

Artykuł 9 Prawo do zabezpieczenia społecznego

Pytanie 1

234. Sprawozdanie z wykonywania Konwencji nr 102 MOP dotyczącej minimalnej normy zabezpieczenia społecznego zostało złożone w 2005 roku.

235. Po przeprowadzonych zmianach ustawy z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa na wypadek choroby ustawodawstwo polskie spełnia wymogi Konwencji również w zakresie zasiłków chorobowych (część III konwencji). Ustawodawstwo polskie nie spełnia wymogów konwencji w następującym zakresie (stan prawny i obliczenia – IV kwartał 2003 roku):

236. Świadczenia w razie bezrobocia (część IV konwencji)

Dla celów porównań wysokości świadczeń zastosowany został art. 65 konwencji (typowy świadczeniobiorca zarabiający 125% przeciętnego wynagrodzenia) – mężczyzna mający żonę i dwoje dzieci.

– W okresie wykonywania pracy uprzedni zarobek: $1,25 \cdot 1909,34 \text{ zł} = 2386,67 \text{ zł}$

Ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego:

– Liczba osób w rodzinie – 4

– Dochód na osobę: $Uzno_{2001}/4 = (1,25 \cdot Pwno_{2001})/4 = 1,25 \cdot 1380,56 \text{ zł} / 4 = 431,43 \text{ zł}$

– Spełniony jest wymóg do pobierania zasiłku

– Kwota zasiłku rodzinnego na małżonka oraz pierwsze i drugie dziecko: 42,5 zł

– Dochód miesięczny typowego pracownika łącznie z zasiłkiem na dwoje dzieci:
 $2386,67 \text{ zł} + 2 \cdot 42,5 \text{ zł} = 2471,67 \text{ zł}$

W okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych:

– Zasiłek podstawowy dla bezrobotnych: 504,20 zł

– Zasiłek rodzinny na dwoje dzieci: $2 \cdot 42,5 \text{ zł} = 85 \text{ zł}$

– Uzyskiwany dochód: $504,20 \text{ zł} + 85 \text{ zł} = 589,20 \text{ zł}$

– Według Konwencji: $A: B \geq 45\%$

$A: B = 589,2 \text{ zł} : 2471,67 \text{ zł} = 0,238 \text{ (23,8\%)}$

Przy zastosowaniu art. 66 konwencji: pracownik niewykwalifikowany (mężczyzna mający żonę i dwoje dzieci)

– W okresie wykonywania pracy uprzedni zarobek: 1.619,74 zł

– Liczba osób w rodzinie – 4

– Dochód na osobę: $1028,22 \text{ zł} : 4 = 257,06 \text{ zł}$ spełnia wymogi otrzymania zasiłku rodzinnego

– Kwota zasiłku rodzinnego na małżonka oraz pierwsze i drugie dziecko: 42,5 zł

– Dochód miesięczny typowego pracownika łącznie z zasiłkiem na dwoje dzieci:
 $1342,76 \text{ zł} + 2 \cdot 42,5 \text{ zł} = 1427,76 \text{ zł}$

W okresie pobierania zasiłku dla bezrobotnych

– Zasiłek podstawowy dla bezrobotnych: 504,20 zł

– Zasiłek rodzinny na dwoje dzieci: $2 \cdot 42,5 \text{ zł} = 85 \text{ zł}$

– Uzyskiwany dochód: $504,20 \text{ zł} + 85 \text{ zł} = 589,20 \text{ zł}$

– Według Konwencji: $A: B \geq 45\%$

$A: B = 589,2 \text{ zł} : 1427,76 \text{ zł} = 0,412 \text{ (41\%)}$

237. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (część VI konwencji)

Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy (w drodze do lub z pracy) lub chorobą zawodową ulegają zawieszeniu lub zmniejszeniu w związku z osiągnięciem przychodów, w tym z pracy. Konwencja nie przewiduje takiej możliwości.

238. Renty z tytułu niezdolności do pracy (część VII konwencji)

Renty z tytułu niezdolności do pracy zawieszane są w przypadku osiągnięcia przychodów, w tym z pracy. Konwencja nie przewiduje takiej możliwości.

Pytanie 2

Istniejące gałęzie zabezpieczenia społecznego.

239. W okresie objętym sprawozdaniem nie nastąpiły zmiany w stosunku do tego, co przedstawiono w poprzednim sprawozdaniu

Pytanie 3

Główne cechy obowiązującego systemu

System emerytalno-rentowy

240. Reforma systemu ubezpieczeń społecznych weszła w życie 1 stycznia 1999 roku. Ogólne ramy nowego systemu ubezpieczeń społecznych tworzy ustawa z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. Ustawy szczególne:

- ustawa z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- ustawa z 28 sierpnia 1997 roku o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych,
- ustawa z 22 sierpnia 1997 roku o pracowniczych programach emerytalnych,
- ustawa z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych na wypadek choroby i macierzyństwa.

241. Przeprowadzenie reformy wymuszone zostało kryzysem, jaki nastąpił na początku lat 90, spowodowanym przez, między innymi:

- nagły wzrost liczby emerytów, szczególnie w 1991 roku,
- zmniejszenie liczby osób płacących składki, w tym w wyniku zmniejszenia zatrudnienia,
- wzrost wartości emerytur w stosunku do płac realnych,
- wprowadzenie nieefektywnych uregulowań specjalnych (niski wiek emerytalny i szerokie uprawnienia branżowe, masowo przyznawane renty inwalidzkie), bez zwracania uwagi na konsekwencje finansowe.

Prognozy demograficzne wskazywały też zagrożenie związane z pogorszeniem stosunku liczby ludności zawodowo czynnej do liczby emerytów po 2006 roku.

242. Emerytury składają się z dwóch lub trzech składników pochodzących z różnych źródeł – z dwóch filarów powszechnych i obowiązkowych oraz z trzeciego filara - dobrowolnego. Pierwszy filar ma charakter repartycyjny, drugi i trzeci - kapitałowe. Bezpieczeństwo systemu zapewnione jest dzięki zróżnicowaniu źródeł finansowania świadczeń. Pierwszy i drugi filar powiązane są, odpowiednio, z rynkiem pracy i z rynkiem kapitałowym. Ponieważ fluktuacje występujące na rynku pracy i na rynku kapitałowym nie są skorelowane, system oparty na dwóch rynkach jest bardziej stabilny od systemu opartego na jednym tylko rynku.

