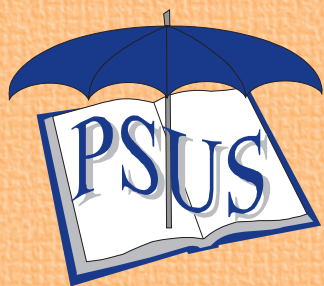


POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO



UBEZPIECZENIA CHOROBY

IWONICZ ZDRÓJ 2010

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Ubezpieczenia chorobowe



IWONICZ ZDRÓJ 2010

Praca przygotowana pod kierunkiem
prof. dr hab. Barbary Wagner i Antoniego Malaki
z okazji konferencji naukowej na temat
„Ubezpieczenia chorobowe”
(Iwonicz Zdrój 16-17 września 2010 r.)

Publikacja sponsorowana przez
Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Projekt graficzny okładki
Beata Giska

Redaktor
Teresa Nawrocka-Szczerbik

Redaktor techniczny
Marzena Kostrowiecka

Korekta
Marzena Kostrowiecka
Anna Rola
Ewa Wojtczak

Skład: Poligrafia ZUS w Warszawie. Zam. nr 1545/10.
Druk: Wyd. Poligr. w Słupsku. Nakł. 1000 egz. Zam. nr 815/10.

Spis treści

Wprowadzenie – <i>Barbara Wagner</i>	5
Ryzyko pracodawcy związane z chorobą pracownika – <i>Jan Jończyk</i>	7
Zasada równego traktowania w ubezpieczeniu chorobowym – <i>Barbara Wagner</i>	15
Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego – <i>Agnieszka Kaczmarek</i>	32
Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego – wybrane zagadnienia – <i>Alina Wypych-Żywicka</i>	52
Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego – <i>Marek Pogonowski</i>	67
Finansowanie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego – <i>Małgorzata Olszewska</i>	83
Wszechstronność a specjalizacja – kilka uwag o rozdziale ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego – <i>Daniel E. Lach</i>	96
Prewencyjne świadczenia chorobowe – <i>Alicja Barwicka</i>	116

Wprowadzenie

Reformę ubezpieczeń społecznych rozpoczętą w 1999 r. zwykło się wiązać – poniekąd słusznie – przede wszystkim z reformą ubezpieczenia emerytalnego. Zważywszy, że ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.) niewiele różni się treścią od jej, noszącej ten sam tytuł, poprzedniczki – ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. (tekst jednolity: Dz.U. z 1983 r. nr 30, poz. 143 ze zm.), nie dziwi fakt, że ubezpieczeniu chorobowemu poświęca się w rozważaniach nad reformą mniej uwagi. Trzeba jednak mocno podkreślić znaczenie dla ubezpieczenia chorobowego zmian systemowych wprowadzonych ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.), zwłaszcza zaś podział składki na różne ubezpieczenia i wyodrębnienie w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych osobnych funduszy, z których finansowane są świadczenia z poszczególnych ubezpieczeń, w tym także funduszu chorobowego, którego zasadniczym przychodem są składki pochodzące ze środków własnych ubezpieczonych. Nie można też pomijać swego rodzaju „scalenia” normatywnego ubezpieczenia chorobowego i w rezultacie ujednoczenia sytuacji prawnej wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od tytułu ubezpieczenia.

Mając na względzie głównie owe „nowości” systemowe podjęliśmy decyzję, że przedmiotem obrad XIX konferencji naukowej Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społeczne powinno być ubezpieczenie chorobowe.

Z problematyką ubezpieczenia chorobowego łączą się liczne – choć różnej wagi – zagadnienia. Jeżeli za usprawiedliwione uznać wyodrębnienie wśród zdarzeń ubezpieczeniowych „ryzyka niezdrowia”, oceny wymaga zasadność rozdzielenia, także organizacyjnego i finansowego, ubezpieczeń chorobowego i zdrowotnego. Dyskusyjny wydaje się (ograniczony) zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego, zarówno przymusowego jak i dobrowolnego. Kwestią wywołującą wiele kontrowersji jest wypłata przez pracodawców za okresy niezdolności pracowników do pracy – w miejsce zasiłku – wynagrodzenia gwarancyjnego (chorobowego). Być może częściowe obciążenie pracodawcy ryzykiem chorobowym pracownika daje się uzasadnić, ale już kontrowersyjne jest wliczanie okresów nieobecności w pracy usprawiedliwionych chorobą, za które pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia

do okresu zasiłkowego. Fiskalizm przyjętego przez ustawodawcę rozwiązania prawnego wydaje się ewidentny. Sprawa ta jest tym bardziej wątpliwa, że nie dotyczy wszystkich ubezpieczonych, ale jedynie pracowników, co może być kwestionowane w kontekście zasady równego traktowania ubezpieczonych. Odrębnej dyskusji wymaga kwestia objęcia ubezpieczeniem chorobowym zarówno niezdolności do pracy wskutek choroby, jak i nieobecności w pracy usprawiedliwionej względami rodzinnymi – macierzyństwem (ojcostwem, rodzicielstwem), a w konsekwencji świadczeń chorobowych i świadczeń opiekuńczo-rodzicielskich. Bez przedstawienia zagadnień związanych z finansowaniem świadczeń, postępowaniem w sprawach świadczeń, a także przewencją dyskusja nad ubezpieczeniem chorobowym nie byłaby pełna.

Podstawę dyskusji stanowią referaty przygotowane przez wybitnych znawców problematyki ubezpieczeniowej – prof. dr. hab. Jana Jończyka, dr. Agnieszkę Kaczmarek, prof. dr. hab. Alinę Wypych-Żywicką, dr. Danieła E. Lacha, dr. Marka Pogonowskiego, dr. Małgorzatę Olszewską, dr. Alicję Barwicką. Jeżeli dodać do tego wysoki poziom teoretycznej i praktycznej wiedzy o ubezpieczeniach uczestników konferencji, merytoryczna jakość dysputy i waga wynikających z niego wniosków są oczywiste.

Organizatorem XIX konferencji jest Oddział Podkarpacki Polskiego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Społecznego. Obradować będziemy w warunkach sprzyjających wymianie myśli i poglądów, w atmosferze przyjaznej dla dzielenia się doświadczeniami zawodowymi między uczestnikami, a także przychylnej kontaktom osobistym.

Zarząd Główny Stowarzyszenia dziękuje Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za stworzenie możliwości wydania (opublikowania) prezentowanych referatów, Podkarpackiemu Oddziałowi naszego Stowarzyszenia oraz wszystkim tym, którzy mieli swój udział w zorganizowaniu spotkania, wyrażając równocześnie nadzieję, że tematy podjęte na konferencji będą stanowić znaczący wkład do dorobku doktryny z zakresu ubezpieczenia społecznego.

Przewodnicząca Zarządu Głównego PSUS
Prof. dr. hab. Barbara Wagner

Ryzyko pracodawcy związane z chorobą pracownika

1. Uwagi wstępne

Choroba (pracownika) jest kategorią medyczną i jako taka nie jest przedmiotem ani prawa pracy, ani prawa zabezpieczenia społecznego. Z punktu widzenia prawa pracy chodzi o zagadnienie niezdolności do pracy z powodu choroby w czasie trwania stosunku pracy, traktowanej jak usprawiedliwiony brak gotowości do świadczenia pracy (z konsekwencjami w zakresie płacy), co jako zdarzenie losowe (przyszłe i niepewne) może stanowić ryzyko pracodawcy. Jest to ryzyko z uwagi na spowodowane nagłą nieobecnością pracownika zakłócenia w organizacji pracy, należące do kategorii ryzyka produkcyjnego, z którym każdy pracodawca musi się liczyć i uwzględniać w kosztach działalności gospodarczej. Jest to także tak zwane ryzyko socjalne pracodawcy, musi się on bowiem liczyć z pewnymi obowiązkami wobec pracownika niezdolnego do pracy z powodu choroby.

Mowa jest tu tylko o ryzyku pracodawcy związanym z chorobą pracownika, czyli z pominięciem problematyki niezdolności do pracy lub nieobecności w pracy z innych niż choroba powodów. Takich innych prawnie określonych przyczyn jest coraz więcej i jest to być może większy nawet dla współczesnego pracodawcy problem niż niezdolność pracownika do pracy z powodu choroby, ale ograniczenie tematu pozwoli na pełniejsze przedstawienie różnych aspektów zjawiska płacy bez pracy, kosztu „niepracy” oraz ochrony wyróżnionego ryzyka.

Podstawowa problematyka ryzyka pracodawcy związanego z chorobą pracownika (w podanym znaczeniu) ma charakter ekonomiczny i społeczny, z uwzględnieniem jednak kontekstu prawnego. W jednym i drugim sensie trzeba odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakim zakresie należy się płaca bez pracy, jeżeli przyjmuje się podstawowe założenie, że w stosunku pracy chodzi o świadczenia wzajemne i ekwiwalentne, że pracodawca zobowiązuje się do świadczenia płacy za pracę wykonaną, a pracownik, podejmując zatrudnienie w celu zarobkowym, zobowiązuje się do świadczenia pracy w zamian za płacę.

We wstępnej charakterystyce problemu trzeba pamiętać także o regulacjach prawnych dotyczących umów o pracę na czas nieokreślony, ochrony trwałości stosunku pracy oraz trwałego zatrudnienia służbowego. Jedną

z konsekwencji jest wydłużanie okresów niezdolności do pracy z powodu choroby bez negatywnych skutków dla trwania stosunku pracy, co uwydatnia problem płacy bez pracy. W takich przypadkach można mówić o zwiększonym ryzyku pracodawcy związanym z chorobą pracownika.

2. Pojęcia płacy i wynagrodzenia za pracę

Przedmiotem rozważań jest ryzyko pracodawcy (związane z chorobą pracownika), a zatem nie możemy ograniczyć się do specyficznej w prawie pracy problematyki wynagrodzenia za pracę (i innych świadczeń), lecz trzeba zacząć od ekonomicznej kategorii płacy jako świadczenia należnego z tytułu zatrudnienia. Płaca jako zobowiązanie pracodawcy nie jest jego ryzykiem, należność ta nie jest bowiem zdarzeniem losowym – przyszłym, niepewnym i szkodliwym, przeciwnie, jest to świadczenie wzajemne, mierzone według wartości pracy, które z kolei przekłada się na wynagrodzenie za pracę, a opłacane zatrudnienie jest dla pracodawcy korzystne.

W kwestii płacy jako ekwiwalentu zatrudnienia istnieją różne teorie, wśród których na uwagę zasługuje teoria słusznego w danych warunkach kosztu utrzymania rodziny osoby zatrudnionej. Jest to miernik relatywnie obiektywny i może stanowić przedmiot negocjacji partnerów społecznych jako podstawa do rokowań w kwestii wysokości i systemu płac. Jest to problematyka zbiorowych stosunków pracy, wykraczająca poza nasz temat.

W indywidualnym stosunku pracy (uwagi te dotyczą wszak pracodawcy i pracownika) należna płaca (jako ekwiwalent zatrudnienia) ma w zasadzie postać pieniężnego wynagrodzenia za pracę. Pojęcie wynagrodzenia za pracę (odrębne od pojęcia płacy z tytułu zatrudnienia) z definicji dotyczy właśnie wynagrodzenia **za pracę** (a nie wynagrodzenia za „niepracę”), a więc nie wyczerpuje ono pojęcia płacy należnej z tytułu zatrudnienia. W Kodeksie pracy mowa jest o wynagrodzeniu za pracę i innych świadczeniach (wśród których wymienia się interesujące nas świadczenia za okres czasowej niezdolności do pracy), ale i to nie wyczerpuje szerszego rozumienia płacy jako kosztu zatrudnienia (zgodnie z teorią kosztu utrzymania rodziny).

Płaca w szerszym rozumieniu obejmuje nie tylko to, do czego zobowiązany jest pracodawca według Kodeksu pracy, czyli do świadczeń pieniężnych mieszczących się w pojęciu „wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń” (art. 77¹ i nast. k.p.), ale także składki na ubezpieczenia społeczne. Jest to tak zwana uspołeczniona część płacy, która w innym aspekcie łączy się także z zagadnieniem ryzyka pracodawcy jako przedmiotu ochrony w ubezpieczeniach społecznych. Płaca, zgodnie z teorią kosztu utrzymania rodziny zatrudnionego, pokrywa bowiem cały ten koszt, a więc także koszty czasowej niezdolności do pracy (nieopłaconej bezpośrednio przez pracodawcę), niezdolności do pracy w podeszłym wieku i inne. Płaca w tym szerszym rozumieniu powinna pokryć oczywiście także koszt składki na ubezpieczenie zdrowotne i prywatnych wydatków na uzasadnioną opiekę zdrowotną.

Można dopatrywać się jeszcze dalszego związku między płacą i pewnymi usługami publicznymi, na przykład w dziedzinie edukacji, pomocy społecznej i innymi, mianowicie za pośrednictwem podatku dochodowego od wynagrodzenia za pracę (w ramach podatku dochodowego osób fizycznych – dalej PIT), jeżeli część wydatków na te cele potraktujemy w sensie teoretycznym jak koszt utrzymania rodziny, finansowany u źródła za pomocą podatkowego „składnika” płacy.

Nie zajmujemy się jednak szerszym zagadnieniem poziomu i przeznaczenia podatku od wynagrodzenia za pracę (w ramach PIT), poza zwróceniem uwagi na to, że składka na ubezpieczenie zdrowotne, której płatnikiem jest pracodawca, podlega odliczeniu w ramach PIT. W tym punkcie związek z płacą jest bliski i ma historyczne wytłumaczenie. Chodzi mianowicie o to, że gdy w latach 1948-1950 wprowadzono w PRL model służby zdrowia (z budżetowym finansowaniem), to istniejącą wcześniej składkę na ubezpieczenie (w ramach ubezpieczeń społecznych) zamieniono na podatkowy przychód budżetu państwa. W kolejnej reformie ochrony zdrowia, polegającej na zamianie modelu służby zdrowia na powszechne ubezpieczenie zdrowotne (od 1999 r.), dokonano odwrotnego niejako zabiegu przez odliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne od dochodu z tytułu zatrudnienia zarobkowego.

3. Ryzyko płacy bez pracy

W tradycji prawa pracy i prawa zabezpieczenia społecznego niezdolność do pracy z powodu choroby traktowana jest jako ryzyko pracownika podlegające prawnej ochronie na zasadzie chorobowego wynagrodzenia lub zasiłku z ubezpieczenia chorobowego. Jest to tradycja ochronnego prawa pracy (i socjalnej funkcji prawa pracy), w tym pracowniczego ubezpieczenia chorobowego. W takim ujęciu unikano raczej pojęcia ryzyka, bo nie pasowało ono do zagadnienia usprawiedliwionej absencji chorobowej. Trudno byłoby uzasadnić pogląd, że niezdolność do wykonywania pracy jest ryzykiem pracownika – nie jest to bez reszty zdarzenie losowe (przyczynienie się pracownika do zdarzenia określonego jako niezdolność do pracy z powodu choroby może być znaczne), a nadto brak zarobku (bez pracy) nie jest szkoda, która w znaczeniu prawnym miałyby podlegać kompensacji.

Inaczej ma się rzecz, gdy jest rozpatrywana ze stanowiska pracodawcy, zobowiązanego do płacy z tytułu zatrudnienia pracownika (w rozumieniu teorii kosztu utrzymania rodziny). Z tego punktu widzenia wynagrodzenie chorobowe można oceniać i traktować jako ryzyko pracodawcy – niekorzystne dla niego zdarzenia przyszłe, niepewne, niezależne od jego woli.

Taka właśnie myśl tkwiła, zdaje się, w pierwotnej idei ubezpieczenia chorobowego. To ubezpieczenie nawiązywało do tradycji pomocy wzajemnej i ubezpieczeń wzajemnych, czyli do ochrony ryzyka utraty zarobku (w razie niezdolności do pracy z powodu choroby). Ustawowe natomiast ubezpieczenie chorobowe należy widzieć raczej jako ograniczoną ochronę ryzyka pracodawcy. W związku z tak zwaną kwestią robotniczą, na

tle socjalistycznej doktryny w drugiej połowie XIX w. pojawiła się krytyka wyzysku robotnika polegającego na wynagrodzeniu za pracę (wykonaną) i braku płacy w razie czasowej niezdolności do pracy, czyli świadczenia, które przysługiwało wówczas w stosunkach służbowych i w zatrudnieniu pracowników umysłowych.

Podobny nieco problem, mianowicie zrównania prawa do zasiłku chorobowego robotników i pracowników umysłowych, pojawił się w zupełnie innych warunkach w PRL, a rozwiązano go na początku dekady Edwarda Gierka w ten sposób, że dokonano zrównania w górę, to znaczy wszystkim zatrudnionym przyznano pełny zasiłek, tak jak pracownikom umysłowym (100% podstawy wymiaru). Była to decyzja polityczna (mająca związek ze stłumieniem akcji protestacyjnej robotników w Stoczni Gdańskiej w grudniu 1970 r.), podjęta bez ekonomicznego i społecznego uzasadnienia, która nie mogła się oczywiście utrzymać jako trwała regulacja prawna.

Wracając do przerwanej wątku, zastanówmy się nad tezą, że ustawowe ubezpieczenie chorobowe jest specyficzną ochroną ryzyka pracodawcy (związanego z chorobą pracownika), a więc instytucją, która zawiera nie tylko socjalne, lecz także, a może przede wszystkim, elementy gospodarcze. Inaczej mówiąc, ustawowe ubezpieczenie chorobowe w swej istocie jest ochroną pracodawcy, chociaż jednocześnie i niejako w konsekwencji zapewnia także ochronę socjalną pracownika na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby.

Ukształtowanie szczególnego zobowiązania, jakim jest płaca bez pracy (w razie pracowniczej niezdolności do pracy z powodu choroby), jako ryzyka pracodawcy nadającego się do ubezpieczeniowej ochrony (w ramach ubezpieczeń społecznych), ma dobre uzasadnienie gospodarcze i społeczne, lepsze w każdym razie w porównaniu z wynagrodzeniem chorobowym za pracę bez pracy (w okresie czasowej niezdolności do pracy).

Dla pracodawcy korzyść polega przede wszystkim na tym, że przez zastosowanie matematyki ubezpieczeniowej, przy z góry ustalonym poziomie kompensacji, koszt ubezpieczenia tego ryzyka jest przewidywalny i względnie stabilny. Jest to rezultat rozłożenia ciężaru ubezpieczenia na określoną, obejmującą pracodawców wspólnotę ryzyka. Korzyść jest ewidentna w porównaniu z ryzykiem wynagrodzenia chorobowego ponoszonego oddzielnie przez każdego pracodawcę.

Obowiązkowe ubezpieczenie pracodawców od ryzyka płacy bez pracy ma także sens w regulacji kosztu zatrudnienia i warunków konkurencji: tworzy lepsze warunki zwalczania nieuczciwej konkurencji ze strony pracodawców uchylających się od obowiązku wynagrodzenia chorobowego i „oszczędzających” na zamianie zatrudnienia pracowniczego na niepracownicze albo na (fikcyjne w istocie) prowadzenie działalności. Korzyść pracodawcy z ubezpieczenia chorobowego polega także na tym, że kontrola absencji chorobowej leży w interesie ubezpieczyciela, może nawet bardziej niż w interesie pracodawcy, ponadto na ubezpieczyciela może być nałożony obowiązek badania zjawiska absencji chorobowej i prowadzenia profilaktyki zdrowotnej w ramach ubezpieczeniowej prewencji.

Po stronie pracownika zasiłek chorobowy (z ubezpieczenia pracodawców) jest świadczeniem gwarantowanym i pewnym, czego nie można powiedzieć o wynagrodzeniu chorobowym, którego wypłata może zależeć od finansowej kondycji pracodawcy i często dzieli los nieterminowo płaconego wynagrodzenia za pracę. Z tego punktu widzenia nawet obniżenie zasiłku chorobowego (wymuszone polityką gospodarczą w trudnych pod względem ekonomicznym czasach) może być dla wielu pracowników korzystniejsze niż gwarancja wynagrodzenia chorobowego.

Istotna różnica między jednym i drugim świadczeniem polega także na tym, że w przypadku wynagrodzenia chorobowego pracodawca jest bezpośrednio zainteresowany absencją chorobową i działaniami podejmowanymi w celu minimalizacji tego ryzyka, nawet ze szkodą dla zdrowia pracowników. Znane jest także zjawisko ukrywania przez pracowników niezdolności do pracy z powodu choroby w obawie przed pogorszeniem warunków zatrudnienia lub nawet przed utratą zatrudnienia. Taka „kontrola” absencji chorobowej wykonywana przez pracodawcę, nawet gdy jest przesadna, nie może być rozpatrywana w kategoriach zawinionego naruszania prawa pracy. Ma ona uzasadnienie ekonomiczne, ale ma także negatywne skutki społeczne i zdrowotne, wskazujące w skrajnych przypadkach na rabunkowe zatrudnienie, co niewątpliwie jest szkodliwe także pod względem ekonomicznym. Dlatego też dylemat chorobowego wynagrodzenia lub chorobowego zasiłku jest rzeczywisty, bardziej nawet kontrowersyjny niż się na pierwsze spojrzenie wydaje.

Jest jeszcze jeden istotny aspekt ubezpieczeniowej ochrony ryzyka płacy bez pracy dotyczący charakteru i poziomu kompensacji braku wynagrodzenia za pracę. Jest oczywiste, że nie może to być pełna kompensacja (100% podstawy wymiaru), nawet taka, która jest pomniejszona przez zaniżanie podstawy wymiaru. Z historii ustawowego ubezpieczenia chorobowego wiemy, że poziom kompensacji robotniczego wynagrodzenia za pracę był zmienny, z tendencją od 50% do standardu 80% (100% wyjątkowo tylko i przejściowo w nadzwyczajnych okolicznościach). Znana jest korelacja – im wyższy poziom kompensacji, tym trudniejsza kontrola zasadności absencji chorobowej oraz tym większa pokusa zatrudnionych do używania i niekiedy nadużywania tej ochrony.

Wypada także zwrócić uwagę na możliwość różnej interpretacji wynagrodzenia chorobowego i zasiłku chorobowego. Pojęcie wynagrodzenia z definicji sugeruje możliwie wysoki poziom kompensacji, inaczej niż pojęcie zasiłku, z którym intuicyjnie łączy się częściowe tylko kompensowanie braku wynagrodzenia za pracę. Określenie płacy bez pracy nie budzi zastrzeżeń (była już o tym mowa z powołaniem się na doktrynę płacy według kosztu utrzymania rodziny), natomiast pojęcie wynagrodzenia za pracę bez pracy (na wysokim poziomie kompensacji) zaciera różnicę między zarobkiem z zatrudnienia i świadczeniem socjalnym o charakterze opiekuńczym. W polityce społecznej łatwiej jest uzasadnić konieczność ograniczenia zasiłku chorobowego, niż redukcję wynagrodzenia chorobowego. W polityce gospodarczej natomiast trzeba dbać o to, aby nie mylono ani zasiłku, ani tym bardziej wynagrodzenia chorobowego ze świadczeniem socjalnym o charakterze opiekuńczym.

4. Powrót do wynagrodzenia chorobowego

Jeżeli zasadny jest pogląd, że ubezpieczenie chorobowe (i zasiłek chorobowy) ma więcej zalet niż wynagrodzenie chorobowe (płacone przez pracodawcę bezpośrednio na jego koszt), to nasuwa się pytanie o przyczyny wprowadzenia oraz o sens stosunkowo długich okresów płatności wynagrodzenia chorobowego poprzedzających okres zasiłkowy. Oznacza to bowiem ustawowe wyłączenie korzystnej dla pracodawcy ubezpieczeniowej ochrony ryzyka związanego z chorobą pracownika, a niekorzyść pracownika polega na możliwości nadużyć ze strony pracodawcy w zakresie kontroli absencji chorobowej i nieterminowej wypłaty wynagrodzenia chorobowego.

Wiele wskazuje na to, że właśnie zagadnienie kontroli absencji chorobowej jest sednem i stało się przyczyną ustawowego uregulowania wynagrodzenia chorobowego jako podstawowej formy kompensacji. W początkach ustawowego ubezpieczenia chorobowego kasa chorych była instytucją z mocnym samorządem reprezentującym pracodawców i pracowników, co sprzyjało poprawnemu wykonywaniu ubezpieczenia, zgodnie z jego społeczno-gospodarczym przeznaczeniem. W miarę centralizacji i biurokratyzacji kas chorych tracił na znaczeniu samorząd ubezpieczeniowy, a jednocześnie postępował proces oddzielania się orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do pracy z powodu choroby od organizacji ubezpieczenia chorobowego. Krótko mówiąc, kasy chorych utraciły kontrolę nad absencją chorobową i stały się „płatnikiem” zasiłków chorobowych, które w miarę podnoszenia ich poziomu (w relacji do wynagrodzenia za pracę) stały się nie tylko atrakcyjne jako świadczenie zastępujące wynagrodzenie za pracę, ale także zachęcały do nadużyć w tym zakresie.

Ujawniły się więc negatywne aspekty ubezpieczenia (i zasiłku) chorobowego, co w Polsce w jaskrawej postaci wystąpiło w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, gdy centralistycznie zorganizowany Zakład Ubezpieczeń Społecznych stanął wobec problemu podniesienia poziomu zasiłku chorobowego do 100% podstawy wymiaru, czyli prawie pełnej kompensacji braku wynagrodzenia za pracę, oraz odrębnego i niezależnego orzecznictwa lekarskiego służby zdrowia. Gwałtowny wzrost wydatków na zasiłki chorobowe, pobudzony w tamtej dekadzie jeszcze przez rosnące ukryte bezrobocie, dał początek serii chybionych reform ubezpieczenia chorobowego, a następnie, w celu zahamowania tendencji w wydatkach na zasiłki, przeniesieniu znacznego ciężaru ryzyka bezpośrednio na pracodawcę, za pomocą instytucji wynagrodzenia chorobowego. Czyniono tak w nadziei, że pracodawca będzie zainteresowany w zwalczaniu nieuzasadnionej absencji chorobowej pracowników i że ma on do tego odpowiednie sposoby i środki.

Problem wydatków na chorobowe wynagrodzenie i zasiłki pozostał nierozwiązany, a nawet się zaostrzył z powodu wykorzystania orzecznictwa lekarskiego do wydłużania okresów absencji uprawniającej do chorobowego wynagrodzenia, w celu nabycia prawa do zasiłku, czyli włączenia Funduszu Ubezpieczeń Społecznych do finansowania ukrytego bezrobocia.

5. Potrzeba nowych rozwiązań prawnych

Zagadnienie ryzyka związanego z chorobą pracownika w literaturze przedmiotu uchodziło za mniej ważne i nie budziło zasadniczych kontrowersji, w każdym razie nie takich, jak pozostała problematyka ubezpieczeń społecznych (emerytalnych, rentowych, w mniejszym stopniu wypadkowych). Stąd też nie jest łatwo przedstawić propozycje różniące się od tradycyjnego ubezpieczenia chorobowego. W newralgicznej kwestii kontroli absencji chorobowej wypróbowano już wiele rozwiązań, nie wyłączając radykalnych, jak na przykład w PRL, gdy przekazano na kilka lat administrację ubezpieczenia chorobowego związkowi zawodowemu, bo pasowało to do ówczesnej doktryny udziału ruchu związkowego w sprawowaniu władzy. Oparto się w tym względzie na wzorcu pochodzącym z ZSRR, który okazał się wadliwy, nie tylko z politycznej przyczyny.

Problem płacy bez pracy (w zakresie chorobowego wynagrodzenia lub zasiłku) nie jest jednak mało ważny. Jego znaczenie nie może się sprowadzać do kwestii racjonalizacji wydatków na chorobowe wynagrodzenia (i zasiłki) i spodziewanych „oszczędności”. Sedno problemu dotyczy realizacji zasady płacy za pracę, racjonalności ubezpieczeniowej ochrony ryzyka pracodawcy związanego z chorobą pracownika oraz odrębności zasad prawa pracy, polityki dotyczącej dochodów ludności i pomocy społecznej.

Jako temat do dyskusji można przedstawić tezę, że mamy do czynienia z ryzykiem pracodawcy związanym z chorobą pracownika, które może być przedmiotem specyficznej ubezpieczeniowej ochrony. W takim ujęciu na podkreślenie zasługuje ekonomiczny i społeczny aspekt płacy (jako kosztu zatrudnienia). Chodzi między innymi o to, aby kategoria ochrony pracownika nie była poddawana ideologii praw człowieka i obywatela, bo to nie tylko osłabia pozycję pracodawcy, ale gorzej, podważa ekonomiczny i społeczny sens zatrudnienia. Ideologia praw człowieka i obywatela oraz opiekuńczego państwa przenoszona do ochrony pracy, moim zdaniem, miała i nadal ma niemały wpływ na degradację płacy do poziomu świadczenia poniżej wartości (mierzonej kosztem utrzymania rodziny).

W dyskusji o nowych rozwiązaniach prawnych należałoby rozważyć możliwość ukształtowania ubezpieczenia chorobowego na wzór ubezpieczenia wypadkowego w jego tradycyjnej konstrukcji ubezpieczeń wzajemnych. Oznacza to, że pracodawcy jako wspólnota ryzyka podlegaliby obowiązkowemu ubezpieczeniu wzajemnemu, z obowiązkiem utworzenia towarzystwa i odrębnego zakładu ubezpieczenia chorobowego osób zatrudnionych, gwarantującego kompensację braku wynagrodzenia za pracę w ramach środków pochodzących z ustawowo określonej składki na to specjalne ubezpieczenie. Taki zakład ubezpieczeń, prawdopodobnie poza strukturą ZUS, na mocy ustawy i statutu powinien być zobowiązany do prewencji ubezpieczeniowej. Kompensacja braku zarobku w razie niezdolności do pracy z powodu choroby w formie zasiłku chorobowego (a nie wynagrodzenia chorobowego) powinna się opierać na właściwym i ścisłym rozumieniu przesłanek tej ubezpieczeniowej gwarancji.

*

Przed stu z górą laty przejściowa niezdolność do pracy z powodu choroby i towarzyszący temu brak zarobku kwalifikowano jako ryzyko pracownika, które w Niemczech objęto ochroną w formie ustawowego ubezpieczenia chorobowego w ramach ubezpieczeń społecznych, finansowanego w ciężar kosztu pracy (zatrudnienia). Podobne rozwiązanie przyjęto później w wielu krajach. Było to zagadnienie socjalnej ochrony osób utrzymujących siebie i członków rodziny z zarobkowego zatrudnienia. Współcześnie jest to społeczny i ekonomiczny problem płacy bez pracy oraz trudnej kontroli zasadności absencji chorobowej, problem, który może być rozpatrywany jako ryzyko pracodawcy. Zastosowanie ubezpieczeniowej ochrony tego ryzyka, pożądanego ze względów ekonomicznych i społecznych, nie mieści się w tradycyjnej konstrukcji ubezpieczenia chorobowego i wymaga nowych rozwiązań prawnych, podobnych do ubezpieczenia wypadkowego, co powinno być przedmiotem pogłębionej analizy i dyskusji, oczywiście przed podjęciem legislacyjnej procedury.

Zasada równego traktowania w ubezpieczeniu chorobowym

1. Pojęcie równości

Równość należy do tej kategorii pojęć prawnych, których rozumienie uwikłane jest w kontekst aksjologiczny i ideologiczny. W sensie społecznym znaczy „równouprawnienie, brak podziału na uprzywilejowanych i wyzyskiwanych”, w sensie prawnym polega „na jednakowym traktowaniu wszystkich obywateli, którzy znaleźli się w określonej sytuacji przewidzianej przez normę prawną”¹.

W dokumentach międzynarodowych, o zasięgu zarówno powszechnym jak też regionalnym, równość oraz niedyskryminacja uważane są za fundament kształtowania wszelkich praw i obowiązków człowieka. W polskim systemie prawnym zasada równego traktowania (równości praw) obowiązuje na mocy Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności². Jej normatywny charakter potwierdziła Konstytucja. Po 1 maja 2004 r. poprzez implementację licznych dyrektyw „równościowych” została wprowadzona do różnych ustaw, których odnośne przepisy powinny być wykładane i stosowane zgodnie z obszernym w tej dziedzinie orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

Do wyjaśnienia i ustalenia treści prawnego pojęcia „równość” istotnie przyczynił się Trybunał Konstytucyjny. Z bogatego orzecznictwa Trybunału daje się wywieść następujące podstawowe tezy jej dotyczące: Wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą relewantną (istotną) w równym stopniu mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminacyjnych, jak i faworyzujących. Równość powinna być pojmowana nie tylko w znaczeniu formalno-proceduralnym, jako równość wobec prawa (nakaz równego stosowania prawa wobec wszystkich jego adresatów), ale również w znaczeniu materialnym, jako równość w prawie, czyli nakaz takiego kształtowania przepisów prawa, które uwzględnia wszystkie konsekwencje zasady równości. Równość wobec prawa to także zasadność wybrania takiego, a nie innego

¹ *Słownik poprawnej polszczyzny*, pod red. M. Szymczaka, t. III, PWN, Warszawa 1989, s. 137.

² Sporządzona w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r. nr 61, poz. 284 ze zm.).

kryterium dyferencjacji prawa. Różnicowanie w prawie jest dopuszczalne, jeśli jest usprawiedliwione. Warunkami dopuszczalności dyferencjacji są: a) relewantność (bezpośredni związek z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma), b) proporcjonalność (waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów naruszonych przez nierówne potraktowanie podmiotów podobnych), c) związek z innymi normami, zasadami lub wartościami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych (np. zasadą sprawiedliwości społecznej)³. Zakazana jest jednak tylko dyskryminacja negatywna, a zatem dyferencjacja praw i obowiązków według arbitralnego, niczym nieuzasadnionego, a więc zakazanego (dyskryminującego) kryterium. Dopuszczalna jest natomiast dyskryminacja pozytywna, nazywana także uprzywilejowaniem wyrównawczym, która zezwala na korzystniejsze unormowanie sytuacji prawnej pewnej grupy charakteryzującej się daną cechą istotną w celu usunięcia nierówności godzących w jej status ekonomiczno-społeczny albo unormowania faworyzujące, których celem jest ułatwienie, zapobieżenie lub zrekompensowanie utrudnień.

Równość występuje wobec tego w dwu formach: zakazu dyskryminacji, a więc jedności praw, oraz kompensacji, czyli zróżnicowania sytuacji prawnej. Równość w ubezpieczeniach społecznych jawi się zatem nie tylko jako zagadnienie jednakowości (identyczności) praw i obowiązków uczestników systemu, ale również jako problem doboru uzasadnionych kryteriów ich dyferencjacji.

2. Równe traktowanie w ubezpieczeniach społecznych

Równość jest wytyczną kształtowania wszelkich praw i obowiązków obywatelskich. Jej znaczenie w ubezpieczeniach społecznych jest jednak szczególne. Świadczenia ubezpieczeniowe są finansowane z funduszu tworzonoego wyłącznie lub także ze składek samych ubezpieczonych. Równość powinna zatem znaczyć udział w tym funduszu wedle zasady wzajemności, pojmowanej jako proporcjonalność składki i świadczenia, a w konsekwencji indywidualizację wysokości świadczeń – ich zróżnicowanie odpowiednio do wysokości uiszczony składki. Tak jednak nie jest lub nie zawsze jest. Ubezpieczenia społeczne – powszechne i przymusowe – oparte są bowiem także na zasadzie solidaryzmu grupowego. Ten wyraża się w takich samych proporcjonalnie obciążeniach na rzecz przyszłych świadczeń, z których korzystają przede wszystkim osoby bardziej narażone na ryzyko ubezpieczeniowe, nie korzystają zaś ci ubezpieczeni, u których spełniło się inne ryzyko objęte ochroną ubezpieczeniową lub wyłączona jest – ze względów biologicznych

³ Por. zwłaszcza orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 9 marca 1988 r., U 7/87, OTK 1988, s. 14; z dnia 14 października 1989 r., K 6/89, OTK 1989, poz. 7; z dnia 28 listopada 1995 r., K 17/95, OTK 1995, cz. II, s. 183; z dnia 3 września 1996 r., K 10/96, OTK ZU nr 5, s. 281.

(płeć, wiek) – możliwość jego spełnienia. W opozycji do zasady wzajemności, acz w zgodzie z zasadą solidaryzmu, pozostaje schematyzm świadczeń (ich rodzaj i wymiar) skierowanych na zaspokojenie typowego ryzyka losowego (negatywnego i pozytywnego), stosownie do przeciętnej potrzeby, a także warunkowości tychże świadczeń.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych⁴ stanowi w art. 2a, że „stoi na gruncie równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny” (ust. 1).

Chociaż nie wskazuje na to stylistyka art. 2a ust. 1 ustawy systemowej, należy przyjąć, że kryteria niedyskryminacji zostały w nim wymienione przykładowo (i moim zdaniem – niestety – przypadkowo). Zgodnie z art. 32 Konstytucji, wszyscy są wobec prawa równi i nikt nie może być dyskryminowany „z jakiegokolwiek przyczyny”. Kobieta i mężczyzna mają w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym równe prawa, a „w szczególności” także równe prawo do zabezpieczenia społecznego (art. 33). Konstytucja – poza płcią – nie wymienia żadnych innych kryteriów dyskryminacyjnych. Określenie „z jakiegokolwiek przyczyny” wskazuje na to, że nie ma zamkniętego ich katalogu. Bo i być nie może. Wszystkie znane z niektórych aktów prawnych wykazy kryteriów dyskryminujących mają charakter przykładowy. Najczęściej wymienianymi przez ustawodawcę są: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasa, religia, narodowość, przekonania polityczne, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientacja seksualna. W różnych dziedzinach życia społecznego wprowadzane są *expressis verbis* właściwe dla nich kryteria dodatkowe (np. w stosunkach pracy takimi uzupełniającymi nazwanymi kryteriami dyskryminującymi są: przynależność związkowa, rodzaj umowy o pracę, wymiar czasu pracy).

Konstytucja jest najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej, co znaczy, że niższe hierarchicznie ustawy powinny być z nią zgodne. Artykułu 2a ustawy systemowej nie należy wobec tego odczytywać dosłownie, ale w taki oto sposób, że niedopuszczalne jest różnicowanie uprawnień ubezpieczonych nie tylko ze względu na płeć, stan cywilny i rodzinny, ale przy zastosowaniu jakiegokolwiek kryterium dyskryminującego.

Gdyby ograniczyć się do kryteriów niedyskryminacji wskazanych w art. 2a ustawy systemowej, należałoby stwierdzić, że równość ubezpieczonych bez względu na płeć znaczy równe traktowanie kobiet i mężczyzn (płeć człowieka może wszak być albo męska albo żeńska). Jakkolwiek „rodzina” jest pojęciem prawnym, nie ma prawnej podmiotowości. Tworzą ją osoby związane więzami pokrewieństwa i powinowactwa, ale także prawnymi (przysposobienie) oraz faktycznymi (przyjęcie na wychowanie i utrzymanie). Stan rodzinny ubezpieczonego wyznaczany jest zatem liczebnością tak pojmowanych członków rodziny. Można być osobą samotną (wdową, sierotą zupełną) albo członkiem rodziny wielkiej, wielopokoleniowej, składającej się z licznych krewnych (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie, ro-

⁴ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.), zwana dalej ustawą systemową.

dzeństwo) i powinowatych, a okoliczność ta dla traktowania osoby w sferze ubezpieczeń społecznych nie powinna mieć znaczenia. Stan cywilny definiowany jest jako „zespół cech określających sytuację osoby fizycznej w rodzinie, zwłaszcza w relacji do związku małżeńskiego”⁵. Nadaje mu się jednak także szerszą treść, pojmując stan cywilny jako sytuację osobistą osoby – jej płeć, wiek, imię, nazwisko oraz wszystkie te dane, które stwierdzone są aktami stanu cywilnego⁶. Należy sądzić, że ustawodawca użył określenia „stan cywilny” w znaczeniu węższym – jako stosunku ubezpieczonego do związku małżeńskiego, skoro poza nim jako osobne, samodzielne kryterium niedyskryminacji ubezpieczonych wymienia płeć i stan rodzinny. Ubezpieczeni mogą więc być stanu wolnego lub pozostawać w związku małżeńskim, a okoliczność ta nie może stanowić uzasadnionego kryterium różnicowania ich praw i obowiązków.

Artykuł 2a ustawy systemowej odnosi równe traktowanie do ubezpieczonych objętych wszystkimi rodzajami przewidzianych w niej ubezpieczeń – emerytalnego, rentowego, w razie choroby i macierzyństwa oraz z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Ustawowa zasada równości dotyczy wszystkich podlegających obowiązkowi przynajmniej jednego ubezpieczenia. Ponieważ podmiotowa podległość poszczególnym rodzajom ubezpieczeń w zakresie ich przymusu, dobrowolności oraz wyłączeń została wyznaczona odmiennie, o równym traktowaniu ubezpieczonych można mówić w sposób uprawniony tylko w odniesieniu do osób podlegających każdemu z tych ubezpieczeń z osobna.

Według art. 2a ust. 2 ustawy systemowej, zasada równego traktowania ubezpieczonych dotyczy „w szczególności” warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych, obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek, obliczania wysokości świadczeń, okresu wypłaty świadczeń i zachowania do nich prawa. Sformułowanie „w szczególności” świadczy o przykładowym wyliczeniu spraw, których zasada ta dotyczy. I tak wydaje się, że co najmniej równie ważne jak warunki zachowania prawa do świadczeń (przez co rozumiem jego utratę, ustanie i wygaśnięcie) są warunki nabywania do nich prawa. Zachować można jednak tylko coś, co się posiada. W związku z tym w kontekście równości ubezpieczonych nie mogą być pominięte warunki nabycia prawa do świadczeń.

3. Zasada równego traktowania w ubezpieczeniu chorobowym

Odpowiedź na pytanie, czy i jak zasada równego traktowania ubezpieczonych jest realizowana na gruncie polskiego ustawodawstwa, wymaga krótkiej, pobieżnej choćby analizy przepisów regulujących materię, której ona dotyczy.

⁵ *Słownik poprawnej polszczyzny*, t. III, *op. cit.*, s. 317.

⁶ Ustawa z dnia 29 września 1986 r. Prawo o aktach stanu cywilnego (t.j. Dz.U. z 2004 r. nr 161, poz. 1688 ze zm.).

