

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

T E O R I A I P R A K T Y K A

Dwumiesięcznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 5 (122) 2014

**Umowy bilateralne:
Polska – państwa spoza EU / EFTA
Koordynacja świadczeń pieniężnych
w razie choroby i macierzyństwa
– Ewa Miezien s. 38**

OD REDAKCJI	1
WYDARZENIA	
<i>Budowa modelu mikrosymulacyjnego do prognoz aktuarialnych –</i> Anna Kwiecińska	2
TEORIA I PRAKTYKA UBEZPIECZEŃ W POLSCE	
<i>Czynniki determinujące wysokość rent</i> <i>z tytułu niezdolności do pracy –</i> Ewa Karczewicz, Eliza Skowrońska	6
UBEZPIECZENIA ZA GRANICĄ	
<i>System pomocy osobom niesamodzielnym</i> <i>i ich opiekunom w Czechach –</i> Rafał Bakalarczyk	27
KOORDYNACJA SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	
<i>Umowy bilateralne: Polska – państwa spoza EU / EFTA.</i> <i>Koordinacja świadczeń pieniężnych</i> <i>w razie choroby i macierzyństwa –</i> Ewa Miezien	38
PRAWO I ORZECZNICTWO SĄDOWE	
<i>Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego – Izby Pracy,</i> <i>Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych –</i> <i>I półrocze 2014 roku –</i> Jadwiga Pawłowska-Chłystowska	47
AKTUALNOŚCI	
<i>Przegląd wydarzeń w kraju i na świecie –</i> Agnieszka Rosa	53
WIEŚCI Z WIEJSKIEJ	
<i>Z prac parlamentu –</i> Agnieszka Rosa	56

Wydawca:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
01-748 Warszawa,
ul. Szamocka 3, 5

Rada programowa:

przewodnicząca – Alicja Żelichowska,
członkowie: Zofia Czepulis-Rutkowska,
Paweł Jaroszek, Małgorzata Olszewska,
Hanna Perło, Marek Pogonowski,
Aleksandra Wiktorow, Agata Wiśniewska,
Hanna Zalewska

Zespół redakcyjny:

Maria Strzelecka
Łucja Kucharczyk-Rok

Współpraca:

Agnieszka Kostrowiecka

Adres Redakcji:

01-748 Warszawa,
ul. Szamocka 3, 5,
pokój A 343
tel. 22 667 13 66,
e-mail: redakcja.us@zus.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do redagowania, skracania i zmiany tytułów zamówionych tekstów

Projekt graficzny:

Grażyna Faltyn

Łamanie, korekta i druk:

Poligrafia ZUS w Warszawie.
Nakład 2100 egz. Zamówienie nr 1975/14.

ZASADY PRENUMERATY W 2014 ROKU

W 2014 roku „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka” ukazują się w cyklu dwumiesięcznym. Cena jednostkowa dwumiesięcznika to 6,30 zł (w tym 5% VAT). Koszt prenumeraty rocznej wynosi 36 zł (w tym 5% VAT). W ciągu roku ukaże się 6 numerów pisma.

Zamówienia przyjmują przez cały rok osoby wyznaczone do tego w każdym oddziale ZUS właściwym ze względu na adres zamawiającego. U nich otrzymają Państwo informacje dotyczące płatności.

Wykaz osób odpowiedzialnych za prenumeratę w oddziałach ZUS jest dostępny na stronie www.zus.pl/prenumerata.

Droży Czytelnicy,



Z szacunków FOR (Forum Obywatelskiego Rozwoju) wynika, że w roku 2013 wydatki państwa na jednego mieszkańca Polski wyniosły 18 301 zł. Okazuje się, że wbrew powszechnemu przekonaniu, państwo wydaje najwięcej nie na administrację, lecz na emerytury i renty. W analizowanym roku 2013 była to kwota 5694 zł, stanowiąca prawie jedną trzecią ogółu wydatków publicznych na jednego mieszkańca. Największą jej część stanowiły emerytury wypłacane przez ZUS (2666 zł) i KRUS (313 zł) oraz renty z obu instytucji (975 zł). Ponadto składały się na nią różnego rodzaju dodatki i zasiłki (502 zł) oraz świadczenia wypłacane służbom mundurowym, sędziom i prokuratorom (347 zł). Były to kwoty netto, trafiające do rąk emerytów i rencistów. Należy do nich dodać powracającą do systemu finansów publicznych sumę składek na NFZ i podatek PIT (891 zł).

Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, z którego wypłacane są świadczenia emerytalne, rentowe, dodatki i zasiłki jest od wielu lat deficytowy. Wpływające od pracujących składki nie wystarczały na pokrycie całości wydatków. Ich wysokość była więc systematycznie podnoszona. Od roku 1981 wzrastała w kolejnych latach z 25 proc. do 38 proc. aż do aktualnej stawki 45 proc. wynagrodzenia. Ze względu na konstytucyjne i ustawowe gwarancje wypłaty świadczeń FUS musiał być dofinansowywany z budżetu państwa. Jego równowagę finansową miała poprawić reforma emerytalna z 1999 roku, wprowadzająca kapitałowy element finansowania systemu w postaci drugiego filara oraz mechanizm bezpieczeństwa w postaci Funduszu Rezerwy Demograficznej. Założenia tej reformy przewidywały uzupełnienie luki powstającej z odpływu części składki do filara kapitałowego wpływami z prywatyzacji oraz oszczędnościami z likwidacji przywilejów emerytalnych różnych grup zawodowych. W praktyce założenia te okazały się nierealne.

Według prognozy długoterminowej do 2060 roku, przygotowanej przez ZUS, deficyt funduszu emerytalnego, wyodrębnionego w FUS, będzie się pogłębiał. Największy deficyt roczny przewidywany jest na lata 2026–2028. W wariantcie pesymistycznym szacowany jest on na kwotę 72,1 mld zł w roku 2028. Po chwilowym spadku w latach 2046–2047 (do 50,9 mld zł w wariantcie pesymistycznym) przewidywany jest ponowny wzrost niedoboru środków finansowych w systemie emerytalnym. Należy podkreślić, że wyniki powyższej prognozy obejmują jedynie wpływy ze składek. W rzeczywistości przychody funduszu emerytalnego pochodzą nie tylko ze składek, ale także między innymi z refundacji z tytułu przekazania składek do otwartych funduszy emerytalnych oraz z dotacji z budżetu państwa. Trzeba również dodać, że wyniki prognozowania są silnie uzależnione od zastosowanego modelu prognostycznego, przyjętych w nim założeń i jakości dostępnych danych. Doskonale prowadzone prace prognostyczne Zakład Ubezpieczeń Społecznych opracował przedstawiony w bieżącym numerze naszego pisma model mikrosymulacyjny, oparty na danych indywidualnych o ubezpieczonych i świadczeniobiorcach. Umożliwia on generowanie informacji o strukturach świadczeń, które będą wypłacane w przyszłości oraz o poziomie dopłat do najniższych emerytur i rent.

Maria Strzelińska

Anna Kwiecińska

Aktuariusz Zakładu

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Budowa modelu mikrosymulacyjnego do prognoz aktuarialnych

W czerwcu 2014 roku zakończył się projekt, którego celem było zbudowanie modelu mikrosymulacyjnego (czyli opartego na danych indywidualnych), prognozującego wieloletnie wpływy i wydatki poszczególnych funduszy wyodrębnionych w Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) oraz Funduszu Emerytur Pomostowych (FEP). Projekt powstał we współpracy z firmą Deloitte, która została wybrana w przetargu na jego wykonawcę. Ze strony ZUS w przedsięwzięcie zaangażowani byli przedstawiciele Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Departamentu Finansów Funduszy oraz Pionu Operacji i Eksploatacji Systemów. Użyto oprogramowania aktuarialnego *Prophet*, powszechnie stosowanego w komercyjnych towarzystwach ubezpieczeń na życie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest zobligowany do przygotowywania wspomnianych prognoz na mocy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z art. 70 pierwszej z ustaw Zakład jest zobowiązany do sporządzania 5-letniej prognozy wpływów i wydatków FUS z podziałem na fundusze (emerytalny, rentowy, chorobowy i wypadkowy), a zgodnie z jej art. 61 do sporządzania długoterminowej prognozy wpływów i wydatków funduszu emerytalnego. Z kolei na podstawie art. 33 ustawy o emeryturach pomostowych Zakład ma obowiązek przygotowywać 5-letnią prognozę wpływów i wydatków Funduszu Emerytur Pomostowych.

Najistotniejsza jest długoterminowa prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego. Jest ona przedstawiana co trzy lata Radzie Ministrów wraz z opinią aktuarium działającego na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej. Wyboru aktuarium dokonuje Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Model kohortowy

Aby umożliwić przygotowywanie wymaganych prognoz, na przełomie lat 2000 i 2001 powstał w Zakładzie pierwszy prognostyczny model kohortowy, w którym podstawową jednostką jest kohorta wiekowo-płciowa, czyli grupa osób tej samej płci i w tym samym wieku.

Model ten jest co roku uaktualniany i modyfikowany, ma on jednak istotne ograniczenie – bazując na wielkościach średnich dla kohort, nie dostarcza informacji na temat struktur wysokości świadczeń, które będą wypłacane w przyszłości, ani na temat poziomu dopłat do najniższych emerytur i rent. Dlatego podjęto decyzję o budowie nowego modelu, opartego na danych indywidualnych o ubezpieczonych i świadczeniobiorcach. Model ten ma stanowić również wsparcie dla Departamentu Finansów Funduszy w przygotowywaniu krótkoterminowych planów finansowych.

Model mikrosymulacyjny

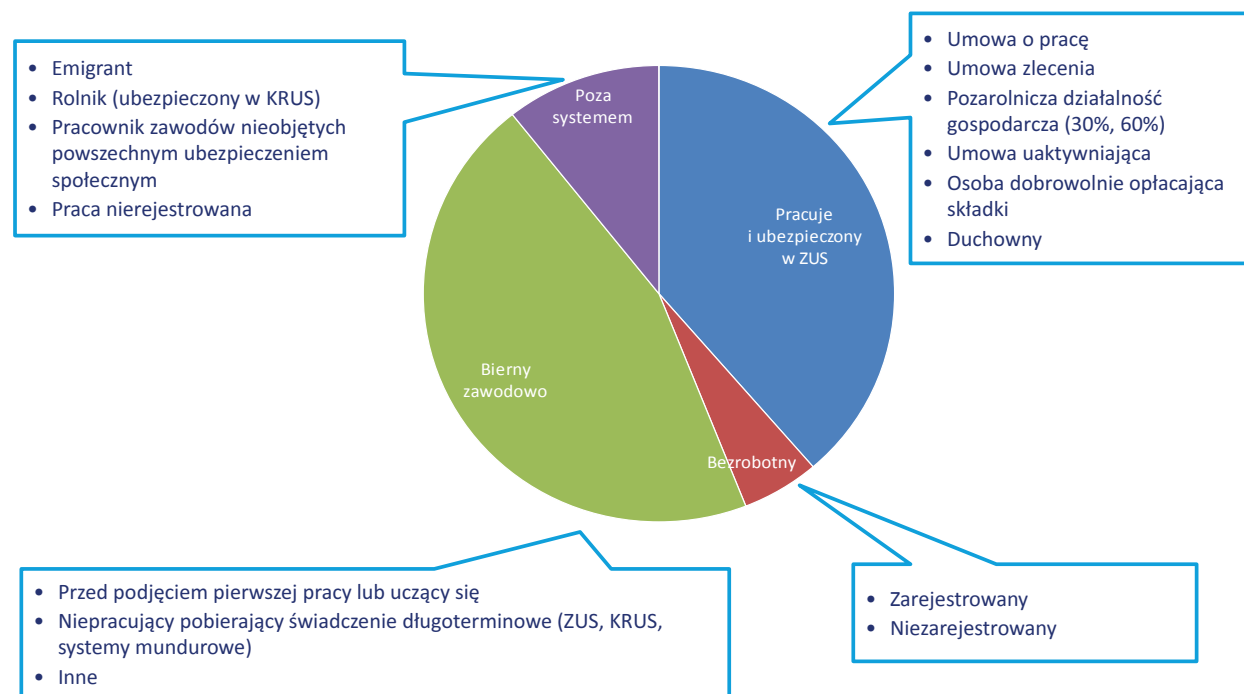
Model mikrosymulacyjny opiera się na danych indywidualnych pochodzących z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ale również na danych pochodzących z innych instytucji – Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwa Finansów (MF) i innych ministerstw¹ oraz z Eurostatu.

Interesują nas zarówno wpływy ze składek od ubezpieczonych w ZUS, jak i wysokości świadczeń wypłacanych naszym świadczeniobiorcom, ale modelujemy całą populację Polski. Zasadniczo dzieje się tak z dwóch powodów. Po pierwsze, między pozostałymi grupami populacji a ubezpieczonymi w ZUS mają miejsce różne interakcje (na przykład rolnik czy też emerytowany mundurowy może zostać ubezpieczonym w ZUS). Po drugie, założenia Ministerstwa Finansów dotyczą całej populacji (szczególnie dobrze jest móc odnieść do całej modelowej populacji założenia dotyczące rynku pracy). Każdej osobie z populacji odpowiada punkt modelowy (ang. *model point*).

Podział populacji w nowym modelu przedstawia zamieszczony niżej schemat 1.

Schemat 1

Podział populacji w modelu mikrosymulacyjnym



Każda z osób w modelu może znaleźć się w różnych statusach zawodowych i pomocniczych. Przykłady

w roku 2041 pierwszy raz zachoruje, a w roku 2058 przejdzie na rentę.

¹ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (MSW), Ministerstwa Sprawiedliwości (MS), Ministerstwa Obrony Narodowej (MON).

Osoby w modelu zostały pogrupowane w rodziny, zgodnie z danymi o strukturze polskich rodzin pochodzącymi z GUS. Mogą one żenić się lub wychodzić za mąż, rozwiódź się i zostawać wdowcami. W przypadku rozwodu lub śmierci małżonka może zostać ponownie zawarte małżeństwo. Liczba i wiek dzieci są przyporządkowywane dla każdej kobiety losowo, na starcie projekcji, w oparciu o dostępne dane. Dla każdej osoby modelowany jest również dokładny przebieg życia małżonka, natomiast przebieg życia dzieci – tylko w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do renty rodzinnej. Modelowanie rodzin jest niezbędne do właściwego prognozowania wydatków na renty rodzinne.

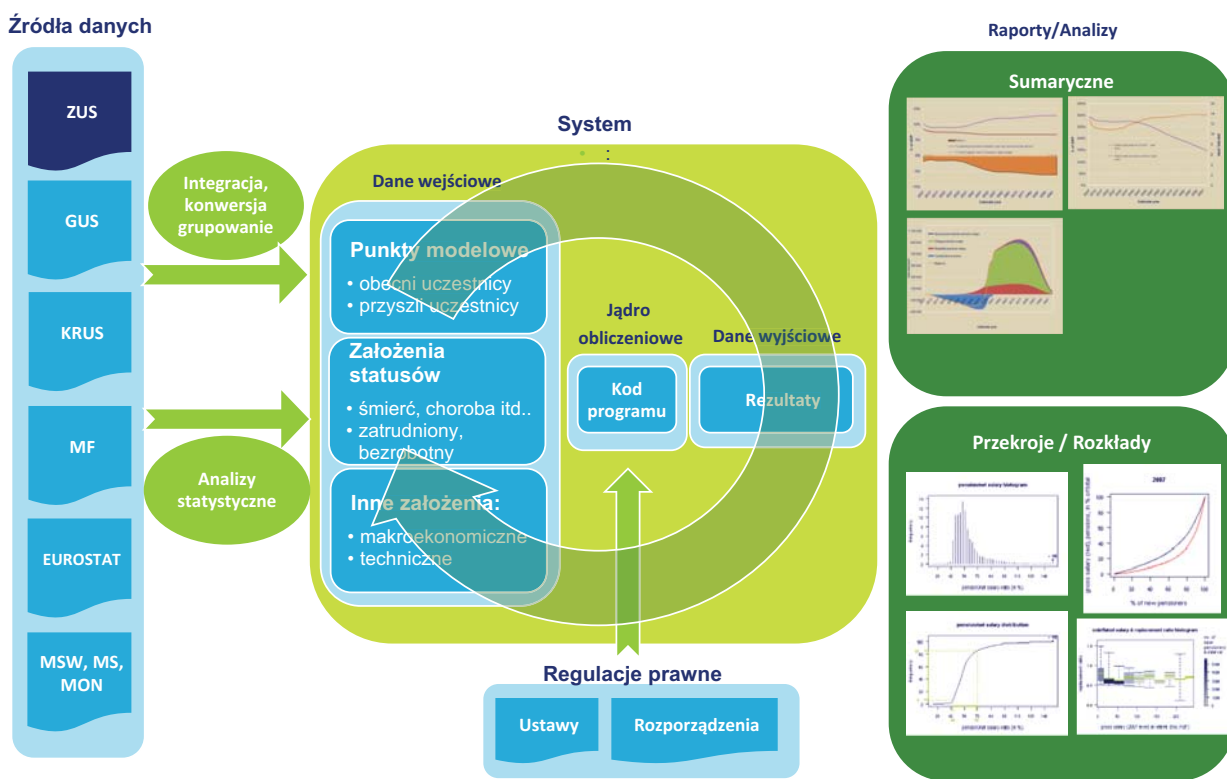
urodzenie dziecka. Należy również zweryfikować, czy osiągnięte dochody i/lub potencjalny zbieg świadczeń nie skutkują brakiem prawa do danego świadczenia lub jego zawieszeniem. Wyплаты świadczeń są raportowane w podziale na źródła finansowania.

Należy dodać, iż bardzo dużo pracy wymagało zebranie z różnych źródeł niezbędnych danych oraz ich analiza. Dane te były potrzebne zarówno do budowy punktów modelowych, jak i do wyprowadzenia założeń dotyczących prawdopodobieństw przejścia między stanami oraz zdarzeń.

Koncepcję modelu mikrosymulacyjnego przedstawia schemat 2.

Schemat 2

Koncepcja modelu mikrosymulacyjnego



Modelowanie wpływów ze składek w modelu mikrosymulacyjnym jest relatywnie proste, dużo bardziej skomplikowane jest modelowanie wydatków na świadczenia. Aby świadczenie w modelu zostało wypłacone, musi zostać spełnionych szereg warunków. Konieczne jest wypełnienie wymogów formalnych dla danego świadczenia, takich na przykład, jak: wiek, okresy składowe, okresy pracy w szczególnych warunkach, podleganie ubezpieczeniu itd. Ponadto muszą zajść pewne zdarzenia – na przykład wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy, śmierć osoby spokrewnionej, po której może być przyznana renta rodzinna, zachorowanie czy

Najistotniejsze możliwości modelu mikrosymulacyjnego

Model mikrosymulacyjny prognozuje dla każdego ubezpieczonego indywidualnie przyszłą historię ubezpieczeniową i przyszłe świadczenia oraz analogicznie dla każdego świadczeniobiorcy – indywidualnie przyszłe świadczenia, jak również potencjalne przyszłe ubezpieczenie (gdyby świadczeniobiorca zaczął pracować). Zarówno wpływy, jak i wydatki są prognozowane w kroku miesięcznym – ma to szczególne znaczenie wobec mechanizmu podnoszenia wieku emerytalnego² (o miesiąc co 3 miesiące, począwszy

² Na mocy ustawy z dnia 11 maja 2012 roku o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r. poz. 637).

od 1 stycznia 2013 roku). Model uwzględnia również profile osób, które dopiero w przyszłości będą podlegać ubezpieczeniu w systemie powszechnym – wejść na rynek pracy, przejść z innych systemów ubezpieczeniowych itp. W miarę możliwości został on sparametryzowany tak, aby móc łatwiej wprowadzać zmiany w regulacjach prawnych. System zasilany jest zewnętrzną prognozą demograficzną (z GUS lub Eurostatu), ale śmiertelność ubezpieczonych i świadczeniobiorców ZUS oraz współczynniki płodności zostały skalibrowane do obserwowanych. Na koniec należy wspomnieć, że model uwzględnia długoterminowe założenia makroekonomiczne.

Oczywiście użytkowanie tak złożonego modelu niesie różne wyzwania. Dane do modelu pochodzą z różnych źródeł, przez co trudno jest je zintegrować i zachować spójność. Proces obliczeniowy jest bardzo czasochłonny oraz angażuje duże zasoby po stronie IT. Założenia są ustalane indywidualnie na poziomie pojedynczych punktów modelowych, ale muszą być spójne z założeniami makroekonomicznymi – w efekcie kalibracja modelu musi być przeprowadzona bardzo ostrożnie.

Zakończenie prac nad projektem nie oznacza końca prac nad modelem – obecnie jest on zgodny ze stanem

prawnym na maj 2013 roku i nie uwzględnia wprowadzonych później istotnych zmian w systemie emerytalnym, czyli reformy dotyczącej oszczędzania w otwartych funduszach emerytalnych (OFE) oraz mechanizmu tzw. suwaka bezpieczeństwa³.

Wdrożenie modelu opartego na danych indywidualnych rozszerzy możliwości prognostyczne ZUS. W szczególności pozwoli prognozować dopłaty do emerytur minimalnych przy różnych założeniach dotyczących wysokości tych emerytur w przyszłości, jak również prognozować struktury wysokości przyszłych świadczeń czy też stóp zastąpienia⁴. Jest to szczególnie ważne, gdyż pozwoli odpowiedzieć na pytania dotyczące adekwatności przyszłych świadczeń. ■

Autorka tekstu (wpisana do rejestru aktuariuszy w 2003 roku, pod numerem 132) przed przejściem w 2009 roku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych doświadczenie aktuarialne zdobywała pracując w konsultingu aktuarialnym oraz na stanowisku dyrektora ds. aktuarialnych w Crédit Agricole Life Insurance Europe. Obecnie łączy pracę w ZUS z funkcją wiceprzewodniczącej Komisji Technicznej ds. Badań Statystycznych, Aktuarialnych i Finansowych (ISSA) oraz jest członkiem Podkomitetu ds. Zabezpieczenia Społecznego Europejskiego Stowarzyszenia Aktuariuszy.

Aktuariusze w ubezpieczeniach społecznych

Zawód aktuariusza jest zawodem regulowanym przez ustawę z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej⁵. Cytując art. 158 tej ustawy: „Aktuariuszem jest osoba fizyczna wykonująca czynności w zakresie matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki, wpisana do rejestru aktuariuszy”. Rejestr prowadzi Komisja Nadzoru Finansowego, a ustawa określa wymagania, jakie należy spełnić, aby zostać wpisany do rejestru aktuariuszy. Aktualnie (według stanu na 5 września 2014 roku) w rejestrze jest 297 aktuariuszy, którzy pracują głównie w komercyjnych firmach ubezpieczeniowych. Aktuariusz, stosując metody rachunku prawdopodobieństwa i statystyki, oblicza na przykład ryzyko wypadków losowych i wysokość związanych z tym składek ubezpieczeniowych lub ustala wysokość rezerw finansowych.

W ubezpieczeniach społecznych aktuariusze zajmują się przede wszystkim prognozowaniem wpływów i wydatków systemu ubezpieczeń społecznych. Ogromną rolę pełni tu wymiana doświadczeń pomiędzy krajami.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Aktuariuszy (IAA – International Actuarial Association) utworzyło sekcję zajmującą się tematyką emerytur oraz ubezpieczeń społecznych (PBSS – Pension Benefits and Social Security). Sekcja ta organizuje co roku międzynarodowe kolokwia, które z jednej strony uważane są za element ustawicznego kształcenia aktuariuszy, z drugiej strony stanowią platformę do wymiany doświadczeń. Raz na cztery lata odbywa się Międzynarodowy Kongres Aktuariuszy, który łączy wszystkie sekcje

IAA, zastępując w danym roku kolokwium. Ponadto IAA, we współpracy z innymi instytucjami międzynarodowymi, opracowało standard wycen aktuarialnych w ubezpieczeniach społecznych – dokument znany jako ISAP 2 (od *International Standard of Actuarial Practice*).

Europejskie Stowarzyszenie Aktuariuszy (AAE – Actuarial Association of Europe) powołało Podkomitet ds. Zabezpieczenia Społecznego (*Social Security Sub-committee*), w skład którego wchodzi po jednym do dwóch aktuariuszy z poszczególnych krajów europejskich, przy czym nie wszystkie kraje są reprezentowane. W ramach tego podkomitetu prace prowadzi między innymi grupa robocza ds. metodologii i projekcji, której zadaniem jest opracowanie standardów metodologicznych wymaganych w modelach projekcyjnych, oraz grupa robocza ds. adekwatności świadczeń.

W ramach Międzynarodowej Instytucji Zabezpieczenia Społecznego (ISSA – *International Social Security Association*) pracuje **Komisja Techniczna ds. Badań Statystycznych, Aktuarialnych i Finansowych** (*Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies*). Komisja ta organizuje konferencje dla aktuariuszy i statystyków oraz liczne seminaria merytoryczne, również we współpracy z innymi komisjami. Jej dziełem (oraz jej poszczególnych członków) jest wiele badań, publikacji oraz innych dokumentów. Aktualnie pracuje między innymi nad przygotowaniem wytycznych dotyczących prognoz aktuarialnych – mają one nie stać w sprzeczności z dokumentem ISAP 2, ale być różne w charakterze i przeznaczone dla szerszego grona odbiorców, w szczególności dla osób kierujących instytucjami zabezpieczenia społecznego.

³ Mechanizm stopniowego przekazywania składek z OFE do ZUS na 10 lat przed osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

⁴ Wielkość uzyskanej emerytury w stosunku do ostatniej pensji, liczona w procentach.

⁵ Dz.U. z 2003 r. nr 124, poz. 1151 ze zm.

Ewa Karczewicz

Eliza Skowrońska

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Czynniki determinujące wysokość rent z tytułu niezdolności do pracy

Renta z tytułu niezdolności do pracy, przysługująca na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹ (zwanej dalej ustawą emerytalną), jest świadczeniem długookresowym, przyznawanym ubezpieczonemu w razie utraty lub ograniczenia jego zdolności do pracy zarobkowej. Ma ona zapewnić dochód osobie ubezpieczonej, która stała się całkowicie lub częściowo niezdolna do pracy. W niniejszym materiale poddano analizie kryteria decydujące o wysokości tej renty.

Formuła ustalania wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy jest analogiczna do formuły emerytalnej, dotyczącej ubezpieczonych nie objętych reformą z 1999 roku. Powoduje to, że dzisiejsze renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a konkretnie – formuła ustalania ich wysokości – w zasadzie nie różni się od formuły ustalania wysokości emerytur przyznawanych w myśl dotychczasowych zasad.

Prezentowana poniżej analiza czynników kształtujących wysokość rent z tytułu niezdolności do pracy w systemie ubezpieczeń społecznych została przygotowana przez *Zespół badawczy do spraw analiz systemu ubezpieczeń społecznych*, działający w Centrali ZUS, i zaprezentowana na seminarium w grudniu 2013 roku. Dane statystyczne wykorzystane dla formułowania wniosków pozyskane zostały z okresu poprzedzającego rok 2013.

W materiale nie uwzględniono rent z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz rent inwalidów wojennych i wojskowych. Wysokość tych rent ustalana jest w szczególny sposób, z uwzględnieniem innych kryteriów niż te, które decydują o ustaleniu wysokości rent przyznawanych na zasadach ogólnych, a ich analiza, szczególnie rent z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, wymaga odrębnego omówienia.

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy

Algorytm obliczania wysokości renty

Wysokość renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wynosi:

- 24 proc. kwoty bazowej,
- po 1,3 proc. podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów składkowych, z uwzględnieniem pełnych miesięcy,
- po 0,7 proc. podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych, z uwzględnieniem pełnych miesięcy,
- po 0,7 proc. podstawy jej wymiaru za każdy rok okresu brakującego do pełnych 25 lat okresów składkowych oraz nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista ukończyłby powszechny wiek emerytalny, ustalany dla kobiet (tzw. staż hipotetyczny).

Wysokość renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy to 75 proc. renty ustalonej dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy.

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje również osobie, która prawo to utraciła wskutek ustania całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, a następnie ponownie stała się niezdolna do pracy w ciągu 18 miesięcy od ustania tego prawa. W takim przypadku nie ustala się na nowo prawa do renty, a przywraca się prawo

¹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 1440 ze zm.

do poprzednio ustalonego świadczenia. W związku z tym za datę przyznania renty przyjmuje się datę przyznania poprzedniego świadczenia oraz nie ustala się ponownie wysokości podstawy wymiaru renty. Wysokość świadczenia stanowi – odpowiednio podwyższone w kolejnych terminach waloryzacji, jakie miały miejsce od daty ustania prawa do renty do daty przywrócenia tego prawa – świadczenie przyznane poprzednio.

Dodatki przysługujące do renty

W myśl ustawy emerytalnej do renty przysługuje dodatek pielęgnacyjny – dla osób, które zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji, albo ukończyły 75 lat.

Do renty przysługują także – na podstawie odrębnych przepisów – inne dodatki i świadczenia, jednak z uwagi na warunki wymagane do ich uzyskania należy uznać, że ich wpływ na wysokość aktualnie wypłacanych rent jest znikomy. Dla porządku należy jednak wskazać, że są to:

- dodatek kombatancki oraz dodatek kompensacyjny,
- dodatek za tajne nauczanie,
- świadczenie pieniężne dla osób będących cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych,
- ryczałt energetyczny,
- ekwiwalent pieniężny z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
- ekwiwalent pieniężny dla byłych pracowników kolejowych.

Dane statystyczne dotyczące wysokości renty nie uwzględniają tych dodatków.

Dolna granica wysokości renty

Renta z tytułu niezdolności do pracy nie może być niższa od kwoty gwarantowanej w ustawie emerytalnej.

Tak więc niezależnie od tego, jaka jest wysokość faktycznie obliczonego świadczenia – jeśli jest ono niższe od świadczenia najniższego – wypłacane jest w wysokości świadczenia gwarantowanego.

Ustawa emerytalna określiła wysokość świadczeń najniższych na dzień 1 stycznia 1999 roku w kwotach:

- 415,00 zł miesięcznie – renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
- 319,23 zł miesięcznie – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Kwoty świadczeń najniższych podlegają podwyższeniu w kolejnych terminach waloryzacji.

Wskutek waloryzacji, jakie zostały przeprowadzone od 1 stycznia 1999 roku, wysokość najniższych świadczeń w okresie od 1 marca 2012 roku do 28 lutego 2013 roku² wynosiła:

- 799,18 zł – renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,

- 613,38 zł – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Dla porządku należy dodać, że wysokość tych rent wynosi:

- od 1 marca 2013 roku – 813,15 zł renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, 627,92 zł – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy,
- od 1 marca 2014 roku – 844,45 zł renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, 648,13 zł renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Jak już wspomniano wyżej, do gwarantowanej wysokości świadczenia najniższego podwyższa się renty, których wysokość – po wyliczeniu zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy emerytalnej – jest niższa od wysokości minimalnej, gwarantowanej tą ustawą.

Ponadto w wysokości minimalnej wypłaca się renty:

- w przypadku niemożności ustalenia podstawy wymiaru tych świadczeń,
- renty przyznane w drodze wyjątku przez Prezesa Zakładu,
- renty uczniowskie,
- renty dla osób legitymujących się stażem krótszym niż 1 rok.

Tabela 1

Liczba rent z tytułu niezdolności do pracy* wypłacanych przez ZUS w wysokości najniższej

Wyszczególnienie	Marzec 2012 roku
Renty z tytułu niezdolności do pracy (bez wypadkowych)	194 300
– w tym: renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy	94 200

* Łącznie ze świadczeniami realizowanymi na mocy umów międzynarodowych, bez zbiegowych z rolniczymi.

Górna granica wysokości renty

Przy ustalaniu wysokości renty występują dwa ograniczenia.

Pierwsze z nich dotyczy podstawy wymiaru świadczenia. Wskaźnik wysokości podstawy wymiaru świadczenia nie może być wyższy niż 250 proc. (art. 15 ust. 5 ustawy emerytalnej).

Drugie ograniczenie dotyczy kwoty renty, która – bez uwzględnienia dodatku pielęgnacyjnego, kombatanckiego, za tajne nauczanie, świadczenia w wysokości dodatku kombatanckiego, dla byłych żołnierzy górników oraz świadczenia przysługującego osobom przymusowo deportowanym – nie może przekraczać 100 proc. podstawy jej wymiaru. Ograniczenie to obejmuje także zwiększenie rolne.

² W opracowaniu posługujemy się danymi statystycznymi na grudzień 2012 roku, stąd istotne jest wskazanie wysokości świadczeń najniższych w 2012 roku.

Czynniki kształtujące wysokość renty

Z przedstawionego na stronie 6 algorytmu obliczania wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy wynika, że wysokość świadczenia kształtują:

- staż ubezpieczeniowy, czyli okresy składkowe, nieskładkowe, uzupełniające oraz staż hipotetyczny,
- podstawa wymiaru (uzależniona od zarobków rencisty),
- kwota bazowa.

Na wysokość renty wpływa także stopień orzeczonej niezdolności do pracy oraz wiek ubezpieczonego.

Występuje ścisła współzależność pomiędzy warunkami, jakie musi spełnić ubezpieczony dla nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a wysokością ustalonego świadczenia. Prawo do renty uzależnione jest bezwzględnie od istnienia niezdolności do pracy, która musi powstać w określonym ustawowo czasie, a od stopnia tej niezdolności zależy wysokość renty.

Elementem, który znajduje bezpośrednie przełożenie na wysokość renty jest udowodniony staż ubezpieczeniowy, przy czym ustawa zakreśla minimalny staż, jaki musi posiadać ubezpieczony, którego niezdolność do pracy powstała w określonym wieku. Zależność ta zostanie szczegółowo omówiona przy prezentowaniu stażu ubezpieczeniowego jako elementu determinującego wysokość renty.

Wiek ubezpieczonego

Określając czynniki decydujące o wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy, należy uwzględnić także te, które jakkolwiek nie przekładają się na wysokość renty bezpośrednio, to jednak determinują tę wysokość w bardzo istotny sposób. Takim czynnikiem jest wiek ubezpieczonego.

Występują ściśle zależności między wiekiem ubezpieczonego, a czynnikami bezpośrednio kształtującymi wysokość renty. Od wieku ubezpieczonego uzależniony jest rzeczywisty staż ubezpieczeniowy (czyli okresy składkowe i nieskładkowe) wymagany do uzyskania uprawnień rentowych, jaki – właśnie z uwagi na wiek – przebył lub mógł przebyć rencista, a także wysokość osiągniętych zarobków.

W tym aspekcie można zatem przyjąć, że wiek ubezpieczonego determinuje:

- możliwość nabycia *prawa* do renty, poprzez udowodnienie wymaganego stażu, ustalanego stosownie do wieku, w jakim powstała niezdolność do pracy,
- *wysokość* renty, poprzez udowodnienie co najmniej adekwatnego do wieku stażu pracy i okresu, z którego wskazywane są zarobki uwzględniane w podstawie wymiaru oraz wysokość tych zarobków.

Wiek ubezpieczonego a prawo do renty

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy nie jest bezpośrednio powiązane z wiekiem – ustawa emerytalna nie uzależnia prawa do renty od ukończenia określonego wieku.

Wiek, w którym powstała niezdolność do pracy determinuje natomiast okres ubezpieczenia, jaki musi udowodnić ubezpieczony dla nabycia prawa do renty, a staż ten przekłada się bezpośrednio na wysokość renty.

Wyjątek w tym zakresie stanowią tzw. renty uczniowskie, przyznane pod rządami przepisów obowiązujących przed dniem 1 stycznia 1999 roku. Według stanu na grudzień 2012 roku Zakład wypłacał 12 400 takich świadczeń.

Od ustawowego wymiaru udowodnionych okresów nie są także uzależnione renty przyznawane w drodze wyjątku przez Prezesa Rady Ministrów (art. 82 ustawy emerytalnej). Liczba osób uprawnionych do tej renty na grudzień 2012 roku wynosiła 2396.