243. W pierwszym filarze na indywidualnym koncie emerytalnym rejestrowane są kwoty odpowiadające 15 punktom procentowym składki. 21 punktów procentowych przeznaczonych jest na finansowanie pozaemerytalnych świadczeń otrzymywanych z FUS. 9 punktów procentowych składki kierowane jest do powszechnych funduszy emerytalnych. Nie zmieniła się

wysokość składki w stosunku do poprzednio obowiązującej, ale składają się na nią wpłaty pracodawców, jak i pracowników (po połowie) na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Wpłaty na ubezpieczenie wypadkowe ciążą na pracodawcy, a na ubezpieczenie chorobowe na pracowniku.

244. Składka przekazywana jest do funduszy składających się na FUS (fundusz emerytalny, fundusz rentowy, fundusz chorobowy, fundusz wypadkowy, fundusz rezerwowy dla ubezpieczeń rentowych oraz chorobowego oraz fundusz rezerwowy dla ubezpieczenia wypadkowego).

245. Uczestnictwo w nowym systemie jest obowiązkowe dla osób do 30. roku życia, osoby w wieku od 30 do 50 lat mogły przystąpić do nowego systemu lub pozostać w starym.

246. Działanie pierwszego filaru systemu

- Składki wpłacane przez pracodawcę i pracownika są rejestrowane na indywidualnym koncie ubezpieczonego w ZUS. Ich suma jest co roku waloryzowana.
- Po podjęciu decyzji o przejściu na emeryturę zebrany na indywidualnym koncie i wyrażony w złotych kapitał uprawnień zostaje przekształcony w emeryturę dożywotnią (podzielenie go przez wyrażoną w miesiącach długość średniego oczekiwanego dalszego trwania życia w chwili przejścia na emeryturę).
- Wszystkim, którzy rozpoczęli pracę przed 1999 rokiem, dopisuje się do konta “kapitał początkowy”, odzwierciedlający prawa do emerytury nabyte w starym systemie.
- Minimalna emerytura przysługuje od wieku 60/65 lat osobom, które płaciły składki przez co najmniej 20/25 lat (odpowiednio: kobiety/mężczyźni). O ile suma świadczeń z pierwszego i drugiego filara będzie niższa od kwoty minimalnej, konto ubezpieczonego w pierwszym filarze zostanie uzupełnione do wartości, która po przeliczeniu da minimalną kwotę świadczenia. Będzie ona finansowana z ogólnych podatków.

247. Drugi filar

- Decyzja o wyborze funduszu należy do ubezpieczonego.
- W okresie kumulowania aktywa funduszy są chronione dzięki:
 - oddzieleniu aktywów funduszu emerytalnego od majątku towarzystwa emerytalnego,
 - dywersyfikacji portfela inwestycyjnego funduszu i respektowaniu ograniczeń dotyczących sposobu lokowania funduszy, szczególnie w odniesieniu do papierów uważanych za ryzykowne,
 - ustaleniu minimalnej wymaganej stopy zwrotu dla funduszy emerytalnych w odniesieniu do średniej stopy zwrotu wszystkich funduszy,
 - prawu zmiany funduszu bez dodatkowych opłat lub kar po przynajmniej 24-miesięcznym okresie wpłacania składek,
 - monitorowaniu systemu przez Komisję Nadzoru Finansowego (od 2006, wcześniej Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych),
 - wymogowi informowania uczestników o działalności funduszu.
- Jediną formą wykorzystania środków zgromadzonych w drugim filarze jest wykupienie dożywotniej emerytury. Moment przejścia na emeryturę musi być ten sam w odniesieniu do obu filarów bazowego systemu emerytalnego.

248. Trzeci filar

- Dobrowolny trzeci filar uzupełnia obowiązkową część systemu emerytalnego. Daje on możliwość wyboru okresu i wysokości wpłat oraz zapisu kapitału spadkobiercom.
- Filar ten składa się z pewnej liczby długoterminowych programów oszczędnościowych i pracowniczych programów emerytalnych.

Zasiłek chorobowy

249. Na mocy ustawy z 17 grudnia 2001 roku o zmianie ustawy o funduszu alimentacyjnym, ustawy o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych i ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy z 21 grudnia 2001 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy wprowadzone zostały następujące rozwiązania:

- prawo do wynagrodzenia finansowanego przez pracodawcę za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek choroby trwającej łącznie do 33 dni w roku kalendarzowym,
- brak prawa do wynagrodzenia za czas choroby za pierwszy dzień każdego okresu niezdolności do pracy wskutek choroby trwającej nie dłużej niż 6 dni,
- wypłata wynagrodzenia za wszystkie dni choroby w przypadku zwolnienia lekarskiego trwającego dłużej niż 6 dni,
- wypłata zasiłku chorobowego za okres pobytu w szpitalu w wysokości 70% podstawy wymiaru, chyba że pobyt w szpitalu przypada w okresie ciąży, w okresie niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy, w drodze do pracy lub z pracy albo choroby zawodowej, w okresie niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie ponad 90 dni, począwszy od 91 dnia tej niezdolności - wtedy ubezpieczony ma prawo do zasiłku w wysokości 100% podstawy wymiaru.

250. Celem zmian było obniżenie kosztów pracy i uelastycznienie stosunków pracy, przewidziane w programie „Przede wszystkim przedsiębiorczość”, stanowiącym element strategii gospodarczej „Przedsiębiorczość – rozwój – praca”.

251. 1 stycznia 2004 roku uchylono przepis, zgodnie z którym wynagrodzenie chorobowe nie przysługiwało za pierwszy dzień nieobecności nie przekraczającej 6 dni. Obecnie zasiłek przysługuje za każdy dzień nieobecności z powodu choroby, bez względu na długość zwolnienia.

