyjmując rok 2008 za bazowy można zauważyć, że w 2011 roku we wszystkich zasiłkach finansowanych z funduszu chorobowego (z wyjątkiem zasiłków wyrównawczych) nastąpił znaczny wzrost, co oznacza, że obciążenie tego funduszu na przestrzeni czterech lat także znacznie wzrosło.

Należy również zauważyć, że całkowicie odmienna sytuacja występuje w przypadku wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy finansowanych ze środków zakładów pracy, gdzie liczba dni zasiłkowych maleje z 85,7 mln dni w 2008 roku do 67,9 mln dni w 2011 roku (spadek o 21%). Szczegółowe dane prezentuje tabela 2.

Przyczyn wzrostu wypłat zasiłków finansowanych z FUS i co za tym idzie – wzrostu wydatków z FUS należy upatrywać głównie w realizacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 czerwca 2008 roku, którego konsekwencją były wypłaty wyrównań wyżej wymienionych zasiłków.

Ponadto, w zakresie zasiłków chorobowych znaczny wzrost liczby dni zasiłkowych i kwoty wypłat w 2009 r. spowodowany był przede wszystkim:

Tabela 2

Świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa w latach 2008-2011

Wyszczególnienie	2008	2009	Okres poprz. = = 100	2010	Okres poprz. = = 100	2011	Okres poprz. = = 100
	liczba w tys.*			liczba w tys.*		liczba w tys.*	
Wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowane ze środków zakładów pracy	85 657,1	79 037,4	92,3%	68 463,1	86,6%	67 899,9	99,2%
Zasiłki chorobowe finansowane z FUS	101 126,2	118 744,0	117,4%	112 216,5	94,5%	114 209,1	101,8%
Świadczenia rehabilitacyjne	54,8	54,8	100,0%	56,0	102,2%	58,1	103,8%
Zasiłki wyrównawcze	20,0	17,8	89,0%	24,5	137,6%	15,4	62,9%
Zasiłki macierzyńskie	35 125,1	39 606,8	112,8%	42 623,9	107,6%	41 594,1	97,6%
Zasiłki opiekuńcze	7 875,8	8 535,6	108,4%	7 708,4	90,3%	8 118,3	105,3%

* W przypadku wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy finansowanych ze środków zakładów pracy, zasiłków: chorobowych, wyrównawczych, macierzyńskich i opiekuńczych – liczba dni; w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego – przeciętna miesięczna liczba świadczeń.

— wprowadzeniem od 1 lutego 2009 roku zmiany skracającej z 33 do 14 dni okres wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy finansowanej ze środków zakładów pracy dla osób, które ukończyły 50 rok życia. Oznaczało to, że od 15. dnia niezdolności do pracy osoby te nabywały prawo do zasiłku chorobowego finansowanego z FUS,

— wydłużeniem do 270 dni prawa do zasiłku chorobowego dla kobiet w ciąży,

— ucieczką ubezpieczonych przed bezrobociem na tzw. chorobowe, z uwagi na fakt, że wysokość zasiłku chorobowego jest wyższa niż kwota zasiłku dla bezrobotnych.

11. Wnioski

Podsumowując omówione wyżej zagadnienia związane ze świadczeniami pieniężnymi w razie choroby i macierzyństwa można sformułować następujące wnioski:

1) wzrasta liczba osób przebywających na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej, przy czym największy procentowo udział ogółem wszystkich osób przebywających na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby własnej stanowią osoby w przedziale wiekowym 30-39 lat. Znacznie rzadziej ze zwolnienia lekarskiego korzystają osoby starsze,

2) na przestrzeni lat 2008-2011 można zaobserwować znaczny wzrost liczby wypłacanych zasiłków i świadczeń krótkoterminowych finansowanych z FUS w odniesieniu do niemal wszystkich świadczeń krótkoterminowych, co w aspekcie finansowym oznacza znaczne obciążenie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Dorota Dzienisiuk, Tomasz Lasocki
Uniwersytet Warszawski

Przejściowa niezdolność do pracy z powodu choroby – zakres i sposoby ochrony

1. Uwagi wstępne

Choroba, będąc zdarzeniem biotycznym występuje w życiu każdego człowieka. Poszczególne jednostki chorobowe mogą w różnym stopniu wpływać na zdrowie konkretnej osoby, choćby ze względu na szczególne predyspozycje chorego.

W zabezpieczeniu społecznym, a ściślej zabezpieczeniu chorobowym, znaczenie prawne przypisuje się jedynie tym konkretnym schorzeniom, które wpływają na zdolność jednostki do świadczenia pracy najemnej. To stwierdzenie pozwala wnioskować, że nie każde wystąpienie choroby w rozumieniu medycznym będzie miało znaczenie prawne. Należy zastrzec również, że omawianego podziału nie można dokonać *in abstracto*. Wpływ na zdolność do zarobkowania należy badać przy uwzględnieniu rodzaju jednostki chorobowej, zakresu obowiązków w pracy oraz cech własnych chorego. Potrzeba ochrony wystąpi zatem, kiedy konkretny chory nie będzie w stanie świadczyć pracy dotychczas wykonywanej. Zatem upoważnionemu lekarzowi do stwierdzenia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie wystarczy wiedza medyczna. W tym celu powinien on każdorazowo zbadać, w jakim stopniu obniżony stan zdrowia ubezpieczonego wpływa na możliwość wykonywania konkretnej, dotychczas świadczonej pracy. Ma to szczególne znaczenie dla osób pracujących u kilku zatrudniających. Zgodnie z założeniami konstrukcyjnymi ubezpieczenia chorobowego, każde zwolnienie lekarskie powinno zawierać informację, jakiego rodzaju pracy ubezpieczony nie jest w stanie wykonywać.

Ustawodawca, kreując konstrukcję ubezpieczenia chorobowego, na określenie zdarzenia ubezpieczeniowego, uprawniającego do odpowiednich świadczeń użył nazwy „niezdolność do pracy"[1]. To samo pojęcie, również w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego zostało wykorzystane w konstrukcji ubezpieczenia rentowego[2]. W związku z tym faktem, należy precy-

[1] Art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.), zwanej dalej ustawą zasiłkową.

[2] Art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227), zwanej dalej ustawą emerytalną.

zyjnie ustalić, jakie sytuacje chroni ubezpieczenie chorobowe, a które będą korzystały z ubezpieczenia rentowego.

W celu określenia reżimu ochronnego niezdolności do pracy stosuje się kryterium jakościowe. Ubezpieczenie chorobowe chroni niezdolność do konkretnej, wykonywanej dotychczas pracy. Ochronę przewidzianą ubezpieczeniem rentowym ustala się na podstawie kryteriów zobiektywizowanych (poziom posiadanych kwalifikacji albo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy)[3]. W celu dokonania tej klasyfikacji nie ma zatem znaczenia kryterium czasowe, to znaczy długość okresu występowania niezdolności, bowiem już od pierwszego dnia ubezpieczony może uzyskać ochronę z ubezpieczenia rentowego[4].

Oprócz niezdolności do pracy spowodowanej chorobą (zwanej czasową lub przejściową niezdolnością do pracy), ustawodawca w tożsamy sposób chroni sytuacje, które należy określić jako niemożność zarobkowania, np. nieobecność z powodu kwarantanny[5]. Oznacza to, że przedmiot niniejszego opracowania należałoby określić jako „przejściowa, usprawiedliwiona chorobą lub okolicznościami pokrewnymi nieobecność w pracy".

2. Zakres podmiotowy

2.1. Sposoby ochrony

Polski system ochrony omawianej sytuacji cechuje brak jednolitości. Ta różnorodność może wynikać ze specyfiki konkretnej aktywności zawodowej i społecznej lub być konsekwencją wykreowania przez prawodawcę systemu emerytalnego i rentowego, odrębnego dla pewnych uprzywilejowanych grup.

Spośród systemów ochrony skutków przejściowej, usprawiedliwionej nieobecności w pracy, najszerszy zakres podmiotowy ma ubezpieczenie chorobowe. Jest jednym z czterech rodzajów powszechnego ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczeniu chorobowemu można podlegać obowiązkowo[6] lub dobrowolnie[7], albo być z niego wyłączonym. Wysokość świadczeń jest determinowana wysokością składki. Niektóre osoby zostały wyłączone z ubezpieczenia chorobowego kategorycznie[8], inne nie mogą przystąpić do niego wskutek wykreowania tzw. dobrowolności związanej.

---

[3] Art. 12 ust. 2 i 3 ustawy emerytalnej.

[4] I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis-Nexis, Warszawa 2010, s. 303.

[5] Art. 6 ust. 2 ustawy zasiłkowej.

[6] Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.), zwanej dalej ustawą systemową – są to: pracownicy, członkowie spółdzielni rolniczych oraz osoby odbywające służbę zastępczą.

[7] Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej są to: osoby wykonujące pracę nakładczą, wykonujący pracę na podstawie umowy agencyjnej, zleceniobiorcy wraz z osobami współpracującymi, osoby prowadzące pozarolniczą działalność wraz z osobami współpracującymi, wykonujący pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności albo tymczasowego aresztowania i duchowni.

[8] Art. 11 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy systemowej.

W charakterystyczny sposób została ukształtowana ochrona pracowników. W razie wystąpienia przejściowej niezdolności do pracy obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe zapewnia tej grupie zabezpieczenie. Ta ochrona działa jednak w sposób subsydiarny. Jeżeli ubezpieczony posiada prawo do wynagrodzenia (chorobowego albo gwarancyjnego), nie ma prawa do świadczeń z tytułu przejściowej niezdolności do pracy[9]. Jest to uzasadnione założeniami konstrukcyjnymi tej instytucji. Ubezpieczenie bowiem powinno chronić utratę przychodu w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli zmniejszenia zdolności zarobkowania. W takiej sytuacji utrata zarobku nie występuje. Na podstawie przepisów prawa pracy wynagrodzenie chorobowe przysługuje przez 33 dni w roku kalendarzowym (14 dni po ukończeniu przez pracownika 50 roku życia)[10].

Odrębny system ubezpieczeń społecznych został wykreowany dla rolników i pracujących z nimi domowników. Składa się z ubezpieczenia emerytalno-rentowego oraz ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego (ubezpieczenie chorobowo-wypadkowe)[11]. Ubezpieczenie rolnicze różni się zatem od systemu powszechnego nie tylko w zakresie emerytur i rent, lecz również zasiłków chorobowych i pozostałych świadczeń.

Sędziowie oraz prokuratorzy, nie będąc pracownikami w rozumieniu ustawy systemowej, posiadają odrębne od powszechnego systemy zabezpieczenia społecznego, opierające się na metodzie zaopatrzeniowej. Ta uwaga dotyczy zarówno ochrony na wypadek starości i inwalidztwa, jak również na wypadek choroby powodującej przejściową niezdolność do pracy.

Inni funkcjonariusze publiczni również korzystają z przywileju posiadania odrębnych systemów zabezpieczenia społecznego. Są nimi osoby pozostające w stosunku służby. Do takich grup należy zaliczyć żołnierzy zawodowych, funkcjonariuszy policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu itp. W kontekście omawianego zagadnienia, do tej grupy należą również funkcjonariusze Służby Celnej, którzy w odniesieniu do zabezpieczenia emerytalnego i rentowego objęci są powszechnym ubezpieczeniem, jednakże przejściowa niezdolność do pracy chroniona jest w sposób właściwy innym służbom mundurowym.

2.2. Osoby podlegające ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu, wyłączone z ubezpieczenia chorobowego

Katalog osób objętych powszechnym ubezpieczeniem chorobowym jest nieco węższy aniżeli krąg osób podlegających ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu. W art. 11 ustawy systemowej pominięto szereg różniących się względem siebie aktywności.

---

[9] Art. 12 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

[10] Art. 92 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 1998 r. nr 21 poz. 94 ze zm.).

[11] Art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 50, poz. 291 ze zm.), zwanej dalej ustawą rolniczą.

Polscy parlamentarzyści oraz posłowie do Parlamentu Europejskiego nie zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym, ponieważ zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego chronionego przez tę instytucję nie ma wpływu na przychody osiągane z tychże tytułów. Uposażenie parlamentarzysty przysługuje z racji sprawowania mandatu (posiadania statusu) posła albo senatora[12].

Osoby pobierające stypendium sportowe również nie są objęte ubezpieczeniem chorobowym, prawo zaś do stypendium sportowego w omawianej sytuacji przysługuje na zasadach ustalanych przez fundatora (kluby sportowe albo organy samorządu terytorialnego)[13]. Oznacza to, że beneficjentom stypendiów klubowych lub samorządowych nie zawsze zostanie udzielona ochrona z tytułu niezdolności do uprawiania sportu z powodu choroby. Niniejsza uwaga nie dotyczy osób uprawnionych do stypendium ministerialnego. Tacy sportowcy utracą prawo do pobierania stypendium dopiero po upływie sześciu miesięcy od wystąpienia przejściowej niezdolności do uprawiania sportu[14]. Do tego czasu zachowują prawo do tegoż świadczenia. Należy zastrzec, że odmiennie została ukształtowana ochrona sytuacji zakwalifikowanych jako wypadek przy pracy. Każdy stypendysta sportowy podlega ubezpieczeniu wypadkowemu[15]. Jeżeli podczas uprawiania sportu w trakcie zawodów lub treningów sportowiec ulegnie kontuzji, nabędzie prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego również w trakcie przejściowej niezdolności do uprawiania sportu z powodu choroby.

Stypendium krajowe przysługuje każdemu słuchaczowi Krajowej Szkoły Administracji Publicznej. Prawo do stypendium przysługuje również w okresie usprawiedliwionej nieobecności wynikającej ze stanu zdrowia, chociaż w obniżonej wysokości[16].

Pozornie wystąpienie przejściowej niezdolności do pracy nie powinno dotyczyć bezrobotnych, jednak fakt jej zaistnienia nie może być zakwalifikowany jako prawnie indyferentny. Posiadanie statusu bezrobotnego wiąże się nie tylko z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, lecz również z obowiązkiem aktywnego poszukiwania pracy i gotowością jej podjęcia. Przejściowa niezdolność w sposób bezsprzeczny uniemożliwia spełnienie tego obowiązku, aczkolwiek przez 90 dni występowania opisywanej sytuacji, uprawnienia nie zmieniają się. Po tym okresie starosta pozbawia dotychczasowego bezrobotnego jego statusu. W odróżnieniu od sposobu obliczania okresu zasiłkowego, reguły liczenia owego dziewięćdziesięciodniowego okresu nakazują sumowanie każdej niezdolności (niezależnie od rodzaju

[12] Art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 7, poz. 29 ze zm.).

[13] Art. 31 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 127, poz. 857 ze zm.).

[14] Art. 32 ust. 4 pkt 2 ustawy o sporcie.

[15] Art. 12 ust. 1 ustawy systemowej.

[16] Paragraf 3 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 września 2011 r. w sprawie stypendiów i kosztów kształcenia w Krajowej Szkole Administracji Publicznej (Dz.U. z 2011 r. nr 195, poz. 1157).

choroby), jeżeli przerwa między tą niezdolnością a niezdolnością poprzednią jest mniejsza niż 30 dni[17].

Osoby będące żołnierzami niezawodowymi w czasie niezdolności z powodu choroby zachowują prawo do uposażenia, zaś w razie długotrwałej choroby mogą otrzymać również zapomogę[18].

Prawo do uposażenia zachowują również funkcjonariusze Służby Celnej, chociaż okres przejściowej niezdolności do pracy nie jest wliczany do uprawnień wynikających ze stażu służbowego[19].

