

STRESZCZENIE I ZALECENIA STRATEGII

1. Podobnie jak w wielu innych krajach OECD, strategia dotycząca chorób i niepełnosprawności w Norwegii, Polsce oraz Szwajcarii powinna być kluczowym obiektem polityki gospodarczej. Wydaje się, że problemy zdrowotne stwarzają rosnące wyzwania dla wzrostu wskaźników udziału w rynku pracy i sprawowania kontroli nad wydatkami publicznymi. Wszystkie te trzy kraje ponoszą bardzo wysokie wydatki publiczne na zasiłki chorobowe oraz renty inwalidzkie w porównaniu z wieloma pozostałymi krajami OECD. Podobnie jak w innych krajach OECD, istnieje widoczny paradoks, który wymaga wyjaśnienia. Jak to się dzieje, że stan zdrowia poprawia się, a mimo to coraz więcej osób w wieku roboczym opuszcza rynek pracy, domagając się zasiłków chorobowych? Niniejszy raport ma na celu zbadanie ewentualnych czynników leżących u podstaw tego paradoksu, podkreśla rolę instytucji oraz strategii w jego wyjaśnieniu i przedstawia szereg zaleceń dotyczących reform ukierunkowanych na poprawienie tej sytuacji.

2. Istotnym problemem we wszystkich tych trzech krajach jest podejmowanie zbyt małej liczby działań w celu uniknięcia napływu w kierunku praca – świadczenia oraz zbyt małej liczby działań w celu skłonienia odbiorców świadczeń do powrotu do pracy. Jednocześnie, finansowe zachęty do podjęcia pracy oraz zobowiązania dla niepełnosprawnych pracowników, jak również dla pracodawców, są niewystarczające. Kluczowe wyzwania dla polityki, które obejmują te trzy kraje, zostały podsumowane w poniższej Tabeli.

3. Uznając kluczową rolę polityki w tej dziedzinie wszystkie trzy kraje zaangażowały się w procesy reform, które zmierzają we właściwym kierunku. Polska i Norwegia znacznie rozszerzyły swoje strategie rehabilitacji i zatrudnienia w ciągu ostatnich dwudziestu lat, zaś ostatnio podobną drogą podążyła Szwajcaria, w której dalsze, szeroko zakrojone reformy oczekują wdrożenia. Kraje te rozpoczęły również modyfikację swoich systemów świadczeń, mając na uwadze ograniczenie dostępu do tych świadczeń przy jednoczesnym zapewnieniu wystarczającego pokrycia, położenie większego nacisku na uprawnienia czasowe oraz zwiększenie możliwości oraz zachęt dotyczących ponownego zatrudnienia.

4. Mimo, iż prawdopodobne jest, że reformy te pomogą zwiększyć skuteczność podejść dotyczących aktywacji i integracji, niniejszy raport ukazuje, że należy uczynić o wiele więcej. Wysiłki mające na celu zmniejszenie napływu w kierunku praca – świadczenia oraz zwiększenie wskaźników udziału osób niepełnosprawnych, które chcą pracować, są nadal niewystarczające z uwagi na rezultaty osiągnięte we wszystkich trzech krajach:

- W Norwegii, przyrost liczby osób korzystających z rent inwalidzkich jest szczególnie wysoki i nie ma oznak zmian w trendzie, zaś absencja chorobowa nadal dwukrotnie przewyższa średnią krajów OECD.
- W Szwajcarii, wskaźniki przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich zaczęły maleć w ciągu ostatnich dwóch lat, po długim okresie stabilnego wzrostu, lecz spadek ten nie będzie wystarczający do zmniejszenia liczby beneficjentów.
- W Polsce, przyrost liczby osób korzystających z rent inwalidzkich zmalał gwałtownie w ciągu ostatnich sześciu lat; jednakże przejście na inne programy świadczeń jest znaczne, stawiając pod

znakiem zapytania długoletnie utrzymywanie się zmniejszenia przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich.

- We wszystkich tych trzech krajach wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych są wciąż niskie, zwłaszcza w Polsce i są one o wiele niższe niż odpowiednie wskaźniki dla osób pełnosprawnych.
- Wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych wykazywały nawet ostatnio tendencję do spadku, odzwierciedlając częściowo zmiany środowiska pracy i starzenie się populacji, lecz działało się to również z powodu samej polityki.

Tablica podsumowująca. **Rozmiar przyszłych wyzwań stojących przed polityką zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich oraz ilustrujące kluczowe rezultaty związane z tymi wyzwaniami w Norwegii, Polsce oraz Szwajcarii, 2004^a**

| <i>Seven key policy challenges and related key outcomes</i> | Norway | Poland | Switzerland |
|---|-------------|--------------|-------------|
| #1 Controlling incapacity-related public spending Public spending on sickness and disability benefits, in % of GDP | +++ 4.1 | +++ 3.6 | +++ 2.7 |
| #2 Raising employment rates for people with health problems Employment rate of disabled people of working-age (percentage) | ++ 44.7 | ++++ 17.6 | + 52.1 |
| #3 Tackling income inequalities across different population groups Relative poverty of disabled people of working-age (percentage) | + 5.4 | +++ 10.3 | ++ 9.5 |
| #4 Reducing the inflow into sickness and disability benefits Rate of inflow into disability benefit, in % of population at risk | ++++ 1.1 | + 0.4 | ++ 0.5 |
| #5 Addressing the increasing medicalisation of labour market problems Inflow into disability benefit due to mental problems (percentage) | ++ 25.4 | + 16.9 | +++ 41.0 |
| #6 Raising the outflow from usually permanent disability benefits Rate of outflow from disability benefit into work, in % of stock | ++++ 0.5 | +++ 2.5 | ++++ 1.1 |
| #7 Strengthening the coordination across different benefit schemes Rejected disability benefits, in % of all applications | ++ 26.1 | ++++ 54.5 | +++ 42.0 |

Norway – Norwegia

Poland – Polska

Switzerland – Szwajcaria

Siedem kluczowych wyzwań dla strategii i powiązane kluczowe rezultaty

1 Kontrola wydatków publicznych związanych z niepełnosprawnością

Wydatki publiczne na zasiłki chorobowe i renty inwalidzkie, w % PKB

2 Zwiększenie wskaźników zatrudnienia dla osób z problemami zdrowotnymi

Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (procent)

3 Rozważenie kwestii nierówności dochodów w różnych grupach populacji

Względne ubóstwo osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (procent)

4 Zmniejszenie przyrostu liczby osób korzystających z zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich

Wskaźnik przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich, w % zagrożonej ludności

5 Rozważenie kwestii rosnącej medykalizacji problemów rynku pracy

Przyrost liczby osób korzystających z rent inwalidzkich z powodu problemów psychicznych (procent)

6 Spadek liczby osób korzystających z zazwyczaj stałych rent inwalidzkich

Wskaźnik przejścia w kierunku renta inwalidzka – praca, w % osób

7 Umocnienie koordynacji między różnymi programami świadczeń

Odrzucone renty inwalidzkie, w % wszystkich wniosków

- a) Skalę należy interpretować w następujący sposób: + ... małe wyzwanie; ++ ... umiarkowane wyzwanie; +++ ...znaczne wyzwanie; oraz ++++ ... bardzo duże wyzwanie. *Względne ubóstwo* zdefiniowane jest jako odsetek osób o dochodach poniżej 50% średniego dochodu całej populacji. *Odrzucone renty inwalidzkie* to wnioski o renty inwalidzkie odrzucone przez organy przyznające renty z powodu braku kwalifikowalności

Źródło: Ocena autorów. Wskaźniki rezultatów zostały zaczerpnięte z różnych, analitycznych rozdziałów niniejszego raportu.

