



Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia
Komisja Gospodarki Narodowej

Reforma ubezpieczeń społecznych w Polsce

Stenogram z seminarium 27-28 X 1992 r.

Warszawa 1993 r.

Materiał jest opracowanym stenogramem z seminarium zorganizowanego przez
KOMISJĘ POLITYKI SPOŁECZNEJ I ZDROWIA oraz KOMISJĘ GOSPODARKI NARODOWEJ
przy współpracy Biura Studiów i Analiz.

Teksty referatów zostały zamieszczone w wersji dostarczonej przez autorów
z wyjątkiem referatu prof. dr hab. Czesława Jackowiaka,
którego wystąpienie zostało odtworzone ze stenogramu.

Wybór i opracowanie tekstu: *Anna Semenowicz, Anna Tietiajew-Różańska*

Redaktor techniczny: *Elżbieta Weres-Kusiak*

Skład i łamanie: Biuro Informacyjne

KONIECZNOŚĆ REFORMY SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Wstęp do materiałów z seminarium zorganizowanego przez senackie Komisje:
Polityki Społecznej i Zdrowia oraz Gospodarki Narodowej

Podstawą funkcjonowania nowoczesnych społeczeństw w systemie gospodarki rynkowej są trzy jego integralne części: edukacja, zatrudnienie i ubezpieczenie społeczne.

Po trzech latach reformowania gospodarki stało się oczywiste, że nie ma możliwości zbudowania prawidłowego systemu bez odpowiedniej polityki społecznej.

Obecny, funkcjonujący od 1945 roku, system ubezpieczeń społecznych uległ głębokiej destrukcji i praktycznie wyczerpał swoje możliwości. Nie można zatem przedłużać jego egzystencji, grozi to bowiem poważnymi konsekwencjami, których część już się ujawniła. Od dwóch lat narasta deficyt, składki nie pokrywają wydatków, rosną dopłaty z budżetu państwa.

Jednocześnie kolejne nowelizacje ustaw prowadzą do realnej obniżki wysokości świadczeń. Obniżenie wpływów wynika z braku dyscypliny sektora państwowego (kłopoty finansowe przedsiębiorstw), tendencji do zaniżania składek w sektorze prywatnym, wreszcie braku rzeczywistego związku między wpłatami a świadczeniami.

Stale rośnie liczba rencistów, a spowodowane jest to brakiem systemu profilaktyki i rehabilitacji, dużą ilością urazów i chorób zawodowych w przemyśle i rolnictwie.

Zbyt łatwy jest dostęp do świadczeń, co powoduje w konsekwencji niską ich wartość.

Cały system nie kształtuje zatem postaw przeczności i zaradności obywateli, a wpływa wręcz demoralizująco. Konsekwentnie podwyższane są składki, co podraża koszty pracy w Polsce i powoduje wypłacanie świadczeń o relatywnie niskiej wartości.

Reforma systemu ubezpieczeń społecznych musi być zasadnicza i powinna realizować następujące cele:

- stworzyć trwały system bezpieczeństwa socjalnego obywateli;
- kształtować postawy przedsiębiorczych i przezornych obywateli, aktywnie wpływających na zabezpieczenie warunków swego życia;
- budować trwałe podstawy społecznej solidarności.

Rozumiejąc potrzebę reform, Senat RP, a ściślej Komisja Gospodarki Narodowej oraz Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia opracowały przy pomocy ekspertów własny projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Dyskusja nad nim stała się również przyczynkiem do zorganizowania seminarium, z którego materiały mam przyjemność przekazać.

Przewodniczący
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
SENATOR RP

Adam Struzik

REFORMA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W POLSCE

Stenogram z seminarium

(Początek seminarium 27 października 1992 r. o godzinie 11.00)

(Seminarium współprzewodniczą senatorowie: Adam Struzik i Andrzej Pawlik).

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowne Panie! Szanowni Panowie!

W imieniu Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia oraz Komisji Gospodarki Narodowej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej witam Państwa serdecznie na seminarium poświęconym reformie ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Witam przede wszystkim państwa marszałków, panią marszałek Alicję Grześkowiak oraz pana marszałka Andrzeja Czapaskiego i uprzejmie proszę o zajęcie miejsc za stołem prezydialnym.

Witam przedstawicieli świata naukowego, witam przedstawicieli komisji sejmowych i senackich, przedstawicieli związków zawodowych i resortów: pracy i polityki socjalnej, zdrowia i opieki społecznej oraz finansów.

Szanowni Państwo! Co skłoniło komisje senackie do podjęcia inicjatywy zorganizowania dzisiejszego seminarium? Otóż po trzech latach reform w naszym kraju, po znacznych postępach we wdrażaniu gospodarki rynkowej musimy przejść również do reformowania systemu edukacji, systemu zatrudnienia, systemu ubezpieczeń społecznych.

Jeżeli chodzi o ubezpieczenia społeczne, jest to jedna z najważniejszych sfer życia i bez jej całościowej reformy, trudno wyobrazić sobie nowoczesne państwo.

Dlatego też całościowa reforma musi zrealizować kilka fundamentalnych celów. Po pierwsze, stworzyć trwałe system bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Po drugie, kształtować postawy przedsiębiorczych i przeczornych obywateli aktywnie wpływających na kształtowanie swoich warunków życia. I po trzecie, budować trwałe podstawy społecznej solidarności. Musi ona ponadto dostosować system ubezpieczeń

społecznych w naszym kraju do obowiązujących w tym zakresie standardów europejskich, zawartych w określonych dokumentach Międzynarodowej Organizacji Pracy i Rady Europy. Oczywiście musi ona uwzględnić możliwości naszego kraju, jeśli chodzi o zakres reformowania; musi się odbyć na bazie przemian gospodarczych w okresie transformacji.

Trzeba powiedzieć, że obecnie funkcjonujący system, będący pozostałością centralnej gospodarki socjalistycznej, przeżył się absolutnie. O jego niewydolności świadczą dobitnie fakty permanentnego obniżania świadczeń z jednej strony, a z drugiej strony pogłębiającego się niedoboru w funduszach. Chcę powiedzieć, że na przykład tylko w tym roku zaległości wpłat wynoszą, jeśli chodzi o Zakład Ubezpieczeń Społecznych, około 10 bln zł. To pokazuje, jak olbrzymia jest skala problemu.

Jest kilka poważnych innych powodów, dla których musimy przystąpić do reformowania systemu ubezpieczeń społecznych, a mianowicie:

- po pierwsze, nie ma związku między tym kto, jak długo i ile płaci do kasy ubezpieczenia społecznego w Polsce a tym ile z tej kasy dostaje;

- po drugie, zbyt łatwy jest dostęp do świadczeń, co w konsekwencji powoduje ich niską wartość;

- po trzecie, nie ma systemu profilaktyki, rehabilitacji ograniczającego przyrost świadczeniobiorców;

- po czwarte, nie ma dbałości ubezpieczyciela o dochody i sposób gospodarowania nimi, bo zawsze, jeżeli środków zabraknie, dopłaci się z budżetu. Byliśmy świadkami takich sytuacji w roku ubiegłym, kiedy musieliśmy dokonywać korekty ustawy budżetowej po to, aby wystarczyło na wypłatę rent i emerytur. Ponadto nie ma systemu dodatkowych ubezpieczeń.

Następny fakt niezwykle istotny to niedopasowanie ubezpieczeń społecznych do systemu gospodarki rynkowej. Wynika z tego m.in. łatwość w zaniżaniu wpłat, bez żadnych konsekwencji; ma to miejsce na

przykład w sektorze prywatnym. Otóż sektor prywatny, mając naturalną tendencję do unikania podatków, do unikania wpłat, wykazywał w roku 1991 płace o 15% niższe niż sektor uspołeczniony. Konsekwencją tego były oczywiście niższe składki. Czy tak jest w rzeczywistości? Myślę, że państwo sami mogą sobie na to pytanie odpowiedzieć.

Nie ma ponadto związku między odpowiedzialnością za ryzyko a finansowaniem świadczeń i to nie zachęca do poprawy warunków pracy. Nie ma również, przez system ubezpieczeniowy, wpływu na kształtowanie postaw przezorności i zaradności obywateli.

Szanowni Państwo! Od stycznia w Komisji Gospodarki Narodowej, a później w dwóch komisjach, w Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia i Komisji Gospodarki Narodowej trwają prace nad senackim projektem ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Pomaga nam zespół ekspertów, ludzi związanych z funkcjonowaniem instytucji ubezpieczeniowych lub traktujących to jako hobby. Materiały znajdują państwo w kopertach, które państwo otrzymali. Są tam również opinie ekspertów, które dotychczas na temat tej ustawy dostaliśmy.

W resorcie pracy i polityki socjalnej trwają równocześnie prace nad powstaniem dwóch ustaw: o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i o ubezpieczeniach społecznych.

Zadaniem dzisiejszego seminarium i celem dwóch naszych komisji jest uzyskanie od państwa opinii na temat ustawy senackiej. Chcemy, aby był to rodzaj konsultacji a jednocześnie krytycznej oceny tegoż projektu, ponieważ czeka nas w Senacie debata plenarna, po której musimy podjąć decyzję o zakresie i systemie ubezpieczeń społecznych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Jeżeli chodzi o projekt ustawy senackiej, oczekivalibyśmy odpowiedzi na kilka fundamentalnych pytań, które przewijały się podczas pracy obydwu komisji.

Pierwsze fundamentalne pytanie, wokół którego powstały kontrowersje między komisjami a przedstawicielami resortu pracy i polityki socjalnej, dotyczy statusu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. To jest pytanie, na ile ten zakład ma być instytucją samodzielną, typu samorządowego, a na ile ma być podległy strukturom rządowym?

Drugie fundamentalne pytanie, dotyczy zakresu możliwości gospodarki finansowej i samodzielności gospodarki finansowej tego funduszu, tego zakładu oraz gospodarowania finansami.

Trzecie pytanie, na ile w ustawach o ubezpieczeniu społecznym powinny się znaleźć zapisy dotyczące działalności rehabilitacyjnej i profilaktycznej?

I wreszcie czwarte pytanie, to właściwie zadanie. Zadanie jasnego określenia czasu i metody wprowadzania reformy ubezpieczeń społecznych.

Istnieje bowiem istotne pytanie, czy rząd jest zdolny zreformować ten system, czy Sejm lub Senat jest

zdolny go zreformować? Czy tak naprawdę pod auspicjami polityków nie powinien powstać zespół ekspertów, którzy po głębokiej analizie przepisów ustawowych, dzięki współpracy podczas przygotowania przepisów i ustaw, później będą mogli obliczyć konsekwencje i odpowiedzieć prawidłowe rozwiązania.

Chciałbym, aby te dwa dni wspólnej pracy przyniosły odpowiedź na pytania, które sobie stawiamy.

Życzę państwu przede wszystkim miłych chwil tutaj u nas w Senacie i życzę owocnej pracy.

O zabranie głosu uprzejmie proszę teraz pana marszałka Andrzeja Czapskiego, bowiem seminarium dzisiejsze odbywa się pod patronatem marszałka Senatu. Bardzo proszę.

Wicemarszałek Andrzej Czapski:

Pani Marszałek! Panie Przewodniczący! Drodzy Goście! Występuję tutaj z upoważnienia marszałka Senatu pana profesora Augusta Chełkowskiego, który musiał dzisiaj zostać w Katowicach. Z prawdziwą przyjemnością mam zaszczyt otwierać dzisiejsze seminarium.

Otóż nie ulega wątpliwości, że reformowanie systemu ubezpieczeń społecznych w dzisiejszej rzeczywistości jest bardzo pilną sprawą. Byliśmy o tym przekonani również my, członkowie poprzedniego parlamentu, tego kreowanego w wyborach z 1989 r. Mówię o części solidarnościowej parlamentu. Bardzo często padały tam głosy o konieczności reform w opiece społecznej ze względu na to, że cały system nie pasuje do gospodarki rynkowej, którą mieliśmy i mamy zamiar tworzyć.

Wydaje się, że najważniejszym elementem nowego systemu, jakiemu powinien on sprostać, jest przede wszystkim jego kompletność, czyli ogarnięcie możliwie wszystkich sfer świadczeń społecznych. Mam tu na myśli, poza świadczeniami emerytalno-rentowymi, system zabezpieczenia bezrobotnych, system zabezpieczenia inwalidów, system finansowania ochrony zdrowia.

Druga cecha, której nowy system, wydaje się, powinien sprostać, to efektywność. Czyli takie gromadzenie środków i takie ich wydawanie, ażeby w możliwie pełny sposób zapewnić efektywne ich wykorzystanie. Żeby nie było marnotrawienia środków gromadzonych na tych funduszach.

Trzecia cecha, której ten nowy system wydaje się odpowiadać, to skuteczność w docieraniu tam, gdzie powinien być stosowany.

Wadą dotychczasowych rozwiązań jest to, że obejmując pewien obszar życia społecznego, nie różnicują świadczeniobiorców w zależności od dochodów albo różnicują ich w sposób mało wyrazisty.

I wreszcie kolejna cecha to wycofywanie się państwa z dotychczasowej onnipotencji i paternalizmu, opiekuńczości w polityce społecznej. Nie po to, żeby

zostawić świadczeniobiorców samym sobie i losowi, ale po to, żeby pozapaństwowe formy ubezpieczeń społecznych w sposób efektywny mogły zabezpieczyć świadczeniobiorców i żeby budżet państwa został w znacznym stopniu odciążony czy zwolniony z obowiązku świadczenia, przynajmniej w takiej, jak obecnie skali. Obserwujemy, że możemy w prostej linii dojść do bankructwa państwa właśnie przez nieefektywne rozdysponowanie coraz większych środków, z każdym rokiem coraz większych.

Dziękuję bardzo Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, oraz Komisji Gospodarki Narodowej Senatu za to, że dzięki ich inicjatywie seminarium dzisiejsze może się odbyć.

Dziękuję bardzo przedstawicielom rządu, komisji sejmowych.

W szczególny sposób chcę podziękować ekspertom, którzy dotychczas uczestniczyli w pracach naszych komisji. Mam nadzieję, że zechcą również w sposób twórczy uczestniczyć w dzisiejszym seminarium.

Chciałbym, ażeby plon tego seminarium, jego efekt był znaczącym wkładem Senatu do reformowania systemu ubezpieczeń społecznych w naszym kraju.

Życzę wszystkim uczestnikom efektywnych, skutecznych obrad, życzę przyjemnego pobytu i wielu miłych wrażeń. Seminarium pod nazwą: „*Reforma ubezpieczeń społecznych w Polsce*”, ogłaszam za otwarte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo panu marszałkowi.

O zabranie głosu uprzejmie proszę panią marszałek Alicję Grześkowiak

Wicemarszałek Alicja Grześkowiak:

Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Wielce Szanowni Państwo Senatorowie i Posłowie!

Szczególnie serdecznie chciałam się odnieść do moich kolegów z poprzedniej kadencji i powitać bardzo serdecznie panią, która już nie jest senatorem, ale była i w tej właśnie komisji pracowała, panią senator Stefanię Hejmanowską.

Wielce Szanowne Panie i Panowie!

To, że polski system ubezpieczeń społecznych jest chory, chyba każdy wie. Jest chory dlatego, że nie kieruje się zasadami normalnie przyjętymi. Uważa się, że emerytura, że zabezpieczenie człowieka na starość za jego własną pracę jest nagrodą, przywilejem, darem. I ten punkt widzenia obowiązuje niestety w ubezpieczeniu społecznym.

Stąd też, kiedy państwo będziecie radzili i będziecie konsultowali projekt, który komisja pod przewodnictwem pana senatora opracowuje, proszę może zwrócić na to uwagę, że jakby dwa punkty widzenia

kierować winny ustawodawcą. Jedna płaszczyzna, a zatem jeden punkt widzenia dotyczy ubezpieczeń społecznych. Każdy z nas, pracując, już się ubezpiecza na czas, kiedy pracować nie będzie. I nie jest to łaska, że później otrzymuje emeryturę. On sobie to ciężko wypracowuje. Ten problem staje przed nami wszystkimi wtedy, gdy rozmawiamy z emerytami, którym nie wystarcza na życie.

Proszę pamiętać o tym, że tutaj reguły muszą być jasne. Każdy płaci i to jest normalne, że powinien być zabezpieczony. Że to nie jest przywilej. Władza poprzednia często traktowała emerytury jako przywileje, zabezpieczając lepiej tych, co wiernie służyli, a nie zwracając uwagi na tych, którzy najwięcej pracowali.

Sprawiedliwość domaga się dostrzeżenia tego problemu. W tej płaszczyźnie zabezpieczenia społecznego trzeba widzieć dwie sprawy. Pierwsza, to te wszystkie emerytury, które dotyczą jakby przeszłości, tego dawnego systemu. Tu trzeba sprawiedliwości społecznej ciągle jeszcze i na nowo regulowania tych spraw już według zasad normalnych, nie według żadnej łaski. Każdy powinien otrzymać takie zabezpieczenie, jakie sobie wypracuje swoją pracą. To pierwsza płaszczyzna.

I druga płaszczyzna – dobrze, że państwo będziecie się nią zajmować – też niewłaściwie dotąd widziana. To ubezpieczenia zdrowotne i ubezpieczenia tych wszystkich, którzy własną pracą nie mogli się zabezpieczyć. Tutaj jest rola również i opieki społecznej. Bo w tej chwili, kiedy patrzę na to, co się dzieje, po rozmowach z ludźmi, z ludźmi ubogimi, widzę, że u nas polityka społeczna państwa jest też chora, bo przenosi całe rozważania na sferę polityki charytatywnej. To nie jest dobre. To nie charytatywnością robi się politykę społeczną, tylko prawidłową jej regulacją i ta regulacja powstaje w Senacie. Senat pierwszej kadencji zawsze był izbą, która domagała się sprawiedliwości społecznej i jestem głęboko przekonana, na podstawie obserwacji obecnej pracy Senatu, że tak jest teraz i będzie.

A zatem kiedy będziecie państwo zgłaszać opinie, to proszę zwrócić uwagę na ten punkt widzenia. Polityka społeczna państwa nie może być polityką dobroczynności tylko i wyłącznie, nie przez charytatywność ją się tworzy; to jest jakby dodatek. Powinnością państwa jest natomiast to, co tak pięknie określił Jan Paweł II, i co chciałabym tutaj u progu państwa seminarium zauważyć. Obowiązuje nas w czasach trudnych, a takie mamy, preferencyjna opcja na rzecz ubogich – zawsze i wszędzie. I to jest moje życzenie: by nowe zasady państwa, które budujemy w tej chwili, nigdy nie przysłoniły nam preferencyjnej opcji na rzecz ubogich.

Życzę panu, Panie Przewodniczący, państwu senatorom i wszystkim państwu takiej pracy, by służyła dobru człowieka, by przyniosła plon w postaci sprawiedliwych zasad ubezpieczenia społecznego. Bo

trzeba nam pamiętać, że wtedy kiedy człowiek sam, własnymi siłami, własnego losu nie bardzo już może dźwigać, musi mieć gwarancję, że bezpieczeństwo społeczne daje mu wspólnota, której jest członkiem. Daje mu państwo, które jest wspólnym dobrem również przez niego tworzoną. Dziękuję.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Uprzejmie proszę o zabranie głosu panią prof. dr hab. Inettę Jędrasik-Jankowską, która wygłosi referat zatytułowany: „*Ubezpieczenia społeczne jako system ochrony pracowników i innych osób*”.

Pani Inetta Jędrasik-Jankowska:

I. Ochrona udzielana przez ubezpieczenie społeczne różni się od ochrony, jakiej udzielałyby ubezpieczenia gospodarcze osobowe. Oba ubezpieczenia posługują się bowiem odmiennymi technikami, jakkolwiek oba wywodzą się z tego samego korzenia, z tej samej myśli społecznej. Jest nią idea zorganizowania urządzenia społeczno-gospodarczego umożliwiającego zbiorowe tworzenie rezerw materialnych przeznaczonych na łagodzenie następstw zjawisk losowych godzących w życie i mienie człowieka.

Rozwój obu tych rodzajów ubezpieczenia przebiegał jednak odmiennie. Ubezpieczenie gospodarcze wykształciło się w toku rozwoju handlu, rzemiosła i transportu jako ubezpieczenie najpierw mienia, a później także życia i zdrowia ludzi, stanowiąc instytucję prawa cywilnego.

Ubezpieczenie społeczne jest natomiast owocem ingerencji państwa w stosunki pracy i traktowane jest jako dział prawa pracy, które ma przecież charakter ochronny. Ten ochronny charakter ubezpieczenia społecznego zadecydował, że mimo wspólnoty idei i celów zarysowały się istotne różnice dotyczące nie tylko materii ochrony, ale i metod jej realizacji, a także stosowanej terminologii lub odmiennej treści nadawanej tym samym terminom.

Również w budowie i treści stosunku prawnego zachodzą istotne różnice. W ubezpieczeniach społecznych chodzi bowiem zawsze o stosunki powstające z mocy prawa niezależnie od woli stron. Umożliwia to najdalej idącą schematyzację organizacyjnej formy i treści tego stosunku m.in. w odniesieniu do spraw najważniejszych, a mianowicie do składki i świadczeń. I tak wymiar składki został oparty na zasadach jednolitych pomijających kwestię, np. wieku, płci, stanu zdrowia czy stanu rodzinnego. W ubezpieczeniach społecznych nie ma takich instytucji jak wykup polisy, pożyczki pod zastaw polisy, ani samej polisy. Nie ma też instytucji wyznaczania osób upoważnionych przez ubezpieczonego i w ogóle problemu przekazu praw z tytułu ubezpieczenia na inne osoby.

Jednakże pomimo tych i innych uproszczeń, w porównaniu z problematyką ubezpieczeń gospodarczych materia podlegająca prawnej regulacji, w ramach prawa ubezpieczeń społecznych, pozostaje nader złożona. Wybitny specjalista od ubezpieczeń nie żyjący już prof. Warkalło stwierdził, że jest ona nawet bardziej złożona niż w ubezpieczeniach gospodarczych. To tłumaczyłoby w pewnym stopniu niechęć studentów do specjalizowania się w tej dziedzinie prawa i w efekcie brak dostatecznej liczby specjalistów.

Na karb tej złożoności problematyki nakazującej przy poszczególnych rozwiązaniach uwzględniać naraz wszystkie elementy natury społecznej, ekonomicznej, gospodarczej, demograficznej, politycznej należy też zapisać trudności, na jakie napotyka się niemalże na każdym kroku, gdy chce się rozwiązać jakikolwiek problem merytoryczny. O stopniu tych trudności niech świadczy fakt, że o potrzebie zmian w ubezpieczeniach społecznych mówi się od lat, od lat też nie udaje się skodyfikować tego działu prawa.

Należy przeto wyrazić nadzieję, że obecne zamiały reformatorskie będą skuteczne. Wydaje się jednak, że aby reforma dała efekty, aby system wyszedł ulepszony, a nie tylko przemieniony (albo co gorsze przerobiony na co innego), reformatorzy powinni zdawać sobie sprawę z głównych założeń tej instytucji, z tego co kryje się pod kryptonimem „społeczne” i co je odróżnia od ubezpieczeń gospodarczych.

Ten przymiotnik „społeczne” sprawia, że dające się ostatnio zauważyć tendencje do przeniesienia technik ubezpieczenia gospodarczego do ubezpieczeń społecznych mogą być problematyczne.

II. Punktem wyjścia dla wszystkich regulacji prawnych musi być określenie materii tej regulacji, jej przedmiotu. Ubezpieczenia społeczne zorganizowane zostały jako system ochrony pracowników na wypadek utraty środków utrzymania. Chodzi jednak tylko o utratę środków utrzymania zdobywanych własną pracą. To określa ramy przedmiotu. Ubezpieczenia społeczne zdefiniować więc można jako system ochrony na wypadek utraty zdolności do zdobywania środków egzystencji, albo szerzej – utraty możliwości zdobywania tych środków własną pracą.

Ludzkiej zdolności do pracy mogą zagrozić tylko określone zjawiska losowe. Są to: choroba, kaleczność, ciąża, poród, macierzyństwo rozumiane jako obowiązki związane z odchowaniem małego dziecka, starość i śmierć, która pozostawia bez środków do życia rodzinę. Nic więcej człowiekowi nie grozi od losu. Mogą co najwyżej pojawiać się nowe rodzaje chorób niegdyś nieznanymi, np. AIDS, albo choroba popromienna.

Natomiast jeśliby ujmować istotę ubezpieczeń społecznych szerzej, jako ochronę na wypadek utraty możliwości do zarabkowania, to uniemożliwić zdobywanie środków utrzymania mogą także zjawiska

innej natury np., społecznej, gospodarczej, politycznej. Do tego typu zjawisk uniemożliwiających zdobywanie środków utrzymania należą m.in.: bezrobocie, strajki, przestoje, zarządzenia władz typu kwarantanna lub tymczasowe aresztowanie, klęski żywiołowe itp. Rodzina zaś może zostać bez środków do życia nie tylko wskutek śmierci żywiciela (zdarzenie losowe), ale także wskutek porzucenia przez niego rodziny (zdarzenia natury społecznej). W naszym prawie niektóre z poddanych wyżej przyczyn utraty środków egzystencji są chronione przez ubezpieczenia społeczne, inne zaś są ryzykami pracodawcy lub państwa.

III. Ograniczenie ochrony w ramach ubezpieczeń społecznych do zjawisk zagrażających zdobywaniu środków utrzymania, określa krąg osób, które mogą być objęte tym ubezpieczeniem. Są nimi wszystkie te osoby, które czerpią środki utrzymania z własnej pracy, niezależnie od tego już, czy jest to praca najemna, czy praca „na swoim”. Zawsze jednak ma to być praca wykonywana osobiście. Nie tak dawno Sąd Najwyższy orzekł, że nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia społecznego rolnik – właściciel gospodarstwa rolnego, jeżeli np. z powodu wyjazdu na dłuższy czas, sam w tym gospodarstwie nie pracuje. Oznacza to, że ubezpieczenie społeczne nie chroni osób, które żyją z kapitału lub z procentów od kapitału, z operacji giełdowych itp. źródeł, innych niż praca własna.

„Życ z pracy” to znaczy uzyskiwać dochód z tej pracy, pozwalający na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Z reguły ustala się w tym celu kwotę minimalnego dochodu pozwalającego uznać, że wystarcza on na zaspokojenie życiowych potrzeb albo rozmiar minimalnego zatrudnienia zapewniającego uzyskanie takiego dochodu. A zatem nie każdy, kto pracuje, podlega ochronie ubezpieczeniowej z tytułu tej pracy, ale tylko ten komu dochód z tej pracy pozwala się utrzymać.

Nie może być więc tak, że wystarczy opłacać składkę, nie pozostając w żadnym uznanym stosunku, w ramach którego wykonywana jest praca, aby składać sobie staż ubezpieczeniowy. Nie ma natomiast żadnych przeszkód, aby w taki sposób nabyć prawo do świadczenia typu emerytalnego w ubezpieczeniach gospodarczych osobowych.

IV. W odniesieniu do tak ustalonego kręgu osób, ubezpieczenie społeczne działa na zasadzie przymusu. Zasada przymusu oznacza, że wszystkie osoby, którym zagraża dany rodzaj ryzyka, podlegają obowiązkowi ubezpieczenia społecznego na wypadek zajścia tego ryzyka.

Jest to niezmiernie ważna zasada organizacyjna ubezpieczeń społecznych. To ona po wprowadzeniu jej po raz pierwszy przez Niemcy zapewniła ubezpieczeniom społecznym rozwój i sukces. Wcześniejsze

bowiem formy pomocy wzajemnej nie spełniały swych funkcji właśnie dlatego, że były dobrowolne. Niemieckie ustawy ubezpieczeniowe wprowadziły więc przymus ubezpieczenia. Poseł Stumm tak uzasadnił w 1869 r. projekt ubezpieczeń przymusowych: „Niemcy wprowadzając przymus szkolny i powszechną służbę wojskową dały przykład innym państwom kulturalnym. Wprowadzając przymus ubezpieczenia, Niemcy dadzą nowy przykład, nie mniej godny naśladowania dla innych państw”.

Słowa Stumma spełniły się. Przymus ubezpieczenia pozwala na lepsze rozłożenie ryzyka i na poprawienie ubezpieczenia, wzmacnia i poszerza bowiem jego bazę. Umożliwia także udział słabszych partnerów w ubezpieczeniu. Dzięki niemu każda zagrożona jednostka ma nie tylko prawo do zaspokojenia potrzeby własnej, ale ma również obowiązek wzięcia udziału w zaspokajaniu potrzeb innych.

Nie bez powodu zatem wszystkie systemy ubezpieczenia społecznego zbudowane są na zasadzie przymusu ubezpieczenia danej grupy zawodowej lub warstwy społecznej. Chodzi przede wszystkim o to, aby uniknąć autoselekcji ze strony członków tej grupy, a więc zgłaszania się do ubezpieczenia tylko osób słabszych, chorych lub zaawansowanych w latach, a unikanie ubezpieczania się przez jednostki zdrowe i młodsze. A z drugiej strony chodzi także o to, aby instytucja ubezpieczeniowa również nie mogła dowolnie przyjmować do ubezpieczenia tylko tzw. ryzyka dobrego, unikać zaś przyjmowania osób słabszych i starszych, czyli prowadzić swoistej selekcji ryzyk. Przymus ubezpieczenia wyłącza nadto wszelką możliwość ewentualnego porozumienia między stronami stosunku pracy, co do wyłączenia pracownika z ubezpieczenia niezależnie zupełnie od motywów takiego porozumienia. W tym konkretnie zatem próby konstrukcji niektórych rodzajów ubezpieczenia społecznego na zasadach dobrowolności, mogą budzić zastrzeżenia. Inaczej mówiąc, albo grupa zawodowa jest zagrożona danym ryzykiem i wtedy jeśli się chroni to wszystkich obowiązkowo, albo nie jest zagrożona i nie chroni się nikogo.

V. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest skutek zdarzenia losowego w zakresie zdolności do pracy, a nie samo zajście tego zdarzenia losowego. Typowym przykładem jest choroba lub kalectwo, albo śmierć ojca lub męża. Same te zdarzenia losowe nie interesują ubezpieczeń społecznych, ale dopiero od momentu kiedy wywrą wpływ na zdolność do zdobywania środków utrzymania.

Wobec tego, że każde ze zdarzeń losowych może wywoływać różnorodne skutki w tym względzie, katalog zdarzeń losowych i katalog skutków nie pokrywają się. Tak np. choroba może spowodować czasową niemożność wykonywania pracy albo może to być niezdolność trwała. Ta czasowa lub trwała niezdolność może być całkowita lub częściowa. Można

być całkowicie lub częściowo niezdolnym do wykonywania tylko dotychczasowej pracy, albo jakiegokolwiek pracy.

Każda z tych sytuacji może zostać objęta ochroną lub tylko niektóre z nich. Jeśli tak się stanie to nabierze ona charakteru ryzyka ubezpieczeniowego. Katalog ryzyk ubezpieczeniowych jest zatem otwarty i zmienny (w przeciwieństwie do katalogu zdarzeń losowych stałego i zamkniętego). Zawsze bowiem można objąć ochroną nie chroniony dotąd skutek zdarzenia losowego (np. w 1974 r. objęto ochroną zmniejszenie się sprawności do pracy wskutek choroby), albo zrezygnować z dalszej ochrony pewnych sytuacji (mówi się o likwidacji III grupy inwalidztwa, co oznaczałoby zaprzestanie ochrony niektórych sytuacji ograniczonej zdolności do zarobkowania).

Określając zatem, które ze skutków zdarzeń losowych mają być chronione, ustala się katalog ryzyk ubezpieczeniowych. Katalog ten obejmuje aktualnie następujące ryzyka:

- czasową niezdolność do pracy (z powodu choroby lub innych przyczyn, np. urodzenia dziecka, opieki nad chorym itp);
- zmniejszoną sprawność do pracy;
- trwałą niezdolność do zarobkowania (inwalidztwo);
- utratę żywiciela;
- osiągnięcie wieku emerytalnego.

VI. O jakości ochrony zapewnianej przez dany system świadczy nie tylko długość tego katalogu, ale także takie ustalenia treści poszczególnych ryzyk, aby nie było luk pojęciowych między nimi (dotyczy to 3 pierwszych z wymienionych ryzyk). Wówczas ochrona jest pełna. Umożliwia się bowiem bezkolidyżne przejście od jednego ryzyka do drugiego (ciągłość świadczenia).

Ustalenie treści ryzyka to nic innego jak określenie cech charakteryzujących daną sytuację życiową ubezpieczonego, którą zamierza się chronić. Jak trudne i jak ważne jest prawidłowe zakreszenie treści poszczególnych ryzyk, świadczą chociażby problemy powstające na tle definicji inwalidztwa. Dużo winy ponosi za ten stan rzeczy również używana terminologia nie dostosowana do treści ryzyka. Ubezpieczenie społeczne posługuje się bowiem na określenie ryzyka trwałej niezdolności do zarobkowania terminem medycznym „inwalidztwo”. Wyraz ten pochodzi od łacińskiego słowa „validus” co znaczy silny, zdrowy, mocny, sprawny. „Invalidus” to słaby, chory, bezsilny.

W terminologii ubezpieczeń społecznych „inwalidztwo” to nie cecha podmiotowa, ale określony wpływ stanu zdrowia, czyli tego inwalidztwa (biologicznego), na zdolność do zarobkowania. Pojęcie to oznacza zatem nie rozmiar stanu zdrowia, ale rozmiar wpływu stanu zdrowia na zdolność do pracy. W efekcie nie każdy, kto jest inwalidą w potocznym

(medycznym) znaczeniu tego słowa, jest też inwalidą w rozumieniu ubezpieczeń społecznych.

Przeciętny ubezpieczony nie zawsze zdaje sobie z tego sprawę (stąd duża ilość zaskarżeń orzeczeń w tej kwestii) a i komisje ds. inwalidztwa i zatrudnienia składające się tylko z lekarzy, dla których najważniejszy jest stan zdrowia pacjenta, często też oceniają inwalidztwo z punktu widzenia tylko czynnika biologicznego.

Z drugiej strony prawo, zezwalając na pracę (nie zawieszając renty) inwalidom I i II grupy, tj. osobom *ex definitione* całkowicie niezdolnym do pracy, wprowadza już zupełne zamieszanie.

Podobnie w przypadku ryzyka wieku emerytalnego, treścią tego ryzyka jest prawo do zaprzestania pracy wraz z osiągnięciem określonego wieku i otrzymaniem świadczenia. Natomiast używanie terminu „osiągnięcie wieku emerytalnego” uzasadnia przypuszczenie, że świadczenie należy się z tytułu dożycia określonego wieku i przysługuje niezależnie od dalszego zatrudnienia.

VII. O dostępności ochrony ubezpieczenia w danym systemie świadczy też ilość i rodzaj warunków, jakie trzeba spełniać, aby świadczenie otrzymać. Im tych warunków jest więcej, im są trudniejsze do spełnienia, tym dane świadczenie jest trudniej osiągalne. Warunki to bowiem nic innego jak przeszkody na drodze do zdobycia świadczenia, które ubezpieczony musi pokonać.

Ewolucja idzie w kierunku zmniejszenia i łagodzenia tych przeszkód. Część świadczeń nabywa się już tylko z tytułu zajęcia danego ryzyka w czasie podlegania obowiązkowi ubezpieczenia. Od spełnienia tego warunku zwalniane jest jedynie ryzyko wieku emerytalnego, który od niedawna można ukończyć w dowolnym czasie, także po ustaniu zatrudnienia oraz ryzyko inwalidztwa I i II grupy, które pozwala na nabycie prawa do renty inwalidzkiej także wówczas, jeśli inwalidztwo powstało przed rozpoczęciem działalności zawodowej, czyli przed powstaniem stosunku ubezpieczenia społecznego.

Drugim najczęściej stosowanym warunkiem jest posiadanie określonej długości stażu ubezpieczeniowego. Cechą charakterystyczną stażu ubezpieczeniowego jest to, że nie ogranicza się on do okresu opłacania składki ani nawet do okresu podlegania obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. Na staż ubezpieczeniowy składają się bowiem także okresy „obce”. O ilości i rodzajach tych zaliczanych okresów decydują względy pozaubezpieczeniowe, z reguły natury społecznej i politycznej. Trzeba przyjąć, że nie można zrezygnować z uwzględnienia tych okresów w stażu ubezpieczeniowym, co nie oznacza jednak, że muszą być zaliczane bez żadnych ograniczeń. Ostatnie zmiany ustawowe w tym względzie wskazują, że zmierza się w kierunku nie tylko wypracowania reguł zaliczania tych okresów, ale i rewizji samego ich katalogu.

VIII. Wreszcie, o jakości ochrony udzielonej przez dany system ubezpieczeniowy świadczą zasady ustalania wysokości świadczenia. Wymiar świadczenia powinien bowiem odzwierciedlać wkład ubezpieczonego w tworzeniu funduszu ubezpieczeniowego.

Jednakże w ubezpieczeniach społecznych ze względu właśnie na ich funkcję ochronną świadczenie musi być wymierzone nie tylko „według pracy”. Ubezpieczenia społeczne tym się bowiem różnią od ubezpieczeń gospodarczych, gdzie każdy otrzymuje w zależności tylko od tego, ile sam świadczył, że realizują określone cele społeczne, co wymaga ustalania świadczeń także „według potrzeb” wszędzie tam, gdzie wymiar „według pracy” byłby niewystarczający. Z zasady podziału „według potrzeb” nie można więc zrezygnować. Rzecz zatem tylko w prawidłowym ustaleniu reguł stosowania obu zasad tak, aby nie realizować jednej kosztem drugiej.

Konieczność stosowania obu tych zasad prowadzi do redystrybucji środków funduszu, co w praktyce wyraża się w tzw. „spłaszczaniu świadczeń”. Redystrybucja, a co za tym idzie „spłaszczenie świadczeń” jest nieodzownym elementem „gry”. W celu osiągnięcia efektu „spłaszczania” stosowane są najróżnorodniejsze metody we wszystkich systemach ubezpieczeń społecznych na świecie. Problem sprowadzać się więc może tylko do kwestii stosowanej metody i rozmiaru spłaszczania, a nie samego jego stosowania.

Przeciwko zasadzie spłaszczania świadczeń przeprowadzono u nas nie tak dawno ostrą batalię. Wyliczenia dokonane przez red. Szeligę w „Polityce” zostały wykorzystane do głoszenia bardzo populistycznych haseł i domagania się reformy ubezpieczeń społecznych w kierunku wprowadzenia tzw. „indywidualnych kont”. Wyliczenia red. Szeligi były rzeczywiście bardzo przemawiające do wyobraźni ale i oparte na braku wyobraźni, na błędnym założeniu, że właściciel konta będzie zawsze młody, zdrowy i piękny, czyli że z miesiąca na miesiąc, z roku na rok, aż do osiągnięcia wieku emerytalnego odkładać będzie na swoje konto składkę teraz wrzucaną do wspólnego worka i dzieloną przez współczesnego Robin Hooda, czyli ubezpieczenia społeczne. W wyliczeniach tych nie ma bowiem odpowiedzi na pytania, co stałoby się, gdyby wkrótce po jego założeniu właściciel konta uległ wypadkowi, został inwalidą albo zmarł. Kto i z czego, z jakiego konta płaciłby mu przez długie lata rentę albo utrzymywał jego rodzinę, skoro jego własne byłoby puste?

Krytykę tej koncepcji z punktu widzenia ogólnych założeń ubezpieczeń społecznych przeprowadził prof. Jończyk. Pod argumentami prof. Jończyka musi się podpisać każdy, kto zna i rozumie ideę ubezpieczeń społecznych. Od koncepcji umowy pokoleń w kwestii tworzenia funduszu ubezpieczeniowego i od zasad podziału nie można chyba odejść na

rzecz koncepcji indywidualnych kont. Nie chodzi tu oczywiście o zamysł indywidualnego ewidencjonowania składek (przebiegu ubezpieczenia), bo to całkiem odrębna kwestia.

IX. Jak państwo zauważyliście, mówiąc o zakresie ochrony ubezpieczeniowej nie wymieniam, jako przedmiotu tej ochrony, wypadku przy pracy, jednego z najważniejszych pojęć w ubezpieczeniach społecznych. Objęcie bowiem ochroną wypadków przy pracy, nie oznacza rozszerzenia zakresu przedmiotowego ochrony ubezpieczeniowej poza zdarzenia losowe już wymienione. Zdarzenia losowe są zjawiskami świata zewnętrznego. Natomiast wypadek przy pracy to pojęcie wprowadzone przez przepisy. Służy ono do specyfikacji, wydzielenia niektórych z wymienionych zdarzeń losowych z punktu widzenia spełnienia przez nie określonych cech. Wypadek przy pracy to zatem taka choroba, takie kalectwo, taka śmierć, które są biologicznie nieoczekiwane i zostały spowodowane przyczyną zewnętrzną zaszłą w okolicznościach wykonywania pracy. Stąd związek tych uszczerbków na zdrowiu z pracą i nazywanie ich wobec tego wypadkami przy pracy.

Zdefiniowanie wypadku przy pracy ma znaczenie w kwestii łagodzenia warunków nabycia prawa do świadczeń. Z reguły też wysokość świadczeń jest ustalana korzystniej, a poszkodowany ma dodatkowe uprawnienia (np. może pracować bez zawieszenia prawa do renty itp.).

Problematyczna jest jednak kwestia potrzeby utworzenia odrębnego funduszu wypadkowego, z którego byłoby wypłacane te świadczenia. Logicznym bowiem kryterium tworzenia odrębnych funduszy wydaje się być rodzaj ryzyka ubezpieczeniowego, który bez funduszy miałby chronić. Każdy rodzaj ryzyka to odrębny rodzaj potrzeb, stąd odrębny fundusz mógłby umożliwiać lepsze zaspokojenie danej potrzeby. Wypadek przy pracy nie jest jednak odrębnym ryzykiem ubezpieczeniowym. Jest zdarzeniem losowym (kwalifikowanym tak przez prawo), które może wywołać 3 różne znane już ryzyka ubezpieczeniowe (tj. czasową niezdolność do pracy, inwalidztwo i utratę żywiciela). Byłby to zatem fundusz, który obsługiwałby te same ryzyka, które obsługiwałyby pozostałe fundusze. Nie ma jednak uzasadnienia dla odrębnego finansowania, np. renty rodzinnej w zależności od przyczyny śmierci żywiciela. Potrzeby dzieci są identyczne i wymagają tych samych metod ochrony, a w szczególności gwarancji państwa. Także więc z punktu widzenia gwarantowania świadczeń przez państwo nie ma potrzeby tworzenia odrębnego funduszu. Odrębny fundusz wypadkowy mógłby co najwyżej gromadzić środki na świadczenia odszkodowawcze itp.

Podsumowując – aktualnie obowiązujące przepisy ubezpieczeniowe składają się na system, który możemy ocenić jako zupełny, bowiem obejmuje

ochronę skutków wszystkich zdarzeń losowych, jakie mogą zagrozić ludzkiej zdolności do pracy. Jest to system powszechnej ochrony, bowiem obejmuje ochroną wszystkie osoby żyjące z własnej pracy, bez żadnych wyjątków i ograniczeń.

Wszystkie przepisy prawa ubezpieczeń społecznych mają charakter bezwzględnie obowiązujący, co oznacza, że nie ma tu miejsca na rolę stron. Ubezpieczenia są obowiązkowe, a świadczenia udzielane według z góry określonych zasad. Zasady te są znacznie korzystniejsze od obowiązujących w ubezpieczeniach typu gospodarczego. Ta „korzystniejszość” w praktyce oznacza niemożność odmowy przyjęcia do ubezpieczenia ze względu, np. na zły stan zdrowia lub podeszły wiek. Oznacza też niemożliwość podwyższania składki dla osób mniej zdrowych lub starszych. Ochrona ubezpieczeniowa rozciąga się na członków rodziny bez konieczności opłacania dodatkowej składki. Prawo do świadczeń w ubezpieczeniu pracowniczym jest niezależne od faktycznego opłacania składki. W stażu ubezpieczeniowym, od którego zależy wysokość świadczenia uwzględnia się także inne okresy z życia poza okresami działalności zawodowej (opłacania składki). Wreszcie zmiany w prawie na korzyść dotyczą wszystkich ubezpieczonych nie tylko nowo wstępujących (a więc działają wstecz w odniesieniu do stosunków powstałych wcześniej) itd.

Mimo tych tak korzystnych zasad i warunków ubezpieczenia, system ubezpieczeń społecznych jest powszechnie krytykowany. Dla świadczeniobiorców kryterium oceny jest bowiem przede wszystkim relacja świadczenia do poprzednich zarobków. A ta zmniejsza się coraz bardziej. Tak np. w ustawie z 1982 r. ta relacja założona była na poziomie 75-80% przy minimalnym stażu ubezpieczeniowym. W wyniku procesów inflacyjnych relacja ta spadła pod koniec lat 80-tych do 55%.

Ostatnia reforma z października 1991 r. poziom ten obniżyła do 35-40% dla maksymalnej podstawy wymiaru świadczenia i do 50-56% przy podstawie równej średniej krajowej.

Jak się wydaje głównym winowajcą zadyszki systemu ubezpieczeń społecznych jest sytuacja gospodarcza kraju, ale część winy leży też w prawie materialnym, w niewłaściwym określeniu treści ryzyk i zasad nabywania prawa.

Każdy system ubezpieczeniowy działa dobrze w sytuacji równowagi między składką i świadczeniem. Gorzej, jeśli tę nierównowagę sam sobie założy. Jedynym wyjściem jest wówczas obniżanie świadczeń. Inaczej mówiąc, każdy dobrze działający system ubezpieczeniowy stara się różnymi sposobami zachować możliwie korzystną relację między populacją płacących składkę, a pobierających świadczenia. Służy temu m.in. tzw. odraczanie emerytury oraz zawieszanie prawa do świadczeń w razie podjęcia ponownie pracy. Natomiast u nas od pewnego

czasu zachęca się nie do niekorzystania z prawa do emerytury, ale raczej do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Od początków lat 80-tych widziano w tym środek mający ułatwić władzy realizację ustrojowej zasady pełnego zatrudnienia. Obecnie zaś służy jako metoda zmniejszania poziomu bezrobocia. Efekt politycznie korzystny, ale ekonomicznie bardziej kosztowny.

Ubezpieczenia społeczne powstały jako sposób na zachowanie spokoju społecznego. Będą nim, ale pod warunkiem, że najpierw będą we właściwy sposób chronić obywateli.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.

Obecnie proszę o zabranie głosu panią profesor Józefinę Hrynkiewicz, która wygłosi referat zatytułowany: „*Společne skutki zaniechania i podjęcia reformy ubezpieczeń społecznych w Polsce*”. Bardzo proszę.