Przebywający na urlopie wychowawczym, pobierający zasiłek macierzyński (albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego) oraz zasiłki socjalne również nie są objęci ubezpieczeniem chorobowym. W uznaniu okoliczności, w jakich nabywa się prawo do urlopu wychowawczego, ustawodawca objął tę sytuację tytułem do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, obligując jednocześnie budżet państwa do finansowania składek. Jednakże co do zasady, przebywanie na urlopie wychowawczym nie uprawnia do otrzymywania świadczeń pieniężnych[20]. Z tego powodu wystąpienie przejściowej niezdolności do pracy nie wiąże się z utratą przychodu, nie istnieje zatem potrzeba udzielania ochrony w takich przypadkach. Pozostałe osoby z tej grupy są uprawnione do zasiłków – świadczeń pieniężnych, przysługują one z tytułu wypełniania przez te osoby funkcji społecznych, nie zaś świadczenia pracy. Przejściowa niezdolność nie będzie miała zatem wpływu na uprawnienia pobierających zasiłki.

2.3. Wtórne wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego – dobrowolność związana

W artykule 11 ustawy systemowej wprost stwierdzono, że możliwość skorzystania z ubezpieczenia chorobowego mają osoby obowiązkowo objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym. Wnioskując *a contrario* należy stwierdzić, że nie uzyskają takiego uprawnienia niepodlegający obowiązkowo (innymi słowy: dobrowolnie lub wyłączeni) ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu. Tak pojmuje rzeczoną normę organ rentowy oraz judykatura. Wykładnia literalna tegoż zapisu została zaaprobowana również przez doktrynę, chociaż nie bez zastrzeżeń ze względu na logikę funkcjonowania całości systemu[21].

Bezwzględne połączenie obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z możliwością ubezpieczenia chorobowego jest niezrozumiałe ze

[17] Art. 33 ust. 4 pkt 9 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 69, poz. 415).

[18] Art. 36 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o uposażeniu żołnierzy niezawodowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. nr 76, poz. 693).

[19] Art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o służbie celnej (Dz.U. z 2009 r. nr 168, poz. 1323 ze zm.).

[20] Spełniający kryterium dochodowe mogą otrzymać dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego.

[21] I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje...*, *op. cit.*, s. 84.

względu na instytucjonalne zróżnicowanie czterech rodzajów ubezpieczenia. O ile istota zdarzenia ubezpieczeniowego zawsze dotyczy utraty zdolności do świadczenia pracy najemnej, o tyle kryterium podziału stanowi przyczyna jej powstania. Zwolnienie z obowiązku ubezpieczenia na wypadek starości i inwalidztwa pozbawia prawa do ochrony na wypadek choroby, co jest aksjologicznie błędnym i niekonsekwentnym rozwiązaniem.

Ubezpieczenie emerytalne i rentowe może posiadać przymiot dobrowolności w czterech sytuacjach. Po pierwsze: art. 7 ustawy systemowej wymienia sytuacje życiowe, w których istnieje możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego (dobrowolność pierwotna). Żadna (za wyjątkiem pracy dla podmiotów zagranicznych) z wymienionych w nim okoliczności nie wiąże się z osiąganiem przychodu, zatem ubezpieczenie chorobowe od strony przedmiotowej jest zbędne.

Podobną konkluzję należy wysnuć w stosunku do dobrowolnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu obowiązkowego tytułu, możliwej na podstawie art. 10 ustawy systemowej. Wraz z zakończeniem danej aktywności ustaje źródło dotychczasowego przychodu, zatem ubezpieczenie chorobowe jest zbędne.

Bardziej złożona jest trzecia sytuacja – dobrowolność wtórna ubezpieczenia emerytalnego i rentowego. Wynika ona z zastosowania reguł zbiegu obowiązku ubezpieczenia[22], w wyniku zastosowania których prawodawca zwalnia z obowiązku ubezpieczenia kolejne posiadane przez ubezpieczonego tytuły. Należy uznać za silnie ugruntowany w praktyce pogląd, że nie można przystąpić do ubezpieczenia chorobowego z tytułu, który w wyniku zbiegu obowiązku ubezpieczenia został wyłączony z obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego oraz rentowego.

W razie zbiegu tytułu pracowniczego oraz wykonywania umowy, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia (umowy zlecenia) może dojść do wyłączenia obowiązku ubezpieczenia z drugiego tytułu. W odniesieniu do ubezpieczenia chorobowego nadal będzie istniał obowiązek ubezpieczenia pracownika, zaś dotychczasowa możliwość ubezpieczenia z tytułu umowy zlecenia zostanie wyłączona. W ten sposób ubezpieczony utraci możliwość zabezpieczenia jednego ze źródeł przychodu. Jeżeli zatrudnienie z obydwu tytułów będzie różniło się rodzajem świadczonej pracy, może dojść do sytuacji, w której nastąpi jedynie utrata zdolności do pracy świadczonej na podstawie umowy zlecenia, w zakresie zaś obowiązków pracowniczych nie ulegnie zmianie. Czy w ten sposób ustawodawca mógł uszczuplić uprawnienia obywatelskie w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę? Pamiętając, że określenie zakresu i form realizacji tego prawa należy do ustawodawcy, konieczne jest zbadanie możliwości naruszenia art. 67 Konstytucji RP. Prawo obywatela do zabezpieczenia społecznego skorelowane jest z obowiązkiem zorganizowania powszechnie dostępnego systemu zapewniającego minimum socjalne. W rzeczonej sytuacji podstawowy poziom zabezpieczenia na wypadek choroby jest zapewniony przez ubezpieczenie z tytułu pracownicze-

[22] Art. 9 ustawy systemowej.

go, pozostawiając ustawodawcy swobodę w przyznaniu dodatkowej ochrony. Nawet jeśli niezdolność powstanie tylko w odniesieniu do nieubezpieczonej umowy, to umowa o pracę zapewni w dalszym ciągu źródło utrzymania. Nie można zatem stwierdzić, że przytoczona sytuacja dowodzi naruszenia konstytucyjnego prawa do zabezpieczenia społecznego.

Prawo do dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego posiadają również do 26. roku życia uczniowie i studenci zatrudnieni na podstawie umowy zlecenia. Stosowanie wobec tychże osób konstrukcji dobrowolności związanej jest zatem zgodne z literalnym brzmieniem przepisów ustawy systemowej. Znaczenie tego zwolnienia jest na tyle duże, że pokaźny odsetek młodych osób łączy naukę z wykonywaniem pracy na podstawie umowy zlecenia (umowy o pracę najczęściej nie są proponowane). Niezależnie od decyzji w kwestii ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, taka osoba nie ma prawa do ubezpieczenia chorobowego. To rozwiązanie nie da się wytłumaczyć na podstawie wykładni systemowej i celowościowej, a jego funkcjonowanie w systemie bezsprzecznie wyklucza znaczną część młodych ludzi z prawa do powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby. Oprócz tego naruszona jest również konstytucyjna zasada równości, potwierdzona w art. 2a ustawy systemowej. Pozbawianie ochrony z tytułu rodzicielstwa nie służy również realizacji prawa matki do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych (art. 72 ust. 2 Konstytucji RP).

Rozwiązanie tej sytuacji może nastąpić poprzez interwencję prawodawcy pozytywnego (inicjatywa legislacyjna) albo negatywnego (Trybunał Konstytucyjny). Innym rozwiązaniem jest stosowanie dyrektywy interpretacyjnej polegającej na wykładni przepisów zgodnie z Konstytucją. Wprowadzenie zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego względem uczniów i studentów z pewnością nie miało służyć dyskryminacji tych grup w sferze socjalnej. Należy zatem umożliwić objęcie ich ubezpieczeniem chorobowym.

3. Porównanie sposobów ochrony

Przedmiotem porównania będą trzy zasadnicze systemy ochrony przejściowej niezdolności: ubezpieczenie chorobowe (system powszechny), ubezpieczenie chorobowo-wypadkowe rolników i członków ich rodzin oraz grupa rozwiązań określonych jako system sędziowski, system prokuratorski i systemy służb mundurowych.

3.1. Metody ochrony

Klasyfikacja powszechnego systemu nie budzi wątpliwości. Ustawodawca zastosował metodę ubezpieczeniową, z wyodrębnionym funduszem chorobowym (w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych), składką finansowaną przez ubezpieczonych, podmiotowym prawem do świadczeń, nabywanym po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i spełnieniu warunków oraz zindywidualizowanymi świadczeniami.

Rolnicze ubezpieczenie chorobowo-wypadkowe wymaga od swoich uczestników opłacania składki na posiadający osobowość prawną Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników. Prawo do świadczeń ma charakter podmiotowy. Odmiennie w porównaniu do systemu powszechnego ukształtowane jest nabywanie prawa oraz sposób wyliczania składki i wysokości świadczeń. Przejrzystość klasyfikacji tej instytucji jako systemu ubezpieczeniowego może być osłabiona brakiem korelacji między składką a wysokością świadczenia. Jednakże, o przyporządkowaniu systemu jako rozwiązania ubezpieczeniowego nie decyduje zależność między składką a wysokością świadczenia, lecz uzależnienie nabycia prawa do świadczeń od składki.

Systemy prokuratorski, sędziowski oraz te właściwe poszczególnym służbom mundurowym, są systemami zaopatrzeniowymi. Brak składki decyduje, że z mocy prawa do świadczeń uprawnieni są wszyscy pełniący te funkcje publiczne, którzy znajdą się w sytuacji chronionej. Prawo do świadczeń jest w pełni egzekwowalnym prawem podmiotowym.

W kontekście powyższej uwagi warto również dokonać analizy sposobu zabezpieczenia osób wyłączonych z powszechnego systemu ubezpieczenia chorobowego. Już etymologia pojęcia praca najemna łączy się ze świadczeniem wzajemnym. W zamian za wysiłek na rzecz innego podmiotu oczekuje się ekwiwalentu w postaci odpowiedniego świadczenia. Tymczasem parlamentarzyści, stypendyści sportowi, słuchacze KSAP, bezrobotni, żołnierze niezawodowi i pracownicy (w zakresie wynagrodzenia chorobowego), pomimo przejściowej niezdolności do wykonywania swoich obowiązków otrzymują dotychczasowe świadczenie. Z mocy samego prawa, bezpłatnie (brak kosztu przeniesienia w postaci składki) nastąpił transfer ciężaru ekonomicznego na inny podmiot. Zachowanie prawa do świadczenia w rzeczonej sytuacji również jest prawem podmiotowym, finansowanym z budżetów jednostek wypłacających świadczenie podstawowe i realizuje konstytucyjne prawo do zabezpieczenia społecznego. Wymienione elementy konstrukcyjne zbliżają ten rodzaj ochrony do metody zaopatrzeniowej.

3.2. Członkostwo i finansowanie

Jak zostało już stwierdzone, ubezpieczeniu chorobowemu można podlegać obowiązkowo, dobrowolnie albo być z niego wyłączonym. Systemem administruje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zarządzając funduszem chorobowym, tworzonym ze składek ubezpieczonych. Składki finansowane są przez ubezpieczonych w stałej wysokości 2,45% podstawy wymiaru[23]. W razie niedoboru, fundusz uzupełniany jest przez środki z funduszu rezerwowego[24].

Ubezpieczeniu chorobowo-wypadkowemu można podlegać z mocy ustawy albo na wniosek. Obowiązkowo temu ubezpieczeniu podlegają rol-

[23] Art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej.
[24] Art. 56 ust. 2 ustawy systemowej.

nicy oraz ich domownicy, którzy prowadzą gospodarstwo rolne o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego (lub obejmującego dział specjalny), jeśli nie podlegają systemowi powszechnemu albo nie mają nabytego prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowo-wypadkowego mogą przystąpić inni rolnicy oraz członkowie ich rodzin, jeśli działalność rolnicza stanowi ich stałe źródło utrzymania (w ograniczonym zakresie do ubezpieczenia mogą przystąpić byli rolnicy, którzy przekazali posiadane grunty do zalesienia)[25]. Wypłatę świadczeń obsługuje Fundusz Składkowy, administrowany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W przeciwieństwie do systemu powszechnego, składki są równe, a ich wysokość ustalana jest przez Radę Rolników w taki sposób, aby zapewnić pełne pokrycie jego wydatków (tzw. fundusz zamknięty). Na II i III kwartał 2012 r. składka dla każdego ubezpieczonego wynosi 42 zł miesięcznie[26].

Zabezpieczenie na wypadek przejściowej niezdolności do pracy w pozostałych systemach nie jest wyodrębnione instytucjonalnie. Administrują nimi odpowiednio sądy, prokuratury oraz instytucje właściwe danym służbom. Ochrona z mocy prawa przysługuje każdemu przedstawicielowi uprzywilejowanych grup. Nie są wymagane dodatkowe zgłoszenia. Brak składki determinuje finansowanie świadczeń ze środków budżetowych poszczególnych instytucji.

3.3. Świadczenie

W systemie powszechnym, w razie zajścia opisywanego zdarzenia ubezpieczeniowego, uprawnieni mogą otrzymać zasiłek chorobowy, zasiłek wyrównawczy albo świadczenie rehabilitacyjne. Podstawę obliczania świadczeń stanowi przychód (jest również podstawą wymiaru składki) utracony w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś stopa procentowa wynosi odpowiednio 70%, 80% i 100% i uzależniona jest od okoliczności powstania choroby[27]. Niezdolny do pracy może otrzymywać zasiłek przez 182 dni, a ze względu na gruźlicę albo jeżeli niezdolność przypada w okresie ciąży 270 dni[28]. Po wyczerpaniu tego okresu, do 12 miesięcy można otrzymywać świadczenie rehabilitacyjne[29].

Ubezpieczenie chorobowo-wypadkowe w razie czasowej niezdolności do pracy przewiduje wypłatę zasiłku chorobowego. Wysokość zasiłku chorobowego jest równa iloczynowi liczby dni niezdolności i stawki za każdy dzień, określonej w rozporządzeniu ministra rolnictwa i rozwoju wsi (obecnie

[25] Art. 7 ustawy rolniczej.

[26] Obwieszczenie Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z dnia 2 marca 2012 r. w sprawie miesięcznej wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie w II i III kwartale 2012 r. (MP z 8 marca 2012 r. poz. 131).

[27] Art. 11 ustawy zasiłkowej.

[28] Art. 8 ustawy zasiłkowej.

[29] Art. 18 ust. 2 ustawy zasiłkowej.

10 zł)[30]. Okres zasiłkowy wynosi 180 dni, lecz może zostać wydłużony do 360 dni.

Systemy dla funkcjonariuszy publicznych nie przewidują odrębnych świadczeń, lecz zachowanie prawa do pełnego wynagrodzenia albo uposażenia wraz z dodatkami. Sędzia i prokurator ma prawo pobierać wynagrodzenie przez rok[31]. Pozostali funkcjonariusze służb mundurowych po pewnym czasie pobierania z tego tytułu uposażenia mogą zostać zwolnieni ze służby[32].

3.4. Nabycie prawa do świadczeń

Do nabycia prawa do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego niezbędne jest spełnienie warunku czasu zajścia oraz warunku wyczekiwania. Warunek czasu zajścia jest spełniony, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe (niezdolność) powstanie w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Wyjątkowo po ustaniu ubezpieczenia nabędzie się prawo do świadczeń, jeżeli niezdolność będzie trwała co najmniej 30 dni i powstanie w okresie ochronnym[33]. Okres wyczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego wynosi 30 dni w przypadku ubezpieczenia obowiązkowego, 90 dni, gdy ubezpieczony posiada tytuł dobrowolny[34]. Ustawodawca pozwala niekiedy doliczyć okres poprzedniego ubezpieczenia albo zwalnia ze spełnienia tego warunku[35]. W takiej sytuacji warunek czasu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest zawsze spełniony.