252. Ustawa z 17 grudnia 2004 roku o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa wprowadziła następujące rozwiązania:

- Zasiłek chorobowy przysługuje nie dłużej niż przez 182 dni, w przypadku gruźlicy – nie dłużej niż przez 270 dni.
- Nie dłużej niż przez 182 dni (270 dni w przypadku gruźlicy) prawo do zasiłku chorobowego mają mianowani urzędnicy państwowi, pracownicy NIK, nauczyciele, pracownicy samorządowi, urzędnicy służby cywilnej oraz urzędnicy sądu i prokuratury.
- W przypadku choroby trwającej nieprzerwanie ponad 90 dni, zasiłek chorobowy wynosi 80% podstawy wymiaru.
- W przypadku niezdolności do pracy powstałej wskutek poddania się badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców tkanki organu lub narządu, zasiłek wynosi 100% podstawy wymiaru.
- Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętne wynagrodzenie z 12 miesięcy zatrudnienia.
- Świadczenie rehabilitacyjne za pierwsze trzy miesiące niezdolności do pracy przypadające bezpośrednio po wyczerpaniu zasiłku chorobowego wynosi 90% podstawy wymiaru, od czwartego miesiąca świadczenie rehabilitacyjne wynosi 75% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, a jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku przy pracy, choroby zawodowej albo jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży – 100%.

Świadczenia z tytułu macierzyństwa

253. Na mocy ustawy o zmianie ustawy o funduszu alimentacyjnym, ustawy o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych i ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy, od 13 stycznia 2002 roku obowiązywał następujący wymiar urlopu macierzyńskiego:

- 16 tygodni - na 1-sze dziecko,
- 18 tygodni - na dziecko 2-ie i następne,
- 26 tygodni - w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka w trakcie jednego porodu.

254. Na mocy ustawy z 16 listopada 2006 roku o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obowiązuje nowy wymiar urlopu macierzyńskiego:

- 18 tygodni - na 1-sze dziecko,
- 20 tygodni - na dziecko 2-ie i następne,
- 28 tygodni - w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka w trakcie jednego porodu.

Przez ten okres przysługuje zasiłek macierzyński.

Podwyższono również wymiar urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego - do 18 tygodni i zmieniono krąg osób uprawnionych do tego urlopu.

255. W związku ze zmianą w zakresie urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego konieczne były zmiany w ustawie z 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zgodnie ze zmienionym art. 29 ust. 1 ustawy zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego:

- urodziła dziecko,
- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do 10 roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia,
- przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do 10 roku życia.

Zasiłek porodowy

256. Na mocy ustawy o zmianie ustawy o funduszu alimentacyjnym, ustawy o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych i ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy, zasiłek porodowy został wykreślony z listy świadczeń przysługujących z ubezpieczenia chorobowego.

257. Osobom w trudnej sytuacji materialnej, które urodzą lub przyjmą na wychowanie dziecko po tej dacie otrzymują macierzyński zasiłek jednorazowy, na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Zasiłek rodzinny

258. Zmiany dotyczące zasiłków rodzinnych zostały wprowadzone ustawą o zmianie ustawy o funduszu alimentacyjnym, ustawy o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych i ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa. Granice dochodu uprawniające do zasiłku od 1 czerwca 2002 roku do 31 grudnia 2003 roku były określone kwotowo. Wprowadzone rozwiązanie tymczasowe było elementem pakietu zmian wprowadzających oszczędności w wydatkach na zabezpieczenie społeczne.

259. Ustawa z 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych zwiększyła istotnie katalog oferowanych świadczeń rodzinnych i kwot transferowanych do rodzin z dziećmi na utrzymaniu.

Ustalając próg dostępu do świadczeń rodzinnych przyjęto, że odnosi się on do poziomu dochodów, które powinny:

- zapewniać spożycie żywności na poziomie gwarantującym potrzeby rozwojowe dzieci,
- pozwalać utrzymać dostateczne warunki mieszkaniowe,

- zapewnić partycypację dzieci w procesie edukacji,
- sprzyjać integracji dzieci i rodziców ze społeczeństwem.

260. Ustawa przewiduje szereg świadczeń:

- zasiłek rodzinny,
- dodatki do zasiłku rodzinnego przysługujące w związku z wystąpieniem takich okoliczności jak: urodzenie dziecka, opieka nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, rozpoczęcie roku szkolnego, podjęcie przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania, kształcenie i rehabilitacja dziecka niepełnosprawnego,
- zasiłek pielęgnacyjny celem częściowego pokrycia wydatków na opiekę i pomoc sprawowaną przez osobę trzecią nad osobą niepełnosprawną niezdolną do samodzielnej egzystencji,
- świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym.

261. Zasiłek rodzinny przysługuje rodzicom, jednemu z rodziców lub opiekunowi prawnemu dziecka, opiekunowi faktycznemu dziecka lub „osobie uczącej się” (osoba pełnoletnia ucząca się, która nie pozostaje na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub zasądzeniem od rodziców na jej rzecz alimentów, jeżeli wyrok sądu orzekający alimenty został wydany przed osiągnięciem pełnoletniości przez osobę uczącą się).

262. Zasiłek rodzinny przysługuje do ukończenia przez dziecko 18 roku życia lub 21 roku życia (jeżeli uczy się w szkole) lub do ukończenia 24 roku życia (jeżeli uczy się w szkole lub w szkole wyższej i jednocześnie jest niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym lub znacznym). Zasiłek rodzinny przysługuje też osobie uczącej się w szkole lub w szkole wyższej do ukończenia 24 roku życia.

263. Zasiłek rodzinny nie przysługuje jeżeli dziecko przebywa w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie lub w rodzinie zastępczej, gdy dziecko lub „osoba ucząca się” pozostają w związku małżeńskim, lub gdy „osoba ucząca się” została umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, a także gdy dziecko lub „osoba ucząca się” jest uprawniona do zasiłku rodzinnego na własne dziecko oraz jeżeli osobie samotnie wychowującej dziecko nie zostało zasądzone zaświadczenie alimentacyjne na rzecz dziecka od drugiego z rodziców chyba, że drugi z rodziców nie żyje, ojciec dziecka jest nieznanym, powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego zostało oddalone lub sąd zobowiązał jednego z rodziców do ponoszenia całkowitych kosztów utrzymania dziecka i nie zobowiązał drugiego z rodziców do świadczenia alimentacyjnego na rzecz tego dziecka.