Ostatnią grupę rent, przy ustalaniu których udowodniony może być nawet jeden dzień ubezpieczenia, stanowią renty przysługujące osobom, których niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy. Według stanu na grudzień 2012 roku Zakład wypłacał 178 takich rent.

Tabela 2

Liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	852 484	553 353	299 131
29 i mniej	4 630	3 211	1 419
30–34	14 472	8 852	5 620
35–39	30 930	18 207	12 723
40–44	46 945	26 947	19 998
45–49	80 423	44 259	36 164
50–54	165 394	89 140	76 254
55–59	310 590	175 386	135 204
60–64	182 626	180 298	2 328
65 i więcej	16 474	7 053	9 421
Średni wiek w latach	54,92	55,83	53,24

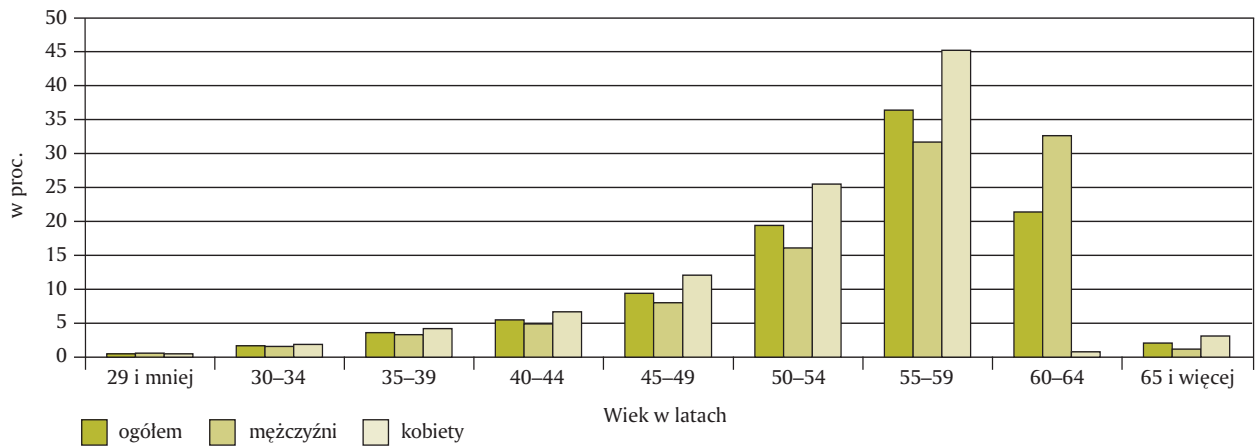
Tabela 3

Struktura liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0
29 i mniej	0,5	0,6	0,5
30–34	1,7	1,6	1,9
35–39	3,6	3,3	4,2
40–44	5,5	4,9	6,7
45–49	9,4	8,0	12,1
50–54	19,4	16,1	25,5
55–59	36,4	31,7	45,2
60–64	21,4	32,6	0,8
65 i więcej	2,1	1,2	3,1
Średni wiek w latach	54,92	55,83	53,24

Wykres 1

Struktura liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku i płci świadczeniobiorców



Dane zawarte w tabeli 3 wskazują, że według stanu na grudzień 2012 roku najliczniejszą grupę rencistów wśród mężczyzn stanowią osoby w wieku od 60 do 64 lat (32,6 proc. mężczyzn uprawnionych do renty) oraz w wieku od 55 do 59 lat (31,7 proc. mężczyzn uprawnionych do renty). Liczba ta ulega zdecydowanemu zmniejszeniu po ukończeniu 65 lat, co jest bezspornie związane z utratą prawa do renty w związku z przeniesieniem tych osób na emeryturę przyznaną z urzędu.

Wśród kobiet analogiczne zjawisko występuje w grupie wiekowej 55-59 lat (45,2 proc. kobiet uprawnionych do renty) oraz 50-54 lata (25,5 proc. ogółu kobiet uprawnionych do renty).

Uprawnienia do renty po ukończeniu wieku emerytalnego zachowują te osoby, które zgłosiły wniosek o emeryturę w miesiącu ukończenia wieku, obligującego organ rentowy do przyznania z urzędu emerytury w miejsce pobieranej renty.

Tabela 4

Liczba osób, którym w 2012 roku przyznano rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacaną przez ZUS według płci i wieku świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	48 427	31 313	17 114
29 i mniej	1 547	1 016	531
30-34	1 961	1 105	856
35-39	2 627	1 392	1 235
40-44	3 428	1 758	1 670
45-49	5 618	2 947	2 671
50-54	11 765	6 472	5 293
55-59	15 582	10 749	4 833
60-64	5 866	5 851	15
65 i więcej	33	23	10
Średni wiek w latach	51,54	52,82	49,22

Wykres 2

Liczba osób, którym w 2012 roku przyznano rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacaną przez ZUS według płci i wieku świadczeniobiorców

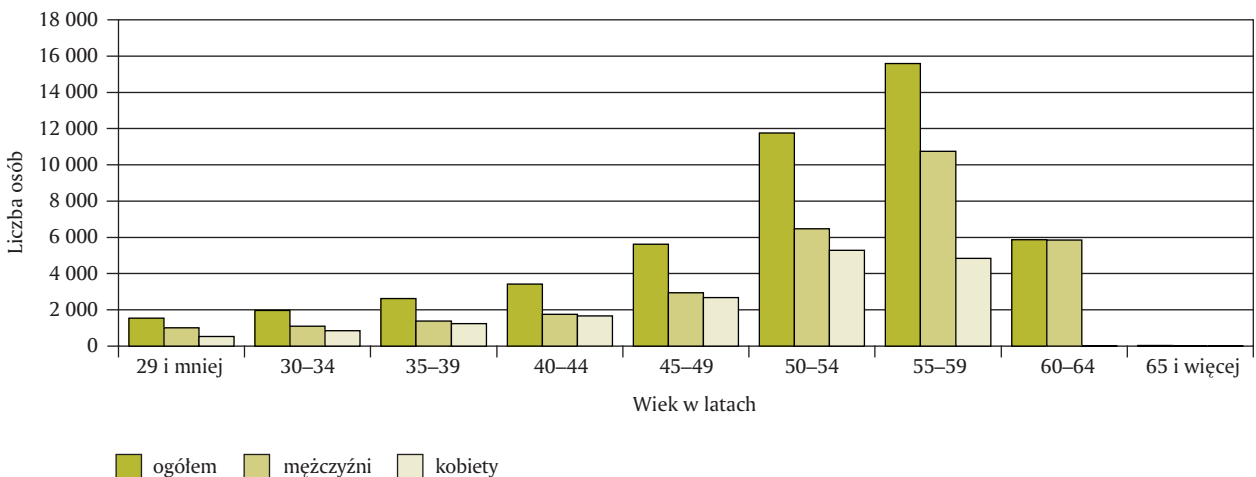


Tabela 5

Struktura liczby osób, którym w 2012 roku przyznano rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacaną przez ZUS według płci i wieku świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	100,0	100,0	100,0
29 i mniej	3,2	3,3	3,1
30–34	4,0	3,5	5,0
35–39	5,4	4,4	7,2
40–44	7,1	5,6	9,8
45–49	11,6	9,4	15,6
50–54	24,3	20,7	30,9
55–59	32,2	34,3	28,2
60–64	12,1	18,7	0,1
65 i więcej	0,1	0,1	0,1

Analiza liczby rent przyznanych w poszczególnych przedziałach wiekowych w 2012 roku potwierdza wskazaną wyżej zależność wzrastania liczby przyznawanych rent wraz z wiekiem ubezpieczonych.

Jak wynika z tabeli 5, wśród mężczyzn, którzy nabyli rentę w 2012 roku, najliczniejszą grupę stanowią ubezpieczeni z przedziału wiekowego 55–59 lat (34,3 proc. ogółu tych mężczyzn), a wśród kobiet, które uzyskały rentę w 2012 roku – ubezpieczone z przedziału wiekowego 50–54 lata (30,9 proc. ogółu tych kobiet).

Warto podkreślić, iż zestawienie danych dotyczących liczby osób uprawnionych do renty, z uwzględnieniem wieku według stanu na grudzień 2012 roku oraz rent przyznanych w 2012 roku, wskazuje na obniżenie się wieku osób nabywających prawo do renty oraz przetasowania w obrębie grupy wiekowej 50–64 lata – zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Analiza tych zmian jako zjawiska będzie wiarygodna na podstawie danych statystycznych za rok 2013 i 2014.

Wiek ubezpieczonego a wysokość renty

Wiek ubezpieczonego znajduje przełożenie na wysokość renty o tyle, że pozostaje w związku ze stażem pracy oraz osiąganym wynagrodzeniem, a więc czynnikami mającymi bezpośredni wpływ na wysokość renty.

Tabela 6

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku i płci rencisty – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w momencie badania	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	przeciętna miesięczna wysokość w zł		
Ogółem	1027,30	1105,06	883,60
29 i mniej	748,54	755,83	732,05
30–34	766,93	772,48	758,19
35–39	784,07	794,78	768,74
40–44	826,35	845,91	799,99
45–49	885,56	926,43	835,56
50–54	976,25	1046,99	893,56
55–59	1059,92	1173,13	912,99
60–64	1198,35	1200,96	955,32
65 i więcej	1078,51	1206,31	983,29

Tabela 7

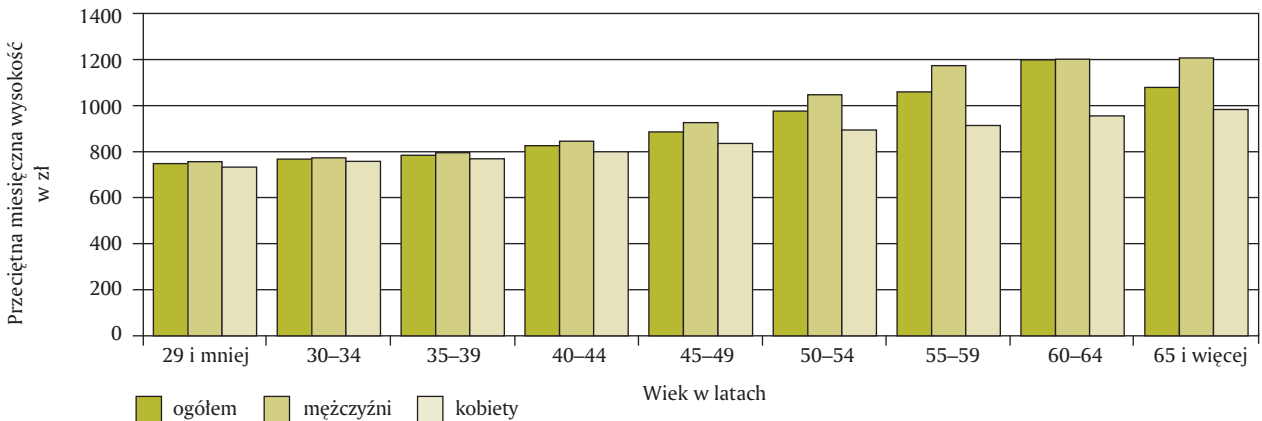
Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej w 2012 roku według wieku i płci rencisty – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w momencie badania	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	przeciętna miesięczna wysokość w zł		
Ogółem	1400,43	1521,16	1179,82
29 i mniej	774,62	779,91	764,01
30–34	827,64	843,35	807,15
35–39	915,29	949,37	876,53
40–44	1050,56	1120,19	978,95
45–49	1179,85	1268,36	1083,33
50–54	1364,84	1464,05	1247,19
55–59	1580,46	1685,64	1376,65
60–64	1822,36	1824,68	1054,13
65 i więcej	1042,34	1126,85	834,89

Z danych ujętych w tabeli 6 wynika, że wraz z wiekiem uprawnionego wzrasta wysokość przysługującej renty. Jest to bezpośrednio związane ze stażem pracy, który wzrasta wraz z wiekiem rencisty oraz z zarobkami przyjmowanymi do ustalenia podstawy wymiaru.

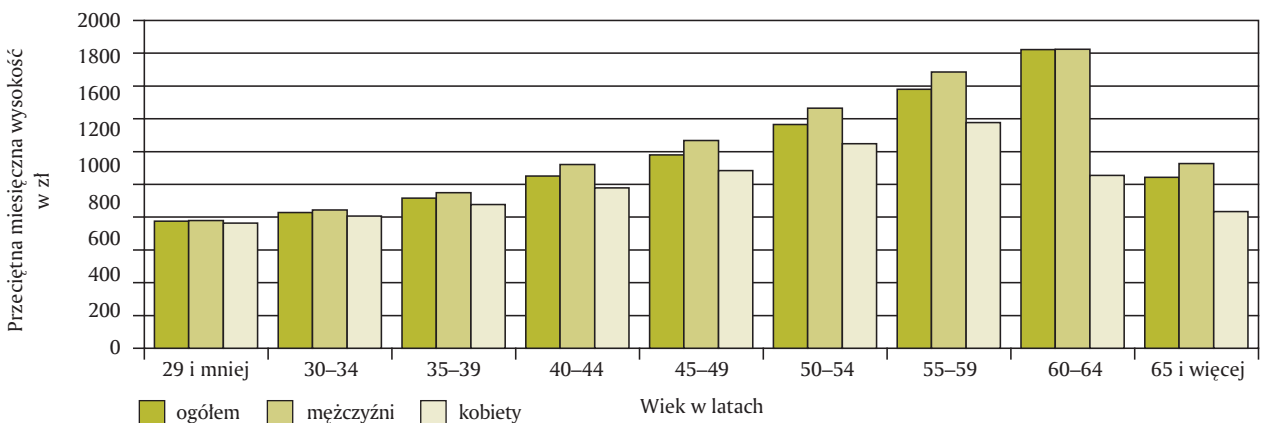
Wykres 3

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy według wieku i płci rencisty



Wykres 4

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej w 2012 roku według wieku i płci rencisty



Wskazaną tendencję w pełni potwierdzają dane dotyczące przeciętnej wysokości rent przyznanych w 2012 roku, zawarte w tabeli 7.

Niewielkie wahania wysokości rent występują – zarówno w przypadku kobiet, jak i w przypadku mężczyzn – po ukończeniu powszechnego wieku emerytalnego. Z uwagi na niewielką liczbę tych świadczeń (w 2012 roku po ukończeniu powszechnego wieku emerytalnego kobietom przyznano 19, a mężczyznom 20 rent) trudno doszukiwać się jakichś stałych zależności.

Staż ubezpieczeniowy

Długość udowodnionego stażu ubezpieczeniowego przekłada się bezpośrednio na wysokość renty.

Przy ustalaniu wysokości rent uwzględnia się:

- okresy składkowe (art. 6 ustawy emerytalnej),
- okresy nieskładkowe (art. 7 ustawy emerytalnej),

- okresy uzupełniające, tj. prowadzenia gospodarstwa rolnego i pracy w tym gospodarstwie, za które opłacone zostały składki (art. 10 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalnej),
- staż hipotetyczny.

Jeżeli okresy składkowe, nieskładkowe oraz prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w tym gospodarstwie zbiegają się w czasie, przy ustalaniu prawa do renty oraz jej wysokości uwzględnia się okres korzystniejszy dla ubezpieczonego.

Staż ubezpieczeniowy wymagany do nabycia prawa do renty

Jednym z warunków wymaganych do nabycia renty z tytułu niezdolności do pracy (obok niezdolności do pracy oraz powstania tej niezdolności w określonym czasie) jest udowodnienie wymaganego stażu pracy.

Okres wymagany do nabycia renty uzależniony jest od wieku ubezpieczonego, a uściślając – od wieku, w którym powstała niezdolność do pracy. Okres ten wynosi:

- 1 rok – jeśli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat,
- 2 lata – jeśli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 20 do 22 lat,
- 3 lata – jeśli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 22 do 25 lat,
- 4 lata – jeśli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 25 do 30 lat,
- 5 lat – jeśli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

W sytuacji gdy ubezpieczony nie osiągnął wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego uzależnionego od wieku, w którym powstała niezdolność do pracy, warunek posiadania wymaganego okresu uważa się za spełniony, jeżeli ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia społecznego:

- przed ukończeniem 18 lat życia, albo
- w ciągu 6 miesięcy po ukończeniu nauki w szkole ponadpodstawowej, ponadgimnazjalnej lub wyższej i do dnia powstania niezdolności do pracy posiadał, bez przerwy bądź z przerwami nieprzekraczającymi 6 miesięcy, okresy składkowe i nieskładkowe.

Zgodnie z art. 57a ustawy emerytalnej, od ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, nie wymaga się spełnienia warunku stażu, uzależnionego od wieku, w którym powstała niezdolność do pracy. Osoba, która uległa takiemu wypadkowi i nie spełnia warunku posiadania okresów składkowych i nieskładkowych w wymiarze wymaganym do przyznania renty, może mieć przyznaną rentę z tytułu niezdolności do pracy, jeśli podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz spełnia dwa pozostałe warunki wymagane do ustalenia tego świadczenia, tj.:

- jest niezdolna do pracy (całkowicie lub częściowo) w związku z tym wypadkiem oraz
- niezdolność do pracy powstała w okresach wskazanych w ustawie emerytalnej lub w ciągu 18 miesięcy od ich ustania.

W przypadku ubezpieczonych, którzy stali się niezdolni do pracy po ukończeniu 30 roku życia, wymagany okres składkowy wynosi co najmniej 5 lat, przy czym musi on przypadać na dziesięciolecie poprzedzające datę powstania niezdolności do pracy lub zgłoszenia wniosku o rentę.

Powyższego warunku nie wymaga się od ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy wynoszący 25 lat – w przypadku kobiety i 30 lat – w przypadku mężczyzny, jeżeli ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy.

Ustawa emerytalna przewiduje jeszcze jedną sytuację, w której przyznanie renty uzależnione jest od udowodnienia dłuższego okresu.

Jednym z warunków wymaganych do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy jest powstanie niezdolności w okresach wskazanych w art. 57 ust. 1 pkt 3 wymienionej ustawy, nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ich ustania. Ze spełnienia tego warunku zwolniony jest ubezpieczony, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat (kobieta) lub 25 lat (mężczyzna) oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Ubezpieczonym, którzy wskutek szczególnych okoliczności nie spełniają warunków wymaganych w ustawie do uzyskania prawa do emerytury lub renty, i którzy nie mogą – ze względu na całkowitą niezdolność do pracy lub wiek – podjąć pracy lub działalności objętej ubezpieczeniem społecznym oraz nie mają niezbędnych środków utrzymania, Prezes Zakładu może przyznać w drodze wyjątku świadczenia w wysokości nieprzekraczającej odpowiednich świadczeń przewidzianych w ustawie – generalnie jest to wysokość minimalna.

Zasady uwzględniania okresów

Ustawa emerytalna ściśle określa kolejność, w jakiej uwzględniane są poszczególne okresy. W pierwszej kolejności uwzględnia się okresy składkowe (bez żadnych ograniczeń), następnie nieskładkowe (w wymiarze nieprzekraczającym 1/3 uwzględnionych okresów składkowych), a następnie okresy ubezpieczenia społecznego rolników (w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia).

Okresy składkowe

Dla ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wymagane jest udowodnienie okresów składkowych. Brak tych okresów, a legitymowanie się np. wyłącznie okresami nieskładkowymi (np. ukończenie studiów wyższych), wyklucza możliwość przyznania renty. Wyjątek stanowią tzw. renty uczniowskie, przyznawane pod rządami przepisów ustawy z 14 grudnia 1982 roku o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin.

Warunek posiadania określonego okresu nie jest także wymagany od osób, których niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy (art. 57a ustawy emerytalnej). Z uwagi na to, że renta przysługuje osobie ubezpieczonej, osoba ta może legitymować się – w tym przypadku – jakimkolwiek okresem ubezpieczenia, nawet jednodniowym.

Okresy składkowe to okresy, za które opłacona została składka na ubezpieczenie społeczne oraz okresy, w których występowało zwolnienie z obowiązku opłacania tej składki. Za okresy składkowe uważa się również okresy działalności wykonywanej przed objęciem jej obowiązkiem ubezpieczenia społecznego.

Przy obliczaniu wysokości rent, okresy składkowe uwzględnia się w wymiarze po 1,3 proc. podstawy wymiaru renty za każdy rok tych okresów, z uwzględnieniem pełnych miesięcy.

Przy ustalaniu okresu uprawniającego do świadczeń dla płatników składek, zobowiązanych do opłacania składek na własne ubezpieczenia emerytalne i rentowe (poczynając od 1 stycznia 1999 roku), czy też na ubezpieczenie społeczne (do dnia 31 grudnia 1998 roku) oraz osób z nimi współpracujących, nie uwzględnia się okresów, za które nie zostały opłacone składki, mimo podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom w tym okresie.

Przy ustalaniu prawa i wysokości świadczeń uwzględnia się okresy zatrudnienia w ramach stosunku pracy, nawet jeżeli za te okresy nie została opłacona składka na ubezpieczenie społeczne (przed 1 stycznia 1999 roku) lub ubezpieczenia społeczne (począwszy od 1 stycznia 1999 roku). Jest to uzasadnione tym, że obowiązek w zakresie opłacania składek ciąży na pracodawcy, a pracownik nie może ponosić ujemnych skutków niedopełnienia przez pracodawcę tego obowiązku.

Okresy nieskładkowe

Okresy nieskładkowe to okresy braku aktywności zawodowej, nieobjęte obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, które jednak – ze względu na ich specyfikę – ustawodawca zaliczył do okresów uwzględnianych przy ustalaniu prawa do świadczeń oraz ich wysokości.

Odmiennie niż ma to miejsce w przypadku okresów składkowych – ustawa emerytalna przewiduje ograniczenia przy uwzględnianiu omawianych okresów. Przy ustalaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy oraz jej wysokości okresy nieskładkowe przyjmuje się w wymiarze nieprzekraczającym jednej trzeciej udowodnionych okresów składkowych. Przy ustalaniu wysokości renty okresy nieskładkowe uwzględnia się licząc po 0,7 proc. podstawy wymiaru świadczenia za każdy rok tych okresów, z uwzględnieniem pełnych miesięcy.

Okresy uzupełniające

W przypadku, gdy przy ustalaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy zostały uwzględnione okresy prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w tym gospodarstwie, za które opłacono składkę na ubezpieczenie społeczne rolników, okresy te są także uwzględniane przy ustalaniu wysokości renty (w wymiarze przyjętym do nabycia prawa).

Z uwagi na to, że ustawodawca uznał je za traktowane tak jak składkowe, przyjmuje się je w wysokości po 1,3 proc. podstawy wymiaru renty za każdy pełny rok tych okresów.

Do renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej na podstawie ustawy emerytalnej nie przysługuje część składkowa ani zwiększenie z tytułu opłacania składek

na ubezpieczenie społeczne rolników (z wyłączeniem rent przyznanych przed 1999 rokiem – art. 180 ustawy emerytalnej).

Staż hipotetyczny

Przy ustalaniu wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy uwzględnia się także tzw. staż hipotetyczny. Jest to okres brakujący do pełnych 25 lat okresów składkowych i nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista osiągnąłby wiek, o którym mowa w art. 24 ust. 1a ustawy emerytalnej, czyli powszechny wiek emerytalny przewidziany dla kobiet, ustalany w zależności od daty ich urodzenia (do 31 grudnia 2012 roku wiek ten wynosił 60 lat).

Staż hipotetyczny ustala się z uwzględnieniem pełnych miesięcy.

Przy obliczaniu wysokości renty okres ten ustala się licząc po 0,7 proc. podstawy wymiaru za każdy pełny rok tego okresu.

Okresy a wysokość renty

Wymiar uwzględnionych okresów kształtuje wysokość tzw. części stażowej renty. Stanowi ona iloczyn wymiaru (lat i miesięcy) przebytych okresów, wskaźnika ustalanego w zależności od rodzaju okresu (1,3 proc. za okresy składkowe, 0,7 proc. za okresy nieskładkowe i staż hipotetyczny) oraz podstawy wymiaru.

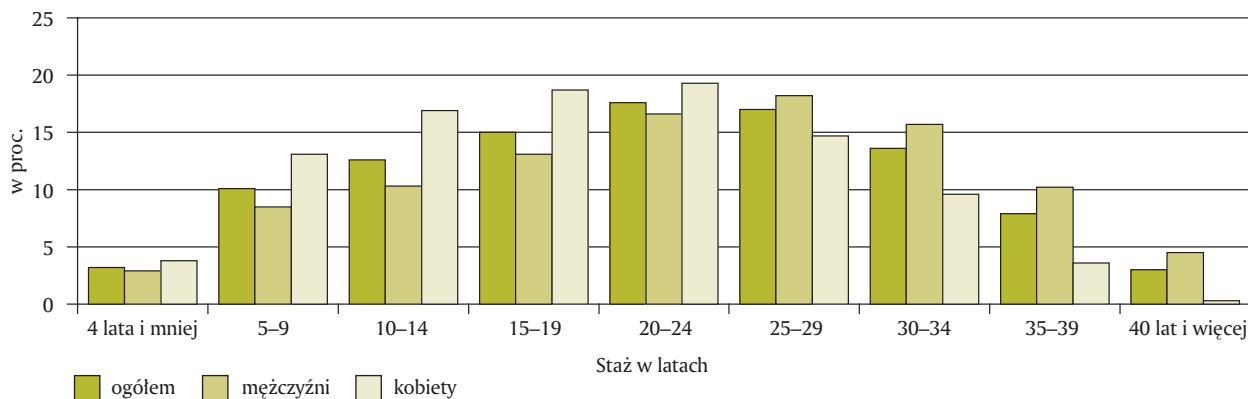
Tabela 8

Struktura rent z tytułu niezdolności do pracy według stażu i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Staż	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
4 lata i mniej	3,2	2,9	3,8
5– 9	10,1	8,5	13,1
10–14	12,6	10,3	16,9
15–19	15,0	13,1	18,7
20–24	17,6	16,6	19,3
25–29	17,0	18,2	14,7
30–34	13,6	15,7	9,6
35–39	7,9	10,2	3,6
40 lat i więcej	3,0	4,5	0,3
Średni staż w latach	21,44	23,00	18,54

Wykres 5

Struktura rent z tytułu niezdolności do pracy według stażu i płci świadczeniobiorców



Z danych zawartych w tabeli 8 wynika, że najwięcej osób (17,6 proc. ogółem uprawnionych do renty z tytułu niezdolności do pracy według stanu na grudzień 2012 roku) legitymuje się stażem wynoszącym 20–24 lata okresów składkowych i nieskładkowych. Na dalszych miejscach są osoby ze stażem 25–29 lat (17,0 proc.) oraz ze stażem 15–19 lat (15,0 proc.).

Proporcje te ulegają niewielkim zmianom w przypadku analizy stażu pracy, jaki posiadają kobiety i mężczyźni uprawnieni do renty. Wśród kobiet najwięcej legitymuje się stażem wynoszącym 20–24 lata (19,3 proc.), następnie 15–19 lat (18,7 proc.) oraz 10–14 lat (16,9 proc.). Mężczyźni posiadają nieznacznie dłuższy staż. Najwięcej z nich legitymuje się stażem 25–29 lat (18,2 proc.), następnie 20–24 lata (16,6 proc.) oraz 30–34 lata (15,7 proc.).

Na wymiar stażu, jaki posiadają osoby uprawnione do renty, można spojrzeć przez pryzmat minimalnego stażu emerytalnego wymaganego do przyznania emerytury ustalonej na dotychczasowych zasadach.

Stażem pracy przekraczającym 15 lat (minimalny staż wymagany dla kobiet do przyznania emerytury na dotychczasowych zasadach) legitymuje się 66,2 proc. kobiet. W przypadku mężczyzn minimalny staż wymagany do przyznania wskazanej emerytury wynosi co najmniej 20 lat. Posiada go 65,2 proc. rencistów.

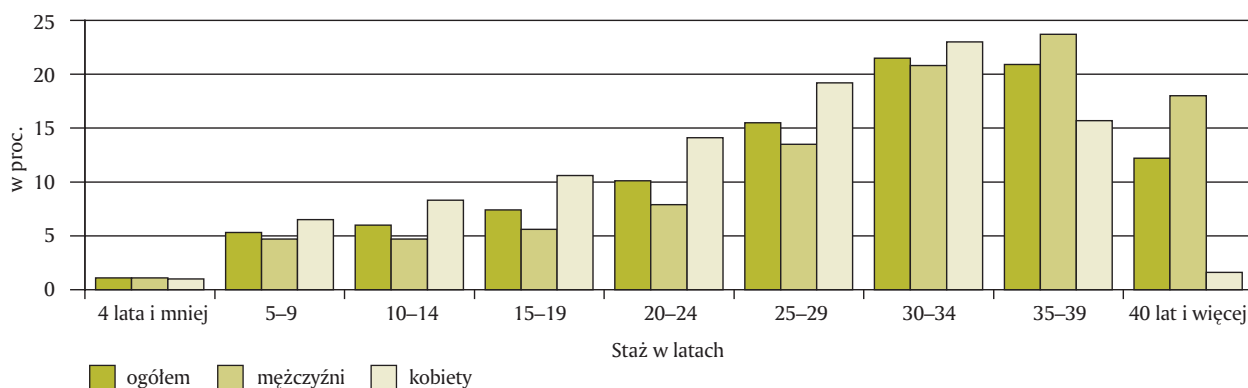
Tabela 9

Struktura liczby osób, którym w 2012 roku przyznano renty z tytułu niezdolności do pracy według stażu i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Staż	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
4 lata i mniej	1,1	1,1	1,0
5– 9	5,3	4,7	6,5
10–14	6,0	4,7	8,3
15–19	7,4	5,6	10,6
20–24	10,1	7,9	14,1
25–29	15,5	13,5	19,2
30–34	21,5	20,8	23,0
35–39	20,9	23,7	15,7
40 lat i więcej	12,2	18,0	1,6
Średni staż w latach	28,14	29,90	24,92

Wykres 6

Struktura liczby osób, którym w 2012 roku przyznano renty z tytułu niezdolności do pracy według stażu i płci świadczeniobiorców



Analiza rent przyznanych w 2012 roku (patrz tabela 9) wskazuje na znaczny wzrost świadczeń przyznawanych osobom legitymującym się wyższym stażem pracy. Na ogólną liczbę rent przyznanych w wymienionym roku aż 80,2 proc. przyznano osobom posiadającym staż pracy wyższy niż 20 lat. Najwięcej osób (21,5 proc.) udowodniło staż pracy w przedziale 30–34 lata, kolejna grupa (20,9 proc.) posiadała staż wynoszący 35–39 lat.

Minimalny staż wymagany do przyznania emerytury na dotychczasowych zasadach udowodniło 84,2 proc. kobiet i 83,9 proc. mężczyzn.

Tabela 10

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacanej w 2012 roku według stażu – stan na grudzień 2012 roku

Staż	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	przeciętna miesięczna wysokość w zł		
Ogółem	1027,30	1105,06	883,60
4 lata i mniej	764,58	766,35	762,21
5– 9	746,44	760,01	730,15
10–14	779,58	811,15	743,76
15–19	848,39	896,27	785,92
20–24	945,93	992,58	870,75
25–29	1080,15	1115,84	998,01
30–34	1301,26	1327,79	1220,02
35–39	1566,09	1585,97	1461,54
40 lat i więcej	1867,82	1877,86	1592,60

Tabela 11

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej w 2012 roku według stażu – stan na grudzień 2012 roku

Staż pracy	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	przeciętna miesięczna wysokość w zł		
Ogółem	1400,43	1521,16	1179,82
4 lata i mniej	768,28	767,95	768,89
5– 9	759,08	767,68	747,72
10–14	825,00	849,86	799,14
15–19	917,48	958,41	877,79
20–24	1047,40	1103,53	989,41
25–29	1218,59	1268,43	1154,41
30–34	1467,25	1516,98	1385,34
35–39	1754,78	1795,41	1642,73
40 lat i więcej	2122,68	2142,11	1724,09

Z danych przedstawionych w tabelach 10 i 11 bezwzględnie wynika, że wysokość renty rośnie wraz ze wzrostem stażu, jakim legitymuje się ubezpieczony. Tendencja ta występuje zarówno w przypadku całego portfela rentowego (według stanu na grudzień 2012 roku), jak i przy analizie wysokości świadczeń przyznanych w wymienionym roku.

Z zaprezentowanych wyżej danych wynika też, iż legitymowanie się jakimkolwiek stażem pracy (nawet poniżej 4 lat) gwarantuje uzyskanie renty w wysokości wyższej od gwarantowanej renty minimalnej.

Analiza wzrostu wysokości rent wraz ze wzrostem stażu pracy dowodzi, że przy stosunkowo dużym wzroście stażu pracy następuje nieadekwatny wzrost wysokości renty.

Na przykład: staż pracy 5–9 lat gwarantuje wysokość renty, przyznanej w 2012 roku, w średniej kwocie 759,08 zł. Przy wzroście tego stażu o 20 lat (do 25–29 lat) następuje wzrost wysokości renty do kwoty 1218,59 zł, a więc tylko o 459,51 zł. Relatywnie wysokość świadczenia wzrasta ponad półtorakrotnie. Ten nieznaczny wzrost jest wynikiem tego, iż w wysokości tych świadczeń występuje jeden stały i identyczny składnik – tzw. część socjalna, stanowiąca 24 proc. kwoty bazowej.

Relacja między wysokością renty a udziałem części socjalnej w wysokości świadczenia zostanie omówiona w części zatytułowanej „Kwota bazowa”.

Podstawa wymiaru renty

Podstawa wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy ustalana jest w myśl zasad zawartych w art. 15–22 ustawy emerytalnej.

Określenie podstawy wymiaru renty

Podstawę wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy stanowi odpowiednio ustalona, przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne (obowiązujące do dnia 31 grudnia 1998 roku) na podstawie prawa polskiego w okresie wskazanym w przepisach ustawy emerytalnej.

Do ustalenia podstawy wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy przyjmuje się przychód (do 31 grudnia 1998 roku – dochód) stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z kolejnych 10 lat kalendarzowych, wybranych przez ubezpieczonego z ostatnich 20 lat kalendarzowych, poprzedzających bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o świadczenie.

Do przychodu stanowiącego podstawę wymiaru renty dolicza się kwoty przysługujących ubezpieczonemu w danym roku kalendarzowym wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy oraz kwoty zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, świadczenia wyrównawczego lub dodatku wyrównawczego, a także

wartość rekompensaty pieniężnej ustalonej zgodnie z pkt 3 załącznika do ustawy z dnia 6 marca 1997 roku o zrekomensowaniu okresowego niepodwyższania płac w sferze budżetowej oraz utraty niektórych wzrostów lub dodatków do emerytur i rent³. Uwzględnia się także kwoty zasiłków dla bezrobotnych, zasiłków szkoleniowych lub stypendiów wypłaconych z Funduszu Pracy za okres udokumentowanej niezdolności do pracy.

W przypadku, gdy nie można ustalić podstawy wymiaru składek w okresie pozostawania w stosunku pracy wskazanym do ustalenia podstawy wymiaru renty, za podstawę wymiaru składek przyjmuje się kwotę obowiązującego w tym okresie minimalnego wynagrodzenia pracowników, proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy oraz do okresu pozostawania w ubezpieczeniu pracowniczym.

Należy także dodać, że począwszy od 1999 roku roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób ubezpieczonych w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy.

Okres, z jakiego przychody (dochody) są uwzględniane w podstawie wymiaru renty

W zależności od wniosku ubezpieczonego, do ustalenia podstawy wymiaru renty może być przyjęta przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie:

- kolejnych 10 lat kalendarzowych, wybranych przez zainteresowanego z ostatnich 20 lat kalendarzowych, poprzedzających bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o rentę, przy czym muszą to być lata kalendarzowe następujące bezpośrednio po sobie, chociażby ubezpieczony w niektórych z tych lat przez okres całego roku lub w okresie krótszym nie pozostawał w ubezpieczeniu, albo nie ma możliwości udowodnienia wysokości przychodu np. z powodu zniszczenia dokumentacji płacowej, bądź
- 20 lat kalendarzowych wybranych z całego okresu podlegania ubezpieczeniu, przypadających przed rokiem zgłoszenia wniosku o rentę.