Nie każda niezdolność z powodu choroby uzyska ochronę ubezpieczenia chorobowo-wypadkowego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym będzie tylko taka niezdolność, która trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni[36]. Okres wyczekiwania dla dobrowolnie ubezpieczonych wynosi 1 rok[37].

Ochrona dla sędziów i prokuratorów jest udzielana z chwilą nabycia tego statusu, zaś dla pozostałych funkcjonariuszy z chwilą podjęcia służby. Brak jest zatem ograniczeń w jej dostępności.

3.5. Nienabycie i utrata prawa do świadczeń

Powszechny system przewiduje szereg sytuacji, w których ubezpieczony bądź nie nabędzie prawa do świadczeń, bądź nabywszy to prawo, utraci je. Wśród takich okoliczności można wymienić zachowanie prawa do wynagro-

---

[30] Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 16 maja 2007 r. w sprawie określenia wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej oraz zasiłku chorobowego (Dz.U. z 2011 r. nr 175, poz. 1043).

[31] Art. 94 par. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2001 r. nr 98, poz. 1070) oraz art. 51 par. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1985 r. o prokuraturze (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 270, poz. 1599 ze zm.).

[32] Na przykład funkcjonariusze Służby Celnej po 12 miesiącach mogą być zwolnieni ze służby – art. 105 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o służbie celnej.

[33] Art. 7 ustawy zasiłkowej.

[34] Art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

[35] Art. 4 ust. 2 i 3 ustawy zasiłkowej.

[36] Art. 14 ust. 1 ustawy rolniczej.

[37] Art. 15a ust. 1 ustawy rolniczej.

dzenia, innymi słowy uzyskania ochrony za pomocą innej metody[38]. Ponadto nie jest możliwe nabycie prawa do świadczeń w czasie urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego itp.[39]. Zasiłek nie będzie przysługiwał również po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jeżeli w tym czasie beneficjent posiada inne źródło utrzymania (np. prawo do emerytury lub świadczy pracę najemną stanowiącą tytuł do ubezpieczenia) albo w okresie ubezpieczenia nie spełnił warunku wyczekiwania[40]. Zasiłek może być odebrany również jako sankcja za zachowanie niewłaściwe[41]. Do takich przypadków należy zaliczyć spowodowanie niezdolności nadużyciem alkoholu albo popełnieniem umyślnego przestępstwa lub wykroczenia (regulacja raczej wyjątkowa w skali europejskiej). Utraci prawo również ubezpieczony, który wykonuje w okresie niezdolności pracę zarobkową, wykorzystuje zwolnienie niezgodnie z jego celem lub kiedy zostało ono sfałszowane.

Ubezpieczony w KRUS nie otrzyma zasiłku chorobowego, jeżeli przebywa na koszt tego organu w zakładzie opieki zdrowotnej w celu rehabilitacji (w systemie powszechnym następuje jedynie redukcja stopy procentowej w razie hospitalizacji). Nie jest możliwe również otrzymywanie zasiłku po ustaniu ubezpieczenia chorobowo-wypadkowego[42].

Przeszkodą do otrzymywania wynagrodzenia przez sędziego i prokuratora za czas niezdolności jest wykonywanie pracy zarobkowej lub inne niezgodnie z celem wykorzystywanie zwolnienia. Niewłaściwym zachowaniem jest również niepoddanie się badaniom kontrolnym lub niedostarczenie dokumentacji medycznej lekarzowi uprawnionemu przez organ rentowy[43]. Podobne rozwiązania zostały zastosowane w przepisach właściwych odpowiednim formacjom mundurowym.

4. Podsumowanie

Zastosowane przez prawodawcę sposoby ochrony przejściowej niezdolności do pracy można przyporządkować do dwóch głównych grup rozwiązań.

W pierwszej znajduje się powszechne ubezpieczenie chorobowe i ubezpieczenie chorobowo-wypadkowe rolników. Chociaż zbieżne w swej istocie, różnią się rozwiązaniami szczegółowymi. O ile w systemie powszechnym świadczenia ubezpieczonych i funduszu są ekwiwalentne, o tyle w systemie rolniczym zastosowana została metoda ryczałtowego obliczania zasiłku. Różnice dotyczą również okresu zasiłkowego, okoliczności utraty prawa, a także zastosowania kryterium czasowego w konstrukcji zdarzenia ubez-

[38] Art. 12 ust. 1 ustawy zasiłkowej.
[39] Art. 12 ust. 2 ustawy zasiłkowej.
[40] Art. 13 ustawy zasiłkowej.
[41] Art. 14-17 ustawy zasiłkowej.
[42] Art. 14 ust. 7 ustawy rolniczej.
[43] Art. 94c par. 3 i 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. prawo o ustroju sądów powszechnych (t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 136, poz. 959) oraz art. 51b par. 3 i 4 ustawy z dnia 20 czerwca 1985 r. o prokuraturze (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 178, poz. 1375).

pieczeniowego (system rolniczy). Rozbieżności wynikać mogą z odmienności założeń konstrukcyjnych (np. zasada samowystarczalności Funduszu Składkowego) albo z zaszłości historycznych – system rolniczy nie został zreformowany w 1999 roku.

Druga grupa rozwiązań obejmuje zaopatrzeniowe formy ochrony przejściowej niezdolności do pracy, przeznaczone dla sędziów, prokuratorów oraz służb mundurowych. Konstrukcyjnie zbliżone jest również zabezpieczenie niektórych grup nieobjętych powszechnym ubezpieczeniem, np. stypendystów sportowych. Te rozwiązania charakteryzują się brakiem wyodrębnionych instytucji obsługujących przejściową niezdolność do pracy. Ochrona została udzielona poprzez zachowanie prawa do dotychczasowych świadczeń, w wyniku przeniesienia ryzyka ekonomicznego na podmiot zatrudniający.

Osoby przebywające na urlopach wychowawczych oraz pobierające zasiłki z tytułu rodzicielstwa nie są narażone na skutki omawianego zdarzenia ubezpieczeniowego, nie potrzebują zatem ochrony w tym zakresie.

Za poważne uchybienie należy uznać konstrukcję wyłączającą pracujących na podstawie umowy zlecenia uczniów i studentów z ochrony przejściowej niezdolności do pracy (oraz skutków rodzicielstwa). Jest ona sprzeczna z wartościami wyrażanymi w aktach rangi ponadustawowej, jak również z intencjami ustawodawcy. Na przykład, skoro w ustawie zasiłkowej prawodawca zdecydował się promować okres nauki, zwalniając absolwentów z wypełnienia warunku wyczekiwania[44], niekonsekwencją byłoby celowe ograniczenie dostępu do ubezpieczenia chorobowego w czasie studiów.

[44] Art. 4 ust. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej.

Część VI

KOSZTY NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Aleksandra Wiktorow
Akademia Finansów

Co zaliczać do kosztów niezdolności do pracy?

1.

Koszty niezdolności do pracy są rozumiane bardzo różnie, zależnie od tego, kto o nich mówi. Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia traktują je jako wydatki związane bezpośrednio z kosztami leczenia, czyli wydatkami ponoszonymi na ubezpieczenie zdrowotne. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przez koszty niezdolności do pracy rozumie wydatki związane z absencją chorobową oraz z rentami z tytułu niezdolności do pracy pokrywanymi z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (i ze środków pracodawców), osobno podawane są wydatki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które z założenia mają być przeznaczane na osoby niepełnosprawne. Dodatkowo wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, zarówno zasiłki chorobowe jak i renty, ponosi Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Sprawiedliwości. Również gospodarstwa domowe i komercyjne zakłady ubezpieczeń pokrywają różne wydatki związane z niezdolnością do pracy, na przykład koszty usług medycznych, a w przypadku ubezpieczeń prywatnych także odszkodowań i świadczeń.

Dotychczas rzadko podejmowano próby oszacowania całkowitych kosztów niezdolności do pracy. Dzieje się tak z różnych przyczyn. Przede wszystkim nie są prowadzone takie rachunki w poszczególnych jednostkach czy nawet całych działach, a ponadto na ogół każda jednostka interesuje się tylko swoimi wydatkami, a te, które muszą ponosić inne instytucje traktuje obojętnie. Stale rosnące wydatki związane z niezdolnością do pracy, czy szerzej ujmując – niepełnosprawnością, każą jednak zacząć myśleć o racjonalizacji kosztów na każdym etapie, w którym powstają. Dlatego potrzebne jest w Polsce nowe podejście do rachunku kosztów niezdolności do pracy związanej z chorobami, nie zapominając również o rachunku kosztów niepełnosprawności, która nie zawsze jest tożsama z niezdolnością do pracy. Aktywizacja zawodowa i społeczna niepełnosprawnych jest bardzo ważnym zagadnieniem, jednak w tej prezentacji nie zostanie podjęta, co nie znaczy, że nie ma wpływu na koszty niezdolności do pracy.

2.

Koszty niezdolności do pracy można podzielić na koszty medyczno-rzeczowe (leczenia i rehabilitacji) oraz na koszty świadczeń pieniężnych (w uproszczeniu: NFZ i inni usługodawcy medyczni oraz pracodawcy, ZUS, KRUS, MON, MSW, MS).

Koszty leczenia to koszty porad lekarskich, wszelkich zabiegów i operacji, lekarstw i innych środków związanych z leczeniem, hospitalizacja, rehabilitacja itp. Na koszty świadczeń pieniężnych składają się wydatki:

- z tytułu krótkookresowej niezdolności do pracy (wynagrodzenia za czas choroby, zasiłki chorobowe),
- na świadczenia w okresie po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, a przed odzyskaniem zdolności do pracy lub rentą z tytułu niezdolności do pracy (świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy),
- na renty z tytułu okresowej lub stałej niezdolności do pracy.

Poza wymienionymi wyżej istnieją jeszcze inne typy wydatków, na przykład refundowanie przez budżet składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe dla osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi (nie ma tu bezpośredniej wypłaty środków osobie uprawnionej, czyli w zasadzie nie jest to świadczenie pieniężne), czy też zasiłek pielęgnacyjny dla sprawujących bezpośrednią opiekę ze środków pomocy społecznej (to jest już świadczenie pieniężne). Oba te świadczenia nie są dla osób niezdolnych do pracy, ale dla członków rodzin (na ogół) przerywających aktywność zawodową w celu zajęcia się osobami niepełnosprawnymi. Można podważyć zaliczanie ich do kosztów niezdolności do pracy. Wydaje się jednak, że gdyby niepełnosprawności nie było, nie byłoby również takich wydatków ze środków publicznych.

Dość łatwo jest pokazać wydatki globalne na poszczególne świadczenia pieniężne czy określone grupy wydatków zdrowotnych i lekarstwa. Taka kwota wydatków ogółem jest ważna, zwłaszcza gdy porównuje się ją w czasie. Jednak nie pozwala na wyciąganie żadnych wniosków co do racjonalności różnych kategorii kosztów i ewentualnych kierunków ich zmian.

3.

Dla prawidłowej oceny pełnych kosztów niezdolności do pracy potrzebne są różne ich przekroje. Wymienione zostaną niektóre z nich, niewyczerpujące wszystkich możliwych podejść, ale pomagające zrozumieć konieczność wielowątkowego podejścia do problemu.

Koszty mogą być pokazane według źródeł finansowania, według grup wydatków, jednostkowe i zagregowane w różny sposób.

Koszty niezdolności do pracy zostaną, w tych różnych możliwych przekrojach, celowo ograniczone do ponoszonych w okresie aktywności zawodowej, nie będą rozpatrywane koszty związane z niepełnosprawnymi przed 18 rokiem życia (czyli w wieku przedprodukcyjnym) oraz z niepełnospraw-

nymi w wieku emerytalnym (w wieku poprodukcyjnym), chociaż wydatki w tych grupach są wysokie i wiążą się też, wobec braku systemu opieki długoterminowej, z ograniczaniem aktywności zawodowej części członków rodzin w wieku produkcyjnym, a co za tym idzie, ograniczaniem ich dochodów z pracy.

Wydatki związane z niezdolnością do pracy ponoszone są ze środków:

— publicznych (w tym ubezpieczenia zdrowotne i społeczne),

— pracodawców (wynagrodzenie z tytułu niezdolności do pracy, koszty związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, w tym obowiązkowe badania),

— indywidualnych gospodarstw domowych.

Koszty mogą być bezpośrednie i pośrednie. Istnieje tutaj wiele możliwości podziału, zależnie od celu analizy. Z punktu widzenia ewentualnej racjonalizacji kosztów można wyróżnić koszty związane z konkretną osobą (bezpośrednio wydane na przywrócenie jej do zdrowia):

- koszty leczenia (rozpoznanie choroby i jej leczenie, koszty hospitalizacji, hospitalizacja wraz z wyceną procedur, lekarstwa),
- koszt rehabilitacji,
- koszt świadczeń pieniężnych (zasiłki i inne świadczenia),
- koszty innych świadczeń rzeczowych (np. przedmioty ortopedyczne, usługi opiekuńcze).

Koszty pośrednie to koszty utrzymania instytucji świadczących usługi medyczne, rehabilitacyjne, także koszty związane z orzecznictwem. Zaliczyć tu trzeba też koszty ponoszone przez inne podmioty, np. koszty pracodawcy w czasie niezdolności pracownika do pracy, który oprócz wypłaty wynagrodzenia przez pierwszy okres choroby musi czasami ponieść wydatki na zatrudnienie pracownika na zastępstwo lub dodatkowe wynagrodzenie dla innych pracowników. Innym typem kosztów pośrednich jest rezygnacja z pracy na czas opieki nad innym członkiem rodziny. W tym przypadku nie są to wydatki, ale utrata dochodów, co nie jest bez znaczenia dla sytuacji materialnej gospodarstw domowych.

Jak widać, do kosztów związanych z niezdolnością do pracy należy zaliczyć bardzo różne wydatki ponoszone przez różne podmioty. Jednak, nawet gdyby te wszystkie wydatki udało się zidentyfikować i zsumować, to otrzymamy jedynie wymiar finansowy kosztów, bez ważnego społecznego wymiaru tych kosztów, jakim jest m.in. opieka nad chorymi członkami rodziny kosztem ograniczenia własnych dochodów z pracy.

Koszty pracodawców (poza wynagrodzeniem chorobowym) oraz koszty ponoszone przez rodzinę bardzo rzadko są obecnie brane pod uwagę przy analizach związanych z niezdolnością do pracy, chcąc jednak prowadzić całościowy rachunek kosztów tej niezdolności nie można ich pominąć. Takie kompleksowe podejście do kosztów niezdolności do pracy pozwoli na poszerzenie wiedzy o problemie (zidentyfikuje się nowe składniki kosztów i ich skalę), stworzy się podstawę do ewentualnych nowych regulacji prawnych i zmian organizacyjnych. Możliwa też będzie racjonalizacja wydatków, ich ograniczenie lub zmiana struktury.

4.

Do tej pory, jeśli nawet szacowano koszty niezdolności do pracy, to czyniono to oddzielnie dla każdego ich rodzaju. Mało kto zdaje sobie sprawę z tego, że bezpośrednie koszty leczenia – rozpoznanie choroby i leczenie, mogą być wielokrotnie niższe niż koszty pośrednie, ponoszone poza resortem zdrowia. W niektórych krajach zaczęto prowadzić takie kompleksowe rachunki, na przykład w USA do kosztów zalicza się też koszty gospodarcze wynikające z przedwczesnej umieralności. W Europie takie koszty zalicza się do kosztów społecznych. Warto podkreślić, że znacznie ważniejsze dla skali wydatków są koszty, zwłaszcza pośrednie, ponoszone na choroby przewlekłe i cywilizacyjne. Przeciwdziałanie im, przez podnoszenie świadomości społecznej i prewencję, mogłoby znacznie obniżyć wydatki na ten cel, zwłaszcza że nie ma kraju, w którym środki na ochronę zdrowia byłyby wystarczające. Uwolnione środki pozwoliłyby na stosowanie najnowszych, drogich metod leczenia innych chorób.