3.1. Warunki objęcia ubezpieczeniem chorobowym

Ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby fizyczne będące obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, które na obszarze Polski uzyskują przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych⁷. Są nim objęci również obywatele polscy zatrudnieni za granicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i urzędach konsularnych, w stałych przedstawicielstwach przy Organizacji Narodów Zjednoczonych i innych misjach lub misjach specjalnych, a także innych placówkach, instytucjach lub przedstawicielstwach, jeżeli umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej. Nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu zarobkujący w Polsce obywatele państw obcych, jeżeli ich pobyt na terytorium Polski nie ma charakteru stałego, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej.

W poselskim projekcie ustawy z 14 września 2009 r. o zmianie ustawy systemowej obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego, obejmującego w istocie dwa odmienne zdarzenia ubezpieczeniowe – chorobę i macierzyństwo, zostali objęci: pracownicy, członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osoby odbywające służbę zastępczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące⁸. Dobrowolnie podlegają ubezpieczeniu chorobowemu osoby: wykonujące pracę nakładczą, świadczące pracę na podstawie umów agencyjnej, zlecenia lub o świadczenie usług oraz osoby z nimi współpracujące, wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w okresie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania oraz duchowni. Z ubezpieczenia chorobowego wyłączeni zostali podlegający ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu: posłowie i senatorowie, stypendyści sportowi, pobierający stypendium słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, bezrobotni, osoby pobierające stypendium, żołnierze niezawodowi pełniący czynną służbę, funkcjonariusze Służby Celnej, osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, osoby pobierające świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz pobierające zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osoby pobierające wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie oraz osoby pobierające świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego (także rentowego i wypadkowego) został wprawdzie powiązany z zakresem podmiotowym ubezpieczenia emerytalnego, jednak, jak z dokonanego wyżej wyliczenia (pozytywnego i negatywnego) wynika, jest on istotnie węższy w porównaniu z pozostałymi

⁷ Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.).

⁸ W opracowaniu uwzględniłam projekt ustawy z 14 września 2009 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 2469 (<http://www.sejm.gov.pl>). Nowelizacja miała wejść w życie 1 stycznia 2010 r., ale dotychczas, tj. do 26 lipca 2010 r., nie została uchwalona.

ubezpieczeniami tworzącymi system. Ubezpieczeniem chorobowym zostały objęte tylko te osoby, których choroba powodująca przejściową niezdolność do pracy lub niemożność jej wykonywania prowadzi do utraty za ten czas dochodu. Warunkiem utraty dochodu jest faktyczne jego pozyskiwanie. Osoby wyłączone z ubezpieczenia chorobowego w okresie niezdolności do pracy (niemożności wykonywania pracy) albo zachowują prawo do należnych im świadczeń z określonych, innych niż własna praca zarobkowa (szeroko rozumiane zatrudnienie) tytułów (uposażenia, stypendia, zasiłki), albo nie uzyskując przed powstaniem niezdolności do pracy żadnego przychodu, nie tracą go wskutek choroby (bezrobotni, korzystający z urlopu wychowawczego).

3.2. Obowiązek opłacania i obliczania wysokości składek

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe wyznacza podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Nie stosuje się jednakże ograniczenia jej wysokości do trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy. Stanowi ją, w zależności od tytułu ubezpieczenia, przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych uzyskiwany z działalności (aktywności) zawodowej stanowiącej tytuł ubezpieczenia bądź kwota zadeklarowana (nie niższa niż wynagrodzenie minimalne lub 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale bądź czasowo – w okresie pierwszych 24 miesięcy od dnia wykonywania działalności – 30% minimalnego wynagrodzenia) albo minimalne wynagrodzenie za pracę. Dla ubezpieczonych dobrowolnie podstawa wymiaru składki nie może przekraczać miesięcznie 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Składki finansowane są w całości przez samych ubezpieczonych, a ich stopa procentowa jest dla wszystkich jednakowa i wynosi 2,45% podstawy wymiaru. Podmiotami zobowiązanymi do opłacania składek (płatnikami składek) są natomiast pracodawcy, podmioty, na których rzecz wykonywana jest praca przez osoby odbywające karę pozbawienia wolności i tymczasowo aresztowane, osoby prowadzące działalność pozarolniczą za osoby z nimi współpracujące lub ubezpieczeni.

3.3. Nabycie i zachowanie prawa do świadczeń, obliczanie ich wysokości i okresy wypłaty

Świadczeniami z ubezpieczenia chorobowego są: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński oraz zasiłek opiekuńczy⁹.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia. Przy-

⁹ Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.), zwana dalej ustawą zasiłkową.

sługuje również z tytułu trwającej bez przerwy co najmniej przez 30 dni niezdolności do pracy powstałej nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia lub 3 miesięcy w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni albo innej, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

Na równi z niezdolnością do pracy z powodu choroby traktuje się niemożność wykonywania pracy w wyniku decyzji wydanej na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych¹⁰ (kwarantanna), z powodu przebywania w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego¹¹ lub w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających bądź substancji psychotropowych¹², jak również wskutek podania się badaniom lekarskim dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów¹³.

Warunkiem nabycia prawa do zasiłku jest trzydziestodniowy nieprzerwany okres przymusowego ubezpieczenia poprzedzającego powstanie niezdolności do pracy. Okres ten w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego wynosi 90 dni. Do okresu warunkującego nabycie prawa do zasiłku chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub jeżeli była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym bądź odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Okres wyczekiwania nie jest wymagany, gdy: a) ubezpieczony legitymuje się łącznym dziesięcioletnim okresem obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego, b) przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy, c) absolwent szkoły lub szkoły wyższej przystąpił do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych, d) poseł lub senator przystąpił do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od upływu kadencji Sejmu albo Senatu.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje za czas niezdolności do pracy przypadającej w okresach urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, tymczasowego aresztowania i odbywania kary pozbawienia wolności (chyba że prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy), a okresów tych nie wlicza się do okresu zasiłkowego. Świadczenie nie przysługuje również ubezpieczonemu, który za czas nieobecności w pracy z powodu choroby zachowuje prawo do wynagrodzenia. Okres pobierania wynagrodzenia gwarancyjnego (chorobowego) wlicza się jednak do okresu zasiłkowego. Zasiłek nie przysłu-

¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570 ze zm.).

¹¹ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 70, poz. 473 ze zm.).

¹² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. nr 179, poz. 1485 ze zm.).

¹³ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169, poz. 1411 ze zm.).

guje za cały czas niezdolności do pracy spowodowanej przez ubezpieczonego umyślnym przestępstwem albo wykroczeniem oraz za okres pierwszych pięciu dni niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu. Ubezpieczonemu będącemu pracownikiem zasiłek chorobowy nie przysługuje także, jeżeli w okresie niemożności wykonywania pracy z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej nie podjął proponowanej mu przez pracodawcę innej niezabronionej pracy. Ubezpieczonemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności zasiłek chorobowy nie przysługuje, jeżeli zalega z opłatą składek na kwotę przekraczającą 6,60 zł. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku, jeżeli w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem albo gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane.

Zasiłek chorobowy za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje osobie, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, kontynuuje lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym bądź zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby, jest uprawniona do zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, zasiłku dla bezrobotnych, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego. Nie przysługuje też za czas niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu prawa do zasiłku.

Okres zasiłkowy wynosi co do zasady 182 dni. Jest jednak zróżnicowany według rodzaju choroby – w przypadku gruźlicy wynosi on 270 dni. Do 270 dni wydłużony został okres zasiłkowy za czas choroby przypadającej w okresie ciąży. Do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy i niemożności jej wykonywania oraz okresy poprzedniej niezdolności spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 60 dni. Do okresów zasiłkowych nie wlicza się niezdolności do pracy przypadającej w okresach wyczekiwania. W jakimś sensie jest to rozwiązanie normatywne – nie wartościując go – logiczne. Skoro ubezpieczony nie nabywa prawa do zasiłku w okresie pierwszych 30 dni – okres choroby przypadający w tym czasie nie powinien być wliczany do późniejszego okresu zasiłkowego.

Wysokość zasiłku chorobowego zależy od przyczyny niezdolności do pracy (niemożności wykonywania pracy). Wynosi on, co do zasady, 80% podstawy jego wymiaru. Jednakże gdy przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy, gdy niezdolność przypada w okresie ciąży, a także jeżeli niemożność wykonywania pracy powstała wskutek poddania się badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi ich pobrania zasiłek wynosi 100% podstawy wymiaru. Za okres pobytu w szpitalu wysokość zasiłku chorobowego została obniżona do 70%.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu niezdolnemu do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego w razie pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do pracy po dalszym leczeniu

lub rehabilitacji leczniczej. Nie przysługuje w tych wszystkich przypadkach, w których ubezpieczony nie nabywa prawa do zasiłku chorobowego lub jej traci. Nie przysługuje także osobom uprawnionym do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, do zasiłku dla bezrobotnych i zasiłku oraz świadczenia przedemerytalnego. Świadczenie rehabilitacyjne nie jest wypłacane uprawnionemu, który zachowuje za czas dalszej niezdolności do pracy, tj. trwającej ponad okresy zasiłkowe, prawo do wynagrodzenia.

Okres wypłacania świadczenia rehabilitacyjnego jest równy okresowi koniecznemu do przywrócenia zdolności do pracy. Jest zatem zróżnicowany wedle stanu zdrowia uprawnionego – im stan zdrowia ubezpieczonego lepszy, tym okres wypłaty świadczenia krótszy. I odwrotnie – gorszy stan zdrowia ubezpieczonego powoduje wydłużenie okresu pobierania świadczenia do 12 miesięcy.

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego zależy od przyczyny niezdolności do pracy i w zasadzie wynosi 75% podstawy jego wymiaru. Został jednak zwiększony do 100%, gdy niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży albo jest spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy.

Zasiłek wyrównawczy przysługuje ubezpieczonemu będącemu pracownikiem ze zmniejszoną sprawnością do pracy, wykonującemu pracę w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej bądź u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy. Zasiłek przysługuje przez okres rehabilitacji zawodowej. Prawo do tego świadczenia ustaje z dniem zakończenia rehabilitacji i przesunięcia do innej pracy, nie później jednak niż po 24 miesiącach od podjęcia rehabilitacji, albo gdy rehabilitacja zawodowa stała się niecelowa z uwagi na stan zdrowia ubezpieczonego. Zasiłek nie przysługuje ubezpieczonemu uprawnionemu do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego. Wysokość zasiłku wyrównawczego stanowi, na co wskazuje już sama jego nazwa, różnica między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem stanowiącym podstawę wymiaru zasiłku chorobowego a miesięcznym wynagrodzeniem osiąganym za pracę w warunkach rehabilitacji zawodowej.

Zasiłek macierzyński przysługuje: 1) ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo urlopu wychowawczego: • urodziła dziecko • przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia (dziecko do 10 roku życia, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego) i wystąpiła do sądu opiekuńczego o jego przysposobienie • przyjęła dziecko na wychowanie w ramach rodziny zastępczej (z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem); 2) ubezpieczonemu ojcu dziecka, który: • w razie śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka przerwie zatrudnienie (inną działalność zarobkową) w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem • uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego po skróceniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego na wniosek ubezpieczonej matki po wykorzystaniu przez nią zasiłku za okres co najmniej 14 tygodni • korzysta z urlopu macierzyńskiego przysługującego ojcu wychowującemu dziecko; 3) innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej

rodziny – w razie śmierci ubezpieczonej lub porzucenia przez nią dziecka, jeżeli przerwie on zatrudnienie (inną działalność zarobkową) w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w czasie ciąży wskutek rozwiązania stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy albo z naruszeniem przepisów stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu (w sprawach o uznanie wypowiedzenia za bezskuteczne, o przywrócenie do pracy lub o odszkodowanie). Przysługuje też po ustaniu ubezpieczenia w związku z wygaśnięciem umowy terminowej (po jej przedłużeniu do dnia porodu).

Zasiłek macierzyński nie przysługuje jednak, gdy ubezpieczony będący pracownikiem zachowuje prawo do wynagrodzenia, a także gdy poród nastąpił w okresach urlopu bezpłatnego, aresztowania tymczasowego lub odbywania kary pozbawienia wolności. Nie przysługuje ubezpieczonym z tytułu pozarolniczej działalności, jeżeli zalegają z opłatą składek na kwotę przekraczającą 6,60 zł.

Okres zasiłkowy wyznaczają przewidziane w Kodeksie pracy okresy: urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego¹⁴. Gdy prawo do zasiłku macierzyńskiego powstało w okresie urlopu wychowawczego, zasiłek przysługuje za okres odpowiadający części urlopu macierzyńskiego przypadającej po porodzie. Także w przypadku urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach uzasadniających prawo do zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego – świadczenie przysługuje za część urlopu należnego po porodzie. Okres zasiłkowy dla ojca dziecka lub innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny ulega zmniejszeniu o okresy wypłaty zasiłku ubezpieczonej matce, która zmarła lub porzuciła dziecko albo skróciła okres pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Ubezpieczonej pracownicy, z którą w okresie ciąży rozwiązano stosunek pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy, nie zapewniając jej innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu **zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego**.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 100% podstawy jego wymiaru. Ubezpieczonemu pracownikowi, który łączy korzystanie z dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub ojcowskiego bądź urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego z wykonywaniem pracy zasiłek pomniejsza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad: 1) dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadkach: • nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza • porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego stale opiekują-

¹⁴ Por. art. 180-184 Kodeksu pracy.

cego się dzieckiem uniemożliwiającej temu małżonkowi sprawowanie opieki; 2) chorym dzieckiem w wieku do ukończenia lat 14; 3) innym chorym członkiem rodziny.

Innymi członkami rodziny, nad którymi opieka uzasadnia prawo do zasiłku są: małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku ponad 14 lat pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym. Za dzieci uważa się: dzieci własne ubezpieczonego, dzieci jego małżonka, przysposobione, obce przyjęte na wychowanie i utrzymanie.

Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje ubezpieczonemu, jeżeli poza nim są inni członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym mogący zapewnić opiekę dziecku lub choremu członkowi rodziny. Nie dotyczy to jednak sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat. Zasiłek nie przysługuje także, gdy ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia; za czas sprawowania opieki w okresach urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, a także gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane. Nie przysługuje ubezpieczonemu z tytułu pozarolniczej działalności, jeżeli zalega z opłatą składki na kwotę przekraczającą 6,60 zł. Prawo do zasiłku opiekuńczego traci uprawniony wykonujący w okresie zwolnienia pracę zarobkową oraz wykorzystujący zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem.

Okres zasiłkowy stanowi okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad innymi chorymi członkami rodziny nie dłużej niż przez 14 dni w roku kalendarzowym, w pozostałych przypadkach – 60 dni. Nie może on przekraczać łącznie 60 dni w roku kalendarzowym. Ubezpieczonemu ojcu dziecka, który korzysta z prawa do części urlopu macierzyńskiego odpowiadającej okresowi, w którym pracownica uprawniona do takiego urlopu, po wykorzystaniu 8 tygodni po porodzie, wymaga opieki szpitalnej ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, przysługuje dodatkowo zasiłek opiekuńczy w wymiarze 8 tygodni, jeżeli przerwie on zatrudnienie w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Wysokość zasiłku została ustalona jednolicie na 80% podstawy jego wymiaru.

3.4. Zasady obliczania wysokości świadczeń

Ustawodawca unormował szczegółowo (drobiazgowo) zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, nakazując ich odpowiednie stosowanie do obliczania podstawy wymiaru pozostałych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Przepisy ustawy zasiłkowej regulujące te zasady, jak większość przepisów ubezpieczeniowych, niemal kazuistycznie normują rozmaite możliwe (hipotetyczne) sytuacje faktyczne związane z relacjami między czasem i wysokością uzyskiwanego przez ubezpieczonego przychodu a powstaniem niezdolności do pracy (lub niemożności wykonywania pracy). Nie wdając się

w ich głębszą analizę można stwierdzić, że zwykle (normalnie) podstawę wymiaru zasiłków z ubezpieczenia chorobowego dla ubezpieczonych będących pracownikami stanowi „przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy”. Podstawa ich wymiaru z tytułu zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę (po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia). Podstawę wymiaru zasiłków dla ubezpieczonych niebędących pracownikami wyznacza przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego podstawa wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia.

4. Różnicowanie warunków nabycia prawa do świadczeń chorobowych, ich obliczania i okresu wypłaty

Z celowo jedynie bardzo powierzchownego, niepogłębionego przedstawienia warunków obejmowania ubezpieczeniem chorobowym, obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek, nabywania i zachowania prawa do świadczeń, ustalania ich wysokości i okresów wypłaty¹⁵ daje się bez trudu zauważyć, że są one zróżnicowane. Zresztą dyferencjację uważa się niekiedy za jedną z właściwości prawa ubezpieczenia społecznego. Nie traktuje się jej przy tym jako przejawu nierówności, lecz jako prawną formę realizacji sprawiedliwości rozdzielczej oraz wyrównawczej. Sprawiedliwe jest bowiem abstrakcyjne ukształtowanie obowiązku świadczenia, które gwarantuje wypłatę świadczenia słusznego w typowych przypadkach określonego ryzyka.

Podstawowymi wyznacznikami sytuacji prawnej ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia chorobowego jest charakter ubezpieczenia (obowiązkowy lub dobrowolny) oraz tytuł ubezpieczenia. Kryteriami jej dyferencjacji są ponadto okres ubezpieczenia, wiek (pośrednio), płeć (pośrednio), stan rodzinny, stan zdrowia, status materialny – pozyskiwanie, faktyczne lub potencjalne, dochodu w okresie ochrony ubezpieczeniowej (wyłączenie prawa do zasiłków dla ubezpieczonych zachowujących prawo do wynagrodzenia oraz mających ustalone prawo do emerytury lub renty).

Charakter ubezpieczenia stanowi kryterium zróżnicowania warunków nabycia prawa do zasiłku chorobowego (wydłużenie okresu wyczekiwania ubezpieczonych dobrowolnie do 90 dni, podczas gdy w przypadku ubezpieczonych obowiązkowo jest to 30 dni), ma znaczenie dla sposobu ustalenia podstawy wymiaru składki. Tytuł ubezpieczenia wpływa na prawo do niektórych świadczeń, które, jak zasiłek wyrównawczy, przysługuje tylko ubezpieczonym będącym pracownikami. Poza tym różnicuje sposób ustalania

¹⁵ Poszczególne kwestie są przedmiotem odrębnych opracowań przygotowywanych na konferencję.

podstawy wymiaru składki oraz sposób jej opłacania (płatnikami składek są różne podmioty, w tym niekiedy sami ubezpieczeni), a także sposób ustalania podstawy wymiaru świadczeń. Stan rodzinny jest decydujący dla okresu pobierania zasiłków macierzyńskiego (urlopy rodzicielskie) i opiekuńczego (wiek dzieci); może mieć wpływ na nabycie prawa do niektórych świadczeń (np. do zasiłku opiekuńczego, który nie przysługuje ubezpieczonemu, jeżeli istnieją domownicy, którzy mogą sprawować opiekę nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny). W zakresie prawa do zasiłków chorobowego i wyrównawczego oraz do świadczenia rehabilitacyjnego ma znaczenie sytuacja materialna ubezpieczonego, a ściślej pozyskiwanie lub zachowanie – faktycznie bądź potencjalnie – dochodu w okresach objętych ochroną ubezpieczeniową. Zasiłek nie przysługuje bowiem ubezpieczonemu, który za czas nieobecności w pracy spowodowanej chorobą lub niemożnością wykonywania pracy zachowuje prawo do wynagrodzenia. Nie przysługuje także – za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia – ubezpieczonemu, który ma ustalone prawo do emerytury bądź renty, pobiera zasiłek lub świadczenie przedemerytalne, zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenie kompensacyjne. Z kolei stan zdrowia ubezpieczonego ma wpływ na prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku wyrównawczego (rokowania co do odzyskania zdrowia) oraz na okresy ich pobierania (ograniczony maksymalnymi okresami czas konieczny do odzyskania zdolności do pracy). Rodzaj choroby (gruźlica) różnicuje długość okresów zasiłkowych, a przyczyna niezdolności do pracy (wypadek w drodze do pracy i z pracy, badania lekarskie dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegi ich pobrania, choroba będąca wynikiem umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, nadużycia alkoholu) warunki nabycia prawa do zasiłku i jego wysokość. Pośrednio kryterium różnicowania sytuacji ubezpieczonych jest również ich wiek. Teza ta jest uprawniona w tym sensie, że osoby mające ustalone prawo do emerytury oraz świadczenia kompensacyjnego pozbawione są prawa do niektórych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy).

Ubezpieczenie chorobowe obejmuje w istocie dwa samodzielne ryzyka ubezpieczeniowe – chorobę i macierzyństwo. Dlatego kryterium dyferencjacji sytuacji ubezpieczonych stanowi także płeć. Prawo do niektórych świadczeń przysługuje wyłącznie kobietom (zasiłek na warunkach zasiłku macierzyńskiego) lub mają one pierwszeństwo w jego nabyciu (zasiłek macierzyński). Korzystniej dla kobiet zostały ukształtowane zasady nabywania prawa do niektórych świadczeń oraz ich wysokość (zasiłek chorobowy). Kryterium dyferencjacji prawa do świadczeń stanowi nie tyle płeć jako taka (samo bycie kobietą lub mężczyzną), ile wynikające z płci funkcje biologiczne – ciąża, poród, macierzyństwo. Trzeba wszakże stwierdzić, że wszędzie tam, gdzie jest to ze względów fizjologicznych możliwe, przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej nie jest macierzyństwo, lecz rodzicielstwo. W takich okolicznościach zasadność różnicowania uprawnień wynikających z ubezpieczenia chorobowego według płci nie może być kwestionowana. Można by ewentualnie rozważyć, czy choroba i macierzyństwo (rodzicielstwo) powinny być obję-

te jednym, wspólnym ubezpieczeniem. Nie ulega bowiem wątpliwości, że ani ciąża, ani macierzyństwo (ojcostwo) chorobami nie są. Stanowią oddzielne, samodzielne, różne zdarzenia ubezpieczeniowe. Za utrzymaniem *status quo* przemawiają dziś chyba tylko względy natury historycznej i pragmatycznej. Czy są to jednak argumenty wystarczające dla jego dalszego utrzymania – mam poważne wątpliwości. Wreszcie staż ubezpieczeniowy różnicuje warunki nabycia prawa do zasiłku chorobowego.

Z faktu, że ubezpieczeni traktowani są niejednakowo nie wynika, że nie są traktowani równo. O tym decyduje bowiem okoliczność, czy wymienione wyżej kryteria różnicowania są uzasadnione. Tytuł ubezpieczenia został zaliczony przez Sąd Najwyższy i Trybunał Konstytucyjny do niedyskryminujących kryteriów dyferencjacji sytuacji prawnej ubezpieczonych¹⁶. Wprawdzie orzeczenia dotyczyły ubezpieczenia emerytalnego, a ich przedmiotem była ocena równego traktowania ubezpieczonych w aspekcie preferencyjnego ukształtowania prawa do wcześniejszej emerytury dla pracowników, ale ich motywy (sposób argumentacji) można odpowiednio przenieść na warunki nabywania prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Trzeba jednak podnieść, że składki na ubezpieczenie chorobowe finansowane są, inaczej niż na ubezpieczenie emerytalne, w całości przez samych ubezpieczonych. Wydaje się, że wobec tego zasada równego traktowania w zakresie nabywania prawa do świadczeń, ich wysokości i okresów wypłacania powinny być bardziej rygorystyczne i dosłowne, a kryteria dyferencjacji bezdyskusyjne. Tytuł ubezpieczenia, w mojej ocenie, takim nie jest.

W kontekście tego kryterium dyferencjacji nie budzi natomiast wątpliwości zasadność różnicowania warunków ustalania podstawy wymiaru składki i – w konsekwencji – podstawy wymiaru świadczeń. Przychód pracownika, jakim jest wynagrodzenie za pracę jest chronionym prawnie w sposób szczególny przychodem stałym, wypłacanym w co najmniej miesięcznych cyklach obrachunkowych, we względnie jednakowej wysokości. Inny charakter ma przychód z działalności zawodowej wykonywanej poza stosunkiem pracy – uzyskiwany na ogół w zmiennej wysokości, nieperiodycznie i bez gwarancji jego uzyskania.

Moje zastrzeżenia dotyczą również różnicowania według charakteru ubezpieczenia warunków nabycia prawa do świadczeń. Wydawać by się mogło, że nie tylko aksjologia przemawia za co najmniej takim samym ich ukształtowaniem dla wszystkich ubezpieczonych. Wydłużenie okresu oczekiwania na zasiłek chorobowy do 90 dni dla ubezpieczonych dobrowolnie nie ma usprawiedliwionych podstaw. Podyktowane jest, jak się wydaje, tylko brakiem zaufania co do intencji przystępujących do ubezpieczenia i nadmierną troską o nienadużywanie przez nich prawa do świadczeń. To rozwiązanie prawne razi szczególnie w kontekście braku jakiegokolwiek

¹⁶ Por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2002 r., II UKN 58/01 (OSNP 2003 nr 21, poz. 523) oraz z dnia 28 listopada 2002 r., II UK 77/02 (OSNP 2004 nr 6, poz. 105), postanowienie tego Sądu z dnia 8 lutego 2006 r., III UZP 3/05 (OSNP 2007 nr 5-6, poz. 84), a także wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 września 2000 r., K 1/00 (OTK 2000 nr 6, poz. 185).

okresu wyczekiwania dla parlamentarzystów i absolwentów szkół nabywających prawo do zasiłku chorobowego bez okresu wyczekiwania (choć pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia w okresie 90 dni od ukończenia szkoły lub zakończenia kadencji Sejmu bądź Senatu). Warto w tym miejscu podnieść, że Trybunał Konstytucyjny uznał charakter ubezpieczenia za kryterium dyskryminujące, stwierdzając, iż przyznanie prawa do określonego świadczenia (konkretnie do zasiłku opiekuńczego) tylko ubezpieczonym obowiązkowo i wyłączenie go dla ubezpieczonych dobrowolnie narusza zasadę równego traktowania¹⁷.

Najwięcej wątpliwości w aspekcie równego traktowania budzi (podyktowane jak miemam fiskalizmem) ukształtowanie prawa do większości świadczeń chorobowych ubezpieczonych będących pracownikami zachowującymi za czas niezdolności do pracy (niemożności wykonywania pracy) prawo do wynagrodzenia. Uprawnienia objęte treścią stosunku pracy nie powinny mieć bezpośredniego wpływu na uprawnienia wynikające ze stosunku ubezpieczenia chorobowego. Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego odzwajemniają składkę uiszczaną przez ubezpieczonego na rzecz Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wynagrodzenie za pracę przysługuje pracownikowi w zamian za pracę wykonywaną przez niego na rzecz pracodawcy. Fakt, że obydwa te stosunki prawne są ze sobą powiązane czasowo (zgodnie z art. 13 pkt 1 ustawy systemowej okres obowiązkowego podlegania pracowników ubezpieczeniom obejmuje czas „od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku”) i – jednostronnie – podmiotowo (pracownik zyskuje *ex lege* także status ubezpieczonego) nie pozbawia ich odrębności. Nie ma żadnych uzasadnionych przesłanek do świadczenia przez pracodawcę wynagrodzenia gwarancyjnego (z funduszu płac) w miejsce zasiłku należnego od organu rentowego (z FUS). Pracownicy zachowujący prawo do wynagrodzenia powinni być na czas takiego zatrudnienia wyłączeni z ubezpieczenia chorobowego. Inne możliwe rozwiązanie prawne tej kwestii to zwrot składek pracownikowi ewentualnie pracodawcy za czas niezdolności ubezpieczonego do pracy. Obecna regulacja narusza zasadę równości pracodawców. Prawo do wynagrodzenia gwarancyjnego za cały czas niezdolności do pracy zachowują pracownicy tzw. sfery budżetowej; pozostałym pracownikom „wynagrodzenie chorobowe” przysługuje, w zależności od wieku, przez 33 lub 14 dni w roku kalendarzowym.

Nie mam też pewności co do zachowania zasady równego traktowania w zakresie prawa do świadczeń ubezpieczonych mających ustalone prawo do emerytury. Skoro takie osoby objęte są ubezpieczeniem chorobowym, powinny im przysługiwać świadczenia z tego ubezpieczenia. Osoby takie albo powinny być zwolnione z obowiązku opłacania składek (wyłączone z ubezpieczenia chorobowego), albo – w przypadku ziszczenia się ryzyka – powinny otrzymywać świadczenia. Tym bardziej, że ustalenie prawa do emerytury

¹⁷ Por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 marca 2007 r., P 45/06 (OTK-A 2007 nr 3, poz. 22). W jego rezultacie został zmieniony art. 32 ust. 1 ustawy zasiłkowej (art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 kwietnia 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 93, poz. 582).

nie jest tożsame z jego wypłatą. Uwzględniając treść art. 129 ustawy emerytalnej¹⁸, wypłata emerytury następuje od miesiąca, w którym uprawniony zgłosił stosowny wniosek, co oznacza, że przez pierwszy okres choroby pozabawiony on będzie wynagrodzenia gwarancyjnego (ustanie tytułu ubezpieczenia), zasiłku chorobowego i emerytury, a więc jakiegokolwiek przychodu.

5. Dochodzenie roszczeń z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego

Według art. 2a ust. 3 ustawy „Ubezpieczony, który uważa, że nie zastosowano wobec niego zasady równego traktowania, ma prawo dochodzić roszczeń z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego przed sądem”. Stosuje się odpowiednio art. 83 ustawy systemowej.

Artykuł 2a ustawy systemowej jest przepisem proceduralnym. Roszczenia materialnoprawne określone w nim jako „roszczenia z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego” wynikają z przepisów materialnego prawa ubezpieczenia społecznego. Przepis ten należy zatem traktować jako samodzielną podstawę prawną do wszczęcia przed sądem sprawy o roszczenie z ubezpieczenia społecznego z tytułu naruszenia zasady równego traktowania (niedyskryminacji).

Prawo ubezpieczeń społecznych jest, jak się powszechnie uważa, prawem ścisłym, zawierającym wyłącznie (lub niemal wyłącznie) normy o charakterze bezwzględnie obowiązującym. Stosunek ubezpieczenia społecznego powstaje z mocy prawa i przez prawo wyznaczana jest jego treść. Znaczy to, że sytuacja prawna podmiotów stosunków ubezpieczeniowych nie może być kształtowana ich wolą odmiennie niż uczynił to ustawodawca. Regulacją ustawową związani są ubezpieczeni, organ rentowy i sąd. W postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych niedopuszczalne jest zawarcie ugody. Wyłączona jest dopuszczalność interpretacji przepisów ubezpieczeniowych opartej na pozaprawnych normach, np. zasadzie współzycia społecznego czy sprawiedliwości. Decyzje wydawane na zasadzie swobodnego uznania, gdzie ewentualnie można by zarzucić organowi rentowemu naruszenie zasady równego traktowania, nie podlegają w zasadzie kontroli sądu. W tych okolicznościach trudno skonstruować roszczenie ubezpieczonego „z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego”. Trudno też nawet wyobrazić sobie treść rozstrzygnięcia sądu.

Artykuł 83 ustawy systemowej ustanawia kompetencję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do wydawania decyzji w zakresie indywidualnych spraw dotyczących „w szczególności” zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek, ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i ich wymiaru. Od decyzji ubezpieczonemu przy-

¹⁸ Ustawa z dnia 17 grudnia 1989 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227), zwana dalej ustawą emerytalną.

sługuje odwołanie do właściwego sądu. Odwołanie przysługuje także w razie bezczynności organu rentowego, tj. niewydania decyzji w terminie dwóch miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia wniosku o świadczenie lub inne roszczenie. Skoro odwołanie do sądu przysługuje tylko od decyzji (orzeczeń) tego rodzaju (fakt, że wyliczonych przykładowo, a nie taksatywnie), pierwszym warunkiem otwarcia drogi ubezpieczonego do sądu jest to, by jego sprawa z ubezpieczenia społecznego nadawała się do rozstrzygnięcia w formie decyzji. Sąd, jeżeli istnieją podstawy do uwzględnienia odwołania, zmienia zaskarżoną decyzję w całości lub w części i orzeka co do istoty sprawy. W przypadku braku podstaw do uwzględnienia odwołania sąd orzeka jego oddalenie. Podstawę do uwzględnienia lub oddalenia odwołania od decyzji jest jej legalność. Legalność zaś to zgodność z prawem – materialnym i formalnym. Tezie tej nie przeczy przyjęcie poglądu, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie ma charakteru kontrolnego, lecz jest samodzielnym, dwuinstancyjnym postępowaniem rozpoznawczym, wszczynanym przez wniesienie pozwu nazwanego tu „odwołaniem”. Droga sądowa bez wyczerpania administracyjnego postępowania przed organem rentowym jest niedopuszczalna, co w procesie przekłada się na odrzucenie pozwu (odwołania) lub brana przez sąd II instancji pod rozwagę z urzędu nieważność postępowania.

W związku z wymienionymi wyżej cechami prawa ubezpieczenia społecznego wydaje się, że „roszczenie z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego” oparte na zarzucie niezastosowania zasady równego traktowania mogłoby być zgłoszone tylko przez zakwestionowanie rozstrzygnięcia organu rentowego zawartego w decyzji, niezależnie od tego, czy byłoby ono zgodne z przepisami, czy też naruszałoby te przepisy. Sprzeczność z zasadą równego traktowania zachodziłaby wobec tego nie przez zastosowanie lub niezastosowanie konkretnego przepisu, ale dyskryminacyjny charakter samego tego przepisu. Spór wymagałby przeniesienia na płaszczyznę konstytucyjną¹⁹.

Poza tym, „roszczenie z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego” miałoby źródło w przekonaniu ubezpieczonego o „niezastosowaniu wobec niego zasady równego traktowania”. Do sądu może wszak wystąpić ten, kto uważa, że nie zastosowano wobec niego zasady równego traktowania. Orzeczenie musiałyby dotyczyć więc zasadności odczuć strony co do prawa, a nie samego prawa.

¹⁹ W ramach kompetencji przewidzianych w art. 188 pkt 1 Konstytucji.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego

1. Geneza i ewolucja ubezpieczenia chorobowego w II Rzeczypospolitej oraz PRL

W historycznym rozwoju prawa ubezpieczenia społecznego choroba – jako zdarzenie ubezpieczeniowe, z którym łączy się określone świadczenie z tytułu utraty zarobków w związku z czasową niezdolnością do pracy – niemal zawsze zajmowała czołowe miejsce w katalogu zagrożeń chronionych ubezpieczeniem. Jednak sama idea ubezpieczenia chorobowego nie miała realnych kształtów i długo poszukiwano form jej urzeczywistnienia. Załączków quasi-ubezpieczenia chorobowego można upatrywać w różnego rodzaju kasach wzajemnej pomocy, które dzięki wspólnemu gromadzeniu funduszy niosły pomoc swym członkom, pozbawionym środków utrzymania, między innymi wskutek choroby. Należy tu przywołać także powstające gildyjne i robotnicze kasy wzajemnej, dobrowolnej pomocy stanowiące ogniwa łańcucha, na którego końcu dopiero po wielu stuleciach znalazła się reforma Bismarcka. W pakiecie ustaw socjalnych jako pierwsza w 1883 r. weszła w życie ustawa o ubezpieczeniu społecznym na wypadek choroby. Ubezpieczeniem objęto urzędników i robotników fabrycznych, zapewniając im świadczenia gwarantowane przez państwo. Ustawy Bismarcka, którym nadano przymusowy charakter, dały impuls do rozwoju ustawodawstwa socjalnego. Wkrótce pod ich wpływem przymusowe ubezpieczenie chorobowe zostało wprowadzone niemal we wszystkich krajach europejskich, także w Polsce.

Po odzyskaniu niepodległości, w II Rzeczypospolitej tworzenie systemu ubezpieczenia społecznego zapoczątkował dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby¹, zastąpiony wkrótce ustawą z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby². Pośpiech, z jakim wprowadzono w życie oba akty prawne (dekret wydano dwa miesiące po odzyskaniu niepodległości), świadczy o wadze i społecznym znaczeniu, jakie przykładano do problemu ubezpieczenia chorobowego. Zarówno dekret, jak i ustawa, ubezpieczenie chorobowe oparły

¹ Dz.U. z 1919 r. nr 9, poz. 122.

² Dz.U. z 1920 r. nr 44, poz. 272.

na zasadzie obowiązkowości i powszechności, wprowadzając rozwiązania prawne wyprzedzające nowoczesnością nawet ustawodawstwo niemieckie³. W kręgu osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia (art. 3 ustawy) znaleźli się wszyscy pracownicy zatrudnieni na podstawie stosunku służbowego lub umowy o pracę⁴. Dla osób niepodlegających obowiązkowo ubezpieczeniu ustawa przewidywała możliwość dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, po spełnieniu określonych warunków⁵. Omawiana ustawa była na owe czasy nowatorska, zawierała wiele postępowych rozwiązań o charakterze prawno-organizacyjnym i wywarła duży wpływ na rozwój ubezpieczenia chorobowego oraz kształtowanie się jego zakresu podmiotowego.

W latach trzydziestych ubiegłego wieku, mimo głębokiego kryzysu gospodarczego, podjęto próbę usystematyzowania prawa ubezpieczeń społecznych. Sejm II Rzeczypospolitej w dniu 28 marca 1933 r. uchwalił ustawę o ubezpieczeniu społecznym⁶, zwaną powszechnie scalenią. Zakresem podmiotowym ubezpieczenia chorobowego zostały objęte wszystkie osoby pozostające w stosunku pracy lub w stosunku służbowym (art. 2 ust. 1)⁷. Do tej grupy należały również osoby uczące się zawodu, terminatorzy, praktykanci, a także chałupnicy i więźniowie wykonujący pracę oraz członkowie rodziny zatrudnieni przez pracodawcę, z wyjątkiem małżonka. Osoby nieobjęte obowiązkiem ubezpieczenia mogły skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego na warunkach określonych w ustawie, przy czym wyróżniano możliwość kontynuowania ubezpieczenia przez osoby objęte uprzednio ubezpieczeniem

³ Por. G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawno-porównawcza*, Gestor Group, Lublin 2006, s. 217.

⁴ W tym gronie znaleźli się pracownicy umysłowi, pracownicy naukowci, nauczyciele i wychowawcy, funkcjonariusze państwowi i samorządowi, a także robotnicy, czeladnicy, dozorczy, pracownicy handlu i gastronomii oraz chałupnicy. Obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego objęto również służbę domową, załogi statków, aktorów i personel teatralny, praktykantów i terminatorów. Ewenementem ustawy było objęcie omawianym ubezpieczeniem robotników rolnych i leśnych oraz obcokrajowców zatrudnionych na polskim terytorium. Dodać należy, że uprawnienie do obligatoryjnego objęcia tym ubezpieczeniem mieli także pracownicy sezonowi oraz ci, którzy otrzymywali wynagrodzenie w naturze. Obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegali mianowani urzędnicy państwowi oraz osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych w firmach przemysłowych i handlowych, których zarobki przekraczały określone roczne limity.

⁵ Uprawnionymi do dobrowolnego ubezpieczenia były osoby, które nie przekroczyły 45 roku życia i przedłożyły świadectwo zdrowia wydane przez upoważnionego lekarza wyznaczanego przez kasę chorych (widoczny element charakterystyczny dla ubezpieczenia gospodarczego).

⁶ Dz.U. z 1933 r. nr 51, poz. 936.

⁷ W ubezpieczeniu na wypadek choroby ustawa scalenia, odchodząc od zasady powszechności tego ubezpieczenia, wprowadziła wiele niekorzystnych zmian. Przede wszystkim znacznemu ograniczeniu uległ zakres podmiotowy. Z obowiązku ubezpieczenia chorobowego wyłączeni zostali funkcjonariusze państwowi, pracownicy związków samorządu terytorialnego, osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej, cudzoziemcy zatrudnieni w przedstawicielstwach państw obcych. Z zasięgu tego ubezpieczenia wykluczeni zostali także duchowni, osoby zatrudnione na krótki czas w gospodarstwach domowych oraz pracownicy zarabiający miesięcznie ponad 725 zł, a ponadto pracownicy zatrudnieni w gospodarstwach rolnych, leśnych, ogrodowych i rybnych.

obowiązkowym, jak również możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego⁸.

Przepisy ustawy scaleniowej w zakresie ubezpieczenia chorobowego zostały utrzymane w mocy również po roku 1944 i w zasadzie obowiązywały formalnie do 31 grudnia 1974 r., oczywiście po wielu nowelizacjach w części dotyczącej świadczeń, warunków ich nabywania i wysokości, a także zakresu podmiotowego, o czym będzie mowa w dalszej części opracowania. Moc obowiązującą ustawy scaleniowej władze PRL potwierdziły dwoma dekretemi: z dnia 8 stycznia 1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁹ oraz o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych¹⁰.

Z odległej perspektywy czasowej nietrudno dostrzec, że w pierwszych latach po II wojnie światowej o kierunku rozwoju ubezpieczenia chorobowego w Polsce Ludowej zdecydowała nie tylko tradycja i dorobek ubezpieczeniowy okresu międzywojennego, lecz przede wszystkim przemiany polityczno-ustrojowe i ich ideologiczne założenia. Rozwój zakresu podmiotowego ubezpieczenia chorobowego nakreślił Manifest z 21 lipca 1944 r. wydany przez Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego (PKWN). Deklarował on, między innymi, opiekę i pomoc pracownikom oraz członkom ich rodzin w razie choroby i niezdolności do pracy. Pierwszym posunięciem do wdrożenia założeń manifestu była nowelizacja ustawy scaleniowej z 1933 r.¹¹, w ramach której znaczących przekształceń dokonano również w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa. W dążeniu do stopniowego objęcia tym ubezpieczeniem całej ludności kraju, rozszerzano zakres podmiotowy i obowiązkiem ubezpieczenia objęto wszystkie osoby pozostające w stosunku pracy lub w stosunku służbowym. W kręgu tych osób znaleźli się: pracownicy umysłowi, robotnicy, nauczyciele szkół wszystkich stopni, sędziowie, prokuratorzy, asesorowie i aplikanci sądowi oraz robotnicy rolni, a także funkcjonariusze państwowi i pracownicy samorządu terytorialnego, wyłączeni uprzednio z omawianego ubezpieczenia. Ponadto obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego objęto również: osoby osiągające wyższe zarobki (ponad 725 zł), chałupników, terminatorów, uczniów, praktykantów, wolontariuszy, a także więźniów oraz osoby zatrudnione przez krewnych i powinowatych, z wyjątkiem małżonka.