264. Zasiłek rodzinny przysługuje jeżeli przeciętny miesięczny dochód netto (po odliczeniu składki na ubezpieczenie społeczne, podatku dochodowego oraz składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne) nie przekracza 504 zł lub 583 zł - w przypadku, gdy członkiem rodziny jest dziecko niepełnosprawne (legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności, a w wieku powyżej 16 lat - orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności).

265. Od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku wysokość miesięcznego zasiłku rodzinnego wynosiła:

- 43,00 zł na pierwsze i drugie dziecko,
- 53,00 zł na trzecie dziecko,
- 66,00 zł na czwarte i kolejne dziecko.

Od 1 września 2006 roku wysokość zasiłku rodzinnego wynosi:

- 48,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia,
- 64,00 zł na dziecko w wieku powyżej 5 roku życia do ukończenia 18 roku życia,
- 68,00 zł na dziecko w wieku powyżej 18 roku życia do ukończenia 24 roku życia.

266. Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki.

- Jednorazowy dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka w wysokości 1000 zł.
- Od lutego 2006 roku jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (świadczenie obligatoryjne, powszechne) przyznawana w wysokości 1000 zł bez względu na kryterium dochodowe, finansowana z budżetu państwa. Równolegle może zostać przyznana przez gminy zapomoga, jest to świadczenie fakultatywne, którego zasady przyznawania ustalane są przez radę gminy.
- Dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, nie dłużej niż: 24 miesiące a 36 miesięcy - jeżeli osoba uprawniona sprawuje opiekę nad więcej niż jednym dzieckiem urodzonym podczas jednego porodu, 72 miesiące - jeżeli osoba uprawniona sprawuje opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym (legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności, a w wieku powyżej 16 lat – orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności). Dodatek przysługuje osobom, które bezpośrednio przed uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego pozostawały w zatrudnieniu nie krócej niż 6 miesięcy. Dodatek wynosi 400 zł miesięcznie.
- Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka lub opiekunowi prawnemu dziecka, jeżeli nie zostało zasądzone świadczenie alimentacyjne na rzecz dziecka od drugiego z rodziców dziecka ponieważ drugi z rodziców dziecka nie żyje lub ojciec dziecka jest nieznan. Dodatek wynosi 170 zł miesięcznie, nie więcej niż 340 zł na wszystkie dzieci.
- Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej przysługuje rodzinom wychowującym troje i więcej dzieci. Od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku wynosił on 50 zł miesięcznie na trzecie i każde następne dziecko uprawnione do zasiłku rodzinnego, od 1 września 2006 roku - 80 zł.
- Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego przysługuje osobom wychowującym dzieci do 16 roku życia, legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności oraz dzieci do ukończenia 24 roku życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku dodatek wynosił 50 zł miesięcznie na dziecko w wieku do 5 lat, 70 zł na dziecko między 5 a 24 rokiem życia. Od 1 września 2006 roku wynosi on 60/80 zł.
- Jednorazowy dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego, od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku dodatek wynosił 90 zł, od 1 września 2006 roku wynosi 100 zł.
- Dodatek z tytułu podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania w szkole ponadgimnazjalnej lub szkole artystycznej, a także w szkole podstawowej lub gimnazjum w przypadku dziecka lub osoby uczącej się legitymującej się orzeczeniem o niepełnosprawności lub o znacznym stopniu niepełnosprawności, dodatek przysługiwał od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku w wysokości 80 zł miesięcznie, od 1 września 2006 roku wynosi 90 zł.
- W razie konieczności dojazdu z miejsca zamieszkania do miejscowości, w której znajduje się siedziba szkoły przysługuje dodatek, od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku w wysokości 40 zł miesięcznie, od 1 września 2006 roku 50 zł. Dodatek przysługuje przez 10 miesięcy w okresie pobierania nauki (od września do czerwca następnego roku kalendarzowego).

Zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne

267. Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje osobom wychowującym niepełnosprawne dzieci, osobom w wieku powyżej 16 roku życia niepełnosprawnym w stopniu znacznym lub umiarkowanym - jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia, jak też osobom, które

ukończyły 75 lat. Zasiłek przyznawany jest na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony. Od 1 maja 2004 roku do 31 sierpnia 2006 roku zasiłek wynosił 144 zł miesięcznie, od 1 września 2006 roku wynosi 153 zł.

268. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje rodzicom lub opiekunom faktycznym, rezygnującym z pracy w związku z koniecznością sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności. Świadczenie przysługuje jeżeli przeciętny miesięczny dochód netto (po odliczeniu składki na ubezpieczenie społeczne, podatku dochodowego oraz składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne) na osobę w rodzinie nie przekracza 583 zł. Uprawnienie ustalane jest na okres zasiłkowy, świadczenie wynosi 420 zł miesięcznie.

Zaliczka alimentacyjna

269. Świadczenie reguluje ustawa z 22 kwietnia 2005 roku o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej. Zaliczka wypłacana jest gdy egzekucja zasądzonych należności alimentacyjnych jest bezskuteczna.

270. Zaliczka przysługuje dziecku do ukończenia 18 roku życia, uprawnionemu do świadczenia alimentacyjnego, które wychowywane jest przez osobę samotną oraz osobie uczącej się, do 24 roku życia (która nie pozostaje na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub z zasądzeniem od rodziców na jej rzecz alimentów, jeżeli wyrok sądu orzekający alimenty został wydany przed osiągnięciem pełnoletniości przez osobę uczącą się).

