

Drodzy Czytelnicy,



Dnia 6 grudnia ubiegłego roku Sejm przyjął rządowy projekt zmian w systemie emerytalnym. Mimo burzliwej dyskusji i zdecydowanego sprzeciwu wielu ekspertów zarzucających rządowi demontaż reformy emerytalnej z roku 1999 i niekonstytucyjność przejęcia środków z filara kapitałowego przez ZUS, ustawa weszła w życie. Nowe przepisy dają Polakom możliwość dokonania wyboru, czy chcą odkładać na emeryturę w ZUS i OFE, czy tylko w ZUS. Na podjęcie decyzji i złożenie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych odpowiedniego oświadczenia obywatele mają czas do końca lipca 2014 roku.

Dokonanie tego wyboru nie będzie dla ubezpieczonych łatwe. Za wyborem wyłącznie ZUS przemawiać może przekonanie o większym bezpieczeństwie wypłaty emerytur z niezawodnej dotychczas instytucji, za pozostawieniem części składki w OFE – przekonanie o realności gromadzonych tam pieniędzy i szansie na wyższą rentowność oszczędności emerytalnych. Wydaje się, że przewidzenie, która opcja jest korzystniejsza, nie jest możliwe. Na wysokość przyszłej emerytury ma bowiem wpływ wiele czynników, w tym obok mierzalnych, jak na przykład stan gospodarki czy procesy demograficzne, również czynniki niemierzalne, jak sytuacja polityczna i decyzje polityczne. W wymiarze indywidualnym o dokonywanym wyborze decydować może skłonność do ryzyka, wiek i czas pozostający do emerytury. Należy spodziewać się również, że część osób nie będzie świadoma konieczności dokonania jakiegoś wyboru.

W artykule Joanny Ruteckiej omówione zostały najważniejsze korekty dokonane w systemie emerytalnym ustawą z dnia 6 grudnia 2013 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z określeniem zasad wypłaty emerytur ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych. Autorka wskazuje również konsekwencje wprowadzonych zmian z punktu widzenia ubezpieczonych.

Problemom zabezpieczenia emerytalnego poświęcony jest także artykuł Janiny Petelczyc na temat pracowniczych programów emerytalnych w krajach Unii Europejskiej. Przedstawia on dyrektywy regulujące transgraniczne funkcjonowanie instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz przeniesienie uprawnień do dodatkowych emerytur lub rent. W Polsce dodatkowe zabezpieczenie emerytalne jest wciąż mało popularne. Jednak zmiany, jakim podlega obowiązkowy filar ubezpieczenia emerytalnego, a także prognozowany poziom przyszłych świadczeń, w sposób oczywisty wskazują na konieczność wzmocnienia jego roli w materialnym zabezpieczeniu godziwej starości.

Maria Strzelińska

Joanna Rutecka

Instytut Statystyki i Demografii
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

System emerytalny po zmianach od 2014 roku

Przez wiele miesięcy byliśmy świadkami gorącej dyskusji emerytalnej, która przetoczyła się przez media i wywołała poruszenie wśród wszystkich uczestników publicznej (i nie tylko) debaty. W trakcie wymiany kolejnych ciosów pomiędzy reprezentantami różnych opcji politycznych i obozów eksperckich pojawiło się sporo wątpliwości dotyczących konstytucyjności zapisów, faktycznych pobudek wprowadzania zmian i ich efektów z punktu widzenia ubezpieczonych. Poniżej omówione zostaną najważniejsze korekty w systemie emerytalnym wraz ze wskazaniem ich konsekwencji dla przyszłych emerytów oraz systemu jako całości.

W połowie stycznia 2014 roku zaczęła obowiązywać ustawa¹ istotnie zmieniająca funkcjonowanie systemu emerytalnego i wprowadzająca zasady wypłaty świadczeń ze środków zgromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych (OFE).

Do najważniejszych zmian wprowadzonych tą ustawą należą: uszczuplenie środków gromadzonych w otwartych funduszach emerytalnych poprzez przekazanie części aktywów zgromadzonych w OFE do ZUS; korekta wielkości składki emerytalnej przekazywanej do funduszy; wprowadzenie dobrowolności drugiego filara; zmiana limitów inwestycyjnych mających zastosowanie do działalności OFE.

Ponadto wskazano, iż system wypłaty emerytur będzie w całości obsługiwany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a świadczenia będą finansowane z funduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Zajęto się także ulepszeniem dodatkowej części systemu, wprowadzając nowe limity wpłat na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) oraz preferencyjne opodatkowanie świadczeń wypłacanych z takich kont.

Nowa architektura systemu emerytalnego

Po licznych korektach wprowadzanych w ciągu ostatnich kilku lat system emerytalny jest nadal wielofilarowy, chociaż obowiązkowa część kapitałowa podlegała systematycznej redukcji – poczynając od wysokości składki równej 7,3 proc. podstawy wymiaru, skorygowanej następnie do poziomu 2,3 proc., potem do 2,8 proc., aż po obecną wysokość 2,92 proc. podstawy wymiaru.

Stopa składki nie jest jednak jedynym i najważniejszym wyznacznikiem wielkości części kapitałowej. Zdecydowanie ważniejszym aspektem jest wielkość środków zgromadzonych w funduszach oraz charakter uczestnictwa w tej części systemu. Ostatnie zmiany zniosły obowiązek członkostwa w otwartych funduszach emerytalnych. Już od kwietnia 2014 roku uczestnicy systemu emerytalnego będą musieli wybrać, czy chcą, aby część ich składki emerytalnej (2,92 proc. wynagrodzenia) trafiała do otwartych funduszy emerytalnych, czy na subkonto w ZUS. Osoby, które nie po-

¹ Ustawa 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 31 grudnia 2013 r. poz. 1717).

dejmą żadnej decyzji, zostaną „wypisane” z otwartych funduszy emerytalnych.

Biorąc pod uwagę fakt, iż pozostanie w OFE będzie wymagało złożenia stosownego oświadczenia w ZUS (na piśmie lub elektronicznie, a ponadto oświadczenie to musi mieć treść zgodną ze wzorem, który niebawem zostanie opublikowany), obowiązkowy system emerytalny może składać się wkrótce praktycznie tylko z części zarządzanej przez ZUS, do której wpływać będzie odpowiednio cała składka emerytalna (19,52 proc.) lub jej zdecydowana większość (16,6 proc., jeśli ubezpieczony postanowi, iż chce być członkiem otwartego funduszu emerytalnego i chce przekazywać do niego 2,92 proc. składki). W ramach części zarządzanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składka będzie natomiast przekazywana na konto ubezpieczonego (12,22 proc.) oraz wydzielone subkonto (7,3 proc. lub 4,38 proc., jeśli ubezpieczony będzie członkiem OFE).

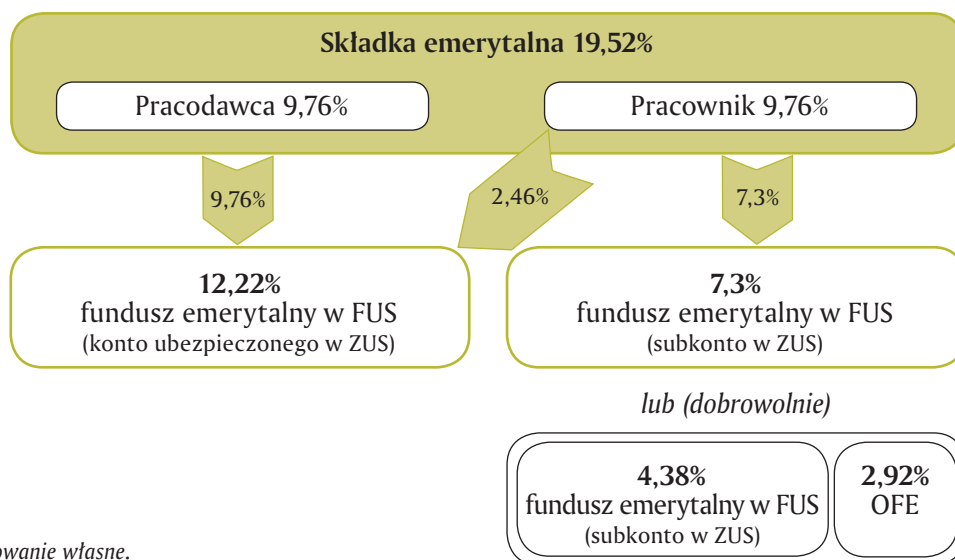
Podział obowiązkowej składki emerytalnej pomiędzy różne elementy zmienionego systemu emerytalnego prezentuje schemat 1.

Przed podjęciem decyzji i złożeniem oświadczenia o przekazywaniu części składki na subkonto w ZUS lub rachunek w OFE ubezpieczony będzie musiał zapoznać się z informacją dotyczącą powszechnego systemu emerytalnego, przygotowaną przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Finansów, a także z informacją dotyczącą poszczególnych otwartych funduszy emerytalnych. W przypadku podjęcia decyzji o uczestnictwie w OFE, trzeba będzie wskazać otwarty fundusz emerytalny, którego ubezpieczony chce być członkiem (jeśli ubezpieczony tego nie zrobi, a jest już członkiem OFE, składka będzie przekazywana do dotychczasowego funduszu). Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekaże wówczas do wybranego funduszu część składki, począwszy od składki emerytalnej należnej za lipiec danego roku. W przypadku podjęcia decyzji o przekazywaniu składki wyłącznie na konto i subkonto w ZUS, oświadczenie zadziała w odniesieniu do składki należnej za miesiąc, w którym ubezpieczony złożył oświadczenie.

Nowy podział składki spowoduje, iż całość lub zdecydowana większość przyszłych świadczeń emery-

Schemat 1

Podział składki w polskim systemie emerytalnym po zmianach od 2014 roku



Źródło: Opracowanie własne.

Na decyzję o pozostaniu lub nie w otwartym funduszu emerytalnym ubezpieczeni będą mieli czas do 31 lipca 2014 roku, czyli pełne 4 miesiące. Decyzja o wyborze OFE lub ZUS nie będzie jednak ostateczna. Kolejne „okno” w zakresie przejścia pomiędzy częścią kapitałową (OFE) a repartycyjną (zarządzaną przez ZUS i bazującą na wypłacie świadczeń z wpływających na bieżąco składek) zostanie otwarte dwa lata później, tj. w 2016 roku, a kolejne możliwości transferu będą następnie pojawiać się co cztery lata – zawsze w terminie od 1 kwietnia do 31 lipca danego roku kalendarzowego.

talnych z obowiązkowego systemu pochodzić będzie z części zarządzanej przez ZUS i bazującej na zasadzie, iż przyszłe świadczenia emerytalne finansowane będą ze składek przyszłych pokoleń (system repartycyjny).

Zmiany w kapitałowej części systemu

Kapitałowa część systemu emerytalnego została znacznie uszczuplona. Środki zgromadzone w OFE zostały bowiem w dużej części przetransferowane do

ZUS na skutek wprowadzenia zakazu inwestowania otwartych funduszy emerytalnych w obligacje skarbu państwa (a także inne papiery dłużne emitowane lub gwarantowane przez skarb państwa). Zakaz lokowania środków w obligacje państwowe wprowadzony został tym razem z obowiązkiem przekazania aktywów zgromadzonych w portfelach obligacyjnych OFE (51,5 proc. ogółu aktywów) do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W rezultacie 3 lutego 2014 roku otwarte fundusze emerytalne przekazały do ZUS 153,15 mld zł², zmniejszając tym samym dług publiczny Polski o 9 proc. PKB i uszczuplając jednocześnie rachunki Polaków w OFE.

Wartość przekazanych aktywów zostanie w odpowiedniej części zapisana na subkontach w ZUS prowadzonych dla każdego uczestnika systemu. Powinno to nastąpić do 31 marca 2015 roku, natomiast po 1 czerwca 2015 roku ZUS wyśle do ubezpieczonych informacje o stanie ich zwaloryzowanych subkont (informację tę będzie można też sprawdzić na Platformie Usług Elektronicznych – PUE). Środki te, do czasu przejścia przez ubezpieczonego na emeryturę, będą podlegały waloryzacji według zasad określonych dla subkonta, tj. według stopy wzrostu PKB.

Ogromne zmiany w funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych dotyczyły także polityki i limitów inwestycyjnych odnoszących się do OFE. Dobrowolność uczestnictwa w otwartych funduszach emerytalnych została zaproponowana w pakiecie z bardziej agresywnym inwestowaniem przewidzianym dla tej części systemu. Łączna wartość aktywów otwartego funduszu emerytalnego ulokowanych w akcjach nie może być mniejsza niż:

- 75 proc. wartości tych aktywów do dnia 31 grudnia 2014 roku,
- 55 proc. wartości tych aktywów do dnia 31 grudnia 2015 roku,
- 35 proc. wartości tych aktywów do dnia 31 grudnia 2016 roku,
- 15 proc. wartości tych aktywów do dnia 31 grudnia 2017 roku.

Tak wysokie limity na agresywne inwestycje mają zapobiec sytuacji wyprzedawania przez OFE akcji, które po przekazaniu do ZUS posiadanych przez OFE obligacji stanowiłyby zdecydowaną większość aktywów funduszy. Z punktu widzenia funkcjonowania polskiego rynku kapitałowego jest to rozwiązanie zrozumiałe. Sytuacja ta spowodować może jednak znaczny wzrost zmienności stanu rachunków członków otwartych funduszy emerytalnych w konsekwencji wahań na rynku akcji. Z punktu widzenia uczestników systemu emerytalnego, nieprzyzwyczajonych do nagłych zmian w wycenie aktywów na rynku finansowym, może to być sytuacja niepożądana, zwłaszcza jeśli są to osoby z awersją

do ryzyka. W długim terminie stopy zwrotu z agresywnego inwestowania powinny być wyższe, jednak w trakcie gromadzenia oszczędności mogą się pojawić zarówno okresy szybkich przyrostów zgromadzonych środków, jak i okresy dużych, niespodziewanych spadków ich wartości.

Dodatkowo, do dnia 31 grudnia 2015 roku, wprowadzono nowe limity na inwestycje funduszy w aktywach denominowanych w walucie innej niż krajowa. Część aktywów OFE zainwestowanych w te instrumenty nie może przekroczyć:

- 10 proc. wartości aktywów do 31 grudnia 2014 roku,
- 20 proc. wartości aktywów w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 roku.

Aby obniżyć koszty funkcjonowania funduszy, obniżono o połowę maksymalny limit opłaty pobieranej od składki wpływającej do funduszu. Nie może ona obecnie wynosić więcej niż 1,75 proc. wpłaconej do funduszu kwoty, przy czym OFE mogą stosować opłaty niższe. Wysokość maksymalnych opłat za zarządzanie nie uległa natomiast zmianie. Utrzymano podział tej opłaty na część stałą i zależną od osiągniętych wyników inwestycyjnych.

Wraz ze zmianą wytycznych polityki inwestycyjnej OFE skorygowano także zasady dotyczące indeksu referencyjnego (*benchmarku*), z którym porównywane są wyniki poszczególnych funduszy. Nie będzie to już średnia ważona stopa zwrotu i minimalna stopa zwrotu liczona na podstawie wyników inwestycyjnych wszystkich OFE. Brak jest gwarancji osiągnięcia jakiegokolwiek minimalnej stopy zwrotu z inwestycji. Zamiast tego każdy z funduszy powinien w statucie określić cel inwestycyjny i wskaźniki, z którymi porównywane będą jego stopy zwrotu. Do tych wielkości fundusze będą musiały się odnosić, przesyłając członkom informacje o stanie konta i osiągniętych wynikach inwestycyjnych.

Dodatkowo w okresie dwóch lat (do 30 czerwca 2016 roku) codziennie wyliczana będzie okresowa stopa zwrotu każdego z OFE, która następnie będzie porównywana z indeksem zewnętrznym złożonym z indeksu rynku akcji i rocznej stopy procentowej trzymiesięcznych pożyczek na rynku międzybankowym.

W celu przeciwdziałania nieuczciwym praktykom rynkowym i wprowadzającej w błąd reklamie otwartych funduszy emerytalnych zastrzeżono, iż wszystkie informacje publikowane na temat funduszy emerytalnych powinny w sposób zrozumiały, obiektywny i rzetelny przedstawiać sytuację finansową funduszu lub towarzystwa, a także ryzyko związane z przystąpieniem do funduszu oraz z pozostawianiem członkiem funduszu. Nieuczciwe postępowanie w tym zakresie zagrożone jest karą pieniężną do 3 mln zł.

² M. Pawlak, *Ile mamy na koncie w ZUS dowiemy się za rok*, „Moja Emerytura” [online], [dostęp: 4.02.2014]. Dostępny w internecie: <http://www.ekonomia.rp.pl/artukul/628648,1084353-ZUS--informacja-o-tym--ile-OFE-przekazaly-na-subkonta-po-1-czerwca-2015-r-.html>.

Dodatkowo, w latach otwarcia „okna transferowego” pomiędzy systemem kapitałowym a częścią zarządzaną przez ZUS (decyzja o przekazywaniu części składki do OFE lub pozostawieniu całości na kontach w ZUS) wprowadzono zakaz jakiegokolwiek reklamy zawierającej informacje o OFE. W tym czasie ubezpieczeni powinni podejmować decyzje wyłącznie na podstawie informacji o funkcjonowaniu powszechnego systemu emerytalnego przygotowywanej przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Finansów, a także na podstawie informacji o poszczególnych OFE przekazywanej przez ZUS.

Zasady wypłaty świadczeń emerytalnych

Po wielu miesiącach konsultacji, spotkań i analiz licznych projektów podjęto w końcu wyczekiwaną decyzję odnośnie sposobu wypłaty świadczeń ze środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu emerytalnego. Wygrał wariant proponowany przez ZUS, zgodnie z którym wypłatą emerytur z całego systemu powszechnego zajmuje się jedna instytucja.

Zasady wypłaty świadczeń z części zarządzanej przez Zakład nie uległy zmianie (indywidualna emerytura dożywotnia po osiągnięciu wieku emerytalnego, możliwość uzyskania emerytury częściowej). Ze środków zgromadzonych w kapitałowej części systemu wypłacana będzie emerytura okresowa (do osiągnięcia 65 lat) lub emerytura dożywotnia (jeśli ubezpieczony ma co najmniej 65 lat). Wszystkie świadczenia są obliczane poprzez podzielenie stanu konta (subkonta) przez przeciętne dalsze trwanie życia osoby w danym wieku. Warto zauważyć, że podniesienie minimalnego wieku emerytalnego do poziomu 67 lat dla kobiet i mężczyzn spowoduje, iż w przyszłości emerytura z systemu powszechnego przyjmie wyłącznie formę dożywotnią i wyeliminowane zostaną emerytury okresowe.

Istotne zmiany dokonały się w samym finansowaniu świadczeń emerytalnych i sposobie zarządzania środkami odłożonymi przez ubezpieczonych w OFE. Ustalono, że środki zgromadzone na rachunkach członków otwartych funduszy emerytalnych zostaną przekazane do funduszu emerytalnego FUS przed przejściem ubezpieczonych na emeryturę. Transfer ten nie będzie miał jednak charakteru jednorazowego przelewu dokonywanego tuż po złożeniu wniosku o przyznanie emerytury z systemu powszechnego, lecz zostanie rozłożony w czasie. I tak, już na dziesięć lat przed osiągnięciem minimalnego wieku emerytalnego środki danej osoby zgromadzone na jej rachunku w OFE będą podlegać systematycznemu przekazywaniu (w ramach comiesięcznych przelewów) do FUS w taki sposób, aby po dziesięciu latach całość rachunku została przetransferowana do systemu zarządzanego przez ZUS. Jest to rozwiązanie określane mianem

„suwaka bezpieczeństwa”, które ma uchronić ubezpieczonych przed ryzykiem nietrafionych inwestycji w ostatnich latach przed zakończeniem aktywności zawodowej. Po rozpoczęciu przekazywania środków z OFE do ZUS opłacane na bieżąco składki emerytalne nie będą już w żadnej części przekazywane do OFE, a ich wysokość będzie zapisywana na koncie ubezpieczonego i subkoncie w ZUS.

Środki członków OFE, którym pozostało mniej niż 10 lat do osiągnięcia minimalnego wieku emerytalnego, będą przekazywane w tempie przyspieszonym (transfery rozłożone na krótszy okres), a kapitał ubezpieczonych składających wnioski o przyznanie emerytury częściowej ma zostać przetransferowany z OFE do FUS jednorazowo, w całości. Podobna procedura obowiązuje osoby, które pobierają już emeryturę okresową ze środków zgromadzonych w OFE – ich środki podlegają w całości natychmiastowemu przekazaniu do funduszu emerytalnego FUS.

Informacja o środkach zgromadzonych przez ubezpieczonych w OFE, które zostały przed emeryturą przekazane do FUS, jest zapisywana na subkontach ubezpieczonych prowadzonych przez ZUS i buduje ich uprawnienia emerytalne. Środki te są waloryzowane i dziedziczone, podobnie jak pozostałe środki na subkontach. Wielkość zgromadzonych uprawnień (saldo subkonta) staje się później podstawą obliczenia i wypłaty świadczeń z systemu powszechnego, zgodnie z zasadą: im więcej wpłaciłeś i im jesteś starszy, tym wyższe jest twoje świadczenie emerytalne.

Ostatecznie emerytura z całego obowiązkowego systemu emerytalnego obliczana jest według takiej samej formuły – stan konta i subkonta w ZUS dzieli się przez przeciętne dalsze trwanie życia osoby w danym wieku, wyrażone w miesiącach.

Udoskonalony trzeci filar

Przesuwanie środków emerytalnych z OFE do ZUS było także impulsem do wprowadzenia zmian w dodatkowym zabezpieczeniu emerytalnym, które nie objęło dotychczas swoim zasięgiem zbyt dużej części społeczeństwa (mamy aktualnie ok. 350 tys. uczestników PPE – pracowniczych programów emerytalnych, 800 tys. posiadaczy IKE – indywidualnych kont emerytalnych i 500 tys. IKZE – indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego). Aby zbliżyć się do pierwotnych celów w zakresie powszechności tej części systemu, zwiększono zachęty dla oszczędzających w indywidualnym trzecim filarze i podjęto pierwsze próby uproszczenia niektórych mechanizmów.

Zmiany w opodatkowaniu indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego były już od dawna postulowane przez przedstawicieli środowiska instytucji finansowych oferujących wymienione produkty. Od

początku funkcjonowania tych kont wpłaty na IKZE zwolnione były z podatku dochodowego od osób fizycznych (możliwość odpisania składki od podstawy opodatkowania), a same konta mogły być prowadzone w formie funduszu inwestycyjnego, ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, rachunku bankowego, rachunku papierów wartościowych w domu maklerskim czy dobrowolnego funduszu emerytalnego. Wpłata natomiast podlegała standardowemu opodatkowaniu. Teraz zmieniono ten mechanizm – nie zdecydowano się co prawda na zupełne zwolnienie z opodatkowania wypłat z IKZE, lecz wprowadzono bardzo preferencyjną stawkę podatku, która ma zachęcić Polaków do odkładania oszczędności w tych raczkujących dopiero formach indywidualnej przeczności emerytalnej. Utrzymane zostały ulgi dotyczące składki wpłacanej na IKZE, a dodatkowo zamiast standardowego opodatkowania wypłat z tych kont wprowadzono podatek zryczałtowany w wysokości 10 proc.

Zmieniono także limit wpłat na indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego. Dotychczas limit składki na IKZE, którą można było odliczyć od podstawy opodatkowania, był określony jako 4 proc. rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne danej osoby. W rezultacie wielu ubezpieczonych miało problemy z obliczeniem dokładnej kwoty, którą mogą wpłacić na konto, a później odliczyć, wypełniając PIT w kolejnym roku. Ponadto wiele osób napotykało na znaczne ograniczenia możliwości wpłacenia składek, jeśli ich dochody nie stanowiły podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Problem ten został rozwiązany przez wprowadzenie jednako-owego kwotowego limitu wpłat na IKZE dla wszystkich osób. Limit ten wynosi obecnie 1,2-krotność przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia w gospodarce, co w 2014 roku jest równe kwocie 4495,20 zł.

W zakresie indywidualnych kont emerytalnych (IKE) oraz funkcjonowania pracowniczych programów emerytalnych (PPE) nie zdecydowano się na żadne korekty. Być może na reformę tej części zabezpieczenia społecznego przyjdzie jeszcze czas.

Zmiany w obowiązkowym systemie emerytalnym a dług publiczny

Dokonane w systemie emerytalnym zmiany są w dużej mierze rezultatem ujawnienia długu emerytalnego, który zaczął być częściowo wliczany do oficjalnego długu publicznego. To naturalny skutek wprowadzenia systemu o zdefiniowanej składce (ang. *defined contribution* – DC), w którym bardzo łatwo jest oszacować wielkość wszystkich zobowiązań wobec osób objętych systemem – należy po prostu zsumować stany ich kont emerytalnych. Warto przy tym zaznaczyć, że dług emerytalny nie został „wykreowany” przez otwarte fundusze emerytalne, jak twierdzą ich

przeciwnicy, lecz wynika z podstawowych zasad funkcjonowania systemu emerytalnego.

Każdy system emerytalny, niezależnie od zasad jego finansowania, opiera się na umowie między pokoleniami. Oznacza to, że w danej chwili zawsze jest pokolenie gromadzące prawa emerytalne poprzez opłacanie składek i pokolenie, które konsumuje wcześniej zgromadzone prawa (emeryci). Konsumowanie praw emerytalnych oznacza ich zamianę na świadczenia emerytalne. Natomiast gromadzenie praw oznacza powstawanie zobowiązań systemu wobec przyszłych emerytów. Ogół takich zobowiązań systemu emerytalnego to dług emerytalny. Dług ten występuje w każdym systemie, niezależnie od zasad finansowania. Nie zawsze jest jednak ujawniany, a czasem jest wręcz ukrywany.