Przedstawiony zakres ubezpieczenia chorobowego wskazuje, że mimo deklaracji Manifestu Lipcowego nie miało ono charakteru powszechnego,

⁸ Uprawnienie to przysługiwało osobom w wieku od 16 do 45 lat, legitymującym się dobrym stanem zdrowia, których roczny dochód nie przekraczał 10 tys. zł. Jeżeli świadectwo lekarskie wykazywało zły stan zdrowia wnioskodawcy, mimo spełnienia pozostałych warunków, ubezpieczalnia mogła odmówić objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Szczegółowe warunki dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa określało rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 10 kwietnia 1934 r. (Dz.U. z 1934 r. nr 37, poz. 336).

⁹ Dz.U. z 1946 r. nr 4, poz. 28.

¹⁰ Dz.U. z 1946 r. nr 4, poz. 29.

¹¹ Dekret PKWN z 23 października 1944 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1944 r. nr 9, poz. 44).

gdź w zasięgu ochrony ubezpieczeniowej znalazły się wyłącznie osoby mające status pracownika¹².

Dalsze upowszechnianie ubezpieczenia chorobowego nastąpiło po reformie organizacji opieki zdrowotnej dokonanej mocą ustawy z 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia¹³. Nieprzypadkowo jej wdrażanie zbiegło się z wejściem w życie Konstytucji z 22 lipca 1952 r., która ochronie zdrowia oraz udzielaniu pomocy w razie choroby nadała charakter prawa obywatelskiego¹⁴.

Osobliwym rysem w rozwoju ubezpieczenia chorobowego była jego ekspansja na grupy pozapracownicze. Rozpoczęła się ona objęciem zakresem podmiotowym adwokatów¹⁵, a wkrótce rzemieślników i osoby z nimi współpracujące¹⁶, a jedenaście lat później na podstawie ustawy z dnia 18 grudnia 1976 r.¹⁷ również inne osoby prowadzące działalność zarobkową, nie tylko w sferze rzemiosła, lecz także handlu i usług, rybołówstwa morskiego, flisactwa turystycznego, przewozów taksówkowych i innych. Kolejną grupą społeczną, która powiększyła zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego, byli członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych¹⁸, a od 1975 r. osoby świadczące stale i odpłatnie pracę na podstawie umów agencyjnych i zlecenia¹⁹.

Osobnej uwagi wymaga liczna populacja rolników indywidualnych, których systemem emerytalno-rentowym objęto w 1977 r.²⁰, gwarantując im

¹² Dane statystyczne potwierdzają jednak, że w pierwszych latach powojennych nastąpił pokaźny wzrost liczby osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego. W 1945 r. liczba osób ubezpieczonych, łącznie z członkami rodzin, wynosiła 4 mln, a już w 1950 r. wzrosła niemal do 12 mln, co stanowiło ponad 47% ogółu ludności kraju. Podają za G. Chałupczakiem, *Ubezpieczenie...*, op. cit., s. 318.

¹³ Dz.U. z 1951 r. nr 67, poz. 466.

¹⁴ Szerzej T. Żyliński, *Świadczenia chorobowe [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wydawnictwo PAN, Warszawa 1991, s. 309. Wykonanie założeń Konstytucji odbyło się na drodze rozwoju ubezpieczeń społecznych, wraz ze znacznym rozszerzaniem zakresu podmiotowego oraz postępu w udzielaniu pomocy leczniczej, która nabrała cech świadczenia z tytułu tego ubezpieczenia.

¹⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 marca 1964 r. w sprawie ubezpieczenia społecznego adwokatów – członków zespołów adwokackich i ich rodzin (Dz.U. nr 10, poz. 62).

¹⁶ Ustawa z dnia 29 marca 1965 r. o ubezpieczeniu społecznym rzemieślników (Dz.U. nr 13, poz. 90).

¹⁷ Ustawa z 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym rzemieślników i niektórych innych osób prowadzących działalność zarobkową na własny rachunek oraz ich rodzin (Dz.U. nr 40, poz. 235).

¹⁸ Podstawą do korzystania ze świadczeń chorobowych była ustawa z dnia 26 października 1971 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i ich rodzin (Dz.U. nr 27, poz. 255) oraz dekret Rady Państwa z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych (Dz.U. nr 10, poz. 54).

¹⁹ Ustawa z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na rzecz jednostek gospodarki uspołecznionej na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (Dz.U. nr 45, poz. 232).

²⁰ Ustawa z dnia 27 października 1977 r. o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin (Dz.U. nr 32, poz. 140).

tylko świadczenia lecznicze udzielane przez zakłady społecznej służby zdrowia. Jednak dopiero po fali protestów, ustawą z dnia 14 grudnia 1982 r.²¹ w sposób kompleksowy ustalono status ubezpieczeniowy oraz zakres świadczeń w razie choroby, macierzyństwa i wypadków.

Uchwaloną u schyłku PRL ustawą z 17 maja 1989 r.²² ubezpieczeniem społecznym objęto duchownych Kościoła katolickiego oraz innych kościołów i związków wyznaniowych aprobowanych przez państwo. Z obowiązku ubezpieczenia wyłączeni byli alumni seminariów duchownych oraz nowicjusze, postulanci i junioryści zakonów męskich i żeńskich.

Można przyjąć, że wraz z włączeniem osób duchownych do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego zakończył się w PRL długotrwały proces obejmowania tym ubezpieczeniem w zasadzie całej ludności kraju. W większości przypadków ubezpieczeni uzyskali jedynie prawo do pomocy leczniczej; do chorobowych świadczeń pieniężnych uprawnione były tylko osoby posiadające status pracownika. Jednak można tu mówić o całkowitym i rzeczywistym upowszechnieniu ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej, ponieważ dla wielu osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia już w latach siedemdziesiątych²³ przewidziano możliwość kontynuowania ubezpieczenia lub przystąpienia do ubezpieczenia na zasadach dobrowolności na warunkach określonych w przepisach.

2. Zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego w świetle ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych

Już na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w toku głębokich przemian polityczno-gospodarczych podjęto kroki zmierzające do kompleksowej reformy całego systemu zabezpieczenia społecznego. Reforma wyznaczyła istotne zmiany, zrywając spójność między ubezpieczeniem chorobowym a ubezpieczeniem zdrowotnym. Ubezpieczenie chorobowe, którego zakres przedmiotowy niemal przez pół wieku obejmował zarówno świadczenia pieniężne, jak i pomoc leczniczą, zredukowane zostało wyłącznie do świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby i macierzyństwa. Natomiast leczenie i służba zdrowia utraciły

²¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 1982 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników indywidualnych i członków ich rodzin (Dz.U. nr 40, poz. 268).

²² Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych (Dz.U. nr 29, poz. 156). Uwzględniła ona przepisy zawarte w ustawie z dnia 20 marca 1950 r. o przejęciu przez państwo dóbr martwej ręki, poręczeniu proboszczom posiadania gospodarstw rolnych i utworzeniu Funduszu Kościelnego (Dz.U. nr 9, poz. 87).

²³ Po roku 1954 nie istniała możliwość zawarcia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Artykuł 12 ustawy scaleniowej z 1933 r., będący podstawą dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia, usunięty został na mocy przepisu art. 99 ust. 2 pkt 3 dekretu z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. nr 30, poz. 116).

swój państwowy charakter i mocą ustawy z dnia 6 lutego 1997 r.²⁴ przybrały postać ubezpieczenia zdrowotnego.

W konstrukcji prawnej ubezpieczenia zdrowotnego można dostrzec założenia modelu Bismarcka oraz elementy charakterystyczne dla koncepcji Beveridge'a²⁵, a także odniesienia do Konstytucji RP. Te programy, koncepcje i konstytucyjne normy łączy jedna idea i wspólny cel, aby podmiotami uprawnionymi do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę (art. 67 Konstytucji) oraz do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 Konstytucji) byli wszyscy obywatele z racji swego obywatelstwa i przynależności do społeczności danego kraju. Ustawodawca wprawdzie oderwał opiekę zdrowotną od ubezpieczenia chorobowego, czyniąc je odrębnymi działaniami, ale w dalszym ciągu pozostały one częściami systemu ubezpieczeń społecznych. W tym kontekście oba ubezpieczenia kontynuują razem (choć oddzielnie) rozwiązania prawne wdrożone przed dziesiątkami lat.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego ukształtowała ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²⁶, zwana dalej ustawą systemową. Podmioty podlegające ubezpieczeniu chorobowemu zostały określone w art. 11 powołanej ustawy, przy czym różny jest katalog podmiotów objętych obowiązkiem ubezpieczenia, jak również podmiotów uprawnionych do przystąpienia do ubezpieczenia na zasadach dobrowolności. Zakres podmiotowy przymusowego ubezpieczenia, a więc powstającego niezależnie od woli podmiotu, został określony w sposób odmienny dla każdej gałęzi (ryzyka) ubezpieczenia społecznego. Największy zakres podmiotowy ma właśnie obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe. Ustawa, mając na względzie przymusowość ubezpieczenia i związany z nim obowiązek opłacania składki, precyzyjnie określa krąg osób, które z racji zatrudnienia objęte są obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego. W tym katalogu ubezpieczonych znajdują się trzy grupy: pracownicy (z wyłączeniem sędziów i prokuratorów), członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osoby odbywające służbę zastępczą²⁷.

To enumeratywne zestawienie podmiotów rekrutujących się wyłącznie z osób pozostających w stosunku pracy lub służby wskazuje, że zakres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego został określony według jednolitych kryteriów. Podstawą konstrukcji prawnej omawianego ubezpieczenia

²⁴ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153), następnie ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391) zmieniona ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027).

²⁵ Por. G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, op. cit., s. 358.

²⁶ Tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.

²⁷ Grupa podmiotów wprowadzona przez art. 45 pkt 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej (Dz.U. nr 223, poz. 2217). Osoby te zostały objęte ubezpieczeniem chorobowym od 1 stycznia 2004 r.

jest jego specyficzny, krótkoterminowy charakter. Ubezpieczenie to pokrywa wyłącznie okresy pozostawania w stosunku pracy lub służby, o czym wyraźnie stanowi art. 13 pkt 1 i 11 ustawy systemowej, akcentując powstanie oraz ustanie obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego, trwale związanego z istnieniem stosunku pracy lub służby²⁸.

Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy oraz członkostwo w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych należy do tzw. tytułów z bezwzględny pierwszeństwem²⁹, co znaczy, iż tytuł ten nie może zostać zwolniony z obowiązku ubezpieczenia. W konsekwencji wymienione podmioty są obejmowane obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego również wówczas, gdy mają inny tytuł ubezpieczenia wymieniony w art. 6 ustawy systemowej. Sam fakt posiadania wymienionego tytułu ubezpieczenia rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego; nie ma przy tym znaczenia, czy dana osoba pobiera emeryturę, rentę czy też jest uczniem lub studentem. Odmienna sytuacja dotyczy osób odbywających służbę zastępczą, które stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 12 w związku z art. 9 ust. 6a ustawy systemowej podlegają obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, jeżeli nie mają innych tytułów rodzących obowiązek ubezpieczeń społecznych. Posiadanie innego tytułu rodzącego obowiązek ubezpieczenia wyłącza tym samym obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe z tytułu odbywania przez poborowego służby zastępczej.

Ubezpieczeniu chorobowemu podlegają obowiązkowo wszystkie osoby fizyczne zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, czyli zgodnie z definicją zawartą w art. 2 Kodeksu pracy, aczkolwiek w ustawie systemowej ustawodawca nie stwierdził wyraźnie, że pracownikiem według tego aktu jest osoba pozostająca w stosunku pracy w myśl Kodeksu pracy. Wręcz przeciwnie – pojęcie pracownika w powołanej ustawie jest rozumiane szerzej niż w prawie pracy.

W ustawie z dnia 23 grudnia 1999 r.³⁰ wprowadzono rozszerzającą definicję pracownika. Zgodnie z art. 8 ust. 2a ustawy systemowej za pracownika uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług lub umowy o dzieło, jeżeli umowę taką dana osoba zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy. Co więcej, obowiązek ubezpieczenia chorobowego powstaje również w przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej z innym podmiotem niż pracodawca, gdy świadczenie pracy na podstawie tej umowy następuje na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosun-

²⁸ Zgodnie z art. 7 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa prawo do zasiłku chorobowego przysługuje również po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli zostaną spełnione warunki wymagane ustawą.

²⁹ Szerzej T. Bińczycka-Majewska, *Kumulacja i rozłączność tytułów ubezpieczenia społecznego*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2007 nr 1.

³⁰ Ustawa z dnia 23 grudnia 1999 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 110, poz. 1256).

ku pracy³¹. Konsekwencją przytoczonych unormowań jest włączenie osób wykonujących wymienione umowy w zakres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego pracowników³². W wyniku przyjętej konstrukcji prawnej wprowadzono art. 18 ust. 1a ustawy systemowej, zgodnie z którym przychód z tytułu wykonywania wymienionych umów stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym na ubezpieczenie chorobowe. W związku z tym wynagrodzenie z tytułu umów cywilnoprawnych zawartych z własnym pracodawcą lub wykonywanych na rzecz własnego pracodawcy przyjmowane jest do podstawy wymiaru zasiłków oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, co ma wpływ na wysokość wypłacanych świadczeń.

W literaturze przedmiotu powołane regulacje nie znalazły aprobaty, przy czym szczególnie ostro krytykowany jest ich fiskalizm, łamanie zasady równości ubezpieczonych oraz nadmierne rozszerzanie zakresu podmiotowego i tworzenie fikcji prawnej nakazującej uznawanie za pracowników osoby wymienione w art. 8 ust. 2a ustawy systemowej.

Tymczasem zasadność kwestionowanych regulacji w pełni potwierdza ponad dziesięcioletnie ich stosowanie bez prawnych perturbacji. Rozszerzenie zakresu podmiotowego ubezpieczenia społecznego znajduje uzasadnienie w traktatach praw człowieka oraz Konstytucji RP. Nikt bowiem, żaden człowiek i obywatel nie może być pozbawiony prawa dostępu do ubezpieczenia społecznego w drodze przymusu lub dobrowolnie. Uprawnienie to ma charakter prawa podmiotowego i służy zachowaniu ochrony ubezpieczeniowej po spełnieniu się ryzyka socjalnego. Gwarantem tej ochrony jest państwo. Wciąż aktualna jest teza, że udział państwa w tworzeniu systemów zabezpieczenia społecznego jest uznawany za niezbędny, a dyskusyjna jest jedynie kwestia granicy i form jego udziału oraz zakresu obowiązków. Oceniając zreformowany system należy stwierdzić, że w ramach działalności legislacyjnej państwo wykreowało regulacje zapewniające obywatelom dostęp do ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i zdrowotnego bądź w drodze przymusu, bądź w formie ubezpieczenia dobrowolnego.

W świetle powyższych ustaleń podnoszone w piśmiennictwie zarzuty rozszerzania zakresu podmiotowego metodą tworzenia fikcji prawnej nie znajdują uzasadnienia. W omawianej kwestii zadecydować powinna teleologiczna wykładnia przedmiotowych regulacji oraz względy pragmatyczne,

³¹ B. Wagner trafnie zauważa, że „tak pojemna definicja pracownika” umożliwiła przymusowe ubezpieczenie osób zarobkujących równocześnie na różnych podstawach prawnych, które spełniając warunki do objęcia ubezpieczeniem z kilku tytułów – stosunku pracy, zlecenia, agencji, świadczenia usług lub wykonania dzieła – podlegałyby obowiązkowi ubezpieczenia z jednego tylko tytułu – zatrudnienia w ramach stosunku pracy. Zob. B. Wagner, *Prawo pracownika do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2000 nr 5, s. 3.

³² K. Tymorek, *Ubezpieczenie chorobowe z tytułu umowy zlecenia*, Służba Pracownicza 2002 nr 10, s. 19; J. Skoczyński, *Zmiany regulacji obowiązku ubezpieczeń społecznych z tytułu świadczenia pracy na podstawie cywilnoprawnych umów o świadczenie usług*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2000 nr 2.

a przede wszystkim intencja ustawodawcy, który tą drogą zapobiegł machinacjom posługiwania się umowami cywilnoprawnymi i traktowania ich jak intratnej formy prawnej zlecenia pracy w sposób umożliwiający obniżenie pozapłacowych kosztów zatrudnienia.

Dyskusyjny jest również pogląd adwersarzy, którzy u podstaw przymusowego rozszerzania zakresu podmiotowego ubezpieczenia społecznego dopatrują się fiskalizmu państwa. W przymusie ubezpieczenia i racjonalnym powiększaniu kręgu osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego nie ma cech pejoratywnych. Przymus spełnia wiele funkcji socjalnych, obligatoryjny zaś charakter ubezpieczeń jest racjonalnie i prawnie uzasadniony, a upowszechnianie ubezpieczenia jest dobrodziejstwem dla milionów osób zagrożonych utratą środków utrzymania w następstwie choroby.

Jednocześnie ubezpieczenia chorobowego nie można zestawiać z komercyjnym ubezpieczeniem na życie, gdzie ocena i selekcja ubezpieczonych jest integralnie wpisana w „dochodowość” instytucji ubezpieczeniowych. W tym kontekście poszerzania kręgu ubezpieczonych nie należy recenzować wyłącznie na płaszczyźnie fiskalnej, a uregulowania prawne kwalifikować jako sposób, czy wręcz sprytne posunięcie ustawodawcy stosowane w celu zyskania dodatkowych dochodów dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Takie założenie bowiem wyraźnie kłóci się z powszechnie wyrażaną opinią, że istotą ubezpieczenia społecznego jest to, iż pod względem finansowym w równym stopniu dotyczy ono tak osób ubezpieczonych, jak i organu ubezpieczającego. W świetle tej uwagi zarzut fiskalizmu dyskredytuje ideę ubezpieczenia społecznego i jest niemal równoznaczny z nieuprawnionym zarzutem komercjalizacji ubezpieczenia chorobowego. Uwzględniając obecne struktury organizacyjne, finansowe i prawne, trzeba wykluczyć istnienie jakichkolwiek cech wskazujących na komercyjny charakter ubezpieczenia chorobowego.

Wydów ten może stanowić przesłankę do stwierdzenia, że rozszerzania zakresu podmiotowego nie należy postrzegać wyłącznie w kategoriach dodatkowego obciążenia fiskalnego, lecz traktować jako przywilej i szansę dla wielu osób, które z braku stosownych regulacji mogłyby być pozbawione ochrony ubezpieczeniowej z przyczyn leżących po stronie pracodawców funkcjonujących na zasadach *stricte* komercyjnych. W tym sensie dywagacje o fiskalizmie, odejściu od tradycji i solidaryzmu ubezpieczeniowego wydają się być bezprzedmiotowe.

Z analizy regulacji dotyczących zakresu podmiotowego wynika, że ustawodawca poprzez wprowadzenie rozszerzającej definicji pracownika maksymalnie powiększył krąg osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego. Toteż za chybioną można uznać inicjatywę ustawodawczą grupy posłów zmierzającą do obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz osób z nimi współpracujących³³. W uzasadnieniu posłowie argumentowali, iż niewielkie zaniżenie wpłaty lub opóźnienie we wpłacie składki przez prowadzącego działalność gospodarczą

³³ Sejmowy druk nr 785 z 28 maja 2008 r.

powoduje wszczęcie procedury z art. 14 ust. 2 dotyczącej wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, co jest dla przedsiębiorców niewygodne i sprawiające dodatkowe obciążenia.

Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ustosunkowując się do poselskiego projektu ustawy trafnie podniósł, że w przypadku objęcia obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego omawianej grupy osób mogą zachodzić przypadki znacznego, krótkotrwałego podwyższania deklarowanej podstawy wymiaru składki w celu uzyskania wysokich świadczeń z tego ubezpieczenia. Trafność opinii prezesa ZUS potwierdzają liczne publikacje prasowe o masowym nadużywaniu przepisów o zasiłkach chorobowych i wykorzystywaniu zwolnień lekarskich przez osoby zdrowe, o licznych kontrolnych badaniach lekarzy orzeczników ZUS, w wyniku których tysiące rzekomo chorych pozbawiono prawa do zasiłku, zaoszczędzając w 2009 r. ponad 9 mln zł³⁴. Ponadto prezes ZUS podnosił, iż objęcie osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego co prawda z jednej strony spowoduje wzrost wpływów ze składek do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ale z drugiej wpłynie na wzrost wydatków na świadczenia, gdyż większa liczba osób zostanie objęta tym ubezpieczeniem, większa też liczba osób skorzysta ze świadczeń z powodu skrócenia okresu wyczekiwania na nabycie prawa do świadczenia.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz ze względu na fakt, że objęcie obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego zwiększyłyby obciążenie finansowe tych przedsiębiorstw kosztami prowadzenia działalności, co mogłoby mieć negatywny wpływ na rozwój przedsiębiorczości, a tym samym nie znalazłoby poparcia społecznego – Sejm, zgodnie z wnioskiem Rady Ministrów odrzucił poselski projekt o zmianie ustawy systemowej w omawianym zakresie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą w dalszym ciągu są uprawnione do ubezpieczenia chorobowego na zasadach dobrowolności.

Pozytywnie należy ocenić rozstrzygnięcia parlamentu w powyższym zakresie. Każdy przedsiębiorca powinien mieć prawo do wyrażenia woli przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego oraz do podjęcia indywidualnej decyzji dotyczącej zwiększenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne o składkę na ubezpieczenie chorobowe. Korzystanie z dobrowolnego ubezpieczenia należy ujmować jako przejaw troski obywateli o własne interesy i zabezpieczenie się przed ewentualnością wystąpienia zagrożeń socjalnych, będących przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej. Dlatego też niech każdy z przedsiębiorców indywidualnie podejmuje decyzję co do zakresu swojego ubezpieczenia i ochrony ubezpieczeniowej w razie niezdolności do pracy.

Ubezpieczeniu chorobowemu, jak również pozostałym ubezpieczeniom określonym w ustawie systemowej, nie podlegają obywatele państw obcych, których pobyt na obszarze Polski nie ma charakteru stałego i którzy są zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach kon-

³⁴ Rzeczpospolita z dnia 8-9 sierpnia 2009 r., z dnia 3 września 2009 r. oraz z dnia 16 września 2009 r.

sularnych, misjach, misjach specjalnych lub instytucjach międzynarodowych, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej³⁵.

Przeprowadzone rozważania o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym prowadzą do wniosku, że kształtowanie jego zakresu podmiotowego oraz zasad podlegania temu ubezpieczeniu określone zostały w ustawie systemowej i po niewielkich zmianach w takiej postaci obowiązują do dnia dzisiejszego. Należy zauważyć, iż grono osób objętych ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka choroby jest wąskie. Wynika to zapewne z historycznie uwarunkowanego, pracowniczego charakteru ubezpieczeń społecznych. Pracownicy, jako szczególna kategoria ubezpieczonych korzystająca z najszerszej ochrony ubezpieczeniowej, stanowią najliczniejszą grupę podmiotów, których wielkość składek nabiera szczególnego znaczenia dla zasobów Funduszu Ubezpieczeń Społecznych³⁶.

Ubezpieczenie chorobowe jest nierozzerwalnie związane z obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, a razem muszą wiązać się z faktem zatrudnienia lub służby. Rozszerzenie definicji pracownika i objęcie zakresem podmiotowym nowych grup ludności jest wyrazem dążenia do nadania ubezpieczeniu społecznemu charakteru powszechnego.

3. Zakres podmiotowy dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

Podstawową zasadą konstrukcyjną systemu ubezpieczenia społecznego jest przymus oraz związek z pracą³⁷. Przymus powstaje z chwilą nawiązania stosunku prawnego, z którym ustawa wiąże obowiązek ubezpieczenia społecznego³⁸. W powyższym ujęciu w prawie ubezpieczenia społecznego, mającego w przeważającym zakresie charakter bezwzględnie obowiązujący, możliwość dobrowolnego ubezpieczenia należy postrzegać jako wyjątek od reguły³⁹. Przepisy dobrowolnego ubezpieczenia mają charakter *lex specialis*

³⁵ Art. 5 ust. 2 ustawy systemowej.

³⁶ Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 31 grudnia 2008 r. odnotowano 9 762,0 tys. osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy. *Mały rocznik statystyczny Polski*, Warszawa 2009 (www.stat.gov.pl).

³⁷ Zob. m.in. W. Szubert, *Zarys prawa pracy*, PWN, Warszawa 1980, s. 47; T. Liszcz, *Ubezpieczenie społeczne i zaopatrzenie społeczne w Polsce*, Kraków-Lublin 1997, s. 21; Z. Salwa, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1996, s. 321; W. Szubert, *Zagadnienia prawne ubezpieczenia społecznego*, Państwo i Prawo 1956 nr 4; W. Szubert, *O charakterze prawnym ubezpieczenia społecznego*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1972 nr 3; W. Szubert, *Refleksje nad funkcjami ubezpieczenia społecznego*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1988 nr 12; W. Szubert, *Studia z polityki społecznej*, PWE, Warszawa 1973; W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, PWE, Warszawa 1987.

³⁸ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 27.

³⁹ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2003, s. 104. Podobnie K. Antonów, *Dobrowolne i kontynuowane ubezpieczenia społeczne*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych 2001 nr 11, s. 3.

w stosunku do ubezpieczenia obowiązkowego (*lex generalis*). Regulacja tego rodzaju ubezpieczenia obliguje do dokonywania interpretacji z zastosowaniem ścisłej wykładni obowiązującego prawa⁴⁰.

Dobrowolne ubezpieczenie społeczne powstaje na mocy jednostronnego oświadczenia woli (wniosku) osoby, która była lub jest aktywna zawodowo i spełnia kryteria definicyjne ściśle określone w ustawie, wyznaczające krąg podmiotów upoważnionych *ex lege* do dobrowolnego przystąpienia do określonego działu ubezpieczenia społecznego⁴¹. Natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w przypadku spełnienia przesłanek przewidzianych prawem, nie może odmówić zainteresowanemu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem.

Regulacje ustawowe dobrowolnego ubezpieczenia społecznego nie tworzą odrębnego systemu w krajowym porządku prawnym, lecz stanowią jego integralną część. W polskim systemie prawa brak jest jednolitej konstrukcji poszczególnych form dobrowolnego ubezpieczenia. Odrębności dotyczą przede wszystkim zakresu podmiotowego dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego oraz ubezpieczenia chorobowego.

Zakres podmiotowy dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, określony w art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, jest znacznie szerszy niż grupa podmiotów objętych obowiązkiem ubezpieczenia, choć także tworzy katalog zamknięty. W gronie uprawnionych znajdują się osoby zatrudnione na podstawie umowy nakładczej, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania oraz duchowni.

Należy zauważyć, że do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostało uprawnionych tylko pięć grup podmiotów. Nie mogą korzystać z tego ubezpieczenia sędziowie, prokuratorzy, posłowie, senatorowie, stypendyści sportowi, funkcjonariusze, pobierający świadczenia socjalne oraz inne podmioty wymienione w art. 6 ustawy systemowej. Ochronę ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia chorobowego dla tych osób regulują odrębne przepisy.

Niezbędnym warunkiem do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest podleganie obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego; ubezpieczenie chorobowe jest normatywnie z nimi związane⁴². Osoby przystępujące dobrowolnie do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego nie mają możliwości zgłoszenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

⁴⁰ Zwracają na to uwagę: T. Bińczycka-Majewska, *Dobrowolne ubezpieczenie społeczne w polskim systemie prawnym*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych 1997 nr 5, s. 22; K. Antonów: *Dobrowolne i kontynuowane...*, op. cit., s. 3.

⁴¹ *Ibidem*, s. 25.

⁴² T. Bińczycka-Majewska, *Dobrowolne ubezpieczenie społeczne* [w:] *Encyklopedia praca pracy i ubezpieczeń społecznych*, pod red. L. Floraka, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1998; A. Pędziński, *Ubezpieczenie chorobowe po reformie ubezpieczeń społecznych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych 1999 nr 10, s. 14.

W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia na podstawie art. 36a ustawy systemowej, ustawodawca wyraźnie wyłączył możliwość podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, zaznaczając, iż przedsiębiorca w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie opłaca składki na ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe. Jeśli ustanie obowiązek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, ubezpieczony traci uprawnienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W piśmiennictwie spotykany jest także całkiem odmienny pogląd, według którego dobrowolne przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego jest niezależne od tego, czy dana osoba przystąpiła do ubezpieczenia emerytalnego lub rentowego czy też nie⁴³. W obowiązujących przepisach brak jest podstaw do zaakceptowania prezentowanej opinii. W przypadku zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego nie ma możliwości dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego. Również złożenie wniosku o kontynuację ubezpieczenia emerytalnego i rentowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie uprawnia do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Szczególna sytuacja występuje natomiast w zakresie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w przypadku zwolnienia z opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe w związku z przekroczeniem tzw. trzydziestokrotności. Mimo iż składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe nie są opłacane, to ubezpieczony, co do którego roczna podstawa wymiaru składek przekroczyła określony pułap, nadal posiada tytuł do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, choć bez obowiązku uiszczania składek. W takim przypadku zainteresowany może przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, nawet jeśli z danego tytułu, ubezpieczenie chorobowe ma charakter dobrowolny.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność, nie zostały przez ustawodawcę uregulowane jednolicie. Odmienności dotyczą zbiegu emerytury lub renty z prowadzeniem pozarolniczej działalności. Emeryt prowadzący pozarolniczą działalność nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, a tym samym nie jest uprawniony do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Natomiast obowiązek ubezpieczenia społecznego został nałożony od 1 stycznia 2008 r. na osoby mające ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przyznanej z systemu powszechnego⁴⁴, prowadzące jednocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą⁴⁵. Celem nowelizacji, będącej wynikiem postulatów zgłaszanych pod-

⁴³ Zob. I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne, op. cit.*, s. 17. Według tej autorki w przypadku zwolnienia z obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego można przystąpić dobrowolnie do wszystkich trzech rodzajów ubezpieczeń albo tylko do ubezpieczenia chorobowego.

⁴⁴ Przepis dotyczy rent z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Nie dotyczy osób pobierających renty rodzinne, a także rencistów spoza systemu powszechnego, mających ustalone prawo do np. wojskowych lub policyjnych rent inwalidzkich przyznanych z tytułu niezdolności do służby czy rent rolniczych z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

⁴⁵ Art. 9 ust. 4c ustawy systemowej.

czas debaty publicznej, było zrównanie pozycji rynkowej rencistów pracujących na podstawie umowy o pracę z rencistami prowadzącymi działalność pozarolniczą⁴⁶. Ponadto okres ten opłacony składką przez wymienione osoby podlega zaliczeniu do stażu ubezpieczeniowego, koniecznego do nabycia prawa do emerytury. Podleganie obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego rodzi jednocześnie dla tych osób uprawnienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Nowelizacja ustawy dotyczy jednak tylko grupy osób wymienionej w art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej, tj. prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych. W tym przypadku ustawodawca różnicuje sytuację prawną podmiotów jedynie ze względu na rodzaj wykonywanej działalności. Dla twórców, artystów, osób wykonujących wolny zawód, współnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, współnika spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej, z ustalonym prawem do renty z tytułu niezdolności do pracy, ubezpieczenie z tytułu prowadzonej działalności nadal ma charakter dobrowolny, co wyłącza możliwość przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego. Wydaje się jednak, iż ze względów fiskalnych, jak i społecznych, grupy podmiotów wymienione w art. 8 ust. 6 pkt 2-4 ustawy systemowej powinny zostać potraktowane przez ustawodawcę analogicznie jak osoby prowadzące działalność gospodarczą na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, a tym samym podlegać obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, z jednoczesnym uprawnieniem do ubezpieczenia chorobowego. Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej nie są również uprawnione osoby pobierające rentę rodzinną, ze względu na fakt, iż w ich przypadku ustawodawca również nie przewidział obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego.

Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uprawnione są także osoby wykonujące pracę nakładczą. Ubezpieczenie chorobowe chałupników datuje się jeszcze na lata międzywojenne. W latach trzydziestych i czterdziestych ubiegłego wieku osoby te stanowiły jedyną grupę niepracowniczą korzystającą ze świadczeń chorobowych. Były one ubezpieczone na zasadach analogicznych do ubezpieczeń pracowniczych, pomimo iż umowa o pracę nakładczą jest konstrukcją prawa cywilnego. Umowa ta ma wprawdzie wiele cech wspólnych z umową o pracę, jednak odrębność stosunków prawnych nie pozwala na postawienie między nimi znaku równości⁴⁷. Umowa o pracę nakładczą podlega prawu pracy tylko w zakresie ustalonym przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą⁴⁸. Szczególny charak-

⁴⁶ Z uzasadnienia projektu ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, System Informacji Prawnej LEX.

⁴⁷ Uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 1983 r. III PZP 72/82, OSNCP 1983 nr 8, poz. 113.

⁴⁸ Dz.U. z 1976 r. nr 3, poz. 19 ze zm.

ter umowy o pracę nakładczą miał jednak wpływ na ukształtowanie przez ustawodawcę uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego dla tej kategorii ubezpieczonych. Jako szczególna grupa podmiotów, w przypadku niezdolności do pracy osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę nakładczą nabywają prawo do wynagrodzenia na podstawie art. 92 k.p. Mimo iż wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy przysługuje jedynie podmiotom podlegającym obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu, to osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę nakładczą stanowią w tym przypadku wyjątek⁴⁹. Na podstawie nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą⁵⁰, ustawodawca wprowadził obowiązek stosowania przepisu art. 92 k.p. również w stosunku do nakładców. Należy przy tym zaznaczyć, iż jeśli osoba wykonująca pracę nakładczą nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to nabywa jedynie prawo do wynagrodzenia chorobowego przez okres 33 dni niezdolności do pracy w ciągu roku kalendarzowego⁵¹. Przy ustalaniu prawa do wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy nie obowiązuje zasada zachowania okresu wyczekiwania przez 90 dni przewidzianego dla osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Obowiązujący stan prawny w obszarze regulacji wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy zamiast zasiłku chorobowego dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę nakładczą pociąga za sobą dość znaczne konsekwencje dla podmiotu zatrudniającego wykonawcę pracy nakładczej. Przyznanie nakładcom prawa do wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy spowodowało przerzucenie skutków ryzyka niezdolności do pracy z ubezpieczenia chorobowego na pracodawcę.

Nadanie uprzywilejowanej pozycji nakładcom daje asumpt do rozważenia, czy na podobne traktowanie nie zasługują osoby, które na podstawie umowy o dzieło wykonują różnorakie dzieła, przedmioty, utwory, projekty itp., będące osiągnięciem określonego z góry przez strony rezultatu (art. 627 Kodeksu cywilnego). Z przytoczonej we wcześniejszym fragmencie opracowania definicji pracownika w art. 8 ust 2a ustawy systemowej wynika, że osoba wykonująca umowę o dzieło obejmowana jest ubezpieczeniem społecznym wyłącznie w przypadku, gdy przedmiotowa umowa zawarta jest z pracodawcą lub wykonywana na jego rzecz. Natomiast wykonywanie samostnej umowy o dzieło pozostawiono poza zakresem ubezpieczenia obowiązkowego, a nawet dobrowolnego, co prowadzi do wartościowania umów o dzieło, a tym samym dyskryminuje osoby wykonujące te umowy, pozbawiając je w konsekwencji prawa do ochrony ubezpieczeniowej, choć na nią zasługują jako ludzie, jako obywatele oraz z racji swej szczególnej sytuacji zawodowej, unie-

⁴⁹ Szerzej na ten temat: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 kwietnia 2000 r., II UKN 507/99, OSNP 2001 nr 20, poz. 624; E. Wojtaszczyk, *Świadczenia chorobowe dla osób wykonujących pracę nakładczą*, Prawo Pracy 1996 nr 8, s. 11.

⁵⁰ Nowelizacja wprowadzona w życie z dniem 2 czerwca 1996 r. rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. (Dz.U. nr 60, poz. 280).

⁵¹ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2006, s. 61.

możliwiającej objęcie ich ubezpieczeniem obligatoryjnym. Taki stan prawny narusza konstytucyjną zasadę równości i sprawiedliwości społecznej. Brak bowiem charakteru trwałości w przypadku umowy o dzieło, mającej cechy umowy o osiągnięcie określonego rezultatu, a nie starannego działania, nie powinno być przesłanką uniemożliwiającą podleganie ubezpieczeniu z tytułu tej umowy.

Pozbawienie wymienionych osób jakiegokolwiek ochrony ubezpieczeniowej rodzi problem, który nasila się i nabiera ostrości, ponieważ zatrudnienie na podstawie umowy o dzieło staje się w obecnym kryzysie na rynku pracy coraz częstszym legalnym źródłem dochodów i utrzymania dla coraz większej liczby osób, wykazujących zainteresowanie ubezpieczeniem społecznym⁵². Tych osób nie należy marginalizować. Ich sytuacja bowiem jest pochodną przemian społeczno-gospodarczych zachodzących w naszym kraju, które to zmiany doprowadziły do wdrażania elastycznych form zatrudnienia, wymuszając rezygnację z typowych umów o pracę na czas nieokreślony na rzecz zatrudnienia terminowego (w tym sezonowego), w niepełnym wymiarze czasu pracy, zatrudnienia innego rodzaju (np. telepraca), czy wręcz samozatrudnienia, a także na podstawie umów cywilnoprawnych z zastosowaniem przepisów o zleceniu i umowy o dzieło. W ten sposób pracodawcy reagują na potrzeby rynku i silną konkurencję, dążąc do sprawnego zarządzania personelem i wykorzystania siły roboczej oraz do obniżenia kosztów pracy, w tym przede wszystkim składek na ubezpieczenie społeczne, które są jednym ze znaczących nośników kosztów produkcji, rzutuujących na cenę wyrobu lub usługi.

Nie wchodząc w szczegóły tej problematyki, dyskutowanej szeroko w piśmiennictwie⁵³, należy stwierdzić, że w ślad za wielością i różnorodnością form zatrudnienia (zarobkowania, uzyskiwania dochodów) muszą pojawiać się różnorodne formy ubezpieczenia społecznego. Złagodzenie przepisów prawa pracy, stosowanie elastycznych form zatrudnienia wymuszają na ustawodawcy podejmowanie działań zmierzających do zapewnienia niezbędnej ochrony socjalnej osobom świadczącym pracę w różnych formach prawnych. Ustawa systemowa powinna integrować ubezpieczenie społeczne nie tylko z działalnością przynoszącą stały dochód, ale z faktem posiadania jakichkolwiek stałych źródeł dochodu⁵⁴.

⁵² Autorka zna ten problem z racji zatrudnienia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych na stanowisku związanym z obsługą klientów.

⁵³ Por. m.in.: T. Bińczycka-Majewska, *Obowiązek ubezpieczenia społecznego w nowych warunkach gospodarczych* [w:] *Ład społeczny w Polsce i Niemczech na tle jednoczącej się Europy. Księga pamiątkowa poświęcona Cz. Jackowiakowi*, pod red. T. Zielińskiego i B. von Maydella, Warszawa 1999; D.E. Lach, *Nowe formy zatrudnienia a zabezpieczenie społeczne w zakresie ochrony zdrowia*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2006 nr 5; J. Wratny, *Problemy ochrony pracowników w elastycznych formach zatrudnienia*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2007 nr 7; K. Antonów, *Zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego* [w:] *Konstrukcje prawa emerytalnego*, pod red. T. Bińczyckiej-Majewskiej, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2004; M. Zieleniecki, *Problemy zakresu podmiotowego ubezpieczeń społecznych* [w:] *Problemy ubezpieczeń społecznych w 70-lecie istnienia ZUS*, Wrocław 2004.

⁵⁴ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 82.

W tym stanie rzeczy kwestia dostępu do ubezpieczenia osób wykonujących umowę o dzieło wymaga rozstrzygnięcia przez ustawodawcę. Zasadnym wydaje się postulat, aby sama zarobkowa kreacja dzieła oraz uzyskiwany z tego tytułu opodatkowany dochód był wystarczającą podstawą uprawnienia do dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, a może również ubezpieczenia chorobowego. Do rozważenia pozostaje jednak kwestia formuły tego ubezpieczenia. Z uwagi na charakter prawny (umowa rezultatu, a nie umowa starannego działania) umowa o dzieło nie może stanowić tytułu ubezpieczenia obowiązkowego. Z pożytkiem dla zainteresowanych może więc być preferowane tylko dobrowolne ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W tej formule wykonawcy umów o dzieło będą sami mogli decydować o ochronie socjalnej, choć nie w zakresie ubezpieczenia chorobowego, dla którego w aktualnej konstrukcji prawnej nie ma miejsca, ze względu na jego normatywny związek z obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym. Jest to regulacja konsekwentna i formalnie poprawna, toteż wnioszek o nowelizację regulacji w tym zakresie byłby zbyt daleko idący, jednak mógłby stać się przedmiotem merytorycznej debaty. Propozycja ta wymaga wielu przemyśleń i podjęcia dyskusji w tym temacie.

Uprawnienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ustawodawca przewidział również dla osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania. Zgodnie z przepisami Kodeksu karnego wykonawczego⁵⁵, skazanym zapewnia się, w miarę możliwości, świadczenie pracy na podstawie skierowania do pracy lub wykonywanie pracy zarobkowej w ramach umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o pracę nakładczą lub na innej podstawie prawnej. Celem zatrudnienia skazanych jest resocjalizacja.

Zatrudnienie skazanych na podstawie skierowania jest odrębnym tytułem ubezpieczenia, rodzącym obowiązek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz możliwość dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego⁵⁶. Na podstawie skierowania do pracy skazani wykonują prace porządkowe i pomocnicze związane z utrzymaniem czystości i porządku, a także funkcjonowaniem zakładu karnego. W przypadku niezdolności do pracy, skazani skierowani do pracy, podlegający dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, po spełnieniu wymaganych warunków nabywają prawo do zasiłku chorobowego, który ma na celu zrekompensowanie utraty zarobku w czasie pozbawienia wolności. Za okres niezdolności do pracy w trakcie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, skazanym, którzy nie podejmują zatrudnienia lub nie zostali skierowani do pracy, zasiłek chorobowy nie przysługuje⁵⁷.