271. Informacje szczegółowe – odpowiedź na pytanie 4 b/ do art. 10.

Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

272. Ustawa z 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych reguluje zasady ustalania składki na ubezpieczenie wypadkowe oraz zasady ustalania i wypłacania świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.

273. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe jest różnicowana w zależności od wielkości płatnika składek oraz występujących u niego zagrożeń zawodowych i ich skutków. 1 stycznia 2003 roku rozwiązanie wprowadzono na poziomie działalności (branż), a 1 kwietnia 2006 roku zostało wprowadzone na poziomie płatników. Dla płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych, stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy, niezależnie od rodzaju prowadzonej działalności.

274. Poziom obciążenia zależy od kategorii ryzyka, do której płatnicy składek zostali zakwalifikowani. O przynależności do określonej grupy decyduje rodzaj przeważającej działalności, zakodowany według Polskiej Klasyfikacji Działalności w rejestrze REGON. Kategorie ryzyka określone są dla każdej z grup działalności w zależności od ryzyka określonego wskaźnikami liczby:

- poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem,
- poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich,
- stwierdzonych chorób zawodowych,
- zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

Indywidualna kategoria ryzyka ma charakter korygujący. Jeżeli poziom zagrożeń zawodowych u danego płatnika wyraźnie odbiega od występującego w jego branży, to wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe jest wyższa bądź niższa w stosunku do ustalonej dla grupy działalności.

275. Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego obejmują:

- zasiłek chorobowy,

- świadczenie rehabilitacyjne dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest niezdolny do pracy, ale dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy,
- zasiłek wyrównawczy dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- jednorazowe odszkodowanie dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- jednorazowe odszkodowanie dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty,
- rentę z tytułu niezdolności do pracy dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- rentę szkoleniową dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
- rentę rodzinną dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej,
- dodatek pielęgnacyjny,
- pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

276. Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową ustala się na zasadach przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z FUS. Przy ustalaniu podstawy wymiaru renty nie stosuje się ograniczenia wskaźnika podstawy wymiaru do 250% przeciętnego wynagrodzenia. Renta z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia wypadkowego nie może być niższa niż 80% podstawy jej wymiaru - dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy, 60% podstawy wymiaru - dla osoby częściowo niezdolnej do pracy. Renta nie może być niższa niż 120% kwoty odpowiedniej najniższej renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej ogólnym stanem zdrowia. Powyższych wskaźników nie stosuje się w przypadku ustalenia podstawy wymiaru renty bez ograniczenia wskaźnika do 250% przeciętnego wynagrodzenia.

277. Przesłanki reformy systemu ubezpieczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych:

- dostosowanie ustawodawstwa ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych do założeń wdrożonej 1 stycznia 1999 roku reformy ubezpieczeń społecznych,
- zniesienie podziału pracowników na zatrudnionych w zakładach uspołecznionych i nie uspołecznionych,
- doprowadzenie do samofinansowania się funduszu wypadkowego z odrębnej składki, różnicowanej odpowiednio do występujących zagrożeń i ich skutków,
- wyłączenie z ubezpieczenia wypadkowego wypadków bezurazowych – poprzez nową definicję wypadku przy pracy,
- wypłata wszystkich świadczeń z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej z funduszu wypadkowego,
- wyłączenie z systemu ubezpieczenia wypadkowego wypadków w drodze do pracy i z pracy (włączone do ubezpieczenia chorobowego i rentowego),
- stymulowanie pracodawców do poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym,
- wprowadzenie prewencji wypadkowej i zasad jej finansowania.

Zasiłki dla bezrobotnych

278. Trudna sytuacja gospodarcza oraz wzrastająca stopa bezrobocia spowodowały konieczność modyfikacji systemu ubezpieczeń społecznych zmniejszających obciążenie funduszu ubezpieczeń społecznych, a także zmniejszających koszty pracy, w celu motywowania pracodawców do zwiększania zatrudnienia. Wprowadzone zmiany miały na celu uczynienie polityki społecznej w obszarze zatrudnienia bardziej racjonalną i sprawiedliwą oraz uwzględniającą aktualną sytuację finansów publicznych. Zmiany polegały głównie na wzmocnieniu kontroli przyznawania świadczeń z ubezpieczenia społecznego, skróceniu okresu pobierania niektórych świadczeń krótkoterminowych, a także ograniczeniu możliwości łączenia pobierania renty lub emerytury z dochodami z zatrudnienia.

279. 1 stycznia 2002 roku zniesiona została możliwość nabywania prawa do zasiłku przedemerytalnego. Zmianie uległy warunki nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego: świadczenie przysługuje osobie spełniającej warunki uzyskania statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych, jeżeli:

- osiągnęła wiek 58 lat kobieta i 63 lata mężczyzna oraz posiada okres uprawniający do emerytury wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, lub
- do dnia rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy, w którym była zatrudniona przez nie krócej niż 6 miesięcy, ukończyła 50 lat kobieta i 55 lat mężczyzna oraz osiągnęła okres uprawniający do emerytury wynoszący co najmniej 30 lat dla kobiet i 35 lat dla mężczyzn, lub
- do dnia rozwiązania stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, w którym była zatrudniona nie krócej niż 6 miesięcy, osiągnęła okres uprawniający do emerytury, wynoszący co najmniej 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn, lub
- do 31 grudnia roku poprzedzającego rozwiązanie stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy osiągnęła (bez względu na wiek) okres uprawniający do emerytury, wynoszący 34 lata dla kobiet i 39 lat dla mężczyzn, a rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło w związku z niewypłacalnością pracodawcy w rozumieniu ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy.

280. Zasady nabywania prawa do świadczenia przedemerytalnego zostały uregulowane na nowo w ustawie z 30 kwietnia 2004 roku o świadczeniach przedemerytalnych. Prawo do takiego świadczenia przysługuje po spełnieniu następujących warunków:

- posiadanie statusu osoby "bezrobotnej",
- spełnianie warunków wymaganych do nabycia prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
- oraz:
 - osiągnięcie wieku co najmniej 58 lat przez kobietę i 63 lat przez mężczyznę oraz posiadanie okresu uprawniającego do emerytury wynoszącego co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, lub
 - do dnia rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy, w którym była zatrudniona przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy, ukończenie co najmniej 50 lat przez kobietę i 55 lat przez mężczyznę oraz posiadanie okresu uprawniającego do emerytury wynoszącego co najmniej 30 lat dla kobiet i 35 lat dla mężczyzn, lub
 - do dnia rozwiązania stosunku pracy, z przyczyn dotyczących zakładu pracy, w którym była zatrudniona przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy, osiągnięcie (bez względu na wiek) okresu uprawniającego do emerytury, wynoszącego co najmniej 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn, lub

- do 31 grudnia roku poprzedzającego rozwiązanie stosunku pracy, posiadanie (bez względu na wiek) okresu uprawniającego do emerytury wynoszącego co najmniej 34 lata przez kobietę i 39 lat przez mężczyznę, a rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło w związku z niewypłacalnością pracodawcy w rozumieniu ustawy z 29 grudnia 1993 roku o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy.

281. Osobom, które utraciły pracę z powodu likwidacji, upadłości lub niewypłacalności pracodawcy w rozumieniu ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy, proponuje się w pierwszym okresie po utracie pracy cykl działań aktywizacyjnych, określony w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Działania te polegają na ułatwieniach organizacyjnych i finansowych adresowanych dla pracodawców i, bezpośrednio, zainteresowanych osób, w celu pozyskania zatrudnienia w ciągu 6 miesięcy od rejestracji w urzędzie pracy (w tym subsydiowane zatrudnienie ze środków Funduszu Pracy do 4 lat, połączone z dofinansowaniem utworzenia miejsca pracy).

282. Osoby nabywające prawo do świadczenia przedemerytalnego w ciągu pierwszych 6 miesięcy mają status osoby bezrobotnej i prawo do zasiłku dla bezrobotnych. Po upływie 6-miesięcznego okresu pobierania zasiłku, o ile nie uda się znaleźć pracy, mogą uzyskać świadczenie przedemerytalne. Osoby uzyskujące świadczenie przedemerytalne mogą, nie tracąc uprawnień do świadczenia, uzyskiwać przychody, jeżeli ich wysokość nie przekracza 75% najniższej emerytury. Świadczenie przedemerytalne jest waloryzowane na zasadach przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

283. Zmniejszono wysokość świadczenia przedemerytalnego. Obecnie wynosi ono 80% kwoty emerytury określonej w decyzji organu rentowego ustalającego wysokość emerytury w celu ustalenia świadczenia przedemerytalnego, nie mniej jednak niż 120% i nie więcej niż 200% zasiłku dla bezrobotnych.

284. Prawo do świadczenia przedemerytalnego ulega zawieszeniu w przypadku:

- podjęcia działalności pozarolniczej,
- podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, jeżeli kwota przychodów, w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, uzyskanych w danym miesiącu z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej oraz otrzymywanego zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego byłaby wyższa od 200% zasiłku dla bezrobotnych,
- osiągnięcia przychodów z innych tytułów, podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz uzyskiwania diet i innych należności pieniężnych przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich (należności nie podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych), jeżeli łączna kwota uzyskanych przychodów w danym miesiącu z tych tytułów oraz z tytułu pobieranego świadczenia przedemerytalnego byłaby wyższa od 200% zasiłku dla bezrobotnych.

285. Od 1 stycznia 2002 roku przysługuje pracownikowi byłego państwowego przedsiębiorstwa gospodarki rolnej świadczenie przedemerytalne na specjalnych zasadach, jeżeli 7 listopada 2001 roku posiadał on status bezrobotnego oraz spełniał łącznie następujące warunki:

- osiągnął wiek co najmniej 50 lat kobieta i 55 lat mężczyzna,
- posiadał okres uprawniający do emerytury wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat mężczyzn,
- był zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy w państwowym przedsiębiorstwie gospodarki rolnej przez co najmniej 10 lat,
- zamieszkiwał w powiecie (gminie) uznanym za zagrożony szczególnie wysokim bezrobociem strukturalnym.

Opieka zdrowotna

286. 1 stycznia 1999 roku wprowadzona została reforma systemu opieki zdrowotnej, na mocy ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. System oparty został na zasadach: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wyboru lekarza i kas chorych, gospodarności i celowości działania. Wprowadzono kasy chorych (17) odpowiedzialne za zapewnienie opieki zdrowotnej. Ich budżet pochodzi ze składki ustalonej na 7,5 %, odliczanej od podatku dochodowego od osób fizycznych. Ustawa zakładała przyrost składki, do 7,75%, a następnie do 8%. Świadczenia zdrowotne udzielane były ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasy chorych, a jedynie procedury wysokospecjalistyczne, wymagające dużych nakładów finansowych, były finansowane z budżetu państwa. Zakłady opieki zdrowotnej mogły otrzymywać dotacje budżetowe na realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom, realizację innych programów zdrowotnych, promocję zdrowia, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, inwestycje oraz inne cele. Istniała możliwość pozyskiwania przez zakłady funduszy z innych źródeł: darowizn, odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na zlecenie innych zakładów opieki zdrowotnej, instytucji ubezpieczeniowych, zakładów pracy lub osób nie objętych ubezpieczeniem, ewentualnie za świadczenia nie przysługujące w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

287. 23 stycznia 2003 roku uchwalona została ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Intencją ustawy było ujednoczenie warunków i zasad ubezpieczenia i korzystania ze świadczeń zdrowotnych poprzez zastąpienie 17 autonomicznych kas chorych NFZ. Skutkiem patologii związanych z funkcjonowaniem niejednolitego systemu kas chorych były nierówności w dostępie ubezpieczonych do opieki zdrowotnej. Przekazanie zadań kas chorych do NFZ (działającego poprzez 16 oddziałów wojewódzkich o jednolitej strukturze) pozwoliło na stosowanie jednolitych zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ustalenie identycznego zakresu świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych w Funduszu, wyodrębnienie procedur i wprowadzenie ich standardów, będących podstawą zawierania umów oraz wyeliminowanie mechanizmów blokujących dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych, na przykład konieczność uzyskiwania zgody macierzystej kasy chorych na pokrycie kosztów leczenia poza obszarem jej działania.