W Polsce prowadzone były dotychczas pionierskie badania dotyczące szacunków kosztów niezdolności do pracy w przypadku kilku chorób – choroby niedokrwiennej serca i reumatoidalnego zapalenia stawów. W przedstawionym raporcie „Rzeczywiste ekonomiczne koszty choroby w Polsce", prof. Jacek Ruszkowski z Akademii im. Leona Koźmińskiego pokazał skalę strat gospodarczych z tytułu utraconej produktywności osób niezdolnych do pracy z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów. Według jego rachunków (głównie opartych na dostępnych danych GUS, NFZ i ZUS oraz w mniejszym stopniu z innych źródeł) w 2007 roku na leczenie tej choroby wydano w Polsce, z zastrzeżeniem niedoszacowania, 503 mln zł, przy czym same koszty utraconej produktywności to 217 mln zł. Te ostatnie koszty stanowią 78% całkowitych kosztów pośrednich. Na tę chorobę choruje około 1% populacji, ale ponieważ chorzy nieleczeni szybko stają się niepełnosprawni, to około 15-16% rent z tytułu niezdolności do pracy stanowią renty z powodu chorób reumatycznych.

Powyższy przykład pokazuje, że przy dobrej woli możliwe jest dokonanie szacunkowych obliczeń kosztów dotyczących większości chorób – dane o wydatkach na poszczególne rodzaje chorób ma NFZ, statystyka absencji chorobowej i przyznanych rent też jest prowadzona według przyczyn (jednostek chorobowych). Można byłoby też wykorzystać inne źródła. Jednak ciągle byłyby to szacunki raczej zaniżające wydatki, trudno bowiem skorzystać z danych instytucji prywatnych czy gospodarstw domowych. Kluczem do przygotowania odpowiedniej metody liczenia jest pełniejsza informatyzacja w dziale zdrowie, a przede wszystkim legendarny już rejestr usług medycznych, co do którego ciągle nie ma decyzji, jakie dane powinien zawierać – czy tylko wydatki pokrywane ze środków publicznych, czy też wszystkie koszty usług medycznych i pokrewnych, z których korzystał pacjent, bez względu na to, z jakiego źródła pochodzą środki na nie przeznaczone. Bez takiego rejestru dokładne rachunki nie będą możliwe.

5.

Co dzisiaj jest policzalne? Na pewno koszty związane z leczeniem i rehabilitacją ponoszone w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, częściowo również ze środków niepublicznych. Jednak koszty ze środków niepublicznych, zwłaszcza prywatnych, ponoszonych przez gospodarstwa domowe wymagają specjalnych badań, dotychczas wiemy z takich badań, ile przeznacza się dodatkowo na różne usługi zdrowotne (porady lekarskie, zabiegi i operacje, lekarstwa czy rehabilitację), ale nie ma podziału na jednostki chorobowe.

Najlepiej udokumentowane są wydatki na świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, zawsze są przypisane do konkretnej osoby i według przyczyny (czyli jakiej choroby). Zakład Ubezpieczeń Społecznych od lat przygotowuje rozmaite opracowania w tym zakresie, jednak nie są one odpowiednio wykorzystywane, bowiem nie agreguje się ich z danymi o wydatkach na inne, poza świadczeniami pieniężnymi, cele. Nie jest do tego potrzebne ustawowe połączenie ubezpieczenia chorobowego (w ramach ZUS i KRUS oraz pochodnych świadczeń związanych z niezdolnością do pracy wypłacanych przez inne podmioty) z ubezpieczeniem zdrowotnym (w ramach NFZ). Wystarczy dobra metodologia rachunku, określone reguły wymiany danych drogą elektroniczną, a przede wszystkim dobre chęci współdziałania, a nie wzajemne wytykanie sobie różnych win i niedociągnięć, nie zawsze prawdziwych, także nierzadko potrzeba przerzucenia odpowiedzialności na inne podmioty. Na przykład, czy lekarz, który wystawia nieuzasadnione zwolnienie lekarskie lub fałszywe dokumenty do renty nie robiłby tego, gdyby zasiłki chorobowe były finansowane z NFZ a nie z FUS? Nie wydaje się, aby tego typu spory były potrzebne, niezbędne jest natomiast wspólne przeciwdziałanie takim praktykom.

Dotychczasowe rachunki nie uwzględniają kosztów ponoszonych przez pracodawców, z wyjątkiem wydatków na wynagrodzenia za czas choroby (te są publikowane przez ZUS). Wydaje się, że obecna świadomość dużej skali wydatków związanych z niezdolnością do pracy jest wśród pracodawców powszechna. Przy zaangażowaniu swoich związków (Lewiatan, Pracodawcy RP, Business Centre Club) z pewnością można byłoby uzyskać reprezentatywne dane o kosztach niezdolności do pracy ponoszonych przez zakłady pracy, w pierwszym etapie w drodze specjalnych badań, a później nawet, po uznaniu, że pokazywanie skali tej kategorii kosztów jest społecznie i ekonomicznie użyteczne, okresowej sprawozdawczości.

6.

Dotychczasowe próby opracowania rachunku kosztów niezdolności do pracy i kosztów niepełnosprawności nie były udane (z wyjątkiem, jak pokazano wyżej, prób oszacowania globalnych kosztów niezdolności do pracy dla kilku konkretnych chorób, prowadzonych w różnych ośrodkach nauko-

wych). Brak też było zainteresowania tymi rachunkami w ośrodkach decyzyjnych. Wydawało się, że zapoczątkowane w 2001 roku Narodowe Rachunki Zdrowia, według jednolitej europejskiej metodologii mogłyby być pożyteczne, jednak nigdy, mimo specjalnych publikacji Głównego Urzędu Statystycznego, nie były szerzej wykorzystywane i chyba nie dostarczały wystarczających do wnioskowania informacji. Jednak wiedza o samej skali różnych kosztów związanych ze zdrowiem też jest cenna.

Ważne jest, że coraz większa liczba specjalistów uznaje konieczność prowadzenia kompleksowych rachunków niezdolności do pracy. We wspomnianym raporcie z 2010 roku autor, nieżyjący już prof. Ruszkowski pisze, że „szczególnym obciążeniem dla gospodarki są koszty utraconej produktywności chorych. Jak to zmienić? Szwajcaria czy Stany Zjednoczone, oceniając koszty chorowania, włączają do rachunku także wydatki na renty, dni niezdolności do pracy czy koszty utraconej produktywności. Uważają, że są zbyt biedne, by decyzje o tym, jakie priorytety w finansowaniu lecznictwa wybierać, opierane były na nieracjonalnych przesłankach. W USA monitoruje się koszty gospodarcze piętnastu chorób – przyczyn najwyższej umieralności. My jesteśmy w trakcie budowy systemu szacowania kosztów dwudziestu chorób najbardziej obciążających gospodarkę krajową". Trudno powiedzieć, w jaki sposób po śmierci autora tych słów prace nad kosztami niezdolności do pracy przypisanymi do konkretnych chorób są kontynuowane i jakie są ich rezultaty. Po 2010 roku nie były publikowane nowe wyniki.

Rachunki globalne muszą być poprzedzone rachunkami pokazującymi efektywność wydatków jednostkowych. W debacie „Wydatki, których państwo nie widzi. Ukryte koszty chorób", zorganizowanej przez redakcję dziennika Rzeczpospolita w 2010 roku wskazywano na taką konieczność. „Już teraz coraz częściej i skuteczniej oceniamy terapie także pod kątem efektywności, bo dysponujemy coraz bardziej szczegółowymi danymi. Jesteśmy spadkobiercą systemu, w którym nie liczono kosztów ani nie oceniano skuteczności leczenia. Ale to się poprawia z roku na rok" – mówił Maciej Dworski, wiceprezes NFZ. Jerzy Gryglewicz z Wyższej Szkoły Handlu i Prawa im. Łazarskiego dodał, że „Liczenie kosztów jest koniecznością... Do tego potrzebna jest dobra analiza, by wiedzieć w jakie obszary zdrowia inwestować, a jakie ograniczać. Proces starzenia się społeczeństwa i sugestie podniesienia wieku emerytalnego są istotne, by pokazać, jakie powinny być priorytety zdrowotne, gdzie powinno się lokować środki finansowe, by osiągnąć jak najlepszy efekt w skali wydatków publicznych. Uważam, że warto przeznaczać środki m.in. na systemy informatyczne. To może być podstawą do skutecznej analizy wszystkich zdarzeń medycznych i mniejszych kosztów w przyszłości. Decydując się na finansowanie ze środków publicznych jakiejkolwiek nowej technologii, np. sprzętu diagnostycznego albo nowego leku, powinniśmy brać pod uwagę właśnie koszty pośrednie".

Chodzi o to, aby na przykład przy wyborze metody leczenia refundowanej przez NFZ, brać pod uwagę nie tylko bezpośrednie koszty procedury medycznej (samej operacji czy zabiegu), ale też okres pobytu w szpitalu, koszty lekarstw, okres zwolnienia chorobowego, ewentualną potrzebę i koszty reha-

bilitacji. Okazuje się, że w rezultacie zsumowania wszystkich kosztów bezpośrednich i pośrednich w przypadku zastosowania droższej procedury medycznej ogólny koszt niezdolności do pracy (czyli dojścia do pełnego zdrowia) jest niższy niż przy zastosowaniu tańszej metody, ale wymagającej dłuższego pobytu w szpitalu, dłuższej absencji chorobowej i rehabilitacji. Dzieje się tak często w przypadku refundowania przez NFZ różnych operacji metodą tradycyjną, a nie metodą laparoskopową, gdyż ta pierwsza jest tańsza. Ale z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego, całości wydatków publicznych, tańsza byłaby ta druga i często bardziej komfortowa dla pacjenta. Branżowe traktowanie kosztów a nie zadaniowe prowadzi w tym przypadku do nieefektywnych wydatków. Jednak trzeba mieć na uwadze, że „Nowa terapia nie może być droższa niż wydatki, których dzięki niej unikamy. To, czy stosowanie jakiejś metody leczenia jest opłacalne, sprawdza Agencja Oceny Technologii Medycznych. Ale dopiero rejestr, w którym monitorowane są efekty leczenia, pozwala stwierdzić, czy nowa metoda jest tak efektywna, jak to było deklarowane we wniosku składanym do agencji. Pierwszy do tej pory istniejący rejestr do monitorowania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów pozwolił NFZ zaoszczędzić w ciągu roku 10 mln zł i zwiększyć liczbę leczonych chorych" – mówił Jerzy Gryglewicz. Trzeba zwrócić uwagę, że były w tym przypadku pokazane tylko mniejsze wydatki NFZ, a z pewnością mogły również wystąpić niższe koszty po stronie pracodawców i ZUS.

7.

Konieczność prowadzenia różnych rachunków niezdolności do pracy nie ulega już wątpliwości. Pozostaje kwestia, kto ma je prowadzić, kto koordynować i do czego mają być wykorzystywane. Najłatwiej odpowiedzieć na to ostatnie pytanie: do racjonalizacji wydatków publicznych, przy czym racjonalizacja nie musi oznaczać obniżenia wydatków, bo to w dobie szybkiego rozwoju technologii medycznych nie jest możliwe. Racjonalizacja to także inne, bardziej efektywne wykorzystanie dostępnych środków.

Wypracowanie metodologii liczenia kosztów należy powierzyć zespołowi międzyresortowemu, który określi zakres rachunku i zadania poszczególnych resortów i innych jednostek. W zasadzie będą to inaczej agregowane dotychczasowe dane. Aby uniknąć współzawodnictwa między poszczególnymi ministerstwami, ich agregacją i publikowaniem mógłby zająć się Główny Urząd Statystyczny, tym bardziej, że ma już pewne doświadczenia z Narodowym Rachunkiem Zdrowia.

Najtrudniejsze jednak zadanie przypadłoby resortowi zdrowia i podległym mu agencjom. Do nich należałoby określanie standardów leczenia, które oprócz samych procedur medycznych musiałyby uwzględniać przewidywany okres absencji chorobowej i koszty ewentualnej rehabilitacji.

Poza powyższym rachunkiem pozostają koszty ponoszone przez pracodawców i gospodarstwa domowe. Te ostatnie to, przede wszystkim, koszty opieki nad niezdolnymi do pracy członkami rodziny, które trudno wycenić

– mogą to być albo wydatki na opiekę, albo utracone dochody w przypadku konieczności przerwania pracy. Wydaje się, że zarówno koszty pracodawców, jak i koszty gospodarstw domowych, po przyjęciu metodologii ich ustalania, powinny być uwzględniane w globalnym rachunku. Wiodącą rolę miałby w tym przypadku resort pracy, w którego kompetencji leżą ubezpieczenia społeczne, pomoc społeczna, niepełnosprawni oraz współpraca z pracodawcami.

8.

Koszty związane z niezdolnością do pracy będą z pewnością rosły wraz z wydłużaniem się życia i okresu aktywności zawodowej. Zależy nam na tym, aby ludzie żyli nie tylko dłużej, ale też jak najdłużej w dobrym zdrowiu. Pominięto w tych rozważaniach okres dzieciństwa i młodości, bo nie jest to okres aktywności zawodowej. Jednak po to, aby być w pełni sprawnym w okresie produkcyjnym, trzeba myśleć o swoim zdrowiu od najmłodszych lat. Wiele zależy od rodziców, ale też od ludzi młodych, ich stylu życia, aktywności fizycznej. Ważna jest profilaktyka chorób cywilizacyjnych, świadomość ich przyczyn. Stan zdrowia społeczeństwa tylko w 8-10 procentach zależy od nakładów na ochronę zdrowia. W 50 procentach zależy od nas samych. Reszta to geny i środowisko. Dobrze byłoby, aby coraz większa część społeczeństwa wiedziała o tym.

Agnieszka Sikora
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy – według grup chorobowych

Stały wzrost kosztów opieki zdrowotnej budzi coraz większe zainteresowanie oceną ich elementów składowych, zwłaszcza wielkością kosztów pośrednich choroby, tj. kosztów świadczeń związanych z zabezpieczeniem społecznym z tytułu niezdolności do pracy, które mogą w znacznym stopniu przewyższać koszty bezpośrednie, czyli związane z rozpoznaniem choroby i jej leczeniem.

W Polsce brakuje szacunkowych danych całkowitego, bezpośredniego i pośredniego, obciążenia gospodarki kosztami chorób. Tę problematykę oraz budowę systemu szacowania kosztów dwudziestu chorób najbardziej obciążających gospodarkę podjął w swoich badaniach prof. Jacek Ruszkowski z Akademii im. Leona Koźmińskiego w Warszawie.

W 2010 roku zostało zawarte, z inicjatywy prof. Jacka Ruszkowskiego, *Porozumienie o współpracy pomiędzy Akademią im. L. Koźmińskiego a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych*. Zasadniczym celem porozumienia było badanie zjawisk związanych z ekonomiką zdrowia przebiegających w obszarze zabezpieczenia społecznego, przyczyniających się do racjonalizacji wydatków związanych z niezdolnością do pracy.