W systemie repartycyjnym, w którym świadczenia są finansowane z bieżących składek, nie gromadzi się aktywów dla celów późniejszego pokrywania zobowiązań emerytalnych. W takim przypadku występuje natychmiastowy i niemal bezpośredni (za pośrednictwem wskazanej instytucji, np. ZUS) przepływ środków pomiędzy pracującymi a emerytami. Dług emerytalny nie jest zwykle ujawniany (wyjątkiem są systemy o zdefiniowanej składce), choć oczywiście istnieje – o jego poziomie decyduje suma zobowiązań wobec uczestników systemu, z których należy się wywiązać w przyszłości. Nie znamy jednak ich całkowitej wielkości, gdyż do publicznej wiadomości podawane są zwykle jedynie wielkości wpływów i wydatków z funduszu emerytalnego w danym roku, wskazując najczęściej na poziom deficytu, który musi zostać pokryty z budżetu państwa.

Repartycyjny system o zdefiniowanej składce, którego przykładem jest polski system emerytalny w części zarządzanej przez ZUS, powoduje ujawnienie długu emerytalnego. Utworzenie indywidualnych kont emerytalnych w części repartycyjnej pozwala bowiem łatwo obliczyć wielkość aktualnego długu emerytalnego wobec uczestników systemu, którzy nie przeszli jeszcze na emeryturę. Można to zrobić dodając stan kont emerytalnych poszczególnych osób – są to ich prawa emerytalne, które będą egzekwować w przyszłości od następnego pokolenia płacącego składki. Aby uzyskać pełną kwotę długu emerytalnego, należy jeszcze dodać zobowiązania wobec aktualnych emerytów. Dług emerytalny w części repartycyjnej wynikający ze zobowiązań wobec osób aktywnych zawodowo (stan kont emerytalnych prowadzonych przez ZUS) wynosi według publikowanych szacunków około 2 bln zł. Ponieważ nie ma on jednak formy zobowiązania skarbu państwa, nie jest długiem jawnym wykazywanym w oficjalnych statystykach długu publicznego.

Inaczej wygląda sytuacja w systemie kapitałowym. W tym przypadku składka jest inwestowana na rynku finansowym. W ten sposób tworzą się prawa emerytalne, których wielkość jest wyznaczona przez wysokość

kapitału emerytalnego. Kapitał ten jest inwestowany, a następnie konsumowany po przejściu na emeryturę. Żeby jednak świadczenia emerytalne mogły zostać wypłacone, kolejne pokolenie pracujących musi odkupić aktywa finansowe od osób przechodzących na emeryturę – w ten sposób dokonuje się wymiana między pokoleniami w systemach kapitałowych. Należy pamiętać, że również w tym przypadku wypłata świadczeń nie może nastąpić bez opłacenia składek przez kolejne pokolenie. Wielkość długu emerytalnego w przypadku systemu kapitałowego jest sumą zobowiązań wobec jego uczestników, tj. sumą stanów ich indywidualnych rachunków. W tym przypadku dług emerytalny także łatwo policzyć – na początku 2014 roku było to niemal 300 mld zł. Dług ten ma pokrycie w aktywach finansowych o tyle, o ile oczywiście aktywa te znajdą nabywców w przyszłości.

W krajach, które zreformowały systemy emerytalne, wprowadzając formułę zdefiniowanej składki i elementy finansowania kapitałowego, doszło do samoistnego ujawnienia długu emerytalnego. Dług ten zaczął być częściowo wliczany do oficjalnego długu publicznego. W konsekwencji reform powstały także deficyty w systemach repartycyjnych w okresie przejściowym, kiedy nadal trzeba wypłacać świadczenia ze „starego” systemu, a część składki emerytalnej jest już przekazywana na rachunki w części kapitałowej. Sytuacja ta spowodowała konieczność dofinansowania z budżetu państwa ubytku w systemie repartycyjnym w części, która ma pokrywać świadczenia dla obecnych emerytów, wypracowane we wcześniejszym systemie.

Dług emerytalny nie jest generalnie wykazywany w oficjalnych statystykach. Wyjątkiem są kapitałowe systemy emerytalne, w których środki zgromadzone na rachunkach w funduszach uznawane są za własność uczestników systemu. Takie podejście powoduje, iż składka przekazywana do OFE nabiera charakteru środków prywatnych, a aktywa funduszy nie są zaliczane do środków publicznych i zwiększają tym samym oficjalny dług. Próby przeforsowania innego sposobu obliczania długu publicznego, uwzględniającego cały dług narosły w systemie emerytalnym, były już podejmowane na forum Unii Europejskiej – nie znalazły jednak poparcia wśród większości jej członków (głównie „starych” państw członkowskich UE). Nie należy oczekiwać, że ta sytuacja szybko się zmieni. Dlatego wprowadzono zmiany w funkcjonowaniu polskiego systemu emerytalnego.

Warto podkreślić, że spór, który obecnie toczy się w obszarze funkcjonowania otwartych funduszy emerytalnych, nie miałby miejsca, gdyby całość długu emerytalnego była ujawniana i oficjalnie wykazywana w statystykach zadłużenia poszczególnych państw. Wówczas zmiana sposobu finansowania systemu emerytalnego nie powodowałaby istotnych wahań w poziomie długu publicznego, a wprowadzenie formuły

zdefiniowanej składki mogłoby wręcz ten jawny dług ograniczyć.

Konsekwencje zmian z punktu widzenia ubezpieczonych

Zmiany dokonane ostatnio w polskim systemie emerytalnym nie powinny w znaczący sposób wpłynąć na wysokość świadczeń emerytalnych wypłacanych z jego obowiązkowej części. Nadal obowiązuje bowiem formuła zdefiniowanej składki, uzależniająca wysokość emerytury od wielkości zgromadzonych na kontach uprawnień emerytalnych oraz od wieku przejścia na emeryturę. Składka emerytalna utrzymana została na dotychczasowym poziomie, jednak z korektą dotyczącą proporcji jej podziału pomiędzy kapitałową i repartycyjną (finansowaną z bieżących składek) część systemu.

W rezultacie wprowadzonych zmian mniejsza część składki inwestowana będzie na rynkach finansowych, a obowiązkowa dotychczas kapitałowa część systemu emerytalnego zamieniona została w opcję bardziej agresywnego inwestowania dla aktywnych uczestników systemu. Ta część ubezpieczonych może uzyskać wyniki lepsze od przeciętnych, ponosi jednak równocześnie większe ryzyko inwestycyjne i musi być bardziej odporna na krótkoterminowe wahania wartości zgromadzonych w funduszu aktywów. W długim okresie stopy zwrotu z rynku kapitałowego powinny być jednak zbliżone do tempa wzrostu gospodarczego, według którego waloryzowane są uprawnienia emerytalne zapisywane na subkoncie ubezpieczonego w ZUS.

A zatem, pomijając możliwości uzyskiwania wyższych stóp zwrotu dzięki inwestowaniu na zewnętrznych (zagranicznych) rynkach finansowych, z punktu widzenia indywidualnego ubezpieczonego operacja zmiany relacji podziału składki pomiędzy filar pierwszy i drugi nie przyniesie raczej drastycznych zmian w poziomie świadczeń.

Jeśli jednak spojrzymy na funkcjonowanie systemu jako całości, przesunięcie aktywów z OFE do ZUS zaburzyło równowagę w utworzonym jako rozwiązanie wielofilarowe w systemie emerytalnym. Duża część ryzyka i obciążenia związanego z wypłatą świadczeń emerytalnych w przyszłości została przeniesiona do części repartycyjnej, która jest finansowana z wpływających na bieżąco składek. Do tej części przeniesiona została przede wszystkim całość ryzyka demograficznego związanego z wydłużaniem się trwania życia oraz coraz mniej korzystną relacją pomiędzy liczbą osób pracujących a liczbą pobierających świadczenia emerytów. Rosnący dług emerytalny, zapisany na indywidualnych kontach, będą musiały spłacić przyszłe pokolenia. Jego ukrywanie nie spowoduje redukcji przyszłych zobowiązań, które będą musieli spłacić kolejni podatnicy. Kluczowym pozostaje jedynie pytanie: czy będzie ich na to stać? ■

Rafał Bakalarczyk

Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski

Rodzina w zabezpieczeniu społecznym osób niesamodzielnych – przykład Szwecji

Przegląd modeli i rozwiązań w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych i ich rodzin warto rozpocząć od krajów skandynawskich, uchodzących za te, w których systemy opiekuńcze są najbardziej rozwinięte. Godne sprawdzenia jest, czy wysoki poziom opiekuńczości odnosi się również do opieki długoterminowej, której adresatami są osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, m.in. w związku z podeszłym wiekiem.

Co jest wspólnym mianownikiem systemów opieki w krajach regionu skandynawskiego, a co różni je między sobą? Czy tamtejszy system opieki długoterminowej cechują głównie podobieństwa natury ilościowej, związane z wysokością wydatków na ten cel i ich strukturą oraz udziałem w PKB, czy może natury jakościowej, związane z zasadami nabywania uprawnień do wsparcia, rozkładu odpowiedzialności za jej finansowanie i świadczenie oraz kształt instytucji wsparcia? Nie sposób odpowiedzieć na wszystkie z postawionych pytań w pojedynczym artykule. Autor tekstu skoncentrował się – wychodząc od założeń ogólnych – na jednym z wymiarów systemu opieki długoterminowej, jakim jest opieka nieformalna i system wsparcia osób ją sprawujących. Ten „rodzinny” wymiar jest tym bardziej intrygujący, że zwykło się, nie bez empirycznych podstaw, kojarzyć nordycki/skandynawski model dobrobytu z szeroką – zarówno w zakresie podmiotowym, jak i przedmiotowym – odpowiedzialnością państwa (a nie podmiotów nieformalnych, w tym rodzin) za zabezpieczenie społeczne obywateli.

Uzupełnieniem zestawienia podstawowych informacji o krajach regionu w powyższym zakresie będzie nieco bardziej pogłębiony wgląd w system szwedzki.

Ku temu wyborowi skłania fakt, że Szwecja uchodzi za najbardziej klasyczną egzemplifikację skandynawskiego (socjaldemokratycznego) modelu polityki społecznej, jak również – co pokaże niniejszy artykuł – wyróżnianie się przez to państwo na tle sąsiednich krajów szczególnym poziomem rozwoju i kompleksowością w zakresie opieki długoterminowej, a w jej ramach – wsparcia opiekunów nieformalnych.

Pierwszą część artykułu rozpoczyna wyliczenie najważniejszych cech skandynawskiego modelu polityki społecznej. Następnie autor pokazuje na szerszym tle porównawczym i w świetle stosowanych typologii tamtejsze systemy opieki długoterminowej i próbuje odpowiedzieć na pytanie, co wyróżnia opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi w Skandynawii w zestawieniu z innymi krajami rozwiniętymi. Przechodzi od ogólnych informacji o opiece długoterminowej w omawianych krajach ku szwedzkiej specyfice i zarysowuje katalog instrumentów wsparcia rodziny z niesamodzielnym seniorem oraz jej udział w świadczeniu opieki nad nim.

Druga część pracy została poświęcona szczegółowej analizie sytuacji w Szwecji. Po nakreśleniu podstawowego obrazu tamtejszego systemu w zakresie finan-

sowania, organizacji i zasad przyznawania wsparcia, autor zajął się kwestią leżącą w centrum zawartych w artykule rozważań, czyli zmieniającą się polityką na rzecz wspierania opiekunów nieformalnych. Tę część wieńczy próba odpowiedzi na pytania, na ile szwedzka polityka na rzecz opiekunów niesamodzielnych seniorów jest wyrazem bądź zwiastunem odejścia od tradycyjnego skandynawskiego systemu dobrobytu oraz na ile pokazane tendencje i konkretne instrumenty mogą stanowić punkt odniesienia dla reform zabezpieczenia społecznego osób starszych i ich bliskich w Polsce.

Skandynawski model zabezpieczenia społecznego

W powojennej i współczesnej polityce krajów skandynawskich, czy szerzej – nordyckich (włączając w to także Islandię), badacze są skłonni widzieć pewne wspólne, zasadnicze cechy składające się na specyficzny model dobrobytu określany właśnie mianem modelu (reżimu, systemu dobrobytu) „nordyckiego”, „skandynawskiego” czy też – odwołując się do typologii polityki społecznej – „socjaldemokratycznego” lub „instytucjonalno-redystrybucyjnego”. W niniejszym artykule będą stosowane wymiennie pierwsze dwa określenia systemu dobrobytu („skandynawski” i „nordycki”), jako że przedmiotem analizy jest nie normatywny czy teoretyczny model, a praktyczne doświadczenia krajów tego regionu, które łączy nie tylko bliskość terytorialna, lecz także niektóre rozwiązania instytucjonalne i założenia w zakresie zabezpieczenia społecznego, na których się opierają.

Mirosław Książkowski przedstawia następujące cechy łączące systemy tych państw¹:

- wszechstronność (zakres ingerencji władz państwa w sprawy socjalne jest największy ze wszystkich krajów rozwiniętych),
- prawo do bezpieczeństwa socjalnego i określonego standardu życia (wiele świadczeń i usług socjalnych przysługuje ze względu na samo obywatelstwo bądź fakt zamieszkiwania w danym kraju; ograniczono zatem wpływ kryteriów rynkowych),
- przewaga rozwiązań o charakterze uniwersalnym (świadczenia selektywne, czyli przeznaczone dla wybranych grup, stanowią marginalną część tych systemów),
- wysoki standard świadczeń i usług socjalnych (obowiązuje program maksimum, nie minimum).

Warto pamiętać, że są to ogólne założenia, których stopień i sposób realizacji różni się pomiędzy

poszczególnymi krajami nordyckimi. Przytoczona wyżej charakterystyka skandynawskiego systemu dobrobytu w dużej mierze bazuje na obserwacjach sprzed około dwóch dekad, a tymczasem w ostatnich latach, ze względu na zewnętrzne uwarunkowania, polityka społeczna, zarówno skandynawska, jak i ogólnoeuropejska, musiała ulec przekształceniom. O wybranych przemianach w polityce zabezpieczenia społecznego w regionie nordyckim traktuje książka *Rethinking Social Risk in the Nordics*², która doczekała się także omówienia i recenzji w polskiej prasie naukowej³.

Z punktu widzenia przedmiotu rozważań zapowiedzianych w tytule niniejszej pracy istotne są pytania, na ile wskazane przez Książkowskiego generalne cechy skandynawskiego modelu znajdują odzwierciedlenie w praktycznych prawnych i politycznych rozwiązaniach w obszarze opieki długoterminowej, jaka jest dynamika owych rozwiązań instytucjonalnych oraz czy ujawnia ona głębsze przemiany systemu zabezpieczenia (a szerszej – ładu społecznego) w omawianych krajach. Ten problem w odniesieniu do Szwecji był już przedmiotem uwagi autora niniejszego artykułu w innym opracowaniu⁴, aczkolwiek w niniejszym tekście szczególny nacisk został położony na zmieniającą się rolę rodziny w zabezpieczeniu potrzeb opieki długoterminowej i politykę wsparcia jej w tym zakresie, co, w opinii autora, jest głównym czynnikiem zmiany całościowego obrazu opieki długoterminowej w Skandynawii w ostatnich dekadach.

System opieki długoterminowej w krajach skandynawskich

Kraje nordyckie były objęte licznymi badaniami porównawczymi z zakresu opieki długoterminowej (ang. *long-term care*). Pozwala to spojrzeć na nie na tle rozwiązań stosowanych w innych krajach rozwiniętych i ich efektów. Jednakże wiele tych zestawień (w tym również te, na których bazował autor artykułu, czyli raporty Eurofamcare, ANCIEN oraz OECD) w odniesieniu do opieki długoterminowej zawęża swój materiał empiryczny do opieki nad osobami niesamodzielnymi/niedołącznymi w podeszłym wieku (czyli powyżej 65 roku życia), co eliminuje z pola widzenia opiekę długoterminową nad osobami niesamodzielnymi w wieku produkcyjnym, a także nad niepełnosprawnymi dziećmi. Wiedza, której dostarczają wykorzystane źródła, jest więc w zakresie podmiotowym niepełna.

Pomimo owej metodologicznej niedoskonałości można powiedzieć, że kraje nordyckie mają swą

¹ M. Książkowski, *Polska polityka społeczna na tle modeli występujących w Europie* [w:] *Europa socjalna. Iluzja czy rzeczywistość*, red. M. Anioł, M. Duszczyk, P. W. Zawadzki, Warszawa 2011, s. 265.

² *Rethinking Social Risk in the Nordics*, ed. by Ville-Pekka Sorsa, Foundation for European Progressive Studies, Brussels 2011.

³ R. Bakalarczyk, *Rethinking Social Risk in the Nordics [recenzja]*, „Zabezpieczenie Społeczne. Teoria, Prawo, Praktyka. Zeszyty Naukowe Zakładu Zabezpieczenia Społecznego IPS UW” 2012, nr 1, s. 111.

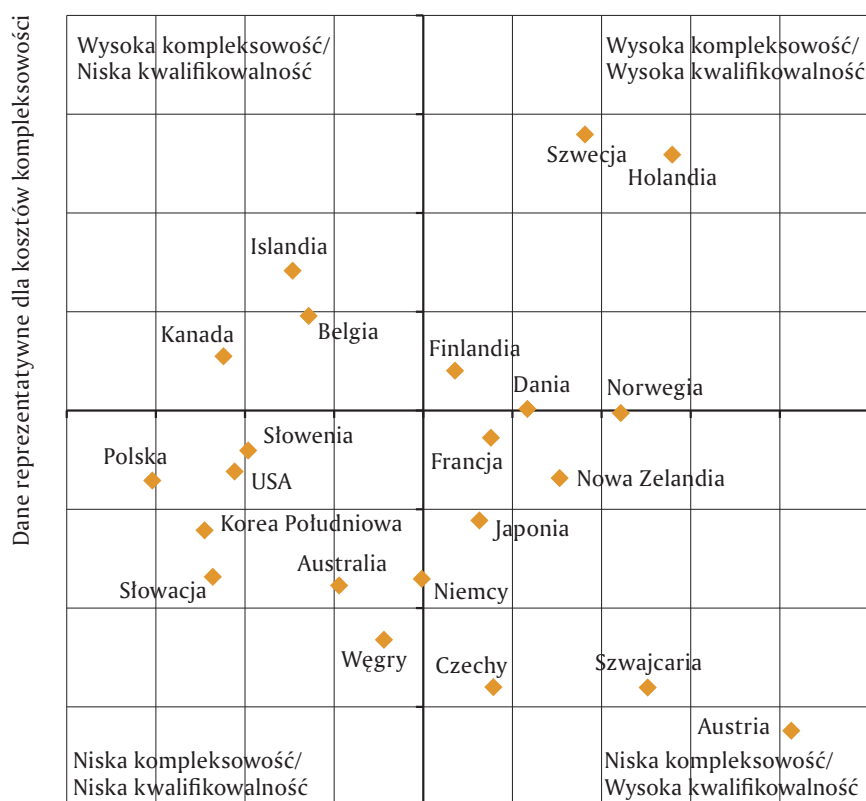
⁴ R. Bakalarczyk, *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2012, nr 18, s. 107–118.

specyfikę w odniesieniu do opieki długoterminowej, która jest widoczna na szerszym tle porównawczym. Większość typologii odnosi się do porównania modeli opieki długoterminowej w ogóle, a nie tylko do modeli wsparcia długoterminowych opiekunów, choć ten ostatni aspekt jest brany pod uwagę jako składowe kryterium oceny danego kraju.

W ramach innych typologii poziom rozwoju krajowych systemów opieki długoterminowej w Skandynawii przedstawia się podobnie. Warto przytoczyć podział zastosowany w jednym z raportów porównawczych opracowanych w ramach projektu ANCIEN. Znajdują się tam dwie próby pogrupowania wybranych krajów europejskich. Jedną z klasyfikacji przedstawia tabela 1.

Wykres 1

Kompleksowość i dostępność opieki [długoterminowej] w krajach OECD w 2008 roku



Źródło: OECD 2008, cyt. za: M. Augustyn, Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym. Nowe rozstrzygnięcia i wyliczenia, prezentacja na konferencji „Pomoc osobom niesamodzielnym – prezentacja projektu ustawy” (maj 2013 roku).

Jak podaje raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), kraje skandynawskie (i Holandia) znajdują się w grupie państw reprezentujących wysoką kompleksowość i dostępność (kwalifikowalność) wsparcia w ramach systemu opieki długoterminowej (por. wykres 1; warto jednocześnie zwrócić uwagę na pozycję Polski, która leży na przeciwnym biegunie). W ramach tego modelu, który możemy określić skandynawskim, pod względem kompleksowości wsparcia wyróżnia się, obok leżącej poza obszarem skandynawskim Holandii, właśnie Szwecja, co może stanowić dodatkowy argument na rzecz przyjrzenia się temu krajowi z większą uwagą w dalszej części niniejszego tekstu.

Typologia ta obejmuje mniejszą grupę państw i pomija Norwegię, ale po części potwierdza ustalenia OECD, zgodnie z którymi kraje skandynawskie – jak Dania czy Szwecja – cechują wysokie publiczne nakłady i szeroki poziom wsparcia, także dla opieki sprawowanej nieformalnie (choć wymiar pieniężny wsparcia nie jest wysoki, co może sugerować dużą rolę świadczeń o charakterze usługowym). Od tego obrazu nieznacznie odbiega system opieki długoterminowej w Finlandii.

Przed przejściem do systemu wsparcia rodziny z osobą niesamodzielną warto przyjrzeć się nieco dokładniej wspomnianym systemom w krajach nordyckich. We wszystkich z nich, także w Finlandii,

Tabela 1

Podział wybranych państw europejskich ze względu na organizację i finansowanie opieki długoterminowej

| Grupa wg typologii M. Kraus et. al | Państwa | Cechy systemu |
|------------------------------------|--|--|
| Grupa pierwsza | Belgia, Czechy, Niemcy, Słowacja | — niskie nakłady publiczne, — niski poziom wydatków prywatnych, — duży udział opieki nieformalnej, — duże wsparcie dla opieki nieformalnej, — skromne świadczenia pieniężne |
| Grupa druga | Dania, Holandia, Szwecja | — wysokie nakłady publiczne, — niski poziom wydatków prywatnych, — niewielki udział opieki nieformalnej, — duże wsparcie dla opiekunów nieformalnych, — ograniczone wsparcie pieniężne |
| Grupa trzecia | Austria, Finlandia, Anglia, Francja, Hiszpania | — umiarkowane nakłady publiczne, — wysoki poziom wydatków prywatnych, — duży udział opieki nieformalnej, — duże wsparcie dla opieki nieformalnej, — wysokie świadczenia pieniężne |
| Grupa czwarta | Węgry, Włochy | — niskie nakłady, — wysoki poziom wydatków prywatnych, — duży udział opieki nieformalnej, — niewielkie wsparcie opiekunów nieformalnych, — ograniczone wsparcie pieniężne |

Źródło: M. Kraus, T. Czypionka, M. Riedel, E. Mot, P. Willemé, How European Nations Care for Their Elderly. A new typology of long-term care systems, „ENERPI Policy Brief” 2011, No. 7, s. 3.

wydatki publiczne na ten cel znacznie przewyższają przeciętny poziom w krajach rozwiniętych. W 2010 roku w Finlandii wydawano na ten cel 2,1 proc. PKB, w Szwecji – 3,6 proc., w Norwegii – 2,36 proc., a w Danii – 2,38 proc. Tymczasem w OECD wydawano na ten cel średnio 1,6 proc. PKB. Ponadto w wielu z pozostałych krajów rozwiniętych struktura wydatków była w większym stopniu niż w Skandynawii przesunięta w kierunku nakładów prywatnych. We wszystkich krajach tego obszaru zdecydowana większość nakładów na opiekę pochodziła ze środków publicznych, a dostęp do usług jest powszechny, ich zakres i charakter ustala się zaś na podstawie diagnozy potrzeb.

Tym, co różni poszczególne systemy krajowe, jest np. struktura opieki w podziale na formy środowiskowe i instytucjonalne. Na przykład w Danii w porównaniu z Norwegią i ze Szwecją więcej osób starszych korzysta z domowych usług opiekuńczych, w Norwegii zaś seniorzy przebywają w instytucjonalnych placówkach opiekuńczych istotnie częściej niż w Szwecji i Danii. W Szwecji mniej osób otrzymuje domowe usłu-

gi opiekuńcze, mają one jednak szerszy zakres przedmiotowy niż w krajach sąsiednich⁵.

Wsparcie opiekunów nieformalnych w krajach skandynawskich

Zgodnie z raportem OECD możemy wyróżnić trzy grupy instrumentów wsparcia osoby niesamodzielnej i jej opiekunów⁶:

- **pieniężne** – mogą one być kierowane do podopiecznego (i pośrednio do opiekuna) oraz bezpośrednio do opiekuna, a także przybierać formę wynagrodzenia za usługę zakontraktowaną przez gminę,
- **usługowe** – obejmujące np. szkolenia, doradztwo, terapię, ale także np. opiekę wytchnieniową⁷ czy zorganizowane wsparcie ze strony wolontariuszy lub asystentów zatrudnianych przez gminę,
- **związane z godzeniem pracy z opieką** – może to oznaczać na przykład płatne urlopy z tytułu opieki długoterminowej czy regulacje na rzecz elastycznego wykonywania pracy przez pracownika, który ma pod opieką niesamodzielną osobę bliską.

⁵ N. Jakobsson, A. Kotsadam, M. Szebehely, *Informal eldercare and care for disabled children in the Nordic countries. Prevalence and relation to employment*, „Nordic Journal of Social Research” 2013, Vol. 4.

⁶ F. Colombo et al., *Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing 2011.

⁷ Krótkoterminowa opieka zastępcza na czas nieobecności opiekuna.

