

**ZESPÓŁ
DO SPRAW POLITYKI SPOŁECZNEJ
PRZY MARSZAŁKU SENATU RP**

**Ubezpieczenia
społeczne i zdrowotne.
Podstawowe problemy
i wyzwania**

Kancelaria Senatu, kwiecień 1997

Redaktor naukowy
EDWARD PRZYCHODAJ

Przygotowanie tekstu do druku
MAŁGORZATA LIPIŃSKA

Opracowanie graficzno-techniczne
ALICJA NOWACZYK
Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu

© Copyright by
Kancelaria Senatu RP
Warszawa 1997

ISBN 83-86065-10-9

Spis treści

Edward Przychodaj	
Wstęp	5
WYSTĄPIENIA PROGRAMOWE	
Adam Struzik, Marszałek Senatu	
Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Podstawowe problemy i wyzwania	8
Andrzej Bączkowski	
Reforma systemu ubezpieczeń społecznych	28
Krzysztof Kuszewski	
Ubezpieczenia zdrowotne w kontekście reformy ochrony zdrowia	32
REFERATY	
Mieczysław Wyględowski	
Przegląd dotychczasowych projektów ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych	41
Alfred Owoc	
Reforma ubezpieczeń społecznych w opinii społecznej	47
Marek Mazur	
Alternatywny projekt reformy ubezpieczeń społecznych	56
Andrzej Kosiniak-Kamysz	
Ubezpieczenia społeczne rolników	62
Sławomir Radiukiewicz	
Niektóre aspekty ubezpieczeń zdrowotnych	70
Mieczysław Izdebski	
Problemy pomocy społecznej w reformie ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych	75
Władysław Jamroży	
Rola zakładów ubezpieczeń społecznych w reformie zabezpieczenia społecznego	88
Henryk Rafalski	
Problemy wsi w warunkach reformy zabezpieczenia społecznego	95
Jerzy Leowski	
Projekt reformy ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń Unii Europejskiej	113
Jarosław S. Myjak	
Perspektywy rozwoju ubezpieczeń na życie w Polsce	122

Wanda Pretkiel

Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe w reformowanym systemie zabezpieczenia społecznego	126
---	-----

Jerzy Zagórski

Stan i perspektywy sytuacji zdrowotnej i socjalnej ludności wiejskiej	129
--	-----

Lucjan Szponar

Rola prewencji w reformowanej opiece zdrowotnej	134
---	-----

DYSKUSJA

Andrzej Tymowski	137
Tadeusz Zieliński	138
Elżbieta Arciszewska	141
Zenon Rumiński	144
Witold Gadomski	145
Jadwiga Dydycz	147
Stanisław Suwald	148
Lech Dawydzik	149
Andrzej Koronkiewicz	150

PODSUMOWANIE

Jerzy Wysocki	154
--------------------------------	-----

REKOMENDACJE I WNIOSKI Z KONFERENCJI	160
--	-----

Małgorzata Dąbała

Reformy ubezpieczeń społecznych ciąg dalszy	166
---	-----

Wstęp

Materiały, z którymi chcemy Państwa zapoznać w tym wydawnictwie, są pokłosiem konferencji zorganizowanej 21 października 1996 r. w Senacie RP przez Zespół Doradców ds. Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu. Sesja, poświęcona podstawowym problemom i wyzwaniom stojącym przed ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnymi, była z jednej strony prezentacją – w ujęciu tematycznym i chronologicznym – stanu dotychczasowych prac nad założeniami reformy i ich materialnym kształtem w postaci aktów normatywnych, z drugiej zaś – wymianą poglądów i opinii na temat rozwiązań alternatywnych. Nie pominięto w wystąpieniach programowych, referatach i dyskusji również innych zagadnień, łączących się w sposób naturalny z szeroko rozumianym obszarem zabezpieczenia społecznego.

Do udziału w konferencji organizatorzy zaprosili reprezentację środowisk eksperckich i „konsumenckich” ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, m.in. przedstawicieli właściwych kompetencyjnie resortów, komisji i klubów parlamentarnych, instytucji pozarządowych, organizacji społecznych i związkowych, teoretyków i praktyków ubezpieczeń oraz dziennikarzy.

Zespół Doradców ds. Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu Adamie Struziku tematyką ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych zajmuje się od pięciu lat. Niektóre z wniosków i propozycji wypracowanych w Zespole zostały dostrzeżone i uwzględnione w projektach rozwiązań systemowych przedłożonych przez rząd do społecznej oceny.

W końcowej fazie parlamentarnych prac nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wnioski Zespołu przełożone na zapisy legislacyjne zyskały uznanie izby wyższej Parlamentu i znalazły się wśród poprawek zgłoszonych przez Senat do ustawy zaaprobowanej przez Sejm.

*

W intencji organizatorów naczelną ideą październikowej konferencji na temat zakładanych zmian systemowych miało być hasło: „Reforma ponad podziałami”, a spotkanie zainteresowanych reformą środowisk spełnić rolę swoistego „okrągłego stołu”, przy którym konfrontowano by opinie i poszukiwano kompromisów w tak ważnej dla państwa i społeczeństwa sprawie.

W wielu wystąpieniach powracano do tego wątku. Akcentowano potrzebę *consensusu* wokół reformy i wyjęcie jej z politycznej kwalifikacji. W poczuciu wagi przemian i długofalowych następstw reformy apelowano o poszukiwanie *modus vivendi*. Złotego środka w dochodzeniu do wzajemnych ustępstw i uzgodnień, tak by ostatecznie osiągnąć duży

stopień prawdopodobieństwa, że reforma pozostanie poza doraźną grą. Że niezależnie od zmian na politycznej scenie będzie przebiegała bez gwałtownych wstrząsów lub nie zostanie zahamowana z ideologicznych pozycji. Jak uczy bowiem historia kilku ostatnich lat, pokusa manipulowania założeniami i celami reformy okazuje się nadal silna. Stąd sformułowana przez Marszałka Senatu idea zawarcia swoistego paktu społecznego wokół tego obszaru zagadnień.

Z perspektywy późniejszej powszechnej dyskusji nad ustawą o ubezpieczeniach zdrowotnych okazało się, że obawy sygnalizowane w czasie konferencji nie okazały się, niestety, płonne.

*

Podczas konferencji zgodzono się co do tego, że wokół potrzeby reformy systemu zabezpieczenia społecznego sporu właściwie nie ma. Różnice pojawiają się przede wszystkim w ocenie zakresu zmian oraz ich tempa. Skutki reformy będą bowiem rzutować przez wiele lat zarówno na sytuację społeczną, jak i gospodarczą kraju. Trzeba zatem nawoływać do zrozumienia i porozumienia wokół wyzwań, przed jakimi przyjdzie stanąć Polakom w najbliższych latach, jeśli chcą zbudować wydolny, sprawny system zabezpieczenia społecznego.

Wszystkie odpowiedzialne siły za stan reformy mają tego świadomość.

Równie istotne wydaje się przygotowanie reformy w sferze świadomościowej. Dlatego szczególny nacisk trzeba położyć na edukację społeczeństwa, bez którego przyzwolenia reforma nie może się powieść. Upowszechnianiu jej założeń i celów służą m.in. takie spotkania, jak konferencja w Senacie, która zgromadziła liczne grono przedstawicieli różnych środowisk zainteresowanych przemianami w obrębie zabezpieczenia społecznego.

*

Autorzy wystąpień i dyskutanci w większości zgodzili się co do tego, że czasu pozostało niewiele. System w obecnym kształcie grozi ostatecznym załamaniem finansów publicznych za kilkanaście lat. Nie można więc dalej odsuwać w czasie podjęcia kluczowych decyzji, które wytyczą kierunek działań. Które znajdą przełożenie na zapisy fundamentalnych aktów legislacyjnych, dających prawne podstawy planowanym zmianom.

Powszechnie podkreślano, że dyskusja wokół reformy zbliża się zatem do momentu przełomowego. Jest więc jeszcze czas na korekty i rozważne propozycje. Bogaty intelektualny dorobek konferencji w Senacie w postaci wniosków i propozycji może i powinien być spożytkowany w trwających i planowanych pracach zespołów eksperckich tworzących zaplecze legislacyjne reformy ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Dyskusja, w której ścierały się różne argumenty i pomysły,

pozwała mieć nadzieję, że nawet w tak skomplikowanej i delikatnej materii można osiągać kompromisy.

Podczas sesji zaprezentowano trzy wystąpienia programowe i kilkanaście referatów tematycznych. Postawione w nich tezy dały asumpt do istotnych merytorycznie rozważań, do formułowania pytań i wniosków, których wykorzystanie może mieć korzystny wpływ na ostateczny kształt planowanych rozwiązań.

*

Wśród uczestników, których na konferencji w Senacie nie mogło zabraknąć, widnieje nazwisko ministra pracy i polityki socjalnej Andrzeja Bączkowskiego, podczas obrad referującego zarys i harmonogram najbliższych działań rządu w sprawie reformy ubezpieczeń społecznych. Dziś nie ma Go już wśród nas. Zналиśmy ministra w Zespole Doradców z życzliwej współpracy, ceniliśmy Jego profesjonalizm, kompetencje, pracowitość, zaangażowanie i determinację, z jaką oddawał się dziełu reformy ubezpieczeń, którą pragnął doprowadzić do końca. Niestety, nie było Mu to dane. Składając hołd pamięci Człowieka, który w imię dobra wspólnego potrafił wznieść się ponad wszelkie podziały, wszyscy powinni czuć się szczególnie zobowiązani, by Jego dzieło zostało ukończone. Minister Andrzej Bączkowski zostawił po sobie okazały dorobek. Zostawił dobrą pamięć wielu ludzi.

*

Kończąc ogólne uwagi na temat przygotowanej przez Zespół Doradców Marszałka Senatu konferencji, zapraszamy Państwa do lektury tej publikacji. Wystąpienia podczas obrad zamieszczamy w ujęciu chronologicznym.

*

Opublikowanie w wydaniu książkowym materiałów z konferencji zorganizowanej w Senacie jest dobrą okazją, by złożyć podziękowania tym wszystkim, którzy szczególnie zaznaczyli swój udział w przygotowaniu jej merytoryczno-organizacyjnego zaplecza.

Dziękujemy zwłaszcza członkom Zespołu Doradców: dr. Sławomirowi Radiukiewiczowi, prof. Henrykowi Rafalskiemu i dr. Jerzemu Wysoczekiemu oraz głównym specjalistom w Kancelarii Senatu: Małgorzacie Dąbale i Wandzie Wójtowicz.



EDWARD PRZYCHODAJ
Śekretarz Zespołu Doradców
ds. Polityki Społecznej
przy Marszałku Senatu

WYSTĄPIENIA PROGRAMOWE

Marszałek Senatu ADAM STRUZIŁ

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE. PODSTAWOWE PROBLEMY I WYZWANIA

Konferencja „Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Podstawowe problemy i wyzwania” zorganizowana została przez Zespół do Spraw Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu, który od 1993 roku zajmuje się tą tematyką, współpracując przede wszystkim z Ministerstwem Pracy i Polityki Socjalnej oraz Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej.

W zamyśle organizatorów konferencja ta powinna spełnić rolę forum prezentacji dotychczasowych doświadczeń oraz wymiany poglądów i opinii na temat proponowanych rozwiązań w tym obszarze zagadnień.

Do dyskusji zaprosiliśmy szeroko rozumianą reprezentację środowisk eksperckich i „konsumenckich” ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, między innymi przedstawiciele właściwych kompetencyjnie resortów, komisji i klubów parlamentarnych, instytucji pozarządowych, organizacji społecznych i związkowych, teoretyków i praktyków ubezpieczeń oraz dziennikarzy.

Reforma ubezpieczeń społecznych i stworzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, ich długofalowe społeczne i gospodarcze następstwa oraz stopień trudności wdrażania wymagają społecznego porozumienia co do istoty, kierunków i sposobów wprowadzania proponowanych zmian.

Konferencja w Senacie może zatem spełnić rolę swoistego „okrągłego stołu”, stać się miejscem konfrontacji opinii, ale przede wszystkim miejscem poszukiwania kompromisów w tak ważnej dla społeczeństwa i państwa sprawie.

Reforma ubezpieczeń społecznych i stworzenie ubezpieczeń zdrowotnych, aby osiągnęły swoje cele, muszą pozostać ponad podziałami politycznymi, partykularnymi i grupowymi. Są bowiem interesem wspólnym.

Serdecznie dziękuję za przyjęcie zaproszenia na dzisiejszą konferencję. Chciałbym, byśmy podczas jej trwania spróbowali podsumować dotychczasowe działania, a także nakreślić kierunki dalszych prac w jednym z podstawowych obszarów przemian ustrojowych w naszym kraju, jakim jest system zabezpieczenia społecznego.

Dzisiejsze spotkanie poświęcimy przede wszystkim problemom i wyzwaniom, jakie wiążą się z reformą ubezpieczeń społecznych i tworzeniem ubezpieczeń zdrowotnych. Konieczności i wagi tych przedsięwzięć dziś żaden z odpowiedzialnych podmiotów politycznych już nie kwestionuje. Badania opinii publicznej i przeprowadzone konsultacje środowiskowe również dowodzą, iż społeczeństwo, choć jeszcze nie *in gremio*, ale w znacznej swej części, dostrzega tę potrzebę, że coraz powszechniejsza staje się świadomość niewydolności obecnego systemu i konieczność jego reformy. Kilkuletnia już dyskusja na ten temat, historia podejmowanych działań pokazują jednak, jak trudno o *consensus* w tej tak istotnej z punktu widzenia interesu społeczeństwa i państwa kwestii.

Jak powiedziałem, nie istnieje dziś spór co do potrzeby zmian, nadal jednak pozostaje do ostatecznego rozstrzygnięcia kwestia wyboru drogi, jaką należy pójść, by docelowo stworzyć system wydolny, efektywny, w którym potrafimy skojarzyć interesy i cele polityki społecznej z prawami ekonomii.

Jestem pewien, że kompetentne gremium zebranych tu dziś osób, autorzy referatów i wystąpień w dyskusji wyczerpująco przedstawia wybrane zagadnienia związane z tematem spotkania.

Wnioski z konferencji mogą okazać się inspirujące w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań. W dalszych pracach nad przebudową systemu ubezpieczeń społecznych i tworzeniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Czasu pozostało niewiele. W odniesieniu do systemu ubezpieczeń społecznych według niektórych określenia „stan przedzawałowy” czy „bomba z opóźnionym zapłonem” są nie tylko retorycznym dziennikarskim zwrotem. Wielkość i stopień komplikacji problemów, zagrożenia łączące się z kosztami tak finansowymi, jak i społecznymi całego przedsięwzięcia nie mogą jednak być barierą, której stawienie czoła odsuwa się w czasie bądź to ze względów politycznych, ekonomicznych, bądź jeszcze innych.

Zdaniem niektórych ekspertów prognozy gospodarcze i demograficzne wskazują, iż rok 1997 może być rokiem granicznym dla wprowadzenia reformy. Dalsze bowiem jej odkładanie może grozić tym, że za kilkanaście lat obecny system załamie się ostatecznie, z dramatycznymi

dla stanu finansów publicznych skutkami ekonomicznymi i społecznymi tego faktu konsekwencjami.

Obecnie dość dobra sytuacja sprzyja podjęciu trudnego wyzwania reformy. Niezła koniunktura gospodarcza, korzystne uwarunkowania demograficzne uprawniają do poważnego potraktowania merytorycznych zmian systemowych przez wszystkie odpowiedzialne za ich przeprowadzenie siły.

Niezbędne jest zatem osiągnięcie porozumienia co do głównych priorytetów reformy, jej celów i sposobów wprowadzania zmian, zaakceptowanych i zaproponowanych w takim kształcie, by nie blokowały jej partykularne interesy.

Zrozumienie tej prawdy jest niezbędne, by nakreślić ramy porozumienia co do podstawowych konieczności łączących się z reformą i w konsekwencji przyczynić się do jej ostatecznego sukcesu, zarówno w skali makrospołecznej i gospodarczej państwa, jak i w skali mikro, a zatem w odniesieniu do tych wszystkich osób, które będą w przyszłości korzystały z systemu ubezpieczeń w nowym już ich kształcie.

Dzisiejsza konferencja może także posłużyć zbliżeniu stanowisk. Wysłuchacie państwo referatów, wystąpień, które zaprezentują odmienne punkty widzenia, pokażą różne drogi rozstrzygnięć całościowych i częściowych, które postawią wiele pytań dziś jeszcze być może bez jednoznacznych i przesądzonych do końca odpowiedzi.

Dyskusja, mam nadzieję bogata, może pomóc w uporządkowaniu wielu spraw, może zmniejszyć pole różnic i kontrowersji, zbliżyć stanowiska, słowem, może przybliżyć ten moment, w którym porozumienie wokół reformy stanie się faktem, a działania odpowiedzialnych za jej realizację podmiotów nie będą paraliżowane ze względów pozamerytorycznych.

*

W dobie transformacji ustrojowo-gospodarczej nie można uniknąć odpowiedzi na jedno z zasadniczych pytań: w jakim stopniu i w jakim zakresie państwo ma pełnić funkcje opiekuńcze? Które zatem z istniejących uprawnień socjalnych mają pozostać, a z których należałoby ewentualnie zrezygnować? A może należałoby wprowadzić nowe? Jeśli tak, to jakie i na jakich zasadach?

Decyzje w tym względzie wiążą się z problemem finansowania świadczeń, stopniem udziału w nim społeczeństwa i państwa oraz ich wzajemnych relacji w powiązaniu z interesem zarówno gospodarki, jak i polityki społecznej. Za jedno z podstawowych praw obywateli uznajemy bezpieczeństwo socjalne. Nie ma co do tego sporu. Obserwacja sceny politycznej, oczekiwania społeczne, deklaracje liderów partii politycz-

nych, związków zawodowych, a także już opracowane programy zarówno rządowe, jak i pozarządowe wskazują, iż niezbywalnymi prawami socjalnymi obywateli III Rzeczypospolitej powinny być:

- prawo do emerytury,
- prawo do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego,
- prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej,
- prawo do ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
- prawo do świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie wymienione uprawnienia, przy założeniu współudziału obywateli w ich wypracowaniu bądź tworzeniu, składają się na systemy ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Pierwszy z nich, jak wiadomo, istnieje, ale jest niewydolny i powinien zostać zmieniony, drugiego w Polsce jeszcze nie mamy i należy go stworzyć.

Reforma systemu ubezpieczeń społecznych została już rozpoczęta, prace nad ubezpieczeniami zdrowotnymi, ściśle powiązane z reformą systemu ochrony zdrowia, są znacznie zaawansowane. Przedłożone projekty ustaw są dyskutowane w komisjach sejmowych.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

Dotychczasowy system, ukształtowany zgodnie z regułami gospodarki centralnie zarządzanej, nie spełnia kryterium racjonalności i nie przystaje do zasad gospodarki rynkowej, przede wszystkim ze względu na zbyt słaby związek między indywidualną aktywnością i przezornością obywateli a poziomem zabezpieczenia.

W konsekwencji w wyniku zmian gospodarczych i demograficznych system emerytalno-rentowy okazał się nieefektywny i zagrażający w niedalekiej przyszłości finansom publicznym z jednej strony oraz grożący zredukowaniem wysokości świadczeń – z drugiej. Trzeba tu przypomnieć, iż tradycyjne systemy ubezpieczeń społecznych funkcjonujące w świecie również przeżywają kryzys. Jego źródłem są między innymi przeobrażenia demograficzne, m.in. wydłużanie się okresu życia i coraz bardziej pogłębiające się dysproporcje między liczbą pobierających świadczenia a liczbą pracujących, niekorzystne dla tych drugich. Dotyczy to również Polski.

W naszym kraju reforma ubezpieczeń społecznych będzie jednym z najważniejszych i być może najtrudniejszych zadań. Odkładać jej jednak dalej nie można. Według prognoz ekonomistów nasz obecny system ubezpieczeń społecznych może stać się niewypłacalny już w 2005 r.

Zdajemy sobie sprawę, jak olbrzymim przedsięwzięciem społecznym, ekonomicznym i politycznym będzie jego reforma, dotyczy bowiem wielu milionów ludzi, zarówno tych, którzy dzisiaj świadczenia pobierają, jak i tych, którzy będą je otrzymywali w przyszłości. Zmiany te zadecydują też o finansach państwa, finansach pracodawców i osób ubezpieczonych, wyznaczą również kierunek partycypacji państwa w systemie ubezpieczeń i zadecydują o własnej przezorności obywateli.

Reforma jest również trudnym problemem politycznym. Wszystkie ugrupowania polityczne mówią wprawdzie, że reforma jest niezbędna, różnią się jednak co do proponowanych dróg dojścia do zamierzonego efektu. Byłoby nieszczęściem, gdyby reforma została wykorzystana do celów politycznych. Istnieje zatem potrzeba wokół niej zgody, by przyniosła pożytek tym wszystkim, którzy będą w przyszłości korzystali z jej rozwiązań.

Trzeba też pamiętać, że nie istniejemy w próżni politycznej. Celem strategicznym Polski jest wejście do Unii Europejskiej, która wymaga od swoich członków dostosowania się do obowiązujących w niej norm prawnych. Dostosowanie systemu ubezpieczeń społecznych do standardów obowiązujących w Unii i w innych wysoko rozwiniętych państwach wydaje się zatem kolejną koniecznością. Szansą na ukazanie Polski jako równorzędnego partnera.

*

Zgadza się zapewne co do tego, że system zabezpieczenia społecznego powinien być stymulatorem rozwoju gospodarczego i poprawy poziomu życia, a nie czynnikiem hamującym rozwój gospodarczy i zagrażającym katastrofą finansów publicznych. Koszty zabezpieczenia społecznego mają bowiem istotne znaczenie dla sytuacji ekonomicznej każdego kraju. W Polsce w roku 1995 łączne wydatki na świadczenia pieniężne z zabezpieczenia społecznego wyniosły 494 biliony starych złotych, co odpowiada 54% ogółu wydatków budżetu państwa.

Tak duże wydatki na sferę zabezpieczenia społecznego są wynikiem wielu negatywnych procesów zarówno w dawniejszej, jak i w najnowszej historii. Te negatywne tendencje wystąpiły ze szczególnym natężeniem na początku lat 90-ych. Wówczas to odnotowano spadek liczby ubezpieczonych i jednocześnie wzrost liczby świadczeniobiorców.

W roku 1989 na jedną osobę pobierającą świadczenia emerytalno-rentowe przypadało 2,5 osoby pracującej, podczas gdy w roku 1995 już tylko 1,8.

Generalnie można podsumować, że funkcjonujący po 1945 roku system ubezpieczeń społecznych uległ głębokiej destrukcji i praktycznie wyczerpał swoje możliwości.

Obecny system ubezpieczeniowy jest niestabilny, nadmiernie scentralizowany i niesamodzielny finansowo. Składka ubezpieczeniowa jest bardzo wysoka i stanowi poważne obciążenie finansowe zakładów pracy, stale rośnie liczba rencistów, między innymi w związku z niedostatecznym systemem profilaktyki i rehabilitacji, dużą liczbą urazów i chorób zawodowych w przemyśle i rolnictwie, ogólnym złym stanem zdrowia społeczeństwa i do niedawna zbyt łagodnymi kryteriami przyznawania świadczeń rentowych.

Mówiąc o mankamentach obecnego systemu trzeba podkreślić także to, że nie kształtuje on postaw przezorności i zaradności obywateli. Dochody ze składek nie pokrywają wydatków na świadczenia, a dopłaty z budżetu państwa narastają. Mimo to świadczenia emerytalno-rentowe są i tak niskie w stosunku do kosztów utrzymania.

Jak już mówiłem, odkładanie reformy ubezpieczeń społecznych zagraża finansom publicznym, co w efekcie może doprowadzić do zasadniczego obniżenia poziomu świadczeń nawet w przypadku utrwalania się wzrostu gospodarczego.

W konsekwencji obecnego systemu z roku na rok pogłębia się rozdźwięk między zasadami polityki społecznej a zasadami gospodarki rynkowej. Zmiany zasad polityki społecznej i zdrowotnej mogą wpłynąć na odwrócenie tej tendencji lub co najmniej jej zahamowanie i w ten sposób mieć wpływ na przyspieszenie rozwoju gospodarki.

Konieczność wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych wymusza ponadto niewydolność służby zdrowia i pogarszający się stan zdrowia naszego społeczeństwa, który jest gorszy niż w krajach wysoko uprzemysłowionych. Polacy żyją krócej od mieszkańców Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Od lat w Polsce głównymi zagrożeniami dla zdrowia i życia są choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz urazy i zatrucia, co łączy się ściśle ze stylem i poziomem życia Polaków.

Główne czynniki odpowiedzialne za zły stan zdrowia Polaków to palenie tytoniu, zawodowe czynniki ryzyka, zanieczyszczenie środowiska, niewłaściwy sposób odżywiania się. Stale wzrasta również liczba osób niepełnosprawnych.

Sytuację tę potęguje również niewydolność służby zdrowia, trudne warunki ekonomiczno-finansowe, w jakich od wielu lat funkcjonują jednostki opieki zdrowotnej. Pozostawienie obecnego systemu takim, jaki jest, będzie powodowało dalszą presję na budżet państwa, z ujemnymi tego konsekwencjami – również dla pacjentów i całej służby zdrowia.

Pomówmy teraz o celach społecznych, ekonomicznych, zdrowotnych i politycznych planowanych reform.

Reforma ubezpieczeń musi spełnić kilka fundamentalnych celów:

po pierwsze: musi stworzyć trwały system bezpieczeństwa socjalnego,
po drugie: kształtować postawy przedsiębiorczości i przezorności obywateli, by aktywnie wpływali na tworzenie swych warunków życia dziś i na przyszłość,

po trzecie: budować trwałe postawy społecznej solidarności.

Szczegółowymi celami reformy ubezpieczeń społecznych i wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych są między innymi:

- stworzenie warunków do rozwoju ubezpieczeń dodatkowych, a co za tym idzie – zwiększenie zainteresowania pracowników własnymi dochodami na przyszłość,
- stworzenie ubezpieczeń o charakterze kapitałowym w celu zwiększenia oszczędności i w efekcie przyspieszenia wzrostu gospodarczego,
- poprawa stanu zdrowia społeczeństwa,
- zapewnienie powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem równych praw co do zakresu i jakości opieki dla wszystkich osób uprawnionych,
- zwiększenie wydajności systemu opieki zdrowotnej i poprawy jakości usług,
- zapewnienie stabilnych źródeł zasilania i kontroli nad wydatkami wiążącymi się z opieką zdrowotną.

Aby zamierzone cele osiągnąć, należy określić główne założenia organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz wynikające z nich skutki, a także przygotować projekty aktów legislacyjnych. Powinny one w sposób całościowy określać funkcjonowanie systemu ubezpieczeń społecznych, zasady tworzenia, gospodarowania i wydatkowania funduszy ubezpieczeniowych, rolę państwa i jego organów, formy organizacyjne zapewniające sprawne, stabilne i zadowalające działanie tego systemu, dającego ubezpieczonym poczucie bezpieczeństwa.

Regulacje te powinny określać zasady uzyskiwania uprawnień, obliczania wysokości indywidualnych świadczeń i należności wynikających z ubezpieczenia społecznego.

Sięgając pamięcią wstecz, należy zauważyć, że w roku 1989, w pierwszym okresie transformacji ustrojowej w naszym kraju, potrzebę

reformy ubezpieczeń społecznych uznano za jedną z najistotniejszych. Rozpoczęte wówczas prace nie wyczerpywały jednak niezbędnych przemian systemowych.

Jako marszałek Senatu przypomnę, iż to Senat był tym miejscem, skąd już kilka lat temu płynęły nie tylko sygnały o konieczności generalnych zmian w obszarze zabezpieczenia społecznego, ale również konkretne propozycje. Już w swej uchwale z 10 października 1991 roku w sprawie polityki państwa w dziedzinie ubezpieczeń emerytalno-rentowych Senat dostrzegł potrzebę gruntownej przebudowy systemu ubezpieczeń społecznych, widząc w niej jeden z priorytetów dla Parlamentu i rządu.

W efekcie wykonania postanowień tej uchwały we wrześniu 1992 roku do Prezydium Senatu wpłynął projekt ustawy o zakresie oraz zasadach organizacji i finansowania powszechnych obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, który zainspirował bogatą i owocną w ekspertyzy i wnioski dyskusję z udziałem różnych gremiów oraz przedstawicieli rządu. Zorganizowane przez Senat seminarium na temat reformy ubezpieczeń społecznych w Polsce w październiku 1992 roku, pierwsze czytanie projektu ustawy w Senacie w kwietniu 1993 roku, niestety przerwane rozwiązaniem Parlamentu, kolejne posiedzenia Zespołu Doradców przy Marszałku Senatu i opracowane przez zespół wnioski, wszystko to świadczy o konkretnym zaangażowaniu w tworzenie podstaw zmian systemowych w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych, a także zdrowotnych.

Trzeba zauważyć, iż wiele rozwiązań zawartych w materiałach senackich zostało wykorzystanych w resortowym projekcie reformy systemu, zaakceptowanym niedawno przez Sejm i skierowanym do dalszych prac na poziomie konkretnych rozwiązań legislacyjnych.

Warto przypomnieć, że pierwsze prace nad rządową reformą ubezpieczeń społecznych rozpoczęły się w 1991 roku, ale do 1993 roku nie wyszły poza fazę wstępnych przygotowań; odpowiednie projekty resortu pracy (projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz projekt ustawy o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych) pozostały w stadium projektów roboczych.

Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej przedstawiło wprawdzie w maju 1993 roku opracowanie zatytułowane „Emerytury i renty pracownice. Szanse i zagrożenia, budowa systemu”, ale był to jedynie dokument programowy. Senacki projekt ustawy okazał się więc jedynym, nad którym podjęto prace legislacyjne w Parlamencie.

Wiosną 1995 roku minister pracy i polityki socjalnej przedstawił Radzie Ministrów program reformy ubezpieczeń społecznych, który w kwietniu 1995 roku został skierowany do społecznej konsultacji.

Intensywne prace nad problematyką ubezpieczeń społecznych prowadził nadal Zespół Doradców przy Marszałku Senatu. W drugiej połowie 1995 roku, w pierwszej połowie 1996 roku poświęcił temu tematowi cztery kolejne posiedzenia: w listopadzie 1995 roku oraz w styczniu, marcu i czerwcu 1996 roku.

Opierając się na wynikach społecznych konsultacji Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej przedstawiło w grudniu 1995 roku drugą wersję programu, który był przedmiotem debaty parlamentarnej w kwietniu roku następnego.

Mówiąc ogólnie, przedstawiony projekt rządowy zakłada modyfikację systemu tradycyjnego. Przewiduje, że podstawowym filarem świadczenia będzie emerytura wypłacana w systemie repartycyjnym, zależnym od stażu pracy i od wysokości składki. Fundusze emerytalne będą istotnym uzupełnieniem tego systemu. Trzeci filar utworzą indywidualne oszczędności lokowane w bankach lub towarzystwach ubezpieczeniowych.

Przy obliczaniu wysokości emerytury, zagwarantowanej przez państwo, zaproponowano podwyższenie wskaźnika, przez który mnoży się czas trwania ubezpieczenia, do wysokości 2,1% podstawy wymiaru. Wydłużenie standardowego wieku emerytalnego kobiet do 65 lat i zmiana zasad waloryzacji świadczeń oto kolejne propozycje. To tylko kilka założeń, jakie przewidywał program. Niektóre z nich być może ulegną modyfikacji.

Przypomnę, że powstały również inne opracowania: projekt alternatywny w Ministerstwie Finansów i projekt NSZZ „Solidarność”.

Alternatywny projekt ubezpieczeń społecznych, wywodzący się z kręgów Ministerstwa Finansów, zakłada obok systemu tradycyjnego, pozostającego jeszcze w okresie transformacji, wprowadzenie systemu kapitałowego, opartego na indywidualnej kapitalizacji składki inwestycyjnej poprzez prywatnie zarządzane instytucje finansowe.

Chronić to ma system przed ingerencjami politycznymi i zapewnić środki na wypłatę emerytur i rent. Pojawiają się jednak obawy, że zanim taka sytuacja powstanie, może nastąpić krach wynikający z kosztów przejścia z systemu tradycyjnego do systemu kapitałowego. Koszty te zależne będą od liczby osób przechodzących do systemu kapitałowego oraz od ich wieku.

Zdaniem autorów projektu okres ten ma trwać około dziesięciu lat, co roku jednak niedobory mają się zmniejszać, by osiągnąć w roku 2013 wartość dodatnią.

Trzeci projekt został opracowany przez NSZZ „Solidarność”. Zakłada on, że podstawowym celem reformy systemu emerytalno-rentowego jest zapewnienie emerytom i rencistom świadczeń chronionych przed inflacją i adekwatnych do wcześniej uzyskiwanych zarobków w trakcie całego okresu zatrudnienia.

Zmiana systemu ma odbywać się w sposób ewolucyjny. Główny ciężar zabezpieczenia finansowego na starość mają ponieść emerytalne fundusze kapitałowe. Ich pierwotny kapitał ma być stworzony dzięki przekazaniu części prywatyzowanego majątku narodowego na cele emerytalno-rentowe, a przyszłe świadczenie powinno się opierać na trzech filarach. Projekt przewiduje, że w wyniku powszechnej prywatyzacji każdy dorosły obywatel Rzeczypospolitej otrzyma imienny bon inwestycyjny, którego wartość zależeć będzie od stażu pracy.

*

Wiadomo, że ubezpieczenia społeczne muszą dostosować się do warunków gospodarki rynkowej, a reforma systemu ubezpieczeń społecznych to największe wyzwanie, przed jakim stoją dzisiejsi czterdziestolatkowie, gdyż to oni za kilkanaście lat będą korzystać z jej owoców.

W dyskusji o najbardziej optymalnych rozwiązaniach niektórzy podkreślają, że doświadczenia innych krajów w dużym stopniu przemawiają za systemem kapitałowym. Trzeba jednak pamiętać o innym starcie do uprawnień socjalnych naszego kraju i o tym, że przedstawiony przez projektodawców system kapitałowy ma wiele wad koncepcyjnych i organizacyjnych, bardzo ważnych w przypadkach indywidualnych, zwłaszcza losowych.

System obecny, mimo większej liczby cech „humanitarnych”, charakteryzuje się jednak bardzo wysoką stopą składki, która wynosi 45%, gdy według danych międzynarodowych nie powinna ona być większa niż 30%. Wysoka składka podnosi zaś znacząco koszt pracy.

Wybór koncepcji zależeć będzie od decyzji politycznych, które powinny jednak uwzględniać stopień akceptacji społecznej kierunku reformy systemu ubezpieczeń społecznych.

Reforma systemu musi być poparta silną motywacją obywateli do przechodzenia do nowego systemu, zwłaszcza że decyzja w tej sprawie pozostawiona zostanie ubezpieczającym się. Możliwość wyboru staje się zatem podstawowym prawem w systemie ubezpieczeń.

Jak wspomniałem, projekt reformy systemu ubezpieczeń społecznych opracowany przez resort pracy był przedmiotem ogólnospołecznych konsultacji latem 1995 roku. Sondaże opinii publicznej wykazały wysoki stopień zainteresowania planowaną reformą. W przedłożonym projekcie rządowym największe zainteresowanie wzbudziły zasady ustalania wysokości emerytury oraz kryteria jej uzyskania.

W badaniach przeprowadzonych przez CBOS 75% ankietowanych opowiedziało się za uzależnieniem emerytur i rent od wysokości uprzednich zarobków oraz długości opłacania składki. Oznacza to zgodę na zróżnicowanie wysokości świadczeń i tym samym pogłębienie ubezpie-

czeniowego charakteru emerytury, co tłumaczono zasadą sprawiedliwości, motywacją do pracy, odpowiedzialnością każdego za swój los oraz koniecznością wyrównania do średniej najniższych wynagrodzeń.

Oceniając obecny system emerytalny jako zły, respondenci wskazywali na nadmierne i nieuzasadnione, ich zdaniem, zróżnicowanie emerytur, z czego wynika, że istnieją sprzeczne oczekiwania społeczeństwa.

Jak zatem wyważyć te opinie? Czy świadczenie emerytalno-rentowe powinno mieć charakter ubezpieczeniowy i być wynikiem liczby lat ubezpieczenia i wysokości płaconej składki? Czy świadczenie to powinno składać się z części socjalnej oraz części ubezpieczeniowej będącej pochodną płaconych składek? Czy część socjalna świadczenia przysługiwałaby wszystkim, a jeśli tak, to w jakim procencie?

Chciałbym jednak już teraz zasygnalizować kilka istotnych i powszechnie dyskutowanych problemów.

Jednym z nich jest składka ubezpieczeniowa. Istotnym warunkiem prawidłowego funkcjonowania systemu ubezpieczeń jest jego finansowa sprawność. Zależy ona od harmonijnego powiązania trzech elementów:

- wymiaru składki,
- poziomowi świadczeń,
- warunków ich uzyskania (granica wieku emerytalnego, czas wypłacania świadczenia itp.).

Składka jest parametrem określającym w znacznym stopniu opłacalność produkcji i usług. Jako element nakładu na pracę składka wpływa bowiem na poziom kosztów wytwarzania, a poprzez mechanizmy cenowe oddziałuje na ich konkurencyjność w wymianie międzynarodowej.

W dyskusji nad przebudową systemu ubezpieczeniowego powraca problem wysokości składki na ubezpieczenia społeczne. Pojawiają się pytania: jaka powinna być wysokość składki na ubezpieczenia społeczne? Czy taka jak obecnie, to jest 45% podstawy wymiaru dochodu, czy też powinna zostać obniżona? Jeżeli tak, to od kiedy? Czy już z chwilą przystąpienia do wdrożenia reformy, czy też w okresie na przykład dwóch, trzech lat? Czy poziom składki ma być zróżnicowany, czy jednolity wobec różnych płatników? Kto ma ponosić ciężar składki na poszczególne ryzyka ubezpieczeniowe – pracodawca, pracownik czy oba podmioty – oraz w jakiej wysokości?

W rozważaniach na temat ubezpieczeń społecznych musi pojawić się również kwestia funduszy emerytalnych. Ich znaczenie w systemie ubezpieczenia na starość w dużym stopniu zależy od rozwiązań przyjętych w istniejącym systemie emerytalno-rentowym.

Rodzi się pytanie: jakie to mają być fundusze? Kto będzie wydawał koncesje na tworzenie funduszy? Utworzenie dodatkowych ubezpieczeń wiąże się z koniecznością określenia pułapu podstawy wymiaru świadczenia w systemie ubezpieczeń emerytalnych.

Czy wprowadzenie takiego pułapu podstawy wymiaru świadczenia na poziomie 250% przeciętnego wynagrodzenia będzie sprzyjało rozwojowi systemów dodatkowych, typu kapitałowego? Im niższy pułap, tym więcej uczestników w funduszu.

Czy utworzenie funduszy emerytalnych, jako nowych instytucji ubezpieczeniowych, które będą zajmowały się ubezpieczeniem indywidualnym lub grupowym, na zasadach ubezpieczeń dobrowolnych i dodatkowych, gdzie składka ubezpieczeniowa będzie kapitalizowana i pomnażana, nie jest rozwiązaniem zbyt wczesnym?

Czy ubezpieczenia dodatkowe nie powinny być objęte nadzorem państwowym oraz systemem reasekuracji, aby nie było wątpliwości co do losów pieniędzy zgromadzonych w systemie tych ubezpieczeń?

Czy utworzenie dodatkowych funduszy, które nie mają dostatecznej tradycji w społeczeństwie, nie będzie wymagało stymulacji w sferze podatkowej? Czy dodatkową składkę będzie można sobie odpisać od podstawy opodatkowania?

Na co może liczyć osoba opłacająca dodatkową składkę w momencie zwolnienia, pozbawienia pracy lub gdy znajduje się w trudnej sytuacji materialnej? Jakie będą gwarancje wobec osób, które opłacały składki? Czy w razie upadku funduszu otrzymają zwrot wpłaconych składek?

Mówiąc o funduszach emerytalnych nie możemy zapomnieć o referendum w lutym 1996 roku, w którym społeczeństwo w znacznej swej części wyraziło wolę, aby fundusze były zasilane majątkiem prywatyzowanych przedsiębiorstw. Pole dyskusji jest tu obszerne.

Kolejnym problemem, od dawna budzącym emocje, jest waloryzacja świadczeń. W społeczeństwie utrwała się przekonanie, że istnieje konieczność ustalenia właściwych relacji pomiędzy wzrostem płac i podwyżką emerytur, z gwarancją ich corocznego realnego wzrostu. Pozostaje jednak do rozstrzygnięcia kwestia częstotliwości waloryzacji i ewentualne uruchomienie mechanizmu wyrównawczego. Na tym tle powstaje pytanie, jaka powinna być waloryzacja: cenowa, płacowa czy też w formie systemu negocjacyjnego?

Waloryzacja cenowa z jednej strony broni realnego poziomu świadczeń emerytalnych przed inflacją, z drugiej pozwala wytworzyć pewną nadwyżkę w finansach publicznych, gdy dynamika płac jest większa niż dynamika cen.

Waloryzacja płacowa pozwala emerytom uczestniczyć w owocach wzrostu w tym czasie, gdy gospodarka się rozwija, ale w dłuższym okresie może nadwerężać system.

Czy wprowadzenie negocjacyjnego systemu waloryzacji nie będzie przedmiotem gry politycznej? Czy system negocjacyjny nie będzie powodował stałej niepewności emerytów i rencistów co do wysokości ich

świadczeń? Czy coroczne ustalanie w trybie negocjacji wskaźnika waloryzacji świadczeń nie wprowadzi zachwiania stabilności zasad rządzących systemem, a także – czy wprowadzenie takiego mechanizmu waloryzacji nie wpłynie na obniżenie poczucia bezpieczeństwa społecznego świadczeniobiorców?

W ostatnim okresie odbywa się dyskusja na temat rządowego projektu waloryzacji emerytur i rent. Emerytury i renty rosłyby w co najmniej takim tempie, jak prognozowany przez GUS wzrost kosztów utrzymania w gospodarstwach emerytów. Według tego projektu podstawą podwyższania świadczeń ma być nie wskaźnik wzrostu cen we wszystkich gospodarstwach, ale prognozowany wzrost cen w gospodarstwach emerytów, który według badań GUS jest wyższy od ogólnego wskaźnika wzrostu cen.

W 1997 roku emerytury w wyniku waloryzacji mają wzrosnąć realnie o 1,5%. Propozycje rządowe wzbudziły wiele kontrowersji i protestów, sprawa nadal jest zatem otwarta.

Wiek emerytalny to kolejna sprawa, która budzi wiele emocji, zwłaszcza wiek emerytalny kobiet. Gdy spojrzymy na ten problem od strony demograficznej, zobaczymy, że statystyczna przedstawicielka słabej płci żyje dłużej niż mężczyzna. W Polsce jednak praca kobiet wynika z potrzeb ekonomicznych, a nie z wyboru stylu życia, tak jak w wielu bogatych krajach. Czy zatem wiek ten powinien być zrównany z wiekiem mężczyzn? I czy powinien wynosić 65 lat?

Pojawiły się między innymi pytania, kto będzie utrzymywał kobiety w pracy do 65 roku życia, skoro praktycznie po ukończeniu 40 lat bezrobotna kobieta ma trudności ze znalezieniem pracy? Co z miejscami pracy dla ludzi młodych?

Problem okazał się na tyle kontrowersyjny, że z zamiaru zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej już się wycofało. Opracowany projekt ustawy określił, że wiek emerytalny dla kobiet wynosi 60 lat, zaostrożono tym samym kryteria wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Dotychczas jest możliwe przejście na emeryturę kobiet w wieku 55 lat, gdy mają 30-letni staż pracy. Według nowych założeń nie będzie to możliwe, z tym zastrzeżeniem, że nie odnosi się to do kobiet, które przed dniem wejścia w życie ustawy ukończyły 50 lat życia i osiągnęły okres zatrudnienia uprawniający do emerytury, wynoszący 25 lat. W tym przypadku kobiety będą mogły korzystać z dotychczasowych uprawnień.

Pierwsze głosy opinii społecznej na ten temat są negatywne, a związki zawodowe na takie regulacje nie zgadzają się. Zapewne dyskusja na ten temat będzie jeszcze bogata.

Kolejne wyzwanie to system ubezpieczeń rolniczych. Narosło wokół nich wiele nieporozumień i mitów, wynikających z niezrozumienia ich uwarunkowań i specyfiki.

Mówienie o ubezpieczeniach grupy osób objętych ubezpieczeniem rolniczym jedynie w kontekście dotacji z budżetu do KRUS jest moim zdaniem swoistym nadużyciem, zapomina się bowiem, iż ta dotacja jest również pewnego rodzaju składką, dzięki której koszty produkcji żywności mogą być niższe, a przecież nasze niebogie społeczeństwo i tak uznaje je za wysokie. Warto o tym pamiętać w dyskusjach o wysokości składek rolniczych.

Problem rzeczywiście jest trudny, trzeba zatem podchodzić do niego z rozwagą i namysłem, przede wszystkim z jego znajomością, a nie demagogicznie i w sposób uproszczony. Jedni uważają, że państwo wobec wsi jest nadopiekuńcze, inni, że sytuacja rolników jest na tyle dramatyczna, że po prostu nie stać ich na płacenie wyższych składek.

Myślę, że choćby przytoczenie tu tak zwanego parytetu dochodów rolników w stosunku do innych działów, który wynosi obecnie 60 do 100, z niekorzyścią dla rolnictwa, może unaocznić skalę problemu, tym bardziej że średnie dochody osiągane poza rolnictwem też trudno uznać za szczególnie wysokie.

W dyskusjach nad ubezpieczeniem społecznym pytania o ubezpieczenia rolników zapewne będą się pojawiać. Sądzę, że i dziś na tej sali padną rzeczowe opinie, uwagi i argumenty.

Mówiąc o reformie systemu ubezpieczeń społecznych nie sposób nie wspomnieć o zadaniach i statusie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który będzie nadal odgrywał istotną rolę w realizacji reformy ubezpieczeń społecznych. Czy wobec tego Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest przygotowany do nowych zadań wynikających z konieczności przeprowadzenia reformy?

I kolejne pytania: jaki powinien być status Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Na ile ten zakład ma być instytucją samodzielną, typu samorządowego, a w jakim stopniu ma być podległy strukturom rządowym? Czy możliwe jest pogodzenie funkcji ubezpieczeniowej, rządowej i samorządowej?

Następne pytania dotyczą zakresu możliwości gospodarki finansowej tej instytucji oraz zasad gospodarowania finansami. Może w dyskusjach warto powrócić do projektu senackiego ustawy o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który moim zdaniem zakładał faktyczne usamodzielnienie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz stwarzał autentyczne podstawy samorządu ubezpieczonych.

Emerytury mundurowe to następny trudny temat. Trzeba uczciwie powiedzieć społeczeństwu, że istnieją przywileje dla emerytów mundurowych. Musimy również zadać pytanie, czy stać nas na te przywileje, a jeśli tak, to w jakim zakresie? Czy świadczenia te powinny być waloryzowane w taki sposób, jak pozostałe świadczenia emerytalne, czy

też w inny sposób, gdyż specyfika zawodu, niebezpieczeństwo służby, gotowość i w razie potrzeby dyspozycyjność przemawiają za utrzymaniem korzystniejszego sposobu waloryzacji świadczeń. A może należy zastanowić się nad systemem waloryzacji, który nie pozwoli na utrzymanie zbyt dużego zróżnicowania świadczeń pracowniczych i mundurowych?

Wszelkie próby odpowiedzi będą zapewne trudne i społecznie kontrowersyjne, niemniej w dyskusji o ubezpieczeniu społecznym tematu tego pominąć się nie da.

Innym kontrowersyjnym tematem będą z pewnością przywileje branżowe. W III Rzeczypospolitej przywileje wcale nie znikają i mogą być źródłem poważnych napięć. Jeżeli opowiadamy się za tymi przywilejami, to powstaje problem płacenia składki na ubezpieczenia społeczne. Czy zatem w tym przypadku wybieramy zasadę solidaryzmu, czy też obciążamy pracodawcę dodatkową składką na ubezpieczenia społeczne? Kto sfinansuje dodatki branżowe, jeżeli firma zatrudniająca będzie miała trudności finansowe albo upadnie? Czy dodatkowe składki będzie można odpisać od podatku?

Jest to ważne połączenie polityki społecznej z polityką finansową. A może należy zastanowić się na przykład nad reaktywowaniem kas brackich, które przejęłyby dodatki branżowe i inne podobne świadczenia systemu powszechnego? Czy przywileje branżowe nie powinny wynikać z warunków pracy i płacy, a przeniesienie skutków ryzyka na ubezpieczenie społeczne nie powinno nastąpić za pośrednictwem płacy i podstawy wymiaru świadczeń na ogólnych zasadach?

Czy może należy zrezygnować z wartościowania okresów ubezpieczenia w większym wymiarze, uwzględniając, że trudniejsze warunki pracy zostałyby wzięte pod uwagę w normach czasu pracy oraz w płacach? Takie propozycje również są wysuwane.

Skoncentrowałem się tu tylko na niektórych problemach, już teraz diskutowanych często w gorącej atmosferze, a wiadomo, że jest ich znacznie więcej.

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Drugim ważnym filarem zabezpieczenia społecznego są ubezpieczenia zdrowotne. Jesteśmy chyba zgodni, że reforma służby zdrowia jest potrzebna. Obecny system opieki zdrowotnej jest bowiem niewydolny.

Mimo deklarowanej bezpłatnej i powszechnej dostępności świadczeń faktycznie dostęp do nich w odczuciu społecznym jest coraz mniejszy. Wprowadzenie w ostatnich latach mniej lub bardziej formalnych opłat i dopłat ogranicza w przekonaniu społeczeństwa dostępność i bezpłatność świadczeń.

Za ważny moment w pracy nad reformą opieki zdrowotnej należy uznać przekazanie Marszałkowi Sejmu w lipcu 1995 roku niezależnie od siebie dwóch projektów ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym: przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej oraz drugiego – przez Prezesa Rady Ministrów.

Pierwszy z nich opracowany został przez Społeczną Komisję Zdrowia przy Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, a z uwagi na urząd wnoszącego określany jest jako prezydencki.

Drugi projekt, opracowany w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z innymi zainteresowanymi ministerstwami, zyskał miano projektu rządowego.

Przekazanie do łaski marszałkowskiej obu tych projektów zakończyło etap prac przygotowawczych i wstępnych nad ubezpieczeniem zdrowotnym, a także okres dyskusji nad tworzeniem koncepcji oraz szczegółowych założeń i rozwiązań organizacyjnych.

Oprócz wymienionych projektów do Sejmu wpłynął również projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych, gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych. Z satysfakcją w tym miejscu muszę stwierdzić, że efekt kilkuletnich prac Zespołu Doradców do Spraw Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu nie poszedł na marne, bowiem wiele jego inicjatyw i propozycji znalazło się w zapisach projektu rządowego.

Również treść projektu prezydenckiego jest w wielu miejscach zbieżna ze stanowiskiem zespołu. Przypomnę, że prace zespołu zajmującego się problematyką ubezpieczeń zdrowotnych rozpoczęły się w 1993 roku.

Pragnę w tym miejscu również wspomnieć, że Zespół Doradców przy Marszałku Senatu, który do maja 1995 roku pracował pod nazwą Zespół Ekspertów Klubu Senatorów Polskiego Stronnictwa Ludowego, omówieniu tych zagadnień poświęcił między innymi spotkanie o charakterze organizacyjno-merytorycznym w listopadzie 1993 roku, a także obrady w Lesznie w grudniu 1993 roku, zakończone wydaniem wiążącego dokumentu.

Kolejno tej tematyce poświęcono sympozjum w Jachrance w styczniu 1994 roku i następne spotkania Zespołu Doradców, w maju 1994, w styczniu i maju 1995 oraz w czerwcu 1996 roku.

Ze względu na szeroki zakres zagadnień związanych z systemem ubezpieczeń zdrowotnych skupię się tylko na najważniejszych problemach.

System ubezpieczeń zdrowotnych powinien funkcjonować na następujących zasadach:

- powszechności i obowiązkowości,
- solidaryzmu społecznego,
- samofinansowania,
- gwarancji państwa,

- stworzenia instytucji ubezpieczeniowych,
- samorządności tych instytucji,
- kontraktowania świadczeń,
- składek na ubezpieczenia na poziomie umożliwiającym bieżące finansowanie świadczeń oraz określonym ustawowo zakresie podmiotowym i przedmiotowym.

Zasady te uwzględnione są w obu dyskutowanych przez Nadzwyczajną Komisję Sejmową projektach ustaw o ubezpieczeniach zdrowotnych. Główne różnice w obu projektach dotyczą między innymi:

- struktur organizacyjnych,
- zakresu samorządności,
- udziału państwa i jego gwarancji,
- wielkości i sposobu płacenia składki.

Oba projekty zbyt pobieżnie traktują ubezpieczenia zdrowotne rolników.

Wiadomo doskonale, że społeczeństwo z ubezpieczeniami zdrowotnymi wiąże duże oczekiwania. Obecny system opieki zdrowotnej nie satysfakcjonuje pacjentów, ponieważ dostęp w wielu przypadkach do usług jest utrudniony, a poziom wielu z nich jest niezadowalający. System ten nie satysfakcjonuje też z pewnością pracowników służby zdrowia. Od kilku miesięcy trwa protest członków samorządu lekarskiego. Pacjenci oczekują, że będą mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych na odpowiednim poziomie, zaś lekarze lepszych wynagrodzeń.

Czy te oczekiwania zostaną spełnione, pokaże życie, gdyż jak wiemy, na tle zgłoszonych projektów pojawiają się liczne wątpliwości, między innymi co do zakresu gwarantowanych świadczeń. Pojawia się również problem uzależnienia opieki medycznej od płacenia składki.

O ile dość łatwo zagwarantować obowiązek płacenia składki przez odpisy od wynagrodzeń, czyli podatek, to jak kontrolować racjonalność wydatkowania środków teoretycznie przez przedstawicieli ubezpieczonych?

Innym drażliwym tematem jest wysokość składek oraz zakres ich rekompensaty w formie odpisu podatkowego.

Kolejna ważna kwestia. Jaki jest związek reformy organizacji służby zdrowia z planowaną reformą administracyjną? Jak usytuować kasy chorych, aby były wydolne finansowo? Przypomnę, że potrzeba co najmniej około 5 milionów obywateli, aby tę wydolność zagwarantować. Wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego pokrywa się w czasie z przekazywaniem placówek służby zdrowia, przede wszystkim samorządom terytorialnym. Stąd podejmowane są próby przeciwstawienia tych dwóch nurtów i stawiane są pytania, czy służba zdrowia powinna być samorządowa, czy ubezpieczeniowa?

Spór jest w istocie bezprzedmiotowy, dotyczy bowiem dwóch odmiennych materii – własności i finansowania. Z chwilą wprowadzenia ubez-

pieczeń zdrowotnych kasy przejmą finansowanie świadczeń zdrowotnych. Samorządy będą zaś wspierać działania prewencyjne i inwestycyjne. Jako właściciele zakładu opieki zdrowotnej będą zawierać z kasami kontrakty. Sprawą otwartą pozostają koszty wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych. Czy budżet państwa stać będzie na ich wdrożenie, zwłaszcza że składki mają być rekompensowane z podatków dochodowych, pochodzących od osób fizycznych. O takie kwoty będzie zatem pomniejszony budżet państwa.