Kompleksowe oszacowanie kosztów obejmujące oprócz kosztów pośrednich, również koszty hospitalizacji, specjalistycznych porad ambulatoryjnych, porad lekarza rodzinnego, badań diagnostycznych, kosztów rehabilitacji i leków oraz innych wydatków ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, pokazałoby złożoność oraz skalę tego problemu. Pozwoliłoby między innymi na zmiany w polityce alokacji zasobów na opiekę zdrowotną oraz wybór profilaktyki chorób w Polsce.

Przeprowadzona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych analiza jest tylko fragmentem kompleksowej analizy wydatków na ogólnie rozumiane świadczenia zdrowotne, której przeprowadzenia podjęła się Akademia im. L. Koźmińskiego.

Prezentacja wydatków poniesionych w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy obejmuje świadczenia wyłącznie z obszaru obsługiwanego przez ZUS. Zakres przedmiotowy analizy obejmuje wydatki na:

— renty z tytułu niezdolności do pracy łącznie z dodatkami pielęgnacyjnymi przysługującymi z tytułu tej niezdolności, ponoszone ze środków FUS,

— renty socjalne, pokrywane ze środków budżetu państwa,

— absencję chorobową, czyli czasową niezdolność do pracy z tytułu choroby własnej, tj. wynagrodzenia wypłacane w okresie niezdolności do pracy z własnych środków przez pracodawcę oraz zasiłki chorobowe wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ze środków FUS,

— świadczenia rehabilitacyjne z FUS,

— rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, pokrywane z FUS.

Poziom wydatków poniesionych przez Fundusz Ubezpieczenia Społecznego i pracodawców poddano analizie w powiązaniu z grupami i jednostkami chorobowymi powodującymi tę niezdolność. Jednostki i grupy chorobowe zostały zdefiniowane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10). Zgromadzono zatem – w odniesieniu do wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń – informacje dotyczące ponad 2,0 tys. jednostek chorobowych, uwzględniając takie cechy społeczno-demograficzne, jak płeć oraz miejsce zamieszkania świadczeniobiorców.

Źródło danych do badania stanowiły zasoby informacyjne ZUS: • systemy obsługujące wypłaty świadczeń: EMIR i RENTIER oraz • system wspomagania analiz statystycznych 9A.

W 2010 roku wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem (czyli wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców) wyniosły blisko 28,7 mld zł i w stosunku do roku 2009 wzrosły o 1%. Kwota tych wydatków w omawianym roku stanowiła 2,0% PKB i w porównaniu z rokiem 2009 udział ten był niższy o 0,1 punktu procentowego.

Jeszcze wyższy wzrost, w porównaniu z 2009 rokiem, odnotowujemy w przypadku wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z FUS. Wydatki te w 2010 roku wyniosły ponad 24,3 mld zł, a więc wzrosły o 2% w stosunku do roku 2009. Na przestrzeni kilku ostatnich lat obserwujemy wzrost nominalny wypłat świadczeń. Udział wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z FUS w wydatkach na świadczenia pieniężne ogółem z tego Funduszu rokrocznie maleje. I tak w 2009 roku stanowiły one 16,1% wydatków z FUS, a w 2010 roku – 15,5% (tabela 1).

Dominującą pozycję w wydatkach na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowiły wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy – ich udział wyniósł aż 52,0% ogółu wydatków. Drugą pozycję, to jest 38,9%, stanowiły wydatki poniesione przez FUS i pracodawców w związku z absencją chorobową (wykres 1).

Tabela 1

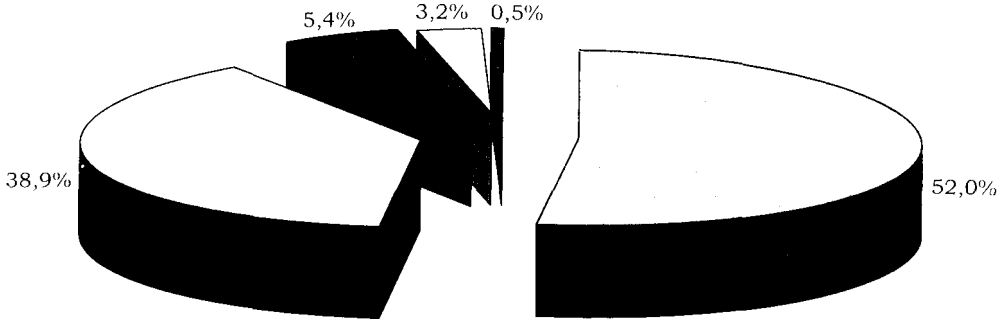
Wydatki na świadczenia w latach 2009-2010

	Wyszczególnienie	2009	2010
1	Wydatki na świadczenia pieniężne z FUS – ogółem w mln zł	147 896,4	156 898,7
2	Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy* w mln zł	28 387,4	28 661,2
3	Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z FUS w mln zł	23 864,7	24 339,0
4	Wydatki z FUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy do wydatków FUS w % (poz. 3:1)	16,1	15,5
5	Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem w % PKB	2,1	2,0

* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

Wykres 1

Wydatki ogółem* poniesione w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy



* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładu pracy.

Analizując wydatki ogółem na omawiane świadczenia według płci, udział wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy mężczyzn wyniósł 57,1% i był o ponad 14 punktów procentowych wyższy niż w związku z niezdolnością kobiet (tabela 2).

Tabela 2

Struktura wydatków ogółem* poniesionych w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według rodzajów świadczeń i płci świadczeniobiorców

Wyszczególnienie	Kwota wypłat			
	w tys. zł	w odsetkach		
	ogółem	razem	mężczyźni	kobiety
Ogółem	28 661 177,1	100,0	57,1	42,9
Renty z tytułu niezdolności do pracy	14 907 089,4	100,0	69,4	30,6
w tym:				
renty wypadkowe	3 300 982,7	100,0	76,2	23,8
Renty socjalne	1 531 342,5	100,0	54,2	45,8
Świadczenie rehabilitacyjne	924 401,5	100,0	56,6	43,4
Absencja chorobowa	11 142 986,7	100,0	41,1	58,9
w tym:				
zasiłki chorobowe z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	500 020,3	100,0	74,8	25,2
Rehabilitacja lecznicza	155 357,0	100,0	57,3	42,7

* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

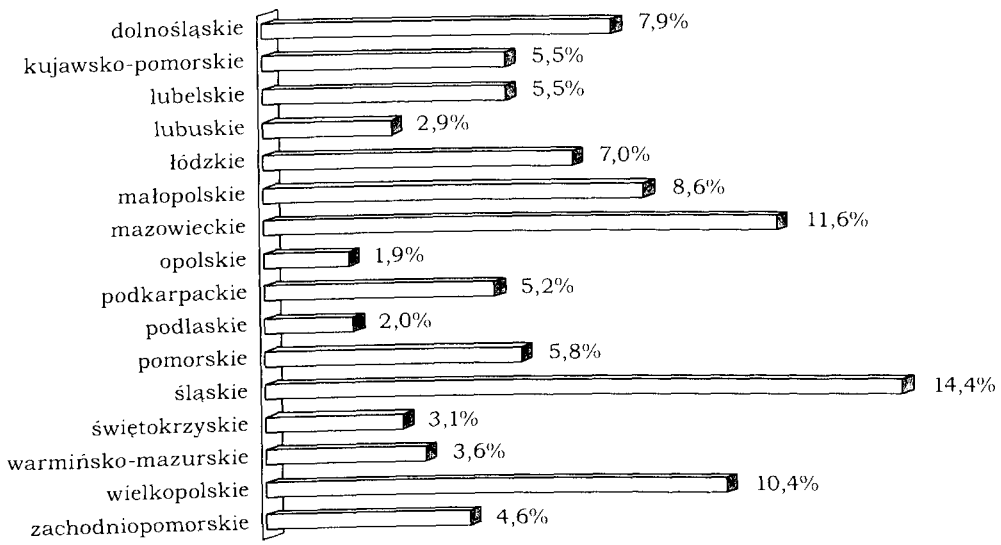
Struktura wydatków ze względu na płeć w poszczególnych rodzajach świadczeń kształtowała się odmiennie. W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy, rent socjalnych, świadczeń rehabilitacyjnych i rehabilitacji leczniczej, udział wydatków na świadczenia wypłacane mężczyznom w wydatkach na poszczególne świadczenia był znacząco wyższy od udziału wydatków na świadczenia wypłacane kobietom.

Natomiast w przypadku wydatków związanych z absencją chorobową, udział wypłat związanych z absencją kobiet przewyższał udział wydatków dla mężczyzn i wyniósł 58,9%. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku zasiłków chorobowych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych tendencja była odwrotna – udział wydatków na zasiłki chorobowe mężczyzn przewyższał udział wydatków na zasiłki chorobowe kobiet, wyniósł aż 74,8%.

Rozpatrując wydatki poniesione w 2010 roku na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w poszczególnych województwach, obserwujemy, że najwyższe wydatki zostały poniesione, podobnie jak w 2009 roku, w województwach śląskim – 14,4% ogółu wydatków, mazowieckim – 11,6%, wielkopolskim – 10,4%. Najniższe kwoty wydatkowano w województwie opolskim – 1,9% ogółu wydatków oraz w województwie podlaskim – 2,0% (wykres 2).

Wykres 2

Struktura wydatków ogółem* poniesionych w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według województw



* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładu pracy, bez kosztów poniesionych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

Skalę wydatków na poszczególne świadczenia związane z niezdolnością do pracy można również zobrazować pokazując kwotę wydatków przypadającą na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

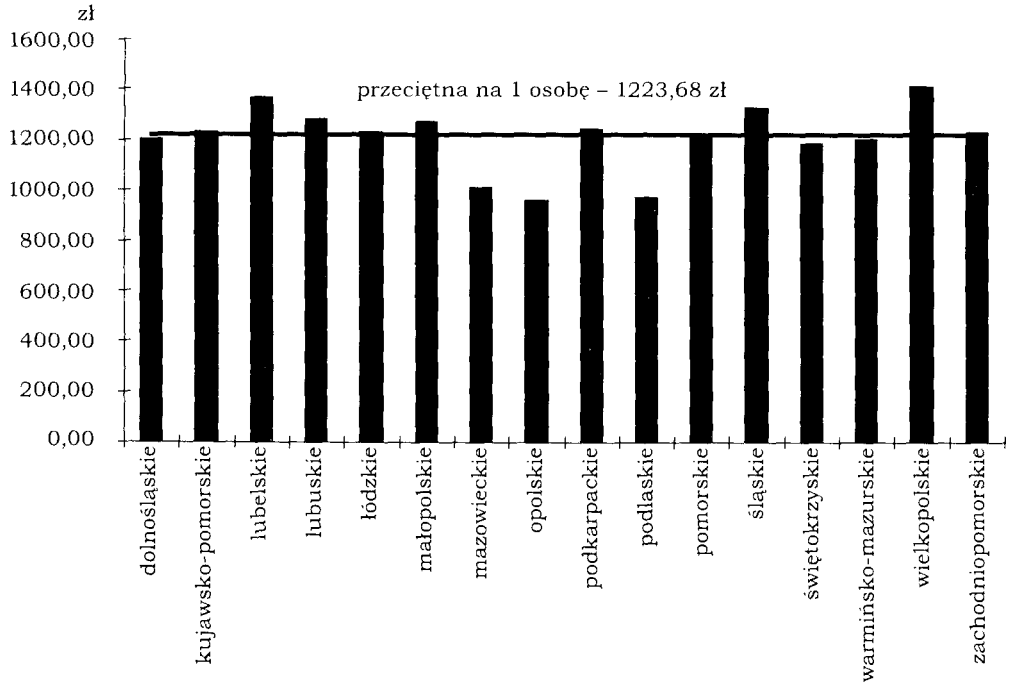
I tak, przeciętna wysokość wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym w 2010 roku wyniosła 1223,68 zł i w porównaniu z rokiem 2009 była wyższa o blisko 4 zł (czyli o 0,3%). Rozpiętość wydatków w poszczególnych województwach kształtowała się na poziomie od 958,66 zł w województwie opolskim do 1413,65 zł w wielkopolskim (wykres 3).

Należy zaznaczyć, że w porównaniu z 2009 rokiem największy wzrost przeciętnej kwoty wydatków ogółem na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym obserwujemy w województwach: świętokrzyskim (wzrost o 3% w porównaniu z 2009 rokiem), mazowieckim (wzrost o 2,3%); natomiast największy spadek obserwujemy w województwach: dolnośląskim i zachodniopomorskim (spadek o 1,6% w porównaniu z 2009 rokiem) oraz małopolskim (spadek o 1,2%).

Prezentowana na stronie 149 tabela 3 przedstawia strukturę wydatków na świadczenia ogółem według płci świadczeniobiorców i według grup chorobowych generujących najwyższe wydatki. Jak widzimy, zdecydowanie wyższy udział stanowiły wydatki ponoszone na świadczenia związane z niezdolnością mężczyzn niż kobiet i wynosiły one w poszczególnych grupach chorobowych od 52,9% do 78,8%.

Wykres 3

Przeciętna kwota wydatków ogółem* na świadczenia związane z niezdolnością do pracy na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym według województw



* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładu pracy, bez kosztów poniesionych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2010 roku (wykres 4) grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były:

— choroby układu krążenia – stanowiły 16,2% ogółu wydatków,

— zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 15,9%,

— choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,5%,

— ciąża, poród i połóg – 10,3%,

— urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 10,1%,

— choroby układu nerwowego – 9,5%

— choroby układu oddechowego – 7,5% oraz

— nowotwory – 4,9%.

W 2010 roku wyżej wymienione grupy chorobowe w 86,9% były przyczyną wydatków poniesionych w związku z niezdolnością do pracy.

Rozpatrując poniesione w 2010 roku wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy według płci (wykres 5) obserwujemy, że grupami

Tabela 3

Wydatki ogółem* poniesione w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według wybranych grup chorobowych oraz płci świadczeniobiorców

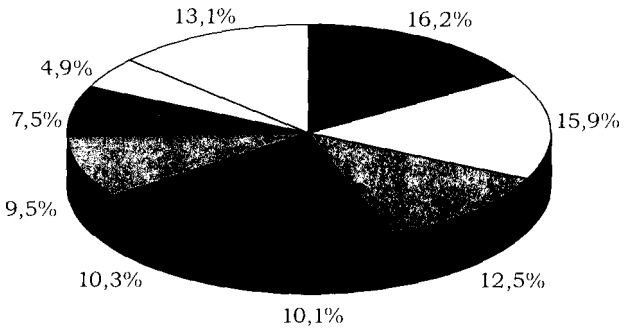
Wybrane grupy chorobowe	Kwota wydatków ogółem w tys. zł	Struktura wydatków według płci		
		ogółem	mężczyźni	kobiety
Ogółem	28 661 177,1	100,0	57,1	42,9
w tym: choroby układu krążenia (I00-I99)	4 640 825,2	100,0	78,8	21,2
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	4 553 826,1	100,0	54,0	46,0
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	3 584 838,8	100,0	61,4	38,6
ciąża, poród i połóg (O00-O99)	2 937 835,5	100,0	-	100,0
urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	2 903 448,5	100,0	76,5	23,5
choroby układu nerwowego (G00-G99)	2 720 707,2	100,0	62,4	37,6
choroby układu oddechowego (J00-J99)	2 145 813,0	100,0	52,9	47,1
nowotwory (C00-D48)	1 406 552,7	100,0	53,4	46,6
choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	689 614,3	100,0	64,5	35,5
choroby układu trawiennego (K00-K93)	664 144,0	100,0	65,0	35,0

* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

chorobowymi generującymi najwyższe wydatki w populacji mężczyzn były: • choroby układu krążenia – stanowiły 22,4% ogółu wydatków poniesionych w grupie mężczyzn • zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 15,0% • urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 13,6% • choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 13,5% • choroby układu nerwowego – 10,4%.