⁵⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. nr 90, poz. 557 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad zatrudniania skazanych (Dz.U. nr 113, poz. 727 ze zm.).

⁵⁶ W przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, zlecenia, umowy nakładczej lub o dzieło, albo na innej podstawie prawnej skazany podlega ubezpieczeniom na zasadach ogólnych.

⁵⁷ Art. 12 ustawy zasiłkowej; a także: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 1988 r., III UZP 13/88, OSNC PiUS 1989 nr 5, poz. 78.

Z przedstawionych unormowań wynika, że w przeciwieństwie do wyodrębnionej w prawie ubezpieczenia emerytalnego i rentowego formy kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu ubezpieczenia obowiązkowego wyjątkowo dobrowolnego tytułu ubezpieczenia, w ubezpieczeniu chorobowym kontynuacja nie jest możliwa. Zakres podmiotowy dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ściśle określony w art. 11 ust. 2 ustawy systemowej – w porównaniu do katalogu uprawnionych do dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego – jest o wiele węższy.

W celu zobrazowania liczby osób korzystających z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zamieszczono tabelę ukazującą dane liczbowe uwzględniające stan na ostatni dzień roku 2007, 2008 oraz 2009⁵⁸.

Tabela

**Liczba ubezpieczonych podlegających dobrowolnie
ubezpieczeniu chorobowemu**

Kategorie podmiotów	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2007	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2008	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2009
Osoby wykonujące pracę nakładczą	17 065	17 671	9 981
Osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia, agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia (łącznie z osobami współpracującymi), w tym:			
— osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, opłacające składki na własne ubezpieczenie w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia nr 574/72/EWG	14	20	23
Osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, w tym:	1 715 194	1 075 601	1 155 091
— osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby niepełnosprawne podejmujące po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia	1 442 660	749 507	810 820

⁵⁸ Dane statystyczne niepublikowane (uzyskane z Centrali ZUS).

Kategorie podmiotów	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2007	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2008	Liczba ubezpieczonych na 31.12.2009
— osoby podejmujące po raz pierwszy albo po przerwie dłuższej niż 60 miesięcy kalendarzowych pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby niepełnosprawne podejmujące po raz pierwszy prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia	214 486	264 023	281 051
— twórcy i artyści	692	617	583
Osoby wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, jeśli nie podlegają ubezpieczeniom z innego tytułu	587	492	340
Duchowni	5 157	4 990	4 977
Ogółem	1 738 003	1 306 127	1 402 723

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Departamentu Statystyki Centrali ZUS.

Dane liczbowe wskazują, że w roku 2007 z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego skorzystały ogółem 1 738 003 osoby, w 2008 r. 1 306 127, a w 2009 r. 1 402 723. W 2009 r. daje się zauważyć wyraźne zmniejszenie liczby osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na podstawie umowy nakładczej, co jest wynikiem wprowadzonej w życie z dniem 1 marca 2009 r. nowelizacji przepisów⁵⁹, dotyczących zbiegu pozarolniczej działalności gospodarczej z umową nakładczą, z której ubezpieczony nie osiąga minimum podstawy wymiaru zwalniającej z obowiązku opłaty składek z tytułu działalności. Tym samym nastąpił znaczny wzrost liczby osób korzystających z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej.

Społecznego znaczenia ubezpieczenia chorobowego nie można mierzyć tylko liczbą korzystających z niego osób, jednak liczba ta potwierdza skalę potrzeb oraz jest oznaką korzyści, jakie czerpią z niego ubezpieczeni. Ponadto liczba ta świadczy, że w społeczności ubezpieczonych ugruntowana jest świadomość ryzyka choroby, powodującego niezdolność do pracy, a w konsekwencji utratę wynagrodzenia. Nasuwa się uwaga, że w przezorności osób korzystających z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tkwi doza wyrachowania, ale

⁵⁹ Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 8, poz. 38).

w dobrym rozumieniu tego słowa. Za tym ubezpieczeniem przemawia rachunek ekonomiczny, którego bilans w dłuższej perspektywie czasowej zwykle okazuje się korzystny dla ubezpieczonego. Ubezpieczeni dobrowolnie, których zdrowie zawodziło poświadczą, że jest to ochrona przydatna.

4. Uwagi końcowe

Analiza systemu ubezpieczeń społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia chorobowego potwierdza, że w swojej historii niemal zawsze opierał się on na dążeniu do objęcia swym zakresem w zasadzie całej ludności. System ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego w obecnym kształcie jest dowodem głębokiej ewolucji, jaka dokonała się w ciągu minionych lat. Proces przemian w zakresie podmiotowym i przedmiotowym obfituje w wiele dokonań ukazujących nowe problemy. Poszukiwanie rozwiązań tych problemów trwa do dziś.

Katalog podmiotów objętych obowiązkiem ubezpieczenia chorobowego, jak i uprawnionych do dobrowolnego przystąpienia do tej formy ubezpieczenia, jest znacznie węższy niż zakres podmiotowy ubezpieczenia emerytalnego i rentowego określony w art. 6 ustawy systemowej, choć obejmuje najczęściej stosowane formy działalności zarobkowej. Poza zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz prowadzenie działalności gospodarczej, stanowią najbardziej popularne formy aktywności zawodowej⁶⁰. Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego wyznacza prawo ubezpieczonego do nabycia świadczeń pieniężnych określonych ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

⁶⁰ Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na dzień 31 grudnia 2005 r. odnotowano 9 543,1 tys. zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, 3 289,4 tys. pracodawców i pracujących na własny rachunek, 9,9 tys. agentów. Według danych ZUS, na dzień 31 grudnia 2005 r. zarejestrowano 10 400,2 tys. pracowników podlegających ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, 1 120,7 tys. osób wykonujących pozarolniczą działalność oraz 399,1 tys. osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej. Zob. *Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2003-2005 – system pozarolniczy* (www.zus.pl).

Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego – wybrane zagadnienia

1. Uwagi wstępne

Konstytucja RP z 1997 r. w rozdziale II zatytułowanym „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne” gwarantuje w art. 67 każdemu obywatelowi prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Wydawałoby się, że brzmienie przepisu nie sprawia żadnych trudności interpretacyjnych. Okazuje się jednak, że ustalenie jego wykładni nie było proste. Kontrowersje wiązały się nie tylko z interpretacją zakresu znaczeniowego terminu „zabezpieczenie społeczne”, ale dotyczyły granic systemu zabezpieczenia społecznego. Poddano analizie dopuszczalność kwalifikowania otwartych funduszy emerytalnych¹ w poczet zabezpieczenia społecznego. Zwracano uwagę na brak przykładowego wskazania rodzajów świadczeń, jakie gwarantuje swoim obywatelom państwo w ramach zabezpieczenia społecznego.

Okazuje się, że podobne wątpliwości można podnieść w związku z umieszczonym w treści art. 67 Konstytucji terminem „niezdolność do pracy ze względu na chorobę”. Powstaje bowiem pytanie, czy eksponowanie w treści przepisu ryzyka ubezpieczeniowego w postaci niezdolności do pracy wywołanego chorobą nie zamyka dostępności obywateli w ramach zabezpieczenia społecznego do świadczeń chroniących skutki innych zdarzeń, np. kalectwa czy macierzyństwa². Czy gwarancję świadczeń z zabezpieczenia społecznego w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej chorobą należy traktować w kategoriach przykładu ochrony socjalnej? Dlaczego ustawodawca zdarze-

¹ Por. T. Bińczycka-Majewska, *Konstrukcja zabezpieczenia ryzyka starości w nowym systemie prawnym* [w:] *Konstrukcje prawa emerytalnego*, pod red. T. Bińczyckiej-Majewskiej, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2004, s. 42. Odmiennie na ten temat T. Zieliński, *Nowe emerytury – samoubezpieczenie* [w:] *Konstrukcje prawa emerytalnego...*, op. cit., s. 15 i nast.

² Ustawodawca w art. 18 i art. 71 ust. 2 Konstytucji sygnalizuje objęcie macierzyństwa ochroną i pomocą (na jaką może liczyć matka i dziecko) przez władze publiczne. Nie ma natomiast żadnej wzmianki o świadczeniach przysługujących w związku z urodzeniem, wychowywaniem czy opieką nad dzieckiem.

nie w postaci choroby uznał za istotne do tego stopnia, że wyeksponował je w treści przepisu, przemilczał zaś brak aktywności zawodowej kobiety i mężczyzny spowodowanej urodzeniem dziecka i opieką nad nim? Wydaje się, że rozwiązania należy poszukiwać w brzmieniu art. 67. Otóż w zdaniu drugim przepisu ustawodawca odsyła do ustawy zwykłej wskazując, iż to właśnie akt prawny tej rangi będzie decydować o zakresie i formie zabezpieczenia społecznego. O ile ustawa zasadnicza i ustawa zwykła konsekwentnie stosują zwrot niezdolność do wykonywania pracy, o tyle wątpliwości budzi odwołanie się ustawodawcy w Konstytucji do choroby, a w ustawie zwykłej do choroby i macierzyństwa, eksponując w ten sposób inną przyczynę niemożności świadczenia pracy.

Ustawa zasiłkowa z 1999 r.³ w art. 2 wymienia świadczenia realizowane z ubezpieczenia chorobowego. Należą do nich: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, macierzyński i opiekuńczy. Katalog świadczeń jest zamknięty, a możliwość jego rozszerzenia pozostawiono wyłącznie ustawodawcy. Wszystkie świadczenia są świadczeniami pieniężnymi bez (zasiłek macierzyński, opiekuńczy) lub z zakreślonym ustawowo okresem wyczekiwania.

Przyjęty przez ustawodawcę katalog świadczeń wiąże się jedynie z dwoma zdarzeniami: chorobą i jej postępującym rozwojem oraz macierzyństwem i opieką nad dzieckiem.

Rolą niniejszego opracowania nie jest szczegółowa analiza zasiłków, przesłanek, jakie powinien spełnić ubezpieczony by nabyć prawo do świadczeń, ale zasygnalizowanie zagadnień budzących najwięcej kontrowersji i ich ocena.

2. Treść i granice ryzyka ubezpieczeniowego chronionego zasiłkami z ubezpieczenia chorobowego

2.1. Konstrukcja i treść ryzyka ubezpieczeniowego

Na zasiłki z ubezpieczenia chorobowego można patrzeć w sposób tradycyjny przez pryzmat przesłanek nabycia świadczenia, wysokości czy warunków utraty prawa do nich, można jednak spojrzeć na nie przez pryzmat zdarzeń ubezpieczeniowych – ich treści i granic. Warunkiem tak ukierunkowanej analizy jest konieczność chociażby szkicowego nakreślenia konstrukcji ryzyka (zdarzenia) ubezpieczeniowego pomocnego w prezentowanej analizie.

Termin ryzyko ubezpieczeniowe nie należy do języka prawnego. Ustalenie jego znaczenia i określenie granic zawdzięczamy doktrynie. W literaturze przedmiotu można spotkać odmienne ujęcia terminu „ryzyko ubezpieczenio-

³ Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.), zwana dalej ustawą zasiłkową.

we”, które postrzegane jest raz w kategorii skutku zdarzenia losowego⁴, raz uznawane za potencjalną możliwość zaistnienia zdarzenia losowego.

Konstrukcja ryzyka ubezpieczeniowego nie stanowi bytu jednolitego. Jego szkielet oparty jest na dwóch zasadniczych elementach: przedmiotowym i podmiotowym. Pierwszy z nich eksponuje potrzebę wywołaną zdarzeniem losowym (np. niezdolność do pracy spowodowana chorobą, zmniejszona sprawność do pracy, sprawowanie opieki nad dzieckiem, a co za tym idzie brak środków utrzymania lub niedostateczna ich wysokość), drugi wskazuje na podmiot lub na krąg podmiotów i warunki, jakie muszą spełniać, by uprawniony nabył prawo do świadczenia zasiłkowego. O ile element przedmiotowy w konstrukcji ryzyka nie ma wpływu na dynamikę tego bytu, o tyle wpływ na jego kształt mają elementy podmiotowe stanowiące jego treść.

Najlepiej widać to na przykładzie ryzyka związanego z opieką nad innymi podmiotami. Z inną treścią ryzyka będziemy mieli do czynienia w przypadku opieki nad osobą dorosłą, z inną zaś w przypadku konieczności jej sprawowania w stosunku do dziecka chorego. To treściowe zróżnicowanie ryzyka nie ma jednak znaczenia dla rodzaju świadczenia. Każde z nich chronione jest zasiłkiem opiekuńczym.

W ubezpieczeniu chorobowym szczególną uwagę zwraca wyraźne określenie ryzyka ubezpieczeniowego i wskazanie zasiłku ograniczającego skutki zdarzenia losowego.

2.2. Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego

W literaturze wyrażono pogląd, zgodnie z którym zdarzenie losowe należy do zjawisk przyrodniczych związanych z życiem człowieka, których pojawienie się może prowadzić do zmniejszenia lub utraty zdrowia, sił, zdolności do pracy. Struktura tych zjawisk nie jest jednolita. Z jednej strony mogą być one niepomysłne dla podmiotów (choroba, kalectwo, śmierć), ale również takie, którym trudno przypisać charakter zdarzeń niepomysłnych czy nieszczęśliwych (wiek emerytalny, ciąża, macierzyństwo)⁵, z drugiej strony zdarzenie losowe – życiowe postrzega się w kategoriach faktów wyłącznie niepomysłnych dla człowieka, godzących w jego zdrowie, życie. W tym ostatnim ujęciu, obok zdarzeń losowych niepomysłnych dostrzeżono także zdarzenia, którym nie można przypisać charakteru losowego. Wprawdzie wiążą się one z losem człowieka, należą do zjawisk biotycznych, jednak nie stanowią dla niego zagrożenia. W konsekwencji nie należą one do zdarzeń niepożądanych i nieprzewidywalnych. Przyjmując taką konwencję, zaliczono

⁴ Z. Sypniewski, *Starość jako ryzyko ubezpieczeniowe*, Studia Prawnicze 1987 z. 4, s. 38; I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenia społeczne (chorobowe, rentowe, emerytalne). Zarys części ogólnej*, Warszawa 1987, s. 117. Podobnie znacznie wcześniej J. Łazowski, *Linie rozwojowe ubezpieczeń społecznych w Polsce*, pod. red. M. Brojewskiego, M. Przystańskiego, W. Szuberta i in., Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, Warszawa 1984 z. 2, s. 11.

⁵ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenia społeczne (chorobowe...)*, op. cit., s. 118; także tej autorki, *Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe*, Warszawa 2002, s. 43.

do nich ciężę, macierzyństwo, opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny czy osiągnięcie wieku emerytalnego⁶. Jeżeli przyjąć optykę zdarzeń losowych jako bytów niepomysłnych dla ubezpieczonego, dochodzimy do wniosku, że ubezpieczeniem chorobowym objęte są zdarzenia losowe i zdarzenia niemające takiego charakteru. Świadczenia pochodzące z ubezpieczenia chorobowego chronią sytuacje będące skutkami zdarzeń losowych i zdarzeń niemających takiego charakteru. Ta różnica konstrukcyjna nie ma jednak żadnego znaczenia przy zakreślonej ustawowo ochronie ubezpieczeniowej.

Wydawałoby się, że tylko skutki zdarzenia (losowego i niemającego takiego charakteru), które ujawnią się w czasie trwania ubezpieczenia, zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową. Okazuje się jednak, że ustawa zasiłkowa rozszerza ochronę poza okres ubezpieczeniowy. Co więcej, coraz częściej rozszerzana jest treść ryzyka o nowe sytuacje objęte ochroną ubezpieczeniową.

2.2.1. Zasiłek chorobowy

O ryzyku niezdolności do pracy z powodu choroby i zasiłku chorobowym powiedziano w zasadzie wszystko⁷. Warto przypomnieć, że skutkiem zdarzenia losowego – choroby – jest krótkookresowa niezdolność do świadczenia pracy spowodowana chorobą własną ubezpieczonego w czasie trwania tytułu ubezpieczeniowego i po jego ustaniu, jak również niemożność świadczenia pracy z racji nosicielstwa choroby zakaźnej.

Szczególną uwagę przy omawianiu zasiłku chorobowego zwraca rozwiązanie przyjęte w art. 15 ustawy zasiłkowej stanowiące, iż zasiłek chorobowy nie przysługuje ubezpieczonemu za cały okres niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta spowodowana została w wyniku przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez tego ubezpieczonego. Okoliczności te stwierdza się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. Przepis ten ma odpowiednie zastosowanie do świadczenia rehabilitacyjnego.

Reguła zawarta w art. 15 ustawy zasiłkowej stanowi jedno z istotnych zagadnień ubezpieczeń społecznych, w tym ubezpieczeń zasiłkowych, a mianowicie problem penalizacji prawa ubezpieczeń społecznych. Z procesu tego ustawodawca zrezygnował w odniesieniu do rent i emerytur, czego efektem było skreślenie art. 77 ustawy emerytalnej z 1982 r.⁸

To uwolnienie ubezpieczenia emerytalnego i rentowego od sankcji za bezprawne, w wyniku przestępstwa, wejście w prawo do emerytury i renty jest obecnie kwestionowane.

⁶ Na temat uznania zdarzenia za losowe pisali: W. Szubert, *Założenia przyszłego kodeksu ubezpieczeń społecznych*, Praca i Zabezpieczenia Społeczne 1978 nr 8-9, s. 8; T. Zieliński, *Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego – część ogólna*, Warszawa-Kraków 1994, s. 179-182; W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 57; W. Muszalski, *Wprowadzenie do nauki ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 1988, s. 115.

⁷ Problematykę tę szczegółowo przedstawiła I. Jędrasik-Jankowska na konferencji naukowej PSUS w 2006 r., *Zasiłek chorobowy jako świadczenie w czasie niezdolności do pracy* [w:] *Ryzyko niezdolności do pracy w zabezpieczeniu społecznym*, Gdańsk 2006, s. 7 i nast.

⁸ Ustawa z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. z 1982 r. nr 40, poz. 267 ze zm. – nieobowiązująca).

W tym miejscu zasadne jest postawienie pytania, czy wina ubezpieczonego przy zdarzeniu losowym powinna decydować o zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Czy należy przyjąć, iż zdarzenie losowe w postaci choroby powinno być traktowane jako zdarzenie zobiektywizowane, a działania zawinione ubezpieczonego wywołujące chorobę nie powinny mieć żadnego wpływu na jej charakter losowy?

Analiza treści wskazanego wyżej przepisu potwierdza, że choroba należy do zdarzeń losowych zobiektywizowanych. Zdarzenie to wskazane w ustawie zasiłkowej nie zostało jednak powiązane z zachowaniami ubezpieczonego, które miałyby wpływ na jego powstanie. Innymi słowy, ustawodawca odwołując się do choroby ubezpieczonego – zdarzenia losowego, nie wiąże źródeł jej powstania z działaniami ubezpieczonego. W tym sensie zdarzenie losowe, jakim jest choroba, postrzegane jest w kategoriach zdarzenia zobiektywizowanego. Jeżeli jednak przyjrzeć się uważnie treści wspomnianego przepisu, nietrudno dostrzec kształt ryzyka i zakres ochrony ubezpieczeniowej objętej zasiłkiem chorobowym. Ustawodawca wyłącza spod ochrony ubezpieczeniowej niezdolność do pracy spowodowanej przestępstwem umyślnym lub wykroczeniem popełnionym przez ubezpieczonego, a fakt wyłączenia nie może być tu postrzegany w kategoriach sankcji karnej za doprowadzenie do niezdolności do pracy wywołanej przestępstwem. Należy go raczej widzieć w kategoriach doprecyzowania przesłanek podmiotowych mających wpływ na kształt ryzyka ubezpieczeniowego.

Pozbawienie ubezpieczonego świadczenia przewidziano jedynie w odniesieniu do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego. Ustawodawca nie przewiduje jej natomiast w stosunku do zasiłku opiekuńczego, mimo iż lekarze wskazują na rosnącą z roku na roku liczbę przypadków narażania dzieci na utratę zdrowia. (Chodzi tu o patologiczne narażanie lub wręcz wywoływanie u dziecka choroby tylko dlatego, by móc opiekować się nim – choroba znana w medycynie pod nazwą zastępczego zespołu Münchausena). Stwierdzenie choroby u dziecka wywołanej zamierzonym działaniem rodziców nie pozbawia tych ostatnich prawa do zasiłku.

2.2.2. Świadczenie rehabilitacyjne

Zgodnie z art. 18 ustawy zasiłkowej świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, przy czym dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie do niej zdolności.

Treść ryzyka ubezpieczeniowego sprowadza się nie tylko do faktu istnienia niezdolności do pracy. Konieczne jest podjęcie dalszego leczenia lub rehabilitacji, które rokuje odzyskanie zdolności. Zgodzić się należy z twierdzeniem, że świadczenie to jest tym, które zapewnia dokończenie leczenia⁹. Natomiast nie wydaje się zasadne upatrywanie w nim świadczenia pochod-

⁹ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2007, s. 362.

nego od zasiłku chorobowego¹⁰. Przeciwno takiemu określeniu charakteru świadczenia przemawia nie tylko odrębna w przypadku choroby treść ryzyka ubezpieczeniowego, chroniąca inne skutki zdarzenia losowego.

2.2.3. Zasiłek macierzyński

Na równi ze zdarzeniami losowymi w postaci choroby i kalectwa ustawodawca stawia macierzyństwo. Warunkiem nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego jest urodzenie dziecka w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego.

Sytuacją chronioną jest powstrzymanie się od pracy przez określony czas w związku z urodzeniem dziecka w okresie trwania ubezpieczenia chorobowego lub urodzenie dziecka w czasie przerwy w świadczeniu pracy. Wydawałoby się zatem, że tylko sytuacja urodzenia dziecka i konieczność jego pielęgnacji powinna być chroniona zasiłkiem macierzyńskim. Analiza ustawy zasiłkowej prowadzi do zgoła odmiennych wniosków. Na przykładzie zasiłku macierzyńskiego dostrzec można postępujący proces rozszerzania ryzyka ubezpieczeniowego i powstawania nowych sytuacji obejmowanych stopniowo ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z art. 29 ustawy zasiłkowej ochroną ubezpieczeniową objęty jest nie tylko fakt urodzenia dziecka, ale również:

— przyjęcie dziecka na wychowanie w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia, i wystąpienie do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia,

— przyjęcie na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, dziecka w wieku do lat 7, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia.

Takie rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej na sytuacje niezwiązane z ciążą i urodzeniem dziecka budzi wątpliwości. Poszerzanie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z macierzyństwem na sytuacje związane raczej z opieką, wychowywaniem niż ciążą ubezpieczonej i pielęgnacją nowo narodzonego dziecka stawia pytanie o potrzebę ochrony tej sytuacji zasiłkiem macierzyńskim. Zgodzić się należy, że ze społecznego punktu widzenia pojawienie się dziecka w rodzinie, jego przysposobienie, przyjęcie na wychowanie powinno być traktowane jak sytuacja objęta ochroną ubezpieczeniową na równi z urodzeniem. Tylko czy przyjęcie dziecka na wychowanie powinno łączyć się z zasiłkiem macierzyńskim, którego zadaniem jest rekompensowanie utraty zarobku (przerwa w pracy) w związku z ciążą i urodzeniem dziecka. Takie rozszerzanie ryzyka ubezpieczeniowego prowadzi do zaciemnienia jego konstrukcji. Mamy tu bowiem do czynienia z sytuacją, w której dochodzi do zmian przedmiotowych treści ryzyka, a nie podmiotowych chronionych tym samym zasiłkiem.

¹⁰ Taką sugestię zgłosił B. Trepiński, *Świadczenie rehabilitacyjne – wybrane problemy* [w:] *Ryzyko niezdolności do pracy...*, op. cit., s. 25.

Sprawa jeszcze bardziej się komplikuje, gdy uwzględni się prawo ojca do zasiłku macierzyńskiego. Ponieważ prawo ojca do świadczenia należy do praw samoistnych wynikających z jego ubezpieczenia, spytać należy, co w przypadku ubezpieczonego ojca dziecka¹¹ ma chronić zasiłek macierzyński. Jeżeli przyjąć, że w stosunku do matki jest świadczeniem pokrywającym brak środków z racji zaprzestania pracy spowodowanej ciążą i opieką nad dzieckiem, to u ojca świadczenie to pokrywa przerwanie zatrudnienia uzasadnione wyłącznie pielęgnacją noworodka.

Samoistne prawo do zasiłku macierzyńskiego dla ojca lub innych członków rodziny nie oznacza, że ubezpieczony może z niego skorzystać przed matką dziecka¹². Regułą jest sytuacja, w której pierwszeństwo do zasiłku przysługuje matce dziecka, a ojcu dziecka lub innym członkom rodziny tylko w przypadku śmierci matki dziecka, porzucenia dziecka lub skrócenia urlopu macierzyńskiego na wniosek matki dziecka i jej choroby (po 8 tygodniu, licząc od porodu) wymagającej hospitalizacji.

2.2.4. Zasiłek opiekuńczy

Konstrukcja ryzyka ubezpieczeniowego – konieczności sprawowania opieki – opiera się na dwóch elementach: przedmiotowym i podmiotowym. Pierwszy z nich to brak środków finansowych będący następstwem zwolnienia ubezpieczonego od wykonywania pracy spowodowanej koniecznością sprawowania opieki, drugi obejmuje krąg podmiotów, nad którymi jest sprawowana opieka i określeniem warunków podmiotowych, jakie muszą spełniać osoby objęte opieką. Wydawałoby się, że przedmiot ryzyka należy do elementów trwałych i nie ulega zmianie. Tak jest w odniesieniu do ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku choroby. Ryzyko ubezpieczeniowe w przypadku opieki wygląda inaczej. Otóż w jego konstrukcji istotną rolę odgrywiają elementy wskazane w treści art. 32 ustawy zasiłkowej. Określenie sytuacji, w których konieczne jest sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem zdrowym do lat 8 należy uznać za doprecyzowanie elementów przedmiotowych treści ryzyka opieki. Ich wielowariantowość powoduje, że nie można mówić o standardowej treści ryzyka opieki. Dynamizm treści ryzyka jest jednak ograniczony. Jego granice zakreśla ustawa, wskazując na okoliczności, w jakich ryzyko opieki powstaje.

Podobne uwagi należy odnieść do przesłanek, jakie muszą spełniać osoby, które wymagają sprawowania osobistej opieki przez ubezpieczonego. Dla każdej kategorii osób są one inne. Ta ich różnorodność powoduje, że trudno tu mówić o standardowej konstrukcji ryzyka ubezpieczeniowego o określonej treści. O ile bowiem konstrukcja ryzyka nie ulega zmianie, o tyle jego treść, uwzględniając przesłanki przedmiotowe i podmiotowe, jest za każdym razem inna.

¹¹ Dotyczy to przypadku ubezpieczonego ojca dziecka objętego tym ubezpieczeniem obojętnie lub dobrowolnie. Prawo do zasiłku macierzyńskiego nie przysługuje ojcu dziecka, w sytuacji gdy ten nie podlega ubezpieczeniu lub nie przystąpił do ubezpieczenia chorobowego dobrowolnie.

¹² Pomijam tu sytuacje urlopu ojcowskiego gwarantowanego zasiłkiem macierzyńskim.

Szczególnie przy zasiłku opiekuńczym dostrzega się pewną prawidłowość związaną z ryzykiem ubezpieczeniowym. Otóż ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku, który chroni powstałe ryzyko, tyle tylko że nie jest ono związane z nim samym. W przypadku zasiłku chorobowego, wyrównawczego, świadczenia rehabilitacyjnego czy zasiłku macierzyńskiego zdarzenie losowe, a w jego następstwie ryzyko ubezpieczeniowe dotyczy bytów związanych z ubezpieczonym. W konstrukcji ryzyka ubezpieczeniowego chronionego zasiłkiem opiekuńczym sytuacja jest inna. Wprawdzie istnieje po stronie ubezpieczonego niemożność świadczenia pracy, ale jest ona wywołana zdarzeniem związanym z ustawowo zakreślonym kręgiem członków rodziny ubezpieczonego. Różnorodność warunków podmiotowych, jakie powinny spełniać osoby wskazane w art. 32 i 33 ustawy zasiłkowej uzasadniające nabycie przez ubezpieczonego prawa do świadczenia, decydują o kształcie ryzyka ubezpieczeniowego. Odmienność przesłanek podmiotowych przewidzianych dla poszczególnych kategorii osób jest tak daleko posunięta, że w kategorii dzieci inne są przewidziane w stosunku do dziecka zdrowego, inne w odniesieniu do dziecka chorego. W konsekwencji konstrukcja ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem jest inna od przyjętej w sytuacji sprawowania jej nad chorą matką lub ojcem.

Konieczność zapewnienia osobistej opieki ogranicza się do dwóch grup podmiotów, a mianowicie dzieci i innych chorych członków rodziny.

Pierwsza grupa obejmuje dzieci zdrowe do ukończenia przez nie 8 roku życia. Ustawodawca przewiduje tu trzy sytuacje, których zaistnienie uzasadnia sprawowanie osobistej opieki przez ubezpieczonego, a mianowicie:

— nieprzewidziane zamknięcie żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza,

— porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,

— pobytu małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

Druga grupa dotyczy dzieci w wieku do ukończenia lat 14.

Przyjęty przez ustawodawcę układ przesłanek przedmiotowych w konstrukcji ryzyka budzi wątpliwości. Szczególnie niezrozumiałe jest łączenie konieczności opieki wywołanej zdarzeniami leżącymi po stronie „małżonka ubezpieczonego”. Tak rygorystyczne ograniczenie podmiotowe, sprowadzenie go wyłącznie do małżonka ubezpieczonego rodzi pytanie o możliwość wypłaty zasiłku opiekuńczego w przypadku rozwodu czy braku legalizacji związku faktycznego. Powstaje bowiem pytanie, czy w takich sytuacjach można mówić o ryzyku ubezpieczeniowym, skoro ustawodawca wyraźnie określa okoliczności uzasadniające konieczność opieki ze strony ubezpieczonego.

Sprawa znacznie bardziej się komplikuje, jeżeli przyjmiemy, że o zasiłek opiekuńczy występują dwa podmioty – ojciec dziecka i jego ojczym. Sformułowanie użyte w treści art. 32 ust 1 pkt b i c ustawy zasiłkowej przesądza o prawie ojczyma do świadczenia, pozbawiając go ojca dziecka, mimo

iż ten nie jest pozbawiony praw rodzicielskich i jest w stanie zwolnić się z pracy i zapewnić opiekę małoletniemu. Sytuacja należy do paradoksalnych, jeżeli weźmie się pod uwagę, że tak określona treść ryzyka opieki zabiera pierwszeństwo naturalnemu ojcu dziecka, z którym łączy ją więzi krwi, a przyznaje je osobom, których łączy jedynie węzeł prawny. Zagadnienie to jeszcze bardziej się komplikuje, jeśli uwzględnimy treść art. 32a ustawy zasiłkowej¹³. Otóż ustawodawca raz odwołuje się do małżonka ubezpieczonego, a raz do ubezpieczonego będącego ojcem dziecka. W efekcie możliwość korzystania z prawa do przedłużonego zasiłku opiekuńczego przysługuje ojcu dziecka będącego równocześnie mężem matki.

Najwięcej jednak wątpliwości budzi ustalenie relacji między skutkami związanymi ze zdarzeniem losowym, jakim jest w tym przypadku choroba matki nowo narodzonego dziecka. Ten pozorny zbieg zdarzeń chroniony z jednej strony zasiłkiem macierzyńskim, z drugiej zasiłkiem opiekuńczym potwierdza, że ich zakresy nie pokrywają się, stanowiąc byty odrębne treściowo. Warto jednak zauważyć, jak cienka jest tu granica przedmiotu ryzyka ubezpieczeniowego. Przy zasiłku macierzyńskim, w sytuacji określonej w art. 180 § 61 k.p. zdarzeniem ubezpieczeniowym jest konieczność opieki nad nowo narodzonym dzieckiem z powodu choroby matki dziecka (z racji rodzicielstwa), podobnie jak przy zasiłku opiekuńczym.

Wątpliwości przy zasiłku opiekuńczym budzi również podział dzieci, przyjmujący kryterium wieku i przyporządkowanie odmiennego statusu dzieci lub innych członków rodziny. Niezrozumiałe jest, dlaczego wiek 14 lat stanowi granicę podziału, skoro nawet rozróżnienie osób posiadających częściową zdolność do czynności prawnej i pełną zdolność do czynności prawnej związana jest z wiekiem 13 i 18 lat¹⁴.

Zastrzeżenia budzi również krąg osób innych niż dzieci. Ustawodawca zaliczył tu bowiem innych chorych członków rodziny ubezpieczonego, a więc małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci powyżej 14 roku życia, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym. Wydawałoby się, że wskazana grupa podmiotów nie powinna podlegać dyskusji, a jednak niezrozumiałe jest, jakie reguły zastosował ustawodawca przy jej tworzeniu. Zakreślenia kręgu podmiotów nie dokonano przy udziale zasady więzów krwi, biorąc pod uwagę teściów i grupę dzieci obcych przyjętych na wychowanie. Nie wiadomo dlaczego przesłanki podmiotowe ryzyka wiążą go z chorobą rodziców naturalnych, pozbawiając świadczenia dla ubezpieczonego w przypadku choroby rodziców przysposabiających¹⁵.

¹³ Dodany przez art. 5 pkt 5 ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 237, poz. 1654).

¹⁴ Wiązanie wieku 14 lat z faktem zmiany lekarza w opiece zdrowotnej z pediatrii na lekarza dla osób dorosłych nie znajduje w obecnej strukturze opieki zdrowotnej uzasadnienia. Obecnie opieką pediatryczną objęte są dzieci do 18 roku życia.

¹⁵ Na ten problem zwracałam uwagę znacznie wcześniej, zob. A. Wypych-Żywicka, *Ochrona pracownika sprawującego opiekę nad innymi członkami rodziny*, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 1997 nr 6, s. 35 i nast.

3. Wysokość i długość pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego

Ustawa zasiłkowa w sposób wyraźny zakreśla wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Przyjmuje dwa mierniki, za pomocą których dochodzi do określenia poziomu zasiłków, a mianowicie parametr procentowy i podstawa wymiaru – ustalane według reguł przyjętych na podstawie art. 36-52a ustawy zasiłkowej. Znamienne jest to, że nie ma w stosunku do zasiłków wspólnej zasady wyznaczania parametru procentowego ich wysokości. Wystarczy wskazać na zasiłek chorobowy czy opiekuńczy, którego wielkość bez względu na długość trwania niezdolności do pracy czy niemożności jej świadczenia jest stała i na świadczenie rehabilitacyjne, którego wysokość ulega obniżeniu w zależności od długości jego pobierania. I tak, w odniesieniu do zasiłku chorobowego przyjęto trzy wielkości 80%, 70% w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, 100% w okresie ciąży, poddania się niezbędnym badaniom lekarskim, przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów, jak również w sytuacji niezdolności do pracy wywołanej wypadkiem w drodze do pracy i z pracy.

Dla zasiłku opiekuńczego ustalono parametr procentowy na poziomie 80%, zasiłku macierzyńskiego – 100%, a świadczenia rehabilitacyjnego – od 90% w pierwszych trzech miesiącach do 75% w kolejnych okresach, a jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży – 100%. Szczególną uwagę zwraca wysokość świadczenia rehabilitacyjnego, które jako jedyne świadczenie z ubezpieczenia chorobowego podlega waloryzacji. Świadczenie rehabilitacyjne wypłacane może być stosunkowo długo, nie dłużej jednak niż do 12 miesięcy, za prawidłowe należy więc uznać rozwiązanie polegające na urealnianiu w sposób kroczący podstawy wymiaru, od której jest ono obliczane. Takie działanie pozwala przyznanemu świadczeniu zachować realną wartość. Waloryzacja podstawy wymiaru zasiłku chorobowego (bo taką podstawę wymiaru przyjmuje się dla świadczenia rehabilitacyjnego) odbywa się kwartalnie za pomocą wskaźnika waloryzacji. Reguła waloryzacji sprowadza się do podwyższania podstawy wymiaru o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w określonym kwartale. Na przykład jeżeli pierwszy dzień okresu, za który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w I kwartale, świadczenie ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego wynagrodzenia ogłoszonego dla celów emerytalnych w III kwartale w stosunku do I kwartału ubiegłego roku kalendarzowego. Przyjęta waloryzacja jest waloryzacją płacową, a nie cenowo-płacową, jak w przypadku emerytur i rent, prowadzoną na bieżąco.

Odmienną regułą obliczenia zasiłku przyjęto w odniesieniu do zasiłku wyrównawczego. Zarzucono tu zasadę parametru procentowego, a ustalenie wysokości świadczenia oparto na różnicy między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem ustalonym zgodnie z art. 26-42 a miesięcznym wynagrodzeniem osiąganym przez ubezpieczonego w warunkach rehabilitacji zawo-

dowej. Taki sposób wyliczenia zasiłku, odmienny od wcześniej wskazanych, związany jest z tym, że dotyczy ubezpieczonego – pracownika ze zmniejszoną sprawnością. Wysokość zasiłku wyrównawczego uzależniona jest od wysokości miesięcznego wynagrodzenia osiąganego podczas rehabilitacji, pod warunkiem że jest ono niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ustalanego na zasadach, na podstawie których wylicza się podstawę wymiaru zasiłków (art. 36-42 ustawy zasiłkowej). Może zatem okazać się, że ubezpieczonemu nie będzie przysługiwać zasiłek wyrównawczy. Jest to rozwiązanie budzące emocje, zgodne jest jednak z filozofią ubezpieczeń społecznych. Mimo powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, nie zostaje ono zabezpieczone świadczeniem z uwagi na fakt zachowania na dotychczasowym poziomie środków utrzymania ubezpieczonego¹⁶.

Najwięcej jednak kontrowersji związanych z wysokością świadczeń budzi art. 32a dodany po ostatniej nowelizacji ustawy zasiłkowej¹⁷. Zgodnie z jego treścią, w przypadku wykorzystania przez pracownicę po porodzie urlopu macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni, pracownikowi-ojcu dziecka przysługuje możliwość skorzystania z dwóch rozwiązań. Pierwsze z nich to wzięcie części urlopu macierzyńskiego odpowiadającej okresowi, w którym pracownica wymaga opieki szpitalnej ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem; drugie to zwolnienie ubezpieczonego od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, uzasadnione chorobą małżonka stale opiekującego się dzieckiem. Konstrukcja przyjętego rozwiązania nie jest do końca jasna. Jedno zdarzenie związane z chorobą matki nowo narodzonego dziecka skutkuje możliwością zabezpieczenia – powstałych w tym przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych alternatywnych – zasiłkami macierzyńskim i opiekuńczym. Problem jednak w tym, że wysokość zasiłków jest zróżnicowana. Oczywiście ojciec dziecka skorzysta raczej ze 100% zasiłku macierzyńskiego niż 80% opiekuńczego. Sytuacja ta nie jest klarowna, w przypadku gdy matka dziecka nie wykorzystwała urlopu macierzyńskiego w ustawowo przewidzianym wymiarze 8 tygodni, a z racji choroby wymaga hospitalizacji znacznie wcześniej. Ponieważ ustawodawca w art. 32a ustawy zasiłkowej odwołuje się do Kodeksu pracy, podkreślając, że chodzi o przypadek określony w art. 180 § 6¹ k.p., do końca nie wiadomo, czy ustawodawca stwarza tu możliwość swobodnego wyboru przez ubezpieczonego zasiłku, który chroniłby powstałą sytuację.

Ustalenie wysokości zasiłków, szczególnie chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego i opiekuńczego budzi wątpliwości. Otóż nie wiadomo, dla czego parametr procentowy został ustalony na poziomie niższym niż 100% podstawy wymiaru, jeżeli właśnie w tych okresach po stronie ubezpieczonego powstaje zwiększone zapotrzebowanie na leki czy na odżywianie pozwalające odzyskać zdolność do pracy, a osobom, nad którymi sprawuje opiekę, na ozdrowienie. Trudno również wskazać, jakie przyczyny leżą u podstaw

¹⁶ Wydaje się, że tu najlepiej widać mechanizm działania świadczeń ubezpieczeniowych.

¹⁷ Ustawa z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy..., *op. cit.*

przyjęcia takiego parametru procentowego, jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że to wyłącznie z dochodu ubezpieczonego potrącane są składki na ubezpieczenie chorobowe.

Szczególne jednak wątpliwości budzi uregulowanie przyjęte w art. 62 ustawy zasiłkowej. Zgodnie z jego treścią na ubezpieczonym spoczywa obowiązek dostarczenia zaświadczenia lekarskiego w ciągu 7 dni od jego otrzymania płatnikowi zasiłków. Jeżeli ubezpieczony spełnia warunki określone w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a (należy do grupy ubezpieczonych, których płatnicy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż dwudziestu ubezpieczonych), zaświadczenie lekarskie obowiązany jest dostarczyć w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do ZUS, podając datę dostarczenia tego zaświadczenia przez ubezpieczonego. Niedopełnienie wskazanego obowiązku powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku niedostarczenia zaświadczenia lekarskiego z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego. Zasadę tę stosuje się nie tylko w odniesieniu do zasiłku chorobowego, ale również w stosunku do zasiłku opiekuńczego.

Przyjęte rozwiązanie trudno zaakceptować. Warto bowiem dostrzec, że zasiłki to nie tylko świadczenia, które zapewniają środki na utrzymanie ubezpieczonego z powodu czasowej niezdolności do pracy, zmniejszonej sprawności, urlopu macierzyńskiego czy konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem. To świadczenia pieniężne zastępujące utratę wynagrodzenia (dochodu) z powodu niemożności świadczenia pracy. Jeżeli zastępują wynagrodzenie (dochód), to spełniają podobną rolę jak świadczenie ze stosunku pracy – zapewniają nie tylko ubezpieczonemu, ale i jego rodzinie środki utrzymania. Dlaczego zatem przyjęto rozwiązanie, w którym sankcjonuje się zachowanie ubezpieczonego przez obniżenie świadczenia zasiłkowego, które z kolei obniża standard życia rodziny ubezpieczonego?

Sankcję tę stosuje się bez względu na to, czy wypłaty zasiłku dokonuje ZUS czy płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego powyżej dwudziestu ubezpieczonych. Z tego względu nie ma różnicowania sytuacji ubezpieczonych w zależności od wielkości zatrudnienia.