5. We wszystkich wspomnianych trzech krajach proces reform osiąga stadium krytyczne. W Norwegii dobiegła końca trzystronna umowa w sprawie “przyjaznych miejsc pracy”, zaś partnerzy umowy rozpoczęli negocjacje dalszych kroków. Będzie dobrze, jeśli w Polsce plany reform nowego rządu spowodują ponowne wprowadzenie niektórych z propozycji poprzedniego rządu w kontekście reformy wydatków publicznych, które zostały odrzucone przez parlament. W Szwajcarii, obecnie omawiana jest w parlamencie proponowana piąta nowelizacja Ustawy o Ubezpieczeniu Niepełnosprawnych, zaś jej wdrożenie jest planowane na początek roku 2008.

6. *Należy skoncentrować prace na kwestii strategii dotyczących chorób i niepełnosprawności*, nie tylko z powodu potrzeb gospodarki, lecz również biorąc pod uwagę względy społeczne – zwiększenie możliwości zatrudnienia stanowi najlepszy sposób na zapewnienie, że osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich lub osoby niepełnosprawne będą mieć szansę pełnić w społeczeństwie taką rolę, do jakiej aspirują. Takie podejście może zwiększyć wskaźniki zatrudnienia i zmniejszyć wydatki publiczne, co w dalszej kolejności uzasadnia zmianę środków i wydatków publicznych, mającą doprowadzić do realizacji tego celu. Punktem wyjścia niniejszego raportu jest zapewnienie przez cel strategii, że osoby niepełnosprawne będą miały szansę realizowania możliwie najpełniejszej roli w społeczeństwie, a zwłaszcza na rynku pracy. Dyskusje polityczne często koncentrują się na sposobie zmniejszenia liczby osób otrzymujących świadczenia. Mimo to, problemem związanym z analizowaniem polityki dotyczącej chorób i niepełnosprawności wyłącznie pod tym kątem jest to, że podejście takie nie uwzględnia punktu widzenia samych osób niepełnosprawnych. Obecne strategie często służą takim osobom w niewłaściwy sposób: są one „uwięzione” na marginesie społeczeństwa, wyłączone z życia zawodowego lub w jakiś inny sposób usunięte na dalszy plan, do specjalnych kategorii zatrudnienia.

Wyzwania, najnowsze reformy i opcje strategii dla Norwegii

Obecna sytuacja w Norwegii

7. Pomimo bardzo dobrej ogólnej sytuacji gospodarczej i sytuacji na rynku pracy, wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Norwegii wynoszą tuż poniżej 45% w porównaniu z 83% dla ludności pełnosprawnej. Jest to słaby wynik, biorąc pod uwagę pokaźne inwestycje w rehabilitację zawodową i szkolenia dla osób niepełnosprawnych. Starania te zakończyły się sukcesem w kontekście zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym takiego samego dostępu do kształcenia ustawicznego i szkoleń oraz równej reprezentacji tych osób we wszystkich sektorach gospodarki, w tym w sektorze publicznym. Jednakże, problem wysokiego poziomu nieaktywności i bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych nadal oczekuje rozwiązania.

8. Wydatki publiczne na zasiłki chorobowe i renty inwalidzkie w Norwegii, wynoszące 4,1% PKB w roku 2004 przekraczają dwukrotność średniej OECD, przy czym większość wydatków przeznaczonych jest raczej na świadczenia, aniżeli na środki, które zachęciłyby do przejść w kierunku pomoc społeczna – praca oraz przyłączenia się do siły roboczej. Odsetek pracowników przechodzących na zasiłki chorobowe i renty inwalidzkie należy do najwyższych w krajach OECD. Biorąc pod uwagę bardzo wysoki ogólny wskaźnik zatrudnienia, obecnie największa liczba przypadków bezrobocia wśród osób w wieku produkcyjnym w Norwegii ma podłoże zdrowotne. Z tego względu dalsze podnoszenie wskaźników zatrudnienia i udziału siły roboczej, które jest istotne w kontekście reakcji na starzenie się populacji oraz utrzymania wzrostu gospodarczego wymaga przede wszystkim, aby choroby przestały być główną przyczyną opuszczenia rynku pracy.

9. Znamionym spostrzeżeniem jest to, że norweski system zasiłków chorobowych i rent inwalidzkich wydaje się zawierać wiele użytecznych postanowień, a mimo to rezultaty oraz liczba osób uprawnionych do pobierania tych świadczeń nie spełniają oczekiwań. Na przykład, istnieje możliwość stopniowego przejścia w kierunku świadczenia - praca oraz bardzo dobrze zorganizowana struktura świadczeń z tytułu częściowej niepełnosprawności; mimo to większość osób otrzymuje pełne świadczenie. Ponadto, wiele lat temu wprowadzono możliwość utrzymania renty inwalidzkiej po powrocie do pracy, a mimo to przejście w kierunku świadczenia - praca jest prawie zerowe. Podobnie, żaden inny kraj OECD nie wydaje prawie tyle, ile Norwegia na rehabilitację zawodową i szkolenie w celu uniknięcia przyrostu liczby osób korzystających z długoletnich świadczeń, a mimo to wpływ na szanse ponownego zatrudnienia jest nadzwyczaj niewielki.

10. Dlatego, kluczowym wyzwaniem dla Norwegii jest lepsze zrozumienie, *dłaczego* istniejące struktury (które wydają się dobre) nie dają efektów; jeżeli jest to brak realizacji i wdrożenia, jak stawić temu czoła; a jeżeli są to niewłaściwe zachęty, jak je zmienić. Niewiele wiadomo na temat tego, jak istniejące rozporządzenia i przepisy w systemie zasiłków chorobowych oraz rent inwalidzkich są wdrażane przez lokalnych uczestników, oraz jak wdrożenie strategii różni się w zależności od kraju. Związana z tym jest ogólna niechęć do stosowania sankcji, jeżeli określona zasada nie jest przestrzegana, chociaż – w stopniu większym niż w innych krajach OECD – sankcje dla pracodawców, lekarzy i beneficjentów istnieją na papierze.

Reformy najnowsze i reformy w toku

11. Reforma z ostatnich pięciu lat w kontekście umowy trójstronnej pomiędzy rządem i partnerami społecznymi miała na celu zmianę praktyk zakładu pracy w przypadku przedłużających się i powtarzających zachorowań oraz zwiększenie roli lekarzy i pracodawców. Zostały ustanowione Centra Pracy, które nieodpłatnie udzielają pracodawcom porad związanych z zarządzaniem. W powiązaniu z pewnym zastrzeżeniem programu zasiłków chorobowych, środki te zaczęły działać pod koniec roku 2004,

kiedy absencja chorobowa zmalała po raz pierwszy od początku lat 1990. Zmiany programu zasiłków chorobowych w tym roku obejmowały ocenę funkcjonalnych możliwości osoby przebywającej na zwolnieniu lekarskim przez lekarza pierwszego kontaktu po ośmiu tygodniach nieobecności oraz surowsze sankcje dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy nie przestrzegają nowych zasad poświadczania absencji. Moment spadku współczynników absencji sugeruje, że zmiany regulacyjne odgrywają kluczową rolę w spowodowaniu tej przemiany. Mimo to, istnieją niepokojące oznaki świadczące o tym, że ta przerwa w trendzie może nie być trwała.

12. Pozostałe reformy najnowsze lub reformy w toku posiadają znaczny potencjał, który mógłby się urzeczywistnić, jeżeli zostałyby dokładnie rozpatrzone i wdrożone, zgodnie z planem. Sprawdza się to zwłaszcza w przypadku wprowadzenia *czasowych* rent inwalidzkich, którego celem jest uporanie się z utrzymywaniem się uprawnień do otrzymywania świadczeń. Do roku 2004 renty inwalidzkie były zawsze udzielane w sposób ciągły, zaś obecnie uprawnienia czasowe są udzielane około jednej trzeciej wszystkich nowych chętnych. Jest to jednak duża szansa mimo wciąż niskiego udziału w porównaniu z innymi krajami OECD. Ta reforma mogłaby zakończyć się sukcesem, jeżeli znaczna część częściowych uprawnień nie stanie się w końcu świadczeniami stałymi. Jednakże, na tym etapie dane sugerują, że niezamierzonym skutkiem tej reformy mogłoby być ułatwienie przejścia na renty inwalidzkie.