Pani Józefina Hrynkiewicz:

I. Uwagi wstępne

Ubezpieczenia społeczne – będąc jednym z podstawowych systemów w polityce społecznej państwa – w okresie transformacji ustrojowej nie zostały poddane reformie. Organizacja i finansowanie ubezpieczeń społecznych w Polsce zostało dostosowane do warunków gospodarki centralnie planowanej i zarządzanej. Ubezpieczenia społeczne w Polsce są systemem w wysokim stopniu scentralizowanym, biurokratyzowanym i całkowicie upaństwowionym. Generalne decyzje dotyczące finansów i organizacji ubezpieczeń społecznych w Polsce podejmowane są zasadniczo bez udziału ubezpieczonych. Zasadniczą funkcją tych decyzji jest każdorazowe dostosowanie stanu finansów i organizacji ubezpieczeń do wydolności finansów publicznych państwa. Pomimo wydzielenia w 1990 roku finansów ubezpieczeń społecznych z budżetu państwa nadal są one w niewielkim stopniu samodzielne. Dzieje się tak m.in. z powodu obciążenia ubezpieczeń społecznych w Polsce wieloma funkcjami polityki socjalnej państwa (np. funkcje związane z polityką rodzinną, ludnościową, obronną, zatrudnienia) oraz niedowładem wielu dziedzin polityki społecznej (np. ochrony zdrowia).

Ubezpieczenia społeczne w Polsce po 1945 roku ukształtowały się nie jako system ubezpieczeniowy, lecz faktycznie zaopatrzeniowy, który coraz silniej obciąża i hamuje zmiany zmierzające do budowania gospodarki wolnorynkowej. Stan taki wpływa na pogłębiającą się niewydolność finansów ubezpieczeń społecznych i finansów publicznych w ogóle. Ubezpieczenia społeczne coraz częściej stają się tere-

nem nasilających się walk politycznych i konfliktów społecznych. Nie wpływają też one pozytywnie na postawy i zachowania ubezpieczonych, ponieważ w obecnie funkcjonującym systemie ich możliwości wpływania na poziom zabezpieczenia materialnego w przypadku niemożności zarobkowania są bardzo niewielkie. Zmienność zasad i warunków dostępu do świadczeń prowokuje nieustającą walkę silniejszych grup społecznych o korzystniejsze warunki nabywania i wyższy wymiar świadczeń. Ubezpieczenia społeczne coraz częściej stają się terenem walk politycznych o elektorat wyborczy – co nie sprzyja bezpieczeństwu socjalnemu obywateli.

W referacie zamierzam wskazać na niektóre konsekwencje społeczne:

— zaniechania reformy ubezpieczeń społecznych w Polsce w warunkach budowy systemu gospodarki rynkowej, tzn. pozostawienia obecnego stanu ubezpieczeń społecznych w Polsce bez wprowadzenia zmian w zakresie ich organizacji i finansowania oraz kontynuowanie dotychczasowej praktyki w zakresie określania zasad i warunków nabywania świadczeń;

— podjęcia reformy organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych według projektu przyjętego we wrześniu 1992 roku przez połączone Komisje Senatu RP.

II. Kierunki zmian w systemie ubezpieczeń społecznych w Polsce po 1989 r.

Od 1990 roku (do października 1992 r.) w systemie organizacji i finansowania pracowniczych ubezpieczeń społecznych nie wprowadzono zmian. Siedem ustaw wprowadzonych do 1990 roku obejmowało jedynie zmiany dotyczące zasad i warunków nabywania uprawnień do świadczeń. Analiza zmian przeprowadzonych w zakresie pracowniczych ubezpieczeń społecznych wykazuje, że miały one charakter porządkujący – unifikujący – zasady wymiaru świadczeń. Niektóre z wprowadzonych zmian likwidowały narosłe przez wiele lat niezawinione upośledzenia szczególnie starych grup emerytów oraz zasłużonych i nie zasłużonych przywilejów wybranych grup społeczno-zawodowych. W likwidowaniu upośledzeń ustawodawca zastosował jasne kryteria zmian – wiek emerytów. Takim kryterium posłużono się w ustawie o rewaloryzacji emerytur i rent dla osób, które ukończyły 80 lat oraz o zmianie niektórych przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym (Dz.U. 1990, nr 92, poz. 540). Nie ma natomiast jasnych kryteriów w zastosowanych przepisach likwidujących przywileje niektórych grup społeczno-zawodowych. Ustawa z dn. 9 lutego 1990 roku o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. nr 10, poz. 61) pozbawiała prawa do emerytury w wieku o 5 lat niższym niż wymagany w ogólnych zasadach oraz skróconym okresie zatrudnienia, osoby zajmujące kierownicze stanowiska

w naczelnym i wojewódzkich statutowych organach PZPR i stronnictwach politycznych oraz w naczelnym wykonawczych organach tej partii i stronnictw politycznych, a także w centralnych organach organizacji spółdzielczych.

Ustawa z dnia 17 października 1991 r. pozbawiała przywilejów emerytalnych, m. in. górników, kolejarzy, nauczycieli, hutników (por. Dz.U. 1991 r., nr 104, poz. 450). Ustawa została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego przez rzecznika praw obywatelskich oraz liczne związki zawodowe. Pozostawiono natomiast przywileje emerytalne dla żołnierzy zawodowych, policji (milicji), pozostałych służb MSW, straży granicznej i więziennej. W tym przypadku ustawodawca zastosował różne kryteria w odbieraniu wcześniej określonych warunków i zasad nabywania uprawnień emerytalnych.

Analiza zmian w zakresie trybu nabywania uprawnień do świadczeń emerytalnych oraz nadawania i pozbawiania przywilejów nie pozwala na znalezienie jednolitych, jasno i jednoznacznie określonych kryteriów. Brak ustalonego trybu oraz jasnych kryteriów nabywania uprawnień do świadczeń zaliczyć należy do zasadniczych wad systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. Z tego względu należy krytycznie ocenić zmiany w zakresie nabywania pracowniczych uprawnień emerytalno-rentowych przeprowadzone w Polsce po 1989 r. Polegały one na dostosowaniu tych uprawnień do:

- stanu i wydolności finansów publicznych (por. np. ustawy z dn. 17.X.1991, 15.II.1992, 5.VI.1992);
- aktualnej sytuacji na rynku pracy;
- akceptowanej przez społeczeństwo granicy obniżania dochodów osobistych ludności.

Inny charakter miała natomiast reforma ubezpieczeń społecznych rolników indywidualnych (por. Dz.U. 1991 r. nr 7, poz. 24). Obejmowała ona swoim zakresem nie tylko zasady nabywania świadczeń, ale także rozwiązywała kompleksowo zagadnienia finansowania i organizacji. Ustawa ta stworzyła podstawy budowania trwałego systemu instytucji zasilania i wypłacania świadczeń. Zasadniczą wadą tego systemu jest brak gwarancji dla zachowania realnej wartości świadczeń.

Ukształtowany w Polsce po 1945 roku system społecznych ubezpieczeń pracowniczych obciążony jest licznymi brakami:

- jest w wysokim stopniu podatny na złą koniunkturę gospodarczą;
- jest systemem nietrwałym, ulegającym częstym zmianom pod wpływem stanu finansów publicznych;
- jest nieodporny na zmienne koniunktury polityczne; staje się terenem konfliktów społecznych i walk wpływowych grup społecznych;
- stała zmiana trybu, zasad i warunków nabywania świadczeń powoduje, że system ten nie gwarantuje poczucia bezpieczeństwa socjalnego ubez-

pieczonym, nie zachęca ich do zachowań przedsiębiorczych, do przezorności i wpływania na własną sytuację socjalną;

— obecny system nie sprzyja postawom samorządowym ubezpieczonych, ponieważ nie mają oni faktycznie wpływu na własne bezpieczeństwo socjalne; ubezpieczeni są „podopiecznymi”, a nie współgospodarzami (współwłaścicielami) systemu ubezpieczeń;

— ZUS nie posiada obecnie żadnego organu samorządowego – nie posiadał go faktycznie w całym okresie powojennym, gdyż trudno byłoby za organ samorządowy uznać funkcjonujące do 30 września 1992 roku rady nadzorcze (powołane w 1986 roku rady nadzorcze są raczej przykładem na to, jakich tworów administracyjnych w miejsce samorządów nie należy stosować);

— system ten nie dba o dochody i stan finansów instytucji ubezpieczającej; jest nieodporny na nieuzasadnione zawyżanie (zaniżanie) świadczeń, zaniżanie (zawyżanie) składek;

— system obecny nie dba o racjonalizowanie wydatków, nie liczy kosztów, nie prowadzi działalności ograniczającej wydatki; nie prowadzi działalności profilaktycznej, nie bada efektywności społecznej ponoszonych kosztów;

— system obecny w zakresie regulowania własnej sytuacji finansowej sprawnie opanował dwa narzędzia – podwyższanie składek a obniżanie świadczeń.

Ocena obecnego systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce wykazuje jego niedostosowanie do warunków gospodarki rynkowej. Zarówno w jego mechanizmach społecznych – wpływanie na postawy i zachowania ubezpieczonych, ich bezpieczeństwo socjalne i zaufanie do własnego państwa, a także jego mechanizmach ekonomicznych – racjonalne gospodarowanie środkami ubezpieczonych. System ten przystosowany został do warunków gospodarki centralnie planowanej, gdzie centralny organ państwa dzielący środki budżetowe, między innymi pewną ich część na dany rok, wydzieliał także i na ubezpieczenia społeczne. Do wydzielonej sumy dopasowywano każdorazowo zasady i warunki nabywania świadczeń z jednej strony oraz wysokość składek z drugiej strony.

Przedłużanie funkcjonowania obecnego systemu ubezpieczeń społecznych w konsekwencji prowadzi do dalszej erozji finansów publicznych państwa i do niewydolności finansowej systemu. Trudności finansowe ZUS pogłębią się, gdy w wiek emerytalny (około roku 2000) zaczną wchodzić roczniki powojennego wyżu demograficznego. Spowoduje to trudną do przewidzenia w rozległości skutków społecznych destabilizację pozostałych systemów polityki społecznej państwa. Można ocenić, iż została już osiągnięta krytyczna granica w zakresie podwyższania składek i obniżania wymiaru świadczeń. Prze-

cięte świadczenie długookresowe osiąga obecnie poziom zbliżony do minimum socjalnego i dalsze jego obniżenie nie będzie możliwe z powodu:

— braku akceptacji społecznej;

— negatywnych konsekwencji obniżenia poziomu życia (powodujących w efekcie wzrost wydatków w innych dziedzinach, m.in. pomocy społecznej, ochronie zdrowia, mieszkalnictwie).

III. Społeczne konsekwencje ustawy o zakresie oraz zasadach organizacji i finansowania powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych

(inicjatywa ustawodawcza połączonych Komisji Senatu RP z września 1992 r.)

Przedłożony przez połączone Komisje Senatu RP projekt ustawy o zakresie, zasadach organizacji i finansowania powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych z dnia 2 września 1992 roku stanowić może ważny etap w reformowaniu systemu finansowania i organizacji ubezpieczeń społecznych w Polsce. Projekt zakłada podjęcie reformy systemowej w zakresie organizacji powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz ich finansowania. Projekt ten daje ponadto szansę na:

— objęcie ubezpieczeniem społecznym innych niż wymienione ryzyk socjalnych;

— tworzy szansę generalnej reformy warunków i trybu nabywania świadczeń uwzględniającej czas i wielkość wnoszonych przez ubezpieczonych wpłat;

— otwiera drogę do tworzenia dodatkowych ubezpieczeń społecznych.

Ważniejsze skutki społeczne projektowanych zmian w zakresie finansowania ubezpieczeń społecznych:

1. Wprowadzenie składki na ubezpieczenia społeczne płaconej przez pracowników i pracodawców (i ewentualnie państwo) stworzy podstawę do ukształtowania samorządu i przekształcenia ZUS w instytucję o charakterze samorządowym.

2. Projektowane wprowadzenie indywidualnego numeru konta ubezpieczenia społecznego ewidencjonowanego przez ZUS – prowadzi do zainteresowania samych ubezpieczonych opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne. W konsekwencji prowadzi to do ochrony dochodów ZUS i polepszenia stanu finansów. Musi to jednakże prowadzić w dalszej konsekwencji do zmiany zasad i trybu nabywania prawa do świadczeń. Powstaje oczywiście problem ewidencji składek ubezpieczeniowych, płaconych w okresach wcześniejszych, określenia czasu od którego taka rejestracja wstecz ma być zastosowana. Projekt tej sprawy nie rozstrzyga, ponieważ może być ona uregulowana w innym trybie. Z ewidencjonowaniem składek wiąże się też problem nabywania prawa do świadczeń zależnego od wielkości składek i długości czasu wpłacania do kasy ZUS.

Z punktu widzenia ubezpieczyciela i państwa, które słusznie gwarantuje wypłacalność ZUS, szczególnie w zakresie świadczeń długookresowych (m.in. renty, emerytury), jest to zobowiązanie o daleko idących konsekwencjach. Sprowadzają się one – w skrócie i uproszczeniu do tego, że państwo (obecnie minister finansów) nie może doraźnie i dowolnie określać wielkości swoich zobowiązań (dopasowując je, jak ma to miejsce obecnie, do stanu finansów publicznych i tolerancji ubezpieczonych). Z punktu widzenia ubezpieczonego ma to jednak bardzo daleko idące konsekwencje – zyskuje on możliwość przewidywania własnego położenia materialnego w okresie, gdy nie będzie mógł zarobkować, ma także możliwość wpływania na własną sytuację przez świadome kształtowanie w długim okresie swojej sytuacji. Stałość i nienaruszalność zasad wymiaru i trybu nabywania świadczeń daje ubezpieczonym poczucie bezpieczeństwa socjalnego – ich dochody ze świadczeń społecznych będą bowiem miały charakter dochodów pewnych (gwarantowanych w pewnych granicach ich realnej wartości) i stałych.

3. Rozdzielenie różnych funduszy ubezpieczeniowych – projekt wymienia pięć celowych funduszy – pozwoli na: liczenie kosztów poszczególnych ryzyk, gospodarowanie wyodrębnionymi funduszami, podejmowanie działań racjonalizujących koszty, podejmowanie działań profilaktycznych obniżających koszty poszczególnych ryzyk socjalnych.

4. Finansowa samowystarczalność niektórych funduszy ubezpieczeniowych zmusi ZUS do rewizji warunków dostępu do świadczeń, do kontroli wypłat, do działań racjonalizujących koszty. Dodatkowo wyniki finansowe, co przewiduje projekt ustawy, pozwolą na podwyższanie świadczeń i obniżanie składek. Tak, jak wyniki negatywne, mogą zmusić ZUS do operacji odwrotnej. Tworzy to sprzyjające warunki wywierania silnej presji na ZUS w zakresie racjonalnego gospodarowania powierzonymi środkami.

Projektowana ustawa nakłada na ZUS obowiązek prowadzenia profilaktyki i rehabilitacji, co doprowadzi do obniżania kosztów i zmniejszy liczbę osób pozbawionych możliwości samodzielnego zarobkowania (por. art. 23).

5. Projekt ustawy daje szansę stworzenia – bez konieczności zmiany całej ustawy – innych niż wymienione rodzajów ubezpieczeń (por. art. 1 p. 2.4.), np. ubezpieczenia od bezrobocia, ochrony pracowników przed socjalnymi skutkami bankructwa pracodawcy, objęcia ubezpieczeniem społecznym usług ochrony zdrowia.

6. Poza systemem powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych projekt pozostawia świadczenia rodzinne wypłacane obecnie na zasadach zaopatrzeniowych. Z punktu widzenia przyjętej w ustawie zasady jest to rozwiązanie słuszne.

7. Płacenie składki na ubezpieczenie z tytułu wypadków przy prac i chorób zawodowych w całości

przez pracodawcę – co zakłada omawiany projekt – wymusi na pracodawcach dbałość o poprawę warunków pracy. Pod warunkiem, że nie będzie to składka w całości wliczona w koszty produkcji (problem ten wymaga szczegółowej regulacji ustawowej).

8. Zróżnicowanie wysokości składki na ubezpieczenie od wypadków przy pracy i chorób zawodowych wymusi poprawę warunków pracy (w Polsce około 1/4 ogółu zatrudnionych pracuje w złych warunkach). Jest to jedna z głównych przyczyn nasilającego się w Polsce zjawiska nadumieralności mężczyzn i skracania przeciętnego dalszego trwania życia (prawidłowości te są dobrze znane w historii gospodarczej).

9. Samorządowy charakter ZUS doprowadzi do społecznej kontroli nad funkcjonowaniem tej instytucji i stworzy właściwą płaszczyznę do negocjowania i uwzględniania w równym stopniu interesów pracowników, pracodawców i państwa.

10. Obowiązek prowadzenia przez ZUS rachunków bieżących i prognozowania kosztów działalności (na 5, 10, 20, 30, 40 lat) pozwoli na długofalowe prognozowanie działalności w tym tak istotnej, jak profilaktyka i rehabilitacja oraz wpływania bezpośrednio na inne dziedziny polityki społecznej państwa – ochrony zdrowia, edukacji i zatrudnienia.

11. Nadanie ZUS osobowości prawnej pozwoli na odzyskanie majątku utraconego po 1945 roku oraz stworzy niezbędne warunki do podjęcia samodzielnej działalności społeczno-gospodarczej (m.in. prowadzenia i rozwijania instytucji profilaktyki, rehabilitacji, opieki i innych).

IV. Kilka wniosków

Reforma systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce jest konieczna i musi być podjęta szybko. System funkcjonujący obecnie wyczerpał już swoje możliwości i bez mnożenia dalszych strat społecznych i ekonomicznych oraz bez realnego ryzyka destabilizacji sytuacji politycznej nie można przedłużać jego funkcjonowania. Nie da się, w zmieniających się warunkach ekonomicznych, utrzymać instytucji hamującej przemiany systemowe, kształtującej postawy i zachowania obce naturze gospodarki rynkowej. Być rencistą i pracować na czarno – oto w publicystycznym skrócie model życia kreowany przez główny podmiot polityki społecznej państwa, jakim są obecne ubezpieczenia społeczne.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, zanim oddam głos następnym mówcom proponuję kilka rozwiązań technicznych.

Po wypowiedziach przedstawicieli resortu, chcielibyśmy podjąć dyskusję i aby ją usprawnić, pozwolę sobie zaprosić pana senatora Pawlika do zajęcia miejsca za stołem prezydyalnym. Pan senator Pawlik

jako przedstawiciel Komisji Gospodarki Narodowej, będzie prowadził ze mną seminarium w ciągu tych dwóch dni.

Proszę pana senatora Pawlika.

Obecnie proszę o zabranie głosu przedstawiciela Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pana Andrzeja Bączkowskiego.

Pan Andrzej Bączkowski
Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Prace nad reformą ubezpieczeń społecznych trwają w ministerstwie pracy od dosyć dawna. Można powiedzieć, że ich aktualnym efektem są projekty dwóch ustaw. Projekt pierwszy traktuje o ubezpieczeniach społecznych, projekt drugi natomiast wyłącznie o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. I oba te projekty, w swojej treści, w swoich propozycjach były już wielokrotnie modyfikowane w wyniku dyskusji społecznej, jaka się na ten temat toczy. I pragnę wyraźnie podkreślić, że nie są one także w swych propozycjach i w swej treści w sposób definitywny zamknięte. Resort jest otwarty na pogłębioną merytoryczną dyskusję nad tym, co powinno składać się na nowy model ubezpieczeń społecznych w Polsce.

Pozwolę sobie państwu zająć czas zreferowaniem podstawowych elementów konstrukcyjnych obu projektów według aktualnych zapisów, a jak już powiedziałem, w swej treści oba projekty były wielokrotnie modyfikowane.

I tak, jeśli chodzi o projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych skupię się na czterech zagadnieniach. Po pierwsze, na zakresie przedmiotowym ustawy; po drugie, na zakresie podmiotowym ustawy; po trzecie, na składce; po czwarte, na funduszu. Postaram się mówić krótko.

Jeśli chodzi o zakres przedmiotowy. Otóż, proszę państwa, ministerstwo pracy przewiduje, iż na ubezpieczenia społeczne składałyby się trzy działy, mianowicie: ubezpieczenie emerytalno-rentowe, ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczenie z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych. Każdy z tych trzech działów w sensie organizacyjnym, w sensie finansowym byłby w jakiejś mierze wyodrębniony. O tym za chwilę.

Można powiedzieć natomiast, że zakres świadczeń w ramach każdego z tych trzech działów, pozostałby według stanu na dzisiaj nie zmieniony. Tak jak to wynika z aktualnie obowiązujących przepisów.

Zakres podmiotowy charakteryzuje się tym, iż ubezpieczeniem zostałyby objęte praktycznie wszystkie osoby, które osiągają dochód. W uproszczeniu można powiedzieć: z tytułu własnej działalności.

Jest tutaj pewien element, na który chciałbym zwrócić uwagę państwa, mianowicie ubezpieczenia obowiązkowe. Projekt ustawy przewiduje w zakresie emerytalno-rentowym i wypadkowym, że takie obo-

wiązkowe ubezpieczenia dotyczyłyby praktycznie wszystkich tych kategorii osób, które mieszczą się – jak powiedziałem ogólnie – wśród tych, którzy osiągają dochód z tytułu własnej działalności. A więc począwszy od pracowników w rozumieniu kodeksu pracy, czyli osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, nominacji, spółdzielczej umowy o pracę, poprzez członków Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych, osoby wykonujące pracę nakładczą, osoby zatrudnione na podstawie umowy agencyjnej, zlecenia, a także prowadzące działalność gospodarczą, przedstawicieli wolnych zawodów, artystów, twórców, posłów, senatorów, osoby pobierające stypendia sportowe, aż po osoby, które są bezrobotne i osoby pobierające zasiłek szkoleniowy. Zatem ubezpieczeniem obowiązkowym w zakresie emerytalno-rentowym i wypadkowym objęte byłyby te wszystkie kategorie osób.

W przypadku ubezpieczenia z tytułu choroby i macierzyństwa rzecz ma się inaczej. Obowiązkowość tego ubezpieczenia byłaby przewidziana wyłącznie dla kilku kategorii osób osiągających dochody, a mianowicie: dla pracowników w rozumieniu kodeksowym, członków Rolniczych Spółdzielni Produkcyjnych, wykonujących pracę nakładczą, a także zatrudnionych na podstawie umowy agencyjnej, umowy-zlecenia.

Pozostałym kategoriom osób, które wcześniej wymieniałem, a które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu i wypadkowemu, projekt ustawy tworzy możliwość ubezpieczenia się. A więc byłyby to osoby, które na swój wniosek mogłyby zostać objęte ubezpieczeniem z tytułu choroby i macierzyństwa. Przypomnę, że dotyczy to tych, którzy generalnie pracują na własny rachunek, otrzymują stypendia sportowe, są bezrobotni, otrzymują zasiłek szkoleniowy.

Teraz może sprawa składki. Otóż projekt ministerialny przewiduje, że na każdy z tych działów ubezpieczenia społecznego byłaby wyodrębniona składka, przy czym składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i chorobowo-macierzyńskie płaciłaby w równych częściach pracodawcy i pracownicy. Jej wysokość generalnie byłaby kalkulowana w sposób taki, aby zapewnić bieżącą wypłatę świadczeń. Tutaj, myślę, istotna informacja z uwagi na pewne rozbieżności pomiędzy różnymi projektami, które w tej chwili stanowią przedmiot dyskusji. Mianowicie projekt ministerialny przewiduje, że jakkolwiek składki byłyby kalkulowane pod kątem zapewnienia wypłaty świadczeń, to jednak gwarancję wypłat w każdym z tych trzech działów ubezpieczenia społecznego miałyby w swoich rękach państwo. Czyli państwo gwarantuje wypłaty świadczeń emerytalno-rentowych, chorobowych i wypadkowych.

Wracam do poprzedniej myśli: obie te składki emerytalno-rentową i chorobowo-macierzyńską płaciłaby w równych częściach pracownicy i pracodaw-

cy. Generalnie byłaby właśnie kalkulowana tak, aby zapewnić wypłaty świadczeń w ramach tych dwóch działów ubezpieczenia.

Inaczej natomiast wygląda regulacja dotycząca składki wypadkowej. Mianowicie byłaby ona ustalana już nie w ustawie budżetowej, ale z mocy decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, indywidualnie dla zakładów pracy, kalkulowana z uwzględnieniem stopnia ryzyka zawodowego, występującego w zakładzie, oraz jego skutków.

Sprawa następna. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych byłby wyodrębniony jako fundusz celowy. Gromadząc środki pochodzące ze składek, a także i z innych tytułów, o których powiem, omawiając projekt ustawy o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, miałby opisaną w projekcie ustawy możliwość swobodnego dysponowania nadwyżkami funduszu, gdyby takie były. Przewiduje się, mianowicie nie tylko jak gdyby oddzielenie gospodarki finansowej funduszu od gospodarki finansowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako takiego. Także dla samego funduszu projekt przewiduje: możliwość lokat oprocentowanych w bankach, w których byłyby gwarancje państwowe dla tych lokat; możliwość angażowania nadwyżek w udziały do spółek kapitałowych; zakup obligacji czy papierów wartościowych skarbu państwa, a także możliwość udzielania pożyczek.

I tyle w dużym skrócie o tym pierwszym projekcie, bo zakładam, że on jest w miarę znany. Mnie chodziło tylko o to, aby w tych podstawowych elementach konstrukcyjnych dać państwu informację co do aktualnego stanu prac, bowiem jest to jeden z kolejnych projektów, jakie zostały stworzone w ministerstwie pracy, i nie wiem, czy jest ostateczny.

Projekt drugi, który reguluje organizację, status, funkcjonowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Skoncentruję się na sprawach takich jak: właśnie status, stan prawny jak gdyby towarzyszący powołaniu, funkcjonowaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zakres zadań tego zakładu, rozstrzygnięcia organizacyjne, strukturalne, a także gospodarka finansowa.

Zaczynam od sprawy pierwszej. Otóż Zakład Ubezpieczeń Społecznych miałby zostać wyodrębniony z systemu organów administracji państwowej i tak tworzonej autonomii, gwarantowanej poprzez przewidziane nadanie osobowości prawnej, miałyby towarzyszyć właśnie samodzielność tegoż Zakładu w zakresie rozstrzygnięć dotyczących spraw strukturalnych, kształtu organizacyjnego, a także, co jest konsekwencją osobowości prawnej, możliwość udziału swobodnego w obrocie cywilnoprawnym. To jest szalenie ważne dla prowadzenia pozastatutowej działalności gospodarczej. Właściwie jedynym ogólnym ograniczeniem w tym zakresie byłyby powszechnie obowiązujące przepisy regulujące wysokość składki, zakres przedmiotowy ubezpieczenia, w tym katalog świadczeń i ich wysokość.

Nadzór nad tym zakładem, ale wyłącznie merytoryczny, sprawowałby minister pracy i polityki społecznej, który jest w państwie polskim odpowiedzialny za prowadzenie polityki społecznej.

Zakres zadań. Pragnę zwrócić uwagę na trzy sprawy. Mianowicie, m.in. fakt tej autonomii, posiadania osobowości prawnej, a także konieczność realizowania pewnych zadań w sposób zdecydowany przez instytucje ubezpieczeniowe w krajach o gospodarce rynkowej powodują, iż projekt przewiduje aktywną działalność Zakładu w zakresie profilaktyki, w zakresie zapobiegania powstawaniu inwalidztwa. Jest tutaj przewidziany cały szereg rozstrzygnięć.

Sprawa pierwsza. Chcę zwrócić uwagę na to, iż projekt, zakładając zasadniczą reformę funkcjonowania i nadzoru nad orzecznictwem lekarskim w tym zakresie, przewiduje wmontowanie w strukturę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych instytucji naczelnego lekarza, który w imieniu prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nadzorowałby to orzecznictwo. Przysługuje mu, jak przewiduje to projekt, cały szereg kompetencji.

Sprawa druga. Istotne *novum*, o którym już była tutaj mowa, mianowicie wprowadzenie indywidualnych kart przebiegu ubezpieczenia, w których rejestrowane byłyby okresy opłacania składek, okresy pobierania świadczeń. Ze względów organizacyjnych, finansowych, edukacyjnych ich wprowadzenie, zdaniem ministerstwa pracy, nie będzie mogło nastąpić szybko, w każdym razie nie tak szybko, jak chcielibyśmy.

Sprawa trzecia, będąca właśnie efektem dysponowania osobowością prawną: możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie pozastatutowym, możliwość przejęcia na własność majątku ruchomego, nieruchomego, możliwość stawiania się stroną w sporach o odzyskanie majątku utraconego głównie w okresie po II Rzeczpospolitej i przewidywane właśnie – na co już zwracałem uwagę – wyodrębnienie działalności finansowej ZUS jako takiego od dysponowania środkami finansowymi Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Rozstrzygnięcia strukturalne i organizacyjne rzucają w jakiejś mierze na zapisy projektu, na propozycje, które dotyczą organów zakładu, ich kompetencji. Pragnę zwrócić uwagę na to, iż w miejsce aktualnego systemu rad nadzorczych, projekt przewiduje powołanie jednej naczelnej rady nadzorczej. Składałaby się z przewodniczącego i 30 osób. Ten skład byłby oparty o pewien trójpartyzm: 1/3 reprezentowałiby ubezpieczeni emeryci i renciści, 1/3 pracodawcy, a 1/3 stanowiliby reprezentanci interesów organu nadzorczego, czyli ministra pracy. Skład ustalałby poprzez powołanie prezes Rady Ministrów. I taka rada w założeniu projektodawców miałaby być organem uchwałodawczym zakładu. Prezes natomiast byłby organem wykonawczym i powoływałby go też premier.

Wśród wielu kompetencji rady nadzorczej zwracając uwagę te: to ona właśnie uchwalałaby statut, ona nadzorowałaby gospodarkę finansową zakładu, zatwierdzałaby wszelkie decyzje prezesa, które by w jakiejś mierze odnosiły skutek w sferze ekonomicznej zakładu, ale miałyby także swój udział przy powoływaniu i odwoływaniu prezesa i wiceprezesów zakładu.

Może jeszcze jedna sprawa. Zmieniłby się, przynajmniej w sensie formalnym, status pracowników zakładu, mianowicie przestaliby być urzędnikami państwowymi, skoro z systemu organu administracji państwowej zostałby wymontowany zakład. Ich ochrona prawna w trakcie wykonywania zadań byłaby zapewniona dzięki temu, iż podlegaliby oni ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy państwowych. Z innych natomiast powodów byłiby pozbawieni prawa do strajku; chodzi mianowicie o zagrożenie wypłat dla kilkumilionowej rzeszy potencjalnych świadczeniobiorców.

Zakres kompetencji zakładu uległby w wielu obszarach wzmocnieniu. W związku z pewną aktualnością sprawy ściągania składek ubezpieczeniowych chciałbym wspomnieć, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych uzyskałby w tym zakresie pewne nowe kompetencje, mógłby występować o wykreślenie z ewidencji działalności gospodarczej, o pozbawienie koncesji, mógłby skutecznie blokować ponowne wpisanie na tę listę bądź też uzyskanie koncesji przez osoby, które nie uregulowały zaległości, prowadząc wcześniej działalność gospodarczą itd.

Zdaję sobie sprawę, że te uwagi są nie tylko bardzo ogólne, elementarne, ale i w części nie uporządkowane. Postaram się, aby w trakcie dyskusji, kiedy zajdzie taka potrzeba, na bieżąco referując, prezentować państwu i nasz projekt i nasze aktualne stanowisko, jako ministerstwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Ogłaszam siedmiominutową przerwę.

(Przerwa w obradach od godziny 13.04 do 13.12)

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo! Po krótkiej przerwie wznowiamy nasze seminarium.

O zabranie głosu proszę panią minister Helenę Góralską z Ministerstwa Finansów, która powie nam o ekonomicznych uwarunkowaniach wprowadzenia reformy ubezpieczeń społecznych.

Pani Helena Góralska Ministerstwo Finansów:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Czuję się w dużej mierze współodpowiedzialna za ten system emerytalno-rentowy, który mamy w tej

chwili w Polsce, ponieważ w rządzie Tadeusza Mazowieckiego byłam wiceministrem pracy i do moich kompetencji należało m.in. nadzorowanie tej sfery.

Chciałam powiedzieć, że jeśli chodzi o obecny system emerytalno-rentowy, który został wprowadzony jesienią zeszłego roku, kiedy Sejm uchwalił stosowną ustawę, uważam, że to jest system dobry. Wiem, że to stwierdzenie może wzbudzić liczne kontrowersje, niemniej jednak byłabym gotowa bronić tego systemu.

Jeżeli będziemy się trzymać realiów, wysokości przeciętnej płacy, przeciętnej emerytury, to wtedy obecna sytuacja stanie się być może trochę jaśniejsza. Jeżeli mamy przeciętną płacę około 3 mln zł, to według wszelkich światowych standardów emerytura powinna wynosić, zarówno obowiązkowa, jak i dodatkowa, mniej więcej 60% zarobków, czyli przy 3 mln zł pensji, to jest mniej więcej 1 mln 800 tys. zł.

I obietnice, że przy takim poziomie dochodu narodowego, jaki mamy teraz w Polsce, przy takim poziomie przeciętnych płac, można zaproponować jakieś rozwiązania, które spowodują, że emerytura, jak to niektórzy obiecywali, będzie wynosiła 7 mln zł, są po prostu niepoważne i nie należy ich w ogóle poważnie rozpatrywać.

Jakie są dwa bardzo poważne mankamenty obecnie istniejącego systemu, których nie udało się usunąć ani wówczas, kiedy ministrem pracy był po raz pierwszy Jacek Kuroń, ani wtedy, kiedy ministrem pracy był Michał Boni?

W Polsce mamy najniższy faktyczny wiek odchodzenia na emeryturę. Mimo ustawowego wieku 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn faktyczny wiek emerytalny wynosił 58 lat, w ostatnim półroczu troszeczkę się podwyższył. To jest sytuacja, której nie wytrzyma żaden, nawet najbogatszy kraj. Do jak niewiarygodnych wysokości należałoby podnosić składki bądź zwiększać dotacje, żeby to można było sfinansować?

Wszystkie robione na Zachodzie kalkulacje, ile może wynosić emerytura, i cała ta statystyka aktuarialna, prowadzone są przy założeniu, że pracuje się 40 lat. Natomiast w Polsce przeciętnie pracuje się dwadzieścia kilka lat. I są tego dwa powody. Pierwszy to posiadanie przez nas najbardziej rozbudowanego na świecie zestawu uprawnień umożliwiających wcześniejsze przechodzenie na emeryturę, związanych albo ze szczególnymi warunkami pracy, albo, jak to się nazywa, ze „szczególnym charakterem pracy”.

Nie neguję, że w Polsce warunki pracy są niedobre, natomiast zwalnianie ludzi na wcześniejsze emerytury, to nie jest ani żadna poprawa warunków pracy, ani polepszenie stanu zdrowia tych ludzi.

Musi więc nastąpić to, co jeszcze z ministrem Kurońem proponowaliśmy: zdecydowana weryfikacja uprawnień do przechodzenia na wcześniejsze emerytury. Nie mówię o likwidacji całkowitej, tylko

o przyjrzeniu się tym stanowiskom, z których można przejść na wcześniejsze emerytury.

Może podam rzeczywiście skrajny przykład. Jeżeli tłumacz na język obcy w Polskiej Agencji Prasowej ma uprawnienia do wcześniejszego przejścia na emeryturę z uzasadnieniem, że szczególnie wyteża narząd wzroku, to coś tu jest zdecydowanie nie w porządku.

Skąd się brały te wszystkie uprawnienia? Ustawa z 1982 r. zawierała delegację dla Rady Ministrów do wydania rozporządzenia określającego niektóre zawody uważane za szczególnie uciążliwe bądź mające ten właśnie szczególny charakter. A to rozporządzenie zawierało delegację i zawiera ją nadal, że kierownicy resortów mogą w porozumieniu z ministrem pracy określać szczegółowo, jakie stanowiska uprawniają do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. W związku z tym od 1 stycznia 1983 r., od kiedy ta ustawa zaczęła działać, w niewiarygodny zupełnie sposób rozbudowała się zasada wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Niektóre stanowiska zostały przyznane przez ministra finansów, niektóre przez prezesa NBP, niektóre przez ministra przemysłu, a niektóre przez ministra przemysłu lekiego. Co więcej, takie uprawnienia miał także prezes Polskiej Agencji Prasowej i przewodniczący PAX i nadal taki jest stan prawny.

I drugi problem, o którym tutaj była mowa, to niewiarygodna łatwość uzyskania w Polsce renty inwalidzkiej.

Nie kwestionuję tego, że są ludzie rzeczywiście niepełnosprawni, którym w jakiś sposób trzeba pomóc, ale nie ma nigdzie na świecie podobnych jak u nas proporcji emerytów i rencistów. Aktualnie te proporcje kształtują się mniej więcej jak 60:40.

Problem polega także na tym, że różnymi ustawami czy też innymi aktami prawnymi narzucane są na Zakład Ubezpieczeń Społecznych różne obowiązki bądź rozszerzany jest krąg osób, którym wypłaca się jakieś świadczenia. Sytuacja jest taka, że dotacja planowana do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w 1992 r. wynosiła około 52 bln zł, z tego 20 bln zł było dotacją systemową, przeznaczoną na wypłaty świadczeń, które – jak wynika z ich definicji – nie mają być finansowane ze składek, tylko winny być pokrywane wprost z budżetu państwa. Natomiast 32 bln zł to były dopłaty do wypłat tych świadczeń, które z założenia powinny być pokrywane ze składek, ale niestety nie starczało na nie środków.

I jeszcze jedna rzecz, która też jest bardzo istotna, a mianowicie w całym systemie emerytalno-rentowym Polska ma chyba najbardziej rozbudowane okresy, uważane za równorzędne z pracą, ale za które nigdy nie były opłacane składki.

To jest przewidziane w innych krajach, tylko gdzieś są granice, których już nie można przekroczyć. I to jest jakby ta materialna część systemu ubezpieczeń społecznych.

Jest natomiast również druga część systemu. Różne obowiązki, jakie spadły na Zakład Ubezpieczeń Społecznych w warstwie organizacyjno-administracyjnej wydatnie podnoszą koszty funkcjonowania tego zakładu i wymagają, w związku z tym, dodatkowych środków. Na przykład Zakład Ubezpieczeń Społecznych obciążony jest zbieraniem składek i dystrybucją na Fundusz Pracy. To nie jest normalna sytuacja i ZUS robi to za darmo, bo kiedyś zostało to tak ustalone. Być może niektóre czynności można by powierzyć zakładowi, ale odpłatnie. I dlatego szalenie mnie niepokoją takie pomysły, że wprowadzimy ubezpieczenia zdrowotne i składkę będzie zbierał Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Bo takie rozwiązanie jest kosztowne. Niektóre rzeczy jednak można zrobić, na przykład prowadzenie statystyki aktuarialnej czy indywidualnych kont, ale trzeba zdać sobie sprawę z tego, ile to kosztuje.

Na zakończenie chciałem powiedzieć, że należy robić wszystko, żeby te dotacje ograniczać. Żebyśmy wszyscy razem starali się wyjść ze sfery mitów, że oto wprowadzenie nowoczesnego systemu ubezpieczeń wszystko zmieni. Nie zmieni, po prostu nie zmieni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Proszę bardzo o zabranie głosu pana Witolda Gadomskiego z Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych.

Pan Witold Gadomski Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych:

Szanowni Państwo! Bezspornym faktem, który już chyba nie wymaga uzasadnienia, jest pilna potrzeba, a nawet konieczność reformy ubezpieczeń społecznych w naszym kraju.

Aby stworzyć możliwość jej pełnej i skutecznej realizacji, należy określić i uzgodnić ze społeczeństwem główne założenia organizacji i finansowania tych ubezpieczeń oraz wynikające z nich skutki.

Dopiero na tej podstawie można przygotować projekt pakietu aktów legislacyjnych, które w sposób kompletny i komplementarny określiłyby: rolę państwa i jego organu w funkcjonowaniu systemu ubezpieczeń społecznych, zasady tworzenia, gospodarowania i wydatkowania funduszy ubezpieczeniowych, formy organizacyjne zapewniające sprawne, stabilne i zadowalające, bo dające poczucie bezpieczeństwa społeczeństwu, działanie tego systemu oraz zasady uzyskiwania i obliczania wysokości indywidualnych świadczeń i należności wynikających z ubezpieczenia społecznego w chwili obecnej oraz w przyszłości. Łącznie z pakietem tych projektów winny być przygotowane projekty aktów wykonawczych.

Wszelkie inne fragmentaryczne sposoby uregulowania tak ważnej społecznej kwestii będą rozwiązaniami doraźnymi, lecz docelowo będą chybiające i skazane na niepowodzenie.

Powstaje pytanie, jaką rolę winno pełnić państwo w funkcjonowaniu systemu ubezpieczeń? Państwo musi być gwarantem wszelkich należności i świadczeń wynikających z powszechnego ubezpieczenia społecznego, bo tylko państwo może stanowić prawo i regulować skutki wynikające z jego stosowania. Państwo stoi na straży przestrzegania prawa, dlatego przez swoje organy musi mieć także prawo nadzoru nad działalnością systemu ubezpieczeniowego.

Dobrym rozwiązaniem byłoby utworzenie Państwowej Agencji Ubezpieczeń, której zadaniem byłoby tworzenie warunków do rozwoju obligatoryjnych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych oraz nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem systemu i instytucji w nim działających. Zakres nadzoru i jego środki określałaby ustawa.

Podstawą działania systemu ubezpieczeń społecznych winny być klarowne i pewne zasady finansowo-majątkowe. Początkowym majątkiem instytucji ubezpieczeniowej działającej w tym systemie, winien być przejęty na własność majątek po przedwojennych instytucjach ubezpieczeniowych i majątek obecnie użytkowany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Finansowanie ubezpieczeń realizowane winno być z funduszu ubezpieczeń społecznych.

Propozycje podziału funduszu ubezpieczeń społecznych na celowe fundusze: emerytalno-rentowy, na wypadek choroby i macierzyństwa oraz wypadkowy i związany z tym podział ubezpieczeń społecznych zostały przyjęte powszechnie jako dobry pomysł, który będzie bardziej zrozumiały dla społeczeństwa. Oczywiście ostateczny podział musi być przedmiotem negocjacji i uzgodnień.

Oczywistą jest jednak sprawą, że fundusze ubezpieczeniowe nie mogą być funduszami państwowymi, co sugerują różne projekty ustaw. Fundusze powinny być tworzone: ze składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń, z dotacji uzupełniających z budżetu państwa, z wpływów na wykonanie zadań zleconych przez państwo na podstawie ustaw i umów międzynarodowych, ze zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, kar i odsetek z tytułu nieopłacania bądź opóźnionego opłacania składek, z dochodów uzyskiwanych drogą działalności gospodarczej oraz ze środków pochodzących z innych źródeł, na przykład z prywatyzacji przedsiębiorstw.

Poważne wątpliwości budzi zamiar podziału składki ubezpieczeniowej pomiędzy pracodawcę a ubezpieczonego, ponieważ może to doprowadzić w przyszłości do dodatkowego spadku płac realnych.

Pozytywnie natomiast oceniana jest propozycja ewidencji danych dotyczących ubezpieczenia społecznego osób objętych tym ubezpieczeniem.

Gospodarowanie środkami finansowymi Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz majątkiem musi pozwalać na stałe i terminowe wypłacanie wszystkich należności i świadczeń oraz zmierzać do ich maksymalizacji.

Nie może mieć miejsca natomiast uruchamianie tych środków na inne cele, z wyjątkiem ustawowego odpisu na finansowanie działalności instytucji ubezpieczeniowej, realizującej zadania związane z ubezpieczeniem społecznym oraz ustawowych odpisów na działalność zapobiegającą inwalidztwu, jak też na pomoc emerytom i rencistom oraz inwalidom znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji, np. na pomoc w tworzeniu pensjonatów dla tych osób.

Zadania wynikające z ubezpieczeń społecznych powinien wykonywać na podstawie statutu Zakład Ubezpieczeń Społecznych, mający charakter instytucji samorządowej, wyposażonej w osobowość prawną.

Należałoby też ustawowo uregulować prawne następstwo ZUS po przedwojennych instytucjach ubezpieczeniowych. Zakład powinien działać na zasadach pracowniczego banku ubezpieczeniowego, mającego prawo tworzenia nowych instytucji ubezpieczeniowych, obracającego kapitałem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz prawo gospodarowania majątkiem w sposób pozwalający na odprowadzanie zysku, który zwiększałby należności i świadczenia ubezpieczonych oraz majątek ZUS.

Organami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych winny być rada i prezes ZUS. Rada ZUS winna się składać w równych liczbach z przedstawicieli ubezpieczonych oraz emerytów i rencistów z jednej strony a pracodawców z drugiej. Inne rozwiązania nie powinny wchodzić w rachubę, ponieważ stawiają ubezpieczonych oraz świadczeniobiorców na z góry przegranej pozycji. W liczbie przedstawicieli pracodawców państwo będzie dość licznie reprezentowane ze względu na strukturę własności zakładów pracy. Obecnie istnieje duża zbieżność interesów państwa i prywatnych właścicieli.

Proponuje się ponadto, aby prezesem Rady ZUS był z urzędu kierownik Państwowej Agencji Ubezpieczeniowej czy innego organu państwa, który ewentualnie zajmowałby się tą problematyką.

Proponujemy też, aby prezes ZUS powoływał prezes Rady Ministrów, na wniosek Rady ZUS. Wiceprezesów ZUS mogłaby powoływać Rada ZUS na wniosek prezesa ZUS.

Nie możemy zgodzić się też z poglądem, że należałoby zrezygnować z rad działających przy oddziałach terenowych ZUS. Rady przy oddziałach ZUS pozbawione zostałyby funkcji opiniowania odwołań od decyzji ZUS, natomiast sprawowałyby funkcję kontrolną działalności oddziału.

Uważamy, że komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia orzekające o stopniu niezdolności do pracy, winny działać niezależnie od ZUS. Tworzenie tych komisji oraz sprawowanie nad nimi

nadzoru należałoby na przykład do Izb Lekarskich. Natomiast ZUS byłby związany orzeczeniami tych komisji i na ich podstawie wydawałby decyzje o przyznaniu świadczenia w granicach określonych przepisami, oczywiście z wykluczeniem elementu uznaniowego.

Konieczną sprawą jest utworzenie organów egzekucyjnych ZUS. Organy te miałyby uprawnienia podobne jak organy skarbowe, a w szczególności egzekwowanie należności wraz z naliczonymi odsetkami za zwłokę oraz nakładania kar za przekroczenie przez pracodawcę przepisów ubezpieczeniowych.

Proszę państwa, przedstawiłem tu niektóre tylko kwestie dotyczące organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych w Polsce, będące plonem zebranych opinii ze środowisk pracowniczych i emeryckich, niezależnie od tego do jakiego związku należą opiniodawcy. Dlatego proponuję, aby opinia powyższa w sposób poważny została wzięta pod uwagę.

Zdaniem opiniodawców, skuteczna reforma organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych w Polsce winna przebiegać w oparciu o dobre wzory przedwojenne oraz zaczerpnięte z innych przodujących w tym względzie krajów. Dopiero na takich zasadach można opracować dobrą ustawę emerytalno-rentową, która by obowiązywała w chwili obecnej oraz ustawę, która skutkowałaby w przyszłości, ale nie jest to przedmiotem dzisiejszych rozważań. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Wykorzystamy te materiały na pewno przy pracach nad ustawą o ubezpieczeniach społecznych. Przy czym chciałbym zwrócić uwagę, że projekt, który jest zaprezentowany, dopiero stanie się przedmiotem prac legislacyjnych, w związku z tym nie ma on cech bezpośredniej wykonalności, natomiast ma jedną niewątpliwą zaletę: istnieje.