Tabela 2

Wsparcie materialne i ułatwiające godzenie opieki z pracą dla opiekunów zajmujących się bliską osobą niesamodzielną w poszczególnych państwach nordyckich

| | Urlop płatny | Urlop bezpłatny | Zasiłek dla opiekuna | Zasiłek dla podopiecznego | Uelastycznienie warunków pracy |
|-----------|--------------|-----------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Szwecja | tak | nie | tak | tak | nie |
| Dania | tak | nie | tak | nie | nie* |
| Norwegia | tak | nie | tak | tak | tak |
| Finlandia | tak | nie | tak | nie | tak |

* Brakuje ogólnonarodowych regulacji, ale jest możliwe w ramach porozumień zbiorowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie F. Colombo et al., *Help wanted?...*, s. 139.

Z tabeli 2 wynika, że wszystkie kraje nordyckie gwarantują pracownikom możliwość korzystania z płatnych urlopów z tytułu sprawowania opieki nad niesamodzielnymi bliskimi. Żaden natomiast nie gwarantuje bezpłatnych urlopów z tego tytułu. Kraje te różnią się jednak okolicznościami, w których można skorzystać z urlopu, oraz czasem trwania i wysokością świadczenia pobieranego podczas urlopu. Przykładowo w Danii i Szwecji pracownik ma ustawowo zagwarantowane prawo do urlopu w celu opieki nad osobą bliską, ale tylko w terminalnej fazie choroby. W Finlandii z kolei muszą zostać spełnione takie warunki, jak przynajmniej 12-miesięczny okres pracy przed wystąpieniem o urlop i przynajmniej 10 lat doświadczenia zawodowego⁸.

Regulacje pozwalające opiekunom na pracę zawodową w bardziej elastycznym wymiarze są wprowadzone na poziomie krajowym jedynie w Norwegii i Finlandii, podczas gdy w Danii nie funkcjonują co prawda ustawowe regulacje ogólnopaństwowe, ale takie rozwiązanie bywa stosowane jako wynik porozumień zbiorowych.

Wszystkie kraje skandynawskie stosują u siebie świadczenia pieniężne dla osoby sprawującej opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi, ale jedynie Szwecja i Norwegia przyznają także zasiłek dla podopiecznego.

Kraje skandynawskie dostarczają opiekunom także wsparcia niematerialnego, co pokazuje tabela 3.

Raport OECD, z którego pochodzą powyższe dane, nie omawia szczegółowo zasad, na jakich przyznawane jest powyższe wsparcie o charakterze usługowym. Bazując na powyższych informacjach, można zauważyć, że szczególnie kompleksowe wsparcie zapewnia opiekunom swoich niesamodzielnymi obywateli Szwecja, gdzie stosowana jest zarówno opieka wytchnieniowa, jak i poradnictwo oraz szkolenia dla opiekunów. Po szczególne instrumenty zostały omówione w dalszej części artykułu.

System opieki długoterminowej nad seniorami w Szwecji

Szwecja wydaje 3,6 proc. PKB na opiekę długoterminową, co oznacza drugie miejsce wśród krajów rozwiniętych, i jednocześnie ma największą liczbę pracowników opieki na 1000 mieszkańców powyżej 65 roku życia. Około 5 proc. osób w podeszłym wieku otrzymuje długoterminową opiekę instytucjonalną, a nieco ponad 10 proc. korzysta z takiej pomocy w domu.

Zgodnie z prognozami OECD wydatki na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej mogą się do 2050 roku podwoić w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Szacuje się, że około 10 proc. mieszkańców będzie mieć ponad 80 lat, podczas gdy w 2011 roku ów wskaźnik wyniósł 5,5 proc.

Tabela 3

Wsparcie niematerialne dla opiekunów zajmujących się bliską osobą niesamodzielną w poszczególnych państwach nordyckich

| | Opieka wytchnieniowa | Poradnictwo | Szkolenia |
|-----------|----------------------|-------------|-------------|
| Szwecja | tak | tak | tak |
| Dania | tak | brak danych | tak |
| Finlandia | brak danych | tak | brak danych |
| Norwegia | nie | nie | nie |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie F. Colombo et al., *Help wanted?...*, s. 139.

⁸ F. Colombo et al., *Help wanted?...*, s. 144.

Liczba łóżek opieki długoterminowej w szwedzkich instytucjach – 82 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w wieku powyżej 65 lat – jest wciąż najwyższa w OECD, a udział osób pozostających w instytucjach przekracza przeciętny poziom w krajach rozwiniętych.

Dotychczas, mimo powszechnego dostępu do tego rodzaju opieki, przeprowadzono w tym państwie bardzo niewiele działań mających na celu pomiar wyników i jakości, co dziwi w związku z dużym zaangażowaniem środków i zasobów.

W ostatnim czasie Szwecja próbuje za pomocą zachęt finansowych skłonić lokalne władze, by sprzyjały rozwiązaniom podnoszącym standard opieki. Roczne granty przekazywane z budżetu centralnego do gmin są powiązane z osiągnięciem specyficznych celów, takich jak ograniczenie dającej się uniknąć hospitalizacji osób starszych czy innych założeń opartych na wskaźnikach z rejestrów klinicznych. Samorządy, które podnoszą poziom kompetencji pracowników opieki długoterminowej, również otrzymują finansową gratyfikację.

Hospitalizacja wśród osób starszych jest często możliwa do uniknięcia dzięki lepszej koordynacji opieki. Szwecja powinna rozważyć lepszą standaryzację diagnozowania potrzeb i procesu opieki, by ograniczyć zróżnicowanie w jakości opieki pomiędzy lokalnymi samorządami.

Istnieje strona internetowa, prowadzona przez Narodową Radę Zdrowia i Dobrobytu, która dostarcza osobom starszym i ich rodzinom informacji na temat jakości opieki we wszystkich gminach i na poziomie indywidualnych dostawców usług.

Szwecja ma wysokie (jedne z najwyższych na świecie) nakłady publiczne na finansowanie opieki nad osobami starszymi. Całość systemu opieki opiera się na sektorze publicznym (prywatne wydatki stanowią 5–6 proc. funduszy wydawanych na ten cel). Świadczenia są finansowane z podatków (w ogromnej mierze lokalnych) i przydzielane niezależnie od wcześniejszej i aktualnej kariery zawodowej, czy od poziomu dochodów (mają zatem w dużej mierze charakter zaopatrzeniowy).

System opieki jest tu mocno zdecentralizowany, choć jednocześnie władza publiczna na każdym szczeblu odgrywa określoną rolę. Kompetencje te na mocy ustawy z 1992 roku precyzyjnie rozdzielono między władze narodowe, regionalne i lokalne. Na poziomie centralnym tworzy się ogólne ramy, wyznacza cele, a także przyznaje się niekiedy odpowiednie granty celowe. Władze regionalne odpowiadają za zapewnienie opieki medycznej, natomiast przydzielaniem, finansowaniem i regulowaniem świadczeń socjalno-opiekuńczych zajmują się gminy.

Dostęp do świadczeń opiekuńczych zapewniających przez gminę jest zależny nie od dochodu (*me-*

ans-tested), lecz od rozpoznania potrzeb (*needs-tested*). Już ten mechanizm odzwierciedla bardziej generalne założenia skandynawskiego ładu społecznego, którego wyznaczniki wypunktowano na początku artykułu. Diagnozy potrzeb dokonuje menedżer opieki zatrudniony przez gminę, do której potrzebujący opieki obywatel zgłasza się o wsparcie. Na podstawie owej diagnozy wyznaczany jest zakres i rodzaj pomocy, a także ewentualna partycypacja podopiecznego w kosztach opieki (choć w skali kraju jej udział jest marginalny). Istnieje możliwość odwołania się od niekorzystnej decyzji. W praktyce prawo to nie jest często wykorzystywane, jednak jego istnienie uznawane jest za kolejny wyraz troski o podmiotowość świadczeniobiorcy opieki publicznej.

Roszczeniowy charakter wsparcia, finansowanie go w ogromnej mierze z podatków i przyznawanie na podstawie diagnozy potrzeb, a nie wcześniejszej czy aktualnej sytuacji rynkowej jednostki wskazują na silnie zaopatrzeniowy rys zabezpieczenia społecznego osób niesamodzielnych i starszych w Szwecji. Uzupełnieniem – wykraczającym poza czynności *stricte* opiekuńcze, ale stanowiącym element polityki przeciwdziałania niesamodzielności – tej polityki jest oferowana w wielu gminach możliwość skorzystania przez seniorów z dodatkowych usług typu *fixar* (np. wieszanie firanek, wkręcanie żarówek itp.) nawet bez diagnozy potrzeb, nie mówiąc o kryterium dochodowym⁹. Choć podstawą wsparcia nie jest w tym wypadku niesamodzielność, a starszy wiek, tego typu pomoc można uznać za ważny (prewencyjny) element polityki wobec niesamodzielności. Powszechność dostępu do niej po raz kolejny potwierdza tezę o trwałości podejścia uniwersalnego/zaopatrzeniowego do zabezpieczenia społecznego w szwedzkiej polityce opiekuńczej.

Rodzina w szwedzkim systemie opieki nad seniorami

Dłuższe wprowadzenie do polityki wsparcia opiekunów nieformalnych wydawało się konieczne, by osadzić tytułową kwestię w szerszym kontekście instytucjonalnym, który nie pozostaje bez wpływu ani na kształt struktury wsparcia opiekunów, ani na wzorce korzystania z niej. Na znaczenie rodziny w opiece długoterminowej i potrzebę jej wzmożonego wsparcia zwrócono uwagę dopiero w połowie lat 90. XX wieku. Zainteresowanie to utrzymuje się do dziś, a towarzyszy temu rozwój ustawodawstwa w kierunku zwiększania uprawnień opiekunów do wsparcia i coraz silniejszych finansowych bodźców dla samorządów (które są odpowiedzialne za lokalne systemy opieki nad osobami starszymi) ze strony władzy centralnej.

⁹ Por. R. Bakalarczyk, *Szwedzkie inspiracje senioralne*, „Fundacja Zaczyn” [online], [dostęp: 15.01.2014]. Dostępny w internecie: <http://zaczyn.org/szwedzkie-inspiracje-senioralne-tekst-rafala-bakalarczyka/>.

Przez dekady rola rodziny nie była brana pod uwagę jako istotny czynnik w analizach polityki opieki nad osobami starszymi w Szwecji, prawdopodobnie ze względu na fakt, że zgodnie z założeniami szwedzkiego modelu dobrobytu, główną odpowiedzialność za jego dostarczanie jednostkom miało przejmować państwo. Stopniowo władze publiczne coraz silniej włączały się w zapewnianie opieki nad dziećmi, niepełnosprawnymi i starszymi. W efekcie nie ma prawnego obowiązku opieki nad rodzicami nakładanego na dorosłe dzieci (w odróżnieniu do polskiego prawa, w którym stanowi o tym obowiązek alimentacyjny zapisany w kodeksie opiekuńczym).

W połowie lat 90. XX wieku instytucja rodziny została w tym kontekście odkryta na nowo. Sprzyjał temu kryzys gospodarczy, który nastąpił na początku tamtej dekady, i wiążąca się z tym potrzeba racjonalizacji rozległych wydatków publicznych, również tych związanych z instytucjami dobrobytu. Szukanie sposobu na zwiększenie efektywności wydatków zachodziło równocześnie ze wzrostem potrzeb opiekuńczych społeczeństwa z uwagi na postępujące zmiany demograficzne. Trudnościom finansowym towarzyszyły też przewartościowania natury doktrynalnej, zmierzające do przekształcenia wizji systemu dobrobytu w kierunku bardziej wielosektorowego spojrzenia, w którym zabezpieczenie społeczne potrzeb obywateli nadal leży przede wszystkim w gestii państwa, może jednak być sprawowane w większym stopniu przez podmioty niepubliczne – prywatne, społeczne i nieformalne.

Innym powodem dowartościowania roli rodziny – tym razem niezwiązanym z legitymizacją szwedzkiego modelu dobrobytu, a z bardziej ogólnymi trendami w naukach o starzeniu się – była zyskująca popularność idea dezinstytucjonalizacji opieki i możliwości pozostawania jak najdłużej we własnym otoczeniu także w fazie starości. Jednym z czynników ułatwiających pozostawanie osób starszych, także tych niesamodzielnych, we własnych domach jest angażowanie w ich wsparcie najbliższych.

Jak można przeczytać w raporcie Eurofamcare, system wsparcia pozostających w swoim środowisku seniorów i ich rodzin składa się z trzech nachodzących na siebie warstw, na które składają się¹⁰:

- świadczenia i usługi kierowane bezpośrednio do osoby niesamodzielnej (pośrednio i one stanowią wsparcie dla opiekuna),
- świadczenia przeznaczone bezpośrednio dla opiekuna osoby niesamodzielnej,
- usługi świadczone przez rosnącą grupę wolontariuszy.

Ten układ pokazuje, że aktywność sektora publicznego przecina się z sektorami społecznym i nieformalnym, a ten ostatni obejmuje nie tylko najbliższych krewnych. Ów proces przenikania się instytucji z róż-

nych sektorów potwierdza także fakt, że od połowy lat 90. XX wieku można zauważyć publiczne wysiłki na rzecz zorganizowania na poziomie lokalnym warunków do efektywnego sprawowania opieki ze strony podmiotów nieformalnych. Widać więc, że poszczególne sektory nie tylko współwystępują w obszarze opieki nad osobami niesamodzielnymi, lecz także tworzą razem kompleksową całość.

Pierwsza rządowa inicjatywa wsparcia opiekunów nieformalnych miała miejsce w 1997 roku, kiedy to przeznaczono na ten cel 300 mln koron szwedzkich. Od tego czasu na wspieranie tych osób przeznaczane są w ramach kolejnych programów środki z budżetu centralnego.

Za punkt zwrotny owego trendu można uznać rok 1998, kiedy to do ustawy o świadczeniach społecznych wprowadzono zapis mówiący o tym, że gminy powinny wspierać rodziny opiekujące się krewnymi-seniorami w ich własnych domach. Działania te miały służyć prewencji wypalenia się opiekunów i podnosić jakość ich życia.

W trzyletnim „Planie działania 1999–2001” władzom lokalnym przekazano środki na rozwój infrastruktury wspierania opiekunów rodzinnych. Tym samym samorządy były stymulowane do rozwoju takich form wsparcia, jak centra oferujące m.in. szkolenia, poradnictwo, grupy wsparcia, opiekę wytchnieniową.

W 2008 roku utworzono Narodowe Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych (NKA), którego celem jest koordynacja badań nad systemami wsparcia opiekunów nieformalnych i ich rozwoju oraz popularyzowanie świadomości tego zagadnienia wśród różnych podmiotów, zwłaszcza wśród przedstawicieli administracji publicznej na różnych szczeblach.

Od 2009 roku szwedzkie gminy są zobowiązane do udzielania wsparcia wszystkim opiekunom nieformalnym osób niesamodzielnych.

Instrumenty wsparcia opiekunów nieformalnych w Szwecji

Warto przyjrzeć się, jak owo wsparcie wygląda i przy pomocy jakich instrumentów jest realizowane.

System opieki nad seniorami jest w Szwecji i w całej Skandynawii silnie zdecentralizowany, co oznacza, że na poziomie krajowym są tworzone normy prawne o charakterze ogólnym (jak wspomniane zobligowanie gmin do wsparcia wszystkich opiekunów nieformalnych), natomiast konkretne formy organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi są tworzone na gruncie decyzji władz lokalnych. Jednocześnie postępuje proces gromadzenia wiedzy o lokalnych programach, ich ewaluacji i porównywania efektów. Warto pamiętać, że państwo nie tylko wyznacza ramy, lecz także generuje bodźce finansowe, dzie-

¹⁰ L. Johansson, *National Background Report for Sweden*, Eurofamcare, 2004, s. 7.

ki czemu upowszechniają się różne formy wsparcia, a gminy zaczęły realizować zadania wspierające zanim powstała ustawa nakładająca na nie ten obowiązek. Ilustruje to tabela 4 pokazująca odsetek gmin stosujących u siebie dany instrument wsparcia.

Ponadto opiekunom nieformalnym w Szwecji przysługuje także wsparcie finansowe, które może przybrać postać wynagrodzenia. W 2007 roku liczba osób, które otrzymywały z tego tytułu zasiłek lub wynagrodzenie wynosiła około 7000 osób¹¹, co może

Tabela 4

Odsetek szwedzkich gmin wykorzystujących poszczególne formy wsparcia opiekunów nieformalnych (w proc.)

| | 2005 | 2008 |
|--|-------------|------|
| Opieka wytchnieniowa w domu krótkiego pobytu | 100 | 99 |
| Opieka wytchnieniowa w centrum dziennym | 92 | 93 |
| Opieka wytchnieniowa w domu | 94 | 98 |
| Doradztwo | 81 | 90 |
| Grupy wsparcia dla nieformalnych opiekunów | 76 | 90 |
| Szkolenia dla nieformalnych opiekunów | 33 | 78 |
| Centra opiekunów nieformalnych | 40 | 65 |
| Centra wolontariatu | brak danych | 37 |
| Aktywności na rzecz dobrego samopoczucia opiekunów | 18 | 57 |
| Inne formy wsparcia | 34 | 46 |

Źródło: G. Ljunggren, T. Emilsson, *The Role of Informal Care in Long Term Care, Sweden National Report, Stockholm 2009*, s. 12.

Tabela 4 wskazuje, że katalog form wsparcia jest szeroki i wiele z nich stosuje się dość powszechnie. Szczególnie popularna, zapewniana niemal we wszystkich gminach, jest opieka wytchnieniowa, realizowana w domach krótkiego pobytu, domach dziennych lub w domu podopiecznego. Często stosowane są też doradztwo, szkolenia i grupy wsparcia dla opiekunów. Nieco rzadziej wykorzystywane są centra dla opiekunów nieformalnych czy centra wolontariatu. W latach 2005–2008 wzrósł udział gmin, które organizują aktywności na rzecz dobrego samopoczucia opiekunów. Tabela pokazuje również, że wyszczególnione formy wsparcia nie wyczerpują całego spektrum form pomocy, która jest oferowana opiekunom osób starszych, na co wskazuje rubryka „inne formy wsparcia”. Wydaje się, że wszystkie z przytoczonych rozwiązań można i warto byłoby rozważyć także w kontekście polskiej polityki wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych, zarówno na poziomie lokalnym, jak i systemowym. Być może zacząłby się realizować program reform mogłoby stać się utworzenie – wzorem Szwecji – funduszu, przy pomocy którego motywowano by gminy finansowo do wprowadzania tego typu rozwiązań, a z czasem można by nadać im trwalszą formułę prawną.

nie wydaje się wysoką liczbą, ale wynika ona m.in. z faktu, że duża część opiekunów jest już w wieku poprodukcyjnym i pobiera świadczenia emerytalne, wobec czego nie pozostaje bez dochodu. W przypadku zaś opiekunów młodszych generacji sprawowana opieka jest często mało intensywna i prowadzona w niewielkim zakresie (choćby dlatego, że dużą część odpowiedzialności biorą na siebie służby publiczne), wobec czego wpływ opieki na możliwość uzyskiwania dochodu przez jednostkę jest wówczas niewielki. Tam, gdzie opieka jest pełniona w większym zakresie i nieraz prowadzi do konieczności intensywnego i długotrwałego oddania się jej, stosowane jest wsparcie materialne, które nieraz oznacza zatrudnienie opiekuna i wynagradzanie według stawek przewidzianych dla pracowników opieki formalnej. Choć liczba osób korzystających z tego rozwiązania pozostaje relatywnie niewielka, udział osób zaangażowanych w czynności opiekuńcze nad seniorami o ograniczonej samodzielności w Szwecji nie odbiega istotnie od standardów w innych krajach. Należy jednak pamiętać, że opieka ta bywa tu mniej intensywna, co ma też pozytywny wpływ na zmniejszenie ryzyk społecznych (np. zdrowotnego, zawodowego czy związanego z ubóstwem) dotyczących opiekuna.

¹¹ G. Ljunggren, T. Emilsson, *The Role of Informal Care in Long Term Care, Sweden National Report, Stockholm 2009*, s. 8.

Powrót do rodziny – koniec szwedzkiego modelu opieki?

Dynamiczny rozwój wspierania opieki nieformalnej nad niedoświadczonymi osobami starszymi i wzrost znaczenia rodziny, które daje się zauważyć w ostatnich dekadach, skłania niektórych badaczy ku tezie, że współcześnie w Szwecji kształtuje się nowy model systemu opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi, zawierający elementy obce tradycyjnemu nordyckiemu modelowi państwa dobrobytu, który został opisany w pierwszej części niniejszego artykułu. Autor skłania się jednak ku stanowisku, iż mamy do czynienia raczej z twórczym rozwojem modelu opieki, zachowującym jego najważniejsze wyróżniki, a pod pewnymi względami wręcz je pogłębiającym. Na rzecz tej tezy można wystosować następujące argumenty¹²:

- 1) poszerza się podmiotowy zakres zabezpieczenia społecznego tego ryzyka (o osobę opiekuna),
- 2) poszerza się także zakres przedmiotowy zabezpieczenia społecznego (chronione jest już nie tylko ryzyko niesamodzielnności, lecz także ryzyko ograniczenia potencjału zawodowego, zdrowotnego i społecznego na skutek sprawowania długoterminowej opieki),
- 3) nawet jeśli w centrum zainteresowania stawia się adresata opieki, a nie osobę ją sprawującą, zakres zabezpieczenia jego potrzeb i realizacji praw w ramach obywatelstwa socjalnego rośnie, gdyż

sprzyjają temu refamilizacja i dezinstytucjonalizacja opieki,

- 4) zwiększenie zaangażowania i wsparcia rodziny nie wiąże się ze zrzeczeniem się odpowiedzialności ze strony państwa; odpowiedzialność za finansowanie opieki nie jest prywatyzowana i przerzucana na osoby niesamodzielne i ich rodziny, lecz zmienia się przede wszystkim struktura podmiotów świadczących opiekę; starsza, niesamodzielna osoba nadal zachowuje uprawnienia do otrzymania wsparcia ze strony lokalnych służb publicznych.

Kluczowe cechy nordyckiego systemu zabezpieczenia, takie jak: wysokie budżetowe finansowanie, dominujący udział państwa w zabezpieczaniu opieki, uniwersalne, uzależnione od indywidualnych potrzeb uprawnienia do wsparcia, nadal pozostają niezakwestionowane.

Szwedzkie inspiracje dla reform w Polsce

Innym ważnym pytaniem o bardziej praktycznym charakterze jest to, na ile doświadczenia szwedzkie w zakresie opieki długoterminowej, w tym w kwestii włączenia i wsparcia instytucji rodziny, mogą stanowić inspirację dla reform systemu opieki nad niesamodzielnymi seniorami w Polsce.

Odpowiedź na to pytanie warto poprzedzić zestawieniem kluczowych cech obydwu systemów oraz ich uwarunkowań, które ilustruje tabela 5.

Tabela 5

Porównanie systemów opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi w Polsce i w Szwecji

| | Polska | Szwecja |
|---|--|---|
| Uwarunkowania | — postępujące starzenie się społeczeństwa, — bardzo niski wskaźnik dzietności, — ujemne saldo migracji | — postępujące starzenie się społeczeństwa, — relatywnie korzystny wskaźnik dzietności, — dodatnie saldo migracji |
| Uwarunkowania zdrowotne | — niska przewidywana długość życia w zdrowiu, — zły stan zdrowia populacji, w tym osób starszych, — mało stabilne warunki życia, — słabo upowszechniona profilaktyka zdrowotna, — słaby dostęp do opieki geriatrycznej | — wysoka przewidywana długość życia w zdrowiu, — stosunkowo dobra kondycja zdrowotna społeczeństwa, — stosunkowo stabilne warunki życia, — częściej podejmowana profilaktyka (przy wsparciu służb publicznych, zwłaszcza medycznych), — duża liczba geriatrów |
| Nakłady na opiekę długoterminową | niskie | wysokie |
| Udział państwa w opiece długoterminowej | niewielki | bardzo wysoki |
| Udział rynku | oficjalny rynek słabo rozwinięty, ale rozległa szara strefa | niski udział |

¹² R. Bakalarczyk, *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym...*, op. cit., s. 116.

cd. tabeli 5

| | Polska | Szwecja |
|---|--|---|
| Udział rodziny w opiece długoterminowej | bardzo wysoki | relatywnie niski, choć rosnący za sprawą określonej polityki publicznej |
| Publiczne wsparcie dla rodziny sprawującej opiekę | niewielkie | wysokie |
| Koszty prywatne | — wysokie, nieraz zaporowe, w sektorze prywatnym, — zróżnicowane, jeśli chodzi o opiekę w sektorze publicznym, w zależności od sektora i instytucji opieki (ale ogólnie duży udział współpłatności) | niskie (łącznie około 5–6 proc.) |
| Kryteria dostępu | — restrykcyjność różni się w zależności od instytucji, — sytuacja materialna brana pod uwagę | — mało restrykcyjne, — niezależne od testu dochodów |

Źródło: Opracowanie własne, por. R. Bakalarczyk, System opieki nad seniorami w Szwecji – lekcje dla Polski, „Analizy Norden Centrum” 2012, nr 6 (11), s. 11.

Z zestawienia zawartego w tabeli 5 wynika, że polski i szwedzki system zabezpieczenia społecznego osób niesamodzielnych różnią się zasadniczo nie tylko w kwestii instytucji opieki długoterminowej, lecz także różnych innych czynników (ekonomicznych, demograficznych, zdrowotnych) składających się na odmienny kontekst, w jakim zachodzi reformowanie obydwu systemów krajowych. W istocie te różnice sięgają jeszcze dalej, obejmując także tradycyjne wzorce kulturowe (takie jak stosunek do państwa czy model rodziny) oraz związane z szerszym funkcjonowaniem polityki publicznej w ujęciu historycznym. Tym niemniej wydaje się, że możliwe jest branie przykładu ze Szwecji, zwłaszcza jeśli chodzi o publiczny system wsparcia rodziny z osobą niesamodzielną, także w Polsce, gdzie rola opiekuńcza przypisywana rodzinie jest znaczna, a potrzeba jej wsparcia – wysoka. Rodzimy system zabezpieczenia społecznego jest bowiem pod tym względem znacznie słabiej rozwinięty.