Wykres 4

Wydatki ogółem* poniesione w 2010 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według grup chorobowych



- choroby układu krążenia (I00-I99)
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)
- ciąża, poród i połóg (O00-O99)
- choroby układu nerwowego (G00-G99)
- choroby układu oddechowego (J00-J99)
- nowotwory (C00-D48)
- pozostałe choroby

* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

W populacji kobiet grupami chorobowymi generującymi najwyższe koszty były: • ciąża, poród i połóg – stanowiły aż 23,9% ogółu wydatków poniesionych w populacji kobiet • zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 17,0% • choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 11,2% • choroby układu nerwowego – 8,3% • choroby układu oddechowego – 8,2%.

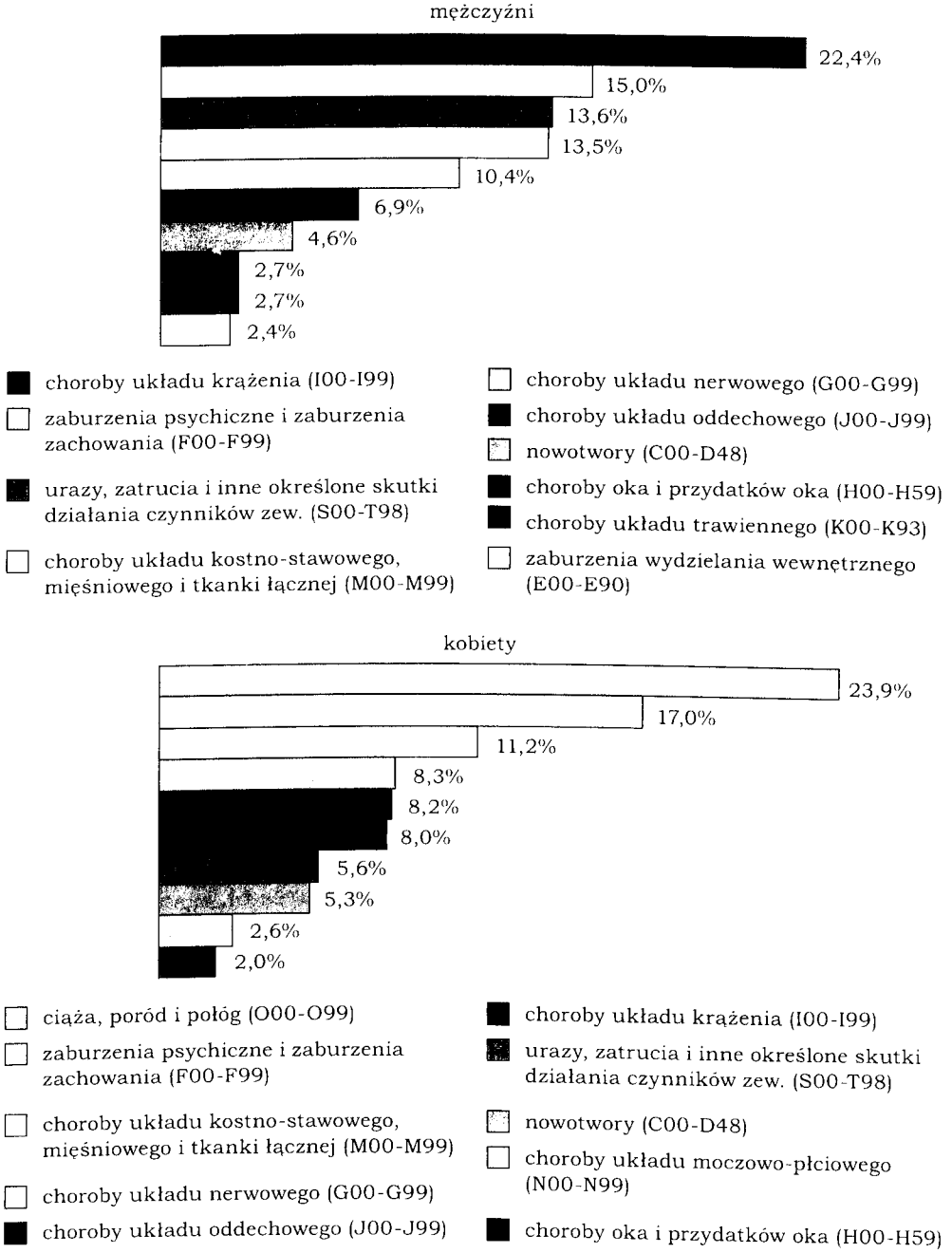
Rozpatrując wysokość wydatków poniesionych w 2010 roku na poszczególne rodzaje świadczeń z tytułu niezdolności do pracy z uwzględnieniem grup chorobowych stanowiących główną przyczynę tej niezdolności obserwujemy, że w przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy najwyższe koszty wystąpiły w związku z: • chorobami układu krążenia – aż 25,3% ogółu wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy • zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 19,3% • chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 12,9% • chorobami układu nerwowego – 9,4% • urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych – 7,3%.

Najwyższe wydatki związane z absencją chorobową (finansowaną z FUS oraz z funduszy zakładów pracy) zostały poniesione w związku z:

— ciążą, porodem i połogiem – 26,3% ogółu wydatków na absencję chorobową,

Wykres 5

Ranking grup chorobowych generujących w 2010 roku najwyższe wydatki ogółem* na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według płci świadczeniobiorców



* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

— urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami czynników zewnętrznych – 13,7%,

— chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 11,7%,

— chorobami układu oddechowego – 11,5% oraz

— chorobami układu nerwowego – 8,7%.

Natomiast w przypadku wydatków zarówno na świadczenia rehabilitacyjne, jak i na rehabilitację leczniczą grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były:

— choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – stanowiące w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego 26,3% ogółu wydatków na te świadczenia, natomiast w przypadku rehabilitacji leczniczej aż 41,1%,

— urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – stanowiące w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego 24,2% wydatków na te świadczenia, natomiast w przypadku rehabilitacji leczniczej 20,4%.

W wyniku analizy kwot wypłat ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wybrano 15 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy.

Przedstawiona tabela 4 prezentuje ranking 15 wybranych jednostek chorobowych z uwzględnieniem struktury według płci. Wymienione jednostki chorobowe spowodowały wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w wysokości 38,3% ogółu wydatków na te świadczenia.

Ranking 15 jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy i generujących najwyższe wydatki na świadczenia był zróżnicowany w zależności od płci i dla każdej z populacji kształtował się odmiennie od rankingu ogółem (tj. wydatków na świadczenia dla obu płci łącznie).

W populacji mężczyzn dominowały takie jednostki chorobowe, jak: • przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) – 7,3% ogółu wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w populacji mężczyzn • zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 4,1% • zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 3,3% • schizofrenia (F20) – 3,2% • inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 2,8% (wykres 6).

W populacji kobiet największy udział stanowiły wydatki związane z: • opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 17,4% ogółu wydatków w grupie kobiet • schizofrenią (F20) – 3,4% • zaburzeniami korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 3,2% • krwawieniem we wczesnym okresie ciąży (O20) – 2,5% • zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa (M47) – 2,3%.

Rozpatrując wydatki na poszczególne rodzaje świadczeń z tytułu niezdolności do pracy według jednostek chorobowych będących główną przyczyną niezdolności do pracy obserwujemy, że:

— w przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy jednostkami chorobowymi generującymi najwyższe koszty były: • przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) – 7,9% ogółu wydatków na renty z tytułu niezdolności

Tabela 4

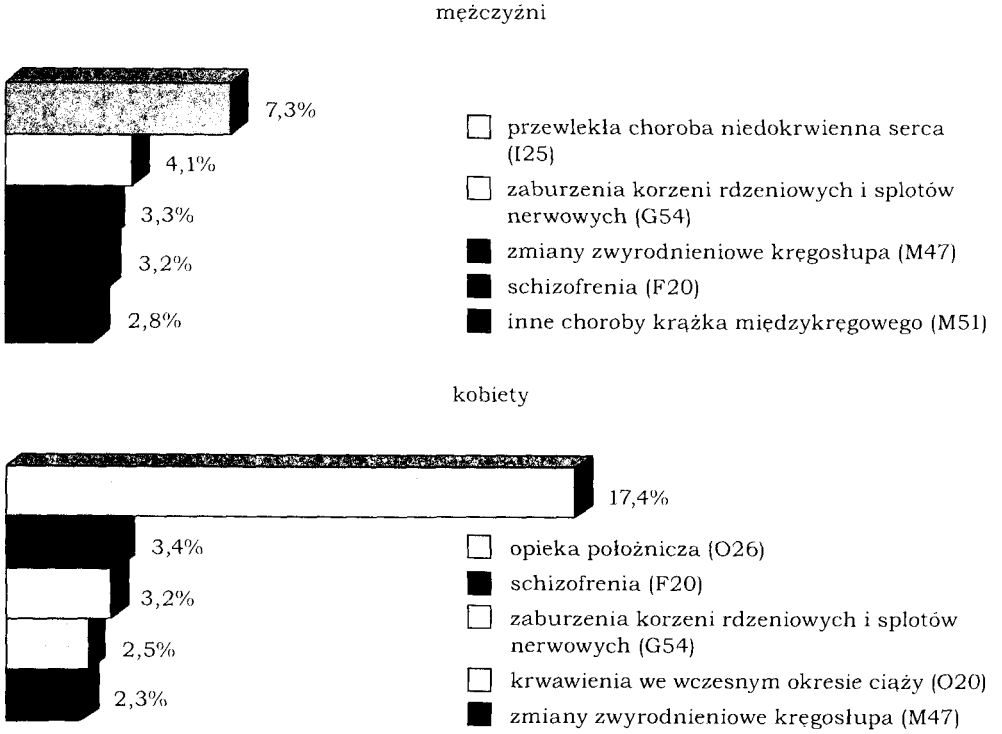
Ranking jednostek chorobowych generujących w 2010 roku najwyższe wydatki ogółem* na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według płci świadczeniobiorców

Wybrane jednostki chorobowe	Udział w wydatkach ogółem	Struktura wydatków według płci		
		ogółem	mężczyźni	kobiety
Ogółem (A00-Z99)	100,0	100,0	57,1	42,9
w tym:				
opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26)	7,5	100,0	-	100,0
przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25)	4,7	100,0	88,0	12,0
zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54)	3,7	100,0	63,6	36,4
schizofrenia (F20)	3,3	100,0	55,9	44,1
zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)	2,9	100,0	65,4	34,6
inne choroby krążka międzykręgowego (M51)	2,4	100,0	65,8	34,2
inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06)	2,0	100,0	68,4	31,6
miażdżyca (I70)	1,8	100,0	74,9	25,1
choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca (I11)	1,6	100,0	76,1	23,9
zaburzenia depresyjne nawracające (F33)	1,5	100,0	34,8	65,2
następstwa urazów kończyny dolnej (T93)	1,5	100,0	82,7	17,3
upośledzenie umysłowe umiarkowane (F71)	1,4	100,0	55,4	44,6
następstwa chorób naczyń mózgowych (I69)	1,4	100,0	77,0	23,0
samoistne (pierwotne) nadciśnienie (I10)	1,3	100,0	69,1	30,9
zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (F07)	1,3	100,0	79,0	21,0

* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

Wykres 6

Ranking jednostek chorobowych generujących w 2010 roku najwyższe wydatki ogółem* na świadczenia związane z niezdolnością do pracy według płci świadczeniobiorców



* Wydatki finansowane z FUS, z budżetu państwa oraz z funduszy zakładów pracy.

do pracy • schizofrenia (F20) – 4,9% • inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną (F06) – 3,4% • miażdżyca (I70) – 3,4% • choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca (I11) – 2,9%,

— w przypadku absencji chorobowej były to: • opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – stanowiące aż 19,1% ogółu wydatków na absencję chorobową • zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 6,6% • krwawienie we wczesnym okresie ciąży (O20) – 2,7% • ostre zakażenie górnych dróg oddechowych (J06) – 2,6% • zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 2,2%,

— w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego największy udział wydatków spowodowały następujące jednostki chorobowe: • inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 9,6% ogółu wydatków na świadczenia rehabilitacyjne • następstwa urazów kończyny dolnej (T93) – 7,4% • zabu-

rzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 5,9% • przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) – 4,4% • zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 4,3%.

W strukturze wydatków na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS przeważały wydatki związane z rehabilitacją schorzeń określonych jako:

— inne choroby krążka międzykręgowego (M51) – 14,1% ogółu wydatków na rehabilitację leczniczą,
— zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54) – 11,7%,
— zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) – 10,5%,
— przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25) – 9,1%,
— następstwa urazów kończyny dolnej (T93) – 5,4%.

Joanna Leśniowska
Akademia Leona Koźmińskiego
Katedra Ekonomii
Centrum Zarządzania w Sektorze Zdrowia

Koszty niezdolności do pracy w badaniach kosztów chorób w Polsce na tle innych krajów

1. Wstęp

Badania kosztów choroby obejmują koszty danej jednostki chorobowej i nie uwzględniają kosztów badań klinicznych. Należy podkreślić, że badania te mogą stanowić ważny element analizy farmakoekonomicznej. Wyniki tych badań uświadamiają bowiem znaczenie ekonomiczne określonych jednostek chorobowych, pomagają określić priorytety badawcze oraz identyfikują chorych, którzy odniosą największe korzyści z leczenia. Oszacowanie pełnych kosztów choroby jest również istotne z punktu widzenia racjonalnej polityki zdrowotnej i efektywności leczenia.

Wśród kosztów choroby istotne miejsce zajmują koszty wynikające z absencji w pracy, stałej bądź okresowej niezdolności do pracy i związanymi z tym stratami produktywności. Należy podkreślić, że w Polsce brakuje aktualnych i rzetelnych danych dotyczących całkowitych (bezpośrednich i pośrednich oraz niewymiernych) kosztów generowanych przez choroby.

2. Koszty chorób – aspekty teoretyczne

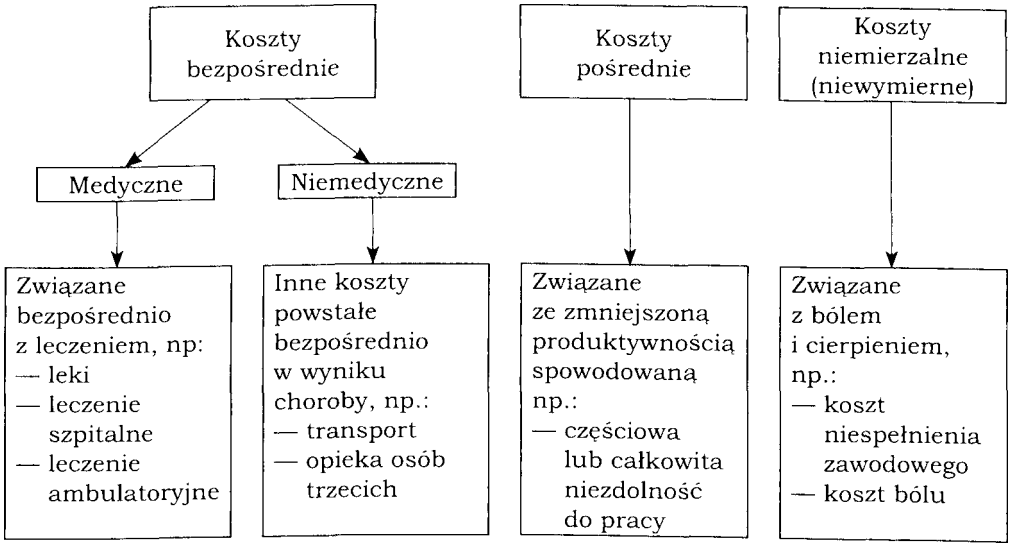
Całkowite koszty choroby są sumą trzech składowych: kosztów bezpośrednich, kosztów pośrednich oraz kosztów niewymiernych. Jak wynika z analizy wykresu 1, koszty bezpośrednie obejmują koszty dóbr i usług wykorzystanych w rozpoznaniu, leczeniu i rehabilitacji chorych. Ta grupa kosztów obejmuje koszty związane z zapewnieniem opieki medycznej (bezpośrednie koszty medyczne) oraz koszty niemedyczne, które związane są między innymi z opieką osób trzecich, kosztami transportu oraz dostosowaniem pomieszczeń mieszkalnych do potrzeb chorego[1].