Ustawa zasiłkowa w sposób szczegółowy określa długość i sposób liczenia okresów pobierania świadczeń, a reguły towarzyszące ustalaniu okresów, za które przysługuje zasiłek są różne. Może to być zakreślenie okresu ciągłego, ale może to być także zasada sumowania poszczególnych okresów, bez względu na występujące między nimi przerwy. Odmienną zasadę przyjęto w stosunku do zasiłku chorobowego. Ustawodawca posługuje się tu terminem okresu zasiłkowego, ustalając sposób jego liczenia i formułując jego strukturę. Uproszczając – zgodnie z art. 8 i 9 ustawy zasiłkowej do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności jej wykonywania. Przy czym do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy spowodowanej tą

samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Do okresu tego wlicza się okresy niezdolności, za które ubezpieczony uzyskał wynagrodzenie. W efekcie struktura okresu zasiłkowego nie jest jednolita, co więcej każda z jej części rządzi się swoimi prawami. Z jednej strony czas niezdolności do pracy zapewnia ustawowo przyznane, zgodnie z Kodeksem pracy, wynagrodzenie przy zastosowaniu reguły konsekwentnego zliczania w dniach nieobecności pracownika, bez względu na przerwy między poszczególnymi okresami czasowej niezdolności do pracy, z drugiej – czas płacenia zasiłku przy stosowaniu reguły liczenia okresu niezdolności do wykonywania pracy przy istnieniu tej samej choroby, takiej samej choroby czy choroby innej.

4. Zasiłki a ochrona trwałości stosunku pracy

W analizie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego nie możemy nie dostrzec związku istniejącego między pobieraniem świadczenia z ubezpieczenia chorobowego i jego wpływem na ochronę trwałości stosunku pracy, który stanowi tytuł ubezpieczeniowy. Nie jest moim zadaniem analiza konstrukcji ochrony trwałości stosunku pracy, kwestia ta nie stanowi bowiem przedmiotu niniejszego opracowania. Nie możemy jednak nie dostrzec ochrony, jaką przewiduje ustawodawca dla ubezpieczonych – pracowników w czasie pobierania zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. O ile konstrukcja trwałości stosunku pracy w sytuacji korzystania z zasiłku chorobowego, macierzyńskiego czy świadczenia rehabilitacyjnego została uregulowana w Kodeksie pracy, który przewiduje albo ochronę wzmożoną przed wypowiedzeniem stosunku pracy, albo uzależnia jego ustanie od zgody zakładowej organizacji związkowej reprezentującej pracownika, o tyle ustawa zasiłkowa w jednym tylko przypadku nawiązuje do Kodeksu pracy gwarantując ubezpieczonemu nie trwałość więzi prawnej między pracownikiem a pracodawcą, a odzyskanie zatrudnienia. Zgodnie z art. 20 ustawy zasiłkowej, do pracownika pobierającego świadczenie rehabilitacyjne, jeżeli zgłosi swój powrót do pracodawcy niezwłocznie po wyczerpaniu tego świadczenia, choćby nastąpiło to po upływie 6 miesięcy od rozwiązania stosunku pracy, stosuje się odpowiednio przepis art. 53 § 5 k.p. Nie jest to nakaz pierwszeństwa w zatrudnieniu, jak sugerowano w literaturze¹⁸ najsłabszy w systemie nakazów zatrudnienia, a raczej prawo względne ubezpieczonego – pracownika do odzyskania zatrudnienia, uniezależnione od dodatkowych obowiązków po stronie podmiotu zatrudnianego i zatrudniającego, warunkujące możliwość zatrudnienia od miary możliwości pracodawcy. Co do zakresu znaczeniowego zwrotu „miara możliwości” istnieje szereg wątpliwości, jednak ich prezentacja w niniejszym opracowaniu nie wydaje się zasadna.

Jeżeli spojrzeć na Kodeks pracy, to ustawa jedynie w dwóch sytuacjach uzależnia (tym razem) ochronę trwałości stosunku pracy od faktu pobie-

¹⁸ Por. B. Trepieński, *Świadczenie rehabilitacyjne...*, op. cit., s. 34-35.

rania przez ubezpieczonego świadczenia w postaci zasiłku. I tak, zgodnie z art. 53 § 1 pkt 1 lit. b pracodawca może rozwiązać umowę¹⁹ o pracę bez wypowiedzenia nie z winy pracownika z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby, jeżeli niezdolność pracownika trwa dłużej niż łączny okres pobierania wynagrodzenia i zasiłku chorobowego oraz pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przez pierwsze trzy miesiące, pod warunkiem że pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy co najmniej sześć miesięcy. Podobnie ochroną przed utratą pracy objęto sytuacje nieobecności pracownika z powodu sprawowania opieki nad dzieckiem w okresie pobierania z tego tytułu zasiłku, jak również odosobnienia pracownika ze względu na chorobę zakaźną – w okresie pobierania z tego tytułu wynagrodzenia i zasiłku (art. 53 § 2 k.p.). Szczególną uwagę zwraca ochrona przyjęta w odniesieniu do pracownika sprawującego opiekę nad dzieckiem w okresie pobierania zasiłku z tego tytułu. Jak długo ubezpieczony pracownik będzie pobierał zasiłek, tak długo jego stosunek pracy będzie chroniony w trybie art. 53 § 2 k.p. Odmiennie rzecz się przedstawia w sytuacji sprawowania opieki nad innymi członkami rodziny ubezpieczonego i pobierania z tego tytułu zasiłku. Tu fakt sprawowania opieki nad innym członkiem rodziny i pobierania z tego tytułu zasiłku nie stanowi bariery chroniącej przed utratą pracy.

5. Uwagi końcowe

Analiza zasiłków z ubezpieczenia chorobowego prowadzi do następujących wniosków:

1. Dla zachowania czystości konstrukcji ryzyka ubezpieczeniowego zabiegiem koniecznym jest uporządkowanie zdarzeń ubezpieczeniowych i świadczeń je rekompensujących. Obecnie dostrzega się postępujące rozszerzanie treści zdarzeń ubezpieczeniowych i chronienie ich zasiłkami, których nazwa nie odpowiada celowi, jakiemu mają służyć. Krytycznie należy odnieść się do objęcia zasiłkiem macierzyńskim sytuacji, które związane są z opieką nad dzieckiem, a nie z ciążą i pielęgnacją nowo narodzonego dziecka. Powstaje pytanie, czy przy procesie porządkowania zasiłków nie zrezygnować z niego i przyjąć pojęcie zasiłku rodzicielskiego czy też obok macierzyńskiego uformować zasiłek rodzicielski, który chroniłby skutki zdarzenia nielosowego – posiadanie, wychowywanie dzieci, zadania związane z rodzicielstwem.

2. Nie widzę podstaw, dla których ustawodawca uznał sytuację określoną w art. 30 ust. 3 ustawy zasiłkowej za podlegającą ochronie ubezpieczeniowej, zabezpieczoną w tym przypadku zasiłkiem nienazwanym, którego wysokość jest równa wysokości zasiłku macierzyńskiego. W moim przekonaniu fakt pozostawiania w ciąży kobiety, z którą rozwiązano umowę o pracę na skutek upadłości lub likwidacji pracodawcy i niezapewnienie jej innego zatrudnienia, nie powinno być finansowane z ubezpieczenia chorobowego. Może ta sytuacja powinna być chroniona zasiłkiem dla bezrobotnych?

¹⁹ Ustawodawca nie przewiduje tu obowiązku zastosowania rozwiązania umowy o pracę.

Warto zauważyć, że utrata dochodu nie nastąpiła tu z powodu urodzenia dziecka, gdyż poród jeszcze nie nastąpił. Utrata wynagrodzenia związana jest z rozwiązaniem stosunku pracy. Tu rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej poszło znacznie dalej od tej, jaką przewidział ustawodawca w art. 30 ust. 1 (zasilek macierzyński po ustaniu tytułu ubezpieczeniowego w związku z urodzeniem dziecka), a mianowicie przyznaje zasilek po ustaniu tytułu ubezpieczenia przy braku skutku zdarzenia i samego zdarzenia (losowego, nielosowego) z powodu innych przyczyn związanych z utratą pracy.

3. O ile można mieć zastrzeżenia co do wysokości świadczeń zasiłkowych, o tyle pozytywnie należy odnieść się do waloryzacji podstawy wymiaru, od której ustala się wysokość świadczenia rehabilitacyjnego. Przyjęcie metody waloryzacji płacowej sprzyja zachowaniu odpowiedniego poziomu świadczenia. Wątpliwości budzi tylko procentowy parametr świadczenia.

4. Słuszne wydaje się pozostawienie rozwiązań, które sankcjonują zachowania ubezpieczonych, pytanie tylko, czy pozostawić je w odniesieniu do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego czy rozszerzyć je na zasiłek opiekuńczy.

Postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego

1. Uwagi wstępne

Prawo ubezpieczeń społecznych w Polsce, mimo że dotyczy większości obywateli, nie jest skodyfikowane¹. Jednak w prawie materialnym ubezpieczeń społecznych można dostrzec pewien stopień zwartości i uporządkowania, sprowadzający się do powiązania każdego rodzaju tego ubezpieczenia z „ustawą matką”, tj. ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych² (zwaną dalej ustawą systemową), która zawiera kwestie wspólne dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń uregulowanych odrębnymi ustawami³. Takiego uporządkowania i stopnia zwartości trudno dopatrzeć się w przepisach regulujących procedury postępowania w sprawach ubezpieczeń społecznych, w tym także w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Regulują je bowiem, oprócz ustawy systemowej, ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa⁴ (zwaną dalej ustawą zasiłkową), a także akty prawne należące do innych dziedzin prawa, w szczególności ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁵ oraz ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego⁶.

Stosowanie wszystkich procedur i trybów wynikających z różnych aktów prawnych sprawia, że o postępowaniu prowadzonym w sprawach ubezpieczeń społecznych można z pewnością powiedzieć, iż jest postępowaniem szczegól-

¹ W. Szubert wskazuje, że kodyfikacja dziedziny prawa, aby spełniała swoje założenia, uzależniona jest od zupełności regulacji, tj. objęcia nią wszystkich podstawowych instytucji i wyraźnego unormowania materii oraz od przejrzystej formy i jasnych sformułowań przepisów, *Założenia przyszłego kodeksu ubezpieczeń społecznych*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1978 nr 8-9.

² Tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.

³ Zwraca na to uwagę I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 23.

⁴ Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.

⁵ Dz.U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071 ze zm.

⁶ Dz.U. nr 43, poz. 296 ze zm.

nym, trudno porównywalnym z innymi. Nie jest typowym postępowaniem administracyjnym prowadzonym według przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego czy postępowaniem cywilnym prowadzonym na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. Nie ma też pełnej procedury wynikającej z ustaw ubezpieczeniowych. Procedura określona w aktach prawnych dotyczących ubezpieczeń społecznych wymaga uzupełnienia przepisami powołanych kodeksów. Przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego stosowane są w postępowaniu wówczas, gdy dane zagadnienie nie jest uregulowane ustawą systemową bądź innym aktem prawnym dotyczącym poszczególnego rodzaju ubezpieczenia. Kodeks postępowania cywilnego będzie podstawą do prowadzenia sprawy, w której złożone zostało odwołanie od wydanej przez organ rentowy decyzji lub odwołanie w związku z niewydaniem tej decyzji we właściwym terminie. Swoistość każdego z tych trybów sprawia, że trudno jest w postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych uzyskać synchronizację przepisów procesowych z regulacją materialnoprawną tak pożądaną w każdym z rodzajów postępowania⁷.

Istnienie procesowej reguły, potwierdzonej zarówno w orzecznictwie⁸ jak i literaturze⁹, iż w postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, a stosowanie przepisów szczególnych może mieć miejsce tylko w ramach określonych w aktach prawnych dotyczących ubezpieczeń społecznych, skłania do uznania, iż pojęcia i definicje procesu administracyjnego będą miały w sprawach ubezpieczeń społecznych odpowiednie zastosowanie, w tym oczywiście w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego jako części całego systemu ubezpieczeń społecznych¹⁰.

Za nauką prawa administracyjnego¹¹ można zatem przyjąć, iż postępowanie w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego regulowane przez te fragmenty prawa ubezpieczeń społecznych, które odnoszą się do procesu, jest ciągiem czynności procesowych podejmowanych przez organy administracyjne oraz inne podmioty postępowania w celu rozstrzygnięcia sprawy ubezpieczeniowej w formie decyzji, jak i ciągiem czynności procesowych podjętych w celu weryfikacji wcześniej podjętych decyzji. Przy czym za organy administrujące należałoby uznać nie tylko organy o przymiocie ściśle administracyjnym, ale jak to zostanie wskazane w dalszej części opracowania, także inne jednostki uprawnione do prowadzenia określonego postępowania.

⁷ M. Pogonowski, *Postępowanie dowodowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2006, s. 18.

⁸ Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 stycznia 2008 r. III AVa1828/06 – LEX 46636.

⁹ T. Kuczyński, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2004 r.*, IIUK 473/03, OSP 2005 nr 10, poz. 121.

¹⁰ Niniejsze opracowanie ograniczone jest do postępowania w sprawie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego udzielanych z tzw. powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych.

¹¹ J. Borkowski, W.B. Adamiak, J. Borkowski, *Polskie postępowanie administracyjne i sądowniczoadministracyjne*, PWN, Warszawa 2000, s. 64.

W przebiegu postępowania wyróżnić można następujące stadia:

— stadium pierwsze (wstępne), obejmujące czynności wszczęcia postępowania oraz czynności procesowe mające na celu zbadanie dopuszczalności wszczęcia postępowania w określonej sprawie,

— stadium drugie postępowania wyjaśniającego, obejmujące czynności, których celem jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, dającego podstawę do zastosowania normy prawa materialnego,

— stadium ostatnie – podjęcie decyzji rozstrzygającej sprawę będącą przedmiotem postępowania¹².

W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w tym o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego istotne jest, moim zdaniem, zwrócenie uwagi na stadium, które można nazwać przedprocesowym, związanym z udzieleniem ubezpieczonemu informacji o faktach i okolicznościach prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie praw będących przedmiotem postępowania¹³. Zatem, mimo iż Kodeks postępowania administracyjnego dedykuje ogólną zasadę należytego i wyczerpującego informowania o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania przez organ administracyjny, osób, które są już stroną postępowania, to z istoty przepisów o ubezpieczeniach społecznych obowiązek właściwego informowania należałoby odnieść także do tych osób, które stroną postępowania mogą być w przyszłości¹⁴.

Formalnym celem postępowania jest rozstrzygnięcie sprawy ubezpieczeniowej w formie decyzji. Jednakże rzeczywisty cel, dla którego postępowanie zostanie podjęte, może być dla każdego z podmiotów i uczestników postępowania inny. Osoba ubezpieczona, która zakłada iż znajduje się w sytuacji objętej ochroną z tytułu zdarzeń losowych, jakimi są choroba lub macierzyństwo, dążyć będzie do uzyskania świadczeń rekompensujących utratę zdolności do wykonywania pracy i uzyskiwania z niej dochodów niezbędnych do utrzymania. Podmiot uprawniony do rozstrzygnięcia będzie zmierzał do przyznania świadczeń, ale także do odmowy ich przyznania lub weryfikacji wcześniej stwierdzonych uprawnień. Płatnik składek, jako podmiot zatrudniający ubezpieczonego może dążyć, oprócz realizacji zadania wyżej wymienionego, także do uzyskania informacji od organu uprawnionego (ZUS) o sposobie załatwienia sprawy bądź też, co przewiduje wprost przepis art. 63 ust. 2 ustawy zasiłkowej, do ustalenia przez ten organ uprawnień do zasiłku, o który ubiega się ubezpieczony.

Postępowanie zmierzające do stwierdzenia, iż wystąpiło określone ryzyko ubezpieczeniowe wpływające na ustalenie prawa do świadczeń, wypłatę oraz ich wysokość, uregulowane jest art. 61-70 ustawy zasiłkowej.

¹² Tamże, s. 66.

¹³ Zadanie związane z udzielaniem informacji, według T. Zielińskiego, jest swoistym świadczeniem instytucji ubezpieczeniowej, zob. tegoż autora *Ubezpieczenie społeczne pracowników*, Warszawa 1999, s. 191.

¹⁴ Popularyzacja wiedzy o ubezpieczeniach społecznych jest, zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 8 ustawy systemowej, jednym z obowiązków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (zwanego dalej Zakładem lub ZUS).

Problematykę postępowania w sprawie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego oceniać można w różnych aspektach. W niniejszym opracowaniu chciałbym spojrzeć na postępowanie przez pryzmat podmiotów w nim uczestniczących, ich obowiązków i uprawnień. Chciałbym też zwrócić uwagę na zagadnienia związane z tą częścią postępowania, która zmierza do pozbawienia prawa do świadczeń.

2. Obowiązki podmiotów postępowania

W postępowaniu administracyjnym kompetencje ustalania prawa i wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego posiadają dwa podmioty: płatnicy składek oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Odnosząc się do płatników składek można wręcz stwierdzić, iż występują oni w charakterze podmiotu współwykonującego zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych¹⁵ i w związku z tym ponoszą za nie pełną odpowiedzialność. Ustawa zasiłkowa wskazuje, że muszą to być płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe w okresie trwania ubezpieczenia, zgłaszający do ubezpieczenia społecznego powyżej dwudziestu ubezpieczonych – według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego. Obowiązki, zasady i tryb zgłaszania do ubezpieczenia określają przepisy zawarte w rozdziale czwartym ustawy systemowej.

Płatnik składek dokonuje wypłaty świadczenia ze środków funduszu chorobowego, jednak we własnym zakresie ustala prawo oraz oblicza wymiar i wysokość świadczeń, ponosząc odpowiedzialność za ewentualne błędy w tym zakresie. W razie wątpliwości może zwrócić się do oddziału ZUS z wnioskiem o udzielenie wyjaśnień w sprawie.

We wszystkich pozostałych przypadkach obowiązek ustalenia prawa do zasiłku oraz jego wypłaty spoczywa na Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Ogólnie dotyczy to ubezpieczonych pracujących u płatników zgłaszających do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż dwudziestu ubezpieczonych, prowadzących działalność gospodarczą i osób z nimi współpracujących oraz ubezpieczonych duchownych. Jest także podmiotem właściwym wobec ubezpieczonych występujących o świadczenie za okres po ustaniu ubezpieczenia. W szczególnie uzasadnionych przypadkach ZUS wypłaca zasiłki osobom, którym wypłaty dokonywać powinien płatnik składek. Dzieje się tak w sytuacji, gdy płatnik składek z powodów finansowych nie wywiązuje się z tego obowiązku. Podstawą podjęcia postępowania jest wniosek płatnika składek lub pracownika. ZUS ustala, czy i za jaki okres płatnik składek posiada zadłużenie, ilu pracowników zatrudnia oraz jaka jest liczba i rodzaj zasiłków wykazanych i rozliczonych za okres, którego dotyczy wniosek.

Niezależnie od tego, że wypłaty świadczeń dokonuje ZUS, na płatniku składek spoczywa obowiązek udzielenia niezbędnych informacji dotyczą-

¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 1998 r., I PKN 556/97, OSNP 1999 nr 4, poz. 127.

cych składników wynagrodzenia stanowiących podstawę wymiaru zasiłku. Informacja przedstawiana jest według określonego wzoru¹⁶. W sprawach budzących wątpliwości, Zakład we własnym zakresie dokonuje ustalenia, czy informacje podane przez płatnika składek są zgodne z danymi znajdującymi się w systemie informatycznym ZUS.

Konsekwencją obowiązku ustalania prawa do świadczeń jest obowiązek terminowego ich wypłacania. Terminy wypłaty zasiłków są zróżnicowane w zależności od podmiotu wypłacającego. Płatnik składek wypłaca świadczenia w terminach wypłaty wynagrodzenia, natomiast ZUS wypłaty świadczenia dokonuje niezwłocznie po stwierdzeniu uprawnień. W obydwu przypadkach określony jest nieprzekraczalny, graniczny termin trzydziestu dni od daty złożenia niezbędnych dokumentów. Dokumentami tymi są przede wszystkim zaświadczenia lekarskie oraz inne zaświadczenia wystawiane przez płatnika składek, które potwierdzają okoliczności stwierdzające niezdolność do pracy z powodu choroby, macierzyństwa, konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej¹⁷. Niedochowanie terminu rodzi sankcję w postaci konieczności wypłaty odsetek. Zgodnie z art. 64 ust. 2 ustawy zasiłkowej, jeżeli płatnik składek nie wypłacił zasiłku w terminie, zobowiązany jest do wypłaty odsetek od tego zasiłku w wysokości i na zasadach określonych w ustawie systemowej. O konieczności wypłaty odsetek rozstrzyga ZUS w ramach ustalenia uprawnień do zasiłku (art. 63 ust. 1 ustawy). Stanowisko takie potwierdza Sąd Najwyższy wskazując, że Zakład powinien wydać decyzję nie tylko co do samego obowiązku zapłaty zasiłku, ale także rozstrzygnąć o odsetkach od świadczenia. Roszczenie o zapłatę odsetek traktowane jest jako świadczenie z ubezpieczenia społecznego¹⁸. Jeśli opóźnienie wypłaty zasiłku występuje w przypadku gdy jego płatnikiem jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jest on także zobowiązany do wypłaty odsetek, chyba że opóźnienie w przyznaniu lub wypłaceniu zasiłku jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności.

Świadczenia wypłacane są osobie uprawnionej, osobie przez nią upoważnionej lub wyjątkowo innej osobie, której wypłacane jest wynagrodzenie (lub dochód) ubezpieczonego. W szczególnej sytuacji związanej ze śmiercią uprawnionego do świadczenia jeszcze przed podjęciem należnego zasiłku, do niezrealizowanego świadczenia uprawniona jest osoba, której w związku ze śmiercią osoby ubezpieczonej przysługuje uprawnienie do pobrania jej wynagrodzenia lub dochodu. Może to być małżonek lub inne osoby spełniające warunki do uzyskania renty rodzinnej.

¹⁶ Wzór informacji określony jest w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 65, poz. 742 ze zm.).

¹⁷ Dowody niezbędne do wypłaty poszczególnych zasiłków z ubezpieczenia chorobowego wymienione są w rozporządzeniu, o którym mowa w przypisie 16. Opisuje je w *Postępowaniu dowodowym...*, *op. cit.*

¹⁸ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 2002 r., III KKO 6/02, OSNP 2003 nr 21, poz. 528.

Na obowiązki podmiotów wypłacających świadczenia można też spojrzeć w innym aspekcie, traktując ich jako dysponentów publicznych pieniędzy, którzy powinni mieć świadomość i poczucie odpowiedzialności z faktem tym związanej. Dlatego gdy zachodzi podejrzenie, że o wypłatę zasiłku zwraca się osoba chcąca wykorzystać przepisy w celu uzyskania nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, stosuje się określoną, niezbędną i skuteczną praktykę postępowania. Odnosi się ona przede wszystkim do zjawiska tzw. fikcyjnego zatrudnienia lub fikcyjnego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących działalność gospodarczą lub osób z nimi współpracujących. Zakład przeprowadza postępowanie sprawdzające oraz kontrolę płatnika składek, jeżeli wniosek o wypłatę zasiłku wpływa w pierwszym miesiącu lub w uzasadnionych przypadkach w okresie pierwszych trzech miesięcy po zgłoszeniu pracownika do ubezpieczenia społecznego. Postępowanie ma na celu ustalenie, czy rzeczywiście pracownik pozostawał w stosunku pracy oraz czy wynagrodzenie wypłacane było we wskazanej wysokości.

Takie postępowanie akceptowane jest także przez organy sądowe orzekające o poprawności rozstrzygnięć administracyjnych organów ubezpieczeń społecznych. Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 23 lutego 2005 r. potwierdził uprawnienie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do badania faktu zawarcia umowy o pracę oraz jej ważności w celu stwierdzenia objęcia ubezpieczeniem społecznym pracowników¹⁹. W przypadku potwierdzenia, że pracownik nie pozostawał w stosunku pracy, Zakład podejmuje decyzję o odmowie objęcia ubezpieczeniem społecznym pracowników i odmowie prawa do zasiłku. Również w przypadkach podejrzenia o zawyżenie wysokości wynagrodzenia pracownika przeprowadzane jest postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia faktycznego wynagrodzenia, które następnie zostaje przyjęte do podstawy wymiaru składek, a w konsekwencji do podstawy wymiaru świadczeń.

Opisana wyżej praktyka postępowania być może zostanie zweryfikowana w świetle rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r. (II UZP 1/10), który w składzie siedmiu sędziów podjął uchwałę uznającą, że Zakład nie może kwestionować kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Sąd zaznaczył jednocześnie, że o wyroku zadecydował brak przepisów uprawniających ZUS do podważania podstawy wymiaru składek²⁰.

Gdy o wypłatę zasiłku chorobowego ubiega się osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, w budzących wątpliwość przypadkach przeprowadzana jest kontrola mająca ustalić, czy działalność gospodarcza w istocie została podjęta. Jeśli okaże się, że działalność nie została podjęta, wówczas Zakład wydaje decyzję o wyłączeniu z ubezpieczenia społecznego i o odmowie prawa do zasiłku.

¹⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2005 r., III UK 200/04, OSNP 2005 nr 18, poz. 292.

²⁰ A. Radwan, *ZUS nie może kwestionować składek samozatrudnionego*, Gazeta Prawna z dnia 23 kwietnia 2010 r.

Dodatkowo, jeżeli istnieje podejrzenie próby uzyskania nienależnego świadczenia, ZUS przeprowadza kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy.

3. Postępowanie w sprawach nienależnie pobranych świadczeń

Definicja świadczenia nienależnie pobranego odnosi się do sytuacji, w których ubezpieczony jest świadomy pobrania świadczenia bezprawnie²¹. Dotyczy to świadczeń wypłacanych mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, z wyraźnym zastrzeżeniem, że ubezpieczony został pouczony o braku prawa do ich pobierania, a także świadczenia przyznane na podstawie nieprawdziwych zeznań, fałszywych dokumentów lub w przypadkach świadomego wprowadzania w błąd podmiotu wypłacającego. Osoba, która pobrała nienależne świadczenie zobowiązana jest do jego zwrotu wraz z odsetkami. Świadczenie zwracane jest bez odsetek, jeżeli osoba ta zawiadomiła podmiot wypłacający o okolicznościach powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to były one nadal wypłacane. Jeżeli osoba zobowiązana do zwrotu ma prawo do zasiłków na podstawie innego tytułu lub innych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, kwoty nienależnie pobranych świadczeń wraz z odsetkami podlegają potrąceniu, a jeśli prawo do świadczeń nie istnieje – ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Jeżeli powodem nienależnego pobrania świadczenia było przekazanie przez płatnika składek nieprawdziwych informacji mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, płatnik składek zobowiązany jest do zwrotu świadczenia wraz z odsetkami. W takim przypadku kwota świadczenia traktowana jest jako niedopłata składek na ubezpieczenie społeczne.

Należy przy tym zauważyć, że obowiązkowi zwrotu lub potrąceniu podlegają tylko zasiłki nienależnie pobrane, w odróżnieniu od zasiłków nienależnie wypłaconych z winy płatnika lub ZUS, które już takiemu obowiązkowi nie podlegają²². Nie można żądać zwrotu nienależnie pobranych świadczeń za okres dłuższy niż 12 miesięcy, gdy były one wypłacane, mimo że osoba pobierająca świadczenie powiadomiła o okolicznościach powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczeń. W pozostałych przypadkach okres ten nie może być dłuższy niż ostatnie trzy lata.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych może odstąpić od żądania zwrotu należności, w przypadkach gdy zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności, np. śmierć osoby zobowiązanej do zwrotu, nieposiadanie majątku czy inne zdarzenia losowe. Należności z tytułu nienależnie pobranych świad-

²¹ Inaczej niż np. instytucja „bezpodstawnego wzbogacenia się” w prawie cywilnym.

²² I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2009, s. 401.

czeń ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia uprawomocnienia się decyzji ustalającej te należności²³.

4. Postępowanie kontrolne w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego

Ustawa zasiłkowa przyznaje płatnikom składek i Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych kompetencje do kontrolowania ubezpieczonych, co do prawidłowości wykorzystania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem oraz do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (art. 68). Szczegóły reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich²⁴. Dodatkowo ustawa przyznaje Zakładowi prawo do kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (art. 59). Również w tym przypadku szczegóły określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²⁵. Postępowanie kontrolne obejmuje trzy rodzaje kontroli – merytoryczną, formalną oraz orzeczniczą.

Kontrola merytoryczna dotyczy prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby oraz z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny. Polega ona na ustaleniu, czy ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy nie wykonuje pracy zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem, a także czy poza ubezpieczonym nie ma innych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym mogących zapewnić choremu opiekę, z wyjątkiem sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat. Kontrola prowadzona przez Zakład dotyczy świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Natomiast pracodawca kontroluje zwolnienia lekarskie, z tytułu których pracownikowi przysługuje wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy. Kontrola może być przeprowadzona w miejscu zamieszkania, miejscu czasowego pobytu lub miejscu zatrudnienia ubezpieczonego. Terminów nie ustala się z góry, ponieważ celem kontroli jest sprawdzenie, jak w rzeczywistości wykorzystywane jest zwolnienie. Niewątpliwie jest to więc kontrola dotycząca spraw osobistych i domowych ubezpieczonego, dlatego tak ważne jest ustawowe upoważnienie do jej przeprowadzenia²⁶.

²³ Z. Łobesko, *Postępowanie w sprawie nienależnie pobranych świadczeń*, Przegląd Ubezpieczeniowy dla Ciebie, listopad 2008.

²⁴ Dz.U. nr 65, poz. 743.

²⁵ Dz.U. nr 65, poz. 741 ze zm.

²⁶ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 222.

W przypadku nieobecności pracownika w domu (po raz drugi lub kolejny), kontrolujący zostawia w skrzynce lub u dorosłego domownika informację o przeprowadzonej kontroli, w trakcie której nie zastano ubezpieczonego w domu oraz o wstrzymaniu z tego powodu prawa do zasiłku do czasu złożenia wyjaśnień. Jeżeli ubezpieczony nie usprawiedliwi swojej nieobecności, sporządzany jest protokół, który wysyła się ubezpieczonemu, aby miał możliwość wniesienia uwag. Gdy ubezpieczony usprawiedliwi swoją nieobecność, uznaje się, że przesłanki do odmowy prawa do zasiłku nie wystąpiły. Jeżeli jednak ubezpieczony nie odeśle protokołu, nie wniesie do niego uwag bądź jego wyjaśnienia nie będą wiarygodne, ZUS wydaje decyzję odmawiającą prawa do zasiłku.

Przedmiotem opisanego wyżej trybu postępowania jest ustalenie, czy wystąpiła jedna z dwóch niezależnych przesłanek: „wykonywania pracy zarobkowej” lub „wykorzystywania zwolnienia w sposób niezgodny z jego celem”. Oba pojęcia nie zostały sprecyzowane przez ustawodawcę, co powoduje pewien stopień dowolności w sposobie ich interpretacji, a w konsekwencji prowadzi do sporów.

W sprawach kwalifikowania wykonywania czynności jako pracy zarobkowej, w orzecznictwie dominuje pogląd, że pracą zarobkową jest każda aktywność ludzka zmierzająca do osiągnięcia zarobku, w tym pozarolnicza działalność gospodarcza, choćby nawet polegała na czynnościach nieobciążających w istotny sposób organizmu przedsiębiorcy i zarazem pracownika pozostającego na zwolnieniu lekarskim²⁷. Wśród licznych orzeczeń występują również stanowiska prezentujące mniej rygorystyczne podejście. Przykładem może być wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2002 r.²⁸, który wskazuje, że podpisanie w trakcie zwolnienia lekarskiego dokumentów finansowych nie może być traktowane jako prowadzenie działalności gospodarczej powodujące utratę prawa do zasiłku chorobowego. Przytoczone rozstrzygnięcia są wynikiem interpretacji przepisów ustawy zasiłkowej w dosłownym jej brzmieniu. W literaturze istnieje jednakże pogląd, iż mogą istnieć sytuacje, w których wykonywanie pracy u innego pracodawcy, przy zupełnie innym zakresie czynności, nie jest okolicznością naruszającą zasady wykorzystywania zwolnienia lekarskiego²⁹.

W nie mniejszym zakresie przedmiotem zainteresowania Sądu Najwyższego są zagadnienia związane z określeniem pojęcia „wykorzystywanie zwolnienia w sposób niezgodny z jego celem”. W orzecznictwie ugruntowane zostało stanowisko, że jest to wykorzystanie zwolnienia lekarskiego w sposób, który pozostaje w sprzeczności z celem jego wystawienia i zaleceniami lekarskimi. Celem zwolnienia lekarskiego jest odzyskanie zdolności do pracy, stąd w jego osiągnięciu przeszkodą mogą być wszelkie zachowania

²⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2005 r., I UK 370/04, OSNP 2005 nr 21, poz. 342.

²⁸ II UKN 710/00, OSNP 2003 nr 20, poz. 498.

²⁹ Pogląd taki prezentuje I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne...*, op. cit., s. 386-388.

utrudniające proces leczenia i rekonwalescencję³⁰. Wykorzystanie zwolnienia do innego celu powoduje uznanie takiego zachowania za nieprawidłowe. Adnotacja na zwolnieniu lekarskim „pacjent może chodzić” upoważnia do wykonywania zwykłych czynności życia codziennego, takich jak wstawanie z łóżka, poruszanie się po mieszkaniu, udanie się na ewentualne zabiegi, kontrolę lekarską czy do apteki³¹. W przypadku adnotacji „pacjent powinien leżeć” ubezpieczony mieszkający sam może jednak udać się do sklepu po niezbędne artykuły żywnościowe. W zasadzie postępuje sprzecznie z zaleceniami lekarskimi, jednak nie można postawić mu zarzutu wykorzystywania zwolnienia niezgodnie z jego celem. Wpływ na zachowanie kontrolowanego mają bowiem szczególne okoliczności związane z warunkami życiowymi i rodzinnymi, które w każdej sprawie należy uwzględnić.

Sąd Najwyższy wielokrotnie wypowiadając się w kwestiach dotyczących celu i sposobu wykorzystywania zwolnienia lekarskiego, kreuje definicję pojęcia oraz obszerny katalog zdarzeń, które mogą być uznane za niewłaściwe. Przykładem wykorzystywania zwolnienia w sposób niezgodny z jego celem jest wzięcie udziału w wycieczce zagranicznej³². Natomiast udział ubezpieczonego we własnym ślubie i weselu w czasie zwolnienia lekarskiego nie został uznany za czynność sprzeczną z treścią tego zwolnienia³³.

Spory pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, czy zwolnienie lekarskie wykorzystywane było niezgodnie z celem, rozstrzyga właściwa terenowa jednostka organizacyjna ZUS, która przed podjęciem decyzji, w razie potrzeby, uzyskuje opinię lekarza leczącego.

W praktyce do kontroli typowane są w szczególności osoby, które często korzystają z krótkotrwałych zwolnień lekarskich, kolejne zwolnienia pochodzą od różnych lekarzy albo z tytułu różnych schorzeń, zwolnienia dotyczą okresu po ustaniu tytułu ubezpieczenia, a także osoby, które były już pozbawione prawa do zasiłku w związku z niewłaściwym wykorzystywaniem zwolnień lekarskich lub wcześniej składały je po terminie.

Kontrola formalna polega na sprawdzeniu, czy zaświadczenie lekarskie nie zostało sfalszowane i czy wydano je zgodnie z przepisami w sprawie zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich. Sfalszowanie zwolnienia lekarskiego to przerobienie, podrobienie lub wypełnienie niezgodnie z wolą lekarza, który je wystawił. Niezbyt szczęśliwe, jak się wydaje, jest uregulowanie dotyczące trybu postępowania mającego na celu wykrycie fałszerstwa. W trakcie kontroli formalnej należy stwierdzić, czy zaświadczenie lekarskie zostało sfalszowane. Jeżeli zachodzi podejrzenie o sfalszowanie za-

³⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 2005 r., III UK 120/05, OSNP 2006 nr 21-22, poz. 338.

³¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 12 listopada 2002 r., III AUa 3189/01, Prawo Pracy w Orzeczeniach Sądu Najwyższego 2003 nr 10, s. 43.

³² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 października 1999 r., I PKN 308/99, OSNP 2001 nr 5, poz. 154.

³³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 1998 r., IPKN 14/98, OSNP 1999 nr 6, poz. 210.

świadczenia, płatnik składek występuje do lekarza leczącego o wyjaśnienie sprawy. Do lekarza leczącego wystąpić może również jednostka organizacyjna ZUS. Tak uregulowany tryb postępowania zakłada, iż jedynie lekarz leczący jest osobą, która fakt ewentualnego fałszerstwa może stwierdzić. Jest to oczywiście uzasadnione tym, iż może on zarówno wypowiedzieć się co do autentyczności wypisanego przez siebie formularza, jak i złożonego podpisu, a ponadto może porównać przedstawione do wyjaśnienia zaświadczenie z jego kopią, przechowywaną wraz z pozostałą dokumentacją medyczną w aktach. Przepis natomiast nie przewiduje możliwości sprawdzenia autentyczności zaświadczenia lekarskiego, a w zasadzie jego kopii przedstawionej przez ubezpieczonego płatnikowi, z oryginałem zaświadczenia, które lekarz leczący przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS. Jednostka ta również mogłaby ocenić autentyczność zaświadczenia lekarskiego.

Wypowiedź lekarza leczącego lub (gdyby była taka możliwość) opinię Zakładu na temat autentyczności zaświadczenia można by bez wątpliwości uznać za wystarczające wówczas, gdy wynikałoby z niej potwierdzenie zgodności wystawionej kopii z oryginałem bądź dokumentacją źródłową. Wątpliwość może jednak pozostać co do tego, czy rzeczywiście dowodem zaprzeczającym autentyczności zaświadczenia może być tylko wyjaśnienie lekarza leczącego. Czy nie powinno to być orzeczenie sądu karnego lub prokuratora? Skoro bowiem fałszerstwo jest przestępstwem, penalizowanym przez przepisy Kodeksu karnego (art. 270 k.k.), i o tym fakcie należy zawiadomić organy wymiaru sprawiedliwości, to rozstrzygnięcia co do tego, czy miało ono miejsce należałoby spodziewać się właściwie ze strony sądu lub prokuratora (np. wyroku skazującego lub postanowienia o umorzeniu postępowania). Orzeczenie sądu (prokuratora) powinno zatem być podstawą pozbawienia prawa do świadczenia, analogicznie do sytuacji określonej w art. 15 ustawy zasiłkowej, gdzie potwierdzeniem spowodowania niezdolności do pracy w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia jest właśnie prawomocne orzeczenie sądu. Takie właśnie rozwiązanie mogłoby być większą gwarancją poprawności wydawanych decyzji o przyznaniu określonego świadczenia. Ponadto lepiej uzasadniałoby roszczenie o zwrot niesłusznie wypłaconych świadczeń, których wypłata nastąpiła przed ujawnieniem bądź potwierdzeniem fałszerstwa.

Niezależnie od tego, do art. 17 ust. 2 ustawy zasiłkowej można mieć jeszcze inne uwagi. Wydaje się mianowicie, że przepis ten nie ma większego uzasadnienia. Oczywiście jest bowiem to, że w żadnym postępowaniu – administracyjnym, cywilnym czy karnym – fałszywy dowód nie stanowi podstawy do ustalenia jakiegokolwiek uprawnienia. Trudno zatem zrozumieć ustawodawcę, który w ustawie zasiłkowej taki przepis uznał za konieczny. Z samego faktu fałszerstwa można wywodzić różne skutki i to nie tylko w sprawach świadczeń z ubezpieczenia społecznego, np. okres zwolnienia od pracy na podstawie sfalszowanego zaświadczenia lekarskiego może być uznany jako nieusprawiedliwiona nieobecność w pracy i skutkować nawet

rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika na podstawie art. 52 k.p.³⁴.

Kontrola orzecznicza – czyli kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby – ma na celu ustalenie stanu zdrowia osoby korzystającej ze zwolnienia lekarskiego. Kontrolę przeprowadzają lekarze orzecznicy ZUS z własnej inicjatywy lub na wniosek pracodawcy, który może zwrócić się o przeprowadzanie kontroli również w okresie pierwszych 33 dni choroby, za które zgodnie z art. 92 k.p. wypłaca wynagrodzenie za czas choroby (art. 59 ust. 12). Kontrola może się odbyć w siedzibie ZUS lub w domu ubezpieczonego. ZUS może skierować na dodatkowe badania do lekarza konsultanta i zlecić udostępnienie dokumentacji medycznej, związanej z kontrolowanym zwolnieniem. Ubezpieczony ma obowiązek stawić się na badania w wyznaczonym terminie oraz udostępnić posiadaną dokumentację medyczną. Jeżeli w wyniku kontroli lekarz orzecznik uzna, że data ustania niezdolności do pracy powinna być wcześniejsza niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim wydaje orzeczenie o skróceniu okresu niezdolności do pracy od dnia następnego po dniu badania, a ZUS wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku za stosowne okresy. Zaświadczenie korygujące traktowane jest na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4k.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na treść przepisu art. 59 ust. 3 pkt 3 ustawy zasiłkowej, który pozwala, aby w trakcie kontroli lekarze orzecznicy żądali od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie. Kryje on bowiem, jak sądzę, niebezpieczeństwo narażające ubezpieczonego na utratę prawa do świadczeń bez jego winy. Otóż w praktyce może się zdarzyć, iż lekarz leczący nie przedstawi na żądanie lekarza orzecznika wymaganych dokumentów lub odmówi udzielenia wyjaśnień i informacji. Takie zachowanie może utrudnić, a nawet uniemożliwić właściwą ocenę stanu zdrowia ubezpieczonego dokonywaną przez lekarza orzecznika. Tym samym może dojść, z powodu nieposiadania określonych dowodów, do ograniczenia praw ubezpieczonego przez działanie osoby niebędącej stroną w sprawie. W tym przypadku ubezpieczonemu nie przyniesie satysfakcji nawet to, że zachowanie lekarza leczącego może doprowadzić go do utraty, zgodnie z art. 60 ustawy zasiłkowej, upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

W praktyce kontroli orzeczniczej w pierwszej kolejności podlegają ubezpieczeni, którym jednorazowo zaświadczenie lekarskie wystawione zostało na długi okres lub zaświadczenia na kolejne okresy pochodzą od różnych lekarzy, orzeczonego okresu niezdolności do pracy przypada pod koniec okresu ubezpieczenia albo po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, a także zaświadczenie wystawiane jest osobie, która posiada szczególnie wysoką podstawę wymiaru zasiłku lub krótko podlega ubezpieczeniu chorobowemu.