Spośród stosowanych w Szwecji instrumentów, których brakuje w Polsce, można wskazać choćby te o charakterze usługowym, wspomagające opiekuna w codziennym funkcjonowaniu, a także w sytuacjach, w których musi tymczasowo oddalić się od swojego podopiecznego. Do tego typu pomocy można zaliczyć opiekę wytchnieniową i centra wsparcia dla opiekunów. Warto pamiętać, że w Szwecji wsparcie dla opiekunów jest aspektem znacznie bardziej przyjaznego otoczenia instytucjonalnego, za sprawą którego członkowie rodziny nie stoją przed tak silną koniecznością sprawowania opieki intensywnie. Jest ona uzupełniana o domowe usługi formalne zapewniane przez gminy, a w razie braku możliwości czy skłonności do oddania się opiece nad osobą starszą ze strony najbliższych jest

gwarancja, że zadanie to będzie realizować na godziwym poziomie lokalna władza publiczna. W tym sensie można mówić o kategorii tzw. defamilizacji systemu opieki długoterminowej, która z jednej strony oznacza uniezależnienie sytuacji jednostki od jej sytuacji rodzinnej w kontekście zaspokajania potrzeb i ochrony wobec ryzyk socjalnych, a z drugiej strony odciążenie rodziny (bezpośrednie i finansowe) w ponoszonym przez nią ciężarze opieki.

Podsumowanie

Skandynawski system wsparcia osób niesamodzielnych charakteryzuje się, zgodnie z bardziej ogólnymi cechami tamtejszego modelu polityki społecznej, wysokim zaangażowaniem władzy publicznej w chronienie obywateli z tytułu niesamodzielności i zaspokajanie ich potrzeb opiekuńczych przy wiodącym udziale służb publicznych, ze strony których wsparcie ma charakter uniwersalny, kierowany do seniorów zgodnie z ich potrzebami w zakresie opieki.

Kraje skandynawskie mimo różnic szczegółowych zachowują pod tym względem wysoki poziom zbieżności, wobec czego możemy mówić o wspólnym modelu opieki długoterminowej w obszarze skandynawskim, aczkolwiek Finlandia częściowo wyłamuje się z tego obrazu zarówno jeśli chodzi o nieco niższe publiczne nakłady na ten cel, jak i układ instytucjonalny. Szczególnie rozwinięty w zakresie hojności, dostępności i kompleksowości wsparcia system można zaobserwować w Szwecji, której przypadek został szerzej omówiony w niniejszym artykule.

Godnym odnotowania i przemyślenia zjawiskiem jest relatywnie w tamtym społeczeństwie świeża,

licząca niespełna dwie dekady tendencja do większego zauważania roli rodziny w polityce opiekuńczej i poszerzania wsparcia opieki nieformalnej, co ułatwia ewolucję systemu opieki długoterminowej wobec osób starszych i niesamodzielnych w kierunku starzenia się we własnym, dotychczasowym środowisku życia przy jednoczesnej mniejszej potrzebie instytucjonalizacji.

Proces wzmożonego wspierania rodziny w zakresie opieki jest stymulowany odgórnie ze strony państwa zarówno poprzez ramowe regulacje, jak i odpowiednie finansowe bodźce. Jego realizacją zajmują się jednak władze samorządowe, w których gestii nadal pozostaje główna odpowiedzialność za organizowanie i zapewnienie opieki nad osobami starszymi i które zachowują w tym względzie sporą autonomię. Większość samorządów idzie w sukurs dążeniom do rozwijania systemu wsparcia rodzin osób niesamodzielnymi.

W Skandynawii, wbrew obiegowemu przekonaniu, udział opieki nieformalnej również jest znaczący, aczkolwiek opieka ze strony bliskich jest z reguły mniej intensywna jeśli chodzi o czas przeznaczony na ten cel, co jest możliwe dzięki rozbudowanej lokalnie, społeczno-publicznej sieci zewnętrznego wsparcia w sprawowaniu opieki. Dzięki temu ogranicza się skutki uboczne zagrożające opiekunom, jak np. całkowite lub długotrwałe oddalenie od rynku pracy czy wypalenie zdrowotne i psychiczne, a także jego izolacja społeczna.

Szwedzki system oferuje także bezpośrednie formy wsparcia, do których można zaliczyć opiekę wyczerpującą (zastępczą), gdy opiekun jest czasowo nieobecny, organizowanie w społecznościach lokalnych wspomagających usług o charakterze wolontariatu, sieci samopomocy i centrów wsparcia, gdzie opiekunowie nieformalni mogą zarówno wspierać się wzajemnie i wymieniać informacjami, jak i korzystać z porad specjalistów. System wsparcia opieki nieformalnej obejmuje także świadczenia o charakterze pieniężnym, nie tylko te przekazane podopiecznemu, lecz także kierowane bezpośrednio do opiekuna, przybierające wówczas formę wynagrodzenia za pracę opiekuńczą.

Wydaje się, że szwedzki system opieki nad osobami niesamodzielnymi może być atrakcyjną inspiracją dla reform w Polsce, aczkolwiek odmienne uwarunkowania finansowe, kulturowe i instytucjonalne uniemożliwiają pełne i szybkie odwzorowanie tamtejszych rozwiązań. Elementem tamtejszego systemu, który mógłby i powinien przyjąć się w polskim społeczeństwie z uwagi na silną familizację opieki nad seniorami, jest m.in. system wsparcia opiekunów nieformalnych, zawierający instrumenty finansowe i usługowe, uzupełnione o możliwość wsparcia zewnętrznego w postaci formalnych usług świadczonych w miejscu zamieszkania podopiecznego ze strony profesjonalnych pracowników opieki i wolontariuszy. ■

Janina Petelczyc

Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski

Pracownicze programy emerytalne w Unii Europejskiej

W ostatnich latach można zauważyć rosnącą rolę dodatkowych programów emerytalnych – w tym pracowniczych, zwanych również zakładowymi lub zawodowymi – w Unii Europejskiej. Współczesne systemy emerytalne podlegają wielu przekształceniom, które są następstwem zachodzących zmian demograficznych, społecznych i ekonomicznych. Unia podkreśla konieczność przeprowadzania reform, a przede wszystkim wzmocnienia roli dodatkowych warstw zabezpieczenia emerytalnego.

Pracownicze programy emerytalne w poszczególnych krajach Unii Europejskiej

Pracownicze programy emerytalne (PPE), stanowiące obok indywidualnych kont emerytalnych (IKE) oraz indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) element III filaru systemu emerytalnego, wciąż są w Polsce mało popularne, chociaż wartość ich aktywów stopniowo wzrasta.

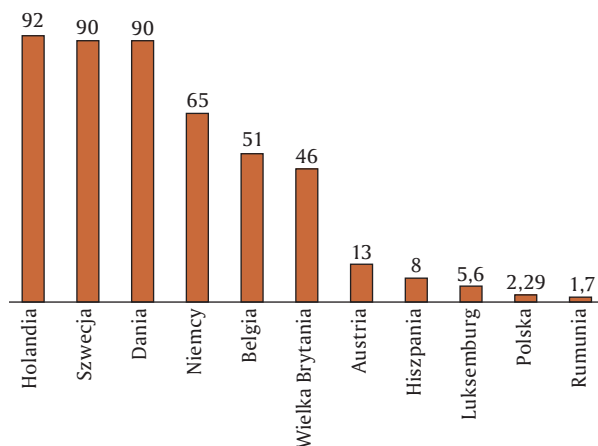
Z raportu Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, sprawującej nadzór nad PPE w Polsce, wynika, że 31 grudnia 2012 roku funkcjonowały 1094 programy, a ubezpieczonych w nich było 358,1 tys. osób, co stanowi około 2,29 proc. ogółu pracujących. Jednocześnie wartość zgromadzonych aktywów była wysoka i wynosiła 8,3 mld zł, a więc wzrosła w stosunku do poprzedzającego roku aż o 27 proc.¹

Programy takie istnieją poza Polską w 18 krajach Unii Europejskiej. W piętnastu przypadkach stanowią drugi filar zabezpieczenia emerytalnego, wpisując się w klasyczny podział trójfilary. Koncepcja ta, znajdująca się w dokumentach Międzynarodowej Organizacji Pracy, Unii Europejskiej czy Banku Światowego², ma swoje odzwierciedlenie w systemach Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoch. W Bułgarii zawodowe programy emerytalne można odnaleźć zarówno

w II, jak i w III filarze, a wyłącznie w ramach III filaru funkcjonują one w Polsce, Rumunii i na Cyprze. Odsetek pracowników objętych pracowniczymi programami emerytalnymi w poszczególnych krajach jest różny, zależy on m.in. od roli pierwszego filaru, stopy zastąpienia oraz formy przynależności do pozostałych warstw zabezpieczenia emerytalnego (obowiązkowe, dobrowolne).

Wykres 1

Odsetek pracowników objętych zawodowymi programami emerytalnymi w wybranych państwach UE w 2012 roku (w proc.)



Źródło: Opracowanie własne.

¹ Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Pracownicze programy emerytalne w 2012 roku*, Warszawa 2013, s. 3.

² Por. np. World Bank, *Averting the Old Age Crisis. A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press.

Wpływ UE na dalszy rozwój pracowniczych programów emerytalnych

Wobec pojawiających się wyzwań demograficznych i ekonomicznych Unia Europejska propaguje m.in. rozwój dodatkowych filarów zabezpieczenia emerytalnego. Zachęty do zwiększenia ich roli odnaleźć można zarówno w dokumentach programowych, jak i w regulacjach prawnych oraz orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości UE.

Nacisk na rozwój dodatkowych programów emerytalnych, w tym PPE, kładziony jest m.in. w Białej Księdze *Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*³. Komisja Europejska zwraca w niej uwagę na aktualne problemy systemów emerytalnych. Przemiany demograficzne sprawiają, że pokolenie wyżu odejdzie na emeryturę, a finansować ją będzie znacznie mniej liczna generacja. Zwiększy to obciążenie osób w wieku produkcyjnym. Jednocześnie mniejsza liczba osób na rynku pracy będzie ograniczać potencjał gospodarczy i zwiększać presję na finanse publiczne, które znajdują się w coraz trudniejszej sytuacji – również z powodu kryzysu finansowego. Niestabilność ekonomiczna i spadek zatrudnienia dodatkowo zmniejszają możliwości wypełnienia zobowiązań emerytalnych.

Komisja Europejska dostrzega w tej sytuacji konieczność wdrożenia kompleksowej strategii, która będzie odpowiedzią na zmieniające się warunki, zarówno demograficzne, jak i gospodarcze. Wśród propozycji reform, obok wydłużenia wieku aktywności zawodowej, zwiększenia stopy zatrudnienia (w tym szczególnie kobiet i starszych pracowników), pojawia się też propozycja zachęcania do gromadzenia uzupełniających oszczędności emerytalnych, które przyczynią się do zwiększenia dochodów po zakończeniu aktywności zawodowej⁴. Wskazuje się na znaczącą rolę podatków i innych zachęt finansowych oraz układów zbiorowych pracy. W Białej Księdze stwierdza się, że „UE może silniej wspierać pracownicze programy emerytalne w ramach ogólnych systemów emerytalnych w państwach członkowskich i przyczynić się do zmniejszenia kosztów emerytur”⁵. Unia promuje zatem przyjęcie takich rozwiązań, które przyczynią się do rozwinięcia dodatkowych systemów emerytalnych oraz nie będą przeszkodą dla mobilności pracowników i tym samym nie tylko przyczynią się do większego bezpieczeństwa na starość, lecz także wpłyną pozytywnie na wzrost gospodarczy Unii Europejskiej.

Do rozwoju zakładowych systemów emerytalnych w Europie mogą przyczynić się także regulacje Unii Europejskiej oraz orzecznictwo Trybunału Sprawie-

dliwości UE. Przepisy dotyczące harmonizacji i koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego należą do najbardziej znaczących w wypadku realizacji prawa do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terenie państw członkowskich Unii. Nowe formy mobilności, takie jak: krótkie okresy zatrudnienia, niestałe zatrudnienie, jego zróżnicowane statusy czy praktyki wielokrotnej mobilności, mogą powodować liczne problemy w funkcjonowaniu dodatkowych systemów emerytalnych⁶.

W ustawodawstwie UE funkcjonuje wiele aktów prawnych regulujących zagadnienia funkcjonowania pracowniczych programów emerytalnych. Do najważniejszych z nich należą:

- Dyrektywa Rady (WE) nr 49/98 z dnia 29 czerwca 1998 roku w sprawie ochrony uprawnień do dodatkowych świadczeń emerytalnych lub rentowych pracowników i osób prowadzących działalność na własny rachunek przemieszczających się we Wspólnocie,
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 41/2003 z dnia 3 czerwca 2003 roku w sprawie działalności instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz nadzoru nad takimi instytucjami.

W celu zniesienia barier prawnych i technicznych w Unii Europejskiej prowadzone są działania, które mają ułatwić przenoszenie uprawnień do dodatkowych systemów emerytalnych i przyczynić się do lepszego funkcjonowania tych instytucji oraz zwiększenia ich znaczenia w systemie zabezpieczenia emerytalnego. Obecnie trwają prace nad nową dyrektywą w sprawie poprawy możliwości przenoszenia uprawnień do dodatkowych emerytur lub rent⁷.

Rozwiązania wprowadzone Dyrektywą Rady (WE) nr 49/98

Jako cel dyrektywy przyjętej w 1998 roku podaje się realizację prawa do swobodnego przemieszczania się poprzez zapewnienie ochrony uprawnień do dodatkowych systemów emerytalno-rentowych. Dyrektywa obejmuje swym zasięgiem pracownicze programy emerytalne. Są one zdefiniowane w art. 3 lit. b: „dodatkowy system emerytalno-rentowy» oznacza każdy pracowniczy program emerytalno-rentowy utworzony zgodnie z ustawodawstwem i praktyką krajową, taki jak umowa ubezpieczenia grupowego lub system repartycyjny, uzgodniony przez jedną lub więcej branż lub sektorów, system kapitałowy lub przyrzeczenie emerytury lub renty zaspokajane z księgi rezerw albo każde zbiorowe lub inne porównywalne rozwiązanie mające na celu zapewnienie dodatkowej emerytury lub

³ Komisja Europejska, *Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, Bruksela 2012, COM(2012) 55 final.

⁴ Tamże, s. 11.

⁵ Tamże, s. 15.

⁶ G. Uścińska, *Dodatkowe systemy emerytalne w regulacjach UE. Konsekwencje dla państw europejskich*, „Polityka Społeczna” 2011, nr 9, s. 2.

⁷ *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on improving the portability of supplementary pension rights*, (COD 2005/2014).

renty dla pracowników lub osób prowadzących działalność na własny rachunek”.

Zakres podmiotowy określa art. 2 dyrektywy: stanowią go członkowie tych systemów i inni uprawnieni, którzy nabyli lub są w trakcie nabywania praw w jednym lub kilku państwach członkowskich. Podkreśla się przy tym, że nie jest on ograniczony tylko do pracowników najemnych, ale rozciąga się również na osoby prowadzące działalność na własny rachunek, jeśli są członkami dodatkowego systemu zabezpieczenia emerytalnego. Zakres przedmiotowy (art. 3 lit. a) stanowią zarówno emerytury, jak i renty inwalidzkie oraz rodzinne, zgodnie z ustawodawstwem i praktyką krajową.

W omawianej dyrektywie pojawiają się cztery środki, które mają na celu ochronę uprawnień do świadczeń tych osób, które podejmują pracę w obrębie różnych państw członkowskich. Są to:

- **zasada równego traktowania** (art. 4) – odnosi się ona do pracowników, którzy w konsekwencji migracji przestają opłacać składki w ramach dodatkowego systemu emerytalnego; państwa członkowskie są zobowiązane zapewnić im takie same prawa zachowania przysługujących uprawnień emerytalno-rentowych jak osobom, które przerywają opłacanie składek, lecz nie migrują do innego państwa,
- **gwarancja płatności transgranicznych** (art. 5) – jeżeli beneficjentowi dodatkowego systemu emerytalnego wypłacane są świadczenia w innym państwie członkowskim, to płatności te powinny być przekazywane bez pobierania jakichkolwiek opłat od transakcji czy podatków,
- **gwarancja praw dla pracowników delegowanych** (art. 6) – pracownikom oddelegowanym zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 883/2004⁸ przysługuje prawo do kontynuowania opłacania składek w ramach dodatkowego systemu emerytalno-rentowego. Ponadto, jeśli taka kontynuacja następuje, pracownik i pracodawca są wyłączni z obowiązku opłacania składek na dodatkowe systemy emerytalno-rentowe państwa przyjmującego,
- **prawo do informacji** (art. 7) – członkowie dodatkowych systemów emerytalno-rentowych migrujący do innego państwa UE mają prawo do tego, by pracodawcy, powiernicy i inne osoby odpowiedzialne poinformowały ich o ewentualnych wyborach oraz prawach związanych z przenoszeniem uprawnień do świadczeń emerytalnych i rentowych.

Dyrektywa ta należy do najważniejszych regulacji zapewniających poprawę możliwości swobodnego przemieszczania się, gdyż umożliwia egzekwowanie prawa do zachowania uprawnień z dodatkowych systemów emerytalnych. Realizuje ona postanowienia trak-

tatywne, dzięki czemu przyczyniła się do równego traktowania w zakresie uprawnień do świadczeń zarówno osób pozostających w danym państwie członkowskim, jak i migrujących. Przełomowym rozwiązaniem było zagwarantowanie płatności międzynarodowych bez opłat i podatków oraz umożliwienie transgranicznego członkostwa osób delegowanych do innego państwa członkowskiego.

Jednak dyrektywa nie dotyczy uprawnień będących w trakcie nabywania i nie zawiera informacji o sumowaniu okresów. Z tego względu, jeśli ktoś nabył nowe uprawnienia w innym systemie emerytalnym, nie dochodzi do ich zsumowania i mogą one zostać utracone. Dyrektywa nie rozwiązała też zasadniczego problemu, jakim jest prawo do przenoszenia uprawnień z jednego systemu do drugiego w przypadku zmiany pracodawcy. Brak takich regulacji może prowadzić do znacznego zmniejszenia mobilności zawodowej pracowników. Zmiana pracy może bowiem oznaczać utratę nabytych uprawnień. Konieczne jest zatem opracowanie rozwiązań prawnych, które uregulują możliwość przenoszenia uprawnień do świadczeń z dodatkowych systemów emerytalnych.

Dyrektywa (WE) nr 41/2003 (IORP)

Przyjęcie dyrektywy (WE) nr 41/2003 w sprawie działalności instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz nadzoru nad takimi instytucjami (zwanej też dyrektywą IORP⁹) było bardzo ważnym krokiem w kierunku zwiększenia mobilności pracowników. Stworzyła ona bowiem możliwość pozostawania w tym samym systemie pracownika migrującego do innego kraju członkowskiego.

Celem dyrektywy jest stworzenie rynku wewnętrznego pracowniczych programów emerytalnych o zasięgu europejskim. Środkiem do realizacji tego celu jest umożliwienie instytucjom pracowniczych programów emerytalnych działania ponad granicami. Powinny więc mieć stworzoną możliwość funkcjonowania nie tylko w kraju, z którego się wywodzą, lecz także w innych państwach członkowskich. Parlament Europejski i Rada wychodzą bowiem z założenia, że transgraniczne funkcjonowanie instytucji pracowniczych programów emerytalnych nie tylko przynosi korzyści tym instytucjom, lecz także ułatwia mobilność pracowników, co może przyczynić się do większego zatrudnienia i wzrostu gospodarczego.

Do najważniejszych rozwiązań określonych w dyrektywie należy zaliczyć:

- **kwestie dotyczące warunków działania zapewnianych przez państwa członkowskie** (art. 9) – są to m.in. re-

⁸ Według art. 12 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 za osobę oddelegowaną uważa się pracownika, który w imieniu pracodawcy delegowany jest do innego państwa członkowskiego do wykonywania pracy w imieniu tego pracodawcy na okres maksymalnie 24 miesiące.

⁹ Od nazwy tych instytucji w języku angielskim: *institutions for occupational retirement provision*.

gulacje związane z rejestracją instytucji pracowniczych programów emerytalnych i określeniem osób uprawnionych do prowadzenia takich instytucji, szczegółowo określone reguły dotyczące funkcjonowania programów, rezerw technicznych czy informowania członków,

- **obowiązki pracowniczych programów emerytalnych realizowane w ramach rozwiązań stworzonych przez państwa członkowskie** – wśród obowiązków PPE wymienia się konieczność tworzenia sprawozdań rocznych i sprawozdań finansowych przekazywanych odpowiednim instytucjom znajdującym się na terenie państwa członkowskiego, w którym program funkcjonuje. Sprawozdania te muszą zawierać wyczerpujący, prawdziwy i rzetelny obraz aktywów oraz pasywów, a także sytuacji finansowej instytucji (art. 10). Co trzy lata instytucja pracowniczych programów emerytalnych musi także sporządzić oświadczenie w sprawie prowadzonej polityki inwestycyjnej (art. 12). Instytucje pracowniczych programów emerytalnych są także zobowiązane do przekazywania uczestnikom i beneficjentom systemu odpowiednich informacji na temat sytuacji finansowej i polityki inwestycyjnej oraz powiadamiać ich o ewentualnych zmianach zasad funkcjonowania programu. Na żądanie uczestnicy systemu mają prawo uzyskać informacje o tym, jaki będzie docelowy poziom świadczeń, jaki byłby ich poziom w przypadku zaprzestania zatrudnienia oraz uzgodnień dotyczących możliwości przeniesienia uprawnień na inną instytucję PPE w przypadku zmiany zatrudnienia. W momencie przejścia na emeryturę uczestnik systemu otrzymuje informację o zgromadzonych środkach i ewentualnych sposobach ich wypłaty (art. 11). Odpowiednie informacje należy też przekazywać właściwym władzom (art. 13),
- **uprawnienia i obowiązki państw członkowskich (art. 14)** – państwa członkowskie muszą posiadać procedury administracyjne i księgowe oraz mechanizmy kontroli i nadzoru. Mogą one w miarę potrzeby podejmować środki, które prowadzą do zapobiegania wszelkim nieprawidłowościom szkodliwym dla interesów uczestników i beneficjentów. Może to być ograniczenie lub zakaz rozporządzania aktywami instytucji, przekazanie uprawnień do kierowania instytucją odpowiedniemu przedstawicielowi, a w konkretnych przypadkach nawet zakazanie lub ograniczenie jej działalności. Od decyzji tych przysługuje możliwość odwołania na drodze sądowej,
- **kwestie dotyczące tworzenia i posiadania rezerw technicznych oraz sposobów ich finansowania (art. 15 i art. 16)** – państwa członkowskie mają zapewniać, że instytucje obsługujące PPE mają dostateczną kwotę pasywów i aktywów, by realizować swoje zadania. Środki te mają być wyliczone przez aktuarusza lub innego spe-

cialistę w tej dziedzinie co roku (w niektórych przypadkach raz na 3 lata), zgodnie ze szczegółowymi zasadami określonymi w art. 15 pkt 4 lit. a–d,

- **reguły dotyczące inwestowania (art. 18)** – instytucje zobowiązane są do inwestowania zgodnie z regułą „przezornej osoby”, a więc w najlepszym interesie uczestników i beneficjentów, tak, by zapewnić bezpieczeństwo, jakość, płynność i rentowność portfela jako całości. Należy inwestować z uwzględnieniem różnych rodzajów ryzyka biometrycznego. Państwa członkowskie mają prawo do ustalenia bardziej szczegółowych zasad inwestowania,
- **regulacje dotyczące działalności transgranicznej (art. 20)** – państwa członkowskie zezwalają przedsiębiorcom znajdującym się na ich terenie na finansowanie instytucji pracowniczych programów emerytalnych na terenie innego państwa. Pozwala się także na finansowanie PPE w rodzimym państwie członkowskim przez przedsiębiorstwa funkcjonujące za granicą. Jeżeli jednak instytucja chce przyjąć finansowanie z zagranicy, musi uzyskać zgodę rodzimego państwa członkowskiego. Instytucja, która rozpoczyna obsługę programu dla instytucji finansującej w innym państwie członkowskim, musi dostosować się do wymogów dotyczących praw socjalnych i prawa pracy, w ramach których program jest obsługiwany,
- **zasady dotyczące współpracy pomiędzy Komisją Europejską a państwami członkowskimi (art. 21)** – stała wymiana informacji i doświadczeń ma na celu wypracowanie najlepszych praktyk w tej dziedzinie. Komisja i państwa członkowskie współpracują także po to, by doprowadzić do ułatwienia nadzoru nad instytucjami pracowniczych programów emerytalnych.

Do zalet dyrektywy (WE) nr 41/2003 należy ułatwienie mobilności transgranicznej w ramach instytucji pracowniczych programów emerytalnych oraz umożliwienie pracownikowi migrującemu do innego państwa członkowskiego i podejmującemu tam pracę pozostania w tym samym systemie. Dyrektywa ta umożliwiła międzynarodową działalność instytucji PPE oraz stworzyła możliwość transgranicznego członkostwa. Za korzystne należy też uznać wzajemne uznawanie nadzoru instytucji pracowniczych programów emerytalnych przez państwa członkowskie.

Jednak kolejne przeglądy funkcjonowania tej dyrektywy wykazały konieczność podjęcia dalszych prac w celu zwiększenia jej efektywności. Z raportu Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych (ang. *European Insurance and Occupational Pensions Authority*, EIOPA) wynika, że w czerwcu 2012 roku w całej Unii Europejskiej działalność transgraniczną prowadziły tylko 84 pracownicze programy emerytalne. Jest to zaledwie o 6 więcej niż rok wcześniej¹⁰.

W większości państw funkcjonują pracownicze programy emerytalne z zagranicznym zarządzaniem

¹⁰ Komisja Europejska, *Roadmap. Review of the IORP Directive (pension funds)*, 2012, s. 1.