Szczególne przypadki ustalania podstawy wymiaru renty

Renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem przyznawanym osobom w różnym wieku, w tym także ze stażem ubezpieczeniowym krótszym niż 10 lat (według stanu na grudzień 2012 roku takich rent było 13,17 proc.). Dlatego też ustawa emerytalna zawiera

szczególne rozwiązania, umożliwiające obliczenie podstawy wymiaru dla osób, które – wskutek okoliczności wymienionych w ustawie – nie mogą wskazać do obliczenia tej podstawy przychodu z kolejnych 10 lat kalendarzowych.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy emerytalnej, jeżeli nie można ustalić podstawy wymiaru renty z 10 kolejnych lat kalendarzowych dla ubezpieczonego, który w dniu powstania niezdolności do pracy nie osiągnął 30 lat życia, do jej ustalenia przyjmuje się podstawę wymiaru składek z okresu faktycznego podlegania ubezpieczeniu.

Nie ustala się podstawy wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy dla ubezpieczonego, u którego niezdolność ta powstała przed 30 rokiem życia, jeżeli nie pozostawał on w ubezpieczeniu co najmniej przez 1 rok kalendarzowy. W takim przypadku renta przysługuje w wysokości minimalnej.

Dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30 roku życia, podstawę wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy stanowią zarobki z faktycznego okresu ubezpieczenia, jeżeli wyłączną przyczyną, z powodu której nie można ustalić podstawy wymiaru renty z kolejnych 10 lat kalendarzowych, jest:

- pełnienie zastępczej służby wojskowej,
- odbywanie czynnej służby wojskowej, albo
- korzystanie z urlopu wychowawczego.

Ustawa emerytalna w szczególny sposób reguluje także zasady ustalania podstawy wymiaru renty dla osób posiadających okresy ubezpieczenia za granicą, o których mowa w art. 8 tej ustawy.

Szczególne zasady dotyczą także osób będących w okresie, z którego wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru, pracownikami zatrudnionymi za granicą (par. 10 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 1985 roku w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru emerytur i rent⁴) oraz pracowników skierowanych do pracy za granicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i urzędach konsularnych (par. 11 ust. 1 wymienionego rozporządzenia).

Zasady ustalania przychodu (dochodu) przyjmowanego do obliczenia podstawy wymiaru renty

Podstawę wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy stanowi przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne (za okresy przypadające do dnia 31 grudnia 1998 roku) oraz podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (za okresy przypadające po dniu 31 grudnia 1998 roku).

Przy ustalaniu, czy istniał obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie społeczne od określonych składników wynagrodzenia, stosuje się przepisy obowiązujące w okresie, z którego wynagrodzenie jest uwzględniane w podstawie wymiaru.

³ Dz.U. z 1997 r. nr 30, poz. 164.

⁴ Dz.U. z 1989 r. nr 11, poz. 63.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru uwzględnia się także – w myśl art. 15 ust. 3 ustawy emerytalnej – wypłacone w trakcie ubezpieczenia kwoty, za które nie odprowadza się składek na ubezpieczenie społeczne, tj. kwoty: wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy, zasiłków chorobowego, opiekuńczego i wyrównawczego, a także zasiłku macierzyńskiego, dodatku wyrównawczego, a także wartość rekompensaty pieniężnej (ustalanej zgodnie z pkt 3 załącznika do ustawy z dnia 6 marca 1997 roku o zrekompensowaniu okresowego niepodwyższania płac w sferze budżetowej oraz utraty niektórych wzrostów lub dodatków do emerytur i rent).

Uwzględnieniu podlegają również te składniki wynagrodzenia, które w czasie trwania niezdolności do pracy są pracownikowi wypłacane obok zasiłku chorobowego (wynagrodzenia za czas choroby) – pod warunkiem jednak, że generalnie stanowią one podstawę wymiaru składek, a wyłączenie z obowiązku opłacania składki nastąpiło jedynie z powodu pobierania przez pracownika zasiłku (lub wynagrodzenia) z tytułu niezdolności do pracy.

Do podstawy wymiaru renty wlicza się również kwoty zasiłków dla bezrobotnych, zasiłków szkoleniowych lub stypendiów wypłaconych z Funduszu Pracy za okres udokumentowanej niezdolności do pracy.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń stosuje się generalną zasadę: przyjmowania wypłat przysługujących za okres, za który zostały wypłacone. Poszczególne składniki wynagrodzenia wypłacone w odstępach czasu dłuższych niż miesiąc ustala się w stosunku miesięcznym i dolicza do wynagrodzenia z tych miesięcy (lat) zatrudnienia, za które wynagrodzenie to przysługuje.

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie okresu, jakiego dana wypłata dotyczy (np. nagroda wypłacona nauczycielowi za szczególne osiągnięcia zawodowe, czy też ekwiwalent za niewykorzystany urlop wypoczynkowy), kwotę tę dolicza się do miesiąca, w którym została wypłacona.

Do ustalenia podstawy wymiaru przyjmuje się wynagrodzenie w takiej wysokości, w jakiej zostało wypłacone. Jedyny wyjątek od tej zasady dotyczy sytuacji, w której pracownik pobierał wynagrodzenie w kwocie zmniejszonej w związku z odbywaniem czynnej służby wojskowej lub spełnianiem zastępczo obowiązku tej służby. W takim przypadku – do ustalenia podstawy wymiaru renty – wynagrodzenie to jest przyjmowane w pełnej wysokości.

Podstawa wymiaru renty po: rencie, emeryturze i świadczeniu przedemerytalnym

Podstawę wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy dla osoby, która wcześniej miała ustalone prawo do tej renty lub do emerytury stanowi – odpowiednio zwaloryzowana – podstawa wymiaru poprzednio ustalonego świadczenia. W tym przypadku ustawa nie przewiduje możliwości ustalenia podstawy wymiaru od zarobków.

W przypadku gdy renta z tytułu niezdolności do pracy ustalana jest dla osoby uprawnionej do świadczenia przedemerytalnego – do podstawy wymiaru renty przyjmuje się wyłącznie zarobki ustalone na zasadach przewidzianych dla świadczeń przyznawanych po raz pierwszy (art. 15 ustawy emerytalnej).

Zasady obliczenia podstawy wymiaru

W celu ustalenia podstawy wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy:

- oblicza się sumę kwot podstaw wymiaru składek oraz kwot niestanowiących podstawy wymiaru składek wliczanych jednak do podstawy wymiaru świadczeń, oddzielnie dla każdego roku z wybranych przez ubezpieczonego lat kalendarzowych,
- oblicza się stosunek każdej z tych sum do rocznej kwoty przeciętnego wynagrodzenia ogłoszonej za dany rok kalendarzowy, wyrażając go w procentach, z zaokrągleniem do setnej części procentu,
- oblicza się średnią arytmetyczną tych procentów, która stanowi wskaźnik wysokości podstawy wymiaru renty (wskaźnik ten podlega ograniczeniu do 250 proc.),
- mnoży się przez ten wskaźnik kwotę bazową, otrzymując w ten sposób podstawę wymiaru renty.

Z powyższego mechanizmu wynika, że podstawa wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy jest uzależniona od: wysokości przeciętnego wynagrodzenia ustalonego dla roku, z którego wskazywane są zarobki, wysokości zarobków ubezpieczonego oraz od kwoty bazowej.

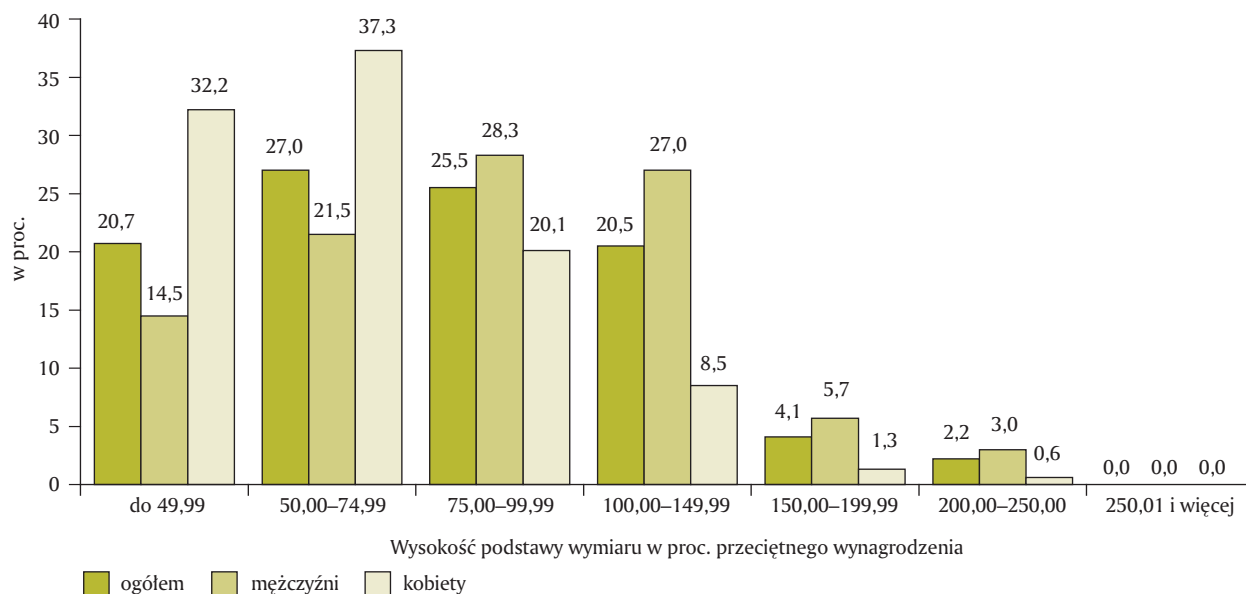
Tabela 12

Struktura liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według wysokości podstawy wymiaru wyrażonej w proc. przeciętnego wynagrodzenia oraz płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wysokość podstawy wymiaru w proc. przeciętnego wynagrodzenia	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
do 49,99	20,7	14,5	32,2
50,00– 74,99	27,0	21,5	37,3
75,00– 99,99	25,5	28,3	20,1
100,00–149,99	20,5	27,0	8,5
150,00–199,99	4,1	5,7	1,3
200,00–250,00	2,2	3,0	0,6
250,01 i więcej	0,0	0,0	0,0
Przeciętny wskaźnik	81,41	90,86	63,77

Wykres 7

Struktura liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według wysokości podstawy wymiaru wyrażonej w proc. przeciętnego wynagrodzenia oraz płci świadczeniobiorców


Tabela 13

Struktura liczby osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy według płci świadczeniobiorców i wysokości podstawy wymiaru wyrażonej w proc. przeciętnego wynagrodzenia – stan na grudzień 2012 roku

Wysokość podstawy wymiaru w proc. przeciętnego wynagrodzenia	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	65,1	34,9
do 49,99	100,0	45,6	54,4
50,00- 74,99	100,0	51,8	48,2
75,00- 99,99	100,0	72,4	27,6
100,00-149,99	100,0	85,6	14,4
150,00-199,99	100,0	88,9	11,1
200,00-250,00	100,0	89,7	10,3
250,01 i więcej	100,0	91,7	8,3
Przeciętny wskaźnik	81,41	90,86	63,77

Analiza danych zawartych w tabelach 12 i 13 pozwala na stwierdzenie, że najwięcej osób, bo 52,5 proc., wskazało do ustalenia podstawy wymiaru renty zarobki w wysokości od 50 do 100 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

Przełożenie wysokości wskaźnika wysokości podstawy wymiaru na wysokość rent odzwierciedlają dane ujęte w tabelach 14 i 15. Ich analiza prowadzi do jednoznacznego wniosku, iż im wyższy wskaźnik wysokości podstawy wymiaru (WWP), tym wyższa jest wysokość renty.

Tabela 14

Struktura wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy wypłacanych w 2012 roku
– stan na grudzień 2012 roku

Wysokość świadczenia w zł	Liczba osób w odsetkach			Średni WWP		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
OGÓLEM	100,0	100,0	100,0	81,41	90,86	63,77
650,00 i mniej	13,2	8,9	21,2	40,70	41,05	40,43
650,01– 700,00	4,2	3,3	5,9	62,71	64,93	60,38
700,01– 750,00	4,4	3,8	5,4	68,28	71,92	63,48
750,01– 800,00	15,6	12,5	21,2	49,62	52,96	46,05
800,01– 850,00	6,5	6,0	7,5	71,67	76,35	64,71
850,01– 900,00	6,2	6,0	6,6	76,11	80,81	68,24
900,01– 950,00	5,6	5,7	5,5	80,30	84,79	71,73
950,01–1000,00	5,0	5,3	4,5	83,73	87,86	74,69
1000,01–1100,00	8,6	9,6	6,7	89,12	93,23	78,26
1100,01–1200,00	6,8	8,0	4,5	95,82	99,50	83,77
1200,01–1300,00	5,2	6,4	3,1	102,09	105,18	90,17
1300,01–1400,00	4,1	5,1	2,1	108,07	110,88	95,72
1400,01–1500,00	3,2	4,1	1,5	114,82	117,28	102,36
1500,01–1600,00	2,5	3,2	1,1	120,09	121,98	109,61
1600,01–1700,00	1,9	2,5	0,8	126,65	128,12	117,54
1700,01–1800,00	1,5	2,0	0,6	132,76	133,85	125,99
1800,01–1900,00	1,2	1,6	0,4	138,85	139,42	134,88
1900,01–2000,00	0,9	1,2	0,3	145,07	145,27	143,59
2000,01–2100,00	0,7	1,0	0,3	150,25	149,83	153,30
2100,01–2200,00	0,6	0,8	0,2	155,62	155,01	160,40
2200,01–2300,00	0,4	0,6	0,1	160,87	159,78	169,82
2300,01–2400,00	0,3	0,5	0,1	166,32	165,10	175,60
2400,01–2500,00	0,3	0,4	0,1	173,72	172,24	185,02
2500,01–2600,00	0,2	0,3	0,1	181,62	180,61	189,93
2600,01–2700,00	0,2	0,2	0,1	187,16	184,89	201,17
2700,01–2800,00	0,1	0,2	0,0	193,09	190,50	211,07
2800,01–2900,00	0,1	0,2	0,0	198,08	195,70	214,42
2900,01–3000,00	0,1	0,1	0,0	202,52	200,39	217,66
3000,01 i więcej	0,4	0,5	0,1	219,42	218,54	227,16

Wykres 8

Struktura wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy wypłacanych w 2012 roku – stan na grudzień 2012 roku

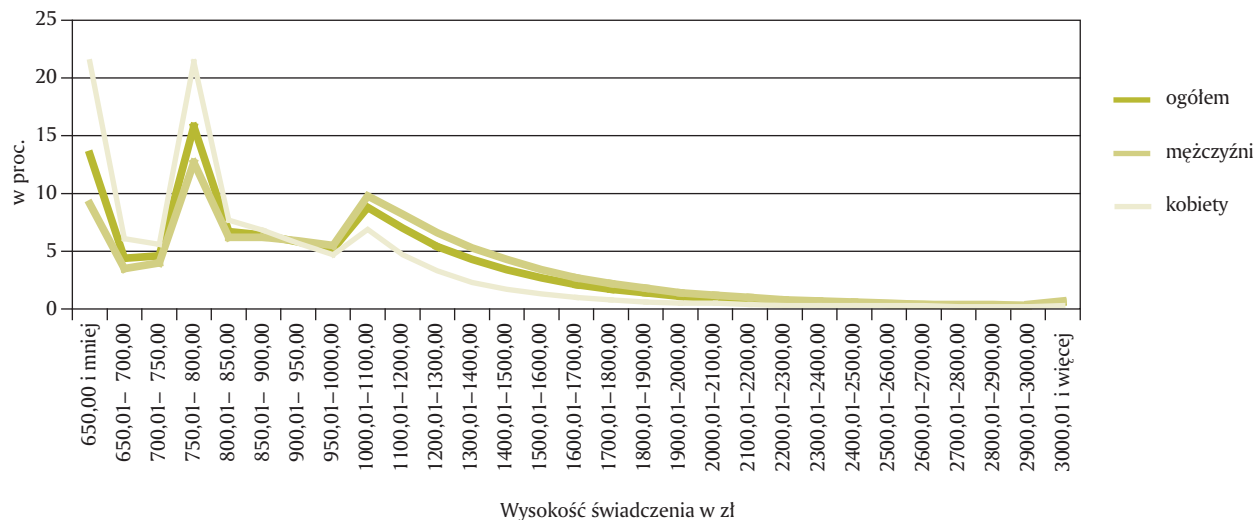


Tabela 15

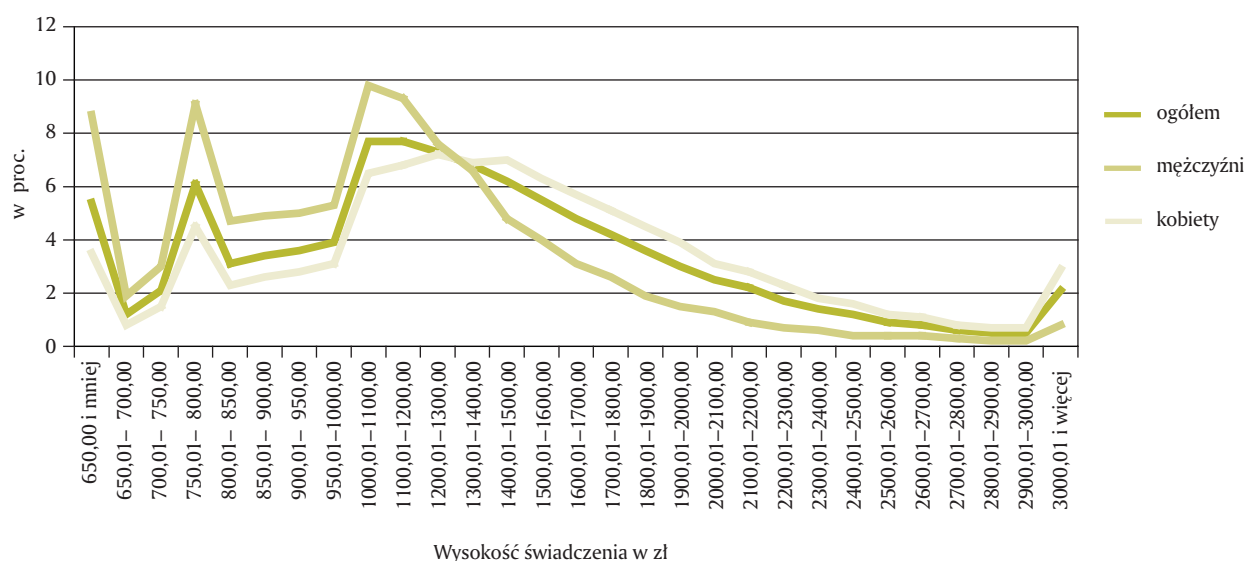
Struktura wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy przyznanych w 2012 roku – stan na grudzień 2012 roku

Wysokość świadczenia w zł	Liczba osób w odsetkach			Średni WWP		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
OGÓLEM	100,0	100,0	100,0	80,08	87,64	66,24
650,00 i mniej	5,4	3,5	8,7	20,76	20,65	20,84
650,01– 700,00	1,2	0,8	1,9	32,45	33,17	31,87
700,01– 750,00	2,1	1,5	3,0	36,72	37,64	35,87
750,01– 800,00	6,1	4,5	9,1	28,69	28,64	28,73
800,01– 850,00	3,1	2,3	4,7	44,66	45,27	44,12
850,01– 900,00	3,4	2,6	4,9	49,31	49,83	48,80
900,01– 950,00	3,6	2,8	5,0	52,15	52,77	51,50
950,01–1000,00	3,9	3,1	5,3	54,85	56,12	53,47
1000,01–1100,00	7,7	6,5	9,8	59,25	61,07	57,03
1100,01–1200,00	7,7	6,8	9,3	66,42	67,80	64,58
1200,01–1300,00	7,3	7,2	7,6	73,52	74,25	72,27
1300,01–1400,00	6,8	6,9	6,6	80,05	80,95	78,32
1400,01–1500,00	6,2	7,0	4,8	85,26	86,00	83,31
1500,01–1600,00	5,5	6,3	4,0	91,23	91,37	90,84
1600,01–1700,00	4,8	5,7	3,1	97,00	96,51	98,60
1700,01–1800,00	4,2	5,1	2,6	102,24	101,36	105,39
1800,01–1900,00	3,6	4,5	1,9	109,08	107,31	116,75
1900,01–2000,00	3,0	3,9	1,5	113,85	112,00	122,81
2000,01–2100,00	2,5	3,1	1,3	120,46	118,06	131,49
2100,01–2200,00	2,2	2,8	0,9	125,40	122,90	139,42
2200,01–2300,00	1,7	2,3	0,7	131,21	128,02	149,66
2300,01–2400,00	1,4	1,8	0,6	136,98	133,78	154,51
2400,01–2450,00	1,2	1,6	0,4	141,84	138,40	165,24

Wysokość świadczenia w zł	Liczba osób w odsetkach			Średni WWP		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
2500,01–2600,00	0,9	1,2	0,4	151,98	147,62	175,88
2600,01–2700,00	0,8	1,1	0,4	163,76	159,23	186,94
2700,01–2800,00	0,6	0,8	0,3	171,80	166,02	203,53
2800,01–2900,00	0,5	0,7	0,2	179,92	174,65	207,84
2900,01–3000,00	0,5	0,7	0,2	181,77	175,90	207,61
3000,01 i więcej	2,1	2,9	0,8	210,26	208,23	223,89

Wykres 9

Struktura wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy przyznanych w 2012 roku



Stopień niezdolności do pracy

Jak wspomniano na wstępie, prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy uzależnione jest od istnienia niezdolności do pracy.

Niezdolność do pracy może być częściowa lub całkowita.

Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.

Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Niezdolność do pracy może być trwała lub okresowa. Trwałą niezdolność do pracy orzeka się, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy, a okresową – jeżeli istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy.

Okresowa niezdolność do pracy jest orzekana na okres nie dłuższy niż 5 lat. Niezdolność do pracy może być orzeczona na dłużej niż 5 lat tylko wtedy, gdy według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

W przypadku gdy osobie ubezpieczonej brakuje mniej niż 5 lat do ukończenia obowiązującego – w zależności od daty urodzenia tej osoby – powszechnego wieku emerytalnego, lekarz orzecznik ZUS / komisja lekarska ZUS może orzec niezdolność do pracy na okres do osiągnięcia tego wieku, pod warunkiem, że osoba ta jest:

- uprawniona do renty z tytułu niezdolności do pracy, a prawo do tej renty istnieje przez okres co najmniej 5 lat poprzedzających dzień badania lekarskiego oraz
- nadal niezdolna do pracy.

Stopień niezdolności do pracy ma istotne znaczenie dla wysokości renty. Jak już wspomniano, renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy stanowi 75 proc. renty obliczonej dla całkowitej niezdolności do pracy. Z tego też względu wysokość tych świadczeń jest oczywiście niższa, co znajduje odzwierciedlenie w tabelach 16 i 17.

Tabela 16

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacanej przez ZUS według stażu i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Staż	Ogółem		Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji		Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy		Renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy					
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni				
	przeciętna miesięczna wysokość w zł											
Ogółem	1027,30	1105,06	883,60	1056,25	1117,09	948,26	1166,39	1259,15	1004,24	948,09	1022,53	805,51
4 lata i mniej	764,58	766,35	762,21	806,33	809,31	802,05	805,57	808,63	801,75	622,04	626,00	616,28
5–9	746,44	760,01	730,15	834,58	847,68	816,23	831,86	845,54	815,68	635,87	646,37	623,68
10–14	779,58	811,15	743,76	894,35	923,08	855,69	895,44	927,57	858,97	678,97	707,55	647,53
15–19	848,39	896,27	785,92	988,60	1024,42	928,36	995,24	1046,63	927,68	748,72	792,59	693,38
20–24	945,93	992,58	870,75	1110,00	1148,24	1038,77	1126,71	1176,21	1046,61	841,32	885,79	770,75
25–29	1080,15	1115,84	998,01	1287,27	1306,84	1231,94	1316,80	1347,73	1235,87	972,04	1004,31	902,21
30–34	1301,26	1327,79	1220,02	1575,56	1597,50	1504,64	1605,12	1630,39	1522,48	1175,07	1199,51	1102,22
35–39	1566,09	1585,97	1461,54	1908,31	1946,68	1751,61	1938,98	1964,08	1804,34	1410,04	1427,59	1317,09
40 lat i więcej	1867,82	1877,86	1592,60	2260,22	2299,99	1699,91	2289,89	2309,14	1862,44	1674,93	1682,74	1423,85

Tabela 17

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej w 2012 roku wypłacanej przez ZUS według wieku i płci świadczeniobiorców – stan na grudzień 2012 roku

Wiek w momencie badania	Ogółem		Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji		Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy		Renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy					
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni				
	przeciętna miesięczna wysokość w zł											
Ogółem	1400,43	1521,16	1179,82	1697,95	1809,60	1487,13	1643,13	1782,16	1381,29	1240,15	1349,11	1044,85
29 i mniej	774,62	779,91	764,01	899,70	897,16	908,59	877,11	878,64	874,17	671,34	676,89	660,77
30–34	827,64	843,35	807,15	1008,71	1015,45	997,60	946,96	968,11	921,33	720,73	735,73	700,64
35–39	915,29	949,37	876,53	1140,50	1177,41	1095,68	1072,47	1105,70	1032,15	811,94	841,05	780,14
40–44	1050,56	1120,19	978,95	1285,18	1334,21	1239,43	1236,04	1333,77	1140,10	923,50	986,40	856,43
45–49	1179,85	1268,36	1083,33	1458,40	1557,55	1346,86	1405,75	1517,60	1280,77	1041,04	1114,17	962,51
50–54	1364,84	1464,05	1247,19	1697,46	1780,11	1584,00	1622,38	1742,89	1480,98	1202,42	1290,43	1098,97
55–59	1580,46	1685,64	1376,65	1912,56	2026,63	1720,36	1878,68	1993,70	1639,91	1395,31	1491,28	1213,07
60–64	1822,36	1824,68	1054,13	2139,86	2151,60	1118,07	2108,43	2110,71	1297,17	1621,81	1623,50	831,89
65 i więcej	1042,34	1126,85	834,89	1134,09	1160,07	1069,13	1062,93	1139,88	909,02	982,89	1102,15	625,09

Kwota bazowa

Kwota bazowa stanowi 100 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pomniejszonego o potrącone od ubezpieczonych składki na ubezpieczenia społeczne, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w poprzednim roku kalendarzowym. Jest ustalana corocznie i obowiązuje od 1 marca każdego roku kalendarzowego do końca lutego następnego roku kalendarzowego.

Jak wskazano na stronie 6, 24 proc. kwoty bazowej (tzw. część socjalna renty), stanowi pierwszy element algorytmu obliczania wysokości renty. Dla świadczeń przyznawanych w tym samym okresie (od 1 marca do końca lutego następnego roku) część socjalna ustalana jest w jednakowej wysokości, a więc jest niezależna od zindywidualizowanych składników renty – stażu pracy i podstawy wymiaru.

Jedynie z uwagi na to, że renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy stanowi 75 proc. renty z tytułu całkowitej niezdolności, w wysokości tej renty część socjalna realnie wynosi 18 proc. kwoty bazowej.

Część socjalna renty ma tym większy udział w wysokości świadczenia, im niższa jest wysokość tego świadczenia. Udział⁵ tej części w wysokości rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy przyznanych w 2012 roku przedstawia tabela 18.

Analizy wpływu części socjalnej na wysokość renty można dokonać porównując wysokość renty z minimalnym, średnim i maksymalnym udowodnionym stażem pracy.

Wysokość renty z tytułu całkowitej niezdolności, przysługującej osobie, która udowodniła podany niżej staż pracy wynosi:

- poniżej 4 lat – 831,04 zł,
- w granicach 20–24 lata – 1244,30 zł,
- powyżej 40 lat – 2511,05 zł.

Wysokość tych rent po pomniejszeniu o część socjalną (tj. o 713,93 zł), to odpowiednio: 117,08 zł, 530,37 zł i 1797,12 zł.

Kwotowy wzrost świadczeń przy pięcio- i dziesięciokrotnym wzroście stażu pracy wynosi odpowiednio 413,26 zł i 1680,01 zł. Nominalnie wysokość świadczenia wzrasta zatem o 147,73 proc. i o 302,16 proc.

Jednak po pomniejszeniu o jednakową dla wszystkich (niezależnie od wymiaru okresów składkowych i nieskładkowych oraz podstawy wymiaru) część socjalną, stwierdzamy, że część zindywidualizowana, wypracowana przez ubezpieczonego, wzrasta: przy pięciokrotnym wzroście stażu pracy – 6-krotnie, a przy dziesięciokrotnym wzroście stażu pracy – ponad 15-krotnie.

Jak już wspomniano, kwota bazowa jest także istotnym elementem podstawy wymiaru renty.

Tabela 18

Udział części socjalnej w wysokości przeciętnej miesięcznej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy przyznanej w 2012 roku ze względu na staż pracy – stan na grudzień 2012 roku

Staż	Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji			Renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy			Renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy		
	wysokość ogółem	wysokość części socjalnej w zł	udział 2:1	wysokość ogółem	wysokość części socjalnej w zł	udział 5:4	wysokość ogółem	wysokość części socjalnej w zł	udział 8:7
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ogółem	1697,95	713,93	42,05	1643,13	713,93	43,45	1240,15	535,45	43,18
4 lata i mniej	849,37	713,93	84,05	831,04	713,93	85,91	653,24	535,45	81,97
5– 9	882,47	713,93	80,90	871,45	713,93	81,92	663,16	535,45	80,75
10–14	997,68	713,93	71,56	974,79	713,93	73,24	726,71	535,45	73,68
15–19	1176,45	713,93	60,69	1084,64	713,93	65,82	813,22	535,45	65,84
20–24	1267,92	713,93	56,31	1244,30	713,93	57,38	924,96	535,45	57,89
25–29	1470,19	713,93	48,56	1460,65	713,93	48,88	1068,90	535,45	50,09
30–34	1771,43	713,93	40,30	1751,00	713,93	40,77	1283,68	535,45	41,72
35–39	2137,06	713,93	33,41	2079,74	713,93	34,33	1551,37	535,45	34,51
40 lat i więcej	2513,17	713,93	28,41	2511,05	713,93	28,43	1881,81	535,45	28,45

⁵ Należy zaznaczyć, że przy ustalaniu tego udziału przyjęto kwotę bazową w wysokości obowiązującej od 1 marca 2012 roku, tj. 2974,69 zł. 24 proc. tej kwoty to 713,93 zł. W przypadku 2012 roku nie ma możliwości prostego ustalenia średniej dla całego roku. Część socjalna z okresu styczeń – luty 2012 roku (w wysokości według stanu na grudzień tego roku) musiałaby być obliczona jako 24 proc. poprzedniej kwoty bazowej z uwzględnieniem waloryzacji. W 2012 roku została przeprowadzona waloryzacja kwotowa, a więc kwota 71 zł została dodana do każdego świadczenia i w każdym w innym stopniu wzrosła jego część socjalna.

Tabela 19

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy z uwzględnieniem wieku i płci rencisty – stan na grudzień 2012 roku

Wiek	Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy w zł	
	wypłaconej w 2012 roku	przyznanej w 2012 roku
Ogółem	1027,30	1400,43
29 i mniej	748,54	774,62
30–34	766,93	827,64
35–39	784,07	915,29
40–44	826,35	1050,56
45–49	885,56	1179,85
50–54	976,25	1364,84
55–59	1059,92	1580,46
60–64	1198,35	1822,36
65 i więcej	1078,51	1042,34

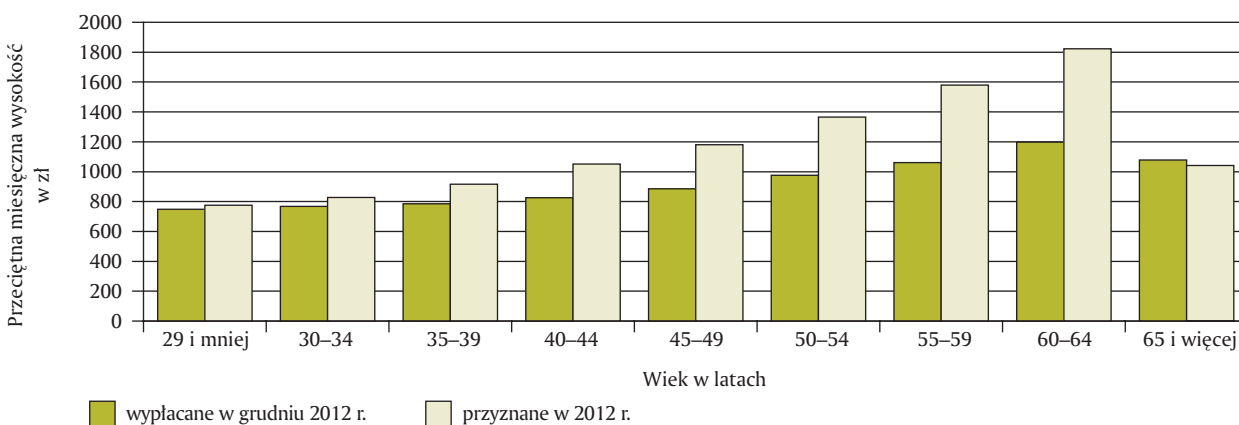
Analiza średniej wysokości rent w portfelu według stanu na grudzień 2012 roku i rent przyznanych w 2012 roku wyraźnie wskazuje, że wysokość nowo przyznanych rent jest wyższa. Jest to wynikiem tego, że kolejna kwota bazowa jest wyższa (jakkolwiek nie zawsze) od poprzedniej kwoty bazowej (po jej zwaloryzowaniu dla celów porównawczych).

Wysokość kwoty bazowej od 1999 roku

- Od 1 czerwca 1999 r. – 1327,44 zł
- Od 1 czerwca 2000 r. – 1540,20 zł
- Od 1 czerwca 2001 r. – 1683,27 zł
- Od 1 czerwca 2002 r. – 1775,89 zł
- Od 1 marca 2003 r. – 1862,62 zł
- Od 1 marca 2004 r. – 1829,24 zł
- Od 1 marca 2005 r. – 1903,03 zł
- Od 1 marca 2006 r. – 1977,20 zł
- Od 1 marca 2007 r. – 2059,92 zł
- Od 1 marca 2008 r. – 2275,37 zł
- Od 1 marca 2009 r. – 2578,26 zł
- Od 1 marca 2010 r. – 2716,71 zł
- Od 1 marca 2011 r. – 2822,66 zł
- Od 1 marca 2012 r. – 2974,69 zł
- Od 1 marca 2013 r. – 3080,84 zł

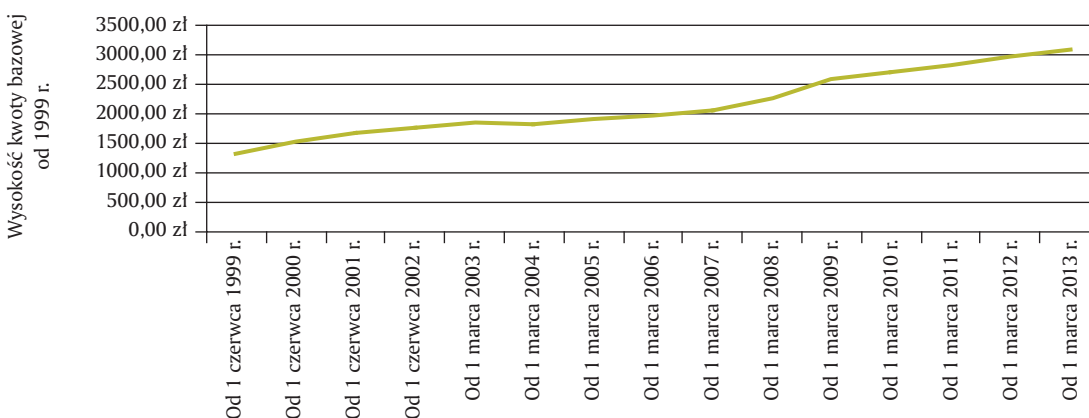
Wykres 10

Przeciętna miesięczna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy z uwzględnieniem wieku i płci rencisty



Wykres 11

Wysokość kwoty bazowej od 1999 roku



Wpływ kwoty bazowej na wysokość renty ze względu na datę jej przyznania ilustruje poniższy przykład.