Natomiast przedstawione dzisiaj założenia rządu są tylko i wyłącznie wewnętrznymi uzgodnieniami rządu.

Proszę bardzo o zabranie głosu pana Wojciecha Guglasa, przewodniczącego Rady Krajowej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia.

Pan Wojciech Guglas

Rada Krajowa Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia:

Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Szanowni Zebrani!

Wychodzimy z założenia, że nie można podchodzić do sprawy w ten sposób, że jak nie może być gorzej lub lepiej, to niech będzie inaczej.

System ubezpieczeń społecznych, który obecnie obowiązuje w naszym kraju, nie spełnia wymogów dnia dzisiejszego, chociażby z powodu zmian w gospodarce. Jesteśmy zgodni w opinii z panią prof. Hryniewicz. Dlatego zastanawiamy się, jak szybko i w jaki sposób dojdzie do zmiany tego systemu, bo jest to bardzo znaczące w zakresie polityki społecznej państwa, w tym także w branży, którą prezentuję, w zakresie ochrony zdrowia.

W ocenie Ministerstwa Finansów trudno dziś mówić, że kwestia wzrostu ludzi trzeciej kategorii, to odpowiedzialność złych komisji. Proszę spojrzeć na warunki bhp w Polsce, na zagrożenia występujące w zakładzie, niespójność składki z warunkami pracy, także w sektorze prywatnym, co powoduje i powodować będzie określone obniżenie poziomu życia społeczeństwa, określone choroby i odchodzenie ludzi. I ten proces może się nasilić w najbliższym czasie.

Bardzo źle się stało, że ministerstwo pracy nie przedstawiło swojego projektu, który można by było jednocześnie konsultować razem z projektem senackim.

Bardzo dobrze się stało, że możemy się odnieść do pierwszego dokumentu, który staje się projektem szerokiej dyskusji. Jako przedstawiciel centrali chciałbym się ustosunkować do dokumentu, który jest faktem, a nie do wizji, bo wizję słyszeliśmy wiele razy. Co do reformowania systemu zdania są zgodne, natomiast chciałbym konkretnie ustosunkować się do tego dokumentu, który został nam dostarczony.

Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia pozytywnie ocenia intencje ustawodawcy zmierzające do uchwalenia jednolitej ustawowej regulacji zasady ubezpieczeń społecznych dla wszystkich grup społecznych poza rolnikami indywidualnymi i duchownymi, choć tych ostatnich naszym zdaniem ustawa też powinna obowiązywać.

Ustawa jest na tyle uniwersalna, że pozwala na jej realizację niezależnie od możliwych zmian w polityce społecznej kolejnych rządów, mimo uprawnień Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w zakresie nadzoru i kontroli ZUS.

Propozycje zmian dotyczące przekształcenia jednolitego dotychczas ubezpieczenia w trzy odrębne, to jest emerytalno-rentowe, na wypadek choroby i macierzyństwa, z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, są przez naszą centralę związkową oceniane pozytywnie z uwagi na zmianę zasad gospodarowania środkami finansowymi ubezpieczeń społecznych.

Jesteśmy zgodni z ustawodawcą, że system ubezpieczeń społecznych ma być samowystarczalny z zastrzeżeniem, że wysokość składki musi mieć jednak w miarę stabilny wymiar procentowy. Wszelkie nowe regulacje muszą mieć znamiona zmiany ustawy. Zakładamy, że wymiar nowej składki ZUS będzie niższy niż dotychczas.

Zasadnicze zmiany dotyczące Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jako organu realizującego system ubezpieczeń społecznych, wymagają przekształcenia dotychczasowego ZUS w samodzielną wyodrębnioną jednostkę, posiadającą osobowość prawną oraz określone zasady gospodarki finansowej, z zasobami pozyskiwanymi w formie obligatoryjnej składki.

Bardzo ważną rolę w zakładzie będą spełniać dwa organy: Rada ZUS i prezes ZUS. Nie wnosimy zastrzeżeń do uprawnień tych organów, ale budzi nasz sprzeciw proponowany skład rady oraz brak ustawowo określonych zasad jej wyboru i trybu powoływania, kwestia jednoznacznego przejmowania nieruchomości od okresu po II Rzeczypospolitej.

Wątpliwość budzi ust. 2 art. 3, w szczególności brak precyzji w zakresie minimum świadczeń. Ustawa winna określić: jakie jest minimum świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa oraz z tytułu wypadku przy pracy i chorób zawodowych; kto ustala minimalne świadczenia w tym zakresie; kto jest upoważniony do kontroli realizacji art. 3, czyli ustalania tych minimalnych świadczeń.

W art. 5 ust. 7 bardziej przydatne wydaje się być włączenie definicji wolnego zawodu niż jego wymienianie, gdyż taksowanie zawodów może się łączyć z pominięciem pewnych grup.

W art. 20 należy ustalić, kto będzie określał poziom zagrożeń zawodowych, występujących w zakładzie pracy, w celu obiektywnego ustalenia wysokości ubezpieczeniowej, którą ten zakład winien płacić. Wątpliwości budzi także treść ust. 7 tego artykułu, który jest szczególnie nieporównywalny z zapisem art. 29 ust. 6. Jeśli wysokość składek ubezpieczeniowych będzie określać corocznie ustawa budżetowa, to wszelkie zmiany muszą też być regulowane poprzez zmianę ustawy.

W art. 39 ust. 2 wnosimy o zmianę składu Rady ZUS w celu zachowania odpowiedniej reprezentacji opcji pracowniczej, ponieważ w zaproponowanym przez ustawodawcę składzie w sposób znaczący ta proporcja została zachwiana.

Jeśli organem nadzoru i kontroli ZUS jest minister pracy i polityki socjalnej, to 1/3 składu rady z przedstawicieli administracji centralnej jest naszym zdaniem zbędna. Taka decyzja spowoduje pełne uzależnienie Rady ZUS od administracji rządowej, a nie taką rolę ma rada spełniać.

Proponujemy, aby skład rady liczył około 20 osób powoływanych w połowie przez Sejm spośród przedstawicieli wszystkich ogólnokrajowych central związkowych instytucji skupiających pracodawców, a w połowie przez Senat spośród przedstawicieli ogólnokrajowych organizacji pracodawców.

Postulujemy także, aby zasady i tryb powoływania członków Rady ZUS znalazły się w ustawie. Żeby to było jednoznacznie rozstrzygnięte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

W tej chwili proszę bardzo o zabranie głosu kolejnego mówcę. Proszę o naciśnięcie przycisku po prawej stronie i przedstawienie się.

Posel Zygmunta Łenka:

Dzień dobry. Zygmunt Łenka, poseł.

Proszę państwa, chcę się ustosunkować do jednej krótkiej sprawy, to znaczy do ustawy rentowo-emerytalnej, która obecnie obowiązuje. Pani minister orzekła, że ona jest dobra i rzeczywiście myślę, że ma bardzo wiele plusów, natomiast ma jeden wielki minus odczuwany przez emerytów. Minusem jest to, że nigdy nie wystarcza pieniędzy na emeryturę i stale toczą się boje w Sejmie, potem w Senacie o to, żeby te pieniądze były wypłacone.

Myślę, że reforma systemu emerytalnego musi iść w tym kierunku, żeby emeryt co kwartał nie przeżywał lęku, czy otrzyma emeryturę, czy jej nie otrzyma. Dopóki taki lęk będzie mu towarzyszył, nie możemy mówić, że ustawa jest dobra. Ustawa jest na pewno zła, ponieważ wpędza emerytów w stan ciągłego niepokoju.

W sytuacji kiedy 45%, które płacimy na ZUS, będzie rozbite na poszczególne fundusze i wydzieli się część składki na renty i emerytury, powinien zniknąć problem, o którym w tej chwili mówię. Wydzielenie tych funduszy powinno być jednocześnie powiązane z ustawą emerytalną w ten sposób, ażeby premiowało tych, którzy mają długi okres składkowy i 40 lat pracy. Jeżeli ktoś przepracuje 40 lat, to oczywiście nie może mieć emerytury w wysokości 60% średniej płacy, bo to jest po prostu za mało. Wydaje mi się, że w tych sytuacjach powinna sięgać jednak 80 czy 90%. Dlatego sądzę, że reforma powinna iść w kierunku zniesienia części socjalnej na rzecz premiowania stażu pracy, dzięki któremu zainteresowany mógłby przechodzić na emeryturę później, bo miałby wyższą emeryturę.

Pozostałby wtedy problem rencistów, którzy z natury rzeczą idą na rentę po kilku czy kilkunastu latach pracy. Tutaj nie ma innego wyjścia jak tylko wyłączyć uzyskiwane renty od uzyskiwanych zarobków: to muszą być źródła nie związane ze sobą. Rencista nie może być karany za to, że podejmuje pracę w ten sposób, że zabierze mu się część lub całą rentę.

Modyfikując system ubezpieczeń społecznych w Polsce, należy patrzeć oczywiście na instytucje, które będą ten system wykonywały, ale przede wszystkim na to, ażeby człowiek, który odchodzi na rentę czy emeryturę miał minimum bezpieczeństwa i pewności swojego losu. On musi na początku znać doskonale reguły gry, musi wiedzieć, że za każdy rok składkowy otrzymuje taką kwotę, która potem za-

pewni mu określoną ilość pieniędzy, określony poziom życia i nie będzie to zależne od tego, czy państwo w danym okresie da mu te pieniądze, czy mu nie da, ponieważ będzie to zależało od kilku posłów, którzy przegłosują tak albo nie. To po prostu jest niedopuszczalne. Dlatego potwierdzam, że myśl, która legła u podstaw tego systemu była dobra, ale w rezultacie zbudowano system fatalny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Słusznie pan zauważył, a pani minister Górska praktycznie potwierdziła, że w sumie cały system emerytalno-rentowy w tej chwili i jego finansowanie jest swego rodzaju tematem zastępczym, dlatego *de facto* dofinansowujemy inne świadczenia, w tym zasiłki rodzinne i emerytury i renty dla tych, którzy nie opłacają składek. I to powinna być właściwa dyskusja i przyczyna dyskusji na temat: jak finansować właśnie te części. My natomiast sprowadzamy ją do punktu zupełnie innego, do całego systemu emerytalno-rentowego.

Mamy zgłoszenie od pani Anny Filek.

Pani Anna Filek

Związek Zawodowy Emerytów i Rencistów:

Proszę państwa, ponieważ dostaliśmy wszystkie materiały dopiero dzisiaj, więc moje wystąpienie nie będzie wystąpieniem kompleksowym, lecz będzie dotyczyło tego, co zdążyłam przeczytać i co usłyszałam w wypowiedziach moich przedmówców. Należałoby w czasie tego seminarium odpowiedzieć na pytanie, co leży u podstaw takiego nacisku na zmianę systemu ubezpieczeń społecznych?

Tu bym się zgodziła z panią minister Górską, że u podstawy tych nacisków leży po prostu brak pieniędzy. Ponieważ nie ma możliwości zabezpieczenia świadczeń emerytalno-rentowych na poziomie takim, jaki by był potrzebny, więc szuka się dróg wyjścia. Upatruje się ich w zmianach systemu.

Apeluję, żeby do tych zmian podchodzić ostrożnie, ażeby nie była to znowu rzecz zastępcza, tzn. żeby nie streszczała się w słowach: ponieważ nie można dać pieniędzy, trzeba zmienić system.

W przedstawionym projekcie nie dopatrzyłam się, w jaki sposób uzupełniłoby się kasę ubezpieczeń społecznych. To znaczy jest powiedziane, że część świadczyłby potencjalny emeryt, a część pracodawca, ale pozostaje problem, czy taki system mógłby zdać egzamin w przyszłości.

Według mojej oceny, system nie byłby w stanie sprostać płaceniu świadczeń w obecnym nawet wymiarze. Po prostu nie byłoby na to pieniędzy.

I myślę, to jest apel do senatorów i posłów, ażeby przy podejmowaniu wszystkich prac nad nowymi

rozwiązaniami zacząć od sprawy finansowej. Zacząć od tego, czy to spełni nasze oczekiwania finansowe, bo kreowanie rozwiązań, które nie zabezpieczą strony finansowej, jest najpierw budzeniem nadziei, a potem wywoływaniem rozgoryczenia ludzi. I to jest to, o czym mówił pan poseł, że ludzie nie są niczego pewni.

Mogę przekazać, jakie są odczucia ludzi na dole. Ludzie się boją podejmowania jakichkolwiek prac, bo mówią: to co mamy, to mamy; natomiast jeżeli cokolwiek rząd czy Sejm podejmuje, skończy się na tym, że będziemy mieć mniej. Chciałam to bardzo wyraźnie tutaj wyartykułować. Takie są odczucia.

Pani profesor mówiła, że ta nowa ustawa daje niejako uspołecznienie nadzoru nad tymi funduszami. Ja znowu nie dopatrzyłam się tego. Jeżeli chodzi o radę nadzorczą funduszu, jest to oczywiście rozwiązanie lepsze niż proponowane obecnie przez rząd. Jutro będą w tej sprawie konsultacje, ale ja już się orientuję, jak to wygląda, bo rząd proponuje nam po prostu nadzór rządowy, czyli właściwie żaden. Bo jeżeli prezes Rady Ministrów ma powoływać na wniosek ministra radę nadzorczą funduszu, to nie okłamujemy się, nie ma żadnego uspołecznienia, jest dalsze instytucjonalizowanie tego funduszu.

Moim zdaniem, w projekcie senackim jest dobry pomysł, że tę radę wybiera w pewnych częściach Sejm i Senat. Wydaje mi się, jeżeli państwo gwarantuje, a rząd jest władzą wykonawczą, to jakiś nadzór nad tym funduszem mieć powinien. Jest dyskusyjne, czy to ma być tylko nadzór poprzez prezesa i mianowanie, czy też nie.

Uważam, że nie jest rzeczą dobrą, aby radzie oddawać zbyt duże kompetencje zarówno w zakresie składek, jak i wysokości świadczeń.

Uważam, że te dwie rzeczy nie powinny znajdować się w kompetencji rady czy rządu, tylko w kompetencji organów ustawodawczych, w kompetencji naszego parlamentu. Dziękuję.

Przewodniczący Adam Struzik:

Proszę państwa, w związku z tym, że staramy się w Senacie dyscyplinować wystąpienia i przestrzegać czasu, ogłaszam przerwę do godziny 15.30. Proszę o punktualne przybycie. Będzie tylko jeden referat, więc dużo więcej czasu na dyskusję. Później przewidujemy wspólną kolację. Bardzo proszę, żeby państwo wszyscy dopisali na drugiej części dzisiejszego seminarium.

(Przerwa w obradach od godziny 14.04 do 15.40)

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo! Wznawiamy nasze seminarium po przerwie obiadowej.

Uprzejmie proszę o zabranie głosu panią prof. dr hab. Lilę Mackiewicz-Golnik, która wygłosi referat

zatytułowany: „Podstawowe problemy finansowania ubezpieczeń społecznych”. Po tym referacie kontynuować będziemy dyskusję z sesji przedpołudniowej. Proszę bardzo.

Pani Lila Mackiewicz-Golnik:

I. Wprowadzenie

W okresie zmian ekonomiczno-ustrojowych kraju narasta potrzeba oceny obowiązującego systemu ubezpieczeń społecznych. Ten wymóg podnoszony jest w różnych gremiach naukowych, także przy okazji toczącej się dyskusji nad projektami nowych uregulowań prawnych, w zakresie zmian organizacji i finansowania ZUS oraz opieki zdrowotnej.

Na ogół chodzi o odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu obecny system zdaje egzamin w okresie kryzysu ekonomicznego, czy odpowiada warunkom nowo tworzącej się gospodarki rynkowej, co należy uznać za trwały element systemu, a co musi ulec zmianie, w jakim kierunku powinna zmierzać przebudowa systemu finansowego?

Obecnemu systemowi ubezpieczeń społecznych stawia się szereg istotnych zarzutów. Podkreśla się, że jest m.in.:

- niespójny, na skutek doraźnie i częściowo dokonywanych korekt rozciągniętych w czasie;
- jego świadczenia skonstruowane są w sposób zawiły, zawierają rzekomo niesłuszne preferencje wobec niektórych grup odbiorców oraz elementy socjalne;
- pozbawiony jest samodzielności (państwo sprawuje zbyt dużą rolę zarządczą wobec ubezpieczeń);
- nadmiernie scentralizowany;
- niestabilny i niesamodzielny pod względem finansowym.

Z tego względu możliwości systemu mijają się z oczekiwaniami społecznymi.

Już choćby wymienione zarzuty wskazują na wielopłaszczyznowość problemów nurtujących współczesne ubezpieczenie. Finanse ubezpieczeń, którym na dzisiejszym spotkaniu poświęcamy szczególną uwagę, są jednym z elementów całości.

Wielopłaszczyznowe projekty zmian (prawne, organizacyjne, świadczeniowe, finansowe itp.) składają się na ogólne pojęcie reformy ubezpieczeń społecznych. Jej dokonanie pochłonie duże nakłady społeczne. Utrzymujący się kryzys ekonomiczny pomnaża koszty świadczeń podlegających okresowo lub permanentnie waloryzacji, co wywołuje eksplozję wydatków ubezpieczeniowych. W 1989 r. stanowiły one 12% DN (w 1985r. – 14%) i porównawczo 30% globalnych wydatków budżetu państwa (w 1985 r. – 34%). Skala kosztów ubezpieczeniowych ostro stawia kwestię ocen efektywności funkcjonującego systemu finansowania ubezpieczenia społecznego. W tym kontekście ekonomika finansów ubezpiecze-

niowych wymaga nowych ocen i poszukiwań racjonalnego modelu finansowego, przystosowanego do rozwijającej się gospodarki rynkowej.

II. System finansowania

ubezpieczenia społecznego po 1945 r.

– kierunki i ocena dokonywanych reform

W powojennej ekonomice kraju ścierały się dwie koncepcje organizacji podstaw finansów ubezpieczenia społecznego: koncepcja ubezpieczeniowa z koncepcją zaopatrzeniową. Od strony finansów rzecz biorąc, dla obu metod charakterystyczne są różne narzędzia gromadzenia środków oraz organizacja i funkcjonowanie funduszy. O ile dla metody ubezpieczeniowej narzędziem gromadzenia środków jest składka, za pomocą której w klasycznym wzorcu tworzone wyodrębnione fundusze, o tyle dla metody zaopatrzeniowej charakterystyczne jest jej sprzężenie z instytucją budżetu państwa, którego środki na równi z innymi wydatkami finansują także świadczenia zaopatrzeniowe. W polskiej praktyce utrwalił się model mieszany. Metodą zaopatrzeniową objęto takie grupy społeczne, jak: wojsko, milicja, służba więzienna, inwalidzi wojenni, kombataneci, byli więźniowie obozów koncentracyjnych itp. Metodę ubezpieczeniową natomiast – operującą składką – zastosowano wobec pracowniczych i pochodnych grup ludności.

Z wyborem metod finansowych instrumentów gromadzenia środków oraz organizacji funduszy związanych jest kilka kwestii.

W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę, iż po II wojnie światowej w bloku państw demokratycznych upowszechniono ideę zabezpieczenia społecznego oraz koncepcję państwa socjalnego odpowiedzialnego za organizację i finansowanie wszelkich kosztów związanych z zaspokajaniem tzw. społecznych potrzeb obywateli.

Koncepcja państwa socjalnego na tyle okazała się sugestywna, że wielu teoretykom posłużyła za podstawę do sformułowania tezy o wyłączności budżetowej (zaopatrzeniowej) metody finansowania ubezpieczenia społecznego w warunkach realnego socjalizmu. Tego typu koncepcja znalazła praktyczne rozwiązanie i przez szereg lat (1951–1965) finanse ubezpieczenia społecznego w Polsce Ludowej funkcjonowały w obrębie budżetu państwa. Warto podkreślić, że nie była to jednak czysta forma zaopatrzeniowa, ponieważ posługiwano się nadal składką ubezpieczeniową, a wymiar świadczeń relatywizowano po części do poziomu płac. Dla finansów tego okresu charakterystyczna była całkowita integracja środków ubezpieczeniowych (składki) ze środkami budżetowymi oraz brak wyodrębnionego funduszu ubezpieczeniowego.

Od 1965 r. rozpoczął się nowy etap dla finansów ubezpieczenia społecznego. Pojawiła się mianowicie tendencja w kierunku dezintegracji ubezpiecze-

niowych funduszy. Obok środków w części zintegrowanych z budżetem państwa – finansujących głównie świadczenia zasiłkowe – powstały pozabudżetowe fundusze finansujące zwłaszcza świadczenia emerytalno-rentowe. Największymi funduszami pozabudżetowymi stały się: Fundusz Emerytalny (1968) obsługujący pracownicze i pochodne grupy ludności, przekształcony od 1 stycznia 1987 r. w Fundusz Ubezpieczenia Społecznego (FUS) oraz Fundusz Emerytalny Rolników (1978), który od 1982 r. nosi nazwę Funduszu Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FUSR).

Nowa ustawa o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych, jaka weszła w życie w 1987 r., pozbawiła budżet państwa poboru części składki (15%), która zasilala dotąd środki budżetowe oraz wyeliminowała budżet w zakresie finansowania zasiłków (głównie rodzinnych, macierzyńskich i po części chorobowych). Budżet państwa natomiast nadal pokrywa renty typu zaopatrzeniowego i towarzyszące im świadczenia (refunduje środki FUS poniesione z tego tytułu) oraz dotuje w wysokości 2/3 wydatki FUSR.

Obok instytucji funduszowych (FUS i FUSR) oraz budżetu w finansowaniu ubezpieczeniowych świadczeń biorą udział zakłady pracy. Te ostatnie ponoszą przede wszystkim w pełnej wysokości składkę (45%) za zatrudnionych pracowników oraz na rzecz Funduszu Pracy (2%).

Prócz wnoszonej składki ubezpieczeniowej zakłady pracy zobowiązano do wypłaty szeregu świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia te, z punktu widzenia źródeł ich finansowania, można podzielić na dwie grupy.

Do pierwszej grupy należą świadczenia, które zakłady pracy realizują w imieniu ZUS (zasiłki macierzyńskie, opiekuńcze, porodowe, z tytułu urodzenia dziecka; zasiłki rodzinne, pogrzebowe oraz zasiłki chorobowe po ustaniu stosunku pracy pracownika). Tego typu świadczenia są pokrywane przez zakład pracy na poczet należnych ZUS składek, zasilaających FUS.

Drugą grupę świadczeń stanowią te świadczenia, które uspołecznione zakłady pracy finansują z własnych środków, nie podlegających refinansowaniu ze środków należnych ZUS. Do nich należą:

— zasiłki chorobowe (w okresie stosunku pracy pracownika), od 1975 r. podlegające pokryciu z osobowego funduszu plac;

— świadczenia odszkodowawcze z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (świadczenia wyrównawcze, powypadkowe, dodatki wyrównawcze do wynagrodzenia, jednorazowe odszkodowania za przedmioty zniszczone lub uszkodzone w wypadkach, które zasły przy pracy) obciążające koszty przedsiębiorstwa.

Obowiązująca wykładnia w zakresie finansowania świadczeń ubezpieczeniowych sprawia, że fun-

dusz ubezpieczenia społecznego przybrał złożoną postać; środków wyodrębnionych w parabudżetowych funduszach (FUS, FUSR) i wyodrębnionych, zintegrowanych ze środkami budżetowymi oraz zakładów pracy.

Reforma finansowania ubezpieczeń społecznych nie jest zupełnie czymś nowym. W przeszłości miała ona miejsce i jako punkt odniesienia dla teraźniejszości warto odnotować jej najistotniejsze cechy.

W PRL reformy finansowania ubezpieczeń dokonywały się ewolucyjnie i etapowo. Szły one w kierunku uproszczenia procedury i konstrukcji naliczania i poboru składki, obciążenia składką wyłącznie pracodawców, celem potanienia kosztów obsługi ubezpieczeń – włączenia zakładów pracy do realizacji części zadań ubezpieczeniowych, koncentracji funduszy ubezpieczeniowych i ich sprzężenia z finansami publicznymi (głównie z budżetem państwa).

W dokonanych reformach z pewnością chodziło o ekonomizację ubezpieczeń. Równolegle do wyszczególnionych zmian dokonano początkowo ograniczenia, a później redukcji autonomii finansowej ubezpieczeń, co siłą rzeczy zwiększało rolę i rangę państwa jako gwaranta wypłat świadczeń ubezpieczeniowych. Utrwalało się przekonanie, że społeczeństwo wszystko zawdzięcza państwu, kierującemu się ideą „sprawiedliwości społecznej”. W ostatecznym rachunku powstał paternalistyczny model ubezpieczeń społecznych.

Wypada odnotować, że przez wiele lat brakowało krytycznego spojrzenia na utrwalony stan rzeczy.

Ukształtowany model finansowania ubezpieczeń społecznych miał swoje plusy i minusy.

Z pewnością należy pozytywnie ocenić wczesny okres dążeń w zakresie ekonomizacji społecznych kosztów obsługi ubezpieczeń. Jednakże w późniejszych latach tendencja w tym zakresie jakby zanika. W szczególności brak jest wyraźnych mechanizmów o regulacji prawnej w zakresie kalkulacji składki oraz kosztów społecznych i socjalnych zarówno w mikro- jak i makrowymiarze.

Za mankament systemu należy także uznać pasywność finansów ubezpieczeń społecznych w zakresie ich oddziaływania na pomniejszanie kosztów pracy przedsiębiorstw oraz inne zjawiska społeczne i losowe (głównie przeciwdziałanie lub pomniejszanie wypadkowości).

W stosunku do okresu II Rzeczypospolitej finanse ubezpieczeń społecznych PRL straciły swoją redystrybucyjną siłę oddziaływania na rynek pieniężny oraz możliwości pomnażania za jego pośrednictwem zasobów ubezpieczeniowych. Na skutek koncepcji nie przywiązywano wagi do samowystarczalności finansowej, co zwłaszcza w okresie kryzysu ekonomicznego w znacznym stopniu pomniejsza zasoby publiczne i utrudnia uzyskanie równowagi budżetowej państwa.

Zagadnienie samowystarczalności finansowej z jednej strony należy wiązać z dobrze wyważoną składką rozumianą jako podstawowe źródło zasilania funduszy ubezpieczeniowych, z drugiej zaś z równowagą finansową, w której zawarta być musi mniejsza lub większa nadwyżka finansowa.

W minionym okresie, w wyniku odwrótu od fundusowego modelu finansowania ubezpieczeń, nadwyżki finansowe z tytułu nie wydatkowanych w ciągu roku dochodów składkowych nie były odkładane (kapitalizowane) w czasie i przez długie lata (1950–1968) przekształcały się w definitywny dochód budżetu państwa, wydatkowany na cele pozaubezpieczeniowe. W ten sposób część dochodu narodowego wyodrębnianego poprzez składkę na świadczenia ubezpieczeniowe – wbrew pierwotnemu założeniu – przeistaczała się w formę długu publicznego, którego spłata nigdy nie następowała. Wyjątek stanowiły nieliczne lata, w których budżet dotował niedobór środków ubezpieczeniowych gromadzonych poprzez składkę.

Opisana sytuacja w małym stopniu uległa zmianie, gdy dochody i wydatki ubezpieczeniowe wyodrębniono z budżetu i związane je z instytucją funduszy celowych. Odtąd nadwyżki mogły przekształcać się w zwrotne lokaty lokowane w budżecie państwa bądź w systemie bankowo-kredytowym. Charakterystyczne było to, że ustawodawczy zapis w tej kwestii uzyskał charakter alternatywny, a decyzja co do miejsca lokowania wcale nie należała do instytucji ubezpieczeniowej. Negatywnie należy także ocenić zbyt niskie oprocentowanie lokat, ostatecznie deponowanych w banku, nie odpowiadające stopie oszczędności oraz inflacji.

Nie pretendując do uwzględnienia pełnej listy mankamentów dotychczasowego systemu finansowania ubezpieczeń, należałoby zastanowić się nad perspektywicznym modelem. Chodzi o opowiedzenie się za radykalnie nowym modelem bądź adaptacją już funkcjonującego systemu do zmieniającej się sytuacji społeczno-ekonomicznej naszego kraju.

Alternatywne podejście może być rozstrzygane jedynie na płaszczyźnie siły argumentów przemawiających za wyborem określonego wariantu.

Opowiadając się za drugim rozwiązaniem, należałoby skupić uwagę na najbardziej podstawowych i zarazem kontrowersyjnych elementach systemu.

III. Finansowe problemy współczesnej reformy systemu ubezpieczeń

System finansowy ubezpieczeń społecznych zawiera w sobie kilka zasadniczych elementów, które mogą być w różny sposób kształtowane. Wybór konkretnych rozwiązań decyduje w ostatecznym rachunku o funkcjonalności systemu.

Za podstawowe elementy systemu finansowego można uznać:

- metodę(y) finansowania świadczeń;

- źródła i zasady gromadzenia środków na pokrycie świadczeń;

- organizację i gospodarowanie zasobami finansowymi;

- reguły podziału gromadzonych zasobów (kształtowanie świadczeń).

W obrębie każdego elementu systemowego znajdują się liczne problemy i dylematy, które są przedmiotem kontrowersji tak po stronie teoretyków, jak i pragmatyków. Założeniem przyjętym dla niniejszego wystąpienia jest ustosunkowanie się do wybranych kwestii finansowych, mających także swój wymiar prawny.

Wybór metod (technik) finansowania świadczeń

Dziedzictwo ogólnospołeczne w tym zakresie odnotowuje trzy różne techniki:

- samoubezpieczenie (dobrowolne ubezpieczenie grupowe);

- zaopatrzenie;

- ubezpieczenie.

Współcześnie rywalizują ze sobą metody zaopatrzenia i ubezpieczenia. W polskiej praktyce (po 1945 r.) wykształcił się model mieszany, w którym obok dominującej techniki ubezpieczeniowej stosuje się metodę zaopatrzeniową, zawężoną do nielicznych grup ubezpieczonych, o czym była już mowa.

Dla techniki ubezpieczeniowej charakterystycznym narzędziem gromadzenia środków na świadczenia ubezpieczeniowe jest składka. Metoda zaopatrzeniowa nie dysponuje odrębnym instrumentem zasilania, sięga bowiem do ogólnych zasobów budżetowych, gromadzonych głównie za pomocą podatków i innych dochodów. Brak wyodrębnionych środków wiąże z metodą zaopatrzeniową tę niepewność, że w przypadku nie zrównoważonego budżetu wydatki na cele zaopatrzeniowe mogą być ograniczone. Każda zaś konieczność zwiększenia wydatków zaopatrzeniowych może wymagać ustalenia dodatkowych obciążeń podatkowych. Klasyczna metoda zaopatrzeniowa zapewnia świadczenia całej ludności na jednolitym poziomie niezbędnego minimum utrzymania. Ich konstrukcja (wszystkim po równo) jest prosta i czytelna, o niskich kosztach społecznych, wymaga jednak ze strony beneficjentów dodatkowych form ubezpieczeń.

Przeciwstawiając metodzie zaopatrzeniowej metodę ubezpieczeniową, wydaje się, że ta ostatnia ma dużo więcej zalet. Poniżej podano niektóre cechy metody ubezpieczeniowej, które przesądzają o jej wyższości nad metodą zaopatrzeniową:

- metoda ubezpieczeniowa pod względem zasięgu, dzięki postępowi społecznemu, jest równie wszechogarniająca jak w przypadku wyboru metody zaopatrzeniowej;

- posługując się składką odpowiednio skalkulowaną, można precyzyjnie przewidzieć koszty i wyodrębnić z DN odpowiednie środki na cele ubezpieczeniowe;

— wyodrębnione poprzez składkę środki gromadzone są na specjalnym (celowym) funduszu, którego środki przewidziane są wyłącznie na cele ubezpieczeniowe;

— poprzez odpowiednią konstrukcję świadczeniom typu ubezpieczeniowego można nadać stymulacyjny charakter, czego w przypadku świadczeń typu zaopatrzeniowego nie można osiągnąć.

Problem rozłożenia ciężaru składki

Metoda ubezpieczeniowa z góry niejako narzuca składkę jako narzędzie zasilania, niemniej z jej konstrukcją wiąże się kilka zasadniczych kwestii, które przy reformie systemu ubezpieczeń powinny być wzięte pod uwagę.

W zależności od przyjętych założeń składkę można różnie skonstruować, odpowiadając na pytania:

— kto ma ponosić ciężar składki (pracodawca, pracownik czy oba te podmioty), czy obok składki powinny być prawnie przewidziane inne źródła (udział państwa, odsetki, lokaty itp.);

— czy poziom składki ma być zróżnicowany czy jednolity wobec różnych płatników, czy dla poszczególnych ryzyk ma być składką łączną czy cząstkową; czy ma obowiązywać zasada wzajemności świadczeń i składek (wówczas podstawą naliczania składki jest indywidualny zarobek każdego pracownika, a nie ogólny fundusz płac jak obecnie);

— czy składka ma obejmować wszystkie ryzyka ubezpieczeniowe (także chorobę pracownika).

Co do pierwszego pytania.

W dyskusji nad przebudową systemu ubezpieczeniowego w szczególności powraca dylemat dotyczący kosztu pokrywania składki (inaczej – problem rozłożenia ciężaru składki).

Po drugiej wojnie światowej utrwaliła się w Polsce odmienna w stosunku do okresu międzywojennego praktyka obciążania składką wyłącznie pracodawców. Rozwiązanie takie – jak się wydaje – miało dwojakie znaczenie: z jednej strony uprościło technikę wymiaru i poboru składki i z tego punktu widzenia przyniosło korzyść społeczną, z drugiej zaś miało wyraźnie propagandowy charakter, utrwalający w świadomości społeczeństwa przekonanie o przejęciu przez państwo całego kosztu ubezpieczeń i ochrony socjalnej obywateli.

Zachowana składka nadal stanowi element kosztów wytwarzanych dóbr i usług, uwzględnianych poprzez mechanizm rynkowy w cenie sprzedaży. W ten sposób w procesie ekonomicznym redystrybucja kosztu ubezpieczenia występuje dwukrotnie: raz w fazie produkcji dóbr, tj. w kosztach i drugi raz w fazie wymiany, tj. w cenie sprzedaży.

Zakładając, że towar obciążony składką został sprzedany po odpowiedniej cenie, producent w osiągniętym przychodzie ze sprzedaży uzyskuje między innymi zwrot kosztu składki, zaś na nabywcę dóbr pośrednio, poprzez mechanizm cenowy, zosta-

je przerzucony ciężar składki, analogicznie do zjawiska przerzucalności ciężaru podatkowego.

W ostatecznym rachunku można przyjąć, że opłacanie składki przez pracodawcę jest pozornym obciążeniem, zaś faktyczny ciężar spoczywa na nabywcach dóbr i usług z jednym zastrzeżeniem, że rozkład obciążenia nie odbywa się proporcjonalnie, ponieważ nabywanie dóbr dokonuje się selektywnie, zgodnie z preferencjami nabywców i na miarę ich funduszy nabywczych. Gdyby przyjąć za celowe, aby w kosztach ubezpieczeń uczestniczyli wszyscy ubezpieczeni proporcjonalnie do osiąganych dochodów, wówczas dochody należałoby „okroić” już w fazie kształtowania funduszy nabywczych, a nie w momencie ich wydatkowania.

Gdy rozważa się problem obciążeń składką, pojawia się pytanie, dlaczego pracodawcy bronią się przed opłacaniem całej składki, skoro otrzymują jej zwrot w momencie sprzedaży towarów?

Z punktu widzenia producenta pomniejszanie lub eliminacja jakiegokolwiek tytułu kosztownego równocześnie zwiększa skalę zysku, o który przecież przedsiębiorca zabiega. Ponadto opłacanie składki (podobnie jak i płatności podatkowe) pomniejsza natychmiast obrót kapitałem, zaostcza – poprzez zwiększoną cenę – warunki konkurencyjności na rynku, a tym samym zmniejsza szansę zbycia towaru.

Niezależnie od przytoczonych argumentów natury ekonomicznej koncepcja wzajemnego ponoszenia ciężarów (pracownika i pracodawcy), w odróżnieniu od jednostronnego zobowiązania państwa czy pracodawców, zwiększa szansę oddziaływania samych zainteresowanych na ustalenie wysokości świadczeń lub nawet ich ochronę przed spadkiem siły nabywczej.

Naszym zdaniem teza o racjonalności rozłożenia kosztu ubezpieczenia po części na pracodawcę i pracownika (a w wyjątkowych sytuacjach i państwa) może uzyskać szerszą aprobatę jedynie w warunkach ustabilizowanego rynku pracy i uporządkowanej polityki płacowej.

Co do drugiego pytania.

Składka ubezpieczeniowa w powojennej ekonomice kraju budziła wiele polemik. W literaturze poruszono m.in. sprawę funkcji, ekonomicznego źródła, podatkowego i niepodatkowego charakteru składki. Zakwestionowano celowość składki. Mimo licznych kontrowersji składka nadal jest zachowana, a jej funkcjonowanie, zwłaszcza wymiar (kalkulacja), nasuwa wiele problemów.

W ubezpieczeniu społecznym składka ubezpieczeniowa jest niewątpliwie instrumentem finansowym o najdłuższej tradycji i dużym praktycznym znaczeniu. Inne instrumenty wyodrębniania i przekazu środków na cele ubezpieczeniowe takie, jak: podatki ogólne lub celowe, subwencje czy dotacje państwa w polskiej praktyce mają drugorzędne znaczenie.

Składka, jako instrument finansowy, jest przede wszystkim pieniężnym narzędziem podziału i redystrybucji części dochodu narodowego oraz narzędziem zasilania. Obok wymienionych funkcji składka ponadto może stać się w określonych warunkach parametryczną wielkością rachunku ekonomicznego oraz przy określonej konstrukcji pełnić funkcje bodźcowe, pobudzające do racjonalnych działań.

W polskich warunkach powojennych przypisuje się składce bierny charakter, składka nie spełnia bodźcowej roli. Obecna konstrukcja składki jako instrumentu finansowego wskazuje nie tyle na konieczność jej zniesienia, co na potrzebę modyfikacji składki pod kątem przede wszystkim urealnienia jej poziomu, a więc należytej kalkulacji.

Od strony zasilania rzecz biorąc, poziom składki powinien zatem częściej podlegać regulacji tak, aby instrument ten bardziej adekwatnie odzwierciedlał koszty i skuteczniej wpływał na samowystarczalność finansową.

Co do trzeciego pytania.

Aktualna konstrukcja składki nie uwzględnia pełnego kosztu ponoszonego przez przedsiębiorstwa z tytułu ubezpieczenia swoich pracowników. Jak wiadomo, uspołecznione zakłady pracy poza składką zobowiązane są do finansowania własnymi środkami szeregu świadczeń typu ubezpieczeniowego, w szczególności zasiłków chorobowych. Zasadniczy ciężar finansowania zasiłków chorobowych ponoszą uspołecznione zakłady pracy. Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań, o których wzmiankowałam, nie dla wszystkich przedsiębiorstw wypłata pracownikom należnych świadczeń za czas niezdolności do pracy stanowi jednakowe obciążenie. Przestankę zróżnicowań ciężaru finansowego jest kilka. Są nimi głównie demograficzny i społeczny czynnik załóg pracowniczych różnicujący w dużym stopniu strukturę nie przepracowanego czasu pracy.

W ogólnej strukturze nie przepracowanego czasu pracy zdecydowanie dominują zwolnienia z tytułu choroby. Z danych statystycznych wynika, że z tytułu choroby częściej korzystają ze zwolnień lekarskich mężczyźni niż kobiety. Wśród kobiet natomiast prócz choroby znaczna część nie przepracowanego czasu wynika z tytułu urlopów macierzyńskich oraz opieki nad dziećmi i kwarantanny. Obowiązujący sposób finansowania zasiłków za czas nie przepracowany powoduje, że w zakładach pracy o załogach sfeminizowanych fundusz płac jest relatywnie w mniejszym stopniu obciążony zasiłkami chorobowymi, ponieważ absencja kobiet w znacznym odsetku wynika z tytułu macierzyństwa i opieki nad dziećmi, a tego typu zasiłki finansują (pokrywają) środki pozazakładowe (FUS).

Obowiązujący system finansowania zasiłków chorobowych po części środkami zakładowymi i po części pozazakładowymi (obecnie FUS) budzi wiele kontrowersji. Jedni są zdania, że wypłacanie zasił-

ków z funduszy płac, względnie ze środków ZUS nie stanowi żadnego problemu. Inni natomiast widzą potrzebę poszukiwania rozwiązań stymulujących zainteresowanie pracowników i kierownictwo zakładów pracy do pomniejszania absencji chorobowej.

Naszym zdaniem, zasiłki chorobowe powinny pozostać w centrum uwagi z co najmniej dwóch powodów. Z jednej strony jest to sprawa ich finansowego pokrycia, z drugiej zaś strony wiążą się one ze zjawiskiem absencji, która ogranicza czas przepracowany, zmniejszając w ostatecznym rachunku końcowy efekt pracy.

Wyłania się pytanie, czy fundusz płac jest właściwym źródłem finansowania zarówno płac za czas efektywnie przepracowany, jak i świadczeń chorobowych za czas nie przepracowany? W pierwszym przypadku powstają konkretne dobra lub usługi materialne, w drugim zaś przedsiębiorstwa w czasie absencji pracowniczej tracą produkcję. Do tego należy dodać, że zasiłkiem chorobowym obciążone są jedynie przedsiębiorstwa uspołecznione, co w warunkach gospodarki rynkowej stwarza warunki nierównej konkurencji.

Z teoretycznego punktu widzenia wiązanie zasiłków z funduszem płac znajduje uzasadnienie u tych ekonomistów, których zdaniem „produkt niezbędny” nie musi ograniczać się do prostej reprodukcji siły roboczej, lecz może obejmować sobą część „produktu dodatkowego” na szerzej rozumianą reprodukcję siły roboczej. Naszym zdaniem, świadczenie w postaci zasiłku chorobowego wiąże się ze zjawiskiem losowym, jakim jest choroba. Z tego punktu widzenia koszt tego świadczenia powinna pokrywać składka na równi z innymi zjawiskami losowymi. Obecnie przyjęta konwencja – wiążąca część kosztów ubezpieczeniowych ze składką i po części z funduszem płac – nie odzwierciedla pełnych kosztów ogólnospołecznych ubezpieczenia, co pozostaje w sprzeczności z przyjętym kierunkiem w reformie gospodarczej – urealniania rachunku kosztów w ogóle.

Wiązanie płacy z zasiłkami chorobowymi nie jest również właściwe ze względu na różny charakter tych kategorii i pełnione przez nie funkcje. Podczas gdy zasiłek chorobowy jest świadczeniem wynikającym ze zdarzenia losowego, płaca jest należnością za wykonaną pracę. W konsekwencji zasiłki chorobowe pełnią funkcje socjalne, podczas gdy płaca – funkcje ekonomiczno-motywacyjne. Obok motywacyjnego znaczenia płaca pozostaje w korelacji z wydajnością pracy, będącej wyznacznikiem przyrostu przeciętnych wynagrodzeń i co powinno stanowić podstawę do zwiększonych wypłat z funduszu płac. Wypłaty zasiłków chorobowych z funduszu płac wskazanej zależności nie realizują. Jak staraliśmy się dowieść, także i z tego punktu widzenia, fundusz płac nie powinien stanowić wspólnego źródła pokrycia.

Z praktyką finansowania zasiłków chorobowych z funduszu płac wiązano przede wszystkim oczekiwania dyscyplinujące. Przyjęte rozwiązania miały w szczególności sprzyjać dążeniu do ograniczenia absencji chorobowej. Tymczasem stymulacyjne znaczenie wypłat zasiłków chorobowych z funduszu płac przez szereg lat nie miało większego znaczenia. Praktyka dowiodła, że finansowanie zasiłków chorobowych z funduszu płac nie jest skutecznym działaniem w zakresie ograniczenia absencji chorobowej.

Bardziej skutecznym środkiem dla ograniczenia absencji okazała się redukcja nadmiernego zatrudnienia w poszczególnych zakładach pracy. Pracownicy – bojąc się utraty pracy – ograniczają absencję do minimum.

Sumując powyższe, trzeba uznać, że uchylenie finansowania zasiłków chorobowych z funduszu płac wymagałoby urealnienia składki, której zadaniem jest rezerwowanie środków na wszystkie zdarzenia losowe ubezpieczonej ludności, nie wyłączając zasiłków chorobowych.

Dylematy organizacji i gospodarowania zasobami ubezpieczeniowymi

Wnikliwego rozważenia wymaga kwestia form organizacji zasobów ubezpieczeniowych.

Od modelowej strony rzecz biorąc, obowiązująca struktura organizacyjna zasobów nie przedstawia sobą zwartej jedności. Dwa duże fundusze pozabudżetowe (FUS i FUSR) częściowo środki budżetu i przedsiębiorstw (o czym wyżej) tworzą zróżnicowany model organizacyjny funduszu ubezpieczeniowego. Jego ocena skłania do głębszych refleksji i odnotowania kilku dyskusyjnych wątków z tym związanych:

- czy reforma powinna dążyć w kierunku unifikacji czy odrębności już wykształconych funduszy celowych;

- czy celowe jest, by poszczególne ryzyka mieściły się w obrębie jednego funduszu;

- kwestia autonomizmu finansowego i samowystarczalności finansowej funduszy.

Zagadnienie jedności czy wielkości funduszy przedstawia sobą skomplikowany problem.

Patrząc na środki rezerwowane w skali kraju – z punktu widzenia ich udziału w ogólnych kosztach ubezpieczeniowych – największe znaczenie odgrywają parafundusze budżetowe: FUS i w drugiej kolejności FUSR.

Zarówno jeden, jak i drugi fundusz finansuje obecnie wszystkie rodzaje świadczeń; emerytury, renty, zasiłki (rodzinne, macierzyńskie, wychowawcze, opiekuńcze i po części chorobowe, pogrzebowe i pozostałe). Odnoszą się one jednak do różnych odbiorców świadczeń. Odmienność kalkulacji składki oraz wysoki udział budżetu w kosztach ubezpieczenia ludności rolniczej (2/3 wydatków) sprawia, że oba fundusze funkcjonują odrębnie.

Poszczególne świadczenia przysługujące ubezpieczonym mają niejednorodny charakter tak pod względem pełnionych funkcji, jak i okresu ich wypłacania (świadczenia jednorazowe, średnio i długo-okresowe). Już choćby z tego względu w Polsce międzywojennej dla poszczególnych ryzyk stosowano trzy odrębne systemy pokrycia:

- system pokrycia rocznych wydatków;
- system kapitałowego pokrycia przyznanych świadczeń;
- system kapitałowego pokrycia przyszłych zobowiązań.

Systemy kapitałowego pokrycia obok składki w przeważającej części opierały się na oprocentowaniu kapitalizowanych środków na przyszłe świadczenia.

System kapitałowego pokrycia przyznanych świadczeń zapewniał stosowanie składki zmiennej, na podstawie obliczeń ubezpieczeniowo-technicznych, a system kapitałowego pokrycia przyszłych zobowiązań zapewniał stosowanie składki stałej (przeciętnej) na podstawie obliczeń asekuracyjno-technicznych. Dla zapewnienia równowagi finansowej w obu przypadkach obowiązywała zasada elastyczności świadczeń.