³⁴ Zob. F. Małyśz, *Kontrola wykorzystania zwolnień lekarskich od pracy*, Prawo Pracy w Orzeczeniach Sądu Najwyższego 2001 nr 11, s. 3.

5. Postępowanie zmierzające do pozbawienia lub ograniczenia prawa do świadczeń

Oprócz sytuacji związanych z wynikiem przeprowadzonej przez płatnika składek lub ZUS kontroli, przepisy ustawy zasiłkowej określają inne sytuacje, w których osobom ubezpieczonym, pobierającym świadczenia, można bądź zmniejszyć, bądź całkowicie ich pozbawić, a nawet dochodzić zwrotu w przypadku wcześniejszej wypłaty. Są to sytuacje:

— w których niezdolność do pracy jest wynikiem przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez ubezpieczonego ubiegającego się o świadczenie (art. 15 ust. 1),

— związane z ograniczeniem prawa do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu (art. 16),

— związane z ograniczeniem wysokości świadczenia z powodu nieprzedłożenia w terminie zaświadczenia lekarskiego podmiotowi wypłacającemu (art. 62).

Zarówno zasiłek chorobowy, jak i świadczenie rehabilitacyjne nie przysługują ubezpieczonemu za cały okres niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta została spowodowana w wyniku umyślnego przestępstwa lub popełnionego przez niego wykroczenia. Okoliczności te stwierdza się zgodnie z ustawą zasiłkową na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu (art. 15 ust. 2), przez które należałoby uznać każde orzeczenie sądu karnego, jeżeli tylko w tym orzeczeniu zostaną stwierdzone okoliczności opisane wyżej. Jak się bowiem wypowiedział Sąd Najwyższy: „Stwierdzenia tych okoliczności sąd karny może dokonać w sprawie, w której akt oskarżenia został skierowany przeciwko innej osobie niż wymieniona w art. 16 ust. 1 wspomnianej ustawy”³⁵. Wypowiedzi tej Sąd użył w stosunku do stanu faktycznego podczas obowiązywania ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Wydaje się jednak, że będzie ona również aktualna w świetle art. 15 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Przy ocenie tego, czy dany wyrok sądu karnego może służyć za podstawę do pozbawienia ubezpieczonego prawa do świadczenia, należy mieć na względzie również to, w jaki sposób przestępstwo lub wykroczenie wiąże się z daną niezdolnością do pracy ubezpieczonego. Konieczność takiej analizy wynika z tezy, którą przyjął Sąd Najwyższy stwierdzając m.in., iż pracownikowi przysługuje zasiłek chorobowy za okres niezdolności do pracy z powodu różnych chorób, chociażby przyczyna jednej z tych chorób (chodzi o tę, która spowodowana była popełnionym przestępstwem lub wykroczeniem) pozbawiała go prawa do zasiłku, jeżeli pozostałe choroby nie są związane z tą przyczyną³⁶.

Ograniczenie prawa do świadczeń związane z nadużyciem alkoholu dotyczy wyłącznie zasiłku chorobowego. Polega ono na tym, iż ubezpie-

³⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 1981 r., IV PR 123/81, OSP 1982 nr 5, poz. 54.

³⁶ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 1989 r., III UZP 20/89, OSNCP 1990 nr 7-8, poz. 93.

czonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych pięciu dni tej niezdolności. Organ decydujący o uprawnieniach do świadczeń ubezpieczonego bądź o ich ograniczeniu (tj. płatnik składek będący płatnikiem zasiłków lub jednostka ZUS) nie jest uprawniony do oceny rzeczywistej zgodności zastosowanych w zaświadczeniu lekarskim oznaczeń ze stanem faktycznym. Może to oczywiście zrobić w odrębnym trybie przewidzianym do kontroli poprawności orzekania prowadzonej przez lekarzy orzeczników ZUS. Tym samym na lekarzach wystawiających zaświadczenia o niezdolności do pracy ciąży obowiązek właściwej oceny stanu zdrowia badanej osoby. W szczególności chodzi o to, aby lekarz odróżnił, czy stan niezdolności do pracy rzeczywiście wynika z nadużycia alkoholu, czy też z innej choroby lub urazu, na którą to przyczynę „nałożyło się” również jednoczesne nadużycie alkoholu. Na te właśnie okoliczności zwraca uwagę orzecznictwo sądowe (np. powołana uchwała Sądu Najwyższego z 18 lipca 1989 r.), jak i komentarze. Stwierdza się np., iż pozbawienie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 16 ustawy zasiłkowej następuje tylko w sytuacji, gdy nadużycie alkoholu doprowadzi do zaburzeń funkcjonowania organizmu albo do innych powikłań wewnętrznych³⁷. Zwraca się również uwagę, iż w celu zastosowania ustawowej sankcji pozbawiającej prawa do zasiłku niezbędne jest wykazanie bezpośredniego związku przyczynowego między samym nadużyciem alkoholu (które samo w sobie jest pojęciem wysoce nieprecyzyjnym) a niezdolnością do pracy³⁸. Dlatego nadużyciem prawa byłoby automatyczne niejako sankcjonowanie pracownika, który doznał urazu, tylko z uwagi na stwierdzenie faktu spożywania alkoholu.

Ograniczenie prawa do świadczeń, a właściwie ich wysokości, następuje także w sytuacji niedostarczenia w terminie zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego czasową niezdolność do pracy podmiotowi wypłacającemu zasiłek. Ubezpieczony ma obowiązek dostarczyć zaświadczenie nie później niż w ciągu siedmiu dni od daty otrzymania zaświadczenia. Płatnik składek zgłaszający do ubezpieczenia nie więcej niż dwadzieścia osób ma obowiązek niezwłocznego dostarczenia tego zaświadczenia do ZUS, podając datę jego otrzymania od ubezpieczonego. Niezachowanie terminu dostarczenia zaświadczenia przez ubezpieczonego powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku za okres od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do dnia doręczenia zaświadczenia podmiotowi wypłacającemu. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy niedostarczenie zaświadczenia spowodowane było przyczynami niezależnymi od ubezpieczonego. Jednak jest on zobowiązany udowodnić, że stan zdrowia nie pozwolił mu dostarczyć zwolnienia i jednocześnie nie mógł skorzystać z jakiegokolwiek pomocy w tym zakresie.

³⁷ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne*, t. 3, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexsis, Warszawa 2003, s. 88.

³⁸ Z. Myszka, I. Piotrowski, *Głosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1987 r.*, III UZP 43/87, OSP 1990 nr 10, poz. 349.

W praktyce sankcje wynikające z obniżenia wysokości zasiłku nie stanowią dostatecznego narzędzia dyscyplinującego. Zdarza się, że osoby podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu świadomie opóźniają moment dostarczenia zwolnienia lekarskiego, licząc się z konsekwencjami w postaci utraty części zasiłku, mając jednak na względzie wynikający z tego faktu brak możliwości przeprowadzenia przez ZUS kontroli orzeczniczej. Kontroli tej bowiem podlegają tylko zaświadczenia będące w posiadaniu ZUS.

6. Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w liczbach³⁹

W 2009 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił łącznie w formie zasiłków chorobowych ponad 6,6 mld zł. Liczba dni zasiłkowych wyniosła w tym okresie ponad 126 mln, co daje przeciętną dzienną wysokość zasiłku na poziomie 52 zł. Zasiłki macierzyńskie zostały wypłacone na kwotę blisko 2,5 mld zł, natomiast zasiłki opiekuńcze na ponad 465 mln zł. Pracodawcy w ciągu całego roku wypłacili ponad 4,5 mld zł w ramach wynagrodzenia za czas choroby.

W tym samym okresie ZUS obniżył bądź cofnął świadczenia chorobowe w wysokości 149,9 mln zł. Kwota z tytułu obniżenia podstawy wymiaru zasiłku do wysokości 100% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w przypadkach gdy ustał tytuł do ubezpieczenia, wyniosła 128,5 mln zł. Ograniczenie o 25% kwoty wypłacanego zasiłku chorobowego i opiekuńczego, gdy chory w ciągu siedmiu dni nie przedłożył pracodawcy zwolnienia lekarskiego wyniosło 8,6 mln zł.

W 2009 r. Zakład przeprowadził 287,5 tys. kontroli w zakresie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, w ich wyniku 35,1 tys. osobom wstrzymano dalszą wypłatę zasiłku chorobowego, co oznacza, że 12,2% skontrolowanych uznano za zdolnych do pracy. W przypadku 22,2 tys. osób lekarze orzecznicy ZUS orzekli o potrzebie odbycia rehabilitacji leczniczej. W zakresie prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich ZUS przeprowadził 95,7 tys. kontroli. Ich efektem było wstrzymanie wypłat zasiłku chorobowego 3402 osobom.

7. Zakończenie

Podsumowując rozważania na temat procedur postępowania w sprawach świadczeń z ubezpieczenia chorobowego należy zwrócić uwagę na fakt, że o ile postępowanie zmierzające do przyznania świadczeń opiera się na precyzyjnych i w miarę jasno sformułowanych regulacjach, o tyle przy postępowaniu zmierzającym do pozbawienia prawa do świadczeń pojawiają się różnice w interpretacji. Konsekwencją są częste spory pomiędzy uczestnikami postępowania.

³⁹ Dane liczbowe opublikowane na stronach internetowych ZUS (www.zus.pl).

Należy zauważyć, że dotychczas postępowanie prowadzone jest w sposób tradycyjny. Jednak wraz z rozwojem i wzrostem dostępności do internetu pojawiają się nowe możliwości, które zdecydowanie skrócą czas postępowania. Należy się spodziewać, że w niedalekiej przyszłości możliwy będzie stan, kiedy sprawa będzie załatwiona w ciągu jednego dnia. Wiąże się to oczywiście z koniecznością szeroko pojętej współpracy z uczestnikami postępowania, ale również z lekarzami.

Obecnie trwają prace nad wprowadzeniem nowych rozwiązań w sposobie wystawiania zaświadczeń lekarskich. Mają one być wystawiane na specjalnie przygotowanej stronie internetowej. Lekarz będzie musiał zalogować się do serwisu za pomocą własnego indywidualnego profilu, dzięki czemu jego dane identyfikacyjne zostaną automatycznie zamieszczone na zaświadczeniu. Podanie numeru PESEL osoby, dla której wystawiane jest zaświadczenie spowoduje, że system pobierze z rejestrów centralnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dane ubezpieczonego oraz pracodawców. Dane te zostaną automatycznie zamieszczone na zaświadczeniach wystawianych dla wszystkich aktualnych pracodawców. Zaakceptowany e-dokument będzie dostępny w kompleksowym systemie informatycznym prowadzonym przez ZUS, a informacja o jego wystawieniu zostanie wysłana do pracodawców. Jednocześnie zarówno pacjent, jak i lekarz będą mieli świadomość, że fakt wystawienia zaświadczenia jest znany ZUS i płatnikowi składek.

Automatyczne przesłanie informacji o niezdolności do pracy oraz pełna identyfikacja chorego spowodują, że pracownik będzie zwolniony z obowiązku dostarczenia zaświadczenia pracodawcy. Na takim rozwiązaniu zapewne zyskają podmioty wypłacające zasiłki, będą bowiem mogły kontrolować ubezpieczonych nawet w czasie najkrótszego zwolnienia lekarskiego⁴⁰.

Następnym krokiem będzie prawdopodobnie wprowadzenie obowiązku elektronicznego tworzenia i przesyłania informacji niezbędnych do dokonania wypłaty świadczenia przez płatników składek.

Jednocześnie należy mieć świadomość, że wszystkie nowe rozwiązania wymagają przygotowania nie tylko pod względem technicznym, ale także, a może przede wszystkim, pod względem prawnym, co może okazać się zadaniem znacznie trudniejszym.

⁴⁰ B. Wiktorowska, *ZUS chce wprowadzić elektroniczną kontrolę zwolnień lekarskich*, Gazeta Prawna z dnia 20 lipca 2009 r.

Finansowanie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego

1. Początki ubezpieczenia chorobowego w Polsce

Ubezpieczenie chorobowe i sposób jego finansowania od początku swego istnienia charakteryzowały się ciekawymi rozwiązaniami. Po odzyskaniu niepodległości, w Polsce występowały różne regulacje prawne przejęte po państwach zaborczych, które stopniowo poddawane były modyfikacjom. Ważnym elementem nowych regulacji prawnych była ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby¹, w myśl której ubezpieczeniem objęci zostali wszyscy pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.

W ramach nowego porządku prawnego, zasadniczym celem było utworzenie kas chorych wyposażonych w osobowość prawną, z możliwością nabywania praw, zaciągania zobowiązań i odpowiedzialnością za zobowiązania całym majątkiem. Przynależność do kas uzależniona była od miejsca usytuowania zatrudnienia znajdującego się w okręgu kasy. Ponadto, dla osób zainteresowanych przewidziano możliwość dobrowolnego ubezpieczenia, jeżeli nie osiągnęły 45 roku życia i ich dochód nie przekraczał 7,5 tys. zł rocznie.

Kasa chorych udzielała swoim członkom pomocy lekarskiej² i zasiłków na koszty pogrzebu oraz zasiłków pieniężnych w czasie choroby i pólgu. Źródłem finansowania była składka, której wysokość ustalono na 6,5% płacy ustawowej. Osoby podlegające ubezpieczeniu obowiązkowo płaciły 2/5 przypadającej składki, pozostała część składki obciążała pracodawcę. Za pracowników otrzymujących wynagrodzenie w naturze składkę płacił wyłącznie pracodawca, natomiast osoby podlegające ubezpieczeniu dobrowolnie pokrywały w całości koszt składki na ubezpieczenie chorobowe. W ówczesnym systemie kierowano się zasadą, że gdyby składka nie wystarczała na pokrycie wydatków, za zgodą Urzędu Ubezpieczeń istniała możliwość jej podwyższenia.

¹ Dz.U. nr 44, poz. 272.

² Tamże, art. 22 i 23 – świadczenia w razie choroby – pomoc lekarska od pierwszego dnia choroby do 26 tygodnia, a także środki opatrunkowe, lekarstwa itp.; maksymalna wysokość wydatków na środki pomocnicze wynikała ze statutu kasy. Za każdy dzień niezdolności do pracy przysługiwał zasiłek pieniężny przez okres nie dłuższy niż 26 tygodni. W przypadku kas funkcjonujących dłużej niż 3 lata, okres świadczeń przedłużony był do 39 tygodni.

Środki pozostające w dyspozycji kasy mogły być przeznaczone wyłącznie na zadania przewidziane w statucie, czyli na administrację, opłaty, kapitał zapasowy, a także na ogólne cele pomocy lekarskiej i zapobieganie chorobom. Przyjęto także, że w czasie korzystania ze świadczeń nie płacono składek na ubezpieczenie.

Każdy rodzaj ubezpieczenia realizowany w okresie międzywojennym oparty był na zasadzie samowystarczalności. W ubezpieczeniu chorobowym obowiązywał system repartycji rocznych wydatków polegający na ustalaniu składek w takiej wysokości, aby pokrywała bieżące wydatki i zapewniała rezerwę na wahania wydatków³. Przyjęte rozwiązania mogły mieć zastosowanie jedynie do świadczeń krótkoterminowych, których poziom był w miarę jednakowy, dlatego składka na ubezpieczenie chorobowe ustalana była w stałej wysokości. Warto podkreślić, iż dochody kas stanowiły: składki od ubezpieczonych, składki od pracodawców, kary, zapomogi instytucji publicznych, darowizny i zapisy, a także odsetki od kapitału⁴.

Mimo podejmowanych różnorodnych działań, ogólnoświatowy kryzys gospodarczy w latach trzydziestych ubiegłego stulecia niekorzystnie wpłynął na stan finansów ubezpieczenia chorobowego⁵ i spowodował, że nie były one zrównoważone.

Ustawą z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, zwaną dalej ustawą scaleniową, ujednolicono ubezpieczenia społeczne⁶ pod względem organizacyjnym i prawnym. Kasy chorych przekształcono w ubezpieczalnie społeczne z osobowością prawną, majątkiem i całkowitą odrębnością finansową.

Obowiązkowym ubezpieczeniem objęto wszystkie osoby pozostające w stosunku pracy najemnej lub w służbie, bez względu na wiek i płeć. Wprawdzie od 1934 r. składkę na ubezpieczenie chorobowe pracowników umysłowych obniżono z 5,0% do 4,6%, ale przyczyniło się to do zmniejszenia świadczeń chorobowych.

Ubezpieczalnie wykonywały zadania z zakresu przyznawania i udzielania świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa⁷, ale także mogły prowadzić własne jednostki szpitalne, przychodnie, apteki i sanatoria. Szczególnym uprawnieniem była możliwość podwyższenia składki na ubezpieczenie ze względu na warunki pracy nawet o 5%⁸. Świadczenia z ubezpieczenia nie przysługiwały, w sytuacji gdy ubezpieczony miał prawo do całkowitego wynagrodzenia⁹.

W ramach organizacji ubezpieczeń Zakład Ubezpieczeń Społecznych administrował wszystkimi funduszami ubezpieczeniowymi, w tym także Ogólnym Funduszem Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa.

³ L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy ubezpieczeń społecznych* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, pod red. Cz. Jackowiaka, Ossolineum, Wrocław 1991, s. 72.

⁴ Art. 86 ustawy z dnia 19 maja 1920 r.

⁵ T. Zieliński, *Ubezpieczenia społeczne pracowników*, PWN, Warszawa-Kraków 1994, s. 43.

⁶ Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 51, poz. 396).

⁷ Tamże, art. 23 ust. 1 pkt 4.

⁸ M.E. Przystalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe i macierzyńskie* [w:] *Rozwój...*, *op. cit.*, s. 104.

⁹ Ustawa z dnia 28 marca 1933 r., *op. cit.*, art. 95.

2. Ubezpieczenie chorobowe w okresie powojennym

Pierwsze lata powojenne cechowały się w Polsce ważkimi i szerokimi modyfikacjami przepisów, w tym szczególnie w zakresie ubezpieczeń. Ustawa z dnia 1 marca 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych¹⁰ zniosła odrębności funduszy ubezpieczeń, a zarządzanie wspólnym funduszem powierzyła ZUS¹¹. Ustalona została łączna składka na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa, na ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych oraz na ubezpieczenie emerytalne robotników i pracowników umysłowych i wynosiła:

1 – 10% zarobków za pracowników zatrudnionych we władzach, urządach, zakładach i instytucjach państwowych oraz w przedsiębiorstwach i gospodarstwach państwowych lub będących pod zarządem państwowym, jak też za pracowników zatrudnionych w związkach samorządu terytorialnego oraz w przedsiębiorstwach i zakładach tych związków,

2 – 16% zarobków za pracowników zatrudnionych w zakładach pracy, stanowiących własność prywatną lub będących w prywatnym użytkowaniu,

3 – 12,25% zarobków za pracowników zatrudnionych w pozostałych zakładach pracy¹².

W odniesieniu do pracowników niepodlegających wszystkim rodzajom ubezpieczeń, składka pobierana była w zmniejszonym wymiarze i według niżej wymienionych wysokości (tabela 1).

Tabela 1

Wysokość składek na ubezpieczenie społeczne obowiązująca w 1949 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Wysokość składek za pracowników wymienionych w:		
	punkcie 1	punkcie 2	punkcie 3
Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa	5% zarobków	7,5% zarobków	5,5% zarobków
Ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych	1% zarobków	1% zarobków	1% zarobków
Ubezpieczenie emerytalne	4% zarobków	7,5% zarobków	5,75% zarobków

Źródło: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 marca 1949 r. o wysokości składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. nr 19, poz. 121).

¹⁰ Dz.U. nr 18, poz. 109.

¹¹ Tamże, art. 1 ust. 1: „Znosi się odrębność finansową ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, ubezpieczenia od wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz ubezpieczenia emerytalnego robotników i pracowników umysłowych. Zakład Ubezpieczeń zarządza wspólnym funduszem tych ubezpieczeń”; ust. 2: „Na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa, na ubezpieczenie od wypadków i chorób zawodowych i na ubezpieczenie emerytalne robotników i pracowników umysłowych opłaca się składkę łączną. Składkę tę, zróżniczkowaną według działów gospodarki narodowej, ustala się w wysokości wystarczającej na pokrycie świadczeń, kosztów administracyjnych i innych wydatków, związanych z wykonywaniem ubezpieczeń”.

¹² Par. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 marca 1949 r. o wysokości składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. nr 19, poz. 121).

Zróznicowana składka na ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa wynikała przede wszystkim z faktu podziału pracowników na fizycznych i umysłowych, a także ze struktury własności poszczególnych podmiotów gospodarczych.

W kolejnych latach wysokość składki na ubezpieczenie poddawana była dalszym zmianom.

W latach 1951-1964 w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, szczególnie dotyczących choroby i macierzyństwa, przeprowadzono znaczące zmiany, zwłaszcza w systemie finansowym. Fundamentalną kwestią była rezygnacja z dawnego autonomizmu finansowego ubezpieczeń społecznych¹³. Dokonano scalenia finansów ubezpieczeń społecznych poprzez włączenie ich do budżetu państwa¹⁴. Oznaczało to, iż dochody ZUS traktowane były jak dochody budżetu państwa, natomiast na wydatki w ramach budżetu państwa wydzielone zostały stosowne kredyty. W rzeczywistości dokonano oderwania faktycznych dochodów od wydatków na ubezpieczenia. Tym samym środki na świadczenia z ubezpieczenia stały się wydzielonymi na ten cel środkami z budżetu państwa. Rezygnacja z zależności między dochodami a wydatkami skutkowałą rozluźnieniem więzi między płaconą składką a prawem do świadczenia. Prawo zatem do świadczeń nie wynikało z obowiązku uregulowania składek, a jedynie z faktu zatrudnienia¹⁵.

Wśród nowych sposobów sprawowania nadzoru nad absencją chorobową w 1958 r. zastosowano system limitowania wydatków na zasiłki chorobowe, które realizowały państwowe i spółdzielcze zakłady pracy¹⁶ zatrudniające powyżej 50 pracowników. Rozwiązanie to miało na celu ograniczenie wydatków na zasiłki, które finansowane były z przeznaczonych na ten cel funduszy ubezpieczenia społecznego w granicach indywidualnych kredytów ustalanych dla każdego z podmiotów. Przekroczenie określonego limitu powodowało przerzucenie ciężaru kosztów wypłat na fundusz płac zakładu pracy¹⁷. Wyjątek stanowiły wydatki na świadczenia chorobowe z powodu gruźlicy, które nie podlegały limitom.

W kolejnych latach dokonano podziału finansów ubezpieczeń na część wynikającą z budżetu państwa i część funkcjonującą jako pozabudżetowe fundusze celowe¹⁸, w ramach których powstały fundusze dla kolejnych grup zawodowych objętych ubezpieczeniem społecznym¹⁹, przewidziane wyłącznie

¹³ T. Zieliński, *Ubezpieczenia...*, *op. cit.*, s. 45.

¹⁴ Z. Radzimowski, *System finansowy ubezpieczeń społecznych [w:] Rozwój...*, *op. cit.*, s. 258.

¹⁵ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003, s. 36.

¹⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1958 r. o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (Dz.U. nr 7, poz. 43).

¹⁷ Niewykorzystane kredyty na zasiłki chorobowe mogły być przeznaczane na podnoszenie zdrowotności.

¹⁸ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie społeczne...*, *op. cit.*, s. 37.

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 1965 r. w sprawie utworzenia funduszu ubezpieczenia społecznego rzemieślników (Dz.U. nr 26, poz. 173); rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 1966 r. w sprawie utworzenia funduszu ubezpieczenia społecznego niektórych grup ludności (Dz.U. z 1967 r. nr 1, poz. 2).

na finansowanie świadczeń emerytalno-rentowych, utworzono także poza-budżetowy fundusz emerytalny²⁰ oraz Państwowy Fundusz Kombatanów. Od 1965 r. następowała „malejąca rola budżetu na rzecz wzrastającego sukcesywnie znaczenia pozabudżetowych metod finansowych”²¹.

Dla finansów ubezpieczeń społecznych decydujące znaczenie miały zapisy ustawy z 1986 r. wprowadzające zmiany w zakresie tworzenia i zarządzania funduszami ubezpieczeniowymi²². Tym aktem prawnym potwierdzono także zasadę obowiązującą od końca lat czterdziestych, że całość składki na ubezpieczenie społeczne za pracownika zawsze ponosi pracodawca.

Zmiany w zakresie finansowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego wprowadzone od stycznia 1987 r. spowodowały, że scalone środki pochodzące z połączenia dotychczasowych środków budżetu państwa na świadczenia ubezpieczeniowe ze środkami Funduszu Emerytalnego przybrały formę funduszu celowego występującego jako Fundusz Ubezpieczeń Społecznych²³. W latach poprzedzających wydzielenie autonomicznego funduszu stan finansów ubezpieczeń społecznych wykazywał nadwyżkę dochodów nad wydatkami, natomiast lata późniejsze nie były korzystne w zakresie wydatków, które na skutek różnych okoliczności leżących poza instytucją ubezpieczeniową lawinowo narastały, co przedstawia tabela 2.

Zmiany dokonane w latach osiemdziesiątych, niemal tuż przed transformacją ustrojową, a także przejściowe udzielanie pożyczek na współfinansowanie świadczeń przewidzianych dla rolników indywidualnych i znaczna inflacja spowodowały, że po 1988 r. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych musiał być w znacznej części zasilany dotacjami z budżetu państwa. Wymierne konsekwencje finansowe wynikały m.in. z masowych likwidacji i upadłości zakładów pracy, a w rezultacie z ogromnej liczby nowych wniosków o emerytury.

Wśród podejmowanych różnych prób zmniejszenia wydatków na ubezpieczenie społeczne z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w połowie lat dziewięćdziesiątych podjęto próbę dokonania zmian w Kodeksie pracy (1995 r.), polegających na przeniesieniu części kosztów z tytułu choroby własnej pracownika na pracodawcę. Zakres ryzyka chorobowego każdego pracodawcy jest zróżnicowany w zależności od zawartej umowy o pracę, a także wieku osoby zatrudnianej²⁴. Od tego czasu pracodawcy na stałe uczestniczą w finansowaniu choroby pracownika poprzez pokrywanie kosztów wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy za pierwsze 33 dni choroby. Dalsze okresy niezdolności do pracy finansowane są z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

²⁰ Ustawa z dnia 23 stycznia 1968 r. o funduszu emerytalnym (Dz.U. nr 3, poz. 7).

²¹ L. Mackiewicz-Golnik, *Finansowanie świadczeń ubezpieczeniowych [w:] Finansowanie świadczeń społecznych: problemy i metody*, pod red. J. Chechlińskiego, PWE, Warszawa 1989, s. 283.

²² Ustawa z dnia 21 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 1989 r. nr 25, poz. 137 ze zm.).

²³ L. Mackiewicz-Golnik, *Finansowanie...*, *op. cit.*, s. 298.

²⁴ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie wypadkowe i chorobowe*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 154.

Tabela 2
Dochody i wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 1985-1995 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Rok										
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	Dochody										
Ogółem w tym:	1 204,2	1 479,2	1 713,7	2 845,6	10 094,1	6 060,3	11 271,9	18 856,5	25 112,9	34 049,0	41 982,8
— składki	1 161,4	1 424,0	1 595,9	2 485,5	8 337,4	5 079,2	8 888,3	13 672,7	18 132,7	25 330,7	35 177,4
— dotacje budżetu państwa	6,4	31,4	55,1	117,7	117,7	199,0	1 271,9	8 818,9	6 605,2	8 296,9	6 000,0
— pozostałe dochody	42,8	57,7	47,5	58,92	60,2	99,2	177,6	233,0	375,0	421,4	805,4
	Wydatki										
Ogółem	887,1	1 073,1	1 399,5	2 478,7	10 143,9	5 402,6	11 505,7	18 731,7	24 683,0	33 917,9	41 189,7

Źródło: Opracowano na podstawie Roczników Statystycznych ZUS.

3. Reforma systemu ubezpieczeń społecznych a ubezpieczenie chorobowe

Fundamentalne zmiany w zakresie ubezpieczeń społecznych w Polsce dokonały się u schyłku XX w., gdy z dniem 1 stycznia 1999 r. zaczęła obowiązywać ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych²⁵, a w kilka miesięcy później, z dniem 1 września 1999 r. ustawa o świadczeniach z ubezpieczenia chorobowego²⁶. W ramach pierwszego powołanego aktu prawnego nastąpiło swoiste scalenie wielu grup zawodowych rozproszonych dotychczas w różnych przepisach prawa ubezpieczeń społecznych.

Zasadnicze zmiany wprowadzone od 1999 r. wyodrębniły cztery rodzaje ubezpieczeń: emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe oraz odpowiednie cztery fundusze, do których wpływają środki z tytułu składek na ubezpieczenie. Konsekwencją powyższego było przypisanie kosztu poszczególnych części lub całości składek na poszczególne ubezpieczenia osobom ubezpieczonym, pracodawcom lub innym podmiotom zobowiązanym do opłacania składek. W przypadku analizowanego ubezpieczenia chorobowego, kosztem składki obciążony jest zawsze ubezpieczony, z wyjątkiem osób współpracujących przy prowadzeniu działalności gospodarczej, za które składkę ponosi osoba prowadząca działalność.

Wysokość składki na ubezpieczenie chorobowe jest stała i ustalona na poziomie 2,45%. W początkowym okresie w odniesieniu do pracowników, w celu zminimalizowania kosztów nowe obciążenia w postaci składki dodano do wynagrodzeń (ubruttowiono wynagrodzenia), które jednorazowo pokryły także koszt składki ponoszonej przez pracownika.

W nowym brzmieniu ubezpieczenie chorobowe uwarunkowane jest wieloma sytuacjami, ale przede wszystkim tytułem ubezpieczenia, charakterem pracy, uzależniona także możliwość tego ubezpieczenia od faktu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu. Ubezpieczenie chorobowe występuje jako obowiązkowe i dobrowolne, co ma wpływ na:

- prawo do świadczeń przewidzianych z ubezpieczenia chorobowego,
- okres wyczekiwania na prawo, czyli moment podjęcia wypłaty świadczenia,
- źródło finansowania świadczeń oraz
- okoliczności uniemożliwiające prawo do świadczeń.

Obowiązkowe ubezpieczenia przewidziane są dla pracowników (z wyjątkiem sędziów i prokuratorów), członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, a także osób odbywających zastępczą służbę wojskową. Ubezpieczenie to obejmuje wymienione osoby²⁷, nawet

²⁵ Ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zwana dalej ustawą systemową (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.).

²⁶ Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwana dalej ustawą chorobową (t.j. Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267).

²⁷ Art. 11 ust. 1 ustawy systemowej.

w przypadku ustalenia prawa do emerytury lub renty²⁸, co powoduje, że nie można z tego ubezpieczenia zrezygnować. Ustawodawca przewidział także formułę dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ale z pewnym ograniczeniem. Przede wszystkim musi istnieć obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Ubezpieczenie to obejmuje osoby, które wykonują pracę nakładczą, osoby wykonujące umowę agencyjną lub umowę zlecenia albo inną formę tej umowy, a także osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące działalność gospodarczą i osoby współpracujące, a ponadto wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności oraz osoby duchowne.

Rodzaj ubezpieczenia chorobowego – jak wspomniano – ma wpływ na nabycie prawa do zasiłku, a także na sposób jego finansowania. W okresie od września 1999 r. do końca roku 2008 zasiłek chorobowy przysługiwał osobom przy zróżnicowanym „okresie wyczekiwania”. Dla osób podlegających ubezpieczeniu obowiązkowo okres ten wynosił 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia, natomiast dla podlegających ubezpieczeniu dobrowolnie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia. W ustawie zawarto także okoliczności, które powodują prawo do zasiłku chorobowego bez okresu wyczekiwania. Po kilku latach, a konkretnie od 1 stycznia 2009 r. z wniosku poselskiego doszło do skrócenia okresu wyczekiwania do 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia w odniesieniu do osób podlegających ubezpieczeniu dobrowolnie²⁹. Dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ma to znaczenie, gdyż wydatki na zasiłki od pierwszego dnia nabycia prawa finansowane są z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Znaczenie ubezpieczenia chorobowego można rozpatrywać w różnych ujęciach. Dla potrzeb niniejszego opracowania warto zwrócić uwagę na rozmiary ubezpieczenia społecznego w istniejących aktualnie polskich realiach. W celu zobrazowania zakresu ubezpieczenia w tabeli 3 zamieszczono dane liczbowe o osobach, które podlegają ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu obowiązkowo, są to pracownicy oraz członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych. Z powyższego zestawienia wynika, że w analizowanym okresie ponad 80% ubezpieczonych stanowiły właśnie te osoby, dla których ubezpieczenie chorobowe jest obowiązkowe. Charakterystyczne jest także, że w od roku 2006 udział tych osób – powyżej 11,5 mln – ma tendencję malejącą, osiągając w ostatnim roku wielkość poniżej 80%. Z danych wynika także, iż znaczącą pod względem podlegania ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu grupę stanowią osoby prowadzące działalność gospodarczą i osoby z nimi współpracujące, a wielkość ta w każdym z przedstawionych lat przekracza 1,1 mln osób. Kolejną grupą są osoby wykonujące umowy agencyjne lub umowy zlecenia, wśród których zaobserwować można stały, systematyczny wzrost.

²⁸ I. Jędrasik-Jankowska, *Ubezpieczenie wypadkowe i chorobowe*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 155

²⁹ Art. 11 ust. 2 ustawy systemowej.

Tabela 3

**Osoby podlegające ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu
według tytułu ubezpieczenia
w latach 1999-2008 (w tys.)**

Rok	Ogółem	Pracownicy, członkowie rsp i skr, bezrobotni	Ogółem %	Pro- wadzące działal- ność gospo- darczą	Wyko- nujące umowy agen- cyjne i zlecenia	Wyko- nujące pracę na- kładczą	Duchowni
1999	13 270,6	11 523,4	86,83	1 344,1	50,6	5,7	21,1
2000	13 059,9	11 298,0	84,44	1 195,1	146,4	5,5	24,9
2001	12 851,0	10 877,1	84,64	1 141,0	218,9	4,8	24,7
2002	12 761,0	10 643,4	83,41	1 109,9	267,8	4,3	24,9
2003	12 739,3	10 633,0	83,47	1 061,1	332,8	3,9	26,5
2004	12 857,4	10 729,9	83,45	1 077,8	388,7	2,8	26,0
2005	13 130,9	10 918,8	83,15	1 120,7	399,1	16,3	26,1
2006	13 354,1	10 805,6	80,92	1 175,2	476,1	23,6	25,6
2007	14 074,5	11 272,2	80,09	1 131,9	514,8	25,6	20,4
2008	14 512,7	11 586,0	79,83	1 201,2	525,6	26,5	20,3

Źródło: Opracowano na podstawie danych Departamentu Statystyki ZUS.

W minionym dziesięcioleciu utrzymywała się tendencja wzrostu w zakresie liczby osób podlegających ubezpieczeniu podstawowemu, czyli emerytalnemu i rentowemu, z wyjątkiem obejmującym lata 2001-2004. Ten trend zachowany jest także w ubezpieczeniu chorobowym, którego udział uczestników w stosunku do podstawowego ubezpieczenia kształtuje się na poziomie od 87,56% w 2002 r. do 92,28% w przypadku 2008 r. Ostatnie lata wykazują, że ubezpieczeniem chorobowym – obowiązkowym i dobrowolnym – objętych jest około 90% ogółu ubezpieczonych, co wskazuje na szeroki zakres tego ubezpieczenia (tabela 4).

Tabela 4

**Liczba osób podlegających ubezpieczeniu
w latach 1999-2008
(w tys.)**

Rok	Rodzaj ubezpieczenia				
	emerytalne i rentowe	chorobowe	udział % w ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym	wypadkowe	udział % w ubezpieczeniu wypadkowym
1999	13 270,6	12 070,7	90,96	12 284,4	92,57
2000	13 059,9	11 880,6	90,97	12 091,1	92,58
2001	12 851,0	11 393,5	88,66	11 643,8	90,61
2002	12 761,0	11 211,2	87,56	11 527,3	90,33
2003	12 739,3	11 192,2	87,86	11 507,7	90,33
2004	12 857,4	11 987,5	93,23	12 199,9	94,89
2005	13 130,9	11 861,4	90,33	12 442,2	94,76
2006	13 354,1	12 149,9	90,98	12 739,0	95,39
2007	14 074,5	12 942,3	91,96	13 543,1	96,22
2008	14 512,7	13 392,0	92,28	14 036,3	96,72

Źródło: Opracowano na podstawie danych Departamentu Statystyki ZUS.

W danych zamieszczonych w powyższej tabeli ujęto liczbę osób podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu, którego zakres jest szerszy niż w ubezpieczeniu chorobowym i dotyczy wyłącznie osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu.

Ubezpieczenie chorobowe gwarantuje osobom prawo do różnych świadczeń. Wydatki na ten cel są szczególnie wysokie w przypadku chorób własnych. W tabeli 5 zawarto kwoty wypłaconych świadczeń, z których wynika, że łączne wydatki wykazują znaczący i niepokojący wzrost. Jednak warto zauważyć, że udział w finansowaniu absencji chorobowej mają pracodawcy, na których ciąży obowiązek wypłacania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy za pierwsze 33 dni choroby pracownika. W porównaniu z 1999 r. nastąpił wzrost o 77,46%, podczas gdy w kwotach ogólnych w tym samym okresie wydatki wzrosły o 61,06%, a zasiłki z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych o 51,49%.

Tabela 5

**Absencja z tytułu chorób własnych według źródła finansowania
w latach 1999-2009
(w tys. zł)**

Rok	Ogółem kwota	Zasiłki chorobowe z FUS		Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy	
		kwota	ogółem %	kwota	ogółem %
1999	6 916 748,6	4 368 144,3	63,15	2 548 604,3	36,85
2000	5 692 417,2	3 027 812,9	53,19	2 664 604,3	46,81
2001	5 752 117,5	3 190 266,4	55,46	2 561 851,1	44,54
2002	5 791 563,0	3 437 352,0	59,35	2 354 211,0	40,65
2003	6 169 718,6	3 817 367,8	61,87	2 352 350,8	38,13
2004	6 094 762,7	3 758 287,7	61,66	2 336 475,0	38,34
2005	6 444 703,5	3 796 339,5	58,91	2 648 365,0	41,09
2006	6 571 230,0	3 680 835,8	56,01	2 890 394,2	43,91
2007	7 381 263,5	3 953 002,2	53,55	3 428 261,3	46,45
2008	9 222 758,3	4 905 672,5	53,19	4 317 085,8	46,81
2009	11 140 243,1	6 617 464,8	59,40	4 522 778,3	40,60

Źródło: Opracowano na podstawie danych Departamentu Statystyki ZUS.

Szczegółowe dane dotyczące wypłat świadczeń w podziale na różne grupy ubezpieczonych wskazują na znaczny udział niektórych grup w uzyskiwaniu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. W tabeli 6 wykazano, że udział osób prowadzących działalność gospodarczą podlegających ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu w latach 2000-2008 nie przekraczał 10%, natomiast wypłaty zasiłków chorobowych zrealizowane na rzecz tych osób w okresie 2006-2008 wynosiły odpowiednio 15,0%, 12,1% i 10,3%. Druga co do wielkości grupa podlegających ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie – osoby wykonujące umowy agencyjne lub zlecenia z tytułu świadczeń uzyskała zdecydowanie mniejsze kwoty, czego uzasadnieniem może być chociażby podstawa, od której ustalana jest składka na ubezpieczenie chorobowe, zdecydowanie niższa niż w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, z obowiązującym minimum co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiary składek.

Tabela 6

Kwoty wypłat świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa dla niektórych grup ubezpieczonych w latach 2006-2008 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem	Kwoty wypłat świadczeń dla:				innych osób
			pracowników, członków rsp i skr, nakładców	osób wykonujących umowy agencyjne lub zlecenia	osób prowadzących działalność gospodarczą	duchownych	
Ogółem	2006	8 445 191,6	7 707 466,0	24 452,4	652 386,3	487,0	60 399,9
	2007	9 676 269,5	8 978 274,2	28 136,5	575 737,3	539,0	93 582,5
	2008	12 180 299,5	11 386 400,8	30 983,9	611 343,5	685,9	150 885,4
w tym:							
Absencja chorobowa	2006	6 571 230,0	5 943 628,8	19 705,1	553 614,8	378,2	53 903,1
	2007	7 381 263,5	6 800 184,8	21 789,4	477 229,3	459,3	81 600,7
	2008	9 222 758,3	8 565 988,7	23 969,7	504 500,0	554,2	127 745,7
Zasiłki chorobowe z FUS	2006	3 680 835,8	3 081 563,7	19 705,1	553 614,8	378,2	25 574,0
	2007	3 953 002,2	3 417 547,7	21 789,4	477 229,3	459,3	35 976,5
	2008	4 905 672,5	4 317 573,0	23 969,7	504 500,0	554,2	59 075,6
Zasiłki wyrównawcze	2006	918,7	918,7	x	x	x	x
	2007	688,0	688,0	x	x	x	x
	2008	705,7	705,2	x	x	x	x
Zasiłki opiekuńcze	2006	222 566,8	222 566,8	x	x	x	x
	2007	278 151,6	273 161,8	25,1	2 588,8	0,3	2 375,6
	2008	369 903,0	359 126,7	51,6	6 334,0	1,4	4 389,3
Zasiłki macierzyńskie	2006	1 097 613,3	1 055 714,0	2 300,7	37 843,5	32,7	1 722,4
	2007	1 401 398,9	1 353 240,0	3 215,9	42 291,8	32,3	2 618,9
	2008	1 818 728,7	1 753 679,8	3 614,8	45 960,4	33,2	7 440,5
Świadczenia rehabilitacyjne	2006	552 860,7	484 635,6	2 446,6	60 928,0	76,1	4 774,4
	2007	614 765,0	550 997,1	3 106,1	53 627,4	47,1	6 987,3
	2008	776 202,4	706 898,5	3 347,8	54 549,1	97,1	11 309,9

Źródło: Opracowano na podstawie danych Departamentu Statystyki ZUS.