Kolejnym problemem jest kwestia oddłużenia placówek medycznych czy sporna kwestia płacenia składki przez rolników. Czy będzie możliwość wyboru lekarza w ramach ubezpieczenia? Jaki wpływ będą mieli pacjenci na działanie kas chorych? Jakie będą mieli gwarancje, że kasy te będą działały w ich interesie? Kto będzie organem założycielskim publicznych zakładów opieki zdrowotnej? W jaki sposób powinny być zawierane kontrakty z lekarzami rodzinnymi?

Istotą reformy, mającej na celu wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, jest zastąpienie niewydolnego i pozbawionego mechanizmów racjonalizujących zaopatrzeniowego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego w całości z budżetu państwa, przez mieszaný system ubezpieczeniowo-budżetowy.

Sprawa ubezpieczenia na wypadek ryzyka zachorowania to nie tylko problem świadczeń rzeczowych, ale również kwestia świadczeń pieniężnych, wynikających z niezdolności do pracy, wypłacanych obecnie w formie zasiłków chorobowych, macierzyńskich, opiekuńczych bądź świadczeń rehabilitacyjnych, wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Powstaje zatem pytanie, czy ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne mają być dwoma niezależnymi i autonomicznymi systemami? Czy też ma to być jeden wspólny system, oparty na jednolitej w skali kraju strukturze organizacyjnej? Wiele argumentów wskazuje na odpowiedź twierdzącą, ale i wiele jest przeciw. W systemie tym świadczenia zdrowotne mają być finansowane ze składek tworzących fundusz ubezpieczeniowy, zaś ogólnopństwowe, profilaktyczne programy zdrowotne, badania naukowe, niektóre inwestycje, kształcenie i doskonalenie kadr – z budżetu państwa. A jest to od 30 do 40% nakładów na ochronę zdrowia.

Wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych wiąże się ściśle z koniecznością ustawowego określenia zakresu świadczeń zdrowotnych i gwarancji państwa dotyczących ich realizacji i finansowania. System ubezpieczeń zdrowotnych wymaga w początkowym okresie przeznaczenia środków finansowych na organizację sieci i wyposażenie techniczne. System ubezpieczeń zdrowotnych, oparty na zasadzie częściowego

opłacania składki przez ubezpieczonego na określony fundusz, wprowadza ważny społecznie i ekonomicznie aspekt współudziału ubezpieczonego w trosce o własne zdrowie i zdrowie swoich bliskich. W obecnym, typowo zaopatrzeniowym systemie opieki zdrowotnej, element ten prawie nie występuje.

Wprowadzenie instytucji ubezpieczeń zdrowotnych urzeczywistnia podstawową zasadę rozdziału dostarczyciela usług zdrowotnych, czyli poradni w szpitalach, lekarzy prowadzących prywatną praktykę, od instytucji finansujących, czyli kas ubezpieczeń zdrowotnych, i organizatora – samorządu terytorialnego państwa. Wzmocni to znacznie kontrolę i zracjonalizuje koszty, a ponadto wprowadzi zasadę kontraktowania świadczeń, ze wszystkimi tego skutkami. Zbuduje rynek wewnętrzny.

*

Na zakończenie chciałbym jeszcze dodać kilka refleksji ogólniejszej natury. Sądzę, że przybyliście państwo na to spotkanie w poczuciu wagi i ogromu problemów, którym poświęcona zostanie nasza debata. Potwierdzi to z pewnością wymiana poglądów, której będziemy uczestnikami. Wierzę, iż umocni nas w przeświadczeniu, że sporu co do potrzeby fundamentalnych zmian obecnego systemu zabezpieczenia społecznego, w tym reformy ubezpieczeń społecznych i stworzenia ubezpieczeń zdrowotnych, być nie może.

Zdajemy sobie dobrze sprawę, jak trudna i delikatna to materia, tak w wymiarze społecznym, jak też politycznym i gospodarczym, bowiem koszty i efekty wprowadzenia reformy odczuje, choć w różnym stopniu, całe społeczeństwo.

Ta operacja, choć niezbędna pacjentowi, musi być jednak bolesna, z czego nie każdy zdaje sobie sprawę. Stąd przy zbyt nikłej społecznej świadomości, niedostatecznym zrozumieniu istoty proponowanych i niezbędnych zmian mogą pojawiać się pokusy manipulowania celami i założeniami reformy dla doraźnych, partykularnych korzyści.

Mając to na uwadze i jednocześnie czując się współodpowiedzialnymi, oczywiście z wyważeniem proporcji, za decyzje, których dalekosiężne konsekwencje będą miały tak duży ciężar gatunkowy, mamy obowiązek apelować o zrozumienie, iż reforma systemu zabezpieczenia społecznego musi pozostać ponad wszelkimi podziałami. Bo choć decyzje w tej sprawie podejmuje politycy, sama reforma, by osiągnęła swe cele, musi być wyłączona z politycznej kwalifikacji.

Podkreślam to tak mocno, gdyż uprawniają do tego dotychczasowe doświadczenia i historia podejmowanych już prac i gorących wokół nich

dyskusji w tym obszarze zagadnień, a także obowiązująca logika podziału na tych, którzy rządzą, podejmują decyzje i ponoszą za nie odpowiedzialność oraz tych, którzy są akurat w opozycji. Z satysfakcją trzeba jednak zauważyć, iż pole różnic powoli wydaje się zmniejszać. Zagrożenia mimo to istnieją nadal i nie wolno ich lekceważyć. Reforma ubezpieczeń społecznych i stworzenie ubezpieczeń zdrowotnych są bowiem tymi dziedzinami, które w przekonaniu niektórych można traktować instrumentalnie, w zależności od doraźnych potrzeb i politycznej koniunktury, w pewności, że można nierozważnie rozbudzać zbyt duże społeczne oczekiwania, posługiwać się demagogią i obietnicami bez pokrycia.

Jak wspomniałem, sprzyja temu niewielka w społeczeństwie znajomość złożoności procesu reformy i jej skutków w skali makro, ale przede wszystkim jednak w skali mikro, bo te skutki będą szybciej bezpośrednio odczuwane przez jednostki i grupy społeczne. Upowszechnianie i utrwalanie mitu o szybkiej, radykalnej zmianie na lepsze bez poniesienia kosztów to groźne zjawisko i nieodpowiedzialność. Konsekwencje takiego manipulowania opinią społeczną i krótkowzrocznego koniunkturalizmu mogą okazać się dotkliwie bolesne i dla społeczeństwa, i dla całego państwa. Dla nas wszystkich.

Ta świadomość powinna towarzyszyć odpowiedzialnym bezpośrednio i pośrednio za los i kształt systemowych przemian w tak wyjątkowo newralgicznej dziedzinie, jaką jest system zabezpieczenia społecznego. Dlatego, między innymi, potrzebne są takie spotkania jak to, wymiana zdań i poglądów, nawet skrajnie odmiennych. Tylko w ten sposób można dochodzić do *consensusu*, jeśli nie we wszystkim, to przynajmniej w sprawach najistotniejszych.

Dyskutujmy o tym, co nas dzieli, ale szukajmy przede wszystkim tego, co łączy. Wnieśmy się w imię nadrzędnego, wspólnego dobra ponad partykularne interesy, tak by ci, którzy podejmą ryzyko i rozpoczną rozłożony przecież na wiele lat trud reformy, mogli mieć pewność, że dokończą ją następni, nawet wówczas gdy będą reprezentantami odmiennego układu politycznego. To wyzwanie dla nas wszystkich.

Zwracam się zatem do partii politycznych, związków zawodowych, organizacji społecznych o zawarcie swego paktu społecznego w tej właśnie sprawie. Od tego, czy uda nam się urzeczywistnić zamiar przebudowy tej sfery, zależy przyszłość nasza i naszych pokoleniowych następców, całego społeczeństwa.

Istnieje wiele zagrożeń i barier, ale istnieje przede wszystkim szansa, której zmarnować nie wolno. Okażmy odwagę, ale przede wszystkim rozagę. Okażmy determinację w konsekwentnym doprowadzeniu reformy do końca. Okażmy wyobraźnię na miarę wyzwań i standardów społeczeństw XXI wieku.

*

Zapraszam do wymiany poglądów, argumentów, opinii. Proponuję, by jako pierwszy zabrał głos pan minister Andrzej Bączkowski, pełnomocnik do spraw reformy zabezpieczenia społecznego, który przed kilkoma dniami przedstawił opinii publicznej zarys reformy emerytalnej oraz harmonogram prac nad pakietem ustaw reformujących system zabezpieczenia społecznego.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej **ANDRZEJ BĄCZKOWSKI**
– Pełnomocnik Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego

REFORMA SYSTEMU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Prezentując w kwietniu tego roku na forum Sejmu rządowy program reformy ubezpieczeń społecznych, deklarowałem w imieniu rządu wycofanie wniosków z debaty parlamentarnej, a w szczególności wniosków krytycznych. Zadeklarowałem także, że rząd nie zlekceważy głosu 9,5 miliona Polaków, którzy w referendum uwłaszczeniowym, a więc już po przekazaniu rządowego programu reformy do Sejmu, opowiedziało się za dofinansowaniem z zasobów prywatyzacyjnych reformy ubezpieczeń emerytalno-rentowych. Takim najbardziej namacalnym dowodem, że w toku dalszych prac modyfikujemy rządowy program reformy ubezpieczeń społecznych, jest chociażby projekt ustawy waloryzacyjnej, który w przedłożeniu rządowym jest bardzo istotnie zmieniony w porównaniu z koncepcją zawartą w rządowym programie reformy ubezpieczeń społecznych.

Także w wyniku formułowanych w sierpniu, podczas debaty sejmowej, postulatów mocą rozporządzenia i uchwały Rady Ministrów ustanowiony został pełnomocnik rządu do spraw reformy zabezpieczenia społecznego, powołane zostało biuro tego pełnomocnika, które pracuje nad koncepcją reformy i przełożeniem jej na język projektów ustaw.

Powstał również międzyresortowy zespół do spraw reformy zabezpieczenia społecznego, tak aby zapewnić po rządowej stronie optymalne warunki do koordynacji prac nad reformą różnych jej segmentów, tak ubezpieczenia społecznego, jak i zaopatrzenia społecznego, a więc systemu ze swej istoty bezskładkowego, a także pomocy społecznej.

Chcę wyraźnie zadeklarować, że w toku prac i moich, i Biura Pełnomocnika do Spraw Reformy Zabezpieczenia Społecznego, które jest mi bezpośrednio podporządkowane, będziemy analizować każdą propozycję, jeśli będzie ona racjonalna ekonomicznie i społecznie. Obecny czas, czas pracy nad reformą, a konkretnie nad tym, co najważniejsze – nad symulacją skutków finansowych i określeniem źródeł sfinansowania reformy – jest czasem, kiedy nie jest jeszcze za późno, by takie przemyślane propozycje, realistyczne i zasadne ze względów ekonomicznych i społecznych, zgłaszać.

Mówiłem w Sejmie o tym, że jesteśmy w wyniku referendum uwłaszczeniowego otwarci na rozważenie możliwości poszerzenia kapitałowych funduszy emerytalnych. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w pracach Biura Pełnomocnika do Spraw Reformy Zabezpieczenia Społecznego.

Korzystając z możliwości rozmowy z tak znakomitymi przedstawicielami teorii i praktyki ubezpieczeń społecznych, przypomnę to, co przed kilkoma dniami miałem okazję publicznie prezentować. Chcemy pracować w takim kierunku, aby można było nie później – traktujemy to jako termin maksymalny – a więc nie później niż w marcu 1997 roku przekazać do Parlamentu projekty ustaw, które dla reformy mają fundamentalne znaczenie.

Będą to oczywiście projekty w pierwszej kolejności dotyczące ubezpieczeń emerytalno-rentowych. Są one najtrudniejszym elementem reformy i jej fundamentem. Gdy pojawią się projekty ustaw o kapitałowych funduszach emerytalnych oraz o wykorzystaniu zasobów prywatyzacyjnych w celu sfinansowania reformy ubezpieczeń społecznych, będzie to właśnie przekroczenie Rubikonu, jeśli chodzi o tę reformę. Tak właściwie bowiem ubezpieczenia społeczne są już od kilku lat reformowane, że przypomnę całe ustawodawstwo, jakie weszło w życie, a dotyczące zmian w zasiłkach chorobowych i rodzinnych, reformę orzecznictwa inwalidzkiego, obszerną i głęboką nowelizację ustawy o pomocy społecznej.

Nadal jednak panuje powszechne przeświadczenie, że nie osiągnęliśmy jeszcze tego punktu w reformie, o którym można byłoby powiedzieć, że jest punktem masy krytycznej.

Widzę go właśnie w postaci tych dwóch projektów ustaw, a w konsekwencji i takich projektów ustaw jak o emeryturach państwowych,

o rentach inwalidzkich i rentach rodzinnych, które będą towarzyszyć tym dwóm aktom podstawowym. Chcemy więc, by w trzyfilarowym docelowym modelu ubezpieczeń emerytalno-rentowych, gdy przyjdziemy do Parlamentu z projektami ustaw, znalazło się to co, najlepsze we wszystkich projektach, propozycjach i programach, które znajdują się w obiegu publicznym.

Nie ukrywam, że już teraz pracując i przygotowując zarys, staraliśmy się przełożyć na język konkretów to, co najlepsze w projekcie przygotowanym w Ministerstwie Pracy, w projekcie przygotowanym w Ministerstwie Finansów, w programie NSZZ „Solidarność”, a także w propozycjach przygotowanych przez Instytut Prac i Spraw Socjalnych pod kierunkiem pani profesor Stanisławy Golinowskiej.

Pierwszy filar, obowiązkowy dla wszystkich, to zreformowany system repartycyjny. Zreformowany w tym kierunku, aby zabezpieczał nie większość zarobków w postaci emerytury, ale ich mniejszość i by o wysokości emerytury decydowały trzy elementy. Po pierwsze, długość stażu ubezpieczeniowego. Po drugie, wysokość składki. I to nie jest kwestionowane. Ale po trzecie, to co bardzo istotne, oczekiwana przeciętna długość życia Polaków, bez względu na płeć, publikowana corocznie przez Główny Urząd Statystyczny.

Tak więc to, co każdy z nas, po wprowadzeniu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych kont indywidualnego przebiegu ubezpieczenia, zgromadziłby na swoim koncie, dzielone byłoby przez przeciętną oczekiwaną długość życia. Pozwoliłoby to określić wysokość emerytury, ale oczywiście świadczenia byłyby wypłacane dożywotnio.

Można by nazwać ten pierwszy segment, bismarckowski ze swojego rodowodu, międzypokoleniowym kapitałem emerytalnym. Dlaczego międzypokoleniowym kapitałem? Dlatego, że jakkolwiek odzwierciedleniu na kontach podlegałyby składki zgromadzone przez każdego ubezpieczonego, to jednak te pieniądze natychmiast byłyby przeznaczane na finansowanie na bieżąco wypłacanych rent i emerytur, a jest ich 9 milionów.

Filar drugi, to segment kapitałowego pokrycia, obsługiwany przez fundusze emerytalne, zarządzane prywatnie, ale pod ścisłym nadzorem państwa, aby było to oszczędzanie bezpieczne.

Składka byłaby zdefiniowana, natomiast o wysokości emerytury decydowałyby, oprócz wielkości zgromadzonych składek, zyski, jakie miałyby przynieść inwestowanie tych składek. Ten drugi segment byłby – i w tym kierunku pracujemy – na pewno obowiązkowy dla tych Polaków, którzy jeszcze nie weszli na rynek pracy. Symulacje finansowe mają nam odpowiedzieć na pytanie, czy możliwe byłoby rozciągnięcie obligatoryjności tego drugiego segmentu na tych Polaków, którzy już

pracują, ale jeszcze są w stosunkowo młodym wieku i mają krótki staż pracy.

Dobrowolny, ale na zasadzie powszechności, byłby dla wszystkich pracujących, którzy nie przekroczyli 50. roku życia. Każdy w tym przedziale wieku mógłby podjąć suwerennie decyzję, czy pozostaje w systemie dotychczasowym, czy przechodzi do nowego systemu, a przez to ta cała składka, która jest w tej chwili odprowadzana do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, byłaby dzielona pomiędzy Fundusz Ubezpieczeń Społecznych i tę część, która byłaby wpłacana na jego konto w jednym z kapitałowych funduszy emerytalnych.

I wreszcie filar trzeci, oparty na grupowej oraz indywidualnej przyczynności, w różnych formach. I tych, które istnieją w tej chwili, i tych, które się pojawiają; tu prawo obywatelstwa miałyby towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, fundusze branżowe, fundusze powiernicze. Każdy mógłby, dokonując swobodnego wyboru, jeśli tylko zechce, wpłacać na konto i oszczędzać na swoją starość.

Koncepcja bardziej szczegółowa, wraz z założeniami projektów ustaw, ma być gotowa do połowy stycznia 1997 r. Czas, który maksymalnie został określony na marzec, jest czasem, kiedy po wymaganych uzgodnieniach międzyresortowych i konsultacjach z partnerami społecznymi chcemy mieć projekty gotowe do przekazania do łaski marszałkowskiej, tak aby stworzyć warunki, by Parlament tej kadencji uchwalił fundamentalne dla reformy ustawy.

Mówię o ubezpieczeniach emerytalno-rentowych, bo to jest jądro reform. Ale oczywiście proponujemy także nowe ustawodawstwo w obszarze rynku pracy. Nie przesądzając jeszcze, czy pójdziemy drogą ubezpieczenia, czy zaopatrzenia społecznego, powstanie na pewno odrębny projekt ustawy o zabezpieczeniu społecznym z tytułu bezrobocia, będzie projekt ustawy o pośrednictwie i aktywizacji zawodowej, być może odrębny projekt ustawy, który zawierałby regulacje adresowane do ludzi młodych, do polskiej młodzieży, bo to jest najbardziej bolesny problem polskiego bezrobocia. Wiele osób bezrobotnych mieści się bowiem w przedziale wiekowym do 34 roku życia.

Obszerne wystąpienie pana marszałka pozwala mi nie mówić o konieczności przeprowadzenia reformy. Podstawowe argumenty za tym, że czekać już dłużej nie można, zostały zaprezentowane.

Oczywiście jako pełnomocnik rządu odpowiadam za reformę całego systemu zabezpieczenia społecznego, a więc systemu ubezpieczeniowego we wszystkich jego obszarach, systemu zaopatrzeniowego, czyli tego, który wypłaca świadczenia, ale bez opłaconej wcześniej składki, i opieki społecznej. Tylko patrzenie łączne na te trzy segmenty pozwala przeprowadzić prawidłowe, rzetelne symulacje finansowe. Nie wystarczy bowiem stwierdzić, że przechodząc na czysty model ubezpieczeniowy

dokonujemy istotnych oszczędności, trzeba też wiedzieć, kto wypada z tego systemu i gdzie ma trafić. Trafi do pomocy społecznej, a pomoc społeczna to także środki finansowe państwa polskiego, a nie z zagranicznej pomocy technicznej.

Jeśli więc mamy mówić o kosztach, trzeba sobie uzmysłwić, jakie będą losy tych, którzy wypadają z jednego systemu i stworzyć im możliwości, warunki do tego, by mieli prawo korzystać ze świadczeń w systemie innym. Wszystkie segmenty systemu muszą być spójne i szczelne: segment ubezpieczeniowy, zaopatrzeniowy i segment, który określamy jako pomoc społeczna.

**dr KRZYSZTOF KUSZEWSKI – Wiceminister Zdrowia
i Opieki Społecznej**

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W KONTEKŚCIE REFORMY OCHRONY ZDROWIA

Pan marszałek powiedział bardzo wiele na temat historii, na temat stanu, w jakim jesteśmy, jeśli chodzi o ubezpieczenia zdrowotne. Wspomnę, bo trzeba stale to przypominać, że pierwsze nasze spotkanie zostało zatytułowane: „Porozumienie ponad podziałami”. W Jachrance dyskutowaliśmy ze wszystkimi, którzy wtedy weszli do Parlamentu i tymi, którzy nie weszli, na temat, jak ma być urządzony ten system.

Bardzo szybko, bo w lipcu 1995 roku, gotowe akty prawne trafiły do Sejmu. Obecnie prace legislacyjne są prawie na ukończeniu.

Po pierwszym okresie, który oceniam jako czas zapoznawania się z tematem, doszło do bardzo szybkiej i sprawnej pracy. Dziś na pewno nie jest to już ustawa, którą złożył rząd, na pewno nie jest to też ustawa, którą złożył prezydent. Jest to ustawa stanowiąca na pewno dorobek komisji, która pracowała nad jej kształtem. Jest to zupełnie inny, przepracowany i dopracowany projekt.

Chciałbym powiedzieć, jak zamierzamy wdrożyć nowy system, zakładając, że Sejm i Senat uchwalą tę ustawę. Jak zamierzamy doprowadzić do tego, aby funkcjonował system, który ma spełnić warunek podstawowy: poprawić to, co się dzieje w tej chwili, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną.

Mamy świadomość, powszechnie akceptowane stanowisko, że system ochrony zdrowia, który funkcjonował przez lat kilkadziesiąt, wyczerpał swoje możliwości. Ja tego nie oceniam jako katastrofy, bo niezwykle trudno jest ocenić jako katastrofę coś, co się nie wydarzyło nagle.

Przez całe lata funkcjonował system, który ostatecznie wyczerpał swoje możliwości ze względu na to, że rozwój wiedzy medycznej i technologii medycznej powodował wzrost kosztów nowoczesnej opieki medycznej, które eksplodowały. I to jest wynik tego, co się wydarzyło na całym świecie. To się wydarzyło choćby we Francji. Zawsze w takich sytuacjach przywołuję Białą Księgę, którą Balladure, były premier Francji, złożył na ręce umierającego prezydenta Mitterranda. Napisał w niej: *Panie Prezydencie, nasz system socjalny się załamał*. A przecież był to system ubezpieczeniowy. Tak więc „ubezpieczenie” jako remedium na wszystko, co się dzieje w tym obszarze, jest to hasło, którym nie możemy się posługiwać. Ten system nie miał mechanizmów rynkowych.

Jeśli miałbym najkrócej powiedzieć, co ma się zmieniać, to chciałbym mówić o mechanizmach, które zostaną zastosowane, bardzo mało natomiast chciałbym mówić na temat tego, jak nasze podatki zostaną zamienione na składkę. Bo o tym mówi *de facto* ustawa. Mówi, jak będą zarządzane kasy: że mają być samorządne, że mają być samofinansujące się. Mówił o tym w swoim wystąpieniu pan marszałek.

Jeśli mamy porównać, zobaczyć, co się ma wydarzyć, to trzeba bardzo dobrze znać miejsce startu, w którym jesteśmy. Zacytuję fragment pewnego materiału, który mam przed sobą: *Obniżenie w ostatnich latach realnych nakładów na ochronę zdrowia, związane z trudnościami finansów państwa, ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych, połączone z pobieraniem opłat, oraz postępujący proces rozpadu państwowego systemu służby zdrowia spowodowały dramatyczny spadek poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli*.

I dalej: *Nadrzędną rolą każdej polityki zdrowotnej jest działanie prowadzące do poprawy stanu zdrowia populacji*. I wreszcie trzeci cytat z tego materiału: *Ministerstwo Zdrowia, tracąc systematycznie realny wpływ na bieżące funkcjonowanie rozpadającego się na szereg ogniw systemu, przestało pełnić rolę zarządzającego systemem i lidera przemian*.

Jest to cytat z opracowania „Założenia ubezpieczeń zdrowotnych, opieka zdrowotna dla wszystkich” z marca 1993 r. Autorzy: przewodniczący zespołu Marek Balicki, podsekretarz stanu w Ministerstwie

Zdrowia, Helena Górska, podsekretarz stanu w Ministerstwie Finansów, i szereg innych osób.

Musimy więc mieć świadomość, że jeśli dziś ktoś mówi tak samo, to znaczy, że tak już było i że te trudności mamy nadal. Zmieniły się może dwie rzeczy. Jedna – nie pogarsza się stan zdrowia Polaków. I to jest pierwszy fakt, który musimy odnotować z wielką radością. To wynik przemian cywilizacyjnych w Polsce. Tak dzieje się od około czterech lat. Najpierw nastąpiło zahamowanie stale spadającej długości życia, wreszcie życie Polaków zaczęło się wydłużać i obecnie sytuacja na szczęście została odwrócona. Gdybyśmy więc mieli z tego punktu widzenia oceniać nasze miejsce, to jesteśmy w lepszym miejscu niż parę lat temu.

Druga sprawa to jakby odzyskanie pewnej pozycji lidera przemian, jeśli chodzi o proponowanie nowych rozwiązań. Mam nadzieję, że o tym będę mógł powiedzieć najwięcej, dlatego że faktycznie wszystko sprowadza się do stworzenia mechanizmów rynkowych. Jeśli mamy wytworzyć rynek, musimy mieć na nim trzy zasadnicze elementy. Po pierwsze – nie ma rynku bez pieniędzy. I to będzie pierwsza część mojego wystąpienia: skąd mają pochodzić pieniądze i jakie. Po drugie – nie ma rynku bez konkurencji. Tak więc, jak doprowadzić do konkurencji o te publiczne pieniądze. Trzecia sprawa – nie ma rynku bez czeków, bez rozliczania się pieniędzmi. To jest trzeci niezbędny element. Pomijam tu ocenę jakości wielu innych rzeczy, bo chcę się skoncentrować na tych najważniejszych.

I gdybyśmy w ten sposób spojrzeli, to zacznijmy może właśnie od pieniędzy, aby odmitologizować pewne rzeczy. Po pierwsze – ile pieniędzy przeznaczamy w naszym kraju na jednego mieszkańca w ciągu roku? Otóż, jeśli weźmiemy pod uwagę tylko te pieniądze, które poświęcamy z naszych podatków, jest to kwota stale oscylująca około stu kilkudziesięciu dolarów, czyli w granicach 4,5–5% produktu krajowego brutto. Mówi się, że dobrze by było, gdyby było to 6% produktu krajowego brutto.

Polski dochód narodowy z roku na rok na szczęście rośnie. Jak długo tak będzie, trudno powiedzieć, ale gdybyśmy się chcieli porównać z innymi krajami, to na przykład Francja w momencie załamania swego systemu wydawała najwięcej w Europie, a więc ok. 2,5 tysiąca dolarów rocznie na osobę.

Tymczasem w Polsce, według przeliczeń OECD, gdzie bierze się po uwagę taniość polskiej pracy, jest to zaledwie 250, może 300 na koniec tego roku dolarów na osobę, a więc jest to 1/10, powiedzmy 1/7 średniej wysoko rozwiniętych krajów.

Żadamy cudu w tym systemie, ale jak za 1/10 pieniędzy dać świadczenia takie jak w krajach bogatych? Taki cud nigdy nie nastąpi. I ten, kto tak mówi, po prostu kłamie. To jest niemożliwe. Musimy dzielić tylko

te pieniądze, które mamy. Nie możemy dzielić pieniędzy, których nie mamy, a funkcjonowanie systemu jakby troszkę na wyrost daje w nowoczesnych technologiach wyśmienite wyniki: zwiększenie operacji kardiologicznych o 40% w trzy lata, zwiększona liczba dializowanych. Jest wiele tego typu przykładów, są powszechnie znane np. sukcesy tych bardzo kosztownych technologii, m.in. transplantacyjnych i innych. Wówczas jednak braknie nam pieniędzy na normalne funkcjonowanie tak zwanej powiatowej czy rejonowej bazy szpitalnej. Takie przeciąganie pieniędzy w kierunku drogich technologii powoduje, że musi gdzieś ich braknąć. Można wtedy iść albo w dług, albo brać pieniądze od obywatela. Wszystkie pieniądze, które są na rynku, są naszymi wspólnymi pieniędzmi, a więc albo je płacimy w składce, albo musimy zapłacić inaczej.

Druga sprawa, o której chciałem powiedzieć, to fakt, że w każdym kraju nakłady na ochronę zdrowotną są takie, jakie są możliwości budżetu. Występuje przy tym pewna prawidłowość: jeżeli dochód narodowy rośnie o 10 punktów, wówczas o około 13% rosną wydatki na ochronę zdrowia. I ta prawidłowość powtarza się we wszystkich krajach, tak więc można to uznać za pewnego rodzaju prawo. Polska znajduje się na takim właśnie poziomie, tylko nikt nie chce uwierzyć, że dochód narodowy jest właśnie taki. Możliwości budżetowe można jeszcze trochę zwiększyć, można przeciągnąć pieniądze z jednego działu do drugiego, komuś zabrać, gdzieś dodać, ale to niewiele zmieni, nie będzie to ta wielka różnica, o którą nam chodzi. Jeśli uda się 0,3% PKB pozyskać, i to z najwyższym wysiłkiem, nie zmieni to absolutnie niczego.

Dlatego we wszystkich krajach liczy się dwie wartości. Jedną wartością jest ta, którą możemy poświęcić z podatków lub składki. Druga wartość to ta, którą obywatele łożą sami. Jeśli weźmiemy średnią z krajów OECD, jeszcze bez Polski, bowiem są to dane z poprzedniego roku, jest to 5,5% produktu krajowego brutto przeznaczonego na szeroko rozumianą ochronę zdrowia. Taka jest średnia. Niektóre kraje poświęcają 4%, a inne kilkanaście procent. Tak wiele poświęcają ze swego ogromnego dochodu narodowego np. Stany Zjednoczone.

Teraz trzeba dodać pieniądze, które są dopłacane – i dzieje się tak we wszystkich krajach – z kieszeni prywatnych. W Polsce dopłacane są one w znacznej części przez chorych, a więc osoby, które rzeczywiście są w sytuacji fatalnej. Nie dość, że są chore, to jeszcze muszą wносить te opłaty. Prowadzi to do zaniku solidaryzmu społecznego.

Ile wynoszą w takim razie średnio we Wspólnocie Europejskiej albo w OECD opłaty z kieszeni pacjenta, czyli fundusze prywatne? Szacuje się je na 3,5%, czyli razem daje to 5,5% plus 3,5%, a zatem 9% dochodu narodowego brutto pochodzącego z dwu źródeł i przeznaczonego średnio na ochronę zdrowia.

To są te pieniądze, które mogą być na rynku. Również w Polsce. Istnieją stosowne badania. Jedni się obrażają, kiedy je publikujemy, inni rozumieją, że pokazujemy te pieniądze, które są na rynku. Trzeba je skanalizować w taki sposób, aby znalazły się w systemie.

Druga sprawa. Skoro ma być rynek i ma być konkurencja, trzeba odpowiedzieć na pytanie, kto z kim ma konkurować? Jeden z pomysłów polegał na tym, by konkurowały ze sobą kasy chorych, czyli instytucje ubezpieczeniowe. Jestem przeciwnikiem tego systemu, dlatego że byłby to system zbyt radykalny. Natomiast jestem gorącym zwolennikiem konkurencji, ale w ubezpieczeniach dodatkowych. Uważam, tak to zresztą prezentujemy w projekcie ustawy, że podstawowe ubezpieczenie zdrowotne musi być gwarantowanym dla wszystkich przyzwoitym minimum, aby każdy czuł się bezpieczny. Dopiero potem, w zależności od własnych pieniędzy, podobnie jak w systemie ubezpieczenia społecznego, mogłaby nastąpić konkurencja, która przyniesie korzyść tym, którzy się ubezpieczają. A zatem pierwszą sprawą jest to, że nie konkurują w powszechnym ubezpieczeniu kasy, przynajmniej na początku.

Kto w takim razie konkuruje? Konkurują prywatni lekarze, którzy pracują na kontraktach, bo tylko ktoś na kontrakcie może być finansowany poprzez system ubezpieczeniowy i samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Tu właśnie istnieje konkurencja, aby zyskać przede wszystkim z jednej strony maksimum pieniędzy. Jeśli bowiem mówimy o rynku, to nie możemy już dłużej udawać, że tu nie chodzi o te pieniądze. Musimy to wyraźnie powiedzieć. Z drugiej strony – świadczenia wysokospecjalistyczne, za którymi przepływałyby największe pieniądze, mogą być wykonywane tylko w pewnych miejscach, które uzyskają „akredytację”. Nie można przeszczepiać serca w powiatowym szpitalu. Musi więc być tutaj pewien system kontroli, ale konkurencja o pieniądze i o świadczenia może istnieć.

Kto będzie miał pieniądze? Pieniądze zostaną w sektorze administracji rządowej, to są wojewodowie. Ogromna jest suma pieniędzy w administracji samorządowej. Nowe źródło to ubezpieczenie zdrowotne. Ono przejmie większość pieniędzy na świadczenia i będzie finansowało te świadczenia niezależnie od własności placówek opieki zdrowotnej. Większość z nich na pewno będzie samorządowa, bowiem trudno sobie wyobrazić inną własność niż komunalną.

Jest to najbliższe pacjentowi, ale nie znaczy, aby musiało być finansowane przez pieniądze, tak jak jest teraz, ze współczynnika U – jeśli ktoś dostał tyle a tyle pieniędzy, to każdego roku dostanie tyle samo, niezależnie czy jest dobry, czy marny. Jest to system, który musi się zmienić. Dyskutujemy to obecnie również z kolegami z samorządu.

Zatem będzie sektor publiczny placówek samorządowych, szpitali wojewódzkich i innych, funkcjonujących jako samodzielne szpitale,

państwowych szpitali klinicznych, instytutów (są one *de iure* samodzielne), i one będą mogły funkcjonować w usługach jako sektor publiczny, oraz ogromny sektor prywatny lekarzy na kontraktach: kontraktowych lekarzy rodzinnych, pediatrów, specjalistów i wszystkich pozostałych.

Krótko mówiąc, powstaje sytuacja, kiedy pieniądze będą płacone – to jest może najważniejsze: będą płacone za świadczenie. Faktycznie system ubezpieczeniowy daje nam to, że płacić się będzie za świadczenie, a nie za to, że istnieje budynek szpitala czy przychodnia. I to jest ta ogromna różnica. Jak to w szczegółach zostanie rozwiązane, jest rzeczą dyskusji, która już trwa, ale najważniejsza jest zmiana myślenia moich kolegów, ale przede wszystkim tych, którzy nie finansują już szpitali, tylko świadczenia medyczne. Mają one w związku z tym swoją wartość i tworzy się rynek tych świadczeń.

Inna sprawa to fakt, że ten, który świadczy usługę, musi być oddzielony od pieniędzy. Dzisiaj mamy sytuację, że w szpitalu, kiedy ktoś jest dobrym menedżerem, ma pieniądze, im więcej wykona świadczeń medycznych, tym więcej ich wyda. To jest antymotywacja i działa w odwrotną stronę: jak najmniej udzielić świadczeń i jak najtańszych, wtedy mam globalną sumę pieniędzy większą. Jeżeli odwrócimy sytuację, okaże się, że im więcej wykonam świadczeń o odpowiednim standardzie, tym więcej mam pieniędzy na płace i na całą placówkę. I właśnie to oddzielenie dostawcy świadczeń od płatnika jest istotą zmiany. Po to jest nam potrzebne ubezpieczenie, aby w Polsce wprowadzać rynek świadczeń; to znaczy system rynkowy.

Panuje powszechne przekonanie, że coś się zahamowało, jeśli chodzi o lekarzy rodzinnych, co nagłośniono w środkach masowego przekazu.

Tymczasem tak nie jest. Lekarz rodzinny w błyskawicznym tempie, przewyższającym nawet nasze oczekiwania, znajduje swoje miejsce na rynku. Sądzę, że do końca 1996 roku będzie około tysiąca lekarzy rodzinnych. Kilkaśet gabinetów lekarzy rodzinnych jest wyposażanych z rozmaitych pieniędzy, np. z PHARE, z Banku Światowego, ze środków budżetowych.

Po co robimy w takim razie ten wielki wysiłek, tę wielką zmianę? Chcemy mianowicie, aby w systemie lekarz rodzinny był po nim przewodnikiem, decydował o wydaniu pieniędzy pacjenta. To pierwsza sprawa.

Inna sprawa to restrukturyzacja szpitali. Gdybyśmy zostawili szpitale tak, jak są one dzisiaj, trudno byłoby im konkurować, ponieważ już w momencie startu niektóre byłyby skazane z góry na porażkę, nie miałyby żadnych szans na rynku. Tak więc musimy sobie zdawać sprawę, że należy to wyrównać.

Zapoczątkowaliśmy restrukturyzację szpitali. Jest to szalenie trudne zagadnienie. Ci, którzy próbowali to robić, a widzę na tej sali paru

kolegów, którzy w swoich województwach próbowali, wiedzą, co się dzieje. Nawet szpital, w którym były 34 operacje na chirurgii w ciągu roku, nie dał się zlikwidować, mimo że obok istniał drugi. Szczególnie lokalne społeczności, inspirowane przez moich kolegów, zabiegały o to, żeby zostawić takie szpitale. To polityka dość krótkowzroczna, dlatego że taki szpital jako szpital pielęgnacyjny, jako szpital, który może mieć wielu klientów, za chwilę będzie musiał jako samodzielny zarobić pieniądze, wtedy mogą do niego dopłynąć środki finansowe.

To się dzieje już w paru województwach, ale ta restrukturyzacja szpitali sprowadza się do zmniejszenia tak zwanych łóżek ostrych z ok. 54 na dziesięć tysięcy mieszkańców do 46, czyli o ok. 20%, do przejścia na większą liczbę szpitali dziennych; szpitali jednego dnia, a za to zorganizowania szpitali długiego pobytu, szpitali rehabilitacyjnych albo pielęgnacyjnych, gdzie pacjenci, którzy nie wymagają kosztownego, intensywnego leczenia, będą mogli być dłużej.

Wreszcie następna sprawa. Aby przygotować się do ubezpieczenia, potrzebna jest nowa alokacja środków. Jeśli powiem tylko tyle, że w Łodzi na jednego mieszkańca jest 130% tego, co jest w Siedlcach i w Koninie, a w Koninie jest 70% średniej, średnia jest 266 złotych, to np. u wojewody łódzkiego wynosi ona ponad 300 zł, a mniej, około 200 zł, jest np. u wojewody konińskiego i siedleckiego. M.in. dlatego może nastąpić przepływ pieniędzy, bo ten biedny nie ma czym zapłacić.

I jeżeli chcemy doprowadzić do przepływu pieniędzy przed wprowadzeniem rynku przed ubezpieczeniami, musimy wyrównać poziom zmieniając alokację pieniędzy na województwa. Udało się to z lekami. Policzone to według standardu demograficznego: liczba ludności razy standaryzowany współczynnik zgonów. Nie wnika już w to, że wchodzi tam odwrócony pierwiastek, to daje wiek i strukturę również i zachorowań. W każdym razie taka próba napotkała wielki opór w wielkich miastach, które musiały coś oddać. Doszliśmy do wniosku, że w związku z tym proponujemy inaczej.

Zaproponujemy świadczenia wysokospecjalistyczne, najważniejsze, na których pacjentom najbardziej zależy, takie jak przeszczepy szpiku, leczenie nowotworów, jak dializa i szereg innych. Wiedzieliśmy, że to grosza nawet nie ujmie z płac, w związku z tym na razie nie mamy protestów. Gdybyśmy ruszyli pięć groszy z którychkolwiek płac, zacząłby się protest.

Mówię to państwu wprost, ponieważ nawet w województwie katowickim, które jest na średnim poziomie finansowania, ruszenie 361 etatów z rynku – etatów w województwie katowickim – które ma sto tysięcy etatów, spowodowałoby bardzo duże trudności, łącznie z akcją protestacyjną, koniecznością wyjaśniania, autobusem górników itd., który przyjechałby do Ministerstwa Zdrowia.

Mówię o tym, żeby pokazać, że nie warto stosować metody ręcznego sterowania. Nauczyliśmy się tego i nie ruszamy płac. Dzięki temu możemy zrobić pół kroku w kierunku reformy i jest to bezpieczne.

W przyszłym roku jest to 2% pieniędzy wojewodów, 40% pieniędzy ministra. Myśmy zagrali w tego pokera dużo wyższą kartą, ryzykując finanse państwowych szpitali klinicznych, instytutów, ale uważamy, że do nich rzeczywiście przypłyną pieniądze za te świadczenia. Zrobiliśmy również symulację.

Wreszcie zakłady samodzielne. Zakłady samodzielne w tym roku mają swoje pieniądze budżetowe. Jest to 70 milionów złotych. Tych zakładów funkcjonuje już kilkadziesiąt. Troszkę więcej, niż myśleliśmy, dlatego że wojewodowie sami powołują mniejsze zakłady.

Głównym problemem było zadłużenie zakładu, który wchodził w samodzielność. Udało się to rozwiązać za pomocą tych pieniędzy i starań wojewodów. Pierwsza setka tych zakładów pokaże nam, jak będą one naprawdę funkcjonować. Nikt tego dokładnie nie wie. Sam pomysł jest bardzo dobry i znany. Jest to globalny budżet, inny sposób kształtowania wydatków, jest to coś, co będzie działało na rynku, tak jak normalna firma, ale efekty zobaczymy dopiero w działaniu. Staramy się robić to w systemie pilotażu, pod nadzorem, aby nie skompromitować tej bardzo ważnej dla rynku idei.

Następna sprawa – kontraktowanie świadczeń medycznych. W tej chwili mamy już zawartych w Polsce siedemset kilkadziesiąt kontraktów. Dość szybko ta liczba narasta. Nie tak dawno jeszcze mówiliśmy o jednym czy dwóch lekarzach rodzinnych. Obecnie jest już ponad 212 lekarzy rodzinnych na kontrakcie. Jest ich w tej chwili 649, a więc jest to 30% ogólnej liczby lekarzy rodzinnych.

Skąd biorą się opory? Stąd, że nowe zawsze rodzi opór. Po pierwsze, u tych, którzy mają być lekarzami kontraktowymi, ponieważ tracą bezpieczeństwo posady. Co prawda posady z marną płacą, ale jest ona gwarantowana, są stałe pieniądze i pewne uprawnienia. Nie musisz się o nic martwić, nie jesteś menedżerem swego miejsca pracy. Natomiast szczególnie młodzi koledzy nigdy by już nie wrócili z systemu kontraktowego do systemu budżetowego.

I to jest tak naprawdę jedyne wyjście z krytycznej sytuacji w służbie zdrowia. A zatem jak najszybsza ucieczka w samodzielność i kontraktowanie świadczeń.

Wreszcie ostatnia sprawa to czek, który ma funkcjonować na rynku. Jest to rejestr usług medycznych. W tej chwili ponad 2,5 miliona Polaków korzysta z tego systemu. System się sprawdził najpierw w niewielkim Czarńkowie, potem w województwie pilskim, w Wałczu. Obserwowaliśmy, jak to będzie funkcjonowało w resortowej służbie zdrowia.

Okazało się, że ten system działa bardzo dobrze. Rozwinięto go twórczo w Gdańsku, w Suwałkach, w Ostrołęce i Koszalinie.

W tej chwili jest to bardzo dynamicznie rozwijający się system. I niezwykle skomplikowany. Jest to największe przedsięwzięcie informatyczne, które zostało podjęte, aby rozliczać się tym czekiem.

Czek jest papierowy, jest specjalnie obliczony na pierwsze trzy lata pracy tego systemu. Ktoś może powiedzieć: niby prymitywny system papierowy, ale dzieje się tak ze względów edukacyjnych, żeby uświadomić, że świadczenie zdrowotne kosztuje. Wiadomo też, kto je wykonał i kto za nie płaci, jaka jest dopłata, i mimo że nikt nie będzie płacił żadnych innych pieniędzy, póki nie będzie systemu opłat i dopłat, to będzie wiedział, ile to kosztuje. To jest system edukacyjny.

Inną zaletą tego systemu jest to, że nie wszędzie musi być komputer.

Mówię o tym dlatego, że jeszcze do dzisiaj jest wiele kontrowersji. W szczególności ci, którzy nie orientują się, jak ten system funkcjonuje, mają pewne wątpliwości, myślą o zwiększeniu biurokracji. Zapewniam, że tam żadnej biurokracji nie ma. Jest to samokalkulująca jak bilet lotniczy książeczka. Rzeczywiście, jedynym problemem jest to, że trzeba ją mieć i trzeba ją nosić. Jednak tam, gdzie ten system wprowadzono, ludzie by się go już nie wyrzekli, bo są inaczej traktowani. Ci ludzie stali się nośnikiem pieniędzy dla tych, którzy są na kontrakcie. Pacjenci są więc mile widziani, bo za tym czekiem idą pieniądze.

Nastąpiła więc zasadnicza zmiana. Pacjent nie jest intruzem. To jest przygotowanie do wejścia w system ubezpieczeniowy, tworzenie rynku.

Kończąc, chciałem zachęcić do dyskusji na temat pewnych pryncypiów ustawy, która praktycznie rzecz biorąc jest gotowa.

Ona zakłada kontrakty, zakłada wolny wybór lekarza, zakłada również wybór placówek, do których będą kierowani ubezpieczeni, zakłada przepływ pieniędzy, czyli rozliczenie. Zakłada wreszcie wyraźny udział samorządów terytorialnych w tworzeniu tego systemu.

Stroną są samorządy zawodowe i to jest również zapisane w ustawie. Stroną, która będzie brała udział w tworzeniu systemu. Chcielibyśmy, żeby miejsce samorządu w tym systemie było dostatecznie wyraźne, a zarazem oddzielone od negocjacji pieniędzy, bo w przeciwnym razie płatnik staje się dostawcą świadczeń.

REFERATY

**Senator MIECZYSLAW WYGLEDOWSKI – Przewodniczący
senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia**

PRZEGLĄD DOTYCHCZASOWYCH PROJEKTÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Reformowanie systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce po 1989 roku to już długa, niemal siedmioletnia historia. Przedstawienie tej historii w jednym krótkim wystąpieniu nie jest zadaniem łatwym i z pewnością wymaga pewnych uproszczeń oraz skupienia się jedynie na wydarzeniach najważniejszych.

Według standardów Unii Europejskiej system zabezpieczenia społecznego składa się z trzech zasadniczych elementów: ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dzisiejsza konferencja poświęcona jest ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym, ale należy pamiętać, że wszystkie trzy segmenty zabezpieczenia społecznego są ze sobą ściśle powiązane. Na przykład postulowane w programie Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej wyprowadzanie elementów socjalnych z ubezpieczeń społecznych oznacza jednocześnie zwiększenie zadań pomocy społecznej. Należy więc podkreślić, że przedmiotem dzisiejszych obrad powinien być nie tylko optymalny kształt ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, ale i ich rola w systemie zabezpieczenia społecznego.

W różnych krajach o gospodarce rynkowej rola i sposób organizacji poszczególnych instytucji zabezpieczenia społecznego są różne. Dużą rolę odgrywają tu tradycje kulturowe poszczególnych społeczeństw i dorobek polityki społecznej poszczególnych krajów. W warunkach polskich istotne wydają się być doświadczenia Polski międzywojennej, która wypracowała na bazie doświadczeń niemieckich własny model ubezpieczeniowy. Na uwagę zasługuje tu ustawa scaleniowa z 1933 roku oraz status prawny ubezpieczalni jako podmiotu prawa publicznego.

Doświadczenia Unii Europejskiej nad tworzeniem wspólnotowego rynku wewnętrznego i „Europy socjalnej” wskazują, że ubezpieczenia społeczne i zdrowotne najtrudniej poddają się unifikacji prawnej. Wskazuje to, jak trudnym, a zarazem odpowiedzialnym zadaniem jest reformowanie systemu ubezpieczeniowego. Nie dziwi więc, że i w Polsce po 1989 roku reforma zabezpieczenia społecznego przebiega powoli, a jednocześnie wzbudza tak duże zainteresowanie środków masowego przekazu i opinii publicznej. Nie dziwi też, że pojawia się tyle kontrowersji i zróżnicowanych opinii.

Stan zaawansowania prac nad reformowaniem poszczególnych segmentów zabezpieczenia społecznego nie jest równy. W przypadku pomocy społecznej możemy mówić o stworzeniu nowego systemu. Najważniejszym aktem prawnym jest tu ustawa o pomocy społecznej z 1990 roku.

Ustawa ta była związana z koncepcją decentralizacji polityki społecznej oraz wzmacniania roli samorządu lokalnego, która to koncepcja była istotnym elementem transformacji ustrojowej państwa po 1989 roku. Istotnej nowelizacji ustawy o pomocy społecznej dokonał Parlament w 1996 roku.

W przypadku ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia sytuacja wygląda znacznie mniej korzystnie. Przebieg i stan dotychczasowych prac spróbuję pokrótce przedstawić.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

Poważnym problemem Polski końca lat 80-ych była wysoka stopa inflacji. Jej skutkiem było m.in. zachwianie równowagi finansów Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz powstanie tzw. kominów emerytalnych, czyli znacznych różnic w wysokości świadczeń, wynikających wyłącznie z momentu ich przyznania. Sytuację tę pogłębiał brak zasady ekwiwalentności między okresem opłacania składek i ich wysokością a wysokością uzyskiwanych świadczeń. W okresie powojennym o wysokości świadczenia decydowała bowiem wysokość zarobków w momencie odchodzenia pracownika na emeryturę. Do pogłębienia „kominów emerytalnych” przyczyniły się też błędne rozwiązania waloryzacyjne przyjęte w pierwszym okresie transformacji ustrojowej.

To wszystko sprawiło, że w latach 1990-1991 prace legislacyjne koncentrowały się na uporządkowaniu systemu naliczania i waloryzacji świadczeń. Ich uwieńczeniem była ustawa z 17 października 1991 roku o waloryzacji emerytur i rent, o zasadach ustalania emerytur i rent oraz o zmianie niektórych ustaw. Ustawa ta spełniła swój podstawowy cel uporządkowania systemu, ale z pewnością nie stanowiła jego kompleksowej reformy.

W latach 1991–1993 prowadzona była ożywiona dyskusja nad potrzebą i ewentualnymi kierunkami reformy ubezpieczeń społecznych. Z perspektywy dzisiejszej może się to wydać nieco zaskakujące, ale w owym czasie znacząca część ekspertów nie dostrzegała potrzeby strukturalnej reformy Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Znaczącą rolę w tej dyskusji odegrał Senat, a w szczególności dwie komisje senackie: Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia oraz Komisja Gospodarki Narodowej.

Komisje te przedstawiły projekt inicjatywy ustawodawczej o zakresie oraz zasadach organizacji i finansowania powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Ze strony Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia pracami nad projektem kierował ówczesny jej przewodniczący, a obecnie marszałek Senatu, pan Adam Struzik. Ponieważ w ubiegłej kadencji byłem wiceprzewodniczącym Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, prace te są znane również i mnie.

Projekt senacki przewidywał m.in. nadanie osobowości prawnej ZUS-owi oraz przekształcenie go w instytucję samorządową, choć w znacznym stopniu scentralizowaną. Przewidywano także wyodrębnienie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych trzech funduszy ubezpieczeniowych, odpowiadających podstawowym ryzykom socjalnym. Nie wszystkie propozycje w projekcie senackim były dopracowane w sposób wystarczająco precyzyjny, na co zwracali uwagę recenzenci i eksperci. Projekt ten był jednak dopiero w początkowej fazie prac. Dalsze prace nad projektem zostały przerwane w związku z rozwiązaniem Parlamentu wiosną 1993 roku. Niemniej jednak, analizując późniejsze propozycje reformy ubezpieczeń społecznych zauważamy, że wiele propozycji senackich znalazło w nich rozwinięcie. Obecnie trudno na przykład wyobrazić sobie reformę systemu ubezpieczeniowego bez wyodrębnienia funduszy ubezpieczeniowych.

Należy ponadto zaznaczyć, że we wspomnianym okresie radykalne propozycje prywatyzacji systemu traktowane były marginalnie, a ubezpieczeniowa zasada solidaryzmu ubezpieczonych nie była kwestionowana. Zasady tej nie naruszał także wspomniany projekt senacki. Akurat w tym względzie w dyskusji publicznej, która toczy się obecnie, liczne są głosy odmienne.

W latach 1991–1993 prace rządowe pozostały w stadium projektów roboczych. Z opracowań programowych warto wspomnieć o dokumencie przygotowanym w 1993 roku w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej: „Emerytury i renty pracownicze. Szanse i zagrożenia. Budowa systemu.”. Do tego dokumentu w pewnym stopniu nawiązywały propozycje Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej z lat późniejszych.

W latach 1993–1994 nie przedstawiono Parlamentowi projektów aktów prawnych zakładających strukturalną reformę systemu ubezpie-

czeń społecznych. Wprowadzono za to szereg istotnych zmian w prawie ubezpieczeniowym. Kierunek tych zmian możemy generalnie określić jako wyprowadzanie elementów socjalnych z systemu ubezpieczeń społecznych. Służyło temu m.in. wprowadzenie finansowania zasiłków chorobowych przez pracodawcę w pierwszym okresie choroby pracownika czy ustanowienie zasiłków rodzinnych świadczeniami finansowanymi ze środków pomocy społecznej.

Na odrębne omówienie zasługuje kwestia waloryzacji świadczeń ubezpieczeniowych. Wspomniana ustawa z 17 października 1991 roku wprowadziła indeksację płacową jako rozwiązanie systemowe. Niestety, mechanizm ten był wielokrotnie modyfikowany przez kolejne rządy, gdyż dopasowywano skalę i częstotliwość waloryzacji do możliwości budżetowych państwa. Przykładem nowelizacja z 1995 roku, stanowiąca typowe rozwiązanie epizodyczne, zakwestionowana zresztą przez Trybunał Konstytucyjny. Z czasem zaczęło dominować też przekonanie, że waloryzacja płacowa, aczkolwiek w sytuacji wzrostu gospodarczego bardziej korzystna dla świadczeniobiorców, przerasta możliwości finansowe budżetu państwa.

Wyrażam nadzieję, że będący obecnie przedmiotem prac legislacyjnych Sejmu projekt ustawy o waloryzacji emerytur i rent będzie stanowił rozwiązanie systemowe, które pozwoli uniknąć przyjmowania w przyszłości ustaw epizodycznych.

W latach 1995-1996 przygotowano trzy, w znacznym stopniu alternatywne, koncepcje reformy ubezpieczeń społecznych. Jako pierwszy w kwietniu 1995 roku został przedstawiony projekt Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej. Współautorem koncepcji reformy zawartej w tym projekcie jest obecny na dzisiejszej konferencji minister pracy i polityki socjalnej Andrzej Bączkowski. W listopadzie 1995 roku Zespół Ekspertów Ministerstwa Finansów zakończył prace nad materiałem „Reforma ubezpieczeń. Rozwiązania alternatywne”. Współautorem tej koncepcji jest pan Marek Mazur, doradca wicepremiera – ministra finansów. Wreszcie w maju 1996 roku Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność” przyjęła dokument programowy „Reforma ubezpieczeń. Założenia wstępne”.