Przywołujemy odległą wprawdzie przeszłość, by wskazać, jak bardzo współczesność zdystansowała się do rachunku kosztów ubezpieczeniowych i tych bieżących na krótki, roczny okres, i tym bardziej perspektywicznych, wymagających uwzględnienia wielu obiektywnych przesłanek.

Wydaje się, że taka praktyka na dłuższą metę jest nie do przyjęcia, reforma musi do tej kwestii powrócić i dokonać wyboru metod pokrycia świadczeń, by poziom składki nie był przypadkową miarą, lecz wynikiem względnie przybliżonego rachunku kosztów. Stosowanie różnych metod pokrycia stwarza zatem przesłanki do kalkulacji składek, wyodrębniania funduszy na finansowanie różnych ryzyk. Istnieje zatem problem jedności czy wielości funduszy.

Dalszą kwestią pozostaje także sprawa, na ile jest celowe i możliwe wiązanie funduszy częściowych w jeden zbiorczy fundusz.

Zagadnienia, o których mowa, dotyczą zarówno FUS, jak i FUSR; ten ostatni kryje w sobie wyjątkową specyfikę, co przesądza o jego organizacyjnym wyodrębnieniu.

Zarówno wybór metod pokrycia, jak i kalkulacja składek służą sprawie samowystarczalności finansowej funduszy.

Zagadnienie samowystarczalności finansowej, niegdyś fundamentalna zasada, współcześnie ma swoich oponentów i zwolenników. Oponentci twierdzą, że poziom świadczeń ubezpieczeniowych nie jest zależny od osiąganych dochodów ze składek, lecz od polityki społecznej i organów władczych państwa (teza prymatu polityki nad ekonomią). Organ zarządzający funduszami nie został bowiem upraw-

niony do podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie gospodarowania własnymi środkami. Dlatego samodzielność funduszy według oponentów jest pojęciem jak dotąd raczej abstrakcyjnym.

Zwolennicy samowystarczalności funduszy podkreślają natomiast potrzebę precyzyjnego określenia kosztów, hamowania wzrostu składki poprzez ekonomizację dochodów, tj. urealnione oprocentowanie depozytów i rezerw, angażowanie części nadwyżek na rynku kapitałowym. Pomnażane zasoby w ostatecznym rachunku urealniają i stabilizują samowystarczalność funduszy.

W polskiej praktyce fundusze ubezpieczeniowe nie są prawnie oparte na zasadzie samowystarczalności finansowej (samofinansowanie). W przypadku nieosiągnięcia równowagi finansowej ujemną różnicę pokrywa budżet państwa. Przyjęte rozwiązanie nie zdaje egzaminu zwłaszcza w okresie, gdy sam budżet jest deficytowy.

Oceniając przytoczone stanowiska, skłaniamy się ku tezie, iż pełna autonomia finansowa, wyrażająca się w swobodnym operowaniu środkami funduszy ubezpieczeniowych, w aktualnych społeczno-gospodarczych uwarunkowaniach nie jest możliwa. Natomiast warto zastanowić się nad celowością zwiększania gospodarności w zakresie operowania okresowymi nadwyżkami funduszy.

W całym powojennym okresie występowały corocznie ubezpieczeniowe nadwyżki, zarówno w budżecie (1981–1986), jak i w Funduszu Emerytalnym (wyłączając lata 1978–1980 i 1982). Jedynie FUSR jest trwale niezrównoważony, składka bowiem finansuje 1/3 wydatków, a pozostałe 2/3 kosztu ubezpieczenia pokrywają dotacje budżetowe. Sprawa zatem aktualnie dotyczy nadwyżek występujących w obrębie FUS (do niedawna Funduszu Emerytalnego). Informacyjnie warto przypomnieć, że w całym okresie funkcjonowania FE roczne rezerwy kształtowały się na poziomie od 2,3% (1971) do 20,3% (1985) dochodów.

Instytucja nadwyżek (rezerw) ubezpieczeniowych jest kategorią realną, lecz mało poznaną. Dotychczasowy system finansowania ubezpieczeń nie wykształcił norm prawnych, które określałyby zasady tworzenia i dysponowania kategorią rezerw. Ostatnia ustawa z 1987 r., przewidująca możliwość lokowania nadwyżek w banku za oprocentowaniem, nie zmienia dotychczasowego braku pełnej regulacji prawnej i w dalszym ciągu ogranicza prawdopodobieństwo przeznaczania części rezerw na cele ubezpieczeniowe oraz – siłą faktów – nie czyni z rezerw skutecznego mechanizmu finansowego dla ich racjonalnego wykorzystania. Naszym zdaniem rezerwy funduszu – kumulowane w czasie – powinny stać się realnym źródłem podwyżek świadczeń lub też potencjalnym regulatorem poziomu składki.

Głównym celem reformy systemu finansowego ubezpieczeń społecznych powinno być poszukiwa-

nie takiego modelu, który nie pogorszyłby systemu świadczeń, wręcz przeciwnie, zapewniłby jego uproszczenie i potanie oraz sprawiedliwy podział.

Stan polskiej gospodarki nie pozwala na istotne zwiększenie udziału świadczeń ubezpieczeniowych w dochodzie narodowym. Dlatego też wszelkie poszukiwania i propozycje rozwiązań powinny iść w kierunku weryfikacji, racjonalizacji i uzupełnienia systemu finansowego w celu wygospodarowania dodatkowych źródeł dochodów.

Takie też założenia brane były pod uwagę przy opracowaniu niniejszego tematu.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękujemy serdecznie pani profesor za dogłębną analizę problemu. Myślę, że ten referat jest dobrą podstawą do dyskusji i w pewien sposób rozwiewa również mity, jakie niektórzy z poprzednich referentów starali się nam przedstawić. To, moim zdaniem, daje kłam opinii, że nic się nie da zrobić. System, który funkcjonuje, na pewno można usprawnić. Na pewno można spowodować, że będzie on działał z jednej strony oszczędniej w swoich strukturach, a z drugiej strony będzie bardziej racjonalnie operował własnymi środkami finansowymi, uzyskując tę, potencjalną jak na razie, nadwyżkę.

Proszę państwa, otwieram dyskusję.

Proszę pana senatora Pawlika o prowadzenie części dyskusyjnej.

(Przewodnictwo przejmuje senator Andrzej Pawlik).

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Jako pierwsza zgłosiła się pani senator Bałtakis. Proszę bardzo.

Senator Jadwiga Bałtakis:

Proszę państwa, chcę zwrócić uwagę, na grupę społeczną, która jest trwale niezdolna do zarabkowania. Myślę o ludziach kalekich od urodzenia, choćby z przyczyn porażenia mózgowego czy innych powodów, oraz o grupie ludzi w wieku starszym, którzy z różnych powodów nie nabyli prawa do renty czy emerytury, a nie mają nikogo, kto miałby obowiązek alimentacyjny. Wiemy, że ci ludzie są podopiecznymi opieki społecznej.

Otrzymywanie zasiłku, nawet stałego, wymaga każdorazowego stwierdzenia przez pracownika pomocy społecznej uprawnienia do pomocy. Dla osoby korzystającej z tej formy pomocy taka sytuacja jest upokarzająca, wywołuje poczucie zagrożenia, gdyż nigdy nie wiadomo, czy osoba z pomocy społecznej po raz wtóry przyzna świadczenie. Uważam, że należy wrócić do tego tematu, który był już od wielu lat poruszany. Ta grupa ludzi powinna przejść z pomocy społecznej do ZUS, tzn. wyjść z sytuacji odbieranej

jako łaska, do prawnej, roszczeniowej. Nie uszczupli to zupełnie finansów publicznych, a zlikwiduje wszystkie ujemne skutki psychospołeczne wywołane taką właśnie sytuacją człowieka bezbronnego, bezradnego. Odciąży też służby społeczne od zbędnej pracy, polegającej na tym, że stwierdza się po raz wtóry, że osoba stara jest coraz starsza, a sparaliżowana prawdopodobnie będzie nią nadal.

Pomoc ta byłaby formą renty obywatelskiej, która zmieniałaby zupełnie sytuację społeczną tej niewielkiej grupy liczącej 60-80 tys. ludzi. Jak powtarzam, ona nie obciążałaby dodatkowo finansów publicznych. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję.

Proszę o zabranie głosu pana...

Pan Włodzimierz Sawa-Borysławski NSZZ „Solidarność Weteranów Pracy”:

Zafascynowała mnie na końcu samym wypowiedź pani prof. Golnik, która wykazała wprost fantastyczną profesjonalność. Szkoda tylko, że przy obsadzaniu stanowisk w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej nie pomyślano, że takie osoby jeszcze w Polsce istnieją i że należałoby je wciągnąć do aparatu władzy, jeżeli nie na stanowisko ministra, to przynajmniej wiceministra.

Jedna uwaga do wypowiedzi pani prof. Hryniewicz, która wspomniała, że w PRL na emerytury i renty część środków była wydzielana z budżetu państwa. Otóż nie jest to cała prawda. Od 50 lat bowiem to właśnie budżet był zasilany z nadwyżek ZUS na skutek zaniżeń emerytur i rent. Pisałem o tym w 1975 r. do Sejmu, do 19 posłów interesujących się tymi sprawami. Panowie posłowie poprzez bezpieczeństwo starali się zamknąć mi usta, byłem zmasakrowany, skazany na więzienie i prześladowania na nieskończony okres.

Sytuacja wcale się nie zmieniła w III Rzeczpospolitej, również i w obecnych władzach centralnych starają się znawców przedmiotu eliminować w ten sposób, że zawiadomienia o tego rodzaju spotkaniach przesyła się albo po terminie, albo w sposób taki, ażeby żaden znawca przedmiotu, ażeby przedstawiciel jedynej w Polsce centrali reprezentującej emerytów i rencistów w ruchu zawodowym, jaką reprezentuje właśnie centrala, Zarząd Główny „Solidarności Weteranów Pracy”, nie był obecny.

Cieszę mnie zapowiedź, o którą walczyliśmy. O jej realizację walczyliśmy już od 1969 r., walczyliśmy jeszcze w ruchu Obróńców Praw Człowieka Starego i Niepełnosprawnego, a potem w ruchu niepodległościowym „Solidarność Weteranów Walki i Pracy” i teraz w „Solidarności Weteranów Pracy” jako

związku zawodowym. Chodzi mianowicie o nadanie ZUS prawa bankowego i wyłączenie ZUS z organów administracji państwowej. Ta zapowiedź bardzo cieszy, bo to jest jakieś wyjście z sytuacji w systemie emerytalnym w naszym kraju.

Trudno jednak zgodzić się ze stanowiskiem pani wiceminister Górskiej z Ministerstwa Finansów, że ustawa, której szefem autorów była pani wiceminister w ministerstwie pracy, jest dobra. Oto takie rzucające się w oczy wady: choćby zawarte w niej na przykład ograniczenie podstawy wymiaru, który powinien dotyczyć nie podstawy wymiaru 250% podstawy bazowej, ale właśnie wielkości emerytury i renty. Jeżeli taki zapis był, że ktoś zarabiał, dajmy na to 12 mln zł, ale wykazał, że te 12 mln zł zarabiał przez 10 lat, to ma prawo do obliczania emerytury od pełnej wysokości podstawy wymiaru. Ale z uwagi na sytuację gospodarczą, na nasze krajowe możliwości, ogranicza się tę emeryturę do wysokości 250% kwoty bazowej. I gdyby taki zapis był, byłoby wszystko w porządku.

Dotychczas inwalida z wypadku przy pracy I i II grupy miał prawo do stuprocentowej emerytury, znaczy 100% podstawy wymiaru, a inwalida III grupy, jeżeli się nie mylę 50 czy 60%, zdaje się, że 80%.

Ustawa zrównała inwalidów z wypadku przy pracy, którzy dotąd byli traktowani tak jak inwalidzi wojenni i inwalidzi wojskowi, z inwalidami z marginesu społecznego, na przykład z pijakami czy narkomanami. To jest niedopuszczalne. I o taką inicjatywę ustawodawczą panów senatorów i posłów zabiegamy, ażeby przynajmniej ten przepis znowelizować.

Proszę państwa, my nawet zaproponowaliśmy, ażeby renta inwalidy z wypadku przy pracy I i II grupy wynosiła dalej 100% podstawy wymiaru z tym, że nie mniej aniżeli 80% kwoty bazowej, czyli jednej średniej płacy krajowej. Dla III grupy również 80% podstawy wymiaru, nie mniej jednak aniżeli 60% kwoty bazowej średniej płacy krajowej. Wtedy sprawa byłaby rozwiązana.

Proszę państwa, była tu mowa o radach nadzorczych. Mnie się wydaje, że rady nadzorcze na szczeblu oddziałów powinny jednak pozostać. Tam ta kontrola administracji musi być, może nie w takim kształcie jak dotąd, ale na przykład z pozostawieniem im wyłącznie spraw kontrolnych, kontroli działalności oddziałów. Szerzej bym na ten temat powiedział, ale w tej chwili ograniczę się tylko do zasygnalizowania, że będziemy się bić o to, ażeby rady nadzorcze pozostały również w oddziałach.

Wysokość emerytury należałoby uzależnić wyłącznie od wysokości zarobków i stażu pracy, nawet gdyby wypadło, że ta emerytura czy renta jest niższa aniżeli minimum socjalne. Dlaczego? Dlatego, że jak tu już powiedziano, emerytura nie jest łaską, nie jest świadczeniem dla bezrobotnych, ale jest wynagrodzeniem przesuniętym w czasie, na które każdy odprowadzał część swoich zarobków.

Prawdą jest, że te składki emerytalne odprowadza zakład pracy, ale zakład pracy odprowadza je od zarobków pracowniczych. On tylko pośredniczy. Nie są to środki wyłącznie zakładu pracy, tylko pracownicze. I dlatego apelowałbym, ażeby tym ludziom, dla których ustawa przewiduje emerytury niższe, zapewnić prawo uzupełnienia sobie środków właśnie z mocy ustawy o pomocy społecznej.

Odnosnie do ostatniej wypowiedzi pani senator o włączenie zaopatrzenia – bo tak to można nazwać – do ustawy emerytalnej, mnie się wydaje, że to jest niewłaściwy pomysł. Podkreślam jeszcze raz, emerytura to nie łaska ani świadczenie socjalne, to jest wypracowane pracownicze wynagrodzenie przesunięte w czasie i powinno procentować tylko i wyłącznie na rzecz pracowników.

Od lat również zabiegamy o inną emeryturę, mianowicie o emeryturę PKO. Ażeby PKO stworzyło tzw. książeczki emerytalne, z których można byłoby już korzystać po 20 czy 25 latach.

Podobne ubezpieczenie było kiedyś w PZU. Wystarczyło ubezpieczyć się, założyć na 100 tys. zł, aby po 20 latach opłacania składek – wtedy kiedy nie było dewaluacji pieniądza – otrzymać 18 tys. zł. Około 18 tys. zł. Kiedy emerytura pełna po 35 latach pracy wynosiła niespełna 2700 zł, tam wystarczyło przepracować 20 lat, ażeby dostać 18 tys. zł. Poza tym już po pierwszym roku dostało się trzynastą emeryturę w wysokości prawie takiej samej, później co roku rosła podwójnie, w drugim roku dwa razy, w trzecim roku ta trzynasta pensja wynosiła trzy razy tyle itd., itd.

Więc proponowaliśmy podobne rozwiązanie, nawet opracowaliśmy regulamin dla PKO i dla ministra finansów, ale niestety, i od Ministerstwa Finansów, i od szefostwa PKO otrzymaliśmy informację, jeszcze w roku 1981, że to rozwiązanie nie jest możliwe do przeprowadzenia w tej organizacji. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo.

Szereg trafnych uwag na pewno wykorzystamy w pracy. Szczególnie te, które dotyczyły może nie samego projektu zmian ustawy o ubezpieczeniach społecznych, ale ustawy o emeryturach, o zabezpieczeniu emerytalnym. To jest, powiedzmy, niejako akt dodatkowy, wykonawczy w stosunku do tego tekstu, o którym dzisiaj dyskutujemy, to jest jeden ze szczegółów. Mam nadzieję, że go rozwinemy być może jeszcze w tym roku, kiedy będziemy na ten temat dyskutować.

Są natomiast dwie kwestie, na które trzeba byłoby zwrócić uwagę. Pani prof. Golnik powiedziała praktycznie dokładnie to samo, co pani prof. Hryniewicz, tylko innymi słowami. Pani prof. Hryniewicz bardziej emocjonalnie powiedziała o tym, że były okresy,

kiedy część ubezpieczonych nie płaciła składek; takie osoby do dziś występują. W tej chwili to są rolnicy, policjanci, wojsko, to są księża, którzy nie płacą pełnej składki.

Trzeba na to właśnie zwrócić uwagę. Tyle moich uwag.

W tej chwili głos zabierze jeden ze współautorów tekstu senackiej ustawy, pan Wojciech Topiński, prezes Fundacji Zabezpieczenia Społecznego.

Pan Wojciech Topiński

Prezes Fundacji Zabezpieczenia Społecznego:

Dzień dobry państwu!

Z przyjemnością chciałbym zgłosić kilka uwag o charakterze generalnym do projektu, który państwo zapewne już znają.

Wychodziliśmy z przesłanek dość zasadniczych, proponując te rozwiązania, z którymi państwo się zapoznaliście i o nich chciałbym teraz pomówić.

Jeśli chodzi o finansowanie ubezpieczeń, jesteśmy w drugim roku istnienia dość mocnego, głębokiego kryzysu finansów publicznych spowodowanych przede wszystkim sytuacją w funduszu ubezpieczeniowym. Obserwujemy masową ucieczkę z rynku pracy w rejon świadczeń socjalnych osób zagrożonych bezrobociem, masowe wcześniejsze emerytury oraz wykorzystywanie bardzo elastycznego prawa o inwalidztwie. Temu wzrostowi dochodów towarzyszy spadek przychodów, który się łączy zarówno ze złą sytuacją sektora państwowego, jak i ze zjawiskiem, że rosnący sektor prywatny pod różnymi pretekstami nie chce płacić składek.

Zmiana prawna, jaka nastąpiła na przełomie roku 1991 i 1993, raptowne podniesienie składek na ZUS przy okazji ubruttowienia, spowodowały prawdopodobnie przekroczenie pewnego punktu krytycznego w zakresie fiskalizacji systemu. Pomimo wzrostu składki chwilowo, wówczas z początkiem roku, ogólne wpływy ZUS zmalały.

Ujawniło się też zjawisko nowe. Przypominam sobie raport NIK z końca 1990 r., kiedy okazało się, że wystąpiły nagminne fałszerstwa w dokumentacji ubezpieczeniowej przedsiębiorstw. Jest to zjawisko nowe. W zasadzie konstrukcja ZUS przez cały okres PRL była tego rodzaju, że zakładano, że sektor państwowy nie oszukuje. Stąd nie ma ani odpowiedniego aparatu kontroli w ZUS, ani odpowiednich metod dyscyplinowania tego ogromnego sektora. To oczywiście spowodowało zapotrzebowanie na dalsze dotacje budżetowe. Dalsze dotacje budżetowe spowodowały konieczność cięć w dziedzinach takich, jak: ochrona zdrowia, szkolnictwo, policja, wojsko, płace w sferze budżetowej, na kolei itd.

Są oczywiście granice, do których można ograniczyć finanse w innych dziedzinach i wydaje się, że do takich granic myśmy w tej chwili doszli w skali państwa. By ubezpieczenie dalej mogło spełniać

swoje funkcje musi zostać zreformowane. Chciałbym powiedzieć parę słów na temat obecnych reform w tym zakresie.

Zaobserwowałem dwie tendencje. Tendencję zachowawczą sprowadzającą się w zasadzie do utrzymania istniejącego systemu. Moim zdaniem, kolejne kierownictwo resortu pracy i polityki socjalnej działa właśnie w tej konwencji. Cechą charakterystyczną jest nanoszenie do istotnego prawa, względnie drobnych, choć niezwykle istotnych zmian, na przykład: likwidacja terenowych rad nadzorczych, którą to inicjatywę w pełni popieram; racjonalizacja podejścia do inwalidztwa oczywiście konieczna; osobowość prawna dla ZUS.

Deklarowanym celem tej orientacji jest stworzenie kodeksu ubezpieczeń społecznych, co jest rozumiane jako przepisanie całego istniejącego zasobu prawnego w formę kodeksową i naniesienie przy okazji poprawek, które nie zmieniają istoty funkcjonowania ubezpieczeń.

Nie kwestionujemy w żadnym stopniu potrzeby porządkowania prawa, natomiast wydaje się, że podstawowe problemy, które są podstawą kryzysu ubezpieczeń, nie są rozwiązywane i prawdę mówiąc, nie widzę nawet wysiłku, żeby się nad tym zastanowić. Jest to problem niewydolności finansowej systemu zarówno w krótkim, jak i w długim okresie. Jest to problem niespełnienia funkcji zapewnienia osobom emerytowanym niezmienności poziomu ich życia po przejściu na emeryturę.

I ostatni punkt niezwykle ważny dla pewnych środowisk, które może mają bardziej gospodarczy niż socjalny punkt widzenia, tj. niewykorzystywanie funduszu emerytalnego dla kreowania oszczędności inwestycji. Tendencja ta w naszej ocenie prowadzi do niekorzystnych zjawisk, które będą polegały na stopniowym obniżaniu emerytur i spłaszczaniu stopy świadczeń w perspektywie kilku lat. Jeśli dalej potoczy się ten proces, różnica między świadczeniem najniższym a najwyższym będzie się zmniejszała.

Słabe perspektywy widzimy dla okresu po roku 2005, kiedy liczne roczniki powojennego wyżu demograficznego zaczną ubiegać się o emerytury. Nastąpi wówczas zasadnicze zakłócenie proporcji, która już wygląda niekorzystnie: mała liczba osób pracujących będzie musiała utrzymać z bieżącej składki bardzo dużą liczbę osób niepracujących. Taki jest ten system.

W najbliższym czasie nastąpi próba rekonstrukcji mechanizmu, w którym ten system mógł działać w PRL w latach osiemdziesiątych, charakteryzującym się masowym przechodzeniem na emeryturę. System polegał na tym, że łatwo było dostać emeryturę, natomiast inflacja w dość krótkim czasie konsumowała to dobro i po pewnym okresie emerytury były bardzo niskie.

Dobłą egzemplifikacją tej próby, nie do zastosowania oczywiście w stu procentach, bo mamy auto-

matyczną indeksację emerytur, jest ostatnie wystąpienie rządowe o obniżenie podstawy waloryzacji. I oczywiście nie kwestionuję tego wystąpienia w kategoriach, że to nieprawda, że są te pieniądze, że to mogłoby być inaczej. Jest to zapewne krótkoterminowa konieczność, ale jestem pewien, że to samo spotka ten system w roku przyszłym, w następnym, i w następnym, doprowadzając do zjawiska, o którym mówię, do stopniowego spłaszczania świadczeń.

W tych wszystkich opresyjnych sytuacjach będzie następowało dalsze odciąganie środków z innych sfer życia, jak: szkolnictwo, ochrona zdrowia, policja, oraz utrudnianie wzrostu gospodarczego poprzez wzrost podatków i wysysanie kredytów z rynku inwestycyjnego. Cóż to znaczy, że jest deficyt, że prawo budżetowe pozwala zaciągać kredyt funduszu celowym lub budżet pożyczka pieniądze, rozprawdając obligacje? Oznacza to, że pieniądze, które mogłyby być w innych warunkach zainwestowane, przechodzą do wydatkowania budżetowego. Jest to jakiś sposób przenoszenia oszczędności i potencjalnych inwestycji w sferę konsumpcji.

Będąc w opozycji do tego trendu, opowiadamy się za zasadniczą restrukturyzacją ubezpieczeń. Proponujemy wprowadzenie różnorodności zabezpieczenia socjalnego w oparciu o rynek ubezpieczeń, związanie spraw socjalnych z ekonomią poprzez ubezpieczenia typu kapitałowego, w częściowym zakresie, wykorzystanie przy restrukturyzacji ubezpieczeń unikalnej sytuacji związanej z prywatyzacją i zaangażowaniem inwestycyjnym państwa.

I tu generalna uwaga. Tendencja, o której mówiłem, nie jest w żadnym stopniu sprzeczna z tendencją, którą my proponujemy. Trzeba robić jedno i trzeba robić drugie. Wszelkie napięcia, jakie są związane z tym, że trzeba robić to albo tamto, są po prostu nieprawdą. Na przykład, takie zagadnienie jak racjonalizacja inwalidztwa musi być dokonane, w przeciwnym wypadku nie dokona się najmniejsza forma urynkowania sytuacji ubezpieczeniowej w tym zakresie. Patologia inwalidzka przekroczyła już wszelkie rozmiary zdrowego rozsądku i nie znajdzie się żaden ubezpieczyciel w kwestii ryzyka inwalidztwa w Polsce, dopóki będą takie zasady orzecznictwa.

Chciałbym wnieść pewne uwagi dotyczące sprawy oczekiwań społeczności emeryckiej. Wychoząc z ustroju komunistycznego, weszliśmy w zasadniczą rozbieżność między przyzwyczajeniami tej społeczności a możliwościami, które kreuje gospodarka rynkowa.

Emeryt naszego kraju i każdego z krajów postkomunistycznych jest przyzwyczajony do czegoś, co nie jest wcale takie zwyczajne. Jest przyzwyczajony do tego, że podstawowym i właściwie pełnym źródłem jego dochodów jest transfer z państwowej instytucji ubezpieczeniowej. Była to formuła komunistycznego państwa, obywatel nie powinien niczego

mieć, w zamian za to państwo zapewniało mu w miarę stabilną starość, ponieważ wcześniej zabrało mu wszystko. Inne są oczekiwania społeczności emeryckich, które mają dłuższy staż w warunkach rynkowych, gdzie człowiek coś ma i to coś jest bardzo różnicowane.

Dla przykładu podam liczby, które wynikają z badań przeprowadzonych na Zachodzie. W krajach anglosaskich ubezpieczenie podstawowe to ubezpieczenie, które można kojarzyć z ZUS, zależne od grupy dochodowej, wynosi ono ok. 30% dochodu emeryta. W niektórych krajach, zwłaszcza w tradycji niemieckiej, więcej. To wynika z pewnych szczególnych okoliczności, jakie towarzyszą rekonstrukcji tych systemów po wojnie.

Jakie jest znaczenie tego faktu? Im mniej jest pewnego dochodu państwowego, tym większa jest zapobiegliwość życiowa i tym większe jest staranie się o to, żeby zgromadzić pewne fundusze, zaoszczędzić i zabezpieczyć sobie starość. Ma to z jednej strony ogromne znaczenie socjalne, z drugiej strony ma ogromne znaczenie ekonomiczne. Jest to mechanizm kreowania oszczędności, które później przez instytucje rynku kapitałowego są przekształcane w aktywną gospodarkę i są podstawą egzystencji emeryta. Jest to formuła finansowania zupełnie odmienna od formuły związanej z finansowaniem z bieżącej składki, którą mamy dzisiaj. Do tej sprawy jeszcze wrócę.

Chciałbym się jeszcze odnieść do sytuacji, w jakiej się znaleźliśmy po ustawie o rewaloryzacji rent i emerytur z października 1991 r., tak bardzo krytykowanej również w Senacie. Wprowadzenie tej ustawy, jak również szeregu zmian w prawie emerytalnym w ostatnich latach, naruszyło w gruncie rzeczy zasadę solidarności międzypokoleniowej i praw nabytych. Cały mechanizm polega na tym, że ja dzisiaj płacąc składkę, ufam, że przyszłe pokolenie zapłaci mi emeryturę za tę składkę. To się już właściwie zlikwidowało. Jeżeli my nie jesteśmy w stanie zmienić tych warunków osobom już otrzymującym emeryturę, to oczywiście sens płacenia składki został wyeliminowany. Ta obietnica prawdopodobnie nie będzie dotrzymana. Mogę dodać, że znając demografię, jestem pewien, że nie zostanie dotrzymana. I ten fakt będzie miał rozliczne konsekwencje. Spowoduje, że brak zaufania do instytucji zabezpieczenia socjalnego stanie się powszechniejszy.

Pustym ekonomicznym pojęciem stały się w ostatnich latach gwarancje państwowe, o które tak zabiegają wszyscy projektujący nowe rozwiązanie. W tej chwili nie jest tak, że można dowolnie kreować deficyt budżetowy, to polega na tym, że rząd musi się zwrócić do Sejmu o zwiększenie deficytu i to musi zostać przegłosowane. Egzekwowanie tych gwarancji nie jest już automatyczne.

I dlatego w projekcie, który przedstawiłmy, opo-
zycyjnym w stosunku do projektu rządowego, bar-

dzo wysoko stawiamy sprawę zobowiązania ZUS do prowadzenia długoterminowych projekcji, żebyśmy nie udawali zdziwionych, że za 20 lat się powie: to jest ogromnie dziwne zjawisko, że nie starcza na emerytury, trzeba obniżyć podstawę waloryzacji, emerytury czy coś innego. My już dzisiaj możemy, posługując się współczesną nauką, powiedzieć, z ogromną dozą pewności, na jakie emerytury, za ile lat będzie nas stać. Instytucja ubezpieczeniowa odpowiadająca za podstawę egzystencji milionów ludzi powinna to robić z kilkudziesięcioletnim wyprzedzeniem. Bo jeżeli się okaże, że dziura powstaje za 20 lat, to środki na zapewnienie egzystencji następnemu pokoleniu, do których jest zobowiązane to społeczeństwo, powinny już teraz być gromadzone, a tymczasem nie są. Był taki głos ze strony rządowej, że to jest absurd, że to jest sprawa techniczna, którą oczywiście ZUS może robić lub nie robić. Nie, tak nie jest. To jest zasadnicza sprawa, dlatego że konsekwencje, które wynikają z takiego rachunku i z takiej analizy, powinny być roztrząsane na forum parlamentu. Właściwie jest to jedna z najważniejszych spraw w społeczeństwie.

Jeszcze jedna uwaga. To o czym my mówimy: fiskalizm, rozerwanie związku między tym co się wpłaca do systemu, a tym co się odbiera, a więc słynny pułap 250%, jest oczywiście samobójstwem finansowym.

W tej chwili, ponieważ mamy poczucie rozerwania umowy pokoleniowej, ponieważ nie ma związku między tym co płacimy do systemu, a tym co z niego otrzymujemy, składek nie opłaca się płacić. I to jest dodatkowo wzmocnione sytuacją ogólnej charakterystyki rynku kraju takiego jak Polska, gdzie wchodzi na rynek miliony małych zakładów, osób pracujących na własny rachunek. To jest populacja nie do skontrolowania. Gdyby możliwe było jej skontrolowanie, wymagałoby to potwornie silnej instytucji nadzoru i kontroli. Oczywiście nie możemy zorganizować takiej instytucji, bo po prostu nie stać nas na to.

W związku z tym, jeżeli nie znajdzie się sojusznik w postaci osoby ubezpieczanej, który jest zainteresowany tym, żeby składki za niego były rzetelnie płacone, bo to rzutuje na jego przyszły dobrobyt, to prawdopodobnie tego zjawiska się nie pokona.

Nasze propozycje ewoluowały i w ciągu ostatnich dwóch lat w zespole, który przedstawił państwu tę propozycję, uważa się, że system ubezpieczeniowy powinien być wielofilarowy. Podstawowy system powinien być zbliżony do obecnego, z pewnymi jednak zmianami polegającymi na odcięciu od budżetu ochrony przed manipulacjami, które mogą mieć miejsce wokół finansów ubezpieczeniowych i w jakimś stopniu powinien być gwarantowany przez państwo. System zakładowych i branżowych ubezpieczeń oferujących dodatki do emerytur za dodatkową składkę. System ten odtworzyłby zakorzenio-

ną w społeczeństwie tradycję dodatków i przywilejów branżowych. Odtworzenie tych systemów będzie wymagało oczywiście bodźców podatkowych. System powinien być uzupełniony przez indywidualne programy emerytalne, o których dość obszernie z prof. Wiśniewskim pisaliśmy, oraz przez dobrowolne ubezpieczenia na życie działające na komercyjnym rynku ubezpieczeniowym, ale pod rygorystycznym nadzorem państwa.

Naszym zdaniem, do reformy ubezpieczeń niezbędne jest dziesięć zmian ustawowych. Jeżeli tak mocno spieramy się wokół tej ustawy o organizacji finansowej i finansowaniu ubezpieczeń, chociaż to jest tylko 1/10 problemów, to głównie z tego powodu, że źle przyjęte w niej rozwiązania nie będą się dobrze układały z pozostałymi elementami systemu, który tak czy inaczej do Polski przyjdzie, czy to w sposób zorganizowany przez rząd, czy w sposób żywiołowy. Będzie to oczywiście mniej lub bardziej efektywne, ale się stanie, bo taka jest logika rozwoju tego rynku. Niezbędna jest ustawa o funduszach emerytalnych jako wariacie funduszy powierniczych. W tej chwili nie ma możliwości utworzenia funduszu emerytalnego, a jeżeli ktoś, kto wyznaje ogólną zasadę, że „co nie jest zabronione, jest dozwolone” utworzyłby taki fundusz, to ostrzegam, żeby na coś takiego pieniędzy nie wpłacać. Bo prawdopodobieństwo, że podzieli on los Bezpiecznej Kasy Oszczędności Grobelnego jest wysokie.

Każdy rynek finansowy, gdzie los ludzki jest uzależniony od wydolności tego sektora, który jest w prywatnych rękach, w każdym cywilizowanym kraju znajduje się pod bardzo rygorystycznym nadzorem państwa.

Tu pewna gorzka uwaga. Mamy kryzys „Westy”. Kryzys „Westy” był oczywisty już ponad pół roku temu, tak jak jest oczywisty kryzys paru następnych firm ubezpieczeniowych. Tak jak jest bardzo prawdopodobne, że nikt „Westy” nie wykupi dlatego, że rynek jest tak nie zorganizowany, że prowadzi do niszczenia firm ubezpieczeniowych. Jeżeli dopuszczamy do sytuacji takiej, że nie ma norm aktuarialnych wyznaczanych przez państwo, to oczywiście doprowadzamy do tego, że firmy, chcąc uzyskać składki, konkurują własnym optymizmem.

Pomyślmy, co by było, gdyby to nie były ubezpieczenia komunikacyjne. Emerytury zależałyby od tego, czy firmy miałyby 40-letni okres oszczędności. Oby się nie zdarzyło bankructwo, jeśli się zdarzy, to w przypadku funduszy emerytalnych zobowiązania przyjmuje państwo. Ale skoro państwo musi przejąć zobowiązanie, to staje na głowie, żeby do niego nie dopuścić. Odbywa się codzienny *monitoring* lokat, codzienny nadzór nad rzetelnością wyliczeń aktuarialnych. To musimy mieć zanim się rozpocznie jakikolwiek śladowy rynek. I to jest także część pakietu, który trzeba włożyć do torby, którą nazywamy „reformą ubezpieczeń”.

Jeśli chodzi o ustawę o ubezpieczeniach życiowych, to powstaje problem całego systemu ulg podatkowych, które *de facto* nie są ulgami. Jeśli byśmy w tej chwili zapłacili składkę dodatkową, chcąc uzyskać w przyszłości dodatek do emerytury, to jeden raz płacimy podatek od dochodu i to z opodatkowanych pieniędzy. Po raz drugi będzie to nasz przychód, kiedy będziemy emerytami. Faktycznie, póki się nie doprowadzi do sytuacji jednokrotnego płacenia podatków, nie ma bodźców do rozwoju sektora ubezpieczeniowego w dziedzinie ubezpieczeń życiowych.

Opracowania wymaga także ustawa o ubezpieczeniach dodatkowych, zakładowych i branżowych; ustawa o ewentualnym przekazaniu części funduszy prywatyzacyjnych na rzecz restrukturyzacji ubezpieczeń społecznych oraz ustawa o utworzeniu instytucji powierniczej, zarządzającej potem tymi funduszami. Byłaby to instytucja analogiczna do narodowych funduszy inwestycyjnych. Opracowania wymaga również ustawa o aktuariacie państwowym i nadzorze aktuariatu.

Przedstawiłem państwu te sprawy głównie dlatego, żeby pokazać, że projekt ustawy, o którym mówimy, jest częścią większej całości. Nie mieliśmy możliwości zaprezentowania takiego projektu. O ile wiem, inne środowiska, które współtworzyły rządowy projekt, też nie mają tego, o co chodzi w przyszłości. Najtrudniej jest robić rozwiązania cząstkowe, kiedy nie wiemy, do czego zmierzamy. Z tego powodu pozwoliłem sobie państwu przedstawić to uzasadnienie. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*).

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo za ponad miarę wyczerpujący materiał uzasadniający dzisiejszą tezę podstawową o konieczności reformy ubezpieczeń społecznych. Pana Wojciecha Topińskiego wykorzystamy w dalszych pracach, bo jak na wstępie powiedziałem, jest jednym ze współautorów projektu tej ustawy. Oczekuję na dalszy udział w dyskusji.

Senator Jadwiga Bałtakis:

Wróć do tematu renty obywatelskiej czy socjalnej.

Trudno mi się zgodzić z tym, że renta musi się łączyć z pracą i wpłacaniem składek. O ile grupy zawodowe wymieniane tutaj nie płacą składek, a jednak dostają renty i emerytury, choć nie są klientami opieki społecznej, o tyle nie bardzo rozumiem, dlaczego nieduża grupa ludzi niezdolnych trwale do pracy nie mogłaby ich uzyskać. Dziękuję.

Senator Adam Struzik:

Odpowiadając pani senator Bałtakis, chcę stwierdzić, że formuła renty obywatelskiej jest potrzebna jako zjawisko. Natomiast do rozstrzygnięcia jest

sprawa, czy musi być ona finansowana, powiedzmy, z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, czy nie. Mogą to być pieniądze budżetowe, tak zwana renta obywatelska dla ludzi nie tylko chorych od urodzenia, ale również na przykład dla ludzi oczekujących wieku emerytalnego, a będących jeszcze przez rok czy dwa lata na zasiłkach dla bezrobotnych, w sferze opieki socjalnej itd., itd. Są to potencjalne rozwiązania i oczywiście trudno oczekiwać, żeby ludzie, którzy muszą co miesiąc prosić o pomoc opiekę społeczną, dobrze się czuli. I wydaje się, że w tych przypadkach powinna być stała renta obywatelska. Przecież ten człowiek nigdy nie będzie zdrowy, a ciągła weryfikacja jego choroby jest rzeczą absurdalną i tu się z panią zgadzam.

Natomiast nie zgadzam się, żeby to umieszczać w systemie emerytalnym czy rentowym, finansowanym z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję.

Pierwsza była pani dr hab. Urszula Prasznic z Uniwersytetu Wrocławskiego. Proszę o zabranie głosu.

Pani Urszula Prasznic Uniwersytet Wrocławski:

Proszę państwa, niepokoi mnie tutaj pewien utrwalający się dość nurt, wiara w to, że wprowadzenie systemu kapitalizacji w ubezpieczeniach rozwiąże wszystkie finansowe problemy.

Skąd ten niepokój? Przede wszystkim, moim zdaniem, następuje tutaj pomieszanie pojęć. Mylimy oszczędności z ubezpieczeniami społecznymi. To, o czym mówił pan Topiński, jak gdyby wskazując na korzyści ustawowego uregulowania funduszy emerytalnych, nie ma nic wspólnego z naszym tematem. Dlaczego? Pojęcie: fundusze emerytalne ma na Zachodzie określone znaczenie. To nie jest fundusz emerytalny w tym sensie, w jakim u nas funkcjonował od 1968 r. To są po prostu oszczędności celowe. Tak jak u nas są oszczędności – książeczki mieszkaniowe, przedpłaty na samochody, tak tam istnieje również oszczędzanie na rzecz przyszłego świadczenia emerytalnego, z tym że to nie jest świadczenie społeczne. Oszczędza każdy, kto się decyduje na ograniczanie swoich bieżących dochodów po to, by w przyszłości nie obniżyć standardu życia. Stąd są konta indywidualne, wpłaty do funduszy emerytalnych, które lokują pieniądze, pomnażają kapitał i zgodnie z umową w określonym okresie wypłacają wysoką rentę albo jednorazowo, albo wypłacają świadczenia przez dłuższy czas. I ten, kto w taki sposób wpłaca oszczędności na fundusze emerytalne, jest właścicielem pieniędzy, które są na koncie. Jeżeli on umrze, to z tytułu

spadku tę kwotę wypłaca się jego spadkobiercom. Ale to nie jest ubezpieczenie społeczne, to jest nowoczesna forma oszczędzania.

Natomiast emerytury, o których mówimy, są emeryturami z ubezpieczenia społecznego. Tutaj nie ma, nie było i nigdy nie będzie kont indywidualnych. Obojętnie, czy mamy system repartycyjny, czy system kapitałowy, to jest zawsze jeden worek. Dlatego, że w tych prywatnych funduszach emerytalnych obowiązuje zasada: ja płacę określone kwoty i ja jestem ich właścicielem. Jeśli ja nie dożyję do pobrania takiej emerytury, to moi spadkobiercy ją wezmą. I dlatego to jest system drogi, ale trzeba jednak oszczędzać, trzeba zebrać pieniądze. Nie ueziera się ich na prywatną emeryturę w ciągu kilku lat, na to trzeba kilkunastu, kilkadziesiąt lat. Przeciętnie są one kalkulowane na 40 lat oszczędzania. Zasady wycofania tych pieniędzy są określone.

W ubezpieczeniach społecznych natomiast mamy inne założenie. Wszyscy płacimy składki, ale nie wszyscy potem korzystamy ze świadczeń. Wszyscy płacą, ale nie wszyscy chorują. Wszyscy płacą, ale nie wszyscy są inwalidami. Wszyscy płacą, ale nie wszyscy będą emerytami, bo nie dożyją do tego wieku. Przy takim założeniu ten system jest tańszy, świadczenia są niższe, ale masa osób finansuje mniejszą grupę, bo świadczeniobiorców jest mniej niż tych, którzy płacą składki.

I mówienie o kontach indywidualnych w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego jest w ogóle zaprzeczeniem idei ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie solidarności i nie można mówić: ja płaciłem, to niech mi oddają. Emerytura nie jest płacą odłożoną, dlatego że u nas obowiązuje zasada repartycji. Pokolenie pracujące finansuje niepracujących, silniejszy finansuje słabszego, a bogatszy uboższego.

Proszę państwa, zastanówmy się nad kosztami utworzenia takich indywidualnych kont. Płacących składki jest kilkanaście milionów, a więc trzeba dla nich prowadzić operacje, księgowość. To niewątpliwie podroży ubezpieczenie. Czy jednak cokolwiek zmieni? Przecież nikt z nas indywidualnie nie ma prawa do tych pieniędzy, nikt nie ma prawa do ich roszczenia. Nikt nie może powiedzieć: ja przez tyle lat płaciłem składkę, więc to co wyliczyłem, wy mi oddajcie. Bo wtedy to nie jest ubezpieczenie społeczne.

Rozumiem te środowiska, które optują za wykorzystaniem funduszy ubezpieczeniowych w celach inwestycyjnych. Ale trzeba sobie zdać sprawę, że ubezpieczenie nie ma w tym interesu. Nie jest interesem ubezpieczenia kreowanie rynku finansowego w Polsce, kreowanie rynku kapitałowego. Celem ubezpieczenia jest zapewnienie jak najlepszej ochrony ubezpieczonemu.

I trzeba powiedzieć, że w tych krajach, które wprowadziły system kapitałowy, w tej chwili jest tylko

jeden taki przykład: Chile, wyraźnie powiedziano i wiadomo, dlaczego to zrobiono. Dlatego że państwo potrzebuje kapitału. I ubezpieczenia mają ten kapitał. Chodziło o to, by ubezpieczenia zmusić jak gdyby do zgromadzenia kapitału i pozbawić je możliwości wypłat w krótkim czasie. W tych systemach kapitałowych, przy czym najczęściej jest cytowany model chilijski, nie mówi się o tym, że w tej chwili płaci się składkę, ale świadczeń jeszcze się nie wypłaca, bo ludzie muszą gromadzić tę składkę kilkanaście lat. Poczekajmy, co będzie, gdy instytucje zaczną wypłacać kapitałowe świadczenia. System kapitalizacji służył chociażby temu, żeby umocnić obecną władzę polityczną w Chile i te pieniądze obrócono przede wszystkim na wielokrotne powiększenie świadczeń zaopatrzeniowych dla funkcjonariuszy mundurowych.

Proszę państwa, ubezpieczenia generalnie odeszły od kapitalizacji. Rozważano ten problem przez ostatnie 10 lat w Niemczech, w kraju, który jeżeli chodzi o zasoby kapitałowe, nie ma porównania z nami. Niemcy też się wycofali. Jeden z argumentów był taki: ubezpieczenia nie powinny dawać łatwej możliwości wykorzystywania tych środków przez państwo.

Nigdy tak nie było, także i w polskim przedwojennym systemie ubezpieczeniowym, gdzie były nadwyżki i lokaty, czyli był system kapitałowy, żeby ubezpieczenie korzystało z tych lokat swobodnie.

Popatrzmy na historię przedwojennego ubezpieczenia. Ktoś mówił, żeby oddali ten majątek. W czym ten majątek był? Głównie w obligacjach państwowych. Na skutek wojny wszystko przepadło, zostały tylko nieruchomości jako jedyny trwały element majątku. Więc można by odzyskać te nieruchomości, ale to stanowi tylko kilkanaście procent majątku.

Trzeba wiedzieć, że jeżeli nawet by się wprowadziło system kapitalizacji, to te pieniądze i tak będą wykorzystywane na cele ogólnogospodarcze czy ogólnospołeczne, a gestorem i instytucją autonomiczną na pewno nie będzie ZUS, nie będą ubezpieczenia społeczne.

Jeszcze jedna kwestia. Przyznam, że też niepokoi mnie przerzucanie na ZUS obowiązków, które, moim zdaniem, do tej instytucji nie powinny należeć. Na przykład działalność gospodarcza. Znowu wierzy się, że ZUS prowadząc działalność gospodarczą, stanie się bogaty. Nieprawda, bo ZUS nie jest specjalistą od działalności gospodarczej. ZUS jest instytucją powołaną do gromadzenia środków i ich wypłacania, a nie do prowadzenia działalności gospodarczej.

Jeszcze inny element: przerzucanie na ZUS prowadzenia działalności profilaktycznej i rehabilitacyjnej. Uważam, że ZUS powinien inspirować i finansowo wspierać tę działalność, tak jak to jest w obecnej ustawie, ale nie powinien jej prowadzić. Bo popatrzmy: czy na przykład ktoś wymaga od PZU, żeby

budował bezpieczne drogi? Nie. PZU finansuje przebudowę dróg, żeby one były bezpieczne, bo ma z tego korzyści. Ale PZU nie buduje bezpiecznych autostrad. Więc dlaczego ZUS ma produkować pewne rzeczy, dlaczego ma prowadzić działalność profilaktyczną? Od tego są specjaliści. Uwikłanie ZUS w prowadzenie takiej działalności oznacza wzrost kosztów i trzeba z tego sobie zdać sprawę.