Wykazane w tabelach dane oznaczają, iż wydatki na świadczenia z ubezpieczenia chorobowego są na stałe ujęte w zadaniach z ubezpieczeń społecznych i kwoty przeznaczone na ten cel nieustannie rosną. Według *Planu Finansowego FUS na 2010 rok* dochody z tytułu składek oszacowane są na poziomie 9 056 013 tys. zł, natomiast wydatki na kwotę 9 944 477 tys. zł, co w ogólnych wydatkach FUS stanowi 6,48%. Kwota ta zwiększona jest oczywiście o środki realizowane przez pracodawców na rzecz pracowników, czyli o wielkości wynikające z należnego pracownikom wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

4. Wnioski

Na zakończenie rozważań dotyczących finansowania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego można sformułować kilka ogólnych wniosków:

1. Ubezpieczenie chorobowe stanowi znaczącą część ubezpieczenia społecznego i od początku swego istnienia obejmuje większość osób ubezpieczonych, z uwzględnieniem przeważającej części formy ubezpieczenia obowiązkowego.

2. Finansowanie tego ubezpieczenia odbywało się zazwyczaj ze środków pochodzących od osób ubezpieczonych, ale od wielu lat w kosztach ubezpieczenia partycypują pracodawcy, poprzez finansowanie wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

3. Rezygnacja z przeniesienia obciążenia nałożonego na pracodawców spowodowałaby niewątpliwie podniesienie składki na ubezpieczenie chorobowe albo ograniczenie wysokości świadczeń przewidzianych dla osób uprawnionych.

4. W ramach „funduszu chorobowego” nie występuje podział środków na poszczególne tytuły ubezpieczenia, a ubezpieczenie chorobowe i jego skutki cechuje solidaryzm ubezpieczeniowy. Brak samofinansowania w ramach różnych grup ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu obowiązkowo lub dobrowolnie oznacza, że nie istnieje bilansowanie składek i wydatków, i w rezultacie rzeczywisty koszt ubezpieczenia ponoszą podmioty partycypujące w zróżnicowanym udziale.

Literatura

- Chechliński J. (red.), *Finansowanie świadczeń społecznych: problemy i metody*, praca zbior. PWE, Warszawa 1989.
- Jackowiak Cz. (red.), *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Ossolineum, Wrocław 1991.
- Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie wypadkowe i chorobowe*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.
- Jędrasik-Jankowska I., *Ubezpieczenie społeczne*, t. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2003.
- Zieliński T., *Ubezpieczenia społeczne pracowników*, PWN, Warszawa-Kraków 1994.

DANIEL E. LACH
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu

Wszechstronność a specjalizacja – kilka uwag o rozdziale ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego

1. Uwagi wstępne

Truizmem jest stwierdzenie, że kształt systemu zabezpieczenia społecznego nie może być niezmienny. Przyjmując, że prawo socjalne jest instrumentem polityki społecznej trzeba uznać, że zmiana koncepcji lub chociaż priorytetów nie tylko może, ale i powinna znajdować wyraz w zmianie regulacji prawnych. Stabilność prawa jest oczywiście niezmiernie istotna, jednak nie jest ona wartością samą w sobie. To samo dotyczy założeń konstrukcyjnych i koncepcji wyodrębniania technik czy też metod zabezpieczenia społecznego. Stanowią one jedynie pewne modele teoretyczne ułatwiające dyskurs naukowy i dydaktykę, nie powinny być zatem traktowane jak niewzruszony dogmat. Z tego powodu wskazana jest dyskusja dotycząca definiowania nowych technik (np. powierniczej), jak i optymalizacji istniejących rozwiązań prawnych poprzez przekształcanie i reformę istniejących systemów.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że prowadzenie takiej dyskusji związane jest z istotnym problemem, który na wstępie niniejszego opracowania musi zostać podniesiony. Potencjalne argumenty odwołują się bowiem często do apriorycznych założeń doktrynalnych, które jednak, niestety, traktowane bywają jak aksjomaty niepodlegające ocenie ani rewizji. Nawet wtedy, gdy analizie poddaje się okoliczności weryfikowalne, analiza ta poprzestaje zazwyczaj na ogólnych stwierdzeniach odzwierciedlających raczej przekonania dyskutantów niż obiektywny stan rzeczy. Wynika to z faktu, że w odniesieniu do zagadnień podlegających weryfikacji konieczne byłoby przeprowadzenie stosownych symulacji, wymagających niezbędnego zaplecza technicznego, finansowego i wiedzy merytorycznej (np. z zakresu zarządzania, ekonomii itp.), co często przekracza możliwości i kompetencje uczestników takiej dyskusji. Uwagi te dotyczą także autora niniejszego opracowania. Należy zatem w tym miejscu zastrzec, że prezentowane rozważania nie są wyczerpującym omówieniem tematu, stanowią jedynie za-

rys historii rozdziału ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego oraz ukazują możliwe problemy, które w kontekście ewentualnego połączenia obu systemów musiałyby być brane pod uwagę.

2. Ewolucja rozwiązań prawnych ubezpieczenia chorobowego i opieki zdrowotnej

Oddzielenie finansowe i organizacyjne systemów gwarantujących świadczenia zabezpieczenia społecznego na wypadek choroby jest tak silnie utrwalone w świadomości społecznej, że zapomina się, iż pierwotnie ubezpieczenie chorobowe (np. niemieckie *Krankenversicherung* wprowadzone w 1883 r.) gwarantowało zarówno świadczenia rzeczowe – opiekę lekarską, mającą na celu przywrócenie zdrowia i zdolności do zarobkowania, jak i świadczenia pieniężne – zasiłki rekompensujące utratę zarobku spowodowaną niezdolnością do pracy. Koncepcja kompleksowej ochrony przed skutkami utraty zdrowia w przypadku pracowniczych ubezpieczeń społecznych była efektem ich historycznego rozwoju. Zadaniem kas ubezpieczeniowych było wsparcie finansowe pracowników na wypadek utraty zdrowia. Miało ono nie tylko zrekompenzować utratę zarobku, ale również umożliwić opłacenie porady lekarskiej i nabycie leków. Aby zagwarantować racjonalne wykorzystywanie środków oraz usprawnić otrzymywanie świadczeń, pierwotne rozwiązania, nastawione głównie na refundację ponoszonych przez ubezpieczonych kosztów, ewoluowały z biegiem czasu w kierunku kontraktowania usług świadczeniodawców przez ubezpieczalnie i zapewnienie ubezpieczonym świadczeń rzeczowych, spełnianych przez wykwalifikowanych świadczeniobiorców działających jako wykonawcy obowiązku ciążącego na instytucji ubezpieczeniowej. Ponieważ jednak z kontraktowaniem świadczeń związane są zupełnie inne problemy organizacyjne, niż te dotyczące tylko zwrotu poniesionych samodzielnie przez ubezpieczonego kosztów, doszło wkrótce do sytuacji, w której działalność instytucji ubezpieczeniowych skoncentrowała się głównie na organizowaniu i finansowaniu świadczeń rzeczowych, nie pomijając jednak wypłaty świadczeń pieniężnych¹.

Także austriackie ubezpieczenie chorobowe, które ma szerszy niż system niemiecki zakres podmiotowy, łączy gwarancję świadczeń rzeczowych i pieniężnych, kontynuując tym samym charakterystyczną dla techniki ubezpieczeniowej tradycję kompleksowej ochrony przed skutkami utraty zdrowia. Oba systemy gwarantują osobom ubezpieczonym podobnie szeroki zakres świadczeń, obejmujący poza świadczeniami rzeczowymi także cały szereg świadczeń pieniężnych w formie rozmaitych zasiłków (łącznie z pogrzebowym), w tym przede wszystkim świadczenia pieniężne mające chronić osobę chorą przed ryzykiem utraty zarobku wywołanego chorobą w formie zasiłku chorobowego. Wydaje się, że uwarunkowane historycznie połącze-

¹ Por. B. Schulin (wyd.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Band 1, *Krankenversicherungsrecht*, München 1994, s. 814 i nast.

nie w jednym ręku organizacji świadczeń rzeczowych i wypłacania zasiłków miało służyć racjonalizacji ponoszonych przez ubezpieczalnie kosztów i zapewnieniu kompleksowego zabezpieczenia potrzeb ubezpieczonego na wypadek utraty zdrowia.

Koncepcja całościowej, wszechstronnej ochrony przed skutkami choroby była realizowana również w polskim ustawodawstwie. Wzorem rozwiązań niemieckich i austriackich (a także angielskich odnoszących się do ubezpieczenia z 1911 r.), ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby gwarantowała ubezpieczonym zarówno świadczenia rzeczowe, jak i pieniężne. Także przewidziane ustawą z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym², zwaną dalej ustawą scaleniową, formalnie obowiązującą do reformy 1999 r., świadczenia w ramach ubezpieczenia chorobowego występowały zarówno w formie świadczeń rzeczowych, jak i pieniężnych.

Warto jednak zauważyć, że jeszcze pod koniec lat dwudziestych ubiegłego stulecia w środowisku lekarskim dyskutowano na temat reorganizacji istniejącego systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej zmierzającej do stworzenia powszechnej i publicznej służby zdrowia. Podnoszono rewolucyjne na owe czasy hasła upaństwowienia lekarzy i finansowania świadczeń ze środków publicznych pochodzących z opodatkowania wszystkich obywateli na cele związane z ochroną zdrowia³. Efektem prowadzonej dyskusji było powołanie w 1931 r., z inicjatywy Ministra Opieki Społecznej, komisji lekarzy⁴, mającej opracować projekty utworzenia w Polsce Publicznej Służby Zdrowia. W ramach działania komisji opracowano cztery oddzielne projekty, które nie wyszły jednak poza ministerstwo, a ich szczegóły znane są tylko z odczytu wygłoszonego przez J. Bujalskiego 27 maja 1935 r. na forum Klubu Lekarzy Polskich.

Nie tylko lekarze skupieni w komisji Ministra Opieki Społecznej dostrzegali potrzebę reform i prognozowali ich kierunek. Również reprezentanci nauki polityki społecznej, jak K. Krzeczkowski, postulowali wprowadzenie zmian idących w kierunku zorganizowania zabezpieczenia społecznego w zakresie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w nowy, odmienny od rozwiązań ubezpieczeniowych sposób⁵. Zasadniczym celem reformy miała być reorganizacja systemu pobierania i repartycji składek oraz wypłaty zasiłków.

K. Krzeczkowski zwracał uwagę, iż zasadniczą funkcją ubezpieczeń społecznych są właśnie zasiłki jako świadczenia pieniężne. Gwarantowanie świadczeń rzeczowych w postaci leczenia stanowiło jego zdaniem pew-

² Dz.U. z 1933 r. nr 51, poz. 396.

³ Por. H. Bunsch-Konopka, *Historia ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1980, s. 94-96.

⁴ W skład tejże komisji wchodził lekarze: J. Kollątaj-Srzednicki, S. Wilczyński, N. Czarnocki, W. Chodźko, W. Milewski, T. Szulc i J. Bujalski. Por. J. Bujalski, *Powszechna służba zdrowia*, Warszawa 1935, odbitka z Lekarza Polskiego 1935 nr 6-7, odczyt wygłoszony w Klubie Lekarzy Polskich dnia 27 maja 1935 r., s. 9.

⁵ Por. K. Krzeczkowski, *Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych*, Instytut Spraw Społecznych, Sprawy Ubezpieczeniowe i Statystyczne, Warszawa 1936 nr 9, s. 144-145.

na aberrację, dość przypadkową, wynikającą z potrzeb chwili i warunków historycznych, która jednak, w imię osiągnięcia maksymalnych korzyści i zapewnienia zwiększonej wydajności instytucji ubezpieczeniowych powinna być jak najszybciej usunięta. Z tego powodu K. Krzeczowski, podkreślając ideę jedności ubezpieczeń i ich jednolitości organizacyjnej⁶, równocześnie uznawał, iż rozwiązanie kwestii związanych z lecnictwem powinno nastąpić w oderwaniu od ubezpieczeń społecznych. Opieka zdrowotna i ochrona zdrowia miały być według niego oparte na masowej i powszechnej organizacji lecznictwa, zorientowanej profilaktycznie, gwarantowanej bezpośrednio przez państwo i/lub samorządy terytorialne⁷.

Wybuch II wojny światowej i zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze, do których doszło po jej zakończeniu, spowodowały, że dopiero pod koniec lat czterdziestych ustawodawca zajął się reorganizacją istniejącego systemu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia, zachowując jednak w prawie niezmięnionej postaci przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. dotyczące zakresu podmiotowego ubezpieczenia na wypadek choroby, a także zakresu gwarantowanych świadczeń. Skupiono się głównie na kwestiach organizacyjnych, którym przypisywano podstawowe znaczenie. Opierano się przede wszystkim na wytycznych uchwały Biura Politycznego KC PZPR z grudnia 1947 r. o przebudowie służby zdrowia zgodnie z zasadami wynikającymi z charakteru państwa ludowego, która głosiła, że „rozwój służby zdrowia powinien zmierzać do stworzenia systemu socjalistycznej opieki zdrowotnej przy odpowiednim wykorzystaniu wzorców wykształconych w ZSRR”⁸, co oznaczało dążenie do stworzenia jednolitego systemu organizacyjnego podporządkowanego hierarchicznie jednemu, centralnemu ośrodkowi kierowniczemu⁹.

Stopniowo doprowadzono do całkowitej przebudowy organizacyjnej systemu. Należy tu wskazać ustawę z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznej służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia¹⁰, ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego¹¹, wreszcie ustawę z 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia¹², którą ostatecznie sprawy lecznictwa pracowniczego przekazano do zakresu działania Ministerstwa Zdrowia¹³. Tym samym, przejmując zadania oraz struktury instytucji ubezpieczeń społecznych, zakończono proces likwidowania „ostatnich pozorów

⁶ Tamże, s. 141, 145.

⁷ Tamże, s. 147-148.

⁸ Zob. M. Zagrosik, *Organizacja opieki zdrowotnej* [w:] *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Acta Universitatis Wratislaviensis nr 1203, s. 138.

⁹ Tamże, s. 138.

¹⁰ Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434.

¹¹ Dz.U. z 1950 r. nr 36, poz. 334.

¹² Dz.U. z 1951 r. nr 67, poz. 466.

¹³ Zob. Cz. Jackowiak, *Kierunki rozwoju ubezpieczeń społecznych* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wrocław 1991, s. 222.

odrębności lecznictwa ubezpieczeniowego¹⁴ i tworzenia jednolitej organizacji służby zdrowia, centralnie kierowanej i nadzorowanej przez Ministerstwo Zdrowia, stanowiącej dział administracji państwowej, oraz wyłączenia lecznictwa z ubezpieczeń społecznych pod względem organizacyjnym i finansowym¹⁵. Warto zauważyć, że część doktryny podkreśla jednak, iż ostateczne wyłączenie rzeczowych świadczeń chorobowych w formie pomocy leczniczej z ubezpieczenia społecznego dokonało się dopiero w roku 1952, gdy Konstytucja PRL statuowała w art. 70 prawo do bezpłatnej pomocy leczniczej¹⁶.

Od tego czasu doszło do trwającego do dziś rozdziału ubezpieczenia chorobowego (zasiłkowego) – gwarantującego świadczenia pieniężne na wypadek ziszczenia się ryzyka utraty zdolności do samodzielnego zarabkowania na skutek choroby i realizującego, co do zasady, założenia konstrukcyjne modelu ubezpieczeniowego oraz ubezpieczenia zdrowotnego – systemu opieki zdrowotnej gwarantującego świadczenia rzeczowe. Z punktu widzenia stosowanej techniki zabezpieczenia społecznego system publicznej służby zdrowia należy ocenić jako realizację założeń modelu zaopatrzeniowego, podczas gdy aktualnie funkcjonujące ubezpieczenie zdrowotne jest raczej przykładem techniki powierniczej – Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonując swoje własne zadania, a nie zadania władzy publicznej, jedynie zarządza środkami finansowymi (we własnym imieniu, ale na rzecz ubezpieczonych) i organizuje system zawierając kontrakty ze świadczeniodawcami, nie spełnia natomiast świadczeń samodzielnie¹⁷.

Warto jednak zaznaczyć, że w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w dyskusji dotyczącej założeń reformy systemu publicznej służby zdrowia podnoszono także kwestię zakresu przedmiotowego zreformowanego systemu. Opracowany wówczas projekt autorski, zakładający zorganizowanie opieki zdrowotnej w ramach modelu ubezpieczeniowego, przewidywał obciążenie składką zarówno pracodawcy jak i pracownika, a także wprowadzenie systemu dopłat, mających na celu wymuszenie gospodarności i celowości w korzystaniu ze świadczeń, jak również stworzenie całego systemu ubezpieczeń uzupełniających i dobrowolnych¹⁸. Tezy zawarte w tym projekcie zostały poparte przez ekspertów Ministerstwa Zdrowia, pracujących w Centrum

¹⁴ Tamże, s. 222.

¹⁵ Zob. przede wszystkim: Cz. Jackowiak, *Kierunki rozwoju...*, op. cit., s. 221-222; E. Borowczyk, *Organizacja ubezpieczeń społecznych [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wrocław 1991, s. 240-241; Z. Radzimowski, *System finansowy ubezpieczeń społecznych [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wrocław 1991, s. 257, a także T. Żyliński, *Świadczenia chorobowe [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Wrocław 1991, s. 304-305 oraz 308-309, który twierdzi, że wyodrębnienie pomocy leczniczej i przekazanie wykonywania jej wyspecjalizowanej instytucji ubezpieczeniowej (ZLP) o strukturze organizacyjnej i finansowej zbliżonej do ZUS, nie uprawnia do stawiania tezy o wyłączeniu lecznictwa z ubezpieczeń społecznych.

¹⁶ T. Żyliński, *Świadczenia chorobowe...*, op. cit., s. 308-309.

¹⁷ Szerzej na ten temat: D.E. Lach, *Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego)*, Państwo i Prawo 2009 nr 3.

¹⁸ S. Golinowska, K. Tymowska, W.C. Włodarczyk, *W interesie zdrowia społeczeństwa (projekt reformy opieki zdrowotnej)*, maszynopis powielony, Warszawa, listopad 1989.

Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, którzy przedstawili koncepcję przywrócenia ubezpieczenia chorobowego, gwarantującego na wypadek choroby nie tylko świadczenia rzeczowe, lecz również pieniężne¹⁹.

Polityczne porozumienie osiągnięte w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych, dotyczące głównych założeń nowego systemu zabezpieczenia społecznego, zakładało wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jako jednego z elementów nowego systemu. Zgodzono się, że ma ono realizować założenia techniki ubezpieczeniowej i gwarantować wyłącznie świadczenia rzeczowe, natomiast świadczenia pieniężne pozostały w gestii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który stał się wykonawcą zadań w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, obejmującego także ubezpieczenie chorobowe. Wszystkie kolejne ustawy odnoszące się do systemu opieki zdrowotnej powielały to rozwiązanie.

Należy zwrócić w tym kontekście uwagę na postanowienia Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., która odrębnie statuuje: prawo każdego obywatela do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego, jak również w przypadku pozostawania bez pracy nie z własnej woli, odnosząc się jednak wyłącznie do świadczeń pieniężnych (art. 67), prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) oraz obywatelskie prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2).

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że ustawodawca polski absolutnie nie przesadził w ten sposób o rozdzieleniu ubezpieczenia chorobowego od systemu gwarantującego świadczenia rzeczowe opieki zdrowotnej, a ewentualne połączenie obu systemów, respektujące przede wszystkim prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, nie byłoby sprzeczne z Konstytucją. Jednak ukształtowanie i redakcja praw socjalnych w Konstytucji RP miały niewątpliwie wpływ na ustawodawcę zwykłego. Szukając przyczyny, dla której w przepisach Konstytucji wyodrębniono problematykę świadczeń opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego, można wskazać na akty prawa międzynarodowego dotyczące tej kwestii. Poczynając od Europejskiej Karty Socjalnej w konwencjach i porozumieniach międzynarodowych oddzielnie ustanawiano prawo do zabezpieczenia społecznego oraz prawa do ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych. Można przypuszczać, że powodem takiego wyodrębnienia nie były jakieś założenia aksjologiczne i dogmatyczne, lecz raczej chęć podkreślenia szczególnej wagi i charakteru świadczeń rzeczowych w ramach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Należy też mieć na uwadze, że spełnianie świadczeń rzeczowych wymaga odrębnych rozwiązań organizacyjnych i finansowych²⁰.

¹⁹ Por. W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998, s. 174-176.

²⁰ Podobnie argumentuje J. Jończyk, mówiąc o swoistości ubezpieczenia zdrowotnego i szerokim zakresie przedmiotowym tego ubezpieczenia. Por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 30-31.

Warto jednak zaznaczyć, że użyte przez prawodawcę w art. 67 określenie „zabezpieczenie społeczne” nie jest tożsame z jego rozumieniem w doktrynie prawa socjalnego, zgodnie z którym problematyka dotycząca regulacji opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia stanowi element zabezpieczenia społecznego²¹. K. Kolasiński zauważał w związku z tym, że sens posłużenia się w art. 67 Konstytucji RP pojęciem „zabezpieczenie społeczne” w miejsce stosowanego wcześniej w przepisach konstytucyjnych „prawa do ubezpieczenia społecznego” jest niejasny. Pojęcie to stosowane jest bowiem w wąskim znaczeniu i odnosi się jedynie do instytucji przezorności społecznej, w których prawo do świadczeń jest prawem przedmiotowym. Zakres przedmiotowy prawa do zabezpieczenia społecznego z art. 67 Konstytucji RP jest poza tym węższy niż zakres pojęcia ubezpieczeń społecznych²². Istotne jest, że w świetle niniejszych rozważań autor ten podkreślał także, iż takie rozróżnienie utrwała jedynie, oceniane przez niego negatywnie, rozbieżność ubezpieczenia chorobowego na dwa działy: ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie chorobowe (zasiłkowe)²³.

3. Istniejące *de lege lata* różnice między ubezpieczeniem chorobowym i zdrowotnym

Przed przejściem do analizy ewentualnego połączenia ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego w jeden system, gwarantujący kompleksową ochronę przed skutkami choroby, oraz zalet i wad takiego rozwiązania, należy w pierwszej kolejności naszkicować istniejące *de lege lata* różnice pomiędzy obydwoma systemami, abstrahując oczywiście od odmiennego charakteru i zakresu gwarantowanych świadczeń.

Po pierwsze trzeba mieć na uwadze zakres podmiotowy. Katalog osób obowiązkowo ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest niezwykle szeroki, bogate kazuistyczne wyliczenie z art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁴ (zwanej dalej ustawą zdrowotną) obejmuje ponad 99,9% obywateli²⁵. Przepis ten wymienia nie tylko pracowników lub szerzej – zatrudnionych, co do których świadczenia pieniężne mające na celu wyrównanie uszczerbku w zarobkach spowodowane chorobą byłyby celowe, ale także np. rolników, przedsiębiorców, osoby kształcące się, osoby pobierające roz-

²¹ D.E. Lach, *Pojęcie zabezpieczenia społecznego a przedmiot prawa socjalnego* [w:] *Problemy zatrudnienia we współczesnym ustroju pracy. Księga jubileuszowa na 55-lecie pracy naukowej i dydaktycznej Profesora Włodzimierza Piotrowskiego*, Poznań 2009, s. 120 i nast.

²² Por. K. Kolasiński, *Konstytucyjne prawo do zabezpieczenia społecznego a nowy system ubezpieczeń społecznych*, *Państwo i Prawo* 1999 nr 5, s. 10, 17-18.

²³ K. Kolasiński, *Konstytucyjne prawo...*, *op. cit.*, s. 11.

²⁴ Dz.U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 ze zm.

²⁵ Por. S. Poździejko, *Prawo zdrowia publicznego*, Kraków 2004, s. 40.

maite zasiłki i świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego (rodzinne, przedemerytalne, z pomocy społecznej itp.), czy wreszcie osoby bezdomne. Z kolei ubezpieczenie chorobowe ma znacznie węższy zakres podmiotowy i obowiązkowo podlegają mu tylko pracownicy (przy czym za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy), członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osoby odbywające służbę zastępczą (art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²⁶, zwanej dalej ustawą systemową).

Kolejna istotna różnica dotyczy kwestii zakresu i, co istotne, praktycznej realizacji ustawowej gwarancji świadczeń. Ubezpieczenie chorobowe zorganizowane jest w sposób dość bliski klasycznym (bismarckowskiem) założeniom techniki ubezpieczeniowej. Ubezpieczony w zamian za składkę nabywa w momencie spełnienia ustawowych przesłanek prawo do określonych w ustawie świadczeń (zasiłki: chorobowy, macierzyński, opiekuńczy i wyrównawczy oraz świadczenia rehabilitacyjne), których spełnienia może żądać od instytucji ubezpieczeniowej (ZUS), a w niektórych sytuacjach także od pracodawcy (jeżeli zatrudnia on powyżej 20 ubezpieczonych – art. 61 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa²⁷, zwanej dalej ustawą zasiłkową). Regulacja dotycząca warunków nabycia i wysokości należnych świadczeń jest ścisła i pozwala na jednoznaczne ustalenie spełnienia przesłanek nabycia prawa do danego świadczenia, jego kwoty i okresu wypłacania. Przewiduje ponadto sytuacje, w których ubezpieczony, ze względu na okoliczności istniejące po jego stronie (popęśnienie umyślnego przestępstwa lub wykroczenia – art. 15, nadużycie alkoholu – art. 16) traci prawo do świadczeń. Innymi słowy, nie każda sytuacja utraty zarobku wskutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą jest ubezpieczona, lecz tylko taka, która nie jest związana z zawinionym działaniem ubezpieczonego. Ustawa sankcjonuje ponadto utratą zasiłku wykonywanie pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności lub wykorzystywanie zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia (art. 17 ustawy zasiłkowej). Spory co do objęcia ubezpieczeniem, wysokości składek lub świadczeń podlegają kognicji sądów powszechnych – sądów ubezpieczeń społecznych.

Jeśli chodzi o ubezpieczenie zdrowotne sprawa jest bardziej złożona. Przede wszystkim należy wskazać, że rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej nie mają (nie muszą mieć) związku z możliwościami zarobkowymi

²⁶ Tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.

²⁷ Tekst jednolity: Dz.U. z 2005 r. nr 31, poz. 267 ze zm.

człowieka²⁸, a służą raczej swoistemu naprawieniu szkody – przywróceniu stanu pierwotnego, usunięciu stanu „niezdrowia” (określenie to trafnie proponuje J. Jończyk²⁹ – o zasadności jego stosowania będzie mowa w dalszej części opracowania). Ryzyko niezdrowia z natury rzeczy ma charakter subiektywny, jego stwierdzenie, jak również określenie świadczeń, jakie w danej sytuacji, zindywidualizowanej i jednostkowej, są konieczne, wymaga specjalistycznej wiedzy i umiejętności, skutkiem czego niezbędny jest udział w systemie, poza ubezpieczonym i organizatorem, podmiotu trzeciego – świadczeniodawcy spełniającego świadczenia rzeczowe. To zaś z kolei powoduje, że prosty schemat kasy wypłacającej jedynie świadczenia pieniężne nie mógł znaleźć zastosowania. Wprawdzie w niektórych systemach opieki zdrowotnej gwarantujących świadczenia rzeczowe występuje także submodel zwrotu poniesionych kosztów (*reimbursement*)³⁰, jednak ustawodawca polski, odwołując się do wzorców niemieckich, zdecydował się na submodel kontraktowania świadczeń z zewnętrznymi świadczeniodawcami. Zasadniczą korzyścią takiego rozwiązania jest fakt, że organizator systemu jest wówczas kimś więcej niż jedynie płatnikiem – ma on wpływ na treść zawieranych umów, może sterować zachowaniami ubezpieczonych i świadczeniodawców oraz zarządzać środkami finansowymi systemu, np. określając limity ilościowe lub kwotowe.

W tym miejscu trzeba jednak wyraźnie powtórzyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest instytucją ubezpieczeniową w rozumieniu założeń techniki ubezpieczeniowej, a system opieki zdrowotnej należy raczej oceniać jako przykład techniki powierniczej. Rola Funduszu sprowadza się do zarządzania środkami finansowymi we własnym imieniu, ale na rzecz ubezpieczonych, co można określić mianem zarządu powierniczego. Fundusz organizuje system w drodze negocjowania warunków i zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, zajmuje się także kontrolą ich wykonania i rozliczeniami. Co jednak istotne, nie spełnia on świadczeń samodzielnie, a ubezpieczonym nie przysługują w stosunku do NFZ żadne roszczenia o udzielenie skonkretyzowanego świadczenia, nawet jeżeli świadczenie takie mieści się w katalogu świadczeń gwarantowanych³¹. Ustawa przewiduje ponadto wyłącznie administracyjnoprawną drogę rozstrzygania sporów w zakresie objęcia ubezpieczeniem i ustalania prawa

²⁸ Prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, choćby nawet polegającej na czynnościach nieobciążających w istotny sposób organizmu przedsiębiorcy pozostającego na zwolnieniu lekarskim, np. podpisywanie dokumentów i rachunków, będzie jednak miało konsekwencje w świetle ubezpieczenia chorobowego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1999 r., II UKN 236/99, OSNA PiUS 2001 nr 7, poz. 237 oraz z dnia 5 kwietnia 2005 r. I UK 370/04), ale nie w sytuacji, gdy kontynuowanie działalności nastąpiło w okresie hospitalizacji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 2000 r., II UKN 634/99, OSNA PiUS 2002 nr 2, poz. 48).

²⁹ Por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia...*, op. cit., s. 18, 306 i nast.

³⁰ Np. Francja, Belgia.

³¹ Szerzej na ten temat D.E. Lach, *Powiernicza technika...*, op. cit. oraz tegoż, *Prawna problematyka zwrotu kosztów świadczeń nabytych poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego, sądów administracyjnych i ETS)*, materiał złożony do druku [w:] *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, t. 5.

do świadczeń (art. 109 ustawy zdrowotnej), co osłabia pozycję procesową beneficjenta systemu w porównaniu z ubezpieczonym w systemie ubezpieczenia społecznego.

Wracając do kwestii ryzyka „niezdrowia” warto też zauważyć, że ustawa nie przewiduje żadnych, choćby podobnych jak w ubezpieczeniu chorobowym, okoliczności, których wystąpienie miałyby wpływ na utratę lub ograniczenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³².

Kolejnym problemem jest kwestia zakresu gwarantowanych świadczeń. Wprowadzenie systemu tzw. pozytywnego koszyka poprzez zdefiniowanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych abstrahuje od faktu, że przedmiotem gwarancji są świadczenia opieki zdrowotnej (art. 15 ust. 1 ustawy zdrowotnej, art. 67 ust. 2 Konstytucji RP), rozumiane szeroko, jako wszechstronna opieka na wypadek utraty zdrowia, a nie zestaw poszczególnych procedur medycznych, świadczeń rzeczowych, towarzyszących itp. Innymi słowy istniejąca aktualnie regulacja prawna budzi wątpliwości nie tylko co do poprawności terminologicznej czy korzystności z punktu widzenia beneficjentów systemu opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim gdy chodzi o jej zgodność z Konstytucją³³.

4. Argumenty przemawiające za połączeniem ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego

Mając na względzie wskazane różnice można zastanowić się nad kwestią ewentualnego powrotu do funkcjonowania jednego systemu ubezpieczenia chorobowego, gwarantującego wszechstronną ochronę przed skutkami choroby, zarówno w zakresie uszczerbku majątkowego spowodowanego utratą zarobku, jak i przywrócenia utraconego zdrowia. W pierwszej kolejności analiza dotyczyć będzie uwag przemawiających za takim rozwiązaniem.

Jeśli chodzi o stanowiska doktryny w tej kwestii, to – jak już wyżej zaznaczono – K. Kolasiński negatywnie ocenił utrwalenie w przepisach Konstytucji RP rozbitcia ubezpieczenia chorobowego na dział zasiłkowy i ubezpieczenie zdrowotne. Argumentował, że objęcie zarówno świadczeń pieniężnych, jak i rzeczowych jednym ubezpieczeniem chorobowym jest najbardziej sensownym rozwiązaniem, gdyż umożliwia powiązanie wysokości świadczeń pieniężnych ze sposobem leczenia się. W tym kontekście wskazywał na przykład, że za leczenie ambulatoryjne ubezpieczonemu przysługuje zasiłek w pełnej wysokości, podczas gdy w sytuacji leczenia szpitalnego – niższy zasiłek szpitalny³⁴.

³² Oczywiście w grę mogłoby wchodzić co najwyżej zobowiązanie zwrotu kosztów otrzymanych świadczeń, a nie odmowa leczenia, por. D.E. Lach, *Ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu zdrowotnym*, Państwo i Prawo 2007 nr 5.

³³ Por. D.E. Lach, *Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2009 nr 12.

³⁴ Por. K. Kolasiński, *Konstytucyjne prawo...*, op. cit., s. 11.

Argument ten ma niewątpliwe znaczenie praktyczne. W sytuacji gdy spełnianie świadczeń rzeczowych i wypłata zasiłków pozostają w jednym ręku, łatwiej jest z pewnością kontrolować ich racjonalność i zwalczać nadużycia. Trzeba jednak zauważyć, że ocena zachowań świadczeniodawców i beneficjentów systemu pod kątem zgodności wystawianych zaświadczeń o niezdolności do pracy z faktycznie podjętym leczeniem jest możliwa dopiero pod warunkiem wprowadzenia mechanizmów rejestrujących udzielane świadczenia (np. RUM³⁵), które umożliwiłyby np. weryfikację ordynowanych badań czy leków – bardzo kosztownego elementu systemu, podatnego w aktualnym stanie prawnym i faktycznym na wyłudzenie nienależnych świadczeń³⁶. Tym niemniej, w przypadku gdy jeden podmiot zbiera dane dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w naturze oraz wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy z tytułu choroby i na ich podstawie wypłaca świadczenia pieniężne, kontrolowanie zasadności orzeczeń lekarskich i konfrontowanie ich z zachowaniami ubezpieczonych (czy podejmują leczenie – wykonują badania, nabywają leki, zgłaszają się do specjalistów, wykonują zalecenia lekarskie, czy jedynie poprzestają na przedłożeniu zaświadczenia ZUS ZLA właściwemu podmiotowi w celu otrzymania zasiłku) powinno być łatwiejsze, niż w sytuacji gdy konieczny jest przepływ informacji i koordynacja działań dwóch podmiotów. Trzeba mieć przy tym na uwadze, że w obecnej sytuacji na rynku pracy coraz częściej ubezpieczenie chorobowe, pozwalające na wypłatę zasiłku w wysokości 80% wynagrodzenia nawet przez 6 miesięcy po ustaniu stosunku pracy, traktowane jest i wykorzystywane jako swoiste ubezpieczenie na wypadek utraty pracy, co prowadzi do wyłudzenia znacznych przecięż środków finansowych.

Poszukując argumentów przemawiających za ewentualnym połączeniem ubezpieczenia zasiłkowego i zdrowotnego w ramach jednego systemu warto także pamiętać, że w momencie gdy jedna instytucja finansuje zarówno świadczenia rzeczowe, których celem jest przywrócenie zdrowia, jak i organizuje system ich udzielania, a także wypłaca świadczenia pieniężne związane z uszczerbkiem w dochodach spowodowanym utratą zdrowia, zależy jej na maksymalnie sprawnym spełnianiu świadczeń rzeczowych, gdyż szybszy powrót pacjenta do zdrowia to także oszczęd-

³⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91, poz. 408 ze zm.) zawiera rozdział 3a, dodany 5 grudnia 1997 r. przez art. 1 pkt 40 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 1997 r. nr 104, poz. 661), który reguluje kwestie związane z rejestrowaniem i monitorowaniem świadczeń zdrowotnych w systemie ewidencyjno-informatycznym, zwanym dalej rejestrem usług medycznych – RUM. Niestety, pomimo znacznego zaawansowania prac nad RUM (18 lutego 2004 r. dokument „Opis systemu Rejestr Usług Medycznych”, przedstawiony przez firmę RUM-IT oraz zaakceptowany przez zespół ekspertów został skierowany na Kolegium Ministra Zdrowia), nie został on wprowadzony w życie.

³⁶ Por. także D.E. Lach, *Stosunki prawne między instytucją ubezpieczenia zdrowotnego a świadczeniodawcami w Niemczech i w Polsce*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2005 nr 4, s. 179.

ność na świadczeniach pieniężnych³⁷. Wiąże się z tym oczywiście ryzyko pospiesznego i powierzchownego, „oszczędnościowego” leczenia ubezpieczonych, zapobiegać mu jednak mógłby np. uważny nadzór ze strony beneficjentów systemu, reprezentowanych w organach zarządzających taką instytucją.

Inną potencjalną korzyścią (z punktu widzenia finansów systemu i respektowania zasady solidarności społecznej) mogłoby być zastosowanie rozwiązań istniejących obecnie w ubezpieczeniu chorobowym, a dotyczących utraty prawa do świadczeń, w odniesieniu do finansowania udzielonej opieki zdrowotnej. Zagadnienie to było przedmiotem odrębnego opracowania³⁸, w tym miejscu wystarczy podkreślić niektóre tezy, interesujące z punktu widzenia niniejszego referatu.

Można zatem postulować, aby w odniesieniu do ubezpieczenia zdrowotnego odróżnić pojęcie utraty zdrowia jako zdarzenia losowego, od ryzyka „niezdrowia” – zdarzenia prawnego, którego ziszczenie się powoduje, że gwarancyjna faza ubezpieczenia przekształca się w fazę realizacyjną. Pierwszym kryterium musi być oczywiście losowość zjawiska, rozumiana przede wszystkim w ten sposób, że musi chodzić o wypadek przyszły, możliwy, ale niepewny. Po drugie, warunkiem uznania określonego zdarzenia losowego za ryzyko „niezdrowia” jest brak umyślnego lub rażąco niedbalęgo działania lub zaniechania ubezpieczonego, czyli wystąpienie stanu utraty zdrowia wbrew lub niezależnie od woli ubezpieczonego (por. art. 15 i 16 ustawy zasiłkowej). Natomiast świadczenia spełniane w związku z utratą zdrowia powstałą w wyniku czynów niedozwolonych, a nawet szerzej, wszelkich zawinionych (bezpprawnych lub nie) działań samego poszkodowanego – ubezpieczonego (np. uprawianie sportów ekstremalnych, brawurowe prowadzenie pojazdów mechanicznych itp.) powinny być finansowane z innych źródeł niż składka ubezpieczeniowa. Podobnie można byłoby sankcjonować zachowania świadczeniobiorców polegające na braku współdziałania w procesie leczenia (nieprzyjmowanie leków, niewykonywanie zaleceń lekarskich itp. – por. art. 17 ustawy zasiłkowej). Argumentem przemawiającym za racjonalizacją finansowania ubezpieczenia zdrowotnego w takiej formie jest, poza aspektem mikroekonomicznym (w sensie zapewnienia funkcjonalności systemu), także makroekonomiczne znaczenie kosztów pracy w kontekście inwestycji i tworzenia (lub likwidowania) miejsc pracy w warunkach gospodarki globalnej.

Rozwiązanie takie byłoby także uzasadnione aksjologicznie. Trzeba wprawdzie zauważyć, że w literaturze przedmiotu podkreślano, iż solidarność społeczna ubezpieczenia zdrowotnego i jego humanitaryzm uwidacznia się między innymi, w nieuwzględnianiu winy ubezpieczonego i jego przyczy-

³⁷ Podobnie argumentuje, w odniesieniu do organizacyjno-finansowej jedności ochrony na wypadek czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy, I. Jędrasik-Jankowska, por. też *Ryzyka ubezpieczeniowe* [w:] B. Wagner (red.), *Problemy prawa ubezpieczeń społecznych*, Kraków 1996, s. 93-94.

³⁸ Por. D.E. Lach, *Ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu zdrowotnym*, Państwo i Prawo 2007 nr 5.

nienia się do ziszczenia się ryzyka utraty zdrowia³⁹. Teza ta z dzisiejszej perspektywy wydaje się jednak mało aktualna. Nie tylko wobec różnorodności podstaw zatrudnienia, ryzyka i potrzeby ochrony przed jego skutkami⁴⁰, ale także z tego powodu, że rozwój wiedzy medycznej uświadamia, iż większość schorzeń w części przynajmniej zależna jest od trybu życia i starań samych ubezpieczonych⁴¹. Warto w tym kontekście przytoczyć statystyki opracowane w USA, zgodnie z którymi cechy indywidualne i dziedziczne mają wpływ na stan zdrowia jedynie w 16%, natomiast w 53% stan zdrowia i jego utrzymanie zależne są od stylu życia jednostki⁴².

Gdy mowa jest o założeniach aksjologicznych idei zabezpieczenia społecznego i zasadzie solidarności społecznej, tak istotnej dla techniki ubezpieczeniowej i powierniczej, należy zauważyć, że solidarność społeczna rodzi przede wszystkim obowiązki, w tym zwłaszcza obowiązek dbałości o własne zdrowie i współdziałania w zakresie eliminowania ryzyka utraty zdrowia i ograniczania skutków jego wystąpienia⁴³. Oznacza to, że po pierwsze należy ocenić, czy świadczeniobiorca zachował się w sposób odpowiedzialny i w ten sposób zasłużył na udział w solidarnej wspólnotie ubezpieczonych, jako że na ochronę (w ramach zasady solidarności społecznej) nie zasługuje ten, kto sam narusza swoje (wynikające z tej zasady) obowiązki. Dopiero w drugiej kolejności można rozważać, czy ewentualnie odmowa spełnienia (sfinansowania) świadczeń jest humanitarna i zgodna z zasadą solidarności społecznej.

Można jednak zauważyć, że przedstawione wyżej argumenty dotyczące wzmocnienia kontroli zachowań świadczeniodawców i świadczeniobiorców, a także doprecyzowania ryzyka „niezdrowia”, których celem miałyby być uszczelnienie systemu i polepszenie zarządzania środkami finansowymi, mogą być zastosowane także bez zmiany zakresu przedmiotowego systemu opieki zdrowotnej i łączenia go z ubezpieczeniem chorobowym (zasiłkowym). Kwestia koordynowania kontroli udzielania świadczeń rzeczowych i pieniężnych może być rozwiązana poprzez wdrożenie mechanizmów gromadzenia i wymiany niezbędnych informacji pomiędzy dwoma odrębnymi instytucjami, niekoniecznie w ramach jednej. Można zresztą zauważyć, że podstawowe znacznie w tym względzie ma istnienie skutecznych rozwiązań rejestrują-

³⁹ Por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne w ubezpieczeniach społecznych*, Kielce 1998, s. 41.