[1] M. Czech (red.), *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2004, s. 21.

Koszty pośrednie obejmują koszty niezwiązane bezpośrednio z zapewnieniem opieki medycznej i pielęgnacyjnej nad chorym. Wynikają one z absencji w pracy, niepełnosprawności, wcześniejszej śmiertelności i związanymi z tymi stratami produktywności.

Wykres 1

Koszty choroby – klasyfikacja



Źródło: M. Czech (red.), Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia, *Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2004, s. 21.*

Ostatnia grupa kosztów obejmuje koszty niewymierne, czyli koszt cierpienia fizycznego i psychicznego, w tym koszt rozłąki z rodziną, izolacji w życiu społecznym oraz niespełnienia zawodowego.

Należy zauważyć, że w literaturze i wśród praktyków zajmujących się oceną technologii medycznych (HTA) toczy się dyskusja na temat właściwego podejścia do mierzenia kosztów pośrednich. Wyróżnia się trzy metody obliczania tych kosztów: metodę kapitału ludzkiego, metodę kosztów frykcyjnych oraz metodę uwzględniającą ocenę stanu zdrowia.

Zgodnie z metodą kapitału ludzkiego utrata produktywności w wyniku choroby jednostki rozumiana jest jako utrata wydajności pracy tej jednostki przez cały okres choroby, gdyż choroba oznacza, że kapitał ludzki zgromadzony przez tę osobę nie może być przez społeczeństwo wykorzystywany. Wydajność ta przybliżana jest najczęściej przez wynagrodzenie brutto lub alternatywnie wykorzystuje się produkt krajowy brutto *per capita*[2].

W metodzie kosztów frykcyjnych zakłada się, że stopień utraty produkcji w związku z chorobą zależy od okresu, jakiego potrzebuje przedsię-

[2] M. Jakubczyk i in., *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*, Polski Merkuriusz Lekarski 2010 t. 163 nr 42, s. 44.

biorstwo, aby przywrócić wyjściowy poziom produktywności. W praktyce w firmach występują bowiem rezerwy, które w krótkim okresie można uruchomić w przypadku choroby pracownika, przez co utrata produktu będzie *de facto* mniejsza[3]. Okres ten zależy od lokalizacji, gałęzi przemysłu, konkretnej firmy i kategorii pracownika. Nie jest więc łatwo obliczyć ten okres frykcyjny[4].

Metoda oceny stanu zdrowia zakłada, że utrata wydajności pracy zawarta jest już w mierze jakości życia pacjenta, to jest spadek wydajności związany jest z brakiem możliwości pełnego wykorzystania własnego czasu, a ten fakt jest odzwierciedlony w jakości życia pacjenta[5].

Należy podkreślić, że wszystkie przedstawione metody obliczania kosztów pośrednich stwarzają trudności, ale ich pominięcie w ocenie technologii medycznych może prowadzić do nieoptymalnego wykorzystania ograniczonych zasobów z perspektywy społecznej.

Przystępując do analizy kosztów choroby, poza wyborem metody obliczania kosztów pośrednich należy również dokonać wyboru modelu analizy kosztów oraz perspektywy analizy. Wyróżniamy dwa modele analizy kosztów: model oparty na rozpowszechnieniu oraz model oparty na zapadalności.

Badania kosztów choroby opierające się na rozpowszechnieniu analizują koszty związane z daną jednostką chorobową w ciągu roku. Jeśli dla danej jednostki chorobowej istnieją analizy przeprowadzone w różnych latach, możliwe jest na ich podstawie prześledzenie zmian w kosztach danej choroby na przestrzeni pewnego okresu. Badania kosztów choroby opierające się na zapadalności analizują koszty choroby w ciągu całego życia osób, u których w danym okresie rozpoznano daną chorobę[6].

Określenie perspektywy analizy oznacza doprecyzowanie właściciela problemu decyzyjnego, który jest rozwiązywany. W analizie należy wówczas proponować rozwiązanie uwzględniające spojrzenie tego decydenta, a w szczególności wziąć pod uwagę jego cele, ponoszone przez niego koszty i jego ograniczenie budżetowe. Wyróżniamy następujące perspektywy: społeczną, pracodawcy, świadczeniodawcy, pacjenta i płatnika[7].

Należy zauważyć, że perspektywa płatnika często jest wskazywana jako podstawowa, ale nie jest to powszechnie obowiązująca zasada. W opracowaniach HTA w Polsce dominuje podejście z perspektywy płatnika usług zdrowotnych, to jest Narodowego Funduszu Zdrowia. W Wielkiej Brytanii zgodnie w wytycznymi National Institute for Health and Clinical Excellence koszty związane z utraconą produktywnością (perspektywa społeczna) nie powinny być w ogóle uwzględniane w anali-

[3] M.A. Koopmanschap et al., *The friction cost method for measuring indirect costs of disease*, Journal of Health Economics 1995 t. 14 nr 2, s. 176.

[4] M.F. Drummond, B. O'brien, G.L. Stoddart, G.W. Torrance, *Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia*, Via Medica, Gdańsk 2003, s. 110.

[5] M. Jakubczyk i in., *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*, op. cit., s. 44.

[6] E. Orlewska, *Podstawy farmakoekonomiki*, Oficyna Wydawnicza UNIMED, Jaworzno 1999, s. 49.

[7] M. Jakubczyk i in., *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*, op. cit., s. 42.

zach[8]. Perspektywa społeczna jest z kolei wskazana jako pierwszoplanowa w Finlandii, Szwecji, Francji i Holandii.

Trzeba zauważyć, że w większości krajów europejskich perspektywa społeczna traktowana jest jako forma dodatkowej analizy. W polskich wytycznych również wskazane jest wykonanie dodatkowej analizy z perspektywy społecznej, z wyodrębnieniem kosztów pośrednich, w przypadku gdy wyniki zdrowotne dotyczą innych niż osoba chora członków społeczeństwa (np. rodziny, opiekunów) lub gdy pożądanym następstwem analizy ekonomicznej jest optymalna alokacja zasobów na poziomie społecznym[9].

Perspektywa społeczna powinna uwzględniać ogół kosztów ponoszonych przez społeczeństwo jako całość. Powoduje to z jednej strony konieczność uwzględnienia nowych kategorii kosztów (gdyż spoglądamy także na konsekwencje choroby i leczenia dla innych podmiotów niż płatnik), z drugiej strony – konieczność oddzielenia rzeczywistych kosztów od transferów zachodzących w ramach społeczeństwa między jego członkami[10]. Takimi transferami są: renty, emerytury, świadczenia rehabilitacyjne i zasiłki chorobowe.

3. Badania kosztów chorób na świecie i w Polsce

Należy zauważyć, że badania kosztów choroby oceniane są krytycznie. Przegląd tych badań, przeprowadzanych w różnych krajach, wykazuje bowiem zbyt dużą różnorodność i zmienność kosztów w obrębie poszczególnych jednostek chorobowych. Jest to spowodowane niedoskonałymi metodami liczenia kosztów oraz korzystaniem z różnych źródeł danych.

Przykłady analiz kosztów choroby w różnych krajach przedstawiono w tabeli 1. Jak wynika z analizy tej tabeli, wśród analiz kosztów choroby przeprowadzanych na świecie w latach 1993-2002, można wyróżnić zarówno badania przeprowadzane bez konieczności ekstrapolacji, oparte na danych źródłowych, jak i badania przeprowadzane na różnego rodzaju modelach, danych szacunkowych oraz kwestionariuszach ankiety i wywiadu.

Wśród analizowanych przykładów badań kosztów choroby na szczególną uwagę zasługuje badanie przeprowadzone w 1993 roku w Szwajcarii. Jest to badanie, które najpełniej przedstawia rzeczywiste koszty choroby. Jego celem była ocena bezpośrednich i pośrednich kosztów choroby niedokrwiennej serca. W celu oszacowania kosztów bezpośrednich zbadano koszty hospitalizacji, specjalistycznych porad ambulatoryjnych, porad lekarza rodzinnego, badań diagnostycznych (w tym koronarografii, PTCA, CABG) oraz koszty rehabilitacji i leków. Koszty bezpośrednie obliczono na podstawie danych IMS, Szwajcarskiego Stowarzyszenia Szpitali (VESKA), Szwajcar-

[8] S. Mattke, A. Balakrishan, G. Bergamo et al., *A review of methods to measure health-related productivity loss*, American Journal of Managed Care 2007 t. 13 nr 4, s. 213.

[9] *Wytyczne przeprowadzania Oceny Technologii Medycznych (HTA)*, http://www.aotm.gov.pl/assets/files/wytyczne_hta/2010/Zarzadzenie_Nr_1.pdf (12.11.2011).

[10] M. Jakubczyk i in., *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*, *op. cit.*, s. 43.

Tabela 1

Badania kosztów choroby na świecie – przykłady

Rodzaj choroby	Metoda badawcza (źródło danych)	Koszty		Kraj	Autorzy
		bezpośrednie	pośrednie		
Choroby niedokrwienne serca	dane IMS, Szwajcarskiego Stowarzyszenia Szpitali (VESKA), Stowarzyszenia Kardiologicznego, Federalnego Urzędu Ubezpieczeń Społecznych, ankiety lekarzy specjalistów i lekarzy rodzinnych	9,9 mln USD na 100 tys. osób (47%) • leczenie szpitalne (57%)	11,3 mln USD na 100 tys. osób (53%) • utracona produktywność • absencja chorobowa (30%) • niezdolność do pracy (24%)	Szwajcaria	M. Sagmeister (University Hospital Zurich) i in. 1993 rok
Reumatoidalne zapalenie stawów	dane narodowego rejestru osób cierpiących na zapalenie stawów*, ankiety dla pacjentów ambulatoryjnych	4,7 tys. EUR	15,5 tys. EUR • absencja chorobowa + • niezdolność do pracy (77%)	Niemcy	D. Huscher, K. Thiele, A. Zink (German Rheumatism Research Centre) i in. 2002 rok

* National Database of the German Collaborative Arthritis Centres.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Sagmeister, U. Gessnerf, W. Oggierf, B. Horisbergerf, F. Gutzwillert, *An economic analysis of ischaemic heart disease in Switzerland,* European Heart Journal 1997 no 18, p. 1102-1109; D. Huscher, S. Merkesdal, K. Thiele, H. Zeidler, M. Schneider, A. Zink, *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany,* Annals of the Rheumatic Diseases 2006 vol. 65(9), p. 119-1124.

skiego Stowarzyszenia Kardiologicznego oraz ankiety lekarzy specjalistów i lekarzy rodzinnych. W celu oceny kosztów pośrednich zbadano koszty utraty produktywności związane z przedwczesną umieralnością, nieobecnością w pracy oraz stałym lub czasowym inwalidztwem. Koszty te oszacowano na podstawie danych WHO na temat śmiertelności oraz danych Federalnego Urzędu Ubezpieczeń Społecznych[11]. Z przeprowadzonej analizy wynika, że 47% stanowią koszty bezpośrednie, a 53% koszty pośrednie.

[11] M. Sagmeister, U. Gessnerf, W. Oggierf, B. Horisbergerf, F. Gutzwillert, *An economic analysis of ischaemic heart disease in Switzerland,* European Heart Journal 1997 No 18, p. 1102-1109.

Innym przykładem analizy kosztów choroby jest przeprowadzone w 2002 roku w Niemczech badanie oceniające koszty chorób reumatycznych, w tym między innymi reumatoidalne zapalenie stawów. Badanie to zostało przeprowadzone na podstawie danych narodowego rejestru osób cierpiących na zapalenie stawów (National Database of the German Collaborative Arthritis Centres). W rejestrze tym gromadzone są dane kliniczne pacjentów, którzy podczas wizyty u reumatologa wypełnili kompleksowy kwestionariusz. Lekarze mają obowiązek rejestrowania wszystkich pacjentów, z wyjątkiem tych, którzy odmówią udziału w badaniu. Kwestionariusz zawiera pytania dotyczące kosztów bezpośrednich i pośrednich ponoszonych przez pacjentów. Do składowych elementów kosztów bezpośrednich uwzględnionych w ankiecie należą: koszty opłat za wizyty u lekarza (lekarz rodzinny lub inny lekarz niebędący reumatologiem oraz lekarze reumatolodzy), koszty rehabilitacji, zabiegów operacyjnych, leków. Dane dotyczące kosztów bezpośrednich pochodzą również od lekarzy reumatologów, którzy rejestrują także koszty badań diagnostycznych (jak RTG czy rezonans magnetyczny). Do kosztów pośrednich uwzględnionych w badaniu należą koszty utraty produktywności z powodu absencji chorobowej oraz wcześniejszych emerytur[12]. Na podstawie przeprowadzonego badania oszacowano, że średni roczny koszt bezpośredni reumatoidalnego zapalenia stawów na pacjenta wynosi 4,7 tys. EUR, a koszt pośredni 15,5 tys. EUR.

Trzeba zauważyć, że w Polsce nie dysponujemy licznymi analizami kosztów choroby. Jest to spowodowane ograniczoną dostępnością do danych kosztowych oraz dużą pracochłonnością zbierania informacji na temat ilości zużytych zasobów. Ponadto w Polsce przywiązuje się wagę głównie do oceny bezpośrednich kosztów medycznych związanych z leczeniem określonych chorób. Brak wystarczających analiz jest bowiem szczególnie widoczny w przypadku kosztów pośrednich oraz niewymiernych.

Przykładami polskiej analizy kosztów choroby mogą być badania dotyczące kosztów depresji i cukrzycy (tabela 2). W wyniku badania oceniającego skutki depresji w Polsce oszacowano, że koszt bezpośredni stanowi tylko 29% kosztów całkowitych, a koszty pośrednie to 71% wszystkich kosztów. Na bezpośredni koszt składały się koszty wizyt lekarskich, diagnostyki, hospitalizacji, farmakoterapii i leczenia niefarmakologicznego.

Koszty pośrednie, w badaniu oceniającym depresję, obejmowały natomiast straty spowodowane niezdolnością do pracy, koszt społeczny w postaci zasiłku wypłacanego przez opiekę społeczną, renty i koszty związane z samobójstwami[13].

Badanie zostało zaprojektowane jako całoroczna naturalna obserwacja i uczestniczyło w nim 166 psychiatrów. Każdy psychiatra włączył do badania trzech chorych z depresją. Wybór stosowanego leczenia zależał wyłącznie od uznania lekarza uczestniczącego w badaniu.

---

[12] D. Huscher, S. Merkesdal, K. Thiele, H. Zeidler, M. Schneider, A. Zink, *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany*, Annals of the Rheumatic Diseases 2006 vol. 65(9), p. 119-1124.