(w Polsce jednak nie funkcjonował żaden taki program). W czerwcu 2012 roku taka sytuacja miała miejsce w 22 z 30 państw ówczesnego Europejskiego Obszaru Gospodarczego¹¹.

Z raportu wynika również, że w państwach członkowskich pojawiają się problemy z zastosowaniem różnych założeń związanych z obliczaniem rezerw technicznych, niejednakowymi mechanizmami bezpieczeństwa w poszczególnych krajach, niewystarczającymi informacjami udzielanymi uczestnikom programu, brakiem harmonizacji oszczędnościowej oraz niejasną definicją działalności transgranicznej¹².

Ponadto należy podkreślić, że definicja instytucji pracowniczych programów emerytalnych, która znajduje się w art. 6 lit. a dyrektywy (WE) nr 41/2003¹³, jest dość wąska i wyklucza systemy oparte na księdze rezerw¹⁴. Jest to znaczne ograniczenie, zwłaszcza że w Unii Europejskiej systemy oparte na księdze rezerw funkcjonują w wielu państwach członkowskich, m.in. w Austrii, Belgii, Danii, Niemczech, Portugalii, Szwecji, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii¹⁵. Dyrektywa, wyłączając systemy oparte na zasadzie repartycyjnej (ang. *pay-as-you-go*, PAYG), wyłącza też ze swojego zasięgu francuskie systemy AGIRC (fr. *Association générale des institutions de retraite des cadres*) i ARRCO (fr. *Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés*). Z kolei Holandia, w której pracownicze programy emerytalne mają cechy quasi-monopolistyczne, wymaga surowszych gwarancji poszanowania krajowego prawa socjalnego oraz prawa pracy, w tym zasad związanych z obowiązkowym członkostwem i układami zbiorowymi pracy. W efekcie zasięg dyrektywy jest znacznie ograniczony ze względu na ochronę przepisów krajowych przez wiele państw członkowskich¹⁶.

Projekt dyrektywy w sprawie poprawy możliwości przenoszenia uprawnień do dodatkowych emerytur lub rent

Konieczność uregulowania kwestii związanych z przenoszeniem uprawnień do dodatkowych świadczeń jest podnoszona od dłuższego czasu. Pierwszy

projekt dyrektywy regulującej te kwestie powstał w 2005 roku, jednak przy próbie jej uchwalenia pojawił się sprzeciw części państw członkowskich oraz wielu instytucji pracowniczych programów emerytalnych. Uznano, że rynek zawodowych systemów emerytalnych jest w Europie zbyt słabo rozwinięty. Twierdzono też, że najpierw należy doprowadzić do utworzenia takich programów, a potem ujednoczyć kwestię przenoszenia uprawnień do nabytych w nich świadczeń. Podkreślano, że dodatkowe regulacje mogą doprowadzić do zwiększenia kosztów po stronie pracodawców tworzących programy, co doprowadzi do skutku odwrotnego od zamierzonego, czyli zmniejszenia liczby instytucji zawodowych systemów emerytalnych. Ponadto zwrócono uwagę, że zróżnicowanie kwestii prawnych pomiędzy poszczególnymi krajami jest znaczne, np. w Hiszpanii i Finlandii transfer nabytych praw do świadczeń w razie podjęcia pracy w innym kraju był zakazany, natomiast w Danii, Szwecji, Irlandii i we Włoszech taka możliwość istniała w ustawodawstwie, ale z powodu przepisów podatkowych była znacznie utrudniona¹⁷.

Kolejny, zmodyfikowany projekt powstał w 2007 roku. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poprawy możliwości przenoszenia uprawnień do dodatkowych emerytur lub rent ma na celu ułatwienie możliwości swobodnego przemieszczania się po Wspólnocie, rozwój dodatkowych systemów emerytalno-rentowych oraz likwidację przeszkód utrudniających swobodny przepływ pracowników.

Projekt dyrektywy z 2007 roku obejmuje następujące zagadnienia¹⁸:

- zakres stosowania (art. 2) – dodatkowe systemy emerytalne, z wyjątkiem tych, które objęte są przepisami koordynacyjnymi,
- warunki nabycia uprawnień (art. 4) – m.in. okres nabywania uprawnień, okres pracy uprawniający do przystąpienia do systemu,
- ochronę nieaktywnych uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych, zapewniających prawo do zachowania praw nabytych i do równego traktowania (art. 5),

¹¹ European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *2012 Report on Market Developments*, Frankfurt 2012, s. 3.

¹² Komisja Europejska, *Roadmap...*, *op. cit.*, s. 1–2.

¹³ „instytucja pracowniczych programów emerytalnych» lub »instytucja» oznacza instytucję niezależnie od jej formy prawnej, działającą na bazie kapitałowej, ustanowioną niezależnie od jakiegokolwiek instytucji finansującej lub organizacji handlowej w celu zapewnienia świadczeń emerytalnych w kontekście działalności zawodowej na podstawie porozumienia lub umowy uzgodnionej:

— indywidualnie lub zbiorowo między pracodawcą (pracodawcami) a pracownikiem (pracownikami) lub ich odpowiednimi przedstawicielami, lub

— z osobami prowadzącymi działalność na własny rachunek zgodnie z ustawodawstwem rodzimego i przyjmującego Państwa Członkowskiego,

i która prowadzi działalność bezpośrednio z nich wynikającą”.

¹⁴ Z zakresu podmiotowego ten rodzaj pracowniczych programów emerytalnych został wykluczony także na podstawie art. 2 pkt 2 lit. c i e omawianej dyrektywy.

¹⁵ G. Uścińska, *op. cit.*, s. 2.

¹⁶ I. Guardiancich, D. Natali, *The cross-border portability of supplementary pensions. Lessons from the European Union*, „Global Social Policy” 2012, nr 12, s. 308.

¹⁷ M. Szczepański, *Stymulatory i bariery rozwoju zakładowych systemów emerytalnych na przykładzie Polski*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010, s. 320.

¹⁸ Tamże, s. 320.

- możliwość przeniesienia uprawnień (art. 6) – jeżeli pracownik podlega temu samemu dodatkowemu systemowi po zmianie pracy, może uzyskać przeniesienie do innego państwa członkowskiego wszystkich nabytych uprawnień do świadczeń po ustaniu zatrudnienia w ciągu 18 miesięcy (na swój wniosek); przeniesienie to nie może być zbyt kosztowne,
- prawo do informacji dla wszystkich uczestników dodatkowych systemów emerytalnych w zakresie uprawnień ustalonych w dyrektywie.

Projekt dyrektywy początkowo nie uzyskał poparcia w Radzie Unii Europejskiej. Wiele zapisów wymaga doprecyzowania oraz uwzględnienia różnorodnych i specyficznych rozwiązań w poszczególnych państwach unijnych. Wśród głosów negatywnych pojawia się m.in. opinia, że zmniejszanie minimalnego okresu wymaganego w celu nabycia uprawnień do świadczeń może doprowadzić do efektu odwrotnego od zamierzonego, tj. zniechęcać pracodawców do tworzenia programów dla swoich pracowników.

W czerwcu 2013 roku, po kilku latach przerwy w procedowaniu, Rada przyjęła projekt dyrektywy w pierwszym czytaniu¹⁹. Jest to punkt wyjścia do rozmów, ponieważ ustalenia Rady nie są identyczne z tym, co przedstawił Parlament Europejski, a zatem między tymi instytucjami będą miały miejsce dalsze negocjacje w sprawie omawianego projektu²⁰.

Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) wydał wiele wyroków w dziedzinie swobodnego przepływu kapitału, osób, pracowników i usług oraz dotyczących zagadnień społecznych. Orzeczenia te mają istotny wpływ m.in. na funkcjonowanie systemów emerytalnych w poszczególnych państwach członkowskich, wyznaczają bowiem standardy w dziedzinie swobodnego przepływu pracowników, także w kontekście dodatkowych (w tym zawodowych) systemów emerytalnych. Poniżej przedstawione zostaną tylko wybrane wyroki dotyczące tego zagadnienia.

Sprawa C-343/08

Część wyroków Trybunału dotyczy braku przystosowania przepisów krajowych do postanowień dyrektywy IORP ([WE] nr 41/2003). Jednym z nich jest wyrok z dnia 14 stycznia 2010 roku w sprawie C-343/08 Komisja Europejska przeciwko Republice Czeskiej.

Czeski system emerytalny składał się z dwóch filarów. Tzw. I filar jest powszechny, obowiązkowy i zapewnia emeryturę dla wszystkich uczestników. Drugi z istniejących filarów to tak zwany III filar, obejmujący dodatkowe, dobrowolne i indywidualne ubezpieczenie emerytalne, niezwiązane z zatrudnieniem, pracodawcą ani prowadzeniem własnej działalności. Przyjmuje on formę indywidualnych umów zawieranych z funduszami emerytalnymi. W czasie, gdy toczyła się sprawa przed Trybunałem Sprawiedliwości, w Republice Czeskiej nie istniał tzw. II filar zabezpieczenia emerytalnego – nie było systemu, który wiązałby przyszłe świadczenie ze stosunkiem pracy. Z tego względu żadna instytucja pracowniczych programów emerytalnych nie mogłaby uznać terytorium czeskiego za swoją siedzibę. Zdaniem Republiki Czeskiej nie było ani woli politycznej, ani odpowiedniego potencjału gospodarczego, który byłby wystarczający do wprowadzenia PPE.

Jednak Trybunał Sprawiedliwości uznał, że Republika Czeska uchybiła zobowiązaniom, które na niej ciążyą w związku z dyrektywą IORP. W celach wykonywania takiej działalności transgranicznej dyrektywa (WE) nr 41/2003 wymaga bowiem od państw członkowskich poddania instytucji pracowniczych programów emerytalnych znajdujących się na ich terytoriach różnym minimalnym zasadom ostrożnościowym w odniesieniu do ich działalności i warunków działania tak, aby zagwarantować wysoki poziom bezpieczeństwa dla przyszłych emerytów. Brak w systemie emerytalnym określonej działalności, zdaniem Trybunału Sprawiedliwości, nie zwalnia tego kraju z obowiązku przyjęcia odpowiednich przepisów ustawowych lub wykonawczych, które zapewnią pełną implementację dyrektywy. Jednocześnie należy podkreślić, że Trybunał nie zobowiązał Republiki Czeskiej do zmiany kształtu systemu zabezpieczenia emerytalnego ani wprowadzania drugiego filaru. Zobligowano kraj do implementacji dyrektywy, sposób jej realizacji pozostawiono jednak w gestii Republiki Czeskiej.

W wyniku wyroku Trybunału Sprawiedliwości i problemów z funkcjonowaniem dotychczasowego systemu, od 1 stycznia 2013 roku wprowadzono w Czechach reformę emerytalną. Na jej mocy powstał drugi, nieobowiązkowy filar. Od roku 2013 obowiązkowa składka może być niższa o trzy punkty procentowe od obecnych 28 proc. pod warunkiem, że uzyskana różnica zostanie przekazana na prywatny fundusz emerytalny w II filarze, ale tylko wtedy, gdy uzupełni się ją dodatkową składką w wysokości 2 proc. własnego zarobku²¹. Konieczność zmian w czeskim systemie

¹⁹ *Procedure file. Freedom of movement of persons, social protection: improving the acquisition and preservation of supplementary pension rights in order to facilitate worker mobility*, „European Parliament/Legislative Observatory” [online], [dostęp: 25.11.2013]. Dostępny w Internecie: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?id=528309>.

²⁰ C. Sourbès, *Council adopts Portability Directive one month after major move on IORP*, „Investment&Pensions Europe” [online], 21.06.2013 [dostęp: 25.11.2013]. Dostępny w Internecie: <http://www.ipe.com/council-adopts-portability-directive-one-month-after-major-move-on-iorp/53571.article>.

²¹ Komisja Europejska, *Pension reform [w:] Investing into European Competitiveness: Contribution of the Czech Republic to Europe 2020*, „Europe 2020” [online], [dostęp: 8.02.2012]. Dostępny w internecie: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_czech_en.pdf.

emerytalnym wynikała w dużej mierze z nieefektywności dotychczasowego systemu oraz konieczności dostosowania go do przemian demograficznych²².

**Sprawa C-422/01 (Skandia i Ramstedt)
oraz C-136/00 (Danner)**

Z punktu widzenia swobody przepływu usług, osób i kapitału warto przytoczyć wyroki w sprawach C-422/01 i C-136/00, które dotyczą kwestii związanych z opodatkowaniem pracowniczych programów emerytalnych.

Pierwszy z nich to wyrok Trybunału z dnia 26 czerwca 2003 roku w sprawie wydania odpowiedzi na pytanie prejudycjalne postawione przez Regeringsrätten (Szwecja) w sporze pomiędzy Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ), Olą Ramstedtem przeciwko Riksskatteverket w przedmiocie opodatkowania uzupełniającego pracowniczego ubezpieczenia emerytalnego, które Skandia wykupiła na rzecz O. Ramstedta w spółkach z siedzibą w innych państwach członkowskich. Szwedzkie ustawodawstwo przewiduje dwa rodzaje ubezpieczeń pracowniczych: tzw. emerytalne i tzw. kapitałowe. W przypadku tego pierwszego pracodawca może odpisać opłacone składki od dochodu do opodatkowania, jednak żeby ubezpieczenie uznane było za emerytalne, musi być wykupione w przedsiębiorstwie funkcjonującym na terenie Szwecji.

Pan Ola Ramstedt jest obywatelem Szwecji, który żyje w tym kraju i pracuje w szwedzkim przedsiębiorstwie Skandia. Postanowiło ono wykupić mu uzupełniające pracownicze ubezpieczenie emerytalne w trzech zagranicznych zakładach ubezpieczeń Skandia: w Danii, w Niemczech i w Wielkiej Brytanii. Jednocześnie Skandia zwróciła się do Skatterättsnämnden (komisji administracyjnej prawa podatkowego) z pytaniem o umożliwienie dokonywania odliczeń podatkowych w tej sytuacji, lecz uzyskała decyzję odmowną. W efekcie toczącej się sprawy Regeringsrätten zwrócił się do Trybunału Sprawiedliwości, który orzekł, że rozwiązania krajowe, zgodnie z którymi istnieje obowiązek wykupienia ubezpieczenia na terenie danego państwa (aby mogło być ono uznane za ubezpieczenie emerytalne objęte ulgami podatkowymi przysługującymi pracodawcy opłacającemu składki), stanowią naruszenie swobodnego przepływu osób, usług i kapitału.

Podobnie w przypadku sprawy C-136/00 (Danner) Trybunał uznał rozwiązania krajowe za niezgodne z Traktatem. Pan Danner, posiadający dwa obywatelstwa (fińskie i niemieckie), od 1977 roku mieszkał i opłacał składki w ramach dodatkowego pracowniczego ubezpieczenia dla lekarzy w Niemczech. W przypadku tego ubezpieczenia przysługuje pełne odliczenie składek od dochodów. Z kolei zgodnie z prawem

obowiązującym w Finlandii składki na dodatkowe systemy emerytalne nie są odliczane od dochodu. Po przeniesieniu się do Finlandii pan Danner kontynuował opłacanie składek w ramach niemieckiego programu emerytalnego. Jednak instytucje fińskie nie zgadzały się na odliczenie od dochodu składek, które opłacał w programie funkcjonującym w innym państwie członkowskim. Pan Danner uznał, że pozbawiony został ulg przysługujących mu dzięki przynależności do dodatkowego systemu emerytalnego mającego swą siedzibę w Niemczech. W odpowiedzi na pytanie prejudycjalne postawione przez Kuopion hallinto-oikeus (Finlandia) Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że stanowisko instytucji fińskiej jest niezgodne z zasadami niedyskryminacji i swobody przepływu osób, usług i kapitału.

Obie omówione wyżej sprawy (C-422/01 oraz C-136/00) były bardzo ważne w kontekście tworzenia wspólnego rynku emerytur w Unii Europejskiej. Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości potwierdzają, że swoboda przepływu osób, kapitału i usług dotyczy także dodatkowych (w tym pracowniczych) programów emerytalnych. W efekcie mobilność międzynarodowa pracowników ma być chroniona, także w zakresie przynależności do dodatkowych systemów emerytalnych, pomimo znaczących różnic faktycznych między rozwiązaniami w poszczególnych państwach, w tym wypadku dotyczących sposobu opodatkowania.

Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości UE wyznaczają standardy w dziedzinie zabezpieczenia emerytalnego, w szczególności osób korzystających z prawa do swobodnego przemieszczania się po terenie Unii Europejskiej. Potwierdzają one rolę dodatkowych systemów emerytalnych w systemie zabezpieczenia emerytalnego oraz znaczenie ochrony uprawnień do świadczeń nabytych i będących w trakcie nabywania wynikających z przynależności do tych systemów jako elementu prawa do swobodnego poruszania się w obrębie Unii.

Podsumowanie

Do tej pory Unia Europejska, chcąc umożliwić swoim obywatelom wewnątrz europejską migrację, próbowała zmniejszyć ograniczenia dotyczące mobilności na rynku pracy, przy jednoczesnym zwiększaniu roli dodatkowych systemów emerytalnych. W tym celu przyjęto dwa główne instrumenty: pierwszy z nich – dyrektywa (WE) nr 49/98 – ma przyczynić się do zwiększenia możliwości przenoszenia nabytych uprawnień dla pracowników mobilnych, drugi – dyrektywa (WE) nr 41/2003 – ma prowadzić do utworzenia jednolitego rynku pracowniczych funduszy emerytalnych.

²² G. Uścińska, *op. cit.*, s. 6.

Obydwe dyrektywy spełniają swoje zadanie, choć ze względu na ogromne zróżnicowanie systemów w poszczególnych państwach nie dokonują tego w sposób pełny. Nie udało się do tej pory stworzyć całkowitej możliwości przenoszenia uprawnień do świadczeń – wiele systemów jest wyłączonych z tego działania omawianej dyrektywy. Na razie nie powstał też prawdziwie jednolity rynek pracowniczych programów emerytalnych. To znacznie utrudnia sytuację ponad 12 milionów obywateli Unii Europejskiej, którzy żyją i pracują w państwie innym niż ich kraj pochodzenia²³. Dodatkowo niemożliwa do oszacowania jest liczba osób, które chciałyby zdecydować się na migrację, lecz ze względu na brak spójnych przepisów dotyczących zachowywania, przenoszenia i nabywania uprawnień do świadczeń rezygnują z takiej decyzji.

Dotychczasowe regulacje doprowadziły jednak do częściowego zwiększenia mobilności i możliwości przenoszenia uprawnień. W celu poprawienia regulacji – i jako uzupełnienie do odnowionej strategii lizbońskiej, której celem jest stworzenie większej liczby miejsc zatrudnienia oraz zwiększenie elastyczności rynku pracy w Unii Europejskiej – od 8 lat trwają też prace nad nową dyrektywą, uwzględniającą te aspekty, które nie zostały uregulowane wcześniej (w tym zasady sumowania okresów i przenoszenia uprawnień do świadczeń oraz zachowania nieaktywnych uprawnień emerytalnych). W czerwcu 2013 roku, po kilku latach przerwy w procedowaniu, Rada przyjęła projekt nowej dyrektywy w tej sprawie w pierwszym czytaniu. Jednocześnie Komisja Europejska zwróciła się do EIOPA o dokonanie przeglądu dyrektywy IORP w celu ułatwienia transgranicznej działalności funduszy²⁴.

Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej także potwierdzają wzrastające znaczenie dodatkowych systemów emerytalnych. Dąży się do pełnej implementacji przepisów w poszczególnych państwach członkowskich (sprawa C-343/08, która była jedną z przyczyn reformy czeskiego systemu emerytalnego) oraz zachowania pełni praw związanych z mobilnością (sprawy C-422/01 [Skandia i Ramstedt] oraz C-136/00 [Danner]).

Wskazane działania Unii Europejskiej prowadzą do wzmocnienia dodatkowych systemów emerytalnych. Poprzez stworzenie odpowiednich ram funkcjonowania zachęca się do tworzenia pracowniczych

programów emerytalnych we wszystkich państwach członkowskich oraz promuje się zwiększanie mobilności. Wprowadzone do tej pory dyrektywy, częściowo zwiększyły możliwość ponadnarodowego funkcjonowania pracowniczych programów emerytalnych oraz przenoszenia uprawnień do świadczeń. Trwają dalsze prace nad ulepszaniem tych rozwiązań, zarówno poprzez próby wprowadzenia nowej dyrektywy, jak i poprawę regulacji dotychczas funkcjonujących.

LITERATURA

European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), *2012 Report on Market Developments*, Frankfurt 2012.

I. Guardiancich, D. Natali, *The cross-border portability of supplementary pensions. Lessons from the European Union*, „Global Social Policy” 2012, nr 12.

Komisja Europejska, *Pension reform [w:] Investing into European Competitiveness: Contribution of the Czech Republic to Europe 2020*, „Europe 2020” [online], [dostęp: 8.02.2012]. Dostępny w Internecie: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_czech_en.pdf.

Komisja Europejska, *Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur*, Bruksela 2012, COM(2012) 55 final.

Komisja Europejska, *Roadmap. Review of the IORP Directive (pension funds)*, 2012.

Procedure file. Freedom of movement of persons, social protection: improving the acquisition and preservation of supplementary pension rights in order to facilitate worker mobility, „European Parliament/Legislative Observatory” [online], [dostęp: 25.11.2013]. Dostępny w Internecie: <http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?id=528309>.

Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on improving the portability of supplementary pension rights, (COD 2005/0214).

C. Sourbès, *Council adopts Portability Directive one month after major move on IORP*, „Investment&Pensions Europe” [online], 21.06.2013 [dostęp: 25.11.2013]. Dostępny w Internecie: <http://www.ipe.com/council-adopts-portability-directive-one-month-after-major-move-on-iorp/53571.article>.

M. Szczepański, *Stymulatory i bariery rozwoju zakładowych systemów emerytalnych na przykładzie Polski*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010.

Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Pracownicze programy emerytalne w 2012 roku*, Warszawa 2013.

G. Uścińska, *Dodatkowe systemy emerytalne w regulacjach UE. Konsekwencje dla państw europejskich*, „Polityka Społeczna” 2011, nr 9.

World Bank, *Averting the Old Age Crisis. A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press. ■

²³ I. Guardiancich, D. Natali, *op. cit.*, s. 302.

²⁴ Tamże, s. 311.

Maria Nowak**Marlena Nowicka**

I Oddział ZUS w Poznaniu

Najstarsze jednostki ZUS. POZNAŃ

Aby opisać historię Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu, należy nawiązać do okresu sprzed utworzenia samego Zakładu. Początki poznańskiego oddziału to jednocześnie początek ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich. Liczące ponad 120 lat rozwiązania w tym zakresie funkcjonujące w Wielkopolsce miały bowiem znaczący wpływ na powstanie i rozwój ubezpieczeń społecznych w Rzeczpospolitej.

Pod zaborem pruskim

Na rozwój systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce istotny wpływ miało niemieckie ustawodawstwo ubezpieczeniowe. System niemiecki był wówczas najbardziej rozwiniętym w Europie. Największy wpływ na ziemiach polskich wywarł on na terenie zaboru pruskiego, w skład którego wchodziły Wielkopolska, Pomorze i część Górnego Śląska.

Przełomowe rozwiązania w tym zakresie pojawiły się w Niemczech już na początku lat osiemdziesiątych XIX wieku. Zapowiedziano wówczas wprowadzenie systemu osłonowego dla osób, które z różnych przyczyn znalazły się w trudnej sytuacji ekonomicznej. Po raz pierwszy uczestnictwo w systemie ubezpieczeń społecznych było przymusowe oraz finansowane zarówno przez pracowników, jak i pracodawców.

Wkrótce – w 1890 roku – w dawnej prowincji poznańskiej utworzono Zakład Ubezpieczeń od Inwalidztwa i na Starość w Poznaniu.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku, w Polsce funkcjonowały odziedziczone po zaborcach różne instytucje ubezpieczeniowe. Miały one odrębny status prawny i organizacyjny. Poznań, obok Lwowa i Krakowa, był trzecim miastem w Polsce, które aktywnie

uczestniczyło w rozwoju ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich.

W krótkim czasie kasy chorych – włączone do polskiego systemu ubezpieczeniowego – objęły swoim zasięgiem cały kraj. Ich duże rozdrobnienie powodowało jednak, że poszczególnym kasom podlegała mała liczba obowiązkowo ubezpieczonych i ich koszty administracyjne były zbyt duże. Z tego powodu wprowadzono dolną granicę liczby ubezpieczonych. Ponadto kasy chorych realizowały nie tylko swoje zadania z zakresu organizowania lecznictwa i wypłacania zasiłków, lecz także zadania należące do innych instytucji ubezpieczeń społecznych. Ostatecznie od 28 września 1931 roku¹ zamiast 33 kas chorych działających dotychczas na terenie województwa poznańskiego funkcjonowało 7 powiatowych kas chorych i jedna Kasa Chorych miasta Poznania.

W 1920 roku Zakład Ubezpieczeń od Inwalidztwa i na Starość w Poznaniu przemianowano na Ubezpieczalnię Krajową w Poznaniu. Z uwagi na przyłączenie do poznańskiej ubezpieczalni terenów należących do instytucji we Wrocławiu i Gdańsku, zasięg Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu zwiększył się o 60 proc. Nadal realizowała ona zadania związane z niezdolnością do pracy z powodu inwalidztwa lub starości, jednak w zakresie innych rodzajów ubezpieczeń społecznych było już nieco gorzej, gdyż instytucje dotychczas realizujące te ubezpieczenia rozpadły się lub znajdowały się poza granicami Polski i obsługiwały tylko obywateli niemieckich.

Z chwilą gdy Wielkopolska i Pomorze weszły w skład państwa polskiego, niemieckie spółki i zakła-

¹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 28 września 1931 roku o organizacji kas chorych (Dz.U. nr 94, poz. 724).

dy realizujące zadania odnoszące się do ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków w przedsiębiorstwach przemysłowych zaprzestały swojej działalności na tym terenie. W związku z tym dla podtrzymania ubezpieczenia wypadkowego konieczne było utworzenie stosownej instytucji. Obowiązki te przejęła Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu. Podobnie sytuacja wyglądała z ubezpieczeniem urzędników prywatnych.

Dnia 2 stycznia 1927 roku² Wydział Ubezpieczenia Urzędników Prywatnych został odłączony od Ubezpieczalni Krajowej. Utworzono z niego samodzielny zakład pod nazwą Zakład Ubezpieczenia Urzędników Prywatnych w Poznaniu. Następnie rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej³ ujednoliciło przepisy dotyczące ubezpieczenia pracowników umysłowych i zostały one rozciągnięte na całą Polskę. Tak powstał Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu. Takie same zakłady powołane zostały również w Warszawie, we Lwowie i w Królewskiej Hucie.

Wśród instytucji ubezpieczeniowych funkcjonujących w okresie poprzedzającym moment scalenia działał również Zakład Ubezpieczeń od Wypadków w Rolnictwie w Poznaniu. Była to instytucja szczególna, gdyż ubezpieczenie to funkcjonowało tylko na terenie województw poznańskiego i pomorskiego. Dnia 1 stycznia 1934 roku obowiązki byłego Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków w Rolnictwie w Poznaniu przejął centralny Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, a następnie – od 1 stycznia 1935 roku – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Dnia 1 stycznia 1934 roku weszła w życie ustawa scaleniowa⁴. Kasy chorych zostały zlikwidowane, a w ich miejsce utworzono ubezpieczalnie społeczne. Na terenie województwa poznańskiego w miejsce 9 kas chorych utworzono 9 ubezpieczalni społecznych. Ubezpieczalnia administrowała samodzielnie ubezpieczeniami na wypadek choroby i macierzyństwa oraz wykonywała szereg czynności wspólnych dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń społecznych, takich jak: ubezpieczenia emerytalne robotników, ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych oraz ubezpieczenia emerytalne i na wypadek braku pracy pracowników umysłowych.

Dnia 24 października 1934 roku⁵ doszło do scalenia dotychczasowych pięciu instytucji w jedną – Zakład Ubezpieczeń Społecznych – która przejęła kompetencje i uprawnienia zlikwidowanych instytucji. W skład Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wchodziły oddziały terenowe działające w Poznaniu, Chorzowie, Krakowie,

we Lwowie i w Łodzi. Poprzednikami Oddziału ZUS w Poznaniu byli: Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu, Kasa Chorych miasta Poznania, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu oraz Zakład Ubezpieczeń od Wypadków w Rolnictwie, a od 1 stycznia 1934 roku – Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

Z chwilą utworzenia oddziałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dokonano również terytorialnego podziału czynności Centrali i oddziałów ZUS w zakresie przyznawania i wypłacania świadczeń.

Zgodnie z tym terytorialnym podziałem czynności Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu wydawał decyzje i wypłacał świadczenia z zakresu:

- wypadków, które miały miejsce zarówno przed 1 stycznia 1935 roku, jak i po 1 stycznia 1935 roku dla osób zamieszkałych na terenie województwa poznańskiego i pomorskiego,
- ubezpieczenia emerytalnego robotników dla osób zamieszkałych na terenie województwa poznańskiego i pomorskiego,
- umowy polsko-niemieckiej dla osób zamieszkałych na terenie całego kraju z wyjątkiem Górnego Śląska,
- ubezpieczenia emerytalnego i na wypadek braku pracy pracowników umysłowych dla osób zamieszkałych na terenie województwa poznańskiego i pomorskiego, a w odniesieniu do umowy polsko-niemieckiej – dla osób zamieszkałych na terenie całego kraju z wyjątkiem Górnego Śląska.

W czasie okupacji

W okresie okupacji na terenie Generalnego Gubernatorstwa nadal funkcjonowała organizacja ubezpieczeń społecznych z okresu przedwojennego (Centrala ZUS, oddziały ZUS i ubezpieczalnie społeczne), jednak w Wielkopolsce oraz na pozostałych obszarach wcielonych do Rzeszy władze niemieckie przeprowadziły reorganizację zgodnie z ustawodawstwem niemieckim. Zmieniono nazwy i zakres merytoryczny instytucji ubezpieczeniowych, a akta ubezpieczonych i rencistów porożsyłano do instytucji niemieckich, właściwych według niemieckiego prawa ubezpieczeniowego.

² Na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 26 maja 1926 roku w sprawie zmiany organizacji ubezpieczenia urzędników prywatnych w województwach poznańskim i pomorskim (Dz.U. nr 55, poz. 322).

³ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 roku o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz.U. nr 106, poz. 911).

⁴ Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 51, poz. 396).

⁵ Na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku o zmianie ustawy z 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 95, poz. 855).

W tym okresie na terenach wcielonych do Niemiec funkcjonowały kasy chorych (ubezpieczenia wypadkowe), spółki zawodowe (ubezpieczenia inwalidzkie i emerytalne) oraz Krajowy Zakład Ubezpieczeń w Poznaniu, który jako siedzibę obrał sobie budynek zajmowany dotychczas przez Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu.

W pierwszej fazie organizacyjnej oddziałowi nadano nazwę Ubezpieczalnia Krajowa Poznań w Poznaniu. Pod koniec 1940 roku zmieniono nazwę na Ubezpieczalnia Krajowa Okręgu Warty. Ostatecznie jednak w 1941 roku przemianowano instytucję na Ubezpieczalnię Krajową Kraju Warty w Poznaniu. Nazwa ta obowiązywała do końca okupacji niemieckiej.

Polacy mogli być ubezpieczeni tylko w ubezpieczeniu inwalidzkim robotników, nie dotyczyło ich natomiast ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych. Otrzymywali wyłącznie niektóre świadczenia lecznicze z ubezpieczenia chorobowego, natomiast świadczeń z ubezpieczeń rentowych nie otrzymywali w ogóle. Położenie socjalne Polaków na terenach Wielkopolski było wówczas katastrofalne.

Wielkopolskie ubezpieczenia społeczne po wojnie

Już w pierwszych dniach lutego 1945 roku rozpoczęto przygotowania do wznowienia działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalni społecznych. Podstawą funkcjonowania tych instytucji po II wojnie światowej było ustawodawstwo polskie obowiązujące w dniu 31 sierpnia 1939 roku z uwzględnieniem zmian wprowadzonych w latach 1944, 1945 i 1946⁶.

Realizacja tego programu była oczywiście niesłychanie trudna. W pierwszej kolejności odtworzono na terenie Wielkopolski funkcjonowanie Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu oraz Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu.

Zadania Oddziału ZUS w Poznaniu przedstawiały się następująco:

- 1) obsługa roszczeń o świadczenia przewidziane w obowiązujących przepisach o ubezpieczeniu społecznym,
- 2) wypłata świadczeń określonych w punkcie 1,
- 3) wymiar i pobór należności ubezpieczeniowych w przypadkach nienależących do zakresu działania ubezpieczalni społecznych,

4) prowadzenie likwidatury, kasy, rachunkowości i administracji ogólnej w zakresie działalności oddziałów,

5) wykonywanie innych czynności powierzonych przez Naczelnego Dyrektora Zakładu.

Zadaniem Ubezpieczalni Społecznej było przede wszystkim obsłużenie ubezpieczonych w przypadku choroby, względnie macierzyństwa, oraz zorganizowanie pomocy i opieki lekarskiej. Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu zaczęła organizować się już 1 lutego 1945 roku, a 2 maja 1945 roku uruchomiono w jej ramach dwie sekcje: Sekcję Świadczeń Chorobowych i Sekcję Świadczeń Rentowych.

W 1950 roku lecznictwo zostało wyłączone ze sfery ubezpieczeń społecznych i przekazane nowo utworzonemu Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego⁷, który był załącznikiem przyszłej społecznej służby zdrowia, a pozostałe funkcje ubezpieczalni społecznych przekazane zostały Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych.

Również w 1950 roku wszystkie dotychczasowe instytucje ubezpieczeń społecznych, to jest: ubezpieczalnie społeczne, Spółka Bracka w Tarnowskich Górach i Kasa Bratnia Górników w Sosnowcu, uległy likwidacji⁸. Wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych i wszystkie czynności z tym związane przejął Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Zniesiono też autonomię funduszy ubezpieczeniowych; dochody i wydatki ZUS zostały włączone do budżetu państwa.

Zasięg terytorialny Oddziału w latach 1945–1960

Po zakończeniu drugiej wojny światowej zasięg terytorialny Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu i Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu obejmował również ziemię lubuską oraz Pomorze. Pracownicy poznańskiego oddziału brali w tym okresie czynny udział w organizowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych w Gdańsku, Gorzowie Wielkopolskim, Szczecinie i Zielonej Górze.

Od 1950 roku w związku ze zmianami w podziale administracyjnym państwa⁹ Oddział w Poznaniu swoim zasięgiem terytorialnym obejmował już tylko województwo poznańskie.

Jednocześnie w 1950 roku w miejsce dotychczasowych 7 oddziałów (Chorzów, Gdańsk, Kraków, Łódź, Poznań, Warszawa, Wrocław) utworzono 14 oddziałów wojewódzkich oraz podporządkowano im oddziały ob-

⁶ M.in. dekret Rady Ministrów z 8 stycznia 1946 roku o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 4, poz. 28).

⁷ Na mocy ustawy z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. nr 36 poz. 334).

⁸ Na mocy ustawy z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 36, poz. 333).

⁹ Na mocy ustawy z dnia 28 czerwca 1950 roku o zmianach podziału administracyjnego Państwa (Dz.U. nr 28, poz. 255).

wodowe. Dnia 1 grudnia 1951 roku doszło do likwidacji oddziałów obwodowych. Początkowo w miejsce oddziałów obwodowych powołano terenowe wydziały świadczeń, ale w ciągu 1955 roku uległy one likwidacji. W ich miejsce utworzono punkty informacyjne czynne raz w tygodniu.

W 1955 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych po 20 latach funkcjonowania przestał istnieć¹⁰. Zadania wykonywane dotychczas przez ZUS rozdzielono pomiędzy:

- 1) Ministra Pracy i Opieki Społecznej oraz rady narodowe – w zakresie rent i zaopatrzeń,
- 2) związki zawodowe – w zakresie składek, ustalania obowiązku ubezpieczenia, uprawnień do pomocy leczniczej, wypłaty zasiłków chorobowych, poługowych, pogrzebowych i rodzinnych oraz kontroli zakładów pracy.

Dla wykonywania ubezpieczeń społecznych przez związki zawodowe w miejsce Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utworzono Centralny Zarząd Ubezpieczeń Społecznych.

W wyniku tej reorganizacji z dniem 28 lutego 1955 roku likwidacji uległ również Oddział Wojewódzki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu. Pracownicy oddziału rozdzieleni zostali między dwóch pracodawców.

W związku z nadaniem Poznaniowi statusu miasta wydzielonego, z dniem 1 lipca 1957 roku doszło do dalszej reorganizacji. W konsekwencji zadania i zespół pracowników zostały podzielone pomiędzy Wydział Rent i Pomocy Społecznej Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej i Wydział Rent i Pomocy Społecznej Prezydium Rady Narodowej miasta Poznania.

Poznański Czerwiec

Przedstawiając historię Oddziału, warto wspomnieć o wydarzeniach Poznańskiego Czerwca w 1956 roku.

Gmach przy ul. Dąbrowskiego 12, w którym funkcjonowała wówczas część instytucji ubezpieczeń społecznych, znajdował się w centrum działań operacyjnych. Na dachu i w budynku Ubezpieczalni Społecznej (ta nazwa nadal funkcjonowała w potocznym użyciu) znajdowały się urządzenia stacji zagłuszającej oraz sieci anten. Zdecydowana większość urzędników przyłączyła się do manifestantów. Demonstranci wyrzucili przez okna urządzenia zagłuszające oraz pozrywali instalację antenową.

W budynku zlokalizowany został punkt opatrunkowy oraz punkt ostrzału gmachu milicji i Urzędu Bez-

pieczeństwa Publicznego znajdującego się przy pobliskiej ul. Kochanowskiego.

Zmiany strukturalne w latach 1960–1975

W 1960 roku wrócono do jednolitej struktury organizacyjnej ubezpieczeń społecznych¹¹. Reaktywowany został Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W województwie poznańskim powołano Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu. Był to zlepek organizacyjny, kadrowy i zadaniowy wywodzący się z trzech instytucji dotychczas zajmujących się ubezpieczeniami społecznymi.

Dnia 1 czerwca 1975 roku weszła w życie ustawa z dnia 28 maja 1975 roku o dwustopniowym podziale administracyjnym Państwa oraz o zmianie ustawy o radach narodowych¹². Zniesiono w ten sposób powiaty i jednocześnie zamiast dotychczasowych 17 utworzono 49 województw. Na terenie dawnego województwa poznańskiego utworzono pięć mniejszych województw.

Od 1 lipca 1975 roku, w związku z wprowadzeniem nowego podziału administracyjnego kraju, na obszarze obsługiwanym dotąd przez Oddział ZUS w Poznaniu, utworzono cztery nowe oddziały: w Koninie, Ostrowie Wielkopolskim, Pile i Rawiczu. Taki podział obowiązywał do 31 grudnia 2004 roku.

Stan wojenny w Wielkopolsce

Z chwilą ogłoszenia stanu wojennego nastąpiło zawieszenie działalności wszystkich organizacji społeczno-politycznych, w tym również związków zawodowych. Ponadto przywrócono 42-godzinny i sześciodniowy tydzień pracy. Zawieszono funkcjonowanie ruchomego czasu rozpoczynania pracy. Wprowadzono centralną ścisłą ewidencję nieobecności pracowników na stanowiskach pracy i to bez względu na przyczynę nieobecności. Każde opuszczenie gmachu oddziału w czasie godzin pracy wymagało indywidualnej zgody dyrektora Oddziału wyrażonej wystawieniem imiennej przepustki.

Z dniem wprowadzenia stanu wojennego uaktywniła się w Oddziale Zakładowa Grupa Obrony Cywilnej. Jej zadaniem było wzmocnienie dotychczasowej ochrony gmachu poprzez zorganizowanie całonocnych dyżurów i wprowadzenie kontrolowanego ruchu zarówno pracowników, jak i interesantów. Łączność telefoniczna nie funkcjonowała w ogóle. Kontakt z Centralą ZUS był realizowany przy pomocy organi-

¹⁰ Na mocy dekretu z dnia 2 lutego 1955 roku o przekazaniu wykonywania ubezpieczeń społecznych związkom zawodowym (Dz.U. nr 6, poz. 31).

¹¹ Na mocy ustawy z dnia 13 kwietnia 1960 roku o utworzeniu Komitetu Pracy i Płac oraz o zmianach właściwości w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, rent, zaopatrzeń i opieki społecznej (Dz.U. nr 20, poz. 119).

¹² Dz.U. nr 16, poz. 91.

zowanych przez Prezesa ZUS telekonferencji. Były one przeprowadzane w Urzędzie Wojewódzkim. Z chwilą uruchomienia łączności telefonicznej, aż do czasu zniesienia stanu wojennego wszystkie rozmowy były kontrolowane. Na okres trwania stanu wojennego wprowadzono wiele innych obostrzeń, które w miarę wpływu czasu ulegały łagodzeniu.

Zmiany strukturalne po roku 1989

Do roku 2004 obowiązywał podział na oddziały wywodzący się z 1975 roku (na terenie Wielkopolski istniały oddziały w Poznaniu, Koninie, Ostrowie Wielkopolskim, Pile i Rawiczu). Od 1 stycznia 2005 roku w miejsce funkcjonujących dotychczas Oddziałów ZUS w Poznaniu i w Koninie powołano do życia I Oddział w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Dąbrowskiego 12, i II Oddział w Poznaniu, początkowo z siedzibą w Koninie, następnie w Poznaniu przy ul. Starołęckiej 31. Jednocześnie Oddział ZUS w Rawiczu zamieniono w inspektorat podległy Oddziałowi ZUS w Ostrowie Wielkopolskim¹³.

W sierpniu 2007 roku spośród istniejących oddziałów ZUS wyznaczono 16 oddziałów wojewódzkich w miastach, w których znajdowała się siedziba wojewody. W Poznaniu wybór padł na Oddział przy ul. Dąbrowskiego 12. Oddziały wojewódzkie obejmowały swoim zakresem działania obszar województwa oraz podlegające im oddziały, inspektoraty i biura terenowe. Miały one odpowiadać za funkcjonowanie jednostek terenowych ZUS na obszarze danego województwa. Celem takiego postępowania była decentralizacja Zakładu, a więc przekazanie szerszych niż dotąd kompetencji szefom oddziałów wojewódzkich. Struktura ta funkcjonowała jednak tylko przez siedem miesięcy.

Od marca 2008 roku ZUS powrócił do poprzedniej, sprawdzonej w wieloletniej praktyce struktury organizacyjnej.

Współczesność

Obecnie z usług ZUS korzysta około 24 mln klientów, co stawia Zakład w czołówce największych instytucji finansowych w Polsce. Z tej liczby klientów I Oddział w Poznaniu obsługuje 79 332 płatników składek, 514 726 ubezpieczonych i 172 510 świadczeniobiorców – z danych wynika, że jest dziewiątym co do wielkości oddziałem ZUS w kraju. Niezależnie od podstawowych zadań w Oddziale realizowane są również zadania z zakresu orzecznictwa lekarskiego dla II Oddziału

ZUS w Poznaniu oraz Oddziału ZUS w Pile, a w zakresie komisji lekarskich także dla Oddziału ZUS w Ostrowie Wielkopolskim.

Od 1 grudnia 2013 roku oddział realizuje ponadto zadania Centrum Serwisu Informatycznego dla I i II Oddziału ZUS w Poznaniu oraz oddziałów w Pile, Bydgoszczy i Toruniu.

Historyczna siedziba Oddziału ZUS w Poznaniu

Dzisiejsza siedziba oddziału ZUS w Poznaniu znajduje się przy ul. Dąbrowskiego 12. Do budowy obiektu, który wówczas był przeznaczony na nową siedzibę Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu przystąpiono w 1928 roku. Gmach mimo zmieniających się prawnych właścicieli lub zarządców nieprzerwanie służy organom ubezpieczeń społecznych.



Siedziba I Oddziału ZUS w Poznaniu.

Fot.: archiwum Oddziału

Budynek był siedzibą Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu w latach 1930–1933, natomiast od 1 stycznia 1934 roku do 31 grudnia 1950 roku – z przerwą na okres wojny, kiedy w budynku swoją siedzibę miał niemiecki urząd skarbowy – mieściła się w nim Ubezpieczalnia Społeczna.

Kolejnymi użytkownikami budynku przy ul. Dąbrowskiego 12 były oddziały Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, odpowiednio: od 1 stycznia do 30 listopada 1951 roku – oddział obwodowy, a od 1 grudnia 1951 roku do 28 lutego 1955 roku – oddział wojewódzki. W okresie od 1 marca 1955 do 31 maja 1960 roku obiekt był zarządzany przez Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej, natomiast od 1 czerwca 1960 roku nieprzerwanie jest siedzibą oddziału ZUS (który od 2005 roku funkcjonuje jako I Oddział ZUS w Poznaniu). ■

¹³ Zarządzenie nr 39 Prezesa ZUS z dnia 14 grudnia 2004 roku w sprawie restrukturyzacji terenowych jednostek organizacyjnych ZUS.

Kalendarium Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu

- 1890 – utworzenie Zakładu Ubezpieczeń od Inwalidztwa i na Starość w Poznaniu dla dawniejszej prowincji poznańskiej
- 1918 – rozpoczęcie działalności polskich kas chorych
- 1920 – powstanie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu
- 1927 – powstanie Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu
- 1928 – rozpoczęcie budowy aktualnej siedziby I Oddziału ZUS w Poznaniu u zbiegu ul. Mickiewicza i ul. Dąbrowskiego
- 28.03.1933 – uchwalenie ustawy scaleniowej
- 1934 – likwidacja kas chorych i powstanie w ich miejsce ubezpieczalni społecznych
- 24.10.1934 – scalenie pięciu instytucji ubezpieczeniowych w jedną (od 1 stycznia 1935 roku) na podstawie rozporządzenia Prezydanta RP o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym
- 1935 – powołanie do życia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w tym oddziału w Poznaniu
- 1939 – likwidacja Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i przejęcie jej zadań przez ZUS
- 1.09.1939 – wybuch II wojny światowej, reorganizacja ubezpieczeń społecznych według ustawodawstwa niemieckiego i przekształcenie oddziału w Ubezpieczalnię Krajową Poznań w Poznaniu
- 1940 – zmiana nazwy Ubezpieczalni na Ubezpieczalnię Krajową Okręgu Warty
- 1941 – zmiana nazwy na Ubezpieczalnię Krajową Kraju Warty
- 1945 – wznowienie pracy Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu i Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu na terytorium rozszerzonym o Pomorze i ziemię lubuską (do czasu utworzenia w 1947 roku osobnych oddziałów na tych terenach)
- 1950 – ograniczenie, po zmianie w podziale administracyjnym kraju, zasięgu terytorialnego Oddziału do województwa poznańskiego
- 1951 – powstanie oddziału wojewódzkiego w Poznaniu
- 1955 – likwidacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w tym Oddziału w Poznaniu, podział zadań między Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej oraz związki zawodowe
- 1956 – Poznański Czerwiec; budynek oddziału przy ul. Dąbrowskiego 12 w centrum wydarzeń
- 1960 – reaktywacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w tym Oddziału w Poznaniu
- 1975 – utworzenie na terenie podlegającym dotychczas oddziałowi w Poznaniu kolejnych czterech oddziałów: w Koninie, Ostrowie Wielkopolskim, Pile i Rawiczu
- 1986 – utworzenie Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, z którego finansowane są świadczenia i koszty działalności ZUS
- 1991 – powstanie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników
- 1998 – uchwalenie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych; początek reformy, która rozpoczęła się 1 stycznia 1999 roku
- 2005 – utworzenie w miejsce oddziałów w Poznaniu i w Koninie: I Oddziału w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Dąbrowskiego 12, i II Oddziału w Poznaniu, początkowo z siedzibą w Koninie, następnie w Poznaniu przy ul. Starołęckiej 31
- 2007/2008 – Oddział ZUS w Poznaniu w randze oddziału wojewódzkiego

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego – Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych – II półrocze 2013 roku

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2013 roku sygn. akt III UZP 2/13

Okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych, określonego w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o świadczeniach przedemerytalnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 170), nie musi przypadać bezpośrednio po rozwiązaniu stosunku pracy z przyczyn wymienionych w art. 2 ust. 1 tej ustawy.

Uchwała została wydana po rozpoznaniu przez Sąd Najwyższy zagadnienia prawnego przekazanego przez sąd apelacyjny, sprowadzającego się do pytania, czy w świetle art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o świadczeniach przedemerytalnych okres co najmniej 6 miesięcy pobierania zasiłku dla bezrobotnych, warunkujący nabycie prawa do świadczenia przedemerytalnego, powinien przypadać bezpośrednio po rozwiązaniu stosunku pracy z przyczyn wymienionych w art. 2 ust. 1 tej ustawy.

Zagadnienie to wyłoniło się w sprawie o świadczenie przedemerytalne. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w drodze decyzji odmówił prawa do świadczenia przedemerytalnego osobie, która po rozwiązaniu stosunku pracy podlegała ubezpieczeniu społecznemu rolników przez okres 3,5 miesiąca, po czym dobrowolnie zrezygnowała z tego ubezpieczenia, a następnie została zarejestrowana jako bezrobotna i przez okres dłuższy niż 6 miesięcy pobierała zasiłek dla bezrobotnych. Sąd okręgowy, który rozpatrywał odwołanie od tej decyzji, również uznał, że świadczenie przedemerytalne nie przysługuje, ponieważ przesłanki określone w art. 2 ust. 1 pkt 5 oraz w art. 2 ust. 3 ustawy o świadczeniach przedemerytalnych muszą być spełnione łącznie, oba przepisy zaś należy interpretować jako integralną całość. W tej sprawie tak nie było, ponieważ zainteresowana osoba bezpośrednio po

rozwiązaniu stosunku pracy prowadziła zarobkową działalność rolniczą, a więc, według sądu, świadczenie przedemerytalne jej nie przysługuje.

Wątpliwości w tej sprawie powziął natomiast sąd apelacyjny, który, przedstawiając zagadnienie prawne Sądowi Najwyższemu, wskazywał na konieczność sprecyzowania wykładni art. 2 ust. 3 ustawy o świadczeniach przedemerytalnych.

Sąd Najwyższy po przeprowadzeniu wnikliwej analizy treści art. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o świadczeniach przedemerytalnych wskazał, że zgodnie z tym przepisem prawo do świadczenia przedemerytalnego przysługuje nie tylko pracownikom, z którymi rozwiązano stosunek pracy z powodu likwidacji pracodawcy lub jego niewypłacalności albo z przyczyn dotyczących zakładu pracy, lecz także osobom, które nie mogą znaleźć zatrudnienia po okresie ponad 5-letniego pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy, a także znajdującym się w podobnej sytuacji osobom prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą po ogłoszeniu upadłości. Celem tych unormowań jest zapewnienie wsparcia socjalnego (do czasu nabycia uprawnień emerytalnych) osobom, które utraciły źródło utrzymania nie ze swojej winy, a z uwagi na wiek nie są w stanie konkurować na rynku pracy.

Wykładnia semantyczna omawianych przepisów wskazuje, że nabycie prawa do świadczenia przedemerytalnego nie zostało uzależnione od zarejestrowania się w urzędzie pracy w charakterze bezrobotnego bezpośrednio po utracie źródła utrzymania. Ustawa nie zawiera także przepisu, który pozbawiałby takie osoby prawa do świadczenia przedemerytalnego w przypadku poszukiwania nowego zatrudnienia lub jego podjęcia w okresie przed otrzymaniem zasiłku dla bezrobotnych. W ocenie Sądu Najwyższego wykładnia tych przepisów prowadzi do konkluzji, że świadczenie przedemerytalne powinno być przyznane tylko w sy-

tuaacji, gdy osoba w wieku przedemerytalnym nie ma rzeczywistej możliwości znalezienia zatrudnienia, co powinno być poprzedzone aktywnym poszukiwaniem pracy. Również aspekt fiskalny – ogromne dotacje przekazywane z budżetu państwa na te świadczenia (wypłacane przez ZUS) – nakazuje taką wykładnię tych przepisów. Chodzi więc o to, aby świadczenia przedemerytalne płynęły do osób, które po nieudanych próbach pozyskania źródła zarobku nie są w stanie znaleźć pracy. Celem ustawy jest więc wspieranie aktywności takich osób, a nie propagowanie biernej postawy.

Ponadto z przepisów wynika jednoznacznie, że nie ma obowiązku zgłaszania się w urzędzie pracy bezpośrednio po rozwiązaniu stosunku pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, ale racjonalne i celowe jest podjęcie prób znalezienia nowej pracy (działalności zarobkowej). Dopiero gdy próby takie nie dają efektu, przysługuje prawo do zasiłku.

Z tych względów Sąd Najwyższy uznał, że nabycie prawa do świadczenia przedemerytalnego nie jest uzależnione od pobierania zasiłku dla bezrobotnych, określonego w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o świadczeniach przedemerytalnych, bezpośrednio po zakończeniu okresów wymienionych w art. 2 ust. 1 tej ustawy.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 2013 roku sygn. akt II UZP 4/13

Ubezpieczony urodzony przed dniem 31 grudnia 1948 roku, który po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego kontynuował ubezpieczenie i wystąpił o emeryturę po dniu 31 grudnia 2008 roku, ma prawo do jej wyliczenia na podstawie art. 26 w związku z art. 55 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 z późn. zm.), niezależnie od tego, czy wcześniej złożył wniosek o emeryturę w niższym wieku emerytalnym lub o emeryturę wcześniejszą.

Stan faktyczny, który stał się podstawą uchwały Sądu Najwyższego, był taki, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił wnioskodawcy prawa do emerytury obliczonej zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W uzasadnieniu decyzji ZUS podniósł, że możliwość skorzystania z ustalenia wysokości emerytury na podstawie tego przepisu mają jedynie osoby, które spełniają warunki dotyczące wieku i stażu pracy oraz kontynuują ubezpieczenie emerytalne i rentowe po osiągnięciu 65 lat (mężczyźni) i z wnioskiem wystąpią po raz pierwszy po dniu 31 grudnia 2008 roku. Wnioskodawca nie spełniał tego warunku, ponieważ miał ustalone prawo do wcześniejszej emerytury przyznane na podstawie art. 29 tej ustawy.

Zainteresowany uznał, że wykładnia przepisów dokonana przez ZUS jest błędna i złożył odwołanie od

decyzji do sądu okręgowego, a następnie do sądu apelacyjnego. Sąd apelacyjny wobec powstałych w sprawie wątpliwości skierował zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały wskazał, że stosownie do art. 55 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ubezpieczonemu spełniającemu warunki do uzyskania emerytury na podstawie art. 27 (a więc po osiągnięciu wieku wynoszącego co najmniej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn oraz pod warunkiem posiadania okresów składkowych i nieskładkowych – dla kobiet co najmniej 20 lat, dla mężczyzn – 25 lat), który kontynuował ubezpieczenia emerytalne i rentowe po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego i wystąpił z wnioskiem o przyznanie emerytury po dniu 31 grudnia 2008 roku, może być obliczona emerytura na podstawie art. 26, jeżeli jest wyższa od obliczonej zgodnie z art. 53 tej ustawy. Sformułowanie „kontynuował ubezpieczenia” użyte w art. 55 ustawy oznacza, że „nie rozwiązał stosunku pracy”, niezależnie od tego, czy wystąpił o przyznanie emerytury (wcześniejszej lub w niższym wieku emerytalnym). Oznacza to, że zawarta w art. 55 ustawy przesłanka dotycząca kontynuowania ubezpieczeń do dnia zgłoszenia wniosku o emeryturę w powszechnym wieku emerytalnym mogłaby zostać spełniona także w sytuacji, gdyby wniosek o emeryturę został złożony przed osiągnięciem powszechnego wieku emerytalnego. Z przepisu tego nie wynika, aby wniosek o emeryturę musiał być pierwszym wnioskiem o świadczenie emerytalne.

Tak więc nabycie prawa do emerytury przyjęte w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych uzasadnia twierdzenie, że na emeryturę można przechodzić kilka razy. Jeżeli więc nie może być kwestionowana możliwość kilkakrotnego przechodzenia na emeryturę, a w treści art. 55 ustawy brak zastrzeżenia, że wniosek o przejście na emeryturę w powszechnym wieku emerytalnym przez osoby objęte art. 27 ustawy, ma być pierwszym wnioskiem o przejście na emeryturę, przepis art. 55 należy rozumieć jako przyznający prawo do złożenia wniosku o wyliczenie emerytury w powszechnym wieku emerytalnym, jeżeli ubezpieczenia emerytalne i rentowe były kontynuowane po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego (60 lub 65 lat), a wniosek został złożony po dniu 31 grudnia 2008 roku, niezależnie od faktu przejścia na emeryturę wcześniejszą lub w niższym wieku emerytalnym.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 2013 roku sygn. akt II UZP 5/13

Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały po rozpoznaniu następującego zagadnienia prawnego:

Czy sąd powszechny jest właściwy do rozpoznania odwołania od decyzji administracyjnej odmawiającej wszczęcia

z urzędu postępowania (na podstawie art. 83a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 z późn. zm.) w sprawie unieważnienia decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dotyczących stwierdzenia podlegania ubezpieczeniu społecznemu i wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, od których nie zostało złożone odwołanie do właściwego sądu powszechnego.

W rozpatrywanej sprawie stan faktyczny był taki, że zainteresowany wystąpił do ZUS o stwierdzenie nieważności dwóch decyzji:

- decyzji dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym oraz
- decyzji dotyczącej wymiaru składek na te ubezpieczenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił wszczęcia postępowania, stwierdzając, że zainteresowany nie wniósł odwołania od decyzji dotyczącej podlegania ubezpieczeniom społecznym do sądu, natomiast od decyzji dotyczącej wymiaru składek wniósł odwołanie i zostało ono rozpoznane nieprawomocnym wyrokiem sądu okręgowego. Jako podstawę swojego postępowania ZUS przywołał art. 83a ust. 2, art. 83b i art. 123 ustawy z dnia 17 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. Zainteresowany odwołał się od tej decyzji ZUS do sądu okręgowego. Sąd w drodze postanowienia uznał swoją niewłaściwość, stwierdzając, że droga sądowa w tej sprawie jest niedopuszczalna i sprawę odwołania zainteresowanego przekazał ponownie do ZUS do rozpatrzenia w trybie postępowania administracyjnoprawnego. Postanowienie to w całości zaskarżył ZUS, zarzucając naruszenie przepisów prawa procesowego i błędne zastosowanie przepisów przez sąd okręgowy. Sąd apelacyjny stwierdził, że zagadnienie prawne powstałe w sprawie budzi poważne wątpliwości i przekazał sprawę Sądowi Najwyższemu do rozstrzygnięcia.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia o odmowie podjęcia uchwały stwierdził, że przedstawione zagadnienie prawne można rozwikłać dzięki argumentacji przedstawionej w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2011 roku, sygn. akt UZP 3/10 (OSNP 2011 nr 17–18, poz. 233). W uzasadnieniu do tej uchwały Sąd Najwyższy stwierdził, że zasada trybu odwoławczego ustanowionego w ustawie z dnia 17 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych polega na tym, że od decyzji ZUS przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, a nie na zasadach określonych w Kodeksie postępowania administracyjnego. Te podstawowe zasady trybu odwoławczego dotyczą wszystkich decyzji ZUS w zakresie indywidualnych spraw, z wyjątkami wymienionymi enumeratywnie w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. W sprawach ubezpieczeń społecznych unieważnienie decyzji ostatecznej nie zostało poddane trybowi prze-

widzianemu w k.p.a. W tych sprawach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a więc organ uprawniony do wydawania decyzji, jest uprawniony do unieważnienia decyzji prawomocnej (w formie decyzji) wtedy, gdy decyzja ostateczna jest sprzeczna z prawem.

Odwołanie do właściwego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych przysługuje także od decyzji ZUS wydanej na podstawie art. 83a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a więc od decyzji w przedmiocie nieważności decyzji. Natomiast stosownie do art. 83b ust. 1 tej ustawy ZUS wydaje decyzje także w takich przypadkach, które według k.p.a. załatwiane są postanowieniami kończącymi postępowanie w sprawie. Postanowienie odmawiające wszczęcia postępowania jest postanowieniem kończącym postępowanie w sprawie, a więc na podstawie art. 83b ust. 1 omawianej ustawy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje w tym zakresie decyzję, która jest decyzją w przedmiocie stwierdzenia nieważności decyzji. Od decyzji tej przysługuje odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, ponieważ taka jest droga odwoławcza od decyzji ZUS, w tym od decyzji w przedmiocie stwierdzenia nieważności decyzji.

Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2013 roku sygn. akt II UZP 6/13

Czas zasadniczej służby wojskowej odbytej w okresie obowiązywania art. 108 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz.U. nr 44, poz. 220, w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 grudnia 1974 roku) zalicza się – na warunkach wynikających z tego przepisu – do okresu pracy wymaganego do nabycia prawa do emerytury w niższym wieku emerytalnym (art. 184 w związku z art. 32 ust. 1 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 z późn. zm.).

W sprawie rozpatrywanej przez Sąd Najwyższy w składzie powiększonym stan faktyczny był taki, że ZUS odmówił wnioskodawcy prawa do emerytury wobec braku 15 lat pracy w szczególnych warunkach, ponieważ do okresu tej pracy nie zaliczono okresu zasadniczej służby wojskowej w latach 1971–1973.

W wyniku kolejnych odwołań zainteresowanego sprawa trafiła do Sądu Najwyższego. Wobec rozbieżności w orzecznictwie zapytanie, czy okres zasadniczej służby wojskowej podlega zaliczeniu do okresu pracy w szczególnych warunkach, wymaganego do nabycia prawa do emerytury na podstawie art. 184 w związku z art. 32 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 z późn. zm.), zostało przedstawione do rozstrzygnięcia składowi powiększonemu Sądowi Najwyższemu.

W sprawie tej problemem nie było jednak przyjmowanie zasadniczej służby wojskowej jako okresu składkowego albo zaliczanego w rozumieniu poprzednich przepisów, tj. dekretu z dnia 25 czerwca 1954 roku o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin oraz ustawy z dnia 23 stycznia 1968 roku o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (które obowiązywały w czasie, gdy zainteresowany odbywał zasadniczą służbę wojskową), lecz rozstrzygnięcie, czy ta służba jest równoznaczna z okresem pracy w szczególnych warunkach wymaganych do nabycia emerytury z tego tytułu.

Okres zasadniczej służby wojskowej nie jest obecnie – i nie był podczas obowiązywania poprzednich regulacji – okresem zatrudnienia. Poprzednio obowiązujące przepisy nakazywały tylko zaliczać okres tej służby do okresu zatrudnienia w zakresie określonych uprawnień. Tak więc w okresie odbywania zasadniczej służby wojskowej żołnierz nie był pracownikiem zatrudnionym w szczególnych warunkach. Jednak okres tej służby mógł być uwzględniony w stażu ubezpieczeniowym (jako okres zaliczalny albo równorzędny) tylko na podstawie odrębnego przepisu. Szczegółowe zasady zaliczania zasadniczej służby wojskowej do okresu zatrudnienia były uregulowane w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 listopada 1968 roku w sprawie szczegółowych uprawnień żołnierzy i ich rodzin, które stanowiło, że pracownikowi, który podjął zatrudnienie po odbyciu służby, zaliczało się okres odbytej służby do okresu zatrudnienia w zakresie uprawnień uzależnionych od ilości lat pracy w danym zakładzie (rozporządzenie to już nie obowiązuje).

Odnosząc się do konkretnej sprawy, Sąd Najwyższy w składzie powiększonym stwierdził, że – uwzględniając utrwalony w judykaturze pogląd, że do oceny określonego stanu faktycznego, w tym zrealizowanego przed wejściem ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wywołującego określony skutek prawny – należy stosować przepisy obowiązujące w czasie realizacji tego stanu faktycznego; w rozpatrywanej sprawie będą to przepisy obowiązujące w latach 1971–1973.

W czasie, w którym przypadła zasadnicza służba wojskowa wnioskodawcy, obowiązywała ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej Ludowej. Ustawa ta gwarantowała pracownikowi wliczenie okresu służby wojskowej do okresu zatrudnienia w zakresie wszelkich uprawnień związanych z tym zatrudnieniem, jeżeli po odbyciu tej służby podjął on zatrudnienie w tym samym zakładzie pracy, w którym był zatrudniony przed powołaniem do służby. Językowa wykładnia przepisów ustawy w sposób niebudzący wątpliwości prowadzi do wniosku, że pod rządem ustawy z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony PRL i wydanego na jej podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 listopada 1968 roku

w sprawie szczególnych uprawnień żołnierzy, żołnierzowi zatrudnionemu w warunkach szczególnych przed powołaniem do czynnej służby wojskowej, który po zakończeniu tej służby podjął zatrudnienie w tych samych warunkach, czas odbywania służby wojskowej wliczał się do okresu zatrudnienia w zakresie wszelkich uprawnień związanych z zatrudnieniem przed powołaniem do służby wojskowej oraz w zakresie szczególnych uprawnień uzależnionych od wykonywania pracy na określonym stanowisku lub w określonym zawodzie.

W konsekwencji taki okres służby wojskowej jest nie tylko okresem służby w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, lecz także okresem pracy w szczególnych warunkach.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 4 grudnia 2013 roku sygn. akt II UZP 7/13

Do przebytych okresów składkowych przyjmowanych przy ustalaniu kapitału początkowego (art. 174 ust. 2 pkt 1 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 z późn. zm.) nie stosuje się przelicznika zatrudnienia na kolei, o którym mowa w art. 43 ust. 2 powołanej ustawy.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2013 roku sygn. akt III PZP 6/13

Termin przedawnienia roszczenia pracodawcy (płatnika składek) z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia (art. 405 i nast. Kodeksu cywilnego), będącego następstwem zapłaty przez niego składek na ubezpieczenia społeczne pracowników w części, która powinna być przez nich finansowana, rozpoczyna bieg od dnia zapłaty tych składek przez pracodawcę.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 roku sygn. akt III UZP 3/13

Sąd Najwyższy postanowił odmówić podjęcia uchwały po rozpoznaniu następującego zagadnienia prawnego:

Czy organ rentowy, wypłacając emerytury zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 listopada 2012 roku, sygn. akt K 2/12 (ogłoszonym w dniu 22 listopada 2012 roku w Dz.U. poz. 1285), których wypłatę wstrzymano od dnia 1 października 2011 roku, obowiązany jest również do wypłaty odsetek – stosownie do art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585). ■

Opracowała
Jadwiga Pawłowska-Chłystowska

Przegląd wydarzeń w kraju i na świecie

W KRAJU

Sędziowie i prokuratorzy dostaną niższą pensję w czasie choroby

Na ostatnim styczniowym posiedzeniu Sejmu polskie uchwalili nowelizację ustawy o prokuraturze, ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz ustawy o Sądzie Najwyższym. Wprowadza ona zasadę, że wynagrodzenie przysługujące prokuratorom, sędziom sądów powszechnych i Sądowi Najwyższemu przebywającym na zwolnieniu lekarskim ulega obniżeniu ze 100 proc. na 80 proc. za czas przebywania na zwolnieniu. Zmiany obejmą także sędziów sądów wojewódzkich, wojewódzkich sądów administracyjnych i Naczelnego Sądu Administracyjnego, a także asesorów prokuratury.

Obniżone wynagrodzenie będzie mogło być wypłacane maksymalnie przez rok zwolnienia lekarskiego. Po rocznej nieobecności związanej z chorobą – zgodnie z obowiązującymi przepisami – sędzia lub prokurator może przejść lub być przeniesiony w stan spoczynku.

Jednocześnie ustawa wskazuje okoliczności, w których prokuratorzy i sędziowie przebywający na zwolnieniu lekarskim zachowują prawo do 100 proc. wynagrodzenia. Dotyczy to np. nieobecności z powodu wypadku przy pracy albo w drodze do pracy lub z pracy oraz choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami wykonywania czynności prokuratora lub sędziego. O tym, czy choroba powstała w związku z wykonywaniem czynności prokuratora lub sędziego, ma rozstrzygać lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Ustawa została skierowana do Senatu, który na lutym posiedzeniu podjął uchwałę w sprawie wprowadzenia poprawek.

Zmiany w dozwolonych pracach w niedziele i święta

Sejm uchwalił także nowelizację Kodeksu pracy. Rozszerza ona katalog prac, których wykonywanie jest dozwolone w niedziele i święta. Dozwolone będzie świadczenie usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej (czyli m.in. poczty elektronicznej) lub urządzeń telekomunikacyjnych. Świadczenie takich usług będzie dopuszczalne pod warunkiem, że będą one odbierane poza terytorium Rzeczypospolitej Pol-

skiej w dniach, które w kraju odbiorcy usługi są dniami pracy, a w Polsce dniami od niej wolnymi.

Zmiana przepisów ma wesprzeć powstawanie nowych miejsc pracy i tym samym poprawić konkurencyjność polskiego rynku pracy. Osoby wykonujące w niedziele i święta prace, o których mowa w nowelizacji, będą uprawnione – analogicznie do innych osób pracujących w takie dni – do otrzymania dnia wolnego lub odpowiedniego dodatku do wynagrodzenia.

Ustawa została podpisana przez Prezydenta 10 lutego 2014 roku.

Wyższe ulgi dla kombatantów

Izba przyjęła także nowelizację ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego oraz niektórych innych ustaw. Na jej mocy tworzy się Korpus Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej, obejmujący osoby, które uzyskały bądź uzyskają w przyszłości tzw. uprawnienia kombatanckie z tytułu walki zbrojnej o niepodległość Polski.

Nowe przepisy podnoszą ulgę dla członków Korpusu na przejazdy autobusami i pociągami na terenie kraju z 37 proc. do 51 proc. Wdowom i wdowcom po członkach Korpusu ma przysługiwać zniżka w tej samej wysokości.

Przewidziano także m.in. nowy, uproszczony tryb wypłaty świadczeń pieniężnych dla kombatantów oraz ofiar represji wojennych i powojennych mieszkających za granicą. Chodzi o osoby, które dotychczas nie otrzymywały należnych im dodatkowych świadczeń pieniężnych ze względu na utrudnienia w ich wypłacie.

Wprowadzono też ułatwienia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez państwo dla kombatantów i ofiar represji. Placówki opieki zdrowotnej będą miały obowiązek udzielania tych świadczeń w dniu zgłoszenia, poza kolejnością przyjęć wynikającą z listy oczekujących. Jeśli nie będzie to możliwe, będzie musiał być wyznaczony inny termin, także poza kolejnością przyjęć. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie będą mogły być udzielane później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia. Kombatanci i ofiary represji będą obsługiwani poza kolejnością także w aptekach.

Ustawa została skierowana do Senatu, który na lutym posiedzeniu podjął uchwałę w sprawie wprowadzenia poprawek.

Duże różnice w zarobkach Polaków

Na Lubelszczyźnie zarabia się średnio 3200 zł brutto, są jednak miasta, w których o 2000 zł pensji można tylko pomarzyć.

Z raportu Gazeta.praca.pl wynika, że najlepiej zarabia się na Mazowszu (5400 zł), na Dolnym Śląsku (4331 zł) i Pomorzu (4250 zł). Na drugim biegunie – tu nie ma zaskoczenia – są województwa lubelskie, podkarpackie i podlaskie (3200 zł). Najślabiej zarabia się w warmińsko-mazurskim (3150 zł).

W tych najbiedniejszych regionach można jednak zarobić znacznie więcej. Według analizy agencji doradztwa personalnego Grafton Recruitment coraz więcej zapytań o programistów, inżynierów procesów i opiekunów klienta pochodzi właśnie z tych uboższych województw, a w tych branżach zarabia się bardzo dobrze – pensja jest wyższa od średniej płacy w regionie. Dla przykładu programista Java na Podkarpaciu może zarobić od 4000 zł do 8500 zł miesięcznie.

Miejscowością, w której zarabia się najmniej, są Pieszyce w województwie dolnośląskim. Średni roczny dochód tej gminy, liczony na jednego mieszkańca, wynosi mniej niż 1590 zł. Nieco więcej zarabia się w Luboniu w woj. wielkopolskim (1700 zł). Na liście miejscowości z niską pensją są też gminy z Lubelszczyzny: Świdnik, Kraśnik i Hrubieszów, gdzie średnia pensja nie przekracza 2000 złotych.

Polacy nadal pracują na czarno

Co ósmy pracownik zatrudniony na etacie dostawał w 2012 roku równowartość płacy minimalnej, czyli nie więcej niż 1500 zł brutto – pisze „Dziennik Gazeta Prawna”. Oznacza to, że 1,3 mln Polaków otrzymuje najniższe możliwe wynagrodzenie za pracę.

Z analizy Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w mikroprzedsiębiorstwach płacą minimalną musiało się zadowolić aż 3/4 zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (941,9 tys. osób). Według dotychczasowych danych zjawisko miało dotyczyć ok. 358,1 tys. pracowników firm zatrudniających ponad dziewięć osób.

Rzeczywiste dochody pracowników mogą być jednak wyższe, ponieważ niektórzy pracodawcy rozliczają się ze swoimi pracownikami pod stołem. Celem takich praktyk jest unikanie zbyt wysokich pozapłacowych kosztów pracy.

Nie będzie kontroli reklamy OFE

Komisja Nadzoru Finansowego i Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie zajęli się skargą Ministerstwa Finansów w sprawie nieetycznych reklam

otwartych funduszy emerytalnych. Ministerstwo twierdziło, że reklama zachwalająca OFE wprowadzała w błąd.

Chodziło o telewizyjne reklamy Konfederacji Lewiatan, które miały zachęcić klientów do pozostania w OFE. Były one nadawane od listopada 2013 roku do połowy stycznia 2014 roku. Później zniknęły, bo zaczął obowiązywać ustawowy zakaz reklamowania OFE pod groźbą kary 3 mln zł.

Spoty pokazywały mężczyznę, który tłumaczy grupie ludzi w centrum handlowym, jak ważne jest oszczędzanie w OFE. Przekonywał, że drugi filar jest potrzebny, bo tam nasze pieniądze pracują i procentują. Kiedy jeden ze słuchaczy pytał, co by się stało, gdyby zrezygnować z drugiego filaru, konstrukcja zbudowana z ZUS i OFE rozsypała się. Mężczyzna mówiący o korzyściach z OFE mrugał porozumiewawczo do słuchaczy, a w tle można było usłyszeć: „Na jednym filarze emerytury nie zbudujesz. Zostaję z OFE”.

Ministerstwo Finansów twierdziło, że ta reklama wprowadzała w błąd, bo towarzystwa nie informowały przyszłych emerytów o ryzyku inwestycyjnym i chwaliły się, że zarobiły dla przyszłych emerytów 100 mld zł. Nie mówiły jednak, że przekazywanie składek do OFE kosztowało budżet 280 mld zł. Urzędnicy podkreślali też, że w reklamie OFE nie powinny być przedstawiane na równi z ZUS.

NA ŚWIECIE

Były prezes włoskiego ubezpieczyciela dorabiał na 25 stanowiskach

Aż 25 stanowisk zajmował prezes włoskiego odpowiednika ZUS Antonio Mastrapasqua. Listę pełnionych przez niego funkcji przewodniczącego i dyrektora spółek oraz instytucji opublikowano, gdy wszczęto śledztwo w sprawie oszustw finansowych w szpitalu, którym kieruje.

Mastrapasqua, specjalista w dziedzinie matematyki finansowej, był od 2008 roku prezesem Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, włoskiego zakładu ubezpieczeń społecznych. Od 2011 roku był zarazem dyrektorem generalnym jednego ze szpitali w Rzymie i w tej roli został objęty dochodzeniem w sprawie sfałszowania w tej placówce tysięcy dokumentów, na podstawie których otrzymała ona od władz regionu zwrot milionów euro za rzekomo wykonane usługi medyczne.

Nacisk ze strony opinii publicznej spowodował, że Mastrapasqua, odżegnujący się od powiązania z oszustwami w szpitalu, podał się do dymisji 1 lutego 2014 roku.

Były prezes INPS jest prawdziwym rekordzistą pod względem liczby zajmowanych stanowisk. Jak zauważają media, swoimi obowiązkami mógłby podzielić się

z kilkoma osobami, które nie narzekałyby na brak zajęć. Jego łączne zarobki z tytułu piastowania wszystkich funkcji wynosiły 1,2 mln euro rocznie.

Imponująca jest także wszechstronność prezesa, który zna się nie tylko na systemie emerytalnym, lecz także na systemie podatkowym, nieruchomościach, autostradach, energii i bankowości oraz sporcie. Jest na przykład wiceprezesem spółki Equitalia zajmującej się ściąganiem zaległych podatków, menedżerem i konsultantem wielkiego włoskiego banku, zasiada w zarządzie autostrad, kieruje największą we Włoszech spółką zarządzającą nieruchomościami. Zasiada też w kierownictwie spółki inżynierskiej obecnej na rzymskich lotniskach.

O europejskim kryzysie w Davos

— *Nie można mówić o wyjściu z kryzysu, jeśli mamy tak wysoką stopę bezrobocia* – powiedział na Światowym Forum Ekonomicznym w Davos szef Komisji Europejskiej José Manuel Barroso.

Naukowcy, biznesmeni i politycy nie byli oczywiście w stanie przez kilka dni wymyślić strategii zaradzenia temu „największemu z wyzwań”. Problemem jest nie tylko to, że ludzie nie mają pracy. Drugie dno tego zjawiska to katastroficznie wysokie bezrobocie wśród młodych.

Paradoksem, który istnieje obecnie na większości rynków pracy, jest fakt, że ludzie nie mogą znaleźć zatrudnienia, a pracodawcy narzekają, że nie ma dostatecznej liczby osób o odpowiednich kwalifikacjach. Ta luka stale się powiększa. W tym roku aż 63 proc. z przepytanych przez firmę PwC prezesów firm globalnych przyznało, że ma problem z dostępnością wykształconej kadry. W 2009 roku, czyli na początku kryzysu, odpowiadało tak 46 proc. pytanych.

Im dłużej problem bezrobocia narasta, tym trudniej go rozwiązać. Dwa lata temu nikt w Davos nie mówił o bezrobociu, mimo że wtedy już bardzo szybko rosło. Dobre decyzje podjęte dziś sprawią, że efekty pojawią się za kilka lat. Brak działania powoduje nie tylko to, że kolejni ludzie tracą pracę, lecz także to, że ci, którzy jej nie mieli, tracą wcześniejsze kwalifikacje i motywację. Trzeba współpracy między uczelniami, rządami

i sektorem prywatnym, żeby ludzie wiedzieli, jaki kierunek studiować i jaki zawód wybrać.

Grecy latają domowe budżety emeryturami

Prawie połowa greckich gospodarstw domowych żyje dzięki dochodom z emerytur – wynika z badań przeprowadzonych w tym kraju. Co więcej, rośnie liczba emerytowanych rodziców wspierających bezrobotne dzieci i wnuki.

Z badania, które przygotował Instytut Małych i Średnich Przedsiębiorstw Greckiej Konfederacji Pracowników, Rzemieślników i Kupców, wynika również, że rosnące bezrobocie może przekładać się na konieczność cięć w wydatkach gospodarstw domowych. Ma to również wpływ na jakość kupowanych przez nie produktów.

Emerytury i renty stanowią główne źródło dochodów dla 48,6 proc. gospodarstw domowych. Eksperti instytutu oceniają tę sytuację jako „rozczarowującą”, zwłaszcza jeśli chodzi o system opieki społecznej w tym kraju. Wynagrodzenia z pracy najmniej są głównym źródłem dochodów dla 35,9 proc. gospodarstw domowych, a zyski z przedsiębiorstw – dla 10,3 proc.

Aż 94,6 proc. ankietowanych zadeklarowało, że ich dochody spadły, średnio o prawie 40 proc. W przypadku 35 proc. z nich przełożyło się to na opóźnienia w płatnościach, na przykład za rachunki. Zdaniem ekspertów instytutu ten trend ma się umacniać w tym roku.

Około 40 proc. greckich gospodarstw domowych spodziewa się, że nie będzie w stanie zapłacić bieżących rachunków, w tym również należności podatkowych. Może to oznaczać spore straty w budżecie państwa. Wysokie zadłużenie może przełożyć się również na konieczność sprzedaży ogromnej liczby nieruchomości w celu uzyskania środków na uregulowanie zobowiązań.

Według sondażu Grecy w pierwszej kolejności będą rezygnować z jedzenia poza domem, kupowania droższej odzieży i jedzenia. Z „planów oszczędnościowych” będą próbowali za to wyłączyć wydatki na zdrowie i edukację. ■

Opracowała
Agnieszka Rosa

Agnieszka Rosa

Sprawozdawca sejmowy
„Ubezpieczeń Społecznych”

Z prac parlamentu

ZLECENIOBIORCY BĘDĄ OSKŁADKOWANI

Minister pracy i polityki społecznej przygotował projekt zmian w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustawach. Dotyczy on kręgu podmiotów podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zasad ich opłacania i finansowania oraz przekazywania dokumentów ubezpieczeniowych.

Tak jest obecnie

Obecnie art. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 1442) określa krąg podmiotów podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, art. 8 tej ustawy dookreśla i definiuje aktywności zawodowe, o których mowa w art. 6 (wskazuje, jakie podmioty mogą być przypisane do konkretnych grup ubezpieczonych), natomiast art. 9 stanowi schemat podlegania ubezpieczeniom społecznym w razie zbiegu kilku tytułów do ubezpieczeń. Z kolei w art. 18 ustawy określone są podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

Zgodnie z aktualnym stanem prawnym w zasadzie każda praca, w szczególności zatrudnienie w ramach stosunku pracy, świadczenie usług w ramach umowy zlecenia czy działalność pozarolnicza, rodzi obowiązek ubezpieczenia i stanowi tytuł do ubezpieczeń społecznych. Inaczej jest jednak w razie równoległego wykonywania więcej niż jednej aktywności zawodowej, tj. w razie zbiegu tytułów do ubezpieczeń społecznych.

Obecnie osoby posiadające kilka tytułów do ubezpieczeń podlegają ubezpieczeniom co do zasady z jednego tytułu – pierwszego lub wybranego przez siebie. Wyjątki od tej zasady to:

- podleganie ubezpieczeniom z tytułu stosunku pracy, który bez względu na liczbę zawartych umów o pracę bądź istniejących dodatkowo innych tytułów ubezpieczeniowych zawsze rodzi obowiązek ubezpieczeń społecznych,
- uzyskiwanie z tytułu stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby celnej wynagrodzenia w prze-

liczeniu na okres miesiąca w kwocie niższej niż minimalne wynagrodzenie – wówczas podlega się ubezpieczeniom także z innych tytułów,

- zawarcie umowy zlecenia lub umowy o dzieło z własnym pracodawcą lub wykonywanie tej umowy na jego rzecz – wówczas zleceniobiorca (wykonujący dzieło) uważany jest na gruncie ubezpieczeń społecznych za pracownika, co wiąże się z oskładkowaniem wykonywanej umowy.

W pozostałych przypadkach jeden tytuł do ubezpieczeń wypiera inne tytuły oraz inne stosunki prawne występujące w ramach jednego tytułu do ubezpieczeń. Ponadto w przypadku kilku umów zlecenia wykonywanych przez zleceniobiorcę równoległe, podlega on ubezpieczeniom z jednej umowy – pierwszej lub wybranej przez siebie, bez względu na wysokość wynagrodzenia ustalonego przez strony za wykonanie takiej umowy. Oprócz tego, w świetle aktualnie obowiązujących przepisów, członkowie rad nadzorczych podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale nie podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

Zdaniem resortu pracy prowadzi to do wielu nadużyć. W wystąpieniach kierowanych do ministerstwa zarówno ubezpieczeni, jak i związki zawodowe występujące w ich imieniu wskazują, że w wyniku tej regulacji część płatników składek korzysta z konstrukcji przepisu i w przypadku kilku umów zlecenia ubezpiecza zleceniobiorców z tytułu wykonywania najniższej płatnej umowy (częstokroć kilkudziesięciozłotowej), z pozostałych umów odprowadza zaś jedynie składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Z korespondencji kierowanej do resortu pracy wynika, że ta praktyka jest stosowana wbrew woli zleceniobiorców, którzy – jako podmiot słabszy na rynku pracy – nie mają realnych możliwości wyboru wyższego ubezpieczenia. To powoduje, że pomimo wielu lat ubezpieczenia nie mają oni szansy wypracowania sobie chociażby minimalnego świadczenia emerytalnego czy rentowego. W momencie, gdy zachorują lub ulegną wypadkowi przysługujące im świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego (ewentualnie chorobowego) będzie nieadekwatne do utraconych zarobków z uwagi na fakt, że tylko jedna z umów zlecenia – z bardzo nisko ustalonym wynagrodzeniem – rodzi obowiązek opłacania składek na

ubezpieczenia społeczne, więc świadczenie będzie obliczone jedynie z tej jednej umowy, a nie od całego przychodu.

Tak proponuje minister pracy

Zmiana zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu wykonywania umowy zlecenia dotyczy odmiennego niż dotychczas usytuowania tego tytułu do ubezpieczeń społecznych w przypadku posiadania kilku tytułów do ubezpieczenia przez jeden podmiot.

Umowy zlecenia są coraz powszechniejszą formą wykonywania pracy na rzecz innego podmiotu, w istocie często zastępującą stosunek pracy. Dlatego minister pracy uznał za słuszne wprowadzenie rozwiązań zmierzających do zapewnienia wykonującym ją podmiotom większej ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z danymi ZUS liczba zleceniobiorców podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym rośnie i w grudniu 2012 roku wynosiła 815,8 tys. osób.

Projekt zakłada wprowadzenie rozwiązań zmierzających do rozszerzenia obowiązku ubezpieczeń w przypadku zbiegu wykonywania umowy zlecenia z inną aktywnością zarobkową oraz kilku umów zleceń, co, jak się wydaje, mogłoby ograniczyć potencjalne „korzyści” ekonomiczne płatników składek wynikające z zawierania umów zlecenia w miejsce umów o pracę.

Uwzględniając zarówno interes ubezpieczonego, jak i płatnika składek oraz aktualną sytuację gospodarczą, proponuje się zrównanie wykonywania umowy zlecenia z innymi tytułami, których posiadanie powoduje sumowanie podstaw wymiaru składek do kwoty co najmniej minimalnego wynagrodzenia. Oznacza to, że zgodnie z zaproponowaną zmianą do umów zlecenia zastosowanie będzie miał przepis analogiczny jak art. 9 ust. 1a ustawy, dotyczący kumulowania tytułów do ubezpieczeń w przypadku uzyskiwania z nich podstawy wymiaru składek niższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę. Według aktualnego stanu prawnego obejmuje on grupy osób, które podlegają ubezpieczeniom społecznym z tytułu stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego lub wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie. Jeżeli w przeliczeniu na okres miesiąca podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne tych osób jest niższa od minimalnego wynagrodzenia, podlegają one również obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów.

W przypadku umów zlecenia przyjęto, że zasada kumulacji tytułów będzie miała miejsce w sytuacji, gdy podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne byłaby niższa od minimalnego wynagrodzenia w danym miesiącu.

Większość ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniom w przypadku wykonywania aktywności zawodowej różnego rodzaju opłaca składki na ubezpieczenia społeczne przynajmniej od kwoty minimalnego wynagrodzenia (o ile taki przychód osiąga). Oprócz omówionych powyżej zbiegów należy wskazać, że również w przypadku zbiegu ubezpieczeń społecznych z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej z umową zlecenia lub umową o pracę nakładczą osoba, która łączy te aktywności, podlega ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, chyba że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z drugiego tytułu jest co najmniej równa podstawie wymiaru składek właściwej dla osoby prowadzącej działalność – wówczas ubezpieczony ma prawo wybrać, z którego tytułu podlega ubezpieczeniu.

Proponuje się rozszerzenie tej zasady na osoby łączące wykonywanie umowy zlecenia lub umowy o pracę nakładczą z prowadzeniem innej niż działalność gospodarcza działalności pozarolniczej, tj. wspólników spółki jawnej, spółki komandytowej lub partnerskiej, wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, twórców, artystów, osób wykonujących wolne zawody czy osób prowadzących na podstawie przepisów ustawy o systemie oświaty niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół.

Ponadto proponuje się wprowadzenie zasady kumulacji tytułów do ubezpieczeń aż zostanie osiągnięte co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę w przypadku równoległego wykonywania umowy zlecenia lub umowy o pracę nakładczą oraz prowadzenia działalności gospodarczej z preferencyjną podstawą wymiaru składek, do której uprawniona jest osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w ciągu pierwszych dwóch lat jej prowadzenia. Zmiany zaproponowane w tym zakresie – zbiegu wykonywania umowy zlecenia z działalnością pozarolniczą, tak samo jak w pozostałych przypadkach regulowanych projektem zbiegów umów zlecenia – zmierzają do zabezpieczenia opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy określonej na poziomie co najmniej minimalnego wynagrodzenia. Długotrwałe opłacanie składek od tej podstawy zabezpiecza osobom, których będą dotyczyć te zmiany, nie tylko prawo do najniższej emerytury, lecz także prawo do zasiłku dla bezrobotnych w przypadku utraty źródła dochodów.

Regulacja wprowadza również możliwość kontroli prawidłowości wykazanych przez płatnika składek.

Będzie się on mógł zwrócić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o zbadanie, czy wykazał je poprawnie.

Proponowana zmiana art. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zmierza również do rozszerzenia określonego w nim kręgu podmiotów podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym o osoby będące członkami rad nadzorczych. W związku z rozwojem rynku kapitałowego stale rośnie grupa osób, które czerpią środki utrzymania z działalności o charakterze osobistym polegającej na nadzorowaniu działalności różnych podmiotów i instytucji.

Zgodnie z danymi ZUS za grudzień 2012 roku liczba osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym jedynie z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej wyniosła 20,1 tys. osób. Dodatkową grupę stanowią członkowie rad nadzorczych, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu jednocześnie z tego tytułu i z innych tytułów. W grudniu 2012 roku odnotowano 29,0 tys. takich osób. Jeśli planowane zmiany wejdą w życie, zostaną one objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne członków rad nadzorczych stanowiłby wtedy przychód uzyskiwany z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej, a płatnikiem składek byłby podmiot, w którym działa rada nadzorcza.

Minister podkreśla w uzasadnieniu do projektu, że wraz z rozwojem rynku kapitałowego coraz liczniejsza jest grupa członków rad nadzorczych, a więc osób, które nie świadczą pracy w ramach stosunku pracy lub na innej podstawie ani nie prowadzą pozarolniczej działalności gospodarczej, a czerpią środki utrzymania z działalności o charakterze osobistym. Dodatkowo coraz większa grupa osób uzyskuje niejako w ramach wynagrodzenia dodatkowe przychody, które w normalnych warunkach podlegałyby składce na ubezpieczenia społeczne. Często możliwość bycia członkiem rady nadzorczej i osiągnięcie z tego tytułu przychody rekompensują wynagrodzenie z pracy niższe od możliwego do uzyskania na rynku. Dodatkowo członkowi rady nadzorczej, który jest zarazem pracownikiem spółki, nie przysługuje wynagrodzenie za pracę za czas zwolnienia od pracy niezbędny do uczestnictwa w posiedzeniach rady. Objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi członków rad nadzorczych, bez względu na posiadanie czy też nieposiadanie przez nich innego tytułu do ubezpieczeń społecznych, zapewni im lepszą ochronę ubezpieczeniową, a w przyszłości przełoży się na wyższą emeryturę.

Proponuje się również wprowadzenie zmian do ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Zmiany te mają na celu rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników o osoby (rolników i domowników), które równolegle

z prowadzeniem działalności rolniczej podejmą, jako dodatkową, pracę na podstawie umowy zlecenia. Projekt zakłada, że jeżeli działalność rolnicza stanowi dla nich stałe źródło utrzymania i z racji tego podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, będą mogły kontynuować dobrowolnie podleganie temu ubezpieczeniu (w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego), pomimo że z tytułu wykonywania umowy zlecenia będą podlegać obowiązkowo ubezpieczeniom w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Warunkiem będzie uzyskiwanie z tytułu wykonywania umowy zlecenia miesięcznego przychodu w wysokości nie wyższej niż połowa minimalnego wynagrodzenia (w 2014 roku będzie to kwota nie wyższa niż 840 zł). Przekroczenie tego limitu będzie skutkowało wyłączeniem z systemu rolniczego.

USTAWA EMERYTALNA FUNKCJONARIUSZY DOSTOSOWYWANA DO STANDARDÓW KONSTITUCYJNYCH

Do pierwszego czytania w sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, z zaleceniem zasięgnięcia opinii Komisji do Spraw Służb Specjalnych, Komisji Obrony Narodowej, Komisji Spraw Wewnętrznych oraz Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka **trafił rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin oraz ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.**

Projekt dotyczy wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego przez wprowadzenie do wymienionych ustaw rozwiązań – w zakresie zmiany mechanizmu wypłaty wstrzymanych świadczeń w razie niemożności ich doręczenia z przyczyn nieleżących po stronie organu emerytalnego – analogicznych do tych, jakie są przewidziane w powszechnym systemie emerytalnym.

Tak jest obecnie

Chodzi o realizację wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 19 lutego 2013 roku, sygn. akt P 14/11 (Dz.U. poz. 271). Trybunał Konstytucyjny orzekł o niezgodności z konstytucją art. 46 ust. 1 ustawy z 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej,

Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. z 2013 r. poz. 667 i 675; dalej jako: ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy) w zakresie, w jakim wypłata emerytury jest wznowiana od miesiąca, w którym ustała przyczyna powodująca wstrzymanie jej wypłaty, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano decyzję z urzędu, w warunkach, gdy emerytura nie mogła być doręczona z przyczyn niezależnych od organu emerytalnego. Jednocześnie Trybunał zdecydował o odroczeniu utraty mocy obowiązującej niekonstytucyjnego przepisu na 12 miesięcy tj. do 28 lutego 2014 roku.

Niekonstytucyjne regulacje przewidywały, że prawo funkcjonariusza do świadczeń (tj. emerytury lub renty, dodatków, zasiłków i świadczeń pieniężnych) powstaje po spełnieniu ustawowych przesłanek (np. zwolnienie ze służby, odpowiednia wysługa lat) i z reguły trwa aż do jego śmierci. Świadczenia te wypłacane są od dnia powstania prawa do tych świadczeń, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym złożono wniosek lub wydano decyzję z urzędu (art. 42 ustawy). W wyjątkowych wypadkach ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy przewiduje jednak instytucję ich wstrzymania. Dzieje się tak, gdy:

- 1) powstaną okoliczności uzasadniające zawieszenie prawa do świadczeń lub jego ustanie,
- 2) okaże się, że wskutek zbiegu prawa do świadczeń osobie uprawnionej przysługuje świadczenie wyższe lub przez nią wybrane, świadczenia nie mogą zostać doręczone z przyczyn niezależnych od organu emerytalnego, prawo do świadczeń nie istniało,
- 3) osoba pobierająca świadczenie, mimo pouczenia lub żądania organu emerytalnego, nie przedłoży dowodów uzasadniających dalsze istnienie prawa do świadczenia.

Badany przez Trybunał Konstytucyjny art. 46 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy określa zasady wznowienia wypłaty wstrzymanych świadczeń. W ust. 1 przewiduje on mechanizm, zgodnie z którym w razie ustania przyczyny powodującej wstrzymanie wypłaty świadczeń wypłatę wznowia się od miesiąca, w którym przyczyna ta ustała, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano decyzję z urzędu. Z kolei ust. 2 wprowadza wyjątek od powyższej zasady: stanowi, że gdy wstrzymanie wypłaty świadczeń nastąpiło na skutek błędu organu emerytalnego, wypłatę wznowia się, poczynając od miesiąca, w którym ją wstrzymano, jednak za okres nie dłuższy niż trzy lata wstecz, licząc od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty świadczenia lub wydano decyzję.

Z powyższych przepisów wynika, że zasadą jest, iż wypłata wstrzymanego świadczenia następuje po ustaniu przyczyny wstrzymania, nie wcześniej jednak niż od dnia złożenia wniosku. Natomiast wyjątkiem jest wznowienie wypłaty świadczenia od dnia jego wstrzymania, w sytuacji, gdy wstrzymanie to nastąpiło na skutek błędu organu emerytalnego. Ponadto wstrzymanie wypłaty świadczeń może mieć miejsce zarówno w sytuacji, gdy ustaje samo prawo do świadczeń lub gdy prawo to zostało zawieszona, jak i wtedy, gdy samo prawo do świadczenia nie ustało, a jedynie zaistniały przeszkody natury technicznej uniemożliwiające prawidłową ich wypłatę (np. osoba uprawniona do świadczenia nie podała numeru konta, na które ma być wpłacana emerytura, lub aktualnego adresu do korespondencji). W tym drugim wariancie organ emerytalny zaraz po ustaniu przeszkód związanych z doręczeniem ma obowiązek wznowić wypłatę świadczenia, która zgodnie z dyspozycją zawartą w zaskarżonym przepisie nastąpi dopiero od miesiąca, w którym ustała ta przyczyna, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty lub wydano decyzję z urzędu. Mechanizm zastosowany w art. 46 ust. 1 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy powoduje, że osoba, w stosunku do której wstrzymana została wypłata świadczeń z powodu niemożności ich doręczenia z przyczyn nieleżących po stronie organu emerytalnego, nie otrzyma wszystkich zaległych świadczeń, mimo że samo prawo do ich otrzymania nigdy nie zostało zakwestionowane.

Mechanizm ten jest inny od zawartego w art. 135 ust. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2013 r. poz. 1440). Stanowi on, że w takich wypadkach (tj. gdy świadczenie nie może zostać doręczone z przyczyn niezależnych od organu emerytalnego) wypłatę świadczenia wznowia się od miesiąca, w którym ją wstrzymano, jednak za okres nie dłuższy niż 3 lata poprzedzające bezpośrednio miesiąc, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty. Wobec powyższego, sytuacja prawna emeryta mundurowego jest mniej korzystna niż sytuacja prawna emeryta z powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych.

Trybunał Konstytucyjny zauważył, że ustawodawca dysponuje dużą swobodą w zakresie kształtowania zasad wypłaty emerytury, jednakże rozwiązanie to powinno uwzględniać inne przepisy konstytucji w tym zakresie, w szczególności w zakresie wymogów proporcjonalności ograniczenia danego prawa oraz zasadności ingerencji w konstytucyjne prawo podmiotowe. Ponadto Trybunał nie kwestionuje samej możliwości zróżnicowania systemów emerytalnych, jednakże nie może mieć miejsca sytuacja, gdy

jak przewidziane to zostało w zaskarżonej regulacji, definitywnie pozbawia się wstecz wypłaty świadczeń emerytalnych osoby uprawnione. Wydaje się to tym bardziej uzasadnione, że wstrzymanie wypłaty świadczenia ma miejsce w warunkach, gdy samo świadczenie emerytalne nadal przysługuje – nie zostało zawieszane ani nie stwierdzono jego nieistnienia czy ustania. Osoba taka dalej spełnia zatem ustawowe warunki nabycia prawa do świadczeń emerytalnych. Tymczasem zaskarżony przepis wywołuje skutki prawne zbliżone do formalnego zawieszenia prawa do świadczenia, które nastąpiło nie na skutek błędu organu emerytalnego, kiedy nie można domagać się wypłaty świadczenia za okres zawieszenia prawa do emerytury. Ponadto Trybunał Konstytucyjny zauważył, że specyfika systemu emerytalnego służb mundurowych nie uzasadnia wprowadzenia omawianego zróżnicowania wypłaty wstrzymanych świadczeń w stosunku do rozwiązań przewidzianych w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych.

Niekonstytucyjny przepis znajdował się także w art. 45 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin (Dz.U. z 2013 r. poz. 666, 675 i 1355).

Tak proponuje rząd

Przedkładany projekt ustawy przewiduje wprowadzenie analogicznego mechanizmu, jaki został przewidziany dla tego typu sytuacji w powszechnym systemie emerytalnym. Tym samym wykonanie wytycznych Trybunału Konstytucyjnego nastąpi poprzez dodanie ust. 1a w art. 46 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy. Dodawana regulacja będzie stanowiła, że w przypadkach określonych w art. 45 ust. 1 pkt 2 lit. b (tj. wtedy gdy wypłata emerytury lub renty albo dodatków, zasiłków i świadczeń pieniężnych została wstrzymana z powodu niemożności doręczenia tych świadczeń z przyczyn niezależnych od organu emerytalnego) wypłatę świadczenia wznawia się od miesiąca, w którym ją wstrzymano, jednak za okres nie dłuższy niż trzy lata wstecz, licząc od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o wznowienie wypłaty.

Pozostałe zmiany dokonane w wyżej wymienionym przepisie mają charakter dostosowujący do zmian wprowadzonych wskutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego i tym samym nie implementują żąd-

nych nowych rozwiązań w stosunku do obecnie obowiązujących.

Rozszerzenie mechanizmu wypłaty wstrzymanych świadczeń emerytalnych również na inne świadczenia przewidziane w ustawie o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy wynika z faktu, iż art. 45 tej ustawy, określający przypadki wstrzymania wypłaty świadczeń oraz art. 46, określający zasady wznawiania wypłaty zawieszonych świadczeń, odnoszą się do wszystkich rodzajów świadczeń wymienionych w ustawie (np. renty, zasiłki). Natomiast Trybunał Konstytucyjny, orzekając w niniejszej sprawie, związany był zakresem pytania prawnego sądu, stąd też w swojej sentencji odniósł się jedynie do wypłaty wstrzymanych emerytur.

Ponadto, mając na uwadze spójność systemu prawnego, projektowana nowelizacja obejmuje swym zakresem również ustawę z 10 grudnia 1993 roku o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, która w swojej treści zawiera analogiczne przepisy do tych, które zostały uznane za niekonstytucyjne. Tym samym nowelizacja tej ustawy stanowi powtórzenie rozwiązań zaproponowanych w ustawie o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy.

W celu uniknięcia wątpliwości intertemporalnych przedkładany projekt wprowadza przepis przejściowy, który jednoznacznie przesądza, że z dniem wejścia w życie niniejszej nowelizacji do wniosków już złożonych, ale jeszcze nierozpatrzonych organ emerytalny powinien stosować przepisy nowej ustawy.

* * *

Senacki projekt zmian w przywołanych ustawach, opisany w numerze 11/2013 „Ubezpieczeń Społecznych”, zakładał uchylene art. 45 (ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy) i art. 46 (ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy). Podczas opiniowania tamtego projektu przedstawiciele różnych podmiotów (m.in. Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwa Obrony Narodowej) wskazywali, że skutkiem byłoby zaburzenie jednolitości tych ustaw (obie ustawy dalej regulowałyby kwestię wstrzymania wypłaty świadczeń, ale w zakresie ich wznowienia odsyłałyby już do przepisów z systemu powszechnego na mocy art. 11 obu ustaw). Rządowy projekt zachowuje ducha projektu senackiego, jednak zamiast uchylać niekonstytucyjne przepisy, zmienia rozwiązania w nich zawarte. ■