Jestem generalnie za reformowaniem, natomiast nie jestem optymistycznie nastawiona do tezy, że taka reforma czy chociażby gospodarka funduszowa spowoduje, że będzie niższa składka a wyższe świadczenie. Takich cudownych reform współczesne ubezpieczenia nie znają. Celem reformy jest albo obniżenie składki, albo podniesienie świadczenia. Jedno i drugie u nas też jest niemożliwe do osiągnięcia.

Poza tym, z tego co proponuje się zmienić, wynikają pewne dodatkowe nakłady finansowe. Proszę państwa, jeżeli będą fundusze celowe, każdy fundusz musi mieć odrębną administrację. Przecież wiemy, że to pomnoży koszty. Jeżeli przed wojną scentralizowano ZUS i ograniczano gospodarkę funduszową, to właśnie ze względu na minimalizację pewnych nakładów. Te fundusze mają być samodzielne, a więc prowadzą jakąś działalność. To wszystko kosztuje. A o ubezpieczeniach, moim zdaniem, trzeba mówić nie z miękkim sercem, a z liczydłem w ręku. Bo to jest urządzenie gospodarcze, które opiera się na podstawowej zasadzie: takie wydatki, jakie dochody. A dochody są pewnym sztywnym elementem. A więc nie można obiecywać, nie można łudzić się, że będzie lepiej. Można jedynie racjonalnie wydatkować te pieniądze na pomnożenie dochodów, o czym wydaje mi się, na razie nie ma co marzyć. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*).

Senator Adam Struzik:

Pozwolę sobie odnieść się w kilku słowach do pani wystąpienia.

Otóż wydaje mi się, że wiele ze słów, które pani powiedziała, potwierdza tezy przeciwnie. Jeżeli mówimy o racjonalnym gospodarowaniu, to właśnie o usprawnienie instytucji, która już jest, o usprawnienie ZUS nam chodzi, między innymi. To, że jest kilkadziesiąt tysięcy pracowników ZUS w Polsce, a w samej Warszawie około tysiąca, dostatecznie dowodzi, że nie trzeba będzie zatrudniać nowych, żeby sprawnie funkcjonowały fundusze. Trzeba usprawnić strukturę, która funkcjonuje, choć może nie funkcjonuje prawidłowo. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Sami zdajemy sobie sprawę z różnic między ubezpieczeniem społecznym a ubezpieczeniem dodatkowym. Logiczne jest, że ubezpieczenia społeczne muszą się opierać na zasadzie solidaryzmu społecznego. Chodzi o redystrybucję środków, nie ma to natomiast nic wspólnego z ubezpieczeniem dodatkowym.

Istotną rzeczą jest, aby jedno było uzupełnione przez drugie. I takie szanse stworzyć musimy obywatelowi po to, aby jego zapobiegliwość została odpowiednio wykorzystana. Chodzi o to, żeby obywatel zabiegał o swoją przyszłość w taki sposób, w jaki chce. Ale tutaj są potrzebne uregulowania prawne wobec pewnych obciążeń podatkowych, tu się zgadzam z panem Topińskim.

I następna sprawa, nie zgadzam się, że na rynku kapitałowym firmy ubezpieczeniowe nie mogą wypracować żadnych zysków. Tym bardziej w tej chwili, w sytuacji, kiedy budżet praktycznie bez przerwy dopłaca do tych instytucji. Jakikolwiek zysk tego funduszu już jest poprawą obecnej sytuacji. Oczywiście trudno mówić o tym, żeby instytucje ubezpieczeniowe stały się jakimś następnym podmiotem gospodarczym, który obraca olbrzymimi kapitałami i prowadzi ryzykowną grę rynkową. To jest oczywiście nie do pomyślenia.

Mówi pani o tym, że nie obchodzi nas zysk, ale demografię obchodzi. Bo jeżeli wiemy, że w roku 2002, 2003 czy 2004 nagle będzie rosła liczba świadczeniobiorców, a malała liczba świadczeniodawców, tak ich nazwijmy, to nas obchodzi, żeby skumulować pewien zapas środków finansowych. Bez tego typu działań nie ma szansy na to, żebyśmy jakiegokolwiek świadczenia mogli w przyszłości wypłacić.

A jeżeli już mówimy o tym, że emerytura to nie jest wynagrodzenie odłożone, to czymże ona jest? Przecież jest to, proszę państwa, podatek, który płacimy w ten sposób wszyscy. Płacimy po to, żeby ktoś z nas otrzymał to wynagrodzenie, kiedy nie będzie pracować. Oczywiście nie wszyscy je dostaną, i na tym polega solidaryzm, ale to jest wynagrodzenie odłożone w czasie.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

W ramach repliki pani Prasznic chciała zabrać głos.

Pani Urszula Prasznic Uniwersytet Wrocławski:

Dzisiaj pan Borysławski przypomniał nam historię emerytur wypłacanych przez PZU. To jest wspaniały dowód, na co można liczyć u nas w warunkach tworzenia funduszy emerytalnych. To były typowe oszczędności celowe na rzecz emerytur. Ktoś sprzedał gospodarstwo rolne, wpłacił 100 tys. zł i po jakimś czasie otrzymywał emeryturę 18 tys. zł, będącą wspaniałym świadczeniem, ponieważ była wielokrotnością emerytury z ubezpieczenia społecznego.

Należy pamiętać, że ci ludzie dzisiaj też otrzymują emerytury z PZU w wysokości około 18 tys. zł. Dlatego że w warunkach inflacji te oszczędności poszły z dymem, a ustawodawca, który wprowadził zasadę rewaloryzacji wkładów, zapomniał taksatyw-

nie wymienić te emerytury, bo jest ich niewiele. To wskazuje na fakt, że w warunkach inflacji należy bardzo ostrożnie wiązać oszczędności z takimi świadczeniami, od których zależy egzystencja ludzi.

Druga sprawa. Pytam, gdzie te fundusze lokować? Mieliliśmy kolejny przykład, akcję „Poznaj siłę swoich pieniędzy”. Wszyscy, którzy wykupili te pierwsze papiery wartościowe, poznali siłę swoich pieniędzy. Bo taka jest właśnie siła naszych pieniędzy na naszym rynku kapitałowym.

Rynek kapitałowy w kraju wysoko rozwiniętym kształtuje się około 400 lat. A więc u nas nie rozwinie się w ciągu kilku lat. Tylko pytam, dlaczego pieniądze ubezpieczeniowe mają wspierać rozwój rynku kapitałowego? Przecież tu nie chodzi o grę, tu nie chodzi o działanie spekulacyjne czy działanie obliczone na szybki zysk, tu chodzi o świadczenia społeczne, które gwarantują podstawową egzystencję, więc nie można na to patrzeć jak na kapitał, którym można grać.

Innym elementem są ubezpieczenia dodatkowe, bo mieszczą się w systemie ubezpieczeń społecznych. Mówiłam o funduszach emerytalnych, które są typowym urządzeniem ze sfery oszczędności, a nie ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenia społeczne są przymusowe i powszechne, ale w ramach wzmocnienia systemu stosuje się ubezpieczenia dodatkowe. Jestem jak najbardziej za tym, żeby te ubezpieczenia u nas powstały. Ustawodawca w ustawie o ubezpieczeniu rolnym przewidział taką możliwość, a ustawodawca senacki jej nie przewidział. Jestem za, ale proszę państwa, wyzbądźmy się złudzeń. Kto przystąpi do dodatkowego ubezpieczenia? Ubezpieczenia dodatkowe rozwijają się tam, gdzie ludzie mają bardzo wysokie dochody, gdzie na życie przeznacza się 30%, a resztę można przeznaczyć albo na dodatkową konsumpcję, albo właśnie na oszczędzanie. U nas, gdzie na żywność przeznacza się około 60% dochodów, gdzie cały czas mówimy, że wszystkim się żyje ciężko, kto i skąd weźmie dodatkowe środki, żeby, kosztem odejmowania sobie od ust dzisiaj, za 30 lat dostać dodatek do emerytury? Musimy być realistami, trzeba osiągnąć pewien poziom dochodu narodowego, pewien poziom dochodów indywidualnych, żeby te ubezpieczenia mogły się rozwinąć. Ale trzeba o nich myśleć perspektywicznie. Zgadzam się, ustawodawca powinien taki instrument przewidzieć, ale nie powinien łudzić się, że to nam rozwiąże problem. Podstawą będą powszechne, obowiązkowe świadczenia ubezpieczeniowe.

Chciałabym jeszcze nawiązać do kwestii, o której mówił pan Topiński, twierdząc, że przecież dzisiaj można dokładnie obliczyć, co będzie z systemem ubezpieczeń społecznych za 20 lat, bo wystarczą tutaj analizy aktuarnie. Moim zdaniem, nie można mieć takiej pewności. Jakie będą proporcje między liczbą pracujących a liczbą ludzi, którzy będą ze

świadczeń korzystać, to dzisiaj wiemy, bo te prognozy demograficzne są pewne. Ale nie wiemy, jaka będzie wydajność gospodarki za 20 lat. Jeżeli będzie taka jak dzisiaj, to będzie się liczyła tylko sytuacja demograficzna. A jeżeli dochód narodowy będzie spadał, jeżeli wydajność społeczeństwa będzie mniejsza, nawet jeżeli będzie tyle samo pracujących co niepracujących, to przecież mniej będzie do podziału. A może być tak, że zdarzy się cud i rzeczywiście ruszymy do przodu, gwałtownie wzrośnie wydajność pracy, nastąpią zmiany strukturalne, pojawią się korzyści z prywatyzacji. Wtedy jeden pracujący będzie mógł utrzymywać pięciu emerytów. Tego dzisiaj nie wiemy i dlatego prognozy obarczone są znacznym stopniem niepewności. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję. Głos zabierze pan senator Juros.

Senator Paweł Juros:

Chciałem się odnieść do kilku spraw, które dotyczą ubezpieczeń społecznych.

Dla mnie, jako senatora, jako lekarza, jako człowieka, który jest z ZUS związany od 30 lat, jest jasne, że świadczenia emerytalne powinny wynikać z wysokości składki i ilości lat pracy.

Mówi się dzisiaj, że właściwie składka jest czymś nie obowiązującym, bo to zakład pracy płaci. Tak niestety nie jest, bo to są nasze pieniądze. Najlepiej widać w sferze budżetowej, że to jest część funduszu płac, którą państwo kieruje do sfery budżetowej.

Mówimy w ustawie o dolnej granicy składki. Natomiast nie wiedziałem nic o tym, żeby ktoś wspominał w ustawie o górnej granicy składki. Jest to taka sama składka jak w innych systemach ubezpieczeniowych. Wyznaczona jest górna jej granica, która potem ma wpływ na wysokości wypłaconych świadczeń. W naszej praktyce mamy górną granicę świadczeń, natomiast nie mamy górnej granicy składki.

Chciałem wyraźnie podkreślić problem, który poruszała pani senator Bałtakis. Z ustawy powinien wynikać wyraźny rozdział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych od opieki społecznej. Świadczenie ZUS jest świadczeniem wypracowanym, które wynika z ustawy; które wynika w pierwszym rzędzie z pracy, a następnie z czasu trwania opłaconej składki.

Nasz rząd w ostatnim czasie przedłożonymi nam papierami usiłuje tę sprawę zagmatwać, bo z jednej strony chciano obniżyć waloryzację do 91%, waloryzację, która przypada w grudniu. Miało to dotyczyć średnich i wyższych świadczeń, natomiast nie tych najniższych. Jest to oczywiście działanie niewłaściwe, bo waloryzacja świadczeń należy się z ustawy wszystkim, bo świadczenie jest wypracowane. Inną pomoc dla najslabiej zarabiających albo otrzymujących najmniejsze renty i emerytury można nato-

miast zmienić, dodatkowo finansować przez opiekę społeczną.

Chciałem się jeszcze odnieść do tego, że w pewnych sprawach, to jest niewłaściwie rozumiane. Ludzie uważają, że świadczenie wypłacane w rentach i emeryturach powinno być wyższe, że państwo celowo tych pieniędzy ludziom nie dodaje, że jest pewna manipulacja w tym zakresie. Ktoś mówił tutaj, że to powinno wynosić co najmniej 80%. Niedawno przeczytałem o reformie rent w RFN. Tam odbywa się to w ten sposób, że zabezpiecza się świadczenie emerytalne przy osiągnięciu 60 lat. Po 40 latach w wysokości 64%, natomiast po 45 latach pracy świadczenie wzrasta do 72%. Z tego wynika, że nawet tak bogate państwa, które mogłyby ustalić wyższe świadczenia, nie są w stanie wyżej ich finansować, bo nie są wypracowane przez pracowników.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Jak słusznie zauważył jeden z dyskutantów w przedpołudniowej sesji, ZUS w tej chwili zachowuje się jak Janosik, bogatym odbiera a biednym daje. I to jest jedna z przyczyn kłopotów.

Pierwsza była pani, bardzo proszę się przedstawić.

Pani Hanna Nowogórska-Kuźnik Ministerstwo Finansów:

Hanna Nowogórska-Kuźnik. Obecnie pracuję w Ministerstwie Finansów, do 30 września w ministerstwie pracy.

Myślę, że bardzo dobrze się stało, że to seminarium ma miejsce. To jest na pewno duży plus, że doszło do niego, że można wymienić poglądy na temat reformy systemu ubezpieczeń społecznych.

Uważam, że to seminarium bardzo pięknie rozpoczęło się od wykładu pani prof. Jankowskiej, która przypominała nam cele i idee ubezpieczenia społecznego. Troszeczkę tylko odczuwam, jak byśmy w dyskusji zgubili kierunek tego wykładu. Byłabym bardziej usatysfakcjonowana, gdybyśmy analizowali po kolei zasady ubezpieczenia społecznego, szukając potrzeby zmian tego systemu w Polsce i przedstawiając możliwości osiągnięcia celu.

Trochę już późno na to, bo jutro jest przewidziany inny temat, mamy dzisiaj mało czasu. Myślę, że to nie koniec dyskusji nad systemem, więc być może jeszcze będzie można w sposób bardziej uporządkowany do tego wrócić, dlatego że temat jest jak rzeka, wszystko ze wszystkim się ząbaja. Każdy chce zwrócić uwagę na co innego i w tej dyskusji ujawniły się właściwie bardzo ważne rzeczy.

Proszę państwa, tak się składa, że byłam reprezentantem Polski w Komitecie, który zajmuje się ubezpieczeniem społecznym na forum Rady Europy. W jego skład wchodzi urzędnicy państwowi delegowani do Rady Europy.

Problemy, o których dzisiaj mówimy, mają wszystkie państwa i to nie tylko te z dawnego bloku socjalistycznego, lecz wszystkie państwa Europy. I rzeczywiście trzeba podpatrywać, jak inne kraje radzą sobie z rozwiązaniem podstawowego problemu, jakim jest niebilansowanie się dochodów i wydatków w ubezpieczeniach społecznych. Kłopoty dotyczą nie tylko Polski, ale także bogatych krajów, jak Francja, gdzie, pragnę przypomnieć, po 37 i pół latach pracy przysługuje emerytura wynosząca 50% wynagrodzenia. Odnoszę wrażenie, że jesteśmy w bardzo trudnym momencie takiej rewolucji, kiedy chcemy, żeby było lepiej niż do tej pory. Uważam jednak, że musimy być ostrożni.

Proszę państwa, zmiany należy robić z wyczuciem, z ogromną ostrożnością. Dlaczego? Mówiło się właśnie na forum Rady Europy o różnorodności systemów ubezpieczeniowych, w których jest miejsce i na taki uniwersalny, o którym wspominała pani senator. Daje on każdej osobie, która żyje na danym terytorium i nie ma środków utrzymania, wszystko jedno z jakiego powodu, prawo do świadczenia. Są kraje w Europie, w których funkcjonuje taki system. Każdemu, kto na danym terytorium przemieszkał określoną liczbę lat, niezależnie od tego czy płaci składki lub podatki, oferuje ten system świadczenie, minimalne oczywiście. To są na ogół kraje bogate.

Oprócz tego są systemy takie jak mają Niemcy. Jest to system czysto ubezpieczeniowy, ale z elementami zabezpieczeniowymi.

Należymy do krajów, w których dominuje model wprowadzony przez Bismarcka. Pragnę przypomnieć, że celem tego systemu ubezpieczenia był spokój społeczny, zapewnienie skromnych środków do życia robotnikom, osobom zarabiającym mało, żeby w momencie kiedy stracą możliwość osiągania dochodu własną pracą, miały zapewniony jako taki byt.

Dzisiaj mówimy o wszystkim, zapominając o tym, że zupełnie inną funkcję spełnia podstawowy system ubezpieczeniowy, inną dodatkowe ubezpieczenie i jeszcze inną systemy oparte na kapitalizacji składek, które dotyczą na ogół bardzo wąskich grup wysoko zarabiających.

Więc nie można mówić o wszystkim na raz i myśleć, że wielu z nas, wypowiadając dzisiaj swoje opinie, ma rację w tym zakresie, o jakim myśli.

Powiem państwu, że podchodzę do sprawy reformy ubezpieczeń społecznych z coraz większą rezerwą i niepokojem. Dlatego, że jak na razie nie ma recepty na rozwiązanie, na znalezienie złotego środka. Nie widzę, żeby sprawę tę gdzieś na świecie rozwiązano w sposób rzeczywiście zadowalający. Przez wiele lat obserwowaliśmy, że nie warto oszczędzać w PKO, dużo bardziej opłacało się brać na kredyt. W związku z czym w mentalności naszego społeczeństwa nie ma poczucia, że warto oszczędzać.

Wydaje mi się, że w tej chwili nie ma szansy, żeby w naszym kraju zrobić przewrót całkowity, polegający na tym, że doprowadzimy do systemu zabezpieczeniowego na minimalnym poziomie, do takiego jaki jest, na przykład w Danii czy w Holandii.

Jeżeli mamy system, w którym mamy świadczenia wypadkowe, to trudne są zmiany racjonalizujące, co pan Sawa-Borysławski dzisiaj podkreślił, a coś dopiero mówić o zmianach prowadzących do rozwiązań, jakie są w Holandii. Tam nie ma odrębnego systemu świadczeń wypadkowych, bo uznano, że każde inwalidztwo, bez względu na jego przyczynę, wymaga odpowiedzi w postaci innych świadczeń. Każde inwalidztwo czy śmierć jest tak samo ważne.

Dokonuje się zabiegów formalnych zapominając, że zakres przedmiotowy ubezpieczeń społecznych jest znacznie szerszy niż to, o czym jest mowa w tym projekcie. Bo szeroko pojęte ubezpieczenia społeczne mieszczą się w świadczeniach rodzinnych. Bo jeżeli chcemy wyłączyć zasiłki rodzinne, to pytam, dlaczego nie zasiłki macierzyńskie i opiekuńcze? W gruncie rzeczy to jest ta sama grupa świadczeń, choć ja uważam, że nie.

Wszystko jedno, jak to ustawimy, bo szczerze mówiąc, czym się różni składka od podatku? To są środki, czy z lewej kieszeni, czy z prawej kieszeni podatnika, czy płaci ją zakład pracy, czy pracownik, proszę państwa, różnica jest w gruncie rzeczy pozorna.

O co tutaj chodzi? Przecież dużo mówiliśmy o tym, dlaczego pracodawca broni się przed składką, skoro i tak ukryje ją w kosztach i znajdzie się ona w cenie i zapłacą ją wszyscy, całe społeczeństwo. To niezupełnie tak jest.

Podział składki ma tylko pewien wydźwięk psychologiczny. Bo od strony samego finansowania to jest właściwie sprawa bez znaczenia. Płaca pracownika razem ze składką przez niego płaconą i tą częścią, którą płaci pracodawca, ogółem stanowi koszt. Od strony czysto finansowej, wszystko jedno, w którym momencie i w jaki sposób jest ponoszony. Nie wszystko jedno natomiast od strony psychologicznej, tu się zgadzam.

I jeszcze jedna sprawa, parę słów o rezerwach. Dlaczego tutaj tak dużo mówiło się o tym, że były rezerwy, a największe w roku 1985? Jak to jest, że poprzednie ustawy proponowały taki znakomity wymiar świadczeń? 1985 rok to jest działanie ustawy z roku 1982. Jak to jest, że były wtedy rezerwy finansowe, a wymiar świadczeń pozwalał, jak to było na początku powiedziane, osiągnąć za minimalny staż pracy 75-80% wynagrodzenia w przypadku emerytury? Ano wynika to z prostego faktu, że było ono przeznaczone tylko dla osoby, która przechodziła na emeryturę w tym momencie, a wysokość statystyczna świadczenia często wynosiła poniżej połowy przeciętnego wynagrodzenia. I mamy odpowiedź na pytanie, dlaczego dzisiaj, w momencie kiedy wydatki

są zwiększone, kiedy udział budżetu państwa bardzo wzrósł, nie ma rezerw. Bo ich po prostu być nie może.

Moim zdaniem, Polska powinna być dumna z tej akurat ustawy, tak zresztą powszechnie krytykowanej, z tego że został w niej załatwiony problem starego portfela. Bo w żadnym innym państwie, nie tylko obozu socjalistycznego, ale w żadnym innym państwie nie ma tak skutecznego mechanizmu waloryzacji, jak w Polsce. Być może on jest za drogi. Ale proszę państwa, powinniśmy pamiętać o jeszcze jednej rzeczy, że ustawy niemieckie są ciągle te same od stu lat, mimo że były nowelizowane wielokrotnie. Bo tam ma się szacunek dla jakiejś historii, dla rozwiązań. My nie możemy, za każdym razem rozpoczynać od nowa dyskusji o tym, czy mamy mieć system uniwersalny, czy system ubezpieczeniowy, bo wtedy społeczeństwo w tym wszystkim się zgubi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo za wyczerpującą wypowiedź.

Proszę bardzo, *ad vocem* pani profesor Józefina Hryniewicz.

Pani Józefina Hryniewicz:

Przepraszam bardzo, najpierw mam pytanie do przedstawiciela Ministerstwa Finansów, dlaczego przyjęto stopę waloryzacji 91%, dlaczego nie 89, 70, 75, albo 92,8%? Skąd się pojawiło 91%? Myślę, że to jest wielkość bardzo dokładnie, precyzyjnie przemyślana i na pewno czegoś się tutaj o niej dowiemy.

Druga sprawa, która się przewija w bardzo wielu wypowiedziach. Proszę państwa, ktoś był w Szwecji, ktoś był w Danii, ktoś był we Francji, ktoś pojechał do Australii; wszędzie są rzeczywiście systemy ubezpieczeniowe, mają swoją historię, tworzyły się przez 180–190 lat. Są właściwie dwa ukształtowane systemy. Jeden z początku XIX wieku angielski; Anglicy od niego odeszli. Drugi system niemiecki; od niego są różne pochodne. Zawsze są w nich zawarte trzy ważne odpowiedzi na pytania: kto płaci, kto trzyma kasę i kto nią zarządza oraz na jakich zasadach odbywają się wypłaty? System rzeczywiście gwarantowany przez państwo, z dużym udziałem samorządów, niepodległy. To się nazywa niepodległość społeczna wobec rządu, system niepodległy wobec wszelkich koniunktur politycznych, bardzo oddzielony i bardzo wyraźnie odseparowany od wszelkich bieżących działań.

Pani minister Nowogórska mówi, że szary pracownik nie ma pojęcia o tym, co się dzieje w systemie ubezpieczeniowym. Wydaje mi się, że to jest jakby *clou* naszej dyskusji i warto by się tutaj nad tym zastanowić.

Wydaje mi się, że czasy, kiedy społeczeństwo składało się z szarych pracowników, którzy nie mieli pojęcia o funkcjonowaniu różnych systemów społecznych: systemu edukacyjnego, systemu ochrony zdrowia, a w szczególności systemu ubezpieczeniowego, mamy już za sobą.

Nie da się prosić państwa budować społeczeństwa demokratycznego bez szeroko rozbudowanych samorządów. Samorząd społeczny nie jest modą, nie może być modą, jest podstawą społeczeństwa w gospodarce wolnorynkowej, w wolnym, demokratycznym społeczeństwie.

Możemy oczywiście, jakby jeszcze przez pewien czas, stan nieuporządkowania przedłużać, ale musimy sobie zdawać sprawę z tego, że koszty społeczne, koszty polityczne, jakie poniesie Polska i cały naród polski, są ogromne. I przynajmniej świadoma część społeczeństwa powinna zdawać sobie z tego sprawę, że trzeba jak najszybciej pewne rzeczy uporządkować. Pierwszym systemem, który trzeba zmienić jest system ubezpieczeniowy.

Pani prof. Prasznik pyta, czy ZUS ma prowadzić profilaktykę? Proszę państwa, 1/4 pracowników w Polsce zatrudniana jest w warunkach szkodliwych dla zdrowia. Jest tylko nacisk, żeby skracać czas pracy, żeby obniżać wiek emerytalny. Obserwowałam bardzo wiele zakładów pracy, gdzie dyrektorzy i związki zawodowe mówili z dumą o tym, że po 3 latach pracy w kuźni w Ursusie dostaje się rentę, po 7 latach pracy w hucie aluminium w Koninie idzie się na rentę z białaczką. Więc musi być jakiś państwowy podmiot polityki społecznej w całości odpowiedzialny za profilaktykę. Takie zadania w nowoczesnych systemach polityki społecznej przypadają instytucjom ubezpieczeniowym.

Pani prof. Prasznik mówi: „to muszą prowadzić specjaliści”. Ja też nie twierdzę, że: profilaktykę mają prowadzić amatorzy, rzeczywiście muszą ją prowadzić specjaliści. I cały system ubezpieczeń społecznych ma się opierać na specjalistach od polityki społecznej, od prawa ubezpieczeniowego, od organizacji ubezpieczeń społecznych, od finansów. To jest ogromny system, który wymaga kadr. Do tej pory takich kadr nie kształcimy. Odbywają się czasem dramatyczne poszukiwania osób, które zajmują się finansowaniem sfery publicznej. Okazuje się, że nie ma takich specjalistów. Ktoś musi panować nad całością tych zadań w państwie.

Po co prowadzić profilaktykę? Po to, żeby nie mnożyć kosztów. Być może pani mi odpowie, że tych kosztów nie da się uniknąć, ale być może uda się uniknąć ludzkiego nieszczęścia. Więc jeżeli tylko dzięki temu zmniejszy się liczba rencistów, to myślę, że można będzie także zaliczyć to na plus funkcjonowania tego systemu.

Korzystając z tego, że jest tutaj przedstawiciel ministerstwa pracy, chciałabym zapytać, na jakiej podstawie prawnej działają obecne rady nadzorcze

w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych? Ich kadencja, zgodnie z ustawą z dnia 17 października 1991 r., ustala w dniu 30 września. Dowiadywałam się i wiem, że funkcjonują, więc być może jest jakaś podstawa prawna, o której nic nie wiemy, a chętnie byśmy się o niej dowiedzieli.

Jeszcze dwa zdania na temat świadczeń rodzinnych. W Polsce mamy ogromne zaniedbania, jeśli chodzi o świadomie prowadzoną politykę rodzinną i zadania w tym zakresie. Około 2 mln dzieci wychowuje się w rodzinach niepełnych, to są dane z 1991 r., 9% urodzeń stanowią dzieci niepełnoletnich matek, blisko 10% małżeństw zawieranych jest w Polsce za zgodą sądu. Być może sytuacja, w której wypłaca się świadczenia równo wszystkim, powinna być zmieniona. I projekt senacki stawia ten problem. Trzeba się nad nim zastanowić. Być może w tak skomplikowanej i zróżnicowanej sytuacji, jak w Polsce, potrzebne są bardziej subtelne, narzędzia polityki społecznej niż tylko świadczenia równe, obligatoryjne, w jednakowej wysokości, wypłacane wszystkim.

Jeszcze moje pytanie – ostrzeżenie, czy rzeczywiście uda się nam kupić rozwiązania naszych problemów społecznych w Radzie Europy, w MOP, czy w innym kraju? O ile na pewno możemy kupić telefony, jakieś dobre urządzenia wojskowe, może nawet pewne systemy informatyczne, o tyle zapewniam państwo, że nie ma prostej adaptacji rozwiązań społecznych z jednego do drugiego kraju. One wymagają dobrej znajomości własnej sytuacji, przede wszystkim własnej sytuacji demograficznej, społecznej, historycznej, ekonomicznej itd. I nie ma prostej adaptacji.

Stąd tak ważna jest praca Senatu nad ustawą i podjęcie prac nad tak ważną dziedziną, jaką jest organizacja i finansowanie ubezpieczeń społecznych.

Jeszcze jedno zdanie do pani Nowogórskiej. Jeśli ustawa z 17 października jest taka dobra, to co wobec tego miał do powiedzenia w jej sprawie Trybunał Konstytucyjny, który ją zakwestionował? Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo za długą wypowiedź. Ponieważ czas się kończy, mam nadzieję, że kolejni zgłaszający się dyskutanci wybaczą, że w tej chwili poproszę jednak wywołanych niejako do tablicy przedstawicieli ministerstw, którzy wypowiedzą się na temat poruszonych spraw.

Pani Nowogórska, proszę.

Pani Hanna Nowogórska-Kuźnik Ministerstwo Finansów:

Rozumiem, że pytanie pani dotyczyło waloryzacji, dlaczego 91%, a nie 90%. Chodzi dokładnie o procent.

Proszę pani, jeżeli próg waloryzacji wynosi 110% poprzedniego poziomu wynagrodzenia, to ażeby nie spowodować obniżenia świadczeń, nie może być mniej niż 91%. To jest odpowiedź. To matematyczny rachunek 91×100 . Chodzi o to, żeby nie było mniej niż poprzednio. Zwracam uwagę, że w ustawie napisane jest do 91% maksymalnie, tam nie jest powiedziane 91%.

I drugie pytanie w sprawie Trybunału Konstytucyjnego. Jest znacznie trudniejsze, bo jako szeregowy pracownik od ubezpieczeń społecznych nie śmiem wypowiadać się w sprawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego, zwłaszcza po zajęciu stanowiska przez Sejm. W każdym bądź razie, mogę się wypowiedzieć w moim własnym imieniu. I znajduję podstawę do tego we wspomniałym wykładzie inauguracyjnym prof. Balcerowicza w dniu 1 października. Sens jego myśli był taki, że w pierwszym okresie dokonywania zmian rewolucyjnych, w którym my się znajdujemy, trzeba podejmować jak najwięcej trudnych decyzji.

Głównym powodem zarzutów do tej ustawy było odbieranie praw nabytych. Jest to bardzo trudna i delikatna kwestia. Gdybyście państwo zapoznali się ze wszystkimi ekspertyzami zgłoszonymi do tej ustawy w trakcie postępowania przed Trybunałem, a zwłaszcza z ekspertyzą pana prof. Szuberta, dla mnie bardzo wielkiego autorytetu, to być może zauważylibyście państwo, że sprawy nie były takie jednoznaczne. Zresztą proszę zwrócić uwagę na to, jak szeroki był zakres zaskarżenia ustawy, już węższy był zakres wyroku Trybunału, a jeszcze węższy, jeżeli chodzi o jego potwierdzenie przez Sejm. Choć akurat z punktu widzenia przedstawicieli resortu pracy i Ministerstwa Finansów może nie do końca był przekonujący, jeśli chodzi o sprawę dodatków branżowych. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo.

Pan Bączkowski, jeśli można prosić.

Pan Andrzej Bączkowski Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej:

Chciałbym powiedzieć, że w ministerstwie pracy nadzoruję zupełnie inną problematykę niż ubezpieczenia społeczne. Dzisiaj zastępuję panią minister Wiktorow i nie potrafię udzielić odpowiedzi na tak szczegółowe pytania. Ale jeśli pani prof. Hryniewicz podtrzymuje swoje zainteresowanie tą kwestią, to mogę się dowiedzieć szczegółów i przekazać stosowną informację.

Senator Adam Struzik:

Myślę, że to nie jest tylko zainteresowanie pani prof. Hryniewicz. Przede wszystkim interesuje to

Sejm i Senat, a wynika z tego, że mamy czuć nad przestrzeganiem prawa, a więc stwierdzać, czy to jest łamanie prawa, czy nie jest; w tych kategoriach nas to interesuje i prosimy o odpowiedź.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Sądzę, że ta odpowiedź ukaże się w terminie późniejszym. Na pewno będziemy mieć niejednokrotnie okazję spotkania się z tą problematyką na forum prac komisji senackich.

Teraz dalszy ciąg dyskusji. Pierwszy był pan Bukiel, proszę bardzo.

Pan Krzysztof Bukiel

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy:

Jest rzeczą oczywistą, że związek nasz jest bardzo zainteresowany jak największą racjonalizacją tej sfery, która dotychczas w całości niemal była finansowana przez budżet i dlatego pytanie moje jest bardzo konkretne.

Nie negując zasady solidaryzmu społecznego, jako podstawy ubezpieczeń społecznych, chciałbym spytać, czy nie można by było wprowadzić tych kont osobistych, o których tutaj mówiono? Nie jako podstawy ubezpieczenia, ale jako pewnego wzbogacenia o określony procent ewentualnej przyszłej wypłaty emerytury. To jest pytanie do fachowców. Jeżeli ktoś potrafi, czy zechce odpowiedzieć?

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Sądzę, że zaraz ktoś na ten temat zechce powiedzieć.

Pan Marian Wiśniewski

Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego:

Nie chciałem odpowiadać na to pytanie. Chciałem odnieść się natomiast do kilku spraw poruszonych przez panią Prasznic. Pozwalają one bowiem odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tocząca się od dwóch lat dyskusja na temat ubezpieczeń społecznych, osiada na mieliźnie? Otóż moje zdanie na ten temat jest takie: bo jedna strona przypisuje drugiej zdecydowanie zbyt skrajne stanowisko. I mówiąc wprost, jedna stwarza drugiej wiele sztucznych problemów.

Nie jest mi znana żadna poważna propozycja wprowadzenia w Polsce systemu chilijskiego, tzn. zlikwidowania systemu ubezpieczeń społecznych. I jeśli ktoś zna grupę osób reprezentujących takie stanowisko, to chętnie bym tę grupę poznał. To wcale nie oznacza, że nie można się interesować Chile jako krajem, który dokonał bardzo ciekawych instytucjonalnych rozwiązań w zakresie kontrolowania ubezpieczeń prywatnych. To jest niewątpliwie wkład cywilizacyjny Chileńczyków do ubezpieczeń. Można

się spierać, czy do społecznych. Oczywiście nie chodzi o to, co oni zrobili z systemem ubezpieczeń społecznych, państwowych.

I nie ma żadnej, jak sądzę, propozycji, by takie ubezpieczenia w Polsce zlikwidować. Wszelkie propozycje, a jest ich kilka, zmierzają tylko do tego, żeby zdjąć z systemu ubezpieczeń państwowych tę część wyższą, część dodatkową emerytur, za które, *nota bene*, ten system i tak nie może ponieść żadnej odpowiedzialności. I co roku szuka się, i będzie się co roku szukało, możliwości, żeby tę odpowiedzialność jeszcze bardziej obniżyć.

To samo jest z kapitalizacją. Tak naprawdę, nikt nie proponuje, by ZUS kapitalizować na jakąś większą skalę. Wręcz przeciwnie, jest mnóstwo zastrzeżeń do tego, żeby ZUS stał się dysponentem poważniejszych środków, które należałoby lokować na rynku kapitałowym. Tak więc raczej to jest niemożliwe, co wcale nie przekreśla potrzeby stworzenia odrębnych funduszy w ZUS. Przyznam, że nie rozumiem argumentów, które są wytaczane przeciwko takiemu rozwiązaniu. Jeśli tego nie zrobimy, nadal będziemy grzęznąć w dyskusji, czy pieniędzy brakuje na emerytury – a są tacy, którzy twierdzą, że akurat na emerytury ich nie brakuje – czy na zasiłki. Jeśli tego nie zrobimy, to będzie fikcją ta umowa społeczna, jaką jest przecież ubezpieczenie społeczne, ta umowa, której konsekwencje rozciągają się na przykład na lat 40, która pozbawia jakiegokolwiek szansy wypłacenia tych świadczeń w przyszłości według obowiązujących obecnie zasad. Jeśli poważnie do tego podchodzimy, to albo musimy już teraz zmienić zasady wymiaru świadczeń uzyskiwanych, powiedzmy, za lat 20 albo zacząć gromadzić rezerwy na odpowiednim funduszu.

A więc bez względu na to, jakie byłyby koszty, a nie sądzę, żeby były wysokie, te fundusze muszą być rozdzielone. Inaczej jest to jeden worek, wszystko się w nim miesza. Pieniądze zostaną wydane temu, kto okaże się silniejszy; temu lobby, które będzie bliżej nich. I nigdy nie dojdzie do tego, żeby ZUS zaczął te rezerwy tworzyć w sytuacji demograficznej, w jakiej jesteśmy, w której musimy jednak tworzyć jakieś rezerwy.

Jeszcze jedna sprawa, bo to jest też bardzo znamienne w tego typu argumentacji, mianowicie sprawa PZU i rent wypłacanych przez PZU.

Pani stwierdziła, że jest to znakomity przykład. Pytam, czego to jest przykład? Powiedzmy szczerze: socjalizmu. Ja nie chcę tu bronić akurat PZU, dlatego że PZU musiał lokować swoje zasoby na nie oprocentowanym koncie bankowym. Później ono było oprocentowane, ale to przecież państwo ustalało, jakie ma być konto i jaki ma być procent.

Oczywiście inflacja jest zagrożeniem dla wszelkich funduszy, ale pamiętajmy, że inflacja nie oznacza tylko wzrostu cen chleba. Oznacza wzrost wszelkich cen, oczywiście różnych cen, które różnie

rosną. Ale nie jest powiedziane, że cena wartości kapitałowych, papierów wartościowych rośnie w czasie inflacji mniej. Inflacja jest zawsze problemem, ale nie da się przesądzić, czy posiadanie zasobów w warunkach inflacji stawia nas w dużo gorszej sytuacji.

I na koniec pytanie, które tu też padło, czy nasze społeczeństwo dorosło do istotnych zmian w systemie ubezpieczeń społecznych? Nie chciałbym na nie odpowiadać. Ale pamiętajmy, że społeczeństwo adaptuje się do istniejących zmian i doskonale rozpoznaje reguły gry, chociaż nie zna szczegółowych zasad systemu ubezpieczeń społecznych.

Prowadzę wykłady dla pracowników ZUS i zadałem im w tym roku pytanie: jakie, według państwa, dochody, wynagrodzenia deklarowane są w sektorze prywatnym? Chórem padła odpowiedź: 1400 tys. zł. Być może oni się mylą o 100 czy 200 tys. zł. To jest przejaw tej adaptacji, to jest przejaw rozpoznania, co daje ten system ubezpieczeń społecznych. I nie ma co się zastanawiać nad tym, czy społeczeństwo dorosło. Społeczeństwo widzi, że jest to najwyższy podatek dochodowy, który – jeśli się nie ma pięćdziesięciu paru lat – w zasadzie nie ma żadnego wpływu na wysokość świadczenia. I tego się nie da zmienić, wprowadzając jeszcze bardziej represyjne zasady ściągania świadczeń. To oznacza również konieczność wprowadzenia indywidualnej rejestracji składek, nie kont prywatnych, indywidualnych. Nie wiem, dlaczego ta nazwa jest stosowana. To oznacza konieczność wprowadzenia indywidualnej rejestracji składek, żeby każdy wiedział, że nawet jeśli dzisiaj brane jest pod uwagę wynagrodzenie z ostatnich trzech lat, za parę lat będzie brane pod uwagę z dziesięciu lat, to żeby pomyślał: a może wprowadzą zależność od wynagrodzeń z ostatnich dwudziestu lat. I to już jest rejestrowane. Może wtedy coś zacznie się zmieniać. I myślę, że koszt nie jest aż tak przerażający, zwłaszcza gdy się go porówna ze stratami, które powstają. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Sądzę, że mimo wstępnej deklaracji, że nie zamierza pan odpowiedzieć na pytanie, pan Bukiel jest chyba usatysfakcjonowany tą ostatnią częścią wypowiedzi.

Im bliżej końca, tym więcej dyskutantów. Przepraszam bardzo za konieczność oczekiwania. Teraz pani prof. Jankowska.

Pani Inetta Jędrasik-Jankowska:

Możliwe, że to jest jakieś nieporozumienie, że zarysowały się dwie opcje, ale ja też takie wrażenie odniosłam i chciałam właśnie podziękować pani prof. Prasznic i pani minister Nowogórskiej za zaan-

gażowane i kompetentne wsparcie moich obaw co do tego, że dąży się do przerobienia ubezpieczeń społecznych. Ale to tylko tak na marginesie, bo już tyle było na ten temat dyskusji.

Chciałam natomiast już wcześniej zabrać głos *ad vocem* wypowiedzi pana senatora Jurosa, który podważył konieczność działania ubezpieczeń społecznych, zabezpieczania według potrzeb.

Otóż chodzi mi o tak rozumiane określenie „według potrzeb”, jak pan senator tutaj powiedział. Chodzi o „potrzeby” w znaczeniu zajścia sytuacji życiowej, w jakiej znalazł się ubezpieczony pracownik, sytuacji która wymaga ochrony. Wcale nie należy rozumieć, że to ma być tyle, ile on chce.

Pamiętam, kiedy zaczynałam swoją pracę naukową jakieś 20 lat temu, czytałam prace Strumilina, na przykład: „Drogi rozwoju społeczeństwa komunistycznego”, w których wyjaśniał koncepcje Marksa na temat pojęcia „według potrzeb”. A więc nawet marksiści nie rozumieli go w ten sposób, że każdemu tyle, ile zapragnie. „Według potrzeb” w doktrynie marksistowskiej miało oznaczać, że według poziomu danego społeczeństwa, według tego na ile dane społeczeństwo stać.

Tym bardziej teraz nie moglibyśmy tego pojęcia w ten sposób rozumieć.

Chciałam się też ustosunkować do propozycji renty socjalnej, o której mówiła pani senator. Otóż pani senator chodzi o jedno, o prawo podmiotowe do renty socjalnej, o to, żeby było roszczenie świadczenia, a nie żeby to była łaska. A już pozostaje kwestią wtórną, czy będzie je zapewniać opieka społeczna, czy ubezpieczenia społeczne, bo będzie to finansowane z budżetu. Nawet jeśli będą za to płaciły ubezpieczenia społeczne, to ZUS otrzymuje dotacje na wszystkie tego typu świadczenia. Bo w tej chwili w tym systemie zaopatrzenia, czyli bez składki, ubezpieczeni są na przykład studenci, którzy ulegną wypadkowi w czasie studiów; oni nabędą prawo do świadczenia, do renty inwalidzkiej, bezskładkowo. Czyli taki przykład już mamy. Pozostaje tylko kwestia wprowadzenia jeszcze renty socjalnej, chociaż pierwszy krok już został zrobiony, bo wprowadzono, jak państwu już mówiłam, prawo do renty inwalidzkiej dla osób, które są od dzieciństwa inwalidami I i II grupy. Tu jest co prawda trochę nielogiczności, bo inwalida to osoba, która jest całkowicie niezdolna do pracy. Więc zmuszanie tych ludzi do pracy, dlatego że dostaną rentę inwalidzką, jeżeli przepracują pięć lat, jest nielogiczne.

Chodzi więc o to, żeby rzeczywiście wprowadzić jakieś świadczenie socjalne o charakterze roszczeniowym. Myślę, że o to chodziło pani senator. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo.

Pan Gadomski, proszę.

Pan Witold Gadomski
Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych:

Króciutko tylko chciałem zobrazować tezę o konieczności reformy ubezpieczeń społecznych.

Często otrzymujemy takie pytania, na które pewnie dzisiaj już nie ma czasu i możliwości odpowiedzieć, ale warto się nad nimi zastanowić.

Jednym z nich jest takie: jeżeli państwo dokłada do funduszy ubezpieczeniowych, to dlaczego tak ciężko jest wyłączyć go z powiązań z budżetem? Przy każdej korekcie budżetu, przy każdym planie budżetowym na dany rok jest mowa o emeryturach i rentach, o tym ile państwo dokłada do tego interesu.

Drugie pytanie, jakie bardzo często jest kierowane do związków zawodowych, na które też nie ma zbyt klarownej odpowiedzi ze strony instytucji ubezpieczeniowej, brzmi: jeżeli państwo ustala nowe świadczenia, dlaczego mają one być płacone ze składek? Tu powinny być jasne, klarowne zasady zlecenia świadczeń ZUS.

Trzecie pytanie dotyczy sprawiedliwości społecznej. Jeżeli mężczyzna, który idzie na emeryturę w wieku 65 lat po 35, 40 czy większej liczbie lat pracy, a umiera przeciętnie w 67 roku życia, to jaka jest sprawiedliwość społeczna? Odprowadza się składki przez całe życie, w granicach około 45%, a otrzymuje w zamian takie a nie inne świadczenie.

A inna sprawa, choć nie ma akurat ministra Bączkowskiego, chciałem spytać, jak to jest? Dzisiaj mamy seminarium na temat reformy ubezpieczeń społecznych, dzisiaj w radiu słyszałem, że podobna impreza odbywa się w Jadwisinie, a jutro pani minister Wiktorow zwołała konferencję uzgadniającą w sprawie ustawy o ZUS, przekazując nam nowy projekt, w którym nastąpiły zmiany w stosunku do poprzedniego. To jest już trzecia czy czwarta wersja w ostatnim czasie, w której tylko nieliczne artykuły ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych zostały zmienione.

I myślę, że ten pośpiech jest tłumaczony tylko jednym względem, koniecznością zmiany rady nadzorczej, której kadencja upłynęła. Myślę, że można tego dokonać w sposób mniej skomplikowany, natomiast nie można przedstawiać Sejmowi projektu ustawy w trakcie takiej poważnej dyskusji, jaka tu dzisiaj ma miejsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. W zasadzie pierwsza część pana wypowiedzi była niejako podsumowaniem dnia, bo była niejako próbą uzasadnienia, dlaczego dzisiejsze seminarium powinno się odbyć.

Rozwijając problem zawarty w drugiej części pana wypowiedzi, muszę powiedzieć jedno. Być może, że tego rodzaju spotkania działają po prostu

jak katalizator czy jak stymulator przyspieszający działania. Chyba jest godne zauważenia, że spełniają swój cel.

Jako ostatni w dzisiejszej części zapisał się do głosu pan senator Jagiełło.

Senator Edmund Jagiełło:

Panowie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mam nadzieję, że nie będę ostatnią osobą zabierającą głos, bo zadam kilka pytań, na które mam nadzieję uzyskać odpowiedź.

Pociągnę najpierw wątek mojego przedmówcy. Proszę państwa, od kilku miesięcy jest niestety stosowana przez resort praktyka unikania współpracy nad tak ważnym problemem. W Jadwisinie odbywa się spotkanie konkurencyjne, szkoda, że tutaj się nie spotykamy. Związkowcy, którzy tam są, otrzymują jakąś porcję wiedzy. Szkoda, że nie byli tutaj, bo uzyskaliby bardzo wielką porcję wiedzy; szczególnie dziękuję pani prof. Mackiewicz za ścisłe informacje, jeśli idzie o finanse.