Wspomniane trzy koncepcje wyznaczają ramy dzisiejszej dyskusji nad reformą ubezpieczeń społecznych. Projekt Ministerstwa Finansów jest najbardziej prorynkowy, z kolei projekt „Solidarności” jest najbliższy modelowi pracowniczych ubezpieczeń społecznych. Propozycja Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej, po wprowadzeniu w wyniku konsultacji społecznych pewnych poprawek, wydaje się sytuować pomiędzy propozycjami resortu finansów oraz związku. Elementy wspólne wszystkich trzech projektów, jak wyodrębnienie funduszy ubezpieczeniowych, trójfilarowa konstrukcja systemu czy nadanie ZUS-owi osobowości prawnej, można uznać za raczej bezdyskusyjne elementy

reformy. Inne kwestie powinny być przedmiotem dalszych uzgodnień. Konieczne jest wypracowanie *consensusu* społecznego, szczególnie w kwestii zakresu obowiązywania zasady solidaryzmu społecznego. Chciałbym wyrazić opinię, że z punktu widzenia polityki społecznej jest to zasada w systemie ubezpieczeń społecznych najważniejsza. W pewnym stopniu wyznacza ona granicę możliwych zmian. Odrzucenie tej zasady stanowiłoby bowiem odrzucenie zasadniczej koncepcji ubezpieczenia społecznego.

OCHRONA ZDROWIA

W zakresie ochrony zdrowia najważniejszym aktem prawnym przyjętym po 1989 roku jest jak do tej pory ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku. Ustawa ta, nie przesądzając modelu finansowania ochrony zdrowia, wprowadziła rozwiązania instytucjonalne dopuszczające kontraktowanie świadczeń medycznych ze środków publicznych, a więc mechanizm „wędrowania” pieniędzy za pacjentem. Projekt tej ustawy został przygotowany w Senacie I kadencji w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej i był jak na owe czasy projektem nowatorskim. Niestety, rzeczywistość była dla ustawy niezwykle surowa.

Przeciągające się prace nad przygotowaniem aktów wykonawczych oraz powszechny wśród kadry kierowniczej placówek służby zdrowia brak umiejętności rachunku kosztów sprawiły, że kontraktowanie usług pozostało jedynie możliwością prawną, a nie praktyką życia codziennego. Ustawa podlegała licznym nowelizacjom, przy czym ostatni z projektów nowelizacyjnych jest obecnie przedmiotem prac sejmowej Komisji Zdrowia. Założenia obecnej nowelizacji były dyskutowane podczas obrad jednego z ostatnich posiedzeń senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Lata 1991–1993 to okres licznych debat pomiędzy zwolennikami ubezpieczeniowego i budżetowego finansowania ochrony zdrowia.

W Unii Europejskiej są kraje, które za Wielką Brytanią zdecydowały się na budżetowe finansowanie ochrony zdrowia; są też takie, które wzorem Niemiec opierają organizację usług medycznych na ubezpieczeniowych kasach chorych. Wybór modelu finansowania jest więc jednym z podstawowych dylematów w zakresie organizacji systemu publicznej służby zdrowia.

Kulminacją debaty nad modelem finansowania ochrony zdrowia w Polsce było przedstawienie opinii publicznej dwóch konkurencyjnych projektów reformy, opracowanych w 1993 roku przez członków i ekspertów rządu Hanny Suchockiej: projektu Komitetu Społecznego Rady

Ministrów oraz projektu Międzyresortowego Zespołu do Spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych.

Po 1993 roku zwyciężyła w Polsce koncepcja wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego, czego wyrazem było w 1995 roku niemal równoczesne wpłynięcie do Sejmu II kadencji dwóch projektów ustaw: rządowego oraz przygotowanego przez ekspertów NSZZ „Solidarność”, a skierowanego jako inicjatywa ustawodawcza prezydenta Lecha Wałęsy. W ten sposób zakończono na forum Parlamentu okres prac koncepcyjnych, a przystąpiono do prac legislacyjnych. Przedmiotem prac powołanej w tym celu Nadzwyczajnej Komisji Sejmowej był przede wszystkim projekt rządowy.

Prace te dobiegają końca. Wyrażam nadzieję, że w niedługim czasie Sejm uchwali ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i w ten sposób stanie się ona przedmiotem prac Senatu.

Chciałbym zaznaczyć, że kierowana przeze mnie Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia jest żywo zainteresowana przebiegiem dotychczasowych prac nad reformą systemu ochrony zdrowia. Na początku III kadencji Senatu Komisja powołała specjalny Zespół ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych. Efektem prac Zespołu, któremu przewodniczył senator Jerzy Cieślak, był dokument programowy, przyjęty następnie przez Komisję. Jednak z uwagi na znacznie bardziej zaawansowane prace rządu oraz Sejmu Komisja postanowiła zawiesić działalność Zespołu i wznowić prace po zakończeniu prac legislacyjnych w Sejmie.

*

Podsumowując, chciałbym zaznaczyć, że przebieg dotychczasowych prac nad reformowaniem systemu zabezpieczenia społecznego wskazuje, iż zdecydowaliśmy się objąć ubezpieczeniem wszystkie podstawowe ryzyka socjalne: starość, inwalidztwo, chorobę oraz wypadki przy pracy. Oznacza to, że w budowanym w naszym kraju docelowym modelu zabezpieczenia społecznego dominującą rolę odgrywać będą ubezpieczenia społeczne.

Możemy więc mówić o pewnym nawiązaniu do koncepcji realizowanej w Polsce w okresie międzywojennym oraz o wykorzystaniu dorobku kontynentalnej Europy.

REFORMA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W OPINII SPOŁECZNEJ

Kompleksowa reforma ubezpieczeń społecznych należy niewątpliwie do najważniejszych, a zarazem najtrudniejszych problemów polityki społecznej państwa. Dyskusja wokół tego problemu trwa już od wielu lat, z różnym natężeniem i z przewagą różnych opcji – od zdecydowanie socjalnych do zdecydowanie fiskalnych, od klasycznych reguł ubezpieczenia społecznego do rozwiązań zaczerpniętych z ubezpieczeń majątkowych. Nie sięgając zbyt daleko wstecz, przypomnieć warto koniec lat osiemdziesiątych, kiedy to we wrześniu 1988 roku szeroką dyskusję zainicjował materiał Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej pt. „Polityka socjalna w PRL”. Próbowano zarysować w nim kierunki przyszłego systemu, zwłaszcza w zakresie zaopatrzenia emerytalno-rentowego. W ślad za tym poszły inicjatywy ośrodków pozarządowych, takich jak: Rada Weteranów Pracy OPZZ (grudzień 1989 r.), Parlamentarny Klub Lewicy Demokratycznej (luty 1990 r.), II Krajowy Zjazd Delegatów NSZZ „Solidarność” (kwiecień 1990 r.), II Kongres OPZZ (czerwiec 1990 r.).

Były to założenia systemowe bądź też projekty ustaw, w których z reguły licytowano się w rozwiązaniach korzystnych dla świadczeniobiorców, nie licząc się z realiami, zwłaszcza w dłuższym horyzoncie czasowym.

Jakie były efekty tych i poprzedzających je inicjatyw, świadczyć może moja wypowiedź jako przewodniczącego Naczelnej Rady Nadzorczej ZUS na jednym ze znaczących gremiów związkowych:

... Nie muszę na tej sali przypominać, ile już było terminów realizacji tej reformy, ile deklaracji kolejnych ministrów pracy, ile inicjatyw i ponagleń ze strony związków zawodowych... Przepisy ubezpieczeniowe są niespójne i zagmatwane, a często fragmentaryczne zmiany stwarzają poczucie braku stabilności, będącej przecież jedną z podstawowych przesłanek bezpieczeństwa socjalnego.

Słowa te, które padły 6 lat temu, we wrześniu 1990 roku, są niestety aktualne również i dziś. W ciągu tych lat bowiem jedynym rozwiązaniem systemowym była – w mojej ocenie – ustawa rewaloryzacyjna z 1990 roku, likwidująca stary portfel emerytur i rent, normująca systemowo problem waloryzacji oraz racjonalizująca wymiar świadczeń. Jednakże

i ona poddawana była w dalszych latach kolejnym korektom, które w swej istocie przywracają stan sprzed jej uchwalenia; np. waloryzacja straciła charakter systemowy, a ostatnie projekty przywracają kontrowersyjne społecznie zjawisko zróżnicowania wysokości świadczeń w zależności od daty ich przyznania.

Powstaje pytanie: dlaczego tak się dzieje, dlaczego reforma jest nadal w sferze dyskusji, dlaczego jak bumerang wraca się do spraw, które wydawały się już przesądzone w programie przyjętym przez rząd w wyniku powszechnej konsultacji społecznej.

Sądzę, że podstawową tego przyczyną jest nie tylko złożoność problemu, ale również obawa przed opinią społeczną. Jest bowiem sprawą niesporną, że bez pozyskania tej opinii nie byłoby możliwe bezkonfliktowe wdrożenie reformy, tym bardziej że w oczekiwaniach społecznych jest ona utożsamiana przede wszystkim z wyższym poziomem świadczeń, z łagodzeniem warunków ich przyznawania czy też zachowaniem wszelkich obecnych uprawnień.

Silne są również wątki sprawiedliwości społecznej, pojmowanej przez jednych jako egalitaryzacja uprawnień, z tendencją równania w górę, przez drugich zaś jako silne zróżnicowanie uprawnień w zależności od stażu ubezpieczeniowego oraz dochodów, od których opłacane są składki.

Te oczekiwania są – w moim przekonaniu – podstawowym, choć nie jedynym uwarunkowaniem reformy.

Uwarunkowanie drugie to uwarunkowanie ekonomiczne, i to nie tylko w aspekcie wydolności funduszy ubezpieczeniowych, ale również obciążeń składkami zakładów pracy, a także budżetu państwa, subsydiującego świadczenia społeczne. Jest to również problem ogólnej sytuacji dochodowej społeczeństwa, a zwłaszcza proporcji dochodów czynnych i biernych zawodowo. Niemalą rolę odgrywają tu również prognozy demograficzne, z których każdy wybiera to, co mu odpowiada. Nie bez znaczenia są też próby reperowania budżetu państwa przez zmniejszanie dopłat do świadczeń społecznych, przy czym nie zawsze ostrze tych propozycji zwracane jest we właściwym kierunku.

I wreszcie uwarunkowanie trzecie, tj. uwarunkowanie prawne; mnogość współistniejących systemów, fragmentaryczność rozwiązań, liczne nowelizacje doprowadziły do stanu, który najłagodniej określić można jako totalny chaos prawny; wystarczy podać, że ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników, pochodząca jeszcze z 1982 roku, była nowelizowana dwudziestokrotnie, a ustawa rewaloryzacyjna z 1991 roku – 9 razy. Dochodzi do tego niemal stała maniera pośpiechu zarówno w opracowaniach projektów, jak i ich uzgodnieniach oraz zbyt częstego wykorzystywania szybkiej ścieżki legislacyjnej.

W takiej sytuacji trudno jest o prawidłowe i sensowne regulacje prawne, łatwo zaś o błędy, które pociągają za sobą znaczące konsekwencje; przywołajmy tu tylko kolejne orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego.

Poza tymi uwarunkowaniami o charakterze w zasadzie obiektywnym dochodzą jeszcze uwarunkowania polityczne, odczuwalne zwłaszcza w okresach przedwyborczych, a także fascynacja efektywnymi, choć niedostatecznie sprawdzonymi rozwiązaniami, które występują w całkowicie odmiennych realiach.

Nic więc dziwnego, że w tak złożonych uwarunkowaniach konieczne są wszelkie działania na rzecz akceptacji reformy przez opinię społeczną. Bez społecznego przyzwolenia nie ma szans na realizację reformy, choćby przemawiały za tym racje ekonomiczne i systemowe.

Taka konstatacja legła u podstaw decyzji Rady Ministrów z 16 maja 1995 roku, która akceptując opracowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej projekt reformy systemu ubezpieczeń społecznych, uznała konieczność poddania go szerokiej konsultacji społecznej.

Trwała ona 3 miesiące i przebiegała w różnych formach:

- instytucjonalnie – poprzez konsultacje ze związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, związkami emeryckimi, klubami poselskimi i partiami politycznymi oraz w środowiskach naukowych,
- za pomocą badań opinii publicznej przez wyspecjalizowane ośrodki,
- w formie dyskusji w mediach.

W konsultacjach tych swój udział, myślę, że znaczący, miały również rady nadzorcze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dyskusja w radach miała bardzo szeroki zasięg; toczyła się zarówno na forum Naczelnej Rady Nadzorczej, jak i we wszystkich 55 radach nadzorczych oddziałów ZUS.

Stworzyło to warunki do wyrażenia poglądów przez ponad 1700 członków rad nadzorczych, reprezentujących różne środowiska, związanych bądź profesjonalnie, bądź z tytułu pełnionych funkcji społecznych z problematyką ubezpieczeń społecznych.

Warto tu przypomnieć, że w skład 24- lub 36-osobowych rad wchodzi w połowie przedstawiciele ubezpieczonych, tj. osób czynnych zawodowo, w praktyce pochodzących z obu związków – „Solidarności” i OPZZ – emerytów i rencistów oraz po jednej czwartej – przedstawiciele pracodawców i osoby rekomendowane przez organy administracji rządowej i samorządowej. Rady nadzorcze reprezentują więc nie tylko szeroki przekrój środowiskowy, ale również opinię osób na co dzień stykających się z ubezpieczeniami.

Można więc stwierdzić, że opinia rad wyraża opinię społeczną popartą znajomością przedmiotu. Duży zasięg konsultacji oraz złożoność problematyki spowodować musiały z natury rzeczy różnorodność, a nawet

przeciwstawność stanowisk. Dlatego też formułując stanowisko rad kierowano się poglądami prezentowanymi przez większość uczestników konsultacji.

Wyniki dyskusji zawarto w zbiorczej opinii sformułowanej przez Naczelną Radę Nadzorczą w sierpniu 1995 roku. Trudno byłoby zaprezentować tu pełną treść tej opinii, liczącej ponad 20 stron; jej syntezę zawiera załączony wyciąg z Raportu Komitetu Społeczno-Politycznego Rady Ministrów z 11 października 1995 roku, a więc z dokumentu rządowego podsumowującego konsultacje.^{*)}

Bardziej celowe wydaje się przedstawienie ocen i wniosków o charakterze ogólnym, dotyczących „filozofii” reformy – tak jak postrzegają ją rady nadzorcze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Skoncentrowanie się bowiem wyłącznie na ocenie poszczególnych rozwiązań sprowadziłoby ocenę konsultacji na płaszczyznę ściśle technokratyczną. Warto więc wyeksponować właśnie te ogólniejsze elementy opinii, które nie znalazły się w syntezie materiałów Komitetu Społeczno-Politycznego.

Wśród takich właśnie wątków opinii Naczelnej Rady Nadzorczej na uwagę zasługują przede wszystkim następujące:

- w założeniach reformy nadmiernie wyeksponowano wątek fiskalny; odnieść można wrażenie, że jej podstawowym celem jest neutralizacja zagrożeń dla budżetu, zwłaszcza ze strony pracowniczego systemu emerytalnego; musi wywoływać to wątpliwości, zważywszy systematyczny wzrost pokrycia kosztów świadczeń pracowniczych wpływami ze składek przy stałym zmniejszaniu się udziału dotacji budżetowej, jak również stały spadek dynamiki nowo przyznawanych emerytur i rent (1991 r. – 912,2 tys, 1992 r. – 500,7 tys, 1993 r. – 414,3 tys, 1994 r. – 397,1 tys, 1995 r. – 352,5 tys); ponadto udział budżetu w pokrywaniu kosztów świadczeń na rzecz innych grup społeczno-zawodowych jest nieporównywalnie wyższy,
- ocenę projektowanych założeń utrudnia brak pogłębionej prognozy wydatków na świadczenia oraz źródeł ich pokrywania, a także przekonującej wizji, w jakim zakresie w zaspokajaniu potrzeb uczestniczyć powinien budżet państwa i inne źródła zasilania, np. fundusz pracy, kombatancki, pomocy społecznej oraz osób niepełnosprawnych; brak również zidentyfikowania podstawowych zagrożeń dla systemu i propozycji ukierunkowania zmian przede wszystkim na eliminację bądź zmniejszenie tych zagrożeń,
- podstawą zabezpieczenia sytuacji materialnej osób dotkniętych ryzykiem starości, inwalidztwa bądź utraty żywiciela powinien być nadal powszechny, obowiązkowy i gwarantowany przez państwo system ubezpieczenia społecznego, tak jak to ma miejsce w wię-

kszości ustawodawstw europejskich i jest wręcz kryterium cywilizacyjnym; w ocenie rad nie do przyjęcia jest teza, że w ramach systemu podstawowego, gwarantowanego przez państwo, będą zaspokajane tylko potrzeby standardowe, w zasadzie na najniższym poziomie, zaś potrzeby ponad ten standard będą domeną ubezpieczeń dodatkowych, pozostających poza systemem bezpośredniej reglamentacji państwa; nie oznacza to ubezpieczeń dodatkowych,

– nie jest uzasadnione tworzenie od podstaw całkiem nowego, nie sprawdzonego systemu opartego na opcji kapitałowej, zwłaszcza przy niestabilnej wciąż jeszcze gospodarce, znajdującej się w okresie transformacji. Płaszczyzną reformy powinna być racjonalizacja systemu obecnego, a zwłaszcza przywrócenie mu cech właściwych dla nowoczesnych systemów ubezpieczenia społecznego.

Podzielając oceny większości ekspertów organizacji międzynarodowych, wg których polski system ubezpieczeń zapewnia świadczenia zbyt niskie, zbyt wielu i zbyt wcześnie, za podstawowe kierunki reformy uznano:

- zwiększenie wpływu na wymiar świadczeń takich elementów, jak staż ubezpieczenia oraz wysokość dochodów stanowiących podstawę wymiaru składek,
- ograniczenie obciążeń FUS z tytułu wcześniejszych emerytur oraz zbyt łatwego uzyskiwania rent inwalidzkich,
- zasadniczą aktywizację prewencji przedrentowej, m.in. przez rehabilitację leczniczą i zawodową,
- systemowe określenie trwałych zasad kreowania dochodów FUS; podstawowym źródłem dochodów powinny być składki (których część opłacałoby ubezpieczeni), uzupełniane dodatkowymi składkami za osoby mające uprawnienia korzystniejsze od powszechnych, dotacją budżetową o charakterze systemowym oraz refundacjami z innych funduszy.

W opinii rad nadzorczych mniejszą wagę przywiązywano do takich spraw jak tworzenie odrębnych funduszy, podział składek czy też struktura organów realizujących ubezpieczenia; występowały jedynie obawy, aby nie przemyślanymi działaniami nie pogorszyć sprawności działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, postrzeganego powszechnie jako instytucja sprawnie i terminowo wypełniająca swe zadania. Warto dodać, że w całej konsultacji wątki te budziły zainteresowanie w zasadzie tylko w środowiskach naukowców i praktyków ubezpieczeniowych.

Głównym nurtem dyskusji była niewątpliwie problematyka reformy systemu emerytalno-rentowego, wywołująca znaczne zaniepokojenie

ponad 7-milionowego środowiska klientów ZUS i wyrażająca się niejednokrotnie w bardzo emocjonalnych, wręcz agresywnych postawach. Konkluzje z niej wynikające są jednoznaczne: w państwie prawa muszą istnieć podstawowe i nienaruszalne gwarancje. W ostatnich latach zaufanie do takich gwarancji zostało znacznie podważone, zarówno w wyniku błędnych decyzji korygowanych orzeczeniami Trybunału Konstytucyjnego, jak i ciągłych dyskusji, często w tonie wręcz katastroficznym, powodujących permanentny stres środowiska emerytów i rencistów.

W ocenie rad nadzorczych ZUS nie sprzyja to uzyskaniu *consensusu* społecznego wokół reformy i wskazuje na potrzebę rozważenia i spopularyzowania rozwiązań, które – nie powodując większych kosztów – pozwoliłyby zjednać dla niej przynajmniej część społeczeństwa. Wśród takich rozwiązań wskazywano najczęściej:

- ściślejsze związanie wysokości emerytur ze stażem pracy, poprzez zwiększenie stawki za każdy rok ubezpieczenia, co preferowałoby pracowników o długim stażu, a zatem wnoszących więcej do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- podwyższenie pułapu podstawy wymiaru, łagodzące nadmierne spłaszczenie świadczeń; działający bowiem obecnie pułap podstawy wymiaru (250% średniej płacy) drastycznie dyskryminuje pracowników o wysokich kwalifikacjach, wyrażających się w wysokich dochodach stanowiących bazę składek. Świadczyć może o tym fakt, że emerytura pracownika z 30-letnim stażem osiagającego zarobek równy przeciętnej płacy wynosi 76% tego zarobku, podczas gdy przy 3-krotnej średniej – 38,1%, a przy 5-krotnej średniej tylko 22,8%; natomiast przy zarobkach zbliżonych do najniższych, a takie najczęściej są zgłaszane w sektorze prywatnym, emerytura jest równa zarobkom,
- zagwarantowanie osobom, które w wyniku badania kontrolnego tracą prawo do renty inwalidzkiej, wypłaty tej renty przez okres np. 3 miesięcy, co zapewniłoby środki utrzymania w okresie poszukiwania pracy,
- stworzenie prawnoorganizacyjnego systemu rozwiązywania problemu miejsc pracy dla niepełnosprawnych, np. przez aktywizację „spółdzielczości inwalidzkiej”; jest to konieczne dla rozwiązania problemów osób, którym w wyniku rehabilitacji przywrócono zdolność do pracy,
- zwolnienie od podatku dochodowego odpraw z tytułu przejścia na emeryturę lub rentę inwalidzką, analogicznie jak to ma miejsce w stosunku do odpraw pośmiertnych oraz odpraw dla pracownika zwalnianego z przyczyn leżących po stronie zakładów.

Wprowadzenie i nagłośnienie takich rozwiązań pozwoliłoby w opinii rad nadzorczych ZUS zjednać dla reformy przynajmniej część społeczeństwa.

*

Wystąpienie niniejsze nie rości sobie pretensji do wyczerpania tak złożonego tematu jak reforma systemu ubezpieczeń społecznych w opinii społecznej. Niemniej jednak można zaryzykować twierdzenie, że stanowisko rad nadzorczych ZUS w znacznym stopniu odzwierciedla odczucia opinii społecznej, biorąc pod uwagę przekrój środowiskowy rad (ubezpieczeni, pracownicy, świadczeniobiorcy, przedstawiciele administracji); co więcej, wartość tej opinii zwiększa profesjonalna znajomość przedmiotu przez działaczy rad.

Potwierdza to – jak się wydaje – wspomniany raport Komitetu Społeczno-Politycznego, jak również fakt, że wiele wniosków rad nadzorczych zostało uwzględnionych przy formułowaniu przez rząd programu po konsultacjach społecznych. Niemniej jednak można stwierdzić, że znaczna część opinii rad nadzorczych przekazanych w sierpniu 1995 roku jest nadal aktualna.

* Wyciąg z materiału Komitetu Społeczno-Politycznego Rady Ministrów z dnia 11 października 1995 roku pt. „Raport z przebiegu konsultacji projektu reform ubezpieczeń społecznych”

**Naczelna Rada Nadzorcza Zakładu Ubezpieczeń
Społecznych, prezentująca zbiorczą opinię
rad nadzorczych**

Obecny system pracowniczego ubezpieczenia społecznego obarczony jest wadami i wymaga istotnych zmian. Optymalną formą zaspokajania potrzeb emerytów i rencistów powinien być system ubezpieczeniowy, finansowany ze składek, wspierany dotacją budżetową przeznaczoną na ściśle określone cele.

Formuła świadczenia

Renta państwowa

Zastrzeżenia rad nadzorczych, biorących udział w konsultacjach, wywołała propozycja wprowadzenia do systemu ubezpieczenia społecznego renty państwowej. Rady uznają potrzebę dwupoziomowego wymiaru świadczenia, gdzie pierwszy poziom stanowić powinna jednakowa dla wszystkich emerytów i rencistów emerytura lub renta podstawowa, będąca częścią świadczenia ubezpieczeniowego.

Ze sprzeciwem spotkała się koncepcja zwiększenia pierwszego poziomu do 30% przeciętnej płacy. Wskazywano raczej na konieczność zmniejszenia wysokości części socjalnej, w celu zwiększenia charakteru ubezpieczeniowego świadczenia i obniżenia obecnej redystrybucji.

Emerytura-renta ubezpieczeniowa

Wysokość tego poziomu powinna być uzależniona od stażu ubezpieczeniowego oraz osiąganych zarobków. Pojawiła się koncepcja podwyższenia stawki procentowej za każdy rok ubezpieczenia, np. do 1,5. Zaakceptowano uwzględnienie w wymiarze świadczenia okresów składkowych, chociaż podnoszono rozważenie ze względów społecznych możliwości uwzględnienia w wymiarze okresu zasiłków chorobowych, służby wojskowej, urlopów wychowawczych, pod warunkiem rekompensowania funduszowi kosztów.

Emerytura-renta dodatkowa

Generalnie nie kwestionowano zasadności działania dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych.

Uznano, że dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia nie powinny być elementem państwowego systemu zaspokajania potrzeb emerytów i rencistów. W ocenie rad ubezpieczenie dodatkowe powinno stanowić tylko formę ukierunkowanych indywidualnych oszczędności. Za słuszną uznano propozycję ulg podatkowych dla osób przystępujących do ubezpieczenia dodatkowego.

Bezpieczniejszym rozwiązaniem wydaje się powierzenie ubezpieczeń dodatkowych koncesjonowanym towarzystwom ubezpieczeniowym pozostającym pod nadzorem państwa.

Waloryzacja

Opowiedziano się za płacową waloryzacją ubezpieczeniowej części świadczeń, nie odrzucono możliwości ustalania wskaźnika waloryzacji stosownie do tempa wzrostu wskaźnika przeciętnej podstawy wymiaru składek.

Wiek emerytalny

Za uzasadnioną uznano propozycję ewolucyjnego odchodzenia od możliwości przechodzenia na emeryturę kobiet w wieku 55 lat, przy 30-letnim okresie zatrudnienia. Negatywnie jednak oceniono propozycję podwyższenia do 65 lat wieku emerytalnego kobiet.

Podnoszono celowość rozważenia koncepcji elastycznego wieku emerytalnego, stwarzającego możliwość wcześniejszej o 5 lat, odpowiednio obniżonej emerytury oraz premiowania pracy po osiągnięciu ustawowego wieku bez pobierania świadczeń.

Preferencyjne warunki nabywania świadczeń

Należałoby zweryfikować obecne preferencje w możliwości uzyskania wcześniejszej emerytury oraz finansować je w ramach wyodrębnionego funduszu za dodatkową składkę.

Zlikwidować możliwość przechodzenia na emeryturę bez względu na wiek z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy. Dla osób tych proponowano świadczenie przedemerytalne finansowane z Funduszu Pracy.

Emerytury a rynek pracy

Uznano, że zasady zmniejszania i zawieszania świadczeń emerytalno-rentowych powinny być jednolite dla wszystkich grup. Pewne dochody (np. do wysokości minimalnej płacy) nie powinny mieć wpływu na wysokość pobieranego świadczenia.

Negatywnie oceniono propozycję ograniczenia do 40 lat stażu ubezpieczeniowego, mającego wpływ na wysokość emerytury.

System ubezpieczenia społecznego rolników indywidualnych

W opinii rad należałoby odstąpić od powiązania wymiaru świadczeń rolniczych i pracowniczych. Koszt finansowania emerytur i rent ze względów społecznych powinien być w większości nadal finansowany przez budżet państwa. Można byłoby zastanowić się nad stworzeniem możliwości uzyskiwania ponadstandardowych świadczeń, zależnych od wysokości opłacanych składek, ustalanych

od dochodu gospodarstwa oraz nad możliwością stworzenia dobrowolnego deklarowania wyższych składek.

Występowały również opinie o nadaniu systemowi rolniczemu charakteru systemu zaopatrzeniowego, finansowanego w całości ze środków z budżetu państwa. Sugerowano, by zamiast bezpośredniego dotowania przez budżet wydatków na świadczenia rozważyć możliwość włączenia środków na wypłatę świadczeń do ogólnej puli przeznaczonych przez państwo na subsydiowanie rolnictwa.

Ścieżka dojścia

Wyrażono jednolite stanowisko, że wdrożenie nowego systemu trwać musi wiele lat. Szczególnie wnikliwej analizy wymaga problem osób, którym będzie brakować kilku lat do uprawnień emerytalnych.

dr MAREK MAZUR – Doradca Wicepremiera, Ministra Finansów

ALTERNATYWNY PROJEKT REFORMY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Ponieważ moi przedmówcy, a w szczególności pan marszałek, w dużej mierze wyczerpali temat, skoncentruję się na tym, co moim zdaniem należy uwypuklić, a mianowicie na tak zwanym kapitałowym filarze i jego związkach z emeryturami i rentami.

W pełni podzielam opinię pana marszałka, że mówiąc o emeryturach i rentach musimy myśleć nie tylko o tych, którym obecnie je wypłacamy, ale również o pokoleniach ich następców. Z tego powodu w Ministerstwie Finansów stworzyliśmy tak zwany alternatywny projekt systemu ubezpieczeń społecznych. Jego celem nie są, jak to się często w prasie i w różnych wypowiedziach akcentuje, oszczędności budżetowe. Zasadniczym celem tego projektu jest zapewnienie odpowiednio wysokich,

oczywiście w miarę możliwości, emerytur i rent pokoleniom bieżącym i przyszłym. To jest, moim zdaniem, niesłychanie istotne.

Drugim aspektem projektu, który przedłożyliśmy, jest zapewnienie możliwości wyboru każdemu z obywateli. Jest to zgodne z zasadą demokratyzacji życia politycznego, społecznego i ekonomicznego. Każdy powinien móc wybrać instytucję, w której zabezpiecza się na starość. Chciałbym podkreślić, że w pełni się zgadzam z panem senatorem Wygłędowskim, że być może odchodzimy od tej utartej terminologii czy klasycznej terminologii, mianowicie pojęcia ubezpieczenia społecznego.

Nie jestem przywiązany do żadnego z terminów. Chodzi bowiem o to, żeby znajdować jak najwłaściwsze rozwiązania i naszym zdaniem tym rozwiązaniem są właśnie w przeważającej mierze rozwiązania kapitałowe.

Odniosę się do dwóch kontrowersyjnych twierdzeń. Przedstawia się mianowicie katastroficznie sytuację demograficzną w Polsce. Otóż myślę, że jej się nie przedstawia katastroficznie, tylko tak, jak ona wygląda w rzeczywistości. Rzeczywiście, od roku 1996 następuje pewne spowolnienie, jeśli chodzi o przechodzenie na emeryturę. Tendencje są pozytywne, ale będą takie bardzo krótko. Demografia pogorszy się po 2005 roku, kiedy to podwoi się liczba kobiet przechodzących na emeryturę, a jednocześnie zmniejszy liczba osób podejmujących pracę. Od roku 2008-2009 podwoi się liczba mężczyzn przechodzących na emeryturę. I to jest właśnie ta bomba z opóźnionym zapłonem, którą to sytuację powszechnie w ten sposób się nazywa.

Druga sprawa to fiskalizm. Myślę, że namacalnym dowodem tego, iż tak, jak to kiedyś określiłem, lont się zatlił, jest fakt, że na rok 1996 w ustawie budżetowej nie było już pewnej indeksacji płacowej.

Potwierdza to, że ta sytuacja musiała ulec zmianie. I teraz, jeżeli propozycja ministra pracy na rok 1997 stanowi o tym, iż emerytury ulegną celowej indeksacji puls półtora procent, to oznacza ni mniej, ni więcej, tylko że ta sytuacja fiskalna jest realna. To nie jest wydumane przy stolikach czy biurkach ekspertów.

Nie będę tu mówił, dlaczego ten system jest tak skonstruowany, dlaczego ta konstrukcja jest wadliwa. Pragnąłbym tylko podkreślić, że ten system między innymi powoduje, iż w Polsce istnieje bardzo rozbudowana szara strefa ekonomiczna. W ankiecie przeprowadzonej przez Krajowy Instytut Gospodarczy co trzeci pracodawca wypowiedział się, iż przynależenie do szarej strefy wynika właśnie z takiej, a nie innej konstrukcji systemu ubezpieczeń społecznych. Miał przede wszystkim na uwadze wysoką składkę.

Powiem teraz krótko o istniejących trzech projektach. Nie do końca zgadzam się z poglądem pana senatora Wygłędowskiego. Mianowicie projekt „Solidarności” w moim odczuciu nie ma charakteru prozwiazkowego czy związkowego. Moim zdaniem ten projekt jest bliższy proje-

ktowi Ministerstwa Finansów niż projekt Ministerstwa Pracy czy – mówiąc inaczej – już w tej chwili rządowy. Z jakiego powodu? Otóż w projekcie „Solidarności” zwraca się uwagę na rozwiązania kapitałowe, to znaczy fundusze oparte na indywidualnym wyborze i zarządzane przez wyspecjalizowane firmy finansowe.

Jakie są różnice między tymi projektami? W fazie zasadniczej, czyli filarze podstawowym czy kształcie filaru podstawowego, praktycznie różnic nie ma. Dotyczą one jedynie tempa wprowadzania zmian. We wszystkich projektach mówi się o zmianie zasad indeksacji, we wszystkich projektach mówi się o zmianach orzekania o inwalidztwie, wcześniejszych emeryturach, konieczności renegotjacji przywilejów branżowych. Kwestią chyba najbardziej kontrowersyjną jest wydłużenie wieku emerytalnego kobiet. W projekcie „Solidarności” mówi się wyraźnie o tym, iż ta propozycja nie jest akceptowana. Natomiast w projekcie rządowym i projekcie Ministerstwa Finansów zostało to uwypuklone.

Różnice dotyczą również kwestii tempa, a nie konieczności przeprowadzenia zmian indeksacji. Projekt nasz mówi wyraźnie, że opowiadamy się za indeksacją cenową. W projekcie natomiast „Solidarności” – o cenowej plus możliwość korzystania z efektów przyrostu tempa dochodu narodowego, jak również uwzględnienia innego koszyka dóbr, zaś w projekcie Ministerstwa Pracy, czyli w projekcie rządowym, mówi się o indeksacji mieszanej.

Zatem tutaj też specjalnych różnic nie ma. Moim zdaniem zasadnicza różnica polega na tym, że w projekcie rządowym nie akcentuje się roli właśnie tych wspomnianych już przeze mnie funduszy emerytalnych.

W projekcie Ministerstwa Finansów, czyli w projekcie alternatywnym, mówi się o konieczności zamiany czy zmiany charakteru systemu, przejścia do systemu funduszowego.

Naszemu pracom towarzyszyło opracowanie komputerowego modelu, w którym zawarliśmy większość danych, jakie były nam dostępne i potrzebne. M.in. dane demograficzne, makroekonomiczne, fiskalne. Z dużą satysfakcją mogę stwierdzić, iż byliśmy zaproszeni przez Zespół Doradców do Spraw Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu, który zapoznał się z naszymi projektami. Jasno z nich wynika, co się stanie, jeżeli, i tutaj chciałbym nawiązać do tego, o czym mówił pan marszałek, koszt transformacji będzie tak wysoki, że może doprowadzić do krachu.

Oczywiście może się tak zdarzyć. My pokazujemy te warianty, przy których może on doprowadzić do krachu finansów publicznych. Ale oczywiście takiej sytuacji nie chcemy. Mówimy więc, co należy zrobić i co można zrobić oraz w jakim tempie. To znaczy te wszystkie zmiany, o których mówiłem: zmiana zasad indeksacji, orzekania o inwalidztwie,

wcześniejsze emerytury itd. muszą być potraktowane wspólnie, podobnie jak możliwość przechodzenia z systemu tradycyjnego do systemu kapitałowego. A zatem kto może przejść, w jakim tempie i z jaką składką? Czy to ma być 45%, jak obecnie, czy może 30 lub 15? Decyzje nie należą do nas. Decyzje należą do polityków. My jedynie przedstawiamy materiał i opracowane analizy.

Teraz, ponieważ powstało biuro pełnomocnika rządu, opracowywane są jeszcze inne warianty. Nie chciałbym się koncentrować na poszczególnych wariantach, a zakończyć tę fazę w ten sposób, że istnieją kalkulacje, symulacje makroekonomiczne, demograficzne i finansowe, które przy wdrażaniu reformy mogą być wykorzystane.

Jak miałyby się ten system alternatywny kształtować? Otóż przede wszystkim chciałbym podkreślić, iż badaliśmy różne systemy w świecie. Nie jest prawdą, tak jak to zostało rozpowszechnione, że jest to system chilijski. Przede wszystkim systemy kapitałowe funkcjonują w Europie Zachodniej. Kraje, które odeszły od tych systemów, tak jak między innymi Wielka Brytania, Szwajcaria, Dania, mają najniższą stopę bezrobocia w Europie. To jest ściśle ze sobą związane.

Kiedy uczestniczyłem w konferencji w Stanach Zjednoczonych, mówiono tam o problemie bezrobocia. Zwracano uwagę właśnie na niewydolność zachodnioeuropejskich, w tym przede wszystkim niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego, włoskiego i tradycyjnych kontynentalnych systemów emerytalnych, opartych na zasadzie solidaryzmu społecznego, a utworzonych na przełomie XIX i XX stulecia. Zwracano też uwagę, iż te systemy doprowadzą do tego, że Europa Zachodnia nie będzie konkurencyjna w porównaniu z innymi krajami. To nie są już tylko Stany Zjednoczone i Japonia. To są dynamicznie rozwijające się kraje Azji Południowo-Wschodniej.

To są kraje, które poszły śladem Chile. W Chile system jest niesłychanie efektywny z wielu powodów. Jest od początku do końca systemem oszczędności przymusowych, to znaczy obywatel musi oszczędzać na lata swojej starości. Musi odkładać na indywidualnym koncie pieniądze. Państwo gwarantuje mu jedynie dwie rzeczy. Gwarantuje mu minimalną emeryturę w sytuacji, gdyby on nie odłożył, pomnażając jednocześnie swój kapitał, środków w takiej wysokości, i po drugie, gwarantuje, że fundusze, które by bankrutowały, będą wykupione przez państwo. To są jedynie dwie gwarancje. Nie ma żadnej gwarancji typu redystrybucyjnego czy repartycyjnego, jak to jest u nas.

Dlaczego mówię o tych krajach? Bo warto popatrzeć na statystyki. Kiedy przeprowadzano reformę w latach siedemdziesiątych w Wielkiej Brytanii, nie doszacowano liczby osób, które przeszły do systemu kapitałowego. W krajach, które w tej chwili przeprowadzają takie

reformy, ponad 50% osób w ciągu dwóch – trzech lat przechodzi do systemu opartego na zasadzie kapitalizacji składki.

Tytułem wprowadzenia, jak miałby ten system wyglądać, powiem, że opowiadamy się za tym, żeby jakaś część bazowa pochodziła z systemu. Minister Bączkowski o tym mówił, może to być np. system międzypokoleniowej kapitalizacji emerytalnej, a może to być inny system. W tej chwili prace nad tym trwają.

Drugi filar byłby systemem obowiązkowej kapitalizacji składki dla tych, którzy wchodzi do systemu, natomiast wybór byłby dla tych, którzy w tej chwili pracują, czyli mogliby pozostać w systemie tradycyjnym, mogliby przejść do systemu kapitałowego w pewnej części, ponieważ nie jest możliwe przeniesienie składki w całości do systemu kapitałowego.

I wreszcie trzeci filar byłby filarem oszczędności dobrowolnych. Chcę tu podkreślić, że ze względu na koszt transformacji w pierwszym etapie nie jest możliwe przyznanie jakichkolwiek ulg podatkowych w filarze oszczędności dobrowolnych. Przewiduje się je natomiast w perspektywie, ale dopiero w momencie, kiedy system się przekształci i koszt transformacji zostanie pokryty.

Jeśli chodzi o bezpieczeństwo takich systemów, rozumiem rozterki wielu osób, które zajmują się systemami kapitałowymi. W moim odczuciu w dużej mierze wynikają one z niewiedzy. My również popatrzyliśmy, co się działo z giełdami takich krajów, jak Niemcy, Wielka Brytania i Stany Zjednoczone. Otóż mimo wojny 1939-1945, mimo kryzysu lat 1929-1933, osoba, która włożyłaby pieniądze w roku 1925, w 1965 roku realnie, to znaczy uwzględniając inflację, zarobiłaby na tym kilkanaście procent. I to mimo wojen i kryzysu. To jest niesłychanie istotne.

Teraz w przypadku gospodarek tak zwanych rozwijających się czy wschodzących rynków możliwość kapitałowego zysku jest znacznie wyższa niż w przypadku rozwiniętych gospodarek. To pokazują statystyki. Możemy powiedzieć, no dobrze, ale co było w roku 1994? To jest prawidłowość, rynki niedoświadczone w taki sposób reagują, że następuje niesłychanie gwałtowny wzrost, następnie pęknięcie bańki mydlanej, jak to się określa, i następuje faza stabilizacji.

Niezależnie od tego trzeba powiedzieć, że istnieją już sprawdzone mechanizmy blokowania spadku rentowności firm zarządzających funduszami. Takim najlepiej sprawdzonym mechanizmem jest średnia rentowność firm, które uczestniczą w tych przedsięwzięciach, to znaczy muszą one dawać co najmniej określony poziom zyskowności. Jeśli firma uzyska jednak niższy od wymaganego poziom rentowności, najpierw dopłaca z własnych funduszy, później dopłaca państwo, a firma zarządzająca jest rozwiązywana. Innymi słowy – osoba, która należy do takiego funduszu, na tym nie traci.

I wreszcie sprawa, która jest najbardziej bulwersująca, to znaczy oszustwa. Rzeczywiście w początkowej fazie takie oszustwa się zdarzają, ale przy ścisłym nadzorze są one niesłychanie trudne do przeprowadzenia. Wizytowaliśmy swojego czasu instytucje emerytalne w Ameryce Południowej. I co się okazuje? Codziennie jest tam przygotowywany raport z każdego niemal bilansu transakcji danego dnia. W związku z tym możliwość oszustwa jest tak minimalna, że w zasadzie można ją wykluczyć, choć oczywiście istnieje, ale rzeczywiście minimalnie.

Nie będę koncentrować się na innych istotnych aspektach alternatywnego rozwiązania, jakie to byłyby instytucje, jaka jest rola towarzystw ubezpieczeniowych, natomiast chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, że taka reforma niesłychanie przyspiesza wzrost gospodarczy. Wzrost gospodarczy dla wielu osób to hasło pracy, natomiast wzrost gospodarczy to są wyższe płace i wyższe emerytury. Jeżeli jednak się tej reformy nie przeprowadzi, to w stosunkowo krótkim czasie może powstać sytuacja, że reforma będzie znacznie bardziej kosztowna, bo tempo wzrostu, jeżeli porównać dane za ubiegły rok i prognozy na rok 1996, już spada.

Przy czym należy tu podkreślić, że w tej chwili z ekonomicznego punktu widzenia warunki do przeprowadzenia tej reformy są najlepsze, bo sprzyja nam demografia, sprzyja też ekonomia. Za 2-3 lata prawdopodobnie ta reforma będzie znacznie trudniejsza do przeprowadzenia.

Niesłychanie istotne jest to, że w ramach reformy w funduszach emerytalnych akumulowane są składki. Te składki według naszych szacunków w ciągu 15 lat, przy pewnych założeniach, spowodują, że na koncie funduszy zgromadzony zostanie majątek równy w przybliżeniu połowie dochodu narodowego. To oznacza, że do dyspozycji mielibyśmy około trylion złotych.

To oznacza, że być może rola kapitału zagranicznego byłaby wówczas minimalna. Są przykłady krajów, które właśnie w ten sposób przeprowadzając reformę uniezależniły się od kapitału zagranicznego, co również oznacza, że duża część przedsiębiorstw pozostałaby w polskich rękach. To niesłychanie ważny aspekt, który chciałbym tutaj uwypuklić.

I wreszcie na koniec – ile osób może przejść do takiego systemu w Polsce, bo takie pytania się pojawiają. Nie potrafię powiedzieć. Mogę powiedzieć, co się działo w innych krajach, natomiast z ankiet, które przeprowadzono, możemy szacować, że minimalny odsetek osób, które by przeszły do takiego systemu, wynosi 25-30%. Ale my chcemy niejako wyprzedzić decyzje przed taką transformacją. Chcemy przeprowadzić ankietę już na bardzo określonych podstawach. Byłyby w niej zawarte szczegóły dotyczące systemu. Oczywiście ankietą jest pewnego rodzaju przybliżeniem, ale myślę, że dałaby odpowiedź na pytanie, ile osób w rzeczywistości przeszłoby do tego systemu.

Przy czym pragnę zwrócić uwagę, że to również nie musi być do końca miarodajne, bo jeżeliby te fundusze w krótkim czasie, a tak się działo właśnie w innych krajach, zaczęły przynosić większą dochodowość, to by oznaczało, że w ślad za tymi, którzy już przystąpili do systemu kapitałowego, pójdą następne osoby. Szacunkowo przewiduje się, że około 50-60% osób przeszłoby do systemu kapitałowego.

**dr ANDRZEJ KOSINIAK-KAMYSZ – Przewodniczący
Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników**

STAN OBECNY I PERSPEKTYWY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ROLNIKÓW W ŚWIECIE 5-LETNICH DOŚWIADCZEŃ KRUS

Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników w zasadniczy sposób zreformowała funkcjonujący od 1978 roku system ubezpieczenia społecznego rolników, a jej rozwiązania uznane zostały za nowoczesne, przybliżające polski system do analogicznych systemów ubezpieczenia społecznego rolników w wielu krajach europejskich.

Spośród generalnych ustrojowych rozwiązań, które wprowadziła nowa ustawa, chciałbym wymienić najważniejsze, a mianowicie:

- rozdzielenie ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego od ubezpieczenia emerytalno-rentowego oraz oparcie ich na odmiennych zasadach finansowania (odrębne fundusze),
- wprowadzenie możliwości dobrowolnego ubezpieczenia na wniosek rolnika,
- wprowadzenie osobowej składki ubezpieczeniowej, odrębnej dla każdego rodzaju ubezpieczenia i określenie zasad ustalania jej wysokości,
- dwuczęściowa konstrukcja emerytury i renty inwalidzkiej rolniczej – część składkowa zależna od okresu opłacania składek i część uzupełniająca, finansowana przede wszystkim ze środków budżetowych państwa,

- wprowadzenie, jako warunku pobierania pełnej emerytury lub renty, zaprzestania działalności rolniczej, przy pozostawieniu formy świadczenia do wyboru rolnika,
- rezygnacja z wyodrębnienia grup inwalidzkich na rzecz kategorii „długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym”, z jednoczesnym zobowiązaniem instytucji ubezpieczeniowej do udzielania pomocy w odbyciu rehabilitacji leczniczej lub w przekwalifikowaniu się bądź przyuczeniu do innego zawodu,
- nałożenie na instytucję ubezpieczeniową obowiązku prowadzenia wszechstronnej działalności prewencyjnej, mającej na celu ograniczenie liczby wypadków przy pracy rolniczej,
- promowanie rozwoju ubezpieczeń dobrowolnych dla rolników, prowadzonych przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych,
- powołanie do życia nowej, odrębnej instytucji ubezpieczeniowej – Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, odpowiedzialnej za realizację postanowień ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- powołanie Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników, stanowiącej samorządne przedstawicielstwo rolników, współdecydujące o kształcie systemu i sprawujące kontrolę nad jego funkcjonowaniem,
- przyjęcie zasady, że rolnicy pokrywają składką w około 10% wydatków na świadczenia, a pozostałą część pokrywa budżet.

Począwszy od stycznia 1994 r., kiedy zakończony został proces tworzenia oddziałów regionalnych i placówek terenowych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jest instytucją w pełni zorganizowaną, wypełniającą samodzielnie wszystkie zadania przypisane ustawą w zakresie bieżącej obsługi ubezpieczonych i świadczeniobiorców systemu ubezpieczenia społecznego rolników. Równocześnie z realizacją podstawowych zadań podjęte zostały zadania nowe, po raz pierwszy wprowadzone do systemu ubezpieczenia społecznego, w zakresie prewencji wypadkowej i rehabilitacji leczniczej osób ubezpieczonych w KRUS.

Obecnie KRUS wypełnia swoje zadania w ramach 49 oddziałów regionalnych, 217 placówek terenowych oraz około 100 punktów informacyjnych, co stanowi sieć dostatecznie rozbudowaną, zapewniającą właściwą obsługę ubezpieczonych i świadczeniobiorców.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego posiada odpowiednią do realizacji postawionych zadań kadrę dobrze przygotowanych pracowników. Według stanu na koniec grudnia 1995 roku w centrali, oddziałach regionalnych i placówkach terenowych KRUS zatrudnionych było łącznie 5520 osób. Kasa ma także dobrze rozwiniętą własną bazę lokalową, którą stanowią docelowe własne siedziby oddziałów regionalnych (32 na 49 oddziałów) i placówek terenowych (50 na 217 placówek).

W wykonywaniu swych zadań Kasa stosuje nowoczesną technikę i organizację pracy, opartą na systemach informatycznych. Zarówno w wykonywaniu zadań podstawowych, to jest przyznawaniu i wypłacie świadczeń, ewidencji ubezpieczonych i okresów ubezpieczenia, wymiaru i poboru składek, prowadzeniu indywidualnych kont płatników składek oraz ewidencji istniejących zadłużeń, jak również w dziedzinie zadań pomocniczych, funkcjonują w KRUS nowoczesne, odrębne systemy informatyczne, bez których sprawna realizacja zadań nie byłaby możliwa.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego obsługuje obecnie 2038 tys. emerytów i rencistów oraz 1414 tys. ubezpieczonych, co oznacza, że na jedną osobę ubezpieczoną, na którą istnieje obowiązek opłacania składek, przypada 1,45 osoby pobierającej emeryturę lub rentę.

Jest to niekorzystna proporcja, wynikające z umiarkowanego wzrostu liczby emerytur i rent w ostatnich latach przy systematycznym spadku liczby ubezpieczonych. Prognoza na lata do 2010 roku wykazuje stałą przewagę liczby emerytów i rencistów nad liczbą ubezpieczonych, jednak rozbieżność ta stopniowo będzie maleć.

*

Całkowicie nowa w historii ubezpieczeń społecznych w Polsce jest działalność, którą podjęła z mocy ustawy Kasa w zakresie prewencji i rehabilitacji. Jak dotąd bowiem żaden z obowiązujących systemów emerytalno-rentowych nie nakładał bezpośrednio na instytucję ubezpieczeniową takich zadań. Zadaniem Kasy było wypracowanie całkowicie oryginalnych form i metod działania w dziedzinie prewencji i rehabilitacji w środowisku wiejskim oraz ich pełne wdrożenie w życie (ZUS do prowadzenia prewencji rentowej został zobowiązany dopiero ustawą z 22 czerwca 1995 roku o zmianie ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw i jest na etapie prowadzenia prac przygotowawczych w tym zakresie).

Głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest zapobieganie inwalidztwu lub ograniczenie go do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym lub, po przekwalifikowaniu, podjęcie innej pracy. Działalność rehabilitacyjna Kasy jest ukierunkowana na zmniejszenie ubezpieczeniowego ryzyka związanego z utratą zdolności do pracy przez osoby ubezpieczone w Kasie.

Rehabilitacja proponowana przez KRUS przybiera formę rzeczowego świadczenia zdrowotnego, które może być przyznane rolnikom znajdującym się w grupach zagrożonych zdrowotnie, spełniających jednak podstawowe warunki, wynikające z przepisów ustawy o ubezpieczeniu

społecznym rolników, to znaczy osobom, które posiadają prawo do świadczeń Kasy, nie przekroczyły granicy wieku dla kobiet – 55 lat, dla mężczyzn – 60 lat oraz nie są inwalidami I grupy.

W związku z tym świadczenie rehabilitacyjne jest przyznawane w pierwszej kolejności w przypadku, gdy komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia rozpatrując wnioski o ustalenie prawa do renty inwalidzkiej rolnika nie orzekną długotrwałej niezdolności do pracy, zalecając jednocześnie potrzebę rehabilitacji lub gdy rolnik korzysta z zasiłku chorobowego przez okres 3 miesięcy na skutek wypadku przy pracy rolniczej lub innych chorób. Uprawnionymi do występowania z wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego Kasy są:

- lekarze wiejskich (gminnych) ośrodków zdrowia, lekarze prowadzący leczenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w oddziałach szpitalnych, poradniach specjalistycznych, właściwych ze względu na miejsce zamieszkania rolnika,

- komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, rozpatrujące wnioski o przyznanie renty inwalidzkiej rolniczej.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego określając w 1991 roku ramowy program zadań własnych i stopniowego budowania i wdrażania systemu rehabilitacji, uwzględniającego specyfikę i potrzeby środowiska wiejskiego, uznała za konieczne zorganizowanie własnych placówek leczniczych – centrów rehabilitacji rolników, dysponujących 800 – 1000 łóżek sanatoryjno-szpitalnych. Było to możliwe dzięki uchwaleniu przez Sejm 30 sierpnia 1991 roku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która stworzyła prawne warunki do tworzenia i utrzymywania m.in. przez naczelne i centralne organy administracji państwowej, a także instytucje ubezpieczeniowe, zakładów opieki zdrowotnej, a więc również zakładów rehabilitacji leczniczej.

W latach 1992-1995 Kasa powołała do życia pięć centrów rehabilitacji rolników: w Iwoniczu, Horyńcu, Jedlcu, Szklarskiej Porębie i Kołobrzegu, które jednorazowo mogą przyjąć ponad 800 pacjentów. Wszystkie centra Kasy są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, posiadającymi osobowość prawną i jak dotąd są jedynymi o takim statusie placówkami rehabilitacyjnymi w Polsce. Działalność leczniczą prowadzą także dwa ośrodki szkoleniowo-rehabilitacyjne Kasy w – Teresinie i Świnoujściu.

Centra rehabilitacji rolników są nowoczesnymi placówkami o wysokim standardzie. Posiadają sale zabiegowe oraz nowoczesny sprzęt do rehabilitacji. W centrach zapewniona jest całodobowa opieka medyczno-pielęgniarska. Zakres i liczba zabiegów ustalane są dla każdego kuracjusza indywidualnie, zgodnie z zaleceniami lekarza rehabilitanta.

Turnusy rehabilitacyjne organizowane są przez cały rok kalendarzowy. Placówki Kasy tworzą więc silną bazę pozwalającą na objęcie rehabilitacją leczniczą ponad 12 tys. osób rocznie.

Warto dodać, że rehabilitacja lecznicza prowadzona przez KRUS jest dla osób uprawnionych do świadczeń Kasy (rolnicy ubezpieczeni w Kasie i renciści rolnicy) całkowicie bezpłatna. Inne osoby, także rolnicy nie objęci ubezpieczeniem Kasy, mogą korzystać z leczenia tylko za odpłatnością. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego tworząc system rehabilitacji leczniczej dla ludności wiejskiej uznała za konieczne podjęcie działań na rzecz zapewnienia możliwości prowadzenia (kontynuowania) rehabilitacji ambulatoryjnej w rejonie miejsca zamieszkania.