Przykład

Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przyznana 56-letniemu ubezpieczonemu, legitymującemu się 30 latami okresów składkowych i 2 latami okresów nieskładkowych. Wskaźnik wysokości podstawy wymiaru wynosi 101,00 proc.

Przeanalizujemy wysokość tej renty na dzień 31 grudnia 2013 roku dla przypadków, gdy renta ta została przyznana: od 1 marca 2010 roku, od 1 marca 2012 roku oraz od 1 marca 2013 roku.

Wysokość renty przyznanej od 1 marca 2010 roku

Kwota bazowa obowiązująca w dacie przyznania wynosi 2716,71 zł; podstawa wymiaru renty – 2743,88 zł (2716,71 zł × 101,00 proc.).

Wysokość renty:

24 proc. kwoty bazowej – 652,01 zł

1,3 proc. × 30 lat składkowych × 2743,88 zł – 1070,11 zł

0,7 proc. × 2 lata nieskładkowe × 2743,88 zł – 38,41 zł.

Razem: 1760,53 zł.

Waloryzacje:

■ *od 1 marca 2011 roku, wskaźnik waloryzacji 103,1 proc., wysokość renty – 1815,11 zł,*

■ *od 1 marca 2012 roku, renta podwyższona o 71 zł (waloryzacja kwotowa), wysokość renty – 1886,11 zł,*

■ *od 1 marca 2013 roku, wskaźnik waloryzacji 104,00 proc., wysokość renty – 1961,55 zł.*

Na dzień 31 grudnia 2013 roku renta wynosi 1961,55 zł.

Wysokość renty przyznanej od 1 marca 2012 roku

Kwota bazowa obowiązująca w dacie przyznania wynosi 2974,69 zł; podstawa wymiaru renty – 3004,44 zł (2974,69 zł × 101,00 proc.).

Wysokość renty:

24 proc. kwoty bazowej – 713,93 zł

1,3 proc. × 30 lat składkowych × 3004,44 zł – 1171,73 zł

0,7 proc. × 2 lata nieskładkowe × 3004,44 zł – 42,06 zł.

Razem: 1927,72 zł.

Waloryzacja: od 1 marca 2013 roku, wskaźnik waloryzacji 104,00 proc., wysokość renty – 2004,83 zł.

Na dzień 31 grudnia 2013 roku renta wynosi 2004,83 zł.

Wysokość renty przyznanej od 1 marca 2013 roku

Kwota bazowa obowiązująca w dacie przyznania wynosi 3080,84 zł; podstawa wymiaru renty – 3111,65 zł (3080,84 zł × 101,00 proc.).

Wysokość renty:

24 proc. kwoty bazowej – 739,40 zł

1,3 proc. × 30 lat składkowych × 3111,65 zł – 1213,54 zł

0,7 proc. × 2 lata nieskładkowe × 3111,65 zł – 43,56 zł.

Razem: 1996,50 zł.

Na dzień 31 grudnia 2013 roku renta wynosi 1996,50 zł.

W przedstawionym przykładzie obliczona została wysokość renty przyznanej w 3 latach, z uwzględnieniem tych samych parametrów (staż pracy i wskaźnik wysokości podstawy wymiaru). Z uwagi na datę przyznania każda z tych rent została obliczona przy zastosowaniu innej kwoty bazowej.

Renta przyznana w 2010 roku (według stanu na dzień 31 grudnia 2013 roku) jest niższa od renty przyznanej w 2012 i 2013 roku – odpowiednio o 43,28 i o 34,95 zł. Z kolei renta przyznana od 1 marca 2013 roku jest o 8,33 zł niższa od renty przyznanej od 1 marca 2012 roku i zwaloryzowanej w marcu 2013 roku.

Zmiany te są spowodowane zmianami w wysokości kwoty bazowej. Kwota bazowa obowiązująca od 1 marca 2012 roku jest i nominalnie, i relatywnie wyższa od kwoty bazowej z 2010 roku.

Z kolei kwota bazowa obowiązująca od 1 marca 2013 roku jest nominalnie wyższa od poprzedniej kwoty, natomiast realnie wartość tej kwoty jest niższa. Sprawdzenie realnej wartości jest możliwe poprzez nałożenie na kwotę bazową obowiązującą od 1 marca 2012 roku wskaźnika waloryzacji 104 proc. Z uwzględnieniem „waloryzacji” kwota bazowa z okresu od 1 marca 2012 roku do 28 lutego 2013 roku wynosi 3093,68 zł (2974,69 zł × 104 proc.), a więc jest nieznacznie wyższa od kwoty bazowej obowiązującej od 1 marca 2013 roku (3080,84 zł).

Podsumowanie

W przedstawionym materiale poddano analizie kryteria decydujące o wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy.

Celem tej analizy była próba uzyskania odpowiedzi na pytanie, jakie elementy i w jaki sposób kształtują wysokość renty. Nie odniesiono się natomiast do kwestii, dlaczego elementy te przybierają określoną wartość oraz dlaczego obserwujemy istotne zmiany tej wartości, a także co kształtuje te wartości.

Dla określenia miejsca rent z tytułu niezdolności do pracy w systemie ubezpieczeniowym, konieczna jest dalsza, pogłębiona analiza, dotycząca w szczególności:

- zmiany liczby rent ustalanych w najniższej wysokości,
- znacznego wydłużenia stażu ubezpieczeniowego, jakim legitymują się osoby uprawnione do renty,
- zmiany liczby przyznawanych rent w ujęciu ogólnym oraz z podziałem na stopień niezdolności do pracy, także z uwzględnieniem aspektu orzeczniczego i socjologicznego (wiek, miejsce zamieszkania, staż pracy itd.),
- wydłużenia wieku, w jakim następuje nabycie uprawnień rentowych (w aspekcie orzeczniczym i wygaśnięcia uprawnień do wcześniejszych emerytur

w powiązaniu ze wzrostem liczby osób uprawnionych do świadczeń przedemerytalnych),

- relacji między orzeczeniem o częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy oraz całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, a zatrudnieniem osób uprawnionych do renty,
- analizy porównawczej z emeryturami, z uwzględnieniem świadczeń ustalanych według dotychczasowych i zreformowanych zasad.

Analiza danych związanych z liczbą i wysokością przyznanych świadczeń wskazuje na znaczne różnice wynikające z płci osoby uprawnionej do renty. Nie ulega wątpliwości, że przyczyny tego zjawiska są pozaubezpieczeniowe, jednak jego skala powoduje, że choćby na najwyższym stopniu ogólności zasadna jest jego analiza, szczególnie że opisując rentę posługujemy się parametrami uśrednionymi, podczas gdy rzeczywisty obraz świadczenia, pomijając parametry obiektywne, jednakowe dla wszystkich, w ostateczności determinuje także płeć osoby uprawnionej do renty.

Czynniki kształtujące wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy można zapewne analizować w oparciu o różne kryteria. W materiale oparliśmy się przede wszystkim na czynnikach wynikających z algorytmu obliczania wysokości renty, dodatkowo wzbogaconych o wiek ubezpieczonego, przy czym analiza rent była dokonywana z uwzględnieniem podziału na czynniki indywidualne oraz obiektywne. Czynniki indywidualne związane są bezpośrednio z ubezpieczonym i od niego zależne; za czynniki obiektywne przyjęto te, które są niezależne od ubezpieczonego.

Do czynników zindywidualizowanych należy zaliczyć staż pracy i wysokość wynagrodzenia, przekładającą się na wysokość podstawy wymiaru renty. Z kolei za czynnik obiektywny należy uznać kwotę bazową, która jest uzależniona od daty nabycia uprawnień. Dla porządku należy dodać, że w analizie pominięto niezmiernie rzadkie przypadki, w których o kwocie bazowej decyduje data nabycia uprawnień do wcześniej przyznanego świadczenia, którego zwaloryzowana podstawa wymiaru stanowi podstawę wymiaru renty.

Analiza wysokości rent z uwzględnieniem zindywidualizowanych czynników bezspornie wskazuje, że im dłuższy staż pracy i wyższe zarobki, tym wyższa jest wysokość renty. Czynniki te były rozpatrywane odrębnie, bowiem całościowa ich analiza możliwa byłaby wyłącznie na podstawie danych uśrednionych, które w tym przypadku nie odzwierciedlały stanu rzeczywistego.

Wskazane czynniki nierozzerwalnie są powiązane z wiekiem osoby uprawnionej do renty.

Wysokość renty wzrasta wraz z wiekiem osób, które nabywają prawo do tego świadczenia (tabele 6 i 7). Wiąże się to nierozzerwalnie ze wzrastającym wraz z wiekiem wymiarem udowodnionych okresów składkowych i nieskładkowych oraz z wysokością zarobków.

Jak wskazano na podstawie badanych liczb, ilustrujących wysokość renty ze względu na staż, wysokość ta może być analizowana poprzez uwzględnienie pełnej wysokości renty lub też renty w wysokości uwzględniającej wyłącznie czynniki zindywidualizowane. Dane zawarte w tabeli 11 jednoznacznie wskazują, że pełna wysokość renty średnio wzrasta nawet trzykrotnie w przypadku wydłużenia stażu z okresu krótszego niż 4 lata do okresu dłuższego niż 40 lat. Natomiast jeśli poddamy ocenie wysokość renty, pomijając element wspólny, jednakowy dla wszystkich świadczeń przyznawanych w tym samym okresie, a więc część socjalną (24 proc. kwoty bazowej), wysokość świadczeń wzrasta nawet 30-krotnie. Analiza tych danych (tabele 18 i 19) pokazuje wpływ kwoty bazowej (czynnik obiektywny) na wysokość renty.

Kwota bazowa znacząco wpływa na wysokość renty nie tylko poprzez to, że część socjalna stanowi znaczący udział w wysokości renty (tabela 18), ale także z uwagi na jej wpływ na wysokość renty z uwagi na jej datę przyznania.

W tym miejscu dochodzimy do kryterium obiektywnego i jego wpływu na ostateczną wysokość renty, omówionego w końcowej części opracowania. Nie kwestionując bezspornego wpływu stażu pracy i wysokości przychodu uwzględnionego przy obliczaniu podstawy wymiaru, należy podkreślić, że o wysokości świadczenia w znacznej mierze decyduje kwota bazowa obowiązująca w dniu jego przyznawania (ewentualnie przeliczania wysokości renty w oparciu o art. 110 ustawy emerytalnej).

Renta obliczona przy udziale identycznych składników (staż pracy i zarobki), zostanie ustalona w wysokości ostatecznie zależnej od kwoty bazowej, jaka obowiązywała w dniu jej przyznania, a która została zastosowana do obliczenia części socjalnej i podstawy wymiaru.

Niezależnie jednak od tego, w jakiej konfiguracji będą analizowane poszczególne czynniki kształtujące wysokość renty, bezspornie jej wysokość uzależniona jest od stażu i zarobków ubezpieczonego oraz od kwoty bazowej zastosowanej do obliczenia jej wysokości. ■

Rafał Bakalarczyk

Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski

System pomocy osobom niesamodzielnym i ich opiekunom w Czechach

Niniejszy artykuł przybliży czytelnikom czeski system opieki długoterminowej (w numerze 1/2014 dwumiesięcznika omówiono rozwiązania w tym zakresie przyjęte w Szwecji, zaś w numerze 2/2014 – w Niemczech). Czechy to kraj o nieco podobnych do Polski uwarunkowaniach historycznych i społeczno-ekonomicznych, a przede wszystkim podlegający tym samym procesom demograficznym. Warto zatem zbadać, na ile podobny jest sposób odpowiedzi – przez czeski system zabezpieczenia społecznego – na proces starzenia się społeczeństwa i związany z tym wzrost udziału w populacji osób niesamodzielnym, wymagających długoterminowej opieki.

Czechy zalicza się do krajów o postkomunistycznym modelu polityki społecznej, aczkolwiek wielu badaczy przychyli się do tezy, że model ten jeszcze nie do końca się wykrystalizował, a ponadto nie jest jednorodny. Między poszczególnymi krajami regionu występują różnice, zarówno jeśli chodzi o stosowane rozwiązania, jak i rezultaty dla zabezpieczenia społecznego obywateli i struktury społecznej. Na przykład Czechy mają dalece niższy wskaźnik ubóstwa (i absolutnego, i względnego), jak i niższy poziom nierówności dochodowych pomiędzy obywatelami niż to ma miejsce w Polsce. Czy również na polu opieki długoterminowej i wsparcia dla osób niesamodzielnym, w tym seniorów, zachodzą istotne różnice, czy też więcej można dostrzec podobieństw?

Podstawowe informacje na porównawczym tle

Ogólnie w literaturze przedmiotu na temat opieki długoterminowej w krajach regionu postkomunistycznego (która to literatura, zwłaszcza w ujęciu porównawczym, przez dekady pozostawała dość skromna) wskazuje się na pewien rys wspólny z krajami śródziemnomorskimi – mianowicie

opomoc w zaspokajaniu potrzeb związanych z opieką długoterminową pozostaje głównie odpowiedzialnością rodziny, zaś dotychczasową politykę w tym obszarze cechuje słaby rozwój infrastruktury wsparcia, rozproszenie świadczeń i rozwiązania bardziej w duchu pomocy społecznej niż zaopatrzenia czy ubezpieczenia¹. Aczkolwiek kraje te stoją przed wyzwaniem zmian w omawianym zakresie i poszczególnie z nich, jak Czechy i Polska, prowadzą w ostatnich latach żywą debatę na temat całościowych przemian systemu (przykładem jest choćby rodzima dyskusja wokół projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym²), która może owocować znaczącymi reformami.

Patrząc na stosowane w raportach porównawczych typologie systemów opieki długoterminowej, widzimy, że Czechy nie zawsze są zaliczane do tej samej kategorii co Polska i np. Węgry. Na przykład w jednej z typologii opracowanej w ramach projektu ANCIEN zaliczone są (wraz z Bułgarią, Estonią i Słowacją) do krajów o niskiej hojności systemu (mierzoną udziałem w PKB publicznych wydatków na opiekę długoterminową i obecnością zjawiska współpłacenia) oraz względnej przyjazności systemu (na co składają się takie czynniki, jak obecność testu dochodów, zasady nabywania uprawnień do opieki, dostęp

¹ *Long-term care in Central and South-Eastern Europe. Challenges and perspectives in Addressing a New Social Risk*, "Social Policy & Administration" 2010, Vol. 44, No. 4, s. 462.

² Projekt ten został omówiony na łamach „Ubezpieczeń Społecznych”, w numerach 5, 6 i 7/8 z 2013 roku.

do świadczeń pieniężnych, zakres usług do wyboru przez odbiorcę, gwarancje jakości i koordynacja opieki). Polska w tej typologii (wraz z Węgrami, Litwą i Rumunią) jest w grupie krajów o niskiej hojności i jednocześnie niskiej przyjazności systemu dla osób niesamodzielnych³.

Inna z opracowanych w ramach projektu ANCIEN typologii sytuuje Czechy wśród krajów takich jak Słowacja, Belgia i Niemcy, w grupie nazwanej „zorientowane na opiekę nieformalną, z niewielkim finansowaniem prywatnym”, którą cechują dość niskie wydatki, w tym niski udział środków prywatnych, wysoki udział opieki nieformalnej przy jednoczesnym wysokim poziomie wsparcia opiekunów nieformalnych (choć same zasilki pieniężne pozostają w tej grupie krajów dość skromne)⁴.

Typologie i klasyfikacje w ramach poszczególnych państw bywają dość umowne, ale też dają pewne wyobrażenie o cechach danego systemu krajowego na tle porównawczym.

Łączne publiczne wydatki na opiekę długoterminową w Czechach oscylują wokół 1 proc. PKB (w tym około 0,2 proc. w ramach służby zdrowia), choć trudno w tym względzie o precyzję, także z uwagi na rozproszenie świadczeń w różnych segmentach zabezpieczenia społecznego, a mówiąc ściślej – rozdział między opieką sprawowaną w ramach sektora zdrowotnego i systemu pomocy społecznej. Duży ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi spoczywa jednak na barkach rodziny i sektora nieformalnego (którego udział w jej świadczeniu sięga, według różnych szacunków, od 70 do 80 proc.)⁵. Cechy te – to jest niskie nakłady, duży udział rodziny i podział na część zdrowotną i socjalną – zbliżają czeskie rozwiązania do tych znanych z Polski, choć poszczególne cechy mają inne natężenie i praktyczny kształt. Dla przykładu: w Polsce udział rodziny wydaje się jeszcze większy, a z kolei nakłady publiczne

– opierając się na cytowanym już opracowaniu OECD⁶ – niższe. Różnice jednak stają się dopiero wyraźne, gdy przyjrzymy się instytucjom i formom wsparcia oraz regulacjom, na podstawie których one funkcjonują.

W dalszej części artykułu zostaną przedstawione uwarunkowania demograficzne oraz ramy prawne, finansowe i organizacyjne czeskiego systemu opieki długoterminowej. Zostanie dokonany przegląd istniejących form wsparcia opiekuńczego, z uwzględnieniem zarówno świadczeń instytucjonalnych, domowych, pieniężnych, jak i innych działań na rzecz opiekunów nieformalnych.

Kolejna część pracy będzie próbą zestawienia niektórych czeskich rozwiązań, a konkretnie wsparcia pieniężnego osób niesamodzielnych i ich opiekunów, z rozwiązaniami stosowanymi w Polsce (które, dodajmy, były w ostatnich latach przedmiotem zmian prawnych, a w marcu bieżącego roku – także burzliwych protestów społecznych). Autor zastanowi się także, do jakiego stopnia czeska reforma świadczeń pieniężnych, idąca w kierunku przypisania świadczenia podopiecznemu a nie opiekunowi, może być inspiracją dla reform w Polsce.

W końcowej części pracy zostaną ukazane główne kierunki polityki opieki długoterminowej w ostatnich latach oraz wyzwania, jakie wciąż przed nią stoją. Całość zwięźczą wnioski.

Uwarunkowania demograficzne

Czechy są społeczeństwem starzejącym się. Obecnie około 15 proc. populacji stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym (65+), z czego 3,4 proc. przekroczyło 80 lat (a w tej grupie niesamodzielność jest najbardziej powszechna).

Tabela 1

Prognozy demograficzne dotyczące długości życia oraz udziału osób starszych w społeczeństwie czeskim

	2007/ 2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Przewidywana dalsza długość życia dla mężczyzn w wieku 65 lat (w latach)	14,7	15,0	16,2	17,4	18,6	19,7	20,8
Przewidywana dalsza długość życia dla kobiet w wieku 65 lat (w latach)	18,1	18,3	19,5	20,7	21,9	23,0	24,1
Udział osób w wieku 65+ w populacji (w proc.)	14,4	15,4	20,2	22,9	26,3	30,9	33,4
Udział osób w wieku 80+ w populacji (w proc.)	3,3	3,8	4,1	6,6	8,4	9,3	13,4
Wskaźnik obciążenia demograficznego (w proc.)	20,0	22,0	31,0	36,0	43,0	55,0	61,0

Źródło: A. Sowa, The long-term system for the elderly in the Czech Republic, "Enerpi Research Report" 2010, No. 72.

³ M. Kraus, T. Cypionka, M. Riedel, E. Mot, P. Willemé, *How European Nations Care for Their Elderly: A new typology of long-term care systems*, projekt ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), "Enepri Policy Brief" 2011, No. 7, s. 2–3.

⁴ *Long-Term Care in Czech Republic [w:] Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD, 2011.

⁵ Tamże.

⁶ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.

Prognozy demograficzne wskazują (patrz: tabela 1), że liczba osób w wieku produkcyjnym (a jeszcze szybciej w wieku sędziwym) będzie rosła w stosunku do liczby osób w wieku produkcyjnym, co zwiększa wskaźnik obciążenia demograficznego. Tempo przyrostu najstarszych grup wiekowych w przeciągu nadchodzącego półwiecza jest dynamiczne. Do 2060 roku liczba seniorów ma wzrosnąć o ponad 200 proc., a osób sędziwych – aż o 400 proc.! Wiąże się to z wydłużaniem wieku życia, z konsekwencjami fali wyżów i niżów, i wreszcie z niewysokim w regionie pokomunistycznym przyrostem naturalnym, co oznacza niewielki przyrost młodszych pokoleń.

Sygnalizowana zmiana proporcji w populacji ma wiele konsekwencji – od trudności w finansowaniu całego systemu zabezpieczenia społecznego, negatywny wpływ na rynek pracy, po coraz trudniejsze zapewnienie opieki osobom sędziwym w ramach więzi rodzinnych. Stawia to pod znakiem zapytania możliwość utrzymania dotychczasowego modelu opieki, w którym filarem jest opieka rodzinna (wskaźnik udziału osób młodych w społeczeństwie będzie mniejszy, a do tego może dochodzić jeszcze nacisk na utrzymanie jak największej liczby osób na rynku pracy). Wydaje się to powodem do rozbudowy i usprawnienia systemu zewnętrznych usług wspierających opiekę rodzinną, przy jednoczesnym dążeniu do tego, by niesamodzielność osoby bliskiej jak najmniej rzutowała na status na rynku pracy drugiej osoby.

Kwalifikowanie do świadczeń

Dostęp do świadczeń w naturze – zarówno tych w ramach instytucji, jak i dostarczanych w otoczeniu domowym – opiera się na zasadzie obywatelstwa socjalnego i bazuje na diagnozie potrzeb dokonywanej przez pracownika socjalnego.

Możliwość uzyskania wsparcia pieniężnego jest zróżnicowana ze względu na potwierdzony przez lekarza poziom niesamodzielności jednostki, na podstawie którego określa się wysokość zasiłku. Zasiłek jest dedykowany wszystkim osobom, które nie są samowystarczalne i wymagają pomocy osób trzecich w zakresie czynności życia codziennego (*ADL – activities of daily living*).

Czeska ustawa o świadczeniach socjalnych z 2006 roku wyróżnia cztery poziomy niesamodzielności⁷:

- lekka zależność od wsparcia w zakresie ADL – niezdolność do wykonywania 12 z 36 czynności w przypadku osób dorosłych i 5 z 36 czynności w przypadku dzieci,
- średnia zależność od wsparcia w zakresie ADL – niezdolność do wykonywania 18 z 36 czynności w przypadku osób dorosłych i 10 z 36 czynności w przypadku dzieci,

- głęboka zależność od wsparcia w zakresie ADL – niezdolność do wykonania 24 z 36 czynności w przypadku osób dorosłych i 15 z 36 czynności w przypadku dzieci,
- bardzo ciężka zależność od wsparcia w zakresie ADL – niezdolność do wykonania 30 z 36 czynności w przypadku osób dorosłych i 20 z 36 czynności w przypadku dzieci.

Organizacja i finansowanie opieki w Czechach

Wśród osób w wieku poprodukcyjnym zaledwie 1,8 proc. korzysta z opieki instytucjonalnej, zaś 11,4 proc. z opieki świadczonej w domu⁸. Oznacza to, że opieka długoterminowa nad niesamodzielnyimi osobami starszymi jest silnie zdeinstytucjonalizowana, co koresponduje ze współcześnie promowanymi wytycznymi odnośnie rozwoju opieki nad osobami zależnymi.

Przed omówieniem systemu wsparcia (a konkretnie wsparcia pieniężnego, usługowego, instytucjonalnego i wsparcia opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH) warto przyrzeć się strukturze instytucjonalnej i organizacyjnej systemu opieki.

Jak już powiedziano, opieka długoterminowa jest świadczona przez bliskich i niefORMALNYCH opiekunów w ramach społeczności lokalnej, przez służby socjalne podlegające Ministerstwu Pracy i Spraw Socjalnych oraz służby medyczne podległe Ministerstwu Zdrowia. Ów dualizm medyczno-socjalny z jednej strony i formalno-niefORMALNY z drugiej strony jest znamieny dla wielu systemów krajowych, a zwłaszcza dla krajów omawianego regionu, co ilustrują choćby analogie z Polską.

Jeśli chodzi o finansowanie świadczeń opieki długoterminowej, przebiega ono na innych zasadach w systemach socjalnym i zdrowotnym.

W sektorze zdrowotnym świadczenia są przede wszystkim opłacane z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, aczkolwiek od 2008 roku wprowadzono współpłacność za usługi zdrowotne, podczas gdy wcześniej pobieranie środków z kieszeni pacjenta było nielegalne.

Jeśli chodzi o sektor socjalny, struktura finansowania jest złożona. Składają na nią: środki pochodzące z budżetu centralnego (administrowane i rozdzielane następnie przez władze lokalne), środki własne samorządów regionalnych i lokalnych, pieniądze wpłacane przez klientów usług społecznych i (w niewielkim stopniu) środki z ubezpieczenia zdrowotnego.

Według danych czeskiego Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych w 2009 roku około 30 proc. struktury nakładów na podległą mu część systemu opieki

⁷ A. Sowa, *The long-term system for the elderly in the Czech Republic*, "Enerpi Research Report" 2010, No. 72, s. 3.

⁸ Patrz przypis 3.

długoterminowej stanowiły wydatki budżetowe, około 25 proc. – środki samorządów, 35 proc. – wkład adresatów opieki; środki z funduszu ubezpieczenia zdrowotnego odgrywały niewielką rolę – ich udział wynosił tylko około 3 proc. Współpłacenie za różne formy usług świadczonych na podstawie ustawy o świadczeniach socjalnych podlega limitowaniu – nie może przekroczyć 85 proc. indywidualnego dochodu⁹.

Mieszana jest także międzysektorowa struktura podmiotów dostarczających socjalne usługi opiekuńcze. Przede wszystkim dostarczają je gminy (40 proc.) i organizacje pozarządowe (38 proc.), w mniejszym stopniu władze regionalne (19 proc). Mały jest natomiast udział sektora prywatnego (około 3 proc.)¹⁰. Ustawa o świadczeniach socjalnych tworzy ramy dla wielosektorowości w polityce opieki długoterminowej, gdyż niepubliczne podmioty mogą konkurować o kontrakty z władzami publicznymi na świadczenie usług opiekuńczych.

Rozbicie międzyresortowe i międzysektorowe opieki długoterminowej utrudnia monitoring i kontrolę standardów jej jakości. W tej materii wydaje się, że wiele jest jeszcze do zrobienia (o czym przypominają niejednokrotne doniesienia medialne na temat niewłaściwie świadczonej opieki nad seniorami). O wypracowanie i kontrolę przestrzegania standardów jest póki co trudno, z uwagi na to, że opieka długoterminowa podlega pod różne ministerstwa, mające osobne służby i narzędzia kontroli, a podległe tym ministerstwom instytucje działają na gruncie innych przepisów.

Instytucje i formy wsparcia opiekuńczego

Przegląd form wsparcia z tytułu opieki długoterminowej w Czechach zawiera tabela 2.

Tabela 2

Formy wsparcia z tytułu opieki długoterminowej w Czechach

Segment zabezpieczenia społecznego	Opieka w otoczeniu instytucjonalnym	Opieka w otoczeniu domowym	
		świadczenia pieniężne	świadczenia w naturze
System opieki zdrowotnej	– opieka poszpitalna (rehabilitacja i pielęgnacja) w oddziałach szpitalnych i wyspecjalizowanych instytucjach	–	– domowa opieka pielęgnarska
System socjalny	– domy seniora – dzienne/tygodniowe centra opieki	– świadczenia pieniężne dla osoby wymagającej pomocy w związku z niesamodzielnością	– osobiste usługi i opieka środowiskowa w domu (posiłki, zakupy, pranie etc.)

Źródło: A. Sowa, 2010.

⁹ A. Sowa, *The long-term system...*, op.cit., s. 7.

¹⁰ Tamże, s. 6.

Na pierwszy rzut oka katalog form wsparcia podanych w tabeli 2 wydaje się podobny do tego, jaki występuje w Polsce.

W polskich placówkach służby zdrowia (a konkretnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych) świadczona jest opieka długoterminowa, dla osób które odbyły hospitalizację, ale nie są wciąż na tyle sprawne by wrócić do domu. Ponadto – za pośrednictwem środków Narodowego Funduszu Zdrowia – świadczone są usługi pielęgniarki opieki długoterminowej. Także w sektorze socjalnym mamy zarówno formy wsparcia instytucjonalnego (domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy społecznej), usługi opiekuńcze i specjalne usługi opiekuńcze, świadczone też w miejscu zamieszkania, a ponadto formy wsparcia pieniężnego, aczkolwiek adresowane nieco inaczej niż w Czechach.

W Polsce świadczenia pieniężne (patrz tabele 5 i 6) są kierowane zarówno do samej osoby niesamodzielnej, jak i do opiekuna (w wyższej kwocie, ale dostępne pod określonymi warunkami: całkowita rezygnacja z pracy, obowiązek alimentacyjny, dla części osób kryterium dochodowe). W Czechach wsparcie pieniężne jest kierowane tylko do osoby niesamodzielnej, która jednak może z niego wynagrodzić zarówno spokrewnioną osobę bliską, jak i niespokrewnioną, o ile świadczy wobec niej opiekę. To, wydaje się, stanowi dość istotną różnicę między obydwojma systemami.

Czy istnieją inne różnice między stosowanymi rozwiązaniami, i czy dotyczą także wsparcia o charakterze usługowym? Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy dokonać nieco dokładniejszego przeglądu instytucji i form wsparcia obecnych w czeskim systemie opieki długoterminowej.

Opieka formalna

W ramach sektora formalnego istnieją instrumenty stosowane zarówno w placówkach stałego i całodobowego pobytu (domy opieki długoterminowej, domy seniora), w placówkach półstacjonarnych (centra dziennej i tygodniowej opieki), jak i w otoczeniu domowym w ramach usług opiekuńczych. Sektor opieki formalnej jest więc złożony, jeśli chodzi o miejsce i formę dostarczania świadczeń.

Opieka stacjonarna

Domy opieki długoterminowej (w ramach sektora zdrowotnego) świadczą całodobową opiekę osobom chorym przewlekle i głęboko niepełnosprawnym, wymagającym rehabilitacji i pielęgnacji ze strony osób trzecich. W latach 1996–2008 liczba placówek tego typu była dosyć stabilna i wahała się od 71 w 1996 roku do 70 w 2008 roku (rekordowo duża była w 2002 roku, kiedy wynosiła 80).

Mimo względnie stałej liczby placówek w wymienionym okresie, istotnie zwiększyła się łączna liczba łóżek – z 6151 w 1996 roku do 7194 w 2008 roku, a więc o 16 proc. Jeszcze większa była dynamika liczby personelu. Jeśli chodzi o lekarzy ich liczba wzrosła o 77 proc. (z 212 do 375), a jeśli chodzi o paramedycznych pracowników tych instytucji – o 20 proc. (z 1681 do 2010)¹¹. Domy opieki zwiększyły więc swe zagęszczenie, co niekoniecznie wydaje się korzystne dla pacjentów (dla których bardziej przyjazne są mniejsze placówki), ale wzrost liczby obsługującego ich personelu daje szansę na lepszą, bardziej zindywidualizowaną obsługę.

Kilkakrotnie liczniejsze są domy stałego pobytu dla seniora (w ramach systemu usług socjalnych). W 2006 roku było ich 390, z łączną liczbą 38 672 łóżek. Liczba ta nie pokrywała wystarczająco zapotrzebowania, a co roku wiele osób uzyskiwało decyzje w sprawie skierowania ich do tego typu placówek. Także okres oczekiwania okazał się długi. Z opracowania¹² przygotowanego przez Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych wynika, że okres oczekiwania waha się od kilku miesięcy do kilku lat – w zależności od regionu. Duża dysproporcja, jeśli chodzi o dostęp do domu stałego pobytu, istnieje pomiędzy terenami wiejskimi i miejskimi.

Półstacjonarna opieka

Półstacjonarna opieka jest dostarczana w ramach dziennych oraz tygodniowych centrów opieki.

Placówki te formalnie zostały wprowadzone wraz z ustawą o świadczeniach socjalnych z 2006 roku, choć

już wcześniej funkcjonowały jako domy pobytu dla seniorów. Zapewniają opiekę w czasie tygodnia, głównie w postaci posiłków, i włączają poprzez specjalne programy osoby starsze w życie społeczności. W skali kraju dostęp do nich jest niewystarczający.

Zgodnie z literą prawa wymienione placówki powinny także pełnić funkcje tzw. opieki wytchnieniowej, czyli opieki zastępczej dla osoby niesamodzielnej, której opiekun przez kilka dni jest nieobecny (np. w związku z wyjazdem, leczeniem etc.). W tym sensie centra opieki mogą być postrzegane jako tyleż forma opieki półstacjonarnej, co instrument wsparcia dla opiekunów nieformalnych. W praktyce są one często krytykowane za niewłaściwą opiekę lub niewystarczający zakres aktywności. Należy dodać, że w ostatnich latach powstały dodatkowe centra dla osób o szczególnych, zwiększonych potrzebach, np. w związku z demencją.

Dane z 2008 roku wskazują, że centra dziennej opieki świadczyły wsparcie łącznie dla około 36 000 osób, zaś centra opieki tygodniowej – dla około 1300 osób¹³.

Usługi opiekuńcze w warunkach domowych

Opieka domowa odnosi się do dwóch rodzajów usług: opieki domowej i domowej opieki pielęgniarstwa. Pierwszy typ świadczeń obejmuje usługi opieki osobistej i usługi domowej, takie jak ubieranie, mycie, zakupy, transport, dostarczanie posiłków. Z kolei opieka pielęgniarstwa, integrująca wsparcie osobiste i medyczne (w ramach sektora zdrowotnego), stanowi formę opieki ambulatoryjnej, świadczonej w konsultacji z lekarzem opieki podstawowej.

Obydwa rodzaje opieki są zwykle zintegrowane w ramach jednej instytucji, tzw. agencji opieki domowej, których liczba wzrosła bardzo gwałtownie w latach 90. XX wieku – z 21 w 1991 roku do 484 w 1998 roku. Współcześnie większość agencji opieki domowej to organizacje prywatne lub działające w formule *non-profit*. Szacuje się, że ponad połowa z nich (58 proc.) dostarcza także usługi w czasie nocnym i w weekendy, 22 proc. – w weekendy, około 20 proc. – popołudniami. Z reguły bezpośrednim świadczeniem usług zajmują się pielęgniarki i wolontariusze¹⁴. Istnieje nierównowaga dostępu do tego typu usług.

Z danych dotyczących 2008 roku, zamieszczonych na stronie internetowej czeskiego ministerstwa pracy wynikało, że około 7 tys. osób korzystała z opieki w czynnościach osobistych i około 115 tys. w zakresie czynności związanych z funkcjonowaniem w społeczności i gospodarstwie domowym, choć dane te dotyczyły tylko osób w wieku poprodukcyjnym (65+). Szacuje się, że osoby z tej grupy wiekowej stanowią około 3/4 wszystkich odbiorców opieki domowej¹⁵.

¹¹ Tamże, s. 10.

¹² Tamże, s. 10.

¹³ Tamże, s. 12.

¹⁴ Tamże, s. 11.

¹⁵ Tamże, s. 11.