Można się zastanawiać, dlaczego ten system stał się w tej chwili niewydolny. Proszę państwa, mam pytanie, czy resort pracy, czy Ministerstwo Finansów, czy przede wszystkim ZUS, czy w tej chwili rada nadzorcza ZUS, czy pracownicy ZUS są gotowi odpowiedzieć: 45% składki to jest dość czy za mało, czy za dużo? A jeśli za mało, to o ile za mało? Jakie są prognozy na następne lata, czy te składki będą musiały być podwyższane, czy budżet będzie musiał pokrywać wzrastający deficyt? A być może, proszę państwa, faktycznie te składki są za duże? To pytanie jest dla mnie zasadnicze.

Jutro wchodzimy w etap dyskusji na temat zabezpieczenia finansowego zdrowia. Mówi się wręcz, że fundusz ubezpieczeń zdrowotnych ma wyleczyć służbę zdrowia. Proszę państwa, wobec tego chcę usłyszeć – bo jeśli mamy tworzyć fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, musimy go stworzyć w systemie składkowym – czy wobec tego jeszcze możemy dołożyć do 45% następnych 15 czy 20 punktów? Nie możemy, bo nikt z obywateli tego nie wytrzyma.

Wobec tego musiałbym mieć pewność, że jutro możemy odjąć na ten cel od tych 45%. Jeśli dzisiaj uzyskamy odpowiedź z tych resortów, że składki będą musiały ulegać zwiększeniu lub budżet państwa będzie pokrywał deficyt, bo to wszystko będzie spadać po równi pochyłej, to jako parlament nie możemy podjąć jutro czy w najbliższym czasie decyzji o stworzeniu z funduszu ubezpieczeń zdrowotnych składowego funduszu, tylko musimy się oprzeć na budżecie, bo póki co będzie on w miarę bezpieczny.

To są strategiczne pytania. My nie możemy zawęzić się, albo inaczej, uszczegółowiać dyskusji, czy ten fundusz jeszcze powinien się mieścić w ustawie, czy już nie, czy zasiłek rodzinny powinno pokrywać państwo. To są pytania o dużym stopniu szczegóło-

wości. Proszę państwa, musimy odpowiedzieć sobie na jedno podstawowe pytanie, dlaczego ten system jest niewydolny, dlaczego jest niewydolny przy płaceniu 45% składek?

Nie widzę, żeby jakiegokolwiek państwo Europy Zachodniej odcięło się od różnej formy subsydiów w stosunku do funduszu ubezpieczeń społecznych, czy to w formie pokrywania deficytu budżetowego, czy w formie dodatków pieniężnych do różnych funduszy.

Są i przeciwnicy tego, co my robimy w Senacie, którzy obalają to wszystko, bo uważają, że to ma być system składkowy samowystarczalny. Owszem, on ma być samowystarczalny, ale w systemie rentowo-emerytalnym. Natomiast każdy inny system nie wiem, czy będzie. Proszę mi udowodnić. Jestem lekarzem, wobec czego bardzo pilnie posłucham konkretnych wypowiedzi polityków społecznych, finansistów zajmujących się tym problemem, a przede wszystkim może właśnie ludzi pracujących od lat w ZUS, którzy powinni tę problematykę mieć rozpracowaną.

I, proszę państwa, przebieg dzisiejszej dyskusji utwierdził mnie w przekonaniu, że jak najszybciej musimy iść w kierunku samorządności ZUS, odejść od nadzoru państwa administracyjnego, dlatego że nigdy nie dowiemy się prawdy.

Na razie nie mam tylu informacji z resortów, aby móc powiedzieć, że są one rzetelne. Ciągłe spotykam się z niedomówieniami i unikami resortów. A przede wszystkim największe obawy budzi właśnie fakt, że ta instytucja ma być samorządowa.

Proszę państwa, w kompetencjach rady nadzorczej jest m.in. właśnie przedstawienie w uzgodnieniu z prezesem ZUS opinii o projektach aktów ubezpieczeniowych, udział rady nadzorczej, samorządowej w konstrukcji projektu założeń polityki gospodarczej, w tworzeniu budżetu. Chciałbym spytać, jaki jest udział rady nadzorczej obecnego ZUS w pracach nad tymi aktami? Nie mam danych, aby w tej chwili móc zaufać stronie rządowej, że ona broni dobrej opcji. Mam natomiast coraz więcej danych, aby zrozumieć, że połączone komisje Senatu weszły na dobrą drogę. Świadczy o tym, m.in. właśnie to, co

pan przewodniczący powiedział, że naszymi posunięciami w tej chwili katalizujemy dopiero ruchy w resortach. Przez przeszło dwa lata była cisza. Dopiero teraz właściwie zaczął się ruch, tylko że niestety, on nie jest twórczy.

To z tamtej strony jest napaść na nasz projekt. Skąd ona właściwie się bierze, proszę państwa, czyżby ambicje? Przecież mamy wspólny cel do osiągnięcia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo! Pozwolicie, że odniosę się właśnie do tego wspólnego celu. Myślę, że przedstawiciele resortu będą mieli jutro okazję odpowiedzieć na pytania pana senatora Jagiełły, ponieważ czas przeznaczony na dzisiejszą część seminarium wyczerpał się.

Niemniej jednak podsumowując dzisiejsze obrady, chcę powiedzieć, jako przewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, mówię również w imieniu Komisji Gospodarki Narodowej, że mimo tego fermentu, mimo tych czasami rozstrzelonych wypowiedzi, czasami błędzenia po tematach, wydaje się, że ta wymiana poglądów jest konieczna.

Nie będę komentował obecności czy nieobecności poszczególnych osób. Natomiast chciałbym serdecznie zaprosić do współpracy, ponieważ fakt jest już dokonany, projekt senacki został skierowany do Prezydium i czy chcemy, czy nie, będzie podlegał dalszej procedurze legislacyjnej. W związku z tym bardzo bym prosił tych wszystkich ekspertów i tych wszystkich, którzy dzisiaj aktywnie uczestniczyli w seminarium, o współuczestnictwo w jego dalszym tworzeniu, w dalszej pracy nad nim.

Ponawiam również prośbę i apel do przedstawicieli wszystkich zainteresowanych resortów, żebyśmy mogli wspólnie stworzyć naprawdę sensowne rozwiązanie.

I na koniec już. Myślę, że mniej emocji a więcej współpracy zaowocuje konkretnymi rozwiązaniami.

Dziękuję państwu bardzo, zapraszamy na godzinę 9.00, a dzisiaj na wspólną kolację. Bardzo proszę. (Oklaski).

(Przerwa w obradach do dnia 28.10.92 r. do godziny 9.00)

(Wznowienie seminarium 28 października 1992 r. o godzinie 9.15)

*(Seminarium współprzewodniczą senatorowie:
Adam Struzik i Andrzej Pawlik).*

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo!

Witam serdecznie w drugim dniu naszego seminarium. Szczególnie serdecznie witam pana marszałka Augusta Chełkowskiego, pod którego patronatem odbywa się nasze seminarium.

Dzisiejszy dzień będzie poświęcony referatom i dyskusji na temat ubezpieczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenia zdrowotne są integralną częścią w wielu systemach ubezpieczeniowych. Wydaje się, że nie można mówić o ubezpieczeniach społecznych i pomijać jednocześnie ubezpieczeń zdrowotnych.

Jak wiemy, w naszym kraju reforma opieki zdrowotnej napotyka również na olbrzymie trudności. Mówimy o niej od wielu lat. Deklarowane trzy lata temu szybkie przemiany w kierunku systemu ubezpieczeń zdrowotnych, niestety, przeciągają się. Rzeczywistość okazała się dużo trudniejsza niż nadzieje.

Okazało się, że wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych do obecnie funkcjonujących struktur jest trudne z powodu:

- po pierwsze, braku obliczenia kosztów;
- po drugie, racjonalnej gospodarki finansowej;
- po trzecie wreszcie, poprzez zupełnie inny system, który przez tyle lat funkcjonował;
- po czwarte, nawyki zarówno tych, którzy w tym systemie pracują, jak i tych, którzy z funkcjonowania tego systemu korzystają.

Wydaje się jednak, że nie ma innego wyjścia, jak tylko przyspieszenie kroków reformatorskich. Mamy nadzieję, że sygnałem, że tak się stanie, jest deklaracja rządu, że do końca roku 1992 otrzymamy gotowy projekt ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. Wstępne założenia tej ustawy minister zdrowia

i opieki społecznej przedstawił naszej Komisji kilka miesięcy temu.

Uprzejmie proszę teraz o zabranie głosu pana marszałka Chełkowskiego.

Marszałek August Chełkowski:.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Cieszę się, że ten problem został wreszcie podjęty i że wystąpiliśmy, zarówno Senat, jak i rząd, z inicjatywą uregulowania spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi i ubezpieczeniami zdrowotnymi. Cieszę się dlatego, że problem jest nabrzmiały od wielu lat i budzi dużo emocji.

Na początku więcej wpływało do kasy, mniej wypłacano ludziom, i budżet państwa korzystał z tych wpływów. Dzisiaj się wszystko dokładnie odwróciło i dziesiątki bilionów złotych dopłacamy do ubezpieczeń społecznych. Pieniądz, który kiedyś był wpłacany na ubezpieczenia, nie był kapitalizowany, w związku z czym mamy dzisiaj poważne kłopoty i wiele uzasadnionych pretensji ludzi, którzy czują się pokrzywdzeni. Z tego tytułu, że przez lata całe wpłacali, a dzisiaj ze społecznego ubezpieczenia uzyskują marny grosz. I dlatego sądzę, że czas najwyższy, ażebyśmy już wreszcie doszli do jakiegoś racjonalnego systemu ubezpieczeń społecznych i żeby zaczął on działać.

Zdajemy sobie sprawę, że to nie będzie tak szybko dlatego, że ten pieniądz, który kiedyś ludzie wkładali, właściwie nie istnieje. Trzeba znaleźć ewentualnie jakąś formę zrewaloryzowania – czy znalezienia ich w prywatyzacji, są takie propozycje – odtworzenia tego funduszu. Problem jest w każdym razie nabrzmiały i wymaga jak najszybszego rozwiązania. Chodzi o to, żeby udział w składkach miał i pracodawca, i pracownik, żeby jedna i druga strona była zainteresowana racjonalnym gromadzeniem tego funduszu, wydawaniem i sprawiedliwym podziałem.

Życzę państwu osiągnięć, złożenia jakichś propozycji, na tyle spójnych, ażeby mogły być podstawą poprawienia projektu senackiego. Żeby potem wspólnie z rządem można było znaleźć takie rozwiązanie, które by wszystkich satysfakcjonowało, i które byłoby sprawiedliwe, racjonalne i na dłuższą metę już stabilne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo panu marszałkowi.

Obecnie proszę o zabranie głosu pana prof. dr hab. Czesława Jackowiaka, który wygłosi referat zatytułowany: „*Ubezpieczenia lecznicze i ubezpieczenia od bezrobocia w systemie ubezpieczeń społecznych*”. Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Pan Czesław Jackowiak:

Panie Marszałku! Panie Przewodniczący! Panie, Panowie!

Ogromnie żałuję, że nie mogłem ze względów służbowych uczestniczyć we wczorajszych obradach, pozwoliłem sobie już w kuluarach odbyć wstępne rozmowy i uzyskać najogólniejszą orientację co do ich przebiegu.

Ze swej strony chciałbym do wczorajszych referatów dorzucić problematykę, którą zająłem się szczególnie w ekspertyzie opracowanej na zlecenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Pragnę w ten sposób zainspirować dalszą dyskusję.

Cieszę się ogromnie, że pan marszałek był łaskaw w swoim słowie powitalnym podkreślić wagę problematyki tzw. ubezpieczeń chorobowych. Oczywiście, myślimy o znacznie szerszym problemie, myślimy o sanacji, o uzdrowieniu opieki zdrowotnej, która przecież wywołuje tyle niezadowolonych i tak niezadowolająco zaspokaja oczekiwania społeczne. Przede wszystkim jednak nie zapobiega dalszemu pogarszaniu się stanu zdrowotności naszego kraju.

Jestem prawnikiem, więc w moim punkcie widzenia dominuje oczywiście projekcja prawnicza. Stąd, analizując projekt przygotowany z inicjatywy senackiej, zastanawiałem się także, jaka jest jego rola w reformie polskich ubezpieczeń społecznych.

W niektórych rozwiniętych państwach zachodnich, myślę tutaj w szczególności o Republice Federalnej Niemiec, już na początku lat siedemdziesiątych uchwalono kodeks socjalny. W naszej prawniczej terminologii moglibyśmy go nazwać „kodeksem zabezpieczenia społecznego”. Kodeks ten miał zintegrować całą problematykę zabezpieczenia społecznego, tzn. nie tylko ubezpieczenia społeczne, ale także zaopatrzenie społeczne i pomoc społeczną.

Niemcy mieli poczucie, że integracja ta musi być procesem rozłożonym w dłuższym czasie i co niezrządco się zdarza, uchwalając ten kodeks, wypełnili zaledwie cztery jego księgi spośród planowanych

dziesięciu. W kolejnych latach uzupełniano ten kodeks, odpowiednio do reformy poszczególnych działów zabezpieczenia społecznego.

W ubiegłym tygodniu miałem przyjemność uczestniczenia w seminarium niemieckiego stowarzyszenia prawa socjalnego. Jego przedmiotem była księga dziewiąta, dotąd pusta, dotycząca rehabilitacji.

Referaty, a potem dyskusja, ukazały ogromną złożoność problematyki nawet w tym dostatnym państwie, przecież także przeżywającym trudności finansowe. Łączenie różnych technik ubezpieczeniowych, czy szerzej mówiąc technik zabezpieczenia społecznego, stwarza ogromne trudności.

Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że przygotowany projekt ustawy o zakresie, organizacji i finansowaniu powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych sprawia wrażenie przygotowanej księgi ogólnej naszego przyszłego kodeksu socjalnego. Nie wiem, czy rzeczywiście kiedykolwiek zdecydujemy się na stworzenie jednolitego ogromnego aktu pod nazwą „kodeks socjalny” i nie to jest najważniejsze. Doświadczenia zachodnie wskazują, że przedsięwzięcie jest ryzykowne i wywołuje w praktyce szereg bardzo złożonych problemów.

Jestem jednak przekonany, że potrzebny jest nam akt prawny, który w sposób choć lapidarny, to jednak zasadniczy, określi podwaliny całego systemu ubezpieczeń społecznych. Charakter takiego właśnie aktu chciałbym przypisywać projektowanej ustawie. Ona w gruncie rzeczy zamierza uregulować najbardziej podstawowe zagadnienia całego systemu ubezpieczeń społecznych.

Powstaje zasadnicze pytanie, czy rzeczywiście pora, by podejmować tworzenie tego zasadniczego aktu wyznaczającego założenia, strukturę, system finansowania ubezpieczeń społecznych na długi przecież czas.

Mam poczucie, że sytuacja kryzysu ekonomicznego, którą przeżywamy, z pewnością nie sprzyja odważnemu kształtowaniu, i to w długim horyzoncie czasowym, tych zagadnień tak bardzo uzależnionych od możliwości finansowych.

Mam równocześnie poczucie, że w transformacji naszego ustroju społeczno-gospodarczego nie wolno nam tego zagadnienia pomijać. Budujemy nowy ustrój, opierając się na nowych założeniach, i jego zasadniczym przesłaniem jest sprawa wolności człowieka. My tę wolność rozumiemy często bardzo formalnie, ale przecież musimy ją także rozumieć materialnie, merytorycznie. Wolny jest tylko człowiek, który uwolniony zostaje także od podstawowych trosk dnia codziennego. Wolność to nie tylko ochrona przed bezprawnym aresztowaniem, przed inwigilacją poczty, przed podsłuchem etc., ale to także możliwość zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb własną pracą, dochodem z pracy własnych rąk.

Rozwój społeczeństw XIX a zwłaszcza XX wieku uświadomił wszystkim krajom rozwiniętym koniecz-

ność solidaryzmu. W każdym społeczeństwie żyją ludzie, którzy potrzebują opieki, i państwo, które chce być demokratyczne i gwarantować wolność człowieka, musi także pamiętać o zaspokojeniu tych podstawowych trosk.

Oczywiście ta świadomość przemawia za zachętą do odwagi w reformowaniu systemu naszych ubezpieczeń społecznych. Ta odwaga musi być realistyczna. Ta odwaga musi brać pod uwagę możliwości finansowe, gospodarcze naszego kraju. Nie wolno nam programować reguł społecznych, prawnych, które nie będą możliwe do zrealizowania. Tworzylibyśmy iluzję, która rozwiązała się bardzo szybko i tym większe wywołała niezadowolenie.

Pan marszałek był łaskaw wspomnieć, że rząd, a w szczególności Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej przewiduje opracowanie do końca tego roku założeń ubezpieczeń zdrowotnych. Ta informacja, którą witam z radością, zobowiązuje mnie do przestrzeżenia przed uchwalaniem ustawy w obecnym brzmieniu, bez zsynchronizowania jej z projektowanymi założeniami ubezpieczeń chorobowych. Przecież wiemy z doświadczeń, że w polityce legislacyjnej uchwalenie aktu ustawowego najczęściej w samym założeniu powinno regulować odpowiednią grupę stosunków społecznych na dłuższy czas. Niestety, doświadczenie ostatnich lat wskazuje, że czujemy się zmuszeni do poprawiania w bardzo krótkich nieraz odstępach czasu uchwalanych ustaw czy rozporządzeń aktów wykonawczych. To jest oczywiście wielka słabość polityki legislacyjnej. Prawo jest w stanie tylko wtedy rzeczywiście oddziaływać na kształtowanie stosunków społecznych, jeśli nastąpi proces utrwalenia tego prawa w świadomości społecznej, tzn. jeśli będzie ono obowiązywało przez dłuższy czas. Jednym z ogromnych walorów prawa jest jego stabilność. Prawo powinno określać reguły, które w długich okresach kształtują postawy społeczne, kształtują świadomość postawy społecznej. Chciałbym więc bardzo gorąco przestrzec przed pośpiechem w uchwalaniu ustawy, jeśli realne są szanse – a chcielibyśmy mieć taką nadzieję – na stosunkowo szybkie opracowanie założeń ubezpieczeń chorobowych.

Jeśli spojrzeć na projekt ustawy w aspekcie celu, funkcji, to jego ocena nie jest dostatecznie jasna. Ponad wszelką wątpliwość funkcją, która by w jakimś stopniu usprawiedliwiała pośpiech w przygotowaniu projektu, a następnie w zamierzonym jego uchwaleniu, jest racjonalizacja systemu finansowania. To wyraźnie wynika choćby z powrotu do autonomizacji funduszy ubezpieczeniowych, a więc z utworzenia trzech odrębnych i jakby niezależnych funduszy, ale ten podstawowy cel nie został w pełni zrealizowany, nie został dostatecznie konsekwentnie przeprowadzony.

Zapisano w projekcie, że z danego funduszu można finansować tylko świadczenia przewidziane w da-

nym dziale ubezpieczeń społecznych. Tymczasem, na przykład rehabilitacja i prewencja mają być finansowane z funduszu emerytalno-rentowego i funduszu wypadkowego. Nie wolno będzie na rehabilitację i prewencję użytkować środków z funduszu ubezpieczeń chorobowych. Dlaczego? Bardzo trudno znaleźć odpowiedź. Być może to zbyt uproszczone wnioskowanie, ale w moim przekonaniu rehabilitacja i prewencja powinny przede wszystkim obciążać fundusz ubezpieczeń chorobowych i do niego należeć. Ze sformułowań projektu można by wnioskować, że proces rehabilitacji ma być podejmowany dopiero wtedy, gdy zagraża częściowa lub całkowita utrata zdolności do pracy. Narzuca się pytanie, dlaczego dopiero wtedy chcemy podejmować próby rehabilitacji? Czy nie należałoby tego procesu rehabilitacji połączyć z procesem leczenia?

Właśnie w zakresie ubezpieczeń chorobowych umieszczone zostały, m.in. tzw. świadczenia rehabilitacyjne, które są przedłużonym zasiłkiem chorobowym. Ale okazuje się, że te świadczenia rehabilitacyjne zostają oderwane od samej rehabilitacji. To nie tylko terminologiczna sprawa, to nie tylko werbalne ujęcie tych zjawisk, to przecież konstrukcyjne założenie.

Oczywiście celem, funkcją tego projektu jest także poszukiwanie oszczędności w tak bardzo szczupłej kasie państwowej, poszukiwanie możliwości ograniczenia deficytu budżetowego. Wyrazem tego jest wyłączenie z ubezpieczeń społecznych systemu zasiłków rodzinnych.

Bardzo trudno z projektu, a także z jego uzasadnienia dowiedzieć się, jak projektodawcy zamierzają rozwiązać sprawy ubezpieczeń rodzinnych. Uzasadnienie ogranicza się do bardzo ogólnego stwierdzenia, że mają one być finansowane z budżetu. Co to oznacza, jak te konstrukcje zostaną rozwiązane, naturalnie nie wiadomo i dlatego podejmowanie dyskusji w tym zakresie nie jest możliwe. Ale być może, jesteśmy przeczuleni, udziela nam się wszakże niepokój, że takie nie określone przerzucenie systemu świadczeń w ciężar budżetu, stwarza ogromne zagrożenia dla rodzin najuboższych. Myślę, że jeśli projektujemy w reformie wyłączenie ubezpieczeń rodzinnych z systemu ubezpieczeń społecznych, powinniśmy mieć wizję dalszego rozwoju. Ona powinna być zapisana, w przeciwnym razie nie jesteśmy w stanie racjonalnie oceniać projektowanych, nie w pełni konsekwentnych rozwiązań. Niekonsekwencja występuje także w elementach strukturalnych, ustrojowych, brak również decyzji co do charakteru instytucji ubezpieczeniowej. W projekcie nazwano ją instytucją samorządową. Co to znaczy, zupełnie nie wiadomo. Na wszelki wypadek zapisano równocześnie, że fundusze ubezpieczeniowe są funduszami państwowymi. Na wszelki wypadek zapisano, że ZUS posługuje się pieczęcią z godłem państwa, że w okresie przejściowym pracownicy

ZUS będą urzędnikami państwowymi. Na wszelki wypadek, ogromnie ostrożnie i właściwie nie dość jasno, rozwiązano problem tzw. samorządu ubezpieczeń. Pozwolę sobie jeszcze za chwilę o tym wspomnieć, jako że problem zasługuje na odrębne omówienie. Rada Ubezpieczeń Społecznych składająca się z 30 osób ma być powoływana przez trzy najwyższe organy państwa: przez Senat, przez Sejm, przez Radę Ministrów, każdy po jednej trzeciej składu. Przy czym Sejm ma wybierać spośród kandydatów przedstawionych przez związki zawodowe i inne organizacje pracownicze, Senat spośród kandydatów przedstawianych przez organizacje pracodawców, a rząd spośród kandydatów prezentowanych przez ministra pracy i polityki socjalnej.

Dlaczego tego rodzaju podział wprowadzono? Dlaczego akurat Senatowi zamierza się powierzyć powoływanie do składu Rady Ubezpieczeń Społecznych przedstawicieli pracodawców? To bardzo trudno ocenić. To są niekonsekwencje, które utrudniają jednoznaczne określenie funkcji projektowanej ustawy.

Chcę postawić następne pytanie, które wydaje się bardzo ważne. Czy stać nas na to, żeby podjąć rzeczywiste dzieło reformy ubezpieczeń społecznych? Wspominałem już o pewnych trudnościach, niekorzystnej sytuacji wynikającej z sytuacji ekonomicznej kraju, a mimo to chciałbym dowodzić, że nie tylko stać nas na to, ale że jest to koniecznością.

Właśnie wtedy, gdy dokuczają nam trudności ekonomiczne, kiedy potrzeba zwiększenia efektywności gospodarowania staje się szczególnie ważna, w interesie jej zwiększenia szczupłymi środkami musimy podjąć dzieło reformy. Musimy podjąć to dzieło także ze względów politycznych. Społeczeństwo oczekuje od nas zarysowania kierunków przemian, społeczeństwo coraz lepiej już rozumie, że zmiany nie mogą zachodzić z dnia na dzień, że niemożliwe jest natychmiastowe zaspokojenie wszystkich oczekiwań. Ale społeczeństwo chce widzieć kierunek przemian, chce widzieć cel, ku któremu zmierzamy. Ja myślę, że naszą wielką słabością jest brak komunikacji między rządzącymi i rządzonymi, brak dopływu informacji. Jest ona stale zbyt skąpa, stąd jakże łatwo o nieporozumienia. Poza innymi przyczynami, nie chcę upraszczać sprawy, ten brak wyraźnie sprecyzowanych perspektyw rozwoju jest także jedną z przyczyn polaryzacji, podziału między społeczeństwem a organami władzy, oczywiście musi temu towarzyszyć niezadowolenie społeczne.

Byłoby nam chyba łatwiej przełamywać to niezadowolenie społeczne, gdybyśmy zdobyli się na określenie wizji rozwoju, a także w drodze aktów ustawowych próbowali zakodować etapy tego rozwoju. Myślę więc, że u podstaw reformy musi być świadomość jej kierunków, jej celów. Reforma wszakże musi być realizowana etapami, odpowie-

dnio do możliwości i potrzeb, ale etapy te powinny być w miarę możliwości precyzyjnie określone.

Panie Przewodniczący! Panie, Panowie!

Chciałbym u podstaw prezentowanego poglądu powtórzyć założenie, że warunkiem zwiększenia efektywności ubezpieczeń społecznych jest integracja wydatkowania pieniędzy z oddziaływaniem na rzeczywistość społeczną, na stany faktyczne, które są przedmiotem różnych rodzajów ryzyka społecznego, które chcemy likwidować, wspierać czy też im przeciwdziałać. Chodzi o chorobę, inwalidztwo, starość itd. Dopiero wtedy, gdy zintegrujemy wydatkowanie pieniędzy z kompetencją oddziaływania, dopiero wtedy uruchamiamy instrumenty motywacyjne. Jak długo rozdzielamy te sfery w dyspozycji pieniężnej i zaspokajania tych rzeczywistych potrzeb, oddziaływania na ich minimalizowanie czy likwidowanie, na przeciwdziałanie im, tak długo w gruncie rzeczy żadna ze sfer: ani decydującej finansowej, ani parający się oddziaływaniem bezpośrednim na te różne rodzaje ryzyka socjalnego, nie jest zainteresowana racjonalnym, gospodarnym wydatkowaniem tych środków. Decydujący o pieniądzu nie ma żadnego wpływu na to, w jaki sposób choroba, rehabilitacja będą rozwiązywane i wobec tego ogranicza się do samego dysponowania pieniędzmi. Ten, który leczy, ten, który zabezpiecza przed zagrożeniami zdrowia i życia w procesie produkcji, w procesie pracy, ten, który rehabilituje, nie jest bezpośrednio zainteresowany gospodarczym wydatkowaniem pieniędzy, bo wydatkuje je ktoś inny.

Myślę, że ta integracja działań faktycznych i finansowych jest zasadniczym warunkiem zwiększenia gospodarności. We współczesnej doktrynie zachodnioeuropejskiej przyjmuje się istnienie pięciu podstawowych kanonów zabezpieczenia społecznego. Mówiłem już o pierwszym z tych kanonów.

Celem zabezpieczenia społecznego, współcześnie, jest stworzenie warunków i zabezpieczenie materialnej wolności człowieka. Ten cel jest nam przecież bardzo bliski.

Uzasadnieniem aksjologicznym systemu świadczeń socjalnych jest idea sprawiedliwości społecznej. Niestety, proszę państwa, w naszych teoretycznych koncepcjach, zajmując się jakże trudnym problemem sprawiedliwości społecznej, akcentujemy przede wszystkim jej płaszczyznę przysparzającą. Zmierzamy do tego, żeby posługując się hasłem „sprawiedliwość społeczna”, możliwie równo, odpowiednio do potrzeb i możliwości, dzielić posiadane środki czy inne dobra majątkowe.

Uzasadnieniem społeczno-etycznym systemu świadczeń socjalnych jest idea solidarności. Wiemy, że w każdym społeczeństwie członkowie jego są narażeni na działanie różnego rodzaju ryzyka socjalnego. Powodują one bardzo duże obciążenia. Człowiek sam nie jest w stanie uchronić się przed nimi, nie jest w stanie, w każdym razie z reguły, zgroma-

dzie środków, które by mogły zaspokoić jego potrzeby w przypadku dotknięcia go ryzykiem socjalnym. Stąd członek społeczeństwa oczekuje od tego społeczeństwa pomocy w przypadku, gdy dozna w większym niż inni stopniu ryzyka socjalnego. Każdy z ludzi na to ryzyko jest narażony i dlatego wszyscy odczuwamy potrzebę solidarności w bardzo uproszczonym haśle: „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”. To właśnie idea społeczno-etyczna, kolejny kanon całego systemu świadczeń socjalnych.

Nie zawsze dostrzega się, że w ujęciach prawnych, jurysdycznych, kanonem podstawowym jest określenie odpowiedzialności jednostki i zbiorowości. My, przyjmując, godząc się na system świadczeń socjalnych, w gruncie rzeczy akceptujemy zdjęcie z członka społeczeństwa części odpowiedzialności za własny los. Jest, oczywiście, ogromnie złożony problem, na ile ta odpowiedzialność za los człowieka ma obciążać zbiorowość, społeczeństwo, a na ile jego samego. Stąd za piąty kanon systemu świadczeń socjalnych uważa się ideę pomocniczości czy subsydiarności, która także w nauce społecznej Kościoła katolickiego tak bardzo mocno jest podkreślana. Zbiorowość, społeczeństwo powinno być tylko o tyle obciążane odpowiedzialnością za jednostkę, o ile ta jednostka nie jest w stanie sama udźwignąć ciężaru ryzyka socjalnego, które może ją dotknąć. Jest, oczywiście, złem nadmiar opiekuńczości państwa, ale jest także złem jej niedostatek. Jak to zwykle bywa, rozwiązania powinny przebiegać pośrodku.

Bardzo schematycznie próbowałem zaprezentować te pięć kanonów systemu świadczeń socjalnych, które w doktrynie zachodniej są w pełni akceptowane i myślę, nam także są bardzo bliskie. Muszą stanowić podwalinę naszych myśli, naszych rozważań także na temat rozwiązań systemów świadczeń socjalnych.

Na tym tle chciałbym przejść teraz do problemu opieki zdrowotnej jako elementu ubezpieczeń społecznych.

Pozwolę sobie przypomnieć, że już w ustaleniach przy okrągłym stole problem włączenia opieki zdrowotnej do systemu ubezpieczeń społecznych został wyraźnie dostrzeżony i odnotowany. Podjęto też w roku 1990 szereg prac studyjnych, prac autorskich, prac rządowych, które przygotowywały włączenie opieki zdrowotnej do ubezpieczenia. Mniej więcej od połowy ubiegłego roku zaniechano tych prac i wokół tego problemu powstało milczenie. Muszę powiedzieć, że nie bardzo zrozumiałe. Jeśli słuchać opinii społecznej, to narzekania na postępujący rozkład opieki zdrowotnej są bardzo powszechne i silne. I jeśli bliżej przyjrzeć się tej działalności, coraz częściej pojawia się jej niewydolność, a przy tym brak perspektyw, szamotanina, najróżniejsze pomysły, nigdzie nie wykorzystywane. Niekiedy pojawiają się lokalne próby na ogół nieudane, brak natomiast

jakieś odważnej koncepcji, która by dała impuls rozwojowi tych spraw.

Zdaję sobie sprawę z tego, że przeraża nas, być może, myśl o obciążeniu finansów ubezpieczeń społecznych ciężarem opieki zdrowotnej. Ponad wszelką wątpliwość, gdybyśmy chcieli, poszukując oszczędności w budżecie państwa, z uwagi na dokuczliwy jego deficyt, zrezygnować natychmiast z jakichkolwiek wydatków na opiekę zdrowotną i przerzucić odpowiedzialność za jej zorganizowanie i realizowanie na system ubezpieczeń społecznych, to naturalnie w bardzo krótkim czasie okazałoby się, że system ten nie jest w stanie udźwignąć tego ciężaru. Nie ma możliwości wyobrażenia sobie, że opieka zdrowotna może być finansowana w sposób niedostateczny. Proszę państwa, musimy się uwolnić od mitu, że jesteśmy w stanie rozwijać opiekę zdrowotną, umniejszając jej koszty. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że rozwój wiedzy medycznej, mechanizacja procesów medycznych – myślę zwłaszcza o procesach chirurgicznych – postęp w farmakologii, pojawianie się nowych chorób, których zwalczanie wymaga ogromnych nakładów, powoduje nieuchronnie stały wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Z tym musimy się oczywiście liczyć.

Optowanie za włączeniem do systemu ubezpieczeń społecznych systemu świadczeń leczniczych musi oczywiście uwzględniać zarówno rzeczywiste obciążenie, jakie z tym się wiąże, jak i możliwości organizacyjne.

Naturalnie, gdybyśmy chcieli jednolitą instytucję ubezpieczeniową, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, natychmiast przekształcić w instytucję organizującą także opiekę zdrowotną, rychło okazałoby się, że jest on niewydolny. W modelu projektowanym w ustawie ZUS ma być scentralizowany. Zasadnicze jego kompetencje będą spoczywały w ręku prezesa i rady, tylko na szczeblu centralnym, pod nadzorem ministra pracy i polityki socjalnej. Lecznictwo, choćby tylko jego organizowanie, naturalnie nie może być scentralizowane, ono wymusza decentralizację aparatu.

Myślę, że mamy doskonałe wzorce z okresu II Rzeczypospolitej, z okresu międzywojennego, mianowicie wzorce naszych kas chorych, które były instytucjami zdecentralizowanymi, regionalnymi. Gdybyśmy podjęli decyzję pójścia w tym kierunku, musielibyśmy poszukiwać także właściwych rozwiązań strukturalnych, odpowiadających potrzebom tego działu ubezpieczeń społecznych. Zdecentralizowana struktura zarządzania opieką zdrowotną nie tylko przybliży tę instytucję ubezpieczeniową do ubezpieczonego, kontakt bezpośredni jest absolutnie konieczny, ale pozwala także na uwzględnienie odrębności regionalnych czy wręcz lokalnych. Wystarczy zwrócić uwagę na zróżnicowanie poszczególnych regionów naszego kraju zagrożeniem ekologicznym, które przecież w zakresie opieki zdrowot-

nej stwarza dodatkowe uwarunkowanie absolutnie konieczne do uwzględnienia i do odrębnego rozwiązywania niektórych problemów.

Naturalnie, pierwsza faza przejścia przez instytucje ubezpieczeń społecznych opieki zdrowotnej mogłaby polegać tylko na organizowaniu tej opieki, a nie na wykonywaniu jej w strukturze organizacyjnej instytucji ubezpieczeniowej. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby nadal istniały państwowe szpitale, komunalne szpitale, szpitale organizacji religijnych czy też szpitale prywatne. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby powstawały komunalne ośrodki zdrowia. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby instytucja ubezpieczeń społecznych zawierała umowy z lekarzami domowymi, tak jak zawierałaby umowy z ośrodkami zdrowia czy z państwowymi zakładami zamkniętej opieki leczniczej.

Naturalnie, ten problem jest ogromnie złożony i nasuwa się myśl, że może warto sięgnąć w całym projekcie prywatyzacji także do prywatyzacji państwowych szpitali, prywatyzacji rozumianej jako oddanie ich w gestię instytucji ubezpieczeniowej. Projekt ustawy nieśmiało wspomina, że w ciągu pięciu lat od uchwalenia ustawy prywatyzacyjnej, instytucja ubezpieczeń społecznych miałaby w procesie reprivatyzacji stać się ponownie właścicielem majątku stanowiącego w okresie przedwojennym własność ubezpieczalni społecznej. Przecież tym majątkiem były także szpitale. Ta myśl drzemie więc gdzieś. To na pewno musiałby być proces i z pewnością w pierwszym etapie nie jest wcale najpilniejszym zadaniem, żeby natychmiast w strukturze instytucji ubezpieczeniowej uruchamiać własne szpitale, sanatoria, ośrodki zdrowia etc. To byłoby zadanie niewykonalne, ale w perspektywie rozwoju myślę, że nie należałoby takiej możliwości nie przewidywać. To wcale nie oznaczałoby wyczerpania możliwości organizacyjnych w strukturze instytucji ubezpieczeniowych, ona tylko częściowo wykonywałaby te zadania we własnej strukturze organizacyjnej.

Natomiast oparcie działalności szpitali, ośrodków zdrowia na umowach z instytucją ubezpieczeniową wprowadziłoby czynnik ekonomiczny, nieuchronnie zwiększający gospodarność zakładów opieki lekarskiej. Dlaczego nie miałyby także w swej działalności uwzględniać rachunku ekonomicznego?

Zdaję sobie sprawę ze złożoności zjawisk, myślę wszakże, że czas najwyższy podjąć rozważania, prace studyjne a następnie projekty, które by w tym kierunku zmierzały. To wcale nie oznaczałoby uwłasnowolnienia prywatnych praktyk lekarskich. Te praktyki byłyby wykonywane, co więcej, uzyskiwałyby dodatkowy impuls poprzez instytucję lekarzy domowych. Pacjent miałby prawo wyboru lekarza z listy umówionych z ZUS. Ta działalność mogłaby z pewnością sprzyjać także racjonalizacji.

Zdaję sobie sprawę z tego, że w pierwszym etapie możliwe byłoby ograniczenie tej ubezpieczeniowej

opieki zdrowotnej jedynie do opieki podstawowej. Nie byłoby stać nas na to, żeby zapewnić wszystkim ubezpieczonym wszelkiego rodzaju usługi lekarskie. Ale niechby ta podstawowa opieka zdrowotna była rzeczywiście dostępna dla wszystkich i wykonywana racjonalnie także w aspekcie ekonomicznym. Skoro ubezpieczenia chorobowe w tej koncepcji przyjęłyby za przedmiot także działalność lekarską w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, trzeba oczywiście w konsekwencji przewidzieć możliwość zarówno alternatywnych, jak i dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń, które by standard tych usług mogły znacznie podwyższać.

Myślę, że jest to z pewnością zgodne z ideą pomocniczości, czy subsydiarności, a nie kłóci się także z ideą sprawiedliwości społecznej. Gdybyśmy przyjęli tę opcję, wydaje się, że co najmniej zapisać by trzeba w nowej ustawie możliwość powstawania ubezpieczeń alternatywnych czy ubezpieczeń dobrowolnych. Poprzez „ubezpieczenia alternatywne” rozumie się te, które by zastępowały powszechne obowiązkowe ubezpieczenie, w poszczególnych grupach zawodowych, np. w górnictwie. Tam są zresztą bardzo bogate tradycje. Można by w górnictwie stworzyć ubezpieczenia alternatywne, które zwalniałyby od uczestnictwa w obowiązkowych powszechnych ubezpieczeniach, zwalniałyby od ciężaru składki w tym zakresie. One mogłyby zapewniać wyższy standard świadczeń, one mogłyby w szczególności zapewniać świadczenia związane z chorobami, ze schorzeniami właściwymi dla tej gałęzi zatrudnienia, oczywiście z reguły za cenę wyższej składki. Nie byłoby wtedy kumulacji, byłaby alternatywa zależna od woli całej grupy, czy jednostki, przystąpienia do ubezpieczeń alternatywnych bądź powszechnych obowiązkowych. Ubezpieczenia dobrowolne zaś uzupełniałyby system powszechnych świadczeń, powszechnych obowiązkowych świadczeń ubezpieczeniowych.

Szanowni Państwo! Nadużywam Waszej cierpliwości, ale zbliżam się do końca, krótko tylko zasygnalizuję problematykę funduszu pracy, ubezpieczenia bezrobocia. Pojawiają się koncepcje włączenia do systemu ubezpieczeń społecznych także zasiłków na wypadek bezrobocia. W imię integracji dyspozycji finansowej z rzeczywistym oddziaływaniem na stany faktyczne opowiadam się zdecydowanie przeciwko włączaniu systemu zasiłków dla bezrobotnych do systemu ubezpieczeń społecznych.

Gdybyśmy rozdzielili i włączyli do ubezpieczeń społecznych wypłatę zasiłków na wypadek bezrobocia, a pozostawili biurom pracy organizowanie rynku pracy, to znowu rozbilibyśmy tę, z natury rzeczy, jedność zainteresowań działalności. Jest słabością naszych dwóch już ustaw o zatrudnieniu i bezrobociu, że właściwie cały nasz wysiłek jest skoncentrowany na wypłatę zasiłków, podczas gdy tak bardzo niewydolni jesteśmy w działalności rejonowych biur

pracy, zwłaszcza w organizowaniu rynku pracy, w pośrednictwie pracy, w organizowaniu robót publicznych, robót interwencyjnych, wspieraniu, inspirowaniu przedsiębiorczości. Te sprawy muszą być połączone. ZUS oczywiście nie jest w stanie przyjąć w zakres swoich usług organizowania rynku pracy, dlatego one powinny być absolutnie rozdzielone.

Pozwoliłem sobie na jeszcze kilka uwag w ekspertyzie złożonej na piśmie, nie chciałbym nadużywać państwa cierpliwości i zabierać czasu, który byliście łaskawi przeznaczyć na wysłuchanie mojego referatu. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Obecnie proszę o zabranie głosu pana prof. dr hab. Janusza Chechlińskiego, który wygłosi referat zatytułowany: „*Ubezpieczenia zdrowotne a dylemat finansowania opieki zdrowotnej*”. Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Pan Janusz Chechliński:

I. Czy koniecznie można i trzeba przejść natychmiast do ubezpieczenia zdrowotnego? Ekspozycja problemu

Szereg problemów powstaje w związku z propozycją wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. Trzeba przede wszystkim stwierdzić, że ich rozmiary nie mogą odpowiadać obecnemu poziomowi środków i wprowadzenie ubezpieczeń nie może polegać tylko na wygenerowaniu obecnych wydatków na ochronę zdrowia (OZ) z budżetu państwa i utworzeniu FUZ jako parabudżetowego funduszu celowego. Nie można także odwrócić normalnej procedury kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego i ograniczyć wydatków do kwot określonych obecnymi wydatkami budżetowymi; tzw. matematyka ubezpieczeniowa musi tu uwzględnić stan zdrowia i jego zróżnicowanie terytorialne. Już dziś można stwierdzić, że wobec faktu, iż społeczeństwo polskie starzeje się tak jak społeczeństwo rozwinięte i równocześnie w jego strukturze demograficznej rośnie udział dzieci i młodzieży, tak jak w społeczeństwach rozwijających się, oparcie wysokości FUZ na kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego musi doprowadzić do znacznego wzrostu wydatków na OZ. Do tego dochodzi oczywisty fakt, że rozpatrując sytuację finansową OZ w ostatnim dwudziestoleciu można stwierdzić, że znajduje się obecnie na poziomie poważnie odbiegającym od rzeczywistego poziomu racjonalnych potrzeb w tym zakresie. Wreszcie wysoki stopień zagrożenia ekologicznego Polski wzmacnia powyższe rozumowanie. W rezultacie FUZ musi być wielokrotnością obecnych nakładów na OZ jeśli nie na dziś, to na jutro. Powstaje w związku z tym wątpliwość, czy proponowany termin wprowadzenia ubezpieczeń zdrowot-

nych na początek 1993 r., nie jest przedwczesny ze względu na ograniczone możliwości finansowe państwa i inne uwarunkowania ewidencyjno-rozrachunkowe.

Odwrócenie procedury ubezpieczeniowej przez decyzję *a limine* ile dać na OZ i dostosowanie do niej wysokości składki jest finansowaniem arbitralnym, które nie ma nic wspólnego ze zobiektywizowaną kalkulacją ryzyka ubezpieczeniowego. Podobnie należałoby ocenić kompromis wynegocjowany z przedsiębiorstwami co do wysokości składki.

Z tym wiąże się problem mechanizmu uzyskiwania środków na FUZ. Musi to być składka ubezpieczeniowa opłacana przez państwowych, spółdzielczych i wszelkiego rodzaju prywatnych pracodawców, a w przyszłości w części także przez pracowników. Podstawą obliczenia składki może być globalny fundusz wynagrodzeń i dochodów lub ich warianty. Jest on już dziś wysoko obciążony składką ubezpieczenia emerytalnego i innymi narzutami socjalnymi takimi jak: zasiłki chorobowe, odszkodowania z tytułu nieszczęśliwych wypadków przy pracy, obsługa innych wydatków ubezpieczeniowych, parametrycznie ustalone obciążenie na fundusz socjalny i mieszkaniowy oraz uznaniowe obciążenie kosztów na tzw. fundusze bytowe (przemysłowa służba zdrowia, szkolnictwo zawodowe, mieszkaniowe, żywienie zbiorowe). Do tych wszystkich obciążeń należałoby dodać składkę ubezpieczenia chorobowego.

II. W sprawie tzw. refundacji podatkowej ubezpieczenia zdrowotnego

Powstaje pytanie, czy uznany za wysoki podatek od dochodu nie straci na swym proefektywnościowym charakterze, jeśli składka ubezpieczenia chorobowego znacznie zmniejszy jego kwotę i jego stosunek do kosztów i zysku. Odpowiedź na pytanie z jakiego podatku „potrącać” składkę jest więc wysoce utrudniona, zwłaszcza że posłużenie się tutaj podatkiem obrotowym nie wchodzi jak dotąd w grę, odnosi się on bowiem tylko do produkcji środków konsumpcji, a produkcji środków produkcji nie obciąża. Wprowadzenie w miejsce podatku obrotowego podatku od tzw. wartości dodanej eliminowałoby ten mankament. Propozycja umniejszenia innych podatków na rzecz składki ubezpieczenia chorobowego, jest mało realna. Nie oznacza to, że niezależnie od ubezpieczenia nie trzeba, wobec nadmiernego fiskalizmu, obniżyć wysokości podatku. Wprowadzenie składki ubezpieczeniowej należy więc rozpatrywać w całym modelu obciążeń finansowych przedsiębiorstw i osób fizycznych, ale nie na zasadzie refundacji środków podatkowych określonego rodzaju.

III. Senacki projekt ubezpieczenia zdrowotnego w świetle poziomu ciężarów ubezpieczeniowych

Senacki projekt ustawy zmierza do urealnienia obciążeń wydatkami na zasiłki z tytułu choroby i ma-

cierzyństwa, troszcząc się głównie o kasę państwową. Założenia ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych, sporządzone przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, mając na uwadze także ludzi stosunkowo zamożnych, obciążonych wyższymi podatkami, proponują zasadę zatrzymania górnej granicy podstawy wymiaru składki np. na poziomie 3-5 krotności przeciętnego wynagrodzenia, co również nie jest bez znaczenia, zwłaszcza dziś.

Główny problem pomimo wszystko leży jednak na płaszczyźnie zabezpieczenia zasiłków zdrowotnych mniej zamożnej masie odbiorców. Ubruttowienie płac rozwiązuje tutaj problem właściwie tylko w momencie wprowadzenia zasady 50% obciążenia pracobiorcy składką. Później sytuacja wyraźnie się komplikuje i nie można wykluczyć, że pracownik będzie wchodził w coraz gorszą sytuację, nie tylko we własnym wyobrażeniu. Wydajność fiskalna całego zasięgu może także stanąć pod znakiem zapytania.