13. Podobnie, będąca w toku fuzja Publicznych Służb Zatrudnienia (PES) oraz Narodowego Zarządu Ubezpieczeń (NIA) oraz utworzenie lokalnych urzędów pracy i pomocy społecznej, które oferują zintegrowane usługi dotyczące zatrudnienia oraz ubezpieczenia i ściśle współpracują z miejscowymi urzędami pomocy społecznej ma pewne szanse zwiększenia skuteczności oraz wpływu środków zawodowych. Jednakże przyszłe korzyści tej reformy zostaną osiągnięte, jeżeli omawianym organizacjom uda się ustanowić skuteczną strukturę „one-stop-shop” oraz zastosować ukierunkowane na zatrudnienie podejście w całym kraju.

Kluczowe zalecenia strategii

14. Absencja chorobowa w Norwegii musi się zmniejszyć o wiele bardziej, jeżeli ma zostać osiągnięty cel umowy trójstronnej, którym jest 20% spadek wskaźników absencji w porównaniu z 2001, i będzie musiała spaść jeszcze bardziej, aby dostosować się do średniego poziomu OECD. Należy z pełną mocą stawić czoła problemowi stale wysokich wskaźników przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich, będącemu częściowo konsekwencją wysokiego współczynnika występowania długotrwałej absencji chorobowej. To samo sprawdza się w przypadku rozczarowująco niskich wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych. W przyszłych reformach uwzględnić należy szczególnie trzy problemy:

- Łagodna ocena uprawnień do otrzymywania rent inwalidzkich oraz kluczowa rola lekarzy pierwszego kontaktu w tym procesie.
- Wady kosztownego systemu rehabilitacji zawodowej oraz szkoleń.
- Niewystępowanie zjawiska powrotu do pracy w przypadku odbiorców rent inwalidzkich.

15. Rozpatrzenie tych kwestii oznacza, że działania i reformy będą musiały zostać powiązane z surowszymi zobowiązaniami dla różnych uczestników oraz lepiej egzekwowanymi sankcjami w przypadku niespełnienia warunków. Ponadto, potrzebna jest nowa równowaga pomiędzy lepszymi zachętami do podejmowania pracy oraz ściślejszymi kryteriami kwalifikowalności. Aby to osiągnąć oraz aby usprawnić reformy w toku oraz planowane, niniejszy raport przedstawia wiele zaleceń strategii, które zostały podsumowane w Polu ES.1.

16. Po pierwsze, należy zaostriżyć obowiązki lekarzy pierwszego kontaktu oraz kontrole ich ocen. Mimo, że najnowsze reformy wprowadziły więcej obowiązków dla lekarzy pierwszego kontaktu i pomogły uczynić z powrotu ze zwolnienia lekarskiego do pracy bardziej otwartą kwestię, prawie nie istnieje kontrola nowego obowiązku lekarzy pierwszego kontaktu, związanego z oceną funkcjonalnej zdolności oraz badania możliwości stopniowych oraz aktywnych zwolnień lekarskich. Ponadto, ocena długotrwałej niepełnosprawności nadal zbyt opiera się na ocenie lekarzy pierwszego kontaktu (obecnie, ponad 80% wszystkich ocen niepełnosprawności jest przygotowywana jedynie przez lekarzy pierwszego kontaktu). Stąd, wymagane są dodatkowe działania zgodnie z poniższym:

- Często kontrola orzeczeń chorób dokonywanych przez lekarzy pierwszego kontaktu przez lekarzy z ubezpieczalni społecznej, która jest zjawiskiem powszechnym w wielu innych krajach OECD i faktyczne stosowanie sankcji za niespełnienie zobowiązań, w formie (czasowej) utraty prawa do poświadczania długotrwałych zwolnień lekarskich.
- Zmniejszenie funkcji lekarzy pierwszego kontaktu związanych z orzekaniem oraz racjonowaniem uprawnień do otrzymywania świadczeń w zamian za zwiększenie ich funkcji doradczej oraz pomocniczej, zgodnie z ogólnymi praktykami stosowanymi w większości krajów OECD. Racjonowanie uprawnień do otrzymywania świadczeń powinno zostać przeniesione na NIA oraz ich wyspecjalizowanych lekarzy ubezpieczalni społecznej, zaś eksperci zawodowi powinni w większym stopniu angażować się w proces oceny.
- Należy poczynić większe starania, aby wykorzystać częściową zdolność do pracy oraz zwiększyć udział przyznawania świadczeń *częściowych*. Niski odsetek przyznawania świadczeń częściowych, pomimo pozornie surowych kryteriów kwalifikowalności do otrzymywania pełnych świadczeń oznacza, że orzeczenia lekarskie są zbyt pobłażliwe.

17. Po drugie, reforma systemu rehabilitacji i szkoleń powinna zostać przeprowadzona w celu identyfikacji i promocji środków zakończonych powodzeniem w celu eliminacji ważniejszych słabych punktów w systemie oraz ulepszonego ukierunkowania na grupy docelowe działań rehabilitacyjnych. W tym względzie należy rozpatrzyć następujące działania:

- Programy powinny być lepiej ukierunkowane na potrzeby jednostek i powinny być stosowane bardziej selektywnie. W szczególności, pomimo ostatnich zmian, wiele programów jest nadal zbyt długich.
- Rehabilitacja medyczna i zawodowa, za które odpowiedzialne są dwa różne organy, powinny iść ze sobą w parze. Wymaga to lepszej koordynacji i wspólnych celów, w tym celu, jakim jest przywrócenie zdolności danej osoby do pracy.
- Wymagania dotyczące mobilności geograficznej i zawodowej są zbyt małe i powinny zostać ujednolicone z wymaganiami, które są stosowane w systemie zasiłków dla bezrobotnych.

18. Po trzecie, należy poczynić więcej starań, aby zwiększyć odsetek osób pobierających renty inwalidzkie i powracających do pracy. Obecne bariery obejmują przyznawanie stałych i pełnych świadczeń najbardziej skutecznym wnioskodawcom, ograniczoną możliwość łączenia świadczeń pełnych z wynagrodzeniem za pracę oraz niewielkie zachęty dla odbiorców świadczeń częściowych, mające na celu zwiększenie godzin ich pracy. Następujące działania mogłyby pomóc zwiększyć perspektywy pracy odbiorców rent inwalidzkich:

- Należy poczynić starania mające na celu dalsze zmniejszenie udziału przyznawania stałych rent inwalidzkich, zaś przegląd istniejących uprawnień powinien być prostszy. Należy prowadzić działania monitorujące wobec beneficjentów, którzy otrzymali świadczenia tymczasowe; należy im także zaoferować pomoc potrzebną dla powrotu do pracy.

- Ten sam rodzaj uwagi w zakresie monitorowania oraz pomocy powinien zostać poświęcony rosnącej liczbie osób, których wnioski o rentę inwalidzką zostały odrzucone.
- Należy zwiększyć zachęty zawodowe dla beneficjentów czasowych lub stałych rent inwalidzkich. Wyższy poziom świadczeń dla uprawnień do otrzymywania świadczeń czasowych należy wyrównać w stosunku do poziomu dla świadczeń stałych. Należy znieść korzystne traktowanie przez prawo podatkowe stałych rent inwalidzkich w porównaniu z opodatkowaniem dochodów z tytułu wynagrodzenia. Należy rozważyć świadczenia dla pracujących rodziców w przypadku osób niepełnosprawnych podejmujących pracę lub zwiększających swoje godziny pracy.

19. Po czwarte, należy podjąć szereg środków w celu zapewnienia dobrych warunków dla pomyślnej fuzji PES oraz NIA. Pomoże to zapewnić, że wszystkie osoby niepełnosprawne otrzymają właściwą obsługę we właściwym czasie. Środki te obejmują, co następuje:

- Zarządzanie fuzją mogłoby zostać ulepszone przez jaśniejsze wytyczne dla zaangażowanych instytucji, jeśli chodzi o sposób pomyślnego ustanowienia wspólnej, głównej usługi oraz najlepszej współpracy z miejscowymi organami pomocy społecznej.
- Potrzebne są dostateczne inwestycje w szkolenia dla opiekunów społecznych nowej, połączonej instytucji, oraz prawidłowy pomiar realizacji działań miejscowych urzędów świadczących usługi w celu oceny wyników oraz identyfikacji najsłabszych uczestników.

20. Po piąte, usprawnienia są również możliwe w kontekście nadchodzącej reformy systemu emerytalnego. Istnieje ryzyko, że w następstwie wprowadzenia potrąceń emerytury dla osób przechodzących na emeryturę przed ukończeniem 67 roku życia, większa liczba starszych pracowników opuści rynek pracy poprzez system rent inwalidzkich. Właściwa koordynacja emerytur oraz rent inwalidzkich powinna się opierać na dwóch zasadach:

- Pełna płatność składek przez odbiorców rent inwalidzkich na fundusz emerytalny celem zapewnienia odpowiedniego tytułu do otrzymywania emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego.
- Przystosowanie formuły rent inwalidzkich w celu zapewnienia, że renta inwalidzka nie przekracza odpowiedniego prawa do otrzymywania wcześniejszej emerytury w tym samym wieku.

21. Po szóste, należy kontynuować silny nacisk na pracodawców i zakład pracy w celu usprawnienia zarządzania absencjami i uniknięcia *automatycznego* przejścia ze zwolnienia chorobowego do stanu długotrwałej niepełnosprawności. Należy zapewnić więcej wsparcia i lepsze zachęty dla pracodawców, celem zapewnienia realizacji ich nowych zobowiązań. Działania w tych obszarach powinny obejmować następujące kroki:

- Za pośrednictwem nowo ustanowionych, miejscowych Centrów Pracy należy zapewnić pracodawcom lepsze doradztwo oraz informacje, obejmujące porady z dziedziny adaptacji miejsc pracy oraz możliwości rehabilitacji.
- Należy karać przypadki niespełnienia obowiązku pracodawcy, *na przykład* poprzez zwiększenie okresu, w którym należy kontynuować wypłaty wynagrodzeń dla chorych pracowników lub poprzez wprowadzenie wyższych wspólnych płatności lub składek kalkulowanych z uwzględnieniem doświadczenia na ubezpieczenie chorobowe dla pracodawców, którzy nie spełniają swojego obowiązku. Takie zmiany można byłoby powiązać z redukcją składek na

ubezpieczenie społeczne dla pracodawców inwestujących w zarządzanie świadczeniami chorobowymi oraz zapobieganie chorobom.

- Wreszcie, jeżeli absencja chorobowa nie maleje do akceptowanych poziomów, zmniejszenie poziomów świadczeń – od bieżącego poziomu 100% poprzedniego wynagrodzenia dla całego roku – stanie się nieuniknione.

--- Koniec Pola ES.1. dla Norwegii ---

Wyzwania, najnowsze reformy i opcje strategii dla Polski

Obecna sytuacja w Polsce

22. W pewnych dziedzinach sytuacja Polski znacznie się poprawiła w ciągu ostatnich lat. Wskaźniki przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich, które były wyższe niż we wszystkich innych krajach OECD na początku oraz w połowie lat 1990, spadły do poziomu niższego niż średnia OECD. Z kolei, liczba odbiorców rent inwalidzkich zaczęła maleć. Wskaźniki spadku liczby osób korzystających z rent inwalidzkich są również wyższe niż w większości pozostałych krajów OECD, w tym Norwegii i Szwajcarii, między innymi dlatego, że większość świadczeń jest udzielana tymczasowo. Są to ważne warunki wstępne dla efektywniejszego wdrożenia strategii integracji.

23. Jednakże, Polska posiada nadzwyczaj niskie poziomy uczestnictwa osób niepełnosprawnych w rynku pracy, wynoszące mniej niż jeden na pięć osób pracujących. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych spadł jeszcze bardziej podczas ostatniej dekady i spadkowi temu towarzyszyło dalsze pogorszenie dobrobytu gospodarczego tych osób. Liczba chętnych do podjęcia rehabilitacji zawodowej jest praktycznie zerowa; nadal natomiast dominuje tradycyjne podejście segregacyjne. W rezultacie, więcej niż czworo spośród dziesięciu pracujących osób niepełnosprawnych zatrudnionych jest w Zakładach Pracy Chronionej, które są w dużej mierze subsydiowane. Jeżeli osoby niepełnosprawne pracują, mają one tendencję do podejmowania się niepełnoetatowych, dorywczych zajęć lub pracy na własny rachunek bądź jako członkowie rodzin. Są one znacznie w nadmiarze reprezentowane w sektorze rolnym i niedostatecznie reprezentowane w sektorze publicznym.

24. Problemy z zatrudnieniem, jakie są udziałem osób niepełnosprawnych, mogą być częściowo wyjaśnione ogólnie niekorzystną sytuacją rynku pracy w Polsce, charakteryzującą się wysokimi poziomami nieaktywności oraz najwyższym wskaźnikiem bezrobocia w krajach OECD. Dlatego, dalsza reforma strategii zasiłków chorobowych oraz rent inwalidzkich musi być opracowywana zgodnie z ogólnymi reformami rynków pracy i produktów, których celem jest sprawienie, że praca będzie opłacalna, zwiększenie popytu na pracę oraz zachęcenie do zaniechania nieformalnych form zatrudnienia na rzecz formalnych, tak, aby praca mogła się stać realistyczną opcją dla osób niepełnosprawnych.

Reformy najnowsze i reformy w toku

25. Najnowsze reformy charakteryzują się próbami zaostżenia uprawnień do otrzymywania zarówno zasiłków chorobowych, jak i rent inwalidzkich, przy jednoczesnym zwiększeniu nacisku na rehabilitację medyczną i zawodową. Surowsze zasady wydawania zwolnień lekarskich oraz większa kontrola nad decyzjami lekarzy pierwszego kontaktu, wprowadzone w roku 1998 doprowadziły do spadku absencji o około jedną trzecią. Podobnie, reforma programu rent inwalidzkich w roku 1999 spowodowała jeden z najszybszych spadków liczby osób korzystających ze świadczeń – o ponad 60% w ciągu zaledwie pięciu lat – jaki kiedykolwiek zaobserwowano w OECD. Kluczowymi elementami tej reformy była nowa procedura oceny niepełnosprawności (która obecnie, podobnie jak w większości innych krajów OECD, skupia się na niezdolności wnioskodawcy do pracy) i bardziej restrykcyjne podejście do przyznawania stałych rent inwalidzkich.

26. Przyszłość jednak pokaże, czy jest to naprawdę stabilny spadek. W tym samym okresie, przyrost liczby starszych pracowników korzystających z wcześniejszej emerytury, jak również przyrost liczby młodszych pracowników korzystających ze świadczeń socjalnych gwałtownie wzrosły; wzrosła także stopa bezrobocia. Liczba nowych przejść do specjalnego programu rent inwalidzkich dla rolników również gwałtownie zmalała, mimo nie miały miejsca żadne zmiany regulacyjne odnośnie tego systemu. To sugeruje, że czynniki substytucyjne, tj. rosnąca liczba osób, które zaczynają korzystać ze świadczeń pomocy społecznej innych, aniżeli renty inwalidzkie w odpowiedzi na zaostrenie programu rent inwalidzkich, sprawiły, że zmiany te są mniej bolesne i dlatego umożliwiła ich szybszy przebieg. To z kolei mogłoby oznaczać, że wraz ze zniesieniem wcześniejszej emerytury w najbliższej przyszłości, istnieje wielkie ryzyko, że trend malejący w zakresie przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich mógłby się w bardzo bliskiej przyszłości ponownie odwrócić.