Praktycznym wyrazem udziału KRUS w realizacji tego programu jest między innymi pomoc Kasy w wyposażaniu (uzupełnianiu wyposażenia) w sprzęt rehabilitacyjny gabinetów usprawnienia leczniczego w wiejskich ośrodkach zdrowia na zasadach użyczenia.

W wyniku rozpoznania przeprowadzonego przez Oddziały Regionalne Kasy i uzgodnień z organami samorządowymi oraz administratorami i pracownikami zakładów opieki zdrowotnej na wsi dokonano wyboru wiejskich ośrodków zdrowia znajdujących się w regionach rolniczych z dużą liczbą ubezpieczonych rolników, którym Kasa, w miarę swoich możliwości, udziela pomocy w wyposażeniu w sprzęt rehabilitacyjny. Do chwili obecnej, także dzięki pomocy finansowej PFRON, Kasa wyposaża gabinety usprawnienia leczniczego w 210 wiejskich ośrodkach zdrowia.

Równie nowatorski i oryginalny charakter ma działalność szkoleniowo-popularyzatorska Kasy w środowisku lekarzy wiejskich ośrodków zdrowia.

Od trzech lat KRUS we współpracy z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie i Szpitalem Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie, którym kieruje, organizuje konferencje naukowo-szkoleniowe dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na wsi na temat rehabilitacji chorób układu ruchu, a obecnie prewencji i rehabilitacji wybranych chorób układu oddechowego oraz profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy. Wykłady prowadzą wybitni naukowcy i praktycy z obu wymienionych placówek, z którymi Kasa ma stałą, dobrze rozwijającą się współpracę. Dotychczas w konferencjach wzięło udział ponad 1 tys. lekarzy z całego kraju.

*

Ten z konieczności skrótowy przegląd dokonań Kasy i jej obecna kondycja potwierdzają trafność większości rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników i co najważniejsze, system przez rolników został zaakceptowany.

Nie oznacza to jednak, że proces reformowania systemu ubezpieczenia społecznego rolników został już ostatecznie zakończony, jak również nie oznacza, że KRUS w obecnym kształcie i stanie organizacyjnym realizuje już w pełni wszystkie swoje zadania czy też że osiągnęła już szczyt swych możliwości w sprawności organizacyjnej, efektywności podejmowanych działań, we właściwych warunkach pracy i sprawnej obsłudze interesantów. Wiele jest tu jeszcze do zrobienia.

Zachodzące w Polsce zmiany ustrojowe powodują potrzebę przekształceń w systemie zabezpieczenia społecznego, w tym w systemie ubezpieczenia społecznego rolników, stanowiącego jego istotną część.

Niezależnie od ostatecznego kształtu, jaki przybierze reforma poza-rolniczych systemów ubezpieczenia społecznego, już dziś można stwierdzić, że większość proponowanych rozwiązań jest zbieżna z przyjętą konstrukcją obowiązującego i wdrażanego od pięciu lat systemu ubezpieczenia społecznego rolników. Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej zakłada, że indywidualni rolnicy podlegać będą nadal własnemu systemowi ubezpieczenia społecznego, odrębnemu od systemu pracowniczego.

Kluczową jednak kwestią dla przyszłości polskiego systemu emerytalnego, w tym także dla systemu rolniczego, jest jego finansowanie. Na tym tle podnoszą się głosy krytyki co do możliwości, a także celowości utrzymania obowiązującej zasady finansowania w 90% przez budżet państwa systemu ubezpieczenia społecznego rolników. W „Programie reformy ubezpieczeń społecznych” zakłada się, że wprowadzenie systemu powszechnych rent państwowych oraz świadczeń na rzecz rodziny, pokrywanych ze środków budżetu, stworzy warunki do przywrócenia systemowi rolniczemu charakteru samofinansującego się systemu ubezpieczeniowego. Wydaje się, że jest to pogląd nierealistyczny. Nie uwzględnia on bowiem rzeczywistej kondycji naszego rolnictwa, jego strukturalnej, ekonomicznej niewydolności. W obecnej sytuacji społeczno-ekonomicznej wsi system ubezpieczenia społecznego rolników może być urzeczywistniany jedynie przy wysokiej dotacji budżetu państwa na rzecz funduszu emerytalno-rentowego. Tym bardziej, że dotacje do systemu emerytalnego rolników stosują wszystkie kraje europejskie o gospodarce rynkowej, także te bogate, ograniczając w ten sposób wzrost cen żywności.

System ubezpieczenia społecznego rolników w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, musi więc pozostać systemem szczególnym zarówno pod względem uprawnień, jak i zasad finansowania i żadne szybkie i radykalne zmiany nie są tu możliwe. Możliwe są natomiast działania hamujące niekorzystne tendencje systemu i sukcesywnie korygujące dotychczasową strukturę dochodów i wydatków. Takie zadania również przewidziano w działaniach KRUS na najbliższe lata.

Niezależnie jednak od zamierzeń i głównych kierunków działania KRUS mieszczących się w obrębie podstawowych zadań, jakie wyznacza Kasie ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników, warto również sięgnąć wzrokiem w dalszą perspektywę, biorąc pod uwagę możliwości rozwoju działalności KRUS również w innych obszarach, nie przewidzianych obecnie w ustawie.

Do takiego myślenia skłaniają zarówno prognozy dotyczące malejącej liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców KRUS, wykraczające poza rok 2000, świadomość potencjału wykonawczego, jakim dysponuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, jak również doświadczenia z praktyki działania innych instytucji, jak np. francuskiej Kasy Mutualite Social Agricol, która poza zadaniami w naszym pojęciu typowymi dla obsługi ubezpieczenia społecznego realizuje wiele zadań pomocy społecznej, opieki nad ludźmi starymi, doradztwa zawodowego itp.

Być może uzasadnione jest w przyszłości stworzenie Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego możliwości wszechstronnej obsługi socjalnej środowiska wiejskiego. Taka kompleksowa obsługa byłaby na pewno z korzyścią dla rolników i ich rodzin.

Korzystając z doświadczeń francuskiej MSA, Kasa mogłaby podjąć się zadań w zakresie pomocy społecznej poprzez sukcesywne uruchamianie domów spokojnej starości dla mieszkańców wsi, jak również udzielanie przez pracowników socjalnych KRUS pomocy ludziom starszym wymagającym opieki, tj. robienie zakupów, załatwianie wizyt u lekarza itp.

Pomoc udzielana przez pracowników socjalnych mogłaby również dotyczyć ubezpieczonych osób aktywnych zawodowo, np. poprzez zapewnienie opieki nad dziećmi w okresie żniw, co wpłynąć by mogło w istotny sposób na obniżenie poziomu wypadkowości wśród dzieci, doradztwo ekonomiczne, organizowanie agroturystyki itp.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z racji wykonywanych funkcji ma duże rozeznanie sytuacji ekonomicznej środowiska wiejskiego, jego możliwości i potrzeb. Dysponując rozbudowaną siecią jednostek organizacyjnych w terenie, ma możliwość dotarcia z informacją o dodatkowych możliwościach w zakresie ubezpieczenia do tych osób, które taką ofertą mogą być zainteresowane. W miarę rozwoju rolnictwa i rosnącej liczby gospodarstw wysokodochodowych zapotrzebowanie na tego rodzaju ofertę może być i zapewne będzie coraz wyższe. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego powinna więc mieć również możliwość oferowania ubezpieczeń dodatkowych, dobrowolnych, od

różnego rodzaju ryzyka, w zakresie ubezpieczeń społecznych na zasadach komercyjnych.

Biorąc pod uwagę przedstawione wyżej argumenty odnośnie do wiedzy na temat środowiska wiejskiego i możliwości łatwego dostępu do jego przedstawicieli poprzez sieć placówek terenowych, uzasadnione może być również podjęcie przez KRUS działań w zakresie oferowania innego rodzaju ubezpieczeń, np. ubezpieczeń majątkowych, od odpowiedzialności cywilnej, ryzyka utraty plonów, komunikacyjnych itp.

Z uwagi na szeroki zakres tych ubezpieczeń i ich różnorodny charakter nie jest możliwe podejmowanie przez KRUS własnego ubezpieczenia od tego rodzaju ryzyk, zasadne natomiast wydaje się stworzenie Kasie możliwości podejmowania się na zasadach komercyjnych pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz wiodących na rynku firm ubezpieczeniowych wyspecjalizowanych w tego rodzaju ubezpieczeniach. KRUS, korzystając ze swojego potencjału terenowych jednostek organizacyjnych i wyspecjalizowanej, dobrze przygotowanej kadry, mogłaby podejmować się dodatkowej działalności – działalności gospodarczej w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego, dającej dodatkowe dochody instytucji, jak również możliwość dodatkowego zarobkowania jej pracownikom.

Innym kierunkiem rozwoju działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w sferze obsługi socjalnej mogłoby być podjęcie zadań w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. W założeniach systemu ubezpieczeń zdrowotnych przyjmuje się, że ubezpieczeniu zdrowotnemu będą podlegały obowiązkowo wszystkie osoby mające obecnie prawo z różnych tytułów do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a ubezpieczenie obejmowałoby oprócz ubezpieczonego również osoby pozostające na jego utrzymaniu.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego mogłaby stać się również instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, realizującą zadania w tej dziedzinie wobec rolników i ich rodzin w ramach wyodrębnionych funduszy tego ubezpieczenia.

*

Przedstawione założenia co do możliwości rozszerzenia działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na inne zadania pokrewne wypełnianym obecnie są jedynie pewną ideą wynikającą z chęci stworzenia kompleksowego systemu obsługi socjalnej rolników i środowiska wiejskiego oraz możliwości, jakie stwarza rozwinięta sieć jednostek organizacyjnych KRUS. Realizacja tych idei czy chociażby części z nich uzależniona jest od wielu czynników zewnętrznych, ostatecznego kształtu zamierzonych reform systemu ubezpieczeń zdrowotnych, kie-

runków działania państwa w sferze pomocy społecznej itp. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego widzi jednak możliwość uczestniczenia w tych reformach i podjęcia się wykonywania zadań w tej dziedzinie.

Wymagałoby to oczywiście wielu zmian i przekształceń w samej Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zmiany jej statusu, uzyskania osobowości prawnej, zmian w systemie społecznego nadzoru nad realizacją zadań i wiele innych.

Sądzę jednak, że zmieniająca się rzeczywistość polskiego rolnictwa spowoduje konieczność poważnej dyskusji i sformułowania konkretnych wniosków w zakresie socjalnych i pozasocjalnych funkcji ubezpieczenia instytucji w świetle proponowanej rekonstrukcji polskiego rolnictwa.

**dr SŁAWOMIR RADIUKIEWICZ – Doradca Ministra Zdrowia
i Opieki Społecznej**

NIEKTÓRE ASPEKTY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce w ciągu dwóch – trzech lat prawdopodobnie stanie się faktem. Wskazuje na to postęp prac nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Sejmie, deklaracje polityków niezależnie od ich opcji, żądania samorządów zawodowych służby zdrowia, związków zawodowych, jak również opinia społeczna, wyrażana w badaniach sondażowych. Nie bez znaczenia jest także fakt, że w odczuciu społecznym system opieki zdrowotnej staje się coraz to bardziej niewydolny i pomimo zakładanej bezpłatności – coraz bardziej obciążający budżety rodzinne. Zastąpienie niewydolnego zaopatrzeniowego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego dotychczas w większości z budżetu państwa, przez system mieszany, ubezpieczeniowo-budżetowy, finansowany w zakresie opieki ze składek, stało się koniecznością.

Determinują to także kapitałowe mechanizmy rynkowe i przekształcenia własnościowe, charakteryzujące obecną gospodarkę naszego kraju.

To właśnie kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez kontraktowanie świadczeń w publicznym i prywatnym sektorze usług zdrowotnych zbudują wewnętrzny rynek usług medycznych, dostosowany do wymogów współczesnej gospodarki i jednocześnie wymuszający, z pominięciem administracji, zmiany w systemie opieki. Mówił o tym minister Kuszewski.

Zamiar wprowadzenia w Polsce ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od jego modelu, wzbudza jednak wiele obaw, wątpliwości, a nawet zastrzeżeń. Nie bez znaczenia dla tych zjawisk, zwłaszcza u decydentów, były obserwowane w ostatnim dwudziestolecu w niektórych krajach zachodnich tendencje odchodzenia od systemu ubezpieczeniowego bądź pozostawanie i umacnianie już istniejących systemów zaopatrzeniowych.

Obawy te pogłębiły również niepowodzenia w paru krajach Europy Środkowej i Wschodniej, które ubezpieczenia zdrowotne usiłowały wprowadzić bądź je nawet wprowadziły, z negatywnymi następstwami, zwłaszcza w zakresie finansów. Do tego trzeba dodać zwykle ludzkie obawy przed nowym, jak i pewną dozę konserwatyzmu, tkwiącego w każdym z nas.

Na usprawiedliwienie tych obaw trzeba jednak zwrócić uwagę, że reforma opieki zdrowotnej jest szczególnie delikatnym przedsięwzięciem, bowiem dotyka najbardziej wrażliwej materii, jaką jest zdrowie i życie ludzkie oraz wiążące się z tym poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Jedną z podstawowych obaw, które niesie za sobą wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego, okazała się w odczuciu społecznym niepewność co do wiarygodności i wydolności finansowej kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Powód ku temu dały niektóre agencje ubezpieczeniowe, które bankrutując naraziły swych klientów nie tylko na bezpośrednie straty finansowe, ale przede wszystkim na utratę uprawnień, na które ubezpieczając się mogli liczyć. W sukurs jednak zwolennikom ubezpieczeń, rozwiewając obawy malkontentów, przychodzą ustawowe gwarancje państwa i wewnętrzne mechanizmy kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Artykuł 4 projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym redakcji Nadzwyczajnej Komisji Sejmowej jednoznacznie bowiem stwierdza, że *Państwo gwarantuje ubezpieczonym udzielanie świadczeń określonych w ustawie*, a więc ubezpieczony zyskuje gwaranta, któremu w największym stopniu w naszych warunkach może zawierzyć. Dodatkowym czynnikiem uspokajającym jest jednocześnie rozpatrywany przez Sejm projekt ustawy o świadczeniach gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych.

Są to gwaranty bezpieczeństwa ubezpieczającego się. Ustawowym instrumentem państwa w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową

kas mają być regionalne izby obrachunkowe (RIO), obecnie uprawnione do kontroli gospodarki finansowej samorządów terytorialnych. Ustawą ten zakres kompetencji regionalnych kas obrachunkowych ma być rozszerzony na instytucje prowadzące ubezpieczenia zdrowotne. W ten sposób zachowany zostanie jednolity system kontroli nad gospodarką finansową samorządu terytorialnego i ubezpieczeniowego, nie stwarzając potrzeby organizowania odrębnych struktur kontroli. Natomiast nad realizacją przez kasy państwowych programów w dziedzinie ochrony zdrowia nadzór według kryteriów zgodności z prawem ma sprawować Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Należy tu podkreślić, że rolę Ministra Zdrowia w ubezpieczeniach eksponowali bardzo wyraźnie uczestnicy ubiegłorocznego sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych.

Mechanizmy wewnętrzne – to poza całym systemem kontroli merytorycznej i finansowej, przewidywanym w strukturze kas, w tym prawa do kontroli bieżącej realizacji umów o udzielanie świadczeń przez świadczeniodawców – to również tworzenie przez Krajowy Związek Kas funduszu wyrównawczego (art. 132). Fundusz wyrównawczy jest przeznaczony na wyrównywanie różnic w przychodach pochodzących ze składek poszczególnych kas. Dzięki temu funduszowi można będzie zapobiec niedoborom finansowym ubogich, względnie mającym szczególne wydatki kasom. Jest to pełna realizacja zasady solidaryzmu, ale jest to również zawór bezpieczeństwa dla funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego w skali kraju.

Mówiąc o bezpieczeństwie zdrowotnym nie można nie wspomnieć o prawie ubezpieczonego do żądania przeprowadzenia przez naczelnego lekarza właściwej kasy kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz możliwości pośredniego oddziaływania na funkcjonowanie kasy poprzez organ jej rejonowego oddziału, jakim jest zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych. Nadaje to kasom charakter instytucji samorządowej.

Wszystko to w sumie powinno wzbudzać u ubezpieczającego się zaufanie do instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, a także stworzyć poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego dla siebie i swojej rodziny. Powoduje to w efekcie, że klimat społeczny wokół idei wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych jest sprzyjający, a jednocześnie daje podstawę do utożsamiania się z kasą jako instytucją, która niejako staje się współwłasnością ubezpieczonego – jako płacącego składkę.

Ten moment ma jeszcze jeden aspekt, a mianowicie wyrabia u ubezpieczonego poczucie współodpowiedzialności nie tylko za kasę, ale również za własne zdrowie. Jest to niewątpliwie nowy ważny czynnik, nie występujący, a jeśli tak, to w bardzo małej skali, w obecnym systemie zaopatrzeniowym.

Przeciwnicy ubezpieczeń zgłaszają jeszcze jedną wątpliwość. Twierdzą, że jakkolwiek ustawa stwarza podstawy do uniknięcia przez ubezpieczonych ryzyka ze strony kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, to zagrożenie wydolności finansowej kasy może wychodzić od samych ubezpieczonych. Przy czym nie chodzi tu tyle o ryzyko zdrowotne, chociaż i ono jest ważne – mniej chorujemy, mniej wydajemy – co o opłacanie składek. Składki bowiem będą podstawowym źródłem finansowania systemu i będą płacone nie przez pracodawców, lecz wyłącznie przez pracowników. Zapisy w projekcie ustawy w tym względzie są restrykcyjne, umożliwiają ściąganie składek w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji oraz grożą utratą uprawnień do świadczeń. Ale czy są to dostateczne ostrzeżenia?

Malkontenci przypominają, że w ostatnim roku okresu międzywojennego ściągalność składek na ubezpieczenie społeczne wynosiła nieco ponad 20%, że obecnie niektóre zakłady nie płacą składek ZUS-owskich lub mają duże zaległości w opłatach, nierzadkie są też przypadki, zwłaszcza w sektorze prywatnym, zaniżania składek lub ukrywania części zarobków. Dodatkowo wysuwa się też jako argument wyniki badań sondażowych CBOS z ubiegłego roku, w których 36% respondentów odpowiedziało, iż w ogóle ich nie stać na płacenie składki ubezpieczeniowej. Czy wola 55% deklarujących płacenie składki jest tu wystarczająca?

Myślę, że dostateczną odpowiedź na te zastrzeżenia i wątpliwości przygotowali projektodawcy ustawy. Artykuł 5 projektu ustawy stwierdza wyraźnie, że składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega kompensacie, zaś inne artykuły mówią, że za kilka kategorii ubezpieczonych składki mają opłacać różne instytucje, otrzymując na to środki z budżetu państwa.

Inny aspekt sprawy to wprowadzenie przez ustawę rzeczywistego podziału ról: na dostarczyciela świadczeń zdrowotnych, ich organizatora oraz finansującego. W rozumieniu projektu ustawy pierwszym stają się zakłady opieki zdrowotnej oraz lekarze prywatnie praktykujący, drugim – administracja państwowa i samorządowa, trzecim – kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ten podział staje się lokomotywą zmian w całym systemie opieki zdrowotnej, pociąga bowiem potrzebę przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady samodzielne pod względem finansowym i równouprawnienia z nimi lekarzy wolno praktykujących do kontraktowania świadczeń poprzez zawieranie umów pomiędzy kasą ubezpieczenia zdrowotnego a świadczeniodawcami. Stworzy to konkurencję między dostawcami świadczeń, a jednocześnie spowoduje racjonalizację wydatków. Trzeba wyraźnie podkreślić, że system kontraktowania staje się istotą zmian w organizacji, funkcjonowaniu i finansowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Kontraktowane będą zadania, a nie czas pracy, opłacane świadczenia, a nie zakłady.

Da to również niewątpliwy asumpt do rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, instytucji lekarza rodzinnego i rodzinnego pediatry czy praktyk zespołowych, ale już z reguły wykonujących zawód poza publicznym zakładem opieki zdrowotnej i wyposażonych w pakiet zadań i uprawnień jako lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Nowe uwarunkowania systemowe, jak się wydaje, podniosą rangę lekarza przede wszystkim z powodu znacznego zdyscyplinowania systemu ubezpieczeniowego i rzeczywistego potraktowania go jako *gate keepera* (przewodnika po systemie) do świadczeń całego ubezpieczenia zdrowotnego (pieniądze wędrują za pacjentem).

Kierując się zasadą, że oparcie opieki na systemie ubezpieczeniowym ma ją jednocześnie zracjonalizować pod względem wydatków i usprawnić pod względem udzielania świadczeń, należałoby się zastanowić, czy zakres świadczeń, jakie kasy zgodnie z zapisami w projekcie ustawy mają udzielać, wyczerpują listę potrzeb. Chodzi przede wszystkim o to, co ostatnio w piśmiennictwie niemieckim o ubezpieczeniach określa się jako nowe świadczenia ubezpieczeniowe. Niemcy w swoich ostatnio znowelizowanych przepisach ubezpieczeniowych określili je jako medyczna i domowa pomoc opiekuńcza. U nas w kraju mogłyby one stanowić alternatywę dla leczenia szpitalnego, a więc usankcjonować prawnie znacznie tańszą niż pobyt w szpitalu hospitalizację domową i prawo ubezpieczonego do niej. Chodzi tu także o sytuację, kiedy z powodu choroby przewlekłej lub niepełnosprawności ubezpieczeni wykazują wielką bezradność w wykonywaniu zwykłych codziennych czynności. Sprawa jest o tyle również ważna w Polsce, że wobec zaniku rodzin wielopokoleniowych, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, zapewnienie takiej opieki staje się problemem.

Zdaję sobie sprawę, że wysunięcie tego problemu może być przedwczesne, że system ubezpieczeń zdrowotnych należy najpierw wdrożyć i dopiero po jego okrzepnięciu myśleć o rozszerzeniu zakresu świadczeń. Proszę potraktować to jako sygnał, że problem istnieje i powinien być rozwiązany.

Poruszyłem w swym wystąpieniu parę zaledwie problemów, uznając je za ważne i mogące mieć w różnych aspektach wpływ na dalszy proces ustawodawczy i wdrożeniowy systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

PROBLEMY POMOCY SPOŁECZNEJ W REFORMIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Pomoc społeczna – element zabezpieczenia społecznego

Duże zmiany w życiu społecznym i gospodarczym w ostatnich latach obejmują również system zabezpieczenia społecznego.

Z założeń reformy systemu zabezpieczenia społecznego wynika, że ma być on oparty na czterech różnorodnych podstawach, łącząc elementy ubezpieczeniowe i zaopatrzeniowe, powszechne i selektywne oraz redystrybucyjne i rynkowe.

Ubezpieczenia społeczne, zaopatrzenie społeczne, ochrona zdrowia i pomoc społeczna są podstawowymi instrumentami polityki społecznej państwa, przez które zabezpiecza się poziom życia i urzeczywistnia określoną wizję społeczeństwa.

Wybór modelu zabezpieczenia społecznego nie powinien opierać się tylko na kalkulacjach ekonomicznych, ale powinien być również podstawą debaty publicznej, dotyczącej elementów normatywnych. Przyjęta koncepcja powinna być oparta na społecznej akceptacji, jako warunku powodzenia projektowanych reform.

Z reformą ubezpieczeń społecznych, której istotnym, lecz nie jedynym elementem jest przebudowa systemu emerytalno-rentowego, wiąże się nadzieję na racjonalizację tego systemu; dostosowanie proporcji wydatków publicznych do możliwości państwa i umocnienie ubezpieczeniowego charakteru świadczeń.

Silniejsze powiązanie prawa do świadczeń zaopatrzeniowych z wielkością indywidualnego wkładu ubezpieczonego w tworzenie funduszy oraz zmiana niektórych funkcji ubezpieczeń, mających charakter świadczeń pozaubezpieczeniowych, wydaje się być zabiegiem koniecznym i społecznie uzasadnionym.

Z reformą systemu opieki zdrowotnej wiąże się nadzieja na poprawę bezpieczeństwa i zabezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa. System ubezpieczenia zdrowotnego zapewniałby świadczenia i usługi zdrowotne na wypadek utraty zdrowia i choroby ubezpieczonego.

Na tle tych zmian system pomocy społecznej ma spełniać m.in. rolę czynnika kompensującego zachwianą sytuację życiową, zdrowotną i socjalną części społeczeństwa.

Kryzys środków publicznych spowodował ograniczenie konsumpcji zbiorowej społeczeństwa. Zmniejszyła się wartość świadczeń społecznych i zaopatrzeniowych, dostępność do świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz do korzystania z podstawowych środków farmaceutycznych, zaopatrzenia ortopedycznego i usług stomatologicznych.

Stosunkowo duże rozwarstwienie materialne społeczeństwa i wzrost liczby osób objętych bezrobociem oraz korzystających ze świadczeń emerytalno-rentowych spowodowało konieczność zwiększenia środków publicznych na pomoc społeczną i wsparcie wszystkich działań podmiotów pozarządowych i osób fizycznych na rzecz osób i rodzin zagrożonych ubóstwem.

Przeprowadzone badania wykazują, iż główną przyczyną ubóstwa są niskie zarobki, bezrobocie, starszy wiek, przewlekła choroba oraz niskie świadczenia emerytalno-rentowe. Najbardziej ubóstwem są zagrożeni robotnicy, rolnicy, emeryci, renciści oraz utrzymujący się ze świadczeń pomocy społecznej.

Przyczyny ubóstwa ilustruje tabela 1, opracowana na podstawie przeprowadzonych badań przez Bank Światowy w 1994 r.

Tabela 1. Ubóstwo w Polsce

Kim są ubodzy. Podział według różnych kryteriów					
Przyczyna	%	Przynależność do danej grupy	%	Miejsce zamieszkania	%
Niskie zarobki	60	Robotnicy	38	Wieś	60
Bezrobocie	35	Rolnicy	17		
Starszy wiek	5	Emeryci	17	Do 100 tys. mieszkańców	27
		Utrzymujący się z pomocy społecznej	13	Duże miasta	8
		Robotnicy-rolnicy	12	Miasta średniej wielkości	5
		Samo zatrudnieni	3		

Źródło: Dokument Banku Światowego: „Ubóstwo w Polsce”, 1994 r., Aneksy s. 19.

Zadania i zakres pomocy społecznej

Zadania z zakresu pomocy społecznej oraz rodzaje świadczeń i strukturę organizacyjną określa ustawa o pomocy społecznej z 29 listopada 1990 roku i jej nowelizacja z 1993 i 1996 roku, która jest rezultatem przeprowadzonej reformy pomocy społecznej w 1989 roku.

Pomoc społeczna jest to zorganizowany system, urzeczywistniany przez państwo, podmioty pozarządowe, osoby fizyczne i prawne, za pomocą zespołu środków służących zaspokajaniu niezbędnych i społecznie uzasadnionych potrzeb.

Treścią działalności pomocy społecznej jest pomoc osobom i rodzinom trwale lub chwilowo znajdującym się bez środków do życia lub w trudnej sytuacji życiowej, której nie są w stanie własnymi środkami i możliwościami rozwiązać.

Pomoc społeczna skupia się wokół problemów materialnych i zdrowotnych osób i rodzin niezdolnych do pracy, niewydolnych ekonomicznie i dotkniętych patologią społeczną. Udzielana jest osobom i rodzinom w szczególności z powodu ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, potrzeby ochrony macierzyństwa, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej choroby, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, alkoholizmu i narkomanii, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego, klęski żywiołowej i ekologicznej.

W ustalaniu świadczeń pomocy społecznej stosowane jest ostatnio kryterium dochodu na osobę w rodzinie oraz brane są pod uwagę również warunki zdrowotne i materialne.

Nowelizacja ustawy z 14 czerwca 1996 roku zaostrzyła kryteria kwalifikowania osób i rodzin do świadczeń z pomocy społecznej, a nawet wprowadza pełną odpłatność za pobyt w domach pomocy społecznej (od stycznia 1998 roku).

Kryterium dochodowe na osobę w rodzinie, wprowadzone od 14 września 1996 roku (nie do najniższej emerytury) spowoduje zmniejszenie liczby osób i rodzin korzystających dotychczas ze świadczeń pomocy społecznej.

Udział wydatków na pomoc społeczną w wydatkach budżetu państwa jest stabilny, a nawet w 1995 roku został zmniejszony. W latach 1990-1995 wynosi średnio rocznie 2,2%, co ilustruje tabela 2.

Dla spójności systemu zabezpieczenia społecznego przy ustalaniu świadczeń pomocy społecznej i zdrowotnych powinno być stosowane kryterium dochodu osoby lub rodziny w stosunku do minimum socjalnego lub do najniższego świadczenia emerytalno-rentowego.

Tabela 2. Udział wydatków na opiekę społeczną w wydatkach budżetu państwa (według ustawy budżetowej w mln zł, a w 1995 r. w nowych złotych)

Rok	Wydatki budżetu państwa	Wydatki na opiekę społeczną dz. 86 i część 85	Udział w % (3:2)
1991	293.474.478	5.125.355	1,7
1992	403.150.000	9.331.600	2,3
1993	514.420.000	12.002.905	2,3
1994	696.010.000	16.047.325	2,3
1995	914.673.000	20.028.060	2,2

Źródło: MPiPS – Departament Pomocy Społecznej; Wybrane informacje z realizacji zadań pomocy społecznej w 1990-1995 r.

Wydatki budżetu państwa w 1995 roku na zadania zlecone gminie wynosiły prawie 55% ogółu wydatków na pomoc społeczną, a tylko około 45% stanowiły wydatki gmin na zadania własne.

W miarę wzrostu uprawnień gminy, w ramach decentralizacji uprawnień, należy rozszerzyć jej zadania własne w zakresie pomocy społecznej, przekazując jednocześnie środki na ten cel z budżetu państwa.

Liczba osób i gospodarstw objętych pomocą społeczną w 1994-1995 roku w ramach zadań zleconych wzrasta, a maleje w ramach zadań własnych gminy, pokrywanych ze środków samorządowych. Zjawisko to ilustrują dane liczbowe zawarte w tabeli 3.

Tabela 3. Rzeczywista liczba osób i gospodarstw domowych objętych pomocą społeczną w 1994 i 1995 roku

Wyszczególnienie a – 1994 r. b – 1995 r.		Liczba		
		osób, którym przyznano świadczenia	gospodarstw domowych	osób w gospodarstwie domowym
Świadczenia przyznane w ramach zadań zleconych i własnych	a	2.283.789	1.942.124	7.294.205
	b	2.126.688	1.795.159	6.687.824
Świadczenia przyznane w ramach zadań zleconych	a	1.225.135	1.146.429	4.296.534
	b	1.217.212	1.149.292	4.260.449
Świadczenia przyznane w ramach zadań własnych	a	1.485.609	1.226.594	4.485.055
	b	1.332.566	1.060.572	3.888.282
Świadczenia udzielane w ramach pracy socjalnej	a		1.384.114	4.817.271
	b		1.334.831	4.558.357

Źródło: MPIPS – Departament Pomocy Społecznej: Wybrane informacje o realizacji zadań pomocy społecznej 1994-1995 r., Sprawozdanie za 1995 rok.

Ze świadczeń pomocy społecznej korzystają w większości rodziny wielodzietne, niepełne oraz emeryci i renciści. Jest to spowodowane dużym bezrobociem, niskimi dochodami z pracy, dużym odsetkiem

niskich świadczeń emerytalno-rentowych, wydatkami na leczenie i zakup leków oraz wzrostem kosztów utrzymania, w tym żywności i opłat za mieszkanie. Są to społeczne koszty procesu transformacji ustrojowej w Polsce, których zasadniczą cechą jest postępujące ubożenie znacznej części społeczeństwa, zapoczątkowane pod koniec lat siedemdziesiątych.

Około połowy społeczeństwa żyje na granicy ubóstwa, rynek pracy jest zdominowany przez pracodawców i nieustanną presję jakościowo nowych wymagań rodzącej się gospodarki kapitalistycznej.

Kategorią społeczną, która jest szczególnie narażona na oddziaływanie rozmaitych zagrożeń społecznych, są dzieci i osoby przewlekłe chore.

Relację niektórych kategorii dochodów do minimum socjalnego ilustruje tabela 4, a typy gospodarstw domowych objętych pomocą społeczną w latach 1994-1995 tabela 5.

Tabela 4. Relacje niektórych kategorii dochodów do minimum socjalnego w 1995 r.

Wyszczególnienie	W nowych zł przeciętnie w 1995 r.	W procentach minimum socjalne = 100,0	Wysokość minimum socjalnego
W relacji do minimum dla 1-osobowych gospodarstw pracowniczych			
Płaca minimalna (przeciętna w roku) netto	247,11	74,20	333 zł
Przeciętne wynagrodzenie netto	569,25	170,94	
W relacji dla 1-osobowych gospodarstw emeryckich			
Minimalna emerytura netto (przeciętna w roku)	203,93	62,96	301 zł
Przeciętna emerytura i renta netto	368,68	113,83	

Źródło: „Polityka Społeczna” nr 9, 1996 r., s. 33-34: Minimum socjalne według skorygowanego koszyka towarów i usług.

Płaca minimalna i emerytura powinny być na poziomie minimum socjalnego, co by zmniejszyło liczbę osób i rodzin korzystających ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, a w większym stopniu mogłyby one korzystać wtedy ze świadczeń opiekuńczo-leczniczych, za częściową odpłatnością.

Tabela 5. Typy gospodarstw domowych objęte pomocą społeczną w 1994 i 1995 r.

Typ gospodarstwa domowego	a 1994 b 1995	Liczba gospodarstw domowych	Liczba osób w gospodarstwach
Ogółem gospodarstw domowych	a b	2.089.234 2.137.282	7.644.282 7.741.050
w tym: jednoosobowe	a b	283.009 278.206	283.009 278.206
niepełne	a b	229.666 227.337	713.191 722.921
wielodzietne (4 i więcej dzieci)	a b	254.807 228.201	1.590.574 1.460.350
emerytów i rencistów	a b	334.489 336.157	904.664 903.281

Źródło: MPiPS – Departament Pomocy Społecznej: Wybrane informacje dotyczące realizacji zadań pomocy społecznej w latach 1990-1995 oraz Sprawozdanie za 1995 r.

Podstawowymi zadaniami pomocy społecznej jest w szczególności:

- tworzenie warunków organizacyjnych funkcjonowania pomocy społecznej, w tym rozbudowa niezbędnej infrastruktury socjalnej w zakresie pomocy środowiskowej, jak i zakładowej (instytucjonalnej),
- analiza i ocena zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia pomocy społecznej,
- przyznawanie i wypłacanie świadczeń oraz organizowanie i prowadzenie usług opiekuńczo-leczniczych (specjalistycznych),
- pobudzanie społecznej aktywności w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin,
- prowadzenie pracy socjalnej, rozumianej jako działalność zawodowa, skierowana na pomoc osobom i rodzinom potrzebującym pomocy i wsparcia.

Obowiązek wykonania zadań pomocy społecznej spoczywa przede wszystkim na gminie oraz na administracji rządowej w zakresie ustalonym ustawami.

Podział zadań i świadczenia pomocy społecznej

Ustawa o pomocy społecznej określa zadania własne gminy, finansowane i organizowane przez gminę oraz zadania zlecone, finansowane z budżetu państwa, w tym także zadania wojewody w zakresie pomocy społecznej.

Do zadań własnych pomocy społecznej, realizowanych przez gminy, należą:

- prowadzenie domów pomocy społecznej, ośrodków wsparcia i ośrodków opiekuńczych o zasięgu lokalnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki,
- przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych, przyznawanie pomocy rzeczowej i w naturze oraz zasiłków i pożyczek na ekonomiczne usamodzielnienie,
- inne zadania wynikające z rozeznaczonych potrzeb.

Do zadań własnych z zakresu pomocy społecznej o charakterze obowiązkowym, wykonywanym przez gminy, należy:

- udzielanie schronienia, posiłku, niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym,
- świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania,
- pokrywanie wydatków na świadczenia zdrowotne, w tym na wykup niezbędnych leków,
- udzielanie zasiłku celowego na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego,
- praca socjalna, zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników i zapewnienie im warunków do realizacji zadań gminy w zakresie pomocy społecznej.

Zadania zlecone gminie obejmują:

- przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych, okresowych, celowych, renty socjalnej, dodatków do świadczeń,
- świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, wynikających z przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- organizowanie i prowadzenie ośrodków wsparcia, jako środowiskowej formy pomocy półstacjonarnej, służące utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku, a w szczególności są to domy samopomocy środowiskowej, dzienne domy pomocy, noclegownie i ośrodki opiekuńcze,
- zadania wynikające z rządowych programów pomocy społecznej bądź innych ustaw, mających na celu ochronę poziomu życia osób i rodzin, po zapewnieniu odpowiednich środków; obecnie m.in. dodatki rodzinne, mieszkaniowe,
- utworzenie i utrzymanie ośrodka pomocy społecznej i zapewnienie środków na wynagrodzenie pracowników wykonujących zadania pomocy społecznej.

Do zadań wojewody w zakresie pomocy społecznej należy w szczególności:

- sporządzanie bilansu potrzeb i środków we współpracy z gminą,
- ustalanie sposobu realizacji zadań zleconych gminom,

- organizowanie specjalistycznego poradnictwa socjalnego i nadzór nad nim,
- organizowanie i finansowanie domów pomocy społecznej i środowiskowych domów samopomocy o zasięgu ponadlokalnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki oraz wydawanie i cofanie zezwoleń na prowadzenie domów pomocy społecznej przez podmioty pozarządowe oraz osoby fizyczne i prawne,
- wspieranie, w tym finansowe, organizacji społecznych, Kościoła katolickiego, innych kościołów, związków wyznaniowych, fundacji, stowarzyszeń, pracowników oraz osób fizycznych i prawnych w zakresie realizowanych przez nich zadań pomocy społecznej,
- opracowywanie i wdrażanie celowych programów służących wykonywaniu zadań pomocy społecznej.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej sprawuje nadzór, wydając zarządzenia i rozporządzenia do ustawy o pomocy społecznej oraz wspiera wszystkie działania podmiotów pozarządowych, osób fizycznych i prawnych w zakresie pomocy społecznej.

Wszystkie świadczenia pomocy społecznej, środowiskowej i instytucjonalnej mają charakter indywidualny. Adresowane są do osób i rodzin bez środków do życia i niezdolnych do pracy, ze względu na wiek lub chorobę, mających minimalne środki lub gdy występuje konieczność wykonywania usług opiekuńczo-leczniczych, za częściową lub całkowitą odpłatnością.

Ze względu na różnorodność potrzeb zakres pomocy społecznej obejmuje cztery podstawowe systemy: system pomocy pieniężnej, pomocy w naturze, pomocy w usługach oraz system pomocy zakładowej (instytucjonalnej).

System pomocy pieniężnej obejmuje następujące rodzaje świadczeń: zasiłki stałe, rentę socjalną, zasiłki okresowe i celowe.

Zasiłek stały w pełnej wysokości, wyrównawczy i na wychowanie dzieci niepełnosprawnych oraz dodatki do zasiłku stałego otrzymują osoby bez środków do życia i niezdolne do pracy lub inwalidzi od dzieciństwa i w wyniku wypadku w trakcie nauki w szkole ponadpodstawowej i wyższej, przed ukończeniem 25 roku życia.

Ten rodzaj świadczenia dla inwalidów od dzieciństwa i powstałego w czasie nauki zamieniono na rentę socjalną, która wynosi 250 zł netto miesięcznie niezależnie od dochodu.

Zasiłek okresowy z pomocy społecznej może być przyznany osobom i rodzinom, jeżeli dochód na osobę lub rodzinę nie przekracza kryterium ustawowego, a dochody oraz posiadane zasoby nie wystarczają na zaspokojenie niezbędnych potrzeb, a w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, brak możliwości zatrud-

nienia, uprawnień do renty rodzinnej, możliwość otrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego.

Zasiłek celowy może być przyznany osobie i rodzinie w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów leków i leczenia, remontu mieszkania, opału i odzieży, pobytu dziecka w żłobku lub przedszkolu, a także kosztów pogrzebu oraz na pokrycie strat w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej i na ekonomiczne usamodzielnienie.

Ponadto udzielana jest pomoc pieniężna w formie zasiłków dla kobiet w ciąży oraz osób wychowujących dzieci, zasiłków pielęgnacyjnych, zasiłków rodzinnych, mieszkaniowych i pomocy dla kombatanów.

W 1995 roku z zasiłków stałych korzystały 176 224 osoby, w tym 141 531 w pełnej wysokości, a inwalidzi od dzieciństwa stanowili aż do 91 287 osób (renta socjalna).

Zasiłki okresowe otrzymało 840 329 osób i rodzin, w tym 124 049 osób dotkniętych długotrwałą chorobą, 49 523 niesprawnością, 503 033 brakiem możliwości zatrudnienia oraz 166 482 z innych przyczyn.

Zasiłki na zakup leków otrzymało 12 276 osób, pomoc dla kobiet w ciąży oraz osób wychowujących dzieci obejmowała 221 108 osób, zasiłki pielęgnacyjne 74 749 osób i zasiłki rodzinne 42 728.

Zasiłki celowe otrzymały 1 092 233 osoby i rodziny, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie 369 osób.

System świadczeń w naturze powiązany jest ze świadczeniami pieniężnymi, uzupełnia je lub też stanowi świadczenia samodzielne. Obejmuje dostarczanie posiłków bezpłatnie lub za częściową odpłatnością, zaopatrzenie w żywność, opał, odzież, leki i udzielanie świadczeń leczniczych, dostarczenie środków na usamodzielnienie i inne. Z tej formy pomocy w 1995 roku skorzystało ponad 1 mln osób i rodzin.

System pomocy w usługach obejmuje osoby samotne, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Przysługują im bezpłatne lub odpłatne usługi opiekuńcze, w zależności od dochodu i zamożności. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości również zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Usługi specjalistyczne dostosowane są do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem.

Zapotrzebowanie na usługi, a szczególnie pielęgnacyjne i specjalistyczne, jest duże i będzie stale wzrastało z przyczyn demograficznych i ekonomicznych oraz ograniczonej liczby miejsc w domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych.

W 1995 roku z usług opiekuńczych, w ramach pomocy społecznej, korzystało tylko 93 218 osób.

Jest to ważne zadanie dla pomocy społecznej, podmiotów pozarządowych, osób fizycznych i prawnych oraz najbliższego otoczenia. Niezbędne jest wprowadzenie zniżek podatkowych dla osób korzystających i świadczących te usługi oraz zwiększenie roli w tym zakresie pracownika socjalnego i lekarza domowego.

Usługi opiekuńcze prowadzone są również w ośrodkach wsparcia, w których zapewniany jest całodzienny pobyt, podstawowe świadczenia opiekuńcze, kulturalne i edukacyjne, a także posiłki w czasie pobytu, za częściową i całkowitą odpłatnością. Są to przeważnie dzienne domy pomocy społecznej, dzienne ośrodki opiekuńcze, gminne domy pomocy społecznej i schroniska dla bezdomnych.

Na tego typu usługi występuje duże zapotrzebowanie i powinno być ono rozwijane i wspierane przez wszystkie podmioty działające na rzecz pomocy społecznej.

Na koniec 1995 roku mieliśmy 429 tego typu instytucji, prowadzonych i finansowanych przez gminy, które zapewniły miejsca 18 436 osobom potrzebującym pomocy w miejscu zamieszkania.

System pomocy zakładowej (instytucjonalnej) polega na umieszczeniu w odpowiednich typach domów pomocy społecznej lub w zakładach opiekuńczo-leczniczych osób w razie niemożności zapewnienia im usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Do tych placówek mogą być kierowane osoby, które z uwagi na wiek, sytuację życiową, warunki rodzinne, mieszkaniowe, materialne kwalifikują się do korzystania z tej formy pomocy. Do domów pomocy społecznej są kierowane również osoby przewlekłe chore, których stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego, natomiast uzasadniona jest potrzeba stałej opieki.

Zakłady tego typu zapewniają całodobową opiekę oraz zaspokajają niezbędne potrzeby bytowe, zdrowotne, edukacyjne, społeczne i religijne. Są zróżnicowane, w zależności od wieku i schorzenia. Są o zasięgu lokalnym i ponadlokalnym. Wszystkie są odpłatne.

Tabela 6. Ponadlokalne domy pomocy społecznej, finansowane przez wojewodę z budżetu państwa. Stan na koniec 1994 i 1995 roku

Wyszczególnienie	Lista domów		Lista miejsc	
Ogółem, w tym:	560	680	61.037 -	69.938
domy dla ludzi starych	93	111	8.329	9.822
domy dla osób przewlekle chorych (somatycznie i nerwowo)	254	275	30.756	33.099
domy dla osób umysłowo upośledzonych (dorośli i dzieci)	221	265	21.787	24.997
domy dla inwalidów	-	8	-	955
domy dla bezdomnych	-	2	-	60
domy dla samotnych matek z dziećmi	-	10	-	574
domy dla innych kategorii osób	2	9	165	421

Źródło: MPiPS – Departament Pomocy Społecznej: Wybrane informacje s. 28.

Lista miejsc jest krótka i nie zaspokaja potrzeb. Około 20 tys. osób oczekuje na wolne miejsca w domach pomocy społecznej.

Struktura organizacyjna pomocy społecznej – pracownicy socjalni

Polski system pomocy społecznej i jego struktura organizacyjna – usankcjonowana ustawą o pomocy społecznej – zostały wypracowane na podstawie długoletniej praktyki i rozwiązań państw mających charakter socjalny.

Do realizacji zadań pomocy społecznej w gminie, własnych i zleconych, powołane zostały jednostki organizacyjne – ośrodki pomocy społecznej.

Ośrodek pomocy społecznej zatrudnia pracowników socjalnych proporcjonalnie do liczby ludności gminy. Od 1 stycznia 1998 roku – w stosunku jeden pracownik socjalny na 2 tys. mieszkańców, nie mniej jednak niż trzech pracowników.

Ośrodek pomocy społecznej wykonuje zadania własne gminy oraz zlecone przez wojewodę w zakresie pomocy społecznej inne programy służące ochronie poziomu życia osób i rodzin. Ośrodki mają pełnomocnictwo ustawowe do roszczeń na rzecz osób potrzebujących pomocy, a ich kierownicy – upoważnienie do wydawania decyzji administracyjnych w obszarze wypełniania zadań pomocy społecznej.

Do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej wojewoda powołuje bezpośrednio sobie podległą wyodrębnioną jednostkę budżetową – Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej.

Politykę i nadzór w zakresie pomocy społecznej prowadzi Minister Pracy i Polityki Socjalnej, z pomocą Rady Pomocy Społecznej, organu opiniotawczo-doradczego.

W strukturze organizacyjnej pomocy społecznej szczególną rolę spełniają pracownicy socjalni. Pracownikiem socjalnym może być osoba, która posiada dyplom pracownika socjalnego lub ukończone studia wyższe związane z polityką społeczną i pracą socjalną.

Dominacja świadczeń pieniężnych obciąża pracowników socjalnych pracami administracyjnymi, na niekorzyść pracy socjalnej.

Na 33 608 pracowników administracyjnych i socjalnych zatrudnionych w pomocy społecznej w 1995 roku tylko 11 681 pracowało w rejonach opiekuńczych i 9 501 w usługach opiekuńczych. Pozostali zajmowali się działalnością administracyjną, szkoleniową i nadzorem.

Ustalanie prawa do świadczeń, szczególnie pieniężnych, z pomocy społecznej na podstawie dochodu na osobę w rodzinie, zwiększy zakres prac administracyjnych pracownika socjalnego.

**Tabela 7. Pracownicy zatrudnieni w ośrodkach pomocy społecznej.
Stan na 31 grudnia 1995 roku**

Wyszczególnienie	Ogółem
Pracownicy pomocy społecznej, w tym: Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej	33.608 1.108
Ośrodki pomocy społecznej, w tym: kierownicy	32.425 2.784
Pracownicy socjalni, w tym: w rejonach opiekuńczych	13.451 11.681
Pracownicy wykonujący usługi opiekuńcze	9.501

Źródło: MPiPS – Departament Pomocy Społecznej: Sprawozdanie roczne za 1995 rok, s. 1.

Podsumowanie

W systemie ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych ważną rolę spełnia pomoc społeczna.

- Pomoc społeczna uzupełnia wszystkie elementy systemu zabezpieczenia społecznego, w tym systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz udziela pomocy osobom i rodzinom żyjącym w ubóstwie z różnych przyczyn.

- System zabezpieczenia społecznego w Polsce, w tym system ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych i pomocy społecznej, powinien być oparty na gwarancjach państwa.

- Państwo powinno gwarantować określony standard świadczeń społecznych: równość, dostępność i osiągalność.

- Budżet państwa, jak dotychczas, powinien stanowić główne źródło finansowania świadczeń społecznych, w tym pomocy społecznej, przy wsparciu podmiotów pozarządowych, osób fizycznych i prawnych.

- Polityka podatkowa państwa powinna w większym stopniu sprzyjać działalności samopomocowej społeczeństwa na rzecz osób i rodzin potrzebujących pomocy i opieki zdrowotnej.

- Samorządy gmin powinny być głównymi organizatorami i wykonawcami zadań pomocy społecznej przy wsparciu podmiotów pozarządowych oraz odpowiedzialne za niezbędne bezpieczeństwo socjalne, materialne i zdrowotne.

- Nadmiernie rozszerzony zakres pomocy społecznej o świadczenie socjalne (pomoc dla bezrobotnych, zasiłki dla kobiet w ciąży i wychowujących dzieci, dodatki rodzinne, mieszkaniowe, pomoc dla kombatanów, gospodarcze usamodzielnienie) zwiększył liczbę osób i rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, a szczególnie pieniężnej.

- Pracownicy socjalni w dużym stopniu są obciążeni pracami związanymi z ustalaniem i wypłatą zasiłków pieniężnych, przy ograniczeniu zakresu pracy socjalnej i organizacji usług opiekuńczych.

- System zabezpieczenia społecznego powinien uwzględniać właściwe relacje: najniższej płacy i najniższej emerytury do minimum socjalnego, a świadczenia pomocy społecznej – do najniższego świadczenia emerytalno-rentowego.

ROLA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W REFORMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Przyjęty przez Radę Ministrów i przedstawiony na forum Sejmu „Program reformy systemu ubezpieczeń społecznych” otwiera przed komercyjnymi zakładami ubezpieczeń perspektywę aktywnego uczestnictwa w procesie transformacji systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce. Także kierowane do Sejmu projekty reformy ubezpieczeń zdrowotnych dopuszczają udział zakładów ubezpieczeniowych jako podmiotów mogących realizować zadania wynikające z konieczności przebudowy niewydolnego systemu finansowania usług medycznych.

Należy podkreślić, że udział firm ubezpieczeniowych w przyszłej reformie systemu świadczeń emerytalnych, zdrowotnych i socjalnych jest oczywistą konsekwencją przyjętego kierunku zmian oraz wynika z doświadczeń państw mających rozwinięte i ustabilizowane systemy gospodarcze.

Autorzy programu reformy ubezpieczeń społecznych, opracowanego w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej, przyjęli fundamentalne założenie, że podstawowy system budżetowego finansowania świadczeń emerytalnych powinien zostać w szerokim zakresie stopniowo uzupełniony przez system ubezpieczeń dodatkowych, funkcjonujących na zasadzie dobrowolnie zawieranych umów ubezpieczenia.

Przyjęto więc zasadę ewolucyjnego rozwoju kapitalizacyjnej części systemu emerytalnego, powiązanego z prywatnymi funduszami ubezpieczeniowymi. Rola funduszy emerytalnych i towarzystw ubezpieczeniowych ma zwiększać się wraz z rozbudową rynku finansowego i wzrostem zamożności społeczeństwa. Autorzy programu zakładają, że powiązanie świadczeń finansowych przez budżet z prywatnymi funduszami emerytalnymi uodporni system zabezpieczenia społecznego na negatywne zjawiska demograficzne i ekonomiczne. Jest bowiem oczywiste, że nowe, mniej liczne pokolenia nie będą w stanie utrzymać z własnych dochodów wzrastającej liczby emerytów. W praktyce już za kilka lat koszty emerytur mogą pochłaniać większość zysków wypracowanych przez obywateli aktywnych zawodowo, co grozi nieobliczalnymi konsekwencjami społecznymi i gospodarczymi. Taka sytuacja rodzi pilną potrzebę oparcia systemu emerytalnego, a co najmniej jego po-

ważnej części, na zasadzie indywidualnego gromadzenia środków na własną emeryturę. Oznacza to, że świadczenie emerytalne, a przynajmniej jego istotna część, powinno być dochodem z własnej pracy, który w ramach bezpiecznego systemu został odłożony, zainwestowany i pomnożony przez powołane do tego instytucje. Pozwoli to pracownikowi po osiągnięciu wieku emerytalnego na skonsumowanie tego dochodu wraz z odsetkami w formie świadczenia emerytalnego.

To świadczenie powinno zapewnić emerytowi standard utrzymania na poziomie zależnym w dużym stopniu od indywidualnej decyzji dotyczącej wysokości kwot przeznaczanych na przyszłą emeryturę. Rozwiązanie to jest najbardziej sprawiedliwym rozstrzygnięciem kwestii wysokości świadczenia emerytalnego, oczywiście pod warunkiem istnienia państwowych gwarancji minimalnej renty socjalnej dla najniżej zarabiających, których nie stać na odkładanie dodatkowych kwot.

Rozwinięte gospodarki rynkowe w sposób ewolucyjny wytworzyły wiele wyspecjalizowanych podmiotów finansowych realizujących zadanie gromadzenia oraz inwestowania środków odkładanych przez obywateli na własne emerytury. Zajmują się tym przede wszystkim fundusze emerytalne i firmy ubezpieczeniowe, które są często ściśle powiązane instytucjonalnie lub kapitałowo. W krajach rozwiniętych organizacje te należą obecnie do najpoważniejszych inwestorów działających na rynkach finansowych.

Można bez przesady stwierdzić, że kapitały inwestowane w wielu gospodarkach zachodnich w bardzo dużej części pochodzą z indywidualnych oszczędności obywateli systematycznie odkładających część bieżących dochodów na świadczenia emerytalne. Pieniądze te napędzają gospodarkę i przyczyniają się do wzrostu ekonomicznego w krajach dysponujących sprawnym systemem gromadzenia i inwestowania oszczędności odkładanych na indywidualnych kontach emerytalnych.

Autorzy wspomnianej koncepcji Ministra Pracy i Polityki Socjalnej już w początkowej fazie projektowania nowego systemu przyjęli dwa podstawowe założenia dotyczące udziału ubezpieczeń dobrowolnych.

Pierwszym z tych założeń, ujętych w programie, jest wyraźne stwierdzenie, że dodatkowe i dobrowolne systemy zabezpieczania dochodów emerytalnych powinny być wspierane przez państwo odpowiednim systemem zachęt. Rozwiązania stosowane w krajach gospodarczo rozwiniętych jasno wskazują, jak państwo skłania obywateli do odkładania pieniędzy w funduszach emerytalnych i firmach ubezpieczeniowych. Rolę stymulacyjną pełnią w tym wypadku przede wszystkim rozbudowane systemy ulg podatkowych. Dzisiejsza dyskusja jest dobrą okazją do wyraźnego zaznaczenia ogromnych korzyści, jakie wynikają z preferencji podatkowych przyznawanych osobom inwestującym w dodatkowe emerytury.

W bogatych państwach zachodnich przeważnie od 15 do 20 procent wynagrodzenia może być zwolnione od podatku, jeśli pieniądze te wpływają na konto emerytalne. Dzieje się tak nie bez powodu. Z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia jest o wiele bardziej korzystne, by pieniądze te były inwestowane i pomnażane na rynku kapitałowym, niż konsumowane poprzez redystrybucyjne wydatki budżetowe.

Jednocześnie korzysta na tym budżet, osiągając większe dochody z podatków generowanych przez podmioty gospodarcze, które są inwestycyjnie zasilane pieniędzmi gromadzonymi w funduszach emerytalnych. Jest oczywiste, że taki kierunek przyszłych rozwiązań daje obywatelom, gospodarce oraz państwu najbardziej wszechstronne korzyści i powinien znaleźć odbicie w docelowym modelu reformy zabezpieczenia społecznego. Jest to tym bardziej konieczne, że indywidualne ubezpieczenia emerytalne funkcjonują już od kilku lat na polskim rynku, jednak obywatele nie są w jakikolwiek sposób zachęcani do oszczędzania na dodatkowe emerytury w towarzystwach ubezpieczeń na życie. Stworzenie takich zachęt powinno być więc jednym z pierwszych działań w ramach reformy systemu emerytalnego. Otworzyłoby to szerokie pole dla indywidualnej zapobiegliwości emerytalnej, a co za tym idzie – odciążenia budżetu i szybkiego rozwoju specjalistycznych instytucji ubezpieczeniowych.

Drugim podstawowym założeniem odnoszącym się do udziału firm ubezpieczeniowych w docelowym modelu nowego systemu zabezpieczenia społecznego jest przyznanie zakładom ubezpieczeń, na równi z bankami, wyłącznego prawa do obejmowania akcji powszechnych towarzystw emerytalnych zarządzających otwartymi funduszami emerytalnymi.

Jest to tym bardziej uzasadnione, że zakłady ubezpieczeń na życie już prowadzą przedsięwzięcia o bardzo zbliżonym charakterze (np. ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym czy oszczędnościowe ubezpieczenia emerytalne). Obecnie z takich produktów ubezpieczeniowych korzysta w Polsce już ponad milion osób, a firmy ubezpieczeniowe zakładają dalszy dynamiczny wzrost liczby indywidualnych ubezpieczeń na życie z elementem oszczędnościowym lub emerytalnym. Już teraz firmy ubezpieczeniowe dysponują więc specjalistycznym zapleczem kadrowym i instytucjonalnym umożliwiającym tworzenie i prowadzenie funduszy emerytalnych.

Regulacje odnoszące się do towarzystw emerytalnych mają być zbliżone, a nawet wzorować się na standardach obowiązujących w działalności ubezpieczeniowej. W szczególności dotyczy to ustawowych rozstrzygnięć odnośnie do zasad polityki inwestycyjnej, w tym fundamentalnej zasady dywersyfikacji lokat oraz ograniczenia lub zakazu inwestycji o nadmiernym ryzyku. Regulacje takie już obowiązują w polskim

sektorze ubezpieczeniowym i mogą stać się bazą do stworzenia podobnych rozwiązań w odniesieniu do towarzystw emerytalnych. Projektodawcy planują także stworzenie mechanizmów nadzoru nad towarzystwami emerytalnymi poprzez powołanie Państwowego Urzędu Nadzoru Funduszy Emerytalnych oraz Funduszu Gwarancyjnego. Podobne instytucje funkcjonują już w sektorze ubezpieczeń – działa bowiem Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Przy wprowadzaniu regulacji sektora emerytalnego istnieje więc realna możliwość skorzystania z doświadczeń już działających ubezpieczeniowych instytucji gwarancyjnych i nadzorczych.

Omówione czynniki wskazują, jak istotną rolę w reformie systemu zabezpieczenia społecznego będą pełnić zakłady ubezpieczeniowe funkcjonujące w gospodarce na zasadach rynkowych. Firmom ubezpieczeniowym przypadnie bowiem w dużym stopniu kluczowa rola tworzenia, wprowadzania i rozwijania mechanizmów instytucjonalno-organizacyjnych, których zadaniem będzie zwiększenie udziału własnych oszczędności obywatela w świadczeniu emerytalnym.

Wydaje się, że docelowy model systemu emerytalnego powinien zakładać podobną rolę firm ubezpieczeniowych, jaką z powodzeniem spełniają one w rozwiniętych gospodarkach rynkowych. Towarzystwa ubezpieczeń na życie mogą oferować przedsiębiorstwom własne grupowe plany emerytalne na zasadach zgodnych z przepisami obowiązującymi w poszczególnych krajach. Doświadczenia belgijskie wskazują, że firmy ubezpieczeń na życie mogą zaspokoić w ten sposób znaczną część popytu na grupowe emerytury dodatkowe.

Na 12 tys. belgijskich przedsiębiorstw, które zdecydowały się na wdrożenie własnych planów emerytalnych, aż 11 tys. firm realizuje je poprzez wykup polis emerytalnych w komercyjnych towarzystwach ubezpieczeniowych. W belgijskich towarzystwach ubezpieczeniowych zgromadzono ponad 70 procent kapitałów pochodzących z grupowych planów emerytalnych funkcjonujących w przedsiębiorstwach tego kraju.

Niezależnie od tego zachodnie towarzystwa ubezpieczeniowe oferują indywidualnym klientom całą gamę produktów uzupełniających świadczenia emerytalne. Są to m.in. polisy na życie z funduszem inwestycyjnym, zapewniające, oprócz ochrony ubezpieczeniowej, możliwość zgromadzenia kapitału i jego wykorzystania po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zaznaczyć należy, że sposób wykorzystania tych środków może być różnorodny i jest uzależniony od decyzji klienta. Zgromadzone pieniądze mogą być spożytkowane np. w formie renty kupowanej w towarzystwie ubezpieczeniowym, inwestycji kapitałowej lub po prostu przeznaczone na cele konsumpcyjne.

Towarzystwa ubezpieczeń mogą także współpracować z funduszami emerytalnymi na zasadzie podziału zadań. W takim układzie fundusze emerytalne są aktywne na etapie gromadzenia i inwestowania pieniędzy odkładanych przez pracownika w okresie aktywności zawodowej. Środki te po osiągnięciu wieku emerytalnego pracownik przenosi do firmy ubezpieczeniowej, która zajmuje się ich wypłacaniem do końca życia.

Zachodnie firmy ubezpieczeniowe także samodzielnie zarządzają funduszami emerytalnymi. Rolę tę spełniają często także inne instytucje finansowe, np. banki lub fundusze powiernicze. Jednak specyfika funkcjonowania funduszy emerytalnych sprawia, że towarzystwa ubezpieczeniowe mogą zarządzać nimi wyjątkowo sprawnie, m.in. ze względu na bardzo zbliżony charakter produktów emerytalnych i ubezpieczeniowych. Pozwala to na wykorzystanie potencjału organizacyjnego, kadrowego i technicznego firm ubezpieczeniowych.

Sygnalizowane w ciągu powyższego wywodu ogólne aspekty reformy systemu zabezpieczenia społecznego jednoznacznie wskazują, że firmy ubezpieczeniowe będą pełnić w docelowym modelu rynku bardzo wiele różnorodnych i ważnych funkcji. Zakłady ubezpieczeń uzyskają bowiem możliwość zakładania funduszy emerytalnych i zarządzania nimi. Wprowadzenie preferencji podatkowych spowoduje zapewne rozwój własnych planów emerytalnych oferowanych przez firmy ubezpieczeniowe.

Można spodziewać się także poważnego rozszerzenia zakresu indywidualnych ubezpieczeń emerytalnych oraz ubezpieczeń na życie umożliwiających klientom gromadzenie kapitału emerytalnego.

Towarzystwa ubezpieczeń będą na pewno także współpracować z zewnętrznymi funduszami emerytalnymi i instytucjami powierniczymi, m.in. w celu stworzenia sprawnych mechanizmów przenoszenia zgromadzonych środków między różnymi podmiotami w zależności od potrzeb klienta. W tym kontekście można stwierdzić, że zakłady ubezpieczeń będą jednym z kluczowych ogniw nowego systemu. Rola firm ubezpieczeniowych będzie tym bardziej istotna, że ewolucyjny charakter zmian zakłada systematyczne zwiększanie znaczenia instytucji gromadzących i pomnażających indywidualne oszczędności obywateli przeznaczanych na finansowanie świadczeń emerytalnych. Reforma systemu zabezpieczenia społecznego ma jednak nie tylko aspekt emerytalny. Wyjątkowo ważne jest bowiem także zreformowanie ubezpieczeń zdrowotnych.

Kierowane do Sejmu projekty zakładają w tej dziedzinie, poza rozwiązaniami doraźnymi, powstanie kas chorych, które na zasadach ubezpieczeniowych miałyby służyć finansowaniu wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną. Obecnie środki kierowane na ten cel z budżetu

państwa nie są w stanie zaspokoić nawet podstawowych potrzeb związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia. Nie jest możliwa także kontrola i efektywne zarządzanie funduszami przeznaczanymi na ochronę zdrowia i lecznictwo. Finansowanie tej sfery ze środków budżetowych przyczynia się także do spadku wynagrodzeń lekarzy i utrudnia ocenę rzeczywistych potrzeb kadrowych tego sektora.

Oparcie systemu kas chorych na zasadach ubezpieczeniowych umożliwia towarzystwom ubezpieczeń aktywny udział w reformie ubezpieczeń zdrowotnych. Skierowany w 1995 roku do Sejmu projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dopuszcza, po 3-letnim okresie przejściowym, komercyjne firmy ubezpieczeniowe na rynek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Projektowane rozwiązanie ustawowe przewiduje, że obowiązek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego może być wypełniany także przez instytucje inne niż kasy chorych, a więc również przez zakłady ubezpieczeń.

Projekt zastrzega jednak, że zakres świadczeń zdrowotnych finansowany przez te instytucje nie może być mniejszy niż w kasie chorych oraz wprowadza zasadę koncesjonowania usług ubezpieczenia zdrowotnego przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Projektodawcy zakładają, że kasy chorych i spełniające ich zadania instytucje, w tym zakłady ubezpieczeń, będą pokrywać ok. 80% wydatków na ochronę zdrowia, pozostała część byłaby nadal finansowana z budżetu państwa.

Udział komercyjnych firm ubezpieczeniowych w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych otwiera przed obywatelami możliwość wyboru poziomu opieki zdrowotnej.

Z dotychczasowych doświadczeń państwowej służby zdrowia wynika jednoznacznie, że duża część obywateli jest bardzo zainteresowana możliwością uzyskiwania świadczeń ponadstandardowych czy większym komfortem usług medycznych lub opieki szpitalnej. Niestety, obecnie naturalne dążenie części pacjentów do lepszego standardu usług jest urzeczywistniane w sposób patologiczny, np. poprzez system nieformalnych gratyfikacji dla personelu medycznego w placówkach państwowych. Zreformowanie finansowania służby zdrowia i dopuszczenie firm komercyjnych na rynek ubezpieczeń zdrowotnych mogłoby zmienić tę sytuację. Klient opłacający wyższe składki miałby bowiem zagwarantowane finansowanie świadczeń dodatkowych lub wyższy komfort usług leczniczych. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że poza finansowaniem świadczeń dodatkowych komercyjne towarzystwa ubezpieczeń prowadzące ubezpieczenia zdrowotne miałyby obowiązek prowadzenia działalności na rzecz ogółu ludności na zasadach określonych ustawowo.

Planowany rozwój kas chorych oznacza uruchomienie potężnego systemu ubezpieczeniowo-finansowego. Tylko w Niemczech działa obe-

nie ponad 1200 kas chorych, które co roku pokrywają koszty związane z chorobami obywateli na sumę ponad 200 mld marek. Trzy lata temu niemieckie kasy chorych tylko na leczenie szpitalne wydały prawie 70 mld marek, 28 mld marek pochłonęły lekarstwa, a usługi dentystyczne ponad 19 mld marek. W systemie niemieckim, oprócz państwowych, obowiązkowych kas chorych, istnieją także kasy prywatne. Ubezpieczenia w nich wykupują osoby, które chcą zapewnić sobie za wyższą składkę dodatkowe świadczenia medyczne i większy komfort usług – jednak także w kasach państwowych można wykupić dodatkowe opcje, np. refundację usług lekarzy prywatnych. Powszechne kasy chorych obsługują w Niemczech ponad 90% społeczeństwa. Do prywatnych kas chorych należy natomiast ponad 10% Niemców z terenu byłej RFN.

Udział komercyjnych firm ubezpieczeniowych w planowanej reformie ubezpieczeń zdrowotnych jest tym bardziej uzasadniony, że towarzystwa ubezpieczeniowe już od wielu lat oferują klientom produkty związane z pokrywaniem kosztów leczenia, świadczeniami z tytułu utraty zdrowia czy następstwami nieszczęśliwych wypadków.

Rozszerzenie zakresu tych ubezpieczeń dobrowolnych o świadczenia zdrowotne napotyka jednak poważną barierę związaną z niewydolnym systemem finansowania służby zdrowia, chaotycznymi zasadami jej funkcjonowania i dramatycznym obniżeniem poziomu usług medycznych.

Praktycznie niemożliwe jest np. ustalenie faktycznych kosztów leczenia w placówkach państwowych. W obecnej sytuacji nierealne jest także zapewnienie klientom dodatkowych usług medycznych lub wyższego standardu opieki za odpowiednią opłatą, której koszt mógłby znaleźć odbicie w wysokości składki ubezpieczeniowej. Z tych powodów podstawowym warunkiem rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych zarówno powszechnych, jak i komercyjnych jest uporządkowanie i reforma rynku usług zdrowotnych, a szczególnie systemu finansowania lecznictwa i stworzenia możliwości korzystania z usług dodatkowych.

Omawiany projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym proponuje regulację finansowania lecznictwa poprzez kasy chorych. Autorzy koncepcji sygnalizują w uzasadnieniu do ustawy potrzebę prywatyzacji przynajmniej części państwowej służby zdrowia. Zasada wolnego wyboru placówki medycznej i lekarza przez pacjenta ma na celu poddanie usług leczniczych mechanizmom rynkowym. Działania te są jednak jedynie wstępem do takiego zorganizowania służby zdrowia, aby możliwy był zakup standardowych oraz dodatkowych usług i świadczeń medycznych finansowanych za pośrednictwem polis ubezpieczeniowych oferowanych przez komercyjne firmy ubezpieczeniowe.

Zbudowanie takiego systemu, w którym poziom opieki zdrowotnej i komfort świadczeń zależy w dużym stopniu od indywidualnej prze-

zorności, wyrażanej np. zakupem dodatkowych ubezpieczeń, leży w interesie całego społeczeństwa. Taki model systemu zabezpieczenia społecznego, w którym obywatele mają prawo do indywidualnego finansowania swoich potrzeb emerytalnych i zdrowotnych, jest bowiem realizacją podstawowych zasad wolności oraz sprawiedliwości społecznej.

W takim systemie państwowe gwarancje świadczeń minimalnych tworzą osłonę socjalną dla najuboższych, natomiast niezależne instytucje ubezpieczeniowe służą zaspokajaniu potrzeb socjalnych większości społeczeństwa.

Obywatel i klient ma prawo do zabezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego na takim poziomie, jaki wynika z jego osobistej decyzji i możliwości finansowych. Państwo powinno troszczyć się o najsłabszych, a instytucje ubezpieczeniowe i emerytalne powołane są do tworzenia optymalnych rozwiązań finansowych i organizacyjnych w tej dziedzinie.

**prof. dr hab. HENRYK RAFALSKI – Instytut Medycyny Pracy
w Łodzi**

PROBLEMY WSI W WARUNKACH REFORMY ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oczekiwania i rzeczywistość zaspokajania potrzeb społecznych ludności wsi

Rzeczywiste zaspokojenie potrzeb społecznych mieszkańców wsi zależy i jest uwarunkowane wielkością środków finansowych i rzeczowych przeznaczonych z dochodu narodowego przez rząd, samorząd i ludność na rozwój opóźnionego rolnictwa i zaniedbanej infrastruktury społecznej i cywilizacyjnej wsi. Zaspokojenie potrzeb z obszaru zabezpieczenia społecznego jest powiązane z realizacją zadań i środkami, które są przewidziane w rządowym programie rozwoju wsi, rolnictwa i gospodar-

ki żywnościowej do 2000 roku, uchwalonym przez rząd koalicji SLD-PSL w 1994 roku.

Nadzieje na wdrożenie zadań programu są determinowane osiągnięciem odpowiedniego wzrostu dochodu narodowego. Są one więc zależne od zgromadzenia finansów, które mają pochodzić w 2/3 z budżetu państwa i gmin i w 1/3 z wkładów własnych mieszkańców wsi. Obecnie budżet państwa i gmin przekazuje na rozwój rolnictwa i zaopatrzenie społeczne ludności rolniczej około 9-10% z ogółu wydatków. Należy pamiętać, że blisko 75% gospodarstw rolnych nie jest w stanie sfinansować samodzielnie jakichkolwiek zadań rozwoju gospodarczego i zabezpieczenia społecznego.

Stąd rządowy program przewiduje gromadzenie środków z dochodów pozarolniczych i przeznaczenie ich na finansowanie planów rozwoju wsi. Musi to przebiegać w klimacie zgody i umowy społecznej, którą można by nazwać swoistym solidaryzmem miasta ze wsią i przemysłu z rolnictwem. Umożliwi to społeczeństwu miejskiemu zrozumienie konieczności przemieszczania, tzw. transferu, środków na rzecz przebudowy rolnictwa i wsi, w warunkach dla niego trudnych do akceptacji, ze względu na wysokie bezrobocie, niedostatki finansów publicznych, ograniczające spożycie zbiorowe i wzrost kosztów utrzymania.

Jest więc potrzebne przyzwoleń społeczne i wola polityczna na stały interwencjonizm państwa i transfer środków, który wynosiłby około 40% w stosunku do wartości produkcji rolnej. Leży to w interesie wszystkich, aby osiągnąć samowystarczalność rolno-żywnościową i stabilność wartościowego wyżywienia ludzi w mieście i na wsi. Transfer ten pozwoli wnieść wkład materialny na rzecz zmniejszenia wieloletnich opóźnień, wyrównania dysproporcji oraz znoszenia drastycznych różnic w infrastrukturze społecznej i cywilizacyjnej miast i wsi.

Trzeba mieć świadomość, że transfer ten ma swoje pozytywne odbicie w bilansie wydatków ludności miejskiej, ponieważ pośrednio stabilizuje ceny żywności.

Dotychczasowy stan zabezpieczenia społecznego i warunków życia i pracy na wsi przeczy obiegowym opiniom, że PRL była państwem opiekuńczym dla ludności wiejskiej, zwłaszcza rolniczej. Ludność ta musiała czekać aż 35 lat, aby uzyskać uprawnienia do korzystania z opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz ubezpieczeń emerytalno-rentowych, powypadkowych i rodzinnych. Ludność rolnicza nie korzystała z państwowych opiekuńczych środków zabezpieczenia społecznego, bo albo nie miała do tego uprawnień, albo nie starczało dla niej środków, a jeżeli już korzystała, to np. ze świadczeń opieki zdrowotnej czterokrotnie rzadziej niż mieszkańcy miast.

Ludność rolnicza przez ponad trzydzieści lat świadczyła pod przymusem administracyjnym i ekonomicznym na rzecz uprzemysłowienia

i rozbudowy miast, m.in. obowiązkowymi dostawami żywności i surowców rolnych. Ku pamięci wątpiących i przeciwników transferu środków na wieś należy przypomnieć konkretny wkład wsi i rolnictwa w tworzenie państwa polskiego w postaci solidaryzmu społecznego i pokoleniowego, który wówczas nosił nazwę łączności miasta ze wsią. Ludność wiejska dostarczała m.in. środków i uczestniczyła własną pracą w budowie sieci ośrodków zdrowia, szpitali powiatowych i domów opieki społecznej oraz szkół i może być z powodzeniem uznana, zwłaszcza w kontekście dzisiejszych dyskusji o prywatyzacji, za właściciela tego majątku. Świadczyła na rozwój przemysłu produkującego środki produkcji i przemysłu przetwórczego i powinna otrzymać udziały z prywatyzacji także tego majątku. Za uprawnienia do zaopatrzenia emerytalno-rentowego oddała do skarbu państwa ok. 3-4 mln ha użytków rolnych i wpłacała odpowiednie składki. Oszacowanie wkładu materialnego wsi w rozbudowę przemysłu i miast jest potrzebne, aby uzyskać sprawiedliwe środki na tworzenie w KRUS-ie realnych funduszy emerytalno-rentowych, powypadkowych oraz funduszu tworzenia miejsc pracy w zawodach i usługach pozarolniczych na wsi. Środki te stanowią swoistą spłatę długu materialnego i moralnego około 70% ogółu mieszkańców kraju na rzecz ludności wsi.

Zabezpieczenie podstawowych potrzeb w dziedzinie opieki zdrowotnej

Dostęp do opieki zdrowotnej i pomocy społecznej ludności wsi w okresie ostatnich dziesięciu lat według wszelkich danych statystycznych pogarsza się. Nastąpiło pogłębienie się różnic w wykorzystaniu świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych między mieszkańcami miast i wsi. Notuje się wyraźne ograniczenie osiągalności bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na wsi. Stan obecny jest zbliżony do tego poziomu, jaki występował przez wprowadzeniem uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej ludności rolniczej, tj. przed 1972 rokiem. Stało się to na oczach administracji rządowej i samorządowej, które jakby nie miały mocy sprawczej przeciwdziałania pogarszaniu się stanu opieki zdrowotnej. Jednym z powodów ograniczenia wykorzystania świadczeń jest zarówno wielkość, jak i struktura wydatków na opiekę zdrowotną mieszkańców wsi. W strukturze ogółu wydatków na opiekę zdrowotną ponad 60% stanowią leki i środki sanitarne, na pozostałe 40% kosztów składają się dopłaty i opłaty, bardziej lub mniej oficjalne, m.in. za leczenie specjalistyczne, dentystryczne oraz szpitalne, wreszcie za porady w opiece podstawowej. Struktura wydatków ludności wsi na

leki jest nienormalna i nietypowa w cywilizowanych krajach Europy i świata; opłaty te wahają się tam w granicach 20-40%.

W świetle tej uproszczonej analizy sytuacji mieszkańców wsi nie jest specjalnie odkrywcze stwierdzenie, że istotą zapaści całego systemu opieki i służby zdrowia jest niewspółmierność między wielkością środków publicznych i osobistych przeznaczanych na wyposażenie, eksploatację i utrzymanie milionowej rzeszy personelu medycznego i pomocniczego oraz kilku tysięcy zakładów opieki zdrowotnej a potrzebami finansowymi gwarantującymi ich poprawne funkcjonowanie. Odrębnym zagadnieniem jest oczywisty fakt działania tych jednostek na różnym poziomie poprawności ekonomicznej oraz sprawności leczniczo-rehabilitacyjnej.

Niedostatek finansowania dokumentuje także wielkość wydatków na opiekę zdrowotną przypadającą na statystycznego Polaka. Osiąga ona około 120 USD na osobę rocznie i jest niewspółmiernie niska w porównaniu do wydatków w krajach EWG, w których waha się od 350 do 2100 USD.

W sytuacji naszego kraju, o mniejszym niż średnim poziomie rozwoju gospodarczego i wielkości dochodu narodowego na mieszkańca, rocznie wahającym się ok. 2000 USD, należy w pierwszej kolejności przedstawić plan doraźnego zagwarantowania osiągalności opieki zdrowotnej, a przynajmniej jej niepogarszania w powiązaniu z proponowanymi reformami ochrony zdrowia.

Każdy z planów jest do zaakceptowania przez społeczeństwo, jeśli racjonalizuje się finansowanie, optymalizuje wykorzystanie zasobów i wprowadza się celowość i oszczędność wydatków oraz kolejność zaspokajania potrzeb, tak aby nie odbierać realnie dostępnych uprawnień i nie pogarszać stanu opieki zdrowotnej. Należy zerwać z poczuciem bezradności w sprawie poprawy w ramach dotychczasowych środków i zasobów służby zdrowia.

Ludności wiejskiej należy się zwiększenie dostępności, osiągalności i skuteczne wykorzystanie świadczeń we wszystkich ogniwach służby zdrowia i pomocy społecznej. Nieustannie narzeka się na utrudniony dostęp do szpitali, do wysokospecjalistycznego leczenia w ośrodkach wojewódzkich, do akademii medycznych oraz centrów specjalistycznej rehabilitacji. Uważa za niewłaściwe, że przeciętny czas oczekiwania na poradę jest 5-krotnie dłuższy od czasu trwania wizyty u lekarza, a możliwości porady w domu chorego są wręcz iluzoryczne, skoro lekarz przeznacza na nią zaledwie ok. 10% dziennego czasu pracy.

Postulaty te są nie uwzględniane i nie mają mocy wiążącej dla administracji służby zdrowia i personelu medycznego. W naszym kraju pacjent nie rozporządza stosownymi uregulowaniami oraz nie ma rzeczywistych możliwości dochodzenia swoich interesów i praw, tak jak w każdym innym państwie EWG.

W naszym kraju zgłasza się losowo po poradę zdrowotną od 2 do 3% ogółu ludności. Oznacza to, że personel medyczny podstawowej opieki musi codziennie zająć się ok. 1 milionem pacjentów. Milion mieszkańców obsługuje tylko około 1/3 ogółu personelu zatrudnionego w około 1/4 wszystkich zasobów materialno-technicznych opieki zdrowotnej. A zatem zdecydowana większość personelu i zakładów zajmuje się codziennie, reprezentując specjalistyczną i stacjonarną część opieki zdrowotnej, nie więcej niż 20% ogółu pacjentów.

Jednocześnie administracja służby zdrowia niewiele zrobiła, aby stosując dostępne uprawnienia i środki spowodować przemieszczenie personelu medycznego zgodnie z potrzebami. Stąd taka struktura zatrudnionego personelu oraz nieefektywne wykorzystanie zasobów placówek.

Należy podkreślić jeszcze jedną, może podstawową, wadę o charakterze systemowym; dotychczasowy proshpitalny kierunek medyczny i opieki zdrowotnej nie są w stanie skutecznie poprawić stanu zdrowia mieszkańców, obniżyć występowania chorób przewlekłych i zmniejszyć przedwczesną umieralność mężczyzn i kobiet, wnieść autentyczny wkład w mierzalne wydłużenie trwania życia.

Dlatego strategia zmian i doskonalenia musi się stać doktryną promocji zdrowia i prozdrowotnych stylów życia; prewencji masowych chorób powodujących inwalidztwo i przedwczesne zgony; szeroko ukie-
runkowana rehabilitacja zdrowotna i zawodowa; udostępnienie środków leczniczych, których ceny nie będą hamować postępowania zapobiegawczego, leczniczego i rehabilitacyjnego; wreszcie wprowadzenie racjonalnego rynku usług zdrowotnych między świadczeniobiorcą, pracownikiem i świadczeniodawcą, który to rynek musi być urzeczywistniany przy dostępności dotychczasowych środków państwa, niezależnie od postanowień w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych.

Z punktu widzenia pacjenta i konsumenta taka reforma zabezpieczenia opieki zdrowotnej jest pożyteczna i do zaakceptowania wtedy, gdy zaspokaja ich podstawowe potrzeby i chroni prawa oraz dobra osobiste za takie pieniądze, jakie można przeznaczyć z dochodu narodowego i środków własnych.

Minimum w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy rolników

Uznanie sektora rolnictwa indywidualnego jako trwałego składnika ustroju społeczno-gospodarczego i rynkowej gospodarki narodowej wymaga przede wszystkim jasnego określenia koncepcji równoprawności – rzeczywistej, a nie formalnej – w kategorii praw obywatelskich. Dotyczy to dostępności do wartości kulturalnych, edukacyjnych,

a w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia – zapewnienia bezpieczeństwa, higieny i medycyny pracy w rolnictwie. Dotychczas w odniesieniu do rolników, tak jak do innych pracujących na swój rachunek, nie ma uregulowań ustawowych i systemowych w obszarze bezpieczeństwa, higieny i medycyny pracy. Niezbędne jest zatem opracowanie i uchwalenie stosownych ustaw i stworzenie przynajmniej dwóch systemów zabezpieczenia. Jeden dotyczyłby nadzoru i atestacji w zakładach produkujących wszelkie środki produkcji – mechaniczne, chemiczne i biologiczne, oraz odzież ochronną stosowaną w rolnictwie. Drugi system obejmowałby rolników w zakresie promocji higienicznych warunków pracy, prewencji przeciwko wypadkom, urazom i zatruciom oraz chorobom zawodowym, wreszcie rehabilitacji zdrowotnej i zawodowej poszkodowanych rolników.

Ustawy i systemy zabezpieczenia w rolnictwie wprowadzałyby stopniowo zasady i rozwiązania organizacyjne co najmniej na takim poziomie, w jakim Kodeks pracy obejmuje pracodawców i pracowników w dużych, średnich i małych zakładach pracy. Postanowienia te powinny spełniać takie założenia podstawowe ochrony pracy rolnika, jak:

- atestację środków produkcji rolnej u producentów, nadzór, kontrolę i stosowanie u użytkowników, aby zredukować do minimum zagrożenie wypadkami, urazami i zatruciami, a także przyczyny powstawania chorób zawodowych wśród rolników, zgodnie z Konwencją nr 129 Międzynarodowej Organizacji Pracy;

- włączenie przez GUS do obowiązującej rejestracji wszystkich wypadków, urazów i zatruc w rolnictwie, chorób usposabiających do kalectwa oraz inwalidztwa, uwzględnienie w spisach ludności i w spisach rolnych rozpoznania warunków życia i pracy kalek oraz inwalidów na wsi;

- uzupełnienie uprawnień i środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na wdrażanie masowego systemu promocji zdrowia oraz szkolenie i popularyzację zagadnień bhp wśród rolników, a także koordynowanie nauczania przedmiotu bhp w szkołach podstawowych i średnich na wsi;

- zwiększenie uprawnień KRUS i środków budżetowych na rozbudowę funduszu prewencji i rehabilitacji na miarę zaspokajania rzeczywistych potrzeb w dziedzinie realnego zapobiegania, leczenia i rehabilitacji zdrowotnej i zawodowej na tyle, na ile wymaga tego powrót do pracy w rolnictwie lub przyuczenie albo przekwalifikowanie do innego zawodu; dotychczas fundusz ten wynosi zaledwie 1% niewielkiego wciąż funduszu składowego;

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej oraz Komitet Badań Naukowych powinny wprowadzić celowe badania i ocenę naukową uwarunkowań stanu

zdrowia ludności wiejskiej w związku z warunkami życia i pracy oraz sytuacją bezpieczeństwa i higieny pracy, opierając się na zapleczu naukowym medycyny pracy i podstawowej opiece zdrowotnej na wsi. Pomogłoby to opracować skuteczny i realny program: zapobiegania, leczenia i rehabilitacji chorób prowadzących do kalectwa i inwalidztwa, przeciwdziałania chorobom zawodowym i parazawodowym, wreszcie zapobiegania przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet na wsi.

Są to zaledwie niektóre elementy postulowanego systemu. Wyrażam przekonanie, że istnieją wszystkie warunki do przygotowania i przyjęcia przez Parlament RP kompleksowej ustawy, nazwijmy ją roboczo: o warunkach i bezpieczeństwie pracy oraz ochronie zdrowia ludności rolniczej. Sugerowane rozwiązania ustawowe nie będą łatwe, gdyż wymagają nie tylko woli politycznej i wskazania możliwości finansowych, gwarantujących realność zapisów formalnych, ale również pozyskania przyzwolenia społecznego – także zainteresowanych rolników – na współdziałanie i partycypację we wdrażaniu niezbędnych rozwiązań. Trzeba wyraźnie wskazać na bilans koniecznych kosztów i wymierny zysk wynikający z poprawy warunków pracy i uwarunkowań zdrowotnych.

Potrzeby zabezpieczenia społecznego ludności wiejskiej

Można uznać, że potrzeby w odniesieniu do zabezpieczenia społecznego mieszkańców wsi i miast są podobne, natomiast stan, zakres i nasilenie zapotrzebowania są z pewnością różne i odrębne, bo nierozdzielnie powiązane ze strukturą ludności, wysokością dochodów, zasobów infrastruktury cywilizacyjnej i społecznej, środowiskiem naturalno-technicznym życia i pracy.

Potrzeby te można skonkretyzować w takich dziedzinach zabezpieczenia społecznego jak: opieka zdrowotna, pielęgnacyjna i pomoc społeczna; ubezpieczenia społeczne: chorobowe, emerytalno-rentowe, wypadkowe, od bezrobocia, zapewnienie nauczania i oświaty pozaszkolnej, świadczenia dla bezrobotnych i wyobcowanych społecznie, pomoc w zatrudnieniu, wreszcie pomoc dla ludności dotkniętej klęskami żywiołowymi. Odrębny zakres, różne nasilenie potrzeb zdrowotnych i społecznych mieszkańców wsi w porównaniu do miast mają swój początek i uzasadnienie m.in. w różnicy dochodów i zasobów majątku publicznego, w strukturze ludności i w procesach ruchu naturalnego, stanu zdrowia, poziomu wykształcenia oraz społeczno-zawodowego zatrudnienia. Wynikają one także ze specyfiki warunków przyrodniczo-technicznych osiedla oraz gospodarstwa rolnego i leśnego, historycznych

opóźnień cywilizacyjnych i społecznych, infrastruktury zamieszkania, warunków pracy i wypoczynku na wsi w porównaniu do miast.

Niezależnie od ustrojowych haseł i poczynań na rzecz zacierania różnic między miastem i wsią oraz regionami uprzemysłowionymi, zurbanizowanymi a rolniczymi, realizacja polityki gospodarczej i społecznej stwarzała i wciąż stwarza przywileje, lepsze realnie warunki rozbudowy miast i terenów podmiejskich. Przypominanie, że ze zdobyczy rozwoju gospodarczego, wzrostu i podziału dochodu narodowego, wytworzonej infrastruktury cywilizacyjnej oraz różnych form zabezpieczenia społecznego korzysta w pierwszej kolejności ludność miast – jest niepopularne. Ponadto ludność miast i pracownicy najemni korzystają z dobrodziejstw wszelkich społecznych funduszy spożycia, które nie obejmują ludności rolniczej, natomiast inni mieszkańcy wsi nie mogą z nich korzystać ze względu na brak infrastruktury.

Zaniedbywano latami tworzenie na wsi średnich i małych zakładów przemysłowych i usługowych, które dawałyby zatrudnienie w zawodach pozarolniczych i stwarzałyby szansę wyrównywania dochodów w miejscu zamieszkania. Jednocześnie zakłady te mogą zajmować się usługami i produkcją środków konsumpcyjnych oraz przetwórstwem surowców rolniczych i leśnych w miejscu ich powstawania.

W związku z tym dotychczasowy korzystny awans społeczno-zawodowy młodzieży i dorosłych ze wsi oraz możliwość stopniowego nabywania uprawnień do różnych rodzajów zabezpieczenia społecznego mogły się odbywać poprzez zatrudnienie w przemyśle i w usługach w mieście. Z konieczności więc skutki dotychczasowej polityki gospodarczej i podziału dochodu narodowego działały powoli na zacieranie różnic i znoszenie odrębności w zatrudnieniu oraz wyrównywaniu poziomów w stanie infrastruktury cywilizacyjnej w zakresie zabezpieczenia społecznego między nowoczesnym miastem a opóźnioną wsią. Stąd wywodzą się istotne różnice w jakości warunków życia, pracy i wypoczynku na wsi i w mieście. Warunki te kształtują różne czynniki tak zdrowotwórcze, jak i chorobotwórcze powstałe zarówno w przeszłości w trakcie uprzemysławiania i urbanizacji, jak i obecnie, w dobie transformacji ustrojowej i gospodarczej. Rejestrowane obecnie różne zagrożenia i szkodliwości zdrowotne i społeczne są na ogół bardziej złożone i skumulowane niż te, które udało nam się opanować i obniżyć w dotychczasowym działaniu promocyjnym, zapobiegawczym, leczniczym, rehabilitacyjnym, opiekuńczym i edukacyjnym. Rozpatrzenie rozmiaru, skali i nasilenia potrzeb zabezpieczenia społecznego jest ściśle powiązane z rozpoznawaniem czynników przyczynowych, które tkwią m.in. w obszarze przeobrażeń struktury i ruchu naturalnego ludności, sprzyjają opóźnieniu rozwoju somatycznego i psychicznego dzieci, warunkują zagrożenia i szkodliwości warunków pracy w rolnic-

twie oraz wpływają na niepełnosprawność, umieralność i długość życia mieszkańców wsi.

Przeobrażenia struktury i ruchu naturalnego ludności wsi

Przemiany społeczno-zawodowe ludności wsi wpłynęły m.in. na powstanie przewagi liczby rodzin dwu- i trójpokoleniowych w jednym gospodarstwie domowym oraz na wskaźnik zagęszczenia osób w gospodarstwie domowym. Wieś zamieszkuje względnie wyższa liczba dzieci i młodzieży oraz osób w podeszłym wieku i kobiet wielodzietnych. Ponad 60% wszystkich dzieci w kraju zamieszkuje w rodzinach wiejskich. Stąd na 100 pracujących przypada więcej niepracujących, niż notuje się to w mieście. Przeważa liczba kobiet, które są przeciążone prowadzeniem samodzielnie gospodarstwa rolnego i opieką nad dziećmi.

Samotne matki wychowujące troje i więcej dzieci spotyka się dwa razy częściej w gospodarstwach chłopskich i dwuzawodowych niż pracowniczych. Wśród mężczyzn natomiast znaczny odsetek jest przeciążony samotnym prowadzeniem gospodarstwa domowego i pracą w polu. W rodzinie rolnika uciążliwości, przeciążenia oraz czynniki zagrożenia życia i pracy są nierozdzielne i kumulują się w oddziaływaniu na rozwój i zdrowie domowników. Potęguje to niski standard wyposażenia mieszkań, niedostatki zaopatrzenia w wodę, brak kanalizacji oraz niedobór usług higienicznych.

Powoduje to, że przeciążenie pracą fizyczną kobiet wiejskich np. w czasie żniw wynosi ok. 15 godzin oraz obciążenie obowiązkami w produkcji roślinnej i zwierzęcej waha się w granicach ok. 50-60% całkowitych nakładów pracowniczych. Są to z reguły prace wykonywane w wymuszonej postawie ciała, z nadmiernym kosztem energetycznym i w środowisku o różnym zagrożeniu zdrowotnym.

Wkraczające na wieś elektryfikacja, mechanizacja, motoryzacja, mające oszczędzać siły fizyczne człowieka, w pierwszej kolejności zastępowały siłę konia, potem mężczyzn, następnie dzieci i dziadków, natomiast nie uwolniły one jeszcze kobiet z przeciążenia i nadmiaru obowiązków zawodowych. Dobrze, że dzieci wiejskie przestają być już traktowane jako bezpłatna siła robocza w gospodarstwie rodzinnym. Znacznie poprawia się też sytuacja materialna i pozycja społeczna dziadków rolników po wprowadzeniu po 1977 roku ubezpieczeń emerytalno-rentowych, doskonalonych po 1990 roku do chwili obecnej w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Nie poprawia się, lecz wręcz odwrotnie – pogarsza stan nauczania i poziom wykształcenia, możliwość nabycia zawodu przez ludność wsi.

Doprowadzono do tego, że wśród ogółu czynnych zawodowo mieszkańców wsi jest prawie dziesięciokrotnie mniej osób z wyższym i czterokrotnie mniej ze średnim wykształceniem niż w miastach. Szczególnie drastyczne różnice występują wśród kobiet.

Tylko 1/4 kobiet wiejskich ma wyuczony zawód, a wykształcenie średnie i wyższe posiada zaledwie ok. 10% rolniczek, w porównaniu do 3/4 przygotowanych zawodowo i połowy kobiet z wykształceniem średnim i wyższym w gospodarstwach pracowniczych. Zaniedbania, opóźnienia i nierówności w tworzeniu równych szans w dostępie do oświaty i nabycia zawodu pozarolniczego, zaplecza i warunków szkolnictwa oraz poziomu nauczania mieszkańców wsi w porównaniu do możliwości ludności miast określają rozmiar i skalę potrzeb, jakie należałoby zaspokajać, aby wyrównywać różnice między jednym i drugim środowiskiem społecznym.

Ludność rolnicza nadal stanowi ponad połowę mieszkańców wsi, chociaż jej odsetek w ogólnej liczbie mieszkańców kraju wynosi ok. 20-22%. Ponad połowa z niej utrzymuje się z dochodów gospodarstwa rolnego, które są z reguły parokrotnie niższe niż mieszkańców miast. Drugą część stanowi ludność z rodzin o mieszanych dochodach dwuzawodowych, wśród których znaczna część jest bezrobotna. Liczba bezrobotnych osób dwuzawodowych na wsi określa m.in. wielkość zapotrzebowania na stanowiska pracy, które osoby te utraciły w wyniku m.in. zastoju w budownictwie, z powodu bankructwa zakładów przemysłowych w mieście i upadku gospodarstw obsługi rolnictwa na wsi.

Roczna liczba urodzeń, przyrost naturalny oraz wzrost procentowy mieszkańców w Polsce należały w minionym czterdziestoleciu do najwyższych w Europie, aczkolwiek obniżały się systematycznie od połowy lat sześćdziesiątych do chwili obecnej. Roczne przyrosty ludności charakteryzują się tzw. falowaniem, powodowanym wyżami i niżami pokoleń wstępujących w związki małżeńskie i urodzeniami na wsi i w mieście. Mieszkańcy wsi przez ostatnie pięćdziesięciolecie charakteryzują się wyższą dynamiką urodzeń i przyrostu naturalnego niż ludność miast, przy jednocześnie niższej alokacji zasobów cywilizacyjnych i społecznych na wsi. Liczba dzieci urodzonych przez jedną kobietę na wsi wynosiła przeciętnie troje (3,1), a rolniczkę – ponad troje (3,4), podczas gdy na kobietę w mieście przypadało dwoje (2,1) urodzonych dzieci.

Wskaźnik umieralności ogólnej, również podlegającej tendencjom falowania, pozostawał w tym okresie również wyższy na wsi niż w mieście. Jednakże różnice te były mniejsze niż między wskaźnikami urodzin, stąd przyrost naturalny i wzrost liczby ludności były wciąż wyższe na wsi niż w mieście. W ten sposób cały ok. 14 mln przyrost ludności kraju w latach 1946-1995 – z ok. 24 mln do 38,5 mln osób – w dwu trzecich

wywodzi się z rodzin wiejskich. W obiegowych twierdzeniach uważa się ludność pozostałą na wsi „za jakościowo gorszą i uboższą pod względem potrzeb społecznych”, ponieważ „lepszą” wyszła do miast, zwłaszcza w okresie *boomu* przemysłowego i urbanizacji kraju.

Wysoki przyrost ludności netto oraz jego żywiołowe falowanie stanowią przyczynę wzrostu potrzeb, których nie można było zaspokoić zadowalająco w dotychczasowym rozwoju społeczno-gospodarczym i przy notowanym przyroście dochodu narodowego na mieszkańca. Jak dotąd przyrost ludności nie wywierał właściwego wpływu na kompensacyjny wzrost społeczno-gospodarczy, bo np. na każdy 1 pkt przyrostu nie przypadły 2 pkt. wzrostu dochodu narodowego w całym pięćdziesięcioleciu. Dynamika przyrostu ludności była z reguły wyższa aniżeli dynamika przyrostu dochodu narodowego i przyrostu dóbr inwestycyjnych i konsumpcyjnych w przeliczeniu na mieszkańca.

Rozwarcie to pogłębiło się jeszcze w ostatnich siedmiu latach. Stan ten przyczynił się m.in. do tego, że ludność, zwłaszcza wsi, nie mogła osiągnąć pożądanego poziomu konsumpcji, zaplecza cywilizacyjnego i zabezpieczenia społecznego. Nie można było także osiągnąć poprawy stanu zdrowotnego i przedłużenia trwania życia zbliżonego do przodujących krajów Europy, które odznaczają się niższą dynamiką przyrostu ludności lub ujemnym przyrostem naturalnym, a o wiele wyższą dynamiką i wielkością dochodu narodowego. Należałoby więc rozsądnie rozpatrzyć możliwości skuteczniejszego regulowania przyrostu urodzeń, jasno przedstawić społeczeństwu możliwości racjonalnego wyboru między planowaniem rodziny i środkami antykoncepcyjnymi a beztróskim podejściem do funkcji rozrodczych i rodzicielskich w związku z osiąganym niskim dochodem narodowym na mieszkańca.

W naszym kraju rodzi się wciąż ponad 10–15% wcześniaków oraz ok. 30% noworodków o masie poniżej 3000 g, w tym ok. 10–15% poniżej 2500 g, a więc opóźnionych w rozwoju, chociaż urodzonych o czasie. Świadczy to o niedostatku opieki nad matką i dzieckiem oraz skali potrzeb, jeśli chodzi o dbałość o dzieci narodzone.

Wadliwe żywienie i opóźnienia w rozwoju somatycznym dzieci i młodzieży wiejskiej

Na pewno w pięćdziesięcioleciu w ślad za poprawą wyżywienia i warunków bytowania następowało przyspieszenie dojrzewania i osiągania większych rozmiarów ciała młodych pokoleń Polaków. Stwierdza się powszechnie poprawę średnich wymiarów ciała – wysokości i ciężaru

oraz wysmuklenie sylwetki dzieci – w porównaniu z ich rodzicami i dziadkami. Jednocześnie nie oznacza to wcale, że pokolenia o większych rozmiarach ciała są autentycznie zdrowsze, sprawniejsze fizycznie i umysłowo, mniej chorują i dłużej żyją.

Przełomowe dla rozwoju i zdrowia niemowlęcia w każdej rodzinie jest przejście z karmienia mlekiem matki na żywienie produktami żywnościowymi. Długość karmienia mlekiem matki była i pozostanie decydująca dla kształtowania fizjologicznych właściwości organizmu dziecka. Niestety, z powodu błędów lekarzy i wadliwej opieki nad matką i dzieckiem dopuszczono do drastycznie niskiego stanu karmienia naturalnego w naszym kraju. W odróżnieniu od wielu krajów cywilizowanych, w których zabroniono prawnie reklamowania wszelkiego rodzaju odżywek i mieszanek dla niemowląt w porównaniu do mleka kobiecego, ponieważ żadne z nich nie mogą równać się z wartością biologiczną mleka matki.

Istnieją wciąż różnice w rozwoju somatycznym dojrzałości szkolnej i orientacji zawodowej między miejskimi i wiejskimi rówieśnikami. Są one zgodne z różnicami w wyżywieniu, zwłaszcza niedostatek dożywiania w szkołach, różnicami w warunkach cywilizacyjnych i społecznych życia oraz poziomie nauczania i dostępności do opieki zdrowotnej na wsi i w mieście. Różnice te, na niekorzyść dzieci i młodzieży wiejskiej i rodzin rolniczych, manifestują się szczególnie w 3, 8, 11 i 16 roku życia. Występują one również w wysokości i ciężarze ciała poborowych z miasta i ze wsi. Najwyższe wartości osiąga młodzież stolicy, następnie – młodzież miast, na koniec – wsi. Ze względu na pochodzenie społeczne najwyższe wskaźniki osiąga młodzież rodziców z wyższym wykształceniem, kolejno – rodziców ze środowisk robotniczych, następnie – rolniczych. Różnice te są podobne jak w przypadku ich rodziców i dziadków. Takich różnic środowiskowych jak w naszym kraju nie notuje się już wśród młodych pokoleń w państwach zachodnich i np. w Czechach i Słowacji.

Ilość pożywienia i jego jakość biologiczna ma niewątpliwie związek z normalnym, przyspieszonym albo opóźnionym rozwojem somatycznym i psychicznym oraz stanem zdrowia i nasileniem się chorób metabolicznych i degeneracyjnych u ludzi. Dotychczas w naszym kraju wielkość i dynamika przyrostu ludności były wyższe aniżeli tempo wzrostu żywności przypadającej na mieszkańca. W polityce gospodarczej i społecznej fakt ten nie znalazł odpowiedniego zrozumienia. W zapewnieniu odpowiedniej wielkości produkcji, różnorodności i tempa wzrostu żywności oraz bezpieczeństwa żywnościowego, na które składa się samowystarczalność produkcji i eksportu równoważącego import potrzebnej żywności. Ludność kraju w latach 1946-1995 wzrosła o ponad 50%. W tym czasie przeszła ewolucję, jeśli chodzi o poprawę wyżywienia. Zbiory natomiast na mieszkańca w tym okresie zwiększyły się, falując dla 4 zbóż od 8 do 38%, ziemniaków od 6 do 28%, warzyw

od 6 do 50%, produkcja mleka od 6 do 50%, jedynie produkcja mięsa, tłuszczów oraz jaj przekroczyła przyrost ponad 50%. Przyrost takich produktów jak mięsa, mleka, jaj, tłuszczów, warzyw i owoców poprawił niewątpliwie ogólną sytuację żywienia.

Stopniowo żywność zyskiwała wyższą jakość biologiczną i wartość odżywczą. Optymistyczne jest także to, że żywność krajowa jest bezpieczna w skali makro, gdyż nie zawiera zanieczyszczeń, które przekraczają standardy międzynarodowe, m.in. w zakresie skażeń metalami ciężkimi, środkami ochrony roślin, antybiotykami, hormonami, nawozami azotowymi i mineralnymi. Jednakże dostępność oraz osiągalność, ze względu na różne dochody, wartościowego pożywienia była i jest zróżnicowana. Koszty żywienia w ogóle, a szczególnie wartościowego biologicznie, są wysokie i wciąż stanowią przeciętnie ok. 40-50% oraz od jednej trzeciej do dwóch trzecich ogółu wydatków w budżetach zamożnych i biednych gospodarstw domowych.

Koszty te związane są ściśle z tzw. minimum socjalnym, niezbędnym do racjonalnego określania dostatecznych dochodów na osobę w rodzinie. Koszt znajduje odbicie w poziomie konsumpcji brutto na osobę wśród ludności miejskiej, wiejskiej i rolniczej. Wzrost spożycia mięsa na osobę rocznie w kolejności dla poszczególnych grup osiągał najwyższe ilości 75 kg, 66 kg, 51 kg. Mniejsze było także spożycie przetworów zbożowych, owoców, warzyw, tłuszczu roślinnego, cukru i słodczy wśród ludności wiejskiej i rolniczej w porównaniu do miejskiej. Rozpiętość konsumpcji na osobę na dzień w zależności od zamożności rodzin była duża i różnice te wynosiły: w energii ok. 1900 kcal, w białku – 60 g, w tłuszczu – 80 g, w węglowodanach – 290 g. Między najniższą i najwyższą grupą dochodową w kraju różnice w spożyciu jaj, cukru i owoców były trzykrotne, mięsa i masła – dwupółkrotne, ryb, serów, tłuszczu, warzyw – dwukrotne, mleka – półtorakrotne.

Różnice wżywieniu uzasadniają zróżnicowanie w zakresie rozwoju somatycznego oraz wskazują, że u około połowy ogółu rodzin, w tym wiejskich i rolniczych, mogły występować niedobory bądź nadmiary żywnościowe w porównaniu do zalecanych standardów żywnościowych.

W rodzinach wykazujących niedostatki żywnościowe mogą występować jakościowe niedobory białka zwierzęcego, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin A, D, E, C i grupy B oraz wapnia, żelaza, fluoru, jodu i cynku. W całym omawianym okresie ludność rolnicza, będąca równocześnie producentem i konsumentem żywności, spożywała na ogół gorsze biologicznie pożywienie.

Grupy chorób związanych przyczynowo z wadliwym żywieniem stanowią ok. 25% ogółu rejestrowanych chorób w podstawowej opiece zdrowotnej, około 30% chorób leczonych w szpitalach oraz stały się przyczynami, które w 48% sprzyjały inwalidztwu i mają związek z 50%

chorobowych przyczyn zgonów. Stanowi to udokumentowaną podstawę do postulowania poprawy wyżywienia ludności miast i wsi.

- Propozycje poprawy wyżywienia naszego społeczeństwa muszą opierać się na sprawdzonych wskazaniach nauki, której wyniki, standardy i normy są zweryfikowane wieloletnimi obserwacjami ludzi w społeczeństwach długowiecznych i żyjących w sprawności psychicznej i fizycznej do końca swych dni.

- Należy poszukiwać wzorców poprawy wyżywienia i zdrowia wśród tych grup ludności, które charakteryzują się niskimi wskaźnikami chorób oraz zgonów z powodu przewlekłych chorób metabolicznych i degeneracyjnych, a jednocześnie konsumują żywność produkowaną w podobnych do Polski warunkach.

Wzorce te mogą być pomocne do opracowywania propozycji programu poprawy stanu zdrowia ludności Polski przez podnoszenie jakości biologicznej żywności i modyfikację sposobu żywienia z wadliwego na prawidłowe.

- Należy postulować, aby władze państwa opracowały i wdrażały poprzez plany społeczno-gospodarcze i budżet państwa oraz system edukacji narodowej korektę zwyczajowego wyżywienia tych grup ludności, które są zagrożone niedożywieniem, niedoborami pokarmowymi i nie zbilansowanym pożywieniem i przekarmianiem. Założyć należy, że proces przeobrażeń żywienia grup zagrożonych będzie ciągły i długotrwały ze względu na jego wielozwiązkowe zależności od czynników politycznych, gospodarczych, społecznych i kulturowych. Decyzje zostaną poprzedzone miarodajnym rozpoznaniem grup ludności zagrożonej nieprawidłowymżywieniem.

- Władze państwa w promocyjnych działaniach rozwoju rolnictwa i gospodarki żywnościowej mogą umieścić zadania produkcji, przetwórstwa i obrotu bezpiecznej żywności i racjonalnego żywienia, natomiast konsumenci będą przygotowywani w sposób uzasadniony do zmian wadliwych nawyków, przyzwyczajeń i upodobań na rzecz nabywania racjonalnych zachowań żywieniowych, pamiętając o zasadzie, że człowiek chce jeść więcej, niż potrzebuje.

- Parlament może tworząc prawo działać na rzecz m.in. racjonalnego żywienia i poprawy zdrowia konsumentów poprzez uchwalenie takich ustaw, jak: o prawach i ochronie konsumentów; o wymaganiach ekologicznej żywności; o znakowaniu i etykietowaniu zdrowotnym żywności, używek i napojów; o zaspokojeniu żywieniowo-żywnościowym według zasad racjonalnego żywienia; o dopuszczalnych dodatkach oraz uzupełnieniach, wyrównywaniu i wzbogacaniu żywności; o żywności dietetycznej i żywności dla niemowląt, dzieci, ciężarnych i karmiących oraz osób w starszym wieku; o obowiązkowym monitorowaniu żywności, wyżywienia i stanu odżywiania ludności kraju.

– Zarówno kraje rozwinięte, jak i kraje rozwijające się podjęły wysiłki na rzecz promocji zdrowego modelu żywienia i stylu życia. Niektóre z nich zostały dobrze udokumentowane przez grupę badawczą WHO (1990). Odwrócenie rosnących tendencji chorób i zgonów powstających na tle wadliwego żywienia w niektórych krajach rozwiniętych można przypisać staraniom na rzecz promocji prozdrowotnego modelu żywienia i stylu życia ludności.

Zagrożenia i szkodliwość warunków pracy w rolnictwie i leśnictwie

Zagrożenia i szkodliwość pracy w rolnictwie i leśnictwie są kolejnymi czynnikami uzasadniającymi potrzebę właściwego poziomu higieny i bezpieczeństwa pracy oraz medycyny pracy w rolnictwie. Na wstępie należy podkreślić, że w odniesieniu do tej grupy zawodowej w dalszym ciągu brak realnego rozpoznania w zakresie chorób zawodowych, urazów, zatruc i wypadków, chociaż po utworzeniu Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego nastąpiła poprawa w ich rejestracji. Jednakże brak wciąż uregulowań prawnych i początki organizowania planowanej prewencji przeciwwypadkowej przez KRUS stawiają sprawy higieny i bezpieczeństwa pracy wśród rolników na początku żmudnej drogi do poprawy.

Istniejąca informacja i rejestracja o warunkach pracy w różnych zakładach gospodarczych i usługowych jest ograniczona do dużych przedsiębiorstw. Średnie i małe zakłady przemysłowe, usługowe oraz gospodarstwa rolne nie są rozpoznane pod względem zawodowego narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia. Zresztą na dobrą sprawę ani aparat Państwowej Inspekcji Pracy, ani Inspekcja Sanitarna nie są przygotowane kadrowo i technicznie do bieżącej diagnozy zagrożeń i szkodliwości w małych zakładach i gospodarstwach rolnych. Stąd wiedza na temat zagrożeń, szkodliwości i wypadków powodowanych czynnikami biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi jest wciąż fragmentaryczna.

Wynika z niej, że przyczyny, które kształtują najwyższe wskaźniki absencji chorobowej wśród rolników obydwu płci, wiązały się w kolejności z chorobami układu oddechowego, narządów zmysłu i nerwów obwodowych, wypadkami, zatruciami i urazami, chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, układu krążenia oraz układu kostno-stawowo-mięśniowego; ponadto w przypadku kobiet zwiększały absencję choroby układu moczowo-płciowego oraz powikłania ciąży, porodu i połogu.

W strukturze chorób zawodowych rolników na pierwszym miejscu plasują się choroby zakaźne i pasożytnicze, następnie choroby skóry i błon śluzowych, choroby przewlekłe narządu ruchu, zatrucia, wresz-

cie choroby zmysłów oraz obwodowego układu nerwowego i psychiczne. Występuje dodatnia korelacja między wiekiem a stażem pracy w rolnictwie a częstością oraz nasileniem występowania u pracujących chorób układu oddechowego, trawiennego, kości, stawów i mięśni, krążenia oraz wypadków, urazów i zatruc. Szczególnie niepokojąca jest liczba urazów w wyniku wypadków przy pracy w rolnictwie i leśnictwie. Rolnictwo i leśnictwo zaliczają się zatem do zawodów o dużym ryzyku wypadków, urazów i zatruc. Warunki pracy w obydwu zawodach zawierają także czynniki szkodliwe, które powodują, że rolnicy stanowią trzecią – czwartą grupę największego zagrożenia zawodowego, jeśli chodzi o ryzyko niepełnosprawności, wśród ogółu zatrudnionych.

Podstawową przyczyną inwalidztwa rolników i pracowników w rolnictwie są choroby układu krążenia, narządu ruchu wraz z amputacjami, narządów zmysłów i nerwów obwodowych oraz zaburzenia psychiczne, choroby układu oddechowego, choroby zakaźne i pasożytnicze. Tych pięć podstawowych przyczyn chorobowych stanowi ok. 70-80% wszystkich przyznawanych decyzji inwalidzkich. Wyniki mikrospisów GUS w 1974 r. oraz spisów w kolejnych latach wskazują, że około 5-6% ludności wsi powyżej 15 roku życia zaliczonych może być do inwalidów. Dzieci kalekie stanowią ok. 2-3% ogółu populacji w wieku do 15 roku życia. Świadczy to wręcz o niedostatku skutecznego zapobiegania kalectwu i inwalidztwu oraz o niskim stanie higieny i bezpieczeństwa pracy, wadliwej konstrukcji i produkcji maszyn, urządzeń i silników stosowanych w rolnictwie i leśnictwie.

Istnieją opracowania, które dowodzą, że liczba inwalidów stanowi w bilansie ogółu pracowników najemnych około 50% ubytków siły roboczej, ponadto zakres i tempo przyrostu inwalidów są wyższe aniżeli przyrost zasobów pracowniczych w całej gospodarce narodowej. Tymczasem realne nasilenie i rozmiar przyczyn i skutków wypadków i chorób zawodowych są nie rozpoznane, tak jak jest niepełna ocena potrzeb w dziedzinie medycyny oraz higieny i bezpieczeństwa pracy na wsi. Stan warunków higieny i bezpieczeństwa pracy oraz medycyny pracy w rolnictwie nie może być dalej traktowany jak dotychczas, tzn., że jest to wyłącznie prywatna sprawa rolników. Musi stać się to troską ogólnopolską. Jak dotąd ani Kodeks pracy nie obejmuje rolników, ani atestacja środków produkcji dla rolnictwa w zakładach produkcyjnych nie jest stosowana obowiązkowo.

Umieralność i przeciętne trwanie życia ludności wsi

Uświadomienie sobie zależności i zakresu wpływów czynników zdrowotnych i chorobotwórczych środowiska cywilizacyjnego, społecznego

i przyrodniczego na chorobowość, umieralność i długość życia człowieka ma posłużyć do takiego sterowania nimi, aby zmniejszyć i opóźnić występowanie nieuniknionych chorób i przedłużać życie w sprawności fizycznej i umysłowej jednostki do granic genetycznie wyznaczonych gatunkowi ludzkiemu, tj. ok. 120-130 lat.

Najwyższe wskaźniki chorobowości i umieralności w przebiegu życia człowieka notuje się w wieku niemowlęcym oraz w okresie starości. Istnieją dowody, że choroby niemowlęce i wczesnego dzieciństwa do 5 roku życia wpływają w sposób zasadniczy na wartość rozwoju biologicznego zarówno jednostek, jak i całej populacji. Zgromadzono obszerną wiedzę naukową na temat wpływów zdrowotwórczych i chorobotwórczych warunków środowiskowych i opiekuńczych na zdrowie człowieka. Umożliwiły one określenie, na ile warunki chorobotwórcze w okresie niemowlęctwa mogą upośledzać rozwój somatyczny i psychiczny oraz opóźniać sprawność umysłową i zdolności uczenia się w późniejszym wieku, aż do starości włącznie. Chociaż współczynnik ogólnej umieralności niemowląt w Polsce w latach 1945-1995 obniżył się około pięciokrotnie i osiągnięto wartości zbliżone do krajów o średnich wskaźnikach i szybkim tempie spadku, to przez cały czas współczynniki były istotnie wyższe wśród mieszkańców wsi w porównaniu do miast.

Umieralność ogólna ludności wiejskiej powyżej pierwszego roku życia była również wyższa niż mieszkańców w mieście. Umieralność przedwczesna, tzn. zgonów osób w wieku poniżej 65 lat, wykazuje, że mieszkańcy wsi w ostatnich latach są zagrożeni podobnie jak mieszkańcy miast. Zagrożenie to odnosi się w podobnym stopniu do mężczyzn jak i kobiet. Cechą całego okresu powojennego w Polsce jest szybszy spadek umieralności kobiet niż mężczyzn, tak jak w innych krajach Europy. Odsetek zgonów przedwczesnych w przypadku kobiet wynosi około 1/4, a w przypadku mężczyzn jest dwukrotnie wyższy, bo wynosi około połowy wszystkich zgonów poniżej i powyżej 65 roku życia. Należy jednak zaznaczyć, że w młodszych rocznikach wieku wyższe ryzyko zgonu występuje wśród mężczyzn i kobiet na wsi niż w mieście. Częstość zgonów przed 65 rokiem życia mężczyzn niestety nie maleje w porównaniu do kobiet, wśród których przedwczesna umieralność powoli i systematycznie się zmniejsza, ale w tempie wciąż wolniejszym niż w zachodnich krajach europejskich.

Faktyczny stan przyczyn umieralności w Polsce jest nie rozpoznany m.in. dlatego, że nie prowadzi się miarodajnych badań populacyjnych, poszukujących wyjaśnienia łańcucha zdarzeń obejmującego narażenie i szczegółowe wyodrębnienie przyczyn i skutków.

Nie należy mylić klasyfikowania zgonów wg mianownictwa Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów z prawidłowymi lub wadliwymi kryteriami diagnostycznymi, które są pozostawio-

ne do uznania lekarzowi rozpoznającemu powód zgonu. Kierując się klasyfikacją zgonów opracowaną przez GUS, umownie nazwaną przyczynami zgonów, określa się nasilenie i strukturę umieralności według wieku, płci, zawodu, miejsca zamieszkania. Struktura umieralności do 65 roku życia wskazuje, że 3/4 mężczyzn zmarło z takich powodów, jak wypadki, urazy i zatrucia (48%), choroby układu krążenia (35%) i nowotwory złośliwe (20%), natomiast ponad 2/3 kobiet zmarło z powodu nowotworów złośliwych (33%), chorób układu krążenia (30%), urazów i zatruc (10%). Kolejne grupy powodów zgonów u obydwu płci stanowią choroby przemiany materii oraz okresu okołoporodowego. Struktura przyczyn zgonów wśród ludności wsi i miast wskazuje, że mieszkańcy wsi umierają w pierwszej kolejności z powodu chorób układu krążenia, układu oddechowego, wad wrodzonych i okołoporodowych, chorób zakaźnych i pasożytniczych, wreszcie objawów bliżej nie określonych. Mieszkańcy miast natomiast mają wyższe wskaźniki zgonów z powodu wypadków, urazów i zatruc, chorób nowotworowych, choroby niedokrwiennej serca, chorób naczyń mózgowych, zapaleń wirusowych i marskości wątroby, chorób układu moczowo-płciowego i samobójstw.

Niewiele jest prac wskazujących na wpływ zawodów na wcześniejsze zgony pracowników. Wśród dostępnych prac GUS-u są takie, które wskazują, że warunki pracy w górnictwie i kopalnictwie, transporcie, rybołówstwie morskim oraz rolnictwie mają związek z przedwczesnymi zgonami. Równocześnie wiadomo, że populacja z przewagą dzieci do 5 lat i osób powyżej 50 roku życia, taka jaka występuje na wsi, charakteryzuje się zwiększonymi wskaźnikami zgonów.

Wysoka umieralność mężczyzn w Polsce tak w wieku produkcyjnym, jak i poprodukcyjnym powoduje, że spodziewana długość życia nie wydłuża się. Zmniejsza to szansę mężczyzn dożycia przeciętnie np. 80 lat, co jest osiągalne w przodujących krajach świata. Wysoka i przedwczesna umieralność skracą przeciętnie trwanie życia mężczyzn o blisko 11-15 lat. W przypadku kobiet polskich wynosi około 5-7 lat w stosunku do możliwych 85 lat osiągniętych w zamożnych krajach świata.

Gdyby można było – mobilizując wszystkie środki i zasoby działania – udzielać skutecznej pomocy medycznej osobom podczas wypadków, urazów i zatruc, stworzyć dostępną intensywną opiekę medyczną osobom zagrożonym zawałem i udarem, zapobiegać zgonom z powodu nowotworów złośliwych, to przeciętne trwanie życia w naszym kraju można by przedłużyć np. u mężczyzn około 7-8 lat, z 67 do 75 lat, i u kobiet około 5 lat, z 75 do 80 lat. Założenie to jest oparte na analizie czynników, które przyczyniły się do przedłużenia życia mężczyzn i kobiet w bogatych krajach świata.

Główną rolę w przeciwdziałaniu przedwczesnym zgonom z powodu wypadków, urazów i zatruc, zawałów serca i udarów mózgu oraz

wskutek nowotworów złośliwych odgrywa w bogatych krajach zastosowanie w praktyce postępu wiedzy i techniki medycznej. Obejmuje to między innymi stosowne kwalifikacje personelu medycznego, organizację ratownictwa, poziom wyposażenia medycznego (lecznictwa i rehabilitacji) w zakładach opieki zdrowotnej. A zatem odpowiednie środki, właściwe kwalifikacje personelu medycznego i sprawna organizacja zakładów opieki zdrowotnej mogą przyczynić się także do wydłużenia trwania życia ludzi w naszym kraju. Musi to jednak kosztować tyle, ile wyłożyły państwa bogate na wydłużenie życia obywateli. Czy i kiedy nas będzie stać, aby osiągnąć przedłużenie lat życia mężczyzn i kobiet w naszym kraju, trudno przewidzieć.

Umieralność, przeciętne trwanie życia zależą nie tylko od poziomu opieki zdrowotnej, kształtują je w sposób naturalny struktura ludności, płeć i wiek oraz styl życia poszczególnych osób. Mają one związek z wielkością dochodu narodowego na mieszkańca i podziałem tego dochodu oraz zakresem zabezpieczenia społecznego obywateli, z jakością wyżywienia, kulturą ogólną i zdrowotną ludności, wreszcie ze stanem warunków cywilizacyjnych, społecznych i przyrodniczych środowiska bytowania, pracy i wypoczynku. Bogaty zawsze oznacza zdrowszy, dłużej żyjący niż biedny, w całym naszym świecie.

**prof. dr hab. JERZY LEOWSKI – Dyrektor Szkoły
Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie**

PROJEKT REFORMY UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE NA TŁE DOŚWIADCZEŃ UNII EUROPEJSKIEJ

Konieczność reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce jest przedmiotem dyskusji od ponad 15 lat. W latach 80-ych w większości krajów europejskich wprowadzono zmiany, których celem jest poprawa efektywności systemu, głównie efektywności sektora publicznego, drogą

zwiększenia odpowiedzialności finansowej indywidualnych użytkowników świadczeń zdrowotnych (analogiczne cele sformułowano w Polsce). Nacisk na wprowadzenie zmian systemowych w ochronie zdrowia jest zjawiskiem globalnym, wynikającym:

- ze zmian demograficznych, tj. starzenia się populacji globu, a wraz z nim wzrostem liczby osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej;
- z postępu technologicznego, który udostępnia coraz bardziej nowoczesne procedury diagnostyczne i lecznicze w medycynie, co gwarantuje wyraźnie przyspieszone tempo rozwoju nauk medycznych i warunkuje postęp w efektywności działań medycznych, ale powoduje równoległe eskalację kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych;
- z realiów ekonomicznych wszystkich krajów, gdyż wszędzie możliwości wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną, szczególnie w sektorze publicznym, są ograniczone.

Wymienione trzy czynniki, tj. demografia, technologia i ekonomia, w zasadzie zmusiły rządy wszystkich krajów Europy (i świata) do intensyfikacji procesu reform systemowych w ochronie zdrowia. Dotyczy to w równej mierze krajów, w których funkcjonuje system oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych (Niemcy, Austria, Belgia, Francja, Holandia), jak i krajów, gdzie funkcjonuje system narodowej służby zdrowia, opartej na ogólnym opodatkowaniu obywateli i finansowaniu przez budżet centralny (Wielka Brytania, Dania, Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja). Kraje te, bez względu na źródła finansowania opieki zdrowotnej, nie były w stanie sprostać oczekiwaniom społeczeństw na zapewnienie pełnego bezpieczeństwa w zakresie zdrowia. W większości krajów, w tym w Polsce, świadomość społeczna, że zdrowie kosztuje, była niska lub bardzo niska. Opieka zdrowotna traktowana była jako rzecz bezdyskusyjna, istniejąca zawsze i wszędzie, jak powietrze, którym oddychamy. Zarówno społeczeństwo, jak i politycy traktowali opiekę zdrowotną jako świadczenie dostępne na każde życzenie, bezpłatne lub prawie bezpłatne, w każdej ilości, w każdym miejscu i czasie. Ten poziom świadomości społecznej i politycznej obowiązuje, jak się wydaje, nadal, w tym w naszym kraju, choć poszczególne rządy podjęły wysiłki zmierzające do zmiany istniejącego stanu rzeczy.

Najdobitniej problem ten ujawnił się w Niemczech, gdzie pomimo zainwestowania w okresie ostatnich 5 lat w regionach wschodnich sumy ponad 20 miliardów dolarów na nowe technologie medyczne, nie uzyskano pełnego ujednolicenia systemu wschodniej części Niemiec z zachodnią. Największą przeszkodą okazały się jednak nie różnice w poziomie życia, lecz różnice w poziomie świadomości społecznej.

Nacisk na wprowadzenie zmian systemowych w ochronie zdrowia wynika w sumie z konieczności ograniczania tempa wzrostu nakładów finansowych na zdrowie, niekiedy wręcz z konieczności zmniejszenia tych nakładów i to w okresie wyraźnego wzrostu potrzeb zdrowotnych (choćby w wyniku zmian demograficznych) czy wzrostu oczekiwań społecznych wynikających z rozwoju technologii, a przede wszystkim, jak w przypadku Polski, z przemian politycznych. Rodzi to sytuacje konfliktowe i stąd dotychczasowy system finansowania opieki zdrowotnej jest przedmiotem krytyki wszędzie. W krajach, gdzie funkcjonuje narodowy system ochrony zdrowia finansowany z budżetu centralnego, jak i w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, z systemem gospodarki centralnie planowanej, które wykazują szczególną niecierpliwość w stosunku do reform, opiece zdrowotnej zarzuca się niedostateczną efektywność. We wszystkich krajach dostrzega się brak równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, niską jakość świadczeń oraz brak konkurencyjności i spadek motywacji personelu służby zdrowia.

W Polsce ten ostatni wynika z braku jakichkolwiek proporcji pomiędzy nakładem pracy a płacami w służbie zdrowia. Z kolei w krajach, gdzie funkcjonują ubezpieczenia zdrowotne, konieczność zmian wynika z niemożności utrzymania dotychczasowego poziomu świadczeń zdrowotnych w związku z eskalacją kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych przy zachowaniu na dotychczasowym poziomie składek ubezpieczeniowych i systematycznie rosnących potrzebach starzejącego się społeczeństwa.

W finansowaniu opieki zdrowotnej obowiązują 3 zasady generalne:

- zasada ubezpieczenia;
- zasada solidaryzmu;
- zasada współodpowiedzialności.

Teoretycznie istnieć może zasada czwarta, uznająca opiekę zdrowotną za towar, który jest przedmiotem transakcji rynkowej pomiędzy kupującym a sprzedającym. W żadnym kraju świata nie traktuje się zdrowia jako wyłącznie „towaru”. Najbliższe temu są Stany Zjednoczone oraz liczne kraje rozwijające się. W krajach rozwijających się istniejąca sytuacja wynika z braku środków finansowych na cele publiczne w ogóle, w USA zaś z decyzji politycznych, mimo licznych prób wprowadzenia reform.

Stosowane techniki finansowania opieki zdrowotnej to podatki ogółem bądź docelowe składki – obowiązkowe lub dobrowolne. Decyzja o tym, według jakiej zasady generalnej i według której z dostępnych technik opieka zdrowotna będzie finansowana, jest decyzją polityczną. Należy podkreślić, że w świecie nie ma kraju, w którym państwo czy rząd nie brałyby udziału w finansowaniu opieki zdrowotnej. Udział ten waha się w granicach od 20 do 80% wydatków na zdrowie. I znów decyzja co do proporcji udziału państwa jest klasyczną decyzją polityczną.

Nie ma przesady w stwierdzeniu, że obowiązujący w jakimkolwiek kraju system ochrony zdrowia spełnia bardzo ważne funkcje polityczne. W zależności od skuteczności działań i uzyskiwanych efektów system ochrony zdrowia może dostarczać poparcia lub być źródłem sprzeciwu wobec działań rządu i władz danego kraju. Nie bez znaczenia dla władz są też funkcje systemu jako pracodawcy, jako wytwórcy lub kreującego zapotrzebowanie na dobra konsumpcyjne, np. aparaturę, leki; funkcje społeczne systemu przez generowanie zmian zachowań zdrowotnych i społecznych, np. rehabilitacja czy planowanie rodziny; funkcje kształceniowo-wychowawcze, np. kreowanie zapotrzebowania na kadry zapewniające opiekę społeczno-medyczną czy opiekę nad przewlekle chorym, co tym samym wpływa na zmianę zachowań społeczeństwa w stosunku do osób niedołężnych i starych oraz funkcje informatyczne – propagujące informacje o zakresie, dostępności i skali świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę funkcje polityczne, jakie spełnia system ochrony zdrowia oraz trzy główne czynniki warunkujące konieczność reform tego systemu, tj. zmiany demograficzne, technologię medyczną i aspekty ekonomiczne, rzeczą oczywistą wydaje się stwierdzenie, że celem procesu reform jest poprawa efektywności sektora publicznego oraz zwiększenie skali odpowiedzialności finansowej użytkowników indywidualnych świadczeń zdrowotnych. W tym świetle pytaniem podstawowym staje się, lub powinno się stać, choć nie zawsze ma to miejsce, pytanie, które aspekty opieki zdrowotnej stanowią dobro publiczne, czyli są domeną działań zdrowia publicznego, a które są domeną dobra indywidualnego, czyli wartością prywatną, za którą użytkownicy świadczeń zdrowotnych są skłonni płacić indywidualnie.

Kluczowym rozgraniczeniem tych dwóch aspektów opieki zdrowotnej jest akceptacja społeczna przenoszenia kosztów. Czynniki warunkujące konieczność reform wskazują jednoznacznie na kierunek zmian. Wszędzie, we wszystkich krajach, łącznie z krajami tradycyjnie hołdującymi systemowi narodowej służby zdrowia, widoczna jest tendencja i konieczność zmiany proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym i indywidualnym na świadczenia zdrowotne. Niezbędny, i to wszędzie, wydaje się wzrost obciążeń indywidualnych. Dotyczy to zarówno krajów z systemem narodowej opieki zdrowotnej, jak i krajów z systemem ubezpieczeń zdrowotnych.

W tym świetle kolejną ważną decyzją polityczną jest określenie definicji, co w opiece zdrowotnej jest dobrem publicznym, czyli jest domeną działań zdrowia publicznego świadczonych na koszt wszystkich podatników, tzn. na rzecz wszystkich podatników, a co dobrem indywidualnym, czyli domeną działań rynku, czyli świadczeń opłacanych indywidualnie.

Na marginesie należy podkreślić, że w większości dotychczasowych systemów opieki zdrowotnej, zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i w kra-

jach skandynawskich, będących przykładem bardzo dobrego funkcjonowania narodowych systemów opieki zdrowotnej, ponadto w Niemczech, Austrii czy innych krajach z systemem ubezpieczeniowym, opieka zdrowotna traktowana była w całości jako dobro publiczne i starano się ograniczać indywidualną odpowiedzialność finansową użytkowników. Uważano, i w wielu krajach nadal się uważa, że zdrowie jest dobrem ogólnospołecznym i tym samym wszelkie świadczenia zdrowotne są korzystne dla społeczeństwa jako całości w stopniu większym niż dla indywidualnych odbiorców tych świadczeń. Takie rozumienie funkcji systemu opieki zdrowotnej było wyraźnie апробowane przez większość rządów, w skali globalnej, które akceptowały i nadal akceptują strategię WHO „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”.

Kierunek reform zmieniający proporcje pomiędzy obciążeniem zdaje się wyraźnie wskazywać, że dotychczasowa interpretacja zdrowia jako dobra publicznego nie ma szans przeżycia w obecnym klimacie przemian ekonomicznych i politycznych. Oznacza to, choć brak powszechnej świadomości tego faktu, że radykalnej zmiany wymaga polityka WHO, tzn. globalna strategia „Zdrowia dla wszystkich”. Jeżeli bowiem „zdrowie” w określonej proporcji przestaje być dobrem publicznym i staje się dobrem prywatnym, oznacza to, że rządy przestają o tym decydować i rezygnują z przysługującego im dotychczas wpływu na kształtowanie polityki zdrowotnej.

Koncentrując się na przemianach zachodzących w Polsce, należy podkreślić, że przed wprowadzeniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który z natury swej wymaga czasu, wprowadza się system polegający na połączeniu zalet powszechnie dostępnej opieki medycznej finansowanej przez budżet z ogólnego opodatkowania obywateli z rozwojem kontrolowanych mechanizmów rynkowych po stronie podaży. Pomijając szczegóły, istotą obecnie wprowadzanych zmian jest to, by środki publiczne stały się dostępne na tzw. rynku wewnętrznym, co może przynieść korzyści wynikające z regulowanej konkurencji między wytwórcami usług medycznych. Stwarzać ma to szansę na racjonalizację wydatków na opiekę specjalistyczną i szpitalną, przy pełnym uznaniu znaczenia kontroli jakości świadczeń.

Przyjęta w Polsce w sierpniu 1991 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej zakłada możliwość zawierania umów między dysponentami środków publicznych i dostawcami świadczeń zdrowotnych, którymi mogą być samodzielne zakłady publiczne i niepubliczne. Ustawa ta, obecnie nowelizowana, ma na celu wprowadzenie lub oparcie funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia na mechanizmach rynkowych. Ma to być regulowany rynek obrotu środkami publicznymi przeznaczonymi na zdrowie.

System kontraktowania świadczeń zdrowotnych jest dość powszechnie stosowany w licznych krajach Unii Europejskiej. W najbardziej rozwiniętej formie system ten został wprowadzony w Wielkiej Brytanii w 1991 roku. Dla zapewnienia optymalnego funkcjonowania mechanizmów rynkowych w narodowej służbie zdrowia autorzy reformy brytyjskiej podjęli decyzje o oddaniu spraw zarządzania w ręce fachowo przygotowanych menedżerów z odpowiednim doświadczeniem w innych dziedzinach gospodarki.

Reforma brytyjska trwa już 5 lat i obok licznych efektów pozytywnych przyniosła również liczne skutki negatywne. Wśród pozytywnych efektów reformy ujawniły się w sposób wyraźny korzyści wynikające z regulowanej konkurencyjności, niosące za sobą świadomość potrzeby zmian, wymuszające szybkie podejmowanie decyzji na szczeblach lokalnych na podstawie analizy potrzeb pacjentów i stojących do dyspozycji środków. Nastąpił wyraźny wzrost znaczenia lekarzy domowych i podstawowej opieki zdrowotnej.

Na bardziej szczegółową analizę zasługują ujemne skutki reformy brytyjskiej, gdyż ich identyfikacja i poznanie wydają się niezbędne dla autorów reform w innych krajach. Wśród negatywnych efektów reformy na pierwszym miejscu wymieniana się podwojenie kosztów administracyjnych narodowej służby zdrowia. Przed reformą koszty te wynosiły 5-6% budżetu na zdrowie, obecnie osiągnęły 11,6% budżetu. Choć jest to nadal mniej niż analogiczne koszty w USA, gdzie szacuje się ich wysokość na 22% budżetu, niemniej jednak ich podwojenie w tak krótkim czasie jest bezdyskusyjne, związane ze wzrostem zatrudnienia pracowników administracji ogólnej (wzrost z 90 000 do ponad 130 000) oraz wyższego i średniego niemedycznego personelu kierowniczego (wzrost z 1250 osób do ponad 20 000). Dalsze negatywne efekty to konieczność koncentracji uwagi w procesie kontraktowania świadczeń na sprawie cen, a nie jakości świadczeń. Mechanizmy rynku wymagają dyscypliny handlowej i w wielu przypadkach zawieranie kontraktów stało się w efekcie dyskusją księgowych, natomiast prawdziwi świadczeniodawcy, tj. personel medyczny, oraz prawdziwi nabywcy świadczeń, tj. pacjenci, zostali wyłączeni z procedur negocjacyjnych i zostali zastąpieni „handlowcami”. Ubocznym efektem czysto handlowego charakteru kontraktów było „ujawnienie” nadmiaru personelu, łóżek szpitalnych czy niektórych form opieki medycznej. Doprowadziło to do zmniejszenia zatrudnienia, przekwalifikowania na niżej opłacane stanowiska pracy oraz likwidacji znacznej liczby łóżek szpitalnych.

W niektórych dużych miastach doszło do zamknięcia całych szpitali. W Londynie zlikwidowano ponad 2500 łóżek szpitalnych, w Glasgow ponad 1000, zmniejszono liczbę łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych.

Równolegle jednak, w pełnej zgodzie z prawami rynku, środki publiczne wykorzystywano do ratowania szpitali prywatnych. W wielu regionach kraju podnoszony jest alarm z powodu spadku zakresu i jakości świadczeń medycznych oraz stosowania bardzo ścisłych standardów postępowania, zgodnie z cennikami, które przypominają taśmę produkcyjną w zakładzie przemysłowym i są nieakceptowalne dla personelu medycznego, który wbrew standardom stara się każdego pacjenta otoczyć taką opieką, jaka jest niezbędna w jego indywidualnym stanie. Notuje się w związku z powyższym objawy demoralizacji wśród personelu medycznego, wyrażającej się wzrostem absencji chorobowej, spadkiem motywacji i zainteresowania doskonaleniem zawodowym. Poważną erozję odnotowują te działy, które zajmują się zdrowiem publicznym w najszerszym rozumieniu tego określenia, jak również kształceniem medycznym i długofalowym planowaniem rozwoju opieki zdrowotnej i generalnie planowaniem polityki zdrowotnej.

Negatywne efekty erozji zdrowia publicznego, kształcenia i planowania długofalowego polityki zdrowotnej to ryzyko zaburzeń w dystrybucji kadr specjalistów, w lokalizacji kosztownej technologii oraz ryzyko zahamowania postępu w badaniach medycznych, głównie klinicznych, które warunkują postęp praktyki ochrony zdrowia.

W sumie więc ujawnione negatywne skutki reformy brytyjskiej podważają możliwość osiągnięcia podstawowego celu procesu reform, jakim jest poprawa efektywności sektora publicznego. Jest oczywiście sprawą dyskusyjną, jaka jest skala odpowiedzialności sektora publicznego za zdrowie społeczeństwa. Wracamy tu do pytania podstawowego: które aspekty opieki zdrowotnej stanowią dobro publiczne, czyli są domeną zdrowia publicznego, którego koszty muszą ponosić wszyscy, a które domeną dobra indywidualnego, czyli wartością prywatną, za którą użytkownicy świadczeń są skłonni płacić indywidualnie. Spektrum świadczeń zdrowotnych jest bardzo szerokie i ustalenie granicy między dobrem publicznym a indywidualnym jest klasycznym przykładem arbitralnej decyzji, i to decyzji politycznej. Konsekwencje tej decyzji są zbyt daleko idące, by mogły one być podejmowane na podstawie krótkoterminowych skutków finansowych, jakie niosą, lub by mogły być pozostawione w rękach personelu służby zdrowia. Spektrum świadczeń zdrowotnych obejmuje sprawy będące bezdyskusyjnym przykładem dóbr publicznych, jak np. walka z chorobami zakaźnymi i społecznymi, szczepienia ochronne i inna działalność profilaktyczna, oświata zdrowotna i promocja zdrowia, nadzór nad żywnością i żywieniem, opieka nad matką i dzieckiem oraz szkolna służba zdrowia, opieka społeczno-medyczna nad osobami w starszych grupach wieku i chorymi przewlekłe, opieka nad pracującymi w warunkach szczególnego zagrożenia zdrowia.

Ponadto: opiekę nad chorymi z powodu niewłaściwego stylu życia i zachowań zdrowotnych czy określonego ryzyka zdrowotnego, np. palenia tytoniu, uzależnień lekowych czy alkoholowych, wpływu wypadków, urazów i zatruć, aż po choroby będące efektem zjawisk biologicznych i w tym sensie nie do uniknięcia, jak np. chorób, lub raczej braku zdrowia, wynikających z podeszłego wieku (większość chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz nowotworów), płci (np. problemy zdrowotne związane z porodem i macierzyństwem) lub choćby ubóstwa, które prowadzić może do wielu schorzeń – od zakaźnych do przewlekłych. I wreszcie na końcu – choroby mogące występować w każdym czasie i miejscu i dotyczyć wszystkich, czyli wszelkiego rodzaju zachorowania w następstwie wypadków losowych, których nikt nie jest w stanie przewidzieć, a tym bardziej im zapobiec.

Takie całościowe spojrzenie na świadczenia zdrowotne, z jakimi mamy do czynienia w życiu codziennym, uzasadnia postawienie pytania zasadniczego, a mianowicie: które świadczenia zdrowotne społeczeństwo skłonne jest opłacać w ramach generalnej zasady solidaryzmu i współodpowiedzialności za zdrowie, czyli głównie poprzez podatki ogólne, a które w ramach ubezpieczeń obowiązkowych bądź dobrowolnych. W dyskusji na ten temat uzasadnione wydaje się podkreślenie faktu, że interwencja rządu w sprawę zdrowia jest niezbędna, gdyż niektóre aspekty ochrony zdrowia są w każdym państwie równie niezbędne jak funkcjonowanie innych służb publicznych, np. policji, bezpieczeństwa wewnętrznego, obrony czy powszechnej edukacji, kultury itp., czyli że nie da się uniknąć sytuacji, by znaczna część wydatków na zdrowie nie pochodziła ze środków publicznych, tzn. ogólnego opodatkowania obywateli.

Wszystkie inne źródła finansowania wydatków na zdrowie, czyli wszelkie pozarządowe źródła finansowania opieki zdrowotnej, z natury swej są formą prywatnego rynku świadczeń zdrowotnych. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez źródła pozarządowe musi więc podlegać mechanizmom i prawom rynku. Dotyczy to również, wbrew powszechnemu niekiedy odczuciu, wszystkich form ubezpieczeń zdrowotnych. Fakt, że ubezpieczenia zdrowotne rządzą się prawami rynku, decyduje, że nie są one w stanie, bez względu na stopień regulacji prawnych, zaspokoić społecznych oczekiwań pełnej dostępności i równości oraz dostatecznej efektywności świadczeń zdrowotnych oraz ich wysokiej jakości. Nauki ekonomiczne posługują się pojęciem „błędy lub wady gospodarki rynkowej” (marketfailures) do opisanego tego typu sytuacji. W odniesieniu do pozarządowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej do najbardziej istotnych „błędów” lub „niedostatków” mechanizmów rynkowych zaliczyć można:

- brak motywacji do świadczeń mających charakter dobra publicznego;

- brak lub niedostateczna troska o potrzeby zdrowotne ubogich warstw społecznych;
- niedostateczna opieka nad chorymi znajdującymi się w sytuacjach skrajnych;
- brak troski o zapewnienie potrzeb o znaczeniu promocyjno-rozwojowym;
- ograniczenie zakresu informacji dla pacjentów odnośnie do świadczeń pozastandardowych.

Większość pozarządowych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych nie wykazuje zainteresowania lub wykazuje niedostateczne zainteresowanie świadczeniami zaliczanymi do podstawowych funkcji zdrowia publicznego, tj. świadczeniami, których celem jest promocja zdrowia oraz ochrona populacji przed wszelkimi czynnikami ryzyka utraty zdrowia, czynnikami środowiska naturalnego i społecznego. Lista podstawowych funkcji zdrowia publicznego obejmować może znacznie szersze spektrum, np. prawidłowe leczenie i postępowanie w chorobach zakaźnych w odniesieniu do chorych i ich rodzin, identyfikacja grup zwiększonego ryzyka zachorowania w odniesieniu do chorób o znaczeniu społecznym, działania modyfikujące niekorzystne zdrowotne zachowania i styl życia itp.

Istnieją jednak również niepodważalne pozytywne walory systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Świadomość partycypacji w kosztach opieki zdrowotnej przez płacenie indywidualnej składki ubezpieczeniowej przyczynia się do wzrostu efektywności świadczeń, zwiększa poczucie współodpowiedzialności za funkcjonowanie służby zdrowia całego społeczeństwa, poczucie solidaryzmu, zmniejsza odczucie ryzyka związanego z chorobą. Świadomość istnienia ryzyka zachorowania stanowi zresztą najbardziej fundamentalną motywację dla ubezpieczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenia zdrowotne umożliwiają wreszcie współdecydowanie ogółu społeczeństwa o skali nakładów na zdrowie, o zakresie dostępnych świadczeń, skali ewentualnych dopłat. W systemie ubezpieczeniowym wzrost gospodarczy, wzrost zamożności społeczeństwa poprzez proporcjonalny wzrost składek niejako automatycznie, bez potrzeby arbitralnych decyzji władz centralnych, wpływa na wzrost nakładów na opiekę zdrowotną.

Wyeksponowane w referacie zagrożenia związane z włączeniem do systemu ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych i ubezpieczeń przedstawione zostały wyłącznie z myślą, by umieć je odpowiednio wcześniej zidentyfikować i tym samym zapobiec, w miarę możliwości, ujemnym skutkom, jakie mogą potencjalnie powodować.

PERSPEKTYWY ROZWOJU UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE W POLSCE

Każdego człowieka spotykają dwie ewentualności: albo żył będzie za krótko, albo żył będzie za długo. Te wyznaczają perspektywy rozwoju ubezpieczeń na życie w sposób naturalny i organiczny. Ażeby mogły jednak zaistnieć, konieczne jest ukształtowanie się określonych norm prawnych i warunków ekonomicznych. Ramy niniejszego wystąpienia wyznaczają więc zarówno uwarunkowania w skali mikro, bliskie każdemu człowiekowi, jak i te w skali makro, związane z całym systemem.

Nie bez kozery wypada rozpocząć od spraw najbliższych potrzebom każdego człowieka. Taka bowiem jest natura ubezpieczeń na życie – kształtują się one w najściślejszym związku z tymi potrzebami. Na czoło wysuwa się oczywiście potrzeba bezpieczeństwa finansowego. Jest ona na tyle ogólna i zróżnicowana, w zależności od indywidualnych sytuacji, iż wymaga uprzedniego dokładnego planowania finansowego. To dokonywane jest przez potencjalnego ubezpieczającego wraz z agentem lub brokerem ubezpieczeniowym. Ujawnić powinno ono, jakim zmiennościom ulegają poszczególne etapy życia człowieka, jego sytuacja finansowa, obowiązki rodzinne, jak kształtują się jego potrzeby i w jaki sposób winny być one zaspokajane.

Istnieje jednak zazwyczaj wspólny mianownik. Potrzeba gwarancji dla człowieka, na wypadek, gdy życie jego zostanie przerwane, iż najbliżsi będą mogli utrzymywać istniejącą stopę życiową, będą mogli kontynuować spłatę zaciągniętych kredytów czy teżłożyć na edukację dzieci. Potrzeba gwarancji dla człowieka, na wypadek, gdy nie mógłby lub nie zamierzałby już dłużej pracować, iż w jesieni życia nadal utrzymywać będzie podobny standard majątkowy. Potrzeba gwarancji dla człowieka, iż jego sytuacja majątkowa nie pogorszy się na skutek inwalidztwa.

Podobne zmienności i identyfikowalne potrzeby występują i w obrocie gospodarczym. Potrzeba gwarancji dla prowadzącego działalność gospodarczą, iż jego sukcesor będzie mógł spłacić jego spadkobiercę i kontynuować taką działalność. W związku z tym potrzeba pracodawcy racjonalnego kształtowania polityki zatrudnienia przez zabezpieczenie indywidualne i grupowe pracowników.

Najbardziej naturalne potrzeby jednostki w jej życiu prywatnym i gospodarczym zaspokajane są przez instytucje ubezpieczeń na życie. Te zaś w Polsce znajdują się w szczególnym momencie rozwoju. Deregulacja i mechanizmy rynkowe umożliwiły stworzenie rynku nowoczesnych produktów ubezpieczeniowych.

Nie sposób mówić o perspektywach rozwoju ubezpieczeń w Polsce bez zwrócenia uwagi na uwarunkowania ekonomiczne. Z trudem toruje sobie drogę świadomość, iż ubezpieczenia generują ogromne fundusze, będące naturalnym bodźcem rozwoju gospodarki narodowej. Zjawisko to postrzegać należy w dwojakim aspekcie. Po pierwsze, obowiązkiem ubezpieczyciela jest inwestowanie bezpieczne. Z uwagi na tę przesłankę potężną część portfela lokat zajmują papiery wartościowe emitowane przez państwo. Ten element, tak często pomijany, wskazuje wyraźnie na rolę ubezpieczeń w poprawie kondycji budżetu państwa. Po wtóre, obowiązkiem ubezpieczyciela jest inwestowanie dochodowe. Stąd w perspektywie fundusze ubezpieczeniowe winny ożywić rynek giełdowy, operacji pozagiełdowych, nieruchomości, inwestycji w transporcie itd.

W mikroskali, z punktu widzenia każdego klienta, nowoczesny produkt ubezpieczeniowy połączony zostaje z lokatami w wielu funduszach o różnym stopniu ryzyka i gwarancji dostarczanych przez towarzystwa.

Kapitałna rola otwiera się przed ubezpieczeniami na życie w związku z reformą ubezpieczeń społecznych. Towarzystwa ubezpieczeniowe – w znacznej swojej części – znakomicie wyposażone są w know-how dotyczący zasad aktuarialnych i zarządzania portfelami inwestycyjnymi. Plany emerytalne segmentów kapitałowych prowadzone mogą być zarówno w funduszach emerytalnych drugiego filaru zreformowanego systemu, jak i bezpośrednio przez instytucje finansowe działające w dobrowolnym trzecim filarze, w tym towarzystwa ubezpieczeniowe. Ich rola może przewidywać organizację funduszy emerytalnych, zarządzanie ich aktywami i wreszcie dostarczanie ich uczestnikom rent natychmiastowo płatnych po osiągnięciu wieku emerytalnego i ochrony ubezpieczeniowej na czas oszczędzania.

W trzecim filarze towarzystwa prowadzić mogą plany emerytalne w postaci sprzedaży renty odroczonej. Doświadczenie i możliwości techniczne niektórych towarzystw pozwalają na stworzenie mechanizmów urealnających wartość świadczenia. Nie koniec na tym.

Towarzystwa nadal koncentrować się będą na zabezpieczeniu życia w skali indywidualnej i grupowej, sprzedaży produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych.

Makroekonomiczne perspektywy ubezpieczeń będą produktem dalszej demonopolizacji i deregulacji. Podwaliny zostały stworzone już

przez ustawę o działalności ubezpieczeniowej z 1991 roku wraz z jej późniejszą nowelizacją.

Demonopolizacja oznaczała zgodę państwa na odstąpienie od monopolu prowadzenia działalności ubezpieczeniowej przez dopuszczenie nowych towarzystw. Umożliwić to miało w założeniu napływ nowego kapitału, w tym zagranicznego, i stworzenie podwalin wolnego rynku ubezpieczeń, zorganizowanego na zasadach konkurencyjnych. Proces ten w perspektywie trwać winien nadal, konieczne jest jednakże spełnienie wielu warunków.

Powinny zostać sprywatyzowane towarzystwa ubezpieczeniowe, kontrolowane dotąd przez państwo. Umożliwi to prowadzenie przez nie działalności opartej li tylko na kategoriach oceny ekonomicznej. Da to także czytelny sygnał innym uczestnikom rynku, iż państwo nie będzie prowadzić protekcyjnistycznej polityki różnicującej formy własności i geograficzne pochodzenie kapitału.

Należy się też liczyć w perspektywie z umocnieniem zasad kontroli ubezpieczeń przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeniowego. Urząd ten ma do spełnienia niezmiernie ważną misję. Winien pozostać rzetelnym strażnikiem uczciwości i regulacji rynku. Wyposażony powinien być we wszelkie instrumenty umożliwiające wczesne działanie, tak by chronić rynek przed niewczesnymi bankructwami. Historia upadających towarzystw wskazuje dowodnie, iż Polski system prawny i judykatura wstąpić powinny na drogę *piercing corporate veil*, tak ażeby możliwe stało się sięgnięcie do majątku nierzetelnych właścicieli towarzystw działających na szkodę swoich spółek.

Cieszy uzyskanie członkostwa w OECD i postęp na drodze do Wspólnoty Europejskiej. Pozwala to żywić nadzieję, że i w dziedzinie ubezpieczeń na życie rynek będzie regulowany i kontrolowany zgodnie z racjonalnymi i liberalnymi zasadami wypracowanymi w Unii.

Deregulacja rynku oznacza przyjęcie przez państwo kompetencji do ramowej tylko regulacji branży ubezpieczeniowej. Dla perspektywy ubezpieczeń na życie niezmiernie ważne stało się uzyskanie swobody w kształtowaniu produktów życiowych na podstawie zasad rachunku aktuarnego. Umożliwi to dalsze dostarczanie na rynek polski takich samych produktów, jak te zaspokajające potrzeby klientów Londynu, Paryża, Nowego Jorku i innych stolic świata.

Nic nie stoi na przeszkodzie konstruowaniu najnowocześniejszych produktów opartych na kontraktach z funduszem inwestycyjnym, zaopatrzeniu na życie i dożycie, opcji wypadkowych, ubezpieczenia składki oraz rent wszelkiego rodzaju.

Zwraca uwagę liberalizacja przepisów prawa dewizowego. Umożliwia to ubezpieczycielom wypełnianie swojej perspektywicznej misji –

minimalizacji ryzyka poprzez inwestowanie po części za granicą, tak ażeby uniezależnić się od lokalnych koniunktur. Poglębia to także podaż produktów inwestycyjnych.

Perspektywy rozwoju mającego dołączyć Polskę do szeregu państw europejskich o zreformowanym rynku ubezpieczeniowym i zabezpieczania emerytalnego mogą zostać jednak zniweczone przez brak konkretnej polityki fiskalnej państwa w odniesieniu do ubezpieczeń. Regulacja ustawy o działalności ubezpieczeniowej wyprzedziła swą myślą regulacje podatkowe i ZUS-owskie.

Ustalenie reżimu prawnego ubezpieczeń winno uwzględniać wytyczne prawa europejskiego, na podstawie sprawdzonych podatkowych świadczeń europejskich, tak by system polski był gotowy nie tylko na otwarcie rynku w 1999 roku, ale i na unifikację europejską.

Mówiąc o perspektywach ubezpieczeń winniśmy podsumować dotychczasowe rozważania, ustawiając tezę następującą:

W skali mikroekonomicznej perspektywy rozwoju są niewątpliwe. Mnogość potrzeb finansowych jednostek i nikły stopień ich zaspokojenia pozwala optymistycznie patrzeć w przyszłość.

W skali makro natomiast poszukiwać należy wszelkich mechanizmów ożywienia gospodarczego. To kreuje zysk, a on z kolei przysparza podatków. Odwrócenie tej kolejności oznacza zahamowanie mechanizmów wzrostowych. Ubezpieczyciele na życie jako inwestorzy instytucjonalni mogą bezpośrednio wpływać na wzrost bogactwa narodowego.

Wysunąć należy zatem postulat, ażeby w procesie tworzenia prawa ubezpieczeniowego, a zwłaszcza podatkowego, brane były pod uwagę przez legislatorów wszelkie przesłanki związane z długoterminowym inwestowaniem i zabezpieczeniem. Wymaga to regulacji wysoce specjalistycznej i – co tu dużo ukrywać – znacznie bardziej finezyjnej od dotąd proponowanej. Wynika stąd konieczność prowadzenia przez tworzących prawo powszechnych konsultacji ze środowiskiem ubezpieczeniowym. Ostatnie problemy z regulacją reżimu podatkowego dla produktów ubezpieczeniowych nabywanych przez pracodawców doводnie wskazują na taką konieczność.

UBEZPIECZENIA CHOROBY I WYPADKOWE W REFORMOWANYM SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Ubezpieczenia społeczne pojawiły się jako instrument mający zapewnić ochronę w wypadkach losowej utraty środków do życia. Dlatego też przedmiotem zainteresowania ubezpieczeń społecznych stały się te zjawiska, które bezpośrednio zagrażają utracie zdolności do zdobywania środków utrzymania własną pracą. Takimi zdarzeniami są między innymi choroba, wypadek, starość czy też śmierć.

Na ogół pod pojęciem reformy ubezpieczenia społecznego rozumie się głębokie zmiany w systemie emerytalnym. Należy jednakże pamiętać, że ryzyko wieku emerytalnego (starość) jest jednym z wielu ryzyk, przed którymi chronią ubezpieczenia społeczne.

Kompleksowa reforma powinna uwzględniać również inne ryzyka ubezpieczeniowe. Chodzi tu głównie o ubezpieczenia w razie choroby oraz ubezpieczenie wypadkowe.

Obecnie świadczenia pieniężne z tytułu czasowej niezdolności do pracy powiązane są ze świadczeniami z tytułu macierzyństwa. Natomiast świadczenia związane z długotrwałą niezdolnością do pracy, czyli inwalidztwem, ujęte są łącznie ze świadczeniami emerytalnymi.

Założenia reformy przewidują wyodrębnienie funduszu, z którego finansowane byłyby wszystkie świadczenia pieniężne związane z ryzykiem choroby.

Połączenie w sensie finansowym ryzyka krótkotrwałej niezdolności do pracy z powodu choroby z ryzykiem utraty zdolności do pracy o charakterze długotrwałym, przy jednoczesnym włączeniu do tego funduszu wydatków związanych z prewencją rentową, sprzyjać będzie bardziej kompleksowemu podejściu do ochrony ubezpieczonego w sytuacji, gdy jest on niezdolny do pracy.

Określając rolę ubezpieczeń chorobowych w nowym systemie należy rozważyć problem, na ile możliwe jest oddzielenie świadczeń rzeczowych i leczniczych od pieniężnych, biorąc pod uwagę fakt, że są one efektem tego samego ryzyka, tj. choroby.

Przypomnę, że udzielanie pomocy leczniczej lub świadczeń rzeczowych zostało w Polsce organizacyjnie i finansowo wyodrębnione ze struktury ubezpieczeń społecznych i podporządkowane resortowi zdrowia od początku lat 50-ych.

Obecnie finansowe skutki choroby w postaci zasiłków chorobowych ponosi Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, przy czym obciążenie kosztami wypłat tych świadczeń jest znaczne. W I półroczu 1996 roku wydano z tego tytułu ponad 1 mld zł, co odpowiada 5% wpływów ze składek uzyskanych w tym okresie.

Można sądzić, że na powstałą sytuację wpływają nie tylko względy zdrowotne ubezpieczonych. Niepokój może budzić wzrastająca absencja chorobowa wśród osób prowadzących działalność gospodarczą. Obecnie w tej grupie ubezpieczonych liczba dni absencji przypadających na jednego ubezpieczonego wynosi ponad 30 dni. Dla porównania – przeciętny pracownik choruje w roku ok. 15 dni.

Brak jest unormowań upoważniających Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który pokrywa koszty świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy, do kontroli prawidłowości orzekania. Tak więc mamy do czynienia z sytuacją, w której instytucja ubezpieczeniowa, jaką jest ZUS, ponosi finansowe skutki choroby w postaci wypłat zasiłków chorobowych, natomiast praktycznie kto inny ma nadzór nad diagnozowaniem, leczeniem i orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy.

Kolejnym istotnym elementem ubezpieczeń społecznych jest całokształt zagadnień dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Od dłuższego czasu mówi się o wyodrębnieniu ryzyka wypadku przy pracy i choroby zawodowej oraz utworzeniu odrębnego funduszu wypadkowego.

Proponuje się, by składki na to ubezpieczenie w całości obciążały pracodawców. Jest to niewątpliwie właściwe podejście do problemu. Wyłączenie tego ryzyka jest tym bardziej zasadne, że przewiduje się zróżnicowanie stopy procentowej składki w zależności od poziomu zagrożeń zawodowych i ich skutków w danym zakładzie pracy.

Proponowane zróżnicowanie składki na ubezpieczenie wypadkowe, zarówno na plus, jak i na minus w stopniu uzależnionym od skali zagrożeń, da możliwość większego oddziaływania prewencyjnego na pracodawcę. Pracodawca bowiem, który zainwestuje w poprawę warunków pracy, będzie miał składkę obniżoną, a tym samym niższe koszty.

Rozważenia wymaga jednak, na ile odszkodowawczy charakter mają mieć świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego. Można tu przyjąć różne rozwiązania, np. uznając, że rolę tę spełniałoby jednorazowe odszkodowanie w odpowiednio wyższym wymiarze niż dotychczas. W takiej sytuacji wymiar renty z ubezpieczenia wypadkowego byłby określany analogicznie jak renta z ogólnego stanu zdrowia. Pozbawienie renty wypadkowej charakteru odszkodowawczego spowodowałoby także utratę uzasadnienia prawnego do łączenia prawa do renty z prawem do emerytury, jak to jest obecnie.

Można również utrzymać obecną zasadę, że inwalidztwo lub śmierć będące następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej powodują złagodzenie warunków nabywania prawa do rent jak również ich wyższy wymiar.

Celowe wydaje się także rozważenie, czy w kontekście wyodrębnienia ubezpieczenia wypadkowego nie należałoby odstąpić od obecnej zasady traktującej wypadki w drodze do i z pracy na równi z wypadkami przy pracy. Nie negując związku przyczynowego wypadku w drodze do pracy z samym procesem pracy, trudno jest przyjąć rozwiązanie, w którym pracodawca jest całkowicie obciążany skutkami zdarzeń, na których wystąpienie praktycznie nie ma wpływu.

Gdyby natomiast utrzymać w przyszłości obecne rozwiązania dotyczące preferencji w prawie i wymiarze świadczeń przyznawanych z tytułu wypadków w drodze do pracy, to czy nie należałoby rozciągnąć tych preferencji na wszystkie przypadki nagłych zdarzeń, czyli wypadków, bez względu na ich związek z pracą.

Wymieniłam tylko główne kwestie dotyczące ryzyka choroby i wypadku wymagające rozstrzygnięć. Niewątpliwie oba te segmenty ubezpieczenia społecznego mają bardzo istotny element wspólny, a mianowicie zarówno choroba, jak i wypadek prowadzą do dysfunkcji organizmu, która z kolei oznaczać może czasową bądź też stałą utratę zdolności do pracy.

Nasuwa się tu jednak pewna refleksja. W wielu dyskusjach, jakie toczą się na temat ubezpieczeń społecznych, kwestia zapobiegania tym ryzykom ubezpieczeniowym jest chyba zbyt mało dostrzegana.

Mówiąc o zapobieganiu mam na myśli zarówno działania mające na celu niedopuszczenie do wystąpienia choroby czy też wypadku, jak również ograniczanie skutków tych zdarzeń. Ważną rolę odgrywa tu nie tylko odpowiednia pomoc lecznicza, właściwie rozwinięty system świadczeń rzeczowych, ale również działania na rzecz promocji zdrowia.

Sądzę, że duże znaczenie ma wprowadzany w bieżącym roku przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych program wczesnej rehabilitacji przed-rentowej. Program ten polega na orzekaniu o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych pobierających przez dłuższy okres świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożonych stałą lub długotrwałą niezdolnością do pracy, kierowaniu tych osób na rehabilitację leczniczą oraz pokrywaniu części kosztów tego leczenia.

Oczywiście jesteśmy na początku tej drogi i trudno już teraz oceniać ten program. Rehabilitacja ta służyć ma poprawie lub przywróceniu zdolności do zarobkowania.

Doświadczenia wielu krajów wskazują, że aktywna profilaktyka i prewencja rentowa istotnie wpływają na zmniejszenie tempa przyrostu rent inwalidzkich, co ma wymiar ekonomiczny, ale przede wszystkim przynosi efekty społeczne.

STAN I PERSPEKTYWY SYTUACJI ZDROWOTNEJ I SOCJALNEJ LUDNOŚCI WIEJSKIEJ

Spotkanie dzisiejsze poświęcone jest podstawowym problemom i wyzwaniom ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. W wystąpieniu chciałbym wobec powyższego przede wszystkim zwrócić uwagę na koncepcję systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi w rolnictwie indywidualnym w powiązaniu z systemem ubezpieczeń społecznych, co uważam dziś za wyzwanie z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze, rolnicy indywidualni, w przeciwieństwie do wszystkich innych grup pracowniczych, pozostają dotychczas poza jakimkolwiek systemem obejmującym ich profilaktyczną opieką zdrowotną w związku z wykonywaną pracą.

Po drugie, w przedłożonym Sejmowi projekcie ustawy o służbie medycyny pracy, który jest obecnie w czytaniu sejmowym, nie przewiduje się w dalszym ciągu obligatoryjnego objęcia świadczeniami rolników indywidualnych przez służby medycyny pracy.

Przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi w latach 1986-1990 ogólnopolskie reprezentatywne badania stanu zdrowia dorosłych mieszkańców wsi wykazały, że młodzi ludzie podejmujący pracę w rolnictwie są przeciętnie w lepszym stanie zdrowia od swych rówieśników podejmujących pracę poza rolnictwem. Jednakże z wiekiem różnice w stanie zdrowia tych populacji zmieniają się na niekorzyść rolników, co można wiązać z uciążliwymi warunkami pracy.

Uzyskane dane wykazały, że w strukturze chorób zarówno u mężczyzn, jak i kobiet zdecydowanie dominowały w kolejności występowania: choroby układu krążenia (m – 25,6%, k – 29,6%), układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (m – 17,3%, k – 18,9%), choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego i przemiany materii (m – 9,5%, k – 11,0%) oraz układu trawienno- (m – 12,2%, k – 8,2%). Na dalszych miejscach plasowały się w podgrupie mężczyzn – choroby układu oddechowego (11,7%) oraz układu nerwowego i narządów zmysłów (10,6%); w podgrupie kobiet – choroby układu moczowo-płciowego (6,7%).

Wśród mężczyzn pracujących wyłącznie w rolnictwie częściej niż u mężczyzn pracujących poza rolnictwem występowały choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, układu oddechowego oraz choro-

by skóry; u rolniczek zaś częściej występowały choroby układu krążenia niż u kobiet pracujących poza rolnictwem.

Warunki bezpieczeństwa i higieny pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych są złe. Rolnictwo jest jednym z najbardziej wypadkogennych działów gospodarki narodowej. W rolnictwie indywidualnym wypadki stanowią około 30% ogólnej liczby wypadków w całej gospodarce – przy około 20% udziale pracujących w rolnictwie do ogółu zatrudnionych.

Od lat utrzymuje się stan wysokiej wypadkowości:

1992 r. – 49 300 wypadków; w tym 304 śmiertelne;

1993 r. – 42 075 wypadków; w tym 286 śmiertelnych;

1994 r. – 41 340 wypadków; w tym 316 śmiertelnych;

1995 r. – 39 864 wypadki; w tym 318 śmiertelnych.

Wskaźnik wypadkowości przy pracy w rolnictwie wynosi rocznie około 30 wypadków na 1000 ubezpieczonych, podczas gdy w przemyśle polskim wskaźnik ten jest trzykrotnie niższy. Wynika to między innymi z ogromnej różnorodności zagrożeń zawodowych występujących przy pracach związanych z produkcją rolną.

W przeciwieństwie do wysokiej wypadkowości liczba rejestrowanych w rolnictwie indywidualnym chorób zawodowych jest niska. Z danych KRUS wynika, że w ponad 3,5-milionowej populacji rolników indywidualnych w latach 1992-1995 zarejestrowano rocznie odpowiednio: 8, 20, 64 i 80 przypadków chorób zawodowych, podczas gdy w 10-krotnie mniejszej, bo 330-tysięcznej grupie pracowników rolnictwa państwowego, w tym samym okresie rejestrowano rocznie ponad 200 przypadków chorób zawodowych.

W opinii Instytutu Medycyny Wsi kryteria rozpoznawania i orzekania w sprawie chorób zawodowych są nieprzystosowane do pracujących w indywidualnych gospodarstwach rolnych. Trudno przypuszczać, aby uciążliwa praca związana z produkcją rolną, powszechna w środowisku wiejskim mała dbałość o zdrowie, często również brak wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia szkodliwych czynników środowiska pracy – nie znalazły odbicia w zapadalności na choroby, które zgodnie z obowiązującą kwalifikacją można zaliczyć do chorób zawodowych. Z drugiej strony trzeba sobie jednak zdawać sprawę z faktu, że w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników za rolniczą chorobę zawodową uznaje się chorobę, która powstała w związku z pracą w gospodarstwie rolnym, jeśli choroba ta jest objęta wykazem chorób zawodowych określonych w przepisach wydanych na podstawie Kodeksu pracy.

Takie sformułowanie może grozić lawinowym wzrostem liczby stwierdzeń chorób zawodowych w rolnictwie, gdyż w indywidualnych gospodarstwach rolnych nie sposób jest oddzielić warunków pracy od warunków bytowania. A to pociągałoby za sobą określone skutki finansowe.

Byłyby to zasadnicze problemy dotyczące zdrowia rolników.

Ubóstwo wsi polskiej nie pozwala mieć nadziei na szybką poprawę sytuacji socjalnej ludności wiejskiej. Nie można zatem planować dodatkowego obciążenia rolników kosztami profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Według danych pochodzących z Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN 1/3 gospodarstw wiejskich to tzw. gospodarstwa socjalne, w których głównym źródłem utrzymania jest dochód z emerytury lub renty.

Z danych GUS wynika, że 54% gospodarstw wiejskich to gospodarstwa o areale od 1 do 5 hektarów, których dochodowość jest zbyt niska, by zapewnić właścicielom godziwe warunki życia. Problemem wsi polskiej jest wysokie bezrobocie, które oceniane jest na około 12% w skali kraju, ale aż 40% mieszkańców wsi deklaruje, że w ich rodzinie są osoby, które mogłyby podjąć pracę zarobkową poza gospodarstwem, bez szkody dla gospodarstwa. Trudna sytuacja socjalna wsi polskiej wynika głównie z przeludnienia agrarnego.

Dramatycznie przedstawia się sytuacja socjalna pracowników byłych PGR, z których zaledwie 26% posiada kwalifikacje pozwalające na pracę poza rolnictwem. Sytuację socjalną rodzin wiejskich pogarsza słabo rozwinięta infrastruktura, stosunkowo wysokie koszty usług świadczonych na rzecz wsi (jak edukacja, służba zdrowia, świadczenia kulturalne), a także alkoholizm.

Jako przedstawiciel instytutu medycznego nie chciałbym omawiać wariantów polityki rolnej, których realizacja powinna skutkować poprawą sytuacji socjalnej wsi. Sądzę jednak, że zadaniem pierwszoplanowym winna być tu aktywizacja nadwyżek siły roboczej w rolnictwie poprzez tworzenie nowych miejsc pracy w środowisku wiejskim, np. rozwój turystyki, usług związanych z obsługą rolnictwa i ludności, rozwój przemysłu przetwórczego płodów rolnych itp.

Biorąc pod uwagę całokształt sytuacji zdrowotnej i socjalnej ludności wiejskiej, można postawić pytanie, dlaczego tak duża, ponad 3-milionowa grupa pracownicza, jaką są rolnicy indywidualni, nie została obligatoryjnie włączona w system profilaktycznej opieki zdrowotnej przez projekt ustawy o służbie medycyny pracy, mimo że zmieniły się już warunki społeczno-polityczne w naszym kraju. Ustawa przewiduje jedynie, że będą oni mogli korzystać z usług służb medycyny pracy na zasadzie dobrowolności i na własny koszt, co oznacza w praktyce odcięcie ich od profilaktycznej opieki medycznej.

W mentalności polskiego rolnika nie mieści się bowiem uznanie potrzeby opłacania usług medycznych w chwili, kiedy nie są one wymuszone chorobą.

Instytut Medycyny Wsi opracował koncepcję projektu systemu opieki profilaktycznej nad rolnikami indywidualnymi w związku z warunkami pracy. Główne założenia tego systemu to:

- system powinien być powszechny, czyli obejmować wszystkich pracujących w rolnictwie indywidualnym;
- w znacznej mierze winien opierać się na istniejących strukturach, tj. zakładach podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodkach medycyny pracy;
- powinien być powiązany z systemem ubezpieczeń społecznych;
- nie powinien bezpośrednio obciążać kosztami rolników;
- powinien funkcjonować na jasnych i czytelnych zasadach;
- powinien być skuteczny w ochronie zdrowia pracujących.

Podstawowym założeniem systemu jest to, że będzie się on opierać na istniejących strukturach organizacyjnych służby zdrowia.

Proponowany system zakłada dwustopniowość profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi:

- na szczeblu podstawowym winien opierać się na zakładach podstawowej opieki zdrowotnej na wsi;
- na szczeblu wyższym – na jednostkach organizacyjnych służby medycyny pracy, zatrudniających specjalistów z tej dziedziny, w tym na wojewódzkich (regionalnych) ośrodkach medycyny pracy.

Uzasadnieniem dla powiązania tego systemu na poziomie podstawowym z wiejskimi ośrodkami służby zdrowia są następujące przesłanki:

- rozwinięta sieć wiejskich i gminnych ośrodków zdrowia (3297), zatrudniających 2529 lekarzy i 4470 pielęgniarek środowiskowych;
- znajomość lekarzy i pielęgniarek tam zatrudnionych środowiska i warunków życia rolników i ich rodzin;
- fakt, że służby medyczne wiejskich ośrodków zdrowia są dla rolników ośrodkami pierwszego kontaktu z opieką zdrowotną;
- prowadzenie przez te ośrodki już w tej chwili działalności profilaktycznej związanej z wdrożeniem innych programów, np. opieka nad kobietami ciężarnymi, nad dziećmi, itp.

Zakłada się, że zadania związane ze służbą medycyny pracy na wsi będą przypisane pielęgniarce środowiskowej i lekarzowi wiejskiego ośrodka zdrowia.

Podstawowym zadaniem pielęgniarki środowiskowej będzie założenie i prowadzenie karty oceny środowiska pracy dla każdego gospodarstwa rolnego na terenie działania ośrodka zdrowia.

Podstawowym zadaniem lekarza będzie prowadzenie badań profilaktycznych, udokumentowane założeniem Karty zdrowia rolnika.

Do zadań lekarza należałoby również:

- wydawanie opinii o stanie zdrowia rolnika na potrzeby KRUS;
- wydawanie zaleceń dla rolnika dotyczących np. używania środków ochrony osobistej, zmian nawyków przy pracy, zakazu wykonywania pewnych prac ze względu na stan zdrowia itp.;

- organizowanie kursów pierwszej pomocy;
- krzewienie oświaty sanitarnej.

W naszej opinii konieczne jest powiązanie profilaktycznej opieki zdrowotnej z systemem ubezpieczeń społecznych.

Obecnie sprawy związane z ubezpieczeniem społecznym rolników są regulowane ustawą z dnia 20 grudnia 1990 roku (Dz.U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342), powołującą równocześnie Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do prowadzenia tej działalności. Ustawa ta mówi wprawdzie o działalności Kasy na rzecz zapobiegania rolniczym chorobom zawodowym, ale głównie w aspekcie szerzenia oświaty zdrowotnej. Ponadto nakłada na KRUS obowiązek podejmowania działań na rzecz pomocy ubezpieczonym w korzystaniu z różnych form rehabilitacji, co jest niewątpliwie pozytywną formą działalności Kasy, ale w stosunku do ubezpieczonego o tyle spóźnioną, że ma miejsce już po „utracie zdrowia”. Natomiast sprawą nie budzącą wątpliwości jest fakt, że najskuteczniejszą działalnością w ochronie zdrowia w każdym przypadku, a zatem i w związku z wykonywaną pracą, jest profilaktyka. Jest to też najbardziej korzystna forma działalności z ekonomicznego punktu widzenia, jeśli rozpatruje się to zagadnienie w pewnej perspektywie czasowej.

Wydaje się, że w warunkach polskich jedyną możliwością stopniowego objęcia powszechną opieką profilaktyczną rolników indywidualnych jest jej powiązanie z systemem ubezpieczeń społecznych rolników.

Powiązanie służb medycyny pracy na wsi z systemem ubezpieczeniowym ma wiele zalet. Najważniejszą z nich jest możliwość objęcia powszechną opieką profilaktyczną rolników indywidualnych. Po drugie, objęcie rolników tym nowym rodzajem usług medycznych nie obciąży ich bezpośrednio kosztami.

Towarzystwo ubezpieczeniowe powinno być zainteresowane w jak najwcześniejszym wykrywaniu odchyłań w stanie zdrowia ubezpieczonych, gdyż w dalszej perspektywie czasowej oszczędzi na znacznie większych wydatkach związanych z wypłacaniem świadczeń z tytułu jego utraty.

Wprowadzenie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi wymagać będzie oczywiście pewnych uregulowań legislacyjnych. Między innymi konieczne będą odpowiednie uregulowania w zakresie rozliczania świadczeń, w zakresie uprawnień i zadań przypisanych lekarzom i pielęgniarce środowiskowym wiejskich ośrodków zdrowia, a także ustalenie zasad współdziałania różnych podmiotów zaangażowanych w system ochrony zdrowia rolników. Wstępne propozycje zmian do projektu ustawy o służbie medycyny pracy zostały przez nas zgłoszone do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

ROLA PREWENCJI W REFORMOWANEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Transformacja społeczno-gospodarcza i polityczna, która rozpoczęła się w Polsce w 1989 roku, w sposób istotny wywiera wpływ na poziom życia mieszkańców, jego zróżnicowanie oraz kształtowanie ich potrzeb socjalnych, zdrowotnych i żywieniowych.

Skutki transformacji powodują niezbędność przeprowadzenia reform społecznych, obejmujących m.in. obszar ochrony zdrowia.

W dotychczasowych działaniach i prowadzonej polityce zdrowotnej zwracano przede wszystkim uwagę na funkcjonowanie i jakość usług z zakresu medycyny naprawczej. Medycyna profilaktyczna i promowanie prozdrowotnego stylu życia wymaga większego zaangażowania sił i środków niż dotychczas. Podjęcie prac nad reformowaniem opieki zdrowotnej tworzy szansę pełniejszego wdrażania programów dotyczących profilaktyki i promowania zdrowia oraz nadania im, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych ludności, wysokiej rangi.

Ponieważ sytuacja zdrowotna ludności Polski, pomimo obserwowanej od 1991 roku poprawy, nadal przedstawia się niekorzystnie na tle przeciętnej europejskiej i utrzymuje się wysoki poziom umieralności, szczególną uwagę należy zwrócić na zapewnienie powszechności w dostępie do świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny naprawczej i medycyny prewencyjnej.

Szczególna rola w wypełnianiu zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia winna przypadać podstawowej opiece zdrowotnej. Do zapewnienia osobom ubezpieczonym świadczeń z zakresu promocji i utrzymania zdrowia oraz zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób powinny zobowiązać się kasy chorych. Należy upowszechnić w rutynowym postępowaniu prowadzenie w podstawowej opiece zdrowotnej wczesnej diagnostyki i prewencji pierwotnej, przede wszystkim w zakresie:

- chorób układu krążenia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka choroby niedokrwiennej i zawału mięśnia serca, nadciśnienia tętniczego i udarów mózgu. Istotną rolę mogłoby odegrać wprowadzenie do badań podstawowych oceny gospodarki lipidowej oraz rozszerzenie podstawowych metod analitycznych w tym zakresie w przychodniach rejonowych. Powszechne pomiary ciśnie-

- nia krwi, również u osób uważających się za zdrowe, prowadziłyby do eliminacji jednego z istotnych czynników ryzyka, jakim jest podwyższone ciśnienie krwi;
- chorób nowotworowych, szczególnie raka piersi i raka szyjki macicy u kobiet – poprzez zwiększenie częstości badań cytologicznych u kobiet do 60 roku życia oraz wprowadzenie badań przesiewowych, z myślą o wczesnej diagnostyce raka sutka;
 - chorób powstających na tle wadliwego żywienia: osteoporozy, cukrzycy typu II, wola endemicznego, otyłości i innych. Wdrażanie do badań rutynowych oceny wielkości BMI, spożycia wapnia oraz metod badań wielkości gruczołu tarczycowego, z wykorzystaniem również ultrasonografii, wydaje się konieczne dla skutecznej prewencji pierwotnej tych chorób na tle wadliwego żywienia;
 - chorób układu oddechowego, szczególnie gruźlicy. W tym przypadku ponownego nasilenia wymagają rutynowe badania radiologiczne układu oddechowego;
 - wcześniactwa i niskiej urodzeniowej masy ciała. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i leczenia zakażeń układu moczowo-płciowego u kobiet w ciąży, upowszechnienie opieki i badań diagnostycznych w okresie przedciążowym i w czasie ciąży oraz wprowadzenie, jako elementu wczesnej diagnostyki, badań sposobu żywienia miałyby istotne znaczenie w prewencji pierwotnej niskiej urodzeniowej masy ciała. Skuteczniejsze niż dotąd zapobieganie i zwalczanie uzależnienia od tytoniu przez całą populację, a szczególnie kobiety ciężarne, miałyby tutaj bardzo istotne znaczenie dla prewencji pierwotnej i poprawy stanu zdrowia ludności;
 - chorób zakaźnych, przez wprowadzanie nowych obowiązujących szczepień, upowszechnianie już stosowanych oraz skuteczniejsze niż dotąd przestrzeganie zasad higieny osobistej i poprawy stanu środowiska w miejscu zamieszkania i pracy;
 - i innych jednostek chorobowych.

Uzyskiwane świadczenia zdrowotne w ramach powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych dotyczą potrzeb poszczególnych jednostek. Niezbędne jest jednak prowadzenie kontroli państwa nad sytuacją zdrowotną całego społeczeństwa i wdrażanie odpowiednich programów profilaktycznych. Programy te finansowane byłyby przez budżet państwa, a ich wdrażanie – wspomagane przez samorządy. Programem o zasięgu ogólnokrajowym dotyczącym promocji i ochrony zdrowia jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ), kierowany przede wszystkim do samorządów i społeczności lokalnych.

Projekty ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym winny obejmować w sposób właściwy włączenie do reformowanej opieki zdro-

wotnej działań z zakresu prewencji pierwotnej wczesnej oraz wtórnej promocji zdrowia.

Zasadne więc są zapisy, iż kasa chorych zobowiązana jest zapewnić osobom ubezpieczonym świadczenia dotyczące promocji zdrowia, utrzymania zdrowia i zapobiegania chorobom oraz wczesnego wykrywania chorób. Ponadto, że kasa chorych wypełnia zobowiązania udzielania pomocy ubezpieczonemu w działaniach na rzecz utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- zapewnienie ubezpieczonemu badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznawania chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz innych chorób;
- prowadzenie profilaktyki stomatologicznej u dzieci do lat 15;
- przeprowadzanie badań stomatologicznych kobiet w ciąży i dzieci do lat 15.

Wydaje się również niezbędne zwrócenie większej uwagi na działania edukacyjne i oświatowo-zdrowotne prowadzone na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Stała współpraca w tym zakresie na poziomie zespołu fachowych pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, nastawiona na prewencję pierwotną i poprawę stanu zdrowia publicznego służba sanitarno-epidemiologiczna mogą przynosić znacznie większe efekty w poprawie stanu zdrowia ludności niż dotychczas.

Warto także podkreślić, iż prewencja pierwotna i wczesna wtórna winny być rozwijane w ścisłej współpracy z ich sojusznikami, jakimi są:

- Państwowa Inspekcja Ochrony Środowiska;
- kadra pedagogiczna lokalnych szkół i innych ośrodków nauczania.

Na wsi w tym względzie należy rozwinąć współpracę również z:

- Państwową Inspekcją Weterynaryjną

oraz

- pionem stosownych służb rolnictwa zajmujących się doradztwem i oświatą rolniczą.

W skutecznym realizowaniu programów prewencji pierwotnej coraz istotniejsze znaczenie będą miały lokalne władze samorządowe i organizacje pozarządowe.

Wydaje się, iż jedynie przy tak rozwijanej międzysektorowej współpracy z istniejącymi już służbami można będzie osiągnąć w promocji zdrowia znacznie większe efekty aniżeli dotychczas.

Efekty zdrowotne w obszarze prewencji pierwotnej będzie można uzyskać przy stosunkowo minimalnych nakładach finansowych, bowiem służby te już *de facto* istnieją i są w większości finansowane w sposób ciągły.

DYSKUSJA

prof. dr hab. ANDRZEJ TYMOWSKI – Prezes Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej

Jedną z podstawowych spraw jest uświadomienie sobie rozkładu kosztów reform. Jestem przerażony, że tak wiele mówiło się w czasie konferencji o zwalnianiu ludzi, którzy będą przystępować do ubezpieczeń indywidualnych, a nie mówiło się nic o zwalnianiu z opodatkowania tej rzeszy ludzi, która żyje poniżej minimum socjalnego.

To jest sprawa, nad którą nie mogę przejść do porządku dziennego i na którą muszę tu specjalnie zwrócić uwagę.

Drugi problem – powinniśmy sobie uzmysłwić, że reforma musi ludziom przynieść wymierne korzyści.

Tymczasem ze społecznego punktu widzenia założenia projektu alternatywnego Ministerstwa Finansów, które referował pan Marek Mazur, są w proponowanej wersji nie do przyjęcia. Projekt ten zakłada przeniesienie z zagranicy, z innych warunków pewnych wzorów, nie biorąc pod uwagę naszych specyficznych uwarunkowań.

Realizowanie takiej polityki doprowadzi do szalonej pauperyzacji ogromnej części społeczeństwa. My musimy przede wszystkim zastanowić się, jaki procent ludności będzie w stanie płacić te dodatkowe składki na ubezpieczenia.

Wiele czasu poświęciliśmy dziesięciu czy dwunastu procentom ludzi, którzy będą płacić dodatkowe składki na ubezpieczenia, natomiast nie zauważyliśmy tego ogromnego procentu, który żyje poniżej minimum socjalnego.

W dyskusji mówiło się głównie o tych dobrze sytuowanych mogących płacić dodatkowe składki na ubezpieczenia, natomiast nie zauważa się w ogóle problemu wielkiej grupy biednych, których sprawy na tej konferencji powinny być wyjątkowo uwypuklone.

Kwestia ubezpieczeń. Musimy sobie uświadomić, że nasza polityka prowadzona jest na zasadzie, że wycofujemy się ze spożycia społecznego, i chwała nam z tego powodu. Ale ci, którzy z tego korzystali, nie dostają nic, nie dostają odpowiednich rekompensat, gdyż uważa się, że budżet państwa na to nie stać, więc zmniejszamy wydatki na służbę zdrowia, edukację czy wypoczynek. Tutaj, panie marszałku, apeluję specjalnie do

pana, żeby pan dopilnował, aby prowadzone było rozliczenie skutków reform z punktu widzenia podziału na poszczególne grupy społeczne.

Winno być powiedziane w uzasadnieniach reform, kto na tym zyska, a kto straci. Błędem jest, że przy organizowaniu konferencji nie zostało to mocniej zaakcentowane. Nie chodzi tu tylko o chłopów, ale o całość populacji.

Jestem prezesem Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej. Wiem, że 15% dzieci nie je śniadań i do mnie przychodzą w tej sprawie. W związku z tym dla mnie hierarchia problemu jest inna i zwracam na to uwagę. Zdaję sobie sprawę, że mój głos będzie głosem wołającego na puszczy, ale mam nadzieję, że ktoś jednak to podchwyci i wykorzysta w działalności praktycznej. Społeczny odbiór konferencji, podczas której będzie się mówiło o zwalnianiu bogatych z opodatkowania, a biednych będziemy opodatkowywać nadal – będzie na pewno negatywny.

Muszę też powiedzieć, że ogarnęło mnie dzisiaj przerażenie, gdy usłyszałem o tych zagranicznych ubezpieczeniach. Przecież Kwiatkowski budował COP za pieniądze ZUS-u zamiast gromadzić środki za granicą.

Tutaj znowu apeluję do pana marszałka – powinno być wyraźnie powiedziane, że my musimy popierać nasze ubezpieczenia i u nas to musi być zrobione.

Kwestia ubezpieczeń zagranicznych musi być dokładnie rozpatrzona i zupełnie inaczej postawiona. To jest sprawa, nad którą warto się osobno zastanowić.

Muszę przyznać, że było tutaj kilka wystąpień bardzo dobrych. Z dużym zainteresowaniem wysłuchałem rozważań profesora Rafałskiego. Zaskoczył mnie swoją twardością sformułowań minister Nawacki, który zauważył, czego społeczeństwo oczekuje od reformy ubezpieczeń społecznych. Że dostanie obniżenie emerytur i zniżki dla tych, którzy są bogaci? Wobec takiego rozwiązania zgłaszam *liberum veto*.

**prof. dr hab. TADEUSZ ZIELIŃSKI – Przewodniczący
Komisji ds. Reformy Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

Z pewnym wzruszeniem przemawiam dzisiaj z tej trybuny, ponieważ 10 października 1991 roku z tego miejsca referowałem projekt uchwały Senatu. Projekt ten powstał w komisji, którą wtedy, jako senator Senatu pierwszej kadencji, kierowałem. Przypomnę, że była to uchwała w sprawie polityki państwa w dziedzinie ubezpieczeń emerytalno-rentowych.

Obecnie przewodniczę Komitetowi Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk i także, co w tym przypadku jest ważne, Komisji do Spraw Reformy

Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych przy Ministrze Pracy i Polityki Socjalnej, a także jestem członkiem Rady Legislacyjnej.

Mówię o tym dlatego, że mogę doświadczenia, które uzyskuję między innymi na podstawie takiej konferencji, jak ta dzisiejsza i na podstawie bardzo bogatych materiałów, które zostały dziś rozdane, przenosić do tamtych instytucji.

Komisja do Spraw Reformy Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, o której wspomniałem, nie przygotowała i nie zamierza opracować jakiejś odrębnej koncepcji reformy ubezpieczeń społecznych. Czekamy na ostateczne opracowanie rządowego projektu reformy ubezpieczeń społecznych, który my, jako prawnicy, moglibyśmy przełożyć na język prawny. Tak rozumiemy swoje zadanie, bowiem nie byłoby celowe, aby jeszcze jeden partykularny pomysł koncepcji zrodził się w tej komisji.

Senat drugiej kadencji ma wielkie zasługi w przygotowaniu własnej koncepcji reformy ubezpieczeń społecznych. W 1993 roku rozwiązanie Parlamentu przeszkodziło w finalizacji tych zamierzeń. A szkoda, bo Senat ma przecież inicjatywę ustawodawczą. Niestety, inicjatywy Senatu są spychane na dalszy plan i nie zawsze są uwzględniane przez Sejm.

Koncepcja w sprawie ubezpieczeń społecznych przyjęta przez Senat wydaje mi się ze wszech miar godna uwagi.

Ja trochę spokojniej i bardziej z zimną krwią podchodzę do sprawy reformy ubezpieczeń społecznych, aniżeli to uczynił przed chwilą pan profesor Tymowski. O tej reformie trzeba mówić *sine ira at studio*, jak zalecał Tacyt.

Myślę, że dotychczasowy system ubezpieczeń społecznych, który jest publicznoprawnym systemem, nie może być utrzymany w dotychczasowej postaci. Co do tego nie ma wątpliwości. Mnie się jednak wydaje, że dwie części ubezpieczeń społecznych: publicznoprawna i prywatnoprawna są do pogodzenia. To jest możliwe.

Chodzi mianowicie o to, aby poza częścią publicznoprawną dać obywatelom szansę dodatkowego ubezpieczenia się, z jednym bardzo ważnym zastrzeżeniem, że podstawowe ubezpieczenia publicznoprawne nie powinny być uszczuplone.

W alternatywnym projekcie nie do przyjęcia jest zredukowanie podstawowych świadczeń do 20% przeciętnej krajowej dla wszystkich, którzy przepracowali czterdzieści lat. Komu się to nie podoba, niech się za własne pieniądze ubezpieczy dodatkowo. To jest absolutnie nie do przyjęcia i słusznie w materiałach pomysł ten został skrytykowany.

A teraz uwaga ogólniejsza. Mówiono o rynku, także o rynku w zakresie świadczeń zdrowotnych. Mnie się zdaje, że ów rynek stał się jakimś złotym cielcem naszych czasów. Nie chciałbym być tu źle zrozumiany. Uważam, że gospodarka rynkowa jest konieczna, bo nie ma innej alternatywy, ale konieczna jest także obrona przed rynkiem, zwłaszcza

przed rynkiem w zakresie udzielania takich świadczeń, które uważamy za świadczenia socjalne.

Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że obecnie zaciera się różnica między ubezpieczeniami społecznymi a ubezpieczeniami gospodarczymi.

Pamiętajmy, że mówimy o reformie ubezpieczeń społecznych, w których nie może być mowy o ekwiwalentności wzajemnych świadczeń, jak w obrocie handlowym. Celem instytucji takich jak ZUS nie jest zysk. Zasada konkurencyjności występuje w ubezpieczeniach gospodarczych, którymi zajmują się różne firmy, zabiegające o klientów.

Mogę zgodzić się z tym, aby zakłady opieki zdrowotnej konkurowały ze sobą w zapewnieniu dobrej opieki pacjentom. Uważam jednak, że musi istnieć taki mechanizm, który by zabezpieczył ludzi poddanych takiej opiece zdrowotnej przed wyzyskiem finansowym.

Twierdzę, że w ubezpieczeniach emerytalno-rentowych trzeba utrzymać obowiązkowe ubezpieczenia powszechne z gwarancją określonych świadczeń pewnych, aby każdy obywatel był przekonany, że w wypadku starości lub inwalidztwa będzie uzyskiwał odpowiednie świadczenia.

Niezależnie od tego stworzyć trzeba ludziom możliwość dodatkowego ubezpieczenia. To jest ten drugi filar, który w pracach Senatu został przyjęty. Jestem absolutnie za taką reformą ubezpieczeń społecznych.

Chciałbym jeszcze zaznaczyć, że sprawa zabezpieczenia przed ryzykiem niedostatku nie jest wyłącznie sprawą indywidualną każdego obywatela. Niestety, dochodzi dzisiaj do głosu pogląd, że tylko od obywatela zależy, czy chce się ubezpieczyć, czy nie. Jeżeli powstaje z tego powodu ubóstwo obywateli, tych, którzy nie byli przezorni, to płaci za to całe społeczeństwo. Ubóstwo bowiem obywateli odbija się na kondycji całego społeczeństwa i dlatego nie można powiedzieć: chcesz się ubezpieczyć, to się ubezpieczaj, a jak nie, to giń. Boję się, że my wracamy do XIX wieku z takim podejściem do sprawy.

I wreszcie sprawa, która dzisiaj nie została tutaj podkreślona: kwestia udziału samych ubezpieczonych w zarządzaniu ubezpieczeniami. Czy to ma być samorząd ubezpieczonych, czy jakiś ich udział w zarządzaniu, zwłaszcza środkami finansowymi? Jest to sprawa do przedyskutowania. Ale nie może być tak, żebyśmy zupełnie zapomnieli o wpływie ubezpieczonych na funkcjonowanie ubezpieczeń.

W latach 1929-1931 doszło do likwidacji samorządnych, pochodzących z wyboru rad kas chorych. Ubolewał nad tym jeden ze specjalistów prawa ubezpieczeń społecznych, wybitny teoretyk profesor Eugeniusz Modliński. Mówił, że wtedy zniszczono bezpowrotnie samorząd.

I co się stało? Dzisiaj jest rada nadzorcza i w tych materiałach nadal proponuje się radę jako organ Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Tymczasem trzeba pomyśleć o kreowaniu autentycznej, pochodzącej z wyboru instytucji samorządu ubezpieczonych.

Myślę, że warto podejmując reformę prawa ubezpieczeń społecznych kierować się lekarską zasadą *primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić. To jest podstawowa dyrektywa, która powinna być przyjęta w pracach nad reformą ubezpieczeń społecznych.

Po drugie, trzeba uzyskać akceptację społeczną dla proponowanych rozwiązań. Nie ma mowy o tym, żeby jakakolwiek koncepcja w kraju mogła być dzisiaj przyjęta bez akceptacji społecznej. Nawet jeżeli dojdzie do tego, że niektórzy coś stracą, może będzie to reforma dla niektórych grup bolesna, ale trzeba ludziom to wytłumaczyć i uzyskać ich zgodę. Jeżeli tak się nie stanie, będzie to zarzewiem niepokoju społecznych.

I po trzecie, to co mówił pan marszałek: polityzacja tych prac jest zjawiskiem niesłychanie groźnym, niebezpiecznym. Nie byłbym jednak takim optymistą jak pan marszałek, że uda się tej polityzacji uniknąć. Wkraczamy w okres wyborów i sprawa emerytów i rencistów będzie stale gościła w wystąpieniach polityków.

Oby jednak tak się nie stało, oby optymistyczne słowa pana marszałka się spełniły, ale mówić o tym i to tak mocno, jak pan marszałek powiedział na samym początku swojego wystąpienia, trzeba, bo jeżeli dojdzie do polityzacji reformy ubezpieczeń społecznych, to z całą pewnością ona się nie powiedzie.

ELŻBIETA ARCISZEWSKA – Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów

Dzisiejsza konferencja jest kolejnym dowodem na to, że Senat Rzeczypospolitej docenia rolę organizacji społecznych, emeryckich, chce znać opinie w sprawach, które ich dotyczą, stwarza warunki do ich przedstawienia.

Dla emerytów i rencistów zrzeszonych w Polskim Związku Emerytów i Rencistów, jak również w Krajowej Partii Emerytów wszystkie omawiane dziś tematy są niezwykle interesujące i ważne, bowiem proponowane rozwiązania stanowić mogą o warunkach naszego życia dziś i jutro.

Problemy polityki państwa wobec emerytów i rencistów, ustawowego zapewnienia emerytur i rent, kwestia dodatkowych dochodów, udziałów w prywatyzowanym majątku narodowym, wreszcie sprawa waloryzacji świadczeń nurtują całe nasze społeczeństwo.

Zgadza się z tezą, i to mocno podkreślamy, że system emerytalno-rentowy w Polsce wymaga zmian. Środowisko emerytów i rencistów jest świadome problemów transformacji, złożoności sytuacji społeczno-gospodarczej kraju i trudności budowy państwa. Nie żąda i nie oczekuje żadnych przywilejów poza tymi, które im odebrano

ustawą z 17 października 1991 r. i następnymi ustawami. Żąda jednak równego ze wszystkimi pokoleniami traktowania.

Zmiana systemu ubezpieczeń społecznych to niezwykle trudne zadanie. I dlatego nie można tu zastosować rozwiązań rewolucyjnych, jakże często ostatnio lansowanych, lecz powoli, drogą ewolucji i etapami należy realizować zamierzone cele.

Z doświadczeń i ze statystyki wynika, że to właśnie emeryci i renciści, najsłabsza ekonomicznie grupa obywateli, ponoszą największe ofiary związane z przemianami ustrojowymi. Nie możemy zgodzić się na szeroko rozpowszechnianą, daleką od prawdy tezę, że dofinansowywanie ubezpieczeń społecznych w obecnym systemie i stały wzrost liczby nowych świadczeniobiorców zagrażają stabilności budżetu.

Oto liczby i porównania. Przeciętna miesięczna emerytura, renta w systemie pracowniczym w 1994 i 1995 roku wynosiła 60%, a już w pierwszym półroczu 1996 roku spadła do 57%. W drugim półroczu, po waloryzacji, ma osiągnąć około 59%, a więc następuje dalsze rozwarcie nożyc między płacami a emeryturami. Przyczyną jest odejście od waloryzacji płacowej na rzecz kosztowej, bez dostosowania mechanizmu obliczeń do tej specyfiki. Przy waloryzacji płacowej porównywano dynamikę tych samych kategorii ekonomicznych, to jest dochodów, i to co kwartał.

Przy waloryzacji kosztowej natomiast występują dwie różne kategorie ekonomiczne – dochody i koszty. Porównywanie przeciętnego poziomu kosztów z jednego roku do drugiego jeszcze bardziej ten okres wydłuża.

W konsekwencji takich norm i zasad powstawać będą znowu stare portfele, a wspomniane rozwarcie nożyc dochodowych będzie powodowało coraz większą pauperyzację naszego środowiska. Emerytom, rencistom z roku na rok żyje się gorzej.

Początek tej spadającej krzywej datuje się od ustawy z 17 października 1991 r. z wniosku pana Jacka Kuronia, który niestety, nie dotrzymał słowa swoim hasłom wyborczym. Ustawa ta odebrała wszystko to, co ustawa z 1982 r. dawała w kwestii poczucia bezpieczeństwa socjalnego.

Systematyczne wprowadzanie niekorzystnych przepisów trwa do dziś. Trzykrotnie od 1992 r. do 1996 r. zastosowane przez rząd i, niestety, przez Parlament rozwiązania ustawowe Trybunał Konstytucyjny orzekł jako bezprawie.

Dla przykładu: waloryzacja za IV kwartał 1995 r., której po prostu nie wypłacono. Nie licząc się z prawem ani z opinią społeczną, ani z kosztami. A koszty to dodatkowe odsetki, a odsetki, to znowu budżet. Kto za to będzie odpowiadał? Czy pokażą nam winnego, czy powiedzą, kto zawinił? Nie powiedzą.

Projekt ustawy waloryzacyjnej na rok 1997 jest jaskrawym przykładem krzywdy emerytów i rencistów. Już samo zastosowanie trybu pilnego świadczy o nieodpowiedzialności i bezduszości projektodawcy. Ma to przecież być akt normatywny na wiele lat, istotny w swych rozwiązaniach, bo warunkujący byt najbiedniejszej grupy społecznej.

Skierowanie do marszałka Sejmu Rzeczypospolitej przez premiera, pana Włodzimierza Cimoszewicza, projektu ustawy waloryzacyjnej do rozpatrzenia w trybie pilnym i zastosowanie tzw. szybkiej ścieżki legislacyjnej oraz powołanie się na zgodność proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej naszym zdaniem nie wymaga komentarzy.

Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz Krajowa Partia Emerytów zdecydowanie negatywnie oceniają zarówno działania związane z projektem ustawy waloryzacyjnej, jak i jej treści.

W działaniach rządu potrzebna jest rzetelna informacja, a w takich sprawach jak np. ubezpieczenia społeczne potrzebna jest konsultacja społeczna. A jaka jest praktyka?

Otóż otrzymujemy pierwsze projekty, i też nie wszystkie, ale już o następnych wersjach dowiadujemy się drogą okreśną. Nigdy i nikt z projektodawców nie informował nas, jak będą czy są wykorzystywane nasze opinie, natomiast w dokumentach oficjalnych czy informacjach publicznych podaje się, że dokument był konsultowany ze środowiskami zainteresowanymi, a przecież jest to nieprawda.

Konieczny jest *consensus* społeczny, o czym, niestety, jak dowodzą ostatnie wydarzenia, zapomniano. Naszym zdaniem, o co postulujemy, usprawiedliwione społecznie będzie uczestnictwo w Komisji Trójstronnej przedstawicielstwa forum emerytów i rencistów, powołanego 2 września 1996 r.

Kilka słów na temat reformy ubezpieczeń społecznych. Związek przesłał swoją opinię do ministra pracy i polityki socjalnej. Nie uzyskaliśmy oceny tej opinii, bo taka jest niestety praktyka. Rozwiązania prezentowane przez ministra pracy i polityki socjalnej bulwersują społeczeństwo. Nie są one na miarę czasu, na miarę sprawiedliwości społecznej ani na miarę obowiązków państwa wobec swych obywateli.

Środowisko emerytów rozumie i zdaje sobie sprawę z różnych warunkowań, ale też oczekuje, by w drodze szerokiej konsultacji opracowany został dokument, który ustali:

- na co mogą liczyć obecni emeryci, renciści;
- co otrzymają ci, którzy pójda na emerytury, renty za rok czy 5 lat, czyli potrzebny jest tzw. okres przejściowy;
- jakie będą warunki emerytalno-rentowe za 15-20 lat;
- jak wysokie i dla kogo będą gwarancje państwa, które są przecież stosowane w większości państw zachodnich o wieloletniej praktyce emerytalnej w systemie wolnorynkowym.

Domagamy się określenia, który system ubezpieczenia społecznego będzie powszechny, obowiązkowy i gwarantowany przez państwo.

Według ocen ekspertów organizacji międzynarodowych polski system ubezpieczeń zapewnia świadczenia zbyt niskie, zbyt wielu i zbyt wcześnie.

Jesteśmy przekonani, i o to występujemy, by rozważona została i przyjęta koncepcja dwóch filarów, zapewniających co najmniej poziom obecnych rent, emerytur, w odpowiednich relacjach. Natomiast filar trzeci, proponowany przez resort pracy i polityki socjalnej, należy pozostawić jako ubezpieczenie wyłącznie dobrowolne, lecz nie jako element obowiązkowego systemu ubezpieczeń społecznych, warunkujący niezbędny poziom emerytury, renty.

Na ubezpieczenia dodatkowe przez wiele jeszcze lat w Polsce, przy obecnym systemie finansowym, systemie płac, w tym średnich dochodów przypadających na jedną osobę, tylko bardzo niewielki odsetek ludzi bogatych będzie mógł sobie pozwolić. Z tym trzeba się liczyć.

Solidaryzujemy się z opinią dotyczącą reformy ubezpieczeń społecznych Naczelnej Rady Nadzorczej ZUS, przesłanej do resortu pracy i polityki socjalnej. Wyraz tej opinii był zaprezentowany tu dziś przez pana doktora Alfreda Owoca, prezesa Naczelnej Rady Nadzorczej ZUS.

Dziękujemy panu, panie prezesie, za słowa, które zabrzmiały jak iskierka nadziei, że być może nie wszystko stracone, że są ludzie nie tylko o wielkim sercu, ale o mądrej i sprawiedliwej ocenie faktów i właściwej wizji społecznej. Życzymy powodzenia w działaniach na rzecz emerytów i rencistów.

Reforma ubezpieczeń społecznych powinna przynieść obustronne korzyści – państwu i społeczeństwu. I takiej reformy oczekujemy.

ZENON RUMIŃSKI – Krajowa Partia Emerytów i Rencistów

Pan minister Bączkowski jako przykład osiągnięć podał zgłoszony w trybie pilnym projekt waloryzacji emerytur i rent, jaki ma obowiązywać 1 stycznia 1997 roku.

Wydaje mi się, że jest to jeden z gorszych aktów prawnych na przestrzeni 5 czy 6 lat i co gorsza, ma szansę być uchwalony.

Pan doktor Izdebski słusznie zauważył, że istotą reformy czy to ubezpieczenia społecznego, czy zdrowotnego jest to, aby uzyskała ona akceptację społeczną, a nikt tego sobie do serca specjalnie nie bierze – ani minister Kuroń, ani Boni, ani Miller. Tak samo jest za czasów pana Bączkowskiego.

Chcielibyśmy, ażeby reforma się powiodła. Ale żeby był efekt tej reformy, trzeba stworzyć przede wszystkim klimat, a tego klimatu nie ma.

Ciągle nas się straszy to obniżeniem waloryzacji, to zabranieniem świadczeń, a to jeszcze czymś innym. Skłóca się nas z częścią osób pracujących i mówi się, że mają na utrzymaniu 6-milionową armię emerytów i rencistów, nie mówiąc o tym, że się utrzymuje również w taki sposób służby mundurowe, sferę, która ma inne zasady waloryzacji. A dlaczego?

My się zgadzamy, że obliczanie świadczeń może być różne, natomiast waloryzacja powinna obowiązywać wszystkich jednakowa. Czy to są emerytury pracownicze, czy inne, np. wojskowe – powinna być równa. Przecież myśmy na te emerytury tak samo zapracowali.

Kto walczył o to, żeby Polska wyzwoliła się spod okupacji? Kto odbudował kraj? Kto uprzemysłowił kraj i go zurbanizował? Kto wybudował mieszkania? I teraz mówi się, że my jesteśmy na utrzymaniu. Czy to nie jest trochę postawione na głowie?

Bądźmy trochę uczciwsi wobec siebie, a wówczas przekonamy się, że reforma będzie życzliwiej potraktowana.

Dzisiaj otrzymaliśmy dokumenty, z których dowiedzieliśmy się, że w składzie Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Zabezpieczenia Społecznego jest 11 osób, z których większość to ekonomiści. Nie znalazłem tam żadnego nazwiska emeryta. Dlaczego ciągle nie mamy dostępu do prac nad tą reformą?

Być może, kiedy włączymy się do tej reformy, może zostanie ona właściwie przeprowadzona i z właściwym skutkiem, ku zadowoleniu i państwa, i tych, którzy będą podlegać tej reformie.

Jeszcze na jeden fakt zwrócę uwagę. Również i dzisiaj straszy się wszystkich, a emerytów już od marca 1995 r., danymi demograficznymi, że w roku 2010 będzie „zalew” emerytów.

Tymczasem z raportu dyrektora generalnego MOP z 1994 r., cytuję dosłownie, wynika, że odsetek ludności w wieku powyżej 60 lat w Polsce w perspektywie lat po 2010 r. nie będzie dramatycznie wysoki w porównaniu z krajami Europy Zachodniej i Wschodniej.

WITOLD GADOMSKI – Sekretarz Komisji Weteranów Pracy OPZZ

OPZZ od początku uczestniczyło w dyskusji na temat ubezpieczeń społecznych.

Powtórzę więc główne tezy, za czym się opowiadamy, jeśli chodzi o reformę ubezpieczeń społecznych. Uważamy, że reforma powinna rozpocząć się od nadania Funduszowi Ubezpieczeń Społecznych daleko idącej autonomii, zaś Zakład Ubezpieczeń Społecznych powinien

uzyskać osobowość prawną i posiadać atrybuty instytucji ubezpieczeniowej.

Jesteśmy za podzieleniem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na odrębne fundusze lub konta, odpowiednie do rodzajów ryzyka, objęte ochroną ubezpieczeniową. Tak jak proponowano to w programie reformy ubezpieczeń społecznych.

Uważamy, że przepisy emerytalno-rentowe muszą być stabilne i jednakowe dla wszystkich grup społecznych, zwłaszcza pod względem składki, dotacji budżetowych, jak i sposobu waloryzacji świadczeń. Między innymi chodzi tu o emerytury i renty rolnicze, tzw. mundurowe czy osób duchownych.

Uważamy też, że reformę należy dofinansować, między innymi z prywatyzowanego majątku państwowego. Dotyczy to powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych, natomiast dla ubezpieczeń kapitałowych, indywidualnych i grupowych należy jedynie stworzyć ustawowe warunki i zachęty do działania, które winny między innymi stwarzać system gwarancyjny, zabezpieczający interesy ubezpieczonych.

Wymienione warunki, naszym zdaniem, są niezbędne do przeprowadzenia reformy ubezpieczeń społecznych, ale uważamy za konieczne uzgodnienie z partnerami społecznymi podstawowych problemów reformy, harmonogramu prac z nią związanych, a także kolejności i terminów przygotowania aktów prawnych kompleksowo rozwiązujących wymienione problemy. Natomiast podyktowane potrzebami budżetów fragmentaryczne rozwiązania ustawowe, często niekorzystne dla obecnych emerytów i rencistów, takie jak na przykład waloryzacja, wiek emerytalny, poziom najniższych świadczeń, mogą okazać się chybione, jeśli idzie o zmiany wpływające na życie następnych pokoleń.

Zgodnie z zapewnieniami autorów programu reforma miała dotyczyć rozpoczynających pracę, a nie obecnych świadczeniobiorców. Jak wskazuje praktyka, dzieje się zupełnie odwrotnie.

Mało tego. Chcę powiedzieć dla ilustracji, że minister Bączkowski informując o swoim stanowisku dotyczącym waloryzacji emerytur i rent za IV kwartał 1995 r. potrafił uprzejmie użyć sformułowania, że projekt ustawy o waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych jest zwiastunem reformy ubezpieczeń społecznych. Kogo więc ta reforma dotyczy? Tych, co już są na emeryturze, czy następnych pokoleń?

Uważamy, że wiek emerytalny jest elementem wtórnym i decydujące znaczenie dla otrzymania świadczeń powinien mieć odpowiedni staż ubezpieczeniowy, od niego również powinna być uzależniona wysokość świadczenia. W myśl zasady, jaka praca, taka płaca i taka emerytura. Zasada ta winna odnosić się również do sposobu waloryzacji emerytur i rent.

I ostatnia sprawa, też znacząca. Uważamy, że dla całego systemu zabezpieczenia społecznego niezbędne jest przyjęcie przez partnerów społecznych wspólnie uzgodnionego minimum socjalnego, zgodnie z podpisanym 14 lipca 1995 r. pakietem gwarancji socjalnych obywateli. To minimum socjalne czy minimum dochodu gwarantowanego stanowiłoby miernik służący do obliczania świadczeń społecznych.

JADWIGA DYDYCZ – Dyrektor Generalny AGF Życie S.A.

Towarzystwa ubezpieczeniowe są żywo zainteresowane reformą ubezpieczeń społecznych, ponieważ i dla towarzystw ubezpieczeniowych jest ogromna rola do spełnienia w tej reformie.

Chciałabym swym wystąpieniem przede wszystkim dać wyraz poparcia dla jednej z tez ogłoszonych w referatach przez moich kolegów – pana Jamrożego i pana Myjaka, mianowicie tezy, że towarzystwa ubezpieczeń na życie mogą pełnić rolę instytucji zarządzających funduszami emerytalnymi.

Pragnę zapewnić, że towarzystwa te są w pełni przygotowane profesjonalnie do tej roli. Wiadomo, że doświadczeń tych nie czerpiemy na naszym rynku, ponieważ tych doświadczeń nam tu jeszcze brak. Ale mamy możliwość skorzystania z długoletnich doświadczeń i tradycji naszych firm, które są udziałowcami tychże towarzystw ubezpieczeniowych.

Główny udziałowiec naszego towarzystwa AGF, firma francuska, zarządza funduszami emerytalnymi w Chile, które uzupełniają system ubezpieczeń społecznych, o których mówił pan doktor Mazur. Jest to więc ogromny materiał, z którego możemy korzystać. Istotne jest, aby zbudować odpowiedni nadzór.

Tak jak już funkcjonuje Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, tak powinien funkcjonować Urząd Nadzoru Funduszy Emerytalnych. I w tym jest główny problem, ponieważ jest obawa, jak instytucje będą zarządzać. My musimy funkcjonować według prawa polskiego i obowiązuje nas ustawa o ubezpieczeniach. Jesteśmy z tego rozliczani i musimy się wywiązać z nałożonych obowiązków.

Temat drugi, na marginesie, odnośnie do ulg podatkowych. Nie wypowiadam się generalnie, ale myślę tylko o ulgach podatkowych od składek płaconych na dodatkowe ubezpieczenia emerytalne przez tę grupę osób pracujących, które miały pecha urodzić się akurat w tych latach, które nie będą objęte zreformowanym systemem ubezpieczeń społecznych.

STANISŁAW SUWALD – Sekretarz Zarządu Stołecznego Towarzystwa Zwalczania Chorób Mięśni

Zaproszenie na tę konferencję przedstawiciela Towarzystwa Osób Niepełnosprawnych jest sygnałem, że środowisko osób niepełnosprawnych zaczyna być zauważane.

Chciałbym zwrócić uwagę na kilka faktów. Po pierwsze: ludzi niepełnosprawnych ze względu na bariery architektoniczne nie widać na ulicach. Następny smutny fakt. Mimo iż przygotowywane są różnego rodzaju ustawy, które właśnie dotyczą tych ludzi, problemów osób kalekich po prostu jakoś one nie zauważają. Pan doktor Owoc w swoim wystąpieniu zwrócił uwagę na to, że środowisko emerytów i rencistów, a właśnie tam osoby niepełnosprawne się znajdują, dosyć ostro reagoowało i reaguje na różnego rodzaju propozycje rozwiązań ubezpieczeń społecznych.

Czy mamy się temu dziwić? Myślę, że nie. Przecież z jednej strony dla tych osób renta inwalidzka jest, po pierwsze, niska, po drugiej, jest ona jedynym środkiem utrzymania.

I jeszcze jedna smutna sprawa. Teraz, kiedy jest już rozważany projekt ubezpieczeń społecznych, niedawno zostały uchwalone dwie ustawy. Przeszedł przez Sejm i Senat projekt jeszcze jednej ustawy, a mianowicie ustawa o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu.

Ustawa o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym i projekt ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

W tych ustawach, w bardzo dużym stopniu dotyczących osób niepełnosprawnych, znalazło się bardzo dużo rozwiązań krzywdzących to środowisko.

Krajowa Rada Osób Niepełnosprawnych na swoim sejmiku w Konstancinie w październiku tego roku wypunktowała ponad 100 różnego rodzaju zastrzeżeń do tych ustaw. Te zastrzeżenia były zgłaszane odpowiednim gremiom ustawodawczym. I jak stwierdza Krajowa Rada, w większości wypadków nie zostały one uwzględnione.

Jak w tej sytuacji środowisko osób niepełnosprawnych, ludzi pokrzywdzonych przez los, ludzi, których w wielu wypadkach życie zamknięte jest w czterech ścianach jakiegoś „M”, ludzi przykutych do wózka inwalidzkiego, w jaki sposób ma pozytywnie odnosić się do proponowanych zmian, kiedy widzą, że idzie wszystko ku gorszemu. W jaki sposób z ludźmi, którzy nie mają żadnego innego sposobu na zarobkowanie, na poprawienie swojej sytuacji życiowej, społecznej, psychicznej, psychologicznej, itd., itd., uda się osiągnąć *consensus*, jeżeli chodzi o ubezpieczenia społeczne?

I dlatego chciałem w imieniu właśnie tej grupy serdecznie prosić pana marszałka i senatorów, by przy rozpatrywaniu ubezpieczeń społecznych brać pod uwagę życie i sytuację tych ludzi.

Pamiętajmy, że przedstawiciele tych osób nie wyjdą na ulice demonstrować, nie zatarasują jezdní czy drogi maszynami rolniczymi, nie przyspawają pociągu do szyn, nie pójdą pod Urząd Rady Ministrów. Za nich musi myśleć i decydować o ich sprawach ktoś inny. Między innymi właśnie Senat Rzeczypospolitej.

LECH DAWYDZIK – Dyrektor Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

Po pierwsze, chciałbym wyrazić przekonanie, że jest nadużyciem kojarzenie czy używanie jako tożsamyh pojęć reformy systemu opieki zdrowotnej i wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych.

Wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych proponuje załedwie inny system dzielenia pieniędzy, pozyskiwania i dzielenia, gospodarki finansowej. Nie wpływa natomiast jeszcze na to, co tutaj kilku moich przedmówców opisywało jako wyczerpywanie się możliwości systemu, ponieważ ten system wyczerpał się przez swoje wady o charakterze strukturalnym i funkcjonalnym.

Sądę więc, że rozpatrywanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych, które w dzisiejszej sytuacji są ważnym krokiem, w oderwaniu od innych rozwiązań, może spowodować, że nie uzyskamy tych efektów, które przynajmniej partnerzy, którym się w ten sposób to przedstawia, czyli nasi pacjenci, by oczekiwali.

Uważam bowiem, że obecny projekt komisji sejmowej nawet na tym etapie, z września 1996 roku, ma w sobie dwie immanentne wady czy dwa przemilczenia, na które warto byłoby zwrócić uwagę.

Po pierwsze, ten system nie zmienia dotychczasowego układu relacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej do administracji państwowej, a zachowując możliwość finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej z budżetu, stwarza warunki do wszelkich działań antyrynkowych, nazywanych w gospodarce rynkowej dampingiem. Nie ma wątpliwości, że jest to układ nadal wspierający publiczną część sektora opieki zdrowotnej i działający przeciwko pluralizmowi. Bez przebudowy tego systemu organizacyjnego wydaje się, że zmiany są niewiarygodne.

I po drugie, uważam, że w tym projekcie brakuje odwagi do jakiegokolwiek zdecentralizowania decyzji w obrębie sektora medycznego.

Naliczyłem 15 rozporządzeń wykonawczyh ministra zdrowia. I byłbym przekonany, gdyby zamiarem było sterowania systemem poprzez prawo. Ale wyobrażam sobie reakcje w gospodarce, gdyby jakikolwiek

minister czy rząd chciał regulować umowy, wzory umów zawieranych między niezależnymi podmiotami gospodarczymi. A takimi umowami są umowa, wzory recept czy inne.

Sądzę, że tego typu zamiłowanie do centralizmu działa przeciwko systemowi i jakby utrzymuje, jeżeli nie reanimuje, tego systemu, który uległ wyczerpaniu.

W kilku wystąpieniach poruszono kwestię bardzo ważną, dotyczącą grupy upośledzonej systemowo, jeśli chodzi o opiekę zdrowotną. Mam na myśli rolników. Mówił o tym między innymi pan profesor Zagórski.

Całkowicie zgadzając się z postulatem opieki profilaktycznej w stosunku do rolników, trzeba powiedzieć, że należałoby przedtem uregulować wszystkie sprawy związane z eliminacją zagrożeń zdrowotnych, które w tym środowisku są pozostawione całkowicie na żywioł. Koncepcja, którą prezentował profesor Rafalski, koncepcja kompleksowej ustawy, zasługuje moim zdaniem na najwyższe uznanie.

**dr ANDRZEJ KORONKIEWICZ – Dyrektor Centrum Organizacji
i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia
i Opieki Społecznej**

Ustosunkuję się do pewnych głosów, które w dyskusji padły w sprawie systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Będę mówił *ad personam*. Do tych osób, które na temat ubezpieczeń zdrowotnych się wypowiadały.

Pan doktor Kosiniak-Kamysz mówił o funduszu ubezpieczeń zdrowotnych rolników. Stwierdził, że Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego może te funkcje z powodzeniem pełnić na podobnych zasadach jak MSA, czyli kasa ubezpieczeń wzajemnych rolników we Francji.

Sytuacja naszego rolnictwa jest jednak nieco odmienna. Na tej sali był pan profesor Jerzy Rutkowski, profesor ekonomii, który zajmował się oceną możliwości płacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne przez rolników indywidualnych.

Sytuacja rolników, zbadana przez zespół, który przygotowywał projekt ubezpieczeń zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia, zakłada również ocenę ich dochodów i to w skali ostatnich kilku lat.

Podał tylko kilka faktów, które być może zobrazują wielkość prac, które wykonali. Otóż jak wynika z oceny dochodów tej grupy społeczno-zawodowej, w ostatnim okresie spadły one pięciokrotnie. Jeżeli byśmy 1989 rok uznali za sto, to w 1992 wysokość tych dochodów wynosiła 35%.

Generalnie rzecz biorąc, mimo spadku dochodów wszystkich gospodarstw, zarówno pracowniczych, jak i rolniczych, można powiedzieć, że

wysokość dochodów sfery rolniczej jest w granicach jednej trzeciej, do 40%, w stosunku do dochodów rodzin pracowniczych.

Przy obojętnie jakim mechanizmie naliczania składki – my zaproponowaliśmy równowartość pół kwintala żyta z hektara przeliczeniowego; jest to taka wartość, która do naliczania różnych zobowiązań dla tej grupy społeczno-zawodowej jest brana pod uwagę – przy 13,5 mln hektarów przeliczeniowych możemy powiedzieć, że wielkość środków, które byśmy w ten sposób uzyskali ze składek, zamknęłaby się kwotą 1 bln 300 mld starych złotych.

Ta wysokość nie pozostaje w żadnej proporcji do kosztów, które gdybyśmy wyliczyli, przeliczając na każdego innego obywatela, wynosiłyby 9,7 biliona zł koniecznej dotacji do tego systemu, przy takich założeniach, jakie tu przedstawiłem. Z tego wniosek, że 78, 88 proc., a w przypadku kiedy nakłady na ochronę zdrowia uzyskiwane ze środków ubezpieczeniowych zamknęłyby się kwotą około 120 bln zł – a takie symulacje robiliśmy – wówczas wysokość dotacji budżetowej do tego systemu wynosiłaby przeszło 97%.

Oczywiście decyzja w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych rolników jest w znacznej mierze decyzją polityczną. Ona została podjęta. Rząd przygotował projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który przyjmuje finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Składka na jednego ubezpieczonego rolnika i członka jego rodziny wynosi 5 zł 73 gr. Jest ona dziesięciokrotnie mniejsza od wysokości składki dla sfery pracowniczej czy sfery budżetowej.

Generalnie rzecz biorąc, w takiej sytuacji oddzielny system ubezpieczeń zdrowotnych dla rolników indywidualnych z wielu przyczyn, głównie ekonomicznych, nie zdałby egzaminu.

Pan doktor Radiukiewicz mówił o dodatkowych ubezpieczeniach, o świadczeniach opiekuńczo-leczniczych, jako nowej formie ubezpieczenia. W ustawie o zakresie świadczeń gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych również w art. 15, jest mowa o tym, że przysługują obywatelom naszego kraju świadczenia opiekuńczo-lecznicze. Ten zapis również jest przeniesiony do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Pan doktor Izdebski mówił o tym, że z pomocy rodzinnej powinny korzystać rodziny wielodzietne i że jest to prawidłowość. Nie mogę się zgodzić z takim stwierdzeniem z wielu względów.

Jeśli chodzi o system ubezpieczeń zdrowotnych w przedłożeniu rządowym, to oczywiście uprawnienia do świadczeń wynikających z tytułu bycia głową rodziny przechodzą na wszystkich członków rodziny, którzy są na wyłącznym utrzymaniu, i o tym mówi 2 artykuł naszej ustawy. Wobec tego nie ma tutaj specjalnego zagrożenia, jeśli chodzi o uprawnienia do świadczeń.

Pan Jamróży mówił o wielu rzeczach, które chciałbym sprostować. Właściwie 99,9% wszystkich świadczeń weszło w zakres świadczeń gwarantowanych. Tych świadczeń, które nie weszły do koszyka podstawowego, jest dosłownie kilka. Są to na przykład operacje plastyczne, które nie są następstwem choroby, urazu, wady wrodzonej czy też skutkiem wyżej przeze mnie wymienionych patologii, wobec czego tak naprawdę to ten zakres świadczeń, które nie będą się należały czy to z ustawy o świadczeniach gwarantowanych, czy z ustawy o ubezpieczeniu, jest naprawdę niewielki.

Dosyć trudną sprawą jest stwierdzenie, które padło na tej sali, że system ubezpieczeń dodatkowych zlikwiduje opłaty nieformalne. Z doświadczeń innych krajów, również tych, które w ostatnim okresie wprowadziły system ubezpieczeniowy, wynika, że nie udało się to nigdzie. Nie sądzę, żeby miało się udać w naszym kraju.

Pan profesor Leowski mówił o kosztach administracyjnych, o tym, że zarówno systemy budżetowe, jak i ubezpieczeniowe, że żaden z tych systemów nie uzyskał prawa pierwszeństwa, jeśli chodzi o ocenę. Z tym należy się zgodzić. Oczywiście zdawaliśmy sobie z tego sprawę, również z tego, że kwestia kontraktów na świadczenia zdrowotne nie ma być dyskusją pomiędzy księgowymi.

To ma być dyskusja pomiędzy dysponentem środków publicznych, który jest świadom tego, co chce kupić, ponieważ posiada do tego stosowne kwalifikacje, w stosunku do wszystkich świadczeniodawców – mówił o tym pan minister Kuszewski.

Czy wobec tego ubezpieczenia mogą być klasycznym rynkiem? Mówił również o tym pan profesor Zieliński, że pojęcie rynku stało się pojęciem, którego używamy bardzo często. O tym, czy będzie rynek, czy też go nie będzie, zadecydują ci, którzy mają pieniądze i ci, którzy chcą coś sprzedać. Tu muszę ustosunkować się do słów pana Dawydzika.

Nie stawiamy znaku równości pomiędzy procesem reformy ochrony zdrowia a wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych. Jest to oczywiście jeden z elementów tej reformy. Zresztą zaznaczyliśmy to w „Strategii dla zdrowia”, dokumencie, który w 1994 r. po raz pierwszy został przedstawiony i jest programem oficjalnym rządu. W tym dokumencie właściwie zawarte są wszystkie elementy, które dotyczą programu reform, a nie tylko samych ubezpieczeń zdrowotnych.

Czy relacja pomiędzy publiczną służbą zdrowia a systemem ubezpieczeń będzie zdominowana przez zakłady publiczne?

Otóż trzeba spojrzeć na statystykę. Mamy 220 tysięcy łóżek w sektorze publicznym i 120 tysięcy łóżek w sektorze prywatnym. W sektorze publicznym mamy 653 szpitale, a w sektorze prywatnym 7 szpitali.

Oczywiście tego typu sytuacja w znacznej mierze preferuje sektor publiczny, ale myślę, że nie będzie to stanowiło w tym przypadku

jakichś specjalnych trudności, jeżeli oczywiście zostaną spełnione określone warunki, to znaczy rozdział płatnika od dostawcy świadczeń. Wówczas sektor prywatny mógłby się rozwinąć. Ale to zdaje się potrwa jeszcze dłuższy czas.

Co do kwestii decentralizacji. Z przedłożenia rządowego wynikało wiele uprawnień dla ministra zdrowia, również wiele uprawnień dla organów centralnej administracji państwowej.

Obecnie, po właściwie już częściowym zakończeniu pracy Nadzwyczajnej Komisji Sejmowej, mogę powiedzieć, że na 175 artykułów naszej ustawy właściwie zostały omówione 173, czyli do końca mamy już niewiele.

Czy 15 rozporządzeń ministra zdrowia to dużo, czy mało na 175 artykułów? To kwestia spojrzenia. 5 rozporządzeń dotyczy właśnie pewnych uregulowań prawnych, które umożliwiły nam rezygnację z indywidualnych umów pomiędzy aptekami a dysponentami środków, kasami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. To właśnie w tej ustawie będą zawarte zasady, które umożliwią nam niezawieranie umów z 6,5 tys. aptek w tej chwili, z czego 6 tys. to apteki prywatne.

Chciałbym jeszcze ustosunkować się do wypowiedzi pana profesora Rafalskiego. Pan profesor słusznie zauważył, że do 1972 r. grupa społeczno-zawodowa rolników czekała na objęcie systemem powszechnego ubezpieczenia i zapewnienia świadczeń zdrowotnych. Chcę powiedzieć, że to była jedna z niewielu cech, która nas różniła od systemu, który panował w krajach obozu socjalistycznego.

PODSUMOWANIE

dr JERZY WYSOCKI – Prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń

Podsumowanie tak bogatego i wielowątkowego posiedzenia jest niełatwe. Stąd też może wystarczającym stwierdzeniem będzie to, że pierwsze następne posiedzenie Zespołu Doradców przy Marszałku Senatu chcielibyśmy właśnie poświęcić pełnemu podsumowaniu wszelkich opinii i wniosków, postulatów i propozycji, które na tym posiedzeniu padały w obecności przedstawicieli kierownictw obu resortów.

Rozpocznę od tego, że nieprawdą jest, iż Polacy są zgodni co do sposobu i kierunków reformowania systemu zabezpieczenia społecznego.

Stąd też podzielę się na gorąco kilkoma uwagami, spostrzeżeniami i opiniami tak na kanwie wystąpień, jak i głosów w dyskusji.

Po pierwsze, chciałbym jeszcze raz stwierdzić to, od czego zaczął swoje wystąpienie pan marszałek Senatu, że poza dyskusją jest, iż system ubezpieczeń społecznych i system opieki zdrowotnej się przeżyły. Podmiotem dyskusji jest zatem, w jakim kierunku powinno iść reformowanie tych systemów.

Mniejsze wydają się rozbieżności co do przyszłości, jeśli chodzi o reformę systemu ubezpieczeń społecznych, natomiast wydaje się, że bardziej kontrowersyjne zdania są co do reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych i opieki zdrowotnej. Mniejsze, jeśli chodzi o kwestie dotyczące samych prac legislacyjnych, ale większe, jeśli chodzi o protesty środowiskowe czy inne kierunki podejścia np. opozycji czy innych sił politycznych. Dlatego też nie chciałbym tutaj podnosić tych problemów, natomiast chciałbym odnieść się do tego, co wydaje się dzisiaj najważniejsze.

Tak naprawdę nie mamy projektu reformy ubezpieczeń społecznych. Mamy kilka projektów, które są przedmiotem powszechnych dyskusji czy wyrażania opinii. Dowiedzieliśmy się, że tak naprawdę to projekt reformy systemu ubezpieczeń społecznych jest przed nami.

Pan minister Bączkowski przedstawił jako ostateczny termin, którym jest koniec przyszłego kwartału, przedstawienia projektów aktów prawnych, co rodzi przypuszczenie, że w czasie tej kadencji trudno będzie je uchwalić. Najprawdopodobniej, bo trudno to przesądzić, ale ze względu na drogę legislacyjną, najprawdopodobniej zostaną one dla Sejmu i Senatu przyszłej kadencji.

Należałoby temu Parlamentowi życzyć, ażeby nie uznał dotychczasowych projektów jako idących w złym kierunku i nie zaczął pracy od nowa. Potraktowałbym właśnie element czasu jako element poważnego zagrożenia dla reformy systemu ubezpieczenia społecznego.

Bo powiedzmy sobie jasno – kwestie diagnozy są prawie takie same. Można się co prawda mylić co do szczegółów, tu zwłaszcza ta rozbieżność występuje między głosem opinii publicznej, prezentowanej przez pana prezesa Owoca, że nie należy radykalnie reformować obecnego systemu ubezpieczeń społecznych, lecz drogą ewolucji przechodzić do rozsądnych zmian, które nikomu nie uczynią krzywdy, a tymi propozycjami, które przedstawił pan minister Bączkowski, jako pełnomocnik rządu do spraw reformy zabezpieczenia społecznego. Pan minister określił pierwszy filar jako filar międzypokoleniowej kapitalizacji i pozostaje on już bardziej zbliżony do projektu, nazwijmy go w cudzysłowie, alternatywnego w stosunku do tego, co było dotychczas.

Jeśli chodzi o propozycje rządu, tak naprawdę do końca niczego nie wiadomo. Pan minister Bączkowski w czasie swojej konferencji prasowej prezentował zdanie, że trzeci filar powinien być związany ze stymulacją podatkową, pan doktor Mazur natomiast twierdzi, że być może w przyszłości tak, ale obecnie nie stać nas na to, nie ma takich możliwości, ażeby taka stymulacja podatkowa została do trzeciego filara zastosowana.

Mam nadzieję, że w najbliższym czasie dojdzie jednak do wypracowania jakiegoś spójnego stanowiska rządu co do autentycznych kierunków reformy ubezpieczeń społecznych i będziemy mogli go dyskutować być może już jako wersję ostateczną albo przedostatnią założeń reformy.

Jeśli chodzi o projekt reformy ubezpieczeń zdrowotnych, to prace legislacyjne są już daleko posunięte. I znowu jest tu kwestia jakby braku koordynacji.

Nie jestem politykiem, jestem niezależnym ekspertem, w związku z tym wydaje mi się, że mam nawet prawo w ten sposób powiedzieć. Brak koordynacji jest tak daleki, że jeśli zostanie zakończony wstępny proces legislacyjny w Sejmie, zanim jeszcze powstaną rozwiązania drugiego filara, jakim jest reforma ubezpieczeń społecznych, powstanie pytanie, co będzie musiało do czego być dostosowane?

Czy reforma ubezpieczeń społecznych, żeby była spójna z reformą systemu ubezpieczeń zdrowotnych, czy odwrotnie – będzie poprawiony system ubezpieczeń zdrowotnych, żeby wpisać się jako jeden z filarów reformy zabezpieczenia społecznego?

Na tym tle dosyć poważnie wygląda też sprawa reformy ubezpieczeń chorobowych i ubezpieczeń wypadkowych, znajdujących się na pograniczu opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń społecznych. Należałoby wreszcie zdecydować, w którym kierunku należy pójść. Być może ma być tak, jak jest, ale musi być skoordyno-

wane z zasadami reformy ubezpieczeń zdrowotnych czy kierunków opieki zdrowotnej.

Nie może być tak, że dwa resorty są odpowiedzialne za profilaktykę, dwa resorty za rehabilitację i do tego wszystkiego są jeszcze dwie odrębne kasy.

Chciałbym przejść do bardziej optymistycznych wniosków. Z zadowoleniem trzeba stwierdzić pewne zbliżenie założeń czy propozycji reformy strony rządowej i ogólnie mówiąc – strony solidarnościowej.

Nie ukrywam, że zabrakło dziś na tej trybunie głosów przedstawicieli związku zawodowego, który jest tak naprawdę autorem dwóch alternatywnych projektów rozwiązań – i systemu ubezpieczeń społecznych, i zdrowotnych. Dyskusja i wnioski byłyby bogatsze, gdyby nastąpiło bezpośrednie starcie opinii i argumentów. Nie chodzi tu o to, żeby się na siebie gniewać czy uważać, że akurat przeciwnik nie ma racji. Jesteśmy po prostu skazani na to, żeby znaleźć stanowisko wspólne, gdzie ono jest niezbędne i konieczne, bo przecież tak na dobrą sprawę cel jest ten sam – i dla jednych, i dla drugich.

Sprawa następna to kwestia związana z tym, co znalazło dosyć silny, i słusznie, akcent w wystąpieniach referentów. Chodzi o kwestie ubezpieczeń zdrowotnych dla ludności wiejskiej. Można mieć na to różne spojrzenie. Jedno jest obiektywne – wieś została objęta ubezpieczeniem społecznym dopiero w 1972 roku. Wielu lat zaniedbań nie odrobi się od razu. W związku z tym nie można chować głowy w piasek.

Dobrze się więc stało, że panowie profesorowie Rafalski i Zagórski bardzo mocno tą sprawę zaakcentowali. Wydaje się też, że w przyszłości zasadne byłoby rozważenie propozycji pana profesora i popartej przez pana doktora Dawydzika, by się zastanowić, czy problematyki tej nie ująć w regulacji ustawowej – ustawie o zabezpieczeniu społecznym mieszkańców wsi.

Dyskusja wykazała, że jest to problem poważny, przynajmniej do zastanowienia się i rozważenia, czy takie rozwiązanie nie powinno być uwzględnione.

Dobrze się stało, że poza ubezpieczeniami społecznymi i zdrowotnymi znalazła się tu również problematyka pomocy społecznej. Bo mówimy niby o zabezpieczeniu społecznym, a pan doktor Izdebski wykazał, w jaki sposób działania w zakresie reformy czy w ogóle działalności ubezpieczeń społecznych, polityki społecznej i opieki zdrowotnej wpływają na wydatki pomocy społecznej.

Przez lata działało się jednak zupełnie odwrotnie. Ze środków ZUS-u czy środków ubezpieczeń społecznych, zresztą trwa to jeszcze do dzisiaj, finansowane były te zadania, które powinny być finansowane z budżetu na cele pomocy społecznej.

Dlatego nie do końca to jednoznacznie zabrzmiało, bo istnieje ta druga strona, że ze środków ubezpieczeniowych finansowane jest to, co powinno być finansowane jako pomoc społeczna.

To, co wydaje się z tej wypowiedzi niezmiernie istotne i zastanawiające, to fakt, że pomoc społeczna opiera się głównie na świadczeniach pieniężnych, podczas gdy normalnie pomocą społeczną przede wszystkim – nie mówię tu o bezrobotnych – objęci są ludzie wymagający albo świadczeń w naturze, albo usług, podczas gdy środki na utrzymanie pochodzą z innych źródeł. W ciągu roku czy kilku lat tego się nie zmieni. Niemniej jest to jeden z wyznaczników co do kierunków polityki społecznej na przyszłość.

Chciałbym zwrócić też uwagę na to, co budziło w dyskusji kontrowersje. To kwestia roli komercyjnych zakładów ubezpieczeniowych w ogóle w reformie systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Można się oczywiście czuć urażonym, że społeczeństwo jest biedne, po co więc tych bogatych zwalniać jeszcze z opodatkowania. To też zależy od punktu widzenia i wyczulenia społecznego. Wyczulony polityk społeczny będzie patrzył głównie na biednych, żyjących np. na pograniczu minimum socjalnego. Natomiast ekonomista i polityk ekonomiczny będzie patrzył na rozwój gospodarki.

Komercyjne zakłady ubezpieczeniowe będą odgrywały istotną rolę w systemie ubezpieczeń. W wielu krajach są one ważnym elementem rozwoju gospodarki kraju.

A przecież trzeba powiedzieć, że w dużej mierze klientami komercyjnych zakładów ubezpieczeń są pracownicy biednej sfery budżetowej: nauczyciele, pielęgniarki, salowe. To zakłady pracy już dziś fundują grupowe ubezpieczenia emerytalne swoim pracownikom. I w takiej samej wysokości dyrektorowi, jak i sprzątacze, kierowcy i magazynierowi. I ci ludzie, których nie stać obecnie z własnej kieszeni zapłacić składki, mogą korzystać z tego rozwiązania. System ten spełnia też rolę motywacyjną do dobrej pracy, gdyż po odejściu z niej ubezpieczenie grupowe wygasa.

Prezentuję tu własny pogląd. Wydaje mi się, że jest to najlepiej przygotowany element z ubezpieczeń społecznych. Komercyjnych co prawda, ale ubezpieczeń społecznych dla każdego. Dla bogatych i dla biednych, dla zamożnych i dla zakładów pracy, także dla sfery budżetowej.

Można mieć uwagi, że przy ogromnym ubóstwie społeczeństwa nie stać nas tak do końca na rozwijanie trzeciego filaru ubezpieczeniowego. Jest to jednak najlepiej przygotowany element ubezpieczeń społecznych, co prawda komercyjny, lecz jak się wydaje, stworzy on warunki do objęcia systemem ubezpieczenia komercyjnego każdego obywatela i zakładu pracy.

Trzeci filar ubezpieczeń będzie się jednak rozwijał nie tylko w sferze ubezpieczeń społecznych, lecz także w sferze ubezpieczeń zdrowotnych, i nie należy mu w tym przeszkadzać.

Należy zastanowić się nad przywilejami w ubezpieczeniach komercyjnych; wydaje się, że w tej sferze przywileje nie powinny występować.

Gdyby reforma ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych była prostym zadaniem, zostałaaby przeprowadzona znacznie wcześniej. Reforma ta wiąże się nie tylko ze zmianą mechanizmów ekonomicznych. Jest to proces, który będzie trwał co najmniej przez jedno pokolenie. Nie ci, którzy będą podejmowali dziś decyzje w kwestii przeprowadzenia reformy, będą czerpali z niej korzyści. Osoby, które są w wieku powyżej pięćdziesięciu czy sześćdziesięciu lat, w mniejszym albo w niewielkim stopniu będą korzystały z efektów reformy. Reforma jest inwestycją na przyszłość, a nie na dzisiaj. Dlatego musi być przeprowadzona z rozwagą.

Wprowadzenie reformy ubezpieczeń społecznych jest trudną decyzją. Jej skutki będą odczuwane zarówno dziś, jak i jutro, a być może i piętnaście lat później. Jest to decyzja nie tylko polityczna, ale także ekonomiczna i społeczna.

Pan profesor Tymowski domagał się rachunku, kto zyska, a kto straci na reformie. Nie ukrywam, że zyskają ci, którzy dzisiaj mają 25 lat i 30 lat.

Kto straci? Tu zaczynają się problemy. Ja bym się nie kusił o odpowiedź, kto straci. Na pewno w mniejszym stopniu skorzystają ludzie, którzy przez wiele lat pracowali, budowali gospodarkę kraju i są w takim wieku, że musi ich dzisiaj utrzymać młodsze pokolenie pracujących. Bo pieniądze przez nich wpłacane, przez zakłady pracy, nie istnieją. Ich dzisiaj nie ma. Jest to smutne stwierdzenie, ale jest ono obiektywne.

Kwestia akceptacji reformy. Bez tej akceptacji przez większość społeczeństwa wprowadzenie reformy jest naprawdę niemożliwe. Stąd też wydaje mi się, że niezbędne jest w dalszych pracach podjęcie decyzji o charakterze uniwersalnym.

Pierwsza, to kwestia edukacji społecznej nt. reformy i ubezpieczeń. Nie może być sytuacji, że społeczeństwo jest w jakiś sposób nakłaniane albo zachęcane do reformy poprzez strach, poprzez pokazywanie dramatycznych konsekwencji braku ubezpieczenia.

Druga sprawa – kwestia wpływania wszelkimi sposobami na zmianę świadomości społecznej.

I po trzecie – uzyskanie akceptacji dla reform dopiero po przeprowadzeniu wcześniejszych badań.

Na zakończenie chciałbym podziękować, jako strona nazwijmy to ekspercka, panu marszałkowi, że podjął inicjatywę zorganizowania tego rodzaju spotkania.

Po drugie, że włożył wiele pracy, by doszło ono do skutku.

Po trzecie, dziękuję wszystkim dzisiejszym referentom i tym wszystkim, którzy wypowiedzieli się w dyskusji.

Jak sama dyskusja wykazała, nie ma zgody wśród Polaków, ale jest chęć i wola, ażeby uzyskać, jeśli nie porozumienie, to przynajmniej zgodę w tych sprawach, gdzie jest to możliwe. W związku z tym chciałbym przypomnieć o aktualności przesłania pana marszałka.

Po pierwsze, szukajmy reformy ponad podziałami, bo inaczej ta praca będzie pracą zmarnowaną.

I po drugie, oferta zawarcia, w cudzysłowie, paktu społecznego wokół reformy. Polacy muszą się w tej sprawie dogadać. Jeśli się tak nie stanie, nie wyjdzie to na dobre ani Ojczyźnie, ani jej mieszkańcom.

REKOMENDACJE I WNIOSKI Z KONFERENCJI

I. Ubezpieczenia społeczne

1. Konferencja zorganizowana przez Zespół Doradców ds. Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu RP stanowiła forum prezentacji dotychczasowych doświadczeń oraz wymiany poglądów nt. proponowanych rozwiązań w obszarze ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Konieczności reformy ubezpieczeń społecznych żadna poważna siła nie kwestionuje, historia kilkuletnich działań dowodzi jednak, jak trudno o *consensus* w tej sprawie.

Nadal do rozstrzygnięcia pozostaje wybór drogi, by docelowo powstał wydolny i efektywny system, w którym uda się skójżyć interesy i cele polityki społecznej z prawami ekonomii. Dalsze odkładanie i przeciąganie reformy grozi tym, że za kilkanaście lat obecny system załamie się ostatecznie.

Aby reformę można było wdrażać bez wstrząsów, niezbędne jest osiągnięcie porozumienia co do priorytetów reformy, jej celów i sposobów wprowadzania zmian w takim kształcie, by nie blokowały jej partykularne interesy. Niezbędna jest ponadto społeczna aprobata dla reformy.

2. Dotychczasowy system, ukształtowany w gospodarce centralnie zarządzanej, nie spełnia kryterium racjonalności i nie przystaje do gospodarki rynkowej ze względu na słaby związek między indywidualną aktywnością i przezornością obywateli a poziomem zabezpieczenia. W konsekwencji, w wyniku zmian gospodarczych i demograficznych, system emerytalno-rentowy okazał się nieefektywny i zagraża z jednej strony finansom publicznym, a z drugiej – zredukowaniem świadczeń.

3. Reforma musi, po pierwsze: stworzyć trwały system bezpieczeństwa socjalnego, po drugie: kształtować postawy przedsiębiorczości i przezorności obywateli oraz dbałości o swój los, po trzecie: budować trwałe postawy społecznej solidarności.

Cele szczegółowe reformy ubezpieczeń społecznych to m.in.:

- stworzenie warunków do rozwoju ubezpieczeń dodatkowych i w wyniku tego zwiększenie zainteresowania pracowników własnymi dochodami na przyszłość;
- tworzenie ubezpieczeń o charakterze kapitałowym w celu zwiększenia oszczędności i w efekcie przyspieszenia wzrostu gospodarczego.

4. Aby założone cele osiągnąć, należy określić główne założenia organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych oraz wynikające z nich skutki, a także przygotować projekty aktów legislacyjnych. Powinny one w sposób całościowy określać funkcjonowanie systemu ubezpieczeń społecznych, zasady tworzenia, gospodarowania i wydatkowania funduszy ubezpieczeniowych, rolę państwa i jego organów, formy organizacyjne zapewniające sprawne i stabilne oraz zadowalające działanie tego systemu, dającego ubezpieczonym poczucie bezpieczeństwa, a także formę i zasady działania samorządu ubezpieczeniowego. Regulacje te powinny określać zasady uzyskiwania uprawnień, obliczania wysokości indywidualnych świadczeń i należności wynikających z ubezpieczenia społecznego.

Bardzo ważna w przypadku reformy jest akceptacja społeczna i motywacja obywateli do wchodzenia w nowy system, zwłaszcza że decyzja pozostawiona będzie ubezpieczającym się.

5. Punktem przełomowym w reformie powinny stać się dwa projekty ustaw:

- o kapitałowych funduszach emerytalnych;
- o wykorzystaniu zasobów prywatyzacyjnych na sfinansowanie reformy ubezpieczeń społecznych.

Konsekwencją tych projektów będą towarzyszące im projekty pochodne:

- o emeryturach „państwowych”;
- o rentach inwalidzkich i rodzinnych.

6. Docelowy model ubezpieczeń emerytalno-rentowych ma się opierać na trzech filarach:

a) I filar obowiązkowy dla wszystkich, tj. zreformowany system repartycyjny. Ten filar można nazwać międzypokoleniowym kapitałem emerytalnym.

O wysokości emerytury decydowałyby następujące elementy:

- długość stażu ubezpieczeniowego;
- wysokość składki,
- przeciętna długość życia obywateli.

b) II filar to segment kapitałowego pokrycia, obsługiwany przez fundusze emerytalne zarządzane prywatnie pod nadzorem państwa i samorządu ubezpieczeniowego.

Elementy tego systemu to:

- zdefiniowana składka;
- o wysokości emerytury decydowałaby wielkość zgromadzonych składek i zyski, jakie da ich inwestowanie.

Filar ten byłby obowiązkowy dla Polaków, którzy jeszcze nie weszli na rynek pracy.

c) III filar oparty jest na grupowej lub indywidualnej przezorności.

W zależności od wyboru każdy mógłby na wybrane konto w towarzystwach ubezpieczeniowych, funduszach branżowych, powierniczych itp. oszczędzać na zabezpieczenie starości.

7. System zabezpieczenia społecznego trzeba widzieć łącznie jako system ubezpieczeń, system zaopatrzeniowy, czyli ten, który wypłaca świadczenia bez wcześniej opłacanej składki, m.in. opieka społeczna, co pozwoli na rzetelną symulację finansową reformy.

Cały system zabezpieczenia społecznego musi być spójny, a jego segmenty skorelowane ze sobą.

8. Równie ważne kwestie reformy wyrażają się w głosach opinii społecznej.

Najważniejsze wątki tych opinii to:

- stwierdzenie, że w założeniach reformy nadmiernie wyeksponowano wątek fiskalny;
- brak pogłębionej prognozy wydatków na świadczenia i niepodanie źródeł ich pokrywania;
- podstawą zabezpieczenia sytuacji materialnej osób dotkniętych ryzykiem starości, inwalidztwa bądź utraty żywiciela powinien nadal być powszechny, obowiązkowy i gwarantowany przez państwo system ubezpieczenia społecznego.

Za podstawowe kierunki reformy w opinii społecznej uznano:

- zwiększenie wpływu na wymiar świadczeń takich elementów, jak staż ubezpieczenia oraz wysokość dochodów stanowiących podstawę wymiaru składek;
- ograniczenie obciążeń FUS z tytułu wcześniejszych emerytur oraz zbyt łatwego uzyskiwania rent inwalidzkich;
- zasadniczą aktywizację prewencji przedrentowej, m.in. przez rehabilitację leczniczą i zawodową;
- systemowe określenie trwałych zasad kreowania dochodów FUS.

Podstawowym źródłem dochodów powinny być składki (część opłaconych ubezpieczeń), uzupełniane dodatkowymi składkami za osoby mające uprawnienia korzystniejsze od powszechnych dotacją budżetową o charakterze systemowym oraz refundacjami z innych funduszy.

9. Należy rozważyć i spopularyzować rozwiązania, które bez większych kosztów pozwoliłyby dla reformy zjednać przynajmniej część społeczeństwa.

Wymieniono tu:

- ściślejsze związanie wysokości emerytur ze stażem pracy;
- podwyższenie pułapu podstawy wymiaru, łagodzące nadmierne spłaszczenie świadczeń;
- zagwarantowanie osobom, które tracą prawo do renty inwalidzkiej, wypłaty tej renty np. przez trzy miesiące, co zapewniałoby środki utrzymania w okresie poszukiwania pracy;
- stworzenie prawnoorganizacyjnego systemu rozwiązania problemu miejsc pracy dla niepełnosprawnych, np. przez aktywizację „spółdzielczości inwalidzkiej”;
- zwolnienie od podatku dochodowego odpraw z racji przejścia na emeryturę lub rentę inwalidzką.

10. System ubezpieczenia społecznego rolników w Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, musi pozostać systemem szczególnym, zarówno pod względem uprawnień, jak i zasad finansowania.

Radykalne i szybkie zmiany nie są w tej chwili możliwe do przeprowadzenia bez wywołania szkód.

System ten musi być oczywiście dofinansowany z budżetu państwa, choć bierze się pod uwagę poszukiwanie innych źródeł dofinansowywania poza budżetem.

II. Ubezpieczenia zdrowotne

1. Uczestnicy konferencji – referenci i dyskutanci – generalnie poparli ideę stworzenia w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych opartego na powszechnie obowiązkowym ubezpieczeniu, zapewniającym ubezpieczonemu gwarantowany przez określony koszyk świadczeń zdrowotnych oraz kompensację składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Uznali również, że mimo niedostatecznej koordynacji prac nad dwoma istotnymi filarami zabezpieczenia społecznego, jakimi są reforma ubezpieczeń społecznych i stworzenie ubezpieczeń zdrowotnych – co spowodowało znaczne zaawansowanie jednego, a opóźnienie drugiego

– prace nad ubezpieczeniem zdrowotnym powinny być kontynuowane i możliwie szybko zakończone.

Wzajemne relacje między tymi ubezpieczeniami – zarówno w zakresie merytorycznym, jak i organizacyjnym – powinny być rozstrzygnięte w momencie zakończenia prac nad ustawą o ubezpieczeniu społecznym.

2. Głównym problemem do rozstrzygnięcia pozostaje, czy wówczas ubezpieczenia zdrowotne obejmą także świadczenia pieniężne w razie choroby, czy tylko świadczenia rzeczowe. Dotyczy to także świadczeń powypadkowych.

W kwestii organizacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych został zgłoszony do rozważenia wniosek o możliwości podjęcia przez KRUS zadań z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych wobec rolników i ich rodzin, w ramach wyodrębnionych funduszy tego ubezpieczenia. W dyskusji zawrócono jednak uwagę na małą możliwość realizacji tego wniosku ze względów ekonomicznych (znaczne różnice w wysokości opłacanych składek między rolnikami a pozostałymi ubezpieczonymi).

Innych wniosków ani zastrzeżeń w sprawie struktur organizacyjnych i wzajemnych relacji między ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym nie było. Stąd można pośrednio wnioskować, że uczestnicy konferencji optują za istnieniem niezależnego i autonomicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

3. Kilku referentów i dyskutantów zwracało jednak uwagę na znaczenie akceptacji społecznej dla tworzonego systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz potrzebę upowszechniania w społeczeństwie jego celów i zasad funkcjonowania przy pełnej obiektywności w jego prezentowaniu, wolnym od politycznych celów i manipulacji.

W referatach i dyskusji wysuwano wnioski dotyczące konieczności uwzględnienia w ubezpieczeniu zdrowotnym problemów zdrowia publicznego, a zwłaszcza promocji zdrowia oraz prewencji pierwotnej i wtórnej, które projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pomija.

Wnioski dotyczyły także rozszerzenia listy świadczeń ubezpieczeń zdrowotnych o medyczną i domową pomoc, jako alternatywną formę dla leczenia szpitalnego, jak również rehabilitację, jako elementu o orzekaniu o inwalidztwie.

Nie było wniosków lub wypowiedzi negujących tworzenie ubezpieczeń dodatkowych.

4. W sposób wyraźny podkreślano, że wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych nie jest jednoznaczne z reformą ochrony zdrowia i że jest tylko jednym, aczkolwiek ważnym elementem tej reformy. Stąd wnio-

skowano o przyspieszenie wprowadzenia zmian w organizacji i funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem zasady równości między sektorem publicznym i prywatnym oraz potrzeby decentralizacji zarządzania.

Stąd wnioski referentów i dyskutantów nie ograniczały się do spraw ubezpieczeń zdrowotnych, ale dotyczyły w różnym stopniu spraw ochrony zdrowia.

W tym zakresie zgłoszono kilka konkretnych wniosków, a mianowicie:

- przygotowanie kompleksowej ustawy o warunkach, higienie i bezpieczeństwie pracy oraz ochrony zdrowia ludności rolniczej;
- stworzenie dwóch systemów prawnych w odniesieniu do BHP rolników i innych pracujących na swój rachunek: jednego w zakresie nadzoru i atestacji w zakładach produkujących na rzecz rolnictwa (urządzenia mechaniczne, środki biologiczne, chemiczne oraz odzież ochronną), drugiego w zakresie promocji higienicznej warunków pracy rolników, prewencji przeciwko wypadkom, urazom i zatruciom oraz chorobom zawodowym, a także rehabilitacji zdrowotnej i zawodowej poszkodowanych rolników;
- wprowadzenie przez Główny Urząd Statystyczny obowiązku rejestracji wszystkich wypadków i ich skutków na wsi;
- wprowadzenie badań i ocen naukowych przez MZiOS, MRiGŻ oraz KBN stanu zdrowia ludności wiejskiej w związku z warunkami życia i pracy;
- opracowanie kryteriów rozpoznawania i orzekania w sprawie chorób zawodowych rolników, pracujących w indywidualnych gospodarstwach rolnych;
- wprowadzenie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w związku z warunkami pracy według założeń Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

21 października 1996 r.

Spotkanie marszałka Senatu z ministrem pracy i polityki socjalnej

REFORMY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH CIĄG DALSZY

Podczas październikowej konferencji w Senacie zamierzenia rządu w sprawie reformy ubezpieczeń społecznych przedstawił pełnomocnik rządu ds. reformy zabezpieczenia społecznego – minister pracy i polityki socjalnej Andrzej Bączkowski. Nagła śmierć ministra wzbudziła wiele obaw o jej przyszłość. O zachowanie ciągłości prac, dotrymanie zakładanych terminów złożenia w Parlamencie fundamentalnych aktów prawnych planowanej i już częściowo wdrażanej reformy niewydolnego systemu.

Kontynuacji dzieła ministra Bączkowskiego podjął się powołany na to stanowisko w styczniu 1997 roku nowy minister pracy i polityki socjalnej prof. Tadeusz Zieliński, znawca problemu, m.in. jako przewodniczący Komisji ds. Reformy Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

W nawiązaniu do tradycji współpracy i wymiany doświadczeń Zespołu Doradców do Spraw Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu z resortem pracy i polityki socjalnej, już 22 stycznia 1997 roku doszło do spotkania marszałka Adama Struzika z ministrem Tadeuszem Zielińskim, w obecności przedstawicieli resortu i doradców marszałka, w celu podsumowania dotychczasowych prac nad reformą i zamierzeń rządu na najbliższą przyszłość.

Reforma w swych podstawowych założeniach będzie kontynuowana zgodnie z propozycjami opracowanymi przez zespół ministra Bączkowskiego. Stan i zaawansowanie prac pozwalają na pewien optymizm, jeśli chodzi o dochowanie przyjętych jesienią ubiegłego roku terminów.

Podsumowując w czasie spotkania dotychczasowe działania związane z reformą systemu ubezpieczeń społecznych, podniesiono wiele wątków zarówno ogólnych, jak szczegółowych.

Wśród zagadnień, które powracają w wielu dyskusjach na temat przemian systemu ubezpieczeń społecznych, zastanawiano się m.in., jak na tle reformy całego systemu zostanie potraktowana kwestia ubezpieczenia innych grup, np. służb mundurowych czy rolników indywidualnych. Zważywszy na kontrowersje wokół tematu – dyskutowano również zagadnienie wieku emerytalnego osób przechodzących na emeryturę.

W dyskusji na temat systemu filarów ubezpieczeniowych zwrócono uwagę, iż aby doprowadzić do takiego systemu, konieczne jest wprowadzenie funduszy emerytalnych. Wprowadzenie ich nastąpi tak szybko, jak to możliwe z punktu widzenia sfinansowania kosztów związanych z utratą części wpływów ze składki do FUS (KRUS), która to część zostaje skierowana do funduszy. Padło zatem pytanie dotyczące opracowania projektu ustawy o kapitałowych funduszach emerytalnych i wykorzystania zasobów prywatyzowanych przedsiębiorstw na finansowanie reformy ubezpieczeń społecznych.

Wg szacunku Ministerstwa Skarbu wartość księgowa dotychczas nie sprywatyzowanego majątku wynosi ok. 140 mld PLN. Wartość rynkowa znacznie jednak odbiega od wartości księgowej, gdyż część przedsiębiorstw państwowych przynosi straty. Część majątku państwowego musi być przeznaczona na wykonanie np. orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego. Zastanawiano się, czy wystarczy majątku prywatyzowanych przedsiębiorstw na wsparcie funduszy emerytalnych. Według jakich kryteriów akcje poszczególnych przedsiębiorstw będą przekazywane do poszczególnych funduszy emerytalnych? Kiedy konkretne projekty ustaw regulujące powyższe kwestie zostaną przekazane do Parlamentu?

W trakcie spotkania zwrócono uwagę, że zarówno prywatyzacja, jak i reforma ubezpieczeń społecznych są zagadnieniami również politycznymi. Jeżeli uznać, że podstawowym zadaniem państwa jest zmiana systemu emerytalno-rentowego, to należy ją przeprowadzić przyjmując określoną strategię długofalowych zmian. Padło zatem pytanie dotyczące harmonogramu wdrażania poszczególnych etapów reformy ubezpieczeń społecznych.

Stwierdzono, iż istnieje pilna konieczność opracowania długookresowych analiz skutków ekonomicznych i kosztów reformy. Należy również określić związek między reformą pierwszego filaru podstawowego a budżetem państwa, jak również określić tempo wprowadzenia drugiego filaru funduszy emerytalnych.

Zauważono, że reforma ubezpieczeń społecznych będzie miała wpływ na tempo wzrostu gospodarczego i rozwój systemu finansowego państwa, jak również poziom życia różnych grup przyszłych emerytów i rencistów. Niezbędne zatem jest opracowanie symulacji ekonomicznych skutków reformy ubezpieczeń społecznych.

Z ubezpieczeniami społecznymi wiąże się problematyka pomocy społecznej. Działania łączące się z reformą ubezpieczeń społecznych wpływają na wydatki z pomocy społecznej. Jak zatem na tle reformy ubezpieczeń społecznych będzie wyglądała kwestia pomocy społecznej? Czy w tej dziedzinie przewiduje się również przeprowadzenie określonych zmian?

Podkreślono, że wstępny etap prac związanych z tworzeniem ubezpieczeń zdrowotnych został zapoczątkowany bez znajomości reformy

ubezpieczeń społecznych. Czy będzie to miało wpływ i jaki na reformę ubezpieczeń społecznych?

W jakim kierunku będzie przebiegała reforma ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych? Ubezpieczenia te są na pograniczu opieki zdrowotnej, ubezpieczeń zdrowotnych, a także ubezpieczeń społecznych. Czy przewiduje się tu jakieś zmiany?

Do tych i innych zagadnień ustosunkował się minister pracy i polityki socjalnej prof. Tadeusz Zieliński, podkreślając m.in., że prace nad projektem podstawowych ustaw dotyczących reformy ubezpieczeń społecznych są systematycznie prowadzone.

Stwierdził, że nieracjonalne jest żądanie reformowania całego systemu zabezpieczenia społecznego w krótkim czasie. Problemu tego nie da się załatwić w ciągu roku. W nowy system będziemy wchodzić stopniowo.

Przypomniał, że reforma została rozpoczęta w 1995 r. i będzie kontynuowana. Do jej elementów między innymi należą:

- wyłączenie z systemu ubezpieczeń społecznych zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych,
- nowelizacje ustawy o bezrobociu i o pomocy społecznej,
- wprowadzenie nowych zasad waloryzacji świadczeń,
- nowe przepisy o orzecznictwie inwalidzkim.

Minister zwrócił uwagę, że dalsze prace nad reformą ubezpieczeń społecznych będą prowadzone w uwzględnieniu strategii integracji Polski z Unią Europejską. Reforma przyniesie oczekiwane skutki tylko wówczas, gdy będzie przyzwolenie społeczne na jej przeprowadzenie i gdy nad ostatecznym jej kształtem będą pracowały wszystkie ugrupowania polityczne.

Jak wiadomo, w przeszłości prezentowano różne programy reformy ubezpieczeń społecznych. Informacja o najważniejszych z nich, przedłożonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej w 1995 roku, została przyjęta przez Sejm z równoczesną aprobatą dla rozwijania tego programu w racjonalnym kierunku, wytyczanym przez wciąż pojawiające się nowe doświadczenia międzynarodowe i nowe elementy w krajowej dyskusji.

Stwierdzono, że w Biurze Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego przygotowano dwa projekty ustaw: o funduszach emerytalnych oraz o wykorzystaniu części majątku Skarbu Państwa na finansowanie wydatków związanych z reformą systemu ubezpieczeń społecznych. Trwają prace nad projektem ustawy o statusie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i projektami ustaw o świadczeniach na rzecz rodziny oraz dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Zakłada się, że docelowy system emerytalno-rentowy zapewni ubezpieczeństwo uczestnikom systemu poprzez fakt, że całość świadczenia emerytalnego będzie się składać z części pochodzących:

a) z powszechnego segmentu repartycyjnego w ramach zreformowanych odpowiednio Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

b) z powszechnych i obowiązkowych funduszy emerytalnych oraz

c) z dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych.

Przewiduje się, że emerytura z ZUS (tzw. I filar) zależałaby wyłącznie od zgromadzonych w ciągu życia składek i od tzw. średniej oczekiwanej długości dalszego trwania życia. Wysokość tego kapitału i staż pracy byłyby odnotowywane na specjalnych indywidualnych kontach, które Zakład Ubezpieczeń Społecznych zacząłby zakładać od 1998 r. Każdy uczestnik systemu będzie miał własne konto, na którym odkładane byłyby oszczędności emerytalne. Zgromadzony kapitał nie byłby kapitałem rzeczywistym – gdyż wypłacane byłyby z niego bieżące emerytury – ale międzypokoleniowym kapitałem uprawnień emerytalnych. Roczna emerytura to kapitał podzielony przez średnią życia.

Wiek emerytalny będzie różnicowany. Ma to zachęcać do jak najdłuższej pracy, bo każdy rok ponad minimum znacznie zwiększy emeryturę.

Emerytura w minimalnej wysokości przysługiwałaby po spełnieniu wymogu wieku i stażu. Jej wysokość wynosiłaby ok. 30-33 procent średniej płacy. Świadczenie byłoby waloryzowane jak obecnie: według emeryckiego koszyka kosztów utrzymania.

Zasadniczym krokiem na drodze do systemu wielosegmentowego będzie wprowadzenie segmentu powszechnych, obowiązkowych funduszy emerytalnych. Wprowadzenie ich nastąpi tak szybko, jak jest to możliwe z punktu widzenia finansowania kosztów związanych z utratą części wpływów ze składek do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, która to część zostanie skierowana do funduszy.

Zakłada się, że takich funduszy byłoby 10-12. Na wybrany fundusz emerytalny przeznaczano by 9% wynagrodzenia, czyli 1/5 obecnej 45% składki płaconej na ubezpieczenia społeczne.

Przewiduje się, że udział w funduszach byłby obowiązkowy. Rozważane są jednak warianty zakładające, że:

- składkę na fundusz płaciłoby obowiązkowo wszyscy poniżej 30 lat życia albo
- składkę płaciłoby obowiązkowo wszyscy zaczynający pracę w momencie wejścia w życie reformy oraz dobrowolnie ci pracujący, którzy nie przekroczyli pięćdziesięciu lat życia. Mieliby oni wówczas wybór: czy pobierać emeryturę tylko z ZUS, czy też z funduszu? Ze składek na fundusz wypłacano by tylko emerytury. Przy takim założeniu 60-65 procent przyszłej emerytury pochodziłoby z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a 35-40 procent z funduszy.

Emerytura z funduszu byłaby waloryzowana tak samo jak z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Składka na fundusz byłaby płacona od dochodów do wysokości 250 procent średniej płacy, a nie tak jak teraz od całości zarobków. Zwolnienie części dochodów od składki będzie dla lepiej zarabiających zachętą, by dobrowolnie lokowali pieniądze np. w towarzystwach ubezpieczeniowych (czyli w III filarze systemu).

Zrealizowanie zamierzeń dotyczących roli funduszy emerytalnych wymaga poważnych zmian w pierwszym FUS-owskim (KRUS-owskim) segmencie systemu, a przede wszystkim:

a) zmniejszenia kosztów tego systemu, który obecnie wypłaca świadczenia na sumę ok. 14% PKB, co wynika z ogromnej liczby świadczeniobiorców i relatywnie (w stosunku do płac) wysokich świadczeń,

b) uczynienia go przejrzystym i zrozumiałym dla uczestników systemu.

Wprowadzona będzie rozsądna ścieżka eliminowania licznych i kosztownych przywilejów branżowych, uwzględniając ścisły związek składki i świadczenia, tak aby istniały zachęty do opóźniania przejścia na emeryturę oraz zasada, że każdemu pozostającemu w systemie przywilejowi musi odpowiadać transfer środków finansowych z budżetu państwa.

Fundusze emerytalne będą inwestować składki pod ścisłym nadzorem państwa, by oszczędności te były bezpieczne. Składki wpływające do funduszy będą np. inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez skarb państwa i NBP, w jednostki uczestnictwa NFI oraz w nieruchomości itp.

Trzeci filar ubezpieczeniowy tworzyłyby dobrowolne oszczędności gromadzone np. w towarzystwach ubezpieczeniowych, programach emerytalnych organizowanych przez pracodawcę.

Przedstawiciele niektórych zawodów, np. nauczyciele, lekarze, mogliby tworzyć zakładowe, branżowe programy emerytalne.

Stwierdzono, że reforma systemu emerytalnego jest przedsięwzięciem bezprecedensowym w każdej gospodarce. Jej pełne efekty ujawnią się za kilkadziesiąt lat, a pierwsze osoby objęte nowym systemem zaczną pobierać świadczenia w zależności od ostatecznego wariantu reformy za kilkanaście lat.

Związki zawodowe mają pełne prawo wypowiedzania się w sprawach reformy ubezpieczeń. Prawo to wynika z uregulowań ustawowych. Konsultować jednak można dopiero projekt ukształtowany. Reforma tych ubezpieczeń powinna być przeprowadzona niezależnie od trwania kampanii wyborczej do Parlamentu.

Spotkanie zakończyło się wzajemnym zapewnieniem o dalszej współpracy pomiędzy Zespołem Doradców ds. Polityki Społecznej przy Mar-

szałku Senatu a Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej i Pełnomocnikiem Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego. Pierwszym potwierdzeniem tych deklaracji stało się zapoznanie przez Biuro Pełnomocnika Rządu Zespołu Doradców Marszałka Senatu z projektami ustawy o funduszach emerytalnych, koncepcją ustawy o pracowni-
czych programach emerytalnych, założeniami reformy systemu emery-
talno-rentowego w Polsce oraz założeniami ustawy o wykorzystaniu
części majątku Skarbu Państwa na cele związane z reformą systemu
ubezpieczeń społecznych.

Małgorzata Dąbała

30 stycznia 1997 r.

Zespół Doradców do Spraw Polityki Społecznej przy Marszałku Senatu RP, powołany uchwałą Prezydium Senatu z dnia 6 grudnia 1995 roku, pracuje w następującym składzie:

- Maksymilian Delekta** – prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
Jerzy Derkacz – wiceprzewodniczący senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, ordynator Oddziału Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Zamościu,
dr Mieczysław Izdebski – prezes Społecznego Towarzystwa Pomocy Geriatrii,
doc. dr Romana Jaworska – emerytowany pracownik naukowy,
dr Tadeusz Kocon – lekarz w Poradni Chirurgicznej Przychodni Specjalistycznej w Nowym Dworze Mazowieckim,
dr Andrzej Kosiniak-Kamysz – przewodniczący Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie,
prof. dr hab. Hubert Kwieciński – kierownik Kliniki Neurologicznej Akademii Medycznej w Warszawie,
prof. dr hab. Jerzy Leowski – dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie,
dr Alfred Owoc – przewodniczący Naczelnej Rady Nadzorczej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
dr Sławomir Radiukiewicz – doradca Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,
prof. dr hab. Henryk Rafalski – Instytut Medycyny Pracy w Łodzi,
dr Lucjan Szponar – dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia,
Mieczysław Wyględowski – przewodniczący senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, ordynator Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Miejskim w Częstochowie,
dr Jerzy Wysocki – prezes Polskiej Izby Ubezpieczeń,
prof. dr hab. Jerzy Zagórski – dyrektor Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie.

Sekretarz Zespołu Doradców – dr Edward Przychodaj – dyrektor Biura Obsługi Senatorów Kancelarii Senatu.

Celem Zespołu jest opiniowanie problemów dotyczących polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem działań związanych z tworzeniem i wdrażaniem systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz opieki społecznej.