288. Ustawa określa zakres świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i określa prawo ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W zakresie leczenia i profilaktyki zdrowotnej szczególną ochroną objęto dzieci, młodzież i kobiety w ciąży.

289. Trybunał Konstytucyjny uznał w wyroku z 7 stycznia 2004 roku, dotyczącym zgodności ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, że niektóre przepisy ustawy nie gwarantują prawidłowej realizacji zasad określonych w Konstytucji, między innymi, art. 68, ust. 2, zdanie 2, z powodu braku precyzyjnego określenia zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których każdy obywatel ma prawo (naruszenie obowiązku władzy publicznej zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych).

290. Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Ustala ona wyższe normy w zakresie dostępności świadczeń i zapewnia prawidłową realizację zapisów konstytucyjnych. Określa zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których każdy obywatel ma prawo. Świadczenia opieki zdrowotnej dzieli na: świadczenia zdrowotne,

świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. Wprowadza także pojęcie świadczenia gwarantowanego, to jest finansowanego w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Wskazuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie przysługują świadczeniobiorcom. W załączniku do ustawy określono „negatywny koszyk świadczeń”, które nie są finansowane ze środków publicznych, co zapewnia prawidłową realizację wymogów Trybunału Konstytucyjnego dotyczących precyzyjnego określenia zakresu uprawnień.

291. Zgodnie z ustawą „świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie”, a więc jest to zakres przedmiotowy obejmujący nie tylko leczenie, ale i profilaktykę oraz prewencję.

292. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

- badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia stomatologiczne,
- leczenie szpitalne,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- leczenie w domu chorego,
- badanie i terapię psychologiczną,
- badanie i terapię logopedyczną,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
- transport sanitarny,
- ratownictwo medyczne.

293. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła zmiany wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wszyscy ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie płacą jednakową stawkę składkę od podstawy jej wymiaru, przyrastającą o 0,25% corocznie tak, aby w 2007 roku osiągnęła 9% .

294. Osoby, które do tej pory nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu uzyskały prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o ile spełniają kryterium niskiego dochodu, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej. Nowa ustawa uwzględniła założenia

polityki społecznej mającej na celu zabezpieczenie wszystkich grup osób przed ryzykiem chorób, niezależnie od posiadanych środków materialnych, umożliwiając wszystkim wejście do systemu lub gwarantując prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Ubezpieczenie społeczne rolników

295. Obok powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych funkcjonuje odrębny system ubezpieczenia społecznego dla rolników. Ubezpieczenie to reguluje ustawa z 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników. Obejmuje ono rolników indywidualnych prowadzących działalność rolniczą w gospodarstwach rolnych, ich małżonków oraz osoby bliskie rolnikowi pracujące w gospodarstwach rolnych rolników (domownicy), które nie są związane z rolnikiem stosunkiem pracy. Ubezpieczenie jest obowiązkowe dla rolników, ich małżonków i domowników, którzy nie mają tytułu do ubezpieczenia powszechnego (z tytułu umowy o pracę, prowadzenia pozarolniczej działalności), a gospodarstwo rolne obejmuje powierzchnię użytków rolnych przekraczającą 1 ha przeliczeniowy. Ubezpieczenie realizowane jest przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

296. Podleganie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym w systemie powszechnym wyklucza podleganie ubezpieczeniu rolniczemu.

297. Ubezpieczenie społeczne rolników składa się z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego oraz z ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

298. Ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie jest finansowane całkowicie ze składek rolników w ramach Funduszu Składowego. Ubezpieczenie emerytalno-rentowe jest ubezpieczeniem w znacznym stopniu finansowanym przez budżet państwa (składki pokrywają około 6% wydatków z Funduszu Emerytalno-Rentowego, składka kwartalna wynosi 30% najniższej emerytury kwartalnie, określonej w przepisach emerytalnych).

299. Z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego przysługują:

- jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej (za uszczerbek na zdrowiu dla ubezpieczonego lub z tytułu śmierci ubezpieczonego, rencisty lub emeryta dla uprawnionych członków rodziny),
- zasiłek chorobowy (podstawowy z tytułu czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby trwającej nieprzerwanie co najmniej 30 dni, ale nie dłużej niż za 180 dni na podstawie zaświadczenia lekarza leczącego, oraz przedłużony o dalsze 360 dni na podstawie orzeczenia lekarza rzeczoznawcy KRUS lub komisji lekarskiej KRUS, jeżeli w tym okresie ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy),
- zasiłek macierzyński z tytułu urodzenia dziecka lub z tytułu przyjęcia dziecka w wieku do jednego roku na wychowanie, jeżeli w tym czasie złożony został wniosek o przysposobienie.

300. Z ubezpieczenia emerytalno-rentowego przysługują:

- emerytura rolnicza po osiągnięciu wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) i posiadania co najmniej 25 letniego okresu podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu,
- renta rolnicza, okresowa lub stała, z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i posiadania wymaganego okresu podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu (od 4 do 20 kwartałów w zależności od wieku w którym powstała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym), jeżeli całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała w okresie podlegania ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu lub nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tego ubezpieczenia,
- renta rolnicza szkoleniowa dla ubezpieczonego trwale całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym, który po przekwalifikowaniu może nabyć zdolność do pracy zarobkowej w zawodzie pozarolniczym,

- renta rodzinna dla uprawnionych członków rodziny,
- dodatek pielęgnacyjny do renty lub emerytury z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji lub ukończenia 75 lat życia,
- dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej,
- zasiłek pogrzebowy.