[13] M. Czech (red.), *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia*, *op. cit.*, s. 40.

Tabela 2

Badania kosztów choroby w Polsce – przykłady

Rodzaj choroby	Metoda badawcza (źródło danych)	Koszty		Autorzy i rok badania
		bezpośrednie	pośrednie	
Depresja	obserwacja pacjentów	464,7 tys. zł	1,1 mln zł • utracona produktywność z powodu niezdolności do pracy • zasiłki, renty (71%)	J. Rybakowski (Akademia Medyczna w Poznaniu), A. Kiejna (Akademia Medyczna we Wrocławiu), D. Nawacka-Pawlaczyk, M. Kargul (Servier-Polska) Lata 1999-2000
Cukrzyca	kwestionariusze dla lekarzy i pacjentów	2430 zł	6797 zł • renty, wcześniejsze emerytury (64%) • absencja chorobowa (1%) • opieka osób trzecich, transport (35%)	I. Kinalska (Akademia Medyczna w Białymstoku), M. Niewada (Akademia Medyczna w Warszawie), C. Głogowski, A. Krzyżanowska, J. Gierczyński (GlaxoSmithKline Pharmaceuticals SA), M. Łatek, B. Kamiński (Szkoła Główna Handlowa) 2002 rok

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia, op. cit., s. 40*; I. Kinalska, M. Niewada, C. Głogowski, A. Krzyżanowska, J. Gierczyński, M. Łatek, M. Kamiński, *Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (Badanie CODIP)*, Diabetologia Praktyczna 2004 nr 1, s. 1-8.

Innym przykładem polskiej analizy kosztów jest badanie przeprowadzone w 2002 roku, oceniające koszty leczenia cukrzycy typu 2 w Polsce (CODIP, *Cost of Diabetes Type 2 in Poland)*. Jego celem było określenie struktury kosztów całkowitych cukrzycy typu 2. Do zebrania danych wykorzystano dwa rodzaje kwestionariuszy. Jeden z nich opracowano specjalnie dla lekarzy (identyczny dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy diabetologów), a drugi – dla pacjentów. Oszacowany w badaniu średni roczny koszt bezpośredni wyniósł 2,4 tys. zł, a koszt pośredni – 6,7 tys. zł[14].

[14] I. Kinalska, M. Niewada, C. Głogowski, A. Krzyżanowska, J. Gierczyński, M. Łatek, M. Kamiński, *Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (Badanie CODIP)*, Diabetologia Praktyczna 2004 nr 1 s. 1-8.

Trzeba podkreślić, że większość badań kosztów chorób przeprowadzana jest w Polsce na podstawie danych epidemiologicznych i kosztowych uzyskanych z badania ankietowego przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie lekarzy i pacjentów, a nie na podstawie danych źródłowych. Badanie kosztów cukrzycy przeprowadzone w Akademii im. Leona Koźmińskiego jest pierwszym tego typu badaniem w Polsce. Opiera się ono bowiem na wiarygodnych danych źródłowych.

4. Całkowite koszty cukrzycy w Polsce

Na całkowite koszty cukrzycy składają się koszty bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednie koszty medyczne uwzględnione w badaniu obejmują: koszty świadczeń zdrowotnych (w tym koszty leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) oraz refundację cen leków przeciwcukrzycowych. Analiza dotycząca kosztów świadczeń zdrowotnych cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 została przeprowadzona na podstawie danych otrzymanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Koszty pośrednie cukrzycy typu 1 i typu 2 obejmują koszty utraconej produktywności z powodu absencji chorobowej oraz koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy (niepełnosprawności). W celu oceny kosztów pośrednich cukrzycy typu 1 i typu 2 wykorzystano dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Głównego Urzędu Statystycznego.

Przy dokonywaniu oceny kosztów pośrednich zastosowano metodę kapitału ludzkiego. Koszty utraconej produktywności z powodu absencji chorobowej obliczono na podstawie danych ZUS dotyczących liczby dni absencji chorobowej spowodowanej cukrzycą typu 1 i typu 2 oraz przeciętnego dziennego wynagrodzenia brutto w gospodarce.

Analiza kosztów pośrednich obejmuje również koszty utraconej produktywności z powodu czasowej bądź stałej niezdolności do pracy. Koszty te związane są z brakiem aktywności zawodowej i pobieraniem świadczeń z ubezpieczeń społecznych. W przypadku cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 koszty te obliczono na podstawie danych ZUS dotyczących liczby wypłacanych świadczeń oraz na podstawie danych GUS dotyczących przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce. Wypłacane przez ZUS świadczenia uwzględnione w badaniu obejmują renty z tytułu niezdolności do pracy i renty socjalne.

Należy podkreślić, że w analizie kosztów cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 nie uwzględniono wartości świadczeń wypłacanych z ubezpieczeń społecznych. Świadczenia te są bowiem transferami i nie generują kosztów z perspektywy społecznej[15]. W badaniu przeanalizowano natomiast wydatki społeczne związane z niezdolnością do pracy i absencją chorobową spowodowaną cukrzycą.

[15] A. Gordois, L. Pezzullo, H. Cutler, *The Global Economic Cost of Visual Impairments*, Access Economics Pty Limited, Sydney 2010, s. 28.

Analizę kosztów bezpośrednich i pośrednich cukrzycy przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

Koszty cukrzycy w Polsce w 2009 roku (w zł)

Koszty	Cukrzyca typu 1 i typu 2 (łącznie)
Całkowite	3 007 852 105,91
Bezpośrednie ogółem	1 543 298 570,71 (51%)
w tym: koszty świadczeń zdrowotnych – bez leków i POZ	399 662 284,70
POZ	456 398 208,00
koszty leków	687 238 078,00
Pośrednie ogółem	1 464 553 535,20 (49%)
w tym: utracona produktywność z powodu absencji chorobowej	155 352 652,00
utracona produktywność z powodu niezdolności do pracy	1 309 200 883,20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, ZUS i GUS.

Jak wynika z analizy tej tabeli w strukturze całkowitych kosztów cukrzycy nieznacznie dominują koszty bezpośrednie, które stanowią 51% kosztów ogółem. Należy jednak podkreślić, że w przeprowadzonym badaniu nie uwzględniono wszystkich kosztów pośrednich. Ze względu na brak danych, nie policzone zostały bowiem koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej umieralności. Po ich uwzględnieniu koszty pośrednie na pewno byłyby wyższe od kosztów bezpośrednich.

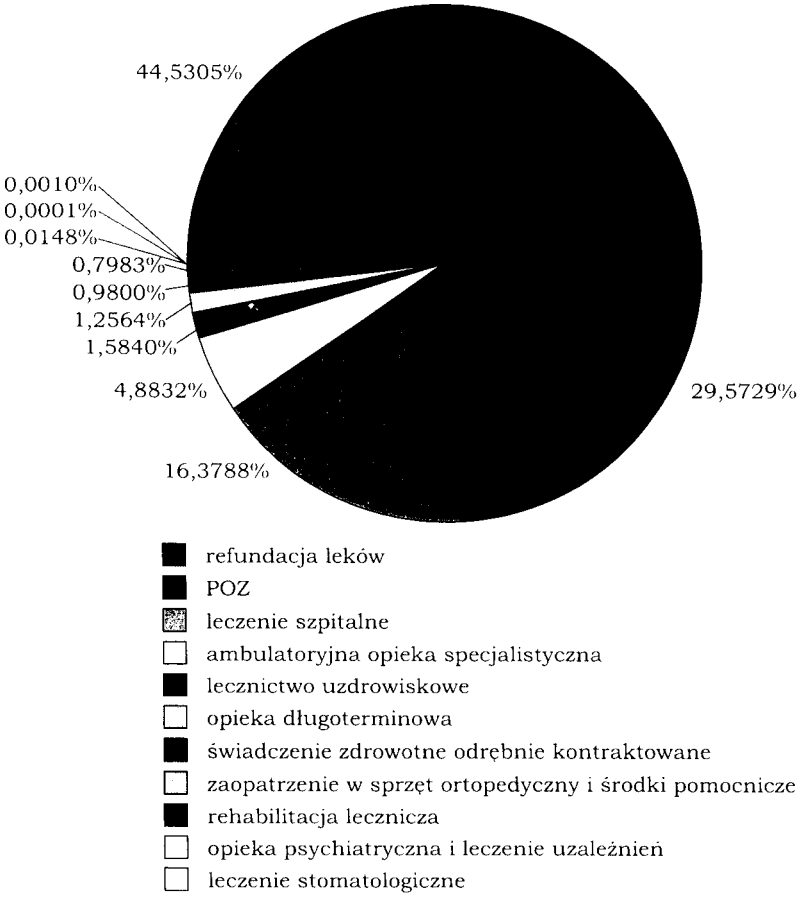
Badając strukturę kosztów bezpośrednich można zaobserwować, że największy ich odsetek stanowią koszty leków. Jak wynika z analizy wykresu 2, wśród kosztów bezpośrednich cukrzycy zdecydowanie dominują koszty leków i świadczeń udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Stanowią one łącznie 74% ogółu kosztów. Istotne są również koszty leczenia szpitalnego, które stanowią ponad 16% ogółu kosztów.

W przypadku kosztów pośrednich cukrzycy, zdecydowanie dominują koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy (wykres 3).

Jak już zostało wcześniej wspomniane, w strukturze całkowitych kosztów cukrzycy nieznacznie dominują koszty bezpośrednie. Dokonując analizy struktury poszczególnych bezpośrednich i pośrednich kosztów można z kolei zauważyć, że wśród nich dominują koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy i koszty leków, które stanowią razem 66,3% ogółu kosztów (wykres 4).

Wykres 2

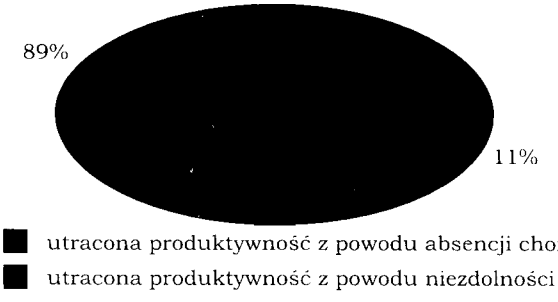
Struktura kosztów bezpośrednich cukrzycy w 2009 roku – udział procentowy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, ZUS i GUS.

Wykres 3

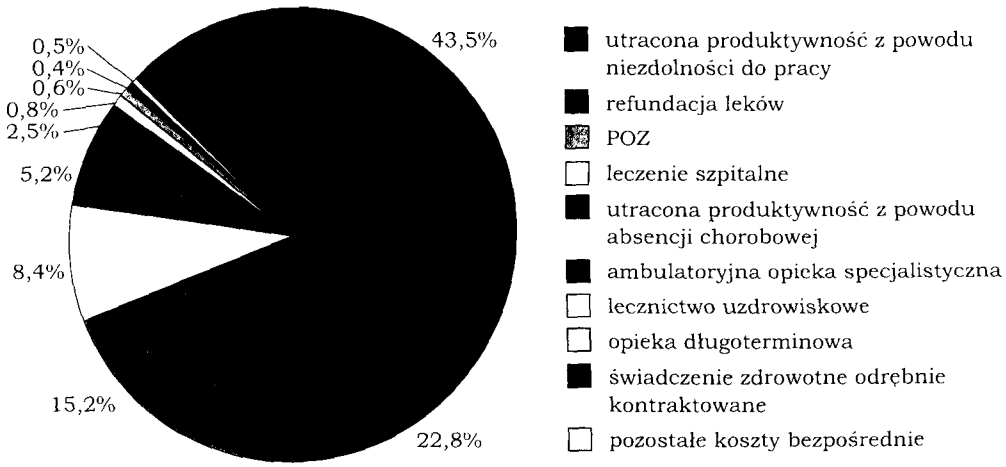
Struktura kosztów pośrednich cukrzycy w 2009 roku – udział procentowy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, ZUS i GUS.

Wykres 4

Struktura całkowitych kosztów cukrzycy w 2009 roku – udział procentowy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, ZUS i GUS.

5. Wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poniesione z powodu cukrzycy w Polsce

Całkowite wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy spowodowaną cukrzycą składają się z: wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy, wydatków na renty socjalne, wydatków na świadczenia rehabilitacyjne oraz wydatków na zasiłki chorobowe. Wśród tych wydatków zdecydowanie dominują wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy, które stanowią 86% ogółu tych wydatków (tabela 4).

Tabela 4

Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych poniesione z powodu cukrzycy w 2009 roku (w zł)

	Cukrzyca typu 1	Cukrzyca typu 2	Cukrzyca łącznie
Renty z tytułu niezdolności do pracy	261 748 847,86 90%	103 438 744,85 78%	365 187 592,71 86%
Renty socjalne	13 643 018,82 5%	765 723,69 1%	14 408 742,51 3%
Świadczenia rehabilitacyjne	4 363 021,19 1%	2 578 815,28 2%	6 941 836,47 2%
Zasiłki chorobowe	11 788 585,73 4%	25 272 507,22 19%	37 061 092,95 9%
Suma	291 543 473,6	132 055 791,04	423 599 264,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

6. Wnioski

Przeprowadzone badanie było pierwszym tego typu badaniem w Polsce. Wyniki analizy ukazują, jak poważne obciążenie ekonomiczne społeczeństwa polskiego stanowi cukrzyca, generując nie tylko wysokie obciążenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, ale także poprzez absencję chorobową osób chorych i ich niezdolność do pracy znacząco obniżając produktywność populacji. Trzeba podkreślić, że wyniki te należy uznać za niedoszacowane, z uwagi na brak niektórych danych (przedwczesna umieralność). Ponadto rezultaty przeprowadzonego badania wskazują, że rzeczywiste obciążenie gospodarki kosztami chorób są zdecydowanie wyższe od danych publikowanych oficjalnie. Niewiele osób zdaje sobie sprawę z tego, jak wielkie, rzeczywiste koszty generują choroby i niesprawność.

Należy podkreślić, że racjonalnie prowadzona polityka alokacji zasobów mogłaby prowadzić do ograniczenia kosztów ekonomicznych choroby, przynosząc znaczącą poprawę efektywności finansowania następstw chorób i niesprawności, a w efekcie poprawić dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Literatura

Czech M. (red.), *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2004.

Drummond M.F., O'brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W., *Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia*, Via Medica, Gdańsk 2003.

Gordois A., Pezzullo L., Cutler H., *The Global Economic Cost of Visual Impairments*, Access Economics Pty Limited, Sydney 2010.

Huscher D., Merkesdal S., Thiele K., Zeidler H., Schneider M., Zink A., *Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany*, Annals of the Rheumatic Diseases 2006 vol. 65(9).

Jakubczyk M. i in., *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*, Polski Merkuriusz Lekarski 2010 t. 163 nr 42.

Kinalska I., Niewada M., Głogowski C., Krzyżanowska A., Gierczyński J., Łatek M., Kamiński M., *Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (Badanie CODIP)*, Diabetologia Praktyczna 2004 nr 1.

Koopmanschap M.A. et al., *The friction cost method for measuring indirect costs of disease*, Journal of Health Economics 1995 t. 14 nr 2.

Mattke S., Balakrishan A., Bergamo G. et al., *A review of methods to measure health-related productivity loss*, American Journal of Managed Care 2007 t. 13 nr 4.

Orlewska E., *Podstawy farmakoekonomiki*, Oficyna Wydawnicza UNIMED, Jaworzno 1999.

Sagmeister M., Gessnerf U., Oggierf W., Horisbergerf B., Gutzwillert F., *An economic analysis of ischaemic heart disease in Switzerland*, European Heart Journal 1997 no 18.

2239/A

0702239