27. Aby zapobiec temu ryzyku oraz aby ograniczyć wydatki publiczne, w roku 2004 opracowano szeroko zakrojoną reformę wydatków publicznych, lecz została ona odrzucona przez parlament. Ta propozycja reformy obejmowała na przykład zmniejszenie rekompensaty za zwolnienie lekarskie z 80% do 70% ostatniego wynagrodzenia; redukcję liczby odbiorców rent inwalidzkich poprzez ponowną ocenę wszystkich rencistów w wieku poniżej 50/55 lat, którzy otrzymywali rentę przez mniej niż dziesięć lat; zwiększenie monitoringu i ponowne badanie odbiorców czasowych rent inwalidzkich oraz dalsze kroki mające na celu wyeliminowanie bardziej pobłażliwych rozporządzeń w specjalnym systemie dla rolników. Mimo to, od listopada 2005, celem dalszego zmniejszenia atrakcyjności odejścia z rynku pracy z powodu niepełnosprawności, *wszystkie* renty inwalidzkie są udzielane na zasadzie *tymczasowej*, zazwyczaj na okres trzech lat, przy czym beneficjenci muszą złożyć ponownie wnioski po wygaśnięciu czasowego uprawnienia.

28. Równocześnie z raczej skutecznym zaostreniem dostępu do programów zasiłków chorobowych oraz rent inwalidzkich wprowadzono więcej możliwości w dziedzinie rehabilitacji osób ubiegających się o świadczenia. Jednakże, z powodu bardzo małej liczby chętnych, zmiana ta wywiera bardzo znikomy wpływ. Ponadto, po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej stałe subsydia do wynagrodzeń – dostępne do tego czasu jedynie dla pracowników zatrudnionych w Zakładach Pracy Chronionej – stały się dostępne dla pracowników niepełnosprawnych we wszystkich firmach. Do tej pory, to rozszerzenie miało mały wpływ. Posiadająca długą tradycję i kontynuowana koncentracja na pracy chronionej nie prowadzi do większej integracji osób z głównym rynkiem pracy, ponieważ jeśli ktoś jest już zatrudniony w zakładzie pracy chronionej, praktycznie już z takiej pracy nie odchodzi. Nie jest to etap w karierze na drodze ku lepszej przyszłości, lecz raczej zawód bez przyszłości, zapewniający ludziom lepszy standard życia i jakiś cel w życiu, lecz w pewnym stopniu rozmiągający się z celem strategii.

Kluczowe zalecenia strategii

29. Niepowodzenie efektywnego zaostrenia dostępu do świadczeń chorobowych i rent inwalidzkich celem zwiększenia wskaźników zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce rodzi pytanie, czy cały system pomocy w zakresie zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych wymaga więcej fundamentalnych reform. Niektóre z elementów obecnego systemu mogą wymagać całkowitego zniesienia lub zastąpienia przez bardziej efektywne instrumenty, jeżeli ma zostać osiągnięta prawdziwa zmiana strategii oraz celów. Jednakże, w większości przypadków powinno być możliwe poprawienie wskaźników poprzez eliminację kluczowych słabych punktów oraz umocnienie kluczowych atutów różnych systemów, które są obecnie wdrażane. Dlatego niezbędne są zmiany, szczególnie w następujących dwóch obszarach:

- System rehabilitacji medycznej oraz zawodowej nie pomógł ulepszyć kwalifikacji oraz umiejętności osób niepełnosprawnych.
- System wsparcia zatrudnienia nie dostarcza właściwego wsparcia we właściwym czasie.

30. Zmiany tych dwóch kluczowych obszarów muszą zostać uzupełnione środkami mającymi na celu dalsze usprawnienie procesu oceny choroby i niepełnosprawności oraz poprzez zwiększenie zachęty do pracy dla odbiorców świadczeń. W tym celu niniejszy raport wyróżnia wiele zaleceń strategii, które zostały podsumowane w Polu ES.2.

Pole ES.2. Zalecenia strategii dla Polski

31. Po pierwsze, należy usprawnić system rehabilitacji zawodowej i szkoleń. Bez określenia przyczyn znikomego wpływu tego systemu, poprawa wyników w kontekście wyższych wskaźników zatrudnienia i mniejszej zależności osób niepełnosprawnych od świadczeń będzie bardzo trudna do osiągnięcia. Wydaje się, że kryteria kwalifikowalności są zbyt surowe, urzędy pracy mają niedostateczne fundusze, zaś ludzie wahają się przed udziałem – w do tej pory całkowicie bezpłatnych – programach zawodowych. Te różne aspekty można byłoby rozpatrzyć przez następujące środki:

- Kryteria kwalifikowalności dla udziału w rehabilitacji zawodowej powinny umożliwić wczesną interwencję i jej sprzyjać. Ograniczenie usług zawodowych dla osób posiadających prawne zaświadczenie o niepełnosprawności i które są zarejestrowane jako bezrobotni lub osoby poszukujące pracy, jest zbyt ograniczonym podejściem.
- Należy zwiększyć podaż właściwie ukierunkowanych, wysokiej jakości usług oraz wdrożyć bardziej zindywidualizowane podejście w zakresie ich świadczenia.
- Jeżeli podaż skutecznych usług wzrośnie, należy wprowadzić niektóre elementy zobowiązania, *na przykład* w formie umiarkowanych obniżek świadczeń dla osób odmawiających udziału w rehabilitacji zawodowej.

32. Po drugie, jest potrzebna bardziej fundamentalna zmiana, aby usprawnić system wsparcia zatrudnienia. Mówiąc ogólniej, może być konieczne usprawnienie struktur administracyjnych oraz obowiązków. Duża liczba zaangażowanych uczestników – instytucje ubezpieczenia społecznego, PES, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz samorządy lokalne – sprawia, że osobie niepełnosprawnej trudno jest uzyskać odpowiednie wsparcie w odpowiednim czasie. Przyszłe reformy uwzględnić powinny następujące środki:

- Promowanie zasady „one-stop-shop” i usprawnienie struktury finansowania pomogłoby usprawnić ponowną integrację osób niepełnosprawnych. Najlepiej byłoby, aby funkcję tę sprawowały samorządy lokalne oraz ich wyspecjalizowane zespoły oceniające. PFRON jako instytucja niezależna może być zbędny w zreformowanym systemie.
- Należy usprawnić zarządzanie miejscowymi urzędami pracy, samorządami lokalnymi oraz działaniami PFRON celem poprawy wyników zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych. Należy wprowadzić mechanizmy monitorujące w powiązaniu z ustanowieniem celu, aby zapewnić, że fundusze zostaną wykorzystane, a instrumenty polityki wdrożone zgodnie z planem.
- Koordynacja pomiędzy PES, które oferują programy reorientacji zawodowej oraz urzędem ubezpieczeń społecznych, który pokrywa koszty renty szkoleniowej podczas tego okresu powinna zostać ulepszona poprzez nadanie temu ostatniemu nadrzędnej roli. Należy również wziąć pod uwagę zmianę struktury finansowania, tak, aby PES mogły finansowo korzystać z udanych przypadków znalezienia ofert pracy za wynagrodzeniem.