Jeśli tzw. składka, a w istocie rzeczy podatek celowy, o czym później mowa, będzie ustalony na pewien czas jednolicie, to wówczas już w następnym roku, ubruttowienie, nie tylko psychospołecznie biorąc, przestanie istnieć w świadomości i realnym rachunku pracownika. Wraz ze wzrostem nominalnym podstawy naliczania w wyniku inflacji lub podwyższenia składki wzrośnie poziom kwoty odpisu na fundusz zwany ubezpieczeniowym. Nawet jeśli będzie to tylko efekt inflacyjny, odczucie wzrostu obciążenia będzie nieodparte w zderzeniu ze świadczeniami, które nie muszą z indywidualnego punktu widzenia wzrastać oraz ze wzrostu składek.

Kwota „składki” z tytułu choroby i macierzyństwa będzie dodawana do kwoty składki emerytalno-rentowej. Jest istotne, jakie to będzie w sumie obciążenie pracownika i pracodawcy. Od dochodu z pracy i kapitału minimum (45% na ubezpieczenia rentowe plus i bezrobocie, ca 5-7% na zasiłki chorobowe i macierzyńskie) 25% na emerytury i renty oraz zabezpieczenie chorobowe i macierzyńskie. Do tego dochodzi ubezpieczenie wypadkowe płatne w całości przez pracodawcę. W RFN ten rachunek wynosi: po 7% ubezpieczenie chorobowe, po 8,5% ubezpieczenie emerytalno-rentowe i u pracodawcy – plus 2-7% ubezpieczenie wypadkowe i 6,8% ubezpieczenie od bezrobocia. W sumie więc od ogromnej w porównaniu z Polską podstawy nalicza się pracownikowi między 16, 75% a ca 20% składki. Drugie tyle dokłada pracodawca, a razem nalicza się mu od 27% do 31%. Mechaniczne porównanie z Polską niewiele jednak daje, bo podstawa naliczania jest u nas wielokrotnie mniejsza. Niech świadczy o tym 8 razy mniejszy produkt krajowy brutto. Z drugiej strony świadczenia zdrowotne w projekcie senackim, to tylko zasiłki pieniężne i świadczenia rehabilitacyjne a nie leczenie i profilaktyka. Można więc bardzo ostrożnie wyszacować tzw. składki u pracownika na około 1/4 płacy brutto, a u pracodawcy na około 35%.

„Składka”, wmontowana przez pracodawcę w koszty, będzie w normalnych warunkach rynkowych wkalkulowana w cenę i przerzucana na odbiorcę towaru i usługi, a więc w ostatniej instancji na konsumenta, tak jak to ma miejsce w mechanizmie podatku od wartości dodanej. W Polsce jednak poważne zmniejszenie popytu tworzy próg nie tylko dla wzrostu podaży towarów i usług, lecz także zmniejsza w liczący się sposób fundusze inwestycyjne wszelkich przedsiębiorstw, także prywatnych. Wprowadzenie w chwili obecnej zasady, że połowę obciążeń ponosi pracownik, będzie z czasem nie tylko rachunkowym ale także realnym dodatkowym obciążeniem, zwłaszcza z trzech powodów. Podobnie, jakkolwiek w większej skali, będzie z pracodawcą.

Inflacja, jak dotąd stale obniża realny poziom płac. Według danych GUS, płace zdecydowanie nie nadążają za wzrostem cen. Podobnie emerytury i renty, indeksowane nie stopą rzeczywistej inflacji, lecz kryzysowym wzrostem płac w sferze materialnej. Oznacza to w rezultacie także spadek realnej wartości owych „składek”, na który wobec rozmiarów świadczeń musi się zareagować albo podwyższeniem składek albo ich indeksacją.

Ponadto wszelka podwyżka tzw. składki uderzy szczególnie w średnie i niskie płace. Potrzebny jest tutaj rachunek symulacyjny w skali makro. Inaczej nie odpowie się na pytanie, w jakiej skali, obok wzrostu cen, wzrostu stawek podatku obrotowego od żywności (24%) i innych artykułów (3-4%), obciążenia dotacji do mieszkalnictwa i gospodarki komunalnej, taxflacji w podatku dochodowym, można nadal zwiększać składki. Również, politycznie nie będzie zgrabne takie rozwiązanie, zwłaszcza, że nie można wykluczyć po ubruttowieniu wahań i obniżek płac nominalnych i realnych. Znacznie bardziej zgrabne i łatwiejsze będzie obniżenie świadczeń.

Rysują się więc tutaj dwa dylematy.

Pierwszy to odpowiedź na pytanie, czy wchodzi w grę waloryzacja podstaw naliczania składki przy pomocy rzeczywistego wskaźnika inflacji? Chyba raczej nie, jeśli np. w podatku dochodowym nie waloryzuje się podstaw opodatkowania, co powoduje taxflację, czyli przejście do wyższej grupy podstaw opodatkowania. Taxflację wmontowano w program walki z deficytem budżetowym. Z kolei taki mechanizm jest niezwykle skomplikowany, choćby z punktu widzenia wyboru indeksu cen – towary, usługi, konsumpcyjne i niekonsumpcyjne, tak w stosunku do pracobiorcy jak i pracodawcy. W tych warunkach gwałtownie wzrosną koszty ZUS i spadnie sprawność jego działania.

Po drugie, kto, komu, na jakiej podstawie i w jakim zakresie obniży świadczenia? Czy będzie to obniżenie systemowe, czy też zmniejszy się tylko fundusze na zasiłki na szczeblu centralnym, a reszta stanie się przedmiotem dostosowawczych decyzji uznaniowych?

Akcent na samowystarczalność systemu – wydatki pochodzące wyłącznie z dochodów ustawowo przypisanych funduszowi parabudżetowemu, subiektywizuje decyzje nawet najznakomitszych decydentów i ich zespołów.

IV. Uznaniowość projektowanego rozwiązania

Do decyzji uznaniowych należą także:

— wysokość składki, jeśli nie jest ona oparta na długookresowej kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu choroby i macierzyństwa;

— podwyższenie lub obniżenie składki; powstaje pytanie czy *ex ante*, bo jeśli *ex post*, to taka ekstrapolacja trendu statystycznego przenosi przeszłość w zupełnie inną przyszłość. Sam przypływ dochodów do funduszu jest dla każdego okresu czasowego sygnałem *ex post*. Jeśli będzie to natomiast decyzja prognostyczna, to w warunkach kryzysu, może się stać z tym planowaniem *ex ante* to samo co z planowaniem deficytu budżetowego. Pan Balcerowicz wyliczył, że w 1991 r. wystąpi wymuszona 1 bln zł nadwyżka budżetowa a doszło aż do 30 bln zł deficytu, w 1992 r. planowano deficyt w wysokości 60 bln zł a wrześniowa poprawka planistyczna wskazuje na 82 bln zł. Jeśli skończy się na 85 bln zł deficytu budżetowego, to nie będzie najgorzej.

Uznaniowe dostosowywanie wydatków do dochodów funduszu celowego jest więc niepewnym ręcznym sterowaniem tak po stronie obciążeń ludności, jak i świadczeń dla niej.

Powstają w tym miejscu dwie niezwykle istotne refleksje.

Co to za ubezpieczenia chorobowe, jeśli nie można zagwarantować odpowiedniej wysokości obciążenia i świadczenia ubezpieczeniowego. Zachorowania są typową zmienną losową i bez matematycznej kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego nie ma mowy o prawidłowym planowaniu wydatków funduszy na zasiłki z tytułu choroby i macierzyństwa.

Druga refleksja wiąże się z czystością formy prawnej ubezpieczenia zdrowotnego. Jest ono zawsze i wszędzie konkretnym uprawnieniem, którego można dochodzić na drodze prawnej. Dotyczy to oczywiście zarówno ubezpieczeń publicznych i obowiązkowych, jak i prywatnych i dobrowolnych. Jeśli nie można takich uprawnień zapewnić, trzeba zadowolić się rozwiązaniem budżetowym lub parabudżetowym.

Znacznie bogatsze niż Polska państwo włoskie wycofało się ostatnio z ubezpieczenia zdrowotnego i wróciło do formy budżetowej ze względu na ograniczone możliwości finansowe.

V. Ubezpieczenie czy parabudżetowe, częściowe zaopatrzenie pieniężne z tytułu choroby i macierzyństwa

Projekt senacki tworzy niestety jedynie pozory ubezpieczenia. Nie jest to potrzebne zwłaszcza wobec faktu, że w mechanizmie parabudżetowego fun-

duszu celowego można zorganizować wcale nie małą precyzyjną obiektywizację rozkładu funduszu w pionie i poziomie. Ów zobiektywizowany rozkład, tzw. *global budget* stanowi przedmiot końcowych wywodów.

W tym miejscu trzeba jeszcze rozstrzygnąć dylemat, czy finansowanie budżetowe lub parabudżetowe może operować składką ubezpieczeniową, czy najwyżej podatkiem celowym sensu stricto. Proponowane rozwiązanie jest oczywiście podatkiem celowym, którego zasady są z góry ustalone przez prawo, środki z góry przeznaczone na określony cel, a wydatki zamykają się w granicach funduszu. W ten sposób fundusze publiczne ograniczają zobowiązania finansowe państwa w stosunku do ludności, a sprawą polityki jest określić rozmiary środków, które przypadają na opiekę zdrowotną wobec innych konkurencyjnych celów. Z tego punktu widzenia ubezpieczeniem są w projekcie senackim raczej emerytury i renty, jeśli je brać tylko od strony samych gwarantowanych świadczeń. Natomiast składki na rzecz funduszu zabezpieczenia z tytułu choroby i macierzyństwa są klasycznym podatkiem celowym. Oczywiście wielkość tego podatku można teoretycznie biorąc skalkulować na podstawie długookresowego rachunku prawdopodobieństwa i wówczas na gruncie matematyki ubezpieczeniowej taki podatek celowy przyjmie postać składki ubezpieczeniowej.

VI. Niezbędne warunki kalkulacji finansowej ubezpieczonego ryzyka zdrowotnego

Nawet w jednolitej składce trzeba jednak uwzględnić:

— każdą wspólnotę niebezpieczeństwa – inną np. u dziennikarzy i u zwykłych urzędników, u adwokatów, pilotów itd.;

— zagrożenie chorobowe według rodzajów i w odniesieniu do konkretnej struktury demograficznej (niemowlęta, dzieci, młodzież, kobiety, mężczyźni, ludzie starzy), przy założeniu długookresowego rachunku zmian w strukturze demograficznej i w strukturze zachorowań;

— długookresową prognozę kosztów inwestycji w podstawowej opiece zdrowotnej i w szpitalnictwie, kosztów wyposażenia w nową technikę medyczną i kosztów jej eksploatacji, kosztów leków itd., oczywiście przy założeniu ekonomizacji rozdziału leczenia między szpitale i ambulatoria (podstawową opiekę zdrowotną);

— prognozę zmian w oświacie medycznej, higienie życia, odżywiania, w zakresie stosowania używek;

— programy profilaktyczne i zakres ich prawdopodobnej, społecznej realizacji.

Publiczne (powszechnie) ubezpieczenie chorobowe odbiega od przedsięwzięć prywatnych nie kalkulacją składki, która musi się zawsze opierać na zasadzie ścisłej i zobiektywizowanej kalkulacji ryzyka,

lecz wysokością składki i zakresem oraz jakością świadczeń ubezpieczeniowych.

Propozycja senacka nazwała ubezpieczeniem system, który:

- zakłada krótki horyzont czasowy składki (okres roczny ustalania składki – ustawa budżetowa) oraz jej charakter uznaniowy, nawet jeśli oparty o badania i prognozy niekorzystnych tendencji;

- ma parabudżetowy, a nie ubezpieczeniowy charakter, na co wskazuje także możliwość obniżania i podwyższania składki na miarę potrzeb w zakresie świadczeń;

- samodzielność finansową każdego funduszu rozumie się nie jako prawo do pełnej kalkulacji ryzyka, lecz w sposób ograniczający (można okresowo obniżać wysokość świadczeń).

Wreszcie proponuje się objąć omawianym zobowiązaniem tylko część zadań opieki zdrowotnej, a mianowicie: świadczenia pieniężne na wypadek choroby i macierzyństwa, zasiłek chorobowy – nota bene przenosząc w ten sposób połowę jego ciężaru z pracodawcy na pracownika, świadczenia rehabilitacyjne oraz zasiłki: wyrównawczy, macierzyński, opiekuńczy, pogrzebowy.

To co najwięcej kosztuje i tworzy największe ryzyko finansowe, tzn. koszty leczenia i profilaktyki, pozostają poza tak skonstruowanym zabezpieczeniem. Budżet ma nadal finansować te kolosalne wydatki. Jaki jest więc cel analizowanego przedsięwzięcia. Z całą pewnością nie wprowadzenie prawdziwego i pełnego ubezpieczenia zdrowotnego; przy: prawie 40% już dziś spadku produkcji, 60% inflacji, wysokim bezrobociu (14% w stosunku do osób w wieku produkcyjnym), wynoszącym 2,5 mln. osób. To paliatywne rozwiązanie zabezpieczeniowe ciągle pozostaje bardziej zaopatrzeniowe niż ubezpieczeniowe i szybko stanie się dodatkowym obciążeniem ludności i ograniczy także fundusze rodzącego się kapitału prywatnego.

Docelowo ubezpieczenie zdrowotne, oparte na kalkulacji ryzyka ubezpieczeniowego, jest rozwiązaniem optymalnym. Ale nie dziś, kiedy wskaźnik ubóstwa wynosi w Polsce 74% (% bezrobocia plus % inflacji) podczas gdy przeciętnie w kryzysie lat 70-tych sięgał na Zachodzie przeciętnie zaledwie do 18%.

VII. Global budget i obiektywizacja jego rozkładu w strefie opieki zdrowotnej

Stąd pozwalam sobie wyrazić pogląd, że analizowana propozycja jest przedwczesna, także z tego względu, że:

- chodzi o rozwiązanie przejściowe i częstkowe;
- jest niebezpieczna ekonomicznie i politycznie z uwagi na wielostronną uznaniowość;
- nie wykorzystuje możliwości zobiektywizowanego rozkładu na szczeblu centralnym racjonalnie

wydzielonego funduszu budżetowego lub parabudżetowego (tzw. *global budget*), w oparciu o miary syntetyczne – popytowe i podażowe. Chodzi o miary syntetyczne wielowymiarowej analizy porównawczej, uwzględniające w sposób kompleksowy od strony popytu, czyli potrzeb – ilość mieszkańców i strukturę demograficzną regionu, rozmiary i strukturę zachorowań i zagrożenie środowiska naturalnego, a od strony podaży – racjonalne rozmiary infrastruktury rzeczowej i osobowej oraz zakres działalności prozdrowotnej. Ten mechanizm rozkładu funduszy pozwala na miarę możliwości finansowych obiektywnie rozdzielać to, czym się realnie dysponuje w określonym miejscu i czasie.

Rozkład funduszy z kolei między droższe szpitalnictwo i tańszą i niekoniecznie mniej skuteczną podstawową opiekę zdrowotną (chodzi tu zwłaszcza o profilaktykę) może być nie tylko sprawą uznaniowej decyzji politycznej, np. akcentującej podstawową opiekę zdrowotną, lecz także lub rezultatem specjalnego rachunku optymalizacyjnego.

VIII. Waga rachunku kosztów

Jest przy tym oczywiste, że rachunek kosztów i jego komputeryzacja jest pod tym względem punktem wyjścia każdego rozwiązania, przede wszystkim ubezpieczeniowego.

Sprawę zasiłków z tytułu choroby i macierzyństwa można natomiast przejściowo rozwiązywać podobnie jak zasiłki rodzinne, budżet albo wmontować w parabudżetowy fundusz celowy podobnie jak to się proponuje, nazywając to „marketingowo” ubezpieczeniem.

Usamodzielnienie Zakładów Opieki Zdrowotnej, wyposażenie ich w pełnię uprawnień finansowych, zryczałtowanie ich budżetu globalnego, początkowo negocjacyjnie i zastosowanie rachunku ekonomicznego, będzie na początek pierwszym, najbardziej realnym „dojściem” do docelowego i prawdziwego ubezpieczenia zdrowotnego.

Rachunek kosztów jest tutaj szczególnie ważnym punktem wyjścia dla wszystkich rozwiązań. Początkowo należy go odnieść do samodzielnych Zakładów Opieki Zdrowotnej i kompleksowych świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych *per capita*, by później w pełnych ubezpieczeniach zdrowotnych prowadzić rachunek poszczególnych rodzajowo świadczeń i to nawet z indywidualnym adresem do poszczególnego pacjenta, tak jak ma to miejsce w rozwiniętych krajach zachodnich, np. w RFN.

Rozwiązanie sprawy finansowania zasiłków z tytułu choroby i macierzyństwa w kontekście proponowanym przez Senat RP jest więc zaopatrzeniem w systemie zabezpieczenia parabudżetowego i tak może przejściowo pozostać przy wszystkich zgłoszonych zastrzeżeniach bez potrzeby prowadzącej w błąd semantyki ubezpieczeniowej. Z finansowego

punktu widzenia w żadnym przypadku nie może być tutaj mowy o ubezpieczeniu.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Na marginesie tego chciałem zauważyć, że nasza ustawa przewiduje możliwość wprowadzenia innych ubezpieczeń, określonych na podstawie odrębnych przepisów. Jest to zabieg czysto formalny, ale dający prawne możliwości.

Proszę państwa, chcę teraz zaproponować przerwę do godziny 11.40, a później zaproponować następującą formułę, aby wygłoszony następny referat i później abyśmy rozpoczęli dyskusję.

Ogłaszam przerwę do godziny 11 minut 40.

(Przerwa w obradach od godziny 11.24 do 11.53)

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo! Po tej krótkiej przerwie wznowiamy nasze seminarium.

Proszę o zabranie głosu panią dr hab. Urszulę Prasznic, która wygłosi referat zatytułowany: „Dylematy w finansowaniu ubezpieczeń społecznych”.

Bardzo proszę.

Pani Urszula Prasznic:

Nie ma idealnych i uniwersalnych systemów finansowania ubezpieczeń społecznych. Występujące w nich rozwiązania są silnie zdeterminowane zarówno własną historią (np. odmienny rodowód ubezpieczeń społecznych w systemach anglosaskich i kontynentalnych), teraźniejszością (poziom gospodarczy kraju, opcje w polityce społecznej), jak i przyszłością (trendy demograficzne, procesy integracyjne). Wybór modelu opiera się także na określonych założeniach doktrynalnych (np. neoliberalizmu lub interwencjonizmu państwowego).

Powyższe okoliczności powodują, że przyjęte sposoby finansowania ubezpieczeń są „produktem” kompromisów ekonomicznych, społecznych i politycznych, zapewniających pewną równowagę systemu i jego społeczną akceptację. Od uwarunkowań tych nie może abstrahować ustawodawca, dążąc do wprowadzenia systemu, który skutecznie ochrania ludzi pracy przed negatywnymi ekonomicznymi następstwami tzw. ryzyk ubezpieczeniowych – na poziomie wynikającym z wydajności i produktywności danego społeczeństwa.

Opracowanie niniejsze nawiązuje do senackiego projektu ustawy o zakresie oraz zasadach organizacji i finansowania powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Treścią dalszych uwag są te problemy finansowania, które – zdaniem autorki – w projekcie mają charakter kontrowersyjny i wymagają szerszej dyskusji.

I. Udział państwa w finansowaniu ubezpieczeń społecznych

W procesie konstruowania systemu finansowego ubezpieczeń społecznych istotne jest określenie relacji między funduszem ubezpieczeniowym a budżetem państwa. Współcześnie w systemach europejskich nie ma funduszy całkowicie samofinansujących i nie powiązanych w jakiś sposób ze środkami państwowymi. Z wyjątkiem Francji, związki te są bardzo silne, co przejawia się m.in. w wysokościach dotacji budżetowych do ubezpieczeń społecznych. Dotacje te w większości państw stanowią 1/3 – 2/3 wydatków funduszy ubezpieczeniowych. Dla przykładu we Francji państwo uczestniczy tylko w nieznacznym stopniu w finansowaniu ubezpieczenia chorobowego, w formie dopłat do: odszkodowań z ubezpieczeń samochodowych, funduszy na budowę szpitali, kosztów służb socjalnych oraz określonych chorób. Natomiast w takich krajach jak Dania, Irlandia, Szwecja, Holandia – ponad 3/4 funduszy ubezpieczeniowych stanowią dotacje państwowe.

Projekt ustawy, opierając gospodarkę ubezpieczeń społecznych na wyodrębnionych funduszach, powinien jednocześnie bardziej wyraziście uregulować udział państwa w ich wydatkach, określić jego formy i zakres. W praktyce stosowane są różne rozwiązania:

1. Państwo pokrywa każdy deficyt w jednym lub kilku rodzajach ubezpieczeń. Np. w Belgii – w ubezpieczeniu rodzinnym i od bezrobocia, w Finlandii – w ubezpieczeniu chorobowo-macierzyńskim, w Grecji – w ubezpieczeniu emerytalno-rentowym oraz chorobowo-macierzyńskim, w Holandii – w ubezpieczeniu emerytalno-rentowym, w Danii – w ubezpieczeniu od bezrobocia i dla rent inwalidzkich.

2. Państwo pokrywa określoną część lub całość kosztów danego rodzaju świadczeń lub ubezpieczenia. Przepisy wyraźnie wówczas regulują sposób tego pokrycia, w formie:

— subsydiów (ich wysokość określona kwotowo lub procentowo) – tak jest m.in. w Belgii, gdzie państwo finansuje 27% kosztów służby zdrowia, 75% rent inwalidzkich, 70% zasiłków pogrzebowych, Danii – 90% kosztów emerytur państwowych, w Austrii – 50% zasiłków macierzyńskich, Szwecji – 30% rent państwowych, Niemczech – 14% ubezpieczenia emerytalno-rentowego, Holandii – ubezpieczenie od bezrobocia w wysokości 0,9% funduszu płac, Norwegii – ubezpieczenie emerytalno-rentowe w wysokości 4,9% funduszu płac, Włoszech – w formie stałych miesięcznych dopłat do każdej emerytury i renty;

— pełnego pokrycia kosztów. Np. w Szwajcarii państwo ponosi pełne koszty ubezpieczenia rodzinnego dla drobnych farmerów, w Danii – zasiłków chorobowych od 6 tygodnia choroby, w Norwegii – zasiłków chorobowych za pierwsze 12 dni choroby.

3. Państwo refunduje funduszom ubezpieczeniowym określone wydatki. W polskim ubezpieczeniu refundacja ma formę dotacji celowej na sfinansowanie świadczeń zleconych ZUS do wypłaty (głównie zaopatrzenie służb mundurowych). Ponieważ w ubezpieczeniu występują także inne elementy pozaubezpieczeniowe (np. świadczenia kombatanckie, dla inwalidów od urodzenia, zasiłki zależne od dochodów) związane z nimi wydatki powinny być finansowane ze środków budżetowych (za pośrednictwem podatków) a nie z funduszy ubezpieczeniowych (poprzez składki). Wymaga to ustalenia, w jakich rodzajach ubezpieczeń (świadczeń) i w jakim zakresie występują elementy zaopatrzenia i pomocy społecznej, by ustalić rozmiary refundacji.

Udział państwa w finansowaniu ubezpieczeń społecznych powinien być stały, zagwarantowany ustawowo i oparty na rachunku ekonomicznym. Zakres i formy tego udziału należałoby ustalić w drodze negocjacji między rządem, związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców. Rozstrzygnięcia w tej kwestii stanowią istotny element polityki społeczno-gospodarczej i wpływają na rozłożenie kosztów ubezpieczeniowych na różne podmioty. Ustalenia, jaka część wydatków finansowana jest poprzez składkę, a jaka poprzez podatki nie jest tylko kwestią techniczną, bowiem wykorzystanie określonego instrumentu prowadzi do redystrybucji dochodów. I tak system składkowy narzuca podział proporcjonalny do wynagrodzeń, finansowanie z podatków bezpośrednich – progresywny system obciążeń (wzrasta obciążenie kosztami ubezpieczeń grup zamożniejszych), a z podatków pośrednich – regresywny rozkład kosztów (wzrasta obciążenie grup ekonomicznie słabszych).

Ludzie na ogół nie uświadamiają sobie tych zależności, co nie zmniejsza ich znaczenia, a tym bardziej nie zwalnia ustawodawcy od odpowiedzialności za skutki określonego rozłożenia kosztów na pracowników, pracodawców i państwo oraz grupy społeczne o zróżnicowanym statusie ekonomicznym.

II. Składka ubezpieczeniowa

Jednym z warunków prawidłowego funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych jest jego finansowa sprawność. Zależy ona od harmonijnego powiązania trzech elementów: wymiaru składki, poziomu świadczeń i warunków ich uzyskiwania (granica wieku emerytalnego, czasokres wypłacania świadczenia itp.). Równowaga finansowa może zostać naruszona poprzez oddziaływanie czynników wewnętrznych (np. podwyższenie świadczeń bez zagwarantowania źródeł pokrycia) lub zewnętrznych (np. zmiany demograficzne, recesja gospodarcza), które wpływają na poziom dochodów i wydatków ubezpieczeń społecznych.

W związku z tym, aby system był stabilny, musi posiadać określone amortyzatory pozwalające na

sprawne i szybkie przywrócenie równowagi między wydatkami i dochodami. Można to osiągnąć przez elastyczną konstrukcję składki, świadczeń lub warunków ich uzyskiwania. Dla przykładu w Niemczech obliczono, że w 2030 r. przy wieku emerytalnym 60 lat – składka wynosiłaby 35%, przy wieku 62 lat – 29%, a przy wieku 65 lat – 21%. Przeważa pogląd, że stabilność systemu powinna bazować na stałej składce i jakościowej elastyczności świadczeń. Np. gdy w latach 80-tych w krajach wysoko rozwiniętych reformowano ubezpieczenia emerytalne w celu przystosowania systemu do zmian demograficznych, procesów inflacyjnych oraz nowego charakteru bezrobocia – punktem wyjścia było „usztynwienie składki”, a przedmiotem zmian były regulacje dotacji budżetowych, wiek emerytalny (podniesiono w USA, Niemczech, Japonii), okresy składkowe, poziom świadczeń.

W Polsce składka traktowana jest jako element dość elastyczny (można znaleźć źródła takiego stanowiska w scentralizowanej gospodarce). Obecnie warto więc przypomnieć, że ubezpieczenia społeczne w okresie międzywojennym (ustawa z 1933 r.) bazowały na zasadzie stałości składki i pewnej elastyczności świadczeń. W szerokim zakresie jakościową elastyczność świadczeń wprowadzono w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa, dochodząc do tego dwiema drogami:

— poprzez możliwość ograniczania poszczególnych świadczeń lub też warunków ich udzielania na okres potrzebny do przywrócenia równowagi finansowej, zarówno na pewnych terenach (obszarach ubezpieczalnych), jak i dla całości ubezpieczenia;

— poprzez ilościowe ograniczanie świadczeń, drogą zastosowania zasady pobierania pewnych opłat za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze i zabiegi.

W ubezpieczeniu od bezrobocia (pracowników umysłowych) minister opieki społecznej mógł przedłużać okres wyczekiwania uprawniający do przyznania świadczeń oraz obniżać wysokość zasiłków dla pozostałych bez pracy. Obniżka wysokości zasiłków mogła być zastosowana również do osób pobierających już świadczenia.

Także w ubezpieczeniu emerytalnym robotników uelastyczniono świadczenia, ponieważ:

— wysokość kwoty zasadniczej mogła się wahać od 10% do 16% przeciętnego zarobku ubezpieczonych, którym przyznano świadczenia;

— osobom już pobierającym świadczenia mogła być obniżona kwota zasadnicza;

— mógł być obniżony wiek emerytalny z 65 do 60 lat, a dla wdów wiek uprawniający do otrzymania renty wdowiej bez względu na zdolność do pracy z 60 do 50 lat;

— mogła być podwyższona renta sieroca z 1/5 do 1/4 renty, którą otrzymywał zmarły.

Obawy przed podniesieniem składki brały się (i biorą nadal) stąd, że jej wysokość nie jest gospo-

darczo i społecznie obojętna. Jako kategoria ekonomiczna odzwierciedla m.in. stopień obciążenia pracy i kapitału kosztami świadczeń społecznych. Jest parametrem określającym w znacznym stopniu opłacalność produkcji i usług. Składka jako element nakładu na pracę wpływa bowiem na poziom kosztów wytwarzania, a poprzez mechanizmy cenowe oddziałuje na ich konkurencyjność w wymianie międzynarodowej. Są to koronne argumenty i „kość niezgody” w sporach na forum parlamentów zachodnich – na temat finansowania ubezpieczeń społecznych. Ustawodawca musi bowiem mieć świadomość bariery ekonomicznej w podnoszeniu poziomu składek.

Korekty poziomu wysokości składki mogą mieć także poważne implikacje społeczne, prowadzą bowiem do zmiany zasad redystrybucji międzypokoleniowej. Np. wzrost składek w ubezpieczeniu emerytalnym zmniejsza udział pokolenia aktywnego zawodowo w produkcie społecznym, na rzecz generacji w wieku poprodukcyjnym. Nadmierne obciążenie tego pierwszego może natomiast doprowadzić do zerwania więzi solidarności ubezpieczeniowej, osłabienia motywacji do pracy, obchodzenia przymusu płacenia składki. Z tego względu poziom składek (i świadczeń) nie może być przedmiotem arbitralnych decyzji politycznych, lecz wynikiem konsensusu parlamentarnego, mającego charakter międzypokoleniowej umowy społecznej, uwzględniającej interesy pracujących, niepracujących i pracodawców oraz interesy ogólnospołeczne i ogólnego społeczeństwa.

III. Działalność lokacyjna ubezpieczeń społecznych

W dyskusjach na temat zmiany zasad finansowania ubezpieczeń społecznych w Polsce, coraz częściej wyrażany jest pogląd o celowości reaktywowania ich działalności lokacyjnej (głównie w ubezpieczeniu emerytalnym). Działalność ta postrzegana jest jednostronnie jako przejaw pełnej autonomii finansowej ubezpieczeń i sposób na pomnożenie dochodów składkowych poprzez stałe i znaczące zyski z lokat. W wypowiedziach tych, na ogół pomija się kwestię metod gromadzenia funduszu ubezpieczeniowego, która jest kluczowa dla tej problematyki.

W ubezpieczeniu występują dwie klasyczne metody gromadzenia środków ubezpieczeniowych: repartycyjna i kapitałowa. System repartycji rocznych wydatków polega na zgromadzeniu za pośrednictwem składki takiego funduszu, który w ciągu danego roku należy wydać. Źródłem finansowania świadczeń jest wówczas bieżąca składka (ewentualnie dotacje lub subwencje), a tak zgromadzony fundusz ma charakter konsumpcyjny.

Stosując metodę pokrycia kapitałowego, zakład ubezpieczeniowy zbiera fundusze równe kapitałowej wartości zobowiązań. Wpłaca się wówczas

mnijšie sumy niż przy metodzie repartycyjnej. Są one mniejsze o wartość odsetek, które narastają przez długi okres ubezpieczenia. Tak gromadzony fundusz ma charakter inwestycyjny, ponieważ wymaga lokowania środków w inwestycje mające przynieść dochód (papiery wartościowe, nieruchomości, pożyczki, wkłady na rachunkach bankowych, inne). Działalność ubezpieczeniowa opiera się wówczas nie tylko na składkach, lecz także na dochodach z kapitału.

W Polsce po wojnie systemy kapitalizacji (stosowane wcześniej w ubezpieczeniu wypadkowym i emerytalnym) zastąpiono systemem repartycyjnym. Obecnie finanse ubezpieczeń społecznych nadal oparte są na składce repartycyjnej (także w projekcie ustawy), co oznacza, że wydatki pokrywane są z bieżących dochodów. Zatem, jakie środki mogłyby być przedmiotem działalności lokacyjnej? Zwolennicy tej idei mówią o inwestowaniu nadwyżek. W związku z tym nasuwa się kolejne pytanie, o charakter i źródło owych nadwyżek? W warunkach stosowania składki repartycyjnej nadwyżki (w domyśle dochodów nad wydatkami) takie mogą być efektem krótkotrwałych wahań w poziomie dochodów (wyższe niż planowano) lub wydatków (niższe niż planowano). Takie dysproporcje miałyby charakter przejściowy, a ich wielkość z pewnością nie byłaby znaczna.

Nadwyżki, jako stały i znaczący element systemu repartycyjnego, mogą się pojawiać jako efekt nieprawidłowej kalkulacji składek (za wysokie) lub świadczeń (za niskie). W takiej sytuacji należałoby raczej urealnić poziom składki lub świadczeń, a nie utrzymywać stanu nadwyżki sprzecznej z rachunkiem aktuarialnym.

Działalność lokacyjna jest koniecznością w warunkach stosowania składki kapitałowej, zaś w systemie opartym na repartycji może mieć charakter wyjątkowy i incydentalny. Współcześnie ubezpieczenia społeczne odeszły od kapitalizacji składek w systemie powszechnym i przymusowym. Zadecydowały o tym następujące okoliczności:

1. Wprowadzenie kapitalizującego systemu emerytalnego wymaga długiego okresu gromadzenia środków, ponadto prowadziłoby do podwójnego obciążenia generacji pracującej składką (na finansowanie bieżących świadczeń oraz gromadzenie środków na wypłatę przyszłych). Czy pokolenie aktywne zawodowo zaaprobuje takie ograniczenia konsumpcji bieżącej?

2. Przecenia się dochód ze skapitalizowanej składki. W krajach europejskich posiadających sprawnie funkcjonujące rynki kapitałowe dochód z majątku w instytucjach ubezpieczeniowych oscyluje wokół 2%. Tylko w Finlandii i Szwecji wynosi około 10%.

3. Warunkiem koniecznym dla wprowadzenia systemu kapitalizacji w ubezpieczeniu społecznym jest

istnienie stabilnego, rozwiniętego rynku kapitałowego, na którym dokonuje się rzeczywista wycena lokat. Bez takiego mechanizmu tworzenie kapitalizujących funduszy jest zbyt ryzykowne, gdyż brak przesłanek dla prowadzenia racjonalnej polityki lokacyjnej, bazującej na zasadzie bezpieczeństwa, rentowności i płynności lokat.

4. Barierą jest ograniczona pojemność rynków kapitałowych. Na rynkach tych fundusze ubezpieczeniowe występowałyby jako inwestor instytucjonalny, który ponosi pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo powierzonych kapitałów. Liczba korzystnych (z ubezpieczeniowego punktu widzenia) lokat jest ograniczona. Dlatego w miarę powiększania się zasobów rodzą się trudności w ich lokowaniu i rezerwy ubezpieczeniowe mogą przekroczyć chłonność rynku. Ta okoliczność w latach 50-tych przesądziła w Danii o niewprowadzaniu systemu kapitalizacji w uzupełniającym ubezpieczeniu emerytalnym.

5. Przeciwno działalności lokacyjnej przemawia także istnienie inflacji sekularnej, towarzyszącej współczesnym procesom gospodarczym. Zjawisko to niszczy ideę kapitalizacji w dotychczasowych formach.

Powyższe okoliczności stwarzają określone uwarunkowania, których nie sposób pominąć w lansowaniu idei działalności lokacyjnej ubezpieczeń. Dlatego współcześnie w ubezpieczeniu powszechnym i przymusowym dominuje metoda repartycji (*pay as you go*), natomiast metody kapitalizacji stosuje się w systemach dodatkowych i zawodowych.

Poruszone problemy mają charakter kontrowersyjny, ich rozwiązanie nie opiera się na prostych i uniwersalnych metodach. Jednakże przy konstruowaniu zasad finansowania ubezpieczeń społecznych, nawet w kwestiach szczegółowych trzeba pamiętać, że ubezpieczenia te są urządzeniem gospodarczym, w którym wydatki muszą mieć pokrycie w dochodach, a racjonalność rozwiązań nie może ustępować miejsca interesom określonych grup społecznych.

Przewodniczący Adam Struzik:

Dziękuję, Pani Profesor.

Teraz bardzo proszę pana senatora Pawlika o prowadzenie dyskusji.

Otwieram dyskusję, która jednocześnie będzie służyła próbie wyciągnięcia wniosków i uzyskania pewnej pomocy dla nas, dla dwóch komisji senackich w dalszych pracach nad projektem.

Chcę powiedzieć, że sam niepokój, który wywołaliśmy, dyskusja i zainteresowanie problemem już jest twórcze, moim zdaniem. Jeżeli teraz pojawiła się szansa na zintegrowanie wysiłków polityków, fachowców wysokiej klasy, ludzi nauki, którzy ubezpieczeniami się interesują, przedstawicieli rządu i związków zawodowych, to jest nadzieja, że doko-

namy pewnych zmian w obecnym systemie. Jeżeli nie mogą pójść tak daleko jak proponujemy, to pójdą w nieco mniejszym zakresie. Ale chodzi o to, co tutaj było powiedziane w pierwszym wystąpieniu, abyśmy poprawili efektywność systemu. Bardzo proszę o zabieranie głosu.

(Przewodnictwo w obradach przejmuje pan senator Andrzej Pawlik)

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję. Jako pierwszego proszę o zabranie głosu pana senatora Zamoyskiego.

Senator Jan Zamoyski:

Panie Przewodniczący! Szanowne Panie i Pano-
wie! Moja wypowiedź będzie krótka ze względu na to, że nie chciałbym poruszać istotnych spraw finansowania, które były omawiane, chciałbym natomiast przede wszystkim powiedzieć na wstępie, że uważam zorganizowanie tego seminarium za rzecz niezmiernie dużej wagi.

Nie jestem członkiem Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, ale bardzo wiele w czasie tego seminarium dowiedziałem się. Często zapominamy, że działamy dla człowieka, a mało co jest tak właśnie istotne, jak Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który traktuje najbliższe nam ludzkie problemy.

Chciałbym się ograniczyć do jednej zasadniczej rzeczy. Jest punkt w paragrafie trzydziestym trzecim dotyczącym profilaktyki, zapobiegania zachorowaniom itd. Proszę państwa, bardzo ciekawe, że dyskutujemy nad różnymi skutkami, ale nie omawiamy przyczyn i jeżeli popatrzymy, że w paragrafie, zdaje się, czterdziestym znajduje się fundusz profilaktyki, tworzony z odpisu od funduszu emerytalnego, w wysokości 0,5%, to to jest jedynie minimum. A mnie się wydaje, że tu znajduje się źródło zabezpieczenia człowieka.

Wczoraj słyszeliśmy, że w takiej czy innej fabryce FSO 200 ludzi pracuje w warunkach absolutnie niezdrowych, że w takiej czy innej hucie są nieprawdopodobne zaniedbania i ludzie po 3-5 latach są niezdolni do pracy. To są rzeczy katastrofalne, proszę państwa. Jeżeli fabryki, takie czy inne, płacą ogromne kary za zatrucie ekologiczne, które działa oczywiście na całe społeczeństwo regionu, to mnie się wydaje, że tutaj leży źródło. Taką fabrykę czy zakład należy obciążyć karami i to bardzo wysokimi, z których wydaje mi się, mógłby być znakomity dochód właśnie dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który by powiększał tę działalność w zakresie profilaktyki. Bo po co leczyć, kiedy możemy zapobiec. To jest taki zasadniczy punkt, który chciałem poruszyć.

Poza tym dlaczego Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma rozwijać produkcję takich czy innych fabryk,

czy wytwórni rozmaitych przedmiotów ortopedycznych itd.? Czy to jest zadanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych? Zakład powinien wymagać tego od władz państwowych, powinien względnie tylko rozpropagować to wśród prywatnej inicjatywy i stworzyć odpowiedniego odbiorcę. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie będzie się tym zajmował niepotrzebnie, bo to pociąga za sobą i wydatki, i zajęcie ludzi niepotrzebną pracą.

Jestem poza tym absolutnie przeciwny, tak jak pan profesor tutaj był łaskaw powiedzieć, włączaniu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zasiłków dla bezrobotnych. To nie jest zadanie dla ZUS, tylko dla rządu. Owszem, to jest społeczna praca, ale tu rząd powinien ingerować w te sprawy, odpowiednie ministerstwa pracy, a nie Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dziękuję Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Jako drugi zapisał się do głosu pan Krzysztof Bukiel.

Pan Krzysztof Bukiel

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy:

Szanowni Państwo!

Występuję w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, jestem przewodniczącym Zarządu Krajowego Związku i siłą rzeczy skupię się głównie na sprawie ubezpieczeń zdrowotnych i na sprawie funkcjonowania służby zdrowia w ogóle. Ta sprawa była dosyć marginalnie potraktowana dzisiaj nawet i myślę, że jest to też również jakiś znak czasu.

Gwoli wprowadzenia chciałem powiedzieć, że Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy istnieje od 18 października ubiegłego roku, nawiasem mówiąc, to dzień św. Łukasza, patrona lekarzy. Powstał jako reakcja środowiska lekarskiego na brak jakichkolwiek działań zmierzających do wprowadzenia oczekiwanych przez lekarzy zmian w systemie ochrony zdrowia jako całości, w tym również w systemie finansowania ochrony zdrowia. Dlatego też zmiana systemu ochrony zdrowia i zmiana finansowania służby zdrowia została wpisana w program Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Można by innymi słowy powiedzieć, powstał po to, żeby doprowadzić do realizacji tych zmian.

I tutaj rodzi się jakby podstawowe pytanie, czy należy w ogóle zmieniać sposób finansowania służby zdrowia w Polsce? Odczytałem z wypowiedzi niektórych moich poprzedników, że nie jest to jakaś bardzo pilna potrzeba i należy raczej mocno zastanowić się, być bardzo rozważnym przy wprowadzaniu w ogóle jakichkolwiek zmian w sposobie finansowania służby zdrowia. Chciałbym odpowiedzieć na to pytanie w imieniu naszego Związku, ale sądzę również, w imieniu większości lekarzy, praktyków.

Bardzo podkreślam słowo „praktyków” dlatego, że ma to istotne znaczenie.

I nasza odpowiedź jest bardzo prosta. Zmiana sposobu finansowania służby zdrowia jest konieczna. Teraz uzasadnię dlaczego.

Obecnie finansowanie służby zdrowia opiera się na budżecie, który jest ustalany arbitralnie czy uznaniowo i podlega pewnym wpływom. Te główne wpływy to jest aktualny stan gospodarki a może nawet nie gospodarki, tylko budżetów publicznych, i drugi, który również istnieje, i którego nie należy nie doceniać, to są wpływy polityczne. W efekcie powstaje budżet, który niewiele ma wspólnego z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi i z oczekiwaniami społecznymi. Tym bardziej, że ciągle jeszcze, przynajmniej teoretycznie, wszystkim obywatelom bezpłatnie należy się maksymalna opieka zdrowotna na najwyższym poziomie.

Za ten rozdźwięk między oczekiwaniami a rzeczywistymi możliwościami musimy płacić, dźwigać ten ciężar, my, lekarze-praktycy, a także osoby, które bezpośrednio kierują służbą zdrowia.

Ostatnio przyjęło to formę, szczególnie z moralnego punktu widzenia, bardzo wątpliwą. Polega to na wprowadzaniu – początkowo za przyzwoleniem cichym, czy nie cichym, ministerstwa zdrowia, a obecnie wręcz niejako w sposób wymuszony przez to ministerstwo czy przez działanie władz – pewnych nieformalnych opłat pobieranych od pacjentów. Jakkolwiek sama idea, moim zdaniem, jest słuszną, ale wprowadzana w ten sposób rodzi poczucie jakiegoś chaosu, zagrożenia; niewiele ma również wspólnego z ekonomizacją służby zdrowia. Stanowi także znakomite pole do nadużyć.

Jest jeszcze drugi powód, dla którego obecny sposób finansowania służby zdrowia dalej nie może być utrzymany. Powiem tutaj jako reprezentant lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, którzy za swoją pracę chcieliby odpowiednio zarobić. Odpowiednio, to znaczy w odniesieniu do rzeczywistej sytuacji kraju i zarobków przedstawicieli innych zawodów. Płace lekarzy i płace innych osób zatrudnionych w służbie zdrowia pochodzą z tego samego budżetu. Powstaje bardzo łatwa pokusa, żeby w chwilach kiedy ten budżet jest szczególnie zagrożony, obniżyć go tam, gdzie najłatwiej, to znaczy w płacach personelu medycznego. I nie jest to tylko jakieś teoretyzowanie, ale praktyka. Podam państwu przykład, bo sądzę, że nie jesteście jednak zorientowani, jak to w praktyce wyglądało.

W maju br. ustalono najniższą płacę minimalną w kraju na milion złotych. Ja jestem lekarzem I stopnia specjalizacji, moja płaca w tym momencie wynosiła 1140 tys. zł, a moich kolegów stażystów 900 tys. zł. I nie mówię tego, żeby się skarżyć, tylko żeby pokazać, jak wielkie mogą być nadużycia, jeżeli zostawimy tę furtkę uzupełniania budżetu służby zdrowia płacami personelu medycznego.

Czyli wniosek jest jeden. Powinniśmy zmienić system finansowania służby zdrowia. Jaki będzie to system, czy to będzie ubezpieczenie w sensie społecznym, czy to będzie ubezpieczenie państwowe, czy szereg konkurencyjnych zespołów ubezpieczeń prywatnych, czy to będzie oparte na centralnym ubezpieczeniu w ubezpieczalni, czy na samorządzie, czy nawet na budżecie, czy jakimś systemie parabudżetowym, to są szczegóły. Jak mówię, są to szczegóły i wiele czynników trzeba wziąć pod uwagę. Ale jedno jest niewątpliwe. Ten system powinien być stabilny, niezależnie od wszelkich politycznych czy doraźnych urzędniczych decyzji. Powinien odpowiadać rzeczywistym potrzebom i kosztom usług medycznych. Są to oczywiście życzenia, które muszą być spełnione, jeżeli chcemy mówić rzeczywiście o służbie zdrowia, a nie stwarzać pozory.

Dzisiaj mówimy o bezpłatnej i powszechnej służbie zdrowia. Niektórzy są dumni z tej powszechnej bezpłatnej służby zdrowia i zastanawiają się, co będzie, jeżeli wprowadzimy takie czy inne składki ubezpieczeniowe, czy ludzie to wytrzymają. Postawmy więc sobie pytanie, jak wygląda dziś rzeczywiście powszechna i bezpłatna służba zdrowia?

O tym, że nie jest ona bezpłatna, już w zasadzie wszyscy są przekonani. I nie chodzi tutaj tylko o jakieś łapownictwo, chociaż też ma ono oczywiście miejsce, czy czarny rynek usług medycznych, ale także o wyrywanie pacjentom pieniędzy przy różnych okazjach przez państwowe placówki służby zdrowia. Odbyna się to za przyzwoleniem władz, a nawet twierdzą, że pod pewnym przymusem ze strony ministerstwa zdrowia.

Jest to również system daleki od powszechności. Wielu pacjentów nie wie, jakie mogliby uzyskać świadczenia medyczne, bo ich się nawet o tym nie informuje. Podam znowu przykład, żeby nie odchodzić od rzeczywistości. Jeżeli, powiedzmy, 80-letnia pacjentka przychodzi, na przykład z pewnym zastrzeżeniem choroby wieńcowej, pozwolę sobie tutaj na pewne szczegóły, to w systemie amerykańskim, który wszyscy krytykują jako bardzo kosztowny, otrzyma wszystko, co zechce, jeżeli oczywiście będzie płaciła odpowiednie składki. A u nas nie zostanie nawet powiadomiona o możliwościach, bo z góry została skreślona jako osoba, która niewiele pożyje i szkoda tych pieniędzy na nią wydawać. Więc nie mówmy, że to jest bezpłatna powszechna służba zdrowia, bo to jest zwyczajne kłamstwo.