301. Emerytura rolnicza, a także renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy składa się z dwóch części: części składkowej i części uzupełniającej. Część składkowa świadczenia emerytalno-rentowego jest częścią ubezpieczeniową, ponieważ jej wysokość stanowi pochodną opłaconych za ubezpieczonego składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, natomiast część uzupełniająca stanowi *de facto* emeryturę-rentę państwową. Po spełnieniu warunków określonych w ustawie do emerytury rolniczej lub renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy osobie uprawnionej wypłaca się część składkową tego świadczenia, natomiast wypłata części uzupełniającej uzależniona jest od zaprzestania prowadzenia działalności rolniczej. Zaprzestanie prowadzenia działalności rolniczej według przepisów ustawy wiąże się z przekazaniem gospodarstwa rolnego w sytuacji, gdy emeryt lub rencista, ewentualnie jego małżonek, jest właścicielem (współwłaścicielem) lub posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni przekraczającej 1 ha fizyczny lub 1 ha przeliczeniowy.

302. Ponieważ składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe dla rolników są niskie i jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych część składkowa, która odzwierciedla wymiar tych składek i okres ich opłacania, jest świadczeniem niskim. Stanowi ona około 1/3 świadczenia emerytalno-rentowego rolniczego jakie otrzymuje rolnik po przekazaniu gospodarstwa rolnego.

303. KRUS posiada własny system orzecznictwa lekarskiego. Lekarze rzeczoznawcy KRUS (I instancja) oraz komisje lekarskie KRUS (II instancja) orzekają o, między innymi, uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej, całkowitej (okresowej lub stałej) niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,

304. Ustawa z 2 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz o zmianie niektórych innych ustaw wprowadziła zmiany, między innymi:

- Wydłużono okres pobierania zasiłku chorobowego na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy (nie dłużej niż 360 dni), jeżeli po wyczerpaniu okresu zasiłkowego (180 dni) ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokują odzyskanie tej zdolności.
- Wprowadzono możliwość zaliczenia do okresu zasiłkowego okresów pobierania zasiłku chorobowego z innego ubezpieczenia społecznego, w przypadku osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu.
- Zamiast dwóch świadczeń z tytułu urodzenia dziecka (jednorazowego zasiłku i zasiłku macierzyńskiego) wprowadzono jeden zasiłek macierzyński w wysokości trzyipółkrotnej emerytury podstawowej.
- Wprowadzono możliwość dobrowolnego ubezpieczenia się (opłacania składki) w czasie pobierania renty rolniczej okresowej. Okres ten zalicza się na potrzeby ustalenia prawa, jak i wysokości przyszłego świadczenia emerytalnego lub rentowego rolniczego w razie spełnienia pozostałych warunków.
- Wprowadzono nowe kryterium oceny stanu zdrowia „całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym” w miejsce „długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym”, warunkujące uzyskanie prawa do renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy,
- Wprowadzono rentę rolniczą szkoleniową dla rolników, którzy trwale utracili zdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, jednakże mogą podjąć pracę w zawodzie pozarolniczym, po

przekwalifikowaniu. Renta szkoleniowa jest przyznawana na 6 miesięcy, z możliwością wydłużenia o 30 miesięcy, na wniosek starosty. Wypłata części uzupełniającej renty rolniczej szkoleniowej nie jest zależna od zaprzestania prowadzenia działalności rolniczej, o ile istnieje możliwość takiego przekwalifikowania i o ile osoba uprawniona poddaje się przekwalifikowaniu zawodowemu.

- Wprowadzono jednakowe kryteria przyznawania renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy jako renty stałej i okresowej wobec wszystkich ubezpieczonych, także tych, którym do osiągnięcia wieku emerytalnego pozostało nie więcej niż 5 lat.
- Wprowadzono możliwość doliczenia, celem ustalenia wysokości renty i emerytury rolniczej, okresów działalności kombatanckiej oraz służby wojskowej w wysokości takiej jak za okresy ubezpieczenia rolniczego.
- Zaostrzono kryteria wypłacania części uzupełniającej renty i emerytury rolniczej, finansowanej z budżetu państwa.
- Odstąpiono od wykonywania kontrolnych badań lekarskich z urzędu. Prawo do renty rolniczej z tytułu okresowej niezdolności do pracy jest ustalane na kolejny okres na podstawie wniosku osoby zainteresowanej.
- Wprowadzono możliwość ustalenia z urzędu prawa do emerytur osobom pobierającym renty rolnicze z tytułu niezdolności do pracy, które osiągnęły 60 lat – kobiety, 65 lat - mężczyźni.
- Ograniczono możliwość pobierania renty rolniczej w zbiegu ze świadczeniem z innego ubezpieczenia

Pytanie 4

Procent produktu krajowego brutto, budżetu państwa przeznaczany na wydatki na zabezpieczenie społeczne.

305. Dane statystyczne – załącznik, pozycja 36.

Pytanie 5

Systemy prywatne uzupełniające system powszechny

306. W ramach wprowadzonej 1 stycznia 1999 roku reformy systemu zabezpieczenia społecznego obok powszechnego, obowiązkowego, repartycyjnego systemu emerytalnego powstał system uzupełniających, prywatnych, kapitałowych ubezpieczeń emerytalnych (II filar emerytalny). Składki na ubezpieczenie prywatne odprowadzane są do jednego z 16 funduszy emerytalnych (OFE). Wszystkie osoby urodzone po 31 grudnia 1968 roku, w momencie podjęcia pracy zarobkowej obowiązkowo przystępują do jednego z wybranego przez siebie otwartego funduszu emerytalnego, natomiast osoby urodzone w latach 1949-1968, mogły przystąpić do OFE dobrowolnie, na swój wniosek. II filar nie jest przewidziany dla osób urodzonych przed 1 stycznia 1949 roku. Uprawnienia emerytalne w II filarze są uwarunkowane osiągnięciem minimalnego wieku wynoszącego 60 lat – w przypadku kobiet i 65 lat – w przypadku mężczyzn.

307. Dodatkowe informacje – odpowiedź na pytanie 3.

Pytanie 6

Grupy ludności, które nie korzystają z prawa do zabezpieczenia społecznego

308. System ubezpieczeń społecznych jest powszechny, obejmuje wszystkie grupy osób aktywnych zawodowo. Nie nastąpiły zmiany w stosunku do tego, co przedstawiono w poprzednim sprawozdaniu.