33. Po trzecie, reforma jest potrzebna do zmniejszenia absencji chorobowej oraz utrzymania obecnego poziomu przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich po mającym zostać wkrótce przeprowadzonym zniesieniu programów wcześniejszych emerytur. Dalsze reformy powinny usprawnić i ulepszyć procedury oceny. Dokładniej biorąc, środki te powinny obejmować, co następuje:

- Odpowiedzialność za cały proces oceny niepełnosprawności powinna zostać przeniesiona na instytucje ubezpieczeń społecznych. Obecne rozdzielanie ocen dla celów rent (dokonywanych przez instytucje ubezpieczeń społecznych) oraz celów rynku pracy (realizowanych przez zespoły oceniające samorządów lokalnych) jest pogmatwane, nieskuteczne oraz jest prawdopodobne, że przyczyni się do wykluczenia z rynku pracy.
- Zasady określone w specjalnym programie dla rolników (KRUS) powinny być zgodne z zasadami ogólnego programu ubezpieczeń społecznych, co w najlepszym przypadku mogłoby doprowadzić do ponownego połączenia tych dwóch programów w perspektywie średniookresowej. W szczególności, wymagałoby to zmian w rozporządzeniach dotyczących składek w programie KRUS oraz w bardzo wąskiej definicji niepełnosprawności jako niezdolności do kontynuowania pracy we własnym gospodarstwie rolnym.
- Należy w lepszy sposób wykorzystać istniejące możliwości prawne dla potrzeb kontroli absencji chorobowych o dowolnej długości, uwzględniających pierwszy 33-dniowy okres choroby, podczas którego pracodawca nadal wypłaca wynagrodzenie oraz karania lekarzy, którzy wielokrotnie orzekają „fałszywe” choroby.
- Strategia powinna uwzględniać kwestię wysokiego odsetka odmów udzielania świadczeń oraz zakończonych powodzeniem odwołań od odrzuconych wniosków. Z uwagi na to, że koszty gospodarcze i pozagospodarcze tego ostatniego są bardzo wysokie, na początkowym etapie ważne są dokładniejsze decyzje. Należy prowadzić działania monitorujące wobec autorów odrzuconych wniosków, aby zapobiec staniu się przez tę grupę odbiorcami świadczeń na późniejszym etapie lub popadnięciu w ubóstwo.

34. Po czwarte, zachęty finansowe do podjęcia pracy powinny zostać zwiększone, aby promować dobrowolne powroty do pracy przez beneficjentów, którzy mają chęć i są w stanie pracować. Można to osiągnąć przez następujące środki:

- Łagodniejsze stopniowe wycofywanie rent inwalidzkich poprzez zwiększenie wynagrodzeń, zamiast obecnych gwałtownych zmian kwoty świadczeń, wyeliminowałoby nierówne zachęty do pracy. Ponadto, możliwość próby podjęcia pracy na regularnym rynku pracy bez natychmiastowej utraty uprawnień do otrzymywania świadczeń powinna być wprowadzana i promowana poprzez, na przykład, czasowe świadczenia dla pracujących rodziców.
- Należy zreformować zasiłki mieszkaniowe, tak, aby nie tworzyły one pułapek świadczeń i nie zniechęcały do pracy beneficjentów rent inwalidzkich, w szczególności, lecz również bardziej ogólnie.

35. Po piąte, potrzebna jest lepsza koordynacja pomiędzy zreformowanymi programami emerytalnymi i rentowymi celem uniknięcia zwiększenia nacisku na te ostatnie w następstwie nieuchronnego stopniowego wycofywania programów wcześniejszych emerytur. Aby uniknąć problemu efektów ubocznych wobec bardziej pobłażliwych programów świadczeń, należy rozważyć reformy w następujących obszarach:

- Poziomy świadczeń powinny zostać ujednoczone celem zapewnienia, że uprawnienie do otrzymywania rent inwalidzkich dla osoby w wieku na przykład 60 lat będzie zbliżone do poziomu świadczenia emerytalnego w tym wieku.
- Potrzebny jest wyraźniejszy podział pomiędzy rentami inwalidzkimi i emeryturami. Należy wdrożyć regulacje dotyczące płatności składek odbiorców rent inwalidzkich na ich własne konta emerytalne. W wieku emerytalnym płatność rent inwalidzkich powinno zostać zastąpiona poprzez płatność, zgodnie z historią płatności składek danej osoby.

36. Po szóste, potrzebnych jest wiele środków, aby uczynić subsydia do wynagrodzeń, jak również Zakłady Pracy Chronionej bardziej skutecznymi. Podczas rozszerzania zakresu subsydiów do wynagrodzeń, które są finansowane z opłat firm niespełniających 6% kwoty zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych na wszystkie firmy, pojawiły się nowe wyzwania. Jeżeli zatrudnienie osób niepełnosprawnych miałyby wzrosnąć zgodnie z planem, wielkość funduszu zmniejszyłaby się, zaś wydatki na stałe subsydia do wynagrodzeń wzrosłyby. Ponadto, silny nacisk na pracę chronioną utrzymuje segregację pracowników niepełnosprawnych oraz przeszkadza w ich integracji z regularnym rynkiem pracy. Aby wyeliminować te problemy, potrzebne są dalsze zmiany, które mogłyby uwzględnić następujące aspekty:

- Subsydia do wynagrodzeń powinny być finansowane z podatków, podobnie jak inne wydatki publiczne. Finansowanie ich poprzez wyznaczone składki skutkuje nieefektywnymi wydatkami. Ponadto, jeżeli wydatki te miałyby się okazać efektywne, konsekwencją byłyby niedostateczne przychody do finansowania wydatków.
- Nadal dominujące przywileje Zakładów Pracy Chronionej – takie jak zwrot podatku dochodowego dla *wszystkich* pracowników ZPC, w tym dla pracowników niepełnosprawnych – powinny być w dalszym stopniu zmniejszane w zamian za zwiększenie środków dostępnych dla usprawnienia umiejętności.
- W celu zapewnienia wystarczających środków dla osób o umiarkowanych bądź poważnych schorzeniach, stopniowe wycofywanie stałych subsydiów do wynagrodzeń na przestrzeni czasu dla osób z nieznaczną niepełnosprawnością pracujących w Zakładzie Pracy Chronionej byłoby warte rozważenia.

--- Koniec Pola 2 ES.2. dla Polski ---

Wyzwania, najnowsze reformy i opcje strategii dla Szwajcarii

Obecna sytuacja w Szwajcarii

37. Szwajcarscy decydenci zmuszeni są do działania, ponieważ bez dalszych reform fundusz ubezpieczenia niepełnosprawnych, jak również jego obecny fundusz rezerwowy, doświadczy deficytu w dającej się przewidzieć przyszłości. W przeciwieństwie do innych krajów, szwajcarski system finansowania nie umożliwia zrównoważenia deficytów poprzez większy wkład rządu. Tak oto, wzrost przychodów potrzebny jest w celu zrównoważenia deficytu zgromadzonego w przeszłości. Ponadto, podobnie jak Norwegia, jeżeli Szwajcaria chciałaby zwiększyć swój przyszły potencjał siły roboczej celem uporania się z wyzwaniami starzenia się społeczeństwa, będzie musiała znaleźć sposoby na dłuższe zatrzymanie osób z problemami zdrowotnymi na rynku pracy, celem ponownej integracji osób o zmniejszonej zdolności do wykonywania pracy z rynkiem pracy.

38. Ogólnie, wyniki strategii w Szwajcarii są raczej mieszane. Wskaźniki przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich nadal znajdują się poniżej średniej OECD, lecz są one raczej stałe w czasie, w ten sposób przyczyniając się do stałego wzrostu liczby beneficjentów. Absencja chorobowa jest względnie niewielka, lecz stwarza duże problemy dla ubezpieczenia niepełnosprawnych z powodu nieskuteczności systemów. Podobnie jak w Norwegii, pracownicy niepełnosprawni zazwyczaj są częściej bezrobotni i pracują w niepełnym wymiarze godzin, lecz ich stopa zatrudnienia wynosząca 52% jest stosunkowo wysoka w porównaniu z pozostałymi krajami OECD. Średnie renty inwalidzkie wzrosły bardzo szybko w ostatnich latach, a jednak wśród osób niepełnosprawnych wzrosły także wskaźniki względnego ubóstwa.

39. Szczególnym problemem w Szwajcarii, bardziej rozpowszechnionym aniżeli w jakimkolwiek innym kraju OECD, jest gwałtowny wzrost liczby chorób psychicznych będących powodem niepełnosprawności. Choroby psychiczne stały się najważniejszą przyczyną zwiększenia liczby chętnych do otrzymywania rent inwalidzkich, stanowiąc ponad 40% wszystkich przypadków otrzymywania rent. Istnieje wiele kontrowersji wokół przyczyn tego zjawiska, które zdaje się odzwierciedlać rosnącą „medykalizację” rynku pracy i problemów społecznych. Jednakże, ukazuje on również słabe punkty definicji niepełnosprawności oraz procesu oceny.