Chciałbym jeszcze na marginesie odnieść się do ewentualnych kosztów czy ewentualnej wielkości składki ubezpieczeniowej, która byłaby ustalona w Polsce. Często przedstawia się tutaj koszty i nakłady na służbę zdrowia w innych krajach. To prawda, że w Stanach Zjednoczonych wynoszą one około 2000 dolarów na osobę, w Polsce około 100 dolarów, na Zachodzie od kilkuset do tysiąca, ale tam też lekarz nie zarabia 200 dolarów, pielę-

niarka nie zarabia 180 czy 150 dolarów, szpitale nie wyglądają jak nasze, a na śniadanie nie dostaje się ochłapów, tylko jedzenie w jednorazowym spręcie, posiłki, których nie powstydziliby się u nas restauracja najlepszej kategorii.

Więc niezupełnie musimy skakać zaraz do wydatków aż 2000 dolarów na osobę, żeby znacznie poprawić to, o co szczególnie w służbie zdrowia chodzi, to znaczy o sprawność systemu, dostępność do lekarza, zadowolenie pacjentów i pracowników służby zdrowia. To jeżeli chodzi o finansowanie.

Ale chciałbym również powiedzieć, że jest ono tylko jednym elementem i nie załatwi od razu wszystkich problemów, z jakimi boryka się służba zdrowia. Może być dobre finansowanie i zły system, który to finansowanie, te duże ilości pieniędzy pochłonie, nie dając w zamian nic.

Dlatego, oprócz finansowania, drugą ważną sprawą jest sposób organizacji usług medycznych. I tutaj też nasze stanowisko jest zdecydowane i jednoznaczne. Powinien istnieć rynek usług medycznych, a jeżeli komuś słowo „rynek” nie odpowiada w odniesieniu do służby zdrowia, to zdefiniuję, o co nam chodzi. Powinno istnieć: równouprawnienie placówek medycznych bez względu na rodzaj własności, swobodna konkurencja między nimi, wolny wybór lekarza i miejsca leczenia i rzeczywiste rozliczenie finansowe między świadczącym usługę medyczną a płatnikiem.

Tu często była podnoszona kwestia wyliczania kosztów i zwróciłem uwagę, że jest ona podnoszona od strony teoretycznej. Zawsze to liczenie kosztów będzie teoretyczne, dopóki nie będzie rzeczywistego rachunku, rzeczywistego płatnika, i rzeczywistego rynku usług medycznych.

Tak więc, o ile w finansowaniu stawiamy tylko warunki, żeby to było finansowanie stabilne, niezależne, dostosowane do rzeczywistych potrzeb i kosztów medycznych, nie wnikając w szczegóły, jak będzie ono zorganizowane, o tyle w odniesieniu do organizacji usług medycznych nasze stanowisko jest jednoznaczne. Musi istnieć rynek usług medycznych i to nie dlatego, żeby lekarze dużo zarabiali, ale po to, żeby rzeczywiście koszty zostały zminimalizowane, żeby ten system działał sprawnie, żeby rozszerzył się dostęp do lekarza, i żeby skorzystał na tym również budżet państwa.

A więc nadziei na poprawienie naszej sytuacji finansowej, na podniesienie pozycji zawodu lekarza w Polsce, nie wiążemy z jakimś sposobem wyrywania dla siebie ze wspólnego dobra, ale wiążemy je ze zmianami systemowymi, które, twierdzimy, będą korzystne nie tylko dla lekarzy, ale również dla pacjentów i budżetu państwa.

Mówiono wczoraj o tym, że zmiana systemu ubezpieczeń społecznych nie spowoduje, albo spowoduje w małym stopniu, pojawienie się rzeczywistej ilości pieniędzy przeznaczanych na wypłaty. I to samo

można by powiedzieć o ewentualnej zmianie finansowania służby zdrowia. Ale istnieją, tu twierdzą z całym przekonaniem jako człowiek, który na co dzień pracuje w tym systemie, bardzo duże możliwości zminimalizowania kosztów, przez działania służby zdrowia, poprzez zmianę systemu jej funkcjonowania, to znaczy przez wprowadzenie rynku usług medycznych.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na takie niekorzystne i ogólnie potępiane zjawiska, które stają się, niestety, coraz powszechniejsze, jak czarny rynek usług medycznych i łapówkarstwo wśród personelu medycznego. Są one nie do pokonania bez istnienia normalnych reguł ekonomicznych i rynku usług medycznych.

Tak więc, jeżeli mogę zwrócić uwagę państwa, którzy mają, sądzę, większy niż my wpływ na to, co się dzieje w parlamencie, że nie może być poprawy w służbie zdrowia bez zmiany systemu, który będzie polegał na wprowadzeniu stabilnego, niezależnego finansowania i na wprowadzeniu rynku usług medycznych. I to wszystko, dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo za wystąpienie. Proszę, teraz pan profesor.

Pan Janusz Chechliński:

Chciałbym zabrać głos w tej sprawie, o której mówił pan doktor, mój przedmówca. Rzeczywiście, zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia jako całości jest niezbędna. Rzeczą jednak nie polega na tym, że wprowadzając ubezpieczenia załatwiamy tym samym wszystko. Ubezpieczenie w pewnym sensie gromadzi środki. Nawet w tak bogatym kraju, jak Republika Federalna Niemiec mamy do czynienia z sytuacją, gdzie tzw. *Krankenkassen* dysponują pieniędzmi, istnieje natomiast cała sieć jednostek służby zdrowia, częściowo prywatnych, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, częściowo publicznych, zwłaszcza szpitalnictwie, z którymi związany jest ten fundusz ubezpieczeniowy. Jest on regionalnie usytuowany i kalkulowany w oparciu o składkę, która jest w każdym landzie inna: tym mniejsza im bogatszy jest land, a tym większa im biedniejszy jest land. Chodzi tu bowiem o procent, który oblicza się od pewnej podstawy.

I cały problem polega na tym, jak zapłacić tym jednostkom, ażeby wywołać racjonalność, o której pan doktor zupełnie słusznie mówi. Trzeba umieć zapłacić im, kierować się rodzajem usług medycznych czy też finansować określone podmioty, np. oddziały szpitalne.

I muszę powiedzieć, że cały problem zmiany systemu finansowania w Polsce rozbija się o to, że my

nie mamy prawdziwego rachunku kosztów. A nie mamy prawdziwego rachunku kosztów nie dlatego, że nie umiemy liczyć, tylko dlatego, że nie ma odpowiedniej ewidencji. Tak być nie może. Trzeba będzie przejść do takiego rachunku kosztów, a więc oprzeć go na ewidencji i skomputeryzować. Bo ciągle słyszę w ministerstwie zdrowia: to niemożliwe, żebyśmy skomputeryzowali wszystkie szpitale.

Chcę powiedzieć, że średni szpital kosztuje tyle, co średnia fabryka, a czasami więcej. I czy w tych warunkach może być mowa o racjonalizacji, gdy nie ma możliwości zderzenia nakładów z rzeczywistym, finansowo ujętym rezultatem? Bo w szpitalu tak właśnie jest. Szpitale muszą mieć znakomity rachunek kosztów, i to skomputeryzowany rachunek kosztów.

Jeśli sprawa tak wygląda, to po pierwsze: trzeba mieć ubezpieczenia, które zgromadzą środki, po drugie: odpowiednią ewidencję, po trzecie: skomputeryzować tę ewidencję tak, żeby zrobić rachunek kosztów: w strukturze podmiotowej, nie tylko w ZOZ, ale we wszystkich jednostkach, składających się na ZOZ; nie tylko w szpitalach, ale również w oddziałach szpitalnych; zarówno w podstawowych, jak i pomocniczych, żeby umieć rozliczyć koszty ogólne tego szpitala na wszystkie oddziały. Ale to nie jest takie trudne, można by sobie wyobrazić, jakkolwiek są pewne trudności, jak rozdzielić te środki między poszczególne oddziały.

Ala jedno jest pewne, zrobienie rachunku według struktury rodzajowej usług medycznych jest naprawdę wielką sztuką. Dlatego trzeba mieć znakomicie usytuowaną sieć komputerową, która funkcjonuje w pełnym wzajemnym sprzężeniu i to nie tylko wewnątrz szpitala, ale także co najmniej w układzie regionalnym, powiedzmy, wojewódzkim.

Jeśli na przykład szpitale w przyszłości będą finansowane przez związek gmin czy przez pośrednie ogniwo między gminą a województwem, na przykład powiat, to jasne jest, że trzeba by było na tym obszarze tę sieć uruchomić, żeby mieć znakomite informacje, dotyczące kosztów każdego oddziału wewnętrznego, każdego oddziału chirurgicznego, nie tylko dlatego żeby można to było między sobą porównywać, ale także porównywać od strony rzeczywistych kosztów obciążenia infrastrukturą bieżących kosztów usług medycznych.

I teraz o metodzie zapłaty za to świadczenie; to jest wielki problem. Często mam wykłady dla menedżerów ochrony zdrowia, w czasie których wyraźnie mówimy, że przecież można to zryczałtować, można zrobić ryczałt ogólny według liczby hospitalizowanych, można według osobodni. Każde rozwiązanie ryczałtowe ma zupełnie inny walor i inne mankamenty.

Natomiast chodzi o to, żeby policzyć indywidualnie, ile każdy rodzaj usług kosztuje, i wręczyć każdemu pacjentowi rachunek i na tym rachunku napi-

sać: byłeś tyle i tyle dni, część hotelowa tyle a tyle kosztowała, podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarska tyle i tyle kosztowała, a zabieg konkretny taki i taki i inny kosztował tyle, razem to kosztowało tyle. I teraz idziesz z tym do ubezpieczalni i ubezpieczalnia ci powiada: nie, to nie są podstawowe usługi; część tylko możemy zwrócić. Czy tak jak jest we Francji, najpierw się za to zapłaci, a potem system ubezpieczeń zwróci całość lub tylko część, powiedzmy 80%.

Tak więc, Panie Doktorze, to nie jest jakaś złośliwość, że nie możemy tego szybko załatwić, bo wprowadzimy ubezpieczenie, a nie będziemy w tej chwili rozliczać szpitali. U Niemców rozliczenie szpitala i prywatnej praktyki lekarskiej, która zastępuje naszą podstawową opiekę zdrowotną, to jest naprawdę wyższa szkoła jazdy. Tam obowiązuje system punktowy. I istotnie trzeba będzie do tego dojść.

Następna sprawa. Czy w takim razie nie można poprawić tego finansowania? Można. Można nawet dla każdego funduszu, którym dysponujemy w danym miejscu i czasie. Nie miałem możliwości powiedzieć tego w referacie, bo już czasu zabrakło, ale trzeba by było zastosować rozwiązanie, którego się zresztą bardzo niektórzy boją, a które jest w gruncie rzeczy proste, a mianowicie zastosować wielowymiarową analizę porównawczą, posłużyć się syntetycznymi wskaźnikami, syntetycznymi miarami, na przykład uwzględnić strukturę demograficzną, płeć, strukturę zachorowań, zagrożenie ekologiczne. Można takich czynników po stronie popytu wziąć kilkadziesiąt i metodą taksonomii numerycznej ustalić wyrażnie, jaka jest syntetyczna miara. Według tego, na przykład „wyrangowaliśmy” wszystkie polskie województwa. Wykonaliśmy razem z zespołem Katedry Finansów i Bankowości w Łodzi takie badania dla ministerstwa zdrowia.

Zrobiliśmy to samo na podstawie syntetycznych miar, zmierziliśmy, jak wygląda rozdział funduszy zgodnie z tym, jakie są syntetyczne miary podaży, to znaczy infrastruktury osobowej i rzeczowej, a także zakresu działalności. I co się okazało, proszę państwa? Wniosek był druzgocący: ci, co są bogaci, mają dużą infrastrukturę rzeczową, wielu lekarzy, rozwijają się znacznie szybciej i dostają znacznie większe fundusze na tę infrastrukturę, czyli pod podaż, a nie według potrzeb. I gdybyśmy uszeregowali teraz wszystkie województwa według popytu i według podaży, to by się okazało, że pieniądze dostają ci, którzy mają najwyższą podaż, a nie dostają ich ci, którzy mają najwyższy popyt.

Co to za rynek, Panie Doktorze? Bardzo pana przepraszam, ale trzeba sobie wyrażnie powiedzieć: rynek medyczny, to nie jest typowy rynek. Gra podaży i popytu nie jest tutaj taka sama jak przy towarze. Podaż w sposób miażdżący rządzi rynkiem, nawet w Stanach Zjednoczonych lekarz wypisuje receptę.

Muszę powiedzieć, że miałem wielki zaszczyt rozmawiać na ten temat z kanclerzem Republiki

Federalnej Niemiec panem Helmutem Kohlem, który mnie zapytał przy okazji konferencji w Bonn: jak to jest, Panie Profesorze, że farmaceuci razem z przemysłem chemicznym hipnotyzują społeczeństwo, wypuszczają nowe leki, te same w działaniu lecz pod innymi nazwami, po znacznie wyższych kosztach? A ja na to mu odpowiedziałem: Panie Kanclerzu, problem polega na tym, że to jest rynek, na którym rządzi zawsze podaż a nie popyt. Bo jak może rządzić popyt? Normalnie, kiedy idę kupić sobie radio, to ja o tym decyduję, czy kupuję radio i jakie radio kupuję. A jeśli mam kupić usługę medyczną, to, jako profesor zwyczajny uniwersytetu z trzema doktoratami, jakie mam możliwości powiedzieć panu doktorowi, którą chcę od niego usługę medyczną? On decyduje o tym, co mi daje, co mi zapisuje, a więc podaż rządzi rynkiem. I to oczywiście Amerykanie, Niemcy i cała ekonomika ochrony zdrowia, znakomicie rozumieją.

Wniosek stąd taki, że w okresie przejściowym niezmiernie ważne jest, aby znaleźć takie metody wynagradzania szpitali, wynagradzania podstawowej opieki zdrowotnej – z akcentem na tej ostatniej właśnie – ażeby można było stworzyć pewne racjonalne podstawy.

Łatwo jest stworzyć cenę rozliczeniową poszczególnych rodzajów usług medycznych, jeśli mamy taką ewidencję kosztową. Napisałem na ten temat wiele różnych publikacji i książek, teraz wydaję książkę pt.: „Koszty i finansowanie opieki zdrowotnej”. Ona wyjdzie w listopadzie i bardzo bym chciał, żeby ci, którzy się tym interesują sięgnęli do niej. Przedtem wydałem także razem z naszym zespołem książkę: „Finansowanie świadczeń społecznych”, pani prof. Mackiewicz-Golnik opracowała tam część ubezpieczeniową. Mówię w książce także o tym, jakie są problemy oraz progi rozliczania i finansowania opieki zdrowotnej.

Tak bardzo chcemy coś zrobić, a to nie jest niestety takie proste. Muszę jednak powiedzieć, że mam tu bardzo poważny zarzut do kolejnych zarządów resortu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Od wielu już lat mówi się o tym, że tę ewidencję trzeba zmienić, że trzeba ją dostosować do nowoczesnej techniki komputerowej, że trzeba zacząć operować sieciami komputerowymi. I nic z tego nie wynika. Ciągłe się nam mówi, że to jest niemożliwe, bo resort też nie ma pieniędzy.

A może ja bym postawił taki rewolucyjny wniosek, wiem, że jest trochę bezczelnością to, co powiem: ministrem zdrowia musi być ktoś, kto znakomicie zna się na finansach, a podsekretarzami stanu niech będą najznakomitsi przedstawiciele różnych dziedzin medycznych. Bo minister zdrowia praktycznie jest od tego, ażeby zażarcie walczyć o fundusze z ministrem finansów, który jest przecież niekoronowanym premierem każdego rządu.

I dlatego, Panie Doktorze, to naprawdę nie jest takie proste, mimo że tak bardzo tego chcemy. (Oklaski).

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo panu prof. Chechlińskiemu za drugi wspólny wykład.

Jako następny głos zabierze w tej chwili pan marszałek August Chełkowski.

Marszałek August Chełkowski:

Chciałem *ad vocem* wypowiedzi pana profesora i pana doktora. Mnie się wydaje, że tak źle u nas z tą ewidencją już nie jest, robi się ją inicjatywami oddolnymi.

Byłem wczoraj na spotkaniu, razem z panem ministrem Wojtyłą i okazuje się, że w województwie katowickim został stworzony już taki system i jest on opracowywany. Pan minister przyznał, że jest on najbardziej zaawansowany w skali kraju i sądzę, że to, o co pan tutaj apelował, zostanie urzeczywistnione i powoli zostanie rozwinięte w innych województwach. To jest najbardziej zaludnione, o największej gęstości szpitali województwo. Czyli sprawa ewidencji już zaczyna u nas być prowadzona, tyle że nie przez ministerstwo, a oddolnie.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Proszę pana Andrzeja Koronkiewicza.

Pan Andrzej Koronkiewicz Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej:

Chciałem tu odnieść się do sformułowań, które padły pod adresem ministerstwa zdrowia. Chciałem mianowicie sprostować opinię, która tu się pojawiła. Ministerstwo zdrowia nigdy nie popierało żadnych nieformalnych opłat, które były wyłącznie, jak wynika z mojej informacji, w gestii działań administracyjnych. To kierownictwo danego obiektu służby zdrowia poprzez zastosowanie elementu „cegiełki” czy składki, w formie jakichś dodatkowych źródeł do budżetu szpitalnego, postanawiało w sposób administracyjny o tego typu rozwiązaniu. Chcę przypomnieć, że w czerwcu wyszło pismo pana ministra Miśkiewicza w tej sprawie. W sposób jednoznaczny zakazywało tego typu procedur, wyjaśniało także kwestię wzajemnych rozliczeń między Zakładami Opieki Zdrowotnej.

W sprawie rynku świadczeń medycznych. Uchwalona w ubiegłym roku ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej daje równość w dziedzinie świad-

czeń medycznych zarówno sektorowi publicznemu, jak i prywatnemu. Inną kwestią są przepisy wykonawcze do tej ustawy, które rzeczywiście na skutek różnych przyczyn zostały w pewnym momencie zahamowane.

Sprawa komputeryzacji rynku kosztów. Faktem jest, że inicjatywa ta ma raczej charakter oddolny, tzn. jednostki służby zdrowia bardzo szeroko rozumiane, zarówno małe szpitale, jak i duże ZOZ, akademie medyczne, robią to we własnym zakresie. Trudno mi powiedzieć, jaki jest stan zaawansowania w poszczególnych województwach, wiem natomiast, że w niektórych, tak jak w Katowickim, Poznańskim, czyli tam, gdzie tworzy się konsorcja zdrowia, tego typu rachunek kosztów jest, wydaje się, dosyć precyzyjnie określany.

I ostatnia uwaga ogólna. Jak wynika z wystąpień osób, które miały tutaj wykłady, sprawa ubezpieczeń zdrowotnych jest dosyć skomplikowana. I nadal jeszcze nie ma pewnych rozwiązań zarówno systemowych, jak i szczególnych. Wobec czego na różnym poziomie te prace, które były w ministerstwie wykonywane przez ostatnie lata, były hamowane.

Chcę państwu powiedzieć, że w kwestii ubezpieczeń grają rolę czynniki nie tylko społeczne, zdrowotne, ale przede wszystkim polityczne i ekonomiczne. I tutaj chciałbym zwrócić uwagę, że pewne decyzje dotyczące zakresu zarówno świadczeń, jak i systemu finansowania będą podejmowane poza resortem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pan senator Szymanowski.

Senator Andrzej Szymanowski:

Ad vocem. Chcę odnieść się do wypowiedzi przedstawiciela ministerstwa.

Chcę powiedzieć, że na dole służba zdrowia nie szuka dodatkowych środków dla własnej przyjemności. Poziom finansowania jest tak niski, że w dotychczasowej strukturze i przy dotychczasowej kadrze tej służby zdrowia nie można utrzymać. I twierdzenie, że sprawa dodatkowych opłat dzieje się niejako bez zgody ministerstwa nie pokrywa się z prawdą, bo służba zdrowia tym niskim poziomem finansowania została do tego zmuszona. I robimy wszystko, żeby służbę zdrowia utrzymać i robimy to w interesie pacjenta, a nie przeciw pacjentowi. Bo taki jest poziom finansowania. I nie wystarczy odcinać się piśmem. Należy podejść zupełnie inaczej do sprawy. Trzeba by to jakoś uregulować, jednolicie w całym kraju, żeby zdobyć dodatkowe środki. A nie odcinać się i twierdzić, że my jesteśmy w porządku, a tych na dole, którzy robią wszystko, by przetrwać ten okres

transformacji, tych właśnie się potępia. Jest to całkowicie zła postawa ministerstwa i całkowite niezrozumienie istoty sprawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, senator Jagiełło.

Senator Edmund Jagiełło:

Pan profesor Chechliński potwierdził, że ministerstwo nie panuje nad metodą, nie usiłuje wypracować ogólnopolskiej metody. To źle. W województwie katowickim pracuje ktoś według własnej metody, w poznańskim ktoś według własnej, w sieradzkim ktoś ma własną metodę. Jak wobec tego mamy dojść do tego rachunku kosztów? Gdzie możemy się porozumiewać między Katowicami, Poznaniem, Sieradzem? Taki rachunek kosztów musi być opracowany właśnie pod egidą i pod bardzo ścisłą kontrolą ministerstwa. Być może, jest opracowywany, proszę nas poinformować. O ile jednak wiem, nie ma, bo w Sejmie i w Senacie nigdy takiej właśnie strategicznej pracy nad rachunkiem kosztów nie mogliśmy się z ministerstwa doprosić. Wtedy dopiero będzie można włączyć program komputerowy. Jak można to zrobić, jeśli będą różne metody? I będziemy robić tę samą robotę znowu przez dwa, trzy lata, żeby wypracować od początku wspólną metodę. To jest wyrzucanie pieniędzy w błoto.

Oczywiście, ja nie ganię katowickiego i każdego oddzielnego ośrodka za to, że rachunek kosztów robi, bo to jest właśnie forma samoobrony przy biernej postawie ministerstwa, to jest chwalebne. Ale niestety, nie jest to rozsądne i nie jest ekonomiczne, bo my musimy myśleć w kategoriach kraju i tak trzeba będzie wrócić do pewnych początków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, *ad vocem* pan Koronkiewicz.

Pan Andrzej Koronkiewicz

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej:

Proszę państwa, z konieczności muszę się ustosunkować do tego, co pan senator powiedział.

Nie reprezentuję departamentu ekonomicznego ministerstwa zdrowia, więc nie mogę w sposób precyzyjny odnieść się do rachunku kosztów. Natomiast wydaje się, że ministerstwo może skorzystać i korzystać z doświadczeń tych, którzy rozwijają się w skali mikro. Przepraszam, ale muszę się tu odwołać do pewnych prywatnych doświadczeń.

Jestem dyrektorem jednego ze szpitali pediatrycznych w Warszawie i taki rachunek kosztów niejako na własne potrzeby prowadzę. Nigdy, niezależnie od tego, jak ministerstwo mnie finansowało, w sposób administracyjny nie stosowałem żadnych dodatkowych opłat. Jest to szpital kliniczny Akademii Medycznej z budżetem rządu 34 mld zł w skali roku, ma 216 łóżek. Jest, wydaje mi się, możliwość, mówię to w tej chwili zupełnie prywatnie, aby koszty w sposób właściwy zarówno rejestrować, jak i ponosić.

Dlatego też mam nadzieję, że doświadczenia różnych ośrodków, które w tej chwili prowadzą rachunek kosztów, będą zebrane w ministerstwie zdrowia i wyniknie z nich jakaś spójna całość. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo panią.

Pani Krystyna Wiśniewska

Ministerstwo Finansów:

W czerwcu zostało wydane rozporządzenie ministra zdrowia na temat zasad ewidencji kosztów w Zakładach Opieki Zdrowotnej. Będzie obowiązywać od 1 stycznia 1993 r. To tylko dla informacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Proszę bardzo, ale wróćmy do dyskusji. Proszę bardzo panią.

Pani Anna Filek

Związek Zawodowy Emerytów i Rencistów:

Proszę państwa, chciałam zabrać głos jako pracodawca, jako płatnik podatków, tzn. płatnik składek na cele ubezpieczeniowe i potencjalny płatnik składek na cele ubezpieczenia zdrowotnego, ze względu na wiek i inwalidztwo.

Mam pewne wątpliwości, czy ilość wszystkich składek z tytułu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, z tytułu ubezpieczenia na zdrowie nie wpłynie na koszty przedsiębiorstwa. Jestem właściwie pewna, że wpłynie, a co za tym idzie, zmniejszy konkurencyjność moich wyrobów. Jeżeli nie będę mogła ich sprzedawać, to będę zwalniała pracowników, a więc powiększę rzeszę bezrobotnych, na których trzeba wyłożyć pieniądze z budżetu.

Poza tym, chciałam zwrócić uwagę szanownych państwa na coś, czego moi znakomici przedmówcy jakoś nie uwidocznili. Mianowicie, jest generalna tendencja, ażeby podzielić składkę ubezpieczeniową, obojętnie, czy na ubezpieczenia zdrowotne, czy też na ubezpieczenia rentowe, na składkę płaconą przez przedsiębiorstwo i płaconą przez pracownika. Nie wypowiadam się co do słuszności czy niesłusz-

ności tej teorii, bo ze względów psychologicznych na pewno jest istotne, żeby uświadomić ludziom, że powinni się troszczyć zarówno o swoją emeryturę, jak i o swoje zdrowie. I w tym względzie nie mam wątpliwości. Chciałam tylko pokazać, że jeżeli składka będzie podzielona na część płaconą przez pracodawcę i część płaconą przez pracownika, to pracownik zostanie podwójnie opodatkowany. Jaki będzie mechanizm?

Na początku musimy mu dodać do płacy, to co będzie płacił w ubezpieczeniach zdrowotnych, gdyby ubezpieczenia zdrowotne stały się faktem. Bo jeżeli tego nie zrobimy, to sądzę, że przy obecnym poziomie płac szeregowy pracownik tego nie wytrzyma. Więc dodamy pieniądze, a jeśli dodamy, to może nie każdy, ale bardzo wielu z tych ludzi wejdzie w następny próg podatkowy. I wtedy pracownik będzie płacił podwójnie. Będzie płacił składkę, powiedzmy, na zdrowie i będzie płacił większy podatek.

Kolejny problem, na który chciałam zwrócić uwagę, to sprawa podejmowania przez ZUS różnych dodatkowych czynności. Ja uważam, że ZUS powinien wypłacać świadczenia i gromadzić na nie środki. W tym projekcie ustawy przewiduje się, że ZUS ma prowadzić rehabilitację zdrowotną i rehabilitację zawodową. Można rozpatrywać jakieś świadczenia na te działania, natomiast rozbudowywanie struktur ZUS w tym kierunku uważam za zupełnie niewłaściwe. Uważam, że rehabilitację zdrowotną powinien prowadzić resort zdrowia, a rehabilitację zawodową – przecież mamy ustawy o rehabilitacji zawodowej, o rehabilitacji inwalidów – zakłady pracy chronionej. Mając pewne struktury, powinno się dążyć do tego, żeby one przejęły pewne czynności. Bo rozbudowanie struktur przy ZUS spowoduje nadmierną administrację i niewykorzystanie tych struktur, które już są.

I wreszcie ostatnia sprawa. Zgadzam się z panem profesorem, że rynek usług zdrowotnych, to właściwie nie jest rynek. Nie można tu mówić o rynku, bo ja, na przykład, nie będąc lekarzem, naprawdę nie wiem, którego lekarza wybrać. Zgłaszam się do niego po prostu na wiarę, na wycucie. A skoro nie mogę ocenić tego, co kupuję, to nie można mówić, że jestem pełnoprawnym klientem w całej tej umowie. Dziękuję.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Parę wątpliwości zgłoszonych przez panią, mam nadzieję, wyjaśni w tej chwili pan Wojciech Nagel, jeden ze współautorów senackiego projektu.

Pan Wojciech Nagel:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeśli można, w krótkich słowach odniósłbym się do tego, co pani była uprzejmia podnieść, a nastę-

pnie przekazałbym kilka generalnych uwag, które dotyczyłyby całości zagadnienia związanego z problemami, które staną niebawem przed Wysoką Izbą.

Jakby od końca odpowiadając na pani zastrzeżenia czy też wątpliwości, chcę powiedzieć, że ZUS prowadzi już działalność rehabilitacyjną. Jest to działalność, która dotyczy tzw. rehabilitacji przedrentowej, która nie ma nic wspólnego z rehabilitacją zawodową, która obejmuje osoby niepełnosprawne, które już uzyskały określoną grupę renty inwalidzkiej. Zabiegi rehabilitacyjne służą podniesieniu sprawności ich organizmu. I oczywiście jest ustawa o rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, powołane są organy, które tę ustawę realizują. W pewnym sensie realizują tę rehabilitację poprzez pracę; nie ma to nic wspólnego z rehabilitacją przedrentową.

Chcę powiedzieć, że doświadczenia, które zebrał Zakład Ubezpieczeń Społecznych w zakresie działań rehabilitacyjnych, są bardzo owocne, bardzo poważne. Okazało się, że około 30% pacjentów, którzy od momentu skierowania, po Komisji Inwalidztwa i Zatrudnienia oraz po sześciomiesięcznym okresie oczekiwania na otrzymanie renty, uzyskało kwalifikację, która nie podlegała świadczeniu rentowemu. To jest współczynnik na szwedzkim poziomie. Ten pilotaż jest prowadzony w ZUS od kilku lat we współpracy ze Stołecznym Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, Ośrodkiem Rehabilitacji Kardiologicznej w Aninie i w Nałęczowie. Jest to, powtarzam, rehabilitacja, tzw. przedrentowa. Jest to nowoczesny system, prowadzony w europejski sposób, bazujący na najlepszych w tym zakresie doświadczeniach instytucji ubezpieczeniowych w Niemczech.

Jeśli chodzi o kwestię dotyczącą prowadzenia czy też nieprowadzenia przez zakład pewnych zadań, które należą czy też nie należą do jego zadań statutowych, to chcę podkreślić, że ten projekt – i tutaj jest wysoka zgodność z projektem rządowym – zakłada ograniczenie zadań, które dotyczą ściśle realizowania funkcji ubezpieczeniowej. Chcę bowiem wyraźnie podkreślić, że w Polsce system ma charakter ubezpieczeniowy, z pewnymi elementami systemu zaopatrzeniowego. Podstawową jego domeną jest system ubezpieczeniowy, bo główne zasady finansowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych opierają się na poborze składki.

Wracam do spraw związanych z rehabilitacją przedrentową. Proszę państwa, to ma wymiar ekonomiczny. Zostały przeprowadzone pewne rachunki symulacyjne, które wskazują, że jest to jeden z elementów, w istotnym wymiarze wpływający na możliwość ograniczania eskalacji składek na ubezpieczenia społeczne.

Wczoraj pani prof. Hryniewicz mówiła, jakie są skutki podjęcia bądź niepodjęcia reformy ubezpieczeń społecznych. Otóż ja chcę z całą odpowiedzial-

nością stwierdzić, że skutki niepodjęcia reformy ubezpieczeń społecznych będą związane m.in. z eskalacją wysokości składek. I trzeba stwierdzić, że oczywiście będzie napotykało to na opór pracodawców, ponieważ istnieje pewna bariera zarówno ekonomiczna, jak i psychologiczna podwyższania składki ubezpieczeniowej. Trzeba natomiast wyraźnie sobie powiedzieć, i przewijało się to we wczorajszych referatach, że jest to spowodowane pewnymi dysfunkcjami dotychczasowego systemu ubezpieczeniowego, które mają szansę być przełamane.

A zatem niepodjęcie działań reformatorskich na rzecz ubezpieczeń społecznych jest związane z tym, iż rząd będzie niestety zmuszony do tego, żeby przedkładać Wysokiej Izbie kolejne regulacje dotyczące podwyższania wysokości składki ubezpieczeniowej. Proszę przestudiować od roku 1980, w jaki sposób składka ubezpieczeniowa wzrosła w kolejnych latach.

Jeśli można, Panie Przewodniczący, chciałbym się odnieść w sposób bardziej generalny do pewnych spraw związanych z pojawieniem się projektów rządowych, oraz z ewentualnym podjęciem przez Senat inicjatywy ustawodawczej.

Otóż chcę powiedzieć, że w naszym głębokim przekonaniu, istnieje potrzeba, aby ten akt ustawodawczy był aktem jednolitym, to znaczy żeby zawierał zarówno ubezpieczenia społeczne, jak i ich organizację. Przemawia za tym wiele względów.

Zawsze łatwiej jest w pewnej procedurze legislacyjnej debatować nad jednym aktem, który jest aktem całościowym, a nie nad dwoma. Zwłaszcza wtedy, kiedy te akty mają charakter, nazwijmy to, stopniowy, jeśli chodzi o wprowadzanie. I to jest oczywiście podstawowa różnica, najbardziej generalna różnica pomiędzy projektem senackim a projektami Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej.

Chcę powiedzieć, i wyrażam tutaj nie tylko swoje głębokie przekonanie, ale również części moich kolegów, iż nastąpił moment, w którym należałoby się zastanowić nad pewnymi propozycjami dotyczącymi scalenia pewnych koncepcji zawartych zarówno w rządowych projektach, jak i w projekcie senackim.

Otóż, jeżeliby tę ustawę podzielić na dwa działy, tzn. dział ubezpieczeniowy i dział dotyczący organizacji ubezpieczeń społecznych, to trzeba stwierdzić, że istnieje wysoki poziom podobieństwa projektów w części ubezpieczeniowej. Rzeczywiście istotne różnice są jeśli chodzi o organizację oraz rangę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, która jest wyższa w projekcie senackim.

Problemem podstawowym jest rozstrzygnięcie, w jaki sposób mają funkcjonować fundusze ubezpieczeniowe, które się pojawiają w projekcie ministerstwa, jak i w projekcie senackim. Czy to ma być zapis księgowy? Czy to mają być rzeczywiście wyodrębnione fundusze, które w sposób autonomiczny do-

konują operacji finansowych na określonych zasadach? I to dotyczy nie tylko kwestii pewnego wyodrębnienia gospodarki finansowej zakładu od gospodarki finansowej funduszy, ale także tworzenia barier dla sytuacji, w której, jak do tej pory, właściwie *de facto* te przebiegi były przebiegami księgowymi. Natomiast przebiegi finansowe były przebiegami rzeczywistymi i opierały się na tych trzech, ewidencyjnie wydzielonych funduszach, ale nie trzech, ewidencyjnie wydzielonych gospodarkach finansowych.

To jest, proszę państwa, pytanie zasadnicze: czy instytucja ma się opierać na gospodarce finansowej, mającej charakter zasobowy czy też mającej charakter strumieniowy? To jest pytanie fundamentale. I w zależności od tego, na ile uda się znaleźć odpowiedź czy też wypracować, być może, wspólne rozwiązania, na tyle reforma będzie miała charakter głębszy lub płytszy.

Chcę powiedzieć, że oczywiście opowiadamy się za tym, aby podjąć projekt inicjatywy ustawodawczej w formie czy w trybie, jaki Wysoka Izba uzna za stosowny. Sądzę, że ta ustawa jest dopiero pierwszym z bardzo wielu aktów okołoustawowych, które musiałyby jej towarzyszyć. To jest kwestia statutu tej organizacji, to jest kwestia określenia formuły działania tych funduszy itd. Jest jeszcze bardzo wiele problemów do rozwiązania, zarówno po stronie senackiej, jak i po stronie ministerstwa pracy.

Konsultacje, które prowadziłem ostatnio z kierownictwem ministerstwa pracy, wskazują na to, iż istnieje jak gdyby zrozumienie dla zbliżania stanowisk. Zwłaszcza, że to powoduje, iż projekty są coraz bardziej doskonałe, co już wielokrotnie było przez państwa senatorów i przez pana przewodniczącego podkreślane.

Na zakończenie chciałbym poruszyć pewną kwestię. Otóż był taki moment, kiedy wiele nas różniło z przedstawicielami strony rządowej czy ministerstwa, wiele w kwestii nadzoru nad tą instytucją. Otóż chcę państwu powiedzieć, że po dokonaniu szerokiej analizy rozwiązań europejskich nasz zespół zaproponował pewien wariant, który nawiązuje do nadzoru, ale nie ma charakteru władczego. Ma charakter zgodności z polityką społeczną państwa oraz zgodności z prawem. Uważamy, że ten zapis, który wspólnie z biurem prawnym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych został przygotowany, jest punktem wyjścia do przełamania pewnej kontrowersji: minister pracy i polityki socjalnej ma sprawować nadzór, ale ma on być realizowany w trybie zgodności z prawem i polityką społeczną państwa. Myślę, że to jest również jeden z elementów zbliżania stanowisk. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu panią profesor.

Pani Lila Mackiewicz-Golnik:

Mnie trochę zbulwersował ton dzisiejszego referatu pani dr hab. Urszuli Prasznickiej, która w jakimś stopniu wyraziła duży niepokój w sprawie podejmowania jakichkolwiek inicjatyw reformowania systemu finansowania ubezpieczeń społecznych. Otóż mnie się wydaje, że wszyscy, którzy zajmują się problemami finansowania, ten niepokój odczuwają, jednak mimo wszystko trzeba tę próbę podjąć.

Wydaje mi się, że próba reformowania finansów ubezpieczeń społecznych powinna być dokonywana jakby w dwóch płaszczyznach. Jedna płaszczyzna odnosi się do teraźniejszości, do takiej właśnie gospodarki niestabilizowanej, recesyjnej, inflacyjnej. W tym etapie skupiałabym uwagę na tych kontekstach systemu, które pozwalają na pewne wygospodarowanie środków, na usprawnienie finansów, na znalezienie pewnych mankamentów, poprzez usunięcie których te finanse mogą być poprawione i środki odzyskane.

Druga płaszczyzna myślenia o reformie finansów ubezpieczeń odnosi się natomiast do przyszłości, a więc do tego czasu, który będzie wiązał się z ustabilizowaną ekonomicznie gospodarką, z odwróceniem od recesji, z lepszym rynkiem pracy, ze wzrostem płac, z rozwojem rynku kapitałowego.

I dlatego w tym miejscu godzę się z wypowiedzią pana prof. Jackowiaka, że reformy ubezpieczeń nie powinniśmy kształtować tylko na dziś, ale winniśmy także wypracować jakiś jej model perspektywiczny, który byłby ustawowo zapisany, który oczywiście nie od dziś, lecz od momentu wejścia w życie ustawy będzie obowiązywał, a który będzie można wprowadzać etapowo.

Jeśli nie będziemy tak perspektywicznie myśleć, to nie ruszymy z miejsca i tego nie będzie można poprawić. Wtedy bowiem prawo będzie zmienne, mało ustabilizowane, a jego zapisy nietrwałe.

Jeszcze *ad vocem* wypowiedzi pani dr Prasznickiej, która podjęła totalną krytykę akcji lokacyjnych. Mnie się wydaje, że to rozumowanie, jakkolwiek pełne troski, jest odnoszone do rynku lokacyjnego, jaki jest aktualnie kreowany. Sama koncepcja pomnażania środków ubezpieczeniowych i wiązanie ich z polityką lokacyjną jest według mnie koncepcją mądrą i godną uwagi. Wydaje mi się natomiast, że nie można się zgodzić z tym, że nasza przeszłość historyczna nie daje dobrych przykładów polityki lokacyjnej. Przecież gdyby tak było rzeczywiście, to nie byłoby dzisiaj problemu odzyskiwania majątku ubezpieczeniowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Przecież były pewne inicjatywy, bardzo ważne z punktu widzenia społecznego, przynoszące duże korzyści i dla samych ubezpieczonych, i dla życia ekonomicznego kraju. Nie wszystkie oczywiście formy lokat były udane i te sprawy wymagają jakichś merytorycznych ocen. Trzeba bardzo rozważnie podejmować te ini-

cjatywy, i myślę, że prawo jest tutaj bardzo pomocne. Zapisy legislacyjne winny być tak sformułowane, ażeby dawały zakładowi prawo do wyboru lokat. Pozwolę sobie zakończyć, jakkolwiek tych kontekstów polemicznych jest znacznie więcej, no ale wszystkiego nie sposób w jednej wypowiedzi zawrzeć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Andrzej Pawlik:

Dziękuję pani prof. Golnik za polemiczny głos w dyskusji.

Proszę bardzo, czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos w dyskusji?

Nie widzę. W takim razie proszę pana przewodniczącego o zabranie głosu.

Przewodniczący Adam Struzik:

Szanowni Państwo! Zbliżamy się ku końcowi naszego seminarium.

Senat w ubiegłej kadencji uchwałą z dnia 10 października 1991 r. uznał, iż podjęcie dzieła gruntownej reformy prawa o ubezpieczeniu społecznym w Polsce, staje się priorytetowym zadaniem rządu i przyszłego parlamentu. Było to dla nas wyzwanie, dla Senatu następnej kadencji. I z tego przestania staramy się wywiązywać.

To seminarium jest, bez wątpienia, następnym krokiem w pracach nad ustawą o ubezpieczeniach, ale daje również pewien zasób informacji, które na pewno wykorzystamy w swojej parlamentarnej pracy.

Chciałem serdecznie podziękować wszystkim uczestnikom seminarium, a szczególnie przedstawicielom świata naukowego, którzy przekazali nam swoją wiedzę, opinie i krytyczne uwagi wobec tego, co staramy się w parlamencie robić.

Moim zdaniem, to seminarium skłania do pewnego generalnego wniosku, który już wcześniej starałem się zasygnalizować: ani Sejm, ani Senat, ani rząd – każde z osobna – nie jest w stanie skonstruować prawidłowego, perspektywicznego prawa, jeśli chodzi o ubezpieczenia społeczne. Wydaje się, że wszyscy musimy to zrobić wspólnie. Nie zrobimy tego bez zespołu doradców, ekspertów, którzy, po pierwsze: zapoznają się z koncepcjami, po drugie: wytyczą główny kierunek, a po trzecie: będą w stanie przewidywać przyszłość, czyli będą w stanie przewidzieć skutki naszych działań legislacyjnych.

Dlatego z tej trybuny senackiej, przy okazji naszego seminarium, już w tej chwili proponuję tę daleko idącą współpracę przedstawicielom Sejmu, przedstawicielom rządu i przedstawicielom świata naukowego.

Myślę, że senackie Komisje: Gospodarki Narodowej oraz Polityki Społecznej i Zdrowia, ponieważ

tą problematyką interesują się od dłuższego czasu, są dobrym miejscem, aby takie dzieło przebudowy ubezpieczeń społecznych podjąć.

Jeszcze raz, serdecznie dziękując państwu, proszę o przesłanie czy pozostawienie swoich adresów

w komisji; tym z Państwa, którzy to zrobią, będziemy starali się przesłać materiały z tego seminarium.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję. Do widzenia.

Mam nadzieję, że spotkamy się podczas naszych prac legislacyjnych.

(Zakończenie seminarium o godzinie 13.55)

SPIS TREŚCI

Początek seminarium w dniu 27 października 1992 r. godz. 11.00

Wstęp	4	przewodniczący Andrzej Pawlik	35
przewodniczący Adam Struzik	5	senator Jadwiga Bałtakis	35
wicemarszałek Andrzej Czapski	6	senator Adam Struzik	35
przewodniczący Adam Struzik	7	przewodniczący Andrzej Pawlik	36
wicemarszałek Alicja Grześkowiak	7	pani Urszula Prasznica	36
przewodniczący Adam Struzik	8	senator Adam Struzik	37
profesor Inetta Jędrasik-Jankowska	8	przewodniczący Andrzej Pawlik	38
przewodniczący Adam Struzik	12	pani Urszula Prasznica	38
profesor Józefina Hryniewicz	12	przewodniczący Andrzej Pawlik	39
przewodniczący Adam Struzik	15	senator Paweł Juros	39
pan Andrzej Bączkowski	16	przewodniczący Andrzej Pawlik	39
przewodniczący Adam Struzik	18	pani Hanna Nowogórska-Kuźnik	39
pani Helena Góralska	18	przewodniczący Andrzej Pawlik	41
przewodniczący Andrzej Pawlik	19	pani Józefina Hryniewicz	41
pan Witold Gadomski	19	przewodniczący Andrzej Pawlik	42
przewodniczący Adam Struzik	21	pani Hanna Nowogórska-Kuźnik	42
pan Wojciech Gulas	21	przewodniczący Andrzej Pawlik	42
przewodniczący Adam Struzik	22	pan Andrzej Bączkowski	42
poseł Zygmunt Łenik	22	senator Adam Struzik	42
przewodniczący Adam Struzik	23	przewodniczący Andrzej Pawlik	43
pani Anna Filek	23	pan Krzysztof Bukiel	43
przewodniczący Adam Struzik	23	przewodniczący Andrzej Pawlik	43
pani Lila Mackiewicz-Golnik	24	pan Marian Wiśniewski	43
przewodniczący Adam Struzik	30	przewodniczący Andrzej Pawlik	44
przewodniczący Andrzej Pawlik	30	pani Inetta Jędrasik-Jankowska	44
senator Jadwiga Bałtakis	30	przewodniczący Andrzej Pawlik	44
przewodniczący Andrzej Pawlik	31	pan Witold Gadomski	45
pan Włodzimierz Sawa-Borysławski	31	przewodniczący Andrzej Pawlik	45
przewodniczący Andrzej Pawlik	32	senator Edmund Jagiełło	45
pan Wojciech Topiński	32	przewodniczący Adam Struzik	46

Wznowienie seminarium 28 października 1992 r. o godz. 9.15

przewodniczący Adam Struzik	47	pan Janusz Chechliński	53
marszałek August Chelkowski	47	przewodniczący Adam Struzik	57
przewodniczący Adam Struzik	48	pani Urszula Prasznica	57
pan Czesław Jackowiak	48	przewodniczący Adam Struzik	60
przewodniczący Adam Struzik	53	przewodniczący Andrzej Pawlik	60

senator Jan Zamoyski	.60
przewodniczący Andrzej Pawlik	.61
pan Krzysztof Bukiel	.61
przewodniczący Andrzej Pawlik	.63
pan Janusz Chechliński	.63
przewodniczący Andrzej Pawlik	.65
marszałek August Chelkowski	.65
przewodniczący Andrzej Pawlik	.65
pan Andrzej Koronkiewicz	.65
przewodniczący Andrzej Pawlik	.65
senator Andrzej Szymanowski	.65
przewodniczący Andrzej Pawlik	.66
senator Edmund Jagiełło	.66

przewodniczący Andrzej Pawlik	.66
pan Andrzej Koronkiewicz	.66
przewodniczący Andrzej Pawlik	.66
pani Krystyna Wiśniewska	.66
przewodniczący Andrzej Pawlik	.66
pani Anna Filek	.66
przewodniczący Andrzej Pawlik	.67
pan Wojciech Nagel	.67
przewodniczący Andrzej Pawlik	.68
pani Lila Mackiewicz-Golnik	.69
przewodniczący Andrzej Pawlik	.69
przewodniczący Adam Struzik	.69

Koniec seminarium o godz. 13.55