⁴⁰ Por. W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 376-377.

⁴¹ Chodzi tu nie tylko o tzw. niezdrowy tryb życia (używki, brak dbałości o kondycję fizyczną itp.), ale także np. uprawianie sportów ekstremalnych. Szerzej na ten temat D.E. Lach, *Nowe formy zatrudnienia a zabezpieczenie społeczne w zakresie ochrony zdrowia*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2006 nr 5, s. 17.

⁴² R. Szarfenberg, *Kwestia zdrowia [w:] Polityka społeczna*, Katowice 1998, s. 228.

⁴³ W niemieckiej literaturze podkreślano, że zasada własnej odpowiedzialności (*Eigenverantwortung*) ubezpieczonego za swoje zdrowie jest logicznym uzupełnieniem solidarności społecznej, bowiem „bez własnej odpowiedzialności solidarność jest anonimowa i może być nadużywana, bez solidarności odpowiedzialność własna to egoizm”. Por. W. Gitter, *Strukturen der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung*, Die Sozialgerichtsbarkeit 1991 Heft 3, s. 86.

cych zachowania podmiotów (np. wspomniany juŹ RUM), a nie okolicznoř, czy z danych tych korzysta jedna czy więcej instytucji.

5. Argumenty przeciw połączeniu ubezpieczenia chorobowego i systemu opieki zdrowotnej

Wydaje się takŹe, Źe można przytoczyć więcej argumentów przemawiających przeciwko połączeniu ubezpieczenia chorobowego z systemem opieki zdrowotnej w ramach jednego ubezpieczenia chorobowego. Trzeba jednak zaznaczyć, Źe niektóre z nich wymagałyby empirycznego sprawdzenia lub co najmniej precyzyjnej symulacji, bez tych działań są one tylko pewnym założeniem.

Przykładem może być problem organizacji systemu wynikający z różnic w zakresie podmiotowym ubezpieczenia chorobowego i systemu opieki zdrowotnej. Pracowniczy charakter bismarckiego ubezpieczenia chorobowego powodował, Źe tak świadczenia rzeczowe, jak i pieniężne, adresowane były w równej mierze do wszystkich ubezpieczonych i mogły być finansowane z jednej składki odnoszącej się do wysokości wynagrodzenia za pracę. JuŹ jednak w systemie austriackim, obejmującym takŹe inne niŹ pracownicy podmioty zagrożone ryzykiem utraty zdrowia, doszło do wyodrębnienia subsystemów: pracowniczego, rolniczego, dla osób prowadzących działalność gospodarczą oraz dla urzędników. KaŹdy z tych systemów przewiduje inny zakres świadczeń, uwzględniając np. tę okolicznoř, Źe wyrównanie uszczerbku w zarobkach z powodu choroby konieczne jest w przypadku pracowników, ale nie zawsze w odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą, stąd teŹ w ich przypadku ubezpieczenie zasiłkowe (chorobowe) ma charakter dobrowolny i uzupełniający⁴⁴.

Tymczasem polski system opieki zdrowotnej jest systemem powszechnym. Wprawdzie ustawa wymienia obszerny katalog tytułów ubezpieczeniowych, ale można, z zastrzeŹeniem nielicznych wyjątków powiedzieć, Źe system obejmuje wszystkich obywateli⁴⁵. Wprowadzanie systemu świadczeń pieniężnych tylko dla wybranej grupy beneficjentów komplikowałoby go wewnątrznie. Ponadto wymusiłoby albo stworzenie odrębnego funduszu, z którego zasiłki byłyby finansowane, albo wydzielenie stosownego subfunduszu w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (o czym jeszcze będzie mowa w kontekście prawnej gwarancji świadczeń pieniężnych). W obu przypadkach konieczne byłoby przekazanie Funduszowi nie tylko środków finansowych, które dotąd, w formie składki na ubezpieczenie chorobowe trafiały do ZUS, ale również zwiększenie jego aparatu administracyjnego, co niewątpli-

⁴⁴ D.E. Lach, *Ubezpieczenie chorobowe w Niemczech i Austrii jako realizacja ubezpieczeniowego modelu zabezpieczenia społecznego w zakresie ochrony zdrowia*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2001 nr 10, s. 18 i nast.

⁴⁵ Z tego zresztą powodu przewidziane w ustawie ubezpieczenie dobrowolne jest praktycznie pozbawione adresatów. Por. D.E. Lach, *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne na tle rozwiązań przyjętych w systemach wybranych państw*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2002 nr 4, s. 102 i nast.

wie powiększyłyby koszty funkcjonowania. Pozbawienie natomiast ZUS tej części zadań niekoniecznie musiałyby doprowadzić do redukcji zatrudnienia i takich oszczędności, które z globalnego punktu widzenia byłyby w stanie zrekomensować wzrost kosztów po stronie NFZ. Jak już wyżej zaznaczono, jest to jednak tylko pewne założenie.

Bardziej problematyczna jest kwestia, na ile takie rozwiązanie byłoby uzasadnione z punktu widzenia różnic w metodach działania wypłacającej zasiłki kasy oraz organizatora systemu i zarządcy środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Wyżej zauważono już, że zadania instytucji wypłacającej jedynie świadczenia pieniężne w sytuacji ziszczenia się ustawowych przesłanek są w istocie bardzo proste, a co za tym idzie, mogą być realizowane stosunkowo tanio. Niskie koszty administracyjne są jednak tylko pozornie korzystne, gdyż w ten sposób – w przypadku opieki zdrowotnej – podmiot regulujący jedynie rachunki wystawione przez świadczeniodawców pozbywa się wpływu na działanie systemu, poziom cen, zachowania świadczeniodawców i świadczeniobiorców. Z tego powodu, i dotyczy to zarówno systemów realizujących model zwrotu kosztów, jak i model kontraktowania, w przypadku systemów opieki zdrowotnej podmiotom odpowiedzialnym (instytucje ubezpieczeniowe, fundusze powiernicze) powierzono zadania organizatorskie. Realizują je poprzez tworzenie systemu gwarantującego opiekę zdrowotną w drodze zawierania umów, których immanentnym elementem jest określanie zarówno cen świadczeń, jak i limitów ilościowych lub kwotowych. Tym samym wpływają na poziom cen, utrzymują w ryzach koszty, sterują wyborami uczestników systemu⁴⁶. Oznacza to oczywiście konieczność istnienia stosownej regulacji prawnej oraz wyspecjalizowanej struktury organizacyjnej, zajmującej się całym kompleksem zróżnicowanych czynności związanych z dopuszczaniem ewentualnych świadczeniodawców do uczestniczenia w systemie, negocjowaniem warunków umów oraz ich zawieraniem, wreszcie kontrolowaniem świadczeniodawców oraz czuwaniem nad należywym wykorzystaniem środków finansowych⁴⁷. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia jako aktywny organizator systemu opieki zdrowotnej miał stać się także pasywnym płatnikiem zasiłków, wymagałoby to, jak już wspomniano wyżej, stworzenia obok istniejącej struktury organizacyjnej odrębnego pionu zajmującego się zasiłkami. Nawet gdyby został on wprost przejęty z ZUS, trudno wskazać na wymierne korzyści takiej operacji.

Ten zespół argumentów dotyczących różnic w zakresie podmiotowym, zagadnienia finansowania systemu oraz działania właściwych podmiotów obraca się jednak wokół kwestii, które mogą być zweryfikowane precyzyjnymi symulacjami kosztów. Szeroki zakres podmiotowy systemu opieki zdrowotnej nie stoi przecież na przeszkodzie zapewnieniu określonych świadczeń wybranym podmiotom, ma to zresztą miejsce już teraz, np. w odniesieniu do szczególnej opieki zdrowotnej gwarantowanej kobietom

⁴⁶ Por. D.E. Lach, *Prawna problematyka...*, op. cit.

⁴⁷ D.E. Lach, *Stosunki prawne...*, s. 167 oraz tegoż autora, *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych*, Prawo i Medycyna 2006 nr 3, s. 5 i nast.

w ciąży. Składki, tak na ubezpieczenie zdrowotne, jak i ubezpieczenia społeczne, podzielone na fundusze poszczególnych gałęzi i tak pobiera ZUS. Ponieważ są one zdefiniowane, nic nie stoi na przeszkodzie, aby także te z tytułu ubezpieczenia chorobowego kierowane były do NFZ. Wyodrębnienie w ramach Funduszu struktury zajmującej się wypłatą zasiłków z tytułu choroby i macierzyństwa mogłoby najprościej odbyć się przez przejęcie tej części ZUS w trybie art. 23¹ k.p., a potencjalne koszty i zyski takiej operacji są możliwe do zasymulowania.

Problem, na który należy w tym kontekście zwrócić uwagę, związany jest z różnicą w ustawowej gwarancji, gdy idzie o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia chorobowego i opiekę zdrowotną finansowaną ze środków publicznych.

Trzeba pamiętać, że w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych przepisy w sposób ścisły i precyzyjny regulują przesłanki uczestnictwa w systemie, nabywania prawa do świadczeń i jego realizacji. Co niezwykle istotne, Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest przy tym nie tylko podmiotem administrującym systemem i środkami finansowymi, ale także zobowiązanym ustawowo do spełnienia świadczeń. Ubezpieczonym przysługuje ponadto powództwo do sądu ubezpieczeń społecznych, który w odniesieniu do decyzji ZUS bada nie tylko kwestie formalne, ale także ich merytoryczną zasadność i może orzekać o prawie do określonych świadczeń.

W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego sytuacja wygląda odmiennie. Po pierwsze, niejasna jest kwestia systemowej gwarancji. Wprawdzie ustawa wprowadza pojęcie świadczenia gwarantowanego (art. 15 ustawy zdrowotnej), a rozporządzenia wykonawcze precyzują zawartość „koszyka świadczeń gwarantowanych”, jednak podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą (art. 132 ust. 1). Z kolei z art. 132 ust. 4 wymienionej ustawy wynika, iż świadczenia zdrowotne nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, co w praktyce dotyczy wyłącznie stanów bezpośredniego zagrożenia życia (art. 19 ust. 2). Świadczeniobiorcy nie przysługuje w stosunku do NFZ żadne roszczenie o spełnienie opieki zdrowotnej określonego kształtu (konkretnych świadczeń zdrowotnych, rzeczowych i towarzyszących), może on jedynie wystąpić z wnioskiem o ustalenie prawa do świadczeń, rozpoznawanym w trybie administracyjnoprawnym (art. 109). Fundusz działa jedynie jako powiernik środków publicznych i organizator systemu, może więc co najwyżej być pociągnięty do odpowiedzialności w przypadku naruszenia lub nienależytego wykonania swoich obowiązków na podstawie przepisów ogólnych (art. 417 k.c.)⁴⁸.

Mając tę okoliczność na uwadze konieczne jest, aby w przypadku ewentualnego połączenia ubezpieczenia chorobowego (zasiłkowego) i systemu opieki zdrowotnej w ręku jednego podmiotu utrzymać wyraźny rozdział fun-

⁴⁸ Por. D.E. Lach, *Prawna problematyka...*, *op. cit.*

duszy przeznaczonych na finansowanie obu rodzajów świadczeń. W przeciwnym razie mogłoby dojść do sytuacji, w której wobec niedofinansowania systemu pierwszeństwo w wydatkowaniu środków – wobec silniejszej pozycji prawnej ubezpieczonych – miałby pion zasiłkowy kosztem systemu opieki zdrowotnej. NFZ ma bowiem obowiązek zawierać umowy mając na uwadze planowane wpływy (art. 132 ust. 5 ustawy zdrowotnej), więc potencjalna konieczność dofinansowania wypłaty zasiłków musiałaby siłą rzeczy doprowadzić do ograniczenia zakresu kontraktowanych świadczeń. Utrzymanie odrębności funduszu zasiłkowego (w odniesieniu do którego – tak jak ma to miejsce obecnie, por. art. 2 ust. 3 ustawy systemowej – wypłacalność świadczeń byłaby gwarantowana przez państwo) i funduszu na świadczenia rzeczowe miałyby w tym kontekście istotne znaczenie.

Można także zauważyć, że wchłonięcie przez Fundusz pionu zasiłkowego prowadziłoby do sytuacji, w której instytucja ta stałaby się z jednej strony ubezpieczycielem zobowiązanym do wypłaty określonych świadczeń, z drugiej zaś pozostała jedynie powiernikiem i zarządcą środków pochodzących ze składek a przeznaczonych na finansowanie systemu opieki zdrowotnej. W efekcie wewnętrzny podział organizacyjny musiałby być bardzo wyraźny i czytelny, a pod szyldem jednej instytucji *de facto* funkcjonowałyby dwa odrębne co do zadań i statusu prawnej podmioty.

6. Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania można by uznać, że wszelkie podniesione argumenty zarówno za, jak i przeciw ewentualnemu połączeniu ubezpieczenia zasiłkowego i organizacji opieki zdrowotnej w jednym ręku, które odnoszą się do kwestii organizacji i finansowania takiego systemu, mają w istocie rzeczy charakter względny. Ocena zasadności określonego rozwiązania jest bowiem zależna od przeprowadzonych wyliczeń i symulacji kosztów lub oczekiwanych oszczędności, co w sposób oczywisty wykracza poza zakres niniejszego opracowania. Argumenty dotyczące lepszej kontroli przepływu środków pieniężnych i powiązania świadczeń pieniężnych z rzeczowymi opierają się na założeniu, że wymiana danych w ramach jednej skomplikowanej struktury będzie odbywać się lepiej niż pomiędzy dwoma odrębnymi instytucjami. Abstrahują one jednak od tej istotnej okoliczności, że punktem wyjścia do wymiany i analizy danych jest istnienie systemu ich zbierania i weryfikacji (np. wspomniany już RUM), którego nie ma, a którego powstanie ma tutaj pierwszorzędne znaczenie.

Wydaje się jednak, że podział pierwotnie jednolitego ubezpieczenia chorobowego na pion zasiłkowy i system opieki zdrowotnej jest o tyle trwały i nieodwracalny, iż stanowi on rezultat ewolucji tak oczekiwań społecznych, jak i możliwości i metod ich realizacji, a także założeń polityki społecznej i roli władz publicznych w realizacji idei zabezpieczenia społecznego. W pierwotnej wersji pracowniczego (w istocie robotniczego) ubezpieczenia chorobowego chroniło ono ubezpieczonych przed ryzykiem obciążeń finansowych

wynikających z choroby. Choroba oznaczała bowiem nie tylko konieczność opłacenia kosztów leczenia, ale i uszczerbek w zarobku. Z tego powodu ubezpieczenie gwarantowało zarówno zwrot poniesionych kosztów (lub nieodpłatne leczenie przez zakontraktowanego lekarza), jak i rekompensowało utratę wynagrodzenia przez wypłatę zasiłku. Rozdział obu pionów i poszerzenie zakresu podmiotowego systemów opieki zdrowotnej był efektem odmiennego spojrzenia na kwestię spełniania świadczeń zdrowotnych, podkreślającego społeczny charakter tak choroby, jak i zdrowia, zwracającego uwagę na kwestię profilaktyki, którego wyrazem było także definiowanie w katalogu praw człowieka szeroko rozumianego prawa socjalnego do ochrony zdrowia.

Analiza pojęcia prawa do ochrony zdrowia zasługuje na odrębne opracowanie, w tym miejscu należy jedynie wskazać na wypowiedź H. Szurgacza, który zauważał, że cele ochrony zdrowia można podzielić na te dotyczące kondycji zdrowotnej całego społeczeństwa i te odnoszące się do konkretnych osób zagrożonych lub dotkniętych chorobą i wymieniał w związku z tym jej następujące zadania (funkcje): umacnianie zdrowia (profilaktyka ogólna – niesamoistna), zapobieganie chorobom (profilaktyka ukierunkowana – samoistna), leczenie zapobiegające rozwojowi choroby, leczenie ograniczające skutki choroby i rehabilitacja, opieka medyczno-społeczna nad głęboko upośledzonymi i opieka terminalna⁴⁹. Także J. Jończyk podkreślał, że przedmiot ochrony ma dwojaką treść: z jednej strony jest to zdrowie ludności jako kategoria zbiorowa, z drugiej strony w rozbudowanym systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przedmiotem ochrony jest określone zagrożenie człowieka jako zdarzenie przyszłe, niepewne, niekorzystne i niezależne od jego woli⁵⁰.

K. Krzeczkowski jeszcze w dwudziestoleciu międzywojennym oceniał, że opieka zdrowotna i ochrona zdrowia powinny być oparte na masowej i powszechnej organizacji lecznictwa, zorientowanej profilaktycznie, gwarantowanej bezpośrednio przez państwo i/lub samorządy terytorialne. Stwierdzał także, że zasadnicze znaczenie takiego przekształcenia systemu wynika z faktu, że „służba ta (zdrowia) w praktyce musi być nastawiona na cele ogólnej profilaktyki i ogólnego stanu zdrowia mieszkańców”⁵¹. Warto także zauważyć opinię J. Piotrowskiego, który analizując zasadność wprowadzenia systemu powszechnej służby zdrowia w pierwszych latach powojennych zauważał, że zdrowie jest sprawą nie tyle jednostkową, co społeczną, i podkreślał „nowy pogląd na sprawy zdrowia”, sprowadzający się do stwierdzenia, iż „gdy poprzednio ośrodkiem zainteresowania jest raczej choroba i jej leczenie, stopniowo środkiem tym staje się zdrowie i jego zachowanie, jego rozwój i umacnianie”. Z tego powodu postulował stworzenie „celowego systemu zmierzającego do podniesienia zdrowotności społeczeństwa”⁵².

⁴⁹ Zob. H. Szurgacz, *Ochrona zdrowia a opieka społeczna* [w:] *Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wrocław, wrzesień 1989, Acta Universitatis Wratislaviensis nr 1203, Wrocław 1989, s. 22-23.

⁵⁰ J. Jończyk, *Ochrona zdrowia*, Państwo i Prawo 2007 nr 2, s. 3 i nast.

⁵¹ K. Krzeczkowski, *Idee przewodnie...*, *op. cit.*, s. 147-148 i 153.

⁵² J. Piotrowski, *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia*, Łódź 1948, s. 5, 9, 12.

Oznacza to zdecydowaną zmianę przedmiotu ochrony gwarantowanej przez system opieki zdrowotnej w stosunku do bismarckowskiego pracowniczego ubezpieczenia chorobowego. Celem nie jest już jedynie umożliwienie skorzystania ze świadczeń zdrowotnych poprzez pokrycie ich kosztów, ale zapewnienie praktycznie wszystkim obywatelom ochrony zdrowia obejmującej nie tylko leczenie, ale także profilaktykę, rehabilitację oraz świadczenia leczniczo-opiekuńcze⁵³. Z tego powodu J. Jończyk stwierdził, że nie sposób już mówić o ryzyku choroby, ale należy używać pojęcia „ryzyko niezdrowia”, oznaczającego „deficyt tego, o czym mówi definicja zdrowia przyjęta przez WHO”⁵⁴.

Odmienne ryzyko oznacza konieczność podejmowania odmiennych działań dotyczących zarządzania tym ryzykiem, organizowania i gwarantowania świadczeń na wypadek jego wystąpienia. Warto też zauważyć, że tradycyjne świadczenia zasiłkowe, zastępujące uszczerbek w zarobkach spowodowany chorobą, dotyczą wyłącznie naprawiania szkód i odnoszą się do przeszłości, podczas gdy opieka zdrowotna obejmuje także działania profilaktyczne, służące zapobieganiu wystąpienia ryzyka niezdrowia na przyszłość. To dlatego właśnie doszło do rozdziału chorobowego ubezpieczenia zasiłkowego, o wąskim zakresie przedmiotowym oraz „ratunkowym” charakterze i ubezpieczenia zdrowotnego – systemu opieki zdrowotnej o szerokim zakresie podmiotowym i przedmiotowym, powołanym nie tylko do zagwarantowania beneficjentom możliwości uzyskania stosownej opieki, ale także realizującym politykę społeczną w zakresie ochrony zdrowia, choćby poprzez sterowanie zachowaniami świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Z dzisiejszej perspektywy wydaje się, że zmiana tego stanu rzeczy byłaby nie tylko bezzasadna, ale wręcz stanowiłaby znaczący regres.

Odnosząc się do sformułowanego w tytule zagadnienia – wszechstronność a specjalizacja – można także zauważyć, że niecelowe jest ocenianie w ten sposób poszczególnych elementów systemu zabezpieczenia społecznego. Wielość zagrożeń społecznych i nazywanie nowych (np. wykluczenia społecznego), bogactwo form zatrudnienia i różnorodność tytułów do objęcia systemami zabezpieczenia społecznego, szeroki zakres przedmiotowy, wreszcie próby definiowania nowych technik realizacji idei zabezpieczenia społecznego powodują, że „scalenie” rozmaitych rozwiązań organizacyjno-finansowych byłoby zadaniem niezwykle trudnym i chyba w istocie niepotrzebnym. Nie chodzi tu oczywiście o zgodę na chaos organizacyjny, wydaje się jednak, że lepszym rozwiązaniem (i jest to założenie aprioryczne – doktrynalne) jest wielość wyspecjalizowanych podmiotów, o precyzyjnie zakreślonym kręgu zadań, niż jeden moloch o skomplikowanej strukturze wewnętrznej. Innymi

⁵³ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia...*, op. cit., s. 306.

⁵⁴ Tamże, op. cit., s. 307. Definicja ta, zawarta w preambule konstytucji WHO z 1947 r., stanowi, iż zdrowie to „pozytywny stan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby lub ułomności” (*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*) – tłumaczenie według oficjalnej strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, http://www.nfz-warszawa.pl/index/promocja_zdrowia/zdrowie.

słowy, system zabezpieczenia społecznego jako całość powinien być możliwie powszechny i wszechstronny, natomiast jego poszczególne elementy muszą uwzględniać szczególny charakter ryzyka, przed skutkami ziszczenia się których chronią, mając różne formy organizacyjne, różnorodne źródła finansowania (podatkowe, składkowe lub inne) oraz odmienne metody działania (władcze lub prywatno-prawne), dążąc do specjalizacji. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że opisując budowę i założenia systemu prawa socjalnego w Niemczech F. Zacher stwierdził, że zarówno w odniesieniu do tworzących go większych instytucjonalnych kompleksów, jak i do istniejących w jego ramach pojedynczych elementów konstrukcyjnych, można zauważyć nadrzędną dla całego systemu zasadę wielości i komplementarności struktur⁵⁵.

Najważniejszym bowiem argumentem, i nie jest to argument ani za, ani przeciw ewentualnej zmianie, jest praktyczna kwestia funkcjonalności systemu. Jej muszą być podporządkowane rozwiązania organizacyjne, finansowe i prawne. Mając na uwadze ewolucję założeń polityki społecznej i roli państwa w realizacji idei zabezpieczenia społecznego, przede wszystkim przejście od państwa opiekuńczego w kierunku państwa gwarantującego, realizującego koncepcję prywatyzacji zadań publicznych można przyjąć, że przyszłością jest rozwój systemu w kierunku wydzielenia wielu elastycznych i wyspecjalizowanych podmiotów, o prywatno-prawnych metodach działania. Z prawnego punktu widzenia rzeczą o podstawowym znaczeniu jest przy tym precyzyjne określenie ustawowej gwarancji i podmiotu zobowiązanego do spełnienia świadczeń oraz wzmocnienie pozycji prawnej beneficjentów systemu – świadczeniobiorców.

⁵⁵ „Sowohl für die großen institutionellen Komplexe als auch für die einzelnen Strukturelemente des Sozialrechts beobachten wir also die ihnen übergeordneten Prinzipien der Pluralität und Komplementarität der Strukturen”. Por. F. Zacher, *Zur Anatomie des Sozialrechtes*, Die Sozialgerichtsbarkeit 1982 Heft 9, s. 333.

Prewencyjne świadczenia chorobowe

1. Wprowadzenie

Do statutowych zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy, między innymi, prowadzenie działań w zakresie prewencji rentowej, w tym w szczególności rehabilitacji leczniczej oraz prewencji wypadkowej.

Wymienione wyżej zadania realizowane są na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.) i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. nr 131, poz. 1457) oraz ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322).

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jest przydatnym i efektywnym rodzajem świadczenia prewencyjnego kierowanego do osób ubezpieczonych, najczęściej już w okresie pobierania zasiłku chorobowego. Gwarancją uzyskania dobrych efektów medycznych jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji, skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego w odpowiednio wczesnym okresie choroby, co przyczynia się do istotnej poprawy stanu zdrowia i skrócenia okresu rekonwalescencji. Wielu chorych odzyskuje zdolność do pracy, ponownie podejmuje zatrudnienie i wraca do pełnej aktywności zawodowej i społecznej.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, rehabilitacja to kompleksowe i skoordynowane działanie środków medycznych, psychologicznych i socjalnych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienie mu odzyskania jak największej sprawności. Należy przypomnieć, że w pochodzącym z języka łacińskiego słowie *rehabilitacja* – *habilitas* oznacza sprawność, a *re* – zwrotność, stąd termin *rehabilitacja* oznacza dosłownie – przywrócenie sprawności.

2. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS – organizacja i zasady prowadzenia

Program rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ma charakter kompleksowy, co oznacza, że problemy pacjenta rozwiązywane są w aspekcie medycznym, psychologicznym, zawodowym i społecznym. Jego celem jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby lub urazu zagrożone są długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu odpowiedniego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego.

Istotne jest, że wszelkie koszty poniesione z tytułu prowadzonej rehabilitacji, opłat miejscowych, zakwaterowania i wyżywienia finansowane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W okresie prowadzenia programu, w latach 1996-2009, rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS poddano blisko 648 tys. osób, z tego w trybie stacjonarnym około 94%. Najliczniejszą grupę wśród rehabilitowanych stanowiły osoby ze schorzeniami narządu ruchu (ok. 75%), rehabilitację w schorzeniach układu krążenia odbyło ok. 20%, w schorzeniach układu oddechowego – odpowiednio 4%, a w schorzeniach psychosomatycznych (program prowadzony dopiero w ostatnich kilku latach) – 1%.

Zgodnie z wyżej przywołaną podstawą prawną, czas trwania rehabilitacji powinien trwać 24 dni, może być jednak skrócony lub przedłużony na wniosek lekarza prowadzącego rehabilitację, stąd Zakład monitoruje liczbę dni i przyczyny zmiany czasu trwania rehabilitacji w ośrodku rehabilitacyjnym. Z bieżącej analizy prowadzonej w powyższym zakresie wynika, że główną przyczyną skrócenia pobytu na rehabilitacji są względy medyczne, natomiast przedłużenie pobytu w ośrodku ma związek z dobrym rokowaniem odzyskania zdolności do pracy w wydłużonym czasie prowadzenia rehabilitacji.

W programie rehabilitacji leczniczej mogą wziąć udział osoby, którym lekarz orzecznik Zakładu wydał orzeczenie w sprawie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. Dotyczy to:

- ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
- osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Należy podkreślić, że lekarz orzecznik Zakładu może wydać orzeczenie w sprawie celowości przeprowadzenia rehabilitacji nie tylko podczas kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ale także na wniosek lekarza prowadzącego leczenie. Przykładowy wzór wniosku o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej można pobrać ze strony internetowej ZUS (www.zus.pl).

Statystyczny uczestnik programu jest mężczyzną, ma około 46 lat i jest mieszkańcem miasta.

Opierając realizację programu rehabilitacji leczniczej na wzorcu Polskiej Szkoły Rehabilitacji, Zakład Ubezpieczeń Społecznych stara się w szczególności akcentować następujące zasady:

1) *powszechności* – z wymienionej formy rehabilitacji może skorzystać każda ubezpieczona osoba zagrożona długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy,

2) *wczesnego rozpoczęcia* – co jest zawsze gwarantem powodzenia zastosowanych procedur i dlatego postępowanie rehabilitacyjne powinno być wdrożone od początku leczenia; okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji wynosi obecnie przeciętnie 8 tygodni,

3) *ciągłości* – sporządzona na zakończenie programu rehabilitacji karta informacyjna zawiera wskazania dotyczące dalszego leczenia i rehabilitacji,

4) *kompleksowości* – aby było możliwe osiągnięcie celu rehabilitacji, musi ona mieć charakter kompleksowy i dlatego uwzględnia:

— postępowanie diagnostyczne (wywiad, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne),

— ćwiczenia i zabiegi fizykalne,

— oddziaływania psychologiczne,

— edukację zdrowotną i promocję zdrowia,

— farmakoterapię,

— ocenę możliwości powrotu do pracy w aspekcie medycznym.

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej spełnia wszelkie kryteria nowoczesnej rehabilitacji, gdyż obejmuje program ustalony indywidualnie i dostosowany do możliwości (wyjściowa wydolność fizyczna) i potrzeb konkretnego pacjenta. Program jest ukierunkowany na powstałą dysfunkcję oraz na schorzenia współistniejące. W jego skład wchodzi przede wszystkim rehabilitacja fizyczna (kinezyterapia i fizykoterapia).

Terapia ruchem (kinezyterapia) jest podstawową formą usprawniania leczniczego i może mieć charakter indywidualny lub ogólny (zbiorowy). Jej szczególną formą są ćwiczenia prowadzone w wodzie (a więc w odciążeniu), dzięki którym można uzyskać wzmocnienie nawet znacznie osłabionych grup mięśniowych. Kinezyterapia indywidualna dotyczy bezpośrednio dysfunkcji narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapię ogólną stosuje się przede wszystkim w celu podniesienia sprawności ogólnej.

Fizykoterapia wywołuje pożądany skutek leczniczy, jeśli stanowi element uzupełniający całość leczenia. Stosowana jako przygotowanie do prowadzenia ćwiczeń kinezyterapeutycznych, umożliwia szybsze uzyskanie efektów terapeutycznych. Zależnie od rodzaju schorzenia stosowane są zabiegi fizykoterapeutyczne w szczególności z zakresu: ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, światłolecznictwa, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii oraz elektroterapii.

W ramach prowadzonych **oddziaływań psychologicznych**, zależnie od profilu schorzeń, pacjenci korzystają z serii treningów relaksacyjnych, psychoterapii indywidualnej i zbiorowej, choreoterapii, muzykoterapii, terapii zajęciowej oraz psychoedukacji, szczególnie w zakresie wypracowania cech postawy asertywnej i nabycia umiejętności życia z chorobą.

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia to stałe elementy programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS, dzięki czemu mogą istotnie wpłynąć na odległe efekty poprzez zmianę stylu życia. Zespoły medyczne (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog i dietetyk) realizujące program rehabilitacji mają niewątpliwie wpływ na eliminowanie negatywnych stereotypów zachowań dotyczących przebiegu procesu leczenia i rehabilitacji, a także na kształtowanie odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie i dbałość o jego jak najlepszy stan. Informacje uzyskane podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dotyczą przede wszystkim:

- wiedzy, jak w warunkach domowych wykonywać ćwiczenia fizyczne oraz jakie są możliwości kontynuacji procesu rehabilitacji w formie ambulatoryjnej po zakończeniu pobytu w placówce stacjonarnej,

- nauki zasad prawidłowego żywienia uwzględniającej również zajęcia praktyczne,

- znajomości podstawowych mechanizmów zachodzących w organizmie w wyniku choroby lub następstw urazu,

- umiejętności radzenia sobie ze stresem w życiu codziennym,

- konieczności poddawania się okresowym badaniom lekarskim, okresowego kontrolowania wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz kontrolowania poziomu cukru i lipidów w surowicy krwi,

- szkodliwości palenia tytoniu, nadużywania alkoholu oraz następstw uzależnienia od środków odurzających,

- niekorzystnego wpływu na stan zdrowia człowieka niektórych czynników fizycznych występujących w środowisku pracy, z uwzględnieniem zagrożeń wypadkowych,

- podstawowej wiedzy o prawach i obowiązkach pracownika i pracodawcy niezbędnej przy ponownym podejmowaniu zatrudnienia,

- podstawowej wiedzy o zasadach ergonomii pracy i wypoczynku.

Dzięki wymienionym wyżej działaniom, podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym pacjent uzyskuje szereg niezbędnych informacji pozwalających na tworzenie prozdrowotnych nawyków (np. w zakresie sposobu odżywiania, konieczności aktywności fizycznej czy sposobów walki z nałogami) oraz na tworzenie właściwych wzorców postaw społecznych dotyczących, między innymi, wartości pracy w życiu człowieka.

Obecnie Zakład współpracuje z 75 ośrodkami rehabilitacyjnymi na podstawie 100 umów dotyczących prowadzenia programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Rehabilitacja w tych ośrodkach obejmuje schorzenia:

- narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym oraz we wczesnych stanach pourazowych w systemie stacjonarnym,
- układu krążenia w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym,
- układu oddechowego w systemie stacjonarnym,
- psychosomatyczne w systemie stacjonarnym.

W 2010 r. zaplanowano ponadto wdrożenie realizacji monitorowanej telemedycznie rehabilitacji kardiologicznej oraz rehabilitacji osób po operacji nowotworu gruczołu piersiowego. Oba te programy będą się opierać na wynikach zakończonych w 2009 r. badań pilotażowych.

Odnosząc się do programu monitorowanej telemedycznie rehabilitacji kardiologicznej, jej nowym elementem jest samodzielne wykonywanie przez pacjenta (po uprzedniej kwalifikacji i przeszkoleniu) części ćwiczeń fizycznych w domu. Nadzór podczas treningu domowego jest sprawowany za pomocą technik telemedycznych (przesyłanie, dzięki technologiom teletransmisyjnym danych medycznych, w tym zapisów EKG).

Natomiast podczas rehabilitacji osób po operacji nowotworu gruczołu piersiowego muszą zostać uwzględnione bardzo konkretne dysfunkcje organizmu związane nie tylko z samym schorzeniem, ale też z następstwami leczenia operacyjnego, chemioterapii i radioterapii. Te dysfunkcje to zwłaszcza obrzęk limfatyczny i upośledzenie funkcji kończyny górnej po stronie operowanej oraz zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie nowotworowej.

W 2010 r. zaplanowano prowadzenie dwóch programów pilotażowych:

1. Rehabilitacja we wczesnych stanach pourazowych – jej nadrzędnym celem jest niedopuszczenie do powstania zaników mięśniowych, odleżyn oraz niekorzystnych zmian dotyczących uwapnienia tkanki kostnej. Podstawową formą rehabilitacji tej grupy chorych jest leczenie ruchem w postaci ćwiczeń indywidualnych, zbiorowych i ćwiczeń w wodzie oraz zabiegi fizykalne. Uzupełnieniem przedstawionych wyżej form rehabilitacji fizycznej będzie rehabilitacja psychologiczna oraz edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

2. Rehabilitacja po zabiegach artroskopowych, do wdrożenia której trwają obecnie prace przygotowawcze – ten program dotyczyć będzie osób często dotychczas ogólnie zdrowych, których dysfunkcja stawu poddanego artroskopii wyrwała z życia zawodowego i społecznego. Sama artroskopia mająca decydujące znaczenie w diagnostyce uszkodzeń, w szczególności łąkotek i chrząstki stawowej, jest ciągle wiodącym sposobem leczenia operacyjnego niektórych stawów. Proces gojenia tkanek uszkodzonych w wyniku urazu i procedur chirurgicznych ma charakter wielofazowy i w kolejnych etapach zmierza do:

- ustąpienia bólu w zakresie stawu i mięśni,
- osiągnięcia prawidłowej ruchomości i prawidłowego napięcia mięśniowego,
- przywrócenia koordynacji ruchowej stawu objętego procesem chorobowym i stawów sąsiadujących.

Procedury fizjoterapeutyczne wymagają w tej grupie dysfunkcji praktycznie indywidualnej pracy z fizjoterapeutą stosującym najczęściej kinezy-

terapię indywidualną wspartą zabiegami fizykalnymi. Program obejmie ponadto rehabilitację psychologiczną, edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Realizacja programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w ośrodkach rehabilitacyjnych jest poddawana kontroli zgodnie z zapisami umów zawartych z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Są to:

— kontrole ośrodków rehabilitacyjnych prowadzone w celu oceny spełnienia wymagań ZUS w zakresie liczby oraz kwalifikacji kadry medycznej i specjalistycznej, aparatury diagnostyczno-rehabilitacyjnej, bazy hotelowej, warunków żywienia oraz organizacji udzielania świadczeń rehabilitacyjnych,

— bieżąca analiza sporządzonej podczas każdego turnusu rehabilitacyjnego dokumentacji medycznej, uwzględniająca między innymi ocenę udokumentowania wydawanych przez ośrodki rehabilitacyjne, po zakończeniu rehabilitacji, opinii w zakresie stanu funkcjonalnego pacjentów w aspekcie odzyskania zdolności do pracy,

— analiza statystyczna efektów rehabilitacji obejmująca okres jednego i dwóch lat po jej zakończeniu,

— ocena pracy ośrodków rehabilitacyjnych dokonana przez osoby kierowane na rehabilitację w anonimowym badaniu ankietowym.

3. Efektywność rehabilitacji leczniczej jako prewencyjnego świadczenia chorobowego

Z badań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych monitorujących efektywność prowadzonych działań prewencyjnych wynika, że większość osób (ponad 70%) bezpośrednio po zakończeniu programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w opinii ośrodków rehabilitacyjnych odzyskuje zdolność do pracy, natomiast rok po zakończeniu rehabilitacji około 43-45% nie pobiera świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Prowadzenie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przynosi więc wymierne korzyści w aspekcie medycznym, społeczno-zawodowym i ekonomicznym.

W aspekcie medycznym poprawa stanu funkcjonalnego organizmu ma charakter:

— miejscowy (poprawa ruchomości stawów dzięki obniżeniu napięcia mięśniowego i zmniejszeniu odczucia bólu, przeciwdziałanie zanikom mięśniowym, przykurczom, odłężynom, niekorzystnym zmianom uwapnienia tkanki kostnej),

— ogólny, poprzez zwiększenie tolerancji wysiłku i osiągnięcie lepszej wydolności ogólnoustrojowej,

— psychologiczno-edukacyjny, poprzez wypracowanie pewnych prozdrowotnych nawyków, nabycie umiejętności życia z chorobą, zmianę nieadekwatnego obrazu samego siebie, wyzbycie się poczucia bezradności i braku kontroli nad swoim życiem.

Odnosząc się do **aspektu społeczno-zawodowego** należy podkreślić, że ponowne podjęcie zatrudnienia przez osobę, która odzyskała

zdolność do pracy po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji to nie tylko odzyskanie przez nią wiary we własne możliwości, ale też uzyskanie na rynku pracy wysoko zmotywowanego pracownika, który poznał już znaczenie utraty zdrowia i pracy. Należy podkreślić, że zbyt mało aktywna terapia i niepełne wykorzystanie metod rehabilitacyjnych w prowadzeniu chorych po ustąpieniu stanu zagrożenia życia może pośrednio stać się przyczyną powstania trwałej niesprawności i przejścia w stan zależności społecznej.

Biorąc pod uwagę **aspekt ekonomiczny** prowadzonego programu należy pamiętać, że osoby, które w wyniku rehabilitacji leczniczej odzyskują zdolność do pracy nie tylko nie będą, przynajmniej przez jakiś czas, korzystać ze świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a także powodować powstawanie wysokich kosztów leczenia (zdecydowana większość byłych pacjentów ośrodków rehabilitacyjnych wymaga jedynie kontynuacji prostych zabiegów usprawniających), ale staną się ponownie płatnikami składek na ubezpieczenie społeczne.

4. Inne prewencyjne świadczenia chorobowe

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym (art. 23 powołanej na wstępie ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych), w ramach prewencji wypadkowej Zakład realizuje zadania związane z likwidacją bądź ograniczeniem skutków wypadków przy pracy i chorób zawodowych w postaci pokrywania kosztów:

- świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych nier refundowanych na podstawie odrębnych przepisów,
- wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W okresie obejmującym lata 2004-2009 oraz I kwartał 2010 r. łącznie z tego tytułu zrealizowano 254 wypłaty, z tego 88 dotyczyło pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii, 18 – szczepień ochronnych, a 147 – zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne. W omawianym okresie na wymienioną działalność wydatkowano ogółem kwotę 160 974,40 zł.

Również ta forma pomocy osobom poszkodowanym w wyniku zdrowotnych następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przyczynia się do skrócenia czasu leczenia i zwiększenia efektywności zastosowanych procedur rehabilitacyjnych. Należy podkreślić, że osoby, które w wyniku urazu lub choroby zawodowej doznają naruszenia sprawności organizmu i wymagają rehabilitacji, mogą na omówionych wcześniej zasadach skorzystać z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

5. Wnioski

Przedstawione wyżej rozważania dotyczące prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej można zakończyć kilkoma wnioskami:

1. Prewencyjne świadczenia chorobowe skierowane do ubezpieczonych we wczesnym okresie od zachorowania mają istotne znaczenie dla poprawy ich stanu zdrowia.

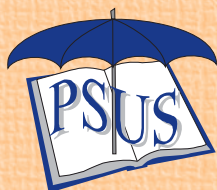
2. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS – jako prewencyjne świadczenie chorobowe – jest przydatnym i efektywnym rodzajem usług skierowanym do osób ubezpieczonych, szczególnie w okresie pobierania zasiłku chorobowego.

3. Kompleksowy program rehabilitacji nie obciąża finansowo osób ubezpieczonych, natomiast jego realizacja umożliwia uzyskanie korzyści w aspekcie medycznym, społeczno-zawodowym i ekonomicznym.

4. Realizacja, w ramach prewencji wypadkowej, zadań związanych z likwidacją bądź ograniczeniem następstw wypadków przy pracy i chorób zawodowych przyczynia się do skrócenia czasu leczenia oraz zwiększenia efektywności działań rehabilitacyjnych.

Literatura

- Kuźdzał A. (red.), *Atlas rehabilitacji ruchowej*, Forum, Poznań 2009.
- Kochański J.W., *Vademecum Fizykoterapii*, Wyższa Szkoła Fizjoterapii, Wrocław 2003.
- Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Ponikowska I., *Lecznictwo uzdrowiskowe polską marką wśród krajów Unii*, Materiały z XVII Kongresu Uzdrowisk Polskich, Kudowa Zdrój 2008.
- Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G., *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Szary S., *Edukacja prozdrowotna – kluczowy element kompleksowej rehabilitacji w systemie prewencji rentowej ZUS*, Śląskie Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Zabrze-Szczyrk 2002.



**POLSKIE STOWARZYSZENIE
UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO**