

Roman GARBIEC*

REORGANIZACJA PUBLICZNEGO UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO W POLSCE

DOI: 10.21008/j.0239-9415.2023.088.05

Jednym z głównych powodów reformy systemowo-parametrycznej polskiego systemu ubezpieczeń społecznych w 1999 r. była likwidacja deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Do wdrożonych wówczas rozwiązań należało m.in. wyodrębnienie z FUS funduszu emerytalnego, rentowego chorobowego i wypadkowego wraz z odrębnymi składkami. Podjęta wówczas reforma nie została jednak dokończona, a jej rozwiązania pogarszają funkcjonowanie systemu i jego elementów składowych, takich jak ubezpieczenie chorobowe, a osiągnięte wyniki są gorsze niż przed wdrożeniem reformy. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja skali deficytu finansowego w ubezpieczeniu chorobowym oraz wskazanie działań zmierzających do poprawy jego efektywności poprzez wykorzystanie nowego instrumentu finansowego w postaci Indywidualnego Konta Społecznego. Wprowadzenie tego rozwiązania wraz z rekonstrukcją rozwiązań systemowych i parametrycznych zrównoważy (zdaniem autora) cały system ubezpieczeń społecznych w Polsce. Do analizy deficytu finansowego w ubezpieczeniu chorobowym wykorzystano metodę analizy ekonomicznej i badania dokumentów oraz miernik efektywności finansowej systemu. Na podstawie przeprowadzonej analizy w artykule wskazano możliwości ujednoczenia systemu ubezpieczeń społecznych poprzez realizację idei przezroczności indywidualnej, zapewnienie mu spójności poprzez obligatoryjne stosowanie zasad systemowych oraz zrównoważenie finansowe osiągnięte przy pomocy zaproponowanego narzędzia finansowego i określone zmiany systemowo-parametryczne.

Słowa kluczowe: efektywność finansowa, zmiany systemowe i parametryczne, Indywidualne Konto Społeczne, ubezpieczenie chorobowe, zasiłek chorobowy, Indywidualne Konto Chorobowe

* Politechnika Częstochowska, Wydział Zarządzania. ORCID: 0000-0001-9868-6204.



1. WPROWADZENIE

Reforma polskiego systemu ubezpieczeń społecznych przeprowadzona w 1999 r. była szczególnie w okresie pierwszych lat po jej wdrożeniu przez ekspertów wielokrotnie analizowana i krytykowana¹. Jednymi z wielu argumentów przytaczanych w tych dyskusjach były: jej fragmentaryczność², brak konsekwencji w realizacji zmian i stale utrzymujący się deficyt finansowy Funduszu Ubezpieczeń społecznych (FUS). Aby funkcjonujący aktualnie system był zgodny z regułą równowagi wpływów i wydatków w funduszu ubezpieczeniowym, powinien być zrekonstruowany. Reorganizacja dotychczasowych rozwiązań ukierunkowana powinna być na poprawę jego efektywności finansowej poprzez ujednoczenie systemu, oparcie go na idei indywidualnej przeczności i wprowadzeniu zmian systemowo-parametrycznych.

Artykuł jest próbą prezentacji katalogu niezbędnych zmian w ubezpieczeniu chorobowym, tak by cały publiczny system ubezpieczeń społecznych w Polsce był zrównoważony, jednolity i funkcjonujący zgodnie z ideą indywidualnej przeczności.

Z przeprowadzonej analizy podstaw teoretycznych polskiego systemu ubezpieczeń społecznych wynika, że publiczny system ubezpieczeń społecznych w Polsce, chroniący przed takimi ryzykami socjalnymi, jak: starość (ubezpieczenie emerytalne), niezdolność do pracy lub śmierć żywiciela rodziny (ubezpieczenie rentowe), choroba i macierzyństwo (ubezpieczenie chorobowe) oraz wypadki przy pracy i choroby zawodowe (ubezpieczenie wypadkowe), jest niespójny i oparty na różnych de facto antagonistycznych ideach (solidaryzmu/solidarności i indywidualizmu/indywidualnej przeczności)³. Poza tym systemem (jako wyodrębnione elementy nowego polskiego systemu zabezpieczenia społecznego finansowane techniką ubezpieczeniową) są ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie przed utratą pracy.

Na podstawie analizy polskiego systemu ubezpieczeń społecznych przeprowadzonej za pomocą miernika efektywności finansowej systemu stwierdzić można, że jest on niewydolny i konieczne są działania zmierzające do zrównoważenia jego

¹ Na przykład w publikacjach: Kalina-Prasznic, 2009, s. 58-61; Wagner, 2009, s. 47-52; Domański, 2011, s. 74-77; Żyżyński, 2011, s. 82-102.

² Problematyka polskiego ubezpieczenia chorobowego jest bardzo rzadko poruszana w polskich publikacjach naukowych. W zagranicznych publikacjach naukowych ta problematyka wręcz nie funkcjonuje.

³ W literaturze z zakresu polityki społecznej i ubezpieczeń społecznych najczęściej spotykamy się z pojęciem solidarności i indywidualnej przeczności (przykłady literaturowe są wykazane w tekście artykułu, a także m.in. w: Dobrzański, 2006, s. 13; Radzińska, 2014, s. 61; Szubert, 1987, s. 13; Golinowska, 1994, s. 6). Natomiast na pojęcie antagonizmu pojęć solidaryzm i indywidualizm zwrócił uwagę T. Szumlicz (2013, s. 143 i nast.).



wpływów i wydatków⁴. Możliwym rozwiązaniem tego problemu jest oparcie funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych na idei indywidualnej przezorności i wprowadzeniu Indywidualnego Konta Społecznego w zakresie ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i ubezpieczenia przed utratą pracy. Aby cały system był finansowo równoważony, konieczne są także zmiany w konstrukcji systemu i w stosowanych rozwiązaniach parametrycznych m.in. w ubezpieczeniu chorobowym.

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja skali deficytu finansowego w ubezpieczeniu chorobowym oraz wskazanie działań zmierzających do poprawy jego funkcjonowania. Szczegółowym celem tekstu jest wskazanie możliwości ujednoczenia polskiego systemu ubezpieczeń społecznych poprzez stosowanie jednej wspólnej idei, poprawy jego efektywności finansowej poprzez dokonanie zmian w systemie chorobowym stanowiącym element tego systemu oraz wykorzystanie jednolitego instrumentu finansowego (Indywidualnego Konta Społecznego) do zrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Podstawowymi źródłami danych stanowiących podstawę przeprowadzonej analizy są oficjalne dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Do analizy deficytu finansowego w ubezpieczeniu chorobowym wykorzystano metodę analizy ekonomicznej i metodę analizy aktów prawnych oraz miernik efektywności finansowej systemu.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że możliwe jest dokonanie w systemie zmian systemowych i parametrycznych, które ujednoczą system, poprawią jego efektywność finansową oraz zredukują skalę negatywnych zjawisk występujących w polskim ubezpieczeniu chorobowym.

Artykuł prezentuje, oprócz klasycznych elementów struktury takich jak wstęp, podsumowanie i bibliografia, podstawy metodologiczne przeprowadzonego badania, podstawy aksjologiczne stosowane w polskim systemie ubezpieczenia społecznego charakterystykę finansowania ubezpieczenia chorobowego wchodzącego w skład publicznego systemu ubezpieczeń społecznych, proponowane rozwiązania w zreorganizowanym w ubezpieczeniu chorobowym.

2. PODSTAWY METODOLOGICZNE PRZEPROWADZONEJ ANALIZY

Aby system ubezpieczeń społecznych był efektywny, musi opierać się na rachunku aktuarialnym stosowanym standardowo we wszystkich ubezpieczeniach. W tym przypadku rachunek aktuarialny sprowadza się do zastosowania zasady, by poniesione nakłady (składki) równoważyły lub przewyższały osiągnięte efekty-wypłacone świadczenia. Aby osiągnąć taki stan, konieczne jest co najmniej zrównoważenie wpływów (składek) i wydatków (świadczeń) w systemie (Bezpieczeństwo, 1997, s. 37):

⁴ Więcej na ten temat: Garbiec, 2017a, s. 81-92; Garbiec, 2017b, s. 293-304; Garbiec, 2018a, s. 51-66; Garbiec 2018b, s. 137-148; Garbiec, 2020, s. 31-44; Garbiec, 2021b, s. 111-123.



$$R_o + \frac{1}{(1+r)^n} \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n C_{ij} = \frac{1}{(1+r)^{n+s}} \sum_{k=1}^p \sum_{l=1}^s b_{kl} \quad (1)$$

gdzie:

R_o – rezerwy albo dług początkowy w momencie wprowadzenia systemu,

C_{ij} – wartość składki zapłaconej przez i -tego płatcego w okresie j ,

b_{kl} – wartość świadczenia wypłaconego k -tej osobie w okresie l ,

r – stopa zwrotu (zależnie od systemu stopa zwrotu z inwestycji lub stopa wzrostu funduszu płac),

m – liczba osób płacących składki,

n – liczba okresów płacenia składki,

p – liczba osób pobierających świadczenia,

s – liczba okresów pobierania świadczenia.

Traktując składki na ubezpieczenie jako nakłady (Sk), a wypłacone świadczenia jako efekty (Sw), można sformułować zagregowaną zależność:

$$\begin{cases} \text{dla } Sk \geq Sw + K & f(Se) \geq 1 & \text{system efektywny}^5 \\ \text{dla } Sk < Sw + K & f(Se) < 1 & \text{system nieefektywny} \end{cases}$$

gdzie:

$f(Se)$ – efektywność finansowa systemu ubezpieczeń społecznych,

Sk – składki na ubezpieczenia społeczne,

Sw – świadczenia wypłacane z systemu,

K – koszty administracyjne.

Uwzględniając te zależności, można określić stosowne mierniki efektywności finansowej systemu brutto i netto.

$$WEFS_b = \frac{\sum \text{składki}}{\sum \text{świadczenia} + \text{koszty}} \quad (2)$$

Miernik efektywności finansowej brutto informuje, w jakim stopniu składki pokrywają wypłacane świadczenia z danego systemu i ponoszone koszty administrowania tym systemem.

$$WEFS_n = \frac{\sum \text{składki}}{\sum \text{świadczenia}} \quad (3)$$

⁵ W koncepcji zrównoważonego rozwoju systemu ubezpieczeń społecznych stosowany jest wskaźnik efektywności finansowej systemu, chociaż mogą mieć tu też zastosowanie inne wskaźniki, np. Money's Worth Ratio (MWR), wydolności albo pokrycia wydatków składkami.

Miernik efektywności finansowej netto wskazuje, w jakim stopniu składki pokrywają wypłacane świadczenia z danego systemu (zob. Garbiec, 2013, s. 290).

Zastosowanie tych mierników pozwala na określenie nie tylko wielkości pokrycia wydatków wpływami ze składek, ale także na wskazanie wielkości ponoszonych kosztów.

Na potrzeby niniejszego badania obliczany jest miernik efektywności finansowej netto, którego zastosowanie ma zaprezentować skalę deficytu systemu chorobowego.

3. ZARYS PROBLEMATYKI UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO PREZENTOWANEJ W LITERATURZE MIĘDZYNARODOWEJ W XXI W.

W międzynarodowej literaturze przedmiotu prezentowane są niezbyt często publikacje z tej dziedziny ubezpieczeń społecznych, a ich autorami są naukowcy przedstawiający aktualne problemy ubezpieczenia chorobowego w ich rodzimych krajach. Problematyka poruszana w tych publikacjach to przede wszystkim zagadnienia aktywizacji zawodowej po chorobie, zwolnień lekarskich, etyki ubezpieczonych, konieczności reformowania tego ubezpieczenia lub zaobserwowanych efektów wprowadzonych już zmian⁶ oraz przede wszystkim absencji chorobowej.

⁶ Na przykład Węgry reformują świadczenia chorobowe i rentowe od 2003 r. W rezultacie w latach 2005-2013 średnia dzienna liczba osób pobierających zasiłek chorobowy spadła o połowę, ze 102 do 54 tys. osób. Podobnie liczba zwolnień lekarskich spadła prawie o połowę, z 37 mln do 20 mln. Gdy warunki kwalifikowalności zaostrzyły się, wzrosła liczba bardzo krótkich okresów zwolnień chorobowych za to spadła liczba długich 30 dniowych zwolnień. Co więcej, w ramach tej reformy stopy zastąpienia wynagrodzenia chorobowego również została zmniejszona. Węgierscy eksperci zwracają także uwagę na praktykę korzystania z prawa do urlopu w zamian za zwolnienie lekarskie lub obecność w pracy mimo złego stanu zdrowia z powodu strachu przed utratą pracy. W Szwecji długotrwałe reformy trwają od lat 90. XX w., czego efektem był gwałtowny spadek liczby beneficjentów w latach 2002-2010. Po 2010 r. liczba dni zasiłku chorobowego stopniowo rosła i od 2010 do 2016 r. wzrosła o prawie 70%. W 2015 r. nastąpił silny wzrost nowych przypadków zachorowań. Było to spowodowane głównie zaostrzeniem polityki pieniężnej w zakresie uprawnień do wcześniejszej emerytury (emerytury/renty inwalidzkiej). W Danii, w wyniku różnych zmian wprowadzonych w 2012 r., liczba osób ubiegających się o zasiłek chorobowy spadła o 27% w stosunku do 2015 r. Inną przyczyną niekorzystania ze świadczeń chorobowych w Europie można wiązać z sytuacją ekonomiczną. Badania przeprowadzone w Szwecji, Norwegii i Holandii pokazują, że liczba dni płatnego zwolnienia lekarskiego jest powiązana z cyklami gospodarczymi i w ich trakcie maleje np. w okresach wysokiego bezrobocia. Ponadto w wielu krajach okresy bezrobocia pozwalają na: przejścia na renty inwalidzkie i w ten sposób zmniejszyć liczbę dni płatnego zwolnienia chorobowego. Korelacja ta występuje w Szwecji i w mniejszym stopniu w Finlandii i Danii (Spasowa, Bouget, Vanhecke, 2016, s. 23-24).



Prezentowana problematyka ubezpieczeń chorobowych stanowi element szerszego zagadnienia powszechnych strategii: aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, zmniejszania liczby beneficjentów świadczeń, zmiany roli i wpływu na ten proces pracodawców i podmiotów świadczących opiekę zdrowotną oraz koordynowania zmian w obrębie jurysdykcji programów dotyczących niepełnosprawności zawodowej (McEachen, Ekberg, 2018, s. 1). Obecnie większość państw stosujących model *welfare state* w polityce społecznej zapewnia pewnego rodzaju aktywizację w podstawowych systemach świadczeń socjalnych takich jak ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, różne formy świadczeń nieskładkowych (np. pomoc społeczna) lub programy dla osób niepełnosprawnych. Przepisy te mają na celu wspieranie, zakończenie lub ograniczenie pobierania świadczeń poprzez podjęcie pracy zarobkowej, zachęcanie do awansu zawodowego w lepiej płatnej i stabilniejszej pracy. W niektórych krajach europejskich jednak głównym celem działania jest zatrudnienie poprzez redukcję hojności świadczeń lub zaostreżenie wymogów kwalifikowalności⁷ (Eichhorst, Kaufmann, Konle-Seidl, Reinhard, 2008). W zakresie aktywizacji np. E.A. Karlsson, J.L. Sandqvist, I. Seing i Ch. Ståhl prezentują problematykę aktywizacji ubezpieczonych i podejmowane wysiłki zmniejszające liczbę zwolnień lekarskich w Szwecji, co doprowadziło zdaniem autorów do większego powiązania zabezpieczenia społecznego z pracą i prób ujawniania udawania wśród nieobecnych na zwolnieniu lekarskim (Karlsson, Sandqvist, Seing, Ståhl, 2022, s. 483-493). Natomiast M. Bengtsson i K. Jacobsson w swojej publikacji prezentują nowe ramy instytucjonalne w zakresie ochrony socjalnej w Szwecji, które nazywają „państwem konsolidacyjnym stawiającym przede wszystkim na pracę”. Zdaniem tych autorów reformy mające na celu redukcję polityki państwa opiekuńczego w tym kraju wdrażano poprzez wzmocnienie zasad aktywizacji w systemach zabezpieczenia społecznego oraz politykę obniżania podatków oraz wpływ transformacji podatków dochodowych od pracy na systemy zabezpieczenia społecznego (Bengtsson, Jacobsson, 2018, 155-177).

Oprócz publikacji dotyczących strategii aktywizacji prezentowane są także w tej dziedzinie bardziej szczegółowe artykuły, np. kwestie niezdolności do pracy, absencji chorobowej czy też rozwiązań parametrycznych w stosowanych świadczeniach. Jak stwierdzili M. Palme i M. Persson, wszystkie kraje europejskie posiadają jakąś formę obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek utraty dochodów w czasie niezdolności do pracy. Systemy ubezpieczeń różnią się znacznie w poszczególnych krajach zarówno pod względem mierzalnych podmiotów (takich jak poziom wynagrodzeń), jak i niemierzalnych cech dotyczących faktycznej realizacji programów (Palme, Persson, 2020, s. 85-108).

Aksjologiczne uwarunkowania związane z ubezpieczeniem chorobowym prezentują np. I. Moldvik, Ch. Ståhl i U. Müssener, stwierdzając, że dostosowanie osobistych wartości do norm pracy może wywołać wewnętrzny konflikt i poczucie wstydu

⁷ Kwantyfikowalności rozumianej jako spełnienie określonych kryteriów do uzyskania prawa do świadczenia.



z powodu niemożności dotrzymania ustalonych norm. Aby pozytywnie zmienić narrację o zwolnieniach lekarskich, należy rozpoznać te normy i ich wpływ na tożsamość badanych osób (Moldvik, Ståhl, Müssener, 2021, s. 3031-3040). Szczególnym przypadkiem w publikacjach międzynarodowych odnośnie do podstaw aksjologicznych ubezpieczenia chorobowego jest artykuł o funkcjonowaniu ubezpieczeń chorobowych i zdrowotnych w Niemczech (gdzie zastosowane rozwiązania systemowe obejmuje ubezpieczenia chorobowe i ubezpieczenia zdrowotne razem), którego ewolucję i wdrażane rozwiązania prezentują R. Busse, M. Blunel i F. Knieps. Autorzy ci twierdzą, że naczelną zasadą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej jest solidarność ubezpieczonych. Solidarność przejawia się zarówno po stronie dochodowej, jak i świadczenia ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdzie wszyscy ubezpieczeni, niezależnie od ryzyka zdrowotnego, wpłacają określony procent swoich dochodów, a składki te uprawniają do świadczeń stosownie do potrzeb zdrowotnych – niezależnie od ich statusu społeczno-ekonomicznego. Ich zdaniem systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluowały po to, aby sprostać nowym wyzwaniom, takim jak starzenie się społeczeństwa, nowe technologie diagnostyczne i terapeutyczne oraz wątpliwości co do jakości i opłacalności tego ubezpieczenia (Busse, Blunel, Knieps, 2017, s. 882-897).

Szczegółowo konstrukcje i rozwiązania parametryczne ubezpieczeń chorobowych stosowane w krajach Unii Europejskiej prezentuje publikacja S. Spasovej, D. Bougeta i B. Vanhecke'a, którzy w swoim raporcie definiują i rozróżniają kluczowe pojęcia, takie jak: zwolnienie lekarskie, które dotyczy prawa do nieobecności w pracy w czasie choroby i powrotu do pracy po wyzdrowieniu oraz zasiłek chorobowy, który definiowany jest jako ciągła, ograniczona w czasie wypłata (części) wynagrodzenia pracownika przez pracodawcę w okresie choroby lub świadczenie, które zapewnia system ochrony ubezpieczeniowej i jest wypłacany w formie stałej stawki poprzednich zarobków lub kwoty ryczałtowej (Spasova, Bouget, Vanhecke, 2016, s. 7). Z przeprowadzonych analiz wynika, że w większości krajów pracodawcy ponoszą odpowiedzialność finansową za zasiłek chorobowy w początkowym okresie nieobecności pracownika, po upływie którego rachunek pokrywa publiczny system ubezpieczeń (Fevang, Markussen, Røed, 2014, s. 305-336). W tym zakresie np. w 2019 r. została wydana książka o ubezpieczeniu chorobowym w Szwecji autorstwa R. Lindqvist, która porusza tematykę reform i wyzwań organizacyjnych. I tak od osób długoterminowo chorych oczekuje się udziału w działaniach aktywizacyjnych oraz zwiększenia własnej motywacji i zdolności do pracy. Z wywiadów, materiałów władz publicznych, ustawodawstwa i spraw sądowych, w których ocenia się ubezpieczenie chorobowe i zdolność do pracy, wyłania się obraz, że od jednostki oczekuje się wzięcia odpowiedzialności za własne środki do życia i dobrostan (Lindqvist, 2019). Bardziej ogólnie prezentują przeprowadzone w ciągu ostatnich dziesięcioleci reformy w tym zakresie E.A. Karlsson, J.L. Sandqvist, I. Seing i Ch. Ståhl. Reformy te miały na celu zmniejszenie liczby zwolnień lekarskich. Zdaniem tych autorów odszkodowania za niezdolność ubezpieczonych do pracy są coraz bardziej ograniczane poprzez formalizowanie kryteriów dostępu do świadczeń chorobowych.



A specjaliści zajmujący się systemem opieki społecznej muszą określić, o co chodzi w procesie podejmowania decyzji, np. o uprawnieniach do świadczeń chorobowych. Aby było to możliwe, należy zniwelować rozbieżności między przepisami formalnymi a praktyką (Karlsson, Sandqvist, Seing, Ståhl, 2021, s. 109-124). E. Karlsson w swojej dysertacji z 2022 r. prezentuje zagadnienia zasadności i zrozumiałości oceny i procesy decyzyjne w ramach systemu ubezpieczenia chorobowego w Szwecji, a zwłaszcza legalność i zrozumiałość systemu, który badano przez pryzmat trzech koncepcji teoretycznych: społecznej ważności, znajomości ubezpieczeń społecznych i pokusy nadużycia (Karlsson, 2022, s. 3-100). P. Johansson i M. Palme z kolei w swoim artykule z tego zakresu prezentują poziom rekompensowania utraconych zarobków w szwedzkim krajowym ubezpieczeniu chorobowym (Johansson, Palme, 2005, s. 1879-1890).

W zakresie teorii ubezpieczenia chorobowego podstawy definiowana niezdolności do pracy zaprezentowali V. Lederer, P. Loisel, M.I. Rivard, F. Champagne, którzy skonkludowali w swojej publikacji, że literatura naukowa nie odzwierciedla wspólnej, zintegrowanej definicji (nie)zdolności do pracy. Jednakże poza kilkoma wyjątkami panuje zgoda co do tego, że (nie)zdolność do pracy jest pojęciem relacyjnym wynikającym z interakcji wielu elementów, które wpływają na siebie na różnych poziomach. Sposób definiowania (nie)zdolności do pracy ma ważne implikacje dla dalszych badań wynagrodzeń i rehabilitacji (Lederer, Loisel, Rivard, Champagne, 2014, s. 242-267). Na problem orzekania o zdolności do pracy w Niemczech zwraca uwagę w swoim raporcie B. Baumberg Geiger, który stwierdza, że rząd powinien podjąć szereg działań zmierzających do zmniejszenia barier i wspierania tych osób w powrocie do ponownego zatrudnienia poprzez rehabilitację. Jako przykład stosowania takich rozwiązań m.in. podaje Norwegię i Danię (Baumberg Geiger, 2018, s. 79-92). Na konieczność reformowania ubezpieczenia chorobowego w Niemczech zwracają uwagę N.R. Zienbarth i M. Karlsson, prezentując w swoim artykule problematykę zwiększenia liczby zwolnień lekarskich po wzroście wysokości zasiłku z 80 do 100% utraconych wynagrodzeń brutto. Według autorów publikacji nie ma dowodów na to, że zwiększenie liczby zwolnień lekarskich poprawiło zdrowie pracowników (Zienbarth, Karlsson, 2014, s. 208-239). S. Pichler, korzystając z zagregowanych danych ze 112 niemieckich publicznych funduszy ubezpieczeń chorobowo-zdrowotnych (spośród 145 ogółem), stwierdza, że absencja chorobowa z powodu chorób zakaźnych wykazuje największy wzorzec procykliczny, zgodnie z tezą, że obciążenie pracą jest większe w okresie dobrej koniunktury gospodarczej i dlatego pracownicy muszą chodzić do pracy pomimo choroby (Pichler, 2015, s. 692-710).

Na temat skutków zwolnień lekarskich wypowiedzieli się B. Floderus, S. Goransson, K. Alexanderson, G. Aronsson, którzy we wnioskach ze swoich badań stwierdzili, że negatywne skutki długotrwałego zwolnienia lekarskiego były związane ze spędzaniem czasu wolnego, snem i samopoczuciem psychicznym (Floderus, Goransson, Alexanderson, Aronsson, 2005, s. 291-299). Zdaniem C. Tikki, J. Verbeeka, J.L. Hovinga, R. Kunza długoterminowe zwolnienie lekarskie jest zjawiskiem złożonym. Czynniki medyczne i pozamedyczne mogą opóźnić powrót do pracy, dlatego



ocena zdolności do pracy jest skomplikowana. W ramach wcześniejszego badania opracowano dokumentację służącą identyfikacji czynników związanych z opóźnionym czasem powrotu do zdrowia, aby ułatwić badanie barier i czynników ułatwiających powrót do pracy. Zastosowanie dokumentacji kontrolnej usprawnia praktykę zawodową lekarzy dokonujących oceny zdolności do pracy pracowników przebywających na długotrwałym zwolnieniu lekarskim i wiąże się ze zwiększoną identyfikacją barier i ułatwień powrotu do pracy (Tikka, Verbeek, Hoving, Kunz, 2022, s. 19). Natomiast C.A. Biscardo, A. Bucciol, P. Pertile zbadali problematykę zwolnień chorobowych we Włoszech i wykazali, że mężczyźni, pracownicy poniżej 50. roku życia, osoby po krótkich urloпах lub osoby bez długiej historii choroby z większym prawdopodobieństwem zostaną uznani za zdolnych do pracy (Biscardo, Bucciol, Pertile, 2019, s. 373-386).

Badaniem i analizowaniem absencji chorobowej osób starszych proponują zająć się B. Goštautaitė i Y. Shao, zwracając uwagę na kwestię, że starzenie się wiąże się z większą podatnością na choroby (Goštautaitė, Shao, 2020, s. 130-136). W tym zakresie już wcześniej P.M. Dekkers-Sánchez, J.L. Hoving, J.K. Sluiter, M.H.W. Frings-Dresden przeprowadzili badania absencji chorobowej z których wynika, że istnieją słabe dowody na to, że starszy wiek i historia absencji chorobowej są czynnikami związanymi z długotrwałymi zwolnieniami chorobowymi pracowników znajdujących się na zwolnieniu. Nie ma wystarczających dowodów na wpływ czynników indywidualnych lub związanych z pracą na długotrwałe zwolnienia chorobowe (Deckers-Sanchez, Sluiter, Frings-Dresden, 2008, s. 153-157). Natomiast M. Helgesson, B. Johansson, B. Nordqvist, T. Lundberg i E. Vingård prezentują w swojej publikacji związek między bezrobociem a późniejszą absencją chorobową, rentą inwalidzką i śmiercią wśród młodych ludzi w Szwecji (Helgesson, Johansson, Nordqvist, Lundberg, Vingård, 2015, s. 688-692). A. Lundin, K. Kjellberg, O. Leijon, L. Punnett, T. Hemmingsson z kolei w swoich badaniach stwierdzili, że istnieją powiązania między zdolnością do pracy a absencją chorobową i rentą inwalidzką. We wnioskach wykazali, że wśród badanych istnieje słaba zdolność przewidywania przyszłej długotrwałej absencji chorobowej, renty inwalidzkiej i długotrwałego bezrobocia, co w przyszłości może doprowadzić do ich wykluczenia z rynku pracy. Zjawisko to może być wykorzystywane w monitorowaniu zdrowia publicznego (Lundin et al., 2016, s. 195-203). Co istotne w ubezpieczeniu chorobowym, według J. Hubertssona, I.F. Peterssona, B. Arvidssona, i C. Thorstenssona osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich uznawały interakcję z Social Insurance Agency⁸ i placówkami opieki zdrowotnej za ważną część procesu rehabilitacji. Kontakt z tymi podmiotami był postrzegany jako wpływający na powrót do zdrowia i pracy. Praca na rzecz bardziej spójnego procesu rehabilitacji i oferowanie profesjonalnego poradnictwa pacjentom na zwolnieniach chorobowych może mieć efekt motywujący do powrotu do pracy (Hubertsson et al., 2011, s. 107).

⁸ Szwedzka instytucja ubezpieczeniowa, odpowiednik polskiego ZUS-u.



Badania naukowe absencji chorobowej wykazały, że prowadzi ona do znacznych strat czasu pracy na całym świecie. W niektórych krajach OECD prawie 10% dni pracy w skali roku jest tracone z powodu absencji chorobowej⁹ (zob. Treble, Barmby, 2011). Koszty absencji są znaczne dla samych pracowników, a także dla pracodawców, współpracowników oraz systemów opieki zdrowotnej i systemów świadczeń społecznych. System ubezpieczeń chorobowych (zdrowotnych) ma na celu ochronę osób fizycznych przed utratą zarobków. Wśród świadczeń pieniężnych to ubezpieczenie jest jednym z najważniejszych elementów systemów zabezpieczenia społecznego w Europie. Kluczowym parametrem tego ubezpieczenia jest stopa zastąpienia, czyli stosunek wysokości świadczeń chorobowych do dotychczasowych zarobków (Bockerman, Kanninen, Suoniemi, 2018, s. 569-578). J. Khan i C. Rehnberg, korzystając z analizy krótko- i długoterminowej absencji chorobowej wśród kobiet i mężczyzn, odkryli, że na krótkotrwałą absencję chorobową silniejszy wpływ ma postrzegane bezpieczeństwo pracy (umowa na czas nieokreślony) niż na długoterminową absencję chorobową. Zaobserwowano oznaki pokusy nadużyć w tym zakresie zarówno u pracowników płci żeńskiej, jak i męskiej (Khan, Rehnberg, 2009, s. 421-428). Część badań wskazuje na postawy (ubezpieczonych) jako ważny czynnik absencji chorobowej. W przeprowadzonym w Norwegii badaniu analizowano związek pomiędzy absencją chorobową a postawami, Respondentami stosownej ankiety byli norwescy pracownicy służby zdrowia. Z badania wynikało, że pracownicy mają bardziej łagodne podejście do zwolnień na podstawie własnego oświadczenia, w przeciwieństwie do zwolnień lekarskich zaświadczonych przez lekarza rodzinnego. Co więcej, nie znaleziono dowodów na to, że postawy są w stanie wyjaśnić stale obserwowane różnice w wielkości absencji między różnymi grupami demograficznymi (Hauge, Ulvestad, 2017, s. 27). P. Hesselius, P. Johansson, J. Nilsson przeprowadzili na szeroką skalę eksperyment społeczny mający zbadać wpływ leczonych pracowników na nieleczonych odnośnie do absencji chorobowej. Eksperyment zmienił postawy badanych pracowników, gdzie stwierdzono, że duży odsetek leczonych współpracowników znacznie zwiększył poziom absencji chorobowej wśród nieleczonych (Hesselius, Johansson, Nilsson, 2009, s. 583-594). Zdaniem A. Cazenave-Lactrouzta i A. Godzinskiego zmiany systemu zwrotu kosztów zwolnienia chorobowego często stosowano w celu ograniczenia problemów zdrowotnych i związaną z tym absencją. Badanie przeprowadzone we Francji wykazało, że wprowadzenie 1-dniowego okresu wyczekiwania na świadczenie zmniejsza częstość występowania absencji krótkotrwałych, natomiast wzrasta liczba długotrwałych nieobecności. Spadek absencji krótkoterminowej jest większy w przypadku kobiet, młodych pracowników i pracujących kilka dni w tygodniu. Ogólnie rzecz biorąc, dochodzimy do wniosku, że polityka ta nie przyczyniła się do zmniejszenia absencji (Cazenave-Lactrouzt, Godzinski, 2018).

Na podstawie przeglądu problematyki ubezpieczenia chorobowego prezentowanej w literaturze międzynarodowej zauważyć można, że skupia się ona przede

⁹ Na podstawie bazy danych DICE (DICE, 2017).



wszystkim na rozwiązaniach parametrycznych i ich negatywnych skutkach (np. absencji chorobowej), a mniej na propozycjach reformowania tego rodzaju ubezpieczenia społecznego.

4. PODSTAWY AKSJOLOGICZNE FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIA CHOROBY W POLSCE

Aktualnie ubezpieczenie chorobowe w Polsce po reformie z 1999 r. jest jednym z czterech elementów pozarolniczego publicznego systemu ubezpieczeń społecznych. W systemie tym obecnie jest:

- ubezpieczenie emerytalne obejmujące ryzyko starości i realizowane zgodnie z ideą indywidualnej przeczności, gdzie świadczenie jest wyliczane zgodnie z formułą zdefiniowanej składki,
- ubezpieczenie rentowe obejmujące ryzyko śmierci żywiciela rodziny oraz długotrwałej niezdolności do pracy i realizowane zgodnie z ideą solidaryzmu, gdzie świadczenie jest wyliczane zgodnie z formułą zdefiniowanego świadczenia,
- ubezpieczenie chorobowe obejmujące ryzyko choroby i macierzyństwa i realizowane zgodnie z ideą solidaryzmu, gdzie świadczenie jest wyliczane zgodnie z formułą zdefiniowanego świadczenia¹⁰,
- ubezpieczenie wypadkowe obejmujące ryzyko wypadków przy pracy i chorób zawodowych i realizowane zgodnie z ideą indywidualnej przeczności¹¹.

Podstawą prawną funkcjonowania ubezpieczenia chorobowego jest ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 r. wraz ze zmianami, która określa wysokość składek i wskazuje podmioty zobowiązane do opłacania składki oraz ustawa z 25 czerwca 1996 r. wraz ze zmianami o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa określająca rodzaje świadczeń i kryteria nabywania do nich prawa.

Już sam okres wprowadzenia przepisów tej ostatniej ustawy informuje, że ubezpieczenie to nie było przedmiotem zmian wprowadzonych tzw. reformą systemową w 1999 r. Dyskusje w gronach eksperckich i naukowych skupione były od kilkudziesięciu lat na problemach emerytalnych, natomiast odnośnie do ubezpieczenia chorobowego podejmowane były rzadko i przede wszystkim w latach 90. XX w. (przed wejściem w życie ustawy z 25 czerwca 1996 r.). Nieliczne próby dyskusji na

¹⁰ Wysokość świadczeń wyliczana jest jako rekompensata utraconego wynagrodzenia i nie jest ono uzależnione od częstotliwości korzystania ze świadczeń i wysokości opłacanych składek. Ujęcie tego rodzaju ryzyka w publicznym systemie ubezpieczeń wynikało z założenia, iż ma ono zagwarantować rekompensatę utraconych zarobków (idea solidaryzmu).

¹¹ Każdy płatnik składek (pracodawca) ma wyliczony indywidualny wskaźnik wysokości składek uzależniony od częstotliwości i stopnia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkami przy pracy w danej firmie (idea indywidualnej przeczności).



temat zmian parametrycznych w ubezpieczeniu chorobowym zaistniały w pierwszych latach po wejściu w życie reformy, gdzie zwracano uwagę na konieczność dokonania zmian w ubezpieczeniu rentowym i chorobowym¹². Jako argumentu używano wówczas twierdzenia, że te dwa systemy (rentowy i chorobowy) nie zostały zreformowane w 1999 r.

Jak zauważa T. Szumlicz, zasadniczą przesłanką (cechą) prowadzonej przez państwo polityki społecznej powinien być solidaryzm. W nim należałoby upatrywać istoty życia społecznego, które polega na współdziałaniu, współzależności i współodpowiedzialności. Stwierdzenie takie co do zasady wydaje się uprawnione, choć odpowiedzi na pytania o sens solidaryzmu i o powody niechęci do niego¹³ mogą być przedmiotem nie tylko wszechstronnych i dociekliwych rozważań, ale też pobieżnych opinii i politycznych sporów, zazwyczaj wypaczających jego właściwy sens (Szumlicz, 2013, s. 143).

Natomiast za niezwykle wymowne trzeba uznać stwierdzenie, iż solidarność jest obecnie w naszym kraju wartością lekceważoną wobec dominującej wartości indywidualizmu i wolności, spychaną na margines czy nawet zapominaną w podstawowych regulacjach oraz reformach instytucji życia społecznego (Golinowska, 2012, s. 36).

Z literatury przedmiotu wynika, że treścią solidarności społecznej jest wynikające z istniejącej współzależności przejmowanie przez wspólnotę pewnych ciężarów i obowiązków, które prowadzą do społecznego wyrównania w ramach tego zgromadzenia (Lach, 2013, s. 16). Idea solidarności wyraża się w finansowaniu opartym na składce, której wysokość nie jest różnicowana indywidualnie dla każdego ubezpieczonego ze względu na jego cechy, czyli indywidualne ryzyko (zob. Szubert, 1987, s. 15). Aspektem solidarności społeczności ryzyka w ubezpieczeniach chorobowych, jest jednolita stopa procentowa stosowana do obliczania składki na ubezpieczenie. Sama społeczność jest tworzona z osób narażonych na to ryzyko, a więc płacąc relatywnie niskie składki, osoby te mogą uzyskać gwarancję ochrony (świadczenia)

¹² Proponowana była zmiana okresu wypłaty tzw. wynagrodzenia chorobowego z dotychczasowych 33 dni do 7. Efektem tych zmian musiałaby być podwyżka składki na ubezpieczenie chorobowe ze względu na znaczny wzrost kwot wypłacanych zasiłków przez ZUS. Podobny charakter miała propozycja zmiany postulowana przez Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej zmierzająca do skrócenia okresu wypłaty wynagrodzenia z 33 dni do 30 (Wratny (red.), 2006, s. 47-71). Natomiast w propozycji Komisji Kodyfikującej Prawo Pracy postulowano podział pracodawców według kryterium ilości zatrudnianych osób, gdzie pracodawcy zatrudniający do 20 pracowników płacili by wynagrodzenie chorobowe przez 7 dni, a pozostali przez 14 dni. W zakresie świadczeń macierzyńskich dyskutowane były i wprowadzone w życie zmiany wydłużające kres wypłaty tego świadczenia. Propozycje zmian w tym zakresie składane były przez komisje poselskie i senackie. Nie dyskutuje się problemu objęcia świadczeniami macierzyńskimi osób nieobjętych dotychczas tymi prawami. Część z omawianych wówczas rozwiązań parametrycznych w ubezpieczeniu chorobowym została już wdrożona.

¹³ O niechęci do idei solidaryzmu pisze S. Golinowska (2012, s. 36-38).



w przypadku materializacji ryzyka. Jednak członkowie społeczności mają nierówną zdolność udźwignięcia tego ciężaru i nierówną podatność na ryzyko i jego konsekwencje. Zasada solidarności przejawia się w tym przypadku w tym, że wszyscy ludzie zależą od swoich umiejętności, uczestnicząc w tworzeniu społeczności ryzyka tę społeczność na dłuższy lub krótszy okres. Rekompensata przysługuje tylko członkowi społeczności, który poniósł szkodę (tj. w stosunku do kogo ryzyko się zmaterializowało). Może się zdarzyć, że dany ubezpieczony nigdy z niego nie skorzysta, ponieważ w jego przypadku ryzyko się nie zmaterializuje. Jednak jego/jej składki zostaną przeznaczone na sfinansowanie świadczeń wypłacanych osobom, które jeszcze tego nie zrobiły i dla kogo ryzyko się zmaterializowało (zob. Przybyłowicz, 2019, s. 48, 63). W ten sposób wszyscy przyczyniają się do tworzenia funduszu, choćby ich sytuacja nie wskazywała na konieczność sięgnięcia do jego zasobów w najbliższym czasie, a pomoc uzyskują osoby dotknięte ryzykiem socjalnym. W literaturze określane jest to mianem solidarności poziomej (zob. Rymśza, 2005, s. 46-52). Należy przy tym zaznaczyć, że brak różnicowania składki pod kątem indywidualnego ryzyka nie oznacza jednakowej kwoty dla wszystkich, gdyż jest ona wyrażona jako określony procent wynagrodzenia, dlatego osoby lepiej uposażone płacą wyższe składki. W związku z tym wskazuje się, że solidarność w ubezpieczeniach społecznych ma do pewnego stopnia służyć także wyrównywaniu różnic w dochodach i sytuacji społecznej ubezpieczonych (solidarność pionowa) (Sanetra, 2014, s. 36).

Na zmianę teoretycznych podstaw funkcjonowania ubezpieczeń społecznych w Polsce zwrócił uwagę M. Benio, który stwierdził, że od początku transformacji gospodarczej i ustrojowej w Polsce daje się zaobserwować ogólną tendencję do ograniczania bezpośredniej odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo socjalne obywateli na rzecz ich własnej przeczności i zaradności. Proces ten można nazwać niedostrzeganą prywatyzacją ubezpieczeń społecznych (Benio, 2006, s. 55). Podstawową przyczyną tego stanu rzeczy jest według J. Ruteckiej i B. Więckowskiej ograniczoność zasobów przeznaczonych na politykę społeczną (Rutecka, Więckowska, 2015, s. 132). Aktualnie stosowany standard w polskim systemie ubezpieczeń społecznych (przynajmniej w systemie emerytalnym i wypadkowym) to tzw. prywatyzacja odpowiedzialności, czyli de facto komercjalizacja. Już M. Drakeford wskazywał prywatyzację jako metodę komercjalizacji polityki społecznej. Jego zdaniem komercjalizacja polityki społecznej polega na prywatyzacji i/lub urynkowaniu polityki społecznej (Drakeford, 2000, s. 18-19) Dokonuje się ona przede wszystkim poprzez „prywatyzację odpowiedzialności” (indywidualizacja odpowiedzialności za siebie i swoich najbliższych) (Grewiński, 2011, s. 30-31).

Reforma z 1999 r. radykalnie zmieniła polski system ubezpieczenia społecznego, dzieląc go na cztery rodzaje ubezpieczania, z których połowa jest realizowana zgodnie z ideą indywidualizmu (indywidualnej przeczności), a druga zgodnie z ideą solidaryzmu. Dodatkowo w tych ubezpieczeniach zastosowano różne formuły wyliczania świadczeń, co jeszcze pogłębia różnice pomiędzy elementami systemu.



Aktualnie w ubezpieczeniu chorobowym w Polsce mamy do czynienia z solidaryzmem i maksymalizacją rekompensaty zrealizowanego ryzyka choroby, co oznacza, że na wysokość zasiłku chorobowego wpływa nie wysokość i czas opłacania składek (zgodnie z ideą indywidualnej przeczności) przez ubezpieczonego, lecz solidarna zrzutka wszystkich ubezpieczonych na rzecz poszkodowanego według formuły zdefiniowanego świadczenia.

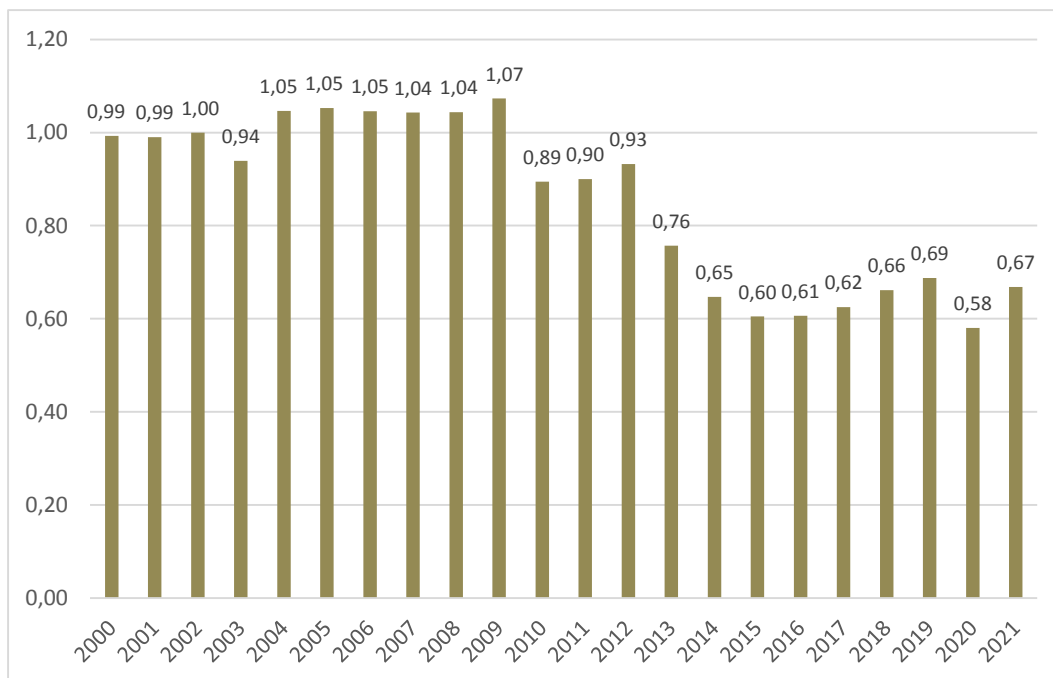
5. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ CHOROBOWYCH W POLSCE

W polskim systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczenie chorobowe chroni od ryzyka choroby i macierzyństwa. Skorelowanie odmiennych rodzajów ryzyka razem w jednym ubezpieczeniu jest niejednoznaczne i dyskusyjne. Trudno ciężę i okres okołoporodowy traktować jako chorobę, skoro jest to naturalny stan organizmu, dlatego zestawienie tych ryzyk społecznych razem w jednym elemencie systemu i finansowanie go określoną techniką nie jest (zdaniem autora) rozwiązaniem idealnym. Obecnie z ubezpieczenia chorobowego wypłacane są zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne oraz zasiłki wyrównawcze związane z okresem niezdolności do pracy z powodu choroby oraz zasiłki macierzyńskie i opiekuńcze związane z ryzykiem macierzyństwa i opieką na dziećmi (zdrowymi i chorymi). Wszystkie te świadczenia finansowane są składką opłacaną w całości przez ubezpieczonego. Efektywność finansową (stopień pokrycia wydatków składkami) tego rozwiązania prezentuje rys. 1.

Kilka pierwszych lat funkcjonowania nowego rozwiązania gwarantowało nadwyżkę wpływów nad wydatkami. W związku z tym, że nie wprowadzano w tym okresie zmian legislacyjnych (powodem tego stanu rzeczy była zwiększona absencja chorobowa i rozluźnienie procedur postępowania przy przyznawaniu prawa do świadczeń chorobowych), gwałtownie wzrosła kwota zakwestionowanych zasiłków (zob. Kasprzycki, 2018, s. 63). Z pewnością powodem deficytu funduszu chorobowego nie jest niski poziom ściągłości składek (na poziomie ponad 99%) ani skala nadużyć (rzędu 16-37 mln zł rocznie w badanym okresie). Przyczyną jest niedostosowanie poziomu składki do wielkości ryzyka oraz przede wszystkim stosowane rozwiązania aksjologiczne, których konsekwencją są obowiązujące rozwiązania parametryczne.

Niestety, od 12 lat fundusz chorobowy musi być dofinansowywany przez podatników. Powodem tego jest nadal zwiększona absencja chorobowa przy porównywalnej liczbie osób ubezpieczonych (płacących składki). Dalsze jego funkcjonowanie w takiej formie budzi wątpliwości co do słuszności stosowanego rozwiązania. Dodatkowo perspektywy finansowe ubezpieczeń chorobowych na najbliższe lata są niezmiennie i niezależnie od przyjętych założeń makroekonomicznych zawsze deficytowe, co prezentuje rys. 2.

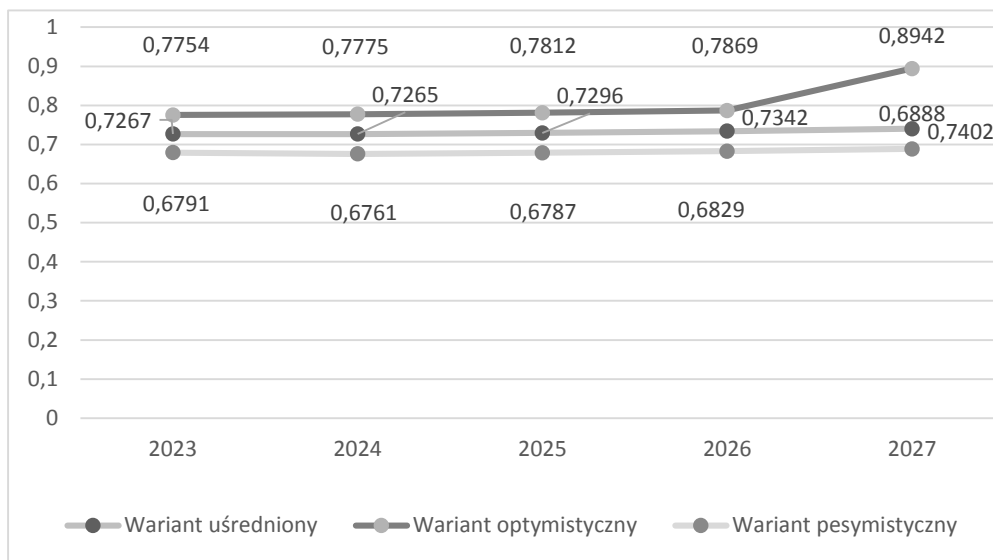




Rys. 1. Efektywność finansowa¹⁴ ubezpieczenia chorobowego w Polsce (obliczenia własne na podstawie Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych, 1999-2008; Ważniejsze informacje, 2010-2022)

Prognozy ZUS na najbliższe lata nie przewidują poprawy efektywności finansowej ubezpieczenia chorobowego w żadnym z trzech opracowywanych wariantów: pesymistycznego, uśrednionego czy też nawet optymistycznego. W Prognozach zastosowano tzw. model FUS19, gdzie metody obliczeniowe szacują osobno wydatki na poszczególne świadczenia wypłacane z funduszy: emerytalnego, rentowego, wypadkowego i chorobowego. Wpływy również prognozujemy w podziale na poszczególne fundusze. Uwzględniamy przy tym różne liczby osób objętych ubezpieczeniami: emerytalnym i rentowymi, wypadkowym oraz chorobowym (Prognoza, 2021, s. 5).

¹⁴ Efektywność finansowa to iloraz składek i świadczeń określony w podstawach metodologicznych aktualnie przeprowadzonej analizy jak i wcześniej publikowanych badaniach. W literaturze przedmiotu (np. raporty i prognozy ZUS) stosowane są także pojęcia: stopień pokrycia wydatków składkami (raporty ZUS) lub wydolność rozumiana jako iloraz wpływów i wydatków (prognozy ZUS). Wskaźnik efektywności finansowej systemu ubezpieczeń społecznych (zob. Garbiec, 2013, s. 29) można też alternatywnie nazwać wskaźnikiem zrównoważonego systemu ubezpieczeń społecznych).



Rys. 2. Prognozy efektywności finansowej ubezpieczenia chorobowego w latach 2023-2027 (opracowanie własne na podstawie danych ZUS, Prognoza, 2022- 2027)

Pozostawienie aktualnych rozwiązań będzie stale powodowało deficyt zarówno funduszu chorobowego, jak i w konsekwencji całego FUS. Z uwagi na uwarunkowania społeczno-ekonomiczne trudno jest decydom¹⁵ podwyższać wysokość składki na to ubezpieczenie. W obecnej sytuacji alternatywą dla podwyższania składki jest więc obniżenie wysokości wypłacanych świadczeń i usunięcie nadużyć w wypłatach zasiłków chorobowych.

Jak zauważa S. Kasprowski, analiza orzeczeń sądowych z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych wskazuje typowe przykłady najczęściej występujących dotychczas nieprawidłowości w obszarze prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego:

- wnioskowanie o wypłatę świadczenia przez osobę zgłoszoną do ubezpieczeń na podstawie pozornej umowy o pracę,
- wnioskowanie o wypłatę świadczenia przez osobę zgłoszoną do ubezpieczeń na podstawie pozoru prowadzenia działalności gospodarczej,
- zawyżenie podstawy wymiaru naliczenia świadczenia w związku ze znacznie zawyżonym poziomem przyznanego wynagrodzenia,
- zawyżenie podstawy wymiaru naliczenia świadczenia w związku z obliczoną zbyt wysoką podstawą wymiaru składek osoby prowadzącej działalność gospodarczą,

¹⁵ Posłom, senatorom oraz prezydentowi RP.

- wykorzystywanie zwolnienia od pracy z powodu choroby, na podstawie którego wypłacany jest zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z jego przeznaczeniem,
- uzyskanie zwolnienia lekarskiego od pracy w sytuacji braku wskazań medycznych (Kasprowski, 2018, s. 54-57)¹⁶.

Tabela 1. Nadużycia w zakresie zasiłków chorobowych w Polsce w latach 2016-2021¹⁷

Rok	Liczba zaświadczeń lekarskich (w tys.)	Liczba kontroli (w tys.)	Liczba wstrzymanych zasiłków chorobowych (w tys.)	Udział wstrzymanych zasiłków w liczbie zwolnień lekarskich (w %)	Kwota wstrzymanych zasiłków (w tys. zł)
2016	19 204,0	569,5	22,2	0,1156	16 294,1
2017	19 792,4	498,2	25,1	0,1268	23 201,3
2018	19 948,5	496,3	32,6	0,1634	31 232,3
2019	19 913,0	574,1	39,9	0,2003	37 449,6
2020	20 725,1	275,4	16,7	0,0805	18 346,0
2021	20 451,8	353,2	18,3	0,0894	15 058,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informacji statystycznych o wynikach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/informacja-statystyczna-o-wynikach-kontroli-prawidlowosci-orzekania-o-czasowej-niezdolnoscido-pracy> (18.08.2023) oraz Absencji chorobowej, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa> (18.08.2023).

Jak można wnioskować z przytoczonych danych, liczba wstrzymanych wypłat zasiłków (czyli zidentyfikowana liczba nadużyć) jest niewielka w stosunku do liczby wystawionych zwolnień lekarskich (czyli liczby wypłaconych zasiłków). Powodem tego stanu rzeczy jest zbyt mała liczba kontroli przeprowadzanych przez ZUS. Ponadto okres pandemii COVID-19 radykalnie zmniejszył liczbę przeprowadzonych kontroli w latach 2020-2021.

¹⁶ Bardziej szczegółową charakterystykę i interpretację prawną stosowanych nadużyć w zakresie pobierania zasiłków chorobowych prezentuje w rozprawie doktorskiej B. Jasieniewicz-Radzewicz (2021, s. 137-159).

¹⁷ Obecnie nie ma dostępnych danych na temat nadużyć w zakresie kontroli zasadności pobierania zasiłków chorobowych takich jak grupy zawodowe, wiek ubezpieczonych, płeć ubezpieczonych, miejsce zamieszkania, wielkość podmiotów zatrudniających itp. Tak szczegółowe analizy prowadzone są tylko w przypadku absencji chorobowej.

6. PROPONOWANE ROZWIĄZANIA W ZREORGANIZOWANYM UBEZPIECZENIU CHOROBY

Koncepcja polskiego pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych zakłada wdrożenie określonego instrumentu finansowego (IKS – Indywidualnego Konta Społecznego) oraz szeregu zmian systemowych i parametrycznych między innymi wyodrębnienia ubezpieczenia macierzyńskiego z ubezpieczenia chorobowego (wyodrębnienie polegałoby na proporcjonalnym podziale aktualnej składki). Ubezpieczenie to powinno być połączone ze świadczeniami rodzicielskim i finansowane techniką hybrydową (ubezpieczeniowo-zaopatrzeniową)¹⁸.

Przeprowadzona w 1999 r. reforma nie traktowała systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce jako systemu jednorodnego, lecz jako konglomerat różnych systemów (emerytalnego, rentowego, chorobowego, wypadkowego) działających według różnorodnych idei i metod finansowania należnych świadczeń. Z całego katalogu dotychczas wprowadzonych zmian powstał więc „twór” skomplikowany, niespójny i nieefektywny¹⁹. Dlatego istotne jest (zdaniem autora) jego uporządkowanie i ujednoczenie całego systemu, które oprócz zrealizowania tych oczekiwań powinien zapewnić zrównoważony rozwój oparty na zastosowaniu odpowiedniego instrumentu finansowego zapewniającego zbilansowanie wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Do proponowanych rozwiązań w zakresie ujednoczenia systemu działającego na podstawie idei indywidualnej przezroczności należą:

- Wprowadzenie Indywidualnego Konta Chorobowego (IKCh), gdzie każdy ubezpieczony miałby indywidualnie kalkulowaną składkę na ubezpieczenie choro-

¹⁸ Istotny w kategoriach finansowych jest podział aktualnej składki chorobowej. Przyjmując średnią arytmetyczną z badanego okresu (w wysokości 61,34% na świadczenia chorobowe) za podstawę podziału tej składki na ubezpieczenie chorobowe i ubezpieczenie macierzyńskie (rodzicielskie) to podział aktualnej składki chorobowej w wysokości 2,45% powinien być następujący: 1,50% składka na ubezpieczenie chorobowe, 0,95% składka na ubezpieczenie macierzyńskie (rodzicielskie) (zob. Garbiec, 2021, s. 55). Wyodrębnienie ubezpieczenia macierzyńskiego finansowane inną techniką nie przyniesie negatywnych skutków demograficznych, gdyż kobiety w ciąży chronione byłyby w innym elemencie systemu i ich świadczenia związane z chorobą w okresie ciąży i porodu byłyby korzystniejsze (np. według dotychczasowych rozwiązań) od proponowanych w artykule. To rozwiązanie także powoduje, że zaproponowany mechanizm naliczania składki nie koliduje z założeniami „Strategii demograficznej 2040”.

¹⁹ Przed wprowadzeniem reformy stary system realizowany był według idei solidaryzmu bez wyodrębnienia rodzajów ubezpieczeń. Jego efektywność finansowa była początkowo (do momentu wprowadzenia przywilejów branżowych w latach 80. XX w.) na poziomie powyżej 1,0 (nadwyżka wpływów nad wydatkami). Przez kolejne lata efektywność ta spadała do poziomu 0,84-0,90. Poziom ten był znacznie wyższy niż aktualna efektywność finansowa systemu (więcej na ten temat zob. Garbiec, 2013).



bowe (szczegóły poniżej) finansującą jego świadczenia w razie faktycznej niezdolności do pracy, a jednocześnie zwiększającej (w razie niewykorzystania środków na świadczenie chorobowe) środki na IKS.

- Ujednoczenie wysokości świadczeń chorobowych poprzez wprowadzenie jednokowej wysokości zasiłku chorobowego²⁰, świadczenia rehabilitacyjnego i likwidację zasiłku wyrównawczego. Ujednoczone świadczenie rehabilitacyjne winno być przyznawane jako przedłużony zasiłek chorobowy tzn. w tej samej wysokości w okresie od 183. do 365. dnia choroby, jeśli stan zdrowia osoby ubezpieczonej rokuje powrót do zdrowia.

Podstawowe proponowane rozwiązanie w reorganizacji publicznego ubezpieczenia chorobowego w Polsce to zindywidualizowanie wysokości składki uzależnione od częstotliwości korzystania z zasiłku chorobowego. W tym rozwiązaniu im większa ilość pobieranych świadczeń w określonym czasie, tym wyższa składka.

Aby zindywidualizować wysokość składki chorobowej w polskim systemie ubezpieczeń społecznych, należy przyjąć określoną metodę kalkulacji tej składki, gdzie miesięczna wysokość składki dla każdego ubezpieczonego byłaby kalkulowana w następujący sposób:

$$S = RK\dot{S} + UF / 12 \geq 1,5\%^{21}$$

gdzie:

S – indywidualna (miesięczna) wysokość składki na ubezpieczenie chorobowe = zakładana kwota wypłaconych świadczeń,

RK \dot{S} – roczna kwota wypłaconych świadczeń w poprzednim roku kalendarzowym,

UF – uzupełnienie funduszu w przypadku wykorzystania przez ubezpieczonego w ubiegłym roku większej niż przeciętnie liczby dni chorobowych przypadających na tego ubezpieczonego²².

²⁰ Zasady funkcjonowania zasiłku chorobowego w nowej wysokości zaprezentowane zostaną w dalszej części tekstu.

²¹ Jak wynika z analizy struktury wypłacanych świadczeń chorobowych w Polsce, świadczenia chorobowe stanowią ok. 5% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne z 2,45% składki na ubezpieczenie chorobowe, pozostała część składki finansuje świadczenia macierzyńskie i opiekuńcze (Garbiec, 2021a, s. 55).

²² Stopa składki będzie rosła tylko w przypadku zwiększonej zachorowalności w poprzednim okresie. Propozycja zakłada coroczną zmianę kalkulacji wysokości składki, ale mogłoby to być także w innych okresach, np. trzyletnich. Coroczna kalkulacja nie spowoduje gwałtownego wzrostu składki np. ze względu na zwiększoną zachorowalność spowodowaną wiekiem, bo częsta kalkulacja składki spowoduje systematyczny, lecz niezbyt duży wzrost składki. Zaoszczędzone w wyniku mniejszej zachorowalności danego ubezpieczonego środki będą co roku zwiększać jego kapitał gromadzony w Indywidualnym Koncie Społecznym, co automatycznie będzie zwiększało jego emeryturę z I filaru (pozwoli uniknąć w przyszłości tzw. głodowych emerytur). To rozwiązanie będzie motywowało do uczestnictwa w tym systemie.

Formuła obliczania rocznej kwoty świadczeń byłaby następująca:

$$RK\dot{S} = \text{Jednodniowy zasiłek chorobowy} \times (t_K + t_R)$$

gdzie:

$$\Delta t_{K\min} < t_R \leq \Delta t_{K\max}$$

gdzie:

$RK\dot{S}$ – roczna kwota świadczenia,

t_K – liczba dni chorobowych przypadających na ubezpieczonego w ubiegłym roku,

t_R – liczba dni tzw. rezerwy finansowej mierzonej z jego średniej absencji chorobowej z ostatnich 10 lat,

$\Delta t_{K\min}$ – minimalna liczba dni chorobowych przypadająca na ubezpieczonego w ostatnich 10 latach,

$\Delta t_{K\max}$ – maksymalna liczba dni chorobowych przypadająca na ubezpieczonego w ostatnich 10 latach.

Zindywidualizowanie wysokości składki byłoby najskuteczniejszym narzędziem likwidacji nadużyć w zakresie wypłaty świadczeń.

Jednakowa dzienna stawka zasiłku chorobowego dla wszystkich ubezpieczonych jest standardem w niektórych państwach europejskich, takich jak np. Islandia, Malta, Wielka Brytania, Irlandia (<https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>) i zapewnienia ubezpieczonym jednakową rekompensatę za czas niezdolności do pracy z powodu choroby. Celem tego rozwiązania jest zapewnienie niezbędnych (minimalnych)²³ środków finansowych w czasie choroby, a nie rekompensowanie utraconych zarobków. Wszystkie środki zaopatrzenia medycznego w Polsce przysługują osobom ubezpieczonym na jednakowych zasadach (np. leki nie są droższe dla chorych o wysokich zarobkach, a tańsze dla osób osiągających minimalne wynagrodzenie) stąd koszty odzyskania zdolności do pracy są identyczne. Ponadto w systemie świadczeń chorobowych nadużywane są zwolnienia lekarskie, gdzie inicjatorem tego nadużycia jest pacjent, a wysokość świadczeń kalkulowana w zależności od osiąganego wynagrodzenia powoduje, że ubezpieczonym często „opłaca się” chorować.

Jak prezentuje tab. 2, efekty finansowe wprowadzonych zmian systematycznie rosną, efektem czego byłyby mniejsze wydatki na zasiłki chorobowe, a zastosowanie instrumentu finansowego w postaci IKS w dalszej perspektywie czasowej powiększyłyby ubezpieczonym ich emerytury.

Dlatego zasadne byłoby (zdaniem autora) przyjęcie dziennej stawki kwotowej, której wprowadzenie mobilizowałoby ubezpieczonych do nienadużywania zwolnień lekarskich i zawierania dodatkowych ubezpieczeń chorobowych. Innym sposobem walki z nadużyciami w zakresie zasiłków chorobowych mogłaby być stopniowa redukcja wysokości zasiłku w zależności od czasu choroby²⁴.

²³ Wyższy poziom świadczeń powinno zapewnić tzw. doublebezpieczenie (więcej nt. doublebezpieczenia zob. Szumlicz, 2013, s. 163 i Szumlicz, 2005, s. 169 i nast.) w postaci dobrowolnego filaru chorobowego finansowanego oddzielnie przez ubezpieczonego.

²⁴ Tak jak we Włoszech w przypadku osób pracujących w sektorze publicznym.



Tabela 2. Skutki finansowe zmiany metody kalkulacji wysokości zasiłku chorobowego na przykładzie lat 2016-2021

Rok	Liczba dni chorobowych (w tys.)	Wysokość wypłaconych świadczeń (w mln zł)	Potencjalna wysokość świadczeń według nowej formuły ¹ (w mln zł)	Różnica pomiędzy zrealizowanymi świadczeniami a świadczeniami w nowej formule (w mln zł)
2016	220 188	16 283,5	13 578,2	13 652,1
2017	229 592	17 651,4	15 306,1	15 382,6
2018	226 770	18 444,5	14 286,5	15 873,9
2019	226 097	19 748,8	16 957,2	16 957,2
2020	246 513	22 933,2	21 364,4	18 981,5
2021	249 924	24 527,0	24 259,5	23 327,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Wdrożenie proponowanych zmian w systemie chorobowym spowodowałoby racjonalizację jego wydatków (zmniejszenie absencji, likwidacja nadużyć ubezpieczeniowych) oraz przyczyniłoby się do zwiększenia wysokości emerytury każdego ubezpieczonego w systemie publicznym, a także byłoby skutecznym narzędziem zrównoważenia publicznego systemu ubezpieczeń społecznych.

7. PODSUMOWANIE

Problematyka ubezpieczeń chorobowych nie jest zbyt często badana i prezentowana w literaturze polskiej i międzynarodowej, jednak, jak zostało to przedstawione w artykule, w tym elemencie ubezpieczeń społecznych występują problemy i zjawiska wymagające korekty. Dlatego reorganizacja polskiego systemu ubezpieczeń społecznych jest konieczna, gdyż argumenty finansowe wskazane w tekście są jednoznaczne. Niedokończenie reformy systemu z 1999 r., świadome odstępstwa od jednolitości idei systemowych, permanentne działania ukierunkowane na interesy określonych grup zawodowych powodują, że system ten zdąży do załamania finansowego. Tolerowanie tego samu rzeczy jest krótkowzroczne. W niniejszym artykule podjęta została próba przedstawienia rozwiązania tych problemów z wykorzystaniem określonego instrumentu finansowego (Indywidualnego Konta Społecznego), tak by doprowadzić do poprawy finansów systemu emerytalnego poprzez zwiększenie odpowiedzialności indywidualnej każdego ubezpieczonego za jego składki i nieprzekazywanie ich do wspólnego funduszu, z którego korzystać można na niejednakowych zasadach (nadużycia ubezpieczeniowe). Proponowany instrument finansowy funkcjonowałby zgodnie z ideą indywidualnej przeczności w całym systemie,



gdzie regułą jego działania jest system naczyń połączonych. Ponadto skomasowanie w tym rozwiązaniu takich ryzyk społecznych, jak choroba, bezrobocie, starość oraz wyodrębnienie macierzyństwa i ewentualnie niedołęstwa pozwoliłoby na usunięcie problemów finansowych systemu. Aby wdrożyć zrównoważony system ubezpieczeń społecznych, konieczne są zmiany systemowe (kumulujące ww. ryzyka społeczne), powszechne (w każdym rodzaju ubezpieczeń społecznych) zastosowanie IKS oraz zmiany parametryczne. Szczególnie niezbędne wydaje się (zdaniem autora) rozdzielanie w aktualnym ubezpieczeniu chorobowym ryzyka choroby i ryzyka macierzyństwa poprzez wyodrębnienie z niego ubezpieczenia macierzyńskiego finansowanego dwoma odrębnymi technikami (ubezpieczeniową i zaopatrzeniową). Do koniecznych zmian parametrycznych, w obrębie systemu chorobowego zaliczyć należy takie działania, jak: ustanowienie identycznych świadczeń dla osób uprawnionych oraz zindywidualizowanie wysokości opłacanych składek w obowiązkowym systemie ubezpieczeń społecznych.

Reasumując, możliwe jest uporządkowanie i zrównoważenie finansów ubezpieczenia chorobowego oraz całego publicznego systemu ubezpieczeń społecznych poprzez ujednoczenie systemu zgodnie z ideą indywidualnej przezorności oraz reorganizację systemową i parametryczną z wykorzystaniem Indywidualnego Konta Społecznego jako instrumentu finansowego, tak by państwo (de facto podatnicy) nie było obciążone koniecznością stałego dotowania tego systemu.

LITERATURA

- Absencja chorobowa*. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa> (18.08.2023).
- Baumberg Geiger, B. (2018). A better WCA is possible: disability assessment, public opinion and the benefits systems. *Demos*, 79-92, /demos.co.uk/wp-content/uploads/2018/12/2018_A_Better_WCA_is_possible_FULL-4.pdf (15.03.2023).
- Bengtsson, M., Jacobsson, K. (2018). Ideological influences, main reforms and social inequality outcomes of “the new work strategy”. *Sociologist Forskning*, 2-3, 483-493.
- Benio, M. (2006). Nieostrzegalna prywatyzacja systemu ubezpieczeń społecznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 71, 41-57.
- Bezpieczeństwo dzięki różnorodności, Reforma systemu emerytalno-rentowego w Polsce* (1997). Warszawa: Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego, Warszawa.
- Biscardo, C.A., Buccioli, A., Pertile, P. (2019). Job Sick Leave: Detecting Opportunistic Behavior. *Health Economics*, 28(3), 373-386. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>.
- Böckerman, P., Kanninen, O., Iuonemi, I. (2018). A kink that makes you sick: The effect of sick pay on absence. *Journal of Applied Econometrics*, 33(4), 568-579.



- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, *Lancet*, 26, 882-897.
- Cazenave-Lactrouz, A., Godzinski, A., (2018). *Lower sick leave cover, fewer health-related work absences? Evidence from France*. http://www.jmsinsee.fr/2018/S07b_2_RESUME_CAZENAVE_JMS2018.pdf (20.03.2023).
- Dekkers-Sánchez, P.M., Hoving, J.L., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, J.H.W. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 65(3), 153-157.
- DICE Database. (2017, December 19). *Lost working time due to sickness, 2000-2009*. <http://www.cesifo-group.de/DICE/fb/3Sb8mxDdU>.
- Domański, R. (2011). OFE – międzygeneracyjny podział majątku a podział bieżącego PKB jako podstawa konstrukcji systemu emerytalnego. In: J. Hryniewicz (red.), *Ubezpieczenie społeczne w Polsce, 10 lat reformowania*, Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, 74-79.
- Dobrzański, D. (2006). Nowożytna idea solidarności. In: D. Dobrzański, A. Wawrzynowicz (red.), *Idea solidarności w kontekstach filozoficzno-historycznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 13.
- Eichhorst, W., Kaufmann, O., Konle-Seidl, R., Reinhard, H.J. (2008). Bringing the Jobless into Work? An Introduction to Activation Policies. In: W. Eichhorst, O. Kaufmann, R. Konle-Seidl (eds.), *Bringing the Jobless into Work?* Berlin–Heidelberg: Springer.
- Fevang, E., Markussen, S., Røed, K. (2014). The sick pay trap. *Journal of Labor Economics*, 32(2), 305-336.
- Floderus, B., Göransson, S., Alexanderson, K., Aronsson, G. (2005). Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(5), 291-299.
- Garbiec, R. (2013). *Efektywność finansowa publicznego systemu ubezpieczeń w Polsce po reformie w 1999 roku*. Częstochowa: Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej.
- Garbiec, R. (2017a). Poprawa efektywności finansowej systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce, *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 73, 81-92.
- Garbiec, R. (2017b). Nierówności społeczne w polskim systemie ubezpieczeń społecznych, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 51, 293-304.
- Garbiec, R. (2018a). Finansowanie i obliczanie wysokości świadczeń emerytalnych w publicznym systemie ubezpieczeń społecznych w Polsce. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej*, 30, 51-66.
- Garbiec, R. (2018b). Perspektywy finansowe publicznego (pozarolniczego) systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. In: K. Włodarczyk, P. Zwiech (red.), *Kształtowanie relacji w biznesie i administracji – dobre praktyki*. Szczecin: Uniwersytet Szczeciński, 137-148.
- Garbiec, R. (2020). Finansowe aspekty rozwoju zintegrowanego publicznego systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 64, 31-44.
- Garbiec, R. (2021a). Zarys koncepcji zrównoważonego (publicznego) systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce, *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie*, (84), 31-47.
- Garbiec, R. (2021b). Zrównoważony rozwój finansów systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. In: W. Caputa, M. Melnyk (red.), *Zrównoważony rozwój w zarządzaniu i finansach. Perspektywa COVID-19*. Poznań: Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, 111-123.
- Golinowska, S. (1994). *Polityka społeczna w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



- Golinowska, S. (2012). O solidarności i solidaryzmie w polityce społecznej. In: S. Golinowska (red.), *Polityka społeczna. Kontynuacja i zmiana*, (s. 36–38). Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 36-38.
- Goštautaitė, B., Shao, Y. (2020). Reducing Older Workers' Sickness Absence: The Moderating Role of Perceived Fairness. *Work, Aging & Retirement*, 6(2), 130-136.
- Grewiński, M. (2011). Transformacja polityki społecznej w Europie – główne kierunki reorganizacji In: M. Grewiński, B. Więckowska, *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, 31-42.
- Hauge, K.E., Ulvestad, M.E. (2017). Having a bad attitude? The relationship between attitudes and sickness absence. *Journal of Labor Policy*, 6, 1-27.
- Helgesson, M. et. al. (2015). Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. *European Journal of Public Health*, 25(4), 688-692.
- Hesselius, P., Johansson, P., Nilsson, J. (2009). Sick of your colleagues' absence? *Journal of the European Economic Association*, 7, 583-594.
- Hubertsson, J., Petersson, I.F., Arvidsson, B., Thorstenson, C.A. (2011). Sickness absence in musculoskeletal disorders – patients' experiences of interactions with the Social Insurance Agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health*, 11(1), 107.
- Informacja statystyczna o wynikach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/informacja-statystyczna-o-wynikach-kontroli-prawidlowosci-orzekania-o-czasowej-niezdolnosci-do-pracy> (18.08.2023).
- Kasprowski, S. (2018). Solidarność ubezpieczonych w ubezpieczeniu chorobowym a problem nadużyć w prawie do świadczeń. *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka*, 4, 47-67.
- Jasieniowicz-Radzewicz, B. (2021). *Utrata prawa do zasiłku chorobowego i wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy*. Białystok: Uniwersytet w Białymstoku.
- Johansson, P., Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*, 89(9-10), 1879-1890.
- Karlsson, E.A., Sandqvist, J.L., Seing, I., Ståhl, Ch. (2022). Exploring Interactions in the Sickness Insurance System in Terms of Power and Trust. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32, 483-493.
- Karlsson, E. (2022). *Legitimacy and comprehensibility of work-related assessments and official decisions within the sickness insurance system*. Malmö: Linköping University.
- Karlsson, E.A., Sandqvist, J.L., Seing, I., Ståhl, Ch. (2021). Social validity of work ability evaluations and official decisions within the sickness insurance system: A client perspective. *National Library of Medicine*, 70, 109-124. doi: 10.3233/WOR-213558.
- Khan, J., Rehnberg, C. (2009). Perceived job security and sickness absence: a study on moral hazard. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics Inprevention and Care*, 10(4), 421-428. doi: 10.1007/s10198-009-0146-5.
- Lach, D.E. (2013). *O solidarności społecznej w ubezpieczeniu zdrowotnym*. https://prawo.amu.edu.pl/_data/assets/pdf_file/0011/176168/dr-hab.-Lach.pdf (31.07.2022).
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M.I., Champagne, F. (2014). Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267.
- Lindqvist, R. (2019). *Activation and medicalisation in sickness insurance: the social citizens' changing meanings*. Malmö: Linköping University.



- Lundin, A. et al. (2016). The Association Between Self-Assessed Future Work Ability and Long-Term Sickness Absence, Disability Pension and Unemployment in a General Working Population: A 7-Year Follow-Up Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(2), 195-203.
- McEachen, E., Ekberg, K., (2018) Science, Politics, and Values. In: E. McEachen (ed.), *Work Disability Policy A Reflection on Trends and the Way Forward in "science politics work disability prevention"*. London: Routledge, 1.
- Moldvik, I., Ståhl, Ch., Müssener, U. (2021). Work ethics and societal norms influence sick leave and return to work: tales of transformation, *Journal of Disability and Rehabilitation*, 3, 3031-3040.
- Palme, M., Persson, M., (2020). Sick pay insurance and sickness absence: some European cross-country observations and a review of previous research, *Journal of Economic Surveys*, 34(1), 85-108.
- Pichler, S. (2015). Sickness absence, moral hazard, and the business cycle. *Health Economics (United Kingdom)*, 24(6), 692-710.
- Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych 2022-2027, https://www.zus.pl/-/prognoza-fus-i-fep-na-kolejne-lata?p_1_back_url=%2Fwyniki-wyszukiwania%3Fquery%3Dprognoza%2Bfus (17.02.2023).
- Przybyłowicz, A. (2019). Solidarity in sickness insurance selected issues, *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka*, 2, 47-68.
- Radzińska, J. (2014). Solidarność: definicja i konteksty. *Etyka*, 48, 61.
- Rutecka, J., Więckowska, B. (2015). Rynkowa polityka społeczna. In: M. Grewiński, A. Karwacki (red.), *Innowacyjna polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka, 132-146.
- Rymsza, M. (2005). Solidaryzm w ubezpieczeniach społecznych. In: T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH, 43-52.
- Sanetra, W. (2014). Aksjologiczne podstawy prawa ubezpieczeń społecznych. In: K. Frieske, E. Przychodaj (red.), *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 27-42.
- Šzubert, W. (1987). *Ubezpieczenia społeczne. Zarys systemu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szumlicz, T. (2005). *Ubezpieczenia społeczne. Teoria dla praktyki*. Bydgoszcz–Warszawa: Oficyna Wydawnicza BRANTA.
- Szumlicz, T. (2013). Solidaryzm i indywidualizm w ubezpieczeniu społecznym. In: Ł. Kucharczyk-Rok, O. Rawski, M. Motyl (red.), *Ubezpieczenia społeczne dawniej i dziś*. Wrocław: ZUS, 143.
- Tikka, C., Verbeek, J., Hoving, J.L., Kunz, R. (2022). Evidence-informed decision about (de-) implementing return-to-work coordination to reduce sick-leave: a case study. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 19.
- Treble, J., Barmby, T. (2011). *Worker absenteeism and sick pay*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 1230).
- Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 1732).



- Wagner, B. (2009). Zabezpieczenie społeczne po osiągnięciu wieku emerytalnego. In: B. Wagner, J. Gajos (red.), *Dziesięć lat reformy emerytalnej w Polsce*. Kudowa-Zdrój: Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego, 47-52.
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych) z lat 2010-2020*. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/wazniejsze-informacje-z-zakresu-ubezpieczen-spolecznych-fundusz-ubezpieczen-spolecznych>.
- Wrątny, J. (2006). *Umowa społeczna. Gospodarka – praca – rodzina – dialog*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 47-71.
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2009). *Rocznik Statystyczny ubezpieczeń społecznych – system pozarolniczy 1999-2008*, Warszawa: ZUS.
- Ziebarth, N.R., Karlsson, M. (2014). The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *Journal of Applied Econometrics*, 2, 208-230.
- Żyżyński, J. (2011). System emerytalny jako element logiki systemu finansowego gospodarki. In: J. Hryniewicz (red.), *Ubezpieczenie społeczne w Polsce, 10 lat reformowania*. Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, 82-102.

REORGANIZATION OF PUBLIC SICKNESS INSURANCE IN POLAND

Summary

One of the main reasons for the system-parametric reform of the Polish social insurance in 1999 was the expected elimination of the deficit of the Insurance Trust Fund (FUS). The solutions implemented at that time included the separation of pension, disability, sickness and accident funds from FUS, and collection of separate contributions per each fund. Yet, as the reform started at that time has never been completed, its solutions caused decline of the system and its components, including sickness insurance, and the results that have been achieved are worse than before the implementation of the reform. The purpose of this paper is to present a scale of the funding deficit in sickness insurance, and to indicate actions aimed at improving its effectiveness through the use of a new financial tool the form of an Individual Social Security Account. The funding deficit in sickness insurance was analyzed in the paper using the method of economic analysis, document study and a measure of financial efficiency of the system. On the basis of the analysis the author presented possibilities of unifying the social security system by realizing the idea of individual anticipation, ensuring its coherence by obligatory application of the system rules and financial balance achieved by means of the proposed financial tool, and specific system and parametric changes.

Keywords: financial effectiveness, sickness insurance, system and parametric changes, Individual Social Security Account, sickness benefit, Individual Sickness Account