Opieka nieformalna

Szacuje się, że około 80 proc. opieki długoterminowej jest świadczone przez członków rodziny, głównie partnera/mężonka i dzieci, ale także innych krewnych. Dotyczy to około 100 tys. starszych ludzi, którzy wymagają pomocy w aktywnościach codziennego życia oraz 300 tys. osób, które wymagają wsparcia w czynnościach związanych z codziennym funkcjonowaniem. Zakładając, że dana osoba wymaga pomocy przynajmniej jednej z osób w owych

dzin dziennie)¹⁸. Jest to w praktyce bardzo istotna różnica, bowiem od intensywności opieki zależna jest skala narażenia opiekunów na różne formy ryzyka socjalnego (izolacja społeczna, dezaktywizacja zawodowa, ubóstwo, problemy zdrowotne i psychiczne). System czeski, dzięki statystycznie mniejszemu udziałowi intensywnej opieki nieformalnej, wydaje się w lepszym stopniu chronić osoby sprawujące taką opiekę niż to ma miejsce w Polsce.

Inną znaną dla Czech cechą – na tle innych krajów rozwiniętych – jest to, nad kim zazwyczaj sprawuje się tu opiekę długoterminową.

Tabela 3

Beneficjenci opieki długoterminowej w Czechach i Polsce na tle innych krajów rozwiniętych

	Opieka sprawowana nad małżonkiem	Opieka sprawowana nad rodzicem	Opieka sprawowana nad innym krewnym	Opieka sprawowana nad przyjacielem
	w proc.			
Czechy	21,0	11,0	33,0	16,0
OECD	31,6	36,1	17,6	18,2
Polska	33,8	10,0	27,9	8,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie "Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care", OECD, 2011.

czynnościach, oblicza się, że liczba opiekunów nieformalnych sięga 400–500 tys. osób. Wśród opiekunów przeważają kobiety w wieku produkcyjnym, z których większość (około 80 proc.) pracuje zawodowo, w pełnym wymiarze czasu pracy. Jak wynika z raportu Eurofamcare, sytuacja opiekunów formalnych nie jest dobrze zbadana¹⁶.

Wyniki badań sondażowych w ramach tzw. Eurobarometru potwierdzają, że opieka ze strony bliskich jest przez społeczeństwo czeskie postrzegana jako najwłaściwsza. 36 proc. respondentów stwierdziło, że najlepszą opcją jest zamieszkiwanie osoby starszej z jednym ze swoich dzieci, podczas gdy 13 proc. zadeklarowało, że opieka długoterminowa powinna być świadczona przez instytucje¹⁷.

Choć w Czechach dużo osób angażuje się w opiekę nieformalną nad bliskimi, znacznie mniejszy niż w Polsce jest wśród nich udział opiekunów intensywnych (takich, którzy poświęcają opiece powyżej 20 godzin tygodniowo), zaś znacznie większy udział opiekunów mało intensywnych (takich, którzy poświęcają opiece mniej niż 9 go-

Z tabeli 3 wynika, że w Czechach i w Polsce, znacznie częściej niż średnio w krajach rozwiniętych, sprawowana jest także opieka nad dalszymi krewnymi (innymi niż rodzic i współmałżonek). Natomiast to co różni Polskę i Czechy, to fakt, że w Polsce rzadko wsparcie opiekuńcze wykracza poza więzi rodzinne, podczas gdy w Czechach jest ono na poziomie zbliżonym do innych krajów rozwiniętych.

Obecnie w Czechach nie ma bezpośrednio dedykowanego zasiłku dla osoby świadczącej opiekę, aczkolwiek osoba niesamodzielna może starać się o zasiłek na opiekę i może go przeznaczyć także na wynagrodzenie osoby bliskiej.

Jeśli chodzi o inne formy wsparcia dla opiekuna nieformalnego, wedle wiedzy jakiej dostarczają raporty OECD, istnieje szereg rozwiązań, które służą wsparciu takiego opiekuna, w tym również pracującego zawodowo. W Czechach istnieją ramy uelastyczniające/dostosowujące warunki wykonywania pracy dla pracownika mającego pod opieką osobę niesamodzielną. Tamtejsze prawo pracy nie przewiduje jednak urlopów z tytułu opieki długoterminowej¹⁹.

Tabela 4

Rodzaje wsparcia opiekuna nieformalnego w Czechach i w Polsce

	Doradztwo	Szkolenia	Elastyczność organizacji pracy	Opieka wytchnieniowa
Czechy	tak	tak	tak	tak
Polska	nie	nie	nie	nie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD, 2011.

¹⁶ I. Holmerova, *National Background Report for the Czech Republic*, Eurofamcare, 2004, s. 10.

¹⁷ Komisja Europejska, 2007.

¹⁸ *Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD, 2011, s. 90.

¹⁹ *Help wanted? Providing...*, op.cit., s. 139.

Jak przedstawia tabela 4, w Czechach stosowane są różne formy wsparcia opiekuna nieformalnego (w tym pracującego zawodowo), czego brakuje w Polsce. System czeski jest pod tym względem bardziej kompleksowy, gdyż obok świadczenia pieniężnego istnieją inne formy wsparcia, podnoszące jakość opieki i dobrostan opiekuna. Pod tym względem tamtejszy system faktycznie wydaje się bardziej przyjazny dla osób niesamodzielnymi i ich opiekunów w sektorze nieformalnym.

Wsparcie pieniężne osób niesamodzielnymi

Aby uzyskać zasiłek z tytułu niesamodzielnymi, konieczne jest zaaplikowanie o niego, co wiąże się z koniecznością dostarczenia informacji m.in. na temat danych osobowych, informacji na temat tego, kto świadczy opiekę i sposobu, w jaki zasiłek powinien być płacony. Poziom niesamodzielnymi jest określany przez pracownika socjalnego, który też bada otoczenie społeczne osoby starającej się o prawo do świadczenia. Ostatecznie władze gminy decydują, czy osoba występująca z wnioskiem powinna otrzymać zasiłek.

Mimo faktu, że świadczenia nie są adresowane wyłącznie do osób starszych, 2/3 ich odbiorców to osoby w wieku poprodukcyjnym, zaś 57 proc. odbiorców to osoby sędziwe (75+). Zasiłek może być przeznaczony zarówno na opłacenie opieki w ramach usług społecznych, jak i na wynagrodzenie osoby sprawującej opiekę nieformalnie, najczęściej osoby bliskiej. Zasiłek ten nie ulega opodatkowaniu²⁰.

Wysokość zasiłku z tytułu niesamodzielnymi zależy od wieku i stopnia niesamodzielnymi. Kwoty zasiłku

mieszczą się w przedziale od 3000 do 11 000 koron czeskich miesięcznie.

Z danych czeskiego ministerstwa pracy wynika, że obowiązują następujące stawki²¹:

- dla osób przed 18 rokiem życia:
 - 3000 koron czeskich – osoby w pierwszym stopniu zależności,
 - 5000 koron czeskich – osoby w drugim stopniu zależności,
 - 9000 koron czeskich – osoby w trzecim stopniu zależności,
 - 11 000 koron czeskich – osoby całkowicie zależne,
- dla osób dorosłych²²:
 - 800 koron czeskich – osoby w pierwszym stopniu zależności,
 - 4000 koron czeskich – osoby w drugim stopniu zależności,
 - 8000 koron czeskich – osoby w trzecim stopniu zależności,
 - 11 000 koron czeskich – osoby całkowicie zależne.

Polski a czeski system wsparcia

Na wstępie warto zauważyć, że reforma zasad przyznawania świadczeń pieniężnych w Polsce (od opiekuna do podopiecznego) jest ciekawa w kontekście dyskusji na temat wsparcia osób głęboko niepełnosprawnych i ich opiekunów, o czym była mowa w poprzednim numerze pisma²³.

Obecnie istniejący w Polsce system wsparcia pieniężnego jest podzielony na świadczenia dla osoby wymagającej opieki oraz dla opiekuna, co ilustrują poniższe tabele (5 i 6).

Tabela 5

Wsparcie pieniężne dla osoby niepełnosprawnej, wymagającej stałej opieki w Polsce

	Dodatek pielęgnacyjny	Zasiłek pielęgnacyjny
Kwota	206 zł	153 zł
Komu przysługuje	– osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym, uprawnione do świadczeń emerytalno-rentowych – osoby, które ukończyły 75 lat	– niepełnosprawne dzieci – osoby niepełnosprawne w stopniu znacznym po 16 roku życia – osoby, które ukończyły 75 lat
Kto wypłaca	– jest wypłacany przez ZUS wraz z emeryturą lub rentą	– jest przyznawany przez ośrodki pomocy społecznej
Waloryzacja/weryfikacja	– jego wysokość jest corocznie waloryzowana	– jego wysokość jest weryfikowana co 3 lata, na tych samych zasadach co pozostałe świadczenia rodzinne

Źródło: Opracowanie własne, według stanu prawnego na sierpień 2014 roku.

²⁰ A. Sowa, *The long-term system...*, op.cit., s. 4.

²¹ Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych w Czechach, *Social services and care allowance in the Czech Republic* (materiał pokonferencyjny), Praga, 22–23 kwietnia 2009 roku, s. 14.

²² Komisja Europejska, *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Czechach*, 2012, s. 31.

²³ Por. artykuł R. Bakalarczyka, *Wsparcie osób niepełnosprawnych – okrągły stół w cieniu protestów*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka” 2014, nr 3, s. 9.

Tabela 6

Wsparcie pieniężne dla opiekuna w Polsce

	Świadczenie pielęgnacyjne	Specjalny zasiłek opiekuńczy	Zasiłek dla opiekuna
Kwota	1000 (800 + 200) zł	520 zł	520 zł
Podopieczny	– niepełnosprawność powstała przed 18 rokiem życia (lub przed 25 rokiem, jeśli osoba ta pobierała w tym okresie naukę)	– niepełnosprawność powstała po 18 roku życia	– niepełnosprawność powstała po 18 roku życia
Warunki, jakie musi spełnić opiekun	– całkowita rezygnacja lub niepodejmowanie pracy – obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego (najczęściej jest to relacja rodzic – dzieci) – brak uprawnienia do świadczeń emerytalno-rentowych	– obowiązek alimentacyjny – dochód poniżej 623 zł netto (na osobę) – poświadczona całkowita rezygnacja z pracy ze względu na opiekę – brak uprawnienia do świadczeń emerytalno-rentowych	– dla opiekunów, którym uprawnienie do świadczenia pielęgnacyjnego wygasło z dniem 30 czerwca 2013 roku
Odprowadzanie składek za opiekuna	tak	tak	tak

Źródło: Opracowanie własne, według stanu prawnego na sierpień 2014 roku.

Pierwszym wymiarem, który zasługuje na porównanie w systemach polskim i czeskim jest hojność wsparcia. Porównanie to nie jest łatwe, gdyż w Czechach występuje jeden zasiłek (o wysokości zależnej od wieku i stopnia niesamodzielności osoby wymagającej opieki), a w Polsce istnieją i świadczenia dla opiekuna, i dla podopiecznego, a ponadto w obydwu kategoriach istnieje szereg opcji, w zależności od spełnienia różnych kryteriów.

Generalnie, mimo że w Polsce i opiekun, i podopieczny mogą starać się o wsparcie pieniężne, łączna wysokość pomocy nie jest wyższa od tej, jaka występuje w Czechach.

W przypadku opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem w Polsce zasiłek pielęgnacyjny z tego tytułu jest niewysoki – wynosi 153 zł. Jest on niższy niż zasiłek dla niepełnoletniej osoby niesamodzielnej w Czechach, którego wysokość waha się od 456 zł do 1670 zł, w zależności od stopnia niepełnosprawności. W Polsce do zasiłku pielęgnacyjnego trzeba jeszcze doliczyć świadczenie pielęgnacyjne (dla opiekuna), o ile zrezygnował on z pracy – obecnie na poziomie 1000 zł. W sumie więc wsparcie pieniężne z tytułu niesamodzielności wynosi 1153 zł. Jest ono wyższe niż to, które może otrzymać w Czechach rodzina z dzieckiem mniej niesamodzielnym, ale jednocześnie istotnie niższe niż to, które otrzyma tam rodzina z dzieckiem wymagającym bardzo intensywnej opieki.

Przyjrzyjmy się, jak sprawa wygląda w przypadku opieki nad niepełnosprawnymi osobami dorosłymi. Gdyby wziąć pod uwagę kwotę, jaką może otrzymać sama osoba niesamodzielna (153 zł bądź doliczane do emerytury i renty 206 zł), są to kwoty niższe niż zasiłek dla osoby nawet najlżej niesamodzielnej w Czechach (ponad 300 zł), nie mówiąc o zasiłku dla osoby bardziej niesamodzielnej.

Osoba w pełni zależna od wsparcia w zakresie ADL może liczyć w Czechach na kwotę ponad 1670 zł, co przekracza nie tylko obecny poziom wsparcia dla osoby wymagającej opieki w Polsce (153 zł lub 206 zł), ale także ten wymieniany w propozycjach czeku opiekuńczego, który miał być na poziomie 1000 zł dla osób najciężej niesamodzielnych. W Polsce do zasiłku lub dodatku pielęgnacyjnego trzeba jeszcze doliczyć kwotę, jaką może otrzymać opiekun. Pomijając fakt, że kryteria w przypadku opieki nad osobą starszą są wyśrubowane i wiele osób ich nie spełnia, to jeśli opiekun zakwalifikuje się do specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna otrzyma (w obu przypadkach) kwotę 520 zł. Łącznie opiekun i podopieczny w Polsce dostaną w sumie około 700 zł (czyli o prawie 1000 zł mniej niż w Czechach, gdyby przeliczyć tamtejszą walutę na naszą, ale bez uwzględnienia parytetu siły nabywczej).

Wydaje się, że system czeski jest bardziej hojny, a przede wszystkim bardziej sprawiedliwy (biorąc pod

uwagę adekwatność świadczeń względem potrzeb). Osoby o znacznym stopniu niesamodzielności, wymagające intensywnej opieki mogą liczyć na znacznie wyższe świadczenia niż w Polsce (po zsumowaniu tych dla opiekuna i podopiecznego). Ponadto w Polsce, jeśli opiekun nie spełni szeregu kryteriów związanych ze statusem na rynku pracy, relacją prawną wobec podopiecznego i sytuacją dochodową może w przypadku opieki nad osobami dorosłymi w ogóle „wypaść” poza system wsparcia pieniężnego, a wówczas łączne wsparcie, jakie otrzymuje rodzina z osobą niesamodzielną pod opieką, staje się dramatycznie niskie, wielokrotnie niższe niż to stosowane w Czechach.

Droga czeska jest zatem warta rozważenia z uwagi na potencjalną odpowiedź na szereg problemów polskiego systemu wsparcia, jakim jest ograniczenie dostępu do świadczeń z tytułu opieki tam, gdzie jest ona faktycznie sprawowana.

Po pierwsze, w Polsce w przypadku opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi możliwe jest wsparcie tylko dla tych opiekunów, na których ciąży obowiązek alimentacyjny, co wyklucza nie tylko osoby niespokrewnione, ale nawet część członków rodziny. Na przykład synowa nie może otrzymywać specjalnego zasiłku opiekuńczego ani zasiłku dla opiekuna wobec swojej teściowej, nawet wówczas, gdy obie wspólnie zamieszkują i jedna oddaje się długotrwale opiece. Rozwiązanie czeskie daje taką możliwość.

Po drugie, w Polsce warunkiem otrzymania świadczenia przez opiekuna jest całkowita rezygnacja z pracy i brak uprawnienia do emerytury i renty. Oznacza to, że osoby, które pracują i wykonują czynności opiekuńcze, bądź które pobierają emeryturę lub rentę i wykonują czynności opiekuńcze, nie otrzymują z tego tytułu żadnego wsparcia. Czeskie rozwiązanie – polegające na tym, że dostarcza się świadczenie pieniężne, godziwej wysokości, samej osobie wymagającej opieki, która może wynagrodzić każdego, kto ową opiekę wykonuje, bez względu na status opiekuna na rynku pracy czy w ramach systemu emerytalno-rentowego – wydaje się częściowo rozwiązywać ów problem.

Po trzecie, w Polsce – odmiennie niż w Czechach, gdzie wysokość zasiłku zmienia się w zależności od potrzeb opiekuńczych – ani świadczenia dla osoby uprawnionej (dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny), ani też świadczenia dla opiekuna (świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna) nie są różnicowane.

Polskie rozwiązania prawne są narażone na zarzut, że wsparcie jest niesprawiedliwie dystrybuowane, gdyż osoby o znacznie odmiennym stopniu

niesamodzielności, i tym samym innych obciążeniach z tytułu opieki, są wspomagane tak samo, jak osoby o niższych potrzebach opiekuńczych. Podobnie jak jednakowo są wspomagani opiekunowie, mimo że zakres czynności, ich uciążliwość i czas potrzebny na wykonywanie czynności mogą bardzo się różnić w poszczególnych przypadkach. Z drugiej strony, jeśli domyślnym założeniem polskiego systemu wsparcia opiekuna jest częściowa rekompensata utraconego dochodu z tytułu rezygnacji przez niego z pracy, a nie wynagrodzenie zasług i rekompensata trudu związanego ze sprawowaniem opieki, brak różnicowania w wysokości świadczenia ma uzasadnienie – rezygnacja z pracy nie jest stopniowalna w kontekście nabywania uprawnień do świadczeń opiekuńczych (aby uzyskać świadczenie, trzeba zrezygnować z pracy całkowicie), a wówczas trudno uzasadnić potrzebę gradacji wysokości świadczenia. Ten problem niejako znika w ramach prawnych jakie zastosowano w Czechach, w których poprzez uniezależnienie wysokości wsparcia od rynkowego statusu opiekuna, a jednocześnie zróżnicowanie go względem niesamodzielności podopiecznego, można bardziej dostosować wsparcie do realnych potrzeb opiekuńczych. W Polsce istnieją pomysły (w ramach wspomnianego już projektu o pomocy osobom niesamodzielnym²⁴) wprowadzenia również skali niesamodzielności, jednak jej proponowana treść budziła dotąd zastrzeżenia środowisk reprezentujących opiekunów osób niepełnosprawnych. Być może warte jest wzięcie pod uwagę rozwiązań czeskich.

Kolejna różnica w systemach wsparcia pieniężnego: w Czechach zasiłek dla osoby niesamodzielnej przeznaczony ma być na finansowanie opieki; w Polsce formalnie pieniężne świadczenia opiekuńcze też temu służą, aczkolwiek w praktyce powiązanie celu przyznawania tych świadczeń z realnym ich wykorzystywaniem nie musi zachodzić, tzn. osoba pobierająca dodatek czy zasiłek pielęgnacyjny nie musi go przeznaczyć na zaspokajanie potrzeb opiekuńczych. W tym sensie rozwiązania czeskie cechuje pewne podobieństwo do projektu czeku opiekuńczego, którego wysokość byłaby zróżnicowana według tego, jak dana osoba została zakwalifikowana na skali niesamodzielności. Projekt ten jednak – w odróżnieniu od Czech – nie przewiduje możliwości wynagrodzenia spokrewnionego opiekuna (nie licząc refundacji tzw. kosztów kwalifikowanych), co jest jednym z głównych zastrzeżeń wobec niego środowiska opiekunów osób niepełnosprawnych.

Różnice w systemie wsparcia pieniężnego osób niesamodzielnych i ich opiekunów wyraża tabela 7.

²⁴ Patrz przypis 2.

Tabela 7

Wsparcie pieniężne osób niesamodzielnych i ich opiekunów w Czechach i w Polsce

	Czechy	Polska
Dla kogo	– osoba niesamodzielna	– osoba niesamodzielna i (po spełnieniu szeregu warunków) opiekun
Czy jest zróżnicowanie według skali niesamodzielności	tak	– nie (różnicowanie jest natomiast przewidziane w tzw. projekcie Augustyna ²⁵)
Czy jest kryterium dochodowe	nie	– nie (zasilek pielęgnacyjny, dodatek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek dla opiekuna) – tak (specjalny zasiłek opiekuńczy)
Kryteria wynagrodzenia opiekuna	– z zasiłku może korzystać każdy opiekun świadczący opiekę	– może korzystać, jeśli zrezygnuje z pracy, a w przypadku specjalnego zasiłku opiekuńczego musi ciążyć na nim obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego
Wysokość świadczenia	skala w przedziale: – od 3000 do 11 000 koron czeskich w przypadku dzieci – od 2000 do 11 000 koron czeskich w przypadku osób dorosłych	dla opiekuna: – świadczenie pielęgnacyjne – 1000 zł – specjalny zasiłek opiekuńczy – 520 zł – zasiłek dla opiekuna – 520 zł dla podopiecznego: – dodatek pielęgnacyjny – 206 zł – zasiłek pielęgnacyjny – 153 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Kierunki reform i wyzwania dla systemu opieki długoterminowej w Czechach

Wśród obecnych słabości systemu opieki długoterminowej w Czechach można – za cytowaną już Agnieszką Sową – wyróżnić:²⁶

- 1) brak prawnej definicji opieki długoterminowej,
- 2) brak odpowiedniej kontroli jakości ze strony resortów (zdrowia, pracy i spraw socjalnych), regionalnych i lokalnych organów samorządowych, funduszków zdrowia, zwłaszcza w zakresie placówek prowadzonych prywatnie,
- 3) niskie nakłady na opiekę długoterminową,
- 4) niewystarczające zasoby wykwalifikowanego personelu w zakresie opieki długoterminowej,
- 5) niskie uposażenie pielęgniarek/opiekunek, rehabilitantów etc.,
- 6) długi czas oczekiwania na miejsce w domu opieki (do miesiąca) i w domu dla seniorów (nawet do kilku lat).

Głównym kierunkiem zmian i wyzwaniem opieki długoterminowej w Czechach jest stopniowe przeniesienie nacisku z opieki instytucjonalnej w kierunku środowiskowej i domowej, zgodnie z wizją starzenia się w domowych warunkach. Z jednej strony może temu służyć szereg usług świadczonych w domowym otoczeniu, z drugiej – zachęty i wsparcie dla rodzinnych opiekunów. Wielu z opiekunów jednak wciąż pozostaje na rynku pracy, wobec czego wykorzystanie potencjału opiekuńczego rodziny będzie zależeć od efektywnych narzędzi ułatwiających sprawowanie opieki i wykonywanie pracy zawodowej.

Politykę na rzecz starzenia się, w tym opieki długoterminowej, zdaje się wyrażać *Narodowy program przygotowania się do starzenia w latach 2008–2012*, przygotowany w 2008 roku i monitorowany przez Rządową Radę ds. Osób Starszych i Starzenia się Populacji. Priorytety zawarte w dokumencie to: promocja aktywnego starzenia się w przyjaznym otoczeniu, poprawa zdrowia

²⁵ Chodzi o wspomniany już projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, zwany też (od nazwiska senatora Mieczysława Augustyna, kierującego pracami nad nim) projektem Augustyna.

²⁶ A. Sowa, *The long-term system...*, op.cit., s. 13.

osób starszych, poprawa dostępnych usług socjalnych, wsparcie rodziny i opiekunów, wspieranie społecznego włączenia seniorów i ochrona ich praw. Trudnością w realizacji spójnej, skoordynowanej polityki jest utrzymujący się brak integracji między regulacjami i instytucjami odpowiedzialnymi za kreowanie, wykonywanie i monitorowanie polityki w tym zakresie. Pojawiają się jednak inicjatywy na rzecz silniejszej integracji interesariuszy systemu. Na poziomie systemowym powołana została choćby Rządowa Rada ds. Osób Starszych, której jednym z celów jest stymulowanie dyskusji między różnymi podmiotami współodpowiedzialnymi za funkcjonowanie systemu opieki nad seniorami (m.in. Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych, Ministerstwo Zdrowia, organizacje pozarządowe i społeczne)²⁷.

Podsumowanie

System opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi w Czechach jest kompleksowy jeśli chodzi o spektrum istniejących instytucji wsparcia formalnego, ale wciąż w większości opieka długoterminowa jest świadczona w ramach sektora nieformalnego, najczęściej przez bliskich. Oparcie systemu opieki w dużej mierze na rodzinie pokrywa się po części z doświadczeniami osób niesamodzielnymi w Polsce i jest także pochodną przekonań mieszkańców Czech na temat preferowanej formuły opieki wobec seniorów. Warto jednak zwrócić uwagę, że w Czechach znacznie mniejszy jest udział opiekunów, którzy wykonują opiekę bardzo intensywnie, a jednocześnie częściej niż w Polsce sprawowana jest opieka nad dalszymi krewnymi i osobami niespokrewnionymi.

W świetle danych, a także prognoz statystycznych, rodzinny model opieki będzie coraz trudniejszy do utrzymania, choćby z uwagi na zmieniające się proporcje liczebne między osobami w wieku poprodukcyjnym (a zwłaszcza podeszłym) i osobami młodszymi, spośród których dziś najczęściej (zwłaszcza kobiet) rekrutują się opiekunowie nieformalni. Wydaje się, że będzie to wymagało dalszego rozwoju i racjonalizacji sektora formalnego, choć niekoniecznie w ramach całodobowych instytucji.

Obecnie sektor formalny ma dość złożoną strukturę i obejmuje zarówno formy stacjonarne, półstacjonarne, jak i domowe. Mimo że prawo przewiduje różnorodne formy wsparcia osób zależnych od opieki, w praktyce podaż instytucji określonego typu bywa ograniczona (brakuje w skali kraju choćby centrów opieki dziennej).

Z uwagi na to, że rodzina odgrywa wciąż dużą rolę opiekuńczą, w praktyce duże znaczenie ma wsparcie pieniężne, które, choć przydzielane samej osobie wymagającej opieki, może być wykorzystane do wynagrodzenia osoby sprawującej nad nią pieczę. Konstrukcja systemu wsparcia pieniężnego – od reformy z 2006 roku – jest znacząco różna od tego, jaki występuje w Polsce, czemu zostało poświęcone sporo uwagi w powyższym opracowaniu. System czeski wydaje się pod tym względem prostszy, a jednocześnie bardziej włączający i sprawiedliwy oraz zapewniający hojniejsze wsparcie, zwłaszcza w przypadku osób całkowicie niesamodzielnymi, wymagających intensywnej opieki. Na wsparcie opiekunów nieformalnych w Czechach składają się też – niestosowane w Polsce na poziomie systemowym – takie udogodnienia, jak dostęp do poradnictwa, szkoleń, elastycznej organizacji pracy w związku z opieką, czy dostęp do opieki wytchnieniowej (choć w niewystarczającym stopniu). Tym instrumentom warto się przyjrzeć bliżej i w miarę możliwości przenieść je do ustawodawstwa krajowego i praktyki.

Obecnie dużym wyzwaniem jest zintegrowanie systemu opieki w Czechach, dotąd rozproszonego pomiędzy różnymi szczeblami administracji i segmentami zabezpieczenia społecznego (zdrowotnym i socjalnym). Inne wyzwania to: niewystarczające nakłady na opiekę długoterminową, długi czas oczekiwania na opiekę formalną, niskie zasoby kadrowe i niskie uposażenie kadr. W zasadzie wszystkie te problemy w mniejszym lub większym stopniu występują także w Polsce (co ujawnia choćby *Zielona księga*²⁸ opieki długoterminowej), wobec czego tym bardziej warto przyglądać się jak nasi południowi sąsiedzi będą mierzyć się z tymi wyzwaniami i w razie czego inspirować się dobrymi praktykami. ■

²⁷ Tamże, s. 13.

²⁸ Chodzi o raport zespołu senatora M. Augustyna, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis. Diagnoza. Rekomendacje*, Warszawa 2009.

Ewa Miezien

Departament Zasiłków

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Umowy bilateralne: Polska – państwa spoza EU / EFTA

Koordinacja świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa

W niniejszym artykule autorka podejmuje próbę przybliżenia zapisów obowiązujących Polskę w relacjach z państwami spoza Unii Europejskiej i EFTA dwustronnych umów międzynarodowych dotyczących ubezpieczeń społecznych, w zakresie świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa. Należy zaznaczyć, że koordynację bilateralną w zakresie świadczeń krótkoterminowych zapewniają obecnie jedynie trzy z siedmiu¹ takich umów. Zapisy te – zawarte w umowach z b. Jugosławią (obecnie dotyczącą Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny), z Macedonią oraz z Ukrainą – są przedmiotem artykułu.

Umowy zapewniające koordynację świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa

Jak wspomniano wyżej, niektóre wiążące Polskę dwustronne umowy międzynarodowe dotyczące ubezpieczeń społecznych, stosowane w relacjach z państwami spoza Unii Europejskiej i EFTA, swoim zakresem przedmiotowym obejmują również krótkoterminowe świadczenia pieniężne w razie choroby, w tym choroby spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, i macierzyństwa.

Osoby objęte zakresem podmiotowym tych umów, ubiegając się o świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa, znajdują się co do zasady w sytuacji korzystniejszej niż ubezpieczeni w państwach niebędących ich stroną. Korzyści wynikają z obowiązku stosowania w odniesieniu do tych osób zasad koordynacji systemów

zabezpieczenia społecznego oraz szczególnych zapisów umów mających na celu ułatwienie nabycia prawa do świadczeń.

Aktualnie koordynację bilateralną świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa zapewniają:

- Umowa o ubezpieczeniu społecznym między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugosławii, podpisana w Warszawie dnia 16 stycznia 1958 roku² (dalej: umowa z b. Jugosławią) oraz porozumienie w sprawie wykonania Umowy o ubezpieczeniu społecznym między Rządem Polskiej Republiki Ludowej a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugosławii z dnia 12 listopada 1961 roku (dalej: porozumienie do umowy z b. Jugosławią³),
- Umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Macedonii o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 6 kwietnia 2006 roku⁴ (dalej:

¹ Mowa o umowach międzynarodowych z: Australią, b. Jugosławią, Kanadą, Koreą Południową, Macedonią, Stanami Zjednoczonymi Ameryki i Ukrainą. W roku 2013 podpisano ponadto umowę z Mołdawią – umowa ta nie weszła jeszcze w życie.

² Dz.U. z 1959 r. nr 19, poz. 114 ze zm.

³ Dziennik Urzędowy Komitetu Pracy i Płac z 1962 r. nr 1, poz. 1.

⁴ Dz.U. z 2007 r. nr 229, poz. 1686.

umowa z Macedonią) oraz porozumienie między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Macedonii o uregulowaniu dwustronnych stosunków traktatowych, podpisane w Warszawie dnia 9 maja 2007 roku⁵ (dalej: porozumienie do umowy z Macedonią),

- Umowa między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą o zabezpieczeniu społecznym, sporządzona w Kijowie dnia 18 maja 2012 roku⁶ (dalej: umowa z Ukrainą) oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania Umowy między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą o zabezpieczeniu społecznym, podpisane w Kijowie dnia 18 maja 2012 roku⁷ (dalej: porozumienie do umowy z Ukrainą),

Umowa z b. Jugosławią dotyczy obecnie stosunków między Polską a Serbią, Bośnią i Hercegowiną oraz Czarnogórą (nie dotyczy stosunków między Polską a Macedonią, Słowenią i Chorwacją). Wynika to z niżej wymienionych regulacji.

- Umowa z b. Jugosławią zachowuje moc obowiązującą w stosunkach między Polską a **Serbią** na podstawie niepublikowanego porozumienia, zawartego w formie wymiany not 15 listopada 1996 roku w Belgradzie.
- Z dniem 19 lutego 2008 roku umowa z b. Jugosławią zachowuje moc obowiązującą w stosunkach między Polską a **Bośnią i Hercegowiną**, zgodnie z porozumieniem między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Radą Ministrów Bośni i Hercegowiny o sukcesji prawnej Bośni i Hercegowiny w stosunku do umów podpisanych między Rzeczpospolitą Polską a Socjalistyczną Federacyjną Republiką Jugosławii, zawartym w Sarajewie dnia 22 grudnia 2006 roku⁸.
- Z dniem 9 lipca 2010 roku umowa z b. Jugosławią zachowuje moc obowiązującą w stosunkach między Polską a **Czarnogórą**, zgodnie z porozumieniem między Rzeczpospolitą Polską a Czarnogórą o uregulowaniu dwustronnych stosunków traktatowych, zawartym w Podgoricy dnia 23 kwietnia 2009 roku⁹.

- Z dniem 1 lipca 2007 roku umowa z b. Jugosławią utraciła moc w stosunkach między Polską a **Macedonią** na podstawie zapisów umowy z Macedonią. W porozumieniu do tej umowy wymieniono umowę z b. Jugosławią wśród umów zachowujących moc obowiązującą, z zastrzeżeniem, że utraci ona moc z dniem wejścia w życie umowy z Macedonią.

- W relacjach między Polską a **Słowenią** nie zostało zastrzeżone w załączniku III do rozporządzenia 1408/71¹⁰ dalsze stosowanie postanowień umowy z b. Jugosławią. Oznacza to, zgodnie z art. 7 ust. 1 lit. c rozporządzenia 1408/71, że od 1 maja 2004 roku, tj. od dnia przystąpienia Polski i Słowenii do Unii Europejskiej, wymienione rozporządzenie zastąpiło postanowienia umowy z b. Jugosławią w stosunkach polsko-słoweńskich. Stosowanie postanowień umowy z b. Jugosławią między Polską a Słowenią nie zostało zastrzeżone również w załączniku II do rozporządzenia 883/2004¹¹.

- W załączniku II do rozporządzenia 883/2004 nie zostało również zastrzeżone dalsze stosowanie postanowień umowy z b. Jugosławią w relacjach między Polską a **Chorwacją**. Zgodnie z art. 8 ust. 1 rozporządzenia 883/2004, rozporządzenie to od 1 lipca 2013 roku, tj. od dnia przystąpienia Chorwacji do Unii Europejskiej, zastępuje postanowienia umowy z b. Jugosławią w stosunkach polsko-chorwackich¹².

Wszystkie wymienione wyżej umowy zostały zawarte na czas nieokreślony, z możliwością ich wypowiedzenia przez każdą z umawiających się stron nie później niż na sześć miesięcy przed upływem roku kalendarzowego – w takim przypadku umowa traci moc z końcem tego roku. W przypadku wypowiedzenia umowy prawa nabyte na mocy jej postanowień zostają zachowane.

Umowa z Macedonią i umowa z Ukrainą przewidują, że mimo wypowiedzenia umowy zostaną rozpatrzone

⁵ Dz.U. z 2009 r. nr 27, poz. 163.

⁶ Dz.U. z 2013 r. poz. 1373.

⁷ Dz.U. z 2013 r. poz. 1375.

⁸ M.P. z 2008 r. nr 52, poz. 462.

⁹ M.P. z 2011 r. nr 74, poz. 739.

¹⁰ Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 roku w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego w stosunku do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5 lipca 1971 r., s. 2 i nast., ze zm.), które jest wykonywane przez rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego w stosunku do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27 marca 1972 r., s. 1 i nast., ze zm.).

¹¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2009 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30 kwietnia 2004 r. ze zm.), które jest wykonywane przez rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 284 z 30 października 2009 r., ze zm.).

¹² Stosowanie rozporządzeń 1408/71 i 574/72 na stosunki pomiędzy państwami członkowskimi Unii Europejskiej a Polską i Słowenią rozszerzono – na mocy Traktatu między Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej a Republiką Czeską, Republiką Estońską, Republiką Cypryjską, Republiką Łotewską, Republiką Litewską, Republiką Węgierską, Republiką Malty, Rzeczpospolitą Polską, Republiką Słowenii, Republiką Słowacką, dotyczącego przystąpienia Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej do Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 236 z 23 września 2003 r., s. 17 i n.) – z dniem 1 maja 2004 roku. Stosowanie rozporządzeń 883/2004 i 987/2009 na stosunki pomiędzy państwami członkowskimi Unii Europejskiej a Chorwacją rozszerzono – na mocy Traktatu między Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej a Republiką Chorwacji, dotyczącego przystąpienia Republiki Chorwacji do Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 112 z 24 kwietnia 2012 r., s. 10 i n.) – z dniem 1 lipca 2013 roku.

wnioski dotyczące praw będących w trakcie nabywania, tj. odnoszące się do okresów ubezpieczenia przebytych przed dniem, od którego nabrało mocy wypowiedzenie umowy (umowa z Ukrainą wymaga, by taki wniosek został złożony przed dniem utraty mocy umowy).

Jedynie w umowie z b. Jugosławią zastrzeżono, że jeżeli na obszarze obu umawiających się stron zostały przebyte okresy zatrudnienia (ubezpieczenia) a prawo do świadczeń nie powstało przed dniem upływu ważności umowy, zachowanie uprawnień do świadczeń z tego tytułu regulowane będzie wewnętrznymi przepisami prawnymi każdej z umawiających się stron.

Zaangażowane instytucje

Omawiane dwustronne umowy międzynarodowe i porozumienia do tych umów wskazują instytucje zaangażowane w stanowienie reguł koordynacji bilateralnej i ich wykonywanie oraz zadania tych instytucji.

W umowie z b. Jugosławią posłużono się pojęciami *centralne organy* i *właściwe organy* umawiających się stron. Pojęcia te nie zostały zdefiniowane, ale ich znaczenie można określić przez funkcje tych instytucji. Uzgodniono, że centralne organy mogą zawierać porozumienia potrzebne do wykonywania umowy, komunikują sobie wzajemnie zmiany, jakie zaszły w wewnętrznych przepisach prawnych, a wszelkie trudności i różnice zdań, jakie powstałyby przy wykonywaniu umowy, będą regulowane w drodze porozumienia między nimi. Właściwe organy natomiast wykonują postanowienia umowy i komunikują się bezpośrednio.

W umowach z Macedonią i z Ukrainą przyjęto nomenklaturę i definicje: *władzy właściwej*, *instytucji łącznikowej*, *instytucji właściwej*. Taki podział i nazewnictwo są obecnie jednolicie stosowane w dwustronnych umowach międzynarodowych dotyczących ubezpieczeń społecznych, jak również w unijnych rozporządzeniach dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Jeśli chodzi o *władzę właściwą*, to w umowie z Macedonią wskazano, a w umowie z Ukrainą zdefiniowano, centralny organ władzy wykonawczej w zakresie pracy i polityki społecznej oraz ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego. Władze właściwe zawierają porozumienia administracyjne konieczne do stosowania

umowy, wyznaczają instytucje łącznikowe i właściwe, powiadamiają się wzajemnie w sprawie stosowania umowy, informują się o zmianach przepisów prawnych, udzielają sobie pomocy i rozwijają możliwie szeroką współpracę techniczną i administracyjną.

Instytucja łącznikowa – według umowy z Macedonią – to instytucja zapewniająca koordynację i informację między instytucjami każdej z umawiających się stron, uczestnicząca w stosowaniu umowy, jak również w informowaniu zainteresowanych o prawach i obowiązkach z niej wynikających. *Instytucją właściwą* jest instytucja, w której osoba jest ubezpieczona w chwili składania wniosku o świadczenie lub instytucja, od której zainteresowany ma prawo (lub miałby prawo) uzyskać świadczenie, albo instytucja wyznaczona przez właściwą władzę do finansowania kosztów świadczeń.

Według umowy z Ukrainą *instytucją łącznikową* jest instytucja zapewniająca koordynację i wymianę informacji między instytucjami umawiających się stron w celu stosowania umowy, a *instytucją właściwą* – instytucja upoważniona do stosowania ustawodawstwa.

Podział funkcji i zakres zadań tych instytucji nie budzą wątpliwości.

W dalszej części artykułu przyjęto obecnie stosowane nazewnictwo.

Po stronie polskiej – w omawianym zakresie przedmiotowym – władzą właściwą jest Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Funkcje instytucji łącznikowej pełni Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Departament Zasiłków), a funkcję instytucji właściwych – oddziały ZUS (komórki zasiłków).

Zakres podmiotowy i przedmiotowy

Zakresem podmiotowym umowy z b. Jugosławią objęci są obywatele państw-stron umowy, a więc obywatele Polski, Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny.

Zakresem przedmiotowym umowy z b. Jugosławią objęte są, w odniesieniu do Polski i do b. Jugosławii, krótkoterminowe świadczenia pieniężne przysługujące z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych¹³.

Zakresem podmiotowym umowy z Macedonią objęte są osoby, które podlegały lub podlegają przepisom prawnym jednej lub obu państw-stron umowy, oraz inne osoby, które wywodzą od tych osób swoje prawa.

¹³ Zgodnie z art. 1 ust. 1 umowy z b. Jugosławią przy jej wykonywaniu stosowane będą przepisy prawne regulujące następujące rodzaje ubezpieczenia społecznego: a) ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa, b) ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, na starość i na wypadek śmierci żywiciela łącznie z ubezpieczeniem od wypadków w zatrudnieniu i chorób zawodowych, zwane dalej „ubezpieczeniem rentowym”, c) zasiłki (świadczenia) rodzinne. Zgodnie z ust. 2 tego artykułu przy wykonywaniu niniejszej umowy stosowane są również przepisy prawne zmieniające i uzupełniające w przyszłości przepisy prawne, regulujące rodzaje ubezpieczeń społecznych, wymienione w poprzednim ustępie.

Obecnie krótkoterminowe świadczenia pieniężne (zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy) z ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych przysługują w Polsce na mocy ustawy z 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.).

Zakresem przedmiotowym umowy z Macedonią objęte są świadczenia pieniężne przysługujące z: w odniesieniu do Polski:

- ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa,
- ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,

w odniesieniu do Macedonii:

- ubezpieczenia zdrowotnego,
- ubezpieczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

W odniesieniu do Macedonii z ubezpieczenia zdrowotnego przysługują świadczenia rzeczowe (lecnicze), jak również świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa¹⁴.

Zakresem podmiotowym umowy z Ukrainą objęte są wszystkie osoby, które podlegały lub podlegają ustawodawstwu jednej lub obu państw stron umowy oraz inne osoby, które wywodzą od tych osób swoje prawa.

Zakresem przedmiotowym umowy z Ukrainą objęte są: w odniesieniu do Polski:

- świadczenia pieniężne w razie choroby, w tym spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
- świadczenia pieniężne z tytułu macierzyństwa,

w odniesieniu do Ukrainy:

- świadczenia pieniężne z tytułu choroby (czasowej niezdolności do pracy), ciąży oraz porodu (macierzyństwa),
- świadczenia pieniężne z tytułu wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz/lub śmierci z tych przyczyn¹⁵.

Umowa z b. Jugosławią ma charakter obywatelski, tj. uzyskanie na jej podstawie prawa do świadczeń jest uzależnione od posiadania obywatelstwa polskiego lub obywatelstwa Serbii, Czarnogóry, Bośni lub Hercegowiny.

Stosowanie umowy z b. Jugosławią przez Polskę zostało rozszerzone na obywateli państw członkowskich

Unii Europejskiej z dnia 1 listopada 2013 roku, tj. od dnia wejścia w życie zalecenia Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego nr H1¹⁶ dotyczącego wyroku w sprawie Gottardo¹⁷.

Zgodnie z wymienionym zaleceniem przywileje, z jakich korzystają obywatele danego państwa członkowskiego na podstawie dwustronnej umowy z zakresem zabezpieczenia społecznego zawartej z państwem trzecim (niebędącym państwem członkowskim UE), która zakresem obowiązywania obejmuje wyłącznie obywateli państw-stron umowy, muszą być również przyznane – zgodnie z zasadą niedyskryminacji obywateli innych państw członkowskich UE – ubezpieczonym będącym obywatelami innych państw UE, znajdującym się w takiej samej sytuacji, co obywatele danego państwa członkowskiego.

Aktualnie zalecenie nr H1 obowiązuje wyłącznie w państwach członkowskich Unii Europejskiej, a zatem nie obowiązuje w państwach EFTA (tj. Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii). Ponieważ umowa z b. Jugosławią jest zawarta przez państwo członkowskie (Polskę) z państwem trzecim (b. Jugosławią) i dotyczy wyłącznie obywateli państw-stron umowy, polskie instytucje właściwe powinny ją stosować również w odniesieniu do obywateli innych państw członkowskich UE (np. zamieszkujący w Serbii obywatel Niemiec, ubezpieczony w Polsce, jest objęty koordynacją na podstawie tej umowy). Instytucje Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny nie mają obowiązku stosowania wymienionej umowy do obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE.

Umowa z Macedonią i umowa z Ukrainą zakresem podmiotowym obejmują obywateli państw-stron umowy oraz osoby niebędące obywatelami tych państw (obywateli państw trzecich, uchodźców, bezpaństwowców), a uzyskane na podstawie tych umów prawo do świadczeń jest uwarunko-

¹⁴ Umowę z Macedonią stosuje się do przepisów prawnych zmieniających lub uzupełniających zakres przedmiotowy umowy, przy czym jeżeli chodzi o przepisy prawne wprowadzające nową gałąź zabezpieczenia społecznego – tylko wówczas, jeżeli umawiające się strony wyrażą taką wolę.

¹⁵ Umowę z Ukrainą stosuje się również do wszystkich ustaw i innych przepisów prawnych zmieniających lub uzupełniających ustawodawstwo, ale nie do ustaw ani innych przepisów prawnych, które rozszerzają istniejące ustawodawstwo jednej umawiającej się strony na nowe kategorie świadczeniobiorców, jeżeli władze tej umawiającej się strony zawiadomią władze właściwe drugiej umawiającej się strony – w ciągu sześciu miesięcy od daty ogłoszenia takich nowych ustaw lub innych przepisów prawnych – o tym, że nie przewiduje się takiego rozszerzenia umowy.

¹⁶ Zalecenie Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego nr H1 z dnia 19 czerwca 2013 roku, dotyczące wyroku w sprawie Gottardo, zgodnie z którym przywileje, z jakich korzystają obywatele danego państwa na podstawie dwustronnej umowy z zakresu zabezpieczenia społecznego zawartej z państwem trzecim, muszą być również przyznane pracownikom będącym obywatelami innych państw członkowskich (Dz. Urz. UE C 279 z 27 września 2013 r., s. 13 i n.). Zalecenie to dotyczy wszystkich obszarów świadczeń, w tym krótkoterminowych świadczeń pieniężnych w razie choroby lub macierzyństwa, i uchyliło zalecenie nr P1 z dnia 12 czerwca 2009 roku (Dz. Urz. UE C 106 z 24 kwietnia 2010 r., s. 47 i n.), które dotyczyło wyłącznie świadczeń emerytalno-rentowych.

¹⁷ Wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 15 stycznia 2002 roku w sprawie C-55/00 Elide Gottardo przeciwko Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), (Rec. 2002, s. I-00413 i nast.). W sprawie Gottardo Trybunał uznał, że „instytucje właściwe zabezpieczenia społecznego w jednym państwie członkowskim są zobowiązane na mocy ich wspólnotowego zobowiązania zawartego w art. 39 TWE (obecny 45 TFUE) brać pod uwagę, w celu określenia uprawnień emerytalnych, okresy ubezpieczenia uzyskane w państwie trzecim (państwie nieczłonkowskim) przez obywatela drugiego państwa członkowskiego, jeśli taka możliwość istnieje, na mocy międzynarodowej konwencji zawartej przez to pierwsze państwo członkowskie z państwem trzecim w odniesieniu do jego własnych obywateli”.

wane podleganiem ustawodawstwu jednego z państw-stron umowy.

Warto dodać, że świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa przysługują osobie ubezpieczonej z tytułu podlegania przez nią ubezpieczeniu w chwili powstania ryzyka ubezpieczeniowego (choroba, poród); świadczenia te co do zasady nie przysługują członkom rodziny.

Korzyści wynikające z koordynacji bilateralnej świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa

W odniesieniu do świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, objętych zakresem przedmiotowym wiążących Polskę w relacjach z państwami spoza Unii Europejskiej i EFTA umów dwustronnych dotyczących ubezpieczeń społecznych, mają zastosowanie zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Niżej wymieniono i omówiono kolejno te zasady.

Równe traktowanie

Dzięki koordynacji bilateralnej osoby, do których odnoszą się postanowienia umowy, podlegają obowiązkom i korzystają z uprawnień wynikających z ustawodawstwa drugiego państwa-strony umowy na takich samych warunkach, co obywatele tego państwa.

W umowie z b. Jugosławią zasada równego traktowania jest ograniczona tylko do obywateli państw-stron umowy. Jednak zgodnie ze wspomnianym zaleceniem nr H1 przywileje, z jakich korzystają obywatele polscy na podstawie tej umowy, muszą być również – zgodnie z zasadą niedyskryminacji obywateli innych państw członkowskich – przyznane przez polskie instytucje właściwe ubezpieczonym będącym obywatelami innych państw członkowskich, znajdujących się w takiej samej sytuacji, co obywatele Polski. Instytucje Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny nie mają obowiązku stosowania tej zasady w odniesieniu do obywateli innych niż Polska państw członkowskich UE.

W umowie z Macedonią zasada równego traktowania dotyczy wszystkich osób, do których mają zastosowanie postanowienia umowy, niezależnie od obywatelstwa. A więc także obywatele państw trzecich, uchodźców czy bezpaństwowców, jeżeli zamieszkują na terytorium państwa-strony umowy.

W umowie z Ukrainą zasada równego traktowania nie jest ograniczona tylko do obywateli państw-stron umowy. Nie ma znaczenia dla jej stosowania, czy osoby, do których odnoszą się postanowienia umowy, zamieszkują na terytorium państwa-strony umowy.

Stosowanie ustawodawstwa jednego państwa

Koordynacja bilateralna zapobiega sytuacji, w której dana osoba nie jest objęta systemem zabezpieczenia społecznego w żadnym kraju, a także sytuacji, w której dana osoba podlega ubezpieczeniom w więcej niż jednym kraju (np. w kraju zatrudnienia i zamieszkania).

Jest zasadą ogólną – przyjętą we wszystkich umowach – że mającym zastosowanie (właściwym) ustawodawstwem jest ustawodawstwo tego państwa-strony umowy, na którego terytorium wykonywana jest praca.

Wszystkie umowy przewidują także postanowienia szczególne, tj. odrębne zasady ustalania właściwego ustawodawstwa dla szczególnych grup osób (np. pracowników wysłanych, członków personelu misji dyplomatycznych oraz urzędów konsularnych). Dodatkowo umowy z Macedonią i z Ukrainą zawierają zapisy dotyczące ustalania właściwego ustawodawstwa w przypadku, gdy praca lub działalność na własny rachunek jest wykonywana na terytorium obu umawiających się stron. Wszystkie umowy zawierają zastrzeżenie, że mogą zostać uzgodnione inne zasady szczególne.

Żadna z umów nie przewiduje wyjątków od zasady podlegania ustawodawstwu jednego państwa-strony umowy. Ponadto porozumienia do umów z Macedonią i Ukrainą zakładają poświadczanie (co do zasady) przez instytucje właściwe okresu, w którym dana osoba podlega ustawodawstwu jednej z umawiających się stron, co stanowi dowód, że jest ona wyłączona spod ustawodawstwa drugiej umawiającej się strony.

Uwzględnianie zagranicznych okresów ubezpieczenia

Dzięki koordynacji bilateralnej osoby, które podlegają ustawodawstwu państwa-strony umowy nie mają okresów ubezpieczenia wymaganych do nabycia prawa do świadczeń w razie choroby lub macierzyństwa, mogą nabyć to prawo po uwzględnieniu (zsumowaniu) okresów ubezpieczenia przebytych w drugim państwie-stronie umowy.

Zgodnie z przyjętą we wszystkich umowach zasadą sumowania okresów ubezpieczenia okresy te (i okresy z nimi zrównane) przebyte zgodnie z ustawodawstwem każdego państwa-strony umowy są uwzględniane, jeśli jest to niezbędne przy ustalaniu prawa do świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz okresu ich przysługiwania, o ile okresy te nie pokrywają się.

W umowie z b. Jugosławią zasada sumowania okresów ubezpieczenia dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń pieniężnych. Uwzględniane są okresy zatrudnienia lub pracy na własny rachunek oraz

okresy z nimi zrównane. Dodatkowo w umowie przyjęto, że jeżeli przyznanie świadczenia jest uwarunkowane przebyciem pewnego okresu w określonym zatrudnieniu, uwzględniane są okresy takiego zatrudnienia na obszarze każdego z państw-stron umowy; doprecyzowano, że jeżeli okresy zrównane z okresami zatrudnienia (np. okresy zamieszkania) pokrywają się z rzeczywistymi okresami zatrudnienia, zaliczane będą tylko okresy zatrudnienia.

W umowie z Macedonią i w umowie z Ukrainą omawianą zasadę zawarto w dziale „Postanowienia szczególne, choroba i macierzyństwo”. Za okresy ubezpieczenia uznaje się okresy składkowe, okresy zatrudnienia lub pracy na własny rachunek, lub uznane za takie przez ustawodawstwo, zgodnie z którym zostały one przebyte, oraz okresy z nimi zrównane, zgodne z ustawodawstwem umawiającej się strony.

We wszystkich umowach przyjęto, że okresy ubezpieczenia przebyte w państwie trzecim (niebędącym stroną danej umowy) są sumowane pod warunkiem, że okresy te zgodnie z przepisami państwa-strony umowy powinny być uwzględnione, tak jakby były okresami ubezpieczenia przebytymi zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem (prawem krajowym, wiążącymi umowami międzynarodowymi, rozporządzeniami unijnymi).

Ponieważ zgodnie z zaleceniem nr H1 państwa członkowskie UE wykonujące umowy oparte na kryterium obywatelstwa muszą stosować wiążące je umowy z państwami trzecimi w taki sposób, by zapewnić obywatelom innych państw członkowskich korzyści wynikające z tej umowy, stosując umowę z b. Jugosławią polska instytucja właściwa zsumuje okresy ubezpieczenia przebyte w Serbii, Czarnogórze, Bośni i Hercegowinie również ubezpieczonemu w Polsce obywatelowi każdego innego kraju Unii Europejskiej. Obywatelom Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny polska instytucja właściwa zsumuje okresy przebyte na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA (na podstawie przepisów rozporządzeń unijnych nr 883/2004 i nr 987/2009 o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego) oraz okresy przebyte na terytorium Macedonii i Ukrainy (na podstawie wiążących umów dwustronnych).

Wykonując umowę z Macedonią czy Ukrainą polska instytucja właściwa oprócz okresów przebytych w państwach-stronach umów uwzględni również okresy przebyte na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA (na podstawie przepisów rozporządzeń unijnych o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego) oraz okresy przebyte w Serbii, Czarnogórze, Bośni i Hercegowinie (na podstawie umowy z b. Jugosławią).

Umowa z Macedonią wymaga, aby w celu dokonania sumowania okresów ubezpieczenia wnioskodawca dostarczał formularz potwierdzający okresy

ubezpieczenia, przebyte zgodnie z przepisami drugiej umawiającej się strony, a jeśli tego nie zrobi, instytucja ustalająca prawo do świadczeń może wystąpić o formularz do instytucji drugiej umawiającej się strony, której ustawodawstwu osoba ta wcześniej podlegała.

W umowie z b. Jugosławią i w umowie z Ukrainą wymienionego wyżej obowiązku nie nałożono na wnioskodawcę, w związku z tym okresy ubezpieczenia poświadczane są przez instytucję drugiej umawiającej się strony na wniosek instytucji właściwej, na podstawie ogólnych zapisów o współpracy między instytucjami.

Poświadczanie okresów ubezpieczenia w państwie trzecim odbywa się na podstawie stosowanego przez instytucję właściwą ustawodawstwa (prawa krajowego, wiążących umów międzynarodowych lub rozporządzeń unijnych).

Jeżeli konieczność zliczenia okresów ubezpieczenia przebytych zgodnie z ustawodawstwem państwa-strony umowy wiążącej Polskę ma miejsce przy ustalaniu prawa do wynagrodzenia za czas choroby, przysługującego na podstawie art. 92 Kodeksu pracy, albo zasiłku chorobowego, do którego wypłaty jest zobowiązany płatnik składek, płatnik składek powinien w tej sprawie wystąpić do oddziału ZUS właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek.

Uproszczony tryb ubiegania się o świadczenia i ich wypłatę

Koordynacja bilateralna umożliwia stosowanie reguł mających na celu uproszczenie procedur ubiegania się o świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa oraz wypłaty tych świadczeń w przypadku zamieszkania lub pobytu wnioskodawcy/świadczeniobiorcy na terytorium drugiego państwa-strony umowy. Znacząca jest w tym zakresie współpraca między instytucjami obu państw-stron umowy.

Podstawowa zasada wynikająca ze wszystkich umów jest taka, że świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa przyznawane są na podstawie przepisów i na koszt tej umawiającej się strony, na której terytorium osoba jest ubezpieczona w czasie powstania prawa do świadczeń.

W umowie z b. Jugosławią uzgodniono, że wniosek o przyznanie świadczeń może być zgłoszony do instytucji ubezpieczeniowej jednej lub drugiej umawiającej się strony, o czym instytucja, do której wniosek wpłynął, informuje instytucję właściwą do rozpatrzenia uprawnień. Jeżeli świadczeniobiorca przebywa na obszarze drugiej umawiającej się strony, instytucja zobowiązana do wypłaty świadczeń może zlecić wypłatę instytucji drugiej umawiającej się strony, a kwota wypłaconych świadczeń zwracana jest przez instytucję zobowiązaną do wypłaty świadczeń. Pomimo braku wyraźnego odesłania, zasadne jest stosowanie ww. zasady w odniesieniu do

krótkoterminowych świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową¹⁸.

W porozumieniu do umowy z b. Jugosławią zastrzeżono, że w zleceniu wypłaty świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy w razie choroby lub macierzyństwa – przez instytucję, na której terytorium osoba niezdolna do pracy przebywa na rzecz instytucji zobowiązanej do ich wypłaty – wskazuje się: wysokość świadczenia, jakie powinno być wypłacone za okres ubiegły, czasookres, przez jaki świadczenia mają być wypłacane w przyszłości oraz przypadki, w jakich wypłata świadczenia może być wstrzymana. W sytuacji gdy świadczeniobiorca w czasie pobytu na terytorium drugiej umawiającej się strony jest niezdolny do pracy po upływie czasu ustalonego w zleceniu, właściwą do ustalenia dalszej niezdolności do pracy jest instytucja miejsca pobytu osoby uprawnionej, a wydane przez tę instytucję zaświadczenie stanowi podstawę do przyznania świadczeń pieniężnych przez instytucję właściwą.

Umowa z Macedonią stanowi, że w celu ubiegania się o świadczenia z ustawodawstwa jednego z państw-stron umowy, za czas niezdolności do pracy podczas pobytu lub zamieszkania na terytorium drugiego państwa-strony umowy, wnioskodawca powinien przedłożyć zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy wystawione przez lekarza leczącego instytucji miejsca pobytu lub zamieszkania, która przekaze je instytucji właściwej. Instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania przeprowadza kontrolę administracyjną i lekarską, zgodnie z obowiązującymi ją przepisami, w trybie przewidzianym dla własnych ubezpieczonych. Instytucja właściwa ma jednak prawo poddania ubezpieczonego badaniom lekarskim przez wyznaczonego przez siebie lekarza. Prawo do świadczeń pieniężnych ustala i świadczenia wypłaca instytucja właściwa, bezpośrednio osobie uprawnionej, informując o tym instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania.

Tryb ten stosuje się odpowiednio do postępowania w sprawie o świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową¹⁹.

Umowa z Ukrainą przewiduje odpowiednie stosowanie zapisów dotyczących świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa w przypadku świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Decydującym dla ustalenia instytucji właściwej do rozpatrzenia wniosku o te świadczenia krótkoterminowe jest to, czy prawo do świadczeń powstało w czasie ubezpieczenia w tej czy w innej instytucji. Jeżeli wniosek zostanie złożony w instytucji drugiej umawiającej się strony (a więc np. w instytucji w miejscu zamieszkania,

jeżeli osoba ubezpieczona w jednym państwie-stronie umowy jest niezdolna do pracy podczas pobytu na terytorium drugiego państwa-strony umowy), zostanie on przekazywany do instytucji zobowiązanej do jego rozpatrzenia. W celu podjęcia ostatecznej decyzji w sprawie wniosku o świadczenia instytucje właściwe obu umawiających się stron wymieniają się bezzwłocznie dostępnymi dokumentami i wiadomościami oraz informują się o okolicznościach mających wpływ na prawo, wysokość lub wypłatę świadczenia. Ponadto instytucje te przekazują sobie nieodpłatnie (na własny koszt), na wniosek drugiej umawiającej się strony, posiadaną dokumentację lekarską, odnoszącą się do niezdolności do pracy wnioskodawcy lub świadczeniobiorcy.

Kontrola uprawnień (badania lekarskie) wnioskodawców i świadczeniobiorców

Koordinacja bilateralna umożliwia przeprowadzanie kontrolnych badań lekarskich osób ubezpieczonych w jednym państwie-stronie umowy za pośrednictwem instytucji ubezpieczeniowej w ich miejscu pobytu lub zamieszkania w drugim państwie-stronie umowy.

Tylko umowa z Macedonią przewiduje możliwość przeprowadzenia badania lekarskiego osoby ubezpieczonej w jednym państwie-stronie umowy, jeżeli osoba ta w czasie niezdolności do pracy ma miejsce zamieszkania lub pobytu na terytorium drugiej umawiającej się strony. Badanie kontrolne dla celów weryfikacji uprawnień do świadczeń pieniężnych w razie choroby (w tym spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową) i macierzyństwa może być przeprowadzone przez instytucję w miejscu zamieszkania lub pobytu, przy składaniu wniosku o świadczenia, na takich samych zasadach jak gdyby osoba ta była ubezpieczona w tej instytucji. Badanie wnioskodawcy/świadczeniobiorcy może być też przeprowadzone, na zlecenie instytucji właściwej, przez instytucję w miejscu zamieszkania lub pobytu. Jeżeli badanie wykonuje się dla właściwej instytucji każdej umawiającej się strony, koszty tego badania obciążają instytucję miejsca zamieszkania. Wynika stąd, że jeżeli badanie przeprowadzane jest tylko dla instytucji właściwej zlecającej badanie, instytucja ta zobowiązana jest pokryć jego koszt. Koszty badań lekarskich podlegają rozliczeniom.

W porozumieniu do wymienionej umowy przyjęto ponadto, że w celu kontroli uprawnień świadczeniobiorców mających miejsce zamieszkania na terytorium drugiej umawiającej się strony, właściwe instytucje każdej z umawiających się stron przekazują sobie niezwłocznie niezbędne informacje o wszelkich okolicznościach, z jakich mogą wynikać nienależne wypłaty świadczeń.

¹⁸ Nie ma uzasadnienia dla stosowania w tym zakresie przepisów rozdziału 2 umowy, dotyczącego ubezpieczeń rentowych.

¹⁹ Jest to dokładnie taki sam tryb postępowania, jaki przyjęto w rozporządzeniu unijnym nr 574/72.

Umowa z b. Jugosławią i umowa z Ukrainą nie zawierają postanowień szczególnych dotyczących przeprowadzania kontrolnych badań lekarskich, co oznacza, że nie ma koordynacji bilateralnej w tym zakresie; w szczególności nie uzgodniono możliwości przeprowadzania kontroli przez instytucję miejsca zamieszkania na zlecenie instytucji właściwej. Kontrola uprawnień możliwa jest jedynie na podstawie przepisów krajowych każdego państwa-strony umowy.

Zrównywanie faktów, okoliczności i zdarzeń

W myśl zasady koordynacji bilateralnej fakty i zdarzenia, które mają wpływ na nabycie prawa, jego zawieszenie lub wysokość, które zaistniały na terytorium jednej umawiającej się strony są traktowane tak, jakby zaistniały na terytorium drugiej umawiającej się strony.

Umowa z b. Jugosławią przewiduje, że pobieranie świadczenia, zarobkowanie lub posiadanie środków utrzymania z innych źródeł na obszarze drugiej umawiającej się strony, traktowane jest tak, jak miało miejsce na obszarze tego państwa-strony umowy, którego przepisy prawne uzależniają od tych zdarzeń zmniejszenie lub zawieszenie świadczenia. Zasada ta dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń objętych zakresem przedmiotowym umowy.

Umowa z Macedonią i umowa z Ukrainą zasadę zrównywania faktów i zdarzeń zawierają w przepisach dotyczących jedynie świadczeń emerytalno-rentowych. Stosowanie jej w odniesieniu do świadczeń w razie choroby (w tym spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową) i macierzyństwa wywodzi się jednak z zasady równego traktowania.

Współpraca instytucji ubezpieczeniowych

Dzięki koordynacji bilateralnej instytucje państw-stron umowy zobowiązują się do współpracy oraz do udzielania bezpłatnej pomocy przy wykonywaniu postanowień umowy i mogą porozumiewać się bezpośrednio. Wszelkie spory powstałe między umawiającymi się stronami – dotyczące interpretacji lub stosowania umowy – są rozwiązywane przez właściwe władze obu stron. Współpraca może być podejmowana na każdym etapie postępowania o świadczenia w razie choroby (w tym spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową) i macierzyństwa.

W umowie z b. Jugosławią przyjęto ponadto, że obywatele i organy państwa-umawiającej się strony mogą być bez pełnomocnictwa zastępowani przez urzędy konsularne (wydziały konsularne przedstawicielstw dyplomatycznych) przed organami (sądami) drugiej umawiającej się strony we wszystkich sprawach wynikających z umowy; chyba że przepisy krajowe wymagają zastępstwa przez adwokata lub przez inną osobę.

W umowie z Macedonią dodatkowo zaznaczono, że właściwe władze, instytucje łącznikowe i właściwe umawiających się stron mogą bezpośrednio kontaktować się ze sobą, jak również z każdą zainteresowaną osobą lub jej pełnomocnikiem.

Jedynie w umowie z Ukrainą zastrzeżono, że władze właściwe mogą ustalić, że dokonywany będzie zwrot niektórych kosztów związanych z udzielaniem pomocy.

Uznawanie dokumentów i możliwość stosowania języka urzędowego każdej z umawiających się stron

Dzięki koordynacji bilateralnej instytucje umawiających się stron mogą kontaktować się ze sobą w języku urzędowym każdego z państw-stron umowy, a dokumenty przedkładane zgodnie z ustawodawstwem danego państwa-strony umowy nie mogą być odrzucone z tego powodu, że zostały sporządzone w języku urzędowym drugiego państwa-strony umowy i są zwolnione z opłat, w całości lub w części, zgodnie z zasadami obowiązującymi w tym państwie, jak również nie wymagają uwierzytelniania przez władze dyplomatyczne bądź konsularne tego państwa.

Wynika z tego, że osoby zainteresowane mogą przedkładać wnioski, odwołania, oświadczenia i inne dokumenty sporządzone w języku państwa-strony umowy, bez konieczności przedkładania tłumaczenia. Złożone w terminie wymaganym przez mające zastosowanie ustawodawstwo są traktowane tak, jak gdyby zostały złożone w terminie w odpowiedniej instytucji lub w sądzie drugiego państwa-strony umowy i są niezwłocznie przekazywane instytucjom właściwym do rozpatrzenia.

W umowie z b. Jugosławią przyjęto, że przy wykonywaniu przepisów umowy dokumenty wydawane przez właściwe organy jednej umawiającej się strony (w tym wyniki badań lekarskich) wiążą organ drugiej umawiającej się strony, a ponadto może zostać ustalone, w jaki sposób dokumentacja przewidziana w przepisach prawnych jednej umawiającej się strony może zostać zastąpiona zaświadczeniem właściwego organu drugiej umawiającej się strony. Wnoszone przy wykonywaniu umowy dokumenty zwolnione są od wszelkich opłat i legalizacji.

Zgodnie z umową z Ukrainą zaświadczenia lub dokumenty wydawane przez władze właściwe, instytucje łącznikowe i właściwe umawiających się stron są uznawane przez władze i instytucje drugiej umawiającej się strony.

Z powyższego wynika m.in. obowiązek uznawania np. aktów urodzenia czy zaświadczeń lekarskich, stanowiących dowód do przyznania prawa do świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy w razie choroby i macierzyństwa, wystawionych przez instytucje

ubezpieczeniowe obu państw (np. lekarzy orzeczników tych instytucji).

Ponieważ żadna z umów nie przewiduje wzajemnego uznawania zaświadczeń lekarskich, wystawianych przez lekarzy leczących w celu poświadczenia czasowej niezdolności do pracy, w tym zakresie stosuje się ustawodawstwo obowiązujące w państwie właściwym. Dla celów ustalenia prawa do świadczeń z polskiego ustawodawstwa zaświadczenie lekarskie wystawione w Serbii, Czarnogórze, Bośni i Hercegowinie, w Macedonii lub na Ukrainie powinno spełniać wymogi określone polskim ustawodawstwem²⁰, tj. powinno: zawierać nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, być opatrzone datą wystawienia i podpisem, określać początkową i końcową datę niezdolności do pracy. Nie wymaga się od ubezpieczonego przetłumaczenia zaświadczenia lekarskiego wystawionego na terytorium państwa-strony umowy w języku urzędowym tego państwa. Tłumaczenia zaświadczenia dokonuje w razie potrzeby płatnik zasiłku.

Jeżeli zaświadczenie lekarskie nie spełnia wymogów określonych polskim ustawodawstwem lub budzi wątpliwości, polska instytucja właściwa (a za jej pośrednictwem również pracodawca będący płatnikiem zasiłku), odpowiednio do okoliczności sprawy, może wystąpić do instytucji państwa drugiej strony umowy o udzielenie w tej sprawie pomocy.

Transfer/eksport świadczeń

Koordinacja bilateralna umożliwia transferowanie świadczeń z tytułu choroby lub macierzyństwa do miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (w zależności od umowy) na terytorium drugiego umawiającego się kraju – bezpośrednio na rachunek bankowy, w walucie określonej w danej umowie dotyczącej ubezpieczeń społecznych lub w innej walucie wymiennej, określonej w wiążących umowach o wzajemnych płatnościach.

Wynika to z przyjęcia we wszystkich umowach zasady, że uprawnienia do świadczeń oraz same świadczenia nie mogą być zawieszane, zmniejszone i w żaden sposób ograniczone z tego powodu, że osoba uprawniona do świadczeń ma miejsce zamieszkania lub pobytu na terytorium drugiego państwa-strony umowy oraz z postanowień szczególnych dotyczących świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa.

Umowa z b. Jugosławią przewiduje transfer świadczeń w przypadku zamieszkania i pobytu świadczeniobiorcy na terytorium drugiej umawiającej się strony, gdyż zasada zachowania praw nabytych obowiązuje tak

długo, jak długo dana osoba przebywa na terytorium drugiego państwa-strony umowy²¹.

Świadczenia pieniężne na mocy umowy z Macedonią i umowy z Ukrainą wypłacane są przez instytucję właściwą umawiającej się strony bezpośrednio osobom uprawnionym, mającym miejsce zamieszkania na terytorium drugiej umawiającej się strony, w walucie urzędowej swojego państwa, a jeżeli ta waluta nie jest wymierna – w innej walucie wymiennej.

W umowie z Macedonią wyraźnie zapisano, że świadczenia pieniężne przysługujące zgodnie z przepisami prawnymi jednej z umawiających się stron są również wypłacane podczas pobytu osoby uprawnionej na terytorium drugiej umawiającej się strony. Wypłaca je bezpośrednio instytucja właściwa, w trybie uzgodnionym dla wypłaty świadczeń pieniężnych.

Z kolei przy wykonywaniu umowy z Ukrainą zasada eksportu świadczeń nie ma zastosowania w razie *czasowego pobytu* świadczeniobiorcy na terytorium drugiego państwa-strony umowy²².

Wymienione zasady mają również zastosowanie do krótkoterminowych świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Jeżeli świadczeniobiorca zamieszkuje lub przebywa na terytorium państwa trzeciego, transfer świadczeń jest możliwy, jeżeli przewidują to przepisy ustawodawstwa stosowanego przez dane państwo-stronę umowy.

Transfer świadczeń przysługujących z polskiego ustawodawstwa jest możliwy, jeżeli świadczeniobiorca zamieszkuje w państwie trzecim, z którym Polskę łączy umowa międzynarodowa przewidująca transferowanie świadczeń do państwa zamieszkania lub/albo pobytu, tj. jeżeli świadczeniobiorca:

- zamieszkuje lub przebywa w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub EFTA (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria), albo w Macedonii, Serbii, Czarnogórze, Bośni, Hercegowinie;
- zamieszkuje na Ukrainie.

*

Jak już wspomniano na wstępie, koordynację bilateralną świadczeń pieniężnych w razie choroby, w tym choroby spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, i macierzyństwa zapewniają trzy z siedmiu aktualnie obowiązujących Polskę w relacjach z państwami spoza Unii Europejskiej i EFTA dwustronnych umów międzynarodowych dotyczących ubezpieczeń społecznych. Należy dodać, że kolejne takie umowy są w fazie projektów (z Mongolią, Turcją i Białorusią) lub negocjacji (z Izraelem). ■

²⁰ Paragrafy 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 roku w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2012 r. poz. 444).

²¹ Umowa z b. Jugosławią nie zawiera definicji pojęć *pobyt* i *zamieszkanie*.

²² *Zamieszkanie / miejsce zamieszkania* określono w umowie z Macedonią i w umowie z Ukrainą jako miejsce stałego pobytu, a miejsce pobytu oznacza miejsce czasowego pobytu. Znaczenie pojęć *miejsce stałego pobytu* i *miejsce czasowego pobytu* określa ustawodawstwo mające zastosowanie w danym przypadku (ustawodawstwo właściwe).

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego – Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych – I półrocze 2014 roku

**Uchwała Sądu Najwyższego
z dnia 11 lutego 2014 roku
sygn. akt I UZP 3/13**

Likwidator spółdzielni nie ponosi odpowiedzialności za zaległości składkowe tej spółdzielni na podstawie art. 116a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku – Ordynacja podatkowa (tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 749 ze zm.) w związku z art. 31 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 1442 ze zm.).

W rozpatrywanej przez Sąd Najwyższy sprawie stan faktyczny był taki, że ZUS w wydanej decyzji stwierdził, iż likwidator Gminnej Spółdzielni „Samopomoc Chłopska” jest odpowiedzialny za zobowiązania tej spółdzielni z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. Likwidator wniósł od tej decyzji odwołanie do sądu, domagając się jej zmiany i ustalenia, że nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółdzielni z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Sąd okręgowy oddalił odwołanie likwidatora. W wydanym wyroku odnośnie podstaw odpowiedzialności likwidatora za zobowiązania spółdzielni sąd przywołał uchwałę siedmiu sędziów Sądu Najwyższego (sygn. akt III CZP 91/09 z dnia 28 stycznia 2010 r.), według której odpowiedzialność za zobowiązania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w przypadku bezskuteczności egzekucji ponosi także likwidator spółki.

Wyrok ten został zaskarżony przez likwidatora spółdzielni do sądu apelacyjnego. Sąd apelacyjny stwierdził, że wobec poważnych wątpliwości oraz istniejącego orzecznictwa zagadnienie prawne dotyczące odpowiedzialności likwidatora spółdzielni za zaległości składkowe powinno być rozstrzygnięte przez Sąd Najwyższy.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały podkreślił, że osoby trzecie za zaległości składkowe odpowiadają całym swoim majątkiem solidarnie z płatnikiem składek, jednak tylko w zakresie i w przypadkach przewidzianych w art. 107 par. 1 Ordynacji podatkowej w związku z art. 31 i 32 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zakresem podmiotowym art. 116a Ordynacji podatkowej objęci są członkowie organów zarządzających innymi niż spółki kapitałowe osobami prawnymi, którzy ponoszą odpowiedzialność za zaległości składkowe tych osób prawnych. Osoba prawna działa przez swoje organy. Z wykładni językowej art. 116a Ordynacji podatkowej wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że dotyczy on wyłącznie tych osób, które pełnią funkcje organów danej osoby prawnej. W spółdzielni, zgodnie z ustawą Prawo spółdzielcze, organami są: walne zgromadzenie, rada nadzorcza i zarząd, przy czym tylko zarząd kieruje działalnością spółdzielni i reprezentuje ją na zewnątrz.

Status prawny likwidatora spółdzielni reguluje art. 119 par. 1 Prawa spółdzielczego, stanowiący, że do likwidatora stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zarządu spółdzielni i członków zarządu, jeżeli przepisy o likwidacji nie stanowią inaczej. Likwidator spółdzielni nie jest organem spółdzielni, a przepisy dotyczące zarządu można stosować w odniesieniu do likwidatora tylko subsydiarnie i tylko odpowiednio. Likwidator jest przedstawicielem ustawowym osoby prawnej, zmierzającym do zakończenia jej bytu. Przedstawiciel ustawowy, w odróżnieniu od organu, nie wchodzi w skład struktury organizacyjnej osoby prawnej i pomimo pewnych podobieństw nie może być uznawany za organ osoby prawnej.

Uregulowania zasad odpowiedzialności osób trzecich za zobowiązania składkowe wynikające z przepisów Ordynacji podatkowej nie są tożsame z zasadami wynikającymi z przepisów prawa handlowego. Ordynacja podatkowa

zawiera w tym przedmiocie uregulowania inaczej kształtujące odpowiedzialność osoby trzeciej. Odpowiedzialność osób trzecich jest instytucją prawną wiążącą skutki istnienia zobowiązania podatkowego z podmiotem innym niż podatnik. Osoby trzecie ponoszą więc odpowiedzialność za cudzy dług, a orzeczenie o odpowiedzialności tych osób nie uwalnia dłużnika od odpowiedzialności. Odpowiedzialność osób trzecich ma zatem charakter gwarancyjny. Jest odpowiedzialnością posiłkową (subsydiarną), występuje dopiero w dalszej kolejności. Nie ma tu domniemania winy, organ nie bada istnienia związku przyczynowego. Odpowiedzialność osób trzecich ma zatem charakter odpowiedzialności wyjątkowej.

Przepis art. 116 Ordynacji podatkowej reguluje odpowiedzialność za zobowiązania publicznoprawne osób prawnych. Nakładanie danin publicznych należy zaś do tak zwanej wyłączności ustawowej. Z zasady demokratycznego państwa prawnego wynika, że każda regulacja prawna ingerująca w prawa i wolności obywatelskie musi spełniać wymóg dostatecznej określoności. Adresat normy prawnej musi bowiem wiedzieć, że jest ona do niego skierowana. Z tego wynika, że przepisy prawa publicznego regulujące odpowiedzialność osób trzecich nie mogą być interpretowane w sposób rozszerzający. Wobec tego nie ma wystarczających przesłanek do stwierdzenia, że na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej odpowiedzialnością za zaległości składowe mógłby być – jako osoba trzecia – obciążony jakikolwiek inny podmiot niż wymieniony wyraźnie w ustawie.

Likwidator spółdzielni nie odpowiada więc za zaległości składowe tej spółdzielni na podstawie art. 116a Ordynacji podatkowej w związku z art. 31 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, albowiem z treści tego literalnie odczytywanego przepisu nie wynika, ażeby był objęty jego zakresem podmiotowym.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2014 roku sygn. akt I UZP 4/13

I. W postępowaniu prowadzonym na skutek odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej przyznania prawa do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy z powodu nieprzedstawienia przez ubezpieczonego protokołu powypadkowego sąd ubezpieczeń społecznych jest uprawniony do dokonywania oceny, czy dane zdarzenie było wypadkiem przy pracy (art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.).

II. Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały w pozostałym zakresie.

Uchwała została podjęta po rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy zagadnień prawnych sprowadzających się do pytań:

1. Czy w postępowaniu prowadzonym na skutek odwołania od decyzji ZUS odmawiającej przyznania prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, wydanej na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 1 lub 2 i ust. 2 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, sąd ubezpieczeń społecznych jest uprawniony do dokonywania oceny, czy dane zdarzenie było wypadkiem przy pracy?
2. Czy pracodawca jest zainteresowanym w postępowaniu o przyznanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z wypadkiem przy pracy?

Stan faktyczny w sprawie był taki, że ZUS w drodze decyzji odmówił prawa do jednorazowego odszkodowania w związku z wypadkiem przy pracy, na podstawie art. 58 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.) w związku z art. 116 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227 ze zm.) oraz z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 roku (Dz.U. z 2011 r. nr 237, poz. 1412), wobec nieprzedłożenia przez zainteresowanego dokumentów uzasadniających prawo do tego świadczenia.

Sąd rejonowy zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i przyznał prawo do jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy. ZUS odwołał się od tego wyroku wskazując, że narusza on art. 22 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Jednocześnie podnosił, że w wypadku gdy zainteresowany nie posiada protokołu powypadkowego, powinien najpierw dochodzić przed sądem ustalenia, że sporne zdarzenie było wypadkiem przy pracy.

Rozpoznając apelację wniesioną przez ZUS, sąd okręgowy uznał, że w sprawie wyłoniło się zagadnienie prawne budzące poważne wątpliwości i przedstawił je do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu.

Po przeprowadzeniu analizy stanu prawnego, dotychczasowego orzecznictwa sądów powszechnych, orzecznictwa Sądu Najwyższego, stanowiska doktryny oraz mając wzgląd na ekonomię procesową i interesy ubezpieczonych, Sąd Najwyższy uznał, że w postępowaniu prowadzonym na skutek odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej przyznania prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego, wydanej na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, sąd ubezpieczeń społecznych jest uprawniony do dokonywania oceny, czy dane zdarzenie było wypadkiem przy pracy.

Takie rozstrzygnięcie, mimo iż pomniejsza znaczenie protokołu powypadkowego w postępowaniu o świadczenia z tytułu wypadku przy pracy, nie neguje potrzeby uzyskania tego dokumentu ani nie podważa dotychczasowej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącego

istnienia interesu prawnego pracownika w ustaleniu, że zdarzenie było wypadkiem przy pracy.

Podobnie jak dotychczas, realizacja uprawnień pracownika-ubezpieczonego do uzyskania świadczenia wypadkowego w sytuacji braku protokołu powypadkowego, wydanego przez pracodawcę, może zatem następować:

- bezpośrednio przez sądem ubezpieczeń społecznych, w drodze odwołania od decyzji organu rentowego, wydanej w oparciu o art. 22 ust. 1 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, bądź
- dwuetapowo – w skierowanym przeciwko pracodawcy postępowaniu przed sądem pracy o ustalenie wypadku przy pracy, na podstawie art. 189 Kodeksu postępowania cywilnego, który to wyrok w dalszej kolejności miałby służyć jako podstawa rozpoznania skierowanego do organu rentowego wniosku o świadczenie i umożliwić uzyskanie decyzji pozytywnej bez potrzeby wnoszenia odwołania do sądu ubezpieczeń społecznych.

Wybór przez pracownika sposobu realizacji celu wien odbywać się ze świadomością: braku związania organu rentowego i sądu ubezpieczeń społecznych w sprawie o świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego treścią wyroku sądu pracy ustalającego wypadek przy pracy; braku związania sądu pracy wyrokiem sądu ubezpieczeń społecznych przyznającym świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego, w przypadku kierowania przeciwko pracodawcy dalszych roszczeń przez pracownika.

Jeżeli chodzi o drugie zagadnienie, to Sąd Najwyższy przypomniał, że uprawnienie sądu drugiej instancji do przedstawienia zagadnienia prawnego budzącego poważne wątpliwości do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu, prowadzące do związania sądów niższej instancji w danej sprawie poglądem tego sądu zawartym w uchwale, jest wyjątkiem od konstytucyjnej zasady podległości sędziego tylko Konstytucji i ustawom (art. 178 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) i reguły samodzielnego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd właściwy. Ze względu na tę wyjątkowość zagadnienie prawne stanowiące przedmiot pytania sądu drugiej instancji musi odpowiadać określonym wymaganiom, a mianowicie:

- musi być sformułowane w oparciu o okoliczności mieszczące się w stanie faktycznym sprawy wynikającym z dokonanych przez sąd ustaleń,
- musi być przedstawione w sposób ogólny i abstrakcyjny tak, by umożliwić Sądowi Najwyższemu udzielenie uniwersalnej odpowiedzi,
- musi pozostawać w związku z rozpoznawaną sprawą tak, by udzielenie odpowiedzi na postawione pytanie ułatwiło sądowi odwoławczemu podjęcie decyzji jurysdykcyjnej co do istoty sprawy,
- musi dotyczyć zagadnienia budzącego rzeczywiście poważne wątpliwości, gdyż użycie przez ustawodawcę przymiotnika kwalifikującego oznacza, że w razie powstania wątpliwości pierwszego stopnia, tj. zwykłych, sąd drugiej instancji obowiązany jest rozwiązać je we własnym zakresie.

Drugie zagadnienie prawne przedstawione przez sąd okręgowy nie odpowiada powyższym wymaganiom. Z tych powodów Sąd Najwyższy orzekł jak w uchwale.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2014 roku sygn. akt II PZP 1/13

Po rozpoznaniu zagadnienia prawnego sprowadzającego się do pytania:

Czy w postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu prawa pracy istnieje możliwość zawarcia umowy o poddanie sądowi pierwszej instancji, który według ustawy nie jest miejscowo właściwy, sporu już wynikłego lub sporów mogących w przyszłości wyniknąć z oznaczonego stosunku prawnego, tj. czy istnieje w tych sprawach możliwość zawarcia tzw. umowy prorogacyjnej (prorogatio fori) określonej w art. 46 par. 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. nr 43, poz. 296 ze zm.)?

Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały.

Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 2014 roku sygn. akt I PZP 4/13

Przepis art. 25¹ par. 1 k.p. w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 14 listopada 2003 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 213, poz. 2081) nie ma zastosowania w przypadku, w którym kolejne umowy o pracę na czas określony były zawierane przed dniem 1 maja 2004 roku, natomiast następna taka umowa została zawarta już po tym dniu (art. 15 powołanej ustawy z dnia 14 listopada 2003 roku).

Zagadnienie prawne rozpatrywane przez Sąd Najwyższy w składzie siedmioosobowym sprowadzało się do pytania:

Czy art. 25¹ k.p. w związku z art. 15 ustawy z dnia 14 listopada 2003 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw, uwzględniając treść klauzuli 5 załącznika Dyrektywy Rady 99/70/WE z dnia 28 czerwca 1999 roku dotyczącej Porozumienia ramowego w sprawie pracy na czas określony, zawartego przez Europejską Unię Konfederacji Przemysłowych i Pracodawców (UNICE), Europejskie Centrum Przedsiębiorstw Publicznych (CEEP) oraz Europejską Konfederację Związków Zawodowych (ETUC) – Dz. Urz. UE, polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 3, s. 368, ma zastosowanie w przypadku, w którym kolejne umowy o pracę na czas określony były zawierane przed dniem 1 maja 2004 roku, natomiast ostatnia z nich nawiązana została już po tej dacie?

Stan sprawy, którą rozpatrywał Sąd Najwyższy w powiększonym składzie, był następujący – zainteresowany domagał się ustalenia, że był zatrudniony przez spółkę z o.o. na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony oraz żądał odszkodowania z tytułu niezgodnego z prawem wypowiedzenia umowy o pracę.

Sąd rejonowy rozpatrujący sprawę oddalił powództwo. Sąd ustalił, że zainteresowany był zatrudniony w spółce na podstawie szeregu umów na czas określony. Pierwsza umowa zawarta została na okres od 1 marca 2000 roku do 31 marca 2002 roku, druga – na okres od 1 kwietnia 2002 roku do 31 grudnia 2006 roku, trzecia – od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2009 roku. Ostatnia umowa rozwiązała się z upływem okresu, na który została zawarta. Sąd rejonowy uznał, że w sprawie nie miał zastosowania art. 25¹ par. 1 k.p. ponieważ został zawieszony od dnia 29 listopada 2002 roku do czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej. W okresie zawieszenia dopuszczalne było zawieranie dowolnej liczby umów na czas określony. Sąd wskazał, że do wypowiedzenia stosunku pracy nie doszło, wobec czego roszczenie o odszkodowanie było bezzasadne.

Sąd okręgowy oddalił apelację zainteresowanego, wobec czego skierował on skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. W skardze podnosił, że sądy błędnie przyjęły, że art. 25¹ par. 1 k.p. ma zastosowanie jedynie wówczas, gdy wszystkie (trzy) umowy o pracę zawarte zostały po dniu 1 maja 2004 roku.

Sąd Najwyższy uznał, że w sprawie występują poważne wątpliwości w zakresie wykładni prawa dotyczące czasowego zakresu zastosowania art. 25¹ k.p., który ogranicza możliwość kilkakrotnego ponawiania umów o pracę na czas określony między tym samym pracownikiem i pracodawcą, wobec czego przekazał zagadnienie prawne do rozpoznania powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.

Sąd Najwyższy w składzie siedmioosobowym stwierdził, że art. 25¹ k.p. w obecnym brzmieniu wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku, z zastrzeżeniem, że stosuje się go od dnia uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej (tj. od dnia 1 maja 2004 roku). Jednocześnie, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 14 listopada 2003 roku, przepisy art. 25¹ k.p. stosuje się do umów o pracę zawartych lub zmienianych w sposób określony w tych przepisach od dnia uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej.

Rozpatrywane zagadnienie prawne sprowadza się w istocie do rozwiązania tzw. międzyczasowej kolizji norm prawnych. Tego rodzaju kolizja istnieje wtedy, gdy dany stan faktyczny o charakterze ciągłym lub złożonym z kilku zdarzeń jest przedmiotem normowania różnych przepisów prawnych obowiązujących w czasie, w którym ten stan wystąpił. W rozpatrywanej sprawie kluczowe znaczenie ma wykładnia art. 15 ustawy z dnia 14 listopada 2003 roku. Dokonana analiza przepisów potwierdza, że przepis ten dotyczy wszystkich trzech umów. Wykładnia tego przepisu (w związku art. 25 par. 1 i 2 k.p.) prowadzi do wniosku, że art. 25¹ par. 1 k.p. stosuje się do trzech umów o pracę na czas określony, o ile wszystkie te umowy zostały zawarte w okresie od dnia uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej. Art. 25¹ par. 1 k.p. nie ma natomiast zastosowania w wypadku, gdy kolejne umowy o pracę na czas określony były zawierane przed 1 maja

2004 roku, natomiast następna taka umowa została zawarta już po tym dniu.

Odmierna wykładnia prowadziłaby do uznania dopuszczalności wstecznego działania art. 25¹ k.p. Oznaczałaby ona bowiem stosowanie tego unormowania do zdarzeń (zawierania i przedłużania umów na czas określony), które zaszły przed 1 maja 2004 roku, z którymi prawo nie wiązało przed tą datą skutków prawnych w unormowaniu tym przewidzianych. Nastąpiłoby to wbrew wyraźnie wyrażonej w art. 15 ustawy z dnia 14 listopada 2003 roku woli ustawodawcy niedopuszczenia do takiego skutku.

Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2014 roku sygn. akt I UZP 2/13

Decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalająca odpowiedzialność członka zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością za zaległości składkowe spółki nie musi zawierać wskazania, że odpowiedzialność ta jest solidarna z innymi członkami zarządu, co do których zostały wydane odrębne decyzje (art. 116 par. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku – Ordynacja podatkowa, tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 749 ze zm., w związku z art. 31 i 32 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 1442 ze zm.).

Uchwała została podjęta po rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy w powiększonym składzie następującego zagadnienia prawnego:

Czy na podstawie art. 116 par. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku – Ordynacja podatkowa, w związku z art. 31 i 32 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, dopuszczalne jest pominięcie w decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalającej odpowiedzialność członka zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością za zaległości składkowe spółki wskazania, że odpowiedzialność ta jest solidarna z innymi członkami zarządu, co do których zostały wydane odrębne decyzje?

Stan faktyczny w sprawie był taki, że ZUS w wydanej decyzji stwierdził, iż za zobowiązania spółki z o.o. z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy oraz na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych odpowiada wiceprezes tej spółki.

Sąd okręgowy zmienił decyzję ZUS w ten sposób, że ustalił, że wiceprezes nie jest odpowiedzialny za te zobowiązania. Obejmując funkcję wiceprezesa opierał się na raporcie wewnętrznym i mógł słusznie przyjąć, że uda się spółkę wyprowadzić z trudnej sytuacji, nie złożył więc wniosku o upadłość.

Od tego wyroku ZUS odwołał się, jednak sąd apelacyjny oddalił odwołanie.

Sąd apelacyjny podkreślił, że zaskarżona decyzja ZUS wskazuje tylko na wiceprezesa jako na osobę odpowiedzialną całym majątkiem za zobowiązania spółki z tytułu

nieopłaconych składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne. W decyzji wskazano, że zobowiązany ma uiścić podaną kwotę w terminie 30 dni od daty doręczenia decyzji. Decyzja stanowi podstawę wpisu hipoteki przymusowej, obciążającej wszystkie nieruchomości dłużnika; stanowi też podstawę wpisu zastawu skarbowego w Centralnym Rejestrze Zastawów Skarbowych. Decyzja nie zawiera natomiast stwierdzenia, że odpowiedzialność jest solidarna, i w jakim zakresie, z pozostałymi członkami zarządu. Wydanie decyzji poprzedziło postępowanie administracyjne dotyczące tylko wiceprezesa spółki. Członkowie zarządu nie zostali objęci wspólnym postępowaniem, nie zostali o nim zawiadomieni przez ZUS. Sąd apelacyjny uznał, że decyzja została wydana w sposób wadliwy z tej przyczyny, że nie obejmuje wszystkich członków zarządu, nie wskazuje na ich wspólną odpowiedzialność solidarną i nie wskazuje zakresu ich odpowiedzialności.

Wyrok ten zakwestionował ZUS wnosząc skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. Podnosił, że w sprawie naruszono art. 116 par. 1 i 2 Ordynacji podatkowej.

Sąd Najwyższy doszedł do przekonania, że w sprawie wyłoniło się zagadnienie prawne budzące poważne wątpliwości, na tle którego zapadły rozbieżne orzeczenia SN. Stąd skierował zagadnienie prawne do rozpatrzenia przez powiększony skład Sądu Najwyższego, który wydał przywołaną wyżej uchwałę.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2014 roku sygn. akt I PZP 1/14

Po rozpoznaniu zagadnienia prawnego sprowadzającego się do pytania:

Czy bieg przedawnienia roszczenia o odszkodowanie z tytułu nierównego traktowania w zatrudnieniu, poprzez niedopuszczalne z punktu widzenia dyspozycji art. 18^{3c} par. 1 k.p. zróżnicowanie wynagrodzenia pracowników wykonujących pracę jednakową lub jednakowej wartości, rozpoczyna się z dniem dowiedzenia się przez pracownika o stosowaniu przez pracodawcę w stosunku do niego tego rodzaju niedozwolonych praktyk, a w takim przypadku czy podlegają one przedawnieniu w odniesieniu do całej żądanej w oparciu o dyspozycję art. 18^{3d} k.p. kwoty, względnie czy przedawnienie roszczenia biegnie oddzielnie co do każdej z kwot jednomiesięcznego wynagrodzenia, niezależnie od daty dowiedzenia się pracownika o stosowaniu wobec niego dyskryminujących praktyk?

Sąd Najwyższy postanowił odmówić podjęcia uchwały.

Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2014 roku sygn. II UZP 14

W razie objęcia jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) i wskazanym w tych decyzjach pracownikom podstawę wymiaru

składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne wartość przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną oznacza się odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika (art. 19 par. 2 w związku z art. 398⁴ par. 3 k.p.c.).

Uchwała została podjęta po rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy w powiększonym składzie zagadnienia prawnego sprowadzającego się do pytania:

Czy objęcie jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) i wskazanym w tych decyzjach pracownikom podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oznacza, że w skardze kasacyjnej płatnika roszczenia z nich wynikające podlegają zsumowaniu przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 21 k.p.c. w związku z art. 398⁴ par. 3 k.p.c.), czy też wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika.

Problem ten powstał przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia przy rozpatrywaniu dopuszczalności wniesienia skargi kasacyjnej od wyroku sądu apelacyjnego.

Sprawa dotyczyła wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne pracowników. ZUS wydał oddzielne decyzje korygujące indywidualną podstawę wymiaru składek względem każdego pracownika. Odwołania od decyzji wniósł pracodawca, lecz na etapie postępowania sądowego były to nadal odrębne sprawy sądowe wynikające z poszczególnych decyzji. Późniejsze połączenie ich do łącznego rozpoznania nie zmieniło pierwotnej wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia w każdej z tych spraw.

Zdaniem sądu apelacyjnego, który rozpatrywał odwołanie od wyroku sądu pierwszej instancji, z chwilą połączenia nie powstała jedna sprawa, lecz dalej istnieją oddzielne sprawy połączone tylko do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia. W takiej sytuacji – w sprawie o podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne – wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika.

Wobec skargi kasacyjnej, sprawa trafiła do Sądu Najwyższego.

Sąd Najwyższy w składzie trzyosobowym zauważył, że w dotychczasowym orzecznictwie ukształtowały się dwa stanowiska w sprawie określania wartości przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną, w przypadkach gdy w sprawie o podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne połączonych do wspólnego rozpoznania łączna wartość przedmiotu zaskarżenia przekracza 10 tys. zł, podczas gdy nie przekracza tej kwoty w żadnej z połączonych spraw z osobna. Zgodnie z pierwszym stanowiskiem wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika. Natomiast zgodnie z drugim stanowiskiem objęcie jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne

zatrudnionych pracowników oznacza, że w skardze kassacyjnej organu rentowego roszczenia z nich wynikające podlegają zsumowaniu przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia.

W tej sytuacji, wobec poważnych wątpliwości, Sąd Najwyższy przekazał zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia przez skład siedmioosobowy Sądu Najwyższego, który podjął powołaną wyżej uchwałę.

**Uchwała Sądu Najwyższego
z dnia 9 lipca 2014 roku
sygn. akt I UZP 1/14**

Sędzia sądu powszechnego podlega z tytułu zawartej umowy zlecenia obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 4 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 1442 ze zm.).

**Uchwała Sądu Najwyższego
z dnia 4 września 2014 roku
sygn. akt I UZP 2/14**

Byłemu sędziemu, który stał się niezdolny do pracy przed zrzeczeniem się urzędu, przysługuje zasiłek chorobowy w okresie dalszego trwania tej niezdolności po rozwiązaniu stosunku służbowego (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 159).

Uchwała została podjęta po rozpatrzeniu przez Sąd Najwyższy zagadnienia prawnego sprowadzającego się do pytań:

1. Czy były sędzia, który zrzekł się urzędu w trybie art. 68 par. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 427 ze zm.) i z którym stosunek służbowy został rozwiązany, a od jego wynagrodzenia wypłaconego w okresie służby (od którego nie odprowadzono składki na ubezpieczenie społeczne w trakcie służby) sąd macierzysty przekazał składkę na ubezpieczenia społeczne do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przewidzianą za ten okres w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, stosownie do treści art. 91 par. 10 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku prawo o ustroju sądów powszechnych, powinien być za okres służby traktowany jako osoba objęta ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa w rozumieniu art. 1 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.) i art. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.)?
2. Czy byłemu sędziemu, który zrzekł się urzędu sędziego w trybie art. 68 par. 1 ustawy z dnia

27 lipca 2001 roku prawo o ustroju sądów powszechnych (t.j.: Dz.U. z 2013 r. poz. 427 ze zm.) i z którym stosunek służbowy został rozwiązany, zaś od jego wynagrodzenia wypłaconego w okresie służby sąd macierzysty przekazał składkę na ubezpieczenia społeczne do ZUS, przewidzianą za ten okres w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, stosownie do treści art. 91 par. 10 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku prawo o ustroju sądów powszechnych, a który stał się niezdolny do pracy przed rozwiązaniem stosunku służbowego i którego niezdolność do pracy trwała nadal po rozwiązaniu stosunku służbowego, przysługuje zasiłek chorobowy za okres niezdolności do pracy po rozwiązaniu stosunku służbowego na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.)?

Stan faktyczny w sprawie był taki, że ZUS odmówił prawa do zasiłku chorobowego. W uzasadnieniu decyzji wskazał, że niezdolność do pracy zainteresowanego powstała w czasie, kiedy nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd pierwszej instancji zmienił decyzję ZUS i stwierdził, że zainteresowany ma prawo do zasiłku chorobowego. Sąd uznał, że zainteresowany w dniu rozpoczęcia okresu niezdolności do pracy pozostawał w stosunku służbowym sędziego. Stosunek taki nie stanowi tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Jednakże, na skutek zrzeczenia się urzędu, zostały odprowadzone składki na ubezpieczenia społeczne. Wymieniony okres jest więc traktowany jako okres podlegania ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu, rentowemu, i w ocenie sądu powinien być również traktowany jako okres podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Od wyroku ZUS wniósł apelację, zarzucając rażąco naruszenie prawa materialnego przez błędne przyznanie wnioskodawcy prawa do zasiłku chorobowego w okresach, w których nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu. Zdaniem ZUS byli sędziowie, za których odprowadzono składki na ubezpieczenia społeczne, nie są osobami ubezpieczonymi, a okres służby, za który zostały przekazane składki, nie jest okresem ubezpieczenia. Z tych powodów nie są uprawnieni do zasiłku chorobowego na podstawie ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Przy rozpoznawaniu apelacji wyłoniło się zagadnienie prawne budzące poważne wątpliwości, stąd sprawa została skierowana do rozpatrzenia Sądowi Najwyższemu. Sąd ten podjął powołaną wyżej uchwałę. ■

*Opracowała
Jadwiga Pawłowska-Chłystowska*

Przegląd wydarzeń w kraju i na świecie

W KRAJU

Rzecznik Praw Obywatelskich kwestionuje cięcia w OFE

Rzecznik Praw Obywatelskich złożył do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o zbadanie konstytucyjności wprowadzonych zmian w systemie emerytalnym.

Jego zdaniem ustawa¹ zmniejszająca wpłaty składek do otwartych funduszy emerytalnych (OFE) narusza zasadę zaufania obywateli do państwa i niedziałania prawa wstecz. Wniosek opiera się na tezie, że ustawa narusza swoistą umowę społeczną pomiędzy państwem a ubezpieczonymi w OFE rządzącą się zasadą *pacta sunt servanda*, czyli umowy obowiązują w sposób stały. Według rzecznika, zarzut wynika z tego, że członkom OFE nie dano prawa do wypowiedzenia się na temat przesunięcia środków zgromadzonych na rachunkach w OFE na ich subkonta w ZUS. Brak takiej możliwości oznacza, że ubezpieczeni zostali potraktowani przez ustawodawcę w sposób paternalistyczny, w myśl zasady, że władza publiczna wie lepiej, co jest dobre dla obywateli. Chodzi o respektowanie wcześniejszych wyborów przyszłych emerytów. Tych, którzy w 1999 roku zadeklarowali, że chcą oszczędzać w OFE. Ustawodawca unieważnił te wybory, pozbawiając w rzeczywistości znaczenia złożone w przeszłości oświadczenia woli tych osób.

To nie jedyny wniosek w sprawie wątpliwości konstytucyjnych wokół zmian w systemie emerytalnym. Chodzi o przejęcie ponad połowy emerytalnych oszczędności zgromadzonych w OFE (ponad 150 mld zł) i wprowadzenia tzw. dobrowolności dalszego odkładania składek emerytalnych w II filarze. Rzeczywistość jednak była taka, by zniechęcić do oszczędzania w OFE. Mimo to, 2,5 mln dotychczasowych członków OFE zostało w funduszach. Największe poparcie dla filara kapitałowego odnotowano w województwach mazowieckim (19,3 proc.), a w Warszawie wybrało OFE blisko 30 proc. dotychczasowych ich członków.

Wątpliwości co do zgodności przeprowadzanych zmian z Konstytucją, oprócz tych zgłaszanych przez ekspertów, miały również inne organy pań-

wowe: Prokuratoria Generalna i niektóre ministerstwa, Narodowy Bank Polski, Komisja Nadzoru Finansowego.

Prezydent, po podpisaniu kontrowersyjnej ustawy, skierował ją do Trybunału Konstytucyjnego z prośbą o sprawdzenie zgodności wprowadzonych zmian z Konstytucją.

Szykują się zmiany w związkach zawodowych

Do związków zawodowych będą mogły należeć osoby samozatrudnione i na umowach cywilnych. Tak przewidują założenia do projektu zmian w Kodeksie pracy, nad którymi pracuje ministerstwo pracy.

Założenia do wspomnianego projektu są rezultatem skargi NSZZ „Solidarność” do Komitetu Wolności Związkowej, działającego przy Międzynarodowej Organizacji Pracy. Przedstawiciele MOP zwrócili się do polskich władz o zmianę przepisów. Obecnie związki mogą tworzyć tylko osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

Skutkiem aktualnych regulacji była odmowa przez sąd rejestracji Związku Muzyków, który zrzeszałby osoby wykonujące swoje usługi na podstawie umowy o dzieło.

Związkowcy twierdzą, że w ramach wolności zrzeszania się każdy, kto świadczy pracę, powinien mieć prawo do przynależności do związku zawodowego, niezależnie od podstawy prawnej, na jakiej się to odbywa. To samo dotyczy jednoosobowych firm, czyli tzw. samozatrudnionych. Związkowcy będą zabiegać o uchwalenie nowych przepisów. W porównaniu z innymi krajami w Polsce do związków należy niewiele osób spośród aktywnych zawodowo. Jedną ze wskazywanych przyczyn jest zatrudnianie ludzi na podstawie umów cywilnych i samozatrudnionych. Często ich praca nie odbiega jednak od tej, jaką wykonują zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

Propozycja zmiany niepokoi pracodawców. Na przykład Konfederacja Lewiatan jest przeciwna rozszerzaniu uprawnień pracowniczych na osoby, które nie są pracownikami. Byłby ogromny kłopot ze zdefiniowaniem kryteriów określających, który współpracownik może należeć do związku, a który nie.

¹ Chodzi o ustawę z dnia 6 grudnia 2013 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1717).

Związkowcy mają własną wizję działania związków dla osób samozatrudnionych lub pracujących na umowach cywilnych. Osoby samozatrudnione lub wykonujące wolny zawód miałyby należeć do pozazakładowych organizacji związkowych. Nie byłyby więc członkami związku w konkretnym zakładzie pracy.

Tak wielkich zmian w systemie emerytalnym nie było jeszcze

— Nie przewidujemy zbilansowania się systemu emerytalnego w Polsce. Jednak jego przyszłość, wbrew pesyście, jest taka sama jak 10, 20, 30 lat temu. Luka w jego finansowaniu będzie się zmniejszać.

Tak stwierdził prezes ZUS Zbigniew Derdziuk podczas tegorocznego Forum Ekonomicznego w Krynicy. Problemy demograficzne i to, że żyjemy coraz dłużej, przekładają się na funkcjonowanie systemów emerytalnych. Z prognozy 50-letniej, przygotowywanej przez ZUS wynika, że obok demografii na sytuację systemu emerytalnego mocno rzutują też wysokość składek i wiek przejścia na emeryturę.

Z kolei minister pracy Władysław Kosiniak-Kamysz podkreślił, że tak dużych zmian w systemie emerytalnym – jak w ciągu ostatnich 7 lat – nie było w historii Polski. Wspomniał reformę wcześniejszych emerytur, emerytury pomostowe, podniesienie wieku emerytalnego, wreszcie przeniesienie części składek z OFE do ZUS. System emerytalny jest żywym organizmem, nie da się go zaprogramować raz na zawsze i już nie zmieniać. Zapewnił też, że niezależnie od zmian państwo zawsze będzie odpowiedzialne za system zabezpieczenia emerytalnego Polaków.

Kolejne wyróżnienie dla PUE ZUS

Platforma Usług Elektronicznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (PUE ZUS) została uznana za produkt najwyższej jakości. Wyróżniono ją znakiem Quality International 2014.

Zusowską PUE doceniła kapituła konkursu Quality International 2014. Jest to prestiżowy konkurs, organizowany przez Forum Biznesu, Biznes Trendy i Klub Polskiego Forum ISO 9000. Patronuje mu Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju oraz Polska Agencja Rozwoju Przemysłu.

Platforma Usług Elektronicznych jest nowoczesnym transakcyjnym portalem pue.zus.pl. Daje bezpieczny i bezpłatny dostęp do kompleksowych, spersonalizowanych danych zgromadzonych w ZUS. Za jego pomocą można składać wnioski, przedsiębiorcy mogą rozliczać składki (dzięki programowi e-Płatnik), a ubezpie-

zeni wyliczyć prognozowaną emeryturę. W ramach PUE ZUS funkcjonuje także Centrum Obsługi Telefonicznej oraz system zarządzania ruchem klientów w placówkach ZUS.

Wymieniona nagroda jest kolejnym wyróżnieniem dla tego portalu. Wcześniej, na przełomie roku 2012 i 2013, otrzymał WEKTORY przyznawane przez polskich pracodawców.

– Wyróżnienie jest kolejnym dowodem, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych idzie we właściwą stronę. Sukces Platformy Usług Elektronicznych to tylko w połowie wynik zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych – powiedział prezes ZUS Zbigniew Derdziuk. – Równie ważne są nasze innowacje w zakresie zarządzania przez cele, wyrażone w kolejnych strategiach przekształceń i rozwoju Zakładu. Chcemy z ZUS uczynić instytucję zaufania publicznego, uznającą satysfakcję klienta, przy szacunku dla publicznego grosza, za najważniejsze.

Czy będzie sobota płatna dodatkowo?

Według poselskiego projektu zmian w Kodeksie pracy pracujący w sobotę lub w inny dzień wolny od pracy będą mogli otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie.

Obecne przepisy nie przewidują tego. Teraz pracownik, który wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, dostaje w zamian dzień wolny od pracy. Nie ma możliwości wypłaty dodatkowego wynagrodzenia za taki dzień bez udzielenia dnia wolnego. Problem jest dość powszechny, a najczęściej dotyczy to pracy w sobotę, np. w handlu.

Bardziej szczegółowe informacje na ten temat dostępne są na s. 59, w artykule „Z prac parlamentu”.

NA ŚWIECIE

Nieco mniej młodych bezrobotnych

Z raportu Eurostatu wynika, że w czerwcu 2014 roku ok. 23,6 proc. młodych Polaków szukających pracy nie mogło jej znaleźć. Rok wcześniej – ponad 27 proc. (te dane nie uwzględniają osób kontynuujących naukę). Dla porównania: w Niemczech i w Norwegii to tylko nieco ponad 7 proc. Na drugim biegunie znajdują się młodzi w Hiszpanii – bez pracy jest tam ponad połowa osób, które nie ukończyły 25 lat. We Włoszech i Chorwacji – ponad 40 proc. Bezrobocie wśród młodych ludzi to nadal ważny problem Unii Europejskiej.

W Polsce w urzędach pracy jest obecnie zarejestrowanych 310 tys. bezrobotnych do 25 roku życia, rok temu było ich o 75 tys. więcej.

To głównie zasługa dodatkowych pieniędzy na staże. W lecie zwykle jest też więcej pracy dla młodych. W nadmorskich kurortach potrzebni są ludzie do sprzedawania lodów, gofrów i zapiekank. Wielu podejmuje się innych prac sezonowych: roznoszą ulotki, zbierają owoce, pracują dorywczo na budowach. Dlatego w ciągu pół roku z pośredników wypisało się prawie 100 tys. młodych osób. Wakacyjny spadek bezrobocia jest odnotowywany co roku.

Bezrobocie spada nie tylko w grupie osób młodych, lecz także w innych grupach. Na poprawę sytuacji na rynku pracy wpływ mają dodatkowe pieniądze na wsparcie bezrobotnych. W sumie w tym roku ministerstwo pracy zarezerwowało na ten cel blisko 12 mld zł, czyli o prawie 1 mld więcej niż w roku ubiegłym. Ponadto pośrednicy mogą korzystać z dodatkowych pieniędzy przeznaczonych tylko na pomoc młodym. Niższe bezrobocie to mniejsze wydatki na zasiłki dla bezrobotnych. Zaoszczędzone w ten sposób pieniądze, ok. 200 mln zł, pójdzie na wsparcie osób poszukujących pracy, w tym też młodych.

Niemcy utrudnią pobieranie zasiłków

Niemiecki rząd przygotowuje pakiet zmian w prawie, który utrudni imigrantom wykorzystywanie państwowego systemu opieki społecznej. Osoby przyłapanie na oszukiwaniu przy zgłaszaniu się po zasiłki będą wydalone z kraju bez możliwości powrotu.

Za wprowadzeniem zmian od miesiąca optowała chadecka, bawarska partia CSU. Oprócz stworzenia „wilczego biletu” rząd Niemiec chce także wprowadzić limit czasu, przez jaki imigrant bez pracy może przebywać na terenie Niemiec. Po sześciu miesiącach musiałby on wrócić do swojego kraju. Niektóre niemieckie miasta są przeciążone wciąż napływającymi biednymi imigrantami, przede wszystkim z Bułgarii i Rumunii. Dla tych miast ma zostać wydzielony specjalny budżet w wysokości 250 mln euro, dzięki któremu będą mogły one uporać się z problemem imigrantów.

Zmieniony ma być też system zgłaszania się po zasiłek na dziecko. Zgodnie z nowymi regulacjami przy zgłaszaniu się trzeba będzie podać swój numer identyfikacji podatkowej. Dotychczasowy system pozwalał bowiem zgłaszać się kilkakrotnie po zasiłek przez jedną rodzinę. Rządowe projekty ustaw muszą teraz zostać zaakceptowane przez niemiecki parlament.

Londyn popularnym miejscem na pracę

Tak wynika z raportu opartego na sondażu przeprowadzonym przez Internet wśród ponad 200 tys. osób między kwietniem a czerwcem 2014 roku.

Wśród ankietowanych przeważały osoby z dyplomem aktywnie poszukujące pracy (59 proc.) lub deklarujące się jako otwarte na nowe możliwości zawodowe (37 proc.), ale byli wśród nich również bezrobotni, studenci i samozatrudnieni. Najwyższą mobilnością wykazują się Francuzi i Holendrzy. Polska nie jest w tej czołówce, ale znajduje się w drugiej grupie krajów, w których 80–90 proc. osób skłonnych jest wyjechać z kraju za pracą lub już pracuje za granicą. W tej grupie Polska, Chorwacja i Rumunia są trzema krajami europejskimi; pozostałe to m.in. Australia i Tajwan, kraje Afryki (Algieria, Nigeria, Ghana) oraz Ameryki Środkowej i Południowej (Wenezuela, Peru, Honduras).

Najmniej chętni do opuszczenia kraju z powodów zawodowych są – z różnych względów – Niemcy, Rosjanie, Brytyjczycy i Amerykanie. – W przypadku Niemiec wyjaśnieniem tej niechęci jest zapewne to, że bezrobocie wśród młodzieży jest tam najniższe w Europie – zauważają autorzy raportu.

Krajem, który najbardziej przyciąga pracowników z zagranicy, są Stany Zjednoczone Ameryki, a po nich Wielka Brytania i Kanada. „Drugi krąg” takich atrakcyjnych krajów stanowią Francja, Niemcy i Szwajcaria. Natomiast wśród miast najpopularniejszym miejscem przenosin za pracą jest Londyn – co szósty ankietowany był skłonny szukać tam zatrudnienia. Na kolejnym miejscu znajduje się Nowy Jork.

Badanie przeprowadzono wśród respondentów ze 189 krajów, choć liczba ich nie była równomierna. Z Polski wzięły w nim udział 183 osoby.

Coraz więcej Ukraińców pracuje w Polsce

Rośnie liczba obywateli Ukrainy, którzy chcą pracować w Polsce.

Na naszym rynku pracy byli oni obecni od dawna i stanowili najliczniejszą grupę cudzoziemców, zatrudnianych przez polskich pracodawców. Teraz jednak z powodu niestabilnej sytuacji na Ukrainie ich liczba rośnie a ci, którzy już pracują w Polsce, nie chcą do siebie wracać.

Na specjalną infolinię dla migrantów dzwoni coraz więcej Ukraińców. Są to osoby, które już w naszym kraju przebywają i, nie chcąc wracać po wizę na Ukrainę, starają się zalegalizować swój pobyt w Polsce. Dzwonią też osoby przebywające na Ukrainie, które zamierzają przyjechać do Polski.

Infolinia dla migrantów działa od 2012 roku. Dzwoniący na nią cudzoziemcy uzyskują pomoc m.in. w legalizacji pobytu, dowiadują się też o sytuacji na rynku pracy. Odzywają się też nowe osoby z rejonów Wschodniej Ukrainy. Pytają, jak uzyskać status uchodźcy i na jaką pomoc mogą liczyć w Polsce. ■

*Opracowała
Agnieszka Rosa*

Agnieszka Rosa

Sprawozdawca sejmowy
„Ubezpieczeń Społecznych”

Z prac parlamentu

KORZYSTNE ZMIANY DLA EMERYTÓW ZE STAREGO SYSTEMU

Do pierwszego czytania w sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny został skierowany **poselski projekt zmian w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych**.

Przewiduje m.in. zwiększenie o 25 proc. podstawy obliczenia emerytury według tzw. nowych zasad dla osób urodzonych po 1948 roku, które mają co najmniej 25-letni okres składkowy, a które przed przejściem na emeryturę po osiągnięciu pełnego wieku emerytalnego nie korzystały z innych świadczeń emerytalno-rentowych.

Tak proponują posłowie

Projekt zmian w ustawie o emeryturach i rentach z FUS zawiera kilka bloków tematycznych, które mają wprowadzić zupełnie nowe rozwiązania do ustawy:

- 1) zwiększanie o 25 proc. podstawy obliczenia emerytury według tzw. nowych zasad dla osób urodzonych po 1948 roku, posiadających co najmniej 25-letni okres składkowy, które przed przejściem na emeryturę po osiągnięciu pełnego wieku emerytalnego nie korzystały z innych świadczeń emerytalno-rentowych,
- 2) umożliwienie przy wyliczeniu wysokości emerytury zastosowania tablic dalszego trwania życia obowiązujących w dniu, w którym ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny,
- 3) stosowanie art. 55 ustawy, który umożliwia obliczenie emerytury z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego z zastosowaniem tzw. nowych zasad wymiaru, również w odniesieniu do osób urodzonych przed 1949 rokiem, które pobierały wcześniejszą emeryturę,
- 4) zaliczenie przy ustalaniu kapitału początkowego pełnego okresu nauki w szkole wyższej ubezpieczonym, wobec których ma obecnie zastosowanie ograniczenie z art. 5 ust. 2 ustawy,
- 5) zaliczenie przy ustalaniu kapitału początkowego okresu urlopu wychowawczego oraz pozostałych okresów, o których mowa jest w art. 7 pkt 5 ustawy, jako okresu składkowego,

6) umożliwienie ponownego przeliczenia emerytury osobom, wobec których miało zastosowanie ograniczenie wysokości podstawy emerytury do 250 proc. przeciętnego wynagrodzenia.

1. W art. 1 pkt 1 i 2 projektu ustawy proponuje się wprowadzenie przepisu o zwiększeniu podstawy obliczenia emerytury dla osób urodzonych po 1948 roku, które mają co najmniej 25-letni okres składkowy i przed przejściem na emeryturę po osiągnięciu wieku emerytalnego nie korzystały z innych świadczeń emerytalno-rentowych. Przepis ten dotyczyłby wyłącznie tych osób, które nie miały przyznanej renty z tytułu niezdolności do pracy i nie pobierały tzw. wcześniejszej emerytury, emerytury częściowej, emerytury pomostowej lub świadczenia kompensacyjnego.

Proponuje się, aby takie osoby miały podstawę obliczenia emerytury z FUS zwiększoną o 25 proc. Za wprowadzeniem korzystniejszego sposobu obliczania podstawy obliczenia emerytury dla tych osób przemawiają następujące względy. W wyniku reformy systemu ubezpieczeń społecznych wprowadzono oddzielne składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, ponieważ wyodrębniono fundusz emerytalny i rentowy. Zmiany te mają znaczenie dla osób urodzonych po 1948 roku, ponieważ wysokość emerytury tych osób jest pochodną wyłącznie składek emerytalnych i nie ma możliwości obliczenia emerytury od sumy kwot składek emerytalnych i rentowych nawet wówczas, gdy osoba, która przeszła na emeryturę, nigdy wcześniej nie pobierała świadczenia z funduszu rentowego.

W tzw. starym systemie emerytalnym, dotyczącym osób urodzonych przed 1949 rokiem, wydzielenie składki emerytalnej i rentowej nie ma negatywnego znaczenia, bo do obliczenia podstawy wymiaru emerytury przyjmuje się przychód z pracy, który stanowił podstawę wymiaru składek zarówno na ubezpieczenia emerytalne, jak i rentowe, a nie wyłącznie kwotę składek na jeden z rodzajów ubezpieczenia. Ponadto wynagrodzenie za czas choroby i zasiłki z ubezpieczenia społecznego (chorobowe, opiekuńcze), mimo że nie podlegają składce emerytalnej, są uwzględniane w podstawie wymiaru emerytury, a okres ich pobierania jest okresem nieskładkowym, uwzględnianym w wysokości emerytury po 0,7 proc. podstawy wymiaru za każdy rok.

Inaczej jest w tzw. nowym systemie emerytalnym, dotyczącym osób urodzonych po 1948 roku. Podstawę obliczenia emerytury według nowych zasad stanowi wyłącznie składka na ubezpieczenie emerytalne (z uwzględnieniem kapitału początkowego dla osób, które pracowały przed 1999 rokiem). Odmiennie niż w tzw. starym systemie do podstawy obliczenia emerytury nie wlicza się wynagrodzenia wypłaconego za czas choroby, jak również zasiłków z ubezpieczenia społecznego (chorobowych, opiekuńczych), bo od takich wypłat nie są opłacane składki. Osoba urodzona po 1948 roku zmuszona do korzystania ze zwolnienia lekarskiego z powodu choroby ma zatem trwale obniżoną wysokość emerytury. Absencja w pracy, związana z podjęciem leczenia i rehabilitacji w celu zachowania zdolności do pracy i uniknięcia przejścia na rentę, zawsze negatywnie rzutuje na wysokość emerytury takiej osoby.

Dla zachowania symetrii rozwiązań proponuje się, aby osoby urodzone po 1948 roku, które przed przejściem na emeryturę po osiągnięciu pełnego wieku emerytalnego nie korzystały z renty z tytułu niezdolności do pracy, miały z tego tytułu zwiększoną podstawę obliczenia emerytury o 25 proc. kwoty stanowiącej sumę zwaloryzowanego kapitału początkowego i zwaloryzowanych składek emerytalnych, zapisanych na koncie ubezpieczonego. Dodatkowym warunkiem byłoby udowodnienie co najmniej 25-letniego okresu składkowego oraz niepobieranie przed przejściem na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego żadnej wcześniejszej emerytury, emerytury pomostowej lub świadczenia kompensacyjnego.

Biorąc pod uwagę fakt, że dotychczas najwyższy wskaźnik rocznej waloryzacji składek emerytalnych wynosił 116,26 proc. (waloryzacja za 2008 rok), propozycja podwyższania podstawy obliczenia emerytury o 25 proc. nie jest wygórowana.

Proponowana regulacja jest korzystna nie tylko dla ubezpieczonych. Powinna wzmocnić efektywność działań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie prewencji rentowej, obejmującej zarówno rehabilitację leczniczą, jak i rehabilitację polegającą na kierowaniu ubezpieczonych na szkolenia w celu przekwalifikowania do innego zawodu. Osoba, która po rehabilitacji leczniczej lub po okresie pobierania tzw. renty szkoleniowej wróciłaby do pracy, a nie przeszła na rentę z tytułu niezdolności do pracy, nie traciłaby prawa do podwyższenia podstawy obliczenia emerytury o 25 proc. Proponowana regulacja powinna zatem zachęcać do korzystania nie tylko z usług rehabilitacyjnych oferowanych przez ZUS, ale również do zdobywania nowych kwalifikacji zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy odpowiedniej do stanu zdrowia. Zmiana zachowań ubezpieczonych powinna przełożyć się na zmniejszenie liczby przyznawanych rent z tytułu niezdolności do pracy i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Proponowany przepis tylko pozornie generuje większe wydatki FUS, przy czym będą one rozłożone w dłuższej perspektywie czasowej. Nowa regulacja zachęca do dłuższej aktywności zawodowej w celu osiągnięcia co najmniej 25-letniego okresu składkowego oraz zniechęca do starań o prawo do świadczeń emerytalno-rentowych przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Będzie też istotnym bodźcem do unikania pracy w tzw. szarej strefie, co w dłuższej perspektywie czasowej przyczyni się do zwiększenia wpływów FUS.

2. Zmiany w systemie emerytalnym polegające na wydłużeniu wieku emerytalnego miały na celu spowodowanie wydłużenia aktywności zawodowej ubezpieczonych. Dłuższa aktywność zawodowa oznaczać miała wyższe świadczenie ze względu na to, że na jego wysokość wpływa nie tylko wyrażony stażem pracy i opłaconymi składkami wkład ubezpieczonego do systemu, ale również dalsze trwanie życia.

Zgodnie z art. 26 ust. 4 ustawy emerytalnej prezes Głównego Urzędu Statystycznego ogłasza w Monitorze Polskim corocznie, do 31 marca, tablice średniego dalszego trwania życia. Posłowie argumentują, że analiza komunikatów ogłoszonych w roku 2011, 2012 i 2013 wykazuje, że wskaźnik średniego dalszego trwania życia ulega stopniowemu wydłużeniu dla danej grupy wiekowej, co powoduje ograniczenie pozytywnego wpływu wydłużenia aktywności zawodowej na wysokość przyszłej emerytury. Z tej przyczyny nie jest w pełni realizowany cel ustawy w postaci zachęty do wydłużenia aktywności zawodowej. Należy zatem umożliwić zastosowanie tablic średniego dalszego trwania życia obowiązujących w dniu, w którym ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny – jeżeli będzie to bardziej dla niego korzystne.

Ubezpieczony, który osiągnął wiek emerytalny i rozważa kontynuowanie aktywności zawodowej będzie mógł przewidzieć dokładniej – dzięki wprowadzonemu rozwiązaniu – wysokość przyszłego świadczenia emerytalnego, niezależnie od przyszłych tablic opublikowanych przez prezesa GUS. Nowelizacja w większym stopniu będzie zatem wypełniać zasadę zaufania do państwa i stanowionego przez nie prawa, wynikającą z art. 2 Konstytucji.

3. Osoby urodzone przed 1948 rokiem nie zostały objęte reformą emerytalną. Dlatego ich emerytury obliczane są według tzw. starych zasad. Pod pewnymi warunkami istnieje jednak możliwość obliczenia emerytury według nowych zasad. Zgodnie z art. 55 ustawy emerytalnej ubezpieczony urodzony przed 1949 rokiem, który po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego kontynuował ubezpieczenie i wystąpił o emeryturę na podstawie art. 27 ustawy po 31 grudnia 2008 roku, ma prawo do jej wyliczenia na podstawie art. 26, czyli po nowemu, jeżeli jest to dla niego korzystniejsze. Wprowadzono taką możliwość dla osób urodzonych przed 1949 rokiem, aby zachęcić je do rezygnacji

ze zgłoszenia wniosku o wcześniejszą emeryturę oraz do opóźnienia przejścia na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego.

Propozycja dodania art. 55a w ustawie emerytalnej wynika z tego, iż obecnie przepis art. 55 tej ustawy nie ma zastosowania do ubezpieczonego urodzonego przed 1949 rokiem, który, przed osiągnięciem wieku emerytalnego, miał ustalone prawo do wcześniejszej emerytury i pobierał to świadczenie. Dyspozycja art. 55 nie obejmuje potencjalnie szerokiego kręgu osób, które są uprawnione do wcześniejszej emerytury, a jednocześnie kontynuują zatrudnienie lub inną pracę podlegającą ubezpieczeniu. Przepis ten niezasadnie pozbawia takie osoby prawa do ubiegania się o przyznanie emerytury obliczonej na podstawie art. 26 ustawy.

Zaproponowana zmiana umożliwi zastosowanie tzw. nowych zasad wymiaru do obliczenia emerytury z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego, również wtedy, gdy emeryt przed jej uzyskaniem był uprawniony do wcześniejszej emerytury.

Mając na uwadze art. 25 ust. 1b ustawy, zgodnie z którym ubezpieczonemu urodzonemu po 1948 roku, który pobrał wcześniejszą emeryturę, podstawę obliczania emerytury przyznanej z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego pomniejsza się o kwotę stanowiącą sumę kwot pobranych emerytur, proponuje się, aby analogiczne rozwiązanie było stosowane do adresatów projektowanego art. 55a.

Proponuje się też, aby w razie ustalenia prawa do nowego świadczenia emerytalnego obliczonego według nowych zasad, wcześniej przyznane świadczenie ulegało wygaśnięciu. Osoby urodzone przed 1949 rokiem, które – przed uzyskaniem prawa do emerytury z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego, obliczonej wg nowych zasad – miały przyznaną wcześniejszą emeryturę, nie powinny być w lepszej sytuacji niż osoby, których obecnie dotyczy art. 55 ustawy emerytalnej.

4. Posłowie proponują zmianę zasad zaliczenia do kapitału początkowego okresu nauki w szkole wyższej na jednym kierunku, pod warunkiem jego ukończenia w wymiarze określonym w programie studiów. Obecna regulacja zakłada, że do tego okresu ma zastosowanie art. 5 ust. 2 ustawy emerytalnej, zgodnie z którym uwzględnia się go w wymiarze nieprzekraczającym jednej trzeciej udowodnionych okresów składkowych. Posłowie uważają, że w sposób nieuzasadniony i dyskryminujący – mając na uwadze zastosowane kryterium dnia wejścia w życie ustawy – ograniczono możliwość zaliczenia okresów nauki w szkole wyższej tym ubezpieczonym, którzy przed dniem wejścia w życie ustawy nie mieli wystarczającej ilości okresów składkowych, natomiast warunek okresów składkowych spełniliby później, bo kontynuowali pracę po dniu wejścia w życie ustawy.

Posłowie przypomnieli, że Trybunał Konstytucyjny uznał, iż prawodawca przyznając jednostkom dane uprawnienie, nie może określać kręgu osób uprawnionych w sposób dowolny (wyrok z 24 października 2005 roku, sygn. P 13/04). Usunięcie ograniczeń z art. 5 ust. 2 ustawy emerytalnej będzie realizacją konstytucyjnej zasady równości.

5. Obecnie, zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych, budżet państwa opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę sprawującą osobistą opiekę nad dzieckiem. Państwo finansuje składkę do 3 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 5 roku życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki tej osoby – do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia.

Czas opieki nad dzieckiem po 1998 roku jest zatem okresem ubezpieczenia, który przekłada się na wysokość emerytury.

Na tle tych rozwiązań zrodziła się kwestia kapitału początkowego ustalane dla ubezpieczonych urodzonych po 31 grudnia 1948 roku, którzy przed dniem wejścia w życie reformy emerytalnej rozpoczęli swoją aktywność zawodową i w międzyczasie byli na urlopie wychowawczym. Przy ustalaniu kapitału początkowego urlop ten, tak samo jak czas opieki nad dzieckiem do 4 lat (w granicach do 3 lat na każde dziecko oraz łącznie do 6 lat, a w przypadku dziecka, na które przysługiwał zasiłek pielęgnacyjny – dodatkowo do 3 lat) jest okresem nieskładkowym.

Posłowie proponują, aby czas tych urlopów był uwzględniany jako okres składkowy przy ustalaniu kapitału początkowego.

6. Ustawa emerytalna zapewnia możliwość ponownego obliczenia wysokości emerytury lub renty osobom, które są aktywne zawodowo pod warunkiem, że wskaźnik podstawy wymiaru jest wyższy od poprzednio obliczonego (art. 110 ustawy).

Pułap podstawy wymiaru składek wynoszący w skali roku trzydziestokrotność prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, co stanowi 250 proc. przeciętnego miesięcznego prognozowanego wynagrodzenia, został wprowadzony z dniem 1 stycznia 1999 roku. Przed tą datą zarobki, od których pobierana była składka na ubezpieczenia społeczne nie były ograniczane.

Osoby, których zarobki przed 1999 rokiem kształtowały się nawet na poziomie 400 proc. czy 500 proc. przeciętnego wynagrodzenia, opłacały przed tym rokiem składki od pełnego osiąganego wynagrodzenia. A zatem składki pobierane od tych osób były wielokrotnie wyższe od przeciętnych. Jednak do obliczenia emerytury jest stosowane – także w przypadku tych osób – generalne ograniczenie, zgodnie z którym podstawa

wymiaru emerytury nie może być wyższa niż 250 proc. przeciętnego wynagrodzenia.

Proponuje się zatem uzupełnić istniejące rozwiązania o przepisy umożliwiające jednorazowe przeliczenie emerytury w przypadku osób, które osiągały stosunkowo wysokie zarobki (wskaźnik podstawy wymiaru na poziomie ponad 250 proc.) i odprowadzały przed 1 stycznia 1999 roku wysokie składki emerytalne.

POSŁOWIE CHCĄ WYŻSZYCH EMERYTUR, RENT I ŚWIADCZEŃ PRZEDEMERYTALNYCH

Do łaski marszałkowskiej został skierowany **poselski projekt zmian w ustawach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o świadczeniach przedemerytalnych**. Dotyczy podwyższenia kwoty najniższej emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinnej i świadczenia przedemerytalnego.

Tak proponują posłowie

Posłowie proponują, by kwoty najniższej renty z tytułu niezdolności do pracy wynosiły:

- 1044,45 zł miesięcznie – dla osób całkowicie niezdolnych do pracy,
- 848,13 zł miesięcznie – dla osób częściowo niezdolnych do pracy.

Proponują też, by najniższa emerytura, z zastrzeżeniem art. 24a ust. 6, art. 54, art. 54a ust. 2 i art. 87 ustawy emerytalnej, oraz renta rodzinna wynosiły po 1044,45 zł miesięcznie.

Posłowie chcą też, by kwota świadczenia przedemerytalnego wyniosła 1191,39 zł miesięcznie, z wyjątkiem świadczeń dla osób, dla których nie może być ono wyższe niż ostatnio otrzymywana renta. Wysokość świadczenia przedemerytalnego podlegałaby waloryzacji na zasadach i w terminach przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

Nowe zasady miałyby wejść w życie z dniem 1 stycznia 2015 roku.

Obecnie wymienione wyżej kwoty świadczeń są o 200 zł niższe.

Skutkiem wprowadzenia proponowanych zmian będzie również podwyżka o 200 zł świadczeń, które przewidują art. 6 ust. 1 ustawy z 27 czerwca 2003 roku o rencie socjalnej oraz art. 5 ust. 1 ustawy z 16 listopada 2006 roku o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych. Projekt ustawy będzie miał także pozytywne skutki dla osób pobierających świadczenia uregulowane w tych ustawach.

Posłowie uzasadniają, że potrzeba uchwalenia ustawy wynika również z ustalenia przez Ministerstwo

Finansów na 2014 rok wyjątkowo niskiej waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych. 1 marca 2014 roku świadczenia te zostały zwaloryzowane o 1,6 proc., co jest wynikiem zastosowania zasady, iż rosła ona o wskaźnik inflacji i 20 proc. realnego wzrostu płac. W efekcie świadczenia te wzrosły od 1 marca 2014 roku nominalnie o kilkanaście zł, zaś realnie jeszcze mniej. W przypadku osób pobierających najniższe świadczenia podwyżki te w żaden sposób nie wpłynęły na podwyższenie ich poziomu życia.

DODATKOWE PIENIĄDZE ZA PRACĘ W DZIEŃ WOLNY

Do Sejmu wpłynął **poselski projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy**. Wnioskodawcy chcą zmian zasad rekompensaty przepracowanego dnia wolnego od pracy.

Tak jest obecnie

Obecnie, zgodnie z art. 151³ Kodeksu pracy pracownikowi, który ze względu na okoliczności przewidziane w art. 151 par. 1 Kodeksu pracy wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy udzielony do końca okresu rozliczeniowego, w terminie z nim uzgodnionym.

Tak proponują posłowie

Projekt ustawy przewiduje, że w przypadku braku możliwości udzielenia dnia wolnego od pracy w zamian za pracę w dniu wolnym od pracy (sytuacja nieprzewidziana, np. układ kalendarza, nieobecność pracownika spowodowana chorobą, kończący się okres rozliczeniowy), pracownikowi przysługuje dodatek do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w dniu wolnym od pracy.

Posłowie argumentują, że zmiana ma na celu zlikwidowanie nieuzasadnionego zróżnicowania stosowania zasad rekompensowania pracownikom pracy w dni wolne od pracy. Chodzi o różnice między zasadami rekompensowania czasu za pracę w sobotę, a zasadami rekompensowania czasu za pracę w niedzielę. Zróżnicowanie to nie tylko nie ma racjonalnego uzasadnienia, ale przede wszystkim jest niekorzystne dla pracowników.

Ponadto, wprowadzenie do Kodeksu pracy proponowanego w nowelizacji rozwiązania pozwoli na bardziej elastyczne gospodarowanie czasem pracy w zakładach pracy, a zarazem na uzyskanie przez pracowników wyższego wynagrodzenia za pracę. W przedkładanej

propozycji chodzi o zadbanie o interes pracowników, ale także o umożliwienie pracodawcom wywiązywania się z obowiązku rekompensowania pracownikowi czasu pracy (tzw. rekompensowanie pracy w dzień wolny, zazwyczaj sobotę).

Jeśli pracownik wykonywał pracę w dniu dla niego wolnym od pracy, wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy (zazwyczaj sobota), to zgodnie z obecną regulacją pracodawca jest zobowiązany udzielić mu innego dnia wolnego do końca okresu rozliczeniowego. To słuszna zasada, niestety jednak często trudna do zrealizowania. Projektowana regulacja przewiduje więc, że jeśli pracodawca nie ma faktycznie takiej możliwości, bo np. kończy się okres rozliczeniowy i sobota była ostatnim dniem pracy, albo pracownik rozchorował się i przebywa na zwolnieniu w okresie dłuższym niż przypadający w tym czasie okres rozliczeniowy, to należy pracodawcy umożliwić wypłatę pracownikowi stosownego dodatku do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w dniu wolnym od pracy. W przypadku braku takiej możliwości tworzy się bardzo trudna sytuacja prawna dla pracodawcy i niekorzystna, także finansowo, dla pracownika.

W propozycji niniejszego projektu nowelizacji Kodeksu pracy utrzymana zostaje zatem generalna zasada szczególnej ochrony pracownika przez zapewnienie prawa do odpoczynku. Proponowane rozwiązanie ma być też tylko wyjątkiem od generalnie zachowywanej zasady rekompensaty w naturze i umożliwienia regeneracji sił pracownika.

Posłowie podkreślają, że nie jest to nowa bądź niesystemowa propozycja, bowiem analogiczne rozwiązanie obowiązuje już w odniesieniu do pracy wykonywanej w niedzielę i święta (art. 151¹¹ Kodeksu pracy). W projekcie ustawy chodzi więc tylko o wyrównanie zasad prawnych dotyczących podobnych sytuacji, lecz potraktowanych zupełnie odmiennie w ustawie. Taka zmiana to sama korzyść dla pracownika, bo będzie miał prawo do rekompensaty za pracę w dzień wolny od pracy, nawet jeśli na przeszkodzie staną bariery faktyczne trudne do pokonania. Ponadto pracownik może mieć w przypadku wprowadzenia tego rozwiązania także dodatkową korzyść finansową.

Posłowie dokonali szacunkowych obliczeń wysokości korzyści pracownika.

Zakładając, że pensja pracownika wynosi tyle co wysokość przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w 2014 roku, czyli 4000 zł brutto (lub stawka godzinowa – 23,81 zł), a nominalny czas pracy wynosi 168 godzin miesięcznie, to zgodnie z art. 151¹

par. 3 k.p. podstawą wyliczenia dodatku jest 60 proc. wynagrodzenia.

W tej sytuacji dodatkowy zarobek pracownika liczy się jak niżej:

- jeden dodatkowy dzień pracy w godzinach nadliczbowych – 190,48 zł,
- dodatek za pracę w dniu wolnym od pracy (60 proc. wynagrodzenia) – 114,29 zł,
- razem zarobek brutto pracownika – 304,76 zł,
- razem zarobek netto pracownika (po odliczeniu podatku i składki ZUS) – 215,64 zł,
- ZUS pracodawcy (np. 20 proc.) – 60,95 zł.

Zatem wynagrodzenie pracownika z jednym dodatkowym dniem w miesiącu wyniosłoby 4304,76 zł brutto, a wynagrodzenie pracownika np. z dwoma dodatkowymi dniami w miesiącu – 4609,52 zł.

Dobrym skutkiem zupełnie ubocznym, ale koniecznym z formalnego punktu widzenia do wskazania, jest też efekt pozytywny dla ZUS z tytułu wpływu składek na ubezpieczenia społeczne. Od jednego pracownika (za pracę w jeden dodatkowy dzień) będzie to 102,74 zł, a w przypadku np. 5000 pracowników – 513 676,19 zł.

Podobne korzyści mogą wystąpić dla finansów publicznych, bowiem od jednego pracownika za pracę w jeden dodatkowy dzień to wpływ 47,34 zł. W przypadku więc hipotetycznie zakładanej liczby 5000 pracowników – to 236 681,14 zł.

Na marginesie należy podkreślić, że w dużych firmach, w których funkcjonują związki zawodowe z reguły pracodawcy ustalają ze stroną społeczną wyższe stawki za pracę dodatkową, tj. w godzinach nadliczbowych, czy w dni wolne od pracy (np. 120 proc. dodatku). Dodatkowo stawka zależy też od liczby takich godzin lub dni w ujęciu rocznym.

Zaproponowane w niniejszym projekcie rozwiązanie uelastycznia zasady rekompensowania pracy wykonywanej przez pracownika w dzień dla niego wolny od pracy, ale co ważne, jest zgodne z oczekiwaniami samych pracowników. Zwrócili na to uwagę przedstawiciele NSZZ „Solidarność” w trakcie prac w Podkomisji i Komisji Kodyfikacyjnej nad nowelizacją czasu pracy w 2013 roku.

Należy podkreślić, że praca nadal będzie wykonywana w ramach powszechnie obowiązujących norm czasu pracy, w szczególności zgodnie z zasadą przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Nie będzie naruszać limitów dotyczących 48-godzinowego tygodniowego czasu pracy łącznie z godzinami nadliczbowymi i maksymalnego limitu 150 nadgodzin w roku kalendarzowym. ■

Zmieniamy się dla Ciebie



Poprawa jakości usług świadczonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rzecz przedsiębiorców

ZUS realizuje projekt „Poprawa jakości usług świadczonych przez ZUS na rzecz przedsiębiorców”, w ramach którego przewiduje się m.in.:

- optymalizację procesów w ZUS, mającą na celu poprawę jakości obsługi klientów,
 - przeprowadzenie cyklicznych badań satysfakcji przedsiębiorców,
 - wprowadzenie nowoczesnych narzędzi z zakresu ZZL w ZUS oraz promowanie postawy pro-klienckiej wśród pracowników,
- przeprowadzenie szkoleń specjalistycznych dla grupy ok. 20 tys. pracowników ZUS.

CZŁOWIEK - NAJLEPSZA INWESTYCJA



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

80
lat
ZUS
1934-2014

ISSN 1731-0725

Cena 6,30 zł (w tym 5% VAT)