40. Inną charakterystyczną cechą sytuacji w Szwajcarii jest silna rola rynku ubezpieczeń prywatnych. Kilka części programu opieki społecznej podlega rozporządzeniom o ubezpieczeniu prywatnym, takie jak program chorobowych świadczeń gotówkowych, zaś inne, pomimo swojego obowiązkowego charakteru są zarządzane przez instytucje prywatne, takie jak emerytury drugiego filaru oraz renty. Działania tych prywatnych podmiotów mogą być do pewnego stopnia regulowane, lecz nie sterowane bezpośrednio. Działania tych prywatnych uczestników mają silny wpływ na projektowanie oraz skuteczność strategii publicznej.

Reformy najnowsze i reformy w toku

41. Po długim okresie stabilności polityki, proces reform nabiera rozpędu. Dzięki czwartej nowelizacji Ustawy o Ubezpieczeniu Niepełnosprawnych uczyniono pierwszy ważny krok we właściwym kierunku. Nowo wprowadzone medyczne służby regionalne (RAD) zapewniają bardziej obiektywną oraz niezależną ocenę medyczną dla 10-20% najtrudniejszych przypadków oraz zmuszają małe kantony do współpracy z kantonami sąsiednimi. Dzięki częstszym audytom praktyk kantonów oraz wprowadzeniu lepszych systemów monitoringu, prawdopodobne jest, że nowe RAD przyczyniły się do spadku wskaźników przyrostu liczby osób korzystających z rent inwalidzkich w ciągu ostatnich dwóch lat, mimo że spadek ten częściowo odzwierciedla większe zaległości. Wpływ świadczenia usług aktywnego poszukiwania pracy przez urzędy ubezpieczenia niepełnosprawnych w kantonach zostanie określony w przyszłości.

42. Ważne znaczenie będzie mieć trwająca reforma, podobna do planowanej piątej nowelizacji Ustawy o Ubezpieczeniu Niepełnosprawnych, której celem jest zmniejszenie napływów rocznych o 20%. Należy rozważyć brak interwencji w fazie choroby i późne rozpoczęcie procesu reintegracji. Uporanie się z tym problemem poprzez wczesną identyfikację problemów zdrowotnych, mającą na celu zapobieżenie długotrwałej niezdolności do pracy, wczesna i krótkotrwała interwencja mająca na celu zapobieżenie utraci pracy oraz zapewnienie nowych typów środków integracyjnych ukierunkowanych na przygotowanie osób do następnych działań, rokuje duże nadzieje. Piąta nowelizacja Ustawy o Ubezpieczeniu Niepełnosprawnych ma również na celu promocję zachęt do pracy, lecz, biorąc pod uwagę ważność tej kwestii, ta część reformy jest zbyt nieprecyzyjna.

43. Oprócz reform planowanych oraz już wdrożonych, które w głównej mierze koncentrują się na roli kantonalnych urzędów pracy (CDO), którą jest utrzymanie osób na rynku pracy i poza programem świadczeń, w coraz większym stopniu uznaje się, że niektóre z problemów związane są z brakiem koordynacji i współpracy pomiędzy różnymi częściami systemu opieki społecznej. Ten pogląd jest odzwierciedlony w niedawnym nacisku na współpracę międzyinstytucjonalną (IIZ) dwóch rodzajów:

- IIZ, koncentrująca się na współpracy pomiędzy CDO, PES oraz organami pomocy społecznej w celu uniknięcia „efektu karuzeli”, w którym osoby przenoszą się lub są przenoszone pomiędzy różnymi programami świadczeń; oraz
- IIZ PLUS, koncentrująca się na współpracy pomiędzy CDO, instytucjami ubezpieczeń chorobowych oraz ubezpieczeń szkód oraz wypadków w pracy celem umożliwienia wcześniejszej interwencji instytucji ubezpieczeń niepełnosprawności.

44. Obie inicjatywy mają duży potencjał, a mimo to, istnieje długa droga, jeżeli chodzi o wdrożenie i dalsze usprawnianie tych dobrowolnych umów, jeżeli mają zostać wyeliminowane efekty karuzeli i nieskuteczność systemu.

Kluczowe zalecenia strategii

45. Kontakt osób z ubezpieczeniem dla niepełnosprawnych na wczesnym etapie poprzez wcześniejszą identyfikację poważnych problemów zdrowotnych jest obiecującym podejściem ukierunkowanym na jeden z głównych słabych punktów systemu szwajcarskiego. Mimo to, zachęty dla różnych uczestników, dzięki działaniu, których podejście to funkcjonowałoby, są niedostateczne. Wpływ planowanej reformy mógłby zostać zdecydowanie zwiększony poprzez wprowadzenie obowiązków dla uczestników w kontakcie z osobą chorą na wczesnym etapie. Dla przyszłej reformy szczególnie ważne są trzy aspekty:

- Instytucje ubezpieczenia chorobowego mają niedostateczne zachęty i zobowiązania do uporania się z problemami.
- Pracodawcy posiadają niedostateczne zachęty i zobowiązania do skłonienia chorych pracowników do powrotu do pracy.
- Należy w większym stopniu wykorzystywać rehabilitację zawodową i szkolenia.

46. Ponadto, przyszłe reformy powinny nadal obejmować zachęty do pracy, koordynację między różnymi programami oraz zarządzanie urzędami ubezpieczeń dla niepełnosprawnych w kantonach. W tym celu, niniejszy raport zawiera szereg zaleceń, które podsumowane zostały w Polu ES.3.

Pole ES.3. Zalecenia strategii dla Szwajcarii

47. Po pierwsze, potrzebna jest lepsza równowaga pomiędzy obowiązkami oraz zachętami dla prywatnych instytucji ubezpieczenia chorobowego. Z uwagi na fakt, że większość osób w Szwajcarii wstępuje do systemu rent inwalidzkich po okresie choroby, działania tych instytucji ubezpieczeń są bardzo istotne. Reforma obejmująca instytucje ubezpieczeń chorobowych oraz lekarzy pierwszego kontaktu powinna uwzględniać następujące zmiany:

- Prywatne instytucje ubezpieczeń chorobowych powinny być zobowiązane do wprowadzenia zarządzania zachorowaniami oraz systemu monitorowania chorób, ponieważ nie ponoszą one pełnych kosztów z tytułu nierozwiązania problemów. Powinien on obejmować silniejsze mechanizmy kontroli zwolnień lekarskich oraz lepszą współpracę i wymianę informacji pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu a lekarzami z ubezpieczalni.
- Zarządzanie poszczególnymi przypadkami, ostatnio wprowadzone z powodzeniem przez SUVA, głównej instytucji ubezpieczeń wypadkowych, służyć może za model zarządzania przypadkami zachorowań przez instytucje ubezpieczeń. Należy wprowadzić obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe dla wszystkich pracowników (mimo tego, że jest ono nadal prowadzone przez prywatne firmy ubezpieczeniowe) w celu zapewnienia, że wszystkie absencje chorobowe są we właściwy sposób zarządzane.
- Należy znieść wsteczne wpłaty na rzecz prywatnej instytucji ubezpieczeń wypadkowych w przypadku, kiedy osoba nabywa uprawnienie do otrzymywania renty inwalidzkiej.
- Lekarze pierwszego kontaktu powinni być zobowiązani do zasięgania porad w służbach ochrony zdrowia pracowników, które powinny służyć radą w dziedzinie adaptacji miejsca pracy oraz możliwości rehabilitacji. Należy zapewnić więcej wsparcia i szkolenia lekarzom pierwszego kontaktu, aby zwiększyć ich wiedzę z zakresu medycyny ubezpieczeniowej.

48. Po drugie, w odniesieniu do pracodawców, trzeba będzie znaleźć równowagę pomiędzy większymi obowiązkami, lepszą pomocą i właściwymi zachętami. Ostatnio wprowadzone stawki kalkulowane z uwzględnieniem doświadczenia do ubezpieczenia chorobowego stanowią silną zachętę dla pracodawców dla zapobieżenia długotrwałym absencjom oraz niepełnosprawności, tak, aby stawki utrzymane były na niskim poziomie, mimo, że może to również skutkować bardziej rygorystycznymi kontrolami zdrowia w fazie rekrutacji. Potrzebne są dalsze reformy i zmiany, które mogłyby obejmować następujące elementy:

- Od pracodawców, którzy jedynie ponoszą niektóre z kosztów nieokreślonej choroby, należy wymagać opracowania planu ponownej integracji ich pracowników pozostających na długotrwałej absencji, tak jak stało się to powszechne w kilku krajach OECD oraz wprowadzenia systemu monitorowania chorób.
- Pracodawcy powinni otrzymywać lepszą pomoc ze strony specjalistów medycznych oraz zawodowych w dziedzinie zarządzania absencjami. Ten rodzaj pomocy powinien być zapewniany przez nowe agencje wczesnej identyfikacji oraz pomocy, których wprowadzenie jest planowane wraz z nadchodzącą reformą.

49. Po trzecie, kwalifikowalność do rehabilitacji powinna zostać poszerzona, celem przeniesienia systemu z "rehabilitacji przed świadczeniami" do "rehabilitacji zamiast świadczeń". Liczba chętnych na rehabilitację zawodową i działania szkoleniowe jest w Szwajcarii względnie mała. Kryteria kwalifikowalności dla interwencji zawodowej są prawdopodobnie bardzo przydatne dla wyjaśnienia tego zjawiska. Ponadto, nie istnieje wykorzystanie środków zawodowych jako sposobu na zwiększenie spadku osób korzystających z rent inwalidzkich. Dlatego, należy wprowadzić następujące zmiany:

- Należy rozszerzyć kryteria kwalifikowalności dla środków rehabilitacyjnych, tak, aby uwzględnić osoby nieuprawnione do otrzymywania renty inwalidzkiej, lecz mające trudności na rynku pracy związane ze zdrowiem, tym sposobem odchodząc od oceny podstaw prawnych danego przypadku w kierunku pomocy osobom w powrocie do pracy. W szczególności, należy poczynić więcej starań w zakresie integracji osób ze schorzeniami psychicznymi z systemem rehabilitacji.
- Wprowadzenie "przedwczesnej oceny niepełnosprawności, które według planu ma zostać wdrożone równocześnie z nowym podejściem wcześniejszej identyfikacji, powinno zostać ponownie wzięte pod uwagę. Mogłoby ono w dalszym stopniu zwiększyć problem odrzucenia osób, które nie są niepełnosprawne zgodnie z definicją ubezpieczenia niepełnosprawnych, lecz które mimo to potrzebują pomocy.
- Więcej uwagi należy poświęcić oferowaniu środków zawodowych ponownie ocenionym beneficjentom. Równocześnie, należy rozważyć ponowną ocenę bardzo dużej liczby młodych beneficjentów, którzy zwykle posiadają o wiele większą motywację do pracy. Niektóre z nowych, krótkotrwałych środków mogłyby okazać się przydatne dla osób, które często uskarżają się na schorzenia psychiczne.

50. Po czwarte, należy zwiększyć zachęty do podejmowania pracy w celu zwiększenia spadku liczby osób korzystających z rent inwalidzkich. Obliczenia OECD wykazują, że marginalne efektywne stawki podatkowe dla beneficjentów podejmujących się pracy są bardzo wysokie, zwłaszcza dla osób z dziećmi. Plany w toku piątej nowelizacji Ustawy o Ubezpieczeniu Niepełnosprawnych mające na celu zwiększenie zachęt finansowych powinny zostać wdrożone wkrótce i nie powinny być odkładane do czasu po wdrożeniu pozostałych elementów reformy. Do ewentualnych zmian należą następujące:

- System odpowiednich dodatków na dziecko w pierwszym filarze należy zmienić, tak, aby nie tworzyły one pułapek świadczeń oraz nie zniechęcały do pracy beneficjentów. Poziom tych

dotatków należy zmniejszyć oraz wziąć pod uwagę wprowadzenie kryterium majątkowego, ponieważ opłaty te stanowią ważną część zasobów utrzymującej się z niskich dochodów ludności.

- Stosowanie świadczeń dla pracujących rodziców oraz czasowego zawieszenia uprawnienia do otrzymywania świadczeń powinny zostać wzięte pod uwagę w przypadku osób podejmujących pracę lub zwiększających swoje godziny pracy w celu zwiększenia prawdopodobieństwa, że będący w stanie pracować beneficjenci, próbować będą znaleźć inną pracę.

51. Po piąte, trwająca, lecz dobrowolna współpraca międzyinstytucjonalna w różnych systemach oraz instytucjach powinna zostać usprawniona. Można to wykonać poprzez następujące działania:

- Odrzuceni wnioskodawcy rent inwalidzkich powinni być objęci ścisłym ubezpieczeniem dla niepełnosprawnych celem zapewnienia, że osoby te uzyskają niezbędne wsparcie, aby mogły pozostać na rynku pracy lub do niego powrócić. Planowane, krótkookresowe środki zawodowe ukierunkowane na zapobieżenie długotrwałej niepełnosprawności powinny, w stosownych przypadkach, zostać udostępnione odrzuconym wnioskodawcom.
- W celu dalszej promocji udanej współpracy pomiędzy różnymi instytucjami i ubezpieczeniami, ważne byłoby umocnienie podstaw prawnych. Podejście stosowane przez kanton Solothurn stanowi model, który inne kantony powinny w sposób poważny rozważyć. W tym kantonie ustanowiono zgodnie z nowym prawem „one-stop-shops” oraz urząd zarządzania przypadkami kantonu, z obowiązującym prawnie podziałem kosztów pomiędzy ubezpieczenie dla niepełnosprawnych, ubezpieczenie dla bezrobotnych oraz społeczność.

52. Po szóste, samo zarządzanie ubezpieczeniem niepełnosprawnych powinno być w dalszym stopniu ulepszane. Obecnie ma miejsce rozbieżność pomiędzy mechanizmami finansowania i odpowiedzialności, w której urzędy kantonów udzielają świadczeń, zaś większa część finansowania pochodzi ze szczebla federalnego. Nadzór i kontrola kantonalnych urzędów ds. osób niepełnosprawnych przez federalny organ nadzorczy, tym samym w dalszym stopniu promująca ujednolicenie praktyk w różnych kantonach, mogłaby zostać usprawniona poprzez następujące działania:

- Urząd federalny powinien odpowiadać za identyfikację najlepszych praktyk i nagłaśnianie takich praktyk w różnych kantonach. Powinien oficjalnie wskazać, kiedy kanton posiada słabe rezultaty i wydaje się, że spowodowane jest to niewprowadzeniem najlepszych praktyk.
- Zarządzanie poprzez cele i wskaźniki efektywności, ostatnio wprowadzone dla PES, powinno zostać wdrożone dla CDO możliwie najszybciej, wraz z sankcjami za ich niewdrożenie. Wskaźniki powinny odzwierciedlać ogólne podejście CDO oraz mierzyć jego powodzenie w kontekście trwałości procesu oraz rezultatów zatrudnienia.

--- Koniec Pola ES.3. dla Szwajcarii ---

53. Wreszcie, wszystkim tym trzem krajom brakuje rygorystycznej oceny większości ich regulacji i instrumentów. Szczególnie ważna jest lepsza wiedza odnośnie tego, który rodzaj programów rehabilitacji i zatrudnienia działa i dla kogo. Potrzebna jest jednak gruntowna ocena dla programu kwoty zatrudnienia w Polsce, ostatnio wprowadzonej czasowej renty inwalidzkiej w Norwegii oraz starań CDO w Szwajcarii związanych ze znalezieniem nowych miejsc pracy. Brak dowodów doprowadził do wdrożenia złych strategii w przeszłości: ani gospodarki tych trzech krajów ani osoby niepełnosprawne nie mogą sobie pozwolić na powtarzanie takich błędów w